

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH VÀ CHĂM SÓC HẬU PHẪU SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHẢI TẠI CẦN THƠ NĂM 2018 – 2020

Kiều Mạnh Uy<sup>1\*</sup>, Huỳnh Quyết Thắng<sup>2</sup>, Lê Thanh Vũ<sup>1</sup>

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Hội Ung Thư Việt Nam

\*Email: kieumanhuy@gmail.com

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng nói chung và đại tràng phải nói riêng có nhiều ưu điểm và đã được áp dụng tại Việt Nam từ năm 2002. Tuy nhiên, tại Cần Thơ vẫn còn ít nghiên cứu về vấn đề này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả giải phẫu bệnh và chăm sóc hậu phẫu những bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ung thư đại tràng phải. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu trên 54 bệnh nhân được phẫu thuật cắt đại tràng phải nội soi tại Bệnh viện Ung Bướu thành phố Cần Thơ, Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ, Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ từ năm 2018-2020. Dữ liệu thu thập được được phân tích bằng phần mềm spss 20.0, giá trị  $p < 0,05$  có ý nghĩa về mặt thống kê. **Kết quả:** Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho kết quả tất cả đều thuộc nhóm carcinoma tuyến, đa số phân loại u nguyên phát là T4 với 31 ca (57,5%), u biệt hóa mức độ trung bình chiếm đa số với 79,6%, hạch vùng N0 chiếm tỷ lệ cao nhất 63,0%. Đa số bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn III sau mổ (57,4%). Hậu phẫu ghi nhận 07 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, 03 trường hợp chảy máu sau mổ và 01 trường hợp viêm phổi kèm nhiễm trùng vết mổ. Sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng trong các nhóm ASA khác nhau mang ý nghĩa thống kê ( $p=0,001$ ) với nhóm ASA III có 06 trường hợp biến chứng. Có sự khác biệt rõ rệt về thời gian nằm viện sau mổ ở nhóm bệnh nhân 60 tuổi trở lên so với nhóm dưới 60 tuổi ( $p=0,013$ ). Tất cả bệnh nhân đều được điều trị nội khoa và vượt qua giai đoạn hậu phẫu. **Kết luận:** Dựa trên kết quả giải phẫu bệnh sau mổ xếp giai đoạn 54 bệnh nhân gồm 5,6% giai đoạn I, 37,0% giai đoạn II và giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,4%. Phân loại ASA càng cao thì biến chứng sau mổ càng nhiều. Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên nằm viện lâu hơn bệnh nhân dưới 60 tuổi.

**Từ khóa:** phẫu thuật nội soi, ung thư đại tràng phải, theo dõi sau mổ.

## ABSTRACT

### STUDY ON LAPAROSCOPIC SURGERY FOR ASCENDING COLON CANCER: PATHOLOGY RESULTS AND POST OPERATIVE CARE

Kieu Manh Uy<sup>1\*</sup>, Huynh Quyet Thang<sup>2</sup>, Le Thanh Vu<sup>1</sup>

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Viet Nam Cancer Society

**Background:** Laparoscopy surgery for colon cancer in general and right colon cancer in particular, which have been proven to be effective, have been introduced and developed in Viet Nam since the year of 2002. However, there are only a few research studies in this domain in Can Tho. **Objectives:** To investigate pathology results and postoperative care of patients who were diagnosed with ascending colon cancer and treated by laparoscopic surgery. **Materials and methods:** Cohort study of 54 patients who were diagnosed with ascending colon cancer and underwent laparoscopic surgery at Can Tho Central General Hospital, Can Tho Oncology Hospital and Can Tho University and Pharmacy Hospital from 2018 - 2020. **Results:** Postoperative cytopathology resulted in 100% adenocarcinoma, 57.5% of total cases were classified T4, 63.0% of cases were N0 and 57.5% of patients were diagnosed stage III. Postoperative care recorded 7 cases of incision infection, 3 cases of postoperative bleeding and 1 case of pneumonia along with incision infection. Patients diagnosed

with ASA III were more likely to have complications than the other two groups ( $p=0.001$ ). Postoperative time length of patients who were 60 years old and above was extensively higher than those who were beneath 60 years old. All patients overcame postoperative period. **Conclusion:** Pathology-based staging resulted in 5.6% stage I, 37.0% stage II and 57.4% stage III. The more severe the ASA classification was the longer postoperative hospital stay and the higher complication risks would be. There was a significant difference in postoperative time length between patients who were 60 years old and above and those who were below 60 years old.

