

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ÁP DỤNG ĐA MÔ THỨC TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG Ở NHỮNG BỆNH NHÂN CÓ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRỰC TRÀNG BẢO TỒN CƠ THẮT TẠI BỆNH VIỆN E

Đặng Quốc Ái^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả áp dụng đa mô thức trong điều trị ung thư trực tràng ở nhóm bệnh nhân có phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt tại bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp:** Đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu trên nhóm bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại trực tràng vết hạch tại khoa Ngoại Tổng Hợp - Bệnh viện E trong khoảng thời gian từ tháng 5 năm 2021 đến tháng 11 năm 2022. **Kết quả:** Tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu là 42 bệnh nhân bao gồm 69% nam giới và 31% nữ giới, với độ tuổi trung bình là 66,3 ± 11,4 tuổi. Thời gian mổ trung bình là 247,7 ± 46,5 (140 – 320) phút. Lượng máu mất trong mổ trung bình là 27,3 ± 8,4 ml. Thời gian cho ăn lại sau mổ 5,3 ± 1,4 ngày. Thời gian đại tiện sau mổ 5,9 ± 1,3 ngày. Không có tai biến trong mổ, biến chứng rò miệng nối gặp ở 3 trường hợp (7,1%), chảy máu ổ bụng 1 trường hợp (2,4%), viêm phổi 4 trường hợp (9,5%), nhiễm trùng vết mổ 6 trường hợp (14,3%), tắc ruột 2 trường hợp (4,8%), bí đái sau mổ 1 trường hợp (2,4%). Thời gian hậu phẫu trung bình 12,7 ± 3,8 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện E là phương pháp an toàn, ít tai biến và biến chứng.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng, ung thư trực tràng.

SUMMARY

INITIAL RESULTS ON APPLICATION OF MULTIPLE METHODS TO TREATMENT RECTAL CANCER FOR PATIENTS UNDERGOING SPHINCTER-SAVING LAPAROSCOPIC PROCTECTOMY AT E HOSPITAL

Objective: Evaluation of the results of applying multimodality in the treatment of rectal cancer in the group of patients undergoing sphincter-preserving laparoscopic proctectomy at E hospital. **Subjects and methods:** This is a retrospective descriptive study on a group of patients diagnosed with rectal cancer and treated by laparoscopic colorectal resection with lymphadenectomy at the Department of General Surgery – E Hospital in the period from May 2021 to November 2022. **Results:** The total number of

patients in the study was 42 patients including 69% men and 31% women, with a mean age of 65.07 ± 11.2 years. The average operative time was 247.7 ± 46.5 minutes. The mean intraoperative blood loss was 27.3 ± 8.4 ml. Time for re-feeding after surgery is 5.3 ± 1.4 days. Postoperative defecation time 5.9 ± 1.3 days. There were no complications during surgery, complications of anastomosis were encountered in 3 cases (7.1%), intra-abdominal bleeding in 1 case (2.4%), pneumonia in 4 cases (9.5%), wound infection 6 cases (14.3%), intestinal obstruction 2 cases (4.8%), urinary retention after surgery 1 cases (2.4%). The mean postoperative time was 12.7 ± 3.8 days. **Conclusion:** Laparoscopic surgery for rectal cancer at E Hospital is a safe method with few of intra-operation accident and post-complications.

Keywords: Laparoscopic surgery for rectal cancer, rectal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là ung thư thường gặp của đường tiêu hóa. Tỷ lệ mắc bệnh ngày càng cao, có xu hướng trẻ hóa và đứng thứ ba về tỷ lệ mắc mới, đứng thứ tư về tỷ lệ tử vong do ung thư. Số ca mắc mới của ung thư trực tràng và đại tràng theo thống kê của Globocan năm 2020 tại Việt Nam hơn 15.000 ca, chiếm 8,6% trong tổng số các loại ung thư. Đây là loại ung thư phổ biến thứ ba ở nữ và thứ tư ở nam.¹

