

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG ĐOẠN THẤP BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT LIÊN CƠ THẮT

Nguyễn Ngọc Sơn*, Nguyễn Văn Lâm, Lê Thanh Hùng

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: nnson1510@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt liên cơ thắt được mô tả bởi Schiessel vào đầu những năm 1990 để bảo tồn cơ thắt thay thế cho phẫu thuật Miles. Từ đó đã có rất nhiều nghiên cứu về phương pháp này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả ngắn hạn về mặt ung thư học và chức năng của hậu môn sau phẫu thuật nội soi cắt liên cơ thắt (LISR: Laparoscopic Intersphincteric Resection) điều trị ung thư trực tràng đoạn thấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 31 bệnh nhân ung thư trực tràng đoạn thấp, được phẫu thuật LISR với “no stoma” tại Bệnh viện ĐHYD Cần Thơ và bệnh viện ĐKTU Cần Thơ từ 03/2019-03/2021. Kết quả ngắn hạn về mặt ung thư học (cắt lạnh, CRM và diện cắt dưới) và chức năng (tiêu gập, tần số đại tiện và điểm Wexner) đã được nghiên cứu và theo dõi trong 24 tháng. **Kết quả:** Không có trường hợp tử vong trong 30 ngày sau phẫu thuật. Biến chứng sau mổ: nhiễm trùng vết mổ và hẹp miệng nối gập ở 6,5% bệnh nhân, 3,2% bệnh nhân bị áp xe vùng chậu. Diện cắt R0 đạt 93,5%, tái phát tại chỗ (buồng trứng và miệng nối) xuất hiện ở hai bệnh nhân lần lượt sau phẫu thuật 6 tháng và 12 tháng. Điểm Wexner trung bình đạt 12 và 11 lần lượt ở tháng 6 và 12, số lần đại tiện trung bình 4,5 lần. 2(6,5%) bệnh nhân phát hiện di căn gan tại thời điểm tháng 3 sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật LISR có thể thay thế tốt cho phẫu thuật Miles trong điều trị ung thư trực tràng đoạn thấp khi bệnh nhân được lựa chọn cẩn thận. Kết quả về mặt ung thư học khá tốt và có thể so sánh với phẫu thuật Miles và cắt

trước thấp. Còn kết quả về mặt chức năng sau LISR là không tối ưu nhưng có thể chấp nhận được.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, cắt liên cơ thắt, LISR, ung thư trực tràng, phẫu thuật Miles, cắt trước thấp.

ABSTRACT

THE PRIMARY RESULTS OF INTERSPHINCTERIC RESECTION IN PATIENTS WITH ULTRALOW RECTAL CANCER

Nguyen Ngoc Son*, Nguyen Van Lam, Le Thanh Hung

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: The intersphincteric resection technique (ISR) was developed by Schiessel in the early 1990s as a sphincter-preserving alternative for the Miles' procedure. Since the first description of this surgical procedure, various institutions published this technique. **Objectives:** The aim of this study was to evaluate the short-term oncological and functional outcomes in low rectal cancer patients who underwent LISR. **Materials and methods:** A cross-sectional study included 31 low rectal cancer patients that were treated with laparoscopic ISR with "no stoma" from 03/2019-03/2021. Perioperative and short-term functional (fecal urgency, defecation frequency and Wexner score) and oncological (cryosection, CRM và resection margin) outcomes were investigated and followed up within 24 months. **Results:** No mortality occurred within 30 days postoperatively. Early complications: 6.5% of patients had wound infection, 6.5% patients had anastomotic stenosis and 3.2% patients had pelvic abscesses. R0 resection was achieved in 93.5% of the cases, one had local recurrence (ovary) 6 months after surgery and the other one had anastomotic recurrence 12 months after surgery. Mean Wexner incontinence score was 12 and 11 at 6 and 12 months, respectively, the mean number of bowel movements per day after ISR was 4.5. Two patients had liver metastasis after 3 months. **Conclusion:** Laparoscopic ISR can be a good alternative for APR in the treatment of very low rectal cancer when patients are chosen carefully. Oncological outcomes are good and comparable with those after Miles' procedure and low anterior resection. Functional outcomes following LISR are suboptimal but acceptable.

