

ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ VÀ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TRIỆT CĂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 7A

Nguyễn Xuân Tâm^{1*}, Nguyễn Duy Ngọc¹, Nguyễn Hoàng Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư trực tràng nguyên phát.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả 43 người bệnh ung thư trực tràng nguyên phát, điều trị phẫu thuật nội soi triệt căn, tại Bệnh viện Quân y 7A, từ 01/01/2021 đến 31/12/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình của người bệnh là $57,8 \pm 9,9$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ $\approx 1,9$. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là đại tiện ra máu (55,8%), hội chứng thiếu máu (46,5%), sờ chạm u đường hậu môn (55,8%). Triệu chứng cận lâm sàng: nồng độ Hb trung vị trước phẫu thuật là 124 g/L, tính chất u ác tính trên hình ảnh học dao động từ 2,3-55,8%. U thể sùi 83,7%, thể loét 9,3%, thể thâm nhiễm 7%. Vị trí u 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới lần lượt chiếm tỉ lệ 41,9%, 25,6% và 32,6%. Thời gian phẫu thuật trung bình $194,7 \pm 26,9$ phút, mất máu ước tính trung bình trong phẫu thuật là $62,1 \pm 28,4$ ml. Tỷ lệ mổ hồi tràng ra da 46,2%. Kích thước u trung bình $4,2 \pm 1$ cm, số hạch lấy bỏ trung bình $13,7 \pm 1,3$ hạch, số hạch di căn trung bình $5,5 \pm 2,1$ hạch. Tỷ lệ tai biến 2,3%, tỉ lệ biến chứng sớm 11,6%. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình $7 \pm 0,6$ ngày. Đánh giá kết quả sớm: 86,1% tốt, 11,6% trung bình, 2,3% xấu.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư trực tràng cho kết quả sớm phần lớn ở mức tốt, kỹ thuật an toàn, khả năng hồi phục sớm và tỉ lệ tai biến, biến chứng thấp.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, ung thư trực tràng.

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC RADICAL SURGERY FOR RECTAL CANCER AT MILITARY HOSPITAL 7A

ABSTRACT

Objectives: To describe the preoperative clinical and paraclinical characteristics and to evaluate the early outcomes of laparoscopic radical surgery for rectal cancer.

Subjects and methods: A retrospective, descriptive study was conducted on 43 patients with primary rectal cancer who underwent laparoscopic surgery at Military Hospital 7A, 01/01/2021-31/12/2024.

Results: The mean age of the patients was 57.8 ± 9.9 years. The male/female ratio was approximately 1.9. Common clinical characteristics included hematochezia (55.8%), anemia syndrome (46.5%), and palpable tumor on rectal examination (55.8%). Paraclinical characteristics: the median preoperative hemoglobin level was 124 g/L, and the rate of malignant features on imaging ranged from 2.3% to 55.8%. Tumor morphology was exophytic in 83.7%, ulcerative in 9.3%, and infiltrative in 7% of cases. Tumor locations in the upper, middle, and lower thirds were 41.9%, 25.6%, and 32.6%, respectively. The mean operative time was 194.7 ± 26.9 minutes, and the mean estimated intraoperative blood loss was 62.1 ± 28.4 mL. The rate of ileostomy was 46.2%. The mean tumor size was 4.2 ± 1 cm, the mean number of harvested lymph nodes was 13.7 ± 1.3 , and the mean number of positive lymph nodes was 5.5 ± 2.1 . The intraoperative complication rate was 2.3%, and the early postoperative complication rate was 11.6%. The mean postoperative hospital stay was 7 ± 0.6 days. Early outcomes were assessed as good in 86.1%, medium in 11.6%, and poor in 2.3% of patients.

Conclusions: The early outcomes of laparoscopic radical surgery for rectal cancer are almost good, demonstrating safety, early postoperative recovery, and low rates of intraoperative and postoperative complications.