Điều trị ung thư trực tràng là điều trị đa mô thức, trong đó phương pháp điều trị chủ yếu vẫn là phẫu thuật và khả năng phẫu thuật triệt căn vẫn chiếm tỷ lệ cao. Tỷ lệ sống trên 5 năm của các bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình là khoảng 74% đến 83% tính chung cho các loại nhưng nếu được phát hiện sớm tỷ lệ này là 92%. Ngày nay với sự phát triển của phẫu thuật nội soi cùng với trình độ chuyên môn và với sự hiểu biết của phẫu thuật viên về bệnh lý ung thư trực tràng, cùng với sự phát triển của các trang thiết bị dụng cụ như: dao siêu âm, Ligasure, máy cắt nối nội soi... đã làm cho sự phát triển của Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng ngày càng đạt được những kết quả tốt kể cả ở những đối tượng người cao tuổi có nhiều bệnh nền. Các nghiên cứu gần đây đã cho thấy kết quả dài hạn của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tương đương với phẫu thuật mổ mở kinh điển. Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng đã chứng minh được nhiều ưu điểm hơn so với phẫu

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023

thuật mổ mở như: ít gây thương tổn thành bụng, ít đau sau mổ, giảm tỷ lệ nhiễm trùng, giảm thoát vị thành bụng, rút ngắn thời gian nằm viện, phục hồi sức khỏe nhanh hơn, và có tính thẩm mỹ cao. Đặc biệt, phương pháp phẫu thuật nội soi cho phép tiếp cận vùng tiểu khung dễ dàng hơn so với phẫu thuật mở ở những bệnh nhân ung thư trực tràng nên ngày càng được áp dụng một cách rộng rãi.²⁻⁴

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng đã được áp dụng tại nhiều trung tâm phẫu thuật lớn. Bệnh viện E là cơ sở y tế thuộc tuyến trung ương nằm trên địa bàn thành phố Hà Nội, đã triển khai kỹ thuật này nhiều năm. Gần đây bệnh viện được trang bị máy xạ trị gia tốc tuyến tính và đưa trung tâm ung bướu vào hoạt động, đã làm cho việc điều trị ung thư trực tràng trở nên bài bản hơn và tuân thủ chặt chẽ nguyên tắc điều trị đa mô thức trong loại bệnh lý này. Xuất phát từ đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm bước đầu đánh giá hiệu quả áp dụng điều trị đa mô thức trong ung thư trực tràng ở nhóm bệnh nhân có phẫu thuật nội soi cắt trực tràng và bảo tồn cơ thắt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 42 bệnh nhân ung thư trực tràng tuân thủ áp dụng điều trị đa mô thức theo hướng dẫn của hiệp hội chống ung thư thế giới. Những bệnh nhân này được phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng vét hạch và bảo tồn cơ thắt trong giai đoạn từ tháng 5 năm 2021 đến tháng 11 năm 2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bao gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng và được điều trị hóa xạ trị trước phẫu thuật nếu vượt quá giai đoạn phẫu thuật triệt căn theo hướng dẫn của hiệp hội phòng chống ung thư thế giới.

- Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt trực tràng điều trị tại bệnh viện E.

- Có đầy đủ kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

- Hồ sơ nghiên cứu có đầy đủ các thông tin phục vụ cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư không phải biểu mô.

- Ung thư di căn từ nơi khác đến.

- Mổ nội soi cắt trực tràng kết hợp với mổ điều trị bệnh lý khác.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật: Tuổi, giới, BMI, lý do vào viện và các triệu chứng

lâm sàng (đại tiện ra máu, đau bụng âm ỉ, đại tiện khó...), phân loại ASA về mặt gây mê hồi sức, phân loại giai đoạn bệnh trước phẫu thuật, quá trình điều trị hóa xạ trị trước phẫu thuật. Cận lâm sàng: Xét nghiệm máu, nội soi đại trực tràng ống mềm có sinh thiết, nồng độ CEA, MRI.

