

không điển hình, chụp X quang tử cung, vòi tử cung và siêu âm có giá trị chẩn đoán bệnh nhân vô sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Viện bảo vệ Bà mẹ và trẻ sơ sinh**, Chẩn đoán và điều trị vô sinh, Nhà xuất bản Y học, 2003.
2. **Đặng Thị Minh Nguyệt**. Soi BTC để chẩn đoán các bất thường trong buồng tử cung, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2006.
3. **Wamsteker Kees, Emnuel. Mart H.** "Transcervical hysteroscopic resection of submucous fibroids for abnormal uterine bleeding", Ob & Gyn, Part 1, pp. 736 - 740. 1993.
4. **Anastasiadis P.G, Koutlaki N.G, Skaphida P.G, Galazios G.C, Tsikouras P.N, Liberis V.A.** "Endometrial polyps: prevalence, detection, and

malignant potential in women with abnormal uterine bleeding", Eur J Gynecol Oncol, 21, pp. 180 - 3. 2000.

5. **Preutthipan S, Linasmita V.** A prospective comparative study between hysterosalpingography and hysteroscopy in the detection of intrauterine pathology in patients with infertility. J Obstet Gynaecol Res 2003; 29:33-37.
6. **Golan A, Eilat E, Ron-El R, Herman A, Soffer Y, Bukovsky I.** Hysteroscopy is superior to hysterosalpingography in infertility investigation. Acta Obstet Gynecol Scand 1996;75:654-656.
7. **Fayez JA, Mutie G, Schneider PJ.** The diagnostic value of hysterosalpingography and hysteroscopy in infertility investigation. Am J Obstet Gynecol 1987;156:558-560

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Ngọc Anh¹, Đặng Quốc Ái²,
Đỗ Mạnh Toàn¹, Vũ Công Định¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp:** Đây là một nghiên cứu mô tả tiến 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 vét hạch tại khoa Ngoại Tổng Hợp - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong khoảng thời gian từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 11 năm 2022. **Kết quả:** Tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu là 30 bệnh nhân bao gồm 17 nam và 13 nữ; tỉ lệ nam/nữ là 1,3; Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $65,5 \pm 12,7$; 96,7% bệnh nhân có chỉ số BMI < 25kg/m². Thời gian mổ trung bình là $157,0 \pm 25,6$ phút. Tai biến trong mổ có 6,6% bệnh nhân tổn thương thanh cơ đại tràng trái. 100% thực hiện miệng nối theo kiểu tận - tận bằng máy khâu nối trong EEA 28mm. Thời gian trung tiện trung bình là $47,2 \pm 7,0$ giờ. Số lượng hạch nạo vét được trung bình là $11,0 \pm 3,6$ hạch. Có 3,3% biến chứng sau mổ rò miệng nối và 6,6% nhiễm trùng vết mổ. Thời gian cho ăn sau mổ $59,8 \pm 15,9$ giờ. Tổng số biến chứng sau mổ là 30%, trong đó đa phần là các biến chứng nhẹ được điều trị thành công bằng nội khoa. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $10,5 \pm 2,8$ ngày, không có bệnh nhân nào tử vong trong thời kỳ hậu phẫu. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị

ung thư trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình là an toàn, ít tai biến và ít biến chứng.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt trực tràng, ung thư trực tràng.

SUMMARY

RESULTS LAPAROSCOPIC SURGERY FOR RECTAL CANCER AT THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective: Evaluate results of laparoscopic surgery using a circular stapler for the treatment of rectal cancer at Thai Binh Provincial General Hospital. **Subjects and Methods:** This is a prospective descriptive study on a group of patients that were diagnosed with rectal cancer and were treated with laparoscopic colorectal resection and lymphadenectomy at General Surgery Department of Thai Binh Provincial General Hospital over the course of 2 years, from January 2021 to November 2022.