Keywords: Laparoscopic surgery, intersphincteric resection, LISR, rectal cancer, Miles' procedure, low anterior resection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật luôn là phương pháp quan trọng nhất trong điều trị ung thư trực tràng, đây là phương pháp giúp bệnh nhân chữa khỏi và kiểm soát bệnh tại chỗ [8], [9]. Phương pháp phẫu thuật truyền thống đối với khối u trực tràng đoạn thấp là cắt trực tràng ngã bụng và tầng sinh môn được Miles báo cáo đầu tiên vào đầu thế kỉ 20, mặc dù phương pháp này có tỷ lệ sống cao và tỷ lệ tái phát thấp nhưng bệnh nhân phải chịu những tổn thất về tâm lý và xã hội liên quan đến hậu môn nhân tạo vĩnh viễn [2], [8]. Hiện nay với sự phát triển của phẫu thuật nội soi và các kỹ thuật tốt hơn, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME: Total Mesorectal excision) kết hợp với các dụng cụ khâu nối tự động khiến phẫu thuật bảo tồn cơ thắt được chú trọng kèm theo hiểu biết tốt hơn về sự lan rộng của khối u [9] và quan niệm hóa xạ trị tân hỗ trợ [4]. Năm 1994, Schiessel [10] mô tả kỹ thuật cắt liên cơ thắt (ISR: Intersphincteric Resection), mở rộng diện cắt trực tràng vào khoang giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài. ISR tiếp cận đồng thời ngã bụng và tầng sinh môn với TME, cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ cơ thắt trong và sau đó nối đại tràng - ống hậu môn bằng tay [1]. Phẫu thuật này có thể điều trị cho những khối u cách rìa từ 1 - 2 cm [9], mà không cần để hậu môn nhân tạo vĩnh viễn. Tuy nhiên, phương pháp này cũng có nguy cơ rủi ro, đặc biệt là xì rò miệng nối và chức năng đại tiện. Một rủi ro tiềm ẩn khác của ISR là khi khối u quá sát rìa hậu môn

khuyến cho R0 không được đảm bảo dẫn đến tái phát tại chỗ [8], [9]. Từ khi Schiessel mô tả ISR năm 1994 thì đã có rất nhiều nghiên cứu đánh giá về ung thư học và chức năng. Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá kết quả ngắn hạn về mặt ung thư học và chức năng của hậu môn sau phẫu thuật nội soi cắt liên cơ thắt trong điều trị ung thư trực tràng thấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ 03/2019 đến 03/2021, có 31 bệnh nhân ung thư trực tràng đoạn thấp (≤ 6 cm) được phẫu thuật nội soi cắt liên cơ thắt tại Bệnh viện ĐHYD Cần Thơ và Bệnh viện ĐKTU Cần Thơ. Tất cả bệnh nhân đều được đánh giá lâm sàng, nội soi sinh thiết, CT Scan hoặc MRI trước mổ, khám lâm sàng và có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân phải thỏa các điều kiện sau:

- + Được chẩn đoán xác định ung thư trực tràng.
- + Khối u cách rìa hậu môn ≤ 6 cm, u giai đoạn T1 - T4 và di động.
- + Được phẫu thuật điều trị triệt để ung thư trực tràng đoạn thấp bằng phương pháp

cắt liên cơ thắt qua nội soi.

+ Bệnh nhân được giải thích và đồng ý phẫu thuật.

+ Đủ hồ sơ bệnh án và thông tin sau mổ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ**

+ Ung thư trực tràng xâm lấn cơ nâng hậu môn hoặc cơ thắt ngoài.

+ Ung thư trực tràng quá lớn, diện cắt dưới không đảm bảo.

+ Ung thư trực tràng gây biến chứng như viêm phúc mạc hoặc tắc ruột.

+ Ung thư trực tràng đoạn thấp trên bệnh nhân đa polyp tuyến gia đình (FAP) hoặc ung thư đại trực tràng di truyền không polyp (HNPCC).

