

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐOẠN  
ĐẠI TRỰC TRÀNG NỔI MÁY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG  
TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 7A**

*Trịnh Đình Hiệp<sup>1</sup>, Đỗ Sơn Hải<sup>2</sup>, Lê Thanh Hoàng<sup>3</sup>  
Nguyễn Thị Diệu Liên<sup>4</sup>, Tống Thọ Thắng<sup>2</sup>, Hồ Chí Thanh<sup>2</sup>*

**Tóm tắt**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt đoạn đại trực tràng nổi máy trong điều trị ung thư trực tràng (UTTT) tại Bệnh viện Quân y 7A, Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 54 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định UTTT và điều trị bằng PTNS cắt đoạn đại trực tràng nổi máy từ tháng 02/2018 - 02/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của BN là  $55,6 \pm 9,3$ , tỷ lệ nam/nữ là 1,84. Giai đoạn ung thư theo TNM: Chủ yếu ở giai đoạn II và giai đoạn III (đều 44,4%). Tỷ lệ thành công của PTNS là 88,9%, chuyên mổ mở là 11,1%. Vị trí cắt trên khối u trung bình  $13,2 \pm 2,8$  cm, dưới khối u trung bình  $3,9 \pm 1,1$  cm. Tỷ lệ gặp tai biến trong mổ là 5,6%. Thời gian phẫu thuật trung bình  $209,9 \pm 43,8$  phút. Thời gian trung tiện trung bình  $3,43 \pm 0,64$  ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình  $15,25 \pm 6,3$  ngày. Tỷ lệ BN có biến chứng sớm sau mổ là 7,4%. Tiền sử mổ bụng, vị trí và giai đoạn ung thư có liên quan đến kết quả phẫu thuật ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** PTNS cắt đoạn đại trực tràng - nổi máy là một phẫu thuật an toàn, khả thi và hiệu quả trong điều trị UTTT với tỷ lệ thành công cao (88,9%), tỷ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sớm sau mổ thấp (5,6% và 7,4%). Tỷ lệ thành công của PTNS phụ thuộc vào tiền sử mổ bụng, vị trí và giai đoạn của ung thư.

\* *Từ khóa:* Phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại trực tràng; Ung thư trực tràng.

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 7A

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>3</sup>Bệnh viện Quân y 268

<sup>4</sup>Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

Người phản hồi: Đỗ Sơn Hải (dosonhai@vmmu.edu.com)

Ngày nhận bài: 05/9/2022

Ngày được chấp nhận đăng: 16/9/2022

**EVALUATION OF EARLY RESULTS OF LAPAROSCOPIC  
LOW ANTERIOR RESECTION USING STAPLING DEVICES  
FOR RECTAL CANCER AT MILITARY HOSPITAL 7A**

**Summary**

**Objectives:** To evaluate results of laparoscopic low anterior resection (Lap LAR) using stapling devices for rectal cancer at Military Hospital 7A, Hochiminh city. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional, prospective and retrospective study was conducted on 54 patients, who were diagnosed with rectal cancer and treated by Lap LAR using stapling devices at Military Hospital 7A from February 2018 to February 2022. **Results:** The mean age of the patients was  $55.6 \pm 9.3$  years, the male/female ratio was 1.84. By TNM staging, mainly in stages II and III (44.4%). The success rate of laparoscopy was 88.9%, conversion to the open approach was 11.1%. The average cutting position above the tumor was  $13.2 \pm 2.8$  cm, and below the tumor was  $3.9 \pm 1.1$  cm. The rate of complications during surgery was 5.6%. The mean surgery time was  $209.9 \pm 43.8$  minutes. The average post-operative hospital stay was  $15.25 \pm 6.3$  days. The rate of patients with early complications after surgery was 7.4%. History of abdominal surgery, location, and stage of cancer are related to surgical outcome ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Lap LAR using stapling devices was a safe, feasible, and effective surgery in the treatment of rectal cancer with a high success rate (88,9%) and a low rate of complications. The success rate of laparoscopic surgery depends on the history of abdominal surgery and the location and stage of the cancer.

