

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



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 ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

LÊ QUỐC TUẤN

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT
CẮT ĐOẠN VÀ NỐI MÁY TRONG
ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG
GIỮA VÀ THẤP**

Chuyên ngành : Ung thư

Mã số : 62720149

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

PGS. TS. NGUYỄN VĂN HIẾU

HÀ NỘI - 2020

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Lê Quốc Tuấn, nghiên cứu sinh khóa 34 Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Ung thư, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Thầy PGS. TS. Nguyễn Văn Hiếu.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Người cam đoan

CHỮ VIẾT TẮT

AJCC	: Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ (American Joint Committee on Cancer)
BN	: Bệnh nhân
CEA	: Kháng nguyên ung thư bào thai (Carcino-Embryonic Antigen)
CP	: Tạo hình đại tràng (Coloplasty)
CT	: Chụp cắt lớp vi tính (Computed tomography)
DCC	: Đột biến mất đoạn trong ung thư trực tràng (Deleted in colorectal cancer)
dMMR	: Thiếu hụt gen sửa chữa mất đoạn ghép cặp (Deficient Mismatch Repair)
EGFR	: Thụ thể yếu tố phát triển biểu bì (Epidermal growth factor receptor)
HMNT	: Hậu môn nhân tạo
JP	: Túi chữ J (J-pouch)
KT	: Kỹ thuật
MMR	: Sửa chữa mất đoạn (Mismatch repair)
MRI	: Chụp cộng hưởng từ (Magnetic resonance imaging)
MSI	: Bất ổn định vi vệ tinh (Microsatellite-Instable)
MSS	: Ổn định vi vệ tinh (Microsatellite-stable)
MTTT	: Mạc treo trực tràng
NCCN	: Mạng lưới ung thư toàn diện quốc gia (Mỹ) (National Comprehensive Cancer Network)
PET	: Chụp phát xạ positron (Positron Emission Tomography)
PET-CT	: Chụp phát xạ positron - cắt lớp vi tính (Positron Emission Tomography - CT)
PT	: Phẫu thuật
PTNS	: Phẫu thuật nội soi

RHM	: Rìa hậu môn
TKTĐ	: Thần kinh tự động
TME	: Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (Total Mesorectal Excision)
TNM	: Hệ thống phân chia giai đoạn trong ung thư theo Khối u, Hạch và Di căn (Tumor, Node and Metastasis)
UTĐTT	: Ung thư đại trực tràng
UTTT	: Ung thư trực tràng
VEGF	: Yếu tố tăng sinh nội mô mạch máu (Vascular endothelial growth factor)

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN.....	3
1.1. DỊCH TỄ HỌC UNG THƯ TRỰC TRÀNG	3
1.1.1. Tình hình mắc bệnh ung thư trực tràng trên thế giới.....	3
1.1.2. Tình hình mắc bệnh ung thư trực tràng tại Việt nam	3
1.2. GIẢI PHẪU ỨNG DỤNG TRONG PHẪU THUẬT UNG THƯ TRỰC TRÀNG	4
1.2.1. Mạc treo trực tràng.....	5
1.2.2. Trực tràng tầng sinh môn hay ống hậu môn	6
1.3. MÔ BỆNH HỌC VÀ SINH HỌC PHÂN TỬ UNG THƯ TRỰC TRÀNG.....	9
1.3.1. Mô bệnh học	9
1.3.2. Sinh học phân tử	12
1.4. CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TRỰC TRÀNG.....	13
1.4.1. Lâm sàng	13
1.4.2. Cận lâm sàng.....	15
1.4.3. Phân loại giai đoạn.....	23
1.5. ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG.....	26
1.5.1. Điều trị phẫu thuật	26
1.5.2. Xạ trị	39
1.5.3. Điều trị nội khoa	40
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	43
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	43
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân	43
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ	43
2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	43
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu	43
2.2.2. Phương tiện nghiên cứu	43

2.3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	44
2.4. CÁC CHỈ SỐ NGHIÊN CỨU	55
2.4.1. Các thông số lâm sàng và cận lâm sàng trước điều trị	55
2.4.2. Đặc điểm mô bệnh học và giai đoạn bệnh.....	57
2.4.3. Kết quả điều trị phẫu thuật.....	58
2.4.4. Kết quả hậu phẫu	59
2.4.5. Kết quả xa sau phẫu thuật	60
2.5. THU THẬP VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU.....	61
2.6. THỜI GIAN NGHIÊN CỨU	61
2.7. VẤN ĐỀ ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU	61
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	63
3.1. ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU	63
3.1.1. Đặc điểm chung	63
3.1.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.....	66
3.1.3. Đặc điểm mô bệnh học sau phẫu thuật	72
3.1.4. Giai đoạn bệnh sau phẫu thuật.....	75
3.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN VÀ NỐI MÁY TRONG UTTT GIỮA VÀ THẤP.....	76
3.2.1. Điều trị trước phẫu thuật.....	76
3.2.2. Loại máy cắt nối sử dụng.....	76
3.2.3. Kết quả trong phẫu thuật.....	77
3.2.4. Liên quan giữa đặc điểm bệnh nhân và đặc điểm phẫu thuật.....	79
3.3. KẾT QUẢ HẬU PHẪU.....	81
3.3.1. Phục hồi sau phẫu thuật	81
3.3.2. Diễn biến hậu phẫu trong tháng đầu tiên	83
3.3.3. Một số liên quan với vị trí u	85
3.4. KẾT QUẢ CHUNG SAU PHẪU THUẬT	86
3.5. KẾT QUẢ PHỤC HỒI CƠ NĂNG TỪ SAU 3 THÁNG	87
3.5.1. Phục hồi cơ năng.....	87
3.5.2. Tần suất đại tiện sau phẫu thuật.....	88
3.5.3. Tình trạng rối loạn sinh dục nam giới sau 3 tháng	89

