

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRƯỚC THẤP TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Đức Anh^{1*}, Nguyễn Quang Thái¹, Nguyễn Văn Hiếu¹, Đỗ Anh Tú¹,
Vũ Thanh Phương¹, Phùng Văn Dũng¹, Nguyễn Quang Anh¹

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt trước thấp trên bệnh nhân ung thư trực tràng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 68 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt trước thấp tại Bệnh viện K từ 2021 đến 2023.

Kết quả: Diện cắt dưới đạt R0 ở 100% các trường hợp, số hạch vét được trung bình là 12,5 hạch. Biến chứng hay gặp là nhiễm trùng vết mổ (7,4%), rối loạn chức năng tiểu tiện (7,4%), bán tắc ruột sau mổ (4,4%). Không có trường hợp nào rò miệng nối và tử vong liên quan phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là $131,8 \pm 25,7$ phút. Thời gian nằm viện trung bình là 10,7 ngày.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng cho kết quả khả quan với tỷ lệ biến chứng thấp, khả năng hồi phục nhanh và thời gian nằm viện ngắn.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, cắt trước thấp, phẫu thuật nội soi.

EARLY RESULTS OF LAPAROSCOPIC LOW ANTERIOR RESECTION SURGERY FOR RECTAL CANCER AT K HOSPITAL

ABSTRACT:

Purpose: To evaluate early results of laparoscopic low anterior resection surgery in rectal cancer patients.

Patients and method: A cross-sectional descriptive study on 68 rectal cancer patients who underwent low anterior resection laparoscopic surgery at the National cancer hospital from 2021 to 2023.

Results: 100% of cases had R0 margin. The average number of lymph nodes removed was 12.5 lymph nodes. Common complications was surgical wound infection (7.4%), urinary dysfunction

¹Bệnh viện K

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Anh

Email: sudoku30491@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 22/8/2024

Ngày duyệt bài: 11/11/2024

(7.4%), and postoperative obstruction (4.4%). There were no cases of anastomotic leak and death related to surgery. The average surgical time was $131,8 \pm 25,7$ minutes. The average hospital stay was 10.7 days. Conclusion: Laparoscopic low anterior resection surgery for rectal cancer have good results with low complication rates, quick recovery and short hospital stay.

Key words: Rectal cancer, low anterior resection, laparoscopic surgery.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là một bệnh lý ác tính thường gặp của ống tiêu hóa. Điều trị ung thư trực tràng là điều trị đa mô thức bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa chất, điều trị đích, miễn dịch, trong đó phẫu thuật đóng vai trò chủ đạo trong giai đoạn chưa di căn [1]. Phẫu thuật nội soi đã trở thành xu hướng trong nhiều năm qua, không những vẫn đảm bảo về ung thư học mà còn có nhiều ưu điểm như giảm đau sau mổ, thời gian phục hồi của bệnh nhân nhanh hơn, rút ngắn thời gian nằm viện, tính thẩm mỹ. Trong nhiều năm qua phẫu thuật nội soi cắt trước thấp đã được ứng dụng rộng rãi trong điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện K, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư trực tràng cao hoặc ung thư trực tràng giữa được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt trước thấp tại Bệnh viện K từ năm 2021 đến năm 2023.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến trực tràng.
- Tổn thương ở vị trí trực tràng cao hoặc trực tràng giữa.
- Chưa điều trị hóa chất, xạ trị trước phẫu thuật.
- Được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt trước thấp.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.

Tiêu chuẩn loại trừ.

- Ung thư trực tràng tái phát.
- Đang mắc bệnh nặng phối hợp hoặc ung thư khác đang tiến triển.

- Tiền sử điều trị các bệnh ung thư khác trong vòng 5 năm tính từ thời điểm được chẩn đoán ung thư trực tràng.

Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu.

- Chọn mẫu nghiên cứu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Các bước tiến hành: Thu thập số liệu bệnh nhân dựa trên bệnh án nghiên cứu. Thu thập theo các biến tuổi, giới, vị trí khối u, thể mô bệnh học sau mổ, nồng độ CEA, cách thức làm miệng nối, kiểu miệng nối, có làm hậu môn nhân tạo bảo vệ không. Đánh giá kết quả phẫu thuật bao gồm thời gian trung tiện, thời gian nằm viện, số hạch vét được, ghi nhận các biến chứng và tử vong sau mổ.

