

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT
NỘI SOI CẮT TRƯỚC CÓ NỘI SOI KIỂM TRA MIỆNG NỔI
TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG**

*Phan Duy Quý**, *Nguyễn Văn Tuấn*, *Mai Văn Đợi*,
Nguyễn Văn Hiền, *Phạm Văn Năng*
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: pdquy5@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/6/2025

Ngày phản biện: 14/7/2025

Ngày duyệt đăng: 25/7/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nội soi kiểm tra miệng nổi đại trực tràng trong mổ lần đầu được báo cáo bởi Richter năm 1973, tuy nhiên hiện nay ở Việt Nam vẫn chưa có nghiên cứu nào về nội soi kiểm tra miệng nổi trong mổ. Mặc dù, các thiết bị tạo miệng nổi đã có rất nhiều cải tiến, tuy nhiên các biến chứng liên quan miệng nổi vẫn còn hiện hữu. Nội soi kiểm tra miệng nổi trong mổ là một phương pháp quan sát miệng nổi từ bên trong lòng ruột làm giảm đáng kể các biến chứng, đặc biệt biến chứng nguy hiểm xì miệng nổi, xuất huyết miệng nổi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt trước có nội soi kiểm tra miệng nổi và một số yếu tố liên quan trong điều trị ung thư đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang mô tả trên 35 bệnh nhân ung thư đại tràng sigma - trực tràng từ 4/2023 đến 3/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 24/11. Tuổi trung bình là $65,71 \pm 10,64$ (37-86 tuổi). Chỉ số khối cơ thể trung bình là $22,87 \pm 2,49$ kg/m². Thời gian phẫu thuật trung bình là 210,14 phút. Soi kiểm tra miệng nổi trong mổ có 4 trường hợp có miệng nổi cách rìa hậu môn < 5cm (11,4%), 1 trường hợp thiếu máu miệng nổi (2,9%), 7 trường hợp chảy máu miệng nổi (20%), không ghi nhận trường hợp nào air-leak test (+), 5 trường hợp khâu tăng cường miệng nổi (14,3%). Biến chứng sớm sau mổ: 1 trường hợp xì miệng nổi (2,9%). Giải phẫu bệnh sau mổ: 74,3 % biệt hóa vừa, 17,1% biệt hóa rõ, 8,6% biệt hóa kém. Số hạch nạo trung bình là $14,34 \pm 2,26$ hạch. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt trước có nội soi kiểm tra miệng nổi trong mổ là khả thi và an toàn. Tỷ lệ biến chứng xì miệng nổi là 2,9%.

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng, phẫu thuật nội soi cắt trước, nội soi kiểm tra miệng nổi trong mổ.

ABSTRACT

**EARLY EVALUATION OF LAPAROSCOPIC ANTERIOR RESECTION
WITH INTRAOPERATIVE COLONOSCOPY
IN COLORECTAL CANCER TREATMENT**

*Phan Duy Quý**, *Nguyen Van Tuan*, *Mai Van Doi*,
Nguyen Van Hien, *Pham Van Nang*
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Intraoperative colonoscopy was first reported by Richter in 1973. Although anastomotic devices have been improved considerably, complications related to anastomoses, particularly anastomotic leakage, still exist. Intraoperative colonoscopy is a time-saving method to observe the anastomoses from within the bowel, and has been reported to significantly reduce complications, especially anastomotic leakage. **Objectives:** Early evaluation of laparoscopic anterior resection with intraoperative colonoscopy and some related factors in the treatment of colorectal cancer. **Materials and method:** A prospective, descriptive cross-sectional study was conducted on 35

patients with sigmoid colon-rectal cancer from April 2023 to March 2025. **Results:** The male/female ratio was 24/11. The mean age was 65.71 ± 10.64 (37-86 years old). The mean body mass index was 22.87 ± 2.49 kg/m². The average surgical time was 210.14 minutes. Intraoperative anastomosis inspection showed 4 cases with anastomosis <5cm from the anal verge (11.4%), 1 case of ischemic anastomosis (2.9%), 7 cases of anastomotic bleeding (20%), no cases of air-leak test (+), 5 cases of anastomotic reinforcement (14.3%). Early postoperative complications: 1 case of anastomotic leakage (2.9%). Postoperative pathology: 74.3% moderate differentiated, 17.1% well differentiated, 8.6% poorly differentiated. The average number of dissected lymph nodes was 14.34 ± 2.26 . **Conclusion:** Laparoscopic anterior resection with intraoperative colonoscopy is feasible and safe. The complication rate of anastomotic leakage was 2.9%.

