

nhân có thể vận động đi lại sớm tránh các biến chứng do nằm lâu.

## VI. TRƯỜNG HỢP MINH HOẠ

Bệnh nhân nữ, 86 tuổi. Gãy A2.2



Hình ảnh tái khám sau 6 tháng

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhang Y, Zhang S, Wang S, et al. Long and short intramedullary nails for fixation of intertrochanteric femur fractures (OTA 31-A1, A2 and A3): A systematic review and meta-analysis. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research.* 2017;103(5): 685-690. doi:10.1016/j.otsr.2017.04.003
2. Dhaked GS. Dynamic Hip Screw versus Proximal Femoral Nail in the Management of Intertrochanteric Fractures - A Retrospective Analysis from Rajasthan. *jebmh.* 2021;26(8): 2349-2562. doi: 10.18410/jebmh/2021/424
3. Jia X, Zhang K, Qiang M. The accuracy of intra-operative fluoroscopy in evaluating the reduction quality of intertrochanteric hip fractures. *Int Orthop.* 2020;44(6): 1201-1208. doi:10.1007/s00264-020-04533-w
4. K Rahman MA, Siddiqui YS, Julfiqar M, Khan AQ, Sabir AB, Abbas M. Short versus long proximal femoral nail in the management of intertrochanteric fractures - a comparative study. *Int J Burns Trauma.* 2023;13(3):99-109.
5. Trương Quang Nhân. Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng đinh PFNA. Luận văn chuyên khoa II y học, Đại học Y - dược, Đại học Huế. Published online 2021.
6. Dragosloveanu Șerban, Dragosloveanu C, Cotor D, Stoica C. Short vs. long intramedullary nail systems in trochanteric fractures: A randomized prospective single center study. *Exp Ther Med.* 2021;23(1): 106. doi:10.3892/etm.2021.11029
7. Herzog J, Wendlandt R, Hillbricht S, Burgkart R, Schulz AP. Optimising the tip-apex-distance in trochanteric femoral fracture fixation using the ADAPT-navigated technique, a longitudinal matched cohort study. *Injury.* 2019; 50(3): 744-751. doi:10.1016/j.injury.2019.02.010
8. Trần Trung Hiếu, Trần Trung Quyết. Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi. *Tạp chí y học Việt Nam.* 2021;503(1):235-239.
9. Sahin S, Ertürer E, Oztürk I. Radiographic and functional results of osteosynthesis using the proximal femoral nail antirotation (PFNA) in the treatment of unstable intertrochanteric femoral fractures. *Acta Orthopaedica Et Traumatologica Turcica.* 2010;44(2): 127-134. doi:10.3944/AOTT.2010.2237
10. Zhao F, Guo L, Wang X, Zhang Y. Benefit of lag screw placement by a single- or two-screw nailing system in elderly patients with AO/OTA 31-A2 trochanteric fractures. *J Int Med Res.* 2021; 49(3): 030006052110037. doi:10.1177/03000605211003766

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH GIAI ĐOẠN 2018-2022

Dương Việt Cường<sup>1</sup>, Trịnh Hồng Sơn<sup>2</sup>, Quách Văn Kiên<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị của người bệnh ung thư biểu mô trực tràng được phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 01/ 2018

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Việt Cường

Email: duongvietcuongdr@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.12.2023

– 12/ 2022. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang thu thập số liệu hồi cứu được tiến hành cho nghiên cứu này. Đối tượng là 58 người bệnh ung thư trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định thời gian từ 01/2018 đến 12/2022. Thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp phẫu thuật, kết quả gần và xa được thu thập. **Kết quả nghiên cứu:** Thời gian phẫu thuật trung bình là 140,26 ± 19,44 phút, có lại trung tiện là 2,72±0,67 ngày, nằm viện sau phẫu thuật là 12,19 ± 3,2 ngày. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật khá cao: 27,5 % trong đó nhiễm trùng vết mổ chiếm 17,2%. Đánh giá kết quả phẫu thuật chung sớm: tốt 88,2%, có 11,8% trung bình và 3,4% kết quả xấu. Tần suất đại tiện trung bình hàng ngày được cải thiện

