

6. **Japanese circulation society joint research group** (2005). Guidelines for diagnosis and management of cardiovascular sequelae in Kawasaki disease. *Pediatr Int*; 47(6), 711 – 32.
7. **Brian W McCrindle , Anne H Rowley , Jane W. Newburger, et al** (2017). Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of

- Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association; *Circulation*,135:e927–e999.
8. **Nguyễn Thị Mai Lan và Vũ Minh Phúc** (2009). Khảo sát tổn thương tim mạch trên bệnh nhân Kawasaki giai đoạn cấp. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, 13, 128 - 133.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VẾT HẠCH MẠC TREO TRÀNG DƯỚI BẢO TỒN ĐỘNG MẠCH ĐẠI TRÀNG TRÁI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG SIGMA - TRỰC TRÀNG CAO TẠI BỆNH VIỆN K

Chữ Quốc Hoàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật vết hạch mạc treo tràng dưới bảo tồn động mạch Đại tràng trái điều trị ung thư đại tràng Sigma trực tràng tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** 48 bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là ung thư đại tràng Sigma - trực tràng cao, được phẫu thuật cắt đoạn đại tràng Sigma – trực tràng, vết hạch đến gốc động mạch Mạc treo tràng dưới bảo tồn động mạch Đại tràng trái. Phương pháp nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59,7 tuổi; nam chiếm 52,1% và nữ chiếm 47,9%. 52,1% bệnh nhân có u chiếm hơn nửa chu vi trên nội soi. Đánh giá sau mổ tỉ lệ các nhóm T1 là 10,4%, T2 chiếm 16,7%, T3 12,5%, T4a 56,2% và T4b 4,2%. Số lượng hạch trung bình vết được là 15,0 hạch. Tỉ lệ hạch di căn 41,7% và chưa di căn hạch chiếm 58,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình 96,5 phút và nằm viện trung bình 7,3 ngày. Không có bệnh nhân gặp tai biến biến chứng trong mổ. Sau mổ không gặp trường hợp nào xuất hiện chảy máu sau mổ, rò bực miệng nổi, tắc ruột sau mổ. Không gặp trường hợp nào tử vong hoặc mổ lại trong 30 ngày sau mổ. Sau thời gian theo dõi trung bình 12,1 tháng không phát hiện trường hợp nào tái phát, tử vong. **Kết luận:** phẫu thuật vết hạch Mạc treo tràng dưới bảo tồn động mạch Đại tràng trái trong điều trị ung thư đại tràng Sigma trực tràng cao là kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện, bước đầu cho kết quả tốt cả về ngoại khoa khi ghi nhận tỉ lệ tai biến, biến chứng thấp cũng như kết quả tốt về ung thư học.

Từ khóa: Ung thư đại tràng Sigma, ung thư trực tràng, vết hạch, bảo tồn động mạch đại tràng trái.

SUMMARY

EVALUATING RESULTS OF INFERIOR MESENTERIC ARTERY LYMPHADENECTOMY PRESERVING LEFT COLIC ARTERY TREATMENT OF SIGMOID COLON CANCER

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Chữ Quốc Hoàn
Email: quochoan201087@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.01.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024
Ngày duyệt bài: 11.3.2024

AND HIGH RECTAL CANCER IN K HOSPITAL

Objective: Evaluating results of inferior mesenteric artery lymphadenectomy preserving left colic artery treatment of sigmoid colon cancer and high rectal cancer in K Hospital. **Subject and method:** A prospective study included 48 patients, all patients with pathologically confirmed Sigmoid colon cancer or rectal cancer who underwent inferior mesenteric artery lymphadenectomy preserving left colic artery. **Result:** The mean age of patients was 59,7 years old, the male rate was 52,1% and the female rate 47,9%. 52.1% of patients with tumors invasive more than half the circumference on endoscopy. Postoperative pathology T1 10.4%, T2 16.7%, T3 12.5%, T4a 56.2% and T4b 4.2%. The average number of lymphonode is 15.0; N1 41.7% and N0 58.3%. The mean operative time was 96,5 minutes. The average hospital stay was 7,3 days. All patients in the study did not experience complications during surgery. No patient died within the first 30 days after surgery. There were no cases of post-operative bleeding, anastomotic leak, or post-operative obstruction. There were no cases of death or reoperation within 30 days after surgery. After an average follow-up period of 12.1 months, no cases of recurrence or death were detected. **Conclusion:** inferior mesenteric artery lymphadenectomy preserving left colic artery treatment of sigmoid colon cancer and high rectal cancer is a simple technique, easy to perform, and initially gives good surgical results; low accident and complication rates as well as good oncological results

