

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Mai Văn Đợi, Nguyễn Lê Gia Kiệt, Nguyễn Văn Tuấn
Nguyễn Văn Hiên, Lâm Hoàng Huân, Phạm Văn Năng,*

Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: mvdoi@ctump.edu.vn*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo GLOBOCAN 2020, ung thư đại trực tràng là bệnh lý ác tính thường gặp thứ 5 tại Việt Nam. Phẫu thuật nội soi đã được áp dụng nhiều nơi trên thế giới và đạt được kết quả khả quan trong điều trị ung thư đại trực tràng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư đại trực tràng; (2) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 690 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại trực tràng được phẫu thuật nội

soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ năm 2012-2021. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu có 405 bệnh nhân nam và 285 bệnh nhân nữ, độ tuổi trung bình là $53,6 \pm 11,3$ tuổi. Thời gian phẫu thuật trung bình là 203 ± 74 (phút). Thời gian nằm viện trung bình là $8,9 \pm 3,7$ ngày. Hầu hết các trường hợp là carcinôm tuyến biệt hóa vừa (85,4%). Tỷ lệ xì miệng nối sau mổ là 4,3%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng là khả thi và an toàn. Bệnh nhân ít đau sau mổ hơn và thời gian phục hồi sớm hơn so với mổ mở.

Từ khóa: ung thư đại trực tràng, phẫu thuật nội soi.

ABSTRACT

THE OUTCOME OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR COLORECTAL CANCER IN CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Mai Van Doi, Nguyen Le Gia Kiet, Nguyen Van Tuan, Nguyen Van Hien, Lam Hoang Huan, Pham Van Nang
Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: According to GLOBOCAN 2020, colorectal cancer is the fifth most common malignant disease in Vietnam. Laparoscopic surgery has been applied and achieved promising results in colorectal cancer treatment. We perform this study to evaluate the role of laparoscopic surgery in treating colorectal cancer. **Objectives:** 1) To evaluate clinical manifestations and imaging of colorectal cancer; 2) Evaluate the results of laparoscopic colorectal cancer resection. **Materials and methods:** A retrospective study was conducted with 690 colorectal cancer patients who were diagnosed with colorectal cancer and underwent laparoscopic surgery in Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from 2012-2021. **Results:** The study population included 405 males and 285 females, the average age of the patients was 53.6 ± 11.3 years. The mean length of the procedure was 203 ± 74 (min). The mean length of hospital stay was 8.9 ± 3.7 (days). Most of these cases were moderately differentiated adenocarcinoma (85.4%). The incidence of anastomotic leakage was 4.3%. **Conclusion:** Laparoscopic surgery for colorectal cancer is feasible and safe.

Keywords: colorectal cancer, laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một bệnh thường gặp trong ung thư đường tiêu hoá, chiếm 10% các loại ung thư ở nam giới và 11% các loại ung thư ở nữ giới. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2018 có 1,8 triệu trường hợp mới mắc và gần 861.000 người tử vong [11]. Tại Hoa Kỳ, hàng năm có khoảng 145600 người được chẩn đoán ung thư đại trực tràng mới và khoảng 50630 người tử vong do ung thư đại trực tràng, chiếm 8% tổng số các trường hợp ung thư. Đây là căn bệnh đứng hàng đầu ở các quốc gia Tây Âu và đứng hàng thứ 3 trong các bệnh ung thư ở Hoa Kỳ và Canada. Tại Việt Nam, theo Globocan 2020, mỗi năm có 15847 bệnh nhân mới mắc, 8203 bệnh nhân tử vong do bệnh ung thư đại trực tràng, tỷ lệ mắc đứng hàng thứ 5 và chết đứng hàng thứ 5 trong cả 2 giới [12].

Điều trị ung thư trực tràng là điều trị đa mô thức trong đó phẫu thuật đóng vai trò quyết định. Từ năm 1991, sau khi Jacobs và cộng sự thực hiện thành công cắt đại tràng nội soi, kỹ thuật này phát triển không ngừng với nhiều phương tiện và dụng cụ hiện đại như máy cắt đốt siêu âm (Harmonic scapel), máy cắt đốt điện Ligasure, máy khâu nối ống tiêu hóa tự động. Với những ưu điểm rõ ràng, phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng đã dần trở nên phổ biến và được áp dụng rộng khắp trên thế giới.