đáng kể, giảm dần tại thời điểm 3, 6 và 12 tháng sau phẫu thuật lần lượt là:  $3,4 \pm 0,8$  lần,  $2,8 \pm 0,6$  lần và  $2,2 \pm 0,6$  lần. Tỷ lệ tái phát là 9,1%, tỷ lệ tử vong là 12,7%. Thời gian sống thêm toàn bộ tương ứng 2 năm: 89%, 3 năm 79%, 5 năm là 79%. Thời gian sống thêm không bệnh tương ứng 2 năm: 86%, 3 năm: 75%, 5 năm 54%. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy kết quả điều trị ung thư trực tràng ở bệnh viện đạt kết quả tốt, cũng như kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân mắc ung thư trực tràng.

**Từ khóa:** ung thư trực tràng, phẫu thuật, ung thư biểu mô

## SUMMARY

### OUTCOMES OF SURGERY IN TREATING RECTAL CARCINOMA AT NAM DINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL FROM 2018 TO 2022

**Objective:** To evaluate the treatment results of patients with rectal carcinoma undergoing surgery at Nam Dinh Provincial General Hospital in the period January 2018 - December 2022. **Study design:** A cross-sectional study collecting retrospective data was conducted for this study. Participants were 58 rectal cancer patients treated with rectal surgery at Nam Dinh Provincial General Hospital from January 2018 to December 2022. Clinical, paraclinical information, surgical methods, short and long-term outcomes were collected. **Research results:** The mean surgery time was  $140.26 \pm 19.44$  minutes, the mean time of flatus return was  $2.72 \pm 0.67$  days, and the mean hospital stay after surgery was  $12.19 \pm 3.2$  days. The rate of complications after surgery was quite high: 27.5%, of which surgical wound infection accounted for 17.2%. Early surgical outcomes: 88.2% good, 11.8% moderate and 3.4% poor results. The mean daily defecation frequency improved significantly, gradually decreasing at 3, 6 and 12 months after surgery:  $3.4 \pm 0.8$  times,  $2.8 \pm 0.6$  times and  $2.2 \pm 0.6$  times, respectively. The recurrence rate was 9.1%, the death rate was 12.7%. The overall survival time: 89% after 2 years, 79% after 3 years, and 79% after 5 years is 79%. The disease-free survival time was 86% after 2 years, 75% after 3 years and 54% after 5 years. **Conclusion:** The study shows good results in treating rectal cancer in the hospital, as well as prolonging survival time for patients with rectal cancer.

**Keywords:** rectal cancer, surgery, carcinoma

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTTT) là một trong những bệnh ung thư đường tiêu hoá thường gặp. Nguyên tắc điều trị UTTT là sự phối hợp của nhiều phương pháp bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị và liệu pháp miễn dịch, trong đó PT đóng vai trò quyết định. Có thể điều trị triệt căn hoặc chỉ điều trị phẫu thuật tạm thời đối với ung thư giai đoạn muộn [1]. Trước đây phẫu thuật cắt trực tràng phá hủy cơ thắt hậu môn đã trở thành PPPT chính trong nhiều thập kỷ đối với ung thư trực tràng giữa và thấp, vì các tác giả