\* **Keywords:** *Laparoscopic low anterior resection; Rectal cancer.*

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Từ những năm 1990 đến nay, nhờ vào tiến bộ của y học cùng với sự phát triển của PTNS ổ bụng, PTNS điều trị UTĐT bắt đầu được áp dụng rộng rãi ở khắp các trung tâm ngoại khoa trên thế giới. PTNS có nhiều ưu điểm vượt trội đã được chứng minh như ít gây thương tổn thành bụng, ít mất máu, ít đau sau

mổ, giảm tỷ lệ nhiễm trùng, giảm thoát vị thành bụng, rút ngắn thời gian nằm viện, BN phục hồi sức khỏe nhanh hơn và có tính thẩm mỹ cao. Đặc biệt, phương pháp PTNS cho phép tiếp cận vùng tiểu khung dễ dàng hơn so với phẫu thuật mở kinh điển ở BN UTĐT nên ngày càng được áp dụng một cách rộng rãi [1].

Cùng với sự ra đời và ngày càng hoàn thiện của các công cụ hỗ trợ phẫu thuật tiêu hóa, đặc biệt là dụng cụ cắt và nối máy qua nội soi, đã hoàn thiện quy trình PTNS trực tràng, xây dựng nên những phương pháp phẫu thuật riêng biệt. Trong đó, PTNS cắt đoạn đại trực tràng nối máy hiện đang được áp dụng một cách khá phổ biến. Mặc dù, đã có những báo cáo về kết quả sử dụng máy nối cũng như PTNS điều trị UTTT ở các vị trí và giai đoạn khác nhau nhưng vẫn có nhiều quan điểm chưa thống nhất. Tại Bệnh viện Quân y 7A, chúng tôi đã áp dụng PTNS cắt đoạn đại trực tràng nối máy điều trị BN UTTT từ năm 2016 và bước đầu đã cho những kết quả đáng khích lệ. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả sớm PTNS cắt đoạn đại trực tràng nối máy điều trị UTTT.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

BN nhập viện tại Bệnh viện Quân y 7A từ tháng 02/2018 - 02/2022, được chẩn đoán xác định UTTT và điều trị bằng PTNS cắt đoạn đại trực tràng nối máy.

*\* Tiêu chuẩn chọn BN:*

- BN được chẩn đoán xác định UTTT.
- Có chỉ định PTNS cắt đoạn đại trực tràng nối máy: Vị trí khối u ở trực tràng 1/3 giữa hoặc 1/3 trên (cách rìa hậu môn > 6 cm).
- Giai đoạn ung thư khi chưa di căn xa (M0).
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ lưu trữ tại Bệnh viện Quân y 7A.

*\* Tiêu chuẩn loại trừ:*

- BN được chẩn đoán UTTT tái phát hoặc đã di căn xa (giai đoạn M1).
- BN chống chỉ định PTNS: Rối loạn đông máu, bệnh lý mạn tính nặng như suy tim, suy thận, suy gan, COPD nặng...
- BN mắc thêm ung thư cơ quan khác.
- BN không hợp tác nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

*\* Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang không đối chứng, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

*\* Cỡ mẫu và chọn mẫu:* Cỡ mẫu toàn bộ; chọn mẫu theo tiêu chuẩn chọn trong thời gian nghiên cứu từ tháng 02/2018 - 02/2022.

\* Các chỉ tiêu và biến số theo nội dung nghiên cứu:

- Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính.

+ Đặc điểm lâm sàng của BN: Triệu chứng đầu tiên và thời gian xuất hiện, chỉ số BMI trung bình, phân loại bệnh theo ASA.

+ Đặc điểm cận lâm sàng: Nồng độ marker CEA, kết quả chụp cắt lớp vi tính (CLVT), nội soi trực tràng.

+ Hình thái tổn thương đánh giá trong mổ và giải phẫu bệnh sau mổ: Vị trí khối u, kết quả sinh thiết, phân chia theo giai đoạn TNM.

- Kết quả sớm của PTNS cắt đoạn đại trực tràng nối máy:

+ Tỷ lệ thành công và thất bại của PTNS:

. Thành công: Cắt được khối u và vét hạch bằng PTNS.

. Thất bại: Phải chuyển mổ mở để cắt u và vét hạch.

+ Vị trí cắt u trên và dưới trung bình; tỷ lệ mở thông hồi tràng, giảm áp miệng nối qua sonde hậu môn; vị trí đường mổ nhỏ lấy bệnh phẩm; tỷ lệ tai biến trong mổ.

+ Thời gian phẫu thuật trung bình, thời gian trung tiện sau mổ, thời gian cho ăn lại sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ, tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ.

