

đều tái phát trong thời gian dưới 1 năm.

IV. KẾT LUẬN

Liệu pháp xơ hóa vùng chậu - thận sử dụng povidone iodine 5% đa liệu trong điều trị đái đường chấp có hiệu quả điều trị tương đương các phác độ điều trị RPIS khác. Đây là một phương pháp ít xâm lấn, hiệu quả, tiết kiệm chi phí và an toàn đối với những trường hợp điều trị bảo tồn thất bại. Tuy nhiên, hiệu quả của phương pháp này cần phải được kiểm soát và đánh giá qua các nghiên cứu trong thời gian tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tanaka S, Tsuruya K, Tsuchimoto A, Eriguchi M, Kitazono T.** Successful treatment of massive proteinuria and severe chyluria by inhibition of cholesterol absorption with ezetimibe in a patient with filariasis. *Clin Kidney J.* 2012;5(5):449-452. doi:10.1093/ckj/sfs110
2. **Zhang X, Ye ZQ, Chen Z, et al.** Comparison of open surgery versus retroperitoneoscopic approach to chyluria. *J Urol.* 2003;169(3):991-993. doi:10.1097/01.ju.0000045090.45767.56
3. **Đinh VT.** Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đái ra đường chấp tại bệnh viện E Hà Nội/ Đinh Văn Tích. Published online 2018. Accessed May 22, 2023. http://125.212.201.8:6008/handle/DHKTYTHD_123/3232
4. **Garg M, Dalela D, Goel A.** Devastating complication of silver nitrate instillation for the treatment of chyluria. *BMJ Case Rep.* 2013; 2013:bcr2013201270. doi:10.1136/bcr-2013-201270
5. **Mandhani A, Kapoor R, Gupta RK, Rao HS.** Can silver nitrate instillation for the treatment of chyluria be fatal? *Br J Urol.* 1998;82(6):926-927. doi:10.1046/j.1464-410x.1998.00839.x
6. **Shanmugam TV, Prakash JV, Sivashankar G.** Povidone iodine used as a sclerosing agent in the treatment of chyluria. *Br J Urol.* 1998;82(4):587. doi:10.1046/j.1464-410x.1998.00861.x
7. **Shrestha A, Shrestha PM, Verma R.** Is single dose povidone iodine sclerotherapy effective in chyluria? *Int Urol Nephrol.* 2014;46(6):1059-1062. doi:10.1007/s11255-013-0622-9
8. **Nandy PR, Dwivedi US, Vyas N, Prasad M, Dutta B, Singh PB.** Povidone iodine and dextrose solution combination sclerotherapy in chyluria. *Urology.* 2004; 64(6): 1107-1109. doi: 10.1016/j.urol.2004.07.035
9. **Seleem MM, Eliwa AM, Elsayed ER, et al.** Single versus multiple instillation of povidone iodine and urographin in the treatment of chyluria: A prospective randomised study. *Arab Journal of Urology.* 2016; 14(2): 131-135. doi:10.1016/j.aju.2016.01.006
10. **Department of Urology, Government Medical College, Patiala, Punjab, India, Singh H, Singla A, Department of General Surgery, Government Medical College, Patiala, Punjab, India, Jain A, Department of Urology, Government Medical College, Patiala, Punjab, India.** Chyluria-a review of literature and a modified sclerotherapy regimen. *Turkish Journal of Urology.* 2019;45(1):174-177. doi:10.5152/tud.2019.64507

KỸ THUẬT CẮT TĂNG SINH MÔN NGOÀI CƠ NÂNG Ở TƯ THẾ NẪM SẤP TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP

Nguyễn Văn Tuấn¹, Phạm Văn Năng¹, Nguyễn Văn Luân¹,
Mai Văn Đợi¹, Nguyễn Văn Hiên¹,
Đặng Hồng Quân¹, Lâm Hoàng Huấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt trực tràng ngã bụng-tăng sinh môn ngoài cơ nâng điều trị ung thư trực tràng (UTTT) thấp đã hạn chế tỉ lệ vỡ khối u và tỉ lệ diện cắt vòng quanh (+) và qua đó đã giảm nguy cơ tái phát tại chỗ và di căn xa. **Mục tiêu:** Đánh giá kỹ thuật mổ và kết quả ngắn hạn của phương pháp nội soi cắt trực tràng ngã bụng tăng sinh môn ngoài cơ nâng ở tư thế nằm sấp trong điều trị UTTT thấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên**