tuân theo nguyên tắc cắt xa bờ khối u ít nhất 5 cm<sup>5</sup>. Tuy nhiên, xu hướng điều trị triệt căn này đã làm cho tâm lý người bệnh luôn có cảm giác nặng nề, mất đi đường tiêu hoá tự nhiên, phải mang hậu môn nhân tạo suốt đời. Qua thập kỷ 70 và 80, kỹ thuật cắt đoạn trực tràng nổi ngay ngày càng tỏ ra có hiệu quả. Ranh giới an toàn đã được Dukes và William nghiên cứu kỹ qua phẫu tích và quan sát vi thể và chứng minh khoảng cách 2 cm được coi là khoảng cách an toàn tối thiểu cho việc cắt đoạn trực tràng (97,5% không có ung thư xâm lấn) [2]. Ở Việt Nam, phẫu thuật UTTT được áp dụng tại nhiều bệnh viện trong cả nước. Tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định, về cơ sở hạ tầng xây dựng, cơ sở hoá chất và xạ trị mới những năm gần đây đã đáp ứng phần nào cho người bệnh ung thư trực tràng được điều trị một cách đầy đủ trước và sau mổ. Tuy nhiên cho đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả phẫu thuật trực tràng tại bệnh viện tỉnh Nam Định. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm "*Đánh giá kết quả điều trị của người bệnh ung thư biểu mô trực tràng được phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 01/2018 – 12/2022*"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh UTTT được điều trị bằng phẫu thuật trực tràng. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm: 1) Người bệnh được chẩn đoán xác định là UTTT bằng nội soi đại trực tràng, được phẫu thuật mở hoặc phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng và có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến; 2) Người bệnh ở giai đoạn I, II, III, IV (T1-4 và N0-2 và M0) theo phân loại AJCC 2017 dựa vào giải phẫu bệnh sau phẫu thuật và 3) Có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ và theo dõi sau điều trị. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: 1) Những người bệnh được chẩn đoán UTTT tái phát; 2) Những người bệnh có ung thư khác kết hợp, hoặc di căn từ nơi khác đến và 3) Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định thời gian từ 01/2018 đến 12/2022.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang thu thập số liệu hồi cứu được tiến hành cho nghiên cứu này.

**2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Lựa chọn tất cả những người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Qua nghiên cứu 58 người bệnh UTTT được điều trị bằng phẫu thuật trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định thời gian từ 01/2018 đến 12/2022.

**2.5. Thu thập dữ liệu:** Các thông tin được thu thập bao gồm thông tin chung (tuổi, giới), triệu chứng lâm sàng (cơ năng, thực thể, thể trạng toàn thân), cận lâm sàng (xét nghiệm, nội soi, cắt lớp vi tính, giải phẫu bệnh, chẩn đoán xác định), phương pháp phẫu thuật, biến chứng, theo dõi kết quả gần và xa. Người bệnh được khám theo dõi định kỳ: 3 tháng/1 lần tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định, kết quả được ghi nhận trong sổ khám định kỳ và phần mềm quản lý bệnh viện.

**2.6. Xử lý và phân tích số liệu:** Các số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất, được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính thời gian, tỷ lệ sống thêm theo phương pháp Kaplan - Meier. Sử dụng test Log - Rank để so sánh sự khác biệt thời gian sống thêm giữa hai biến. So sánh sự khác biệt giữa các biến định lượng bằng kiểm định T, các biến định tính bằng kiểm định khi bình phương ( $\chi^2$  test) hoặc Fisher exact test (khi kỳ vọng của chỉ số dưới 5) với độ chính xác 95%, sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê với giá trị  $p < 0,05$ .

**2.7. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua hội đồng hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong 58 người bệnh UTTT tham gia nghiên cứu, số người bệnh nam và nữ mắc ung thư trực tràng trong nghiên cứu là tương đương nhau, với tỷ lệ nam/nữ là 1/1. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $67,9 \pm 9,2$ , trong đó lớn nhất 87 tuổi, là nhỏ nhất là 48 tuổi. Nhóm tuổi 61 - 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, 41,4%. Làm ruột có 37 người bệnh, chiếm tỷ lệ cao nhất với 63,8%. Có 54/58 người bệnh được phẫu thuật mở mổ chiếm 93,1 %, và 6,9% người bệnh được mổ nội soi. **Bảng 1** cho thấy diện cắt dưới u đối với các trường hợp cắt đoạn trực tràng nối tay trung bình là  $2,47 \pm 0,57$ . Khoảng cách từ cực dưới u đến diện cắt dưới thấp nhất là 2cm và lớn nhất là 4cm.