+ Khảo sát mối liên quan giữa tiền sử mổ bụng, vị trí u, giai đoạn ung thư và thành công của PTNS.

\* Thu thập số liệu:

- Đánh giá kết quả sớm bằng khám bệnh trước và sau mổ. Ghi chép đầy đủ các thông tin về lâm sàng, cận lâm sàng, quá trình điều trị, theo dõi sau mổ theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

\* Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 22.0. Áp dụng thuật toán kiểm định  $\chi^2$  để đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố và thành công của PTNS. Kiểm định có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$  và không có ý nghĩa thống kê khi  $p > 0,05$ .

\* Quy trình PTNS cắt - nối máy trong UTTT: Sử dụng quy trình PTNS cắt nối máy trong UTTT chuẩn thường quy được áp dụng tại Bệnh viện Quân y 7A.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 02/2018 - 02/2022 chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 54 BN thỏa mãn tiêu chuẩn chọn:

+ Nghiên cứu hồi cứu: Gồm 37 BN.

+ Nghiên cứu tiền cứu: Gồm 17 BN.

### 1. Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu

\* Đặc điểm tuổi, giới tính: Tuổi trung bình của BN là  $55,6 \pm 9,3$ , lớn nhất 68 tuổi, nhỏ nhất 43 tuổi, nhóm

tuổi hay gặp nhất từ 40 - < 60 tuổi (51,9%). BN nam chiếm số đông (64,8%), nữ ít hơn, tỷ lệ nam/nữ là 1,84.

\* *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:*  
Thời gian trung bình từ khi có triệu chứng đến khi vào viện là  $6,1 \pm 1,8$  tháng. Triệu chứng xuất hiện sớm nhất là đại tiện ra nhày máu (89%). Đa số BN (76%) không có bệnh lý kết hợp. ASA trung bình là  $2,5 \pm 0,54$ , ASA III

68,5%, ASA II 31,5%. Chỉ số BMI trung bình  $23,8 \pm 2,72$ .

Triệu chứng thường gặp nhất là đại tiện nhày máu (89%), rối loạn tiêu hóa (81,5%), đau bụng hạ vị (40,7%), có tiền sử phẫu thuật bụng (13%). Hầu hết BN không có tình trạng thiếu máu, CEA tăng gặp ở 44,4% trường hợp (so với nồng độ CEA trung bình  $13,5 \pm 8,54$  ng/mL).

Bảng 1: Kết quả chụp CLVT ổ bụng và nội soi trực tràng.

Kết quả		n = 54	Tỷ lệ (%)
Chụp CLVT ổ bụng	Phát hiện được u	52	96
Nội soi trực tràng	U sùi	43	79,6
	U dạng sùi và loét	8	14,9
	U dạng loét	2	3,7
	U dạng polyp	1	1,8
	Hẹp 1/4 - <1/2 chu vi	6	11
	Hẹp 1/2 - 3/4 chu vi	20	37
	Hẹp > 3/4 chu vi	28	52

Chụp CLVT ổ bụng phát hiện 52/54 BN (96%) UTTT. Hình dạng u qua nội soi: Dạng u sùi (79,6%), sùi kèm theo loét (14,9%), dạng loét và polyp lần lượt là 3,7% và 1,8%. Hẹp lòng trực tràng mức độ ít (1/4 - 1/2 chu vi) 6/54 BN (11%), hẹp vừa (1/2 - 3/4 chu vi) 20/54 BN (37%), hẹp nhiều (> 3/4 chu vi) 28/54 BN (52%).

\* Hình thái tổn thương đánh giá trong mổ và giải phẫu bệnh sau mổ:

Bảng 2: Đặc điểm tổn thương đánh giá trong mổ và giải phẫu bệnh sau mổ.

Đặc điểm	Giá trị	n (%)
Vị trí u - rìa hậu môn:	6 - ≤ 10 cm (trục tràng giữa)	24 (44,4)
	>10 - 15 cm (trục tràng cao)	30 (55,6)
Giai đoạn T	T1	5 (9,3)
	T2	14 (25,9)
	T3	35 (64,8)
Giai đoạn N	N0	34 (63)
	N1	18 (33,3)
	N2	2 (3,7)
Đặc điểm mô bệnh học	Ung thư biểu mô tuyến ống	48 (88,8)
	Ung thư biểu mô tuyến chế nhày	6 (11,2%)
Giai đoạn ung thư theo TNM	Giai đoạn I	6 (11,1)
	Giai đoạn II	24 (44,4)
	Giai đoạn IIIa	2 (3,7)
	Giai đoạn IIIb	20 (37,1)
	Giai đoạn IIIc	2 (3,7)