Từ khi thành lập vào cuối năm 2011 cho đến nay, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã điều trị nhiều trường hợp ung thư đại trực tràng bằng phẫu thuật nội soi và đã đạt được kết quả đáng khích lệ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mong muốn đánh giá được các đặc tính bệnh lý, chọn lựa phương pháp phẫu thuật và kết quả phẫu thuật nội soi ở những bệnh nhân ung thư đại trực tràng, qua đó rút ra kinh nghiệm nhằm nâng cao hơn nữa chất lượng điều trị.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Khảo sát các đặc điểm lâm sàng và các giá trị cận lâm sàng trong chẩn đoán ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2012-2021.
- Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2012-2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại trực tràng có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 01/2012 đến tháng 08/2021.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân không cắt được u, phẫu thuật mang mục đích điều trị giảm nhẹ như:

- + Không cắt được u chỉ nội soi thám sát, sinh thiết sau đó đóng bụng.
- + Không cắt được u chỉ mở hậu môn nhân tạo.
- + Không cắt được u chỉ mở hồi tràng ra da.
- + Không cắt được u chỉ nối tắt đại tràng để duy trì lưu thông ruột.

- Có bệnh lý nội khoa chống chỉ định phẫu thuật nội soi: bệnh tim mạch, tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu, có phân tích.

2.2.1. Cỡ mẫu: n = 690, chọn mẫu thuận tiện, các bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật từ tháng 01/2012 đến tháng 08/2021.

2.2.2. Thu thập số liệu

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Ghi nhận các biến số về đặc điểm chung (tuổi, giới, nghề nghiệp...), lâm sàng và cận lâm sàng (triệu chứng cơ năng, thực thể và các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh...), kết quả phẫu thuật (phương pháp mổ và khâu nối, tỉ lệ chuyển mổ mở, các thông tin về bệnh phẩm sau mổ, biến chứng, thời gian trung tiện và thời gian nằm viện...).

Đêm trước ngày phẫu thuật, bệnh nhân được nhịn ăn và chuẩn bị ruột bằng dung dịch Fortrans (polyethylene glycol). Các dụng cụ thao tác bao gồm các dụng cụ nội soi thẳng tiêu chuẩn như: kẹp Kelly, kẹp grasper, kẹp ruột, kẹp mang kim, kéo, Hem-O-Lok kích thước 5mm và 10mm; các dụng cụ cắt đốt sử dụng năng lượng điện như: dao đốt đơn cực, LigaSure hoặc siêu âm dao Harmonic; kính soi thân thẳng, đường kính 10 mm, góc nhìn 45 độ của hãng Karl - Storz và các dụng cụ khâu nối tự động trong và ngoài cơ thể. Bệnh nhân được tái khám tại phòng khám ngoại để đánh giá diễn tiến bệnh sau mổ, hiệu quả cũng như tai biến, biến chứng của phẫu thuật nội soi. Số liệu được thu thập theo mẫu định sẵn được lưu trữ và thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2012 đến tháng 8/2021 chúng tôi thực hiện 690 trường hợp cắt đại trực tràng bằng phẫu thuật nội soi với kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm chung		n	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	<50	185	26,8
	≥50	505	73,2
Giới	Nam	405	58,7
	Nữ	285	41,3
Thói quen	Không có	323	46,8
	Uống rượu bia	151	21,9
	Hút thuốc lá	216	31,3
ASA	I	436	63,1
	II	208	30,3
	III	46	6,7
Bệnh kèm theo		254	36,8
Phẫu thuật vùng bụng trước đây		138	20

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm đa số với 73,2%. Thói quen hút thuốc lá chiếm 31,3%. Có 36,9% các bệnh nhân có bệnh kèm theo và tiền sử phẫu thuật bụng chiếm 20%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Lâm sàng		n	Tỉ lệ (%)
Thời gian mắc bệnh	Dưới 1 tháng	199	28,8
	Từ 1 đến 6 tháng	319	46,2
	Từ 6 đến 12 tháng	127	18,4
	Trên 12 tháng	45	6,6
Triệu chứng lâm sàng	Tiêu ra máu	446	64,6
	Thay đổi thói quen đi tiêu	234	33,9
	Táo bón	108	15,7
	Tiêu chảy	129	18,7

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh từ 1 đến 6 tháng chiếm đa số với 46,2%. Hầu hết các bệnh nhân đều có triệu chứng tiêu ra máu chiếm 64,6%.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Cận lâm sàng		n	Tỉ lệ (%)
CEA	≤5ng/mL	340	49,3
	>5ng/mL	350	50,7
Thiếu máu	Không thiếu máu	269	39
	Nhẹ	253	36,7
	Vừa	103	14,9
	Nặng	49	7,1
	Rất nặng	16	2,3