3.6. KẾT QUẢ TÁI PHÁT VÀ SỐNG THÊM.....	89
3.6.1. Thời gian theo dõi của nghiên cứu	89
3.6.2. Tái phát	89
3.6.3. Sống còn.....	90
3.6.4. Tỷ lệ sống thêm.....	90
Chương 4: BÀN LUẬN.....	92
4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....	92
4.1.1. Tuổi, giới.....	92
4.1.2. Lý do vào viện và thời gian diễn biến bệnh.....	93
4.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG.....	94
4.2.1. Biểu hiện lâm sàng.....	94
4.2.2. Đặc điểm khối u qua nội soi đại trực tràng.....	95
4.2.3. Xét nghiệm CEA.....	98
4.2.4. Đặc điểm u trên cộng hưởng từ	98
4.2.5. Đặc điểm mô bệnh học sau phẫu thuật	100
4.2.6. Giai đoạn bệnh sau phẫu thuật.....	101
4.3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN VÀ NỐI MÁY TRONG UTTT GIỮA VÀ THẤP.....	102
4.3.1. Các đặc điểm trong phẫu thuật	102
4.3.2. Kết quả hậu phẫu	112
4.3.3. Kết quả theo dõi xa	119
4.3.4. Kết quả tái phát và sống thêm.....	124
KẾT LUẬN.....	129
KIẾN NGHỊ	131
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN TÀI LIỆU THAM KHẢO PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1.	Phân loại giai đoạn bệnh theo TNM, Dukes.....	25
Bảng 2.1.	Các biến số lâm sàng	55
Bảng 2.2.	Đặc điểm u qua thăm trực tràng.....	56
Bảng 2.3.	Đặc điểm u trực tràng qua nội soi.....	56
Bảng 2.4.	Các biến số cận lâm sàng.....	57
Bảng 2.5.	Các biến số về mô bệnh học sau phẫu thuật và giai đoạn	57
Bảng 2.6.	Các biến số về mặt phẫu thuật	58
Bảng 2.7.	Các biến số về diễn biến hậu phẫu.....	59
Bảng 2.8.	Các biến số về cơ năng sau phẫu thuật	60
Bảng 2.9.	Các biến số về tái phát và sống thêm.....	60
Bảng 3.1.	Phân bố nghề nghiệp.....	64
Bảng 3.2.	Tiền sử bệnh kèm và gia đình	64
Bảng 3.3.	Lý do vào viện	65
Bảng 3.4.	Thời gian diễn biến bệnh	65
Bảng 3.5.	Triệu chứng cơ năng	66
Bảng 3.6.	Triệu chứng toàn thân	67
Bảng 3.7.	Triệu chứng thực thể.....	67
Bảng 3.8.	Đặc điểm khối u qua thăm trực tràng	68
Bảng 3.9.	Đặc điểm u trực tràng qua nội soi.....	69
Bảng 3.10.	Liên quan giữa vị trí u và giới tính của bệnh nhân phẫu thuật ...	70
Bảng 3.11.	Nồng độ CEA trước mổ	70
Bảng 3.12.	Công thức máu trước mổ	71
Bảng 3.13.	Đặc điểm tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh.....	71
Bảng 3.14.	Giai đoạn xâm lấn u trên cộng hưởng từ tiêu khung	72
Bảng 3.15.	Phân loại mô bệnh học.....	72
Bảng 3.16.	Phân độ biệt hóa.....	73
Bảng 3.17.	Xét nghiệm diện cắt sau phẫu thuật.....	73
Bảng 3.18.	Giai đoạn u trên mô bệnh học.....	73
Bảng 3.19.	Đồng nhất giữa MRI và giai đoạn u trên mô bệnh học	74