+ Ung thư trực tràng đồng phát, ung thư trực tràng tái phát hoặc di căn xa.

+ Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật nội soi: rối loạn đông máu, bệnh phổi mạn tính (khí phế thũng, hen phế quản), bệnh tim mạch (bệnh mạch vành, bệnh van tim).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang, mô tả loạt ca.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Cỡ mẫu nghiên cứu là 31 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các bệnh nhân thỏa các tiêu chí chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu, vào viện được bác sĩ hỏi bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng, thăm hậu môn bằng tay để phát hiện và đánh giá u trực tràng. Sau đó cho làm các xét nghiệm cận lâm sàng để đánh giá xâm lấn và di căn của khối u, và CLVT bụng chậu có cản quang hoặc MRI.

- **Nội dung nghiên cứu**

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới, BMI, nghề nghiệp, tỷ lệ nam: nữ, lí do vào viện.

+ Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng lâm sàng, thăm khám trực tràng đánh giá khối u (sờ được khối u, độ di động, khoảng cách từ bờ dưới u đến rìa hậu môn, vị trí khối u).

+ Đặc điểm cận lâm sàng: nội soi đại tràng, CLVT hoặc MRI, X-quang phổi, CEA.

+ Kết quả điều trị: thời gian phẫu thuật, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, mức độ đau sau mổ, tần suất đại tiện trong 24 giờ, điểm Wexner, thời gian nằm viện sau mổ.

+ Kết quả về mặt ung thư học, kết quả về mặt chức năng, tái phát sau mổ.

- **Phân tích số liệu:** Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

- **Phương pháp phẫu thuật:** Qua ngã bụng và ngã hậu môn

Ngã bụng được thực hiện qua nội soi. Bệnh nhân nằm tư thế Trendelenburg, dạng 2

chân. Vào bụng bằng 4 trocars. Thất bố mạch mạc treo tràng dưới tận gốc. Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng và bảo tồn thân kinh hạ vị. Giải phóng đại tràng sigma, đại tràng xuống và di động toàn bộ trực tràng đến sàn chậu mức thấp nhất có thể được (qua cơ nâng hậu môn và thầy cơ thất hậu môn).

Ngả hậu môn: Cắt liên cơ thất (cắt một phần, gần toàn bộ hay toàn bộ cơ thất trong), sau đó theo mặt phẳng này đi lên cho đến khi gặp mặt phẳng phẫu tích ngả bụng. Kéo trực tràng mang u qua ngả hậu môn, cắt đoạn ruột mang u, mặt cắt cách khối u ít nhất 2 cm, nối đại tràng ống hậu môn tận - tận 2 lớp bằng tay. Trong trường hợp u lớn hơn đường kính ống hậu môn không thể lấy u qua ngả hậu môn, mở đường mổ nhỏ lấy u qua ngả bụng. Không mở hồi tràng ra da mà đặt dẫn lưu ra tầng sinh môn trong tất cả các trường hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 31 bệnh nhân thỏa yêu cầu chọn bệnh, trong đó có 18 nam (58,1%) và 13 nữ (41,9%), tuổi trung bình là $56,26 \pm 11,2$ tuổi với trẻ nhất là 24 tuổi và cao nhất là 74 tuổi. Giải phẫu bệnh 100% carcinôm tuyến trực tràng.

Bảng 1. Giai đoạn khối u theo T

T	T1	T2	T3	T4
Số bệnh nhân	0	2	7	22

Nhận xét: Giai đoạn T3 chiếm 7 (22,6%) bệnh nhân và 22 (71%) trường hợp giai đoạn T4. Thời gian mổ trung bình là $216 \pm 62,2$ phút, không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Khoảng cách cắt dưới khối u trung bình là $2,9 \pm 0,89$ cm. Lượng máu mất không đáng kể, có một bệnh nhân phải truyền một đơn vị máu 250ml. Không có trường hợp tử vong trong và sau phẫu thuật 30 ngày, diện cắt dưới không còn tế bào ung thư trong 93,5% trường hợp. Hầu hết bệnh nhân có điểm VAS khá thấp trong mổ nội soi, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $9,29 \pm 1,95$ ngày. Có 4 trường hợp (12,9%) đã tử vong.

