

- phương pháp giai đoạn trong xét nghiệm. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021. 520(2), 240-244, <https://doi.org/10.51298/vmj.v520i2.4177>.
6. Hens K, Berth M, Armbruster D, Westgard S. Sigma metrics used to assess analytical quality of clinical chemistry assays: importance of the allowable total error (TEa) target. *Clin Chem Lab Med*. 2014. 52(7), 973-980, <https://doi.org/10.1515/cclm-2013-1090>.
 7. Manchana L, Reddy B.R, Bhulaxmi P, Malathi K, Mahjabeen S and Swati P. Evaluation of sigma metrics in a medical biochemistry lab. *International Journal of Biomedical Research*. 2015. 6(3), 164-171, <https://doi.org/10.7439/ijbr>.
 8. Phan Thị Thanh Hải, Nguyễn Thị Lan Hương, Nguyễn Thị Thu Huyền, Nguyễn Thị Yên. Kiểm soát chất lượng xét nghiệm hóa sinh dựa vào thang điểm Sigma. *Tạp chí Y Dược lâm Sàng 108*. 2022. 17, 149-156, <https://doi.org/10.52389/ydls.v17iDB.1424>.
 9. Adiga U.S, Preethika A., Swathi K. Sigma metrics in clinical chemistry laboratory-A guide to quality control. *Al Ameen J. Med. Sci*. 2015. 8(4), 281-287.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM UNG THƯ TRỰC TRÀNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

*Nguyễn Tuấn Cảnh**, *Trần Hoàng Anh*, *Trần Đỗ Thanh Phong*,
Cao Trần Thanh Phong, *Nguyễn Văn Hoá*, *Nguyễn Tường Anh*, *Nguyễn Văn Út*

Trường Đại học Võ Trường Toản

**Email: ntcanh@vttu.edu.vn*

Ngày nhận bài: 29/7/2023

Ngày phản biện: 25/10/2023

Ngày duyệt đăng: 25/12/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị bằng phẫu thuật nội soi vẫn là phương pháp điều trị triệt căn đặt ra hàng đầu vì tiên lượng khá tốt nếu được chẩn đoán và điều trị ở giai đoạn sớm ung thư trực tràng.

Mục tiêu nghiên cứu: (1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ; (2) Đánh giá kết quả điều trị sớm ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả hồi cứu trên 34 bệnh nhân ung thư trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 04/2020 đến tháng 04/2022.

Kết quả: Lý do nhập viện đa số là tiêu đàm máu (51,4%). Trước mổ có 48,6% thiếu máu và 60% trường hợp có nồng độ CEA trên mức bình thường. Siêu âm phát hiện được khối u chiếm 37,1% và phát hiện u trên CT là 97,1. Kết quả nội soi đại trực tràng, thể sùi chiếm tỷ lệ 91,4%, kích cỡ u chiếm lớn hơn 3/4 chu vi lòng trực tràng chiếm tỷ lệ 42,9%. Thời gian phẫu thuật 210,06 ± 35 (phút). Carcinoma tuyến chiếm đa số với tỷ lệ 82,8% trường hợp. Theo TNM, giai đoạn IIIB chiếm đa số (45,7%). Theo DUKES, giai đoạn C chiếm tỷ lệ 65,7%. Tất cả các diện cắt đều sạch tế bào ung thư và không có trường hợp nào xảy ra tai biến. Tỷ lệ biến chứng sau mổ 11,4%, trong đó chảy máu sau mổ là 5,7% và xi miệng nối là 5,7%. Kết quả phẫu thuật tốt chiếm tỷ lệ 85,7%. Có mối liên quan giữa vị trí khối u, di căn hạch và thời gian trung tiện sau mổ với kết quả điều trị ($p < 0,05$).

Kết luận: Vị trí khối u theo giải phẫu của trực tràng 1/3 giữa chiếm tỷ lệ cao nhất và phẫu thuật nội soi có tỷ lệ thành công cao với 85,7%.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, phẫu thuật nội soi, bệnh viện.

