

lọc cầu thận và tỉ lệ trung bình có tăng men gan ở người bệnh HIV sau 3 năm điều trị ARV tại Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu và sử dụng các thuốc ARV ít độc tính hơn cần được ưu tiên nhằm cải thiện chất lượng điều trị cho người nhiễm HIV tại Việt Nam, đồng thời cải thiện tỉ lệ bệnh nhân được điều trị đồng nhiễm viêm gan C.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Longenecker, C.T., et al., HIV viremia and changes in kidney function. *AIDS* (London, England), 2009. 23(9): p. 1089-1096.
2. Reust, C.E., Common adverse effects of antiretroviral therapy for HIV disease. *Am Fam Physician*, 2011. 83(12): p. 1443-51.
3. Kwo, P.Y., S.M. Cohen, and J.K. Lim, ACG Clinical Guideline: Evaluation of Abnormal Liver Chemistries. *Am J Gastroenterol*, 2017. 112(1): p. 18-35.
4. Lucas, G.M., et al., Decreased kidney function in a community-based cohort of HIV-Infected and

- HIV-negative individuals in Rakai, Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2010. 55(4): p. 491-4.
5. Peluso, M.J., et al., Liver function test abnormalities in a longitudinal cohort of Thai individuals treated since acute HIV infection. *Journal of the International AIDS Society*, 2020. 23(1): p. e25444-e25444.
 6. Dusingize, J.C., et al., Association of Abnormal Liver Function Parameters with HIV Serostatus and CD4 Count in Antiretroviral-Naive Rwandan Women. *AIDS research and human retroviruses*, 2015. 31(7): p. 723-730.
 7. Mocroft, A., et al., Development and validation of a risk score for chronic kidney disease in HIV infection using prospective cohort data from the D:A:D study. *PLoS medicine*, 2015. 12(3): p. e1001809-e1001809.
 8. Sulkowski, M.S., et al., Hepatotoxicity associated with antiretroviral therapy in adults infected with human immunodeficiency virus and the role of hepatitis C or B virus infection. *Jama*, 2000. 283(1): p. 74-80.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đặng Quốc Ái¹, Phạm Văn Biên^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư tràng là bệnh lý ác tính thường gặp của đường tiêu hóa. Điều trị ung thư trực tràng chủ yếu vẫn là phẫu thuật triệt căn kết hợp với hóa xạ trị. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng điều trị ung thư biểu mô tại Bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 94 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng, vét hạch tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2018 đến tháng 06/2022. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình 200 ± 44,2 phút. Tỷ lệ thắt động mạch treo tràng dưới sát gốc là 90,4%. Tỷ lệ mở thông hồi tràng bảo vệ miệng nối là 27,7%. Có 97,9% miệng nối sử dụng máy nối tròn. Số lượng hạch nạo vét trung bình là 14 ± 8,95 hạch. Phẫu thuật đã đảm bảo triệt căn về mặt ung thư học, 100% sinh thiết tức thì diện cắt âm tính, 100% xét nghiệm diện cắt sau phẫu thuật không có tế bào ác tính. Thời gian nằm viện sau mổ là 9,0 ngày, trung tiện sau mổ trung bình 3,0 ngày, nuôi dưỡng qua đường miệng sau phẫu thuật trung bình 4,5 ngày. Biến chứng nhiễm trùng vết

mổ 3,2%, rò miệng nối 1,1%, chảy máu miệng nối 1,1%. Không có tử vong trong thời gian hậu phẫu. Số bệnh nhân liên lạc và theo dõi được sau mổ là 79 (84,0%) bệnh nhân. Kết quả theo dõi có 17 trường hợp tử vong chiếm 18,0%. Tỷ lệ tái phát, di căn là 12,5%, không có tái phát tại chỗ. Thời gian sống thêm sau mổ của nhóm nghiên cứu trung bình là 43,67 tháng. Tỷ lệ sống 1 năm là 97,6%, tỷ lệ sống 3 năm là 72,6%, tỷ lệ sống 5 năm là 40,2%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng điều trị ung thư biểu mô trực tràng là phẫu thuật an toàn, tỷ lệ tái biến và biến chứng thấp, phục hồi sức khỏe sau mổ tốt, đảm bảo hiệu quả về mặt ung thư học.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến trực tràng, phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng.

