

DOI: 10.58490/ctump.2025i91.4120

**KHẢO SÁT TẾ BÀO HỌC DỊCH RỬA MỖM TRỰC TRÀNG
VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NGẮN HẠN SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI
CẮT TRƯỚC TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG**

Nguyễn Hoàng Khôi^{1}, Phạm Văn Năng¹, Đặng Văn Thới²,
Mai Văn Doi¹, Trịnh Hoàng Nhi¹*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
 2. Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng
- *Email: 22310411535@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30/7/2025

Ngày phản biện: 23/9/2025

Ngày duyệt đăng: 25/9/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng đã trở thành một phương pháp phổ biến tại nhiều trung tâm ngoại khoa. Phương pháp này mang lại nhiều lợi ích rõ rệt như: hạn chế tổn thương thành bụng, giảm đau sau mổ, nguy cơ nhiễm trùng, thời gian nằm viện ngắn, thẩm mỹ, quan trọng vẫn đảm bảo an toàn về mặt ung thư học. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ hiện diện tế bào ác tính trong dịch rửa mỗm trực tràng bằng kỹ thuật cell-block và đánh giá kết quả điều trị sớm của phẫu thuật nội soi cắt trước ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu, có phân tích trên 90 bệnh nhân ung thư đại trực tràng từ tháng 5/2022 đến tháng 6/2025. **Kết quả:** Tỉ lệ nam/nữ: 1,5:1. Tuổi trung bình: $63,07 \pm 10,566$ (32 - 89) tuổi. Ghi nhận trong dịch rửa mỗm cắt trực tràng có tế bào ung thư chiếm tỉ lệ 1,1%. CRM (+) chiếm tỉ lệ 7,8%. Thời gian phẫu thuật trung bình: $229,53 \pm 52,99$ (115 - 360) phút. Biến chứng xì miệng nối: 5 trường hợp (5,6%). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $9,08 \pm 3,167$ ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 32 ngày. Giải phẫu bệnh sau mổ: carcinoma tuyến, biệt hóa vừa chiếm 53,3%, biệt hoá kém chiếm 54,4%, không biệt hoá chiếm 1,1%. Phân giai đoạn sau mổ: 84,4% giai đoạn I đến III, 5,6% ở giai đoạn IV_a. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng đảm bảo tính khả thi và độ an toàn, về kỹ thuật lẫn ung thư học. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ ghi tế bào ung thư có trong dịch rửa là 1,1%, tỉ lệ CRM (+) là 7,8%.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng, dịch rửa mỗm trực tràng, Cell-block.

ABSTRACT

**CYTOLOGICAL SURVEY OF RECTAL STUMP LAVAGE
AND EVALUATION OF SHORT-TERM OUTCOMES AFTER
LAPAROSCOPIC ANTERIOR RESECTION IN THE TREATMENT
OF COLORECTAL CANCER**

Nguyen Hoang Khoi^{1}, Pham Van Nang¹, Dang Van Thoi²,
Mai Van Doi¹, Trinh Hoang Nhi¹*

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy
2. Da Nang University of Medicine Technology & Pharmacy

Background: Laparoscopic surgery for colorectal cancer has become widely adopted in surgical centers globally, offering demonstrated advantages such as reduced abdominal wall trauma, decreased postoperative pain, lower infection rates, minimized risk of abdominal herniation, shorter hospitalization, faster recovery, improved cosmetic outcomes, and oncological