ABSTRACT

CHARACTERISTICS OF CLINICAL, PARACLINICAL AND EARLY TREATMENT RESULTS OF RECTAL CANCER USING LAPAROSCOPIC SURGERY AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

*Nguyen Tuan Canh**, *Tran Hoang Anh*, *Tran Do Thanh Phong*,
Cao Tran Thanh Phong, *Nguyen Van Hoa*, *Nguyen Tuong Anh*, *Nguyen Van Ut*
Vo Truong Toan University

Background: Surgical treatment remains the primary curative method for rectal cancer due to its favorable prognosis when diagnosed and treated at an early stage. **Objectives:** (1) Survey on clinical and paraclinical characteristics of rectal cancer at Can Tho Central General Hospital. (2) Evaluating the results of early treatment of rectal cancer with laparoscopic surgery. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive retrospective study was conducted on 34 patients diagnosed with rectal cancer and treated with endoscopic surgery at Can Tho Central General Hospital from April 2020 to April 2022. **Results:** Main reason for hospital admission was rectal bleeding, accounting for 51.4% of cases. The most common presenting symptom was rectal bleeding, accounting for 82.9% of cases. Preoperative anemia was present in 48.6% of cases. Elevated CEA levels were found in 60% of cases before surgery. Ultrasound detected a tumor mass in 37.1% of cases. The rate of tumor detection on computed tomography (CT) scans was 97.1%, while lymph node involvement was detected in 20% of cases. Endoscopy findings showed polypoid lesions in 91.4% of cases, and tumors occupying more than 3/4 of the circumference of the rectal lumen accounted for 42.9% of cases. The most common anatomical location of the tumor within the rectum was the middle third, accounting for 48.6% of cases. The average duration of surgery was 210.06 ± 35 minutes. Adenocarcinoma was the predominant histological type, accounting for 82.8% of cases. According to TNM staging, stage IIIB was the most common, accounting for 45.7% of cases. According to Dukes staging, stage C accounted for 65.7% of cases. All resected margins were clear of cancer cells, and no intraoperative complications occurred. The postoperative complication rate was 11.4%, with postoperative bleeding 5.7% of case and anastomotic leakage accounting for 5.7% of cases. The majority of patients (85.7%) achieved good surgical outcomes. There was a correlation between tumor location, lymph node metastasis, postoperative bowel movements, and treatment outcomes ($p < 0.05$). **Conclusion:** The middle third of the rectum was the most common anatomical location for rectal tumors, and laparoscopic surgery demonstrated a high success rate of 85.7%.

Keywords: Rectal cancer, laparoscopic surgery, hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTTT) thường được mô tả trong y văn cùng với ung thư đại tràng với thuật ngữ chung là ung thư đại trực tràng. Đây là một trong những bệnh lý ác tính đường tiêu hóa khá phổ biến, hay gặp ở các nước phát triển nhưng đang có xu hướng gia tăng ở các nước đang phát triển. Theo thống kê năm 2020 của GLOBOCAN, ung thư đại trực tràng chiếm tỷ lệ 10,0% trên tổng số ung thư, xếp hàng thứ ba về mức độ phổ biến và ước tính khoảng 1 triệu người tử vong vì ung thư đại trực tràng [1]. Tại Việt Nam, năm 2020 ước tính có khoảng 16.426 ca mới mắc, trở thành một trong những bệnh ung thư có tốc độ gia tăng nhanh chóng, tỷ lệ mắc của nam và nữ tương ứng là 17,6 và 11,6 trên 30% trong số đó là ung thư trực tràng [2].

Trong vòng 30 năm trở lại đây, chiến lược điều trị ung thư trực tràng đã thay đổi đáng kể, kết hợp đa mô thức giữa phẫu thuật, hóa trị, xạ trị và chăm sóc giảm nhẹ giúp kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân [3]. Tuy nhiên, điều trị bằng phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị triệt căn đặt ra hàng đầu vì tiên lượng khá tốt nếu được chẩn đoán và điều trị

