

lựa chọn ưu tiên hơn để điều trị sỏi thận đơn giản.

V. KẾT LUẬN

Ưu điểm của mPCNL bao gồm tỷ lệ mắc và mức độ nghiêm trọng của các biến chứng ít hơn, sẽ làm giảm đi chi phí và thời gian nằm viện cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Partin AW, Wein AJ, Kavoussi LR, Peters CA, Dmochowski RR.** Campbell Walsh Wein Urology, E-Book. Elsevier Health Sciences; 2020.
2. **Gambaro G, Tzelves L, Skolarikos A, Kanbay M, Ortiz A, Cozzolino M.** The new guidelines of the European Association of Urology on Urolithiasis: the urology–nephrology intersection. Nephrology Dialysis Transplantation. 2022;
3. **Assimos D, Krambeck A, Miller NL, et al.** Surgical management of stones: American urological association/endourological society guideline, PART I. The Journal of urology. 2016;196(4):1153-1160.
4. **Ganpule AP, Bhattu AS, Desai M.** PCNL in the twenty-first century: role of Microperc, Miniperc, and Ultraminiperc. World journal of urology. 2015;33:235-240.
5. **ElSheemy MS, Elmarakbi AA, Hytham M, Ibrahim H, Khadgi S, Al-Kandari AM.** Mini vs standard percutaneous nephrolithotomy for renal

stones: a comparative study. Urolithiasis. 2019;47:207-214.

6. **Kukreja RA.** Should mini percutaneous nephrolithotomy (MiniPNL/Miniperc) be the ideal tract for medium-sized renal calculi (15–30 mm)? World Journal of Urology. 2018;36:285-291.
7. **Feng D, Hu X, Tang Y, Han P, Wei X.** The efficacy and safety of miniaturized percutaneous nephrolithotomy versus standard percutaneous nephrolithotomy: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Investigative and Clinical Urology. 2020; 61(2): 115-126.
8. **Large T, Assmus MA, Valadon C, et al.** A Multi-institutional Review of Single-access Percutaneous Nephrolithotomy for Complex Staghorn Stones. European Urology Focus. 2021;09/01/ 2021;7(5):1170-1175. doi:https://doi.org/10.1016/j.euf.2020.11.005
9. **Güler A, Erbin A, Ucpinar B, Savun M, Sarilar O, Akbulut MF.** Comparison of miniaturized percutaneous nephrolithotomy and standard percutaneous nephrolithotomy for the treatment of large kidney stones: a randomized prospective study. Urolithiasis. 2019;47:289-295.
10. **Zeng G, Cai C, Duan X, et al.** Mini percutaneous nephrolithotomy is a noninferior modality to standard percutaneous nephrolithotomy for the management of 20–40 mm renal calculi: a multicenter randomized controlled trial. European Urology. 2021; 79(1):114-121.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU TỈNH THANH HOÁ

Viên Đình Bình¹, Đỗ Trường Sơn²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt đoạn điều trị ung thư biểu mô trực tràng tại bệnh viện Ung bướu Tỉnh Thanh hoá. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, hồi cứu với tất cả bệnh nhân ung thư biểu mô trực tràng được phẫu thuật cắt đoạn tại bệnh viện ung bướu tỉnh Thanh hoá từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2023. **Kết quả nghiên cứu:** Gồm 75 BN (36 nam, 39 nữ), tuổi trung bình 66,16 ± 11,7 tuổi. Triệu chứng hay gặp chủ yếu là đau bụng vùng hạ vị và đại tiện phân nhầy máu, vị trí khối u cách rìa hậu môn là 10,05 ± 2,13 cm (5 – 14 cm). Đặc điểm đại thể là loại loét sùi (65,3%). Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng và làm miệng nối ngay trong mổ, trong đó có 16 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi (26,8%). Thời gian phẫu thuật trung bình với nhóm mổ mở là 125.1 ±

