

tim được nhắc đến do dẫn đến giảm lưu lượng máu đến thận, từ đó suy yếu khả năng thải trừ thuốc cản quang, tăng thời gian tiếp xúc với thuốc và sự tổn thương của tế bào ống thận với tình trạng giảm ôxy mô. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về tỉ lệ bệnh thận do thuốc cản quang giữa 2 nhóm bệnh nhân $EF \geq 50\%$ và $EF < 50\%$, $p < 0,001$. Giá trị OR là 8,436; khoảng tin cậy 95% 2,916 - 24,410. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nhận định của tác giả Phạm Văn Bùi⁴. Thang điểm Mehran được đánh giá dựa trên 8 yếu tố: tuổi > 75, đái tháo đường, creatinin máu (hay độ lọc cầu thận), số lượng thuốc cản quang sử dụng, thiếu máu, suy tim, tụt huyết áp và đặt bóng đối xung động mạch chủ. Dựa trên tổng điểm các yếu tố nguy cơ này, tác giả Mehran phân loại nguy cơ thấp (< 5 điểm), trung bình (từ 6 – 10 điểm), cao (từ 11 – 16 điểm) và rất cao (> 16 điểm) tương ứng với nguy cơ mắc bệnh thận do thuốc cản quang lần lượt là 7,5%; 14%; 26,1% và 57,3%. Trong nghiên cứu chúng tôi, chiếm đa số 74,5% là nhóm Mehran nguy cơ thấp có điểm số dưới 5, Mehran nguy cơ trung bình 6 – 10 chiếm 16,5%, nguy cơ cao 6,7% và nguy cơ rất cao chiếm 2,3%.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tổn thương thận cấp sau tiêm thuốc cản quang ở bệnh nhân bị hội chứng mạch vành cấp được can thiệp mạch vành cấp cứu là 11,6%. Yếu tố nguy cơ độc lập của tổn thương thận cấp sau tiêm thuốc cản quang ở bệnh nhân bị hội chứng mạch vành cấp được can thiệp mạch vành cấp cứu là thang điểm Mehran là

($p < 0,001$; OR = 13).

VI. KIẾN NGHỊ

Cần tính thang điểm Mehran thường quy trên lâm sàng để theo dõi và phòng ngừa đầy đủ ở nhóm có nguy cơ trung bình và nguy cơ cao

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. J Am Coll Cardiol. Dec 22 2020; 76(25):2982-3021. doi:10.1016/j.jacc.2020.11.010
2. Inohara T. NCDR Study: PCI Volume Increasing in U.S., Japan; Elective Cases Drive Increase in Japan. Journal of the American College of Cardiology. 2020;
3. Nabi Z, Anjum N, Rashid RM, Zahideen ZU. Contrast Induced Nephropathy In High Risk Patients - Myth Or Reality. J Ayub Med Coll Abbottabad. Oct-Dec 2021;33(4):568-571.
4. Phạm Văn Bùi. Khảo sát tổn thương thận cấp do thuốc cản quang và các yếu tố nguy cơ sau can thiệp động mạch vành. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2017;21:122-129.
5. Narula A. Contrast-induced acute kidney injury after primary percutaneous coronary intervention: results from the HORIZONS-AMI substudy. European Heart Journal. 2014;35:1533-1540.
6. Hoàng Kim Linh. Giá trị của thang điểm AGEF trong dự báo bệnh thận do thuốc cản quang sau can thiệp động mạch vành. Đại học Y Hà Nội; 2015.
7. Hoàng Văn Tú. Đặc điểm tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sau chụp và can thiệp mạch vành qua da tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;523:185-189.
8. Nguyễn Đức Trung. Phân tích biến cố tổn thương thận cấp sau dùng thuốc cản quang có chứa iod tại Khoa Chẩn đoán và can thiệp mạch Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y được lâm sàng 108. 2021 2021:104-110.