Vị trí khối u nằm ở trục tràng đoạn cao chiếm đa số (55,6%), 24/54 BN UTĐT thấp (44,4%). Không có BN nào ở giai đoạn T4. Tỷ lệ di căn hạch là 37%. Ung thư biểu mô tuyến ống chiếm chủ yếu (88,8%), còn lại là ung thư biểu mô tuyến chế nhày (11,2%). Giai đoạn ung thư theo TNM: Chủ yếu BN ở giai đoạn II và giai đoạn III (44,4%).

## 2. Kết quả sớm của PTNS cắt đoạn đại trực tràng nội máy điều trị UTĐT

Tỷ lệ thành công của PTNS là 88,9% (48/54 BN), chuyển mổ mở là 11,1% (6/54 BN). Nguyên nhân chuyển mổ mở do dính ruột (37,5%) và do khối u lớn che lấp phẫu trường (62,5%). Vị trí cắt trên khối u trung bình là  $13,2 \pm 2,8$  cm,

dưới khối u trung bình là  $3,9 \pm 1,1$  cm. Có 11 BN làm mở thông hồi tràng (20,4%), 2/54 BN (3,7%) làm dẫn lưu giảm áp miệng nối qua hậu môn. Khi lấy bệnh phẩm, tạo đường mở nhỏ ở đường giữa đòn bên trái là chủ yếu (68,5%), còn lại là mở ở đường giữa dưới rốn qua trocar rốn (31,5%). Tỷ lệ gặp tai biến trong mổ là 5,6% (rách thanh mạc ruột), được phát hiện và xử trí ngay trong mổ.

Bảng 3: Thời gian phẫu thuật.

Phương pháp mổ	n = 54	Thời gian mổ (phút)	p
PTNS hoàn toàn	48	$211,7 \pm 48,1$	1,684
Chuyển mổ mở	6	$202,5 \pm 51,8$	
Tổng	54	$209,9 \pm 43,8$	

Thời gian phẫu thuật trung bình là  $209,9 \pm 43,8$  phút. Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm mổ nội soi hoàn toàn là  $211,7 \pm 48,1$  phút, ở nhóm chuyển mổ mở là  $202,5 \pm 51,8$  phút. Kiểm định bằng thuật toán  $\chi^2$  cho sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p = 1,684$ ).

Thời gian trung tiện trung bình là  $3,43 \pm 0,64$  ngày. Thời gian cho ăn lại sau mổ trung bình là  $3,63 \pm 0,67$  ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $15,25 \pm 6,3$  ngày.

Bảng 4: Biến chứng sớm sau mổ.

Biến chứng	n = 54	Tỷ lệ (%)
Nhiễm khuẩn vết mổ	2	3,7
Nhiễm khuẩn niệu	1	1,85
Tắc ruột sớm sau mổ	1	1,85
Tổng	4	7,4

Tỷ lệ BN có biến chứng sớm sau mổ là 7,4%, trong đó nhiễm khuẩn vết mổ gặp ở 2 BN (3,7%), 1 BN (1,85%) nhiễm khuẩn niệu và 1 BN (1,85%) tắc ruột sớm sau mổ. Các BN này đều được điều trị nội khoa ổn định, không phải mổ lại.

\* Liên quan giữa một số yếu tố và kết quả thành công của PTNS:

Bảng 5: Liên quan giữa tiền sử mổ bụng và kết quả PTNS.

Tiền sử mổ bụng	Kết quả PTNS		p
	Thành công	Chuyển mổ mở	
Không	43	2	0,0375
Có	5	4	
Tổng	48	6	

+ Tỷ lệ thành công của PTNS ở nhóm không có tiền sử mổ bụng cao hơn nhóm có tiền sử mổ bụng.

+ Kiểm định bằng thuật toán  $\chi^2$  cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,0375$ ).

Bảng 6: Liên quan giữa vị trí u và kết quả PTNS.

Vị trí u	Kết quả PTNS		p
	Thành công	Chuyển mổ mở	
Trực tràng giữa	19	5	0,0241
Trực tràng cao	29	1	
Tổng	48	6	

+ Tỷ lệ thành công của PTNS ở nhóm UTTT cao hơn nhóm UTTT giữa.