SUMMARY

THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC RECTAL RESECTION DUE TO CARCINOMA AT THANH NHAN HOSPITAL

Background: Rectal cancer is a common malignancy of the gastrointestinal tract. The main treatment for rectal cancer is still radical surgery combined with chemotherapy and radiation. We carried out this study to evaluate the results of laparoscopic rectal resection for colorectal cancer at Thanh Nhan Hospital. **Subjects and methods:** This is a retrospective study of 94 rectal carcinoma patients undergoing laparoscopic rectal resection and lymph node dissection at Thanh Nhan hospital from January 2018 to June 2022. **Results:** The average surgical time was 200 ± 44.2 minutes. The rate of ligation of the inferior mesenteric artery close to the base was

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

³Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023

90.4%. The rate of ileostomy to protect the anastomosis was 27.7%. 97.9% of joints use connectors. The average number of dredged lymph nodes: 14 ± 8.95 nodes. Surgery has guaranteed oncology: 100% of immediate biopsies are negative, 100% of post-surgery section tests have no malignant cells. The postoperative hospital stay was 9.0 days, defecation after 3.0 days, oral nutrition after 4.5 days, abdominal drainage after 7.0 days. Complications: wound infection 3.2%, anastomosis fistula 1.1%, anastomosis bleeding 1.1%. There was no mortality in the postoperative period. Distant results after surgery monitored 79(84,0%) patients. There was 17 deaths accounted for 18.0%. Rate of recurrence, metastasis is 12.5%, no local recurrence. The mean survival time after surgery of the study group was 43.67 ± 2.15 months. The 1-year survival rate is 97.6%, the 3-year survival rate is 72.6%, the 5-year survival rate is 40.2%. **Conclusion:** Laparoscopic proctectomy for rectal carcinoma is a safe operation, with low rates of complications and complications, good postoperative recovery, and effective oncology.

Keywords: Rectal adenocarcinoma, laparoscopic rectal resection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTTT) là ung thư thường gặp của đường tiêu hóa, chiếm tỷ lệ 35-50% trong các ung thư đại trực tràng. Tỷ lệ mắc bệnh ngày càng cao và có xu hướng trẻ hóa, UTTT đứng thứ ba về tỷ lệ mắc mới và đứng thứ 4 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%. Đây là loại ung thư phổ biến thứ ba ở nữ và thứ tư ở nam[1]. Điều trị UTTT 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 UTTT ở nước ta trung bình là 50% tính chung cho các giai đoạn, nhưng nếu được phát hiện sớm (giai đoạn Dukes A) tỷ lệ này là 90-95%[2].

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 UTTT bên cạnh đó có 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 (PTNS) điều trị UTTT ngày càng đạt được những kết quả tốt. Các nghiên cứu gần đây cho thấy hiệu quả của PTNS điều trị UTTT tương đương với phẫu thuật mổ mở kinh điển bên cạnh đó PTNS điều trị UTTT đã chứng minh được nhiều ưu điểm hơn so với phẫu thuật mổ mở kinh điển 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 mổ ở những bệnh nhân ung thư trực tràng nên ngày càng được áp dụng một cách rộng rãi[2],[3].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng đã được áp dụng tại nhiều trung tâm phẫu thuật lớn từ nhiều năm nay. Bệnh viện Thanh Nhàn là bệnh viện đa khoa hạng I của thành phố Hà Nội. Bệnh viện đã triển khai kỹ thuật này từ năm 2013, đến năm 2018 kỹ thuật này được thực hiện thường quy tại bệnh viện nhưng đến nay chưa có nghiên cứu tổng kết. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm nâng cao hiệu quả của điều trị UTTT, nâng cao chất lượng chuyên môn của bệnh viện và để rút kinh nghiệm trong quá trình điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 94 bệnh nhân ung thư biểu mô trực tràng, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng, nạo vét hạch tại bệnh viện Thanh Nhàn từ 1/2018 đến 06/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: - Bao gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt trực tràng điều trị tại bệnh viện Thanh Nhàn.

- 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.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu.

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.