cứu: bệnh nhân UTTT thấp, giai đoạn I, II, III có chỉ định PTNS cắt trực tràng ngã bụng và tăng sinh môn, cắt tăng sinh môn ở tư thế nằm sấp tại Căn Thơ từ tháng 05 năm 2019 đến tháng 05 năm 2023. Nghiên cứu tiền cứu về tuổi, thời gian mổ, tai biến, biến chứng sau mổ. **Kết quả:** Từ 12-2018 đến 6-2023, có 45 bệnh nhân UTTT được PTNS cắt trực tràng ngã bụng tăng sinh môn ngoài cơ nâng tại BV ĐHYD Căn Thơ. Tuổi trung bình là 68 tuổi. Khoảng cách trung bình của bờ dưới khối u cách rìa hậu môn 1,6cm. Diện cắt vòng quanh (DCVQ) (+) chiếm 28,9 %. Số hạch nạo trung bình 16,7 hạch, di căn trung bình 1,6 hạch. Khối u giai đoạn T3 chiếm đa số với 68,9 %. Không có trường hợp nào bị vỡ trong mổ. Biến chứng sau mổ chủ yếu ở vết mổ tăng sinh môn 17,8%, cắt tăng sinh môn trung bình 73 phút, Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về DCVQ (+) giữa giai đoạn T2 và T3. **Kết luận:** PTNS cắt trực tràng ngã bụng-tăng sinh môn ngoài cơ nâng có nhiều ưu điểm như không bị vỡ khối

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: nguyenvantuan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2023

Ngày duyệt bài: 15.9.2023

u trong thì cắt tăng sinh môn, tỉ lệ biến chứng thấp. Tỉ lệ DCVQ (+) và giai đoạn T liên quan có ý nghĩa thống kê.

SUMMARY

TECHNIQUE EXTRA-LEVATOR ABDOMINO-PERINEAL EXCISION IN PRONE POSITION TREATMENT FOR LOW RECTAL CANCER

Background: Laparoscopic abdominoperineal rectal resection outside the levator muscle to treat low rectal cancer has limited the rate of tumor rupture and the rate of circumferential resection area (+) and thereby has reduced risk of local recurrence and distant metastasis. **Objectives:** Evaluate the surgical technique and short-term results of laparoscopic rectal resection of the perineum outside the levator muscle in the prone position in the treatment of low rectal cancer. **Objectives and methods:** The patients had low rectal cancer in stages I, II, III and underwent IAPE in the prone position in Can Tho from May 2019 to May 2023. Prospective study on: age, gender, tumor characteristics. Oncology results: histopathology, lymph nodes, stage of disease, CRM status. Surgical results: operation time, intraoperative complications, postoperative complications. **Results:** The mean distance of the lower umferential resection margins (CRM) (+) from 49.6% to 20.3%, and the intraoperative perforation (IOP) rate from 28.2% to 8.2 margin of the tumor from the anal margin 1.6cm. The mean age in the study group was 68 years. CRM (+) accounted for 28.9%, average harvested of 16.7 lymph nodes, mean metastasis of 1.6 lymph nodes, grade T3 accounted for the majority with 68.9%, intraoperative perforation 0%, Postoperative complications commonly occurred in perineal wound with 17.8%. The average perineal resection time was 73 minutes. **Conclusion:** laparoscopic extra-levator abdomino-perineal excision, we found that there are many advantages in perineal dissection to reduce the rate of intraoperation perforation, perineal wound is not serious. However, the rate of CRM (+) was found to be related to the grade T of the tumor

Keywords: laparoscopic extra-levator abdominoperineal excision, circumferential resection margins (CRM), intraoperative perforation (IOP).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là bệnh ác tính phổ biến của đường tiêu hóa. Phẫu thuật cắt bỏ khối u là phương pháp chính [6]. Phẫu thuật cắt trực tràng ngả bụng tầng sinh môn do Sir William Ernest Miles thực hiện đầu tiên đã hơn 100 năm, nhưng còn gặp khó khăn do vị trí khối u và biến chứng sau mổ. Kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) Năm 1982 do Richard John Heald phát minh và diện cắt vòng quanh (CRM) do Philip Quirke đề xuất năm 1986 giúp giảm tái phát và tăng thời gian sống còn sau mổ [3], [4]. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt trực tràng ngả bụng tầng sinh môn vẫn đối mặt với tỉ lệ tái phát cao hơn so với phẫu thuật cắt trước. Nguyên nhân tái phát tại chỗ hay di căn xa còn cao là do nhiều