Results: The total number of eligible patients involved in the study was 30, including 17 males and 13 females. The mean age of this demographic was 65.07 ± 11.2 years. 96.7% of patients had normal weight (BMI < 25). The average operative time was 157.0 ± 25.6 minutes. Intraoperative complications were seen in 2 patients (6.6%), who had a slight damage to the serosa and muscle layers of the left colon. In 100% cases, colorectal anastomosis was made end-to-end with 28 mm EEA circular staplers. The return of bowel function was in an average of 47.2 ± 7.0 hours after surgery. The average number of harvested lymph nodes was 11.0 ± 3.6 . Postoperative complications included: anastomosis leakage - 1 case (3.3%), surgical site infection - 2 cases (6.6%). Postoperative oral feeding began in 59.8 ± 15.9 hours after surgery.

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

²Bệnh viện Đa khoa Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2023

Ngày phản biên khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023

Postoperative complication rate was 30 %, of which the majority were minor and cured noninvasively. The mean length of postoperative hospital stay was 10.5 ± 2.8 days and there was no death reported within the postoperative period. **Conclusion:** Laparoscopic surgery for rectal cancer at Thai Binh General Hospital is a safe method with low rate of intraoperative and postoperative complications.

Keywords: Laparoscopic surgery for rectal cancer, rectal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là bệnh lý ác tính 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]

Dấu hiệu lâm sàng chủ yếu của ung thư trực tràng là ỉa máu tươi hoặc lờ lờ máu cá, từng đợt hoặc kéo dài kèm theo có rối loạn đại tiện, thay đổi khuôn phân... một số trường hợp bệnh nhân đến bệnh viện muộn khi khối u đã gây ra các biến chứng như tắc ruột, viêm phúc mạc. Chẩn đoán xác định và chẩn đoán giai đoạn ung thư trực tràng chủ yếu dựa vào thăm trực tràng và nội soi đại tràng ống mềm sinh thiết, chụp cắt lớp ổ bụng có tiêm thuốc cản quang hoặc chụp cộng hưởng từ. Trong 30 năm qua, chiến lược điều trị ung thư trực tràng đã thay đổi đáng kể, đặc biệt kể từ khi Heald [2] giới thiệu kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng ứng dụng trong ung thư trực tràng giữa và dưới (tức là những khối u cách rìa hậu môn dưới 10 cm). Ngày nay, mục tiêu điều trị ung thư trực tràng không chỉ đảm bảo về mặt ung thư học, mà còn bảo tồn được chức năng của hệ thống cơ thắt giúp cải thiện chất lượng cuộc sống. Với việc ứng dụng phẫu thuật nội soi kết hợp sử dụng các trang thiết bị máy móc hiện đại như máy cắt nối tự động, giao hàn mạch... trong mổ ung thư trực tràng, đã hạn chế tỷ lệ bệnh nhân phải cắt cụt trực tràng và mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn, giúp cho chất lượng cuộc sống bệnh nhân sau mổ ngày càng tốt hơn.

Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi được áp dụng trong điều trị ung thư trực tràng từ năm 2000 tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, sau đó phát triển tại các trung tâm Ngoại khoa khác như Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108... Tại tỉnh Thái Bình, số người bệnh ung thư đại trực tràng được phẫu thuật hàng năm tại khoa Ngoại tổng

hợp và Trung Tâm Ung Bướu khoảng trên 200 ca (số liệu thống kê năm 2020 là 220 ca, trong đó ung thư trực tràng là 85 ca). Gần đây nhờ được sự đầu tư trang bị thêm nhiều trang thiết bị hiện đại như dao Ligasure, dao siêu âm, máy cắt nối tự động... nên chúng tôi đã triển khai thành công phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng. Để đúc rút kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi, nhằm phục vụ cho nhu cầu nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện tỉnh Thái Bình"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 30 bệnh nhân ung thư trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Thái Bình trong thời gian từ 01/01/2021 đến 31/12/2022:

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô trực tràng và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng tại Bệnh viện tỉnh Thái Bình.

- Có giải phẫu bệnh trước, sau phẫu thuật là ung thư biểu mô tuyến.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được nghe giải thích rõ mục tiêu, tiến trình của nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư trực tràng kèm ung thư ở vị trí khác của đại tràng.