- Kết quả điều trị: thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ, tai biến trong mổ, kỹ thuật mổ, thời gian trung tiện, biến chứng sớm, kết quả giải phẫu bệnh lý, giai đoạn bệnh sau phẫu thuật, thời gian nằm viện sau mổ và kết quả điều trị khi ra viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 6 năm 2022 chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng cho 42 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 65,07±11,2 tuổi. Trong đó 69% bệnh nhân là nam giới và 31% bệnh nhân là nữ giới. Các đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật được trình bày ở bảng 1, các kết quả trong phẫu thuật được trình bày ở bảng 2 và các kết quả sau phẫu thuật được trình bày ở bảng 3

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật

Tuổi trung bình (năm)	66,3 ± 11,4
Giới tính	Nam: 69% và Nữ: 31%
BMI (kg/m ²)	20,97 ± 2,94 (16,61 - 28,34)
Đại tiện phân máu	15 (35,7%) trường hợp
Đau bụng âm ỉ	22 (52,4%) trường hợp
Đại tiện khó	17 (40,5%) trường hợp
Nôn, buồn nôn	4 (9,5%) trường hợp
CEA tăng	28 (66,7%) trường hợp
Thiếu máu trước mổ phải truyền máu	5 (11,9%) trường hợp
Nội soi trực tràng sinh thiết tổn thương làm giải phẫu bệnh lý	100% các trường hợp nội soi phát hiện khối u và giải phẫu bệnh tổn thương là ung thư biểu mô tuyến
Vị trí khối u trên MRI trực tràng	100% được chụp MRI đánh giá trước mổ: Trực tràng cao: 10 (35,7) trường hợp Trực tràng giữa: 21 (38,1) trường hợp Trực tràng thấp: 11 (26,2) trường hợp
Phân loại ASA trước mổ	I: 2 (4,5%) trường hợp II: 39 (88,7%) trường hợp III: 3 (6,8%) trường hợp
Phân loại giai đoạn bệnh trước mổ	I: 5 (11,9%) trường hợp II: 25 (59,5%) trường hợp

	III: 12 (28,6%) trường hợp IV: 0 (0%) trường hợp
Hóa xạ trị trước mổ	6 (14,3%) trường hợp

Bảng 2: Kết quả trong phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	247,7 ± 46,5 (140 – 320)
Số lượng trocar	100% sử dụng 5 trocar
Lượng máu mất trung bình (ml)	27,3 ± 8,4 (20 – 50)
Số lượng dẫn lưu trung bình đặt trong mổ	100% đặt 2 dẫn lưu cạnh miệng nối
Mở thông hồi tràng	7 (16,7%) trường hợp
Tai biến trong mổ	100% không có tai biến
Kỹ thuật làm miệng nối	40 (95,2%) nối đại tràng sigma và trực tràng bằng máy 2 (4,8%) nối đại tràng với ống hậu môn bằng khâu tay

Bảng 3: Kết quả sau phẫu thuật

Thời gian rút dẫn lưu trung bình (ngày)	7,9 ± 2,3 (5 – 14)
Thời gian cho ăn lại sau mổ (ngày)	5,3 ± 1,4 (3 – 10)
Thời gian đại tiện sau mổ	5,9 ± 1,3 (4 – 11)
Biến chứng sau mổ	Tổng số biến chứng 17 (40,5%) bao gồm: Rò miệng nối 3 (7,1%) Chảy máu trong ổ bụng qua dẫn lưu 1 (2,4%) Viêm phổi 4 (9,5%) Nhiễm trùng vết mổ 6 (14,3%) Tắc ruột 2 (4,8%) Bí đại sau mổ 1 (2,4%)
Sinh thiết tức thì diện cắt dưới trong mổ	100% được sinh thiết và kết quả không có tế bào ung thư
Phân độ biến chứng theo Clavien – Dindo	Mức độ I: 6 (14,3%) Mức độ II: 7 (16,7%) Mức độ III: 4 (9,6%) IIIa: 2 (4,8%) IIIb: 2 (4,8%) Mức độ IV: 0 Mức độ V: 0
Phân loại giai đoạn bệnh sau mổ dựa vào quan sát trong mổ và giải phẫu bệnh	I: 2 (4,8%) trường hợp II: 18 (42,8%) trường hợp III: 20 (47,6%) trường hợp IV: 2 (4,8%) trường hợp
Số ngày nằm viện	12,7 ± 3,8 ngày

sau mổ trung bình	Tốt: 38 (90,5%) bệnh nhân ổn định ra viện đúng kế hoạch Trung bình: 4 (9,5%) bệnh nhân gặp các biến chứng nghiêm trọng làm kéo dài thời gian nằm viện nhưng không để lại di chứng Xấu: 0 (0%) bệnh nhân tử vong hoặc để lại di chứng lâu dài do các biến chứng.
Kết quả ra viện	
Điều trị hóa xạ trị bổ trợ sau mổ	34 (80,9%) điều trị hóa trị đơn thuần, 2 (4,8%) bệnh nhân kết hợp hóa xạ trị

