

những có tác dụng điều trị tích cực đối với chứng ù tai, cải thiện thính lực, đồng thời cũng làm giảm mức độ trầm cảm/lo lắng qua các thang điểm THI, VAS, HADS, CAP, SIR.⁹

V. KẾT LUẬN

Kết quả tổng quan nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thành công do các phương pháp điều trị ù tai được thống kê trong các tài liệu tổng quan dao động từ 11-72%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Procházková K, Šejna I, Skutil J, Hahn A. Ginkgo biloba extract EGb 761® versus pentoxifylline in chronic tinnitus: a randomized, double-blind clinical trial. *Int J Clin Pharm.* 2018;40(5):1335-1341. doi:10.1007/s11096-018-0654-4
2. Farhadi M, Salem MM, Asghari A, Daneshi A, Mirsalehi M, Mahmoudian S. Impact of Acamprosate on Chronic Tinnitus: A Randomized-Controlled Trial. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2020;129(11):1110-1119. doi:10.1177/0003489420930773
3. Lee HJ, Kim MB, Yoo SY, et al. Clinical effect of intratympanic dexamethasone injection in acute unilateral tinnitus: A prospective, placebo-controlled, multicenter study. *Laryngoscope.* 2018;128(1):184-188. doi:10.1002/lary.26541
4. E WB, G A, M F, V M. Internet-Based Audiologist-Guided Cognitive Behavioral Therapy for Tinnitus: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research.* 2022;24(2). doi:10.2196/27584
5. Hodgson SA, Herdering R, Singh Shekhawat G, Searchfield GD. A crossover trial comparing wide dynamic range compression and frequency compression in hearing aids for tinnitus therapy. *Disabil Rehabil Assist Technol.* 2017;12(1):97-103. doi:10.3109/17483107.2015.1079266
6. Noh TS, Kyong JS, Park MK, et al. Treatment Outcome of Auditory and Frontal Dual-Site rTMS in Tinnitus Patients and Changes in Magnetoencephalographic Functional Connectivity after rTMS: Double-Blind Randomized Controlled Trial. *Audiol Neurootol.* 2019;24(6):293-298. doi:10.1159/000503134
7. Conlon B, Langguth B, Hamilton C, et al. Bimodal neuromodulation combining sound and tongue stimulation reduces tinnitus symptoms in a large randomized clinical study. *Sci Transl Med.* 2020;12(564):eabb2830. doi:10.1126/scitranslmed.abb2830
8. Marx M, Mosnier I, Venail F, et al. Cochlear Implantation and Other Treatments in Single-Sided Deafness and Asymmetric Hearing Loss: Results of a National Multicenter Study Including a Randomized Controlled Trial. *Audiol Neurootol.* 2021;26(6):414-424. doi:10.1159/000514085
9. Yang J, Song J, Zhao X, Pang C, Cong N, Han Z. Restoration of Deafferentation Reduces Tinnitus, Anxiety, and Depression: A Retrospective Study on Cochlear Implant Patients. *Neural Plast.* 2021;2021:6678863. doi:10.1155/2021/6678863

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG CAO TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng cao. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca trên 41 bệnh nhân ung thư trực tràng cao được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ tháng 1/2020 đến tháng 10/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 63,22±10,14, triệu chứng hay gặp nhất là đi cầu phân máu (43,9%). Khối u thuộc loại loét sùi là hay gặp nhất (48,8%). Có 6 bệnh nhân được hóa xạ tiền phẫu. Giai đoạn bệnh sau mổ chủ yếu là giai đoạn II, III với tỉ lệ lần lượt là 43,9% và 34,1%. Tất cả khối u đều thuộc loại ung thư biểu mô tuyến và phần lớn là biệt hóa vừa (92,7%). Thời gian phẫu thuật trung bình là