Keywords: Sigmoid colon cancer, rectal cancer, lymphadenectomy preserving left colic artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý thường gặp. Phẫu thuật cắt đại tràng kết hợp vết hạch là phương pháp điều trị chính có vai trò quan trọng nhất đối với giai đoạn bệnh tại chỗ, tại vùng. Một vấn đề thường gặp đối với phẫu thuật cắt đại trực tràng là rò miệng nổi, thiếu dưỡng miệng nổi và tổn thương càng gần về phía hậu môn, tỉ lệ rò miệng nổi càng cao. Quan điểm về vết hạch đối với tổn thương ở nửa trái của khung đại

tràng còn nhiều tranh cãi xung quanh việc thắt mạch Mạc treo tràng dưới sát gốc hay bảo tồn bó mạch Đại tràng trái. Thắt mạch Mạc treo tràng dưới sát gốc ưu thế hơn về độ triệt căn khi lấy thêm các hạch gốc mạch Mạc treo tràng dưới tuy nhiên có điểm hạn chế là nguồn máu nuôi cung cấp cho đầu trên của miệng nối đại trực tràng hạn chế hơn, dẫn tới tăng nguy cơ rò miệng nối, đặc biệt là những trường hợp vòng nối mạch máu nuôi dưỡng từ mạch Đại tràng giữa sang nửa trái khung đại tràng yếu[1]. Nhiều nghiên cứu cho rằng không thay đổi tỉ lệ sống thêm khi thắt mạch Mạc treo tràng dưới sát gốc và bảo tồn bó mạch Đại tràng trái trên nhóm bệnh nhân ung thư tương đối sớm[2]. Hiệp hội ung thư đại trực tràng Nhật Bản khuyến cáo, việc vét hạch đảm bảo an toàn nếu như số chằng hạch vét cao hơn số chằng hạch di căn ít nhất một chằng[3]. Do đó với ung thư ở nửa trái khung đại tràng giai đoạn chưa di căn hạch, việc thắt mạch Mạc treo tràng dưới sát gốc là không cần thiết ngược lại làm tăng tỉ lệ rò miệng nối, đặc biệt là với những tổn thương ở đầu xa như đại tràng sigma và trực tràng. Nhiều tác giả trên thế giới chủ trương thực hiện vét hạch bằng cách lấy toàn bộ tổ chức mỡ và hạch quanh bó mạch Mạc treo tràng dưới sau đó thắt mạch bảo tồn bó mạch Đại tràng trái. Phương pháp này ưu thế thực hiện với trường hợp nguy cơ rò miệng nối cao như đại tràng sigma trực tràng trên nhóm bệnh nhân nguy cơ di căn hạch chằng ba thấp [4,5]. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đánh giá kết quả phẫu thuật vét hạch Mạc treo tràng dưới bảo tồn Động mạch đại tràng trái điều trị ung thư đại tràng Sigma - trực tràng cao tại Bệnh viện K" nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cũng như kết quả về ung thư học, tỉ lệ tái phát, di căn, sống thêm sau điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 48 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là Ung thư đại tràng Sigma trực tràng cao bằng mô bệnh học và đánh giá tổn thương trong và sau mổ chưa có di căn xa, được phẫu thuật vét hạch quanh Động mạch Mạc treo tràng dưới bảo tồn Động mạch mạc Đại tràng trái tại khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện K. Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ và được theo dõi sau điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Nghiên cứu: hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Chẩn đoán xác định bằng: Nội soi và giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến đại tràng

Sigma và trực tràng cao.

- Đánh giá giai đoạn trước mổ bằng CT toàn thân, CEA và đánh giá thăm khám tổn thương, ổ bụng trong mổ. Đánh giá vị trí u trong mổ.

Các bước thực hiện

- Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu theo các tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Bước 2: Với nhóm bệnh nhân hồi cứu thu thập các chỉ tiêu nghiên cứu qua hồ sơ bệnh án và các thông tin khai thác qua khám lại bệnh nhân sau điều trị.