IV. BÀN LUẬN

Ung thư trực tràng là một bệnh lý ác tính thường gặp của đường tiêu hóa, các báo cáo gần đây cho thấy độ tuổi ung thư trực tràng ngày càng trẻ. Độ tuổi trung bình nghiên cứu của chúng tôi là 66,3 ± 11,4 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 36 tuổi và nam giới chiếm tỷ lệ 69%. Đau bụng vùng hạ vị, đại tiện khó hoặc ỉa máu là những triệu chứng chính đưa bệnh nhân đến nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong đó có 11,9% bệnh nhân nhập viện trong tình trạng thiếu máu và phải truyền máu trước phẫu thuật. Độ tuổi trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu của các tác giả khác đã công bố gần đây.^{3,5}

Chẩn đoán ung thư trực tràng thấp thường đơn giản, bằng động tác thăm trực tràng cho những bệnh nhân có biểu hiện ỉa máu hoặc có các than phiền về các triệu chứng khác của hậu môn trực tràng như mót rặn, phân nhầy, phân dẹt... Tuy nhiên, không phải bác sĩ nào cũng làm động tác này, dẫn đến đã để sót nhiều bệnh nhân ung thư trực tràng cho đến khi có các biến chứng nặng nề như tắc ruột hoặc thiếu máu thì mới phát hiện ra. Ngoài thăm khám lâm sàng thì soi trực tràng bằng ống soi cứng cũng là động tác đơn giản và an toàn mà bất cứ phòng khám hậu môn trực tràng nào đều có thể tiến hành được. Hiện nay nội soi đại trực tràng bằng ống soi mềm là phương tiện hiện đại, đã có mặt hầu hết từ các cơ sở y tế nhà nước cho đến các bệnh viện và phòng khám tư nhân. Nội soi trực tràng và sinh thiết tổn thương làm giải phẫu bệnh được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán. Để đánh giá giai đoạn bệnh cho bệnh nhân ung thư trực tràng trước điều trị, thì chụp cộng hưởng từ tiểu khung là phương tiện chẩn đoán hình ảnh tốt nhất hiện nay đã được trang bị tại nhiều cơ

sở y tế kể cả tuyến tỉnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều được nội soi trực tràng sinh thiết tổn thương làm giải phẫu bệnh lý để có bằng chứng chính xác trong chẩn đoán trước mổ và tất cả đều được chụp cộng hưởng từ tiểu khung để nghiên cứu đặc điểm khối u và tính chất di căn hạch trong vùng tiểu khung.

Chẩn đoán sớm đối với ung thư trực tràng ngoài tăng tỷ lệ điều trị khỏi bệnh nó còn là yếu tố then chốt trong phẫu thuật điều trị bảo tồn cơ thắt với ung thư trực tràng đặc biệt là ung thư trực tràng thấp. Vì vậy, các hiệp hội ung thư trên thế giới đã đưa ra các khuyến cáo cần được khám nội soi sàng lọc đường tiêu hóa sớm ở những đối tượng nguy cơ cao. Một số các quốc gia phát triển đã có các chương trình y tế sàng lọc bệnh lý ung thư đường tiêu hóa sớm cho những người 50 tuổi trở lên, nhằm mục đích phát hiện và cắt bỏ các polyp tuyến trước khi ung thư hóa, cũng như phát hiện các tổn thương ung thư ở giai đoạn sớm.