- Phân tích số liệu: Dựa trên phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Mọi thông tin thu nhập được đảm bảo bí mật cho bệnh nhân và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được sự phê duyệt của bệnh viện. Nghiên cứu không làm thay đổi những giá trị về mặt điều trị theo hướng xấu đi đối với bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu đảm bảo trung thực, khách quan, góp phần trong việc điều trị bệnh nhân ung thư trực tràng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Một số đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm	n	(%)
Tuổi trung bình	60,2	
Giới		
Nam	40	58,8
Nữ	28	41,2
Vị trí khối u		
Trực tràng cao	43	63,2
Trực tràng giữa	25	36,8
Nồng độ CEA		
≤ 5 ng/ml	39	57,4
> 5 ng/ml	29	42,6
Độ biệt hóa của khối u		
Biệt hóa cao	3	4,4
Biệt hóa vừa	61	89,7
Biệt hóa kém	4	5,9

Nhận xét:

Tuổi trung bình là 60,2 tuổi. Nam thường gặp hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1. Khối u trực tràng cao chiếm tỷ lệ cao hơn (63,2%), 42,6% bệnh nhân có tăng nồng độ CEA. Độ biệt hóa chủ yếu là biệt hóa vừa với tỷ lệ 89,7%.

Bảng 2: Phân chia giai đoạn theo TNM

Giai đoạn TNM	Số lượng	Tỷ lệ (%)
T	1	7
	2	11
	3	14
	4a	36
N	0	49
	1	16
	2	3
M	0	66
	1	2

Nhận xét:

Số bệnh nhân có khối u xâm lấn T3, T4 chiếm

tỷ lệ cao tới 3/4 các trường hợp. Trong đó, có 43 bệnh nhân u T3, T4 ở đoạn trực tràng cao. Có 7 bệnh nhân u T3, T4 ở đoạn trực tràng trung bình, do u cách rìa hậu môn 9-10 cm, thăm trực tràng không sờ thấy u. Có 27,9% các bệnh nhân di căn hạch. Trong nhóm nghiên cứu có 2 bệnh nhân có di căn xa đến gan và buồng trứng chiếm 2,9%.

Bảng 3: Cách thức thực hiện miệng nối

Miệng nối	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Thực hiện miệng nối		
Nối tay	2	2,9
Nối máy	66	97,1
Kiểu miệng nối		
Tận - tận	56	82,4
Bên - tận	12	17,6
Hậu môn nhân tạo bảo vệ		
Có	30	44,1
Không	38	55,9

Nhận xét:

Chủ yếu các bệnh nhân được nối máy (97,1%),

nổi tận-tận (82,4%), 44,1% các trường hợp có làm hậu môn nhân tạo bảo vệ.

Bảng 4: Số hạch vét được sau mổ

Số hạch vét được sau mổ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
< 12 hạch	31	45,6
12 hạch	37	54,4
Tổng	68	100
Trung bình	12,5±5,4 hạch	

Nhận xét:

Có 37 trường hợp vét được 12 hạch (54,4%),

trong đó trường hợp nhiều nhất vét được 21 hạch. Số hạch vét được trung bình là 12,5 hạch.

Bảng 5: Giải phẫu bệnh diện cắt trực tràng

GPB diện cắt	Diện cắt dưới u		Diện cắt trên u	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có tế bào ung thư	0	0	0	0
Không có tế bào ung thư	68	100	68	100

Nhận xét:

Tất cả diện cắt trên và dưới u đều không có tế bào ung thư.

Bảng 6: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tử vong liên quan phẫu thuật	0	0
Chảy máu	0	0
Rò miệng nối	0	0
Bán tắc ruột, tắc ruột sau mổ	3	4,4
Nhiễm trùng vết mổ	5	7,4
Rối loạn tiểu tiện	5	7,4
Không biến chứng	55	80,8
Tổng	68	100

Nhận xét:

Có 3 bệnh nhân (4,4%) xuất hiện bán tắc ruột sau mổ, điều trị nội khoa ổn định không phải mổ lại. Có 5 bệnh nhân (7,4%) bí tiểu, phải đặt

lại sonde tiểu, xử trí nội khoa ổn định bằng kẹp sonde tiểu cách quãng, châm cứu, 5 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ. Không có trường hợp nào chảy máu, rò miệng nối và tử vong liên quan đến phẫu thuật.

Bảng 7: Thời gian có trung tiện sau mổ

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ (%)
≤ 2 ngày	5	7,4
3 ngày	29	42,5
4 ngày	32	47,1
≥ 5 ngày	2	3,0
Tổng	68	100
Trung bình	3,5 ± 1,2 ngày	

Nhận xét:

Đa phần các bệnh nhân có trung tiện thường trong vòng 4 ngày sau mổ (97%), thời gian trung tiện trung bình là 3,5 ngày, ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 6 ngày.

Bảng 8: Thời gian nằm viện

Thời gian	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
8 - 10 ngày	42	61,8
11 - 14 ngày	20	29,4
> 14 ngày	6	8,8
Tổng	68	100
Trung bình	10,7±4,8 ngày	

Nhận xét:

Thời gian nằm viện sau mổ chủ yếu từ 8 -10 ngày (61,8%). Trung bình là 10,7 ngày, ngắn nhất là 8 ngày, dài nhất là 20 ngày.