**Bảng 1: Khoảng cách từ cực dưới u đến diện cắt dưới**

Phương pháp phẫu thuật	Diện cắt dưới u				
	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị bé nhất	Giá trị lớn nhất
Phẫu thuật hartmann	18	3	0,69	2	4
Cắt đoạn đại - trực tràng nối tay	30	2,47	0,57	2	4
Cắt đoạn đại trực	4	3,25	0,5	3	4

tràng nối máy				
---------------	--	--	--	--

Về kết quả phẫu thuật UTTT sớm, không có người bệnh nào tử vong trong thời gian hậu phẫu. Bảng 2 cho thấy, thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là  $12,19 \pm 3,2$  ngày. Thấp nhất là 7 ngày và dài nhất là 27 ngày. Có duy nhất 1 người bệnh nằm viện 27 ngày là vì có biến chứng nhiễm trùng vết mổ và rò miệng nối khu trú không phẫu thuật lại. Thời gian trung tiện trung bình là  $2,72 \pm 0,67$  ngày với giá trị thấp nhất là 1 ngày và giá trị cao nhất là 8 ngày. Thời gian lưu sonde tiểu trung bình là  $3,55 \pm 0,91$  ngày với giá trị thấp nhất là 2 ngày và cao nhất là 7 ngày. Thời gian dẫn lưu ổ bụng trung bình là  $9,57 \pm 3,54$  ngày với giá trị thấp nhất là 0 và cao nhất là 26 ngày

**Bảng 2: Các yếu tố hậu phẫu**

Các yếu tố hậu phẫu (ngày)	TB±ĐLC	Giá trị bé nhất	Giá trị lớn nhất
Thời gian trung tiện	2,72±0,67	1	4
Thời gian rút sonde dạ dày	5,53±1,31	2	8
Rút dẫn lưu ổ bụng	9,57±3,54	0	26
Thời gian lưu sonde tiểu	3,55±0,91	2	7
Thời gian nằm viện	12,19±3,2	6	27

Bảng 3 cho thấy có 15/58 người bệnh có biến chứng sau mổ, trong đó có 10 người bệnh có nhiễm trùng sau mổ chiếm 17,2%; 4 người bệnh bị rò miệng nối nhưng không phải mổ lại chiếm 6,9% và 1 người bệnh bị tắc ruột sau mổ, 1 bệnh nhân chảy máu sau mổ chiếm 1,7%

**Bảng 3: Các biến chứng sau mổ**

Các biến chứng sau mổ	n	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng vết mổ	10	17,2
Rò miệng nối không phải mổ lại	4	6,9
Tắc ruột sau mổ	1	1,7
Chảy máu sau mổ	1	1,7

Khi đánh giá kết quả xa, thời gian theo dõi được 55/58 bệnh nhân toàn bộ trung bình là 24 ,47 tháng, ít nhất 6 tháng và nhiều nhất 60 tháng. Bảng 4 cho thấy tần suất đại tiện trung bình hàng ngày giảm dần sau 3, 6, 12 tháng lần lượt là:  $3,4 \pm 0,8$  lần,  $2,8 \pm 0,6$  lần,  $2,2 \pm 0,6$  lần

**Bảng 4: Tần suất đại tiện hàng ngày sau 3, 6 và 12 tháng**

Tần suất đại tiện hàng ngày	Số lượng	TB±ĐLC	Ít nhất	Nhiều nhất
Sau 3 tháng	55	3,4 ± 0,8	1	6
Sau 6 tháng	55	2,8 ± 0,6	1	5
Sau 12 tháng	53	2,2 ± 0,6	1	3

Bảng 5 cho thấy, tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 7 trường hợp tử vong (chiếm 12,7%). Trong đó có 04 trường hợp tử vong do

tái phát và 3 trường hợp tử vong do tuổi cao, suy kiệt, suy tim, suy hô hấp. Tỷ lệ tái phát là 9,1 %. Có 2 trường hợp tái phát tại chỗ tại vùng chiếm 3,6 %, trong đó có 1 trường hợp tái phát tại miệng nổi và 2 trường hợp tái phát tại vùng chấu. Có 3 trường hợp tái phát di căn xa chiếm 5,5%

**Bảng 5: Tình trạng người bệnh sau phẫu thuật**

Kết quả xa		n	%
Còn sống		48	87,3%
Tử vong	Do bệnh tái phát	4	7,3%
	Do nguyên nhân khác	3	5,4 %
Bệnh tái phát			
Có	Tái phát tại chỗ	2	3,6 %
	Di căn xa	3	5,5 %

