

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MỜ CẮT TOÀN BỘ MẠC TREO ĐẠI TRÀNG, ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN II-III, TẠI BỆNH VIỆN K

ThS. CHỦ QUỐC HOÀN, TS. NGUYỄN TIẾN QUANG

PGS.TS. NGUYỄN VĂN HIẾU - Bệnh viện K

Phản biện khoa học: (1) GS.TS. LÊ TRUNG HẢI

(2) PGS.TS. NGUYỄN VĂN XUYỀN

TÓM TẮT: Nghiên cứu bước đầu kết quả phẫu thuật mờ, cắt toàn bộ mạc treo đại tràng, điều trị ung thư đại tràng giai đoạn II-III, tại Bệnh viện K, từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2018.

Kết quả: Thời gian phẫu thuật trung bình $121,7 \pm 16,9$ phút, thời gian trung tiện trung bình sau phẫu thuật $3,5 \pm 0,5$ ngày, thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật $8,7 \pm 1,1$ ngày. Chiều dài đoạn ruột cắt trung bình $31,2 \pm 2,4$ cm, diện cắt trên trung bình 12,8 cm, diện cắt dưới trung bình 9,9 cm. Số lượng hạch vét trung bình là $30,9 \pm 19,3$ hạch (hạch chằng 1 trung bình 12,3 hạch, hạch chằng 2 trung bình 8,9 hạch, hạch chằng 3 trung bình 5,6 hạch, hạch N2O-2A là 4,1 hạch). Gặp 1 bệnh nhân nhồi máu phổi sau mổ (can thiệp lấy huyết khối, ổn định sau 17 ngày); 2 bệnh nhân viêm phổi và rối loạn nhịp tim (bệnh nhân có bệnh lý hô hấp và tim mạch trước đó, điều trị nội khoa ổn định). Không bệnh nhân nào biến chứng chảy máu sau mổ, rò miệng nối, hẹp miệng nối, chảy máu miệng nối sau mổ. Thời gian theo dõi trung bình đến thời điểm hiện tại là 25,1 tháng, chưa ghi nhận trường hợp tái phát hoặc tử vong. Theo dõi trung bình sau phẫu thuật 25,1 tháng, bước đầu thấy tỉ lệ sống thêm không bệnh 3 năm chiếm 98,0% và sống thêm toàn bộ 3 năm là 100%.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng, sống thêm không bệnh.

ABSTRACT: Describe the first result of open surgery, complete mesocolic excision in stage II, III colon cancer treatment at K hospital, from 1/2017 to 12/2018.

Result: The average surgery time was 121.7 ± 16.9 minutes, the time to first flatus was 3.5 ± 0.5 days, the length of hospital stay was 8.7 ± 1.1 days. The average specimen length was 31.2 ± 2.4 cm, the proximal resection margin was 12.8 cm, the distal resection margin was 9.9 cm. The median number of examined lymph nodes was 30.9 ± 19.3 (the number of lymph nodes in D1 was 12.3, lymph nodes in D2 was 8.9, lymph nodes in D3 was 5.6 lymph nodes and N2O-2A lymph nodes were 4.1 nodes). One patient with postoperative pulmonary infarction (intervened to remove blood clotting, postoperative stabilized after 17 days); 2 patients had pneumonia and arrhythmia after surgery (all of them had history cardiopulmonary disease and stabilized after medical treatment). There were no complications such as postoperative bleeding, anastomotic leak or narrow. The average follow-up to the present time is 25.1 months, no cases of relapse or death have been recorded; the 3-year disease free survival and overall survival was 98% and 100%.

Keyword: Colon cancer, complete mesocolic excision, disease free survival.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Chủ Quốc Hoàn, Email: quochoan201087@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/02/2020; mời phản biện khoa học: 3/2020; chấp nhận đăng: 31/3/2020.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Theo thống kê của GLOBOCAN 2018, ung thư đại trực tràng là bệnh lý ung thư thường gặp, đứng hàng thứ 4 sau ung thư phổi, vú, tiền liệt tuyến trên toàn thế giới. Bệnh gây nên bởi sự phát triển bất thường của các tế bào có khả năng xâm lấn hoặc lan rộng ra các bộ phận khác của cơ thể; tỉ lệ mới mắc hằng năm khoảng 13,4/100.000 dân (gần 1.100.000 ca, chiếm 6,1% tất cả các loại ung thư), trong đó có hơn 550.000 ca tử vong (chiếm 5,8% số ca tử vong do ung thư). Tại Việt Nam, mỗi năm có hơn 14.000 ca mới mắc và hơn 7.800 ca tử vong do ung thư đại trực tràng, đứng hàng thứ 4 ở nam giới, thứ 5 ở nữ giới, thứ 5 ở cả 2 giới sau ung thư gan, phổi, dạ dày và vú.