Bảng 3.20.	Giai đoạn hạch trên mô bệnh học	75
Bảng 3.21.	Điều trị trước phẫu thuật.....	76
Bảng 3.22.	Loại máy cắt nội sử dụng.....	76
Bảng 3.23.	Số lượng hạch vét được trong phẫu thuật.....	78
Bảng 3.24.	Tỷ lệ hạ đại tràng góc lách theo vị trí u	79
Bảng 3.25.	So sánh thời gian phẫu thuật trung bình theo vị trí u	79
Bảng 3.26.	Liên quan giữa vị trí u và số hạch vét.....	80
Bảng 3.27.	Thời gian phục hồi sau phẫu thuật.....	81
Bảng 3.28.	Liên quan giữa vị trí u và thời gian phục hồi sau phẫu thuật	82
Bảng 3.29.	Biến chứng hậu phẫu	83
Bảng 3.30.	Điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật	84
Bảng 3.31.	Liên quan giữa vị trí u và biến chứng chung sau phẫu thuật.....	85
Bảng 3.32.	Liên quan giữa khoảng cách u so với rìa hậu môn và số lần đại tiện cuối tháng đầu	85
Bảng 3.33.	Liên quan tuyến tính giữa khoảng cách u so với rìa hậu môn và số lần đại tiện hàng ngày cuối tháng đầu đối với phân bố không chuẩn	86
Bảng 3.34.	Đặc điểm phục hồi cơ năng sau 3 tháng	87
Bảng 3.35.	Tần suất đại tiện hàng ngày sau 3, 6, 12, 18 và 24 tháng	88
Bảng 3.36.	Tình trạng rối loạn sinh dục nam so với trước phẫu thuật.....	89
Bảng 3.37.	Kết quả tái phát	89
Bảng 3.38.	Kết quả sống còn.....	90
Bảng 3.39.	Tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1, 2, 3, 4, 5 năm	90
Bảng 4.1.	Đối chiếu các triệu chứng lâm sàng thường gặp	95
Bảng 4.3.	Tỷ lệ rò miệng nối các phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nối máy.....	115
Bảng 4.4.	Tần suất đại tiện theo thời gian với các nghiên cứu nối bên-tận ...	122
Bảng 4.5.	Tần suất đại tiện theo thời gian với các nghiên cứu nối bên tận có khâu tạo hình túi J đại tràng.....	123
Bảng 4.6.	Kết quả sống thêm toàn bộ của các nghiên cứu.....	126

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1.	Phân bố nhóm tuổi theo giới tính	63
Biểu đồ 3.2.	Chẩn đoán giai đoạn sau phẫu thuật	75
Biểu đồ 3.3.	Tỷ lệ hạ đại tràng góc lách.....	77
Biểu đồ 3.4.	Tỷ lệ làm HMNT trên dòng	77
Biểu đồ 3.5.	Phân bố thời gian trung tiện sau phẫu thuật	81
Biểu đồ 3.6.	Phân bố thời gian rút thông tiểu sau phẫu thuật	82
Biểu đồ 3.7.	Kết quả tần suất đại tiện hàng ngày cuối tháng đầu	84
Biểu đồ 3.8.	Kết quả chung sau phẫu thuật.....	86
Biểu đồ 3.9.	Sống thêm không bệnh	91
Biểu đồ 3.10.	Sống thêm toàn bộ	91

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1.	Thiết đồ cắt dọc giải phẫu trực tràng - ống hậu môn.....	4
Hình 1.2.	Diện cắt ngang mạc treo trực tràng.....	5
Hình 1.3.	Cấu trúc ống hậu môn.....	8
Hình 1.4.	Thiết đồ cắt dọc ống hậu môn.....	8
Hình 1.5.	Hình ảnh chụp CT đánh giá mức độ xâm lấn của khối u	18
Hình 1.6.	Hình ảnh MRI cắt ngang đánh giá khối u và hạch	21
Hình 1.7.	Di căn gan trên CT (a) và PET-CT (b) theo Buijsen.....	22
Hình 1.8.	Diện phẫu tích mạc treo trực tràng	26
Hình 1.9.	Minh họa tạo hình túi J đại tràng	33
Hình 1.10.	Máy dập ghim hình tròn cong và sơ đồ đầu cắt nối	35
Hình 1.11.	Máy cắt thẳng Linear Cutter	36
Hình 1.12.	Minh họa cắt ruột bằng máy cắt thẳng.....	36
Hình 1.13.	Máy cắt trực tràng cong Contour.....	37
Hình 2.1.	Cắt đại tràng trên u bằng máy cắt thẳng	47
Hình 2.2.	Cắt trực tràng dưới u bằng máy cắt thẳng và trực tràng cong	48
Hình 2.3.	Nội bên tận có túi chữ J cải biên bằng máy.....	49

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (với trên 50% là ung thư trực tràng) là bệnh phổ biến trên thế giới và có xu hướng gia tăng, đứng thứ ba về tỷ lệ mắc mới và đứng thứ tư về tỷ lệ tử vong do bệnh ung thư [1],[2]. Theo Globocan 2012, ước tính toàn cầu mỗi năm có 1.361.000 ca mắc mới và có 694.000 ca tử vong do ung thư đại trực tràng (UTĐTT). Tại Việt Nam, UTĐTT đứng hàng thứ năm ở cả hai giới, xuất độ 8768 ca và tử suất 5976 ca năm 2012. Bệnh này có xu hướng tăng và ước tính năm 2020 sẽ có 11656 ca mắc mới [3].