Keywords: Laparoscopic surgery, Total mesorectal excision, Rectal cancer.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Xuân Tâm, Email: drnguyenxuantam@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/1/2026; mời phản biện khoa học: 1/2026; chấp nhận đăng: 07/4/2026

¹Bệnh viện Quân y 7A.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan 2022, ung thư đại trực tràng là bệnh lí ác tính phổ biến trên thế giới, chiếm 9,6% trong tổng số các loại ung thư, tỉ lệ tử vong tới 9,3% [1]. Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng chiếm 9,3% trong các loại ung thư với tỉ lệ tử vong tới 7%. Trong đó, ung thư trực tràng (UTTT) chiếm gần 30% trong tổng số ung thư đại trực tràng [1]. Điều trị UTTT ngày càng có nhiều tiến bộ, với sự phát triển của điều trị đa mô thức (phẫu thuật, hóa - xạ trị, liệu pháp miễn dịch, liệu pháp gen...). Tuy nhiên, phẫu thuật vẫn đang là liệu pháp điều trị cơ bản với kĩ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng. Đây là kĩ thuật giúp nâng cao khả năng loại bỏ hạch, tăng tỉ lệ bảo tồn cơ thắt hậu môn, nhất là các trường hợp UTTT thấp.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị UTTT và kĩ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng [2, 3]. Song, vẫn còn nhiều khác biệt về kết quả loại bỏ hạch, quan điểm đưa hồi tràng ra da, tỉ lệ tai biến và biến chứng... Tại Việt Nam, đã có các nghiên cứu đánh giá hiệu quả PTNS điều trị UTTT và kĩ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng [4, 5]. Các ca phẫu thuật chủ yếu triển khai tại những bệnh viện lớn do ở các bệnh viện tuyến cơ sở còn nhiều khó khăn về nhân lực, phương tiện, kinh nghiệm...

Những năm gần đây, với sự phát triển của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, Bệnh viện Quân y 7A đã triển khai kĩ thuật PTNS điều trị triệt căn UTTT nguyên phát và đạt kết quả khả quan. Nhằm đánh giá kết quả và nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật và đánh giá kết quả sớm PTNS điều trị triệt căn UTTT nguyên phát tại Bệnh viện Quân y 7A.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

43 người bệnh (NB) UTTT nguyên phát, điều trị PTNS cắt trực tràng, tại Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Quân y 7A, từ ngày 01/01/2021 đến ngày 31/12/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: NB chẩn đoán xác định UTTT nguyên phát dựa trên kết quả giải phẫu bệnh qua nội soi hoặc sau phẫu thuật; NB PTNS điều trị triệt căn theo chương trình; NB xếp loại ASA I, II hoặc III; NB có đầy đủ dữ kiện theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB phẫu thuật trong tình trạng cấp cứu; NB có tiền căn mổ mở hoặc phẫu thuật lớn tầng bụng dưới; NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả loạt ca.
- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả NB đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm NB nghiên cứu: tuổi, giới tính.

+ Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng cơ năng (đau bụng, đại tiện ra máu, thay đổi thói quen đại tiện hoặc thay đổi hình dạng phân); triệu chứng thực thể (hội chứng thiếu máu, hội chứng cận u, thăm khám hậu môn, hội chứng tắc ruột hoặc bán tắc ruột).

+ Đặc điểm cận lâm sàng: nồng độ Hemoglobin (Hb); hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT), cộng hưởng từ (CHT) đánh giá hạch di căn, xâm lấn, di căn xa, dịch ổ bụng; nội soi (đại thể, sinh thiết); giải phẫu bệnh.

+ Kết quả điều trị sớm (trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật): thời gian phẫu thuật, mất máu trong phẫu thuật, tính chất u, kết quả lấy bỏ hạch, tai biến, biến chứng sớm, thời gian nằm viện.

- Tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

+ Phân loại giai đoạn UTTT trên NB theo TNM (AJCC 8th) [6].