ĐẶC ĐIỂM KHỐI U Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP ĐƯỢC PHẪU THUẬT MILES NỘI SOI CẮT TẦNG SINH MÔN Ở TƯ THẾ NẪM SẤP TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Văn Tuấn*, Phạm Văn Năng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong phẫu thuật điều trị ung thư, các thông tin về khối u (kích thước, vị trí, tình trạng di động, kết quả mô bệnh học khối u,...) sẽ giúp đánh giá khả năng phẫu thuật và kết quả điều trị. **Mục**

tiêu: Mô tả đặc điểm khối u ở bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được phẫu thuật Miles nội soi cắt tầng sinh môn ở tư thế nằm sấp tại Thành phố Cần Thơ. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt ca trên 45 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp giai đoạn I, II, III, tại Thành phố Cần Thơ từ tháng 12 năm 2018 đến tháng 06 năm 2023. **Kết quả:** 45 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp nhập viện chủ yếu với triệu chứng tiêu phân đàm máu (82,2%); vị trí khối u phía trước chiếm 24,4%, phía sau chiếm 28,9%, bên (P) và (T) chiếm 24,4%, vòng chiếm 22,2%; đa số các khối u có kích thước dọc > 3 cm (88,9%) và có kích thước ngang ≤ 5 cm (82,2%); đại

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: nguyenvantuan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023

thể khối u dạng u sùi có 44,4%, loét sùi có 33,3%, vòng có 22,2%; 46,7% khối u di động mức độ trung bình; khối u giai đoạn T2 chiếm 28,9%, T3 chiếm 71,1%, không ghi nhận giai đoạn T1, T4; mức độ biệt hóa mô chủ yếu là trung bình với 91%. Dựa vào kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, 20% bệnh ở giai đoạn I, giai đoạn II có 33,3%, giai đoạn III có 46,7%. **Kết luận:** Đa số ung thư trực tràng thấp có khối u kích thước lớn, độ biệt hóa trung bình, u ở giai đoạn T3 và giai đoạn III. **Từ khóa:** ung thư trực tràng thấp, phẫu thuật nội soi, cắt tăng sinh môn ngoài cơ nâng, tư thế nằm sấp.

SUMMARY

TUMOR CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH LOW RECTAL CANCER UNDERGOING LAPAROSCOPIC SURGERY USING EXTRA-LEVATOR PERINEAL EXCISION IN PRONE POSITION AT CAN THO

Background: In cancer surgery, information about the tumor (size, location, mobility status, tumor histopathology results, etc.) will help evaluate the possibility of surgery and treatment results. **Objective:** To determine tumor characteristics in patients with low rectal cancer undergoing laparoscopic surgery using extra-levator perineal excision in prone position at Can Tho. **Materials and methods:** Prospective study, describing a series of cases on 45 patients with low rectal cancer stages I, II, III, in Can Tho City from December 2018 to June 2023. **Results:** 45 patients with low rectal cancer were hospitalized mainly with symptoms of hematochezia (82.2%); Tumor location was 24.4% anterior, 28.9% posterior, 24.4% lateral (R) and 24.4% (L), and 22.2% annular; The majority of tumors had a vertical dimension > 3 cm (88.9%) and a horizontal dimension ≤ 5 cm (82.2%); 44.4% of gross tumors were cauliflower, 33.3% were ulcerative, and 22.2% were annular; 46.7% of tumors were moderately mobile; Stage T2 tumors accounted for 28.9%, T3 accounted for 71.1%, no stage T1, T4 was recorded; The level of tissue differentiation was mainly moderate 91%. Based on postoperative histopathological results, 20% of the disease was in stage I, 33.3% in stage II, and 46.7% in stage III. **Conclusions:** Majority of low rectal cancer had large size, moderately differentiated, in tumor stage T3 and in stage III. **Keywords:** low rectal cancer, laparoscopic surgery, extra-levator perineal excision, prone position.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, theo GLOBOCAN 2020 [3], ung thư đại trực tràng (UTTT) đứng hàng thứ năm ở cả hai giới, xếp thứ tư ở nam và thứ ba ở nữ với 14.733 ca mắc mới chiếm 8,9% các loại ung thư. Độ tuổi mắc bệnh thường gặp nhất là 50 – 60 tuổi và nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ 1,5 lần [1], [2], [3].