+ Kiểm định bằng thuật toán  $\chi^2$  cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,0241$ ).

Bảng 7: Liên quan giữa giai đoạn ung thư và kết quả PTNS.

Giai đoạn ung thư theo TNM	Kết quả PTNS		p
	Thành công	Chuyển mổ mở	
I, II, IIIa	31	1	0,0143
IIIb, IIIc	17	5	
Tổng	48	6	

+ Tỷ lệ thành công của PTNS ở nhóm UTTT giai đoạn I, II và IIIa cao hơn nhóm UTTT giai đoạn IIIb, IIIc.

+ Kiểm định bằng thuật toán  $\chi^2$  cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,0143$ ).



**BÀN LUẬN****1. Về một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN nam chiếm số đông (64,8%), tỷ lệ nam/nữ là 1,84. Một số nghiên cứu khác trong và ngoài nước cũng gặp nam nhiều hơn nữ nhưng tỷ lệ nam/nữ thường khoảng 1,4/1 [2, 3]. Tuổi trung bình của BN là  $55,6 \pm 9,3$ , lớn nhất 68 tuổi, trẻ nhất 43 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất từ 40 - < 60 (51,9%).

Về các xét nghiệm có giá trị trong chẩn đoán UTTT, chụp CLVT ổ bụng phát hiện 52/54 BN (96%) UTTT. Hình dạng u qua nội soi gồm dạng u sùi (79,6%), sùi kèm theo loét (14,9%), dạng loét và polyp lần lượt là 3,7% và 1,8%. Hẹp lòng trực tràng mức độ ít (1/4 - 1/2 chu vi) 6/54 BN (11%), hẹp vừa (1/2 - 3/4 chu vi) 20/54 BN (37%), hẹp nhiều (> 3/4 chu vi) 28/54 BN (52%). Tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, Mai Đình Điều (2014) cho rằng chụp CLVT ổ bụng có giá trị trong phát hiện UTTT với độ nhạy 90%. Tuy nhiên, để đánh giá mức độ xâm lấn của khối u, phát hiện các trường hợp di căn xa thì độ chính xác chỉ khoảng 45% [4]. Cong J.C và CS (2014) cũng minh chứng tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán UTTT là nội soi đại tràng kèm theo sinh thiết. Phương pháp này chẩn đoán chính xác vị trí u,

dạng u. Theo số liệu của tác giả, trong các dạng u trực tràng, u sùi là chủ yếu (92,5%), có 67,1% trường hợp xâm lấn hẹp quá 1/2 chu vi lòng ruột [5].

Về đặc điểm tổn thương đánh giá trong mổ và giải phẫu bệnh sau mổ (Bảng 2): Đa số BN ở giai đoạn T3 (64,8%), tiếp đến là giai đoạn T2 (25,9%). Không có BN nào ở giai đoạn T4. Tỷ lệ di căn hạch là 37%. Ung thư biểu mô tuyến ống chiếm chủ yếu (88,8%). Khi xếp giai đoạn ung thư theo TNM: chủ yếu BN ở giai đoạn II và giai đoạn III (44,4%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Ding Z. (2017): Đa số BN ở giai đoạn T3 (55%) và ung thư biểu mô tuyến ống chiếm tới 93,7% [6]. Tuy nhiên, về phân độ giai đoạn ung thư theo TNM thì số liệu của chúng tôi có khác biệt so với Barlehner E. (2005): Ung thư giai đoạn I chiếm tới 55,7%, giai đoạn II là 25,8% và giai đoạn III chỉ chiếm 18,5% [7]. Điều này có thể giải thích do số BN trong nghiên cứu của tác giả được phát hiện bệnh và tới viện điều trị sớm hơn.

**2. Về kết quả sớm của PTNS cắt đoạn đại trực tràng nội máy điều trị UTTT**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thành công của PTNS là 88,9% (48/54 BN), chuyển mổ mở là 11,1% (6/54 BN). Nguyên nhân chuyển mổ

mở do dính ruột (37,5%) và do khối u lớn che lấp phẫu trường (62,5%). Theo Allaix M.E. (2016), tỷ lệ chuyển mổ mở lên tới 30% do khối u to, xâm lấn tại chỗ và do tai biến chảy máu [8]. Hrrora A. (2017) cho rằng, tỷ lệ thất bại của PTNS chiếm 17,4%, nguyên nhân là do vị trí khối u, giai đoạn bệnh ung thư và trình độ của phẫu thuật viên nội soi [9]. Van der Pas M.H. (2017) cũng công bố số liệu: Tỷ lệ chuyển mổ mở là 16,5%; trong đó khung chậu hẹp, dính ruột và khối u lớn che lấp phẫu trường là nguyên nhân chủ yếu [10].