+ Đánh giá kết quả điều trị sớm theo Lê Quốc Tuấn [7] với các mức: tốt (không có tai biến hay biến chứng sớm; NB hồi phục và xuất viện, tái khám sau mổ 30 ngày ổn định), trung bình (có tai biến nhưng được xử trí trong phẫu thuật, không ảnh hưởng hồi phục, không gây di chứng; có biến chứng sớm, nhưng điều trị bảo tồn hoặc can thiệp bằng thủ thuật và không cần phẫu thuật lại; sau phẫu thuật, NB hồi phục và xuất viện, tái khám sau mổ 30 ngày NB ổn định/chỉ dùng thuốc uống), xấu (có tai biến, xử trí khó khăn, ảnh hưởng đến hồi phục hoặc để lại di chứng; có biến chứng sớm phải phẫu thuật lại hoặc chuyển hồi sức điều trị sau phẫu thuật; NB tử vong/bệnh nặng xin về/cần nhập viện lại điều trị sau khi đã xuất viện hoặc khi tái khám sau 30 ngày).

- Đạo đức: đề cương nghiên cứu đã thông qua Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức Bệnh viện Quân y 7A. Mọi dữ liệu về NB nghiên cứu được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích khoa học. Nghiên cứu không làm gia tăng chi phí hoặc gây trở ngại cho NB trong quá trình điều trị.

- Xử lí số liệu: bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm NB nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố NB theo tuổi và giới tính

| Tuổi và giới | | Số NB (n = 43) | Tỉ lệ (%) |
|--------------|-----------|----------------|-----------|
| Tuổi | < 50 tuổi | 9 | 20,9 |
| | ≥ 50 tuổi | 34 | 79,1 |
| Giới tính | Nam | 28 | 65,1 |
| | Nữ | 15 | 34,9 |

Tuổi NB từ 32-75 tuổi, trung bình là 57,8 ± 9,9 tuổi. Trong đó, đa số NB từ 50 tuổi trở lên (79,1%). Tỉ lệ NB nam/nữ ≈ 1,9.

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

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

| Triệu chứng lâm sàng | | Số NB (n = 43) | Tỉ lệ (%) |
|----------------------|-----------------------------|----------------|-----------|
| Cơ năng | Đau bụng | 8 | 18,6 |
| | Đại tiện ra máu | 24 | 55,8 |
| | Thay đổi thói quen đại tiện | 13 | 30,2 |
| | Thay đổi hình dạng phân | 15 | 34,9 |
| Toàn thân | Hội chứng thiếu máu | 20 | 46,5 |
| | Hội chứng cận u | 8 | 18,6 |
| Thực thể | Sờ chạm u | 24 | 55,8 |
| | Hội chứng bán tắc ruột | 4 | 9,3 |
| | Hội chứng tắc ruột | 1 | 2,3 |

Trước phẫu thuật, phần lớn NB có triệu chứng cơ năng không đặc hiệu nên dễ bị bỏ qua, ghi nhận hay gặp nhất là đại tiện ra máu (55,8%). Triệu chứng toàn thân và thực thể thường gặp là hội chứng thiếu máu (46,5%) và sờ chạm được u (55,8%).

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

| Đặc điểm | | Số NB (n = 43) | Tỉ lệ (%) |
|---------------------------|---------------------|----------------|-----------|
| Mức độ thiếu máu | Nhẹ | 17 | 39,5 |
| | Trung bình | 1 | 2,3 |
| | Nặng | 2 | 4,7 |
| Hình ảnh CLVT /CHT ổ bụng | Dịch tự do ổ bụng | 1 | 2,3 |
| | Hạch ổ bụng | 24 | 55,8 |
| | Giãn ruột trên dòng | 5 | 11,6 |
| | Xâm lấn | 6 | 14 |
| | Di căn xa | 2 | 4,7 |
| Hình ảnh nội soi | Thể sùi | 36 | 83,7 |
| | Thể loét | 4 | 9,3 |
| | Thể thâm nhiễm | 3 | 7 |
| Vị trí u | Trực tràng trên | 18 | 41,9 |
| | Trực tràng giữa | 11 | 25,6 |
| | Trực tràng dưới | 14 | 32,6 |
| Biệt hóa tế bào | Biệt hóa vừa | 28 | 65,1 |
| | Biệt hóa kém | 15 | 34,9 |