yếu tố liên quan bao gồm: giải phẫu vùng sàn chậu và giải phẫu trực tràng, giai đoạn (T) và vị trí của khối u. Nếu phẫu tích theo cách kinh điển bệnh phẩm có eo ngay vị trí khối u nên dễ còn sót tế bào bứu [7]. Torbjörn Holm và Philip Quirke đã cải tiến phương pháp nhằm lấy được nhiều mô quanh khối u hơn đó là chuyển sang tư thế nằm sấp để cắt tăng sinh môn ngoài cơ nâng. Tư thế này có nhiều thuận lợi như tầm nhìn của phẫu thuật viên tốt hơn, cắt ngoài cơ nâng nên lấy được nhiều mô quanh khối u và giảm tỉ lệ vỡ khối u hay trực tràng trong thì cắt tăng sinh môn. Chính những cải tiến này đã làm giảm tỉ lệ tái phát tại chỗ hay di căn xa và tăng tỉ lệ sống còn cho bệnh nhân.

Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ bắt đầu thực hiện phẫu thuật nội soi cắt trực tràng ngả bụng tầng sinh môn ngoài cơ nâng từ cuối năm 2016. Nghiên cứu này được thực hiện để đánh giá kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt trực tràng ngả bụng tầng sinh môn ngoài cơ nâng ở tư thế nằm sấp trong điều trị ung thư trực tràng thấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân UTTT thấp, giai đoạn I, II, III có chỉ định PTNS cắt trực tràng ngả bụng và tầng sinh môn, cắt tăng sinh môn ở tư thế nằm sấp tại Cần Thơ từ tháng 05 năm 2019 đến tháng 06 năm 2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh. Những bệnh nhân được chẩn đoán là UTTT thấp giai đoạn I, II, III, được điều trị PTNS cắt trực tràng ngả bụng và tầng sinh môn, cắt tăng sinh môn ở tư thế nằm sấp.

Tiêu chuẩn loại trừ. Những bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư trực tràng được điều trị phẫu thuật nội soi cắt trực tràng ngả bụng và tầng sinh môn cắt tăng sinh môn không phải ở tư thế nằm sấp hay mổ mở;

Những bệnh nhân bị UTTT nhưng chống chỉ định PTNS do mắc bệnh nội khoa nặng kèm theo như: bệnh tim mạch, bệnh hô hấp;

Những bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư trực tràng di căn xa;

Thất lạc hồ sơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu
Cỡ mẫu: 45 bệnh nhân UTTT thấp dựa vào mô bệnh học

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện tất cả các ca đạt tiêu chuẩn chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng thấp dựa vào mô

bệnh học sẽ được tiến hành thực hiện điều trị bằng kỹ thuật cắt tầng sinh môn ngoài cơ nâng ở tư thế nằm sấp. Đánh giá tình trạng huyết động học trong thời gian bệnh nhân nằm sấp, thời gian phẫu thuật, thời gian cắt tầng sinh môn, kết quả ung thư học.

Kỹ thuật cắt tầng sinh môn ngoài cơ nâng ở tư thế nằm sấp

Thì bụng: bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm ngửa, nội soi kiểm tra và đánh giá tình trạng vị trí cũng như mức độ xâm lấn của khối u, tình trạng di căn hạch và gan. Phẫu tích bộc lộ động mạch mạc treo tràng dưới kèm nạo hạch, thắt động mạch mạc treo tràng dưới bằng clip, di động đại tràng sigma trực tràng hướng từ trong ra ngoài. Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng phẫu tích hướng từ phía sau ra hai bên và ra trước khi xuống thấp mở nếp gấp phúc mạc. Chú ý bảo tồn đám rối thần kinh hạ vị. Ở phía trước, phẫu tích xuống đến túi tinh ở nam và cổ tử cung ở nữ. Phía sau, phẫu tích đến đỉnh xương cụt, tránh phẫu tích xuống quá sâu sẽ tạo nên cái eo cho bệnh phẩm, đoạn này thường có khối u nên phẫu tích sát trực tràng dẫn đến dễ còn tế bào bấu hoặc khoảng cách bờ ngoài khối u và bờ ngoài mặt cắt bệnh phẩm ngắn <1mm (diện cắt vòng quanh (+)). Cắt ngang đại tràng sigma đưa đầu trên làm hậu môn nhân tạo ở hố chậu bên (T). Kiểm tra kết thúc thì bụng. Chuyển bệnh nhân sang tư thế nằm sấp.