- Mắc ung thư thứ hai ở cơ quan khác.

- Mô bệnh học là ung thư trực tràng thứ phát do di căn từ cơ quan khác.

- Có bệnh lý toàn thân nặng chống chỉ định phẫu thuật nội soi như: xơ gan, suy thận, rối loạn đông máu...

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Đây là một nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả tiến cứu.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 26.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được hội đồng Y đức bệnh viện phê duyệt trước khi nghiên cứu. Các thông tin về bệnh nhân được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 11 năm 2022 chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng cho 30 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $65,5 \pm 12,7$ tuổi. Trong đó 57% bệnh nhân là

nam giới và 43% 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)	65,5 ± 12,7
Giới tính	Nam: 56,7% và Nữ: 43,3%
BMI (kg/m ²)	20,6 ± 2,2 (17,5 - 27,4)
Đại tiện phân máu	26 (86,6%) trường hợp
Mót rặn	3 (9,9%) trường hợp
Thay đổi khuôn phân	5 (16,6%) trường hợp
Gầy sút cân	23(76,6%) 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
Thăm trực tràng thấy khối u	- Không sờ thấy: 25 bệnh nhân - Sờ thấy cách rìa hậu môn 5-6cm: 3 bệnh nhân - Sờ thấy cách rìa hậu môn 7cm: 2 bệnh nhân
Vị trí khối u so với rìa hậu môn	< 6cm : 2(6,6) bệnh nhân 6 – 12cm: 20(66,6) bệnh nhân >12 cm : 10(33,3) bệnh nhân
Kết quả giải phẫu bệnh sinh thiết qua nội soi trước mổ	Carcinom 76,7% Loạn sản 10% Viêm mạn tính 13,3%

Bảng 2: Kết quả trong phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	157,0 ± 25,6 (120 – 190)
Số lượng trocar	86,7% sử dụng 4 trocar, 13,3 % sử dụng 5 trocar
Thắt động mạch mạc treo tràng dưới	Thắt sát gốc 37,5%, thắt để lại động mạch đại tràng trái 62,5%
Cắt mạc treo trực tràng	Dưới u 5cm là 71,8% và cắt toàn bộ mạc treo là 28,2%
Diện cắt dưới bằng stapler thẳng	1 stapler là 78,1% và 2 stapler là 21,9%
Vị trí miệng nối	Trên nếp phúc mạc là 71,8% và dưới nếp phúc mạc là 28,2%
Số lượng dẫn lưu trung bình đặt trong mổ	1 dẫn lưu là 90,6% và 2 dẫn lưu là 9,4%
Mở thông hồi tràng	5 BN (16,1%) trường hợp
Tai biến trong mổ	02BN rách thanh cơ ruột
Kỹ thuật làm miệng nối	100% miệng nối tận- tận máy nối tròn EEA28

Bảng 3: Kết quả sau phẫu thuật

Thời gian rút dẫn lưu trung bình (ngày)	5,3 ± 1,2 (3 – 10)
Thời gian cho ăn lại	2,5 ± 0,6 (1.5-4)

Thời gian đại tiện sau mổ (ngày)	5,2 ± 1.3 (3– 11 ngày)
Biến chứng sau mổ	Tổng số biến chứng (30%) bao gồm: Rò miệng nối 1 (3,3%); Nhiễm trùng vết mổ 4 (13,2%); Tắc ruột 1 (3,3%); Bí đái sau mổ 3 (9,9%)
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: 7 (23,4%) Mức độ II: 1 (3,3%) Mức độ III: 1 (3,3%) Mức độ IV: 0 Mức độ V: 0
Phân loại giai đoạn bệnh sau mổ dựa vào qđánh giá trong mổ và giải phẫu bệnh	I: 3 (10%) trường hợp IIa: 13 (43,3%) trường hợp IIIb: 11 (36,7%) trường hợp IIIc: 3 (10%) trường hợp
Số ngày nằm viện sau mổ trung bình (ngày)	10,5 ± 2,8 (6-19) ngày
Kết quả xa	Thời gian theo dõi trung bình 12,8±4,8 tháng (3-18 tháng); Khỏe mạnh, tăng cân: 11 (36,7%) Cân nặng không đổi: 8 (26,7%) Tử vong: 1 (3,3%) Mất liên lạc : 10 (33,3%)
Điều trị hóa xạ trị hỗ trợ sau mổ	22(68,75%) bệnh nhân