Keywords: Colorectal cancer, laparoscopic anterior resection, intraoperative colonoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng lần đầu được thực hiện vào năm 1991. Kể từ đó cho đến nay, các thiết bị tạo miệng nối đã có nhiều phát triển vượt bậc, tuy nhiên nguy cơ biến chứng xì miệng nối vẫn còn hiện hữu. Nội soi kiểm tra miệng nối đại trực tràng trong mổ lần đầu được báo cáo bởi Richter năm 1973 [1], tuy nhiên hiện nay ở Việt Nam vẫn chưa có nghiên cứu nào về nội soi kiểm tra miệng nối trong mổ. Nội soi kiểm tra miệng nối trong mổ là một phương pháp tiết kiệm thời gian để quan sát miệng nối từ bên trong lòng ruột, đã được báo cáo là làm giảm đáng kể các biến chứng, đặc biệt biến chứng nguy hiểm xì miệng nối, xuất huyết miệng nối [2], [3], [4]. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt trước có nội soi kiểm tra miệng nối và một số yếu tố liên quan trong điều trị ung thư đại trực tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân ung thư đại tràng sigma - trực tràng được điều trị bằng PTNS cắt trước tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 4/2023-3/2025.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng sigma - trực tràng được thực hiện phẫu thuật nội soi cắt trước. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Ung thư đại tràng sigma - trực tràng có biến chứng (tắc ruột, thủng ruột do u).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu.

- **Cỡ mẫu:** 35 bệnh nhân.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, vị trí u. Đánh giá kết quả điều trị sớm bao gồm phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật trung bình, di động đại tràng góc lách, bảo tồn động mạch đại tràng trái, bảo tồn động mạch trực tràng trên, đánh giá miệng nối trong mổ, thời gian trung tiện trung bình, thời gian nằm viện trung bình, biến chứng sau mổ, kết quả mô bệnh học sau mổ: độ biệt hóa, diện cắt, số hạch nạo vét được, giai đoạn TNM.

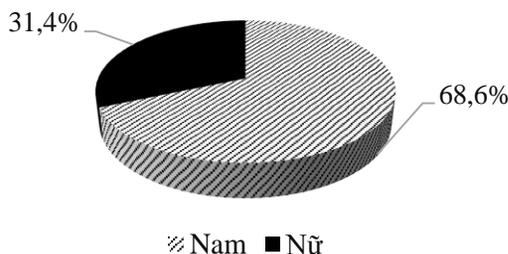
- **Phương pháp thu thập số liệu:** Xây dựng bảng thu thập số liệu, nghiên cứu hồ sơ bệnh án, thăm khám và kết quả cận lâm sàng.

- **Phương pháp xử trí và phân tích số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 và test thống kê y học.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học phê duyệt số 23,358.HV/PCT-HĐĐĐ vào ngày 12 tháng 4 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung



Biểu đồ 1. Giới tính

Nhận xét: Nghiên cứu có 24 bệnh nhân nam (68,6%), 11 bệnh nhân nữ (31,4%).

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Kết quả	
		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi		65,71±10,64	
Vị trí u	Đại tràng sigma	17	48,6
	Trực tràng 1/3 trên	10	28,6
	Trực tràng 1/3 giữa	5	14,3
	Trực tràng 1/3 dưới	3	8,6

Nhận xét: Tuổi trung bình là 65,71 ± 10,64 (37- 86) tuổi. Vị trí u ở đại tràng sigma 17 bệnh nhân (48,6%), trực tràng 1/3 trên 10 bệnh nhân (28,6%), trực tràng 1/3 giữa 5 bệnh nhân (14,3%), trực tràng 1/3 dưới 3 bệnh nhân (8,6%).