Điều trị ung thư trực tràng là điều trị đa mô thức, phẫu trị kết hợp hóa xạ trị. Hiện nay, tư

thế nằm sấp được áp dụng rộng rãi ở nhiều trung tâm phẫu thuật lớn trên thế giới, với tỉ lệ mỗi nước khác nhau [4]. Và trước phẫu thuật các thông tin về khối u (kích thước, vị trí, tình trạng di động, kết quả mô bệnh học khối u,...) sẽ giúp đánh giá khả năng phẫu thuật, điều trị tân bổ trợ, điều trị bổ trợ và kết quả điều trị. Ngoài ra kích thước cũng như độ biệt hoá của khối u,... có liên quan đến tỷ lệ tái phát tại chỗ và di căn của bệnh nhân sau phẫu thuật [4], [5], [6], [7]. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: mô tả đặc điểm khối u ở bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được chỉ định phẫu thuật Miles nội soi cắt tăng sinh môn ở tư thế nằm sấp tại Thành phố Cần Thơ từ tháng 12 năm 2018 đến tháng 06 năm 2023.

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 được chỉ định phẫu thuật Miles nội soi cắt tăng sinh môn ở tư thế nằm sấp tại Thành phố Cần Thơ từ tháng 12 năm 2018 đến tháng 06 năm 2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh. Những bệnh nhân được chẩn đoán là UTTT thấp giai đoạn I, II, III (theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ - AJCC, 2018) được chỉ định phẫu thuật Miles nội soi cắt tăng sinh môn ở tư thế nằm sấp tại Tp. Cần Thơ.

Tiêu chuẩn loại trừ: 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; Bệnh nhân bỏ theo dõi điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt ca.

Cỡ mẫu: 45 bệnh nhân UTTT thấp giai đoạn I, II, III theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ, 2018.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu liên tục tất cả các trường hợp đạt tiêu chuẩn chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, lý do vào viện

- Đặc điểm khối u: tỷ lệ phát hiện khối u, vị trí khối u, kích thước khối u, tình trạng di động của khối u, hình ảnh đại thể và kết quả mô bệnh học khối u.

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

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên 45 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp ghi nhận có 20 bệnh nhân nam, 25 bệnh nhân nữ. Lý do nhập viện chủ yếu là tiêu phân đăm máu với 37 trường hợp (82,2%); bệnh nhân có triệu chứng đau hậu môn và bệnh nhân tiêu khó chiếm tỷ lệ bằng nhau, 6,7%; tương tự triệu chứng tiêu phân lỏng và có khối sa vùng hậu môn chiếm tỷ lệ bằng nhau, 2,2%.

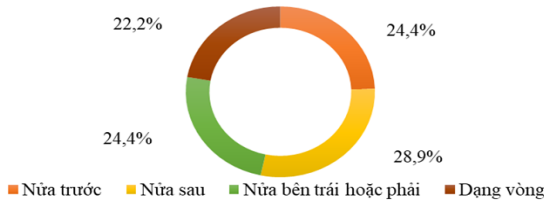
3.2. Đặc điểm khối u

- Tỷ lệ phát hiện khối u

+ Bằng siêu âm bụng: phát hiện được khối u trên siêu âm có 13/45 trường hợp chiếm 28,9%, phát hiện khối u và đi căn hạch 1/45 trường hợp chiếm 2,2% và bình thường là 68,9%.

+ Bằng kết quả chụp cắt lớp vi tính có cản quang bụng chậu: kết quả nghiên cứu cho thấy phát hiện được khối u trên CT-scan có 44 ca chiếm 97,8%, trong đó chỉ phát hiện khối u đơn thuần có 24 ca chiếm 53,3%, phát hiện u và đi căn hạch 20 ca chiếm 44,4%. Không phát hiện khối u chiếm 2,2% (vị trí u quá thấp).

- Vị trí khối u



Biểu đồ 1. Vị trí khối u

Nhận xét: vị trí phía trước có 11 ca chiếm 24,4%, vị trí phía sau có 13 ca chiếm 28,9%, dạng vòng có 10 ca chiếm 22,2% nửa bên phải và nửa bên trái có 11 ca chiếm 24,4%.

- Kích thước khối u

Bảng 1. Kích thước khối u

Kích thước khối u	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Kích thước dọc		
> 3 cm	40	88,9
1 – 2,9 cm	5	11,1
Đường kính ngang		
≤ 5 cm	37	82,2
≥ 6 cm	8	17,3

Nhận xét: đa số các khối u có kích thước dọc > 3 cm (88,9%) và có kích thước ngang ≤ 5 cm (82,2%).

- Tình trạng di động của khối u

Bảng 2. Mức độ di động của khối u

Mức độ di động	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	14	31,1
Trung bình	21	46,7

Di động kém	9	20,0
Không di động	1	2,2
Tổng cộng	45	100

Nhận xét: nghiên cứu ghi nhận di động mức trung bình có 21 ca chiếm 46,7%, di động tốt có 14 ca chiếm 31,1%, di động kém 20%, chỉ 2,2% không di động.