2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu được phân

tính và xử lý trên máy tính bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê thường được dùng trong y học. Các số liệu thu thập được thể hiện dưới dạng tỷ lệ % hoặc trung bình cộng \pm độ lệch chuẩn.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu hồi cứu nên vấn đề đạo đức nghiên cứu được xét duyệt theo quy trình rút gọn, được chấp thuận mà không cần hội đồng xét duyệt theo quy trình đầy đủ. Mọi thông tin trong hồ sơ bệnh án được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

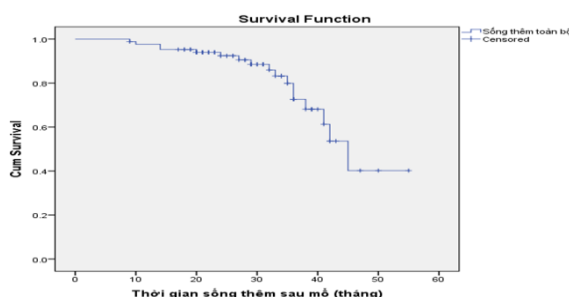
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2018 đến tháng 6/2021 chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi cắt trực tràng điều trị ung thư biểu mô trực tràng cho 94 bệnh nhân có tỷ lệ Nam/nữ là 1,76.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $63,0 \pm 11,8$ tuổi, nhỏ nhất 31 tuổi và lớn nhất 85 tuổi. Chỉ số BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là $20,1 \pm 2,4$ kg/m², thấp nhất 15,6 kg/m² và lớn nhất là 27,4 kg/m². Thời gian nhập viện kể từ khi có triệu chứng đầu tiên $18,0 \pm 16,7$ tuần. Vị trí khối u trên MRI bao gồm 29,8% trực tràng cao, 53% trực tràng trung gian và 17,0% trực tràng thấp.

Thời gian phẫu thuật trung bình là $200 \pm 44,2$ phút. Số lượng hạch nạo vét được trung bình là $14 \pm 8,95$ hạch, dao động từ 8 đến 45 hạch. Tất cả 100% bệnh nhân được sinh thiết tức diện cắt thì trong mổ âm tính và 100% diện cắt sau phẫu thuật không có tế bào ác tính. Có 97,8% các trường hợp sử dụng máy để làm miệng nối và 2,2 % thực hiện miệng nối bằng tay qua đường mổ bụng và hậu môn. Các biến chứng sau mổ gồm có 3(3,2%) nhiễm trùng vết mổ, 1(1,1%) rò miệng nối, 1(1,1%) chảy máu miệng nối, không có trường hợp nào tử vong trong thời gian hậu phẫu. Thời gian hậu phẫu trung bình là $9,0 \pm 5,0$ ngày. Có 79(84,0%) bệnh nhân sau mổ có giai đoạn bệnh từ giai đoạn II trở lên và đã được chỉ định điều trị hóa xạ trị bổ trợ.

Kết quả xa sau mổ có 85(90,4%) bệnh nhân còn thông tin liên lạc và theo dõi đánh giá được tại thời điểm kết thúc nghiên cứu. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 17(18,0%) trường hợp tử vong, 16,5% tái phát di căn nhưng không có tái phát tại chỗ. Thời gian sống thêm sau mổ của nhóm nghiên cứu trung bình là $43,67 \pm 2,15$ tháng. Tỷ lệ sống thêm sau 1 năm là 97,6%, sau 3 năm là 72,6% và sau 5 năm là 40,2%. Thời gian sống thêm sau mổ được thể hiện trong biểu đồ 3.1.



Biểu đồ 3.1: Thời gian sống thêm toàn bộ

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay quy trình điều trị ung thư trực tràng đang từng bước chuẩn hóa và đã thống nhất trên toàn thế giới trong đó có Việt Nam. Điều trị có tính chất đa mô thức, trong đó có sự kết hợp chặt chẽ giữa hóa xạ trị và phẫu thuật. Sự áp dụng hóa xạ trị tiền phẫu đã làm gia tăng tỷ lệ triệt căn trong phẫu thuật và phẫu thuật nội soi đã chứng minh được ưu thế vượt trội trong phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng so với mổ mở.