Nguyễn Ngọc Sơn¹, Nguyễn Thanh Hùng¹

191,34±52,43 phút, không có ca nào phải chuyển mổ mở, có 31,7% cắt toàn bộ và 68,3% cắt bán phần mạc treo trực tràng, tất cả trường hợp đều đảm bảo rìa diện cắt âm tính, có 12,2% làm hậu môn nhân tạo hồi tràng, thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình là 9,02±2,39 ngày. Không có tai biến trong mổ, tỉ lệ biến chứng chung là 7,3% với 4,9% nhiễm trùng vết mổ và 2,4% viêm phổi, không có biến chứng lớn và tử vong sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng cao là an toàn và khả thi với tỉ lệ tai biến và biến chứng thấp và đảm bảo yêu cầu phẫu thuật về mặt ung thư học.

Từ khóa: ung thư trực tràng cao, phẫu thuật nội soi cắt trước

SUMMARY

RESULT OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR UPPER RECTAL CANCER AT DANANG ONCOLOGY HOSPITAL

Objectives: Describe the clinical, paraclinical characteristics and results of laparoscopic surgery for upper rectal cancer. **Subjects and methods:** A case series descriptive study on 41 upper rectal cancer

¹Bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Sơn

Email: sonnguyendr@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.12.2022

Ngày duyệt bài: 5.01.2023

patients treated by laparoscopic surgery at Da Nang Oncology Hospital from January 2020 to October 2022. **Results:** The mean age was 63.22 ± 10.14 , 43,9% patients presented with hematochezia, the tumors type of ulceration were the most common (48.8%), Six patients received preoperative chemoradiation. The postoperative stage is mainly stage II, III with the rate of 43,9% and 34.1%, respectively. All tumors were of the adenocarcinoma type and most were moderately differentiated (92.7%). The average surgical time was 191.34 ± 52.43 minutes, there were no cases that had to be converted to open surgery, there were 31.7% with TME and 68.3% with PME, all cases have R0 margin, there were 12,2% patients with ileostomy. The average postoperative hospital stay was 9.02 ± 2.39 days. There were no intraoperative complications, the overall postoperative complication rate was 7.3% with 4.9% wound infection and 2.4% pneumonia, no major complications and postoperative mortality. **Conclusion:** Laparoscopic surgery for upper rectal cancer is safe and feasible with a low rate of complications while maintaining oncologic criteria.

Keywords: upper rectal cancer, laparoscopic anterior resection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan 2020, trên thế giới, ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là loại ung thư thường gặp đứng thứ 3 sau ung thư vú và ung thư phổi, ước tính có khoảng 1 931 590 người mắc (10%) và là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 2 sau ung thư phổi, ước tính có khoảng 935180 người tử vong (9,4%). Tại Việt Nam, theo Globocan 2020, UTĐTT là loại ung thư thường gặp đứng thứ 5 sau ung thư gan, phổi, vú và dạ dày, ước tính có khoảng 16 426 người mắc (9%). Tỷ lệ mắc UTĐTT ở Việt Nam là 14,1/100 000 dân và tỷ lệ tử vong là 7/100 000 dân. Trong đó, ung thư trực tràng có khoảng 9 399 người mắc chiếm tỷ lệ 5,1% và có khoảng 4 758 người tử vong, chiếm tỷ lệ 3,9% [8].

Điều trị ung thư trực tràng kết hợp đa mô thức bao gồm phẫu thuật, hóa trị, xạ trị,... trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng. Phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị ung thư trực tràng ngày càng được ứng dụng rộng rãi. So với ung thư trực tràng thấp và giữa, điều trị ung thư trực tràng cao có một số điểm khác biệt trong việc lựa chọn phương thức điều trị ban đầu cũng như cách thức phẫu tích cắt mạc treo trực tràng. Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng đã triển khai PTNS điều trị ung thư đại trực tràng nói chung và ung thư trực tràng cao nói riêng một cách thường quy. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: (1) Mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư trực tràng cao; (2) Đánh giá kết quả sớm PTNS điều trị ung thư trực tràng cao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là 41 bệnh nhân ung thư trực tràng cao được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng từ tháng 1/2020 đến tháng 10/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh trước mổ là ung thư trực tràng
- Vị trí khối u cách rìa hậu môn từ 10 cm-15cm theo kết quả nội soi đại trực tràng.
- Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi và có đầy đủ các thông tin trong hồ sơ bệnh án.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật nội soi
- Bệnh nhân đã có di căn xa

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca.