Nhận xét: Các bệnh nhân có nồng độ CEA trên 5ng/mL chiếm 50,7%. Thiếu máu mức độ nhẹ chiếm đa số với 36,7%.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 4. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	n	Tỉ lệ (%)
Cắt đại tràng phải	103	14,9
Cắt đại tràng ngang	16	2,3
Cắt đại tràng trái	68	9,9
Cắt đại tràng chậu hông	35	5,1
Cắt trước, cắt trước thấp, cắt trước cực thấp	384	55,7
Phẫu thuật Hartmann	22	3,2
Phẫu thuật Miles	48	7
Cắt toàn bộ đại tràng	12	1,7
Cắt đại tràng phải và chậu hông	1	0,1
Cắt đại tràng ngang và chậu hông	1	0,1

Nhận xét: Cắt trước, trước thấp và trước cực thấp thường được thực hiện nhiều nhất chiếm 55,7%. Tiếp theo là phẫu thuật cắt đại tràng phải với 14,9%.

Bảng 5. Kết quả trong và sau mổ

Thông số	Kết quả
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	203 ± 74
Trung vị số hạch nạo vét được (hạch)	12
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	8,9 ± 3,7

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 203 ± 74 (phút). Trung vị số hạch nạo vét được là 12 hạch. Thời gian nằm viện trung bình là 8,9 ± 3,7 ngày.

Bảng 6. Kết quả sau phẫu thuật

	Kết quả điều trị	n	Tỉ lệ (%)
Biến chứng	Chảy máu sau mổ	3	0,4
	Nhiễm trùng vết mổ	135	19,6
	Xì miệng nổi	30	4,3
	Tắc ruột sớm sau mổ	8	1,2
	Viêm phổi	75	10,9
	Áp xe tồn lưu	8	1,2
	Tử vong	8	1,2
Mô bệnh học	Carcinôm tuyến biệt hóa tốt	63	9,1
	Carcinôm tuyến biệt hóa vừa	589	85,4
	Carcinôm tuyến biệt hóa kém	34	4,9
	Carcinoid đại tràng	2	0,3
	Lymphôm tế bào lớn	2	0,3
Diện cắt còn tế bào ung thư		5	0,7
Giai đoạn u	I	62	9
	II	132	19,1
	III	411	59,6
	IV	85	12,3

Nhận xét: Nhiễm trùng vết mổ là biến chứng thường gặp nhất với 19,6%. Kết quả mô bệnh học chiếm đa số là Carcinôm tuyến biệt hóa vừa. Diện cắt còn tế bào ung thư có 5 trường hợp. Khối u giai đoạn III chiếm đa số với 59,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Ngoại trừ các loại ung thư đặc thù theo giới, nhìn chung số lượng mắc nhiều loại ung thư ở nam cao hơn nữ. Theo công bố của Cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế (International Agency For Research on Cancer - IARC) năm 2016 cho thấy mỗi năm trên toàn cầu có khoảng 14.067.000 người mới mắc ung thư, trong đó số ca mới mắc ở nam giới là 7.410.000 và ở nữ giới là 6.660.000 [3]. Tính riêng cho UTĐTT cho thấy mỗi năm trên toàn thế giới có 1.360.602 ca mới mắc chiếm tỉ lệ 9,7% và 693.933 ca tử vong chiếm 8,5% tỉ lệ chết do ung thư. Kết quả của IARC cũng chỉ ra rõ số ca mới mắc và tử vong ở nam giới đều cao hơn so với nữ. Nhiều tác giả trong và ngoài nước đều có chung nhận định là tỉ lệ mắc UTĐTT ở nam cao hơn nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi nam giới chiếm đa số với 405 bệnh nhân chiếm 58,7%.