Tỷ lệ tai biến trong mổ của chúng tôi là 5,6% (rách thanh mạc ruột). Theo Mai Đức Hùng (2012), tỷ lệ tai biến trong phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng nối máy là 4,3%; các tai biến hay gặp là hở hoặc xoắn miệng nối, rách mô lách, tổn thương bàng quang, niệu quản, âm đạo [3]. Mai Đình Điều (2014) thấy tai biến trong mổ gặp ở 4 BN (2,8%), trong đó có 2 BN tổn thương niệu quản, 1 BN tổn thương bàng quang, 1 BN chảy máu lớn [4]. Kết quả trên phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Từ kết quả của bảng 3, thời gian phẫu thuật trung bình là  $209,9 \pm 43,8$  phút, không có sự khác biệt giữa nội soi và mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình công bố ở một số nghiên

cứu đều ngắn hơn chúng tôi:  $190,2 \pm 42,24$  phút của Mai Đức Hùng (2012) [3];  $160 \pm 35,76$  phút của Allaix M.E. (2016) [8]. Điều này do ở Bệnh viện Quân y 7A khi mới tiến hành kỹ thuật chưa thành thạo nên thời gian phẫu thuật còn kéo dài. Về sau chúng tôi nhận thấy đối với UTTT, tiến hành thắt mạch máu rồi phẫu tích từ trên xuống dưới sẽ nhanh hơn và với các công cụ hỗ trợ, ê-kíp mổ thuần thục, kinh nghiệm của phẫu thuật viên sẽ rút ngắn đáng kể thời gian mổ và giảm các tai biến.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung tiện trung bình là  $3,43 \pm 0,64$  ngày. thời gian BN ăn lại sau mổ trung bình là  $3,63 \pm 0,67$  ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $15,25 \pm 6,3$  ngày. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu: Theo Ding Z. (2017), thời gian ăn lại sau mổ ở nhóm nội soi là  $3,0 \pm 0,9$  ngày, nhóm chuyển mổ mở là  $4,7 \pm 1$  ngày. Thời gian nằm viện sau mổ ở nhóm mổ nội soi là  $12 \pm 2,5$  ngày, nhóm chuyển mổ mở là  $16,1 \pm 6,7$  ngày [6]. Van de Pas M.H. (2017): Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là  $3,12 \pm 0,43$  ngày, tác giả cũng chủ trương cho BN ăn sớm ngay sau khi đã trung tiện được [10].

Từ kết quả của bảng 4: Tỷ lệ BN có biến chứng sớm sau mổ là 7,4%, trong đó nhiễm khuẩn vết mổ gặp ở 2 BN (3,7%), 1 BN (1,85%) nhiễm khuẩn niệu và 1 BN (1,85%) tắc ruột sớm sau mổ. Các BN này đều được điều trị nội khoa ổn định, không phải mổ lại. Barlehner E. (2005) và Young-Fadok (2007) có tỷ lệ biến chứng sớm cao hơn nhiều so với chúng tôi, lần lượt 25,7% và 19,6% [7, 11]. Nguyên nhân có thể do về phương tiện PTNS và hỗ trợ của các tác giả trong thời điểm những năm đầu thế kỷ XX chỉ mới ở trình độ nhất định, còn nhiều hạn chế so với các phương tiện những năm sau này.

Chúng tôi nhận thấy tiền sử mổ bụng có sự liên quan đến kết quả phẫu thuật. Nếu BN đã từng phẫu thuật thì khả năng phải chuyển mổ mở sẽ cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9 BN mổ bụng một lần: 1 BN mổ nội soi chấn thương bụng kín, còn lại 8 BN mổ mở (1 BN cắt nang buồng trứng, 1 BN cắt đại tràng phải, 1 BN cắt 2/3 dạ dày, 4 BN mổ ruột thừa, 1 BN mổ tắc ruột). 4/9 BN này phải chuyển mổ mở. Chen W. (2016) thấy ở nhóm PTNS thành công chỉ có 15,5% BN có mổ bụng trước đó, trong khi ở nhóm chuyển mổ mở thì tỷ lệ này lên tới 67,8% [12].