Ung thư đại tràng (UTĐT) có biểu hiện lâm sàng kín đáo, nên khi phát hiện bệnh thường đã ở giai đoạn muộn. Tại Việt Nam, các biện pháp sàng lọc phát hiện sớm UTĐT chưa được áp dụng rộng rãi, việc chẩn đoán xác định bệnh chủ yếu dựa vào nội soi, sinh thiết làm giải phẫu bệnh; chẩn đoán giai đoạn bệnh sử dụng CT.scan và các biện pháp thăm dò chẩn đoán hình ảnh khác. Với UTĐT giai đoạn tại chỗ, tại vùng (giai đoạn sớm), điều trị phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất, hóa trị có vai trò hỗ trợ sau phẫu thuật (xạ trị ít có vai trò với UTĐT giai đoạn này) [2]. Phẫu thuật triệt căn UTĐT bảo đảm cắt rộng khối u và vét hạch vùng rộng rãi là nguyên tắc căn bản. Tuy nhiên, mức độ

vết hạch đến đâu là đủ vẫn chưa thống nhất trên toàn thế giới. Tại Nhật Bản, với những tổn thương tại chỗ đánh giá T3-T4 hoặc hạch nghi di căn, chỉ định vết hạch D3 hệ thống là quan điểm thống nhất, mang lại kết quả sống thêm không bệnh (disease free survival), sống thêm toàn bộ (overall survival) cho bệnh nhân (BN) UTĐT giai đoạn II, III [3]. Nghiên cứu của Hohenberg (2009) trên cơ sở phôi thai học, mô học, giải phẫu và chuẩn hóa kỹ thuật vết hạch trong phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (Complete mesocolic excision - CME), thực hiện trên 1.329 BN cho kết quả tốt (giảm tỉ lệ tái phát tại chỗ và tăng tỉ lệ sống thêm không bệnh) [4]. Về cơ bản, phương pháp vết hạch D3 gần tương tự phương pháp CME. So với các kỹ thuật vết hạch D2 hoặc trước đây, CME giảm thiểu tỉ lệ tái phát tại chỗ, tại vùng, đặc biệt là tái phát hạch tại vị trí gốc bó mạc treo tràng trên hoặc mạc treo tràng dưới, do cắt mạc treo rộng hơn, cắt đoạn ruột dài hơn và lấy được số lượng hạch tối ưu nhưng không làm tăng nguy cơ biến chứng trong phẫu thuật và hậu phẫu. Tại Bệnh viện K, chúng tôi gặp khá nhiều trường hợp tái phát hạch gốc mạc treo sau phẫu thuật UTĐT, nên quan điểm về CME được đưa vào phẫu thuật UTĐT, nhưng chưa có báo cáo thống kê tính an toàn về ngoại khoa và kết quả điều trị học ung thư.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật CME trong điều trị UTĐT giai đoạn II, III, tại Bệnh viện K.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

50 BN chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến đại tràng giai đoạn II, III, được phẫu thuật mở, cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (phải hoặc trái tùy vị trí tổn thương), tại Khoa Điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện K, từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2018.

Loại trừ BN có bệnh lý ung thư khác, BN tử vong trong quá trình theo dõi do bệnh lý khác, BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu kết hợp tiền cứu mô tả.

- Cơ mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm BN: tuổi, giới tính, triệu chứng lâm sàng, giai đoạn bệnh, loại hình phẫu thuật (cấp cứu hay theo kế hoạch).