Ung thư đại trực tràng trong một thập kỷ gần đây ngày càng tăng trên toàn thế giới và ở Việt Nam. Tuổi ảnh hưởng nhiều hơn bất kỳ yếu tố nhân chủng học nào khác đến xuất độ của ung thư đại trực tràng, xuất độ ung thư đại trực tràng tăng cao sau 45 hoặc 50 tuổi. Tuổi cũng là yếu tố tiên lượng trong bệnh ung thư đại trực tràng, tuổi mắc bệnh càng trẻ tiên lượng càng xấu, thường do u ở giai đoạn tiến xa và độ mô học ác tính càng cao. Tuy nhiên, bệnh nhân càng lớn tuổi thường mắc các bệnh lý mạn tính kèm theo có thể ảnh hưởng đến chỉ định phẫu thuật nội soi. Nghiên cứu của chúng tôi có 690 bệnh nhân, có độ tuổi trung bình là $53,6 \pm 11,3$ tuổi. Số bệnh nhân dưới 50 tuổi có 185 trường hợp chiếm 26,8% và từ 50 tuổi trở lên có 505 trường hợp chiếm 73,2%.

Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có ASA I hoặc ASA II, chỉ có 46 bệnh nhân có ASA III chiếm 6,7%. Một số nghiên cứu lớn tại Hoa Kỳ, Châu Âu và Anh Quốc cũng chỉ định phẫu thuật nội soi cho các bệnh nhân có ASA I đến ASA III. Tuy nhiên, một nghiên cứu được Moreira đăng trên tạp chí Surgical Endoscopic năm 2010, so sánh kết quả giữa phẫu thuật nội soi với mổ mở cắt đại tràng trên bệnh nhân có ASA III và IV. Nghiên cứu có 231 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi và 231 bệnh nhân mổ mở. Kết quả cho thấy, phẫu thuật nội soi vẫn an toàn ở bệnh nhân có ASA III và IV. Bệnh nhân có thể phục hồi sau mổ nhanh hơn, biến chứng thấp hơn, chi phí nằm viện tương tự so với mổ mở [2].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi nhập viện hoàn toàn phụ thuộc vào bệnh nhân, ý thức về bệnh tật và sức khỏe của chính người bệnh, phụ thuộc vào điều kiện kinh tế, hoàn cảnh gia đình của người bệnh và sự tuyên truyền giáo dục về sức khỏe trong cộng đồng. Trong chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư, phát hiện sớm các triệu chứng của bệnh có ý nghĩa rất quan trọng trong điều trị triệt căn và tiên lượng, có thể nói thời gian mắc bệnh liên quan chặt chẽ đến giai đoạn bệnh. Bệnh ung thư ở giai đoạn sớm có thể chữa khỏi hoàn toàn. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy thời gian sống thêm của bệnh nhân giảm dần theo thời gian và ngược lại, tỉ lệ tái phát, di căn tăng dần [14]. Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết các bệnh nhân đến khám khi phát hiện triệu chứng dưới 6 tháng, chiếm 75%. Hiện nay với sự hiểu biết và quan tâm về bệnh tật cũng như có sự trợ giúp của nhiều phương tiện truyền thông giáo dục sức khỏe nên đa số các bệnh nhân đến khám bệnh ngay sau khi có

các triệu chứng bất thường và các thầy thuốc ở tuyến trước ngày càng có ý thức hơn trong việc thăm khám trực tràng khi bệnh nhân đến khám bệnh với lý do đại tiện phân nhầy máu.

Đi cầu ra máu là triệu chứng có ý nghĩa định hướng chẩn đoán ung thư đại trực tràng. Máu trong phân là do chảy từ khối u, chảy máu vì thể sẽ chỉ được phát hiện bằng xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân. Khi số lượng máu lớn hơn sẽ nhìn thấy bằng mắt thường, triệu chứng đi ngoài ra máu thường gặp đôi với khối u ở đại tràng trái, trực tràng hơn ở đại tràng phải. Trên 690 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, có 446 trường hợp ghi nhận có đi tiêu ra máu, chiếm tỉ lệ 64,6%.

Kháng nguyên carcinoembryonic huyết thanh (CEA) là một trong những dấu ấn được sử dụng rộng rãi để sàng lọc, dự đoán đáp ứng điều trị, thời gian sống còn và tiên lượng tái phát trong ung thư đại trực tràng. CEA là một glycoprotein trên bề mặt tế bào biểu mô đại tràng và được biết có vai trò quan trọng trong việc phát tán ung thư. CEA huyết thanh tăng được tìm thấy ở 17- 47% bệnh nhân ung thư đại trực tràng [4]. Năm 2017 Won Kyung Cho nghiên cứu mối liên quan giữa CEA với thời gian sống còn và tỉ lệ tái phát của ung thư đại trực tràng. Tác giả cho rằng những trường hợp có CEA tăng cao trước mổ có tỉ lệ sống không tái phát và tỉ lệ sống toàn bộ thấp hơn so với bệnh nhân có CEA bình thường [1].