ở giai đoạn sớm. Tại Việt Nam, từ năm 2000, phẫu thuật nội soi bắt đầu áp dụng ở một số bệnh viện lớn ở Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, Huế và Cần Thơ cho kết quả rất khả quan. Phương pháp phẫu thuật nội soi (phẫu thuật NS) dễ dàng tiếp cận vùng tiêu khung hơn, có các ưu điểm của một phẫu thuật ít xâm hại như vết mổ nhỏ, ít đau, thời gian phục hồi sớm, thời gian nằm viện ngắn, tính thẩm mỹ cao hơn nhưng vẫn cho kết quả tương tự về mặt ung thư học [2]. Do đó, phẫu thuật mở đang dần bị thay thế bằng phẫu thuật nội soi. Với những mong muốn đánh giá được các đặc tính bệnh lý, việc chọn lựa phương pháp phẫu thuật và kết quả điều trị sớm ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi. Nhằm cung cấp cơ sở khoa học cho việc nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân nên nghiên cứu này: “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị sớm ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ” được thực hiện với 2 mục tiêu: 1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. 2. Đánh giá kết quả điều trị sớm ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân (BN) ung thư trực tràng được chẩn đoán, điều trị bằng phẫu thuật NS tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 04/2020 đến tháng 04/2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** BN được chẩn đoán xác định là ung thư trực tràng, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư trực tràng, được phẫu thuật triệt để ung thư trực tràng bằng các phẫu thuật NS.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Ung thư trực tràng tái phát hoặc ung thư từ nơi khác di căn tới trực tràng, khối u gây biến chứng như viêm phúc mạc hay tắc ruột, những trường hợp có kèm theo phẫu thuật khác, BN có ung thư khác phối hợp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả hồi cứu, có phân tích.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** 35 trường hợp thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, thời gian phát hiện, lý do nhập viện.

+ Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể.

+ Đặc điểm cận lâm sàng: Nồng độ Hemoglobin, CEA huyết thanh trước mổ, siêu âm bụng, CT-Scanner, nội soi trực tràng, kết quả mô bệnh học sinh thiết qua nội soi.

+ Kết quả điều trị: Phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật trung bình, kết quả mô bệnh học khối u sau mổ, đánh giá giai đoạn khối u theo TNM và theo DUKES, thời gian nằm viện, diện cắt khối u, biến chứng sau mổ.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số lượng:** Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0, các biến định tính được mô tả bằng số lượng và tỷ lệ (%), biến định lượng được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện khi đã có sự chấp thuận của Hội đồng khoa học Trường Đại học Võ Trường Toản và được ban lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

tạo điều kiện thuận lợi để tiến hành. Nghiên cứu được đảm bảo bí mật thông tin được cung cấp, thông tin của bệnh nhân chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung, tiền sử bệnh và lý do nhập viện

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	25	71,4
	Nữ	10	28,6
Tuổi	<50	6	17,1
	>50	29	82,9
Thời gian phát hiện	Dưới 1 tháng	6	17,1
	Từ 1 đến 6 tháng	28	80
	Trên 6 tháng	1	2,9
Lý do nhập viện	Tiêu lỏng kéo dài	1	2,86
	Rối loạn đại tiện	2	5,71
	Mót rặn	3	8,57
	Đau hạ vị	11	31,43
	Tiêu đàm máu	18	51,43

Nhận xét: Độ tuổi mắc bệnh trung bình là $63,14 \pm 12,4$ (tuổi). Tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1. Thời gian từ lúc khởi phát bệnh cho đến lúc nhập viện chủ yếu là từ 1 đến 6 tháng chiếm tỷ lệ là 80%. Lý do vào viện chiếm đa số là tiêu đàm máu chiếm tỷ lệ 51,4%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể trước phẫu thuật

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Tiêu máu	29	82,9
	Tiêu đàm	22	62,86
	Đau bụng	18	51,43
	Rối loạn đi tiêu	14	40
	Sụt cân	14	40
	Mót rặn	10	28,57
	Mệt mỏi	6	17,14
	Tiêu chảy	5	14,29
	Táo bón	3	8,57
Triệu chứng thực thể	Điểm đau thành bụng	13	37,1
	Sờ chạm u trên thành bụng	0	0
	Thăm trực tràng có máu dính găng	21	60
	Thăm trực tràng chạm u	9	25,7
	Khối u di động tốt	3	33,3
ASA trước mổ	ASA 1	20	57,1
	ASA 2	10	28,6
	ASA 3	5	14,3

Nhận xét: Các triệu chứng tiêu ra máu thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 82,9%. Đánh giá nguy cơ trước mổ theo thang điểm ASA, phân loại ASA 1 chiếm đa số với tỷ lệ 57,1%.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng trước phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu	Không	18	51,4
	Thiếu máu	17	48,6
Nồng độ CEA	≤ 5ng/ml	14	40
	> 5ng/ml	21	60
Siêu âm bụng phát hiện u	Có	13	37,1
	Không	22	62,9
CT-scan phát hiện u	Có	34	97,1
	Không	1	2,9
CT-scan phát hiện hạch	Có	7	20
	Không	28	80
Nội soi đại trực tràng	Thể sùi	32	91,4
	Thể loét	3	8,6
Chu vi tương đối của u trên nội soi	Chiếm < ½	5	14,3
	Chiếm > ¾	15	42,9
	Chiếm ½	9	25,7
	Chiếm ¾	6	17,1