Thì tầng sinh môn: mông được banh bằng băng keo bản rộng, bộc lộ vùng tầng sinh môn, khâu mũi túi cách rìa 2cm quanh hậu môn. Rạch da quanh hậu môn bắt đầu từ đỉnh xương cụt. Cắt mô mỡ dưới da bộc lộ bàng cơ nâng hậu môn, cắt cơ nâng ở vị trí đỉnh xương cụt thông vào xoang bụng, cắt rộng cơ nâng qua hai bên dùng ngón trở móc trực tràng và kéo lộn trực tràng ra ngoài, giai đoạn này cấu trúc xung quanh như tiền liệt tuyến hay thành sau âm đạo quan sát thấy rõ ràng, cắt phúc hợp cơ nâng và cơ thắt hậu môn trực tràng ra khỏi tầng sinh môn. Vết mổ tầng sinh môn được khâu lại bằng mô tự thân hay băng mesh trong trường hợp không đủ mô. Bệnh phẩm gửi đi đánh giá tình trạng hạch ít nhất 12 hạch, mô bệnh học và đánh giá diện cắt vòng quanh.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có tổng 55 ca phẫu thuật nội soi cắt trực tràng ngả bụng tầng

sinh môn ngoài cơ nâng do ung thư trực tràng thấp tại Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ từ tháng 6 năm 2018 đến tháng 06 năm 2023. Trong đó 10 ca bị loại trừ do trong số bệnh nhân có 3 ca ung thư tế bào gai, 2 ca melanoma trực tràng, 1 ca u mô đệm trực tràng, 4 ca còn lại mất liên lạc. Nghiên cứu còn 45 ca đạt tiêu chuẩn chọn mẫu theo dõi trung bình 22 (6-54) tháng.

- Đặc điểm chung của đối tượng:

+ Tuổi: tuổi trung bình trong nghiên cứu là 64 tuổi, tuổi thấp nhất là 38 và cao nhất là 96.

+ Giới tính: bệnh nhân nữ là 24/45 ca chiếm 53,3% nhiều hơn nam là 21/45 (46,7%).

+ Thời gian mắc bệnh: trung bình là 5,7 (1-24) tháng.

+ Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 8,4 (6 - 24) ngày.

- **Tình trạng thiếu máu:** thiếu máu nhẹ gặp nhiều nhất chiếm 37,8%; trung bình chiếm 11,1%, loại nặng chiếm 2,2%.

- **Đặc điểm khối u:** khối u dạng sùi chiếm 55,6%, loét sùi chiếm 44,4%.

- **Khoảng cách của khối u chỉ định mổ:** khoảng cách của khối u chỉ định mổ tính từ bờ dưới khối u đến rìa hậu môn trung bình 1,6 (0-4)cm.

- Kết quả phẫu thuật:

+ Thời gian phẫu thuật trung bình ở thì bụng 161 (80-300) phút.

+ Thì cắt tầng sinh môn trung bình 72 (28-110) phút.

+ Tỷ lệ thủng trong lúc mổ là 0%.

+ Biến chứng sau mổ:

Bảng 1. Bảng biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Số lượng (n=45)	Tỷ lệ (%)
Tăng áp phần thân dưới (phù mắt, mắt)	0	0,0
Nhiễm trùng vết mổ tầng sinh môn	7	15,7
Chảy máu vết mổ tầng sinh môn	1	2,2
Bụng vết mổ tầng sinh môn	0	0,0

Nhận xét: Chảy máu vết mổ tầng sinh môn sau mổ 1 ca, nhiễm trùng vết mổ tầng sinh môn chiếm 17,8%. Không có biểu hiện tăng áp phần thân dưới như phù mắt.

- Giải phẫu bệnh sau mổ

+ Giai đoạn T: trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi giai đoạn T3 chiếm đa số với tỷ lệ 71,1% và T2 chiếm 28,9%.