4.3. Kết quả điều trị

Chọn lựa phương pháp phẫu thuật cho từng loại vị trí ung thư trên khung đại trực tràng sẽ phụ thuộc vào vị trí u, do tỉ lệ u trực tràng chiếm phần lớn trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi nên phẫu thuật cắt trước, cắt trước thấp và cắt trước cực thấp cũng là các phương pháp thường được tiến hành nhất với tỉ lệ là 55,7%. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 203 ± 74 phút. Kết quả này dài hơn các nghiên cứu của Lee (183 ± 61 phút) [7], nhưng ngắn hơn thời gian phẫu thuật của các tác giả Gopall [5], Ng và các cộng sự [9] với thời gian phẫu thuật lần lượt là 245 ± 75 phút và 213 ± 59 phút. Tuy nhiên, sự khác biệt này là không nhiều. Thời gian trung bình nằm viện sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là $8,9 \pm 3,7$ ngày dài hơn kết quả của Guillou và các cộng sự [6] với thời gian là $5,2 \pm 2$ ngày và Veldcamp [13] với thời gian trung bình là $8,2 \pm 6,6$ ngày, nhưng ngắn hơn kết quả của Nelson và cộng sự với $9 \pm 2,5$ ngày.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được phẫu tích các nhóm hạch cạnh đại tràng, hạch trung gian (hạch cạnh các cung viên) và các hạch dọc theo các động mạch chính cung cấp máu cho đoạn ruột chứa khối u để làm mô bệnh học và đánh giá giai đoạn sau mổ. Từ năm 1990 đến nay, tất cả các nghiên cứu trong nước và trên thế giới đều đề xuất phải lấy tối thiểu là 12 hạch trong bệnh phẩm cắt ra để đánh giá giai đoạn bệnh sau mổ. Mặc dù cơ sở khoa học của con số này vẫn còn chưa rõ ràng nhưng những phác đồ gần đây như của Mạng lưới Ung thư Quốc gia Hoa Kỳ (NCCN - National Comprehensive Cancer Network) đều khuyến cáo phải lấy tối thiểu là 12 hạch trong phẫu thuật điều trị triệt căn ung thư đại trực tràng. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, trung vị số hạch phẫu tích được là 12 hạch, ít nhất là 4 hạch và nhiều nhất là 15 hạch, kết quả này cũng tương đương với số lượng hạch nạo vét được trong các nghiên cứu của các tác giả Goldstein M.J. và Guillou P.J. [4], [6]. Qua đó góp phần vào việc đánh giá chính xác giai đoạn làm cơ sở cho điều trị hỗ trợ sau mổ hiệu quả hơn.

Nhiễm trùng vết mổ là biến chứng thường gặp nhất với 135 trường hợp chiếm tỉ lệ 19,6%. Tất cả những trường hợp nhiễm trùng vết mổ của chúng tôi đều là độ 1, được xử trí bằng cách cắt chỉ bỏ mồi để thoát dịch, chăm sóc vết mổ tại chỗ kết hợp nhỏ dầu mù u khi vết mổ đã lên mô hạt tốt. Tất cả những trường hợp trên đều tiến triển tốt, bệnh nhân được cho xuất viện và chăm sóc vết mổ tại cơ sở Y tế địa phương. Biến chứng xì miệng nói ghi