**Keywords:** laparoscopic surgery, ascending colon cancer, postoperative care.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm 90 của thế kỷ 20 đã chứng kiến sự đột phá trong phẫu trị ung thư đại trực tràng, đó là sự ra đời của phẫu thuật nội soi và từ đó đến nay kỹ thuật này phát triển không ngừng, còn tại Việt Nam thực hiện ca đầu tiên vào năm 2002. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng nói chung và đại tràng phải nói riêng vẫn chưa được áp dụng rộng rãi do những nghi vấn về vấn đề nạo vét hạch. Gần đây, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng phẫu thuật nội soi không chỉ có những ưu điểm như vết mổ nhỏ, ít đau sau mổ và thời gian phục hồi nhanh so với phẫu thuật mở truyền thống mà còn cho kết quả tương tự về mặt ung thư học [4], [9], [11]. Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải đã được thực hiện nhiều năm tại vùng đồng bằng sông Cửu Long, tuy nhiên vẫn chưa có nhiều công trình nghiên cứu về vấn đề này. Xuất phát từ thực trạng trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả giải phẫu bệnh và chăm sóc sau phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng phải tại Cần Thơ năm 2018 – 2020” với các mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải tại Cần Thơ năm 2018 – 2020.
2. Đánh giá kết quả chăm sóc sau phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải năm 2018 – 2020.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng phải sau khi nội soi lòng đại tràng và sinh thiết cho kết quả giải phẫu bệnh là ung thư, sau đó được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại tràng phải và nạo vét hạch tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ, Bệnh viện Ung Bướu thành phố Cần Thơ, Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ 4/2018 đến 4/2020.

- Ung thư đại tràng phải giai đoạn I, II, III theo hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) 2017.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh lý nền nặng chống chỉ định phẫu thuật nội soi, ASA IV trở lên, phẫu thuật không cắt được khối u mà phải phẫu thuật tạm bợ, ung thư đại tràng tái phát, chuyển mổ mở.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu theo phương pháp đoàn hệ tiền cứu.

**2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

$$n = z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu. Hệ số tin cậy  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$  với độ tin cậy  $\alpha = 0,05$ .

- p là tỷ lệ ước đoán điều tra. Tỷ lệ phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải không có biến chứng sau mổ theo nghiên cứu gần đây của tác giả Hồ Long Hiền [1] là 94,1%, chọn  $p=0,94$ .

- d là sai số cho phép, chọn  $d = 0,07$ .

- Kết quả tính toán  $n = 44$ . Trên thực tế chúng tôi thực hiện trên 54 bệnh nhân.

### 2.2.3. Nội dung nghiên cứu

- Kết quả sớm phẫu thuật: giải phẫu bệnh sau mổ, tình trạng diện cắt, khảo sát hạch, biến chứng sau mổ, mức độ đau sau mổ, thời gian đi lại, trung tiện, đại tiện, nằm viện.

### 2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu

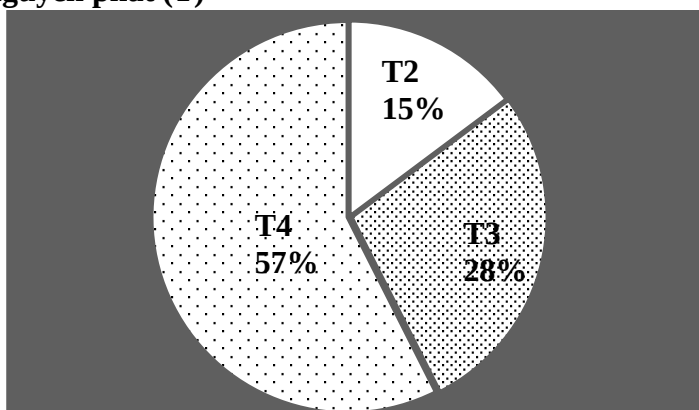
Xây dựng bảng thu thập số liệu, nghiên cứu hồ sơ bệnh án, thăm khám bệnh nhân, mô bệnh phẩm sau phẫu thuật được cố định bằng dung dịch Formol 10% và gửi đến bác sĩ giải phẫu bệnh.