- Hình ảnh đại thể

Bảng 3. Hình ảnh đại thể

Hình ảnh đại thể	Thăm khám trực tràng		Kết quả nội soi đại tràng	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Sùi	21	46,7	30	68,2
Loét sùi	14	31,1	4	9,1
Dạng vòng	10	22,2	10	22,7
Tổng	45	100	44	97,8

Nhận xét: Thăm trực tràng ghi nhận khối u dạng sùi có 21 ca chiếm 46,7%, dạng loét sùi có 14 ca, chiếm 31,1% và dạng vòng có 10 ca, chiếm 22,2%. Ghi nhận từ kết quả nội soi đại tràng: phát hiện được 100% khối u, trong đó dạng khối u sùi có 30 ca chiếm 68,2%, dạng loét sùi có 4 trường hợp chiếm 9,1%, có 10 ca dạng vòng chiếm 22,7% và 1 ca không soi được đại tràng do khối u nằm sát rìa chiếm gần hết lòng trực tràng máy soi không qua được.

- Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật:

45 mẫu bệnh phẩm được phân tích mô bệnh học, về chất lượng có 40 trường hợp đạt tốt chiếm 88,9% và bệnh phẩm trung bình có 5 ca chiếm 11,1%.

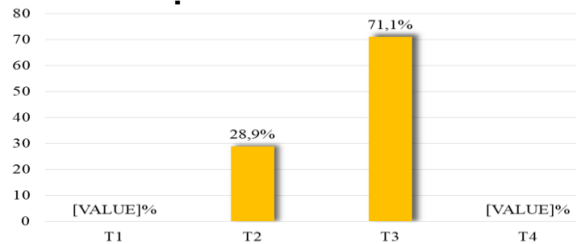
+ Mức độ biệt hóa mô

Bảng 4. Mức độ biệt hóa mô

Mức độ biệt hóa	n	%
Biệt hóa tốt	1	2,2
Biệt hóa trung bình	41	91,1
Biệt hóa kém	3	6,7
Tổng cộng	45	100

Nhận xét: kết quả mô bệnh học kết quả phân tích 45 trường hợp kết quả biệt hóa trung bình có 41 ca chiếm 91,1%, biệt hóa kém có 3 trường hợp chiếm 6,7%, biệt hóa tốt tỷ lệ thấp nhất chỉ 2,2%.

+ Giai đoạn T

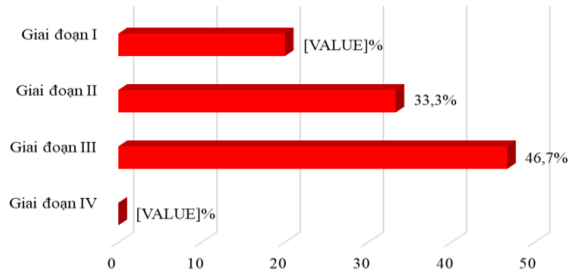


Biểu đồ 2. Giai đoạn T

Nhận xét: Kết quả phân tích 45 trường hợp giai đoạn: T2 chiếm 28,9%, giai đoạn T3 chiếm 71,1%, không có trường hợp nào thuộc giai đoạn T1 và T4.

+ Mô bệnh học của hạch: toàn bộ hạch được đánh giá mô bệnh học, kết quả phân tích hạch nạo được sau khi cắt bệnh phẩm, số hạch trung bình 16,8 hạch. Số lượng dao động ít nhất 12 hạch nhiều nhất 24 hạch. Số hạch di căn trung bình 1,7 hạch dao động, trong giới hạn ít nhất 0 nhiều nhất 10 hạch bị di căn.