Chọn mẫu nghiên cứu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

Các bước tiến hành:

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh.

Bước 2: Thu thập các biến số, chỉ số nghiên cứu và phân tích số liệu theo các mục tiêu nghiên cứu.

Biến số, chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: tuổi, giới, triệu chứng, bệnh kèm, tổn thương đại thể trên nội soi, vị trí u, kích thước khối u, hóa xạ tiền phẫu, giai đoạn bệnh sau mổ.

- Kết quả phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, số hạch nạo được, số hạch di căn, tỷ lệ rìa điện cắt âm tính, tỷ lệ làm hậu môn nhân tại hồi tràng, các tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, tử vong 30 ngày sau mổ, thời gian nằm viện hậu phẫu.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu:

- Số liệu được thu thập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0.

- Dùng các phép thống kê tỷ lệ, tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn,

2.4. Đạo đức nghiên cứu:

• Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng và đã được sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện.

• Các thông tin trong hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được thu thập chỉ nhằm mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân ung thư trực tràng cao

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân ung thư trực tràng cao

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng		N	Tỉ lệ %
Tuổi trung bình	63,22±10,14 (42-86)		
Giới tính	Nam	18	43,9
	Nữ	23	56,1
Bệnh kèm	Không có	28	68,3
	Tăng huyết áp	2	4,9
	Đái tháo đường	3	7,3
	Polyp đại trực tràng	6	14,6
	Ung thư khác	2	4,9
Triệu chứng	Đi cầu phân máu	18	43,9
	Táo bón	10	24,4
	Tiêu chảy	2	4,9
	Đau bụng	8	19,5
Hóa xạ trước mổ	Có	6	14,6
	Không	35	85,4

Tuổi trung bình là 63,22±10,14, lớn nhất là 86 tuổi và nhỏ nhất là 42 tuổi. Tỉ lệ nam/nữ là 1/1,27. Tỉ lệ bệnh nhân có bệnh kèm là 31,7% trong đó tăng huyết áp có 2 trường hợp (4,9%), đái tháo đường có 3 trường hợp (7,3%), polyp đại trực tràng có 6 trường hợp (14,6%) và có kèm ung thư khác là 2 trường hợp (4,9). Triệu chứng thường gặp nhất là đi cầu phân máu, 18 trường hợp (43,9%), tiếp đến là táo bón (24,4%), đau bụng (19,5%), tiêu chảy (4,9%). Có 6 trường hợp được hóa xạ tiền phẫu (14,6%).

3.2. Đặc điểm khối u

Bảng 3.2. Đặc điểm khối u

Đặc điểm khối u		N	Tỉ lệ %
Cách rìa hậu môn (cm)	13,44±1,83 (10-15)		
Kích thước khối u (cm)	5,25±2,45 (1,3-11)		
Dạng khối u	Thể sùi	11	26,8
	Thể loét	5	12,2
	Thể polyp	5	12,2
	Thể loét sùi	20	48,8

Khối u cách rìa hậu môn trung bình là 13,44±1,83 cm (10cm-15cm). Kích thước khối u trung bình là 5,25±2,45 cm (1,3cm-11cm). U ở dạng loét sùi chiếm phần lớn (20/41 trường hợp, chiếm 48,8%), tiếp theo là thể sùi (11/41 trường hợp, chiếm 26,8%), thể loét và polyp mỗi loại có 5 trường hợp, chiếm 12,2%.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.3. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật		N	Tỉ lệ %
---------------------	--	---	---------