IV. BÀN LUẬN

Ung thư đại trực tràng là một trong những loại ung thư thường gặp nhất trên thế giới, tỉ lệ mắc tăng theo tuổi và số lượng người cao tuổi mắc bệnh ngày một tăng. Nghiên cứu của Koya Hida (2018)[3] trên 482 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp tiến triển, ghi nhận tuổi trung bình là 63,4 ± 13,1 và nam/nữ = 67,8%/32,2%. Trong nghiên cứu có 30 bệnh nhân, 17 nam và 13 nữ (tỉ lệ nam/nữ = 1.3) Tuổi trung bình 65.4 ± 12.7 (35 – 89 tuổi) tương đương với nghiên cứu tác giả trên.

Trong ung thư trực tràng một thủ thuật đơn giản là thăm trực tràng, có thể xác định sự hiện diện của khối ung thư trực tràng thấp nhưng quan trọng hơn là xác định khoảng cách từ bờ dưới khối u đến rìa hậu môn là bao nhiêu centimet, kích thước, mức độ di động của khối u để quyết định bảo tồn cơ thắt hậu môn hay phải cắt đứt trực tràng làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn. Trong nghiên cứu có 05 bệnh nhân khi thăm trực tràng sờ chạm u chiếm 15,6% (trong đó 3 bệnh nhân khối u cách rìa hậu môn 5cm -

6cm; 2 bệnh nhân khối u cách rìa hậu môn 7cm); 83.3% bệnh nhân không sờ thấy u, do vậy việc đánh giá vị trí khối u trong nghiên cứu còn phải kết hợp với nội soi đại trực tràng. Nghiên cứu 30 bệnh nhân qua nội soi đại tràng ống mềm, bác sĩ nội soi ước lượng khoảng cách từ khối u đến rìa hậu môn dưới 6cm chiếm 6,7%, từ 6 – 12cm chiếm 60.0% và trên 12cm chiếm 33.3%, trong đó 70.0% khối u đã chiếm hơn nửa chu vi trực tràng. Qua nội soi đại tràng ghi nhận trên khung đại tràng ngoài khối ung thư còn 40% bệnh nhân có kèm theo polyp kích thước nhỏ hơn 1cm, lành tính kèm theo và được cắt hết polyp bằng nội soi trước khi thực hiện phẫu thuật nội soi cắt trực tràng. Về kết quả sinh thiết làm giải phẫu bệnh trước mổ có 86.7% bệnh nhân là ung thư, 10.0% bệnh nhân là viêm, 10% bệnh nhân là loạn sản và 3.3% bệnh nhân tổn thương loét sùi rõ không làm sinh thiết và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ thì 100% bệnh nhân đều là ung thư biểu mô tuyến trực tràng. Một nghiên cứu khác của Valentin Schnitzbauer và cs (2020)[5] trên 4540 bệnh nhân ung thư trực tràng, ghi nhận việc phân loại vị trí u theo UICC chia ra ung thư trực tràng trên khi khối u cách rìa hậu môn 12 - 16cm (27.0%), ung thư trực tràng giữa khi khối u cách rìa hậu môn 6 - 12cm (29.7%) và ung thư trực tràng thấp khi khối u cách rìa hậu môn dưới 6cm (13.2%) và ung thư trực tràng không xác định (30%). Kết quả nghiên cứu ghi nhận về số lượng trocar sử dụng như sau: 86.7% bệnh nhân được đặt 04 trocar; 13.3% bệnh nhân được đặt 05 trocar; về vị trí u (Bảng 1): có 36.7% bệnh nhân khối u ở vị trí trực tràng trên; 53.3% bệnh nhân khối u ở vị trí trực tràng giữa và 10.0% bệnh nhân khối u ở vị trí trực tràng dưới; có 36.7% bệnh nhân khối u đã xâm lấn ra thanh mạc và 13.3% bệnh nhân khối u đã xâm lấn ra xung quanh nhưng vẫn còn có khả năng di động.

Kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) được giới thiệu lần đầu tiên bởi Heald và cs (1982) được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị và được chấp nhận trên toàn thế giới. Tuy nhiên, để đảm bảo nguyên tắc phẫu thuật triệt căn về mặt ung thư học thì việc nạo vét hạch cũng như thắt động mạch mạc treo tràng dưới ở nguyên ủy hoặc sau khi tách động mạch đại tràng trái còn là chủ đề đang được tranh luận. Khi thực hiện thắt sát gốc động mạch mạc treo tràng dưới (thắt cao) có thể làm cho việc thực hiện kỹ thuật đơn giản hơn, phạm vi và số lượng nạo vét hạch được nhiều hơn nhưng có nguy cơ tổn thương đám rối thần kinh hạ vị trên và đám

rối thần kinh giao cảm, điều này có thể gây ra bất lợi cho sự tưới máu của động mạch trực tràng xa và cũng gây ra các rối loạn sinh dục. Sự tưới máu móm cắt trực tràng không đầy đủ và sự căng miệng nối tăng lên dẫn đến rò và hẹp miệng nối. Tác giả Hong Yang và cs (2020)[4] thực hiện phẫu thuật nội soi trên 198 bệnh nhân ung thư trực tràng, ở thì thắt tận gốc bó mạc chính nuôi trực tràng là động mạch mạc treo tràng dưới, phẫu thuật viên là người quyết định việc thắt động mạch mạc treo tràng dưới ở gần hoặc xa vị trí tách động mạch đại tràng trái (để lại động mạch này) nhưng phẫu tích hạch được bắt đầu ở gần chỗ xuất phát của động mạch mạc treo tràng dưới để đảm bảo đúng nguyên tắc trong phẫu thuật ung thư. Chúng tôi thực hiện thắt thấp động mạch mạc treo tràng dưới (để lại động mạch đại tràng trái) chiếm 60.0% đối với bệnh nhân có khối u ở vị trí dưới và giữa và thắt cao (40.0%) đối với bệnh nhân có khối u trực tràng trên nhưng vẫn đảm bảo lấy hết hạch dọc bó mạc mạc treo tràng dưới.

Trong số 30 bệnh nhân sử dụng máy cắt thẳng cắt ngang trực tràng, chúng tôi sử dụng một băng ghim 60mm chiếm 83.3% và 02 băng ghim (một băng ghim 60mm, một băng ghim 45mm) chiếm 16.7%, kết quả không gặp trường hợp nào chảy máu diện cắt hoặc máy bị dất không cắt được. Tác giả Koki Otsuka, MD và cs (2019)[6], thực hiện một nghiên cứu trên 272 bệnh nhân, sử dụng 02 băng ghim 45mm để cắt ngang trực tràng sau khi dùng Clamp cặp dưới u. Kết quả ghi nhận trên 271 bệnh nhân được cắt hoàn toàn bằng 02 băng ghim; 01BN được cắt bằng 03 băng ghim do lỗi băng ghim và có 09 bệnh nhân bị rò miệng nối (3.3%).

Chúng tôi sử dụng máy nối cỡ 28 của hãng Covidien, thực hiện miệng nối theo kiểu tận – tận cho 30 bệnh nhân, kết quả ghi nhận: 100% miệng nối được thực hiện thuận lợi, không có trường hợp nào rò miệng nối (qua thử test), hoặc chảy máu miệng nối. Chúng tôi ghi nhận có 9 bệnh nhân sau khi thực hiện nối máy thì miệng nối ở vị trí thấp dưới nếp phúc mạc nhưng chỉ có 3 bệnh nhân được làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ miệng nối chiếm 16.7% và không bệnh nhân nào bị rò miệng nối; trong số 6 bệnh nhân còn lại thì có 3 bệnh nhân miệng nối rất thấp (thăm trực tràng cách rìa hậu môn khoảng 4cm) chúng tôi không làm hậu môn nhân tạo bảo vệ, hậu phẫu diễn biến thuận lợi không có biến chứng; có 01 bệnh nhân bị rò miệng nối