+ Giai đoạn bệnh theo TNM (khối u, hạch, di căn -Tumor, Node, Metastasis)



Biểu đồ 3. Giai đoạn bệnh UTTH

Nhận xét: giai đoạn I có 9 ca chiếm 20%, giai đoạn II có 15 ca chiếm 33,3%, giai đoạn III có 21 ca chiếm 46,7%, không có trường hợp nào thuộc giai đoạn IV.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Đặc điểm về giới tính có ảnh hưởng trong điều trị ung thư trực tràng, phẫu thuật vùng chậu đặc biệt trong phẫu thuật ung thư trực tràng. Khung chậu nam thường hẹp hơn khung chậu nữ do đó khi phẫu tích thường khó hơn và thời gian mổ kéo dài hơn. Trong trường hợp khối u to, phẫu tích khó dẫn đến dễ gây vỡ khối u hay thủng ruột trong mổ hay diện cắt vòng quanh dương tính (DCVQ) là nguyên nhân tái phát tại chỗ hay di căn xa cao hơn. Kết quả tỉ lệ nam nữ có khác nhau tùy vào nghiên cứu trong và ngoài nước. Hầu hết các nghiên cứu cho kết quả tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới tỷ lệ dao động từ 1,5 đến 2,0 lần [2]. Tuy nhiên do hạn chế về cỡ mẫu trong nghiên cứu này, tỉ lệ nam thấp hơn nữ, nam có 20 ca chiếm 44,4% trong khi đó nữ có 25 ca chiếm 55,4%. Cũng với 45 bệnh nhân này, kết quả nghiên cứu ghi nhận có 5 nguyên nhân bệnh nhân nhập viện và phát hiện UTTH, tiêu phân đờm máu chiếm tỷ lệ cao nhất (82,2%) với 37 trường hợp; 03 bệnh nhân có triệu chứng đau hậu môn và 03 bệnh nhân có triệu chứng tiêu khó chiếm tỷ lệ bằng nhau, 6,7%; 1 trường hợp do tiêu phân lỏng và 01

trường hợp do khối sa vùng hậu môn chiếm tỷ lệ bằng nhau, 2,2%.

4.2. Đặc điểm khối u

- Tỷ lệ phát hiện khối u: kết quả nghiên cứu ghi nhận, bằng siêu âm bụng, có 31 ca chiếm 68,9% không phát hiện được khối u. Tỷ lệ phát hiện được khối u chung bằng siêu âm là 31,1%, trong đó có 13 trường hợp phát hiện u chiếm 28,9% và 1 trường hợp phát hiện khối u và di căn hạch chiếm 2,2%. Tuy nhiên, dựa vào chụp cắt lớp vi tính vùng chậu có cản quang tỷ lệ phát hiện được khối u gần như tuyệt đối, 44/45 ca chiếm 97,8%, trong đó chỉ phát hiện khối u đơn thuần có 24 ca chiếm 53,3%. Phát hiện u và di căn hạch 20 ca chiếm 44,4%. Không phát hiện khối u có 1 ca chiếm 2,2% (vị trí u quá thấp). Kết quả chỉ ra, so với siêu âm, chụp cắt lớp vi tính vùng chậu có cản quang phát hiện u tốt hơn so với siêu âm. Việc phát hiện sớm, không bỏ sót u gây bệnh sẽ tăng cơ hội tiếp cận điều trị và phục hồi của bệnh nhân.

- Vị trí khối u: Xác định vị trí khối u trên thành trực tràng rất quan trọng, đánh giá và tiên lượng hướng xâm lấn khối u đồng thời trong quá trình phẫu tích phải cẩn thận tránh làm tổn thương cấu trúc lân cận như tiền liệt tuyến, niệu đạo hay thành sau âm đạo... vị trí liên quan mạc treo trực tràng. Vị trí phía sau trực tràng có mạc treo bao quanh nhiều hơn phía trước nên bệnh phẩm có khối u ở vị trí này khảo sát DCVQ tỉ lệ (+) thấp hơn. Trong nghiên cứu này húng tôi phân chia vị trí khối u theo phân loại của Nhật Bản năm 2019 [3] vị trí phía trước có 11 ca, chiếm 24,4%, vị trí phía sau có 13 ca chiếm 28,9%, dạng vòng có 10 ca, chiếm 22,2% nửa bên phải và nửa bên trái có 11 ca, chiếm 24,4%. Theo Trương Vĩnh Quý (2018), khối u nằm ở mặt trước 11 ca (21,2%), mặt sau 15 ca (28,8%) và dạng vòng chiếm 13 trường hợp (25%) [1]. Cả hai nghiên cứu cho kết quả tương đồng về vị trí thường gặp của khối u trên thành trực tràng. Trong đó vị trí thường gặp nhất là ở thành sau trực tràng.