Bảng 9: Thời gian phẫu thuật (phút)

Số BN	X±SD	Ngắn nhất	Dài nhất
68	131,8±25,7	100	180

Nhận xét:

Thời gian phẫu thuật trung bình là 131,8±25,7 phút.

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân

Ung thư trực tràng là một bệnh lý ác tính thường gặp và có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây. Ung thư trực tràng có tỷ lệ mắc tăng dần theo tuổi, nam thường gặp hơn nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là 60,2 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1. Kết quả tương tự các nghiên cứu đã báo cáo như nghiên cứu của Trần Tuấn Thành, tuổi trung bình của các bệnh nhân là 59,1 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,36/1 [2], nghiên cứu của Phạm Văn Bình với tuổi trung bình là 61,75 tuổi và tỷ lệ nam/nữ là 1,41/1 [4].

Vị trí khối u hay gặp ở trực tràng cao, chiếm 63,2%, với thể giải phẫu bệnh chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, tương tự các nghiên cứu đã báo cáo, biệt hóa vừa là mức độ biệt hóa thường gặp nhất trong ung thư đại trực tràng, theo Trần Tuấn Thành tỷ lệ này là 73,4%, biệt hóa cao và biệt hóa kém chỉ chiếm 13,3% [2]. Theo McDermott thì tỷ lệ tái phát tại chỗ của nhóm ung thư biểu mô tuyến biệt hóa thấp cao gấp 2 lần nhóm biệt hóa vừa và biệt hóa cao, và tỷ lệ sống 5 năm sau mổ của nhóm kém biệt hóa, vừa, cao tương ứng là 51% - 71% - 75%, còn tỷ lệ tái phát tại chỗ theo nhóm biệt hóa tương ứng là 31%; 17%; 14% [3]. Tỷ lệ các bệnh nhân có tăng nồng độ CEA là 42,6%. CEA là một chỉ điểm u quan trọng trong ung thư đại trực tràng, nồng độ CEA cao trước điều trị là một yếu tố tiên lượng xấu, đồng thời CEA tăng cao sau điều trị triệt căn cũng là yếu tố dự báo tái phát [5].

Về giai đoạn bệnh, chủ yếu là giai đoạn T3-T4a chiếm 75% các trường hợp, phù hợp với thực trạng hiện nay tỷ lệ ung thư trực tràng chẩn đoán ở giai đoạn sớm còn thấp. Không có trường hợp nào T4b do chúng tôi lựa chọn những bệnh nhân thuận lợi cho phẫu thuật nội soi, các trường hợp khối u lớn hoặc nghi ngờ xâm lấn các cấu trúc lân cận sẽ được lựa chọn mổ mở. Tỷ lệ di căn hạch trong nghiên cứu của chúng tôi là 27,9%, tương tự nghiên cứu của Trần Tuấn Thành là 26,7% [2], tuy nhiên thấp hơn một số báo cáo khác trong nước như nghiên cứu của Phạm Văn Bình tỷ lệ di căn hạch là 33%, nghiên cứu của La Văn Trường tỷ lệ di căn hạch lên tới 71,6% [6]. Có hai trường hợp di căn bao gồm một trường hợp di căn gan phát hiện trong phẫu thuật, một trường hợp di căn buồng trứng được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nối máy kèm cắt buồng trứng hai bên.

Về cách thức thực hiện miệng nối, 82,4% các bệnh nhân được nối kiểu tận-tận, chủ yếu sử dụng máy nối tròn 29 mm, chỉ có 2 trường hợp ung thư trực tràng cao được nối tay. Máy nối là một tiến bộ lớn trong phẫu thuật ung thư trực tràng đặc

biệt là các trường hợp miệng nổi thấp, giúp phẫu thuật viên thuận lợi hơn nhiều so với làm miệng nổi khâu tay, giảm thời gian phẫu thuật. 55,9% các bệnh nhân được làm hậu môn nhân tạo hồi tràng bảo vệ. Một số nghiên cứu chỉ ra hậu môn nhân tạo hồi tràng giúp giảm nguy cơ rò miệng nổi và giảm tỷ lệ phải mổ lại. Phân tích tổng hợp của Wu trên 5.612 ca phẫu thuật cắt trước thấp cho thấy hậu môn nhân tạo làm giảm 62% nguy cơ rò miệng nổi và 63% nguy cơ phải mổ lại do rò [7]. Tuy nhiên, việc làm hậu môn nhân tạo cũng có nhược điểm khi bệnh nhân phải chịu thêm một cuộc mổ, kéo dài thời gian nằm viện và ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống trong thời gian đeo hậu môn nhân tạo.