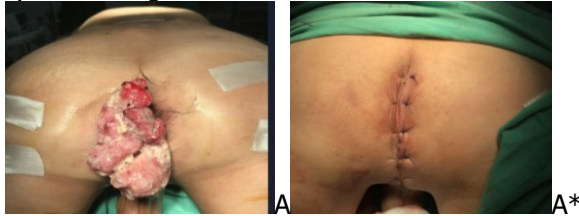
+ Độ biệt hóa mô: 100% bệnh nhân bị carcinom tuyến. Biệt hóa vừa chiếm đa số 84,4%, biệt hóa kém 13,3% và biệt hóa tốt 2,2%.

+ Phân giai đoạn ung thư: giai đoạn 3 chiếm ưu thế với 46,7% kể đến giai đoạn 2 chiếm

33,3%, tình trạng diện cắt vòng quanh CRM (-) chiếm 71,1% và CRM (+) chiếm 28,9%.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân bị bệnh tương đối lâu trung bình 5,7 tháng, ngắn nhất là 1 tháng và dài nhất có trường hợp lên đến 24 tháng. Một số bệnh nhân biết được bệnh nhưng không đồng ý phẫu thuật khi biết phải cắt trực tràng hậu môn là hậu môn nhân tạo vĩnh viễn nên điều trị thuốc nam sau thời gian khối u rất to loét ra khỏi hậu môn, tiêu không kiểm soát ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống rất nhiều hoặc trong giai đoạn đại dịch đi lại hạn chế hay Bệnh viện ngưng hoạt động làm kéo dài thời gian bệnh khi mổ để lấy hết tế bào bấu cần phải cắt rộng vết thương càng lớn để bị biến chứng hình 1.



Hình 1. Bệnh nhân mắc bệnh 24 tháng khối u loét sùi rất to loét ra ngoài hậu môn

Phẫu thuật nội soi cắt trực tràng ngả bụng tầng sinh môn ngoài cơ nâng, A1. u sùi rất to loét ra khỏi hậu môn, A2. hình sau khi phẫu thuật cắt khối u khâu lại vết mổ tầng sinh môn. Hình khoa ngoại, Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ.

Tình trạng thiếu máu do thiếu dinh dưỡng và chảy máu của khối u. Trong nhóm nghiên cứu thiếu máu nhẹ thường gặp chiếm 37,8%. Thiếu máu nặng chiếm 2,2% cần truyền máu trước mổ. Theo nghiên cứu của Wissam J. et al năm 2013 trên 27,120 bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại trực tràng. Tỷ lệ truyền máu trước mổ, 20-28%. Thiếu máu cũng ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương.

Kỹ thuật mổ cắt tầng sinh môn ngoài cơ nâng ở tư thế nằm sấp

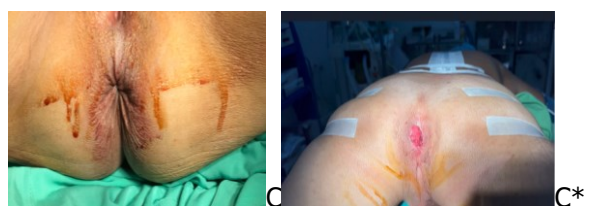
Tư thế nằm sấp có bất lợi là tăng áp nửa người phía dưới và gây những biến chứng như phù mắt, mắt giảm thị lực hay thay đổi huyết động học theo nghiên cứu của Bir te Feix PhD MB BChir FRCA mất thị lực tỷ lệ 1:60 000- 1:125 000, thường gặp trong mổ cột sống, giảm thị lực liên quan đến mổ trên 6 giờ và mất máu trên 1000ml [1], [5]. Chúng tôi không có ca nào bị biến chứng tăng áp. Thời gian mổ trung bình thì cắt tầng sinh môn 72 phút (28-115) thời gian chuyển tư thế trung bình 13 phút (5-30) do kỹ thuật mới nên đội ngũ tập huấn chuyển tư thế

chưa thành thạo và không đồng bộ nên thời gian còn dao động nhiều 20-30 phút nhưng về sau giảm nhiều. Mặc dù tư thế nằm ngửa thời gian phẫu thuật ngắn hơn do chia thành hai ekip mổ thì bụng và thì tầng sinh môn. Thường cắt tầng sinh môn là người phụ 1 nhưng vị trí này là có khối u đòi hỏi phải phẫu tích kỹ lấy nhiều mô hay trường hợp khối u to phẫu tích khó thì được hướng dẫn từ phẫu thuật viên chính phía trên đây cũng là yếu tố nguy cơ tái phát. Một số tác giả mặc dù mổ tư thế nằm sấp kéo dài thời gian mổ hơn nhưng phẫu tích lấy được nhiều mô hơn nên phẫu thuật viên hài lòng về kết quả phẫu thuật ung thư.