Bảng 6 cho thấy, thời gian sống còn không bệnh trung bình đến khi kết thúc nghiên cứu là  $48,9 \pm 3,1$  tháng. Tỷ lệ sống còn không bệnh sau 12 tháng là 96%, tỉ lệ sống còn không bệnh sau 5 năm là 54%. Thời gian sống còn toàn bộ trung bình đến khi kết thúc nghiên cứu là  $51,6 \pm 2,9$  tháng. Tỷ lệ sống còn toàn bộ sau 12 tháng là 96%, tỉ lệ sống còn không bệnh sau 5 năm là 79%

**Bảng 6: Thời gian sống toàn bộ và thời gian sống không bệnh của nhóm nghiên cứu**

Thời gian sống thêm	Toàn bộ (OS)	Không bệnh (DFS)
Trung bình	$51,6 \pm 2,9$	$49,2 \pm 3,1$
12 tháng	96%	96%
24 tháng	89%	84%
36 tháng	79%	75
48 tháng	79%	75%
60 tháng	79%	54%
95% CI	45,9 – 51,3	43,3 - 55,2

**IV. BÀN LUẬN**

Ung thư trực tràng là ung thư thường gặp ở đường tiêu hóa và hay gặp ở người bệnh cao tuổi. Trước đây chủ yếu là mổ mở truyền thống cắt đoạn trực tràng nổi tay hoặc cắt cụt trực tràng đường bụng, tăng sinh môn, phẫu thuật Hartmant. Trong những năm gần đây khoa học kỹ thuật phát triển, phẫu thuật nội soi, sử dụng robot... điều trị ung thư trực tràng đạt được nhiều tiến bộ vượt bậc làm thay đổi nhiều quan điểm điều trị, đem lại nhiều lợi ích cho người bệnh. Bảo tồn cơ thắt và phẫu thuật nội soi trở thành một xu hướng mới hiện nay, tuy nhiên phẫu thuật mổ mở vẫn còn có những ưu điểm nhất định. Nghiên cứu của chúng tôi với mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng có những đặc điểm nghiên cứu sau

Trong nghiên cứu này, thời gian hậu phẫu của chúng tôi là  $12,19 \pm 3,2$  ngày, ngắn nhất 6 ngày dài nhất 27 ngày; cao hơn so với các nghiên cứu của của Lê Quốc Tuấn (2020) [3] có thời gian hậu phẫu trung bình là 11 ngày, ngắn nhất 9 ngày và dài nhất là 21 ngày, cao hơn so với Võ Tấn Long là 8,3 ngày [4]. Có sự khác biệt này do trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mổ mở 54/58 ca, theo các nghiên cứu trên thế giới phẫu thuật mở có thời gian nằm viện dài hơn phẫu thuật nội soi [5, 6]. Thời gian trung tiện sau mổ của chúng tôi là 2,72 ngày, kết quả này cũng tương đồng với hầu hết các nghiên cứu của Huang C. (2015) là  $3,03 \pm 1,25$  ngày [5]; nghiên cứu của Zhou là  $2,8 \pm 1,0$  ngày [7]. Trong nghiên cứu không gặp trường hợp nào có tai biến liên quan quá trình sử dụng máy cắt – máy khâu nổi như: miệng nổi không kín, chảy máu miệng nổi, tổn thương tạng lân cận,... Nghiên cứu cũng không có tai biến liên quan quá trình phẫu tích như: tử vong, chảy máu trước xương cụt, bàng quang, niệu quản,...Trần Anh Cường (2017) cho thấy có 4 trường hợp bị chảy máu chiếm tỷ lệ 3,4%; tai biến tiết niệu và tiêu hóa là 2 chiếm tỷ lệ 1,7% [8].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 15/ 58 người bệnh có biến chứng sau phẫu thuật với tỷ lệ 25,8%. Trong đó 10/58 người bệnh (17,2%) có biến chứng nhiễm trùng vết mổ, vết mổ nhiễm trùng mức độ nhẹ, được thay băng vết mổ hàng ngày và điều trị theo kháng sinh đồ, vết mổ sau đó liền tốt. Tỷ lệ rò miệng nổi là 6,9% tuy nhiên trường hợp này mức độ rò khu trú, được điều trị nội khoa đường rò liền tốt không phải phẫu thuật lại, Có 1/58 người bệnh bị tắc ruột sau mổ, trường hợp này phải mổ lại, sau đó ra viện trong 3 tuần ổn định, có 1 trường hợp chảy máu tiêu hoá sau mổ ngày thứ 4 và bệnh nhân được mổ lại làm phẫu thuật harman. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có các biến chứng như, tử vong, rò miệng nổi gây viêm phúc mạc phải mổ lại, tiểu không tự chủ, hẹp miệng nổi và các biến chứng toàn thân khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ , tỉ lệ dò miệng nổi cao hơn so với các nghiên cứu khác do tỷ lệ mổ mở của chúng tôi cao, kỹ thuật vô trùng còn chưa tốt. Theo Trần Anh Cường (2017) cho thấy tỷ lệ biến chứng chung là 19,9%, biến chứng rò miệng nổi là 1/54 chiếm tỷ lệ 1,8%, nhiễm trùng vết mổ là 11 chiếm tỷ lệ 9,5%; 3,4% (tắc ruột, bán tắc ruột sau mổ), có 1 bệnh nhân tử vong (chiếm 0,9%) do sốc nhiễm trùng, nhiễm độc/người bệnh bị viêm phúc mạc do bụi miệng miệng nổi [8].