safety. Objective: To determine the rate of malignant cells detected in rectal stump lavage fluid using the cell-block technique and to evaluate early treatment outcomes after laparoscopic anterior resection in patients with colorectal cancer. Materials and method: A prospective, cross-sectional, descriptive study with analytical components was conducted on 90 colorectal cancer patients undergoing laparoscopic surgery between May 2022 and December 2024. Results: Male-to-female ratio: 1.5:1. Mean age: $63.07 \pm 10,566$ (32 - 89) years. Cancer cells were detected in the rectal stump lavage fluid in 1.1% of cases. Positive CRM (circumferential resection margin) was found in 7.8% of patients. Mean operative time: 229.53 ± 52.99 (115 – 360) minutes. Postoperative complications: 5 cases of anastomotic leakage (5.6%). The mean postoperative hospital stay was 9.08 ± 3.167 days, with the shortest stay being 6 days and the longest 32 days. Histopathological findings: moderately differentiated adenocarcinoma accounted for 53.3%, poorly differentiated adenocarcinoma 54.4%, and undifferentiated adenocarcinoma 1.1%. Postoperative staging: 84.4% of patients were in stages I to III, and 5.6% were in stage IVa. Conclusions: Laparoscopic surgery in the treatment of colorectal cancer has been shown to be feasible and safe, both technically and oncologically. In this study, the detection rate of cancer cells in rectal stump lavage fluid was 1.1%. CRM (+) was 7.8%.

Keywords: Laparoscopic surgery for colorectal cancer treatment, Rectal stump lavage, Cell-block.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tái phát tại chỗ sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng vẫn là thách thức lớn trong ngoại khoa, dù đã có những tiến bộ về kỹ thuật cắt bỏ triệt căn, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng [1], hoá xạ trị trước và sau phẫu thuật [2],[3], tỉ lệ tái phát miệng nối vẫn dao động trong khoảng 10% [1],[4]. Một trong những cơ chế được đề xuất là sự gieo mầm tế bào ác tính từ khối u nguyên phát trong quá trình phẫu thuật, dẫn đến tái phát tại vị trí miệng nối [3]. Xét nghiệm tế bào học dịch rửa mòm trực tràng được xem là phương pháp đơn giản nhằm xác định tế bào ung thư sót lại trong quá trình phẫu thuật, nhưng hiệu quả và giá trị tiên lượng của nó vẫn còn tranh cãi [5]. Nghiên cứu này khảo sát tỉ lệ hiện diện tế bào ác tính trong dịch rửa mòm trực tràng và mối liên hệ với kết quả điều trị, qua đó góp phần xác định vai trò của kỹ thuật này trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại trực tràng (UTĐTT) bao gồm đại tràng Sigma, trực tràng đoạn 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới được điều trị bằng PTNS cắt trước tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 5/2023 đến tháng 6/2025.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đoạn đại trực tràng vị trí tại đại tràng Sigma, trực tràng đoạn 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới. Tổn thương thuộc giai đoạn I, II, III, IV. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** UTĐTT có biến chứng (áp xe, tắc ruột, thủng ruột do u).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiên cứu có phân tích.

- **Cỡ mẫu:** 90 bệnh nhân tính theo công thức tính cỡ mẫu.

- **Phương pháp lấy mẫu:** Sau khi sử dụng Stapler thẳng nội soi, cắt ngang đầu dưới u khoảng 2-5cm, luồn một ống hút đàm kích cỡ 14-16Fr qua trocar 5mm, điều hướng đến vị trí mòm cắt trực tràng đã đóng bằng Stapler. Dùng bơm tiêm 50cc bơm khoảng 100-300ml NaCl 0,9% qua ống hút đàm, bơm rửa toàn bộ khung chậu + mòm cắt. Dẫn lưu toàn

bộ lượng dịch rửa qua ống hút đàm nhờ áp lực của bơm CO₂, đựng vào túi dẫn lưu. Gửi đến phòng xét nghiệm giải phẫu bệnh.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung: tuổi, giới tính. Kết quả điều trị ngắn hạn sau mổ bao gồm thời gian phẫu thuật, biến chứng xì rò miệng nối sau mổ, mô bệnh học bệnh phẩm sau mổ: độ biệt hóa, diện cắt, phân giai đoạn theo TNM. Kết quả xét nghiệm Cell-block dịch tế bào sau mổ.