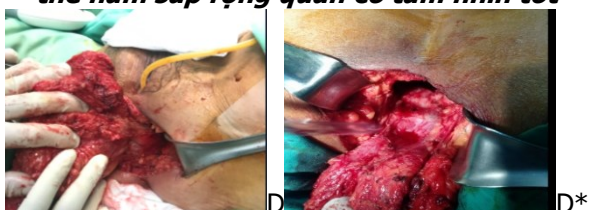
Kỹ thuật cắt ngoài cơ nâng ở tư thế nằm sấp, nhận thấy phẫu trường rất thuận lợi và người phụ không phải vướn người qua chân bệnh nhân như trong tư thế nằm ngửa hình 2. Giai đoạn phẫu tích vùng khó là nửa trước của trực tràng được chuyển hướng xuống dưới (ra sau) nên có tầm nhìn trực tiếp với ánh sáng phòng mổ bình thường mà không cần đèn chiếu từ phía sau như tư thế nằm ngửa, hình 3 và hình 4. Nếu phẫu tích theo phương pháp kinh điển nghĩa là mặt phẳng phẫu tích đi sát trực tràng đồng nghĩa lấy được ít mô bao quanh khối u tạo cho bệnh phẩm có eo ở vị trí này [2], ở mức này của trực tràng thường có khối u nên vừa lấy ít mô quanh khối u vừa có khối u nên khảo sát diện cắt vòng quanh (DCVQ) (+) chiếm tỉ lệ cao. Ngược lại cắt ngoài cơ nâng ở tư thế nằm sấp cắt cơ nâng rộng nên lấy được nhiều mô quanh khối u tạo bệnh phẩm có dạng hình trụ, khi khảo sát DCVQ tỉ lệ âm tính tăng nhiều hơn hình 6, đồng thời khi phẫu tích kéo lộn trực tràng mang khối u ra tầng sinh môn, tiền liệt tuyến hay thành sau âm đạo cũng kéo theo xuống thấp rất thuận lợi để phẫu tích tránh được vỡ ruột hay khối u, tổn thương tiền liệt tuyến, thành sau âm đạo hay niệu đạo... phẫu trường rộng giúp kiểm soát chảy máu tốt nên mất máu không đáng kể.



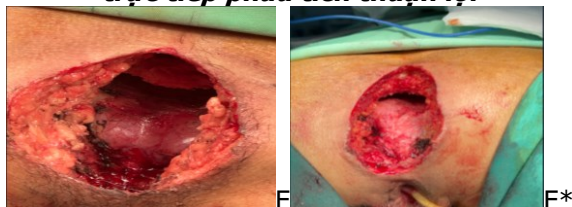
Hình 2. Hình B bệnh nhân nằm ngửa người phụ bị cản bởi chân bệnh nhân nên bị vướn, hình B* bệnh nhân nằm sấp hai chân bệnh nhân hướng xuống nên thuận lợi linh hoạt



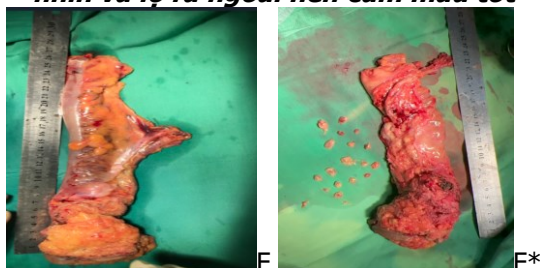
Hình 3. Hình C tư thế nằm ngửa, hình C* tư thế nằm sấp bộc lộ phẫu trường trong tư thế nằm sấp rộng quan có tầm nhìn tốt



Hình 4. D. Bệnh nhân nằm ngửa vùng khó nằm phía trước. D* Bệnh nhân nằm sấp vùng khó chuyển phía dưới nên tầm nhìn trực tiếp phẫu tích thuận lợi



Hình 5. Nằm sấp lấy được nhiều mô quanh khối u. Hình E tiền liệt tuyến nằm dưới, hình E* thành sau âm đạo nằm dưới tầm nhìn và lộ ra ngoài nên cầm máu tốt