+ Kết quả điều trị: thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, số lượng hạch vét, tai biến-biến chứng trong và sau mổ; thời gian sống thêm không bệnh (từ khi BN được phẫu thuật cắt hết tổn thương đạt diện cắt R0 đến khi phát hiện tổn

thương tái phát); thời gian sống thêm toàn bộ (từ khi BN được phẫu thuật đến khi tử vong do ung thư).

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: các nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh lợi ích của phẫu thuật CME trong điều trị UTĐT; đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức Bệnh viện K.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 2.1, so sánh các biến định lượng bằng thuật toán T-Test, so sánh các biến định tính bằng thuật toán Chi-square.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

- Giới tính: 21 BN (42,0%) nam giới và 29 BN (58,0%) nữ giới.

- Tuổi: BN từ 24-81 tuổi, trung bình $55,3 \pm 13,1$ tuổi.

- Bệnh lý kèm theo:

+ Không có: 38 BN (76,0%).

+ Đái tháo đường: 3 BN (6,0%).

+ Tăng huyết áp: 2 BN (4,0%).

+ Rối loạn nhịp tim: 1 BN (2,0%).

+ Bệnh lý hô hấp: 1 BN (2,0%).

+ Bệnh lý khác: 3 BN (6,0%).

- Biến chứng cấp cứu:

+ Không có: 38 BN (76,0%).

+ Tắc ruột: 4 BN (8,0%).

+ Bán tắc ruột: 5 BN (10,0%).

+ Áp-xe quanh u: 1 BN (2,0%).

+ Tắc ruột + áp-xe quanh u: 1 BN (2,0%).

+ Lòng ruột + bán tắc ruột: 1 BN (2,0%).

- Loại hình phẫu thuật:

+ Theo kế hoạch: 47 BN (94,0%).

+ Cấp cứu: 3 BN (6,0%).

- Đặc điểm u trên nội soi:

+ Chiếm toàn bộ chu vi: 44 BN (88,0%).

+ Chiếm nửa chu vi: 5 BN (10,0%).

+ Chiếm 3/4 chu vi: 1 BN (2,0%).

- Đặc điểm u trên CT.scan:

+ U xâm lấn lớp mỡ xung quanh/các tạng: 46 BN (92,0%).

+ U giới hạn ở thành đại tràng: 4 BN (8,0%).

+ Nghi di căn hạch: 16 BN (32,0%).

- Vị trí u:

+ Đại tràng phải: 25 BN (50,0%).

+ Đại tràng trái: 24 BN (48,0%).

+ Cả 2 bên đại tràng: 1 BN (2,0%).

- Giải phẫu bệnh sau mổ:
- + Carcinoma tuyến biệt hóa vừa: 34 BN (68,0%).
- + Carcinoma tuyến nhầy: 6 BN (12,0%).
- + Carcinoma tuyến kém biệt hóa: 4 BN (8,0%).
- Giai đoạn u (sau mổ):
- + Giai đoạn T2: 1 BN (2,0%).
- + Giai đoạn T4a: 34 BN (68,0%).
- + Giai đoạn T4b: 15 BN (30,0%).
- Giai đoạn hạch (sau mổ):
- + Giai đoạn N0: 26 BN (52,0%).
- + Giai đoạn N1: 14 BN (28,0%).
- + Giai đoạn N2: 10 BN (20,0%).

3.2. Đặc điểm và kết quả phẫu thuật:

- Cắt bỏ toàn bộ mạc treo đại tràng:
- + Mạc treo đại tràng phải: 25 BN (50,0%).
- + Mạc treo đại tràng trái: 24 BN (48,0%).
- + Mạc treo đại tràng phải + trái: 1 BN (2,0%).
- Cắt bỏ đoạn đại tràng:
- + Nửa đại tràng phải: 22 BN (44,0%).
- + Đoạn đại tràng Sigma: 20 BN (40,0%).
- + Nửa đại tràng trái: 4 BN (8,0%).
- + Toàn bộ đại tràng: 3 BN (6,0%).
- + Toàn bộ đại trực tràng: 1 BN (2,0%).
- Thời gian phẫu thuật trung bình: 121,7 ± 16,9 phút.
- Thời gian trung bình BN trung tiện sau phẫu thuật: 3,5 ± 0,5 ngày.
- Thời gian trung bình BN nằm viện sau phẫu thuật: 8,7 ± 1,1 ngày.
- Chiều dài đoạn ruột cắt: từ 16-120 cm, trung bình 31,2 ± 20,4 cm.
- Diện cắt trung bình:
- + Trên khối u: 12,8 cm.
- + Dưới khối u: 9,9 cm.
- Số lượng hạch vét trung bình: 30,9 ± 19,3 hạch, trong đó, số lượng hạch chặng 1 trung bình 12,3 hạch, chặng 2 trung bình 8,9 hạch, chặng 3 trung bình 5,6 hạch và N2O-2A là 4,1 hạch.
- Không gặp trường hợp nào tai biến, biến chứng trong mổ.
- Biến chứng sau mổ: 1 BN (2,0%) nhồi máu phổi, 2 BN (4,0%) viêm phổi và rối loạn nhịp tim.
- Thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ: theo dõi tới tháng 3/2020 (trung bình 25,1 tháng), thấy tỉ lệ sống thêm không bệnh 3 năm chiếm 98,0% và sống thêm toàn bộ 3 năm là 100%.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

- BN nữ (58,0%) nhiều hơn BN nam (42,0%), tỉ lệ BN nam/nữ ≈ 1/1,4. BN từ 24-81 tuổi, trung bình 55,3 tuổi. 24,0% BN có bệnh lý toàn thân (như tim mạch, tăng huyết áp, hô hấp, bệnh lý chuyển hóa, đái tháo đường...), 24,0% BN có biến chứng cấp cứu (như tắc ruột, bán tắc ruột, lồng ruột hoặc áp-xe quanh u). 100% BN được phẫu thuật, trong đó 94,0% BN phẫu thuật theo kế hoạch và 6,0% BN phẫu thuật cấp cứu (vì các biến chứng nêu trên). 88,0% BN u chiếm toàn bộ chu vi lòng đại tràng (qua nội soi). Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính: 92,0% BN có u xâm lấn tổ chức mỡ lân cận và/hoặc xâm lấn các cơ quan khác, 8,0% BN u còn khu trú ở thành đại tràng, 32% BN nghi ngờ di căn hạch. Về đặc điểm tuổi trung bình, kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, ung thư đại trực tràng hiếm gặp ở tuổi dưới 40 và bắt đầu tăng đột biến ở lứa tuổi 40-50. Tỉ lệ nam/nữ của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Hohenberger (tỉ lệ BN nam/nữ là 1,2/1). Tỉ lệ mổ cấp cứu trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Honhoberger (9,5% phẫu thuật cấp cứu [4]).

- 50,0% BN u thuộc nửa đại tràng phải, 48,0% BN u thuộc nửa đại tràng trái, 2,0% BN u cả 2 bên đại tràng. Theo đó, 50,0% BN được phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng phải, 48,0% phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trái, 2,0% cắt toàn bộ mạc treo đại tràng 2 bên. Tất cả các BN đều thực hiện miệng nối, 1 BN (2,0%) phải làm hậu môn nhân tạo hồi tràng để bảo vệ miệng nối (trường hợp mổ cấp cứu cắt toàn bộ đại trực tràng, tạo túi Jpouch, nối hồi tràng-ống hậu môn). Kết quả này của chúng tôi tương đồng nghiên cứu của các tác giả Karim Heminki và Mabel, ung thư đại tràng đoạn xa chiếm hơn 70% trong tổng số các trường hợp ung thư đại trực tràng [5]. Nghiên cứu của Honhoberger trên 1.438 BN, tỉ lệ ung thư đại tràng phải là 23% [4].

- Giải phẫu bệnh sau mổ: 68,0% BN ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, 24,0% BN ung thư biểu mô tuyến nhầy, 8,0% BN ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa. Giai đoạn ung thư: 68,0% BN ở giai đoạn T4a, 30,0% BN ở giai đoạn T4b, 2,0% BN ở giai đoạn T2; 52,0% BN ở giai đoạn N0, 28,0% BN ở giai đoạn N1, 20,0% BN ở giai đoạn N2. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu ghi nhận ung thư biểu mô tuyến chiếm trên 80% BN ung thư đại trực tràng [3], [4].