Bảng 2. Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng vết mổ	2	6,5%
Hẹp miệng nối	2	6,5%
Áp xe vùng chậu	1	3,2%

Nhận xét: Nhiễm trùng vết mổ và hẹp miệng nối đều gặp ở 6,5% bệnh nhân, 3,2% bệnh nhân áp xe khung chậu.

Bảng 3. Biến chứng muộn

	Số BN	Tỷ lệ %
Tái phát tại chỗ	2	6,5%
Di căn xa	2	6,5%

Nhận xét: Tái phát tại chỗ gặp ở 6,5% bệnh nhân, 6,5% bệnh nhân phát hiện di căn xa. Chức năng hậu môn trực tràng được đánh giá tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng như bảng 4.

Bảng 4. Trung bình số lần đại tiện và điểm Wexner

Tháng	Giá trị trung bình	
	Số lần đại tiện	Điểm Wexner
Tháng thứ 1	6	15
Tháng thứ 3	5,4	14
Tháng thứ 6	4,8	12
Tháng thứ 12	4,3	11

Nhận xét: Số lần đại tiện và điềm Wexner giảm từ 6 xuống 4,3 lần và 15 xuống 11 sau 12 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư trực tràng là bệnh lý thường gặp trong ung thư đường tiêu hóa và chiếm tỷ lệ cao, thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình $56,26 \pm 11,2$ tuổi (trẻ nhất là 24 tuổi, già nhất 74 tuổi). Nhóm tuổi hầu hết là từ 40 đến 70 tuổi chiếm tỷ lệ 80,6%, độ tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ 6,5%. Số liệu này tương đương với nghiên cứu của Trần Thiện Hòa [2], thấp hơn của Nguyễn Hoàng Bắc, Trương Vĩnh Quý [3], Depuydt B [8] và cao hơn của Lâm Việt Trung [12]. Bên cạnh đó cũng xuất hiện bệnh nhân trẻ tuổi (không có yếu tố gia đình) gợi ý môi trường và thói quen ăn uống của người dân đang thay đổi trong thời gian gần đây. Đặc điểm về giới tính, đặc biệt về mặt chức năng tình dục. Đây là vấn đề được đề cập đến nhiều ở nam giới sau phẫu thuật cắt trực tràng. Hầu hết các nghiên cứu có tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới từ 1,5 đến 2,0. Nghiên cứu của chúng tôi là 1,38:1 (nam chiếm 58,1%), thấp hơn ở một số nghiên cứu. Số liệu của chúng tôi cao hơn Trương Vĩnh Quý [3] có 53,8% là nam giới, tỷ lệ nam/nữ = 1,17. Depuydt B [8] nghiên cứu kết quả về mặt ung thư học và chức năng cơ thắt sau phẫu thuật ISR có 67,2% là nam giới (969 nam so với 472 nữ). Cũng theo nghiên cứu giải thích do việc khung chậu ở nam giới khá hẹp, béo phì và cơ sàn chậu ít di động. Vì thế việc thực hiện cắt trước thấp khá khó khăn.