Hình 6. Hình F. bệnh phẩm có dạng hình trụ, hình F.* nạo hạch

Bệnh nhân theo dõi 22 (6-54) tháng tỉ lệ tái phát chung 13,3%. Tái phát tại vùng chậu và di căn xa. DCVQ: đây cũng là yếu tố quan trọng và mong muốn đạt được mặt cắt âm tính trong thì phẫu tích này. Kết quả của chúng tôi tỉ lệ CRM (+) là 28,9%, CRM (-) là 71,1%. Xét mối liên quan giữa CRM và giai đoạn T. Giai đoạn T2: tất cả đều CRM (-). Giai đoạn T3: Có 40,6% trường hợp bị CRM (+), trong khi 59,4% trường hợp CRM (-). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả CRM (+) giữa giai đoạn T2 và T3 (p=0,009).

Tình trạng vỡ trong lúc mổ là yếu tố liên

lượng tái phát khi vỡ ruột hay khối u. Theo S. Builow et al năm 2010 nghiên cứu 1125 ca tỉ lệ vỡ khối u 10% hay của Xing-mao Zhang năm 2014 tỉ lệ vỡ 7,5%. trong nghiên cứu chúng tôi tỉ lệ vỡ không có trường hợp nào mặc dù khối u giai đoạn T3 chiếm đa số đây cũng là ưu thế cắt ngoài cơ nâng. Tuy nhiên, số lượng mẫu còn nhỏ phân tích thống kê độ chính xác có thể không cao như các tác giả trên.

Biến chứng và kết quả phẫu thuật. Nhiễm trùng vết mổ là biến chứng thường gặp và khi nhiễm trùng làm cho vết mổ chậm lành trên 1 tháng. Trong nhóm nghiên cứu nhiễm trùng độ I chiếm 6,7%, độ II 8,9%. Chảy máu vết mổ tăng sinh môn 1 ca chiếm 2,2%. Không có trường hợp nào bị bung vết mổ hay thoát vị tăng sinh môn. Kết quả phẫu thuật ngắn hạn đạt loại tốt chiếm 82%, loại trung bình có 8 ca bị biến chứng nhiễm trùng chiếm 18%. Không có trường hợp nào tử vong.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt trực tràng ngả bụng tăng sinh môn ngoài cơ nâng qua nội soi tư thế nằm sấp có nhiều ưu điểm như tầm nhìn phẫu trường tuyệt vời phẫu tích lấy được nhiều mô quanh khối u, tỉ lệ thủng trong mổ 0%. DCVQ (+) có liên quan đến giai đoạn T, biến chứng vết thương tăng sinh môn không đáng ngại do nhiễm trùng chiếm 17,8%. Phẫu thuật cắt trực tràng ngả bụng tăng sinh môn ngoài cơ nâng qua nội soi tư thế nằm sấp chỉ định cho ung thư trực tràng thấp xâm lấn cơ thất hay giai đoạn T3 trở lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Roig-Vila J V, García-Armengol J, Bruna-Esteban M, Redondo-Cano C, et al (2009), "[Operating position in colorectal surgery. The importance of the basics]", Cir Esp, 86(4), 204-212.
2. Stelzner S, Hellmich G, Sims A, Kittner T, et al (2016), "Long-term outcome of extralevator abdominoperineal excision (ELAPE) for low rectal cancer", Int J Colorectal Dis, 31(10), 1729-1737.
3. De Campos-Lobato L F, Stocchi L, Dietz D W, Lavery I C, et al (2011), "Prone or lithotomy p", J R Soc Med, 81(9), 503-508.
4. Heald R J (1988), "The 'Holy Plane' of rectal surgery", J R Soc Med, 81(9), 503-508.
5. Feix B, Sturgess J (2014), "Anaesthesia in the prone position", Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain, 14(6), 291-297.
6. Perry WB, Connaughton JC. Abdominoperineal resection: how is it done and what are the results? Clin Colon Rectal Surg. 2007 Aug;20(3):213-20. doi: 10.1055/s-2007-984865. PMID: 20011202; PMCID: PMC2789508.
7. Chand M, Bhoday J, Brown G, Moran B, Parvaiz A. Laparoscopic surgery for rectal cancer. J R Soc Med. 2012 Oct;105(10):429-35. doi: 10.1258/jrsm.2012.120070. PMID: 23104946; PMCID: PMC3480851.