- Kích thước khối u: Kích thước của khối u cũng liên quan đến tỷ lệ tái phát tại chỗ, nếu kích thước khối u > 4cm thì tỷ lệ này cao. Liên quan đến kích thước khối u tác giả Wu Z.Y, nghiên cứu 56 bệnh nhân và so sánh trên hai nhóm với kích thước > 5cm và ≤ 5cm; tỷ lệ tái phát tại chỗ trong nhóm bệnh nhân có khối u ≤ 5cm là 10,6%, trong khi đó nhóm có kích thước >5cm thì tỷ lệ này 16,7% trong 3 năm [4]. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cũng tìm thấy khối đa số các khối u có kích thước dọc > 3

cm (88,9%) và có kích thước ngang ≤ 5 cm (82,2%). Kích thước u trong nghiên cứu khá cao, kết quả này góp phần giúp bác sĩ lưu ý hơn về nguy cơ tái phát tại chỗ cũng như di căn của bệnh nhân sau phẫu thuật.

- Tình trạng di của động khối u: Nghiên cứu này cho thấy mức độ di động trung bình của khối u có 21 ca chiếm 46,7%, di động tốt có 14 ca chiếm 31,1%, di động kém 20%, chỉ 2,2% trường hợp khối u không di động. Theo Trương Vĩnh Quý (2018) [1] tất cả có 52 bệnh nhân được thăm khám trực tràng trước mổ, 100% trường hợp đều sờ thấy khối u trực tràng và có 31 (59,6%) trường hợp khối u di động, 1 (1,9%) trường hợp khối u không di động, di động kém 20 (38,5%). Có thể nói, về mức độ di động của khối u trong hai nghiên cứu gần như là tương đương nhau.

- Hình ảnh đại thể khối u: Kết quả bảng 3 cho thấy hình ảnh đại thể ghi nhận khác nhau theo phương pháp thăm khám lâm sàng và dựa vào kết quả nội soi. Thăm trực tràng ghi nhận khối u dạng sùi có 21 ca chiếm 46,7%, dạng loét sùi có 14 ca, chiếm 31,1% và dạng vòng có 10 ca, chiếm 22,2%. Ghi nhận từ kết quả nội soi đại trực tràng: phát hiện được 100% khối u, trong đó dạng khối u sùi có 30 ca chiếm 68,2%, dạng loét sùi có 4 trường hợp chiếm 9,1%, có 10 ca dạng vòng chiếm 22,7% và 1 ca không soi được đại tràng do khối u nằm sát rìa chiếm gần hết lòng trực tràng máy soi không qua được. Và theo y văn cũng như thực tế nghiên cứu, nội soi vẫn là tiêu chuẩn vàng để đánh giá chính xác hình ảnh đại thể của khối u.

- Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật: từ 45 mẫu bệnh phẩm (đánh giá về chất lượng có 40 trường hợp đạt tốt chiếm 88,9% và bệnh phẩm trung bình có 5 ca chiếm 11,1%) sau khi mang phân tích mô bệnh học, kết quả ghi nhận:

+ Mức độ biệt hóa mô: Độ biệt hóa tế bào, loại tế bào ung thư cũng là những yếu tố liên quan đến tỷ lệ tái phát bệnh. Loại tế bào có độ biệt hóa càng kém; ung thư biểu mô biệt hóa kém, không biệt hóa, ung thư tế bào nhân liên quan đến tái phát tại chỗ [4], [5], [6], [7]. Ze-Yu WU, 56 bệnh nhân phẫu thuật u trực tràng tỷ lệ tái phát liên quan đến độ biệt hóa: 0% nhóm biệt hóa tốt, 5,4% biệt hóa vừa và 35,7% trong nhóm biệt hóa kém, khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0,009$ [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả carcinom tuyến 100%, trong đó biệt hóa trung bình có 41 ca chiếm 91,1%, biệt hóa kém có 3 trường hợp chiếm 6,7%, biệt hóa tốt tỉ lệ thấp nhất chỉ 2,2%. So với mô bệnh học nghiên

cứ của Trương Vĩnh Quý (2018) Có 27/52 (51,9%) trường hợp ung thư biểu mô tuyến biệt hóa tốt, 2 trường hợp ung thư biểu mô tuyến nhầy và 1/52 (1,9%) trường hợp ung thư tế bào nhân [1].