Nghiên cứu của chúng tôi có 71% trường hợp giai đoạn T4 và đến thời điểm hiện tại thì chỉ có duy nhất 1 trường hợp tái phát và sẽ tiếp tục theo dõi, vì thế chỉ định ISR cho giai đoạn T4 là khả thi và an toàn về ung thư học. Phải đánh giá chính xác giai đoạn bệnh trước mổ bao gồm khảo sát mức độ xâm lấn xuyên thành, xâm lấn cơ thắt. Trước đây có ý kiến cho rằng ung thư biệt hóa kém là chống chỉ định vì nguy cơ tái phát rất cao, nhưng nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2(6,5%) trường hợp tái phát tại chỗ với ung thư biệt hóa vừa. Vì thế chỉ định ISR là khả thi và an toàn về ung thư học [9], [11]. Phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng nhằm 2 mục tiêu chính: Khôi bệnh và cải thiện chất lượng cuộc sống sau mổ (chủ yếu là chức năng hậu môn trực tràng) [2], [7], [9]. Nguyên tắc của phẫu thuật ISR phải đảm bảo an toàn về mặt ung thư học, nối đại tràng - ống hậu môn thường đi kèm với suy giảm chức năng hậu môn trực tràng, nhưng với một số bệnh nhân vẫn dễ dàng chấp nhận hơn là hậu môn nhân tạo vĩnh viễn. Phẫu thuật nội soi giúp TME một cách dễ dàng, nhất là ở những khung chậu hẹp và dài, kèm theo kéo bệnh phẩm qua ngã hậu môn nên hậu phẫu bệnh nhân ít đau, tránh đường mổ bụng [6], phục hồi nhanh. Vì thế hiện nay xu hướng thế giới là phẫu thuật nội soi và rô bốt [9]. Trong những thập niên gần đây, sự phát triển của phẫu thuật nội soi với những kỹ thuật ngày càng được chuẩn hóa thì thời gian ngày càng được rút ngắn. Ưu điểm là phục hồi sức khỏe sớm, ít đau cùng với rút ngắn thời gian phẫu thuật giúp giảm những tai biến cũng như chi phí trong cuộc phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật còn tùy thuộc vào kỹ năng của phẫu thuật viên, phương pháp phẫu thuật và tính chất của khối u [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phẫu thuật trung bình là 216 phút, gần tương đương với Lâm Việt Trung [12] nghiên cứu 39 bệnh nhân với thời gian phẫu thuật là 196 phút. Trong LISR đối với ung thư trực tràng thấp có nhiều kỹ thuật khó khăn hơn do vị trí u nằm thấp, vấn đề tiếp cận vào vùng thấp của khung chậu gặp khó khăn, nhất là bệnh nhân nam với khung chậu hẹp hoặc béo phì kèm theo kỹ thuật để bảo tồn được cơ thắt cần thực hiện một cách tỉ mỉ, cẩn thận.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 31 bệnh nhân với khoảng cách cắt dưới u trung bình 2,9 cm. Trong đó, kết quả trong mổ đo khoảng cách cắt dưới u 1 đến 2 cm chiếm 6,5%, từ 2 đến dưới 3 cm chiếm 22,6%, ≥ 3 cm chiếm 71%. Kết quả hầu hết khoảng cách cắt

dưới u đủ an toàn, tương tự như các nghiên cứu của các tác giả khác. Chúng tôi chỉ định dựa vào nhiều yếu tố, khoảng cách cắt dưới u trong các nhóm phẫu thuật đều đảm bảo ≥ 1 cm, đảm bảo nguyên tắc cắt dưới khối u trong chỉ định bảo tồn cơ thắt. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn Kazuo Shirouzu [11] với khoảng cách cắt dưới u dao động từ 12 - 30mm. Nguyên nhân là do việc xác định bờ an toàn (đa số không có sinh thiết tức thì) nên cần phải có sự an toàn cho diện cắt. Lợi ích của phẫu thuật nội soi đã được khẳng định trên nhiều bài báo: phục hồi sức khỏe sớm, tỷ lệ nhiễm trùng thấp, thời gian nằm viện ngắn hơn so với phẫu thuật kinh điển. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 9,29 ngày thấp hơn so với các tác giả: Trương Vĩnh Quý nghiên cứu 52 bệnh nhân trải qua phẫu thuật bảo tồn cơ thắt với thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 11,8 ngày [3].

Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp tử vong trong 30 ngày sau mổ, tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ là 16,1% trường hợp, cụ thể là nhiễm trùng vết mổ là 6,5% bệnh nhân, hẹp miệng nối 2(6,5%) và áp xe vùng chậu 1(3,2%). Tất cả các bệnh nhân đều được điều trị nội khoa. Theo báo cáo của Lâm Việt Trung thì không có tỷ lệ tử vong sau mổ 30 ngày, có 2 trường hợp xì miệng nối và 1 trường hợp hẹp miệng nối. Nghiên cứu của In J.P (2018) [9] cho thấy tỷ lệ tử vong chung và biến chứng lần lượt là 0 - 5% và 7,7 - 32%, trong đó tỷ lệ xì miệng nối là 16% trường hợp mặc dù rất hiếm bệnh nhân phải phẫu thuật lại. Tỷ lệ hẹp hậu môn là 3,1 - 16% mà yếu tố nguy cơ là rò miệng nối, thiếu máu, giới nam hoặc xạ trị sau phẫu thuật. Các biến chứng khác như nhiễm trùng vết mổ, chảy máu và tắc ruột gặp ở 7 - 31% bệnh nhân. Qua những biến chứng được đưa ra làm bằng chứng trong phẫu thuật bảo tồn cơ thắt đối với ung thư trực tràng thấp. Thì việc thực hiện các kỹ thuật bảo đảm được kết quả an toàn trong và sau mổ.

Kiểm soát tại chỗ là một trong những mục tiêu quan trọng nhất về mặt ung thư. Nghiên cứu chúng tôi có 2 trường hợp diện cắt dưới còn tế bào ung thư, R0 đạt 93,5%. Trong 16 bệnh nhân làm CRM thì có 37,5% bệnh nhân có kết quả dương tính. Nghiên cứu chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Kazuo Shirouzu [11] với tỷ lệ R0 đạt 95-96,4%, CRM (+) là 4-19,6%. Tác giả cho rằng việc đánh giá chính xác sự xâm lấn của khối u vào các cấu trúc của ống hậu môn là điều cần thiết để đạt được CRM (-). Tỷ lệ tái phát tại chỗ theo In J.P [9] là 4-13% và khác biệt không có ý nghĩa so với phẫu thuật Miles và cắt trước thấp. Tác giả cũng thấy việc mở rộng diện cắt dưới không ảnh hưởng đến tái phát tại chỗ, quan trọng là CRM đạt âm tính. Nghiên cứu của chúng tôi có 2 (6,5%) trường hợp tái phát tại chỗ, và nhận thấy kết quả ban đầu chấp nhận được, tuy nhiên cần phải có cỡ mẫu lớn hơn để có thể đánh giá chính xác hơn. Chất lượng cuộc sống sau mổ mà chủ yếu là chức năng hậu môn trực tràng vẫn là một vấn đề rất lớn, đối với miệng nối càng thấp thì tỷ lệ đại tiện khẩn cấp, mất kiểm soát đại tiện, són phân, đại tiện nhiều lần càng cao. Nguyên nhân chủ yếu do tổn thương cơ thắt hậu môn, mất hồ chứa phân, tổn thương thần kinh trong TME. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trung bình số lần đại tiện của bệnh nhân của bệnh nhân ở tháng 1 là 6 lần và giảm xuống 4 lần ở tháng 12, điểm Wexner lần lượt là 15 và 11. Có nhiều phương pháp để hỗ trợ chức năng hậu môn trực tràng cho bệnh nhân sau mổ, chúng tôi đã hướng dẫn cách ăn uống ít chất xơ, tập cơ vùng chậu, sử dụng thuốc làm đặc phân cho bệnh nhân và đạt được kết quả khả quan. Một số tác giả có nghiên cứu tác dụng của túi chứa trực tràng (J-pouch) [2], [9] giúp tăng thể tích trực tràng và làm giảm nhu động ruột giúp tăng chất lượng chức năng hậu môn trực tràng, nhưng phương pháp này chỉ có tác dụng ngắn hạn còn tác dụng dài hạn thì khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của chúng tôi thực hiện nối tận không làm túi chứa và nhận thấy chức năng hậu môn trực tràng cải thiện tốt theo thời gian, tỷ lệ bệnh nhân hài lòng cao. Một hạn chế của nghiên