Điều trị ung thư trực tràng (UTTT) là điều trị đa mô thức trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng căn bản [4],[5],[6],[7],[8]. Phẫu thuật cắt cụt trực tràng đường bụng tầng sinh môn hy sinh cơ tròn là phương pháp chính để điều trị UTTT đoạn giữa và thấp và nhất là đối với đoạn thấp nhưng người bệnh phải mang hậu môn nhân tạo suốt đời [9]. Xu hướng hiện nay là tăng cường phẫu thuật cắt trước thấp và rất thấp bảo tồn cơ tròn nhằm cải thiện chất lượng sống bệnh nhân [6],[8]. Tiến bộ khoa học công nghệ với sự ra đời các máy cắt và máy nối ruột hiện đại được ứng dụng ngày càng nhiều trong phẫu thuật UTTT bước đầu đã mang lại các hiệu quả thiết thực, đặc biệt là tăng khả năng thực hiện cắt nối thấp trong khung chậu hẹp tránh cho người bệnh phải mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn và rút ngắn thời gian phẫu thuật [2],[5],[6],[10],[11],[12]. Mặc dù vậy, trong thực tiễn lâm sàng, phẫu thuật điều trị UTTT giữa và thấp bảo tồn cơ tròn vẫn còn một tỷ lệ biến chứng nhất là rò miệng nối là thách thức đối với phẫu thuật viên, đặc biệt tăng lên khi càng xuống thấp trong khung chậu [6],[10],[12]. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật cắt và nối bằng máy trong điều trị UTTT giữa và thấp.

Bên cạnh đó, nối thẳng tận tận đại tràng - trực tràng - ống hậu môn có thể dẫn đến rối loạn đại tiện ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân. Các kỹ thuật tạo hình bóng trực tràng, chẳng hạn như túi J đại tràng, nối bên tận và tạo hình đại tràng theo chiều rộng, đã được phát triển để cải thiện rối loạn đại tiện [13],[14],[15]. Trong đó, kỹ thuật nối bên - tận có túi chữ J cải biên để đoạn đại tràng quặt ngược tự do dài 6cm đã được chúng tôi và một số trung tâm tiên hành nhưng chưa có nghiên cứu đầy đủ.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***"Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy trong điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp"*** với các mục tiêu sau:

- 1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư trực tràng đoạn giữa và thấp được phẫu thuật cắt nối máy.***
- 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy bên tận có túi chữ J cải biên của nhóm bệnh nhân trên.***

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. DỊCH TỄ HỌC UNG THƯ TRỰC TRÀNG

1.1.1. Tình hình mắc bệnh ung thư trực tràng trên thế giới

Ung thư đại trực tràng là một trong những loại ung thư phổ biến, đứng hàng thứ 3 trong các loại ung thư ở cả 2 giới (sau ung thư phổi và ung thư vú) với tỷ lệ mắc là 17,2/100.000 dân; tỷ lệ tử vong là 8,3/100.000 dân. Tính riêng nam giới UTĐTT đứng hàng thứ 3 sau ung thư phổi và ung thư tuyến tiền liệt với tỷ lệ mắc là 21,0/100.000 dân; tỷ lệ tử vong là 10,0/100.000 dân. Tính riêng nữ giới, UTĐTT đứng hàng thứ 2 chỉ sau ung thư vú với tỷ lệ mắc là 17,6/100.000 dân; tỷ lệ tử vong là 6,9/100.000 dân. Ung thư trực tràng chiếm khoảng một nửa UTĐTT [3].

1.1.2. Tình hình mắc bệnh ung thư trực tràng tại Việt nam

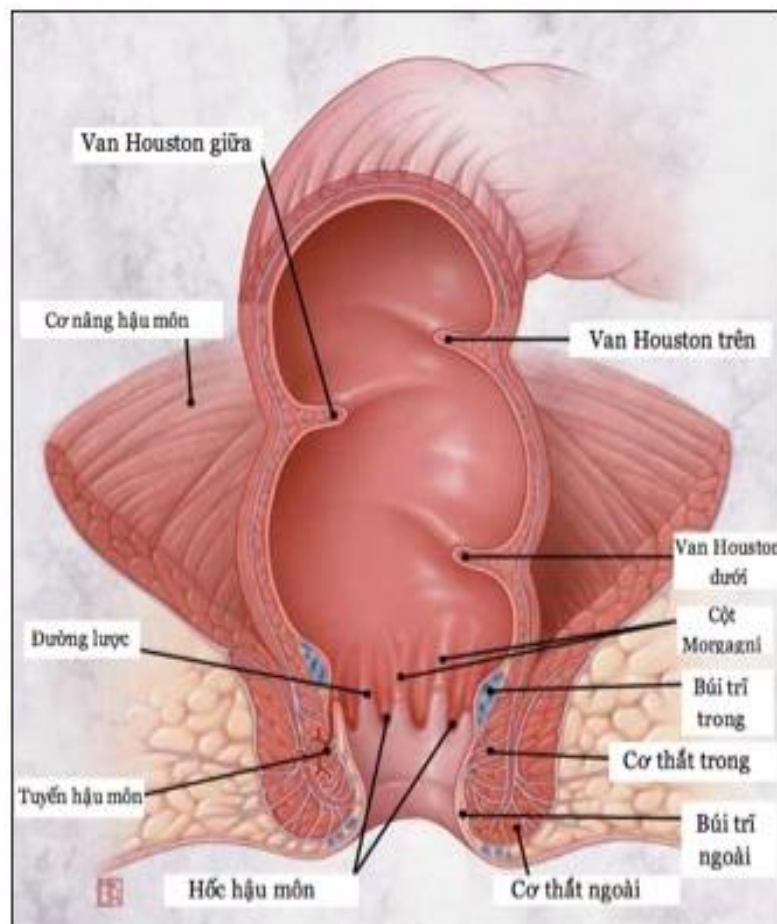
Theo số liệu ghi nhận ung thư năm 2008 của Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế phối hợp với 2 trung tâm ghi nhận ung thư ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh (GLOBOCAN 2008): ở nam giới, UTĐTT đứng hàng thứ 4 với tỷ lệ mắc là 11,5/100.000 dân và tỷ lệ tử vong là 5,3/100.000 dân; Còn ở nữ giới, UTĐTT đứng hàng thứ 6 với tỷ lệ mắc là 9,0/100.000 dân và tỷ lệ tử vong là 6,1/100.000 dân.

