

- Korean J Clin Oncol. 2018;14:21-29. doi:10.14216/kjco.18004
8. **Emam HMK, Moussa EMM, Abouelmaged M, Ibrahim MRI.** Role of Multidetector CT in Staging of Gastric Carcinoma. J Cancer Ther. 2019;10(07):565-579. doi:10.4236/jct.2019.107046
9. **Cianchi F, Indennitate G, Trallori G, et al.** Robotic vs laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer: a retrospective comparative mono-institutional study. BMC Surg. 2016;16(1):65. doi:10.1186/s12893-016-0180-z
10. **Zhao LY, Zhang WH, Chen XZ, et al.** Prognostic Significance of Tumor Size in 2405 Patients With Gastric Cancer: A Retrospective Cohort Study. Medicine (Baltimore). 2015;94(50):e2288. doi:10.1097/MD.0000000000002288

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TRỰC TRÀNG 1/3 DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Quách Văn Kiên¹, Phạm Đức Toàn²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô trực tràng 1/3 dưới được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2017 đến 12/2022. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô trực tràng 1/3 dưới của nhóm bệnh nhân trên.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu cắt ngang tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư trực tràng 1/3 dưới và được điều trị phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2017 – 12/2022.

Kết quả nghiên cứu: Gồm 51 bệnh nhân (BN) (26 nữ và 22 nam), tuổi trung bình là 58,25 ± 13,8 tuổi. BN được điều trị phẫu thuật nội soi, trong đó phẫu thuật nội soi miệng nối thấp/ rất thấp: 27,5%; nối đại tràng – OHM: 17,6%; cắt cụt trực tràng: 54,9%. 61,4% bệnh nhân có vị trí u cách rìa hậu môn dưới 5cm đánh giá qua nội soi chỉ định cắt cụt trực tràng. 71,4% bệnh nhân có vị trí u cách rìa hậu môn từ 5cm trở lên qua thăm trực tràng chỉ định làm miệng nối thấp/ rất thấp. 100% bệnh nhân phẫu thuật nối đại tràng – OHM được mở thông hồi tràng bảo vệ, 85,7% bệnh nhân phẫu thuật miệng nối thấp/ rất thấp được mở thông hồi tràng bảo vệ. Thời gian nằm viện trung bình là 11,6 ± 4,1 ngày. Biến chứng sau mổ ở 5 bệnh nhân (9,8%), trong đó có 4 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 1 trường hợp rò miệng nối. Thời gian sống thêm toàn bộ tính theo Kaplan Meier là 65,3 ± 4,3 tháng. 15,6% tái phát bệnh. Thời gian phát hiện tái phát trung bình 30,6 ± 17,6 tháng. **Kết luận:** Ung thư trực tràng 1/3 dưới hay gặp ở độ tuổi trung niên. Với những khối u dưới 5 cm có thể phẫu thuật bảo tồn cơ thắt mà vẫn đảm bảo về mặt ung thư học cũng như thời gian sống sau mổ

Từ khóa: ung thư trực tràng 1/3 dưới, phẫu thuật miệng nối thấp/ rất thấp, phẫu thuật cắt cụt trực tràng, phẫu thuật nối đại tràng – OHM

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Quách Văn Kiên

Email: quachvankien@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2024

Ngày duyệt bài: 27.3.2024

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR TREATMENT OF LOWER 1/3 RECTAL CANCER AT VIET DUC FRIENDLY HOSPITAL

Objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with lower 1/3 rectal carcinoma undergoing laparoscopic surgery at Viet Duc Friendly Hospital from January 2017 to December 2022. Evaluate the results of laparoscopic surgery to treat lower 1/3 rectal carcinoma in the above group of patients. **Method:** Retrospective cross-sectional description of all patients diagnosed with lower third rectal cancer and treated with laparoscopic surgery at Viet Duc Friendly Hospital from January 2017 to December 2022. **Results:** Including 51 patients (26 women and 22 men), average age was 58.25 ± 13.8 years. Patients were treated with endoscopic surgery, including low/very low endoscopic anastomotic surgery: 27.5%; Colon-anal anastomosis: 17.6%; Rectal amputation: 54.9%. 61.4% of patients with a tumor location less than 5cm from the anal verge were assessed via endoscopy and indicated rectal amputation. 71.4% of patients with tumor location 5cm or more from the anal verge through rectal examination were indicated for low/very low anastomosis. 100% of patients undergoing colon-anal anastomosis surgery received a protective ileostomy, 85.7% of patients undergoing low/very low anastomosis surgery received a protective ileostomy. The average hospital stay was 11.6 ± 4.1 days. Postoperative complications occurred in 5 patients (9.8%), including 4 cases of surgical wound infection and 1 case of anastomotic leakage. Overall survival time calculated according to Kaplan Meier is 65.3 ± 4.3 months. 15.6% relapsed. Average time to detect recurrence was 30.6 ± 17.6 months. **Conclusions:** Lower third rectal cancer is common in middle age. For tumors under 5 cm, sphincter-preserving surgery can be performed while still ensuring oncology as well as survival time after surgery. **Keywords:** lower 1/3 rectal cancer, low/very low anastomotic surgery, rectal amputation surgery, colon-anal anastomosis surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là một trong những bệnh ung thư phổ biến ở nước ta và các nước trên thế

giới. Theo GLOBOCAN 2020 Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế ước tính có khoảng 19,3 triệu trường hợp ung thư mới, gần 10 triệu trường hợp tử vong do ung thư trong năm 2020. Trong đó, ung thư đại trực tràng có tỷ lệ mắc 10% đứng thứ 3 trên thế giới, và tỷ lệ tử vong là 9,4% đứng thứ 2 trên thế giới¹. Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng nằm trong số các bệnh ung thư hay gặp, đứng vị trí thứ 5 trong các bệnh ung thư. Theo GLOBOCAN 2020 Việt Nam có 16 426 ca UTĐTT mới được phát hiện chiếm 9% trong các ca ung thư mới phát hiện².

Những tiến bộ trong điều trị đa mô thức bao gồm kết hợp hóa, xạ trị bổ trợ đã giúp kéo dài thời gian sống thêm và giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ. Việc áp dụng điều trị hóa, xạ trị bổ trợ trước mổ trong ung thư trực tràng 1/3 dưới không chỉ giúp nâng cao hiệu quả điều trị về mặt ung thư mà còn góp phần vào nâng cao chất lượng sống, tăng tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cơ thắt. Điều trị phẫu thuật UTTT có nhiều phương pháp bao gồm cả phẫu thuật triệt căn và không triệt căn, việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí khối u, mức độ xâm lấn u tại chỗ. Phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt là một tiến bộ trong phẫu thuật ung thư trực tràng 1/3 dưới, giúp nâng cao chất lượng sống của người bệnh với những ưu điểm như giảm đau, hạn chế xâm lấn, rút ngắn thời gian nằm viện,... Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô trực tràng 1/3 dưới được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2017 đến 12/2022 và đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Gồm các bệnh nhân ung thư biểu mô trực tràng 1/3 dưới được phẫu thuật nội soi tại khoa phẫu thuật tiêu hóa Bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ 01/2017

Bảng 3.1. Vị trí u trong nội soi đại trực tràng với phương pháp phẫu thuật

Phương pháp PT	Vị trí u qua nội soi			Tổng	P
	<3cm	3-5cm	5-6cm		
Miệng nối thấp/ rất thấp	0 (0%)	9 (64,3%)	5 (35,7%)	14 (100%)	P<0,05
Nối đại tràng - OHM	2 (22,2%)	6 (66,7%)	1 (11,1%)	9(100%)	
Cắt cụt trực tràng	8 (28,6%)	19 (67,9%)	1 (3,6%)	28(100%)	
Tổng	10 (19,6%)	34 (66,7%)	7 (13,7)	51(100%)	

Nhận xét: 61,4% bệnh nhân có vị trí u cách rìa hậu môn dưới 5cm đánh giá qua nội soi chỉ định cắt cụt trực tràng. 71,4% bệnh nhân có vị trí u cách rìa hậu môn từ 5cm trở lên qua thăm trực tràng chỉ định làm miệng nối thấp/ rất thấp. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ định

đến 12/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô trực tràng 1/3 dưới dựa vào nội soi và sinh thiết

- Được phẫu thuật nội soi tại khoa phẫu thuật tiêu hóa Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2017 tới hết tháng 12/2022.