**2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu:** thống kê và xử lý số liệu bằng phần mềm spss 20.0. Xác định tần số, tỷ lệ các yếu tố trong mục tiêu nghiên cứu, xác định mối liên quan bằng kiểm định Chi bình phương, Fisher đối với biến định tính. Kiểm định sự liên quan với Mann-Whitney-U Test với biến định lượng không phân phối chuẩn. Kết quả nghiên cứu có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ , độ tin cậy 95%.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

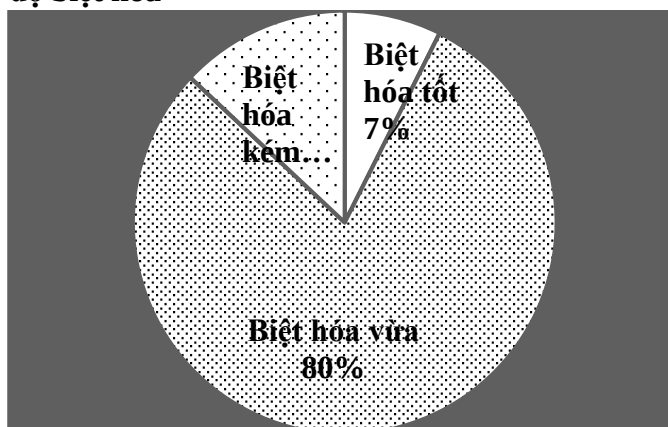
### 3.1. Giải phẫu bệnh sau mổ

#### 3.1.1. U nguyên phát (T)



Biểu đồ 1: Tỷ lệ các mức độ xâm lấn của u nguyên phát  
Nhận xét: u T4 chiếm đa số.

### 3.1.2. Mức độ biệt hóa



Biểu đồ 2: Mức độ biệt hóa

Nhận xét: mức độ biệt hóa vừa chiếm đa số các trường hợp

### 3.1.3. Số lượng hạch nạo vét được và tỷ lệ di căn hạch

Bảng 1: Số lượng hạch nạo vét được.

| Hạch nạo vét được | Trung bình | Độ lệch chuẩn | Thấp nhất | Cao nhất |
|-------------------|------------|---------------|-----------|----------|
| Số lượng hạch     | 14,1       | 5,3           | 6         | 35       |

Nhận xét: số hạch trung bình nạo vét được là  $14,1 \pm 5,3$  hạch.

Bảng 2. Mức độ di căn hạch.

| Mức độ xâm lấn hạch vùng (N) | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------|------------|-----------|
| N0 (không có di căn hạch)    | 34         | 63,0      |
| N1 (di căn 1 – 3 hạch)       | 13         | 24,1      |
| N2 (di căn > 3 hạch)         | 7          | 12,9      |
| Tổng                         | 54         | 100       |

Nhận xét: Tỷ lệ không di căn hạch chiếm đa số các trường hợp nghiên cứu.

### 3.1.4. Tình trạng diện cắt

Bảng 3. Tình trạng diện cắt được khảo sát.

| Diện cắt            | Trung bình (cm) | Độ lệch chuẩn (cm) | Giải phẫu bệnh diện cắt |            |
|---------------------|-----------------|--------------------|-------------------------|------------|
|                     |                 |                    | Âm tính                 | Dương tính |
| Diện cắt trên đến u | 12,7            | 6,9                | 100%                    | 0%         |
| Diện cắt dưới đến u | 14,8            | 7,4                | 100%                    | 0%         |

Nhận xét: tình trạng diện cắt gần và xa đều đạt chuẩn và âm tính trên vi thể.

### 3.1.5. Giai đoạn bệnh sau mổ

Bảng 4. Giai đoạn dựa trên kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

| Giai đoạn bệnh | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|----------------|--------|-----------|
| I              | 3      | 5,6       |
| II             | 20     | 37,0      |
| III            | 31     | 57,4      |

Nhận xét: đa số bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn III theo giải phẫu bệnh.

### 3.2. Chăm sóc hậu phẫu

#### 3.2.1. Mức độ đau sau mổ

Bảng 5. Mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS.

| Mức độ đau sau mổ | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------|------------|-----------|
| Đau nhẹ           | 19         | 35,2      |
| Đau vừa           | 35         | 64,8      |
| Đau nặng          | 0          | 0         |
| Tổng              | 54         | 100       |

Nhận xét: mức độ đau vừa chiếm đa số sau phẫu thuật nội soi.