Theo số liệu GLOBOCAN năm 2012, tại Việt Nam, UTĐTT đứng vị trí thứ 6 trong các loại ung thư ở cả 2 giới với tỷ lệ mắc là 10,1/100.000 dân và tỷ lệ tử vong là 7,0/100.000 dân. Như vậy, tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong do UTĐTT nói chung và UTTT nói riêng ngày càng gia tăng [2],[3].

1.2. GIẢI PHẪU ỨNG DỤNG TRONG PHẪU THUẬT UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Trực tràng là đoạn cuối cùng của ống tiêu hóa tiếp nối với đại tràng xích ma ở mức đốt sống cùng 3 và kết thúc ở rìa hậu môn (RHM). Trực tràng gồm 2 phần khác nhau là bóng trực tràng và ống hậu môn [16],[17].

Bóng trực tràng nằm ở khoang trước xương cùng chệch từ sau ra trước có mạc treo trực tràng (MTTT) liên quan mật thiết với thành chậu bên. Phần thấp của trực tràng liên quan đến túi tinh, tuyến tiền liệt ở nam cũng như thành sau âm đạo ở nữ [16],[17].



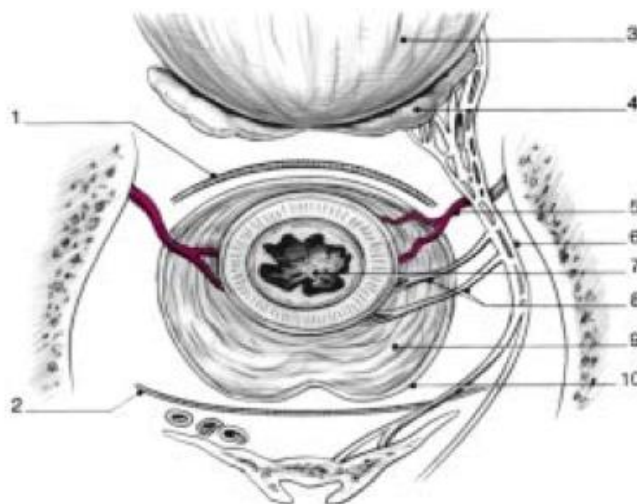
Hình 1.1. Thiết đồ cắt dọc giải phẫu trực tràng - ống hậu môn

* Nguồn: theo Frank Netter (2004) [18]

Khoảng cách từ túi cùng Douglas tới RHM ở nam khoảng 7,5cm và ở nữ khoảng 5,5cm. Niêm mạc trực tràng có các nếp ngang gọi là van Houston: nếp trên gần nguyên ủy của trực tràng, nếp giữa ngay trên bóng trực tràng, nếp dưới không hằng định nằm dưới nếp giữa 2,5cm. Trong phẫu thuật UTTT có thể chia ra 2 phần: UTTT trong phúc mạc trên túi cùng Douglas khả năng bảo tồn cơ thắt hậu môn cao. UTTT dưới phúc mạc, phần này đòi hỏi kỹ thuật ngoại khoa khó hơn và tỷ lệ bảo tồn cơ thắt hậu môn cũng thấp hơn [16],[17].

Trực tràng dài khoảng 15cm và thường được chia làm 3 phần: 1/3 trên cách RHM 11-15cm nằm trên túi cùng Douglas, 1/3 giữa cách RHM 7-10cm, 1/3 dưới cách RHM 3-6cm, tương ứng với vị trí khối u mà UTTT có tên là UTTT cao, UTTT giữa, UTTT thấp. Đối với UTTT cao, phẫu thuật (PT) triệt căn là cắt trước trực tràng, UTTT giữa và thấp có thể cắt cụt trực tràng hoặc cắt đoạn trực tràng trước thấp hoặc trước rất thấp làm miệng nối đại tràng - trực tràng - ống hậu môn bảo tồn cơ thắt khi tổn thương chưa xâm lấn hệ thống cơ thắt [19],[20].