- Các bệnh nhân có hồ sơ bệnh án đầy đủ, có chi tiết các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không có kết quả giải phẫu bệnh hoặc kết quả giải phẫu bệnh không phải là ung thư biểu mô trực tràng 1/3 dưới

- Bệnh nhân không có đầy đủ dữ liệu nghiên cứu.

- UTTT tái phát

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu với các thông số dựa trên hồ sơ bệnh án lưu tại phòng lưu trữ hồ sơ Hữu nghị Việt Đức Các thông số nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật và kết quả điều trị.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Trong tổng số 51 bệnh nhân nghiên cứu ghi nhận nam chiếm 49%, tỷ lệ nam/nữ là 1/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,25 ± 13.8 tuổi. Không có sự khác biệt giữa tuổi mắc bệnh giữa nam (57 ± 14 tuổi) và nữ (59,5 ± 13,8 tuổi) trong nghiên cứu với p>0,05 (kiểm định t test). Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử từng bị polyp đại trực tràng và viêm đại trực tràng mạn tính là 3,9%. Thời gian biểu hiện bệnh trung bình là 9.1 ± 6.8 tuần, ngắn nhất là 01 tuần, dài nhất là 28 tuần.

3.2. Phương pháp phẫu thuật

Có 27,5% trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật miệng nối thấp/ rất thấp, 17,6% nối đại tràng – OHM và 54,9% cắt cụt trực tràng

phẫu thuật đánh giá từ vị trí u qua nội soi đại trực tràng với P<0,05.

Bảng 3.2. Mở thông hồi tràng bảo vệ trong phẫu thuật bảo tồn cơ thắt

Phương pháp phẫu thuật	Mở thông hồi tràng bảo vệ	Tổng	P

	Có	Không	
Miệng nổi thấp/ rất thấp	12 (85,7%)	2 (14,9%)	14 (100%)
Nổi đại tràng – OMH	9 (100%)	0 (0%)	9 (100%)
Tổng	21 (91,3%)	2 (8,7%)	23 (100%)

P>0,05

Nhận xét: 100% bệnh nhân phẫu thuật nổi đại tràng-OHM được mở thông hồi tràng bảo vệ.

85.7% bệnh nhân phẫu thuật miệng nổi thấp/ rất thấp được mở thông hồi tràng bảo vệ.

Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về mở thông hồi tràng bảo vệ giữa 2 nhóm miệng nổi thấp/rất thấp và nổi đại tràng – OHM với P>0,05.

Bảng 3.3. Mở thông hồi tràng bảo vệ trong phẫu thuật bảo tồn cơ thắt có hóa xạ trị tiền phẫu

Hóa xạ trị tiền phẫu	Mở thông hồi tràng bảo vệ		Tổng	P
	Có	Không		
Có	4 (100%)	0 (0%)	4 (100%)	P>0,05
Không	17 (89,5%)	2 (10,5%)	19 (100%)	
Tổng	21 (91,3%)	2 (8,7%)	23 (100%)	

Nhận xét: 100% bệnh nhân phẫu thuật bảo tồn cơ thắt có hóa xạ trị tiền phẫu được mở thông hồi tràng bảo vệ

Bảng 3.4. Vị trí thắt ĐM tương ứng với phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Thắt cao	Thắt thấp	Tổng	P
	N (%)	N (%)		
Miệng nổi thấp/ rất thấp	7 (50%)	7 (50%)	14 (100%)	P<0,05
Nổi đại tràng – OMH	8 (88,9%)	1 (11,1%)	9 (100%)	
Cắt cắt trực tràng	8 (28,6%)	20 (71,4%)	28 (100%)	
Tổng	23 (45,1%)	28 (54,9%)	51 (100%)	

Nhận xét: 45,1% trường hợp thắt cao sát gốc, ngay tại nguyên ủy của ĐM MTTD, 54,9% trường hợp thắt thấp sát gốc ĐM trực tràng trên. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vị trí thắt động mạch giữa các nhóm phẫu thuật với P<0,05.