Điều trị ung thư trực tràng hiện nay là điều trị đa mô thức. Bệnh nhân phải được chẩn đoán giai đoạn một cách rõ ràng trước lộ trình điều trị. Bệnh nhân được hội chẩn lựa chọn hình thức và lộ trình can thiệp bởi sự phối hợp của phẫu thuật viên cùng với các chuyên gia hóa xạ trị, giải phẫu bệnh, chẩn đoán hình ảnh và dinh dưỡng lâm sàng. Đây là xu hướng hiện nay của các nước tiên tiến trên thế giới. Tuy nhiên tại Việt Nam không phải cơ sở điều trị ung thư trực tràng nào cũng đáp ứng được. Bệnh viện E là một cơ sở y tế thuộc tuyến trung ương đóng trên địa bàn thành phố Hà Nội, gần đây đã đưa trung tâm ung bướu vào hoạt động với sự đồng bộ về các biện pháp can thiệp trong điều trị ung thư trực tràng từ phẫu thuật cho đến hóa trị, xạ trị trước và sau phẫu thuật. Vì vậy, làm cho việc điều trị ung thư trực tràng được tuân thủ đúng nguyên tắc theo tiêu chuẩn khuyến cáo của các hiệp hội ung thư trên thế giới trong điều trị ung thư trực tràng.

Chúng tôi đặt tư thế bệnh nhân dạng và gác thõng hai chân bằng bộ gác chân của phẫu thuật hậu môn trực tràng, ở tư thế này trực tràng và khung chậu được duỗi tối đa tạo điều kiện thuận lợi cho tiếp cận sâu xuống tận cơ nâng. Tất cả bệnh nhân được sử dụng 5 trocar và đi theo một quy trình nhất định đó là bộ lộ thắt bó mạc treo tràng dưới giải phóng $\frac{1}{2}$ đại tràng phía bên trái bao gồm cả đại tràng góc lách và nửa bên trái đại tràng ngang. Sau đó tiếp cận giải phóng trực tràng và mạc treo trực tràng. Đối với các trường hợp khối u ở trực tràng cao thì cắt mạc treo trực tràng dưới u 5cm, còn đối với khối u

nằm ở trực tràng trung gian và trực tràng thấp thì cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng (TME). Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là $247,7 \pm 46,5$ phút bao gồm cả thời gian chờ sinh thiết tức thì. Khi so sánh thời gian phẫu thuật với các tác giả khác chúng tôi thấy thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn. Tuy nhiên vấn đề thời gian không phải là vấn đề lớn trong phẫu thuật mà tính chất triệt căn và an toàn trong phẫu thuật mới là điều cần được đặt lên hàng đầu. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đều được bảo tồn cơ thắt thành công. Trong đó 95,2% bệnh nhân được thực hiện miệng nối bằng máy khâu nối tròn EEA, còn lại 2 bệnh nhân (4,8%) thực hiện miệng nối đại tràng hậu môn bằng khâu tay, hai trường hợp này khối u nằm thấp nên phải cắt bán phần cơ thắt trong để đảm bảo diện cắt không còn tế bào ung thư.

Tổng số các biến chứng phẫu thuật trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 17 trường hợp chiếm 40,5%. Tuy nhiên đa phần là các biến chứng nhẹ, không nguy hiểm và được xử trí bằng điều trị nội khoa. Trong đó có 1 trường hợp mổ lại vì tắc ruột điều trị nội khoa không thành công, 1 trường hợp chảy máu trong ổ bụng và 3 trường hợp rò miệng nối là những biến chứng nghiêm trọng nhất. Trường hợp chảy máu trong ổ bụng sau mổ ngày thứ 3 do bệnh nhân vận động và ống dẫn lưu cứng đặt sâu trong tiểu khung đã cọ xát gây chảy máu qua dẫn lưu khoảng 400ml. Trường hợp này được xử lý bằng cách rút bớt dẫn lưu 10cm và cho bù máu thì sau đó ổn định mà không cần can thiệp gì thêm. Đây là một kinh nghiệm đặt dẫn lưu trong mổ nội soi cắt trực tràng. Khi mà khoang bụng đang bơm căng hơi và dẫn lưu là các ống silicone cứng thì cần trừ hao một khoảng cách để khi xả xẹp hơi dẫn lưu không nằm quá sâu và đâm vào tiểu khung gây chảy máu sau mổ. Trong 3 trường hợp rò miệng nối thì một trường hợp rò trực tràng âm đạo mức độ nhẹ, do trong thì đặt máy làm miệng nối chúng tôi đã không kiểm soát âm đạo trước khi bấm máy. Bệnh nhân này ung thư trực tràng thấp trên bệnh nền là đáí tháo đường và đã mổ thay đoạn động mạch chậu bên phải. Sau mổ 7 ngày thì rỉ dịch và hơi qua âm đạo lượng ít và không gây viêm phúc mạc cũng như áp xe tiểu khung vì vậy bệnh nhân vẫn được cho ra viện và hẹn xử lý đóng rò thì hai. Một bệnh nhân xuất hiện rò dịch tiêu hóa qua dẫn lưu ở ngày thứ 3, khi bắt đầu cho ăn sữa bằng đường miệng thì bệnh nhân bị tiêu chảy, kích thích mót