Vị trí u trực tràng có sự liên quan đến thành công phẫu thuật của PTNS. Từ kết quả của bảng 6 cho thấy, nếu khối u nằm ở trực tràng giữa (cách mép hậu môn từ 6 – 10 cm) thì khả năng chuyển mổ mở cao hơn. Kết quả của chúng tôi tương đồng với Hrorra A. (2017), tác giả cho rằng u ở vị trí cách rìa hậu môn  $\leq 8$  cm có tỷ lệ chuyển mổ cao hơn u cách rìa hậu môn  $> 8$  cm, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,04$ ) [9].

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy: Giai đoạn ung thư càng sớm, tỷ lệ PTNS thành công càng cao. Nhiều tác giả trong và ngoài nước cũng đồng thuận với quan điểm này [3, 4, 8, 13]. Ý nghĩa chính của phân loại theo TNM là tiên lượng cũng như theo dõi khả năng điều trị sau mổ và thời gian sống thêm.

### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 54 BN được điều trị bằng PTNS cắt đoạn đại trực tràng nối máy tại Bệnh viện Quân y 7A từ tháng 02/2018 - 02/2022, chúng tôi nhận thấy:

PTNS cắt đoạn đại trực tràng nối máy là một phẫu thuật an toàn, khả thi và hiệu quả trong điều trị UTTT với tỷ lệ thành công cao (88,9%), tỷ lệ tái biến trong mổ và biến chứng sớm sau mổ thấp (5,6% và 7,4%). Tỷ lệ thành công của PTNS phụ thuộc vào tiền sử mổ bụng, vị trí và giai đoạn của ung thư.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Võ Tấn Long, Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung (2011). Kết quả sớm của PTNS cắt đoạn đại trực tràng nối máy so với mổ mở trong điều trị UTTT. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*; tập 15, phụ bản số 1.

2. Noblett S.E., Horgan A.F. (2007). Aprospective case-matched comparison of clinical and financial outcomes of open versus laparoscopic colorectal resection. *Surg Endosc*; 21:404-408.

3. Mai Đức Hùng (2012). Đánh giá kết quả PTNS cắt trước thập nối máy điều trị UTTT. *Tạp chí Y - Dược học Quân sự*; 1: 1-7.

4. Mai Đình Điều (2014). Nghiên cứu ứng dụng PTNS trong điều trị UTTT. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Dược Huế.

5. Cong J.C., et al. (2014). Laparoscopic intersphincteric resection for low rectal cancer: Comparison of stapled and manual coloanal anastomosis. *Colorectal Dis*; 16(5): 353-358.

6. Zihai Ding, Zeng Wang, et al. (2017). Comparison of laparoscopic vs. open surgery for rectal cancer. *Surg Endosc*; 11(3): 1078-1082.

7. Barlehner E., et al. (2005). Laparoscopic resection for rectal cancer: Outcomes in 194 patients and review of the literature. *Surg Endosc*; 19(6): 757-766.

8. Allaix M.E., et al. (2016). Conversion of laparoscopic colorectal resection for cancer: What is the impact on short-term outcomes and survival?. *World J Gastroenterol*; 22(37): 8304-8313.

9. Hrrora A., et al. (2017). Risk factors for conversion and morbidity during initial experience in laparoscopic proctectomies: A retrospective study. *Indian J Surg*; 79(2): 90-95.

10. Van der Pas Mhgm, et al. (2017). Conversions in laparoscopic surgery for rectal cancer. *Surg Endosc*; 31(5): 2263-2270.

11. Young-Fadok T.M, Fanelli R.D, Price R.R, et al. (2007). Laparoscopic resection of curable colon and rectal cancer: An evidence-based review. *Surg Endosc*; 21: 1063-1068.

12. Chen W., et al. (2016). Factors predicting difficulty of laparoscopic low anterior resection for rectal cancer with total mesorectal excision and double stapling technique. *PLoS One*; 11(3): e0151773.

13. Sartori C.A., D'Annibale A., Cutini G., et al (2007). Laparoscopic surgery for colorectal cancer: Clinical practice guidelines of the Italian Society of ColoRectal Surgery. *Tech Coloproctol*; 11: 97-104.