1.2.1. Mạc treo trực tràng



Hình 1.2. Diện cắt ngang mạc treo trực tràng

1. Cân Denonvilliers; 2. Cân lá thành; 3. Bàng quang; 4. Túi tinh;
5. Động mạch trực tràng giữa; 6. Đám rối chậu bên; 7. Trực tràng;
8. Các nhánh thần kinh của trực tràng; 9. Mạc treo trực tràng; 10. Lá tạng MTTT.

* Nguồn: theo Calan (2004) [12]

Thuật ngữ MTTT không có trong giải phẫu kinh điển của trực tràng. Nó xuất hiện trong y văn ngoại khoa vào năm 1982 bởi Heald phẫu thuật viên Anh quốc, người đặt nền tảng cho phẫu thuật UTTT triệt căn hiện đại. MTTT là tổ chức xơ mỡ (cellulo-graisseux) giới hạn giữa cơ thành trực tràng và lá tạng của cân đáy chậu hay còn gọi là cân trực tràng (fascia recti), bao phủ 3/4 chu vi trực tràng mặt sau bên, dưới phúc mạc. Mặt trước trực tràng dưới phúc mạc cũng là tổ chức xơ mỡ. Khối u trực tràng xâm lấn hết chiều sâu của thành trực tràng phát triển vào MTTT vượt qua cân trực tràng vào thành chậu, xâm lấn vào tổ chức quanh trực tràng. Tổn thương này có nguy cơ tái phát tại chỗ cao sau phẫu thuật UTTT mà trước đây chưa được đánh giá đúng mức. Hệ thống bạch huyết ở trung tâm MTTT dẫn bạch huyết lên trên, nhưng khi khối u phát triển dòng bạch huyết có thể trào ngược xuống dưới khối u vài cm và lan ra ngoài cân trực tràng. Những nghiên cứu mô bệnh học UTTT cho thấy tế bào ung thư có thể lan theo hệ bạch huyết trong MTTT xuống dưới khối u 4cm và trên 98% - 99% diện cắt mạc treo theo thành trực tràng dưới phúc mạc 5cm là không còn tế bào ung thư. Đó là lý do về mặt ung thư học đối với phẫu thuật UTTT phải cắt bờ MTTT dưới khối u tối thiểu là 5cm. Với khối u trực tràng giữa và thấp cắt gần toàn bộ và toàn bộ MTTT là bắt buộc và diện cắt thành trực tràng dưới khối u tối thiểu là 2cm mới đảm bảo nguyên tắc ung thư học. Nguyên tắc này làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ trong UTTT từ 15% đến 30% xuống còn dưới 4% [7],[19],[20].

1.2.2. Trực tràng tầng sinh môn hay ống hậu môn

Ống hậu môn có nguồn gốc phôi thai từ ngoại bì (ectodermic) và nằm gần như thẳng đứng chệch về phía sau so với bóng trực tràng, hình trụ dài khoảng 4cm, bao quanh bởi cơ thắt trong và cơ thắt ngoài, kết thúc ở RHM [19].

Hai khái niệm về ống hậu môn được mô tả là: ống hậu môn giải phẫu (anatomic anal canal) dài 2cm đi từ RHM tới đường lược. Ống hậu môn ngoại

khoa (surgical anal canal) được Milligan-Morgan mô tả lần đầu tiên dài hơn đi từ RHM tới vòng hậu môn trực tràng (anorectal ring). Vòng hậu môn trực tràng là giới hạn cuối của bóng trực tràng gấp khúc tạo góc hậu môn trực tràng, nơi có áp lực cao nhất trong bóng trực tràng. Khái niệm ống hậu môn ngoại khoa có ý nghĩa trong thăm khám trực tràng bằng ngón tay, đo áp lực bóng trực tràng, siêu âm nội soi trực tràng.

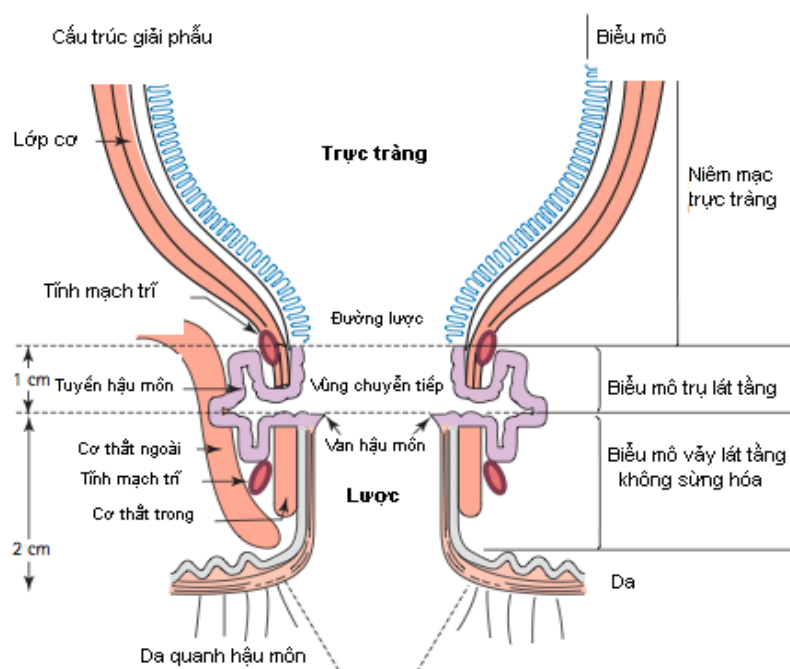
Ống hậu môn có liên quan phía sau với xương cùng, phía trước với sàn đáy chậu và phân thập thành sau âm đạo với nữ, niệu đạo ở nam, hai bên là ụ ngồi và hố ngồi trực tràng. Thành phần của hố ngồi trực tràng gồm các tổ chức mỡ, mạch máu và thần kinh đi vào ống hậu môn [16],[17].