- Bước 3: Với nhóm bệnh nhân tiến cứu thực hiện quy trình phẫu thuật theo phương pháp cắt đoạn trực tràng, vét hạch bó mạch Mạc treo tràng dưới bảo tồn động mạch Đại tràng trái. Ghi nhận kết quả phẫu thuật và theo dõi sau điều trị

Quy trình phẫu thuật trong nghiên cứu

Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ

+ Chuẩn bị đại tràng: Chế độ ăn kiêng bằng chất lỏng 24-48 giờ trước mổ. Làm sạch đại trực tràng bằng uống 2000-3000ml dung dịch polyethylene glycol- điện giải (Fortrans) trong thời gian 2-3 giờ vào buổi chiều trước mổ.

+ Kháng sinh dự phòng trước mổ

- Quy trình phẫu thuật. Sau khi đánh giá toàn thể tổn thương trong ổ bụng gan, phúc mạc, tiểu khung, thăm khám toàn bộ khung đại tràng bằng tay. Nếu tổn thương đơn độc thuộc đại tràng Sigma trực tràng, đánh giá nguy cơ di căn hạch chằng 3, nếu như hạch chằng 2 nhỏ, mềm, tròn, nhẵn, không nghi ngờ di căn; hạch chằng 1 chưa vỡ vỏ đưa vào nghiên cứu, thực hiện thắt mạch MTTD bảo tồn nhánh đại tràng T và kèm theo lột trần ĐM MTTD đến sát gốc, lấy riêng các hạch quanh gốc mạch MTTD. Với TM MTTD thắt sát bờ dưới tụy. Diện cắt hai đầu đảm bảo 5-7cm. Phục hồi lưu thông tiêu hóa bằng nối đại trực tràng bằng tay hoặc bằng máy nối tròn CDH 29.

Điều trị và theo dõi sau mổ. Dùng thuốc kháng sinh, dinh dưỡng đường tĩnh mạch trong những ngày đầu, sau đó tập cho ăn tăng dần kể từ khi có nhu động ruột cho đến khi bệnh nhân có thể ăn uống tốt. Ghi nhận tình trạng toàn thân và tình trạng ổ bụng, tính chất dịch chảy qua ống dẫn lưu, trung tiện, đại tiện sau mổ và các biến chứng sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $59,7 \pm 12,2$ tuổi. Tuổi cao nhất là 81 tuổi, và thấp nhất là 21 tuổi. Nam chiếm 52,1% và nữ chiếm 47,9%.

- Vị trí tổn thương trực tràng cao 37 trường hợp chiếm 64,9% và đại tràng Sigma 11 trường hợp chiếm 19,3%.

- Đánh giá trước mổ trên nội soi đại tràng tỉ lệ u chiếm >1/2 chu vi là 52,1% và 47,9% u chiếm dưới 1/2 chu vi. Trên CT Scan đánh giá 97,9% các trường hợp chưa xâm lấn cơ quan lân cận, u khu trú đại tràng, có thể kèm theo phá vỡ thanh mạc hoặc không.

3.2. Kết quả theo dõi sau phẫu thuật

- Thời gian mổ trung bình: $96,5 \pm 8,1$ phút.
 - Thời gian trung tiện trung bình là $3,7 \pm 0,8$ ngày
 - Thời gian nằm viện trung bình là $7,3 \pm 0,9$ ngày.
 - 100% cắt nối 1 thì không làm hậu môn nhân tạo bảo vệ.

- Sinh thiết diện cắt trên và dưới thường quy, 100% diện cắt không còn tế bào ung thư.

- Đánh giá tổn thương u sau mổ tỉ lệ các nhóm T1 là 10,4%, T2 chiếm 16,7%, T3 12,5%, T4a 56,2% và T4b 4,2%

- Số lượng hạch trung bình vét được là: $15,0 \pm 5,4$ hạch. Tỉ lệ N0 chiếm 58,3%, N1 chiếm 35,4% và N2 chiếm 6,3%.

Biến chứng sau mổ:

- Không gặp BN nào có các biến chứng như: chảy máu trong và sau mổ, tổn thương các tạng trong mổ.

- Không gặp các biến chứng rò miệng nối, chảy máu miệng nối, hẹp miệng nối hay áp xe tiểu khung.