rặn liên tục ở hậu môn. Bệnh nhân này là trường hợp khối u trực tràng thấp nên miệng nối máy rất thấp ngay sát cơ thắt. Điều này rất thú vị, chưa thấy tác giả nào nói đến, đó là những trường hợp miệng nối rất thấp khi ăn lại sớm nếu rối loạn tiêu hóa gây kích thích mót rặn nhiều sẽ tác động trực tiếp lên miệng nối. Tác động của sự rặn ỉa quá mức do kích thích sẽ gây co thắt miệng nối dẫn đến giãn vòng ghim và hở miệng nối gây rò khi mà miệng nối sát cơ thắt. Chúng tôi đã phát hiện ra trường hợp này sớm, cho bệnh nhân ngừng ăn kèm điều trị chống rối loạn tiêu hóa cho bệnh nhân, kết quả hết rò và không cần can thiệp gì thêm. Một trường hợp rò miệng nối nằm trong nhóm hai bệnh nhân làm miệng nối đại tràng hậu môn bằng tay. Trường hợp này do cắt bán phần cơ thắt trong và phẫu tích rộng nhưng hai dẫn lưu đặt phía trên ổ bụng không với xuống sát bên dưới ống hậu môn, dẫn đến tụ dịch và nhiễm trùng, ổ áp xe phá ra ngoài làm đứt chỉ miệng nối vào ngày thứ 8 sau phẫu thuật. Bệnh nhân này được mổ lại làm sạch khoang hậu môn trực tràng bằng đường dưới, đặt hệ thống dẫn lưu bơm rửa xuyên qua hố ngồi trực tràng bên phải vào sâu đến tận mặt trước xương cụt, khâu lại miệng nối đại tràng với ống hậu môn, nội soi lại ổ bụng hút rửa làm sạch ổ bụng và mở thông hồi tràng. Sau mổ bệnh nhân ổn định và bảo tồn được hậu môn cho bệnh nhân. Phân loại mức độ biến chứng sau mổ theo Clavien – Dindo thì chủ yếu là mức độ I và mức độ II, chỉ có 4 trường hợp chiếm 9,6% là mức độ III mà trong đó có 2 trường hợp là độ IIIb cần mổ lại đó là một trường hợp rò miệng nối như đã nói ở trên và 1 trường hợp tắc ruột sớm được mổ lại bằng nội soi, nguyên nhân là do quai ruột non dính với phúc mạc trong tiểu khung.

Trong một phân tích gộp của Karl Teurneau-Hermansson năm 2021 trên 4821 bệnh nhân thì cho thấy các biến chứng chung sau mổ nội soi cắt trực tràng là 37% và có đến 10,3% trường hợp xảy ra biến chứng nghiêm trọng cần phải can thiệp lại bằng phẫu thuật.⁶ Cũng trong năm 2021 Chengkui Liu đã tiến hành một phân tích gộp bao gồm 22.744 bệnh nhân phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng và tác giả cũng đã cho thấy phẫu thuật nội soi cắt trực tràng là một phẫu thuật có nhiều biến chứng kể cả trong mổ nội soi bằng rô bốt.⁷ Trong một nghiên cứu của Varut Lohsiriwat về rò trực tràng âm đạo sau phẫu thuật cắt trực tràng trước thấp đã đưa ra khuyến cáo đối với những trường hợp rò trực tràng âm đạo kích thước nhỏ hơn 1cm và không gây áp xe tiểu khung thì điều trị nội khoa và theo

đổi mà không cần xử lý ngay. Tác giả cũng đưa ra khuyến cáo cần kiểm soát âm đạo bằng tay trước khi bấm máy khâu nối miệng nối.⁸

Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu sau phẫu thuật được hội chẩn lại giữa phẫu thuật viên và các bác sĩ chuyên khoa hóa xạ trị, giải phẫu bệnh để quyết định phác đồ điều trị tiếp theo cho bệnh nhân. Có 34 (80,9%) trường hợp được tiếp tục điều trị hỗ trợ hóa trị đơn thuần và 2 (4,8%) trường hợp hóa xạ trị kết hợp. Có 4 bệnh nhân trong nhóm phân loại gia đoạn sau mổ thuộc giai đoạn II nhưng không chỉ định hóa trị hỗ trợ vì đây là những bệnh nhân lớn tuổi, thể trạng kém và có các bệnh lý nền.