4.2. Đặc điểm và kết quả phẫu thuật:

- Kết quả nghiên cứu cho thấy, thời gian phẫu thuật trung bình là 121,7 ± 16,9 phút; thấp hơn so với nghiên cứu của Kang (2014), thời gian phẫu thuật trung bình là 192 phút [5]. Sự khác biệt này

do nghiên cứu của Kang thực hiện phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng qua nội soi và chỉ tiến hành trên nhóm BN UTĐT phải. Thời gian trung bình là $3,5 \pm 0,5$ ngày, thời gian nằm viện trung bình là $8,7 \pm 1,1$ ngày; lâu hơn kết quả nghiên cứu của Kang 2014 (thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày). Có thể do 100% BN trong nghiên cứu này đều được phẫu thuật mở (trong nghiên cứu của Kang thì 100% BN được phẫu thuật nội soi [6]). Chiều dài đoạn ruột cắt trung bình là $31,2 \pm 20,4$ cm; dài hơn so với nghiên cứu của Kang và cộng sự [6]. Có thể do BN trong nghiên cứu này mắc UTĐT ở mọi vị trí, trong đó có 3 BN (6,0%) cắt toàn bộ đại tràng, 1 BN (2,0%) cắt toàn bộ đại trực tràng; trong khi nghiên cứu của Kang tiến hành trên BN UTĐT phải. Diện cắt trên trung bình là 12,8 cm, diện cắt dưới trung bình là 9,9 cm; tương tự như kết quả nghiên cứu của Kang và cộng sự [6].

- Số lượng hạch vét trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $30,9 \pm 19,3$ hạch; tương tự nghiên cứu của Hohenberger, 2009 (số lượng hạch vét trung bình là 32 hạch [4]). Nghiên cứu cho thấy, 50,0% BN có di căn hạch (số lượng hạch di căn trung bình là 3,8 hạch). Trong nhóm BN có di căn hạch thì 40,0% BN di căn hạch chặng 1, 28,0% BN di căn hạch chặng 2, 12,0% BN di căn hạch chặng 3 và 60,0% BN di căn hạch nhóm N2O-2A. Tất cả những trường hợp di căn nhóm N2O-2A đều có di căn hạch chặng 2 và/hoặc chặng 3. Trong số 12,0% trường hợp di căn hạch chặng 3 thì có 10,0% trường hợp di căn hạch các chặng trước đó và 2,0% di căn hạch nhảy cóc (không có di căn các chặng hạch khác).

- Tai biến, biến chứng: không gặp trường hợp nào có tai biến, biến chứng trong mổ (như chảy máu, tổn thương mạch máu lớn hoặc các tạng lân cận, mất máu hay các biến chứng tim mạch hô hấp). Biến chứng sau mổ: 1 BN (2,0%) nhồi máu phổi, BN được can thiệp mạch cấp cứu lấy huyết khối, sau 17 ngày bệnh ổn định; 2 BN (4,0%) viêm phổi và rối loạn nhịp tim sau mổ (BN này có tiền sử mắc bệnh lý tim mạch, hô hấp), bệnh ổn định sau điều trị nội khoa; không gặp trường hợp nào xuất hiện các biến chứng chảy máu, rò rỉ miệng nối, hẹp miệng nối. Các kết quả này đều thấp hơn so với nghiên cứu của Hohenberger (2009) và nghiên cứu của Kang (2014) (tỷ lệ biến chứng chung lần lượt là 19,7% và 4,6% [4], [6]). Do nghiên cứu này chỉ tiến hành trên 50 BN UTĐT nên đánh giá về các biến chứng trong và sau mổ là chưa đủ ý nghĩa thống kê.

Thời gian theo dõi trung bình 3/2020 là 25,1 tháng. Trong quá trình theo dõi không ghi nhận trường hợp nào tái phát và tử vong; có 1 BN di căn nhân phúc mạc tiểu khung (2,0%). Dù thời gian theo dõi của chúng tôi chỉ là 25 tháng, tuy nhiên

kết quả của nghiên cứu cho thấy lợi ích về sống thêm toàn bộ và sống thêm bệnh không tiến triển khi thực hiện cắt toàn bộ mạc treo đại tràng, kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả Hohenberger và Watanabe [3],[4].