- Không gặp trường hợp nào tử vong hoặc tắc ruột sau mổ trong 30 ngày

3.3. Kết quả theo dõi sau điều trị. Tính từ khi bắt đầu nghiên cứu cho đến thời điểm báo cáo số liệu, thời gian theo dõi trung bình là 12,6 tháng không phát hiện trường hợp nào tái phát tại chỗ, tại vùng hoặc xuất hiện di căn xa.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả phẫu thuật. Kết quả về đặc điểm nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu cho thấy chúng tôi chủ yếu thực hiện trên nhóm bệnh nhân có nguy cơ di căn hạch chặng 3 thấp. Khối u phần lớn khu trú tại thành đại tràng, chỉ có 2 trường hợp xâm lấn phúc mạc thành bụng hoặc phúc mạc đáy bàng quang. Trên đại thể đánh giá trong mổ các hạch nguy cơ di căn thấp, nếu có nguy cơ di căn chỉ gặp di căn hạch chặng 1, các trường hợp nào nghi ngờ di căn hạch chặng 2 trên đại thể trong mổ không được tuyển chọn vào nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều phẫu thuật cắt đại trực tràng, vét hạch, thực hiện miệng nối đại trực tràng 1 thì không làm mở thông hồi tràng bảo vệ.

Thời gian mổ trong NC trung bình là 96,5 phút. Kết quả này thấp hơn một số nghiên cứu khác. Do chúng tôi thực hiện phẫu thuật mở và phần lớn sử dụng máy cắt nối. Tỉ lệ tai biến trong mổ toàn bộ BN trong nhóm NC không gặp tai biến trong mổ, không có chảy máu do tổn thương các mạch máu lớn, không có tổn thương các tạng lân cận. Kết quả này chủ yếu phụ thuộc vào kỹ năng của kíp phẫu thuật đồng thời cũng do phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu khối u chưa xâm lấn cơ quan lân cận, hạch mạc treo nhỏ, mềm mại và chưa vỡ vỡ. Hầu hết bệnh nhân sau khi thực hiện miệng nối, bằng kinh nghiệm và ước lượng các yếu tố nguy cơ trong đó tình trạng tưới máu miệng nối là rất tốt là yếu tố quan trọng nhất, chúng tôi đánh giá nhóm BN này nguy cơ rò miệng nối là rất thấp, do đó không tiến hành làm hậu môn nhân tạo bảo vệ miệng nối. Thực tế qua nhiều nghiên cứu cũng như thực hành lâm sàng cho thấy, hầu hết rò miệng nối là do tình trạng thiếu máu nuôi dưỡng cho miệng nối ở đầu đại tràng, nên mặc dù không làm mở thông hồi tràng bảo vệ miệng nối nhưng chúng tôi cũng không gặp trường hợp nào xuất hiện rò miệng nối. Nghiên cứu của Trương Vĩnh Quý, Bệnh viện Trung ương Huế, tỉ lệ rò miệng nối điều trị ung thư trực tràng với miệng nối thấp là 7,7%, chảy máu miệng nối là 1,9% và tắc ruột sớm sau mổ là 3,8%. Nghiên cứu của Enker cho thấy tỉ lệ rò miệng nối với miệng nối đại trực tràng thấp là 5%, Baren là 2,7%, Moran là 9%, Redmond là 2,8% và Laxaman là 7,3%. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ biến chứng thấp hơn có thể do số lượng BN trong NC còn thấp.

Trong nghiên cứu chúng tôi không gặp trường hợp nào xuất hiện chảy máu miệng nối, điều này có thể lý giải bởi miệng nối đại trực tràng là miệng nối có nguồn máu nuôi tương đối kém, khi thực hiện kỹ thuật sử dụng máy khâu nối độ chặt của hàng đinh gim thường là đủ để đảm bảo không xảy ra chảy máu miệng nối. Một yếu tố nữa có thể lý giải bởi phần lớn chúng tôi thực hiện miệng nối đại trực tràng bên tận, nên ít khi miệng nối cắt qua các mạch mạc treo đủ lớn để gây ra chảy máu miệng nối.

4.2. Theo dõi sau điều trị. Do thời gian theo dõi còn ngắn, tuy nhiên nghiên cứu cũng đã cho thấy không phát hiện trường hợp nào xuất hiện tái phát, di căn. Điều này phản ánh đúng thực tế nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là nhóm được phẫu thuật triệt căn ngay từ đầu, đánh giá trong và sau mổ không phát hiện tổn thương di căn, khối u và hạch được đánh giá