V. KẾT LUẬN

Với kết quả ra viện có 90,5% số bệnh nhân đạt kết quả tốt và 9,5% số bệnh nhân kết quả trung bình và không có trường hợp nào có kết quả xấu. Kết quả này đã cho thấy bước đầu áp dụng điều trị đa mô thức trong nhóm bệnh nhân có phẫu thuật nội soi cắt trực tràng điều trị ung thư trực tràng, có bảo tồn cơ thắt tại Bệnh viện E tuy là một phẫu thuật khó, sau mổ gặp nhiều biến chứng nhưng kết quả bước đầu cho thấy khả thi và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: a cancer journal for clinicians. May 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Zhang Q, Liang J, Chen J, Mei S, Wang Z.** Outcomes of Laparoscopic Versus Open Surgery in Elderly Patients with Rectal Cancer. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP. Apr 1 2021;22(4):1325-1329. doi:10.31557/APJCP.2021.22.4.1325
3. **Li Z, Xiong H, Qiao T, et al.** Long-term oncologic outcomes of natural orifice specimen extraction surgery versus conventional laparoscopic-assisted resection in the treatment of rectal cancer: a propensity-score matching study. BMC surgery. Jul 25 2022;22(1):286. doi:10.1186/s12893-022-01737-2
4. **Seishima R, Miyata H, Okabayashi K, et al.** Safety and feasibility of laparoscopic surgery for elderly rectal cancer patients in Japan: a nationwide study. BJS open. Mar 5 2021;5(2)doi:10.1093/bjsopen/zrab007
5. **Zhu Y, Xiong H, Chen Y, et al.** Comparison of natural orifice specimen extraction surgery and conventional laparoscopic-assisted resection in the treatment effects of low rectal cancer. Scientific reports. Apr 29 2021;11(1):9338. doi:10.1038/s41598-021-88790-8
6. **Teurneau-Hermansson K, Svensson Neufert R, Buchwald P, Jorgren F.** Rectal washout does not increase the complication risk after anterior

resection for rectal cancer. World journal of surgical oncology. Mar 19 2021;19(1):82. doi:10.1186/s12957-021-02193-7

7. Liu C, Li X, Wang Q. Postoperative complications observed with robotic versus laparoscopic surgery for the treatment of rectal cancer: An updated meta-analysis of recently published studies. Medicine. Sep 10

2021;100(36):e27158.

doi:10.1097/MD.00000000000027158

8. Lohsiriwat V, Jitmonggan R. Rectovaginal fistula after low anterior resection: Prevention and management. World journal of gastrointestinal surgery. Aug 27 2021;13(8):764-771. doi:10.4240/wjgs.v13.i8.764

PHẪU THUẬT NORWOOD-YASUI NỐI TẮT ĐƯỜNG RA THẤT TRÁI ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ HẸP NẶNG ĐƯỜNG RA THẤT TRÁI KÈM THEO LỖ THÔNG LIÊN THẤT VÀ GIÁN ĐOẠN QUAI ĐỘNG MẠCH CHỦ