Thời gian phẫu thuật (phút)	191,34±52,43 (83-360)		
Chuyển mổ mở	Có	0	0
	Không	41	100
Cắt mạc treo trực tràng	Toàn bộ (TME)	13	31,7
	Bán phần (PME)	28	68,3
Rìa diện cắt	R0	41	100
	R1	0	0
	R2	0	0
HMNT hồi tràng	Có	6	12,2
	Không	36	87,8
Số lượng hạch nạo được (hạch)	9,44±6,45 (0-31)		
Thời gian hậu phẫu (ngày)	9,02±2,39 (7-21)		

Thời gian phẫu thuật trung bình là 191,34±52,43, ngắn nhất là 83 phút và dài nhất là 360 phút. Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, tất cả đều đảm bảo rìa diện cắt không còn khối u (R0). Có 13 trường hợp được phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME), chiếm 31,7% và 28 trường hợp được phẫu thuật cắt bán phần mạc treo trực tràng (PME), chiếm 68,3%. Có 6 trường hợp hạch môn nhân tạo hồi tràng, chiếm 12,2%. Số lượng hạch nạo được trung bình là 9,44±6,45 hạch, lớn nhất là 31 hạch và nhỏ nhất là 0 hạch. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình là 9,02±2,39 ngày, dài nhất là 21 ngày và ngắn nhất là 7 ngày.

3.4. Đặc điểm bệnh học sau phẫu thuật

Bảng 3.4. Đặc điểm bệnh học sau phẫu thuật

Đặc điểm bệnh học sau phẫu thuật		N	Tỉ lệ %
Giải phẫu bệnh sau mổ	Ung thư biểu mô tuyến	41	100
	Khác	0	0
Độ biệt hóa	Biệt hóa tốt	3	7,3
	Biệt hóa vừa	38	92,7
	Biệt hóa kém	0	0
Giai đoạn u sau phẫu thuật	T1	4	9,8
	T2	5	12,2
	T3	17	41,5
	T4	15	36,6
Giai đoạn hạch sau phẫu thuật	N0	27	65,9
	N1	13	31,7
	N2	1	2,4
Giai đoạn bệnh sau mổ	I	9	22
	II	18	43,9
	III	14	34,1

Tất cả các trường hợp bệnh nhân đều có giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tuyến, trong đó chiếm phần lớn là loại biệt hóa vừa (38/41 trường hợp, chiếm 92,7%) và biệt hóa tốt

là 7,3%. Phần lớn khối u ở giai đoạn T3 và T4, với tỉ lệ lần lượt là 41,5% và 35,5%. Có 27 trường hợp chưa có di căn hạch (65,9%) và 13 trường hợp là N1 (13%), 1 trường hợp N2 (2,4%). Giai đoạn sau mổ chủ yếu là giai đoạn II, III, với tỉ lệ giai đoạn bệnh I, II, III lần lượt là 22%, 43,9% và 34,1%.

3.5. Tai biến và biến chứng

Bảng 3.5. Tai biến và biến chứng

Tai biến và biến chứng	N	Tỉ lệ %
Chảy máu	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	2	4,9
Xì miệng nổi	0	0
Tắc ruột sau mổ	0	0
Viêm phổi	1	2,4
Tử vong sau mổ	0	0
Tổng	3	7,3