#### 3.2.2. Thời gian hoạt động ruột trở lại sau mổ

Bảng 6. Thời gian hoạt động ruột trở lại sau mổ

|                                  | Trung vị<br>(ngày) | Sớm nhất<br>(ngày) | Trễ nhất<br>(ngày) |
|----------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Thời gian trung tiện được sau mổ | 3,0                | 1,0                | 7,0                |
| Thời gian đại tiện được sau mổ   | 4,0                | 2,0                | 13,0               |

Nhận xét: thời gian trung tiện và đại tiện có trung vị lần lượt là 3 và 4 ngày.

#### 3.2.3. Biến chứng sau mổ và các yếu tố liên quan

Bảng 7. Số lượng và tỷ lệ biến chứng sau mổ theo từng mức độ.

| Yếu tố                            | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------------|------------|-----------|
| <b>Biến chứng nhẹ</b>             |            |           |
| Nhiễm trùng vết mổ                | 7          | 12,9      |
| Không biến chứng nhẹ              | 47         | 87,1      |
| Tổng                              | 54         | 100       |
| <b>Biến chứng trung bình</b>      |            |           |
| Chảy máu sau mổ (phải truyền máu) | 3          | 5,5       |
| Viêm phổi và nhiễm trùng vết mổ   | 1          | 1,8       |
| Không biến chứng trung bình       | 50         | 92,7      |
| Tổng                              | 54         | 100       |

Nhận xét: biến chứng thường gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ.

Bảng 8. Biến chứng sau mổ trong từng phân độ ASA. Trong ( ) là giá trị %.

| ASA     | Biến chứng |           |          | P            |
|---------|------------|-----------|----------|--------------|
|         | Không      | Có        | Tổng     |              |
| ASA I   | 14 (87,5)  | 2 (12,5)  | 16 (100) | <b>0,001</b> |
| ASA II  | 26 (89,7)  | 3 (10,3)  | 29 (100) |              |
| ASA III | 3 (33,3)   | 6 (66,7)  | 9 (100)  |              |
| Tổng    | 43 (79,6)  | 11 (20,4) | 54 (100) |              |

Nhận xét: phân độ ASA càng cao, tỷ lệ biến chứng càng nhiều.

**3.2.4. Thời gian nằm viện sau mổ và các yếu tố liên quan**

Bảng 9. Thời gian nằm viện sau mổ

| Số bệnh nhân | Thời gian hậu phẫu (ngày) |           |          |
|--------------|---------------------------|-----------|----------|
|              | Trung vị                  | Ngắn nhất | Dài nhất |
| 54           | 8                         | 6         | 14       |

Nhận xét: hậu phẫu ngắn nhất 6 ngày và dài nhất là 14 ngày.

Bảng 10. Liên quan giữa nhóm tuổi và thời gian nằm viện sau mổ.

| Nhóm tuổi | Số bệnh nhân | Thời gian hậu phẫu (ngày) |               | P     |
|-----------|--------------|---------------------------|---------------|-------|
|           |              | Trung bình                | Độ lệch chuẩn |       |
| < 60 tuổi | 27           | 7,7                       | 1,2           | 0,013 |
| ≥ 60 tuổi | 27           | 8,9                       | 2,1           |       |

Nhận xét: sự khác biệt về thời gian nằm viện sau mổ ở hai nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê.

**IV. BÀN LUẬN****4.1. Giải phẫu bệnh sau mổ****4.1.1. U nguyên phát (T)**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp đều có giải phẫu bệnh là carcinoma tuyến. Mức độ xâm lấn u vào thành ruột là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến độ khó trong phẫu thuật nhất là các khối u T4 đặc biệt là T4b. Đối với những trường hợp xâm lấn cơ quan lân cận thì phải áp dụng kỹ thuật cắt khối ung thư thành một khối (en bloc) nhằm đảm bảo về mặt ung thư học [4]. Nghiên cứu của chúng tôi có 57,5% trường hợp T4, 27,8% trường hợp T3 và T2 chiếm 14,8%.

**4.1.2. Mức độ biệt hóa của u**

Độ biệt hóa của khối u đại diện cho mức độ ác tính của khối u, độ biệt hóa càng kém thì mức độ ác tính càng cao, thời gian tiến triển càng nhanh và cho di căn càng sớm. Kết quả quan sát dưới kính hiển vi trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ biệt hóa vừa chiếm đa số với 79,6% số ca, biệt hóa kém chiếm 13% và biệt hóa tốt chiếm 7,4%.