Các thành phần tham gia vào cơ chế giữ phân tự chủ của ống hậu môn bao gồm: bó cơ cùng mu, hệ thống cơ thắt trong và cơ thắt ngoài, và bó mu trực tràng. Trong phẫu thuật UTTT nếu làm tổn thương cả 3 hệ thống cơ này thì bệnh nhân sẽ không còn khả năng đi ngoài tự chủ. Do đó, xu hướng hiện nay là tăng cường phẫu thuật cắt trước thập và rất thập bảo tồn các hệ thống cơ trên trong điều trị UTTT giữa và thập [6],[8].

- Vùng cột: là vùng dưới các van của trực tràng dài khoảng 1,5cm ở 1/3 trên ống hậu môn. Nó có các nếp gấp dọc của niêm mạc hình thành nên các cột Morgagni, đáy cột mở rộng ra tạo nên các nếp ngang hay các van. Dây các nếp ngang này hình thành nên đường lược. Niêm mạc vùng này là biểu mô tuyến có các điểm nhạy cảm để giữ trương lực ống hậu môn và bóng trực tràng [16],[17],[19].

- Vùng chuyển tiếp: còn gọi là vùng dưới đường lược, dài khoảng 1,5cm bao phủ bởi biểu mô Malpighien, đây là vùng nhạy cảm của ống hậu môn. Giới hạn dưới là đường trắng ở bờ dưới của cơ thắt ngoài [16],[17],[19].

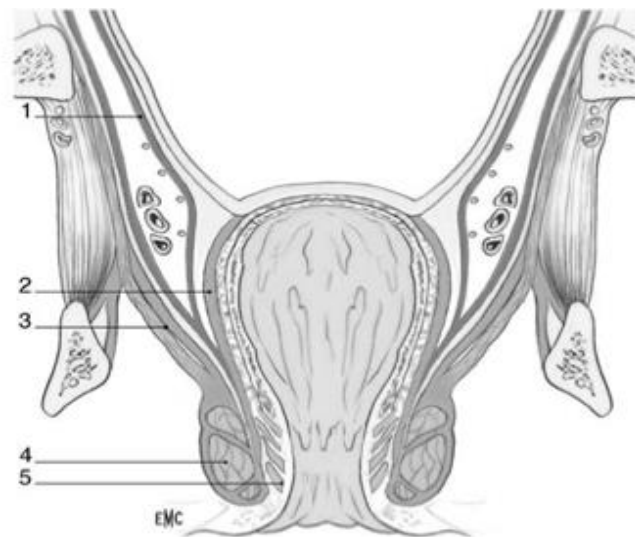
- Vùng da dài khoảng 8mm từ bờ dưới của cơ thắt ngoài.



Hình 1.3. Cấu trúc ống hậu môn

* Nguồn: theo Calan (2004) [12]

1.2.3. Hệ thống cơ thắt tròn hậu môn



Hình 1.4. Thiết đồ cắt dọc ống hậu môn

1. Lá thành của cân đáy chậu; 2. Lá tạng (fascia recti) của cân đáy chậu;
3. Cơ nâng hậu môn; 4. Cơ thắt ngoài hậu môn; 5. Cơ thắt trong hậu môn.

* Nguồn: theo Calan (2004) [12]

Ống hậu môn được bao quanh bởi hệ thống cơ thắt. Hệ thống cơ thắt gồm cơ thắt trong và cơ thắt ngoài cách nhau bởi dải sợi xơ dọc.

Cơ thắt trong chính là sự kéo dài và dày lên của lớp cơ vòng trực tràng với bản chất là các sợi cơ trơn hình thành nên vòng cơ bao quanh 3/4 trên ống hậu môn, cách bờ trên cơ thắt ngoài khoảng 1cm. Cơ thắt trong có màu trắng và không co lại khi kích thích bằng dao điện trong mổ vì nó chi phối bởi thần kinh thực vật không tự chủ.