phẫu thuật đạt diện cắt R0 an toàn về mặt ung thư học. Để đánh giá thực sự kết quả này có khả quan hơn về mặt ung thư học so với việc vét hạch thắt mạch mạc treo tràng dưới bảo tồn động mạch Đại tràng trái nhưng không lấy các hạch gốc mạc treo cần có thời gian theo dõi dài hạn hơn và cỡ mẫu lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Vét hạch quanh gốc động mạch Mạc treo tràng dưới bảo tồn động mạch Đại tràng trái là kỹ thuật tương đối an toàn, cho kết quả tốt về mặt ung thư học tương đương với thắt mạch Mạc treo tràng dưới sắt gốc khi lấy hết được hạch chặng 3 nhưng đồng thời bảo tồn được nguồn máu nuôi cho miệng nối đại trực tràng giúp giảm tỉ lệ rò miệng nối so với việc thắt mạch Mạc treo tràng dưới sắt gốc. Kỹ thuật này nên được áp dụng rộng rãi cho các phẫu thuật viên chuyên sâu về ung thư tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Zakari Shaibu, Zhihong Chen.** Meta-Analysis The difference between preserving and non-preserving left colic artery for low rectal cancer: a meta-analysis. *International Surgery Journal*, 2021;Jan;8(1):427-435
- Koji Yasuda, Kazushige Kawai, Akihiro Sako and Toshiaki Watanabe.** Level of arterial ligation in sigmoid colon and rectal cancer surgery.

- World Journal of Surgical Oncology** (2016) 14:99
- T. Watanabe, K. Muro, Y. Ajioka, et al.** Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2016 for the treatment of colorectal cancer. (1437-7772 (Electronic)).
- Yoshiaki Maeda, T. Shinohara, Tomonori Hamanda.** The Oncologic Outcomes of Inferior Mesenteric Artery-Preserving Laparoscopic Lymph Node Dissection for Upper-Rectal or Sigmoid Colon Cancer, *Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques. , part A*, November 2018.
- Mitsugu Sekimoto • Ichiro Takemasa • Tsunekazu Mizushima • Masataka Ikeda • Hirofumi Yamamoto • Yuichiro Doki • Masaki Mori.** Laparoscopic lymph node dissection around the inferior mesenteric artery with preservation of the left colic artery. *Surgical Endoscopy* • March 2011
- 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 sĩ y học, Đại học Y dược Huế.
- Jiang JK, Yang SH and Lin JK** (2005). Transabdominal anastomosis after low anterior resection: a prospective, randomized, controlled trial comparing long-term results between side-to-end anastomosis and colonic J-pouch. *Dis Colon Rectum* 48: 2100-2110.
- Macchado M, Nygren J, Goldman S and Ljungqvist O** (2003). Similar outcome after colonic pouch and side-to-end anastomosis in low anterior resection for rectal cancer. A prospective randomized trial. *Ann Surg* 238: 214-220

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG GIẢM ĐAU CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP KÉO GIÃN CỘT SỐNG TRÊN BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Trần Phương Đông¹, Phan Thị Hồng Nhung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là một bệnh hay gặp trên lâm sàng, ở mọi lứa tuổi, cả nam và nữ với tỉ lệ ngày càng tăng do thói quen sinh hoạt trong cuộc sống hiện đại. **Phương pháp:** Bệnh biểu hiện bằng hai hội chứng chính là hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh, trong đó triệu chứng đau là triệu chứng chính khiến người bệnh phải đi khám bệnh cũng như hạn chế các sinh hoạt hàng ngày. Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá tác dụng giảm đau của phương pháp điện châm kết hợp kéo giãn cột sống thắt lưng. **Kết quả:** Bằng phương

pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước sau và có nhóm chứng trên tổng số 66 bệnh nhân sau 30 ngày điều trị đã đưa ra kết quả: thang điểm VAS giảm rõ rệt. Đạt hiệu quả điều trị 90,9%, không có kết quả 9,1%. **Kết luận:** Phương pháp kết hợp điện châm và kéo giãn điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với phương pháp kéo giãn đơn thuần. **Từ khóa:** Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, điện châm, kéo giãn cột sống, tầm vận động cột sống thắt lưng.

SUMMARY

EVALUATION OF THE PAIN RELIEF EFFECT OF THE METHOD ELECTROMAGNETIC COMBINATION TO STRETCH THE SPINE IN PATIENTS LUMBAR SPINAL DISC HERNIATION

Objective: Lumbar disc herniation is a common clinical disease in all ages, both men and women, with an increasing rate due to living habits in modern life. **Methods:** The disease is manifested by two main

¹Bệnh viện Châm cứu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phương Đông

Email: dongmaitom@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024