cứu này là số lượng bệnh nhân đủ điều kiện để nghiên cứu khá hạn chế, có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tính khả thi của quy trình và kết quả phẫu thuật nhưng lựa chọn bệnh nhân là tối quan trọng. Chúng tôi sử dụng thang điểm Wexner để đánh giá chức năng cơ vòng, mặc dù có rất nhiều thang điểm khác đánh giá tốt hơn (thang điểm Rothenberger, Vaizay, FISI) nhưng chúng tôi thấy rằng thang điểm Wexner là dễ sử dụng nhất. Ngoài ra còn có nhiều phương pháp để đánh giá chính xác hơn như hệ thống đo áp lực hậu môn trực tràng (đánh giá MBP, MSP, RAIR), hệ thống đánh giá động học và chức năng của cơ vòng hậu môn trực tràng đồng thời mô tả được dòng chảy tự nhiên của phân. Việc theo dõi ngắn hạn là một hạn chế khác của nghiên cứu chúng tôi, vì thế kết quả chỉ là tạm thời và cần theo dõi tiếp tục.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt liên cơ thắt điều trị ung thư trực tràng đoạn thấp là khả thi, an toàn và có kết quả ngắn hạn khả quan, là một sự thay thế tốt cho phẫu thuật Miles.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc, (2018), Phẫu thuật nội soi Đại Trục Tràng, Nhà xuất bản Y học, tr. 131-147.
2. Trần Thiện Hòa, Đỗ Minh Hùng, Nguyễn Hải Đăng, Văn Tần, (2012), "Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt trực tràng thấp với miệng nối đại tràng – hậu môn khâu tay qua đường hậu môn có bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng thấp", *Y Học TP Hồ Chí Minh*, 16 (1), tr.147-151.
3. Trương Vĩnh Quý, (2018), 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 Y học, Đại học y dược Huế, tr.74-100.
4. Nguyễn Hữu Thịnh, (2020), Ung thư trực tràng tiền bộ trong chẩn đoán & điều trị, Nhà xuất bản Y học, tr. 169-175.
5. Nguyễn Văn Tuấn, (2014), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật nội soi cắt trước cực thấp trong ung thư trực tràng tại Cần Thơ, Luận văn Cao học, Đại học Y Dược Cần Thơ, tr.4-31.
6. Bianco F, Belli A, De Franciscis S, Falato A, *et al.* (2016), "'Scarless" and no-stoma surgery for low rectal cancer: the laparoscopic pull-through delayed "high" colo-anal anastomosis", *Updates Surg*, 68 (1), pp.99-104.
7. Courtney M. Townsend Jr., R. D. Beauchamp, B. M. Evers, K. L. Mattox, (2022), *Sphincter-Sparing Surgery Procedure for Low Rectal Cancers*, "chapter 52: Colon and rectum", Sabiston Textbook of Surgery, 21th ed., pp.1382-1384.
8. Depuydt B, (2015), Oncological and functional outcome of intersphincteric resection and coloanal anastomosis for very low rectal cancer, *Master of Medicine, Faculty of Medicine And Health Sciences, Universiteit Gent*, pp.9-13.
9. Park I J, Kim J C, (2018), "Intersphincteric Resection for Patients With Low-Lying Rectal Cancer: Oncological and Functional Outcomes", *Ann Coloproctol*, 34 (4), pp.167-174.
10. Schiessel R, Karner-Hanusch J, Herbst F, Teleky B, *et al.* (1994), "Intersphincteric resection for low rectal tumours", *Br J Surg*, 81 (9), pp.1376-1378.
11. Shirouzu K, Murakami N, Akagi Y, (2017), "Intersphincteric resection for very low rectal cancer: A review of the updated literature", *Ann Gastroenterol Surg*, 1 (1), pp.24-32.
12. Trung L V, Duc T V, Loc N V V, Tien T P D, *et al.* (2021), "Laparoscopic intersphincteric resection with hand-sewn coloanal anastomosis in the treatment of low rectal cancer: 10-year experience", *European Surgery*.

(Ngày nhận bài: 16/7/2021 - Ngày duyệt đăng: 21/8/2021)