Kết quả NC của YuMu và cs (2021)[7] chỉ ra mở thông hồi tràng có thể giảm rò miệng nối rõ

trên lâm sàng ở những bệnh nhân trải qua phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng. Tuy nhiên, mở thông hồi tràng không ảnh hưởng đến thời gian nằm viện, tỉ lệ phẫu thuật lại, nhiễm trùng vết mổ và thời gian mổ. Nghiên cứu của Koya Hida (2018)[3], thực hiện phẫu thuật nội soi (482 bệnh nhân) và phẫu thuật mở (482 bệnh nhân) điều trị ung thư trực tràng thấp tiến triển ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân có làm hậu môn nhân tạo bảo vệ ở nhóm nội soi là 45,0% và nhóm mổ mở là 39,4%; trong khi đó tỉ lệ rò miệng nối lần lượt ở 2 nhóm là 10,8% và 11,9%.

Tai biến trong mổ nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: 2/30 bệnh nhân (6,7%) có tổn thương thanh cơ đại tràng trái dưới 01cm do bong trong quá trình bóc lột điện giải phóng đại tràng trái và đại tràng góc lách, được xử trí bằng khâu thành cơ mũi chữ X chỉ surgicryl 3/0 qua nội soi; không có chảy máu nhiều trong quá trình mổ; một số bệnh nhân có chảy máu số lượng ít do phẫu tích động mạch mạc treo tràng dưới hoặc khi thực hiện kỹ thuật TME chỉ cần thấm bằng 3-5 gạc con; không có bệnh nhân nào phải truyền máu trong quá trình mổ cũng như không gặp các tai biến như các tác giả khác có lẽ do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ.

Về thời gian phục hồi lưu thông ruột sau mổ (thời gian trung tiện) chúng tôi ghi nhận thời gian trung bình 47.2 ± 7.0 (giờ); thời gian rút sonde dạ dày và cho ăn trở lại trung bình 59.8 ± 15.9 (giờ) (sau 03 ngày); thời gian nằm viện trung bình 10.5 ± 2.8 (ngày) tương đương với các nghiên cứu trên, thời gian rút dẫn lưu ổ bụng trung bình 5.3 ± 1.2 (ngày), thời gian rút sonde hậu môn trung bình 5.2 ± 1.3 (ngày) và thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình 2.9 ± 1.9 (ngày). Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy khả năng phục hồi sớm sau phẫu thuật nội soi có sử dụng máy cắt nối tương tự các nghiên cứu trên.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận mức độ xâm lấn u và di căn hạch theo phân loại Hiệp hội Ung thư châu Âu (2017) như sau: ung thư ở giai đoạn T3 chiếm 76.7%; T4 chiếm 13.3% và T1/T2 chiếm 10.0%; mức độ di căn hạch nhóm 1 là 30.0%; nhóm 2 là 13.4% và 56.6% bệnh nhân chưa có di căn hạch vùng. Xếp loại giai đoạn u theo TNM thì giai đoạn I (10.0%); giai đoạn IIa (43.3%); giai đoạn IIb (36.7%); giai đoạn IIIc (6.7%) và giai đoạn IVa (3.3%).