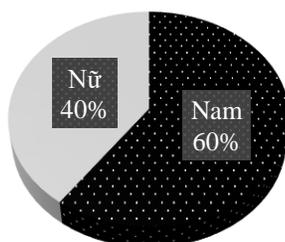
- **Phương pháp thu thập số liệu:** Lập biểu mẫu thu thập dữ liệu, xem xét hồ sơ bệnh án, tiến hành thăm khám và tổng hợp kết quả cận lâm sàng

- **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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung

GIỚI TÍNH



Biểu đồ 1. Giới tính.

Nhận xét: Nghiên cứu có 54 bệnh nhân nam (66%), 36 bệnh nhân nữ (40%). Tỷ lệ nam/nữ: 1,5/1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi	63,07 ± 10,566
Nhỏ nhất	32
Lớn nhất	89
Nhóm tuổi < 46	6,7
Nhóm tuổi 46-60	28,9
Nhóm tuổi >60	64,4

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình được ghi nhận là 63,07 ± 10,566, với độ tuổi lớn nhất là 89 tuổi và nhỏ nhất là 32 tuổi. Trong đó nhóm tuổi dưới 46 tuổi chiếm 6,7% (6 BN), nhóm từ 46 – 60 tuổi chiếm 28,9% (26 BN), nhóm trên 60 tuổi chiếm 64,4% (58 BN).

Kết quả điều trị sớm phẫu thuật nội soi ung thư đại trực tràng

Bảng 2. Các thông số đánh giá kết quả

Kết quả phẫu thuật	
Thời gian phẫu thuật	229,53 ± 52,99 phút (115-360 phút)
Xì rò miệng nổi	5,6%
Thời gian nằm viện	9,08 ± 3,167 ngày (6-32 ngày)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 229,53 ± 52,99 phút, thời gian mổ ngắn nhất là 115,00 phút, thời gian mổ dài nhất là 360,00 phút. Tỷ lệ bệnh nhân xì rò miệng nổi là 5,6%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 9,08 ± 3,167 ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 32 ngày.

3.3. Giải phẫu bệnh sau mổ

Bảng 3. Kết quả mô bệnh học sau mổ

Kết quả mô bệnh học		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Carcinoma tuyến	Không biệt hoá	1	1,1
	Biệt hoá vừa	48	53,3
	Biệt hoá kém	49	54,4
TNM	I-II	49	54,4
	III _a	2	2,2
	III _b	30	33,3
	III _c	4	4,4
	IV _a	5	5,6
Diện cắt CRM	Dương tính	7	7,8
Cell- block	Có tế bào ung thư	1	98,9

Nhận xét: Tỷ lệ u có giải phẫu bệnh sau mổ là Carcinoma tuyến biệt hoá vừa chiếm 53,3% (48 BN), Carcinoma tuyến biệt hoá kém chiếm 54,4 % (49 BN), Carcinoma tuyến không biệt hoá chiếm 1,1% (1 BN). Giai đoạn sau mổ ghi nhận được tỉ lệ bệnh nhân ung thư giai đoạn I -II chiếm 54,4% (49 BN), giai đoạn III_a chiếm 2,2 % (2 BN), giai đoạn III_b chiếm 33,3% (30 BN), giai đoạn III_c chiếm 4,4% (4 BN), giai đoạn IV_a chiếm 5,6% (5 BN). Có 1 trường hợp ghi nhận kết quả Cell-block dịch rửa dương tính (1,1%), 7 trường hợp ghi nhận CRM- diện cắt vòng quanh còn tế bào ung thư chiếm 7,8%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 90 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt trước điều trị ung thư đại trực tràng, tỉ lệ nam/ nữ là 1,5/1, độ tuổi trung bình là 63,07 ± 10,566, với độ tuổi lớn nhất là 89 tuổi và nhỏ nhất là 32 tuổi. Trong đó nhóm tuổi có tỉ lệ mắc bệnh nhiều nhất là nhóm trên 60 tuổi chiếm 64,4% (58 BN). Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với kết quả thống kê của một chương trình sàng lọc tầm soát ung thư đại trực tràng tại Hà Nội năm 2022, thực hiện nội soi đại tràng trên 2278 ca, ghi nhận tỉ lệ phát hiện tổn thương ác tính ở nam giới là 33,8% so với nữ giới là 11,5% [6].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 229,53 ± 52,99 phút, thời gian mổ ngắn nhất là 115,00 phút, thời gian mổ dài nhất là 360,00 phút.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 9,08 ± 3,167 ngày, thời gian nằm viện ngắn nhất là 6 ngày, thời gian nằm viện dài nhất là 32 ngày.. Thời gian mổ có dài hơn so với tác giả Nguyễn Thanh Hùng là 200 ± 51. (80-330) phút, tuy nhiên biến chứng trong mổ lại khác nhau, do ảnh hưởng của nhiều yếu tố như thiết bị, tay nghề.[7]