Nội soi kiểm tra miệng nối trong mổ

Bảng 2. Đánh giá miệng nối trong mổ

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Miệng nối cách rìa hậu môn ≤ 5cm	4	11,4
Chảy máu miệng nối	7	20
Thiếu máu miệng nối	1	2,9
Air-leak test (+)	0	0

Nhận xét: Nội soi kiểm tra miệng nối trong mổ có 4 trường hợp có miệng nối cách rìa hậu môn < 5cm (11,4%), 1 trường hợp thiếu máu miệng nối (2,9%), 7 trường hợp chảy máu miệng nối (20%), không ghi nhận trường hợp nào air-leak test (+).



Hình 1. Nội soi kiểm tra miệng nối trong mổ bệnh nhân CAO THANH H.
(Nguồn: Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ)

Kết quả điều trị sớm ung thư đại trực tràng

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm		Kết quả	
		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Phương pháp phẫu thuật	Cắt trước	21	60
	Cắt trước thấp	13	37,1
	Cắt trước cực thấp	1	2,9
Hạ đại tràng góc lách		14	40
Bảo tồn động mạch đại tràng trái		12	34,3
Bảo tồn động mạch trực tràng trên		16	45,7
Số lượng stapler thẳng	1 băng	21	60
	>1 băng	14	40
Mở hồi tràng ra da		0	0
Khâu tăng cường miệng nối		5	14,3
Thời gian phẫu thuật		210,14 ± 40,18 (150-310) phút	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 210,14 ± 40,18 (150-310) phút. Phẫu thuật nội soi cắt trước cao chiếm đa số với 21 bệnh nhân (60%), di động góc lách thực hiện ở 14 trường hợp (40%), bảo tồn động mạch đại tràng trái 12 trường hợp (34,3%), bảo tồn động mạch trực tràng trên 16 trường hợp (45,7%), sử dụng nhiều hơn 1 băng stapler thẳng 14 trường hợp (40%), khâu tăng cường miệng nối 5 trường hợp (14,3%), không trường hợp nào mở hồi tràng ra da.

Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ xảy ra ở 1 bệnh nhân (2,9%) xì miệng nối do hoại tử miệng nối.

Giải phẫu bệnh sau mổ

Bảng 4. Kết quả mô bệnh học sau mổ

Kết quả mô bệnh học		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Độ xâm lấn	T2	1	2,9
	T3	31	88,6
Di căn hạch	N0	19	54,3
	N1	9	28,1
	N2	4	12,5
Diện cắt	R0	35	100
	R1, 2	0	0
Độ biệt hóa	Tốt	6	17,1
	Vừa	24	68,6
	Kém	2	5,7
	Không biệt hóa	0	0

Nhận xét: Có 1 bệnh nhân ở giai đoạn T2 (2,9%), 31 bệnh nhân T3 (88,6%). Nghiên cứu có 19 bệnh nhân ở giai đoạn N0 (54,3%), 9 bệnh nhân N1 (28,1%) và 4 bệnh nhân N2 (12,5%). U có độ biệt hóa tốt có 6 bệnh nhân (17,1%), biệt hóa vừa ở 24 bệnh nhân (68,6%), biệt hóa kém có 2 bệnh nhân (5,7%). 100% trường hợp đều đạt diện cắt R0.

IV. BÀN LUẬN

Từ tháng 4/2023 đến tháng 3/2025, chúng tôi chọn được 35 bệnh nhân ung thư đại trực tràng đủ tiêu chuẩn tham gia vào nhóm nghiên cứu, với tỉ lệ mắc bệnh ở nam giới nhiều hơn nữ giới, tỉ lệ lần lượt là 68,6% và 31,4% và độ tuổi trung bình mắc bệnh là 65,71 ±

10,64 (37-86 tuổi) tương tự với nghiên cứu của Kishiki (2022) ghi nhận là 65,4 tuổi [3]. Chỉ số khối cơ thể trung bình là $22,87 \pm 2,49 \text{ kg/m}^2$, kết quả của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu của Kishiki (2022) ghi nhận là $23,5 \text{ kg/m}^2$ [3].