Tất cả 100% bệnh nhân đến khám lại khi ra viện 03 – 04 tuần, kết quả ghi nhận: Chỉ số BMI trung bình sau mổ của 30 bệnh nhân là 21.02 ± 0.5 (kg/m^2) tăng hơn so với trước mổ 20.6 ± 2.2

(kg/m^2), đại tiện dễ chiếm 90.0%; phân bình thường là 80.0%, đại tiện phân lỏng 10.0%, táo bón nhẹ 6.7%, táo bón xen kẽ ỉa lỏng 3.3%, có 03 bệnh nhân bí tiểu sau rút sonde tại thời điểm hậu phẫu phải đặt lại sonde tiểu (rút sonde tiểu lần 2 sau 2 – 3 ngày), tuy nhiên khi khám lại tại thời điểm sau ra viện 03 – 04 tuần thì 30 bệnh nhân đều đi tiểu bình thường, 30 bệnh nhân được hẹn khám lại sau ra viện 03 – 04 tuần và được tư vấn truyền hóa chất thì có 20 bệnh nhân được làm xét nghiệm và đủ điều kiện truyền hóa chất đợt 1; 01 bệnh nhân xin chuyển bệnh viện K để đóng dẫn lưu hồi tràng; 09 bệnh nhân không đồng ý truyền hóa chất với lý do tuổi cao.

Với thời gian theo dõi trung bình 12.8 ± 4.8 tháng (3-18 tháng), kết quả ghi nhận: Có 01 bệnh nhân tử vong sau mổ 10 tháng chẩn đoán sau mổ T4N2M0, bệnh nhân này không truyền hóa chất sau mổ.

*Về tình trạng chung: số bệnh nhân truyền đủ số lần hóa chất hoặc hóa chất kết hợp với xạ trị là 20 (chiếm 66,7 %).

*Về chức năng đại tiện: 90% BN đại tiện dễ, 80% có khuôn phân bình thường.

*Về chức năng tiểu tiện: 100% BN tiểu tiện bình thường.

*Về chức năng tình dục: bình thường 12 BN (70.6%), giảm nhưng có hồi phục 4 BN (23.5%), 1 BN trên 80 tuổi không đánh giá được.

V. KẾT LUẬN

Với kết quả ra viện có 93.4% số bệnh nhân đạt kết quả tốt và 3.3% số bệnh nhân kết quả trung bình và không có trường hợp nào có kết quả xấu. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng kết hợp sử dụng máy cắt nối điều trị ung thư trực tràng, 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., et al.**, Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 2021. **71**(3): p. 209-249.
2. **Herald, R.J., E.M. Husband, and R.D. Ryall**, The mesorectum in rectal cancer surgery--the clue to pelvic recurrence? *Br J Surg*, 1982. **69**(10): p. 613-6.
3. **Hida, K., et al.**, Open versus Laparoscopic Surgery for Advanced Low Rectal Cancer: A Large, Multicenter, Propensity Score Matched Cohort Study in Japan. *Ann Surg*, 2018. **268**(2): p. 318-324.
4. **Yang, H., et al.**, Influence of tumor location on short- and long-term outcomes after laparoscopic surgery for rectal cancer: a propensity score matched cohort study. *BMC Cancer*, 2020. **20**(1): p. 761.
5. **Schnitzbauer, V., et al.**, Laparoscopic and open surgery in rectal cancer patients in Germany: short and

long-term results of a large 10-year population-based cohort. *Surg Endosc*, 2020. 34(3): p. 1132-1141.

6. **Otsuka, K., et al.,** Laparoscopic Low Anterior Resection with Two Planned Stapler Fires. *JLSLS*, 2019. 23(1).
7. **Mu, Y., et al.,** The efficacy of ileostomy after laparoscopic rectal cancer surgery: a meta-analysis. *World J Surg Oncol*, 2021. 19(1): p. 318.
8. **Zhang, Q., et al.,** Outcomes of Laparoscopic Versus Open Surgery in Elderly Patients with Rectal Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2021. 22(4): p. 1325-1329.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT TẠO HÌNH TĨNH MẠCH GAN TRONG GHÉP GAN PHẢI TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG

Lê Văn Thành¹, Vũ Văn Quang¹, Lê Trung Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm kỹ thuật và kết quả tái tạo lưu thông tĩnh mạch gan của mảnh ghép gan phải từ người hiến sống. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu trên 52 trường hợp được ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Có 42 trường hợp sử dụng mảnh ghép gan phải mở rộng gồm cả tĩnh mạch gan giữa (80,7%) và 10 trường hợp sử dụng mảnh ghép gan phải cải tiến có tĩnh mạch gan giữa được tái tạo lưu thông từ các nhánh V5 và/ hoặc V8 (19,3%). 100% các trường hợp tái tạo lưu thông tĩnh mạch gan sử dụng đoạn mạch nhân tạo polytetrafluoroethylene. 100% các trường hợp đều được nối tĩnh mạch gan giữa và tĩnh mạch gan phải thành miệng nối chung duy nhất và đều được mở rộng sang bên trái và xuống dưới tại lỗ của tĩnh mạch gan phải người nhận với chiều dài đường rạch trung bình lần lượt là 14 mm và 9,7 mm. Có 15/52 trường hợp có tĩnh mạch gan phải phụ có đường kính trên 5 mm được nối thẳng trực tiếp vào tĩnh mạch chủ dưới kiểu tận – bên (28,8%). Có 3/52 trường hợp biến chứng tĩnh mạch gan giữa (2 hẹp, 1 tắc) (5,7%). Tỷ lệ tử vong do biến chứng tĩnh mạch gan là 1,9%. **Kết luận:** Tái tạo lưu thông tĩnh mạch gan phải và giữa thành một miệng nối duy nhất trong ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải là một phương pháp đơn giản và an toàn. Hơn nữa, kỹ thuật này giúp giảm tỷ lệ hẹp tắc tĩnh mạch gan sau ghép.

Từ khóa: ghép gan từ người hiến sống, tái tạo lưu thông tĩnh mạch gan

SUMMARY

TECHNICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF HEPATIC VENOUS OUTFLOW RECONSTRUCTION IN LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION USING RIGHT LOBE GRAFT

¹Viện Phẫu thuật Tiêu hoá, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trung Hiếu

Email: liversurg108@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023

Objective: To evaluate the technical characteristics and results of hepatic venous outflow reconstruction in right lobe graft living donor liver transplantation. **Subject and method:** The prospective study was performed on 52 cases of living donor liver transplantation using right lobe graft at 108 Military Central Hospital from January 2019 to December 2020. **Results:** There were 42 cases of using the extended lobe living donor liver transplant including the middle hepatic vein (80.7%) and 10 cases of the modified right lobe graft with the middle hepatic vein reconstructed from the V5 and/ or V8 branches (19.3%) by using polytetrafluoroethylene artificial vessels. We conjoined the MHV and RHV as a single orifice hepatic vein. The hepatic veins were enlarged to the left and downwards at the orifice of the recipient's right hepatic vein, with a mean incision length of 14 mm and 9.7 mm, respectively. A total of 15/52 accessory right inferior hepatic veins with diameter > 5 mm were anastomosed directly to inferior vena cava (IVC) in an end-to-side fashion in recipient (28.8%). There were 3 cases of middle hepatic vein obstruction (2 stenoses, 1 occlusion) (5.7%). The mortality rate of hepatic venous outflow obstruction was 1.9%. **Conclusion:** The single orifice hepatic vein reconstruction in LDLT using a right lobe graft is a simple and feasible surgical technique, and it does not require cadaveric vessels. Most of all, it can prevent effectively HV stenosis.

Keywords: living donor liver transplantation, hepatic venous outflow reconstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép gan là phẫu thuật thay thế gan bệnh bằng gan lành khoẻ mạnh, từ người hiến sống hoặc người cho chết não. Phẫu thuật ghép gan đã mở ra hy vọng sống cho những bệnh nhân mắc các bệnh lý gan giai đoạn cuối. Tái tạo lưu thông, khâu nối mạch máu là một trong những thì cơ bản và quan trọng nhất trong ghép gan, quyết định đến việc tưới máu tạng mới trong cơ thể, từ đó ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng mảnh gan ghép và kết quả của phẫu thuật. Hiện nay, trên thế giới vẫn còn những tranh luận, quan điểm khác nhau về việc tái tạo lưu thông, khâu nối mạch máu nguồn máu ra của mảnh