21.8, nhóm mổ nội soi là 135±18.1. Số hạch nạo vét được 16,7 ± 7,1, trong đó số hạch dương tính là 1,8 ± 3,36. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ ở nhóm mổ mở và phẫu thuật nội soi lần lượt là 10.3±1.8 và 8.2±1.8 ngày. Sau mổ có 1 bệnh nhân có rò miệng nối (1,3%), 5 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ (6,7%), 1 bệnh nhân có rối loạn chức năng tiểu tiện (1,3%). Không có trường hợp nào tai biến trong mổ và tử vong. **Kết luận:** Tại bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh hoá, phẫu thuật cắt đoạn điều trị ung thư biểu mô trực tràng và làm miệng nối ngay trong mổ là phương pháp điều trị an toàn hiệu quả, đảm bảo nguyên tắc ung thư học, đồng thời có tỷ lệ tai biến biến chứng thấp.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, Phẫu thuật cắt đoạn trực tràng đường bụng.

SUMMARY

RESULTS OF SURGERY CUT SECTION IN TREATMENT EPITHELIAL CANCER OF RECTAL AT THANH HOA PROVINCIAL ONCOLOGY HOSPITAL

Research objective: Evaluate the early results of resection surgery to treat rectal carcinoma at Thanh Hoa Provincial Oncology Hospital. **Research methods:** Cross-sectional, retrospective description of

¹Bệnh viện Ung bướu Tỉnh Thanh hoá

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Viên Đình Bình

Email: viendinhbinhbvth@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024

all rectal carcinoma patients undergoing segmental surgery at Thanh Hoa province oncology hospital from January 2021 to June 2023. **Results:** Including 75 patients (36 men, 39 women), average age 66.16 ± 11.7 years. The main common symptoms are abdominal pain in the lower abdomen and bloody mucus stools. The tumor location is 10.05 ± 2.13 cm (5 - 14 cm) from the anal edge. Most tumors are ulcerative (65.3%). All patients underwent rectal resection and anastomosis during surgery, including 16 patients who underwent laparoscopic surgery (26.8%). The average surgery time for the open surgery group is 125.1 ± 21.8 , the laparoscopic surgery group is 135 ± 18.1 . The number of lymph nodes removed was 16.7 ± 7.1 , of which the number of positive lymph nodes was 1.8 ± 3.36 . The average postoperative hospital stay in the open surgery and laparoscopic surgery groups were 10.3 ± 1.8 and 8.2 ± 1.8 days, respectively. After surgery, 1 patient had an anastomotic leak (1.3%), 5 patients had surgical wound infection (6.7%), and 1 patient had urinary dysfunction (1.3%). There were no cases of intraoperative complications or deaths. **Conclusion:** Resection surgery to treat rectal carcinoma and making anastomosis immediately during surgery is a safe and effective treatment method, ensuring oncological principles, and at the same time has a low rate of complications. **Keywords:** Middel-third rectal cancer, Anterior resection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những ung thư hay gặp nhất đường tiêu hoá¹, điều trị UTTT là điều trị đa mô thức. trong đó phẫu thuật vẫn là phương pháp đóng vai trò chính trong điều trị UTTT, đặc biệt là kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng trong phẫu thuật triệt căn UTTT. Phẫu thuật cắt đoạn điều trị ung thư trực tràng có thể thực hiện bằng phẫu thuật mổ mở kinh điển hay phẫu thuật nội soi nhưng về nguyên tắc phải đảm bảo được về mặt ung thư học và an toàn hiệu quả với người bệnh, đồng thời tái lập lưu thông tiêu hoá với việc làm miệng nối ngay trong thì phẫu thuật giúp cải thiện chất lượng sống người bệnh sau phẫu thuật.

Tại Bệnh viện Ung bướu Tỉnh Thanh hoá đã áp dụng và triển khai điều trị ung thư trực tràng, trong đó có phẫu thuật một cách thường quy. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nối ngay điều trị ung thư biểu mô trực tràng tại Bệnh viện Ung bướu Tỉnh Thanh hoá.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 75 bệnh nhân bị ung thư biểu mô trực tràng được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nối ngay tại Bệnh Viện Ung bướu Tỉnh Thanh hoá từ 01/2021 đến 6/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô trực tràng được xác định bằng kết quả sinh thiết và/hoặc kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nối ngay tại Bệnh viện Ung bướu Tỉnh Thanh hoá.