+ Giai đoạn T: Đối với những phẫu thuật viên có kinh nghiệm cộng thêm vị trí ung thư trực tràng nằm thấp, nên nếu dựa vào thăm trực tràng thì phẫu thuật viên có thể đánh giá vị trí, mức độ di động, để từ đó đưa ra một quyết định có thể bảo tồn và phương pháp bảo tồn cơ thắt được hay không[5],[6],[7]. Trong chỉ định bảo tồn cơ thắt đối với u trực tràng thấp, đa số tác giả đều chỉ định cho giai đoạn T2 hoặc T3 [6],[7]. Trong nghiên cứu này, kết quả biểu đồ 2 cho thấy trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính T1 và T4 không có trường hợp nào, 45 bệnh nhân UTT chủ yếu ở giai đoạn T3 với 71,1% và T2 có 28,9%. So với nghiên cứu của Lâm Việt Trung giai đoạn T2 có 26,5%, T3 có 51,6% và T4 có 21,8% giai đoạn T3 cũng chiếm đa số [2].

+ Mô bệnh học của hạch và giai đoạn bệnh theo TNM: trong nghiên cứu, 100% hạch được đánh giá mô bệnh học, kết quả phân tích hạch nạo được sau khi cắt bệnh phẩm, số hạch trung bình 16,8 hạch. Số lượng dao động ít nhất 12 hạch nhiều nhất 24 hạch. Số hạch di căn trung bình 1,7 hạch dao động, trong giới hạn ít nhất 0 nhiều nhất 10 hạch bị di căn. Giai đoạn bệnh theo xếp loại TNM thì giai đoạn hạch có ý nghĩa quan trọng trong phân chia giai đoạn, khi có hạch dương tính thì giai đoạn bệnh từ giai đoạn III trở lên [5], [6]. Kết quả biểu đồ 3 có giai đoạn I có 9 ca chiếm 20%, giai đoạn II có 15 ca chiếm 33,3%, giai đoạn III có 21 ca chiếm 46,7%, không có trường hợp nào thuộc giai đoạn IV. Giai đoạn càng muộn tỷ lệ tái phát bệnh cũng tăng theo. Theo Park nghiên cứu 97 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp và trung gian với giai đoạn I/II/III tương đương 45,7%; 21,8%; 32,6%, thời gian theo dõi trung bình 28,4 tháng, tái phát chung 16,4% trong đó tại chỗ 8,7%. Tái phát theo giai đoạn II 52,6%, giai đoạn III là 25%. Theo Trương Vĩnh Quý (2018) Có 12(23,1%) giai đoạn 1, 14(26,9%) giai đoạn 3 và 1(1,9%) giai đoạn, kết quả trong nghiên cứu này đã chỉ ra tỷ lệ tái phát tại chỗ trong nhóm có hạch dương tính cao hơn so với nhóm không có hạch, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,008$ [1].

V. KẾT LUẬN

45 bệnh nhân có triệu chứng tiêu phân đàm máu (82,2%); vị trí khối u phía sau chiếm tỷ lệ

cao nhất, 28,9%; đa số các khối u có kích thước dọc > 3 cm (88,9%) và có kích thước ngang ≤ 5 cm (82,2%); dạng u sùi có tỷ lệ cao nhất 44,4%; có đến 46,7% khối u di động mức độ trung bình; giai đoạn T3 chiếm 71,1% và mức độ biệt hóa mô chủ yếu là trung bình với 91% và đa số bệnh nhân ở giai đoạn III, 46,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Vĩnh Quý (2018)**, Đánh giá kết quả điều trị triệt căn ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi có bảo tồn cơ thắt, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y dược, Đại học Huế, tr. 130 - 170.
2. **Lâm Việt Trung (2008)**, Phẫu thuật cắt toàn bộ trực tràng qua ngã trước và ngã tăng sinh môn bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Luận án Tiến sỹ Y học,

Trường Đại học y Thành Phố Hồ Chí Minh.