Trước phẫu thuật, nồng độ Hb trung vị là 124 g/L (thấp nhất là 49 g/L). 100% NB chụp CLVT ổ bụng (tiêm thuốc cản quang với u trực tràng trên) hoặc CHT ổ bụng (tiêm thuốc cản từ với u trực tràng giữa và dưới), phát hiện tỉ lệ hạch ổ bụng 55,8% và 2 NB có nốt di căn gan kích thước 1cm tại hạ phân thùy (HPT) III. 100% NB nội soi đại trực tràng ghi nhận 83,7% có hình ảnh đại thể là thể sùi; 100% sinh thiết và chẩn đoán giải phẫu bệnh 65,1% tế bào biệt hóa vừa.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 4. Kết quả sớm sau phẫu thuật

| Đặc điểm | | Số NB (n = 43) | Tỉ lệ (%) | |
|--|--|-------------------------------|-----------|------|
| PTNS cắt trực tràng đường bụng, có bảo tồn cơ thắt | Thực hiện miệng nối bằng máy nối tự động | Cắt trực tràng trước | 5 | 11,6 |
| | | Cắt trực tràng trước thấp | 22 | 51,2 |
| | | Cắt trực tràng trước cực thấp | 11 | 25,6 |
| | Thực hiện miệng nối tay đường hậu môn | Cắt trực tràng gian cơ thắt | 1 | 2,3 |
| PTNS cắt cụt trực tràng đường bụng-tàng sinh môn | Không thực hiện miệng nối | Phẫu thuật Hartmann | 2 | 4,7 |
| | | Phẫu thuật Miles | 2 | 4,7 |
| Cắt trực tràng kết hợp cắt khoét nốt di căn gan | | 2 | 4,7 | |

| Đặc điểm | | Số NB (n = 43) | Tỉ lệ (%) |
|---|----------------------------------|-------------------|--------------|
| Mở hồi tràng ra da | | 18 | 46,2 |
| Tai biến | Tổn thương niệu quản trái | 1 | 2,3 |
| Biến chứng sớm | Chảy máu ổ bụng | 1 | 2,3 |
| | Nhiễm trùng vết mổ | 4 | 9,3 |
| Tái khám sau phẫu thuật 30 ngày | Tăng số lần đại tiện trong ngày | 3 | 7,0 |
| Số hạch lấy bỏ trung bình (nhỏ nhất-lớn nhất) | 13,7 ± 1,3 hạch (11-16 hạch) | | |
| Số hạch di căn trung bình (nhỏ nhất-lớn nhất) | 5,5 ± 2,1 hạch (0-10 hạch) | | |
| Kích thước u trung bình (nhỏ nhất-lớn nhất) | 4,2 ± 1 cm (2-6 cm) | | |
| Thời gian phẫu thuật trung bình (nhỏ nhất-lớn nhất) | 194,7 ± 26,9 phút (140-260 phút) | | |
| Máu mất trung bình ước tính (nhỏ nhất-lớn nhất) | 62,1 ± 28,4 ml (20-130 ml) | | |
| Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình | 7 ± 0,6 ngày | | |

Phương pháp PTNS tùy thuộc vị trí u, đa số là cắt trực tràng trước thấp (51,2%). Tỉ lệ mở hồi tràng ra da chiếm 46,2%. 11,6% NB gặp biến chứng sớm, trong đó có 1 NB (2,3%) chảy máu ổ bụng. Số hạch lấy bỏ trung bình là 13,7 ± 1,3 hạch, số hạch di căn trung bình là 5,5 ± 2,1 hạch. Kích thước u trung bình 4,2 ± 1 cm. Thời gian phẫu thuật trung bình là 194,7 ± 26,9 phút (từ 140-260 phút). Lượng máu mất ước tính trung bình trong phẫu thuật là 62,1 ± 28,4 ml. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình là 7 ± 0,6 ngày.