3.3. Kết quả sớm

Bảng 3.5. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	X	SD	Max	Min	P
Miệng nổi thấp/ rất thấp	10.9	3.1	16	7	P>0.05
Nổi đại tràng – OMH	11.7	4.9	24	7	
Cắt cắt trực tràng	12	4.3	22	6	
Tổng	11,6	4.1	24	7	

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là 11.6 ± 4.1 ngày.

Ngắn nhất là 6 ngày; dài nhất là 24 ngày.

Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về thời gian nằm viện giữa các nhóm phương pháp phẫu thuật với P>0,05.

Bảng 3.6. Các biến chứng sau mổ

Biến chứng	Miệng nổi thấp/ rất thấp	Nổi đại tràng – OMH	Cắt cắt trực tràng
Nhiễm trùng vết mổ	0	0	4
Chảy máu miệng nổi	0	0	0
Rò miệng nổi không phải mổ lại	0	1	0
Rò miệng nổi phải điều trị bằng phẫu thuật	0	0	0

Nhận xét: Biến chứng chung sau mổ chiếm 9.8%. Nhóm cắt cắt trực tràng tỷ lệ biến chứng là 14.3% đều là nhiễm trùng vết mổ. 1 trường hợp rò miệng nổi đại tràng ống hậu môn điều trị nội khoa.

3.4 Kết quả giải phẫu bệnh

Bảng 3.7. Bảng phân loại TMN dựa trên bệnh phẩm sau mổ

Phân loại TMN	N	Tỷ lệ %
T (Tumor)	T1	4 7.8
	T2	14 27.5
	T3	31 60.8
	T4	2 3.9
N (Nodes)	N0	30 58.8
	N1	16 31.3
	N2	5 9.9
M (Metastasis)	M0	50 98
	M1	1 2

Nhận xét: 60.8% u giai đoạn T3; 41.2% có di căn hạch

Bảng 3.8. Tỷ lệ hạch dương tính/số hạch nạo vét (LNR) theo giai đoạn T sau mổ

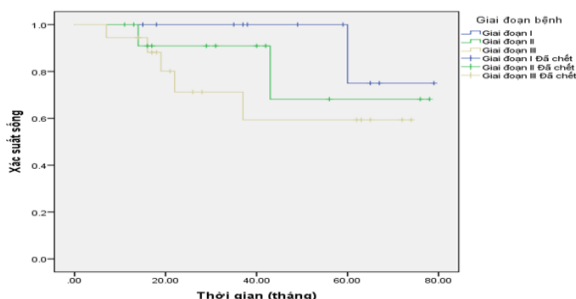
Tỷ lệ hạch dương tính/số hạch nạo vét	T1-T2	T3-T4	Tổng	P
	N(%)	N(%)		
LNR 0	16 (88,9%)	14 (42,4%)	30 (58,8%)	P=0,032
LNR 1 (0,01 – 0,17)	1 (5,6%)	7 (21,2%)	8 (15,7%)	
LNR 2 (0.18– 0.41)	1 (5,6%)	9 (27,3%)	10 (19,6%)	
LNR 3 (0.42– 0.69)	0 (0%)	2 (6,1%)	2 (3,9%)	
LNR 4 (> 0.70)	0 (0%)	1 (3%)	1 (2,0%)	
Tổng	18 (100%)	33 (100%)	51 (100%)	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hạch dương tính/ số hạch nạo vét theo giai đoạn T sau mổ với P<0,05

3.5 Kết quả xa

Bảng 3.9. Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh	Trung bình (tháng)		P
	X	SD	
I	74,3	4,1	P>0,05
II	64,2	8,4	
III	53,2	7,5	



Nhận xét: Thời gian sống thêm sau mổ theo Kaplan Meier

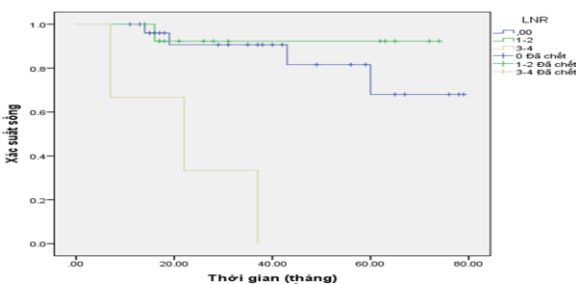
Giai đoạn I: 74,3 ± 4,1 tháng;

Giai đoạn II: 64,2 ± 8,4 tháng;

Giai đoạn III: 53,2 ± 7,5 tháng.