Nhận xét: Có 48,6% các trường hợp thiếu máu trước mổ dựa vào xét nghiệm Hemoglobin. Có 60% trường hợp có nồng độ CEA trên mức bình thường trước mổ. Siêu âm phát hiện được khối u trong 37,1% trường hợp. Tỷ lệ phát hiện u trên cắt lớp vi tính là 97,1%, trường hợp phát hiện được hạch vùng trên CT – Scan chiếm tỷ lệ 20%. Kết quả nội soi đại trực tràng, thể sùi chiếm tỷ lệ 91,4%, kích cỡ u chiếm lớn hơn 3/4 chu vi lòng trực tràng chiếm tỷ lệ 42,9%.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mô bệnh học khối u sau phẫu thuật	Ung thư tuyến biệt hóa tốt	1	2,9
	Ung thư tuyến biệt hóa trung bình	29	82,8
	Ung thư tuyến biệt hóa kém	5	14,3
Giai đoạn khối u sau mổ theo TNM	IIA	6	17,1
	IIB	4	11,4
	IIC	2	5,7
	IIIB	16	45,7
Giai đoạn khối u sau mổ theo DUKES	B	12	34,3
	C	23	65,7
Đánh giá diện cắt	Sạch tế bào u	35	100
	Còn tế bào u	0	0
Biến chứng	Chảy máu sau mổ	2	5,7
	Xì miệng nối	2	5,7
Đánh giá kết quả điều trị	Tốt	30	85,7
	Trung bình	2	5,7
	Kém	3	8,6

Nhận xét: Vị trí khối u theo giải phẫu của trực tràng 1/3 giữa chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,6%. Cắt trước thấp nội soi là phương pháp thường xuyên nhất chiếm tỷ lệ 71,4%. Thời gian phẫu thuật trung bình 210,06 ± 35 (phút). Xét nghiệm mô bệnh học khối u sau

mỏ, Carcimoma tuyến chiếm đa số với tỷ lệ 82,8% trường hợp. Đánh giá giai đoạn khối u theo TNM, IIIB chiếm đa số với tỷ lệ 45,7%. Theo DUKES, giai đoạn C chiếm tỷ lệ 65,7%. Tất cả các diện cắt đều sạch tế bào ung thư và không có trường hợp nào xảy ra tái biến trong lúc mổ.

Bảng 5. Thời gian điều trị

Thời gian	Thời gian trung bình	Ngắn nhất	Dài nhất
Thời gian phẫu thuật	210,06 ± 35 (phút)	150 (phút)	290 (phút)
Thời gian nằm viện	8,4 ± 1,5 (ngày)	6 (ngày)	13 (ngày)
Thời gian trung tiện	2 ± 1,4 (ngày)	1 (ngày)	7 (ngày)

Nhận xét: Trung bình thời gian nằm viện 8,4 ± 1,5 ngày. Trung bình thời gian trung tiện là 2 ngày. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 11,4%, trong đó chảy máu sau mổ và xì miệng nổi có tỷ lệ là 5,7%. Số BN đạt kết quả phẫu thuật tốt chiếm tỷ lệ 85,7%.

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Yếu tố liên quan	Kết quả điều trị		P	
	Tốt	Trung bình – kém		
Tuổi	<50	6 (17,14)	0 (0)	0,3
	≥50	24 (68,57)	3 (8,57)	
Vị trí khối u	1/3 trên	12 (34,29)	1 (2,86)	0,02
	1/3 giữa	15 (42,86)	2 (5,71)	
	1/3 dưới	3 (8,57)	2 (5,71)	
Di căn hạch	Có	4 (11,43)	3 (8,57)	0,04
	Không	26 (74,29)	2 (5,71)	
Thời gian trung tiện sau mổ	≤ 3 ngày	30 (85,71)	3 (8,57)	0,017
	>3 ngày	0 (0)	2 (5,71)	
Tổng số		30 (85,71)	5 (14,29)	

(* Fisher Exact test)