Tần suất đại tiện sau phẫu thuật UTTT là một kết quả quan trọng thể hiện chất lượng sống của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy tần suất đại tiện trung bình hàng ngày giảm dần sau 3, 6, 12 tháng lần lượt là:  $3,4 \pm 0,8$  lần,  $2,8 \pm 0,6$  lần,  $2,2 \pm 0,6$  lần (trên tổng toàn bộ 55 người bệnh). Tương tự các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tần suất đại tiện giảm dần theo thời gian và thường về ổn định sau 24 tháng. Theo Lê Quốc Tuấn (2020), tần suất đại tiện hàng ngày sau 3, 6, 12, 18 và 24 tháng lần lượt là 3,3 lần, 2,9 lần, 2,7 lần, 2,1 lần và 1,8 lần [3]. Trong đó, tại thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng, phần lớn bệnh nhân có số lần đại tiện trong ngày từ 1 đến 3 lần chiếm 69,6% [3].

Trong nghiên cứu này, thời gian theo dõi trung bình toàn bộ của nhóm nghiên cứu là 24,47 tháng, ít nhất 6 tháng và nhiều nhất 60 tháng. Thời gian theo dõi đến khi có tái phát trung bình là 24,47 tháng, ít nhất 6 tháng và nhiều nhất 60 tháng. Tỷ lệ tái phát của nhóm người bệnh là 9,1%, trong đó có 2 trường hợp tái phát tại chỗ và có 3/55 người bệnh tái phát di căn xa. Trong đó có 2 người bệnh di căn gan phổi, và 1 người bệnh di căn phúc mạc. Có 4/55 người bệnh tử vong (7,3%) tại thời điểm kết thúc nghiên cứu do tái phát di căn. Nghiên cứu của Lê Quốc Tuấn (2020), tỷ lệ tái phát là 8,9%, trong đó không có trường hợp nào tái phát tại chỗ tại vùng. Tỷ lệ tử vong là 5,4% [3]. Trong đó, 1 người bệnh tử vong vì già yếu không phát hiện tái phát, 2 người bệnh còn lại tái phát di căn ổ bụng và tử vong sau đó không lâu khi đang điều trị hóa chất.