Bảng 3.10. Thời gian sống thêm toàn bộ theo tỷ lệ di căn hạch/số hạch nạo vét (Theo phân loại LNR của Robert Rosenberg 20103)

Tỷ lệ di căn hạch/số hạch nạo vét (LNR)	Trung bình (tháng)		P
	X̄	SD	
LNR 0	67,4	5,1	P<0,05
LNR 1 – LNR 2	69,5	4,3	
LNR 3 – LNR 4	22	8,7	



Nhận xét: Theo kiểm định Log-rank, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm LNR 3 – LNR 4 với P<0,05

Bảng 3.11. Thời gian tái phát bệnh (n=45)

	Thời gian trung bình (tháng)				
	n	X	SD	Ngắn nhất	Dài nhất
Tái phát	7	30,6	17,6	9	54

Nhận xét: 15.6% bệnh nhân tái phát bệnh.

Thời gian phát hiện tái phát trung bình 30,6 ± 17,6 tháng; Ngắn nhất 9 tháng; Dài nhất 54 tháng

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ mắc bệnh ung thư trực tràng 1/3 dưới thường xuất hiện ở những bệnh nhân trên 50 tuổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 58,25 ± 13.8 tuổi. Tuy nhiên bệnh nhân nhỏ tuổi nhất trong nghiên cứu được ghi nhận là 28 tuổi. Kết quả này cho thấy sự trẻ hóa về tuổi mắc bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự tương đồng về tuổi mắc bệnh của bệnh nhân so với nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Bình và cộng sự (2013) tại bệnh viện K với tuổi trung bình là 55,3 tuổi⁴. Về giới tính, nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt giữa tuổi mắc bệnh giữa nam và nữ. Kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Bình và cộng sự (2013) không có sự khác biệt với tỷ lệ nam và nữ là tương đồng, lần lượt là 51,1% và 48,1%⁴.

Trong nghiên cứu, đa số bệnh nhân có triệu chứng đại tiện nhày máu, chiếm tỷ lệ 78,4%. Các triệu chứng khác cũng có tỷ lệ cao như mót rặn 74.5%, rối loạn khuôn phân 64.7%, đại tiện nhiều lần 60,8% và sút cân 49%. Theo Trần Minh Đức từ năm 2011 đến 2013 với 100 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp nối bằng máy có triệu chứng đại tiện máu là 90,1%⁵. Các báo cáo trong nước khác mô tả những triệu chứng hay gặp nhất theo thứ tự là: đại tiện nhày máu, đại tiện khó⁶.

Thăm trực tràng là thao tác quan trọng và có tính bắt buộc trước bất kỳ biểu hiện bất thường nào của vùng hậu môn-trực tràng. Các tác giả nước ngoài cũng đánh giá cao vai trò của thăm trực tràng trong chẩn đoán mức độ xâm lấn của khối u. Theo Nicolls và York Mason, độ nhạy của phương pháp thăm trực tràng đạt từ 67 – 83%. Theo Nicolls, phương pháp thăm trực tràng là đơn giản nhưng lại rất có giá trị trong đánh giá tiên lượng bệnh⁷. Trong nghiên cứu: 100% trường hợp sờ thấy thấy u trực tràng; 60,8% trường hợp u di động hạn chế. 80% u di động hạn chế và không di động ở giai đoạn T3-T4. 52,9% u di động dễ khi thăm trực tràng ở giai đoạn T1 – T2. Kết quả nghiên cứu phù hợp với các kết quả trong và ngoài nước. Phương pháp thăm trực tràng có hạn chế như không đánh giá chính xác vị trí cũng như mức xâm lấn của khối u. Ngoài ra thăm trực tràng là kết quả còn mang tính chủ quan và phụ thuộc vào kinh nghiệm, trình độ của người khám. Tuy nhiên thăm trực

tràng vẫn là phương pháp quan trọng trong thăm khám bệnh vùng hậu môn, trực tràng.