Nhận xét: Có mối liên quan giữa vị trí khối u, di căn hạch và thời gian trung tiện sau mổ với kết quả điều trị. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Hiện nay, bệnh lý ung thư trực tràng có xu hướng tăng ở độ tuổi dưới 50 tuổi và bệnh lý này ngày càng tăng lên trên tất cả các độ tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi 63,14 ± 12,4 tuổi khá tương đương các nghiên cứu của các tác giả khác: Trương Vĩnh Quý có độ tuổi trung bình 62,7 ± 12,8 tuổi [4]. Nhóm tuổi hầu hết là từ 40 đến 70 tuổi chiếm tỷ lệ 65,4%, độ tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ 5,8%. Trong số 35 BN trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, 28 BN (chiếm tỷ lệ 80%) có thời gian khởi phát từ một đến sáu tháng, chỉ có 1 BN có thời gian khởi phát trên sáu tháng. Kết quả trên cho thấy, nhiều BN còn chưa quan tâm đến các rối loạn chức năng trong cơ thể, chưa có những kiến thức cơ bản về bệnh, BN tự điều trị ở nhà bằng thuốc Nam, các thuốc Đông y hoặc do chất lượng khám, chữa bệnh ở tuyến cơ sở còn nhiều hạn chế nhầm lẫn với các bệnh lành tính khác như rò hậu môn, viêm đại tràng xuất huyết đặc biệt là trĩ làm chậm trễ trong chẩn đoán. Đây cũng là lý do khiến BN vào viện ở giai đoạn muộn, làm ảnh hưởng rất nhiều đến kết quả điều trị. Do vậy cần có thêm nhiều nghiên cứu sâu về vấn đề nêu trên, qua đó xem xét có chương trình truyền thông, tăng cường phổ biến kiến thức về bệnh cho người dân, nâng cao trình độ của thầy

thuốc tuyến cơ sở,... giúp phát hiện bệnh sớm, nâng cao hiệu quả điều trị bệnh. Đa số BN ung thư trực tràng đến khám với triệu chứng là đại tiện máu. Tuy nhiên, triệu chứng này có thể nhầm lẫn với trĩ. Khi bệnh tiến triển, khối u lớn thì BN có biểu hiện đại tiện khó, đại tiện nhầy máu.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy triệu chứng thường gặp nhất là đại tiện phân máu chiếm tỷ lệ là 82,9%, đây cũng là lý do khiến BN đi khám. Đối với những BN ung thư trực tràng thấp thì những triệu chứng như là mót rặn, đau hậu môn và đại tiện máu càng rõ rệt hơn. Qua kết quả nghiên cứu trên và khuyến cáo của nhiều y văn cho thấy: khi có các triệu chứng đi ngoài phân có đờm máu, thay đổi thói quen đại tiện, đi ngoài ngày nhiều lần, đặc biệt là dấu hiệu đi ngoài ra máu cần lưu ý khám, xét nghiệm để có chẩn đoán xác định, tránh bỏ sót bệnh [1]. Triệu chứng thường gặp khác của ung thư trực tràng là đau bụng. Con đau có thể khác nhau ở mỗi người về kiểu đau, vị trí và cường độ. Ở giai đoạn sớm của ung thư trực tràng là tắc ruột, con đau thường mơ hồ, âm ỉ, khó xác định vị trí. Con đau thường ở vùng hạ vị, quanh rốn hoặc dọc khung ĐT nhưng cũng có thể ở vị trí khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 51,4% BN đến khám vì đau bụng hạ vị. BN có điểm đau thành bụng chiếm tỷ lệ 37,1%, điểm đau thành bụng là một trong những yếu tố gợi ý vị trí u. Sờ chạm khối u trên thành bụng là dấu hiệu ít gặp thường gợi ý giai đoạn muộn, trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào sờ chạm được khối u trên thành bụng. Điều đáng lưu ý và dễ thực hiện nhất là các nhà lâm sàng phải thăm trực tràng cho tất cả BN có dấu hiệu rối loạn tiêu hóa. Đây là một thủ thuật đơn giản nhưng có thể phát hiện được nhiều bệnh lý về trực tràng và hậu môn. Đặc biệt, đối với ung thư trực tràng thấp nếu tầm soát bằng cách thăm trực tràng có thể phát hiện hầu hết các trường hợp ung thư trực tràng nằm trong vị trí này. Nicholls cho rằng với phẫu thuật viên trực tràng khi thăm trực tràng có thể đánh giá chính xác 67% - 83% giai đoạn T, đánh giá sự xâm lấn của u vào cơ thắt có ý nghĩa rất quan trọng liên quan đến độ di động khối u khi thăm khám [5].