Như chúng ta đã biết khi tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc các bệnh lý ung thư càng nhiều và ung thư trực tràng cũng vậy. Tuy một số nghiên cứu gần đây cho thấy có sự trẻ hóa trong ung thư trực tràng nhưng những nghiên cứu này đơn lẻ và có nhiều yếu tố nhiễu chưa kiểm soát hết. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $63,0 \pm 11,8$ tuổi. Độ tuổi này không chênh lệch nhiều với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Như trong nghiên cứu của nhóm tác giả Bệnh viện Trung Ương Huế (2019) là 58,2 tuổi và nghiên cứu của Koya Hida (2018) trên 482 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp tiến triển, ghi nhận tuổi trung bình là 63,4 tuổi [3],[4].

Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,76. Trong các nghiên cứu của các tác giả khác đều cho thấy số lượng bệnh nhân nam mắc ung thư trực tràng thường là vượt trội hơn so với nữ giới. Sự tiếp cận trong phẫu thuật cắt trực tràng thường bị giới hạn của khung chậu. Sự khác biệt này thể hiện ở nam và nữ, do khung chậu nữ giới rộng hơn nên khi tiếp cận ở đoạn trực tràng ngoài phúc mạc sẽ thuận lợi hơn nam giới. Đối với phẫu thuật trực tràng do ung thư, vì khung chậu của nam giới hẹp hơn nữ nên quá trình phẫu thuật sẽ khó hơn, đặc biệt là những trường hợp u kích thước lớn, chiếm toàn bộ vùng tiểu khung, đồng thời ống hậu môn phẫu thuật ở nam giới thường dài hơn ở nữ giới và tiền liệt tuyến to cũng là lý do khiến phẫu thuật ở nam giới khó khăn hơn. Phẫu thuật nội soi lại tỏ ra ưu thế hơn so với mổ mở ở điểm này và đã phần nào khắc phục được những hạn chế

này[5].

Chụp cộng hưởng từ (MRI) tiểu khung là phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại và có giá trị trong chẩn đoán giai đoạn bệnh, góp phần không nhỏ cho việc lựa chọn phương án điều trị cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ chẩn đoán UTTT trực tràng 1/3 trên, giữa, dưới lần lượt là 29,8%, 53,2% và 17,0%. Một số tác giả Hàn Quốc cũng cho kết quả tương tự, kết quả của Kim và cộng sự cho thấy chẩn đoán giai đoạn có độ chính xác 81%, và xâm lấn hạch là 63%. Các tác giả đều nhận định thấy rõ lợi ích của việc áp dụng MRI trong chẩn đoán giai đoạn ung thư trực tràng, đã trợ giúp tốt hơn cho phẫu thuật viên chẩn đoán đúng giai đoạn bệnh và đưa ra phương án điều trị tốt nhất cho bệnh nhân. Vì vậy, làm tăng sự bảo tồn tối đa cơ thắt và giữ lại hậu môn cho người bệnh[1],[5],[6]. Nghiên cứu của chúng tôi đã bảo tồn cơ thắt cho 100% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, đáng nói ở đây nhờ sự chẩn đoán tốt giai đoạn bệnh trước phẫu thuật của MRI, kết hợp với tiếp cận tốt vùng sâu khung chậu của phẫu thuật nội soi đã giúp chúng tôi thành công bảo tồn cơ thắt cho những bệnh nhân có khối u trực tràng rất thấp. Các tác giả trên thế giới cũng cùng nhận định này.

Tuy nhiên để bảo tồn cơ thắt giữ lại hậu môn cho người bệnh thì bên cạnh đánh giá tốt giai đoạn phẫu thuật, ứng dụng phẫu thuật nội soi vào trong điều trị, thì phải kể đến sự tiến bộ trong khoa học công nghệ đã cho ra đời nhiều loại dụng cụ để hỗ trợ cho cuộc mổ. Đầu tiên trong phẫu thuật nội soi cắt trực tràng phải kể đến là sự hỗ trợ của các máy cắt nối nội soi, các máy khâu nối trong EEA đặc biệt hữu ích trong ung thư trực tràng thấp. Việc áp dụng các dụng cụ khâu nối trong phẫu thuật UTTT đã làm cho cuộc mổ trở nên dễ dàng, nhanh hơn và an toàn hơn, đa số các trường hợp tránh phải làm hậu môn nhân tạo bảo vệ tức là tránh được cuộc mổ thứ hai. Chi phí cho các dụng cụ khâu nối là không đáng kể so với giá thành của cuộc mổ và lợi ích của nó mang lại. Cho nên hầu hết các tác giả đều dùng phương pháp khâu nối máy với các trường hợp cắt đoạn trực tràng[7]. Trong nghiên cứu này ngoại trừ miệng nối đại tràng ống hậu môn được thực hiện bằng tay thì có 92 bệnh nhân chiếm 97,8% được sử dụng máy nối để thực hiện miệng nối.

Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $200 \pm 44,2$ phút. Thời gian mổ thể hiện sự lành nghề của kíp mổ, sự khó khăn của việc phẫu tích vét hạch và cắt nối. Số lượng

hạch mạc treo trung bình nạo vét được là $14 \pm 8,95$ hạch, trong đó có 53,2% vét đủ 12 hạch trở lên theo tiêu chuẩn khuyến cáo của các hiệp hội phẫu thuật ung thư. Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu thống kê đánh giá về số lượng hạch vét được trung bình trong phẫu thuật UTTT cũng tương tự chúng tôi. Madbouly K.M. và cộng sự [7] nghiên cứu 115 bệnh nhân UTTT giai đoạn III, số lượng hạch vét được trung bình là 12,1 (5-25 hạch) và ≥ 12 hạch là 48%. Theo hiệp hội ung thư Hoa Kỳ (AJCC), số lượng hạch trung bình nạo vét được ít nhất là 12 hạch mới đạt yêu cầu điều trị [8]. Tuy nhiên, số lượng hạch vét được không phải lúc nào cũng có thể ≥ 12 hạch với nhiều lý do. Theo chúng tôi sự khác biệt này là phụ thuộc vào một số yếu tố như phương pháp phẫu tích bệnh phẩm để lấy hạch, người lấy hạch phải có đủ kinh nghiệm để lấy đủ số hạch của bệnh phẩm, các hạch trong MTTT thường rất nhỏ và có thể bị bỏ qua trong quá trình phẫu tích.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp gặp biến chứng rò miệng nối sau mổ chiếm tỷ lệ 1,1% mức độ rò ít và dẫn lưu tốt ra ngoài qua dẫn lưu đã đặt trong mổ nên bệnh nhân không cần mổ lại và ổn định bằng điều trị nội khoa. Có 1 trường hợp chảy máu miệng nối sau mổ chiếm tỷ lệ 1,1%, bệnh nhân đã được đưa lên phòng mổ, đặt Sugicells cầm máu và theo dõi, sau đó bệnh nhân diễn biến ổn định. Có 03 trường hợp có nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ 3,2%. Các báo cáo về kết quả ung thư trực tràng đều cho thấy gặp nhiều biến chứng sau phẫu thuật. 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[9]. 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[10].

Việc đánh giá thời gian nằm viện sau mổ có ý nghĩa quan trọng, nó cho thấy hiệu quả của phẫu thuật. Phẫu thuật viên cần hết sức chú ý đến thông số này để làm giảm thiểu các chi phí mà bệnh nhân phải chịu và có thời gian phục hồi sức khỏe sớm hơn, sớm trở về cuộc sống hàng ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian nằm viện trung bình là $9,0 \pm 5,0$ ngày, có sự chênh lệch lớn giữa bệnh nhân phải nằm viện ít

nhất là 6 ngày và nhiều nhất là 37 ngày.