Chẩn đoán đúng mức độ xâm lấn và hạch di căn trước điều trị do đó có vai trò quan trọng trong lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp cũng như tiên lượng bệnh. Chụp cộng hưởng từ là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh giúp đánh giá tốt mức độ xâm lấn ung thư và tình trạng di căn hạch. Theo Hoàng Mạnh Thắng, tỷ lệ chẩn đoán đúng giai đoạn T của MRI là 80%⁸. Theo G. Brown thì MRI đánh giá đúng mức độ tổn thương trong 94% trường hợp UTTT, tỷ lệ chẩn đoán đúng khi u còn di động, di động hạn chế và u cố định tương ứng là 100%; 85%; 78,5%^{9,10}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được chụp MRI tiểu khung đánh giá trước mổ. Xâm lấn khối u thấy: khối u T1 2%; khối u T2 19,6%; khối u T3 58,8%. So sánh với kết quả GPB sau mổ thấy 72,7% u giai đoạn T1-T2 và 77,8% u giai đoạn T3-T4 đánh giá đúng trên MRI trước mổ. Độ nhạy, độ đặc hiệu của MRI đánh giá giai đoạn T trong nghiên cứu lần lượt là: 90,3% và 50%.

Nội soi đại trực tràng là kỹ thuật quan trọng trong chẩn đoán ung thư trực tràng 1/3 dưới. Đây là một kỹ thuật không những cho một cái nhìn tổng quát về hình dạng, kích thước, chu vi cũng như khoảng cách bờ dưới u so với rìa hậu môn, mà còn cho phép đánh giá các tổn thương phối hợp của toàn bộ khung đại tràng. Ngoài ra, nội soi trực tràng có thể lấy mẫu để làm giải phẫu bệnh và can thiệp điều trị. Kết quả cho thấy 15,7% u < 1/4 chu vi; 37,3% u từ 1/4 - 1/2 chu vi; 41,1% u từ 1/2 - 3/4 chu vi. So sánh kích thước u với giai đoạn T sau mổ thấy với u < 1/2 chu vi 77,8% u ở giai đoạn T1-T2 và với u > 1/2 chu vi 59,4% u ở giai đoạn T3-T4 và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, mức độ xâm lấn chu vi lòng trực tràng trước mổ có liên quan đến giai đoạn bệnh tiến triển sau mổ, và khối u chiếm > 1/2 chu vi là tiêu chuẩn tốt để tiên lượng u giai đoạn T3-T4.

Trong nghiên cứu 27,5% BN chỉ định phẫu thuật làm miệng nối thấp/ rất thấp, 17,6% BN chỉ định phẫu thuật làm miệng nối đại tràng – OHM và 54,9% BN cắt cụt trực tràng. Về chỉ định phẫu thuật theo vị trí u được đánh giá qua nội soi đại trực tràng là yếu tố tin cậy để dự kiến phương pháp phẫu thuật. Trong NC của chúng tôi 80,0% bệnh nhân có vị trí u cách rìa hậu môn dưới 3cm đánh giá qua nội soi chỉ định cắt cụt trực tràng, 71,4% bệnh nhân có vị trí u cách rìa hậu môn từ 5cm trở lên qua thăm trực tràng chỉ định làm miệng nối thấp/ rất thấp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ định phẫu thuật đánh

giá từ vị trí u qua nội soi đại trực tràng ($P < 0,05$).