Bảng 5. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật

| Kết quả | Số NB (n = 43) | Tỉ lệ (%) |
|------------|----------------|-----------|
| Tốt | 37 | 86,1 |
| Trung bình | 5 | 11,6 |
| Xấu | 1 | 2,3 |

Chủ yếu NB đạt kết quả tốt và trung bình (86,1% và 11,6%). Chỉ có 2,3% NB đạt kết quả xấu do phải phẫu thuật lại.

4. BÀN LUẬN

NB nghiên cứu có tuổi trung bình là 57,8 ± 9,9 tuổi; nam giới chiếm đa số (65,1%); tương đương với nghiên cứu của Cao Minh Tiệp [8] (trung bình 58,9 ± 12,2 tuổi), Hoàng Mạnh Thắng [9] (trung bình 53,6 ± 12,1 tuổi), Jiang W [2] (trung bình 57 tuổi). Hầu hết các tác giả khác cũng cho thấy tỉ lệ mắc bệnh ở nam giới cao hơn nữ giới.

Triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất là đại tiện ra máu (55,8%), tiếp theo là thay đổi hình dạng phân (34,9%), thay đổi thói quen đại tiện (30,2%), đau bụng (18,6%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Hoàng Mạnh Thắng [9] và Nguyễn Ngọc Sơn [10] (tỉ lệ NB đại tiện ra máu chiếm đa số, từ 43,9-96,1%). Ghi nhận 46,5% NB có hội chứng thiếu máu và 18,6% có hội chứng cận u. Nguyên

nhân do NB ăn uống kém, kém hấp thu, u chảy máu rỉ rả thời gian dài. Một số nghiên cứu ghi nhận kết quả khác nhau về triệu chứng thực thể NB UTTT, như Hoàng Mạnh Thắng [9] (tỉ lệ thiếu máu 9,2%, gầy sút cân 39,5%), Jiahao Pan [11] (50% NB có biểu hiện sút cân).

Chúng tôi ghi nhận thăm khám hậu môn sờ chạm u ở 55,8% NB, cao hơn nghiên cứu của Trần Ngọc Thông [12] (tỉ lệ này là 40%). Thăm khám hậu môn tư thế sản khoa có thể sờ chạm được khối u cách rìa hậu môn 7-8 cm, bao gồm các trường hợp u trực tràng dưới và một số u trực tràng giữa nằm phía thấp. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận 4 NB bán tắc ruột và 1 NB tắc ruột (các NB này đều được điều trị nội khoa trước đó, đáp ứng tốt và phẫu thuật theo chương trình). Nồng độ Hb trung vị trước phẫu thuật của NB là 124 g/L, thấp nhất 49 g/L (46,5% NB có thiếu máu). Phần lớn NB đến khám, phát hiện bệnh sau thời gian khởi phát bệnh kéo dài. Tất cả NB thiếu máu trước phẫu thuật đều được truyền máu nhằm đưa Hb lên tối thiểu 100 g/L.

Chẩn đoán hình ảnh trước phẫu thuật cũng cho thấy những tính chất của ung thư ở NB. Trong đó, hay gặp nhất là hạch nghi ngờ di căn với 55,8% NB có hạch kích thước ≥ 5 mm (hạch lớn nhất là 15 mm). Với u trực tràng giữa và dưới khảo sát trên chẩn đoán hình ảnh cT3 hoặc cT4 và/hoặc nghi ngờ di căn hạch thì đều được hóa xạ trị tân bổ trợ trước phẫu thuật nhằm tăng khả năng cắt u triệt để thì đầu. Về đại thể, u thể sùi chiếm đa số (83,7%); tương đồng với nghiên cứu của Cao Minh Tiệp [8] (64,9% u sùi), Hoàng Mạnh Thắng [9] (61,8% u sùi), Nguyễn Ngọc Sơn [10] (75,6% u sùi), Trần Ngọc Thông [12] (82,1% u sùi). Tỉ lệ phân bố vị trí u trực tràng ở 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới lần lượt là 41,9%, 25,6%, 32,6%.