Theo khuyến cáo của hội ung thư lâm sàng Mỹ, bệnh nhân sau mổ UTTT được tái khám theo dõi cứ 3 tháng trong 18 tháng đầu, sau đó cứ mỗi 6 tháng hoặc 12 tháng 1 lần. Mục đích theo dõi nhằm phát hiện sớm tái phát, và đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi nghiên cứu trên 94 bệnh nhân được mổ nội soi từ 2016- 2018 tại bệnh viện Thanh Nhàn, có 85 bệnh nhân có thông tin khám lại sau mổ, hầu hết các bệnh nhân đều phục hồi sức khỏe chung và chất lượng cuộc sống được cải thiện sau 6 tháng sau mổ. Thời gian sống thêm sau mổ của nhóm nghiên cứu ở 85 bệnh nhân trung bình là 43,73 ± 2,09 tháng, thời gian theo dõi dài nhất là 55 tháng. Tỷ lệ sống sau 1 năm là 99,8%, tỷ lệ sống sau 3 năm là 70,7%, tỷ lệ sống sau 50 tháng là 39,1%. Kết quả này là tương đương với các báo cáo gần đây trong và ngoài nước.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô trực tràng tại bệnh viện Thanh Nhàn là phẫu thuật an toàn, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, phục hồi sức khỏe tốt sau phẫu thuật, đáp ứng tiêu chí về mặt ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kong, M., et al.**, Comparison of Survival Among Adults With Rectal Cancer Who Have Undergone Laparoscopic vs Open Surgery: A Meta-analysis. *JAMA Netw Open*, 2022. 5(5): p. e2210861.
2. **Zhu, Y., et al.**, Comparison of natural orifice specimen extraction surgery and conventional

laparoscopic-assisted resection in the treatment effects of low rectal cancer. *Sci Rep*, 2021. 11(1): p. 9338.

3. **Thien HH, Hiep PN, Thanh PH, et al.** Transanal total mesorectal excision for locally advanced middle-low rectal cancers. *BJS open*. Apr 2020;4(2):268-273. doi:10.1002/bjs5.50234
4. **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.
5. **Kim, G. and K.Y. Lee**, Single-incision versus conventional laparoscopic surgery for rectal cancer: a meta-analysis of clinical and pathological outcomes. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*, 2022. 17(3): p. 387-405.
6. **Ryu, H.S. and J. Kim**, Current status and role of robotic approach in patients with low-lying rectal cancer. *Ann Surg Treat Res*, 2022. 103(1): p. 1-11.
7. **Madbouly KM, Abbas KS, Hussein AM.** Metastatic lymph node ratio in stage III rectal carcinoma is a valuable prognostic factor even with less than 12 lymph nodes retrieved: a prospective study. *American journal of surgery*. Jun 2014;207(6):824-31. doi:10.1016/j.amjsurg.2013.07.022
8. **Weiser MR.** AJCC 8th Edition: Colorectal Cancer. *Annals of surgical oncology*. Jun 2018;25(6):1454-1455. doi:10.1245/s10434-018-6462-1
9. **Turneau-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
10. **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

ĐẶC ĐIỂM GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI DO TAI NẠN GIAO THÔNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính chòm tia hình nón gãy xương hàm dưới do tai nạn giao thông và đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình thái đường gãy. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 76 bệnh nhân chấn thương gãy xương hàm dưới do tai nạn giao thông nhập viện điều trị nội trú được chẩn đoán trên X quang thường quy và cắt lớp vi tính chòm

Nguyễn Hồng Lợi¹, Hoàng Lê Trọng Châu¹

tia hình nón tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 11/2021 đến tháng 01/2023. **Kết quả:** Chủ yếu là nam giới (89,5%), độ tuổi 19-39 (52,9%), nguyên nhân hay gặp là tai nạn xe máy (90,8%) nông dân chiếm đa số (43,4%). Tỷ lệ các loại phim sử dụng để chẩn đoán gồm phim cắt lớp chòm tia hình nón, panoramo (100%), mặt thẳng (57,9%), hàm chếch (19,74%). Giá trị chẩn đoán đúng của phim cắt lớp vi tính chòm tia hình nón là 100%, nhóm phim X quang thường quy là 77,6%. Vị trí hay gặp nhất trong gãy xương hàm dưới là vùng cằm (45,0%), gãy hai đường chiếm tỷ lệ cao nhất (44,7%), gãy không đối xứng là chủ yếu (85,3%), vị trí phối hợp hay gặp trong gãy 2 đường là vùng cằm-lõm cầu và cằm-góc hàm (32,4%). Không có mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình thái đường gãy. **Kết luận:** Vị trí hay gặp nhất trong gãy xương hàm dưới là vùng cằm, gãy 2 đường là chủ yếu, chẩn đoán dựa vào lâm sàng và chẩn đoán

¹Trung tâm Răng hàm mặt, Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Lợi

Email: drloivietnam@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biên khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023