**4.1.3 Khảo sát hạch**

Khảo sát hạch luôn là một vấn đề mang ý nghĩa quan trọng về mặt ung thư học vì khi khảo sát đủ số lượng hạch theo tiêu chuẩn hiện nay là từ 12 hạch trở lên sẽ giúp cho việc đánh giá giai đoạn một cách chính xác nhất [10]. Thời gian đầu khi phẫu thuật nội soi được áp dụng cho phẫu thuật cắt đại tràng đã có nhiều nghi vấn về khả năng nạo hạch của phương pháp này. Ngày nay, trình độ của phẫu thuật viên đã ngày càng được cải thiện và nhiều nghiên cứu cho thấy khả năng nạo vét hạch của phẫu thuật nội soi cũng không thua kém phẫu thuật mổ mở [8], [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng hạch nạo vét được trung bình là  $14,1 \pm 5,3$  hạch. Trong số 54 trường hợp nghiên cứu có đến 63% thuộc nhóm N0, hạch di căn N1 chiếm 24,1% và N2 là 12,9%.

**4.1.4. Tình trạng diện cắt**

Khi phẫu thuật cắt đoạn đại tràng nói chung và đại tràng phải nói riêng, diện cắt cách càng xa u thì phần diện tích mạc treo ruột được cắt kèm theo càng rộng tạo điều kiện cho việc lấy được số lượng hạch càng nhiều, tuy nhiên vẫn phải tôn trọng quy tắc phẫu thuật theo mạch máu nuôi [1], [4]. Nhiều công trình nghiên cứu đã nêu, diện cắt cách xa u tối

thiếu 5cm sẽ không còn tế bào ung thư [5], [7]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận diện cắt trên cách u trung bình là  $12,7 \pm 6,9\text{cm}$ , diện cắt dưới đến u trung bình là  $14,8 \pm 7,4\text{cm}$ . Tất cả diện cắt đều âm tính trên vi thể.

#### 4.1.5. Giai đoạn bệnh

Phân giai đoạn bệnh sau phẫu thuật dựa trên kết quả giải phẫu bệnh học đánh giá yếu tố mức độ xâm lấn của u nguyên phát (T) và mức độ xâm lấn hạch vùng (N) là chính xác nhất hiện nay, tạo điều kiện cho việc lên kế hoạch điều trị tiếp tục sau mổ. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả 5,6% giai đoạn I, 37,0% giai đoạn II và giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,4%.

### 4.2. Chăm sóc hậu phẫu

#### 4.2.1. Mức độ đau sau mổ

Các nghiên cứu phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải đã được công bố gần đây đều khẳng định phẫu thuật nội soi có thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ ngắn hơn mổ mở [4]. Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào đau nhiều, đa số các bệnh nhân đều có mức độ đau trung bình sau mổ là 64,8%, đau ít chiếm 35,2% tương tự tác giả Hồ Long Hiền với mức độ đau ít và đau vừa lần lượt là 16,5% và 83,5% [1].

#### 4.2.2. Thời gian hoạt động ruột trở lại sau mổ

Thời gian hoạt động ruột sau mổ là một trong những tiêu chí đánh giá sự hồi phục của bệnh nhân sau mổ. Nghiên cứu COLOR của tác giả Veldkamp tại châu Âu báo cáo thời gian có nhu động ruột trở lại của nhóm phẫu thuật nội soi ngắn hơn mổ mở (3,6 ngày so với 4,6 ngày) [11]. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả trung tiện và đại tiện có trung vị lần lượt vào ngày thứ 3 và thứ 4.

#### 4.2.3. Biến chứng sau mổ

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ biến chứng ở phẫu thuật nội soi thấp hơn phẫu thuật mở bụng, có nghiên cứu cho ra kết quả 16,8% so với 24,2% [3]. Nghiên cứu trên 76 bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II, III được phẫu thuật mở của tác giả Huỳnh Quyết Thắng cho tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng vết mổ xảy ra 10,5% và biến chứng xì miệng nối là 3,9% trong tổng số trường hợp nghiên cứu [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận biến chứng nhẹ và trung bình với tỷ lệ lần lượt là 12,9% và 7,3%. Biến chứng nhẹ thường gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ với 12,9%, biến chứng trung bình là chảy máu phải truyền máu chiếm 5,5% và 1 trường hợp xảy ra đồng thời viêm phổi và nhiễm trùng vết mổ. Các biến chứng sau mổ có mối tương quan với xếp loại ASA trước mổ. Nhóm bệnh nhân ASA III có đến 6 ca có biến chứng, nhiều hơn một cách rõ rệt so với nhóm ASA I (2 ca) và ASA II (3 ca) với  $p=0,001$ . Tất cả trường hợp có biến chứng đều đáp ứng tốt với điều trị nội khoa.