- Hồ sơ bệnh án có đủ các thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc các ung thư khác kèm theo.

- Bệnh nhân ung thư trực tràng tái phát

2.2 Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu với các thông số dựa trên bệnh án mẫu với các thông tin từ hồ sơ bệnh án lưu trữ tại phòng kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Ung bướu Thanh hoá. Các thông số nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, thông số phẫu thuật... Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi, giới. Độ tuổi trung bình là $66,16 \pm 11,7$ tuổi, thấp nhất 31 tuổi và cao nhất là 90 tuổi, nhóm tuổi hay gặp là trên 60 tuổi. Tỷ lệ Nữ/nam là 1,08/1.

Triệu chứng cơ năng.

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau bụng	73	97,3
Rối loạn đại tiện	27	36
Đại tiện phân có máu	17	22,7
Gầy sút cân	8	10,7
Bán tắc ruột	7	9,3
Chán ăn	5	6,7
Tổng	75	100

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng chủ yếu là đau bụng vùng hạ vị (97,3%).

Cận lâm sàng.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng.

Đặc điểm cận lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Vị trí u so với rìa HM	$10,05 \pm 2,13$ (5-14cm)	
Hình dạng khối u		
Sùi	11	14,6
Loét	9	12
Sùi loét	49	65,3
Thâm nhiễm	6	8
Mức độ xâm lấn		
Di động	28	37,4
Hạn chế di động	47	62,6
Tăng nồng độ CEA		
≤ 5 ng/ml	10	13,3
> 5 ng/ml	65	86,7

Giải phẫu bệnh		
TUBM tuyến	72	96
UTBM tuyến nhầy	3	4
UTBM tế bào nhân	0	0
Độ mô học		
Biệt hóa cao	0	0
Biệt hóa vừa	52	69,3
Biệt hóa kém	20	26,7

Nhận xét: Thể sùi loét chiếm phần lớn trường hợp (65,3%). Phần lớn khối u di động hạn chế (62,6%). Kết quả giải phẫu bệnh là UTBM tuyến (96%). Độ mô biệt hóa vừa chiếm đa số (69,3%).

Bảng 3. Kích thước khối u so với chu vi trực tràng.

Kích thước khối u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<1/3 – 1/2 chu vi	9	12
>1/2 – 2/3 chu vi	16	21,3
>2/3 – 3/4 chu vi	26	34,6
>3/4 – toàn bộ chu vi	24	32
Tổng	75	100

Nhận xét: Kích thước khối u so với chu vi trực tràng phân bố ở 1/2-3/4 chu vi chiếm 55,9%.

Kết quả phẫu thuật.

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Phương pháp phẫu thuật		
Mổ mở	59	78,7
PTNS	16	21,3
Thời gian phẫu thuật (phút)		
Mổ mở	125,1 ± 21,8	
PTNS	135 ± 18,1	
Khoảng cách miệng nối đến RHM (cm)		
	4,74 ± 1,42 (2 – 8cm)	
Biến chứng sau phẫu thuật		
	N	%
Rò miệng nối	1	1,3
Nhiễm trùng vết mổ	5	6,7
Rối loạn chức năng tiểu tiện	1	1,3
Diện cắt		
	N	%
Không có tế bào ung thư	75	100
Có tế bào ung thư	0	0
Số lượng hạch nạo vét	16,7 ± 7,1 (3 - 38)	
Số lượng hạch dương tính	1,8 ± 3,36 (0 - 22)	

Bảng 5. Thời gian phục hồi sau phẫu thuật.

Thời gian hồi phục	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	
	Mổ mở	PTNS
Thời gian trung tiện (ngày)	2.7±0.7	2.1±0.8
Thời gian đại tiện (ngày)	3.8±0.8	3.2±0.7
Thời gian rút sonde tiểu (ngày)	3.2±0.7	2.7±0.4
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	10.3±1.8	8.2±1.8

Bảng 6. Giai đoạn bệnh sau phẫu thuật.