Kết quả giải phẫu bệnh 43 NB nghiên cứu đều là ung thư biểu mô tuyến. Trong đó, 65,1% NB biệt hóa vừa, 34,9% NB biệt hóa kém. Nghiên cứu của một số tác giả cho các tỉ lệ khác nhau về độ biệt hóa, tuy nhiên, đều có tỉ lệ ung thư biệt hóa tốt và vừa chiếm đa số (phù hợp với tính chất của UTTT), như Đặng Hồng Quân [4] (biệt hóa tốt 5,6%, biệt hóa vừa 85,2% và biệt hóa kém 9,2%), Hoàng Mạnh Thắng [9] (biệt hóa tốt 25%, biệt hóa vừa 71,1%, biệt hóa kém 1,3%, tế bào nhẵn 2,6%), Nguyễn Ngọc Sơn [10] (biệt hóa tốt 7,3%, biệt hóa vừa 92,7%), Trần Ngọc Thông [12] (biệt hóa tốt 15,6%, biệt hóa vừa 60%, biệt hóa kém 24,4%), Triệu Triệu Dương [5] (biệt hóa tốt 1,5%, biệt hóa vừa 76,5%, biệt hóa kém 2,3%), Jiahao Pan [11] (biệt hóa vừa 84%, biệt hóa kém 16%). Những trường hợp biệt hóa kém hoặc không biệt hóa sẽ có tiên lượng xấu hơn và xếp vào nhóm có mức độ ác tính cao.

51,2% NB PTNS cắt trực tràng trước thấp và đều PTNS cắt trực tràng kèm cắt toàn bộ mạc treo trực tràng theo đúng nguyên tắc. Trong nghiên cứu này, có 2 trường hợp u trực tràng thấp xâm lấn cơ thắt và thành sau âm đạo, tiến hành phẫu thuật Miles làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn; 4 trường hợp u trực tràng xâm lấn tai vòi trái, đều PTNS cắt trọn tai vòi và buồng trứng trái nhằm bảo đảm phẫu thuật triệt căn; 2 NB có nốt di căn gan hạ phân thùy III, tiến hành PTNS cắt khoét nốt di căn gan bằng dao siêu âm; 2 NB phẫu thuật Hartmann, đưa đầu trên ra hông trái làm hậu môn nhân tạo tạm thời do đánh giá nguy cơ xì rò cao nếu thực hiện miệng nối thì đầu. Các trường hợp thực hiện miệng nối thì đầu bằng máy nối tròn tự động EEA 28 mm hoặc 31 mm; chỉ có 1 trường hợp cắt trực tràng gian cơ thắt, thực hiện miệng nối khâu tay qua đường hậu môn. Kết quả sau phẫu thuật cho thấy diện cắt trên và dưới u đều bảo đảm không còn tế bào ác tính.

Tỉ lệ mở hồi tràng ra da trong nghiên cứu là 46,2%. Một số nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ mở hồi tràng ra da khác nhau, như Hoàng Mạnh Thắng [9] (6,2%), Nguyễn Ngọc Sơn [10] (12,2%), Jiahao Pan [11] (50%), Jiang W [2] (78,8%). Trong nghiên cứu này, tỉ lệ UTTT dưới và giữa chiếm 58,2%, do vậy có tỉ lệ mở hồi tràng ra da cao, nhất là sau khi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, thực hiện miệng nối thấp. Ngoài ra, với những NB thể trạng kém, bệnh lí nền nặng, nguy cơ xì miệng nối cao, cũng được chủ động mở hồi tràng ra da.

Thời gian phẫu thuật từ 140-260 phút, trung bình là 194,7 ± 26,9 phút; tương đương các nghiên

cứu của Nguyễn Ngọc Sơn [10] (trung bình 191,3 ± 52,4 phút), Trần Ngọc Thông [12] (trung bình 190 ± 25 phút), Jiang W [2] (trung bình 195 phút). Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố, như tính chất, giai đoạn ung thư, điều kiện trang thiết bị phục vụ cho cuộc phẫu thuật, kinh nghiệm và kĩ năng của phẫu thuật viên chính cũng như toàn ê-kíp phẫu thuật.