Như vậy, có thể thấy tính khả thi, an toàn của phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng giai đoạn II,III. Tuy nhiên, để đánh giá kết quả dài hạn hơn nữa, chúng tôi cần thời gian theo dõi dài hơn và cỡ mẫu lớn hơn.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu này đánh giá kết quả phẫu thuật CME trong điều trị UTĐT giai đoạn II, III trên 50 BN, tại Khoa Điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện K, từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2018, kết luận:

- BN trung bình $55,3 \pm 13,1$ tuổi, phẫu thuật theo kế hoạch 94,0%, phẫu thuật cấp cứu 6,0%. Trên nội soi, 88,0% u chiếm toàn bộ chu vi, 10,0% u chiếm nửa chu vi và 2,0% u chiếm 3/4 chu vi. Trên CT.scan, 92,0% u xâm lấn lớp mỡ xung quanh/các tạng, 8,0% u giới hạn ở thành đại tràng và 32,0% u nghi di căn hạch. 50,0% u ở vị trí đại tràng phải, 48,0% u ở vị trí đại tràng trái và 2,0% u ở cả 2 bên đại tràng. Giải phẫu bệnh sau mổ có 68,0% là carcinoma tuyến biệt hóa vừa, 12,0% là carcinoma tuyến nhầy và 8,0% là carcinoma tuyến kém biệt hóa. Khối u/hạch ở các giai đoạn T2 (2,0%), T4a (68,0%), T4b (30,0%), N0 (52,0%), N1 (28,0%), N2 (20,0%).

- Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc treo đại tràng phải 50,0%, toàn bộ mạc treo đại tràng trái 48,0% và toàn bộ mạc treo đại tràng phải + trái 2,0%; cắt bỏ nửa đại tràng phải 44,0%, đại tràng Sigma 40,0%, nửa đại tràng trái 8,0%, toàn bộ đại tràng 6,0%, toàn bộ đại trực tràng 2,0%; chiều dài đoạn ruột cắt trung bình $31,2 \pm 20,4$ cm. Thời gian phẫu thuật trung bình 121,7 $\pm$ 16,9 phút; thời gian trung bình BN trung tiện sau phẫu thuật $3,5 \pm 0,5$ ngày; thời gian trung bình nằm viện sau phẫu thuật $8,7 \pm 1,1$ ngày. Số lượng hạch vét trung bình: $30,9 \pm 19,3$ hạch (chặng 1 trung bình 12,3 hạch, chặng 2 trung bình 8,9 hạch, chặng 3 trung bình 5,6 hạch và N2O-2A là 4,1 hạch). Tai biến, biến chứng trong và sau mổ gặp 2,0% nhồi máu phổi, 4,0% viêm phổi và rối loạn nhịp tim.

- Với thời gian theo dõi trung bình 25,1 tháng, bước đầu cho thấy tỷ lệ DFS 3 năm chiếm 98,0% và OS 3 năm là 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I et al (2018), "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries" *CA Cancer J Clin*, 68 (6), 394-424.

(Xem tiếp trang 43)

hoặc không có rối loạn thông khí tắc nghẽn; các nhóm có mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn khác nhau (nhẹ, vừa, nặng và rất nặng; số lượng BN có rối loạn thông khí tắc nghẽn mức độ nặng và rất nặng không nhiều, nên gộp hai đối tượng này vào một nhóm).

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số BN là nam giới (71,43%), từ 16-60 tuổi (50,0%). Điều này là phù hợp, do nam giới có các yếu tố nguy cơ mắc các bệnh có rối loạn thông khí tắc nghẽn, như hút thuốc lá, làm việc trong môi trường ô nhiễm, độc hại...; độ tuổi từ 16-60 tuổi có khả năng gắng sức khi đo bằng hô hấp kế hơn so với trẻ em (dưới 16 tuổi) và người cao tuổi (trên 60 tuổi). Các thông số về kháng lực và trở kháng đường dẫn khí (R5, X5 pred - X5, R20, Fres, AX) ở BN có rối loạn thông khí tắc nghẽn đều lớn hơn so với BN không có rối loạn thông khí tắc nghẽn, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$ và $p < 0,001$. Các thông số này tăng lên theo mức độ bệnh (nhẹ, vừa, nặng và rất nặng). Nghiên cứu chỉ ra, thông số R5, X5, R20, Fres, AX ở BN rối loạn thông khí tắc nghẽn mức độ nặng và rất nặng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở BN rối loạn thông khí tắc nghẽn mức độ nhẹ (Tukey test, $p < 0,01$).