Về kết quả sớm, lựa chọn phương pháp phẫu thuật sẽ phụ thuộc vào vị trí khối u. Theo nhiều nghiên cứu, miệng nối dưới nếp phúc mạc là yếu tố nguy cơ cao của xì miệng nối [5]. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận cắt trước cao chiếm tỉ lệ cao nhất (60%) và 14 trường hợp cắt trước thấp, cực thấp (40%), hay tỉ lệ miệng nối trên nếp phúc mạc là 60%, dưới nếp phúc mạc là 40%, gần như tương tự với nghiên cứu của Kishiki (2022) [3]. Ngoài ra, vị trí miệng nối so với rìa hậu môn $< 5\text{cm}$ trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,4%, thấp hơn so với nghiên cứu của Kishiki (2022) [3]. Qua nội soi kiểm tra miệng nối trong mổ, có thể phát hiện sớm các biến chứng liên quan đến miệng nối như chảy máu miệng nối, qua đó, tùy thuộc vào mức độ chảy máu mà lựa chọn phương pháp can thiệp, ngoài ra, theo nghiên cứu của Alkurt (2022), chảy máu miệng nối làm tăng nguy cơ xì miệng nối 31,25% [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phát hiện có 7 trường hợp có chảy máu miệng nối. Theo nghiên cứu của Sujatha-Bhaskar (2018), thiếu máu niêm mạc miệng nối làm tăng nguy cơ xì miệng nối sau mổ đến 40% [6], trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp thiếu máu miệng nối (2,9%). Những bệnh nhân có air-leak test (+) nên được xử trí ngay trong mổ (khâu tăng cường miệng nối, mở hồi tràng ra da, làm lại miệng nối), trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có trường hợp nào có air-leak test (+) khi thực hiện bằng nội soi kiểm tra miệng nối trong mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là $210,14 \pm 40,18$ (150-310) phút, tương tự với nghiên cứu của Đặng Hồng Quân (2023) 254 ± 83 phút [7]. Theo nghiên cứu của Reyaz (2023), nhóm bệnh nhân không bảo tồn động mạch đại tràng trái có nguy cơ xì miệng nối cao hơn nhóm có bảo tồn động mạch đại tràng trái [8]. Cũng như theo nghiên cứu của Ren (2023), bảo tồn động mạch trực tràng trên giúp tăng máu nuôi cho miệng nối làm giảm nguy cơ xì miệng nối [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 12 trường hợp bảo tồn động mạch đại tràng trái (34,3%), 16 trường hợp bảo tồn động mạch trực tràng trên (45,7%). Theo nghiên cứu của Balciscueta (2020), số lượng stapler thẳng nhiều hơn 1 làm tăng nguy cơ xì miệng nối [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 14 trường hợp (40%) sử dụng nhiều hơn 1 băng stapler thẳng. Theo nghiên cứu của Qi (2025), khâu tăng cường miệng nối và mở hồi tràng ra da giúp làm giảm nguy cơ xì miệng nối [11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5 trường hợp được khâu tăng cường miệng nối.

Biến chứng sau mổ xảy ra ở 1 bệnh nhân (2,9%) xì miệng nối do hoại tử miệng nối vào ngày hậu phẫu 3, sau đó bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng có miệng nối, đóng đầu dưới, mở đầu trên làm hậu môn nhân tạo. Trường hợp này có sử dụng nhiều hơn 1 stapler thẳng, không khâu tăng cường, không di động góc lách, thất tận gốc động mạch mạc treo tràng trên. Tuy nhiên, trường hợp này khi nội soi kiểm tra miệng nối thì miệng nối cao (8cm), air-leak test (-).

Kết quả mô bệnh học sau mổ theo nghiên cứu của chúng tôi, u ở giai đoạn T3 chiếm đa số với 31 trường hợp (88,6%), 1 trường hợp u T2 (2,9%). Kết quả này khác biệt so với kết quả nghiên cứu của Hồ Hữu Đức (2024), trong đó u T2 là 20,3%, u T3 là 20%, u T4 là 44,9% [12]. Số lượng hạch trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi lấy được là $14,34 \pm 2,26$, cao hơn so với kết quả của tác giả Hồ Hữu Đức (2024) là $9,3 \pm 3,1$ [12]. Nghiên cứu có 19 bệnh nhân ở giai đoạn N0 (54,3%), 9 bệnh nhân N1 (28,1%) và 4 bệnh nhân N2 (12,5%). Kết quả này gần tương tự như kết quả của tác giả Hồ Hữu Đức (2024) [12]. Bệnh nhân ở giai đoạn I

là 1 trường hợp (2,9%), giai đoạn IIA là 18 trường hợp (51,4%), giai đoạn IIIB là 13 trường hợp (37,1%). Kết quả gần tương tự như của tác giả Hồ Hữu Đức (2024) [12]