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, tỉ lệ xì miệng nổi chiếm 5,6% (5BN). Xì miệng nổi là biến chứng hay gặp cho dù nó luôn được lưu ý và đề phòng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp chiếm tỉ lệ 5,6%. Xì miệng nổi sau mổ là biến chứng nặng nề, đe dọa tính mạng bệnh nhân, ảnh hưởng đến kết quả điều trị và kéo dài thời gian điều trị. Tỉ lệ xì miệng nổi của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Phạm Văn Năng với tỉ lệ là 3% [8], và cao hơn nghiên cứu của Đặng Hồng Quân với tỉ lệ là 3,7% [9]. Chúng tôi quyết định phẫu thuật lại, làm sạch khoang bụng, khâu tăng cường miệng nổi, mở hồi tràng ra da, sau đó bệnh nhân ổn và được xuất viện 7 ngày sau đó.

Chúng tôi đã khảo sát trên 90 bệnh nhân làm xét nghiệm dịch rửa tế bào mỡ trực tràng trước khi khâu nối ống tiêu hoá, dịch rửa được lấy hoàn toàn khép kín, đảm bảo an toàn về mặt ung thư học, kết quả cho thấy có 1 trường hợp dịch rửa có tế bào ác tính (1,1%), 89 trường hợp còn lại không ghi nhận tế bào ác tính hay vi khuẩn lạ (98,9%), kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Bình là có 3% trường hợp hiện diện tế bào ung thư trong dịch rửa khoang phúc mạc [10]. Tuy tỉ lệ dương tính thấp nhưng cũng cho thấy được đã có sự rơi vãi tế bào ung thư trong quá trình phẫu thuật, đây là yếu tố tiên lượng quan trọng cũng như hỗ trợ phân giai đoạn bệnh để có thể hoá xạ sau phẫu thuật cho bệnh nhân [11]. Tỉ lệ bệnh nhân có diện cắt còn tế bào ung thư chiếm 7,8% (7 BN), tỉ lệ bệnh nhân có diện cắt sạch tế bào ung thư chiếm 92,2% (83 BN). Đầu tiên, tỉ lệ dương tính trong xét nghiệm dịch rửa và xét nghiệm CRM theo nghiên cứu của chúng tôi là rất thấp (1,1% - 7,8%), đây là giá trị mang lại kết quả khá tích cực trong bước đầu điều trị bệnh lý ung thư đại trực tràng, phương pháp phẫu thuật nội soi cắt trước / trước thấp đảm bảo an toàn về mức độ ung thư học trên >90% bệnh nhân. Tuy vậy tỉ lệ (+) vẫn còn, chứng minh rằng đối với những trường hợp đặc biệt, chẳng hạn u biệt hoá kém, xâm lấn sâu, số lượng hạch di căn, u nằm vị trí thấp, phẫu thuật nội soi vẫn còn gặp khó khăn trong việc cắt trọn/ cắt sạch tổn thương dưới mức độ tế bào.