Tỉ lệ biến chứng chung là 7,3%, trong đó nhiễm trùng vết mổ có 2 trường hợp (4,9%) và viêm phổi 1 trường hợp (2,4%), không có trường hợp nào xì miệng nổi, tắc ruột hay tử vong sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân ung thư trực tràng cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 63,22±10,14, lớn nhất là 86 tuổi và nhỏ nhất là 42 tuổi, điều này cho thấy ung thư trực tràng thường gặp ở người lớn tuổi. Độ tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của một số tác giả. Nghiên cứu của tác giả Trịnh Lê Huy và cộng sự cho thấy độ tuổi trung bình là 61,6±10,68 [1]. Nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Thông và cộng sự cho thấy độ tuổi trung bình là 60,3±11,5 tuổi, lớn nhất là 75 tuổi, nhỏ nhất là 32 tuổi [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có bệnh kèm là 31,7% trong đó tăng huyết áp có 2 trường hợp (4,9%), đái tháo đường có 3 trường hợp (7,3%), polyp đại trực tràng có 6 trường hợp (14,6%) và có kèm ung thư khác là 2 trường hợp (4,9). Trong nghiên cứu của tác giả Trịnh Lê Huy và cộng sự, tỉ lệ tăng huyết áp là 37,5%, đái tháo đường là 8,3%, COPD là 11,2%, bệnh tim mạch khác là 15,3% [2].

Triệu chứng thường gặp nhất là đi cầu phân máu, 18 trường hợp (43,9%), tiếp đến là táo bón (24,4%), đau bụng (19,5%), tiêu chảy (4,9%). Nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Thông và cộng sự cho thấy triệu chứng đi cầu phân máu là thường gặp nhất, chiếm 88,9% [4]. Nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Tuệ cho thấy có 86,5% bệnh nhân có triệu chứng đi cầu phân máu. Nghiên cứu của tác giả Trịnh Lê Huy cũng cho

thấy triệu chứng phân nhầy máu gặp ở 92,7% bệnh nhân ung thư trực tràng [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 trường hợp bệnh nhân được chỉ định hóa xạ trị tiền phẫu. Chỉ định hóa xạ trị tiền phẫu ở thường được chỉ định ở bệnh nhân ung thư trực tràng thấp và giữa đối với khối u ở giai đoạn T3, T4 có hoặc chưa có di căn hạch. Nghiên cứu của tác giả N.Tabchouri và cộng sự trên 127 bệnh nhân ung thư trực tràng cao, chia thành hai nhóm: có hóa xạ trị tiền phẫu và nhóm không có hóa xạ trị tiền phẫu. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ sống còn toàn bộ sau 5 năm và tỉ lệ sống 5 năm không tái phát giữa hai nhóm. Trong khi đó, ở nhóm được hóa xạ trị tiền phẫu thì tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật cao hơn [9].

4.2. Đặc điểm khối u. Theo phân loại của Hiệp hội ung thư Châu Âu, ung thư trực tràng cao được xác định đối với khối u trực tràng cách rìa hậu môn từ 10cm-15cm [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khối u cách rìa hậu môn trung bình là 13,44±1,83 cm, kích thước khối u trung bình là 5,25±2,45 cm.

U ở dạng loét sùi chiếm phần lớn ([3]20/41 trường hợp, chiếm 48,8%), tiếp theo là thể sùi (11/41 trường hợp, chiếm 26,8%), thể loét và polyp mỗi loại có 5 trường hợp, chiếm 12,2%. Nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Thông, u ở dạng loét sùi chiếm tỉ lệ nhiều nhất (44,4%), tiếp đến là thể sùi (37,7%), thể nhiễm cứng chiếm 17,9% [4].

4.3. Đặc điểm phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 191,34±52,43, ngắn nhất là 83 phút và dài nhất là 360 phút và không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Thông có thời gian mổ trung bình là 190±25 phút, ngắn nhất là 120 phút và dài nhất là 270 phút [4].

Đảm bảo rìa diện cắt âm tính (R0) là một tiêu chuẩn quan trọng trong phẫu thuật ung thư trực tràng nói riêng và phẫu thuật ung thư nói chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp phẫu thuật đều đảm bảo rìa diện cắt âm tính. Nghiên cứu của tác giả Trịnh Lê Huy và Trần Ngọc Thông đều cho kết quả tương tự [1],[4].