4.2. Kết quả sớm của phẫu thuật

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được làm diện cắt dưới và 100% diện cắt không có tế bào ác tính, số hạch vét được trung bình là 12,5 hạch với 54,4% các trường hợp vét trên 12 hạch. Nghiên cứu của Trần Tuấn Thành vét được trung bình 10,3 hạch [2]. Hiện nay, các hiệp hội khuyến cáo phải vét được tối thiểu 12 hạch trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng.

Biến chứng sau mổ trực tràng trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là rối loạn tiểu tiện liên quan tới thần kinh tự động (5 trường hợp) được điều trị ổn định và chức năng hồi phục hoàn toàn, 5 trường hợp nhiễm trùng vết mổ được điều trị ổn định. Ngoài ra còn có 3 trường hợp bán tắc ruột sau mổ được điều trị nội khoa ổn định không phải mổ lại. Không có trường hợp chảy máu sau mổ hay rò miệng nổi, và không có trường hợp nào tử vong liên quan tới phẫu thuật. Trần Anh Cường nghiên cứu 116 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật cho thấy tỷ lệ biến chứng chung trong mổ trực tràng là 19,9%, trong đó thường gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ (9,5%), 4 trường

hợp chảy máu sau mổ, 1 trường hợp rò miệng nổi sau mổ được điều trị nội khoa ổn định không phải mổ lại [8]. Nhìn chung phẫu thuật nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi đã chứng minh được tính an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp.

Thời gian phẫu thuật trung bình là $131,8 \pm 25,7$ phút. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Vũ Đức Thịnh với thời gian phẫu thuật trung bình $236,9 \pm 62,8$ phút [9]. Điều này được giải thích bởi trong 68 BN nghiên cứu chúng tôi gần như tất cả các bệnh nhân có sử dụng máy cắt nối nên đã giảm thời gian phẫu thuật rất nhiều so với nối tay. Thời gian phẫu thuật ngắn giúp tránh những tai biến của gây mê hồi sức, giảm chi phí cho người bệnh và sức khỏe của phẫu thuật viên. Thời gian trung tiện trung bình là 3,5 ngày, 97% có trung tiện trong vòng 4 ngày đầu sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 10,7 ngày, thấp nhất là 8 ngày và muộn nhất là 20 ngày, bệnh nhân này bán tắc ruột phải theo dõi sau mổ. Trần Tuấn Thành nghiên cứu các trường hợp ung thư trực tràng giữa được mổ mở cắt trước thấp có thời gian nằm viện trung bình là 10,9 ngày, trong đó thường gặp nhất trong khoảng 9-10 ngày chiếm 57,8%, 77,8% các bệnh nhân trung tiện trong vòng 3 ngày đầu sau mổ [2]. Nguyễn Minh An nghiên cứu 34 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi cho kết quả thời gian nằm viện trung bình là 8,5 ngày, chủ yếu trong khoảng 7-10 ngày sau mổ [10]. Nhìn chung phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng khả quan với khả năng hồi phục nhanh và thời gian nằm viện ngắn.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng cho kết quả khả quan với tỷ lệ biến chứng thấp, khả năng hồi phục nhanh và thời gian nằm viện ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Bennis M and Emmanuel T. Colorectal Cancer Surgery: What Is Evidence Based and How Should We Do It? Digestive Diseases. 2015; 30(2), (91-95)
- [2]. Trần Tuấn Thành. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy trong Ung thư trực tràng đoạn giữa. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.; 2014.
- [3]. McDermott U., Longley D. B. và Johnston P. G. Molecular and biochemical markers in colorectal cancer, Annals of Oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology. 2002;13 Suppl 4, (235-245).
- [4]. Phạm Văn Bình, Hồ Sỹ Thuyết. Đánh giá đặc điểm kỹ thuật và kết quả sớm phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nối máy điều trị ung thư trực tràng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2017;454(1):184-188.
- [5]. Goldstein MJ, Mitchell EP. Carcinoembryonic antigen in the staging and follow-up of patients with colorectal cancer. Cancer Invest. 2005;23(4):338-351.
- [6]. La Văn Trường, Nguyễn Tô Hoài. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng giai đoạn II-III. Tạp chí Y học Việt Nam. 2017;455(2):118-123.
- [7]. Wu SW, Ma CC, Yang Y. Role of protective stoma in low anterior resection for rectal cancer: A meta-analysis. World J Gastroenterol. 2014;20(47):18031-18037.
- [8]. Trần Anh Cường. Nghiên cứu đặc điểm di căn hạch và kết quả phẫu thuật ung thư Trực tràng, tại Bệnh viện K. Luận án Tiến sĩ Y Học, Trường Đại học Y Hà Nội.; 2017
- [9]. Vũ Đức Thịnh. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại khoa phẫu thuật tiêu hóa Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.; 2016
- [10]. Nguyễn Minh An. Đánh giá kết quả sớm sau điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện 108. Tạp chí Y học thực hành. 2008;594-595(1).