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ phần trăm	
T	T1	2	2,7
	T2	15	20
	T3	51	68
	T4a	7	9,3
N	N0	37	49,3
	N1	24	32
	N2	14	18,7
M	M0	74	98,7
	M1	1	1,3
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	14	18,7
	Giai đoạn II	23	30,7
	Giai đoạn III	37	49,3
	Giai đoạn IV	1	1,3

Nhận xét: Đa số bệnh nhân ở giai đoạn T3 (68%), N0 chiếm 49,3%. Chủ yếu ở M0 (98,7%), 49,3% số bệnh nhân ở giai đoạn III, giai đoạn IV có 1 bệnh nhân (1,3%).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 66,16 ± 11,7 tuổi, thấp nhất 31 tuổi và cao nhất là 90 tuổi, trong đó nhóm tuổi hay gặp là trên 60 tuổi (78,7%). Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của tác giả trong nước như Quách Văn Kiên², Lê Quốc Tuấn³. Nhưng lại tương đồng với các tác giả nước ngoài^{4,5}. Tỷ lệ Nữ/nam là 1,08/1, cũng tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Quang Thái⁶ là 1,0.

Đau bụng hạ vị là triệu chứng hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi (97,3%), trong khi đó tỷ lệ của tác giả Trịnh Lê Huy là 50,9%⁷. Có 86,7% số bệnh nhân có tăng nồng độ CEA. Trong 75 bệnh nhân nghiên cứu, thể sùi loét chiếm đa số với 65,3%, thể sùi chiếm 14,6%, Kết quả nghiên cứu của một số tác giả cho kết quả khác nhau như Trịnh Lê Huy thì thể sùi chiếm 56,4%⁷.

4.2 Kết quả phẫu thuật. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được phẫu thuật triệt căn và làm miệng nối ngay trong mổ, trong đó có 16/75 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi, 59/75 bệnh nhân mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi đối với nhóm mổ mở là 125,1 ± 21,8 phút; phẫu thuật nội soi là 135 ± 18,1 phút. Số lượng hạch trung bình nạo vét được trong nghiên cứu của chúng tôi là 16,7 ± 7,1 (3 – 38 hạch), số lượng hạch nạo vét dương tính trung bình là 1,8 ± 3,36 (0 – 22 hạch), theo nghiên cứu của Trịnh Lê Huy là 8,6 ± 3,12 hạch⁷. Các mẫu diện cắt cho kết quả không còn ung thư. Trong nghiên cứu của chúng

tôi có 1 trường hợp rò miệng nổi, điều trị nội khoa ổn định, không phải can thiệp, chiếm 1,3%. Các tác giả ghi nhận tỷ lệ rò miệng nổi khác nhau nhưng nhìn chung đều thấp. Theo tác giả Lê Quốc Tuấn là 1,8%³, Trịnh Lê Huy là 1,8%⁷. Trong kết quả nghiên cứu có 5 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, chiếm 6,7%, cả 5 trường hợp này sau khi điều trị bằng kháng sinh kết hợp với thay băng vết mổ hàng ngày đã ổn định ra viện. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Quốc Tuấn là 7,1%³, Trịnh Lê Huy là 5,5%⁷. Trong nghiên cứu có 1 bệnh nhân có rối loạn tiểu tiện sau mổ, chiếm 1,3%, đây là trường hợp nam giới bị ung thư biểu mô trực tràng thấp. tuy nhiên biểu hiện này hồi phục sau quá trình tập luyện và theo dõi sau mổ. Tỷ lệ rối loạn tiểu tiện trong nghiên cứu của Quách Văn Kiên là 19,3%². Theo kết quả nghiên cứu, đa số bệnh nhân trung đại tiện trong vòng 3 ngày sau mổ, thời gian trung tiện sau mổ của tác giả Lê Quốc Tuấn là 3,2 ngày³. Số ngày điều trị trung bình sau phẫu thuật đối với nhóm mổ mở là 10.3±1.8 ngày; nhóm phẫu thuật nội soi là 8.2±1.8 ngày. Thời gian nằm viện trung bình của tác giả Lê Quốc Tuấn là 11 ngày³.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt đoạn điều trị ung thư biểu mô trực tràng tại bệnh viện Ung bướu Tỉnh