Lượng máu mất trung bình ước tính trong phẫu thuật là 62,1 ± 28,4 ml; tương đương kết quả nghiên cứu của Jiahao Pan [11] hay Jiang W [2] (trung bình đều là 50 ml), Hoàng Mạnh Thắng [9] (trung bình là 74 ml) và Xuyang Yang [13] (trung bình là 80 ml). Hiện nay, với sự phát triển của các nguồn năng lượng mới như dao siêu âm, dao đốt lưỡng cực giúp “hàn” mạch máu tốt hơn và hạn chế chảy máu. Trong nghiên cứu này, NB đều được sử dụng dao cắt đốt siêu âm để phẫu tích và lấy bỏ hạch.

Nghiên cứu ghi nhận 1 NB (2,3%) gặp tai biến tổn thương niệu quản trái và được phẫu thuật lại, cắt đoạn niệu quản tổn thương, di động và nối niệu quản tận-tận kết hợp đặt sonde JJ. Sau phẫu thuật, NB hồi phục tốt, xuất viện và tái khám rút sonde JJ sau 2 tháng. Các tác giả khác cũng ghi nhận những tai biến trong phẫu thuật, như Hoàng Mạnh Thắng [9] (tỉ lệ tai biến chảy máu là 3,1%), Xuyang Yang [13] (tỉ lệ tai biến chung là 4,6%). Tỉ lệ biến chứng sớm chung là 11,6%, trong đó, 9,3% NB nhiễm trùng vết mổ (chỉ định cắt chỉ thừa vết mổ, thay băng hằng ngày kết hợp kháng sinh tĩnh mạch); 2,3% NB chảy máu ổ bụng sau phẫu thuật (điều trị nội khoa và không cần phẫu thuật lại). Kết quả này tương đương với tỉ lệ biến chứng sớm trong các nghiên cứu của Hoàng Mạnh Thắng [9] (10,8%), Yueh-Chen Lin [3] (11,1%), Jiang W [2] (13%).

Tái khám sau phẫu thuật 30 ngày, ghi nhận hầu hết NB hồi phục tốt, chỉ có 7,0% NB biểu hiện tăng số lần đại tiện trong ngày. Nguyên nhân do sự thay đổi sinh lí và cấu trúc giải phẫu ống tiêu hóa sau phẫu thuật. Các NB được điều chỉnh chế độ ăn uống kết hợp uống thuốc hỗ trợ. Không trường hợp nào cần nhập viện lại. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình là 7 ± 0,6 ngày; tương đương nghiên cứu của Xuyang Yang [13] (trung bình 7 ngày), Jiahao Pan [11] (trung bình 7,7 ± 5,6 ngày). Thực tế, thời gian nằm viện phụ thuộc khả năng phục hồi của NB và phụ thuộc các biến chứng sau phẫu thuật, các bệnh lí kết hợp...

Kích thước u từ 2-6 cm, trung bình 4,2 ± 1 cm; tương đương nghiên cứu của Đặng Hồng Quân [4]

(trung bình $4,2 \pm 1,4$ cm), Jiahao Pan [11] (trung bình $4 \pm 1,3$ cm), Nguyễn Ngọc Sơn [10] (trung bình $5,3 \pm 2,5$ cm). Phần lớn u thể sùi sẽ có kích thước lớn hơn thể loét, ngoài ra, u phát hiện ở giai đoạn muộn cũng sẽ có kích thước lớn hơn. Số hạch lấy bỏ được từ 11-16 hạch, trung bình $13,7 \pm 1,3$ hạch; tương đương nghiên cứu của Hoàng Mạnh Thắng [9] (trung bình 13,8 hạch), Jiang W [2] (trung bình 13 hạch). Với ung thư đại trực tràng, số hạch lấy bỏ tối thiểu cần ≥ 12 hạch để có thể xếp giai đoạn, tiên lượng bệnh và xét chỉ định hóa xạ trị hỗ trợ sau phẫu thuật. Tuy nhiên, với những trường hợp phẫu thuật ở giai đoạn sớm hoặc polyp trực tràng ung thư hóa, số hạch có thể ít hơn. Kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng giúp lấy bỏ hạch nhiều hơn so với phẫu thuật thông thường. Kết quả sau phẫu thuật, số hạch di căn trung bình là $5,5 \pm 2,1$ hạch, nhiều nhất là di căn 10 hạch. Điều này là phù hợp vì phần lớn NB đến khám và điều trị khi ung thư đã phát triển di căn hạch.

Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật, 86,1% NB đạt kết quả tốt, không có tai biến, biến chứng, hồi phục tốt và xuất viện; 11,6% NB đạt kết quả trung bình - là những trường hợp gặp biến chứng sớm, đáp ứng với điều trị bảo tồn hoặc thủ thuật; 1 NB (2,3%) đạt kết quả xấu - là trường hợp phải phẫu thuật lại để xử lý tai biến, sau đó, NB hồi phục tốt và xuất viện.

5. KẾT LUẬN

Kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư trực tràng tại Bệnh viện Quân y 7A bước đầu cho kết quả tốt. Đây là phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn, an toàn, khả năng hồi phục của người bệnh sớm, đồng thời, tỉ lệ tai biến và biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al., "Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA Cancer J Clin*, 74(3): pp. 229-263, 2024.
2. Jiang W, Xu J, Xing J, et al., "Short-term Outcomes of Laparoscopy-Assisted vs Open Surgery for Patients With Low Rectal Cancer: The LASRE Randomized Clinical Trial", *JAMA Oncol*, 8 (11): pp. 1607-1615, 2022.
3. Lin Y-C, Kuo Y-T, You J-F, Chern Y-J, Hsu Y-J, Yu Y-L, et al., "Transanal Total Mesorectal Excision (TaTME) versus Laparoscopic Total

Mesorectal Excision for Lower Rectal Cancer: A Propensity Score-Matched Analysis", *Cancers*, 14 (17): p. 4098, 2022.

4. Đặng Hồng Quân, Nguyễn Văn Luân, Nguyễn Văn Tuấn, Mai Văn Đợi, Lê Thanh Vũ, Võ Thị Hậu, 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*, 29, tr. 143-149, 2023.
5. Triệu Triều Dương, Lê Văn Quốc, "Kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng điều trị ung thư biểu mô tuyến trực tràng", *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108, 17, tr. 104-109, 2022.
6. Weiser, M.R., "AJCC 8th Edition: Colorectal Cancer", *Ann Surg Oncol*, 25, pp. 1454-1455, 2018.
7. Lê Quốc Tuấn, *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy trong điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp*, Luận văn tiến sĩ y học, 2020.
8. Cao Minh Tiệp, Bùi Tuấn Anh, Phạm Văn Bình, "Một số yếu tố ảnh hưởng đến kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt trực tràng nối máy để điều trị ung thư trực tràng", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 513 (2), tr. 91-96, 2022.
9. Hoàng Mạnh Thắng, *Đánh giá kết quả điều trị ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt*, Luận văn tiến sĩ y học, 2022.
10. Nguyễn Ngọc Sơn, Nguyễn Thanh Hùng, "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng cao tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 523 (1), tr. 282-287, 2023.
11. Jiahao Pan, Bo Wang, Zhen Feng, Zhiwei Sun, Cong Xia, Qianshi Zhang, Shuangyi Ren, "Robotic versus laparoscopic total mesorectal excision for mid-low rectal cancer with difficult anatomical conditions", *Asian Journal of Surgery*, Volume 45, Issue 12, pp. 2725-2732, 2022.
12. Trần Ngọc Thông, Đặng Ngọc Hùng, Lê Mạnh Hà, Phạm Anh Vũ, Phạm Như Hiệp, Lê Lộc, "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp điều trị ung thư trực tràng trên và giữa", *Tạp chí Y dược học Trường Đại học Y dược Huế*, 7 (5), tr. 182-189, 2017.
13. Yang X, Gu C, Hu T, Bi L, Wei M, Deng X, et al., "Is laparoscopic selective lateral lymph node dissection for locally advanced rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy safe?", *ANZ J Surg*, 89 (11): pp. 492-497, 2019. □