Kết quả NC của chúng tôi cho thấy 96 % người bệnh sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh sau 12 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ tương ứng 2 năm: 89%, 3 năm 79%, 5 năm là 79%. Thời gian sống thêm không bệnh tương ứng 2 năm: 86%, 3 năm: 75%, 5 năm 54%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là  $51,6 \pm 2,9$  tháng. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là  $49,2 \pm 3,1$  tháng. Nghiên cứu này thấp hơn so với một số nghiên cứu. Theo Trần Thành Long (2020)<sup>41</sup> thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là  $44,48 \pm 1,41$  tháng với tỷ lệ sống thêm toàn bộ tương ứng 1 năm: 97,1%; 2 năm: 89,4%; 3 năm: 84,6%; 4 năm là 84,6% và thời gian sống thêm không bệnh trung bình là  $43,33 \pm 1,67$  tháng với tỷ lệ sống thêm không bệnh tương ứng 1 năm: 91,2%; 2 năm: 88,2%; 3 năm: 86,3%; 4 năm là 80,6% [9].

## V. KẾT LUẬN

- Thời gian phẫu thuật trung bình là  $140,26 \pm 19,44$  phút, có lại trung tiện là  $2,72 \pm 0,67$  ngày, nằm viện sau phẫu thuật là  $12,19 \pm 3,2$  ngày.

- Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật khá cao: 27,5%. Trong đó nhiễm trùng vết mổ chiếm 17,2%

- Đánh giá kết quả phẫu thuật chung sớm: tốt 88,2%, có 11,8% trung bình và 3,4% kết quả xấu.

- Tần suất đại tiện trung bình hàng ngày được cải thiện đáng kể, giảm dần tại thời điểm 3, 6 và 12 tháng sau phẫu thuật lần lượt là:  $3,4 \pm 0,8$  lần,  $2,8 \pm 0,6$  lần và  $2,2 \pm 0,6$  lần.

- Tỷ lệ tái phát là 9,1%, tỷ lệ tử vong là 12,7%. Thời gian sống thêm toàn bộ tương ứng 2 năm: 89%, 3 năm, 5 năm là 79%. Thời gian sống thêm không bệnh tương ứng 2 năm: 86%, 3 năm: 75%, 5 năm 54%

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Đức Huân** (2006), "Ung Thư Trực Tràn", Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Đại học Y Hà Nội, tr. 55-59.
2. **N. S. Williams, M. F. Dixon và D. Johnston** (1983), "Reappraisal of the 5 centimetre rule of distal excision for carcinoma of the rectum: a study of distal intramural spread and of patients' survival", Br J Surg, 70(3), tr. 150-4.
3. **Lê Quốc Tuấn** (2020), Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Cắt Đoạn và Nối Máy Trong Điều Trị Ung Thư Trực Tràn Giữa và Thấp, Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Võ Tấn Long** (1984), "Chẩn Đoán và Điều Trị Ngoại Khoa Ung Thư Đại Tràn và Trực Tràn (1978 - 1983) Tại Bệnh Viện Chợ Rẫy", Tạp chí Y được Thành phố Hồ Chí Minh.
5. **C. Huang, J. C. Shen, J. Zhang và các cộng sự.** (2015), "Clinical comparison of laparoscopy vs open surgery in a radical operation for rectal cancer: A retrospective case-control study", World J Gastroenterol, 21(48), tr. 13532-41.
6. **S. Yamamoto, M. Inomata, H. Katayama và các cộng sự.** (2014), "Short-term surgical outcomes from a randomized controlled trial to evaluate laparoscopic and open D3 dissection for stage II/III colon cancer: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG 0404", Ann Surg, 260(1), tr. 23-30.
7. **Z. X. Zhou, L. Y. Zhao, T. Lin và các cộng sự.** (2015), "Long-term oncologic outcomes of laparoscopic vs open surgery for stages II and III rectal cancer: A retrospective cohort study", World J Gastroenterol, 21(18), tr. 5505-12.
8. **Trần Anh Cường** (2017), Nghiên Cứu Đặc Điểm Di Căn Hạch và Kết Quả Điều Trị Phẫu Thuật Ung Thư Trực Tràn Tại Bệnh Viện K, Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Trần Thành Long** (2020), Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Nội Soi Cắt Đoạn Trực Tràn và Vết Hạch Điều Trị Ung Thư Biểu Mô Tuyến Trực Tràn Cao Tại Bệnh Viện K Năm 2016 - 2018, Luận văn Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.