Thanh hoá đảm bảo về mặt ung thư học, có tỷ lệ tái biến trong mổ ít, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp và thời gian nằm viện ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Glynn-Jones R, Wyrwicz L, Tired E, et al.** Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2017;28(suppl_4):iv22-iv40. doi:10.1093/annonc/mdx224
- Quách Văn Kiên.** Nghiên Cứu Ứng Dụng Phẫu Thuật Nội Soi Bảo Tồn Cơ Thất Trong Ung Thư Trực Tràng Giữa và Dưới. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
- Tuân LQ.** Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Cắt Đoạn và Nối Máy Trong Điều Trị Ung Thư Trực Tràng Giữa và Thấp. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
- Rullier E, Denost Q, Vendrely V, Rullier A, Laurent C.** Low rectal cancer: classification and standardization of surgery. Dis Colon Rectum. 2013;56(5):560-567. doi:10.1097/DCR.0b013e31827c4a8c
- Cheung HYS, Ng KH, Leung ALH, Chung CC, Yau KK, Li MKW.** Laparoscopic sphincter-preserving total mesorectal excision: 10-year report. Colorectal Dis. 2011;13(6):627-631. doi:10.1111/j.1463-1318.2010.02235.x
- Nguyễn Quang Thái, Nghị ĐH.** Biến chứng là yếu tố tiên lượng độc lập trong ung thư đại tràng. Tạp chí Y học TP HCM. 004;chuyên đề giải phẫu bệnh-Tế bào học, phụ bản của tập 8(số 4).
- Trịnh LH, Hoàng TM.** Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư trực tràng trung bình tại bệnh viện ung bướu hà nội. VMJ. 2021;505(2). doi:10.51298/vmj.v505i2.1085

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TUY TRUNG TÂM: GIẢI PHÁP CHO CÁC TỔN THƯƠNG LÀNH TÍNH VÙNG CỔ THÂN TUY?

Lê Huy Lưu^{1,2}, Huỳnh Quang Nghệ², Lê Cao Phương Duy²

TÓM TẮT

Giới thiệu: Với những tiến bộ của kỹ thuật mổ và sự ra đời của phẫu thuật nội soi, xu hướng tiếp cận ít xâm lấn và phẫu thuật bảo tồn mô tụy với những lợi thế vượt trội so với cắt tụy kinh điển đang ngày càng được áp dụng rộng rãi hơn trên thực hành lâm sàng. Chúng tôi đặc biệt lưu ý đến phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm, áp dụng chọn lọc trên những bệnh nhân với tổn thương lành tính ở vùng cổ thân tụy. Qua bài báo này, chúng tôi tập trung mô tả kỹ thuật và chia sẻ kinh nghiệm khi thực hiện phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm. **Phương pháp:** Mô tả kỹ thuật. Báo cáo

loạt ca. **Kết quả:** 6 trường hợp được thực hiện phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm với miệng nối tụy dạ dày. Thời gian mổ trung bình 248,3 phút. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 9,3 ngày. Lượng máu mất không đáng kể. 2 trường hợp (33,3%) rò tụy mức độ A sau mổ, đáp ứng với điều trị nội khoa. Tất cả đều được theo dõi ít nhất 1 tháng sau mổ với thời gian theo dõi trung bình là 6,8 tháng. **Kết luận:** Trên những bệnh nhân chọn lọc với các khối u lành tính hay mức độ ác tính thấp ở vùng cổ thân tụy, phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm là hướng tiếp cận xâm lấn tối thiểu khả thi và hiệu quả nhằm bảo tồn tối đa mô tụy và chức năng tụy sau mổ.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, cắt tụy trung tâm, cắt tụy giữa, nối tụy ruột, nối tụy dạ dày.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC CENTRAL PANCREATECTOMY: A SOLUTION FOR BENIGN LESIONS IN THE PANCREATIC NECK AND PROXIMAL BODY?

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Lưu

Email: lehuyluu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024