4.3. Đánh giá kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phẫu thuật trung bình $210,06 \pm 35$ phút. Thời gian phẫu thuật còn tùy thuộc vào kỹ năng của bác sĩ, phương pháp phẫu thuật và tính chất của khối u. Phục hồi nhu động ruột là một trong những vấn đề thường gặp sau phẫu thuật trực tràng, có khoảng 25% BN bị liệt ruột sau phẫu thuật đại trực tràng. Vì vậy, sự chậm trễ trong việc phục hồi nhu động ruột là một yếu tố chính làm kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí chăm sóc sức khỏe. Từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa thời gian trung tiện và kết quả sau mổ ($p < 0,05$). Trung vị thời gian phục hồi nhu động ruột sau mổ của chúng tôi là 2 ngày, nhanh nhất là 1 ngày và chậm nhất là 7 ngày sau mổ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với các tác giả khác: Nghiên cứu tác giả Đoàn Anh Vũ và Nguyễn Văn Qui có thời gian trung tiện trung bình 1,8 ngày [6], tác giả Nguyễn Lê Gia Kiệt có trung vị thời gian trung tiện là 2 ngày [3]. Deborah Keller và cộng sự (2013) nghiên cứu về tác dụng của Alvimopan và Chewing Gum trong việc phục hồi nhu động ruột sau mổ cắt đại trực tràng ghi nhận rằng BN nhai kẹo cao su bốn lần mỗi ngày sau phẫu thuật NS cắt đại trực tràng có thời gian phục hồi nhu động ruột sớm hơn (2,6 ngày so với 3,3 ngày, $p = 0,0047$) và thời gian nằm viện ngắn hơn (4,0 ngày so với 5,3 ngày, $p = 0,029$) so với nhóm chứng [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận 30/35 trường hợp chiếm tỷ lệ 85,7% được đánh giá kết quả phẫu thuật là “tốt”, không xảy ra tai biến trong lúc mổ, diện cắt đảm bảo sạch về mặt ung thư học, không biến chứng sau mổ và BN ra viện

theo dự kiến mà không gặp bất kì vấn đề nào. Có 2/35 trường hợp biến chứng nhẹ sau mổ nhưng có đáp ứng với điều trị nội khoa nên được xếp vào nhóm kết quả phẫu thuật là “trung bình” chiếm 5,7% và 3/35 trường hợp còn lại chiếm tỷ lệ 8,6% được xếp vào nhóm có kết quả phẫu thuật là “kém” do gặp các biến chứng nặng là chảy máu sau mổ, xì rò miệng nối.

V. KẾT LUẬN

Vị trí khối u theo giải phẫu của trực tràng 1/3 giữa chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,6% và phẫu thuật nội soi có tỷ lệ thành công cao với 85,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H., J. Ferlay, R. L. Siegel, M. Laversanne, I. Soerjomataram, A. Jemal, F. Bray, Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, *CA Cancer J Clin*, 2021, 71, (3), 209-249. doi: 10.3322/caac.21660.
 2. Phạm Văn Năng, Phạm Văn Linh, Đại tràng, trực tràng và hậu môn, Nhà xuất bản y học, Thành phố Hồ Chí Minh, 2014, 116-153.
 3. Nguyễn Lê Gia Kiệt, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2017-2019, Luận văn bác sĩ nội trú ngoại, Đại học Y Dược Cần Thơ, 2019.
 4. Trương Vĩnh Quý, 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, Đại học Y Dược Huế, 2018.
 5. Cravo M, Rodrigues T, et al, *Management of rectal cancer: Times they are changing*, *Portuguese Journal of Gastroenterology*, 2014, 21, (5), 192 - 200. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpg.2014.06.003>.
 6. Đoàn Anh Vũ, Nguyễn Văn Qui. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 2023. 61. <https://doi.org/10.58490/ctump.2023i61>.
 7. Keller Deborah, Sten Sharon, Facilitating Return of Bowel Function afer Colorectal Surgery: Alvimopan and Gum Chewing, *Clinics in colon and rectal surgery*, 2013. 26, (26), 186 - 190. doi: 10.1055/s-0033-1351137.
-