Moynihan năm 1908 lần đầu tiên thông báo kỹ thuật thắt và cắt ĐM MTTD sát gốc trong UTTT, trong nhiều năm sau đó quan điểm này cũng được nhiều phẫu thuật viên ủng hộ. Tỷ lệ thắt cao và thắt thấp của NC tương ứng là: 45,1% và 54,9%. Thắt thấp trong UTTT cho phép đảm bảo dòng máu nuôi dưỡng đầu đại tràng phía trên miệng nối, trong khi đó, thắt cao làm cho tưới máu của đại tràng trái và đại tràng sigma phụ thuộc hoàn toàn vào ĐM đại tràng giữa và các nhánh mạch viền. Ngoài ra thắt thấp còn tránh làm tổn thương đám rối hạ vị trên. Trong kỹ thuật thực hiện miệng nối đại tràng – OHM thường phải kéo bệnh phẩm qua đường hậu môn, và để đảm bảo về mặt ung thư học là phải cắt đại tràng đến ngang mức gốc của ĐM trực tràng trên. Cho nên để đảm bảo được chiều dài cho đoạn đại tràng kéo xuống, cần thiết nên thắt ĐM MTTD sát gốc và hạ đại tràng góc lách. So sánh với kết quả nghiên cứu thấy 88,9% trường hợp miệng nối đại tràng – OHM thắt cao ngay tại nguyên ủy của ĐM MTTD.

Trong ung thư đại trực tràng, nạo vét hạch là yếu tố quan trọng trong phân loại giai đoạn theo TNM. NC cho thấy số lượng hạch nạo vét TB là $13,1 \pm 5,1$. Số lượng hạch nạo vét trung bình theo các nhóm phương pháp phẫu thuật miệng nối thấp/ rất thấp – nối đại tràng – OHM – cắt cụt trực tràng lần lượt là $12,9 \pm 4,7$ – $11,7 \pm 3,8$ – $13,7 \pm 5,6$. Không có sự khác biệt về số hạch nạo vét giữa các nhóm phẫu thuật với $P > 0,05$.

Miệng nối đại trực tràng thấp, rất thấp, ĐT – OHM là những miệng nối có nguy cơ rò bục sau mổ. Hậu môn nhân tạo bảo vệ được nhiều PTV xem xét với hy vọng miệng nối phía dưới tránh tiếp xúc trong thời gian đầu sau mổ. Các yếu tố phẫu thuật quan trọng được xem là chỉ định của làm HMNT bảo vệ gồm: Vị trí khối u thấp; Miệng nối căng; Khung chậu hẹp; Các biến chứng trong quá trình thực hiện miệng nối. Làm hậu môn nhân tạo bảo vệ tùy thuộc vào kinh nghiệm đánh giá của PTV trong mổ đối với các nguy cơ có thể khiến rò bục miệng nối. Kết quả NC thấy 100% miệng nối đại tràng – OHM và 85,7% miệng nối thấp/ rất thấp được mở thông hồi tràng bảo vệ.

Biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi xảy ra ở 5 bệnh nhân (9,8%), trong đó có 4 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 1 trường hợp rò miệng nối. Trong 4 trường hợp nhiễm trùng vết mổ của chúng tôi đều là các bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng chiếm 14,3% trong nhóm bệnh nhân cắt cụt trực tràng. 1 trường hợp rò miệng nối đại tràng ống hậu môn

chiếm 4,3% nhóm phẫu thuật bảo tồn cơ thắt đã được làm mở thông hồi tràng bảo vệ, bệnh nhân theo dõi điều trị nội dần ổn định.

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ trung bình sau mổ tính theo Kaplan Meier là $65,3 \pm 4,3$ tháng. Bệnh nhân có thời gian sống thêm dài nhất đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 78 tháng. Trong nghiên cứu, nhóm BN dưới 60 tuổi và trên 60 tuổi có thời gian sống thêm toàn bộ trung bình sau mổ lần lượt là $73,8 \pm 3,5$ tháng và $56,1 \pm 7,4$ tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm.

Thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm LNR 0 là $68,2 \pm 5,7$ tháng, LNR 1-2 (0,01-0,41) là $68,2 \pm 5,5$ tháng và LNR 3-4 (>0,41) là $22 \pm 8,7$ tháng. Sự khác biệt giữa có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Từ đó cho thấy trong phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng, tỉ số hạch di căn (LNR) là một chỉ số phản ánh chất lượng cuộc mổ cũng như góp phần tiên lượng sống còn sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Ung thư trực tràng 1/3 dưới hay gặp ở độ tuổi trung niên. Tùy theo vị trí u và giai đoạn bệnh có thể lựa chọn phương pháp phẫu thuật khác nhau như miệng nối thấp/ rất thấp, nối đại tràng – OHM, cắt cắt trực tràng. Với những khối u dưới 5 cm có thể phẫu thuật bảo tồn cơ thắt mà vẫn đảm bảo về mặt ung thư học cũng như thời gian sống sau mổ. Tỉ số hạch di căn (LNR) là một chỉ số phản ánh chất lượng cuộc mổ cũng như góp phần tiên lượng sống còn sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **8-Colon-fact-sheet.pdf**. Accessed November 17, 2023. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/8-Colon-fact-sheet.pdf>
2. **704-viet-nam-fact-sheets.pdf**. Accessed November 17, 2023. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>
3. **Rosenberg R, Engel J, Bruns C, et al.** The Prognostic Value of Lymph Node Ratio in a Population-Based Collective of Colorectal Cancer Patients. *Ann Surg.* 2010;251(6):1070-1078. doi:10.1097/SLA.0b013e3181d7789d
4. **Phạm Văn Bình.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt cắt trực tràng đường bụng tăng sinh môn điều trị ung thư trực tràng thấp. Học Viện Quân. 2013;Luận án tiến sỹ y học.
5. **Trần Minh Đức, Nguyễn Cao Cường.** Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt trước thấp nối máy trong điều trị ung thư trực tràng. Học Thành Phố Hồ Chí Minh. 2014;Tập 18(1):tr. 62-66.
6. **Vân, Đ.Đ.** Ung Thư Trực Tràng. Nhà xuất bản Y học; 1991.
7. **Nicholls, R.J., A.Y. Mason, B.C. Morson.** The clinical staging of rectal cancer. *Br J Surg.* 1982;69(7):404-409.
8. **Hoàng Mạnh Thăng.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư trực tràng giai đoạn T3-T4 tại bệnh viện K. Trường Đại Học Hà Nội. 2009;Luận văn bác sỹ nội trú bệnh viện.
9. **Brown, G., et al.** Effectiveness of preoperative staging in rectal cancer digital rectal examination, endoluminal ultrasound or magnetic resonance imaging? *Br J Cancer.* 2004;91(1):23-29.
10. **Brown, G., et al.** Preoperative assessment of prognostic factors in rectal cancer using high-resolution magnetic resonance imaging. *Br J Surg.* 2003;90(3):355-364.

KẾT QUẢ CẮT GAN ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH LÝ U GAN LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Văn Việt¹, Đỗ Tuấn Anh², Trần Quế Sơn^{1,3},
Nguyễn Thị Huệ⁴, Bạch Văn Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị một số loại u gan lành tính thường gặp. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu 86 bệnh nhân được

phẫu thuật cắt gan do u gan lành tính tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Nữ/nam là 2,4/1, tuổi trung bình là $40,7 \pm 12,6$ tuổi (10 tuổi – 70 tuổi). Lý do vào viện chủ yếu là đau bụng, tình cờ phát hiện u và u gan vỡ lần lượt là 70,9%, 27,9%, 1,2%. Cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ chẩn đoán chính xác 87,2%. Tỷ lệ u máu, HNF, adenoma lần lượt là 68,6%, 20,9%, 10,5%. Chỉ định mổ khi khối u có triệu chứng (69,77%), u gan vỡ, nghi ngờ ác tính, u tăng kích thước khi theo dõi định kỳ, u máu kích thước lớn. Tỷ lệ mổ mở và mổ nội soi lần lượt là 64%, và 36%, trong đó có 4 trường hợp mổ nội soi chuyển mổ (11,1%). Biến chứng chung là 17,5%, phần lớn là nhẹ, 4 trường hợp cần mổ lại. Không có trường hợp nào tử vong sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan là phương pháp điều trị hiệu quả đối với u gan lành tính

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

³Bệnh viện Bạch Mai

⁴Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt

Email: viet163451888@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.3.2024