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt trước có nội soi kiểm tra miệng nối trong mổ là khả thi và an toàn. Tỷ lệ biến chứng xì miệng nối là 2,9%. Có thể có một số yếu tố liên quan đến xì miệng nối : ASA III, phẫu thuật nội soi cắt trước thấp, bảo tồn động mạch trực tràng trên và động mạch đại tràng trái, khâu tăng cường miệng nối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Richter R.M., Littman L., Levowitz B.S. Intraoperative Fiberoptic Colonoscopy: Localization of Nonpalpable Colonic Lesions. *Archives of Surgery*. 1973. 106(2), 228. DOI: 10.1001/archsurg.1973.01350140084024.
2. Alkurt E. The effect of intraoperative bleeding and staple number on anastomotic leakage in laparoscopic rectal surgery. *Laparoscopic Endoscopic Surgical Science*. 2022. DOI: 10.14744/less.2022.27037.
3. Kishiki T., Kojima K., Aso N., Iioka A., Wakamatsu T., *et al.* Intraoperative Colonoscopy in Laparoscopic Rectal Cancer Surgery Reduces Anastomotic Leakage. *Journal of the anus, rectum and colon*. 2022. 6(3), 159-67. DOI: 10.23922/jarc.2022-003.
4. Yang S.Y., Han J., Han Y.D., Cho M.S., Hur H., *et al.* Intraoperative colonoscopy for the assessment and prevention of anastomotic leakage in low anterior resection for rectal cancer. *International Journal of Colorectal Disease*. 2017. 32(5), 709-14. DOI: 10.1007/s00384-017-2767-y.
5. Sciuto A., Merola G., De Palma G.D., Sodo M., Pirozzi F., *et al.* Predictive factors for anastomotic leakage after laparoscopic colorectal surgery. *World journal of gastroenterology*. 2018. 24(21), 2247-60. DOI: 10.3748/wjg.v24.i21.2247.
6. Sujatha-Bhaskar S., Jafari M.D., Hanna M., Koh C.Y., Inaba C.S., *et al.* An endoscopic mucosal grading system is predictive of leak in stapled rectal anastomoses. *Surg Endosc*. 2018. 32(4), 1769-75. DOI: 10.1007/s00464-017-5860-y.
7. Đặng Hồng Quân. Nghiên cứu giá trị tiên lượng của diện cắt vòng quanh ở bệnh nhân ung thư biểu mô trực tràng được điều trị phẫu thuật nội soi. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2020.
8. Reyaz I., Reyaz N., Salah Q.M., Nagi T.K., Mian A.R., *et al.* Comparison of High Ligation Versus Low Ligation of the Inferior Mesenteric Artery (IMA) on Short-Term and Long-Term Outcomes in Sigmoid Colon and Rectal Cancer Surgery: A Meta-analysis. *Cureus*. 2023. 15(5), e39406. DOI: 10.7759/cureus.39406.
9. Ren H., Liu Y., Zhang M., An L. Feasibility of preservation of superior rectal artery plus dissection of lymph nodes around inferior mesenteric artery in laparoscopic resection for sigmoid colon cancer. *Frontiers in surgery*. 2023. 10, 1086868. DOI: 10.3389/fsurg.2023.1086868.
10. Balciscueta Z., Uribe N., Caubet L., López M., Torrijo I., *et al.* Impact of the number of stapler firings on anastomotic leakage in laparoscopic rectal surgery: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol*. 2020. 24(9), 919-925. DOI: 10.1007/s10151-020-02240-7.
11. Qi X., Xu K., Liu M., Tan F., Gao P., *et al.* Effect of anastomotic reinforcement with barded suture on anastomotic leakage prevention following laparoscopic low anterior resection for rectal cancer: a retrospective single-center study. *BMC Surgery*. 2025. 25(1), 11. DOI: 10.1186/s12893-024-02749-w.
12. Hồ Hữu Đức. Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt điều trị ung thư trực tràng ở người cao tuổi. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2024.