#### 4.2.4. Thời gian nằm viện sau mổ

Theo quan điểm mới về phẫu thuật đại tràng, bệnh nhân được cho ăn và vận động đi lại sớm nhằm kích thích chức năng ruột trở lại bình thường thì mới có thể rút ngắn thời gian nằm viện. Phẫu thuật nội soi đã được nghiên cứu là cho thời gian hồi phục nhanh hơn so với mổ mở [5], [6]. Ở nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân bắt đầu đi lại ở ngày hậu phẫu 1, chỉ có 1 ca bệnh lý nền nặng, được giữ lại phòng hồi sức sau mổ hơn 1 ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung vị vào ngày thứ 8, ngắn nhất là 6 ngày và dài nhất là 14 ngày. Nhóm bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên có thời gian nằm viện lâu hơn nhóm dưới 60 tuổi ( $p=0,013$ ).

## V. KẾT LUẬN

Dựa trên kết quả giải phẫu bệnh sau mổ xẻ giai đoạn 54 bệnh nhân gồm 5,6% giai đoạn I, 37,0% giai đoạn II và giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,4%. Nhóm bệnh nhân ASA III có 6 ca xảy ra biến chứng, nhiều hơn một cách rõ rệt so với nhóm ASA I (2 ca) và ASA II (3 ca), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,001$ . Thời gian nằm viện sau mổ có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi và từ 60 tuổi trở lên với  $p=0,013$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồ Long Hiền (2016), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng phải*, Luận văn tiến sĩ y học, trường Đại học Y Dược Hà Nội.
2. Huỳnh Quyết Thắng (2007), "Điều trị ung thư đại tràng giai đoạn II-III tại bệnh viện Ung Bướu Cần Thơ", *Y học TP Hồ Chí Minh*, 13 (1), tr. 177-186.
3. Arezzo A, Passera R, Ferri V et al (2015), "Laparoscopic right colectomy reduce short-term mortality and morbidity: Results of a systematic review and meta-analysis", *Int J Colorectal Dis*, 30(11), pp. 1457-1472.
4. Baker RP, Titu LV, Hartley JE et al (2004), "A case-control study of laparoscopic right hemicolectomy vs open right hemicolectomy", *Dis Colon Rectum*, 47, pp. 1675-1679.
5. Delaney C. P, Lawrence J. K, Keller D. S et al (2014), "Laparoscopic right hemicolectomy", *Operative techniques in laparoscopic colorectal surgery*, 2<sup>nd</sup> edition, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 55-64.
6. Ding J, Liao G. Q, Xia Y et al (2013), "Medial versus lateral approach in laparoscopic colorectal resection: a systematic review and meta-analysis", *World J Surg*, 37(4), pp. 863-872.
7. Dulucq J. I. (2005), "Laparoscopic right colectomy", *Tips and techniques in laparoscopic surgery*, Springer – Verlag, Berlin, pp. 137-148.
8. El-Gazz G, Hutt T, Hammel et al (2010), "Does a laparoscopic approach effect the number lymph nodes harvested during curative surgery for colorectal cancer", *Surg Endosc*, 24, pp. 113-118.
9. Guilou P, Quirke P, Thorpe H et al (2005), "Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASSIC trial): multicenter, randomized controlled trial", *Lancet*, 365, pp. 1718-1726.
10. Okuda J, Nobuhiko T (2006), "Right colectomy", *Laparoscopic colorectal surgery*, 2<sup>nd</sup> edition, Springer, pp. 128-144.
11. Veldkamp R, Kuhrv E, Hop W. C et al (2005), "Colon cancer laparoscopic or open resection study group (COLOR), Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomised trial", *Lancet oncol*, 6(7), pp. 477-484.

(Ngày nhận bài: 17/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 17/09/2020)

---