Năm 2009, tác giả Shoichi Fujii và cộng sự đã cho thấy tỉ lệ tế bào học rửa phúc mạc dương tính ở ung thư đại trực tràng là 1,5% (1/65) trong các trường hợp được phân loại là T1 và T2, 2,8% (4/142) trong các trường hợp T3, 6,5% (4/62) trong các trường hợp T4a và 14,2% (4/14) đối với đoạn T4b [12].

Mặc khác, tỉ lệ dương tính chỉ có 1,1% (1/90) bệnh nhân, cho thấy rằng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng là một phẫu thuật an toàn về mặt ung thư học, lấy sạch tế bào ung thư về cả mặt đại thể lẫn tế bào học.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng được xem là một phương pháp an toàn và khả thi. Kết quả cho thấy tỉ lệ phát hiện tế bào ung thư trong dịch rửa mỡ cắt trực tràng bằng kỹ thuật Cell block là 1,1%, có giá trị về mặt ung thư học. Hạn chế của nghiên cứu bao gồm cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi ngắn và chưa đánh giá được tỉ lệ tái phát trong thời gian dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Heald R. J., Ryall R. D. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. *The Lancet*. 1986. 327(8496), 1479–1482, doi: 10.1016/S0140-6736(86)91510-2.
2. Sauer R., Becker H., Hohenberger W., Rödel C., Wittekind C., *et al.* Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *The New England journal of medicine*. 2004. 351(17), 1731–1740, doi: 10.1056/NEJMoa040694.

3. Goligher J. C., Dukes C. E., Bussey H. J. Local recurrences after sphincter saving excisions for carcinoma of the rectum and rectosigmoid. *British Journal of Surgery*. 1951. 39(155), 199–211, doi: 10.1002/bjs.18003915504
 4. Watanabe T., Muro K., Ajioka Y., Hashiguchi Y., Ito Y., *et al.* Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2016 for the treatment of colorectal cancer. *International journal of clinical oncology*. 2018. 23(1),1–34, doi: 10.1007/s10147-017-1101-6.
 5. Dafnis G., Nordstrom M. Evaluation of the presence of intraluminal cancer cells following rectal washout in rectal cancer surgery. *Techniques in Coloproctology*. 2013. 17(4), 363–369, doi: 10.1007/s10151-012-0924-4.
 6. Tran Chi Thi-Du, Nguyen Mai Vu-Tuyet, Tran Mo Thi, Tuong Thuy Thi-Van, Tran Quang Hong, *et al.* Findings from the first colorectal cancer screening among 103 542 individuals in Vietnam with systematic review of colorectal cancer screening programs in Asia-Pacific region. *Japanese journal of clinical oncology*. 2022. 52(7), 707–715, doi: 10.1093/jjco/hyac043.
 7. Nguyễn Thanh Hùng. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng tại bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023. 58, 14–19, doi: 10.58490/ctump.2023i58.687.
 8. Phạm Văn Năng. Phẫu thuật cắt đại trực tràng nội soi trong điều trị ung thư đại-trực tràng. *Y học thực hành*. 2014. 928(8), 172–174..
 9. Đặng Hồng Quân, Phạm Văn Năng. 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*. 2020. 29, 143–149
 10. Phạm Văn Bình, Nguyễn Đình Thạch, Trần Đình Tân, Phan Hữu Huỳnh, Phạm Vũ Minh Hoàng. Đánh giá kết quả phân tích tế bào học dịch rửa khoang phúc mạc trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 524(1B), 21–25, doi: 10.51298/vmj.v524i1B.4718.
 11. Colorectal Cancer Collaborative Group. Adjuvant radiotherapy for rectal cancer: a systematic overview of 8,507 patients from 22 randomised trials. *Lancet*. 2001. 358, 1291–1304, doi: 10.1016/S0140-6736(01)06409-1.
 12. Fujii S., Shimada H., Yamagishi S., *et al.* Evaluation of intraperitoneal lavage cytology before colorectal cancer resection. *Int J Colorectal Dis*. 2009. 24(8), 907–914, doi: 10.1007/s00384-009-0733-z.
-