82,14% BN đo được chức năng hô hấp bằng kỹ thuật hô hấp kế (do yêu cầu phải gắng sức khi đo), 100% BN đo được chức năng hô hấp bằng kỹ thuật IOS; phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Theo Trần Xuân Tấn và cộng sự (năm 2014), thông số R5 tăng trên BN có rối loạn thông khí tắc nghẽn so với BN không có rối loạn thông khí tắc nghẽn [1]. Theo Zhonghui Liu và cộng sự (năm 2017), các thông số R5, X5, R20, Fres tăng đáng kể giữa nhóm BN COPD và nhóm bình thường [2]. Hô hấp kế là một phương pháp đánh giá rối loạn thông khí tắc nghẽn và mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn. Tuy nhiên, đối với người cao tuổi, trẻ em, đối tượng không gắng sức được thì khó thực hiện được kỹ thuật này một cách đúng tiêu chuẩn. Dao động xung ký giải quyết được vấn đề này do không đòi hỏi gắng sức. Vì vậy, kỹ thuật IOS có thể bổ trợ hoặc thay thế cho hô hấp kế trong chẩn đoán một số bệnh về hô hấp, nhất là chẩn đoán rối loạn thông khí tắc nghẽn đối với những BN không có khả năng gắng sức.

Trong nghiên cứu này, cỡ mẫu không lớn, nhất là đối tượng BN mức độ nặng và rất nặng. Vì vậy, trong thời gian tới chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu thêm để có những kết luận khách quan hơn.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 28 BN từ 7-79 tuổi, đo chức năng hô hấp bằng kỹ thuật IOS và hô hấp kế tại Bệnh viện Quân y 103 trong tháng 2/2020, kết luận:

- Đa số BN là nam giới (71,43%), từ 16-60 tuổi (50,0%).

- Các thông số về kháng lực và trở kháng đường dẫn khí (R5, X5, R20, Fres, AX) ở BN có rối loạn thông khí tắc nghẽn đều lớn hơn so với BN không có rối loạn thông khí tắc nghẽn, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$ và $p < 0,001$; các thông số này tăng lên theo mức độ bệnh (nhẹ, vừa, nặng và rất nặng).

- 82,14% BN đo được chức năng hô hấp bằng kỹ thuật hô hấp kế (do yêu cầu phải gắng sức khi đo), 100% BN đo được chức năng hô hấp bằng kỹ thuật IOS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Xuân Tấn, Võ Văn Tới, Trương Quang Đăng Khoa và CS (2014), "Phân tích dữ liệu dao động xung ký của BN bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Chăm sóc sức khỏe cộng đồng thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 18, phụ bản số 1.
2. Zhonghui Liu, Lianjun Lin, Xinmin Liu (2017), "Clinical application value of impulse oscillometry in geriatric patients with COPD", *International Journal of COPD*, 12: 897-905. □

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MỞ CẮT TOÀN BỘ...

(Tiếp theo trang 19)

2. Nguyễn Văn Hiếu (2015), *Ung thư đại tràng*, Trong: Ung thư học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Watanabe T, Muro K, Ajioka Y et al (2018), "Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2016 for the treatment of colorectal cancer", *Int J Clin Oncol*, 23 (1), 1-34.
4. Hohenberger W, Weber K, Matzel K et al (2009), "Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and central ligation - technical notes and outcome", *Colorectal Dis*, 11(4), 354-364.
5. Hemminki, Kari, Santi, Irene, Weires, Marianne, et al. (2010). Tumor location and patient characteristics of colon and rectal adenocarcinomas in relation to survival and TNM classes. *BMC Cancer*, 10, 688-688.
6. Kang J, Kim I, Kang S.I et al (2014), "Laparoscopic right hemicolectomy with complete mesocolic excision", *Surg Endosc*, 28(9), 2747-2751. □