nhận ở 30 trường hợp, chiếm tỉ lệ 4,3%. Hầu hết các trường hợp đều phải mổ lại, khâu tăng cường miệng nối và mở hồi tràng ra da hoặc làm hậu môn nhân tạo. Xì miệng nối sau mổ UTĐTT là biến chứng nặng, đe dọa tính mạng bệnh nhân và kéo dài thời gian điều trị nếu được chẩn đoán muộn. Theo y văn trong và ngoài nước với tỉ lệ xì miệng nối dao động từ 3 đến 21% [5]. Trong số các trường hợp tắc ruột sau mổ, có 2 trường hợp xảy ra ở ngày hậu phẫu thứ 10, các bệnh nhân đều đã được cho xuất viện về nhà và quay trở lại vì chướng bụng và bí trung đại tiện. Một trường hợp dính ruột sớm sau mổ được chỉ định mổ lại gỡ dính, trường hợp còn lại do hẹp miệng nối đại tràng ngang được mổ cắt đoạn miệng nối hẹp và phục hồi lưu thông. Sau mổ lại, cả 2 trường hợp đều ổn định và xuất viện sau 10 ngày. Viêm phổi sau mổ chiếm tỉ lệ 10,9% với 75 trường hợp, các trường hợp này đều cải thiện khi được điều trị bằng kháng sinh đặc hiệu. Có 8 bệnh nhân (1,2%) tử vong trong thời gian nằm viện bao gồm 1 trường hợp nhồi máu cơ tim sau mổ 6 giờ, bệnh nhân này có tiền sử tăng huyết áp, thiếu máu cục bộ cơ tim được đặt 2 stent mạch vành 6 tháng trước phẫu thuật; 7 trường hợp còn lại tử vong do viêm phúc mạc do xì miệng nối và viêm phổi ở những bệnh nhân lớn tuổi.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, trung bình mặt cắt dưới cách khối u là 5,59 cm. có 5 trường hợp kết quả giải phẫu bệnh sau mổ ghi nhận diện cắt dưới còn tế bào ung thư chiếm tỉ lệ 0,59% tương đương phân loại R1 theo Hermanek. Cả 5 trường hợp đều được chẩn đoán ung thư trực tràng 1/3 dưới và chỉ định phẫu thuật cắt trước cực thấp nội soi. So với các nghiên cứu nước ngoài như Marks, Mỹ và Eric Rullier, Pháp có tỉ lệ mặt cắt dưới còn tế bào ung thư chiếm tỉ lệ lần lượt là 1,3% và 2% [8], [10]. Điều này có thể làm tăng tỉ lệ xạ trị sau mổ và là một trong những yếu tố tiên lượng tái phát tại chỗ trong ung thư trực tràng thấp.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng là một phương pháp an toàn, hiệu quả, có tỉ lệ biến chứng sau mổ chấp nhận được, bệnh nhân ít đau sau mổ hơn và thời gian phục hồi sớm hơn so với mổ mở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cho W. K., et al. (2017), Elevated CEA is associated with worse survival in recurrent rectal cancer. *Oncotarget*, 8(62), pp. 105936-105941.
2. Da Luz Moreira A., et al. (2010), Laparoscopic versus open colectomy for patients with American Society of Anesthesiology (ASA) classifications 3 and 4: the minimally invasive approach is associated with significantly quicker recovery and reduced costs. *Surg Endosc*, 24(6), pp. 1280-1286.
3. Ferlay J., et al. (2021), Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer*, 3(2), pp. 1-12.
4. Goldstein M. J., Mitchell E. P. (2005), Carcinoembryonic antigen in the staging and follow-up of patients with colorectal cancer. *Cancer Invest*, 23(4), pp. 338-351.
5. Gopall J., Shen X. F., Cheng Y. (2012), Current status of laparoscopic total mesorectal excision. *Am J Surg*, 203(2), pp. 230-241.
6. Guillou P. J., et al. (2005), Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*, 365(9472), pp. 1718-1726.

7. Lee Gil Jae, et al. (2008), Midterm Results of Laparoscopic Surgery and Open Surgery for Radical Treatment of Colorectal Cancer. *Journal of The Korean Society of Coloproctology*, 24(5), pp. 373-379.
8. Marks J., et al. (2010), Laparoscopic transanal abdominal transanal resection with sphincter preservation for rectal cancer in the distal 3 cm of the rectum after neoadjuvant therapy. *Surg Endosc*, 24(11), pp. 2700-2707.
9. Ng S. S., et al. (2008), Laparoscopic-assisted versus open abdominoperineal resection for low rectal cancer: a prospective randomized trial. *Ann Surg Oncol*, 15(9), pp. 2418-2425.
10. Rullier E., et al. (2005), Sphincter-saving resection for all rectal carcinomas: the end of the 2-cm distal rule. *Ann Surg*, 241(3), pp. 465-469.
11. Sawicki T., et al. (2021), A Review of Colorectal Cancer in Terms of Epidemiology, Risk Factors, Development, Symptoms and Diagnosis. *Cancers (Basel)*, 13(9), pp. 1-23.
12. Sung H., et al. (2021), Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 71(3), pp. 209-249.
13. Veldkamp R., et al. (2005), Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomised trial. *Lancet Oncol*, 6(7), pp. 477-484.
14. Venugopal A., Stoffel E. M. (2019), Colorectal Cancer in Young Adults. *Curr Treat Options Gastroenterol*, 17(1), pp. 89-98.

(Ngày nhận bài: 10/10/2021 – Ngày duyệt đăng: 15/11/2021)