Nguyễn Lý Thịnh Trường¹, Nguyễn Hoàng Linh Chi²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật Norwood-Yasui điều trị bệnh lý hẹp rất nặng đường ra thất trái kèm theo lỗ thông liên thất và gián đoạn quai động mạch chủ tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng-phương pháp:** Trong thời gian từ tháng 5 năm 2012 đến tháng 2 năm 2022, có tổng số 8 bệnh nhân được phẫu thuật Norwood hoặc Yasui điều trị bệnh lý hẹp rất nặng đường ra thất trái-thông liên thất kèm theo gián đoạn quai động mạch chủ tại Bệnh viện Nhi Trung ương được tiến hành nghiên cứu hồi cứu. **Kết quả:** Trong nhóm nghiên cứu, tuổi trung bình và cân nặng trung bình của các bệnh nhân khi tiến hành phẫu thuật thì đầu (phẫu thuật Norwood, Yasui hoặc sửa quai-vá thông liên thất) lần lượt là 30.5 ngày (IQR, 21.5-37.5 ngày) và 3.15 kg (IQR, 2.7-3.8 kg). Thời gian chạy máy tim phổi nhân tạo thì đầu, thời gian cấp động mạch chủ và thời gian tưới máu não chọn lọc thì đầu lần lượt là 146.6 ± 25.1 phút, 99.4 ± 21.2 phút và 47.4 ± 8.9 phút. Thời gian thở máy trung bình và thời gian nằm viện sau phẫu thuật thì đầu lần lượt là 171 giờ (IQR, 141.5 – 238giờ) và 29.5 ngày (IQR, 19.5 – 34.5 ngày). Có 2 bệnh nhân tử vong sớm sau phẫu thuật Norwood. Trong số 6 bệnh nhân sống sót, ngoại trừ bệnh nhân được phẫu thuật Yasui thì đầu, có 4 bệnh nhân đã được sửa chữa toàn bộ hai thất (2 bệnh nhân phẫu thuật Ross-Konno, 1 bệnh nhân phẫu thuật Yasui và 1 bệnh nhân phẫu thuật vá lỗ thông kèm theo cắt vách nón mở rộng đường ra thất trái), 1 bệnh nhân được phẫu thuật Glenn và đang đợi phẫu thuật sửa hai thất. **Kết luận:** Phẫu thuật Norwood-Yasui điều trị bệnh lý hẹp nặng đường ra thất trái-thông liên thất-gián đoạn quai động mạch chủ là một lựa chọn hợp lý và khả thi đối với bệnh lý tim bẩm sinh hiếm gặp và tổn thương phức tạp. Theo dõi lâu dài là đặc biệt quan

trọng nhằm đảm bảo kết quả sống sót của các bệnh nhân tim bẩm sinh phức tạp này.

Từ khoá: Gián đoạn quai động mạch chủ, hẹp rất nặng đường ra thất trái, phẫu thuật Norwood, phẫu thuật Yasui.

SUMMARY

NORWOOD-YASUI OPERATION TO BYPASS THE SEVERE OBSTRUCTIVE OF LEFT VENTRICULAR OUTFLOW TRACT IN PATIENTS WITH INTERRUPTED AORTIC ARCH-VENTRICULAR SEPTAL DEFECT

Objective: To evaluate the primary outcomes of Norwood-Yasui operation for patients diagnosed with interrupted aortic arch-ventricular septal defect and severe left ventricular outflow tract obstruction at Heart Center, Vietnam National Children Hospital. **Methods:** From May 2012 to February 2022, 8 patients who underwent Norwood operation or Yasui procedure for left ventricular outflow tract bypass were retrospectively reviewed. **Results:** The median age and median weight of patients at the primary repair were 30.5 days (IQR, 21.5-37.5 days) and 3.15 kg (IQR, 2.7-3.8 kg). The mean time for bypass, aortic cross-clamp time, and selective regional cerebral perfusion time were 146.6 ± 25.1 minutes, 99.4 ± 21.2 minutes, and 47.4 ± 8.9 minutes, respectively. The median time for ventilation and hospital stays were 171 hours (IQR, 141.5 – 238 hours) and 29.5 days (IQR, 19.5 – 34.5 days). There were two patients died in hospital after Norwood operation. One patient underwent primary Yasui operation, and there were 4 patients who underwent biventricular repair as the second operation at the last follow-up (2 patients had Ross-Konno operation, 1 patient have Yasui procedure, and 1 patient underwent ventricular septal defect closure and resection of the conus septum), 1 patient who have Glenn operation and now waiting for biventricular repair. **Conclusions:** Staged repair for patients with severe left ventricular outflow tract obstruction-interrupted aortic arch-ventricular septal defect is reasonable and feasible for this complex congenital heart defect. Close follow-up in this specific group is essential to maintain survival and good outcomes.

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lý Thịnh Trường

Email: nlttruong@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 6.2.2023

Ngày duyệt bài: 27.2.2023