Trong phẫu thuật ung thư trực tràng, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (Total Mesorectal Excision-TME) là một tiêu chuẩn quan trọng giúp làm giảm tỉ lệ tái phát tại chỗ, tại vùng. Tuy nhiên, có nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy việc cắt toàn bộ mạc treo trực tràng không cần thiết đối với phần lớn ung thư trực tràng cao, thay vào đó là cắt bán phần mạc treo trực tràng

(Partial Mesorectal Excision- PME) và đảm bảo diên cắt cách u 5cm. Điều này cũng đã được Hiệp hội Ung thư Châu Âu khuyến cáo [5]. Các nghiên cứu cũng cho thấy không có sự khác biệt về kết quả ung thư học ở bệnh nhân ung thư trực tràng cao khi được phẫu thuật cắt bán phần mạc treo trực tràng so với cắt toàn bộ mạc treo trực tràng. Việc cắt toàn bộ mạc treo trực tràng ở bệnh nhân ung thư trực tràng cao là không cần thiết, thậm chí còn làm tăng thêm các biến chứng cũng như ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [6], [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 13 trường hợp được phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME), chiếm 31,7% và 28 trường hợp được phẫu thuật cắt bán phần mạc treo trực tràng (PME), chiếm 68,3%. Nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Thông và cộng sự về kết quả phẫu thuật nội soi đối với ung thư trực tràng trên và giữa, có 40% cắt bán phần mạc treo trực tràng và 60% cắt toàn bộ mạc treo trực tràng [4].

Hậu môn nhân tạo hồi tràng trong nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 6 trường hợp, chiếm 12,2%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Thông và cộng sự là 9,4% [3]. Chúng tôi chỉ định làm hậu môn nhân tạo đối với những trường hợp có hóa xạ tiền phẫu, phẫu thuật trước thấp, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng.

Việc nạo hạch được chúng tôi tiến hành thường quy, trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng hạch nạo được trung bình là $9,44 \pm 6,45$ hạch, lớn nhất là 31 hạch. Trong nghiên cứu của tác giả Trịnh Lê Huy, số lượng hạch nạo được trung bình là $8,60 \pm 3,15$ hạch [1].

Thời gian nằm viện hậu phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $9,02 \pm 2,39$ ngày, dài nhất là 21 ngày và ngắn nhất là 7 ngày. Trường hợp nằm viện dài ngày là do bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ, phải kéo dài thời gian dùng kháng sinh. Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Thông là $8,0 \pm 1,5$ ngày, của tác giả Trịnh Lê Huy là $8,91 \pm 2,26$ ngày [1].

4.4. Đặc điểm bệnh học sau phẫu thuật.

Tất cả các trường hợp bệnh nhân đều có giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tuyến, trong đó chiếm phần lớn là loại biệt hóa vừa (38/41 trường hợp, chiếm 92,7%) và biệt hóa tốt là 7,3%. Nghiên cứu của tác giả Trịnh Lê Huy cho thấy chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến (94,6%) và độ biệt hóa vừa (56,5%) [1]. Nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Thông và cộng sự cho thấy tất cả các trường hợp đều là ung thư biểu mô tuyến và 60% là loại biệt hóa vừa [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn khối u ở giai đoạn T3 và T4, với tỉ lệ lần lượt là 41,5% và 35,5%. Có 27 trường hợp chưa có di căn hạch (65,9%) và 13 trường hợp là N1 (13%), 1 trường hợp N2 (2,4%). Giai đoạn sau mổ chủ yếu là giai đoạn II,III, với tỉ lệ giai đoạn bệnh I,II,III lần lượt là 22%, 43,9% và 34,1%. Nghiên cứu của tác giả Trịnh Lê Huy và cộng sự cho thấy u chủ yếu ở giai đoạn T2 và T3 với tỉ lệ lần lượt là 38,7% và 37,5%; có 76,4% không di căn hạch, có 19,4% di căn hạch N1 và 4,2% di căn hạch N2; giai đoạn bệnh sau mổ I,II,III lần lượt là 44,4%, 30,6%, 23,6% [2]. Nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Thông và cộng sự cho thấy u ở giai đoạn T2, T3 lần lượt là 17,8% và 82,2%; di căn hạch N0, N1, N2 lần lượt là 33,3%, 51,1% và 25,6% [4].