3. **Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum.** Japanese Classification of Colorectal, Appendiceal, and Anal Carcinoma: the 3d English Edition [Secondary Publication]. J Anus Rectum Colon. 2019 Oct 30;3(4):175-195.
4. **Wu Z.Y, Zhao G, Lin Peng et al (2008)**, "Risk factors for local recurrence of middle and lower rectal carcinoma after curative resection", World J Gastroenterol, 14(30), pp.4805-4809.
5. **Bleday R, Aguilar J.G (2007)**, "Surgical treatment of rectal cancer", The ASCRS text book colon and rectal surgery, Spinger, 30, pp.413-436.
6. **Kuo L-J (2011)**, "Oncological and Functional outcomes of intersphincteric resection for low rectal cancer", Journal of surgical research, 170, pp.93-98.
7. **Samee A, Selvaseka C.R (2011)**, "Current trends in staging rectal cancer", World J Gastroenterol, 17(7), pp.828-834

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TIỂU TRỤ NGẮN, LỆCH VÀ ĐỈNH MŨI LỆCH BẰNG SỤN SƯỜN TỰ THÂN TRÊN BỆNH NHÂN ĐÃ PHẪU THUẬT KHE HỞ MÔI MỘT BÊN

Lê Hoàng Vĩnh^{1,2}, Trần Viết Luân³, Đỗ Quang Hùng²

TÓM TẮT

Tiểu trụ ngắn, lệch và đỉnh mũi lệch là 2 biến dạng luôn gặp ở các bệnh nhân khe hở môi một bên. Việc lựa chọn phương pháp và vật liệu để phẫu thuật tạo hình chỉnh sửa 2 biến dạng này luôn là thách thức cho các phẫu thuật viên. Vật liệu tự thân ngày càng được nhiều tác giả sử dụng để hạn chế các biến chứng của vật liệu nhân tạo, trong đó sụn sườn là vật liệu tự thân với ưu điểm vững chắc và số lượng nhiều nên được nhiều phẫu thuật viên trên thế giới lựa chọn, tuy nhiên vẫn chưa phổ biến tại Việt nam. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị tiểu trụ ngắn, lệch và đỉnh mũi lệch trên bệnh nhân đã phẫu thuật khe hở môi một bên bằng sụn sườn tự thân tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Phương pháp can thiệp lâm sàng so sánh trước sau. Đối tượng là bệnh nhân đã được phẫu thuật khe hở môi 1 bên, có biến dạng tiểu trụ ngắn, lệch hay đỉnh mũi lệch, được chỉ định phẫu thuật tạo hình tiểu trụ và đỉnh mũi bằng sụn sườn tự thân tại khoa Tạo hình Thẩm mỹ Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2018 đến tháng 10/2022. Sụn sườn số 7 được chế lát và tạo các mảnh ghép chỉnh hình tiểu trụ và đỉnh mũi. Kết quả

phẫu thuật được đánh giá ở thời điểm 1 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** 39 bệnh nhân có biến dạng mũi sau mổ khe hở môi được đưa vào nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân đều có cả 2 biến dạng tiểu trụ ngắn, lệch và đỉnh mũi lệch (chiếm tỉ lệ 100%). Đa số trường hợp (TH) sử dụng 1 lát sụn tạo hình mảnh ghép kéo dài vách ngăn (Septal extension graft: SEG) chiếm tỉ lệ 69,2%. 89,7% TH sử dụng 1 mảnh ghép hình khiên (Shield graft: SG), và 82,1% TH sử dụng 2 mảnh ghép hình nón (Cap graft: CG). Sau mổ, 97,4% TH cải thiện tình trạng lệch đỉnh mũi, 100% cải thiện tình trạng tiểu trụ ngắn và lệch. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị tiểu trụ ngắn, lệch và đỉnh mũi lệch bằng sụn sườn tự thân trên bệnh nhân đã phẫu thuật khe hở môi một bên có kết quả tốt. Sụn sườn tự thân là chất liệu an toàn và hiệu quả trong tạo hình các biến dạng trụ mũi và đỉnh mũi ở bệnh nhân khe hở môi một bên.

Từ khóa: Tạo hình mũi, sụn sườn tự thân, khe hở môi, biến dạng mũi

SUMMARY

ASSESSMENT OF TREATMENT RESULTS FOR SHORT, DEVIATED COLUMELLA, AND DEVIATED NASAL TIP USING AUTOLOGOUS COSTAL CARTILAGE IN PATIENTS WITH PRIOR CLEFT LIP REPAIR

Short, deviated columella, and deviated nasal tip are two common deformities in patients with unilateral cleft lip. The choice of surgical technique and material for correcting these deformities is always a challenge for surgeons. Autologous materials are increasingly used by many authors to limit the complications of

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Vĩnh

Email: vinhlh@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023