4.5. Tai biến và biến chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong mổ, chỉ gặp một số biến chứng sau mổ. Tỷ lệ biến chứng chung là 7,3%, trong đó nhiễm trùng vết mổ có 2 trường hợp (4,9%) và viêm phổi 1 trường hợp (2,4%). Không có trường hợp nào xì miệng nối, tắc ruột hay tử vong sau mổ. Cả hai trường hợp nhiễm trùng vết mổ đều được điều trị nội khoa ổn định trước khi xuất viện, thời gian nằm viện ở hai trường hợp này đều kéo dài. Trường hợp viêm phổi trong thời gian hậu phẫu gặp ở bệnh nhân lớn tuổi nhất (86 tuổi), trường hợp này chúng tôi cũng điều trị nội khoa ổn định trước khi xuất viện. Trong nghiên cứu của tác giả Trịnh Lê Huy, tỉ lệ rò miệng nối là 1,8%, nhiễm trùng vết mổ là 5,5% và tắc ruột sau mổ là 1,8% [1]. Nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Thông và cộng sự cho kết quả tỉ lệ xì miệng nối là 6,7%, nhiễm trùng vết mổ là 2,2%, tắc ruột sau mổ, tử vong sau mổ là 0% [4].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 41 trường hợp bệnh nhân ung thư trực tràng cao được điều trị bằng phẫu thuật nội soi, chúng tôi nhận thấy đây là phẫu thuật có tính khả thi cao, tỉ lệ chuyển mổ mở là 0%, tỉ lệ biến chứng chung là 7,3%, trong đó không có biến chứng lớn hoặc tử vong sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ ngắn, trung bình là 9 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Lê Huy và Hoàng Mạnh Tài**, "Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư trực tràng trung bình tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội", Tạp chí Y học Việt Nam ((2021) 505, tr. 37-40.
2. **Trịnh Lê Huy và Phạm Đức Tuấn**, "Kết quả sớm phẫu thuật nội soi 3d cắt đoạn trực tràng điều trị ung thư trực tràng ở người cao tuổi", Tạp

- chí Y học Việt Nam (2022) 514(1) tr 49-52
3. **Trần Ngọc Thông và các cộng sự.**, "Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư trực tràng trên và giữa được điều trị phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp.", Tạp chí Y học lâm sàng (2020), 66, tr. 29-38.
 4. **Trần Ngọc Thông và các cộng sự.**, "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp trong điều trị ung thư trực tràng trên và giữa", Tạp chí Y Dược học - Trường Đại Học Y Dược Huế (2017), tr. 182-189.
 5. **R. Glynne-Jones và các cộng sự.**, "Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up", Annals of Oncology (2017), 28, tr. iv22-iv40.
 6. **K. Y. Lee.**, "Factors Influencing Oncologic Outcomes after Tumor-specific Mesorectal Excision for Rectal Cancer", J Korean Soc Coloproctol (2012), 28(2), tr. 71-2.
 7. **F. Lopez-Kostner và các cộng sự.**, "Total mesorectal excision is not necessary for cancers of the upper rectum", Surgery (1998), 124(4), tr. 612-7; discussion 617-8.
 8. **Hyuna Sung và các cộng sự.**, "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", CA: A Cancer Journal for Clinicians (2021), 71(3), tr. 209-249.
 9. **N. Tabchouri và các cộng sự.**, "Neoadjuvant Treatment in Upper Rectal Cancer Does Not Improve Oncologic Outcomes But Increases Postoperative Morbidity", Anticancer Res (2020), 40(6), tr. 3579-3587.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU CẤP TÍNH CHI DƯỚI CÓ MỞ CÂN CẰNG CHÂN DO CHẤN THƯƠNG VẾT THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Hùng Mạnh¹, Đoàn Quốc Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét đặc điểm bệnh lý và đánh giá kết quả điều trị thiếu máu cấp tính chi dưới có mở cân cẳng chân do chấn thương vết thương tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu quan sát mô tả, không nhóm chứng trên 70 bệnh nhân có chẩn đoán thiếu máu chi dưới cấp tính được tái thông mạch máu có kèm mở cân cẳng chân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ 01/2020 đến 12/2021. **Kết quả:** Trong 70 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ nam/nữ = 1.8/1; độ tuổi trung bình là 33,2 ± 13,2 tuổi. Tai nạn giao thông là chủ yếu chiếm 82,9%. Cơ sở tiếp cận y tế ban đầu là tuyến tỉnh chiếm 82,9%. Mạch bị tổn thương do chấn thương chiếm 94,3%, vết thương chiếm 5,7%; chủ yếu là động mạch khoeo chiếm 88,6%. 100% bệnh nhân được tái thông mạch ở thời điểm >6h kể từ lúc xảy ra tai nạn. Phân độ Rutherford từ IIa trở lên chiếm 95,7%. Không có sự khác biệt giữa mở cân dự phòng hay điều trị ở nam và nữ ($p = 0,141 > 0,05$, Chi-Square Test). 17,2% bệnh nhân cần cắt lọc cơ hoại tử sau mổ, 10% có biến chứng chảy máu vết mổ; 24,3% có nhiễm khuẩn vết mổ. 5/70 bệnh nhân tắc hẹp miệng nối cần mổ lại. 2/70 trường hợp phải cắt cụt sớm sau mổ do cơ hoại tử không liên quan đến mở cân. Không có trường hợp nào suy thận cấp hay tử vong. Thời gian đóng cân cẳng chân trung bình 13,84 ± 6,445 ngày, sớm nhất là 4 ngày, muộn nhất là 31

ngày. Sau 01 tháng xuất viện, 82,4% bệnh nhân hạn chế vận động, 2,9% bất động; chỉ có 48,5% số bệnh nhân không còn cảm giác đau sau mổ. Sau 06 tháng, còn 33,8% bệnh nhân hạn chế vận động, không còn bệnh nhân phải bất động, tỷ lệ không đau 97,1%. **Kết luận:** Kết quả điều trị thiếu máu chi dưới cấp tính có mở cân cẳng chân do chấn thương vết thương tương đối tốt, bị ảnh hưởng bởi đặc điểm tổn thương ban đầu, chăm sóc vết mổ, tập phục hồi vận động sau mổ. **Từ khóa:** thiếu máu cấp tính chi dưới, mở cân cẳng chân, chấn thương vết thương mạch máu chi dưới.

SUMMARY

EVALUATE THE OUTCOMES OF TREATMENT OF ACUTE LOWER EXTREMITY ISCHEMIA WITH FASCIOTOMY DUE TO WOUND TRAUMA AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To observe the pathological characteristics and evaluate the outcomes of treatment of acute lower extremity ischemia with fasciotomy due to wound trauma at Viet Duc University Hospital. **Method:** A retrospective descriptive study with a none control group on 70 patients diagnosed with acute lower extremity ischemia who were revascularized with fasciotomy at Viet Duc University Hospital from January 2020 to December 2021. **Result:** In 70 studied patients, the male/female ratio = 1.8/1; the average age was 33.2 ± 13.2 years old. The main cause was traffic accidents accounting for 82.9%. Primary healthcare facilities were at the provincial level accounting for 82.9%. The prevalence of vessels damaged by trauma was 94.3%, and by wounds was 5.7%; the majority was popliteal artery accounting for 88.6%. 100% of patients were revascularized at more than 6 hours after the accident.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hùng Mạnh

Email: hungmanh1712@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 4.01.2023