Cơ thắt ngoài bao gồm các sợi cơ vân bao quanh cơ thắt trong, có quan niệm cơ thắt ngoài là phần kéo dài của cơ nâng hậu môn. Cơ thắt ngoài gồm 3 bó, bó sâu bao quanh phần trên của ống hậu môn, những sợi cơ này liên tục với bó mu trực tràng, bó nông bao quanh phần dưới và kéo dài tới RHM, bó dưới da hình thành nên vòng dưới da của ống hậu môn. Cơ thắt ngoài bảo đảm điều khiển tự chủ.

Trong phẫu thuật UTTT đánh giá sự xâm lấn của khối u vào hệ thống cơ thắt hậu môn là yếu tố quan trọng quyết định phương pháp PT cắt cụt trực tràng hay cắt đoạn trực tràng bảo tồn cơ thắt tròn hậu môn [6],[8].

1.3. MÔ BỆNH HỌC VÀ SINH HỌC PHÂN TỬ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

1.3.1. Mô bệnh học

** Phân loại ung thư biểu mô đại trực tràng theo Tổ chức y tế thế giới năm 2010 (WHO 2010) [21]:*

- Ung thư biểu mô tuyến NOS	8140/3
- Ung thư biểu mô tuyến trứng cá dạng sàng	8201/3
- Ung thư biểu mô thể tủy	8510/3
- Ung thư biểu mô vi nhú	8265/3
- Ung thư biểu mô tuyến nhày	8480/3
- Ung thư biểu mô tuyến răng cưa	8213/3
- Ung thư biểu mô tế bào nhẵn	8490/3

- Ung thư biểu mô tuyến vảy 8560/3
- Ung thư biểu mô tế bào hình thoi, NOS 8032/3
- Ung thư biểu mô vảy, NOS 8070/3
- Ung thư biểu mô không biệt hóa 8020/3

Ung thư trực tràng có mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến thông thường (NOS) [21],[22],[23].

*** Về đại thể gặp các loại sau:**

- Thể sùi: Khối u lồi vào lòng ruột có thể chia thành thùy múi, màu sắc loang lổ, trắng lẫn đỏ tím, mặt độ mủn, bờ dễ chảy máu, khi u phát triển mạnh có thể có hoại tử trung tâm, tạo giả mạc, lõm xuống tạo ổ loét. Thể này có tiên lượng tốt hơn các thể khác và ít gây hẹp, ít di căn hạch hơn và hay gây thiếu máu.

- Thể loét: Khối u là một ổ loét tròn hay bầu dục, mặt u lõm sâu vào thành trực tràng, màu đỏ thẫm hoặc có giả mạc hoại tử, thành ổ loét dốc và nhẵn. Bờ ổ loét phát triển gồ ghề, có thể sần sùi, đáy thường mủn nát, ranh giới u rõ ràng. Toàn bộ khối u như hình một “núi lửa”. Thể này thường phát triển vào lớp cơ của thành ruột, xâm lấn vào các cơ quan khác, có tỉ lệ di căn hạch cao hơn và tiên lượng xấu hơn thể sùi.

- Thể thâm nhiễm lan tỏa: Là tổn thương lan tỏa không rõ ranh giới. Mặt tổn thương hơi lõm, có những nốt sần nhỏ, lớp niêm mạc bạc màu mất bóng. Loại u này thường phát triển theo chiều dọc, chiều dày và chu vi, nhiều khi u phát triển làm trực tràng cứng như một ống nhỏ [21],[22],[23].

*** Về vi thể:**

- Hầu hết các UTĐTT là ung thư biểu mô tuyến (UTBMT), chiếm tỷ lệ từ 90 đến 95%. UTBMT được tạo thành bởi các tế bào biểu mô dạng trụ hoặc dạng cột với sự biệt hóa ở các mức độ khác nhau. Các tế bào ung thư bị biến dạng, sẫm màu hơn, kích thước thay đổi, nhân tế bào tăng sắc, nhiều phân bào và có những phân bào bất thường, nhiều hạt nhân không đều, thay đổi hình thái và số lượng của nhiễm sắc thể, bào tương ưa bazơ. Các tế bào ung thư

phá vỡ màng đáy, xâm nhập mô đệm, xâm lấn vào thành trực tràng, lan tràn vào hạch bạch huyết, đôi khi vào mạch máu [21],[22],[23].

- UTBMT nhầy: chiếm khoảng 10% các khối UTBT. Là một ung thư biểu mô với lượng chất nhầy nằm ngoài tế bào chiếm lớn hơn 50% tổng lượng chất nhầy của khối u. Thường thấy các đám chất nhầy với kích thước khác nhau, một số tế bào u nằm riêng rẽ hoặc thành từng nhóm, có chỗ hình thành tuyến rải rác, lẫn trong các đám chất nhầy lớn. Tổ chức y tế thế giới có chia thêm ung thư biểu mô tế bào nhầy chiếm 4% tổng số UTBMT nhầy. Ung thư biểu mô tế bào nhầy có chất nhầy nội bào, đẩy lệch nhân tế bào về một phía. Một số ung thư biểu mô tế bào nhầy tạo ra u dạng mô cau (linitis plastica), u tràn vào thành ruột nhưng không gây tổn thương niêm mạc [4],[21],[22],[23],[24]. Những UTBMT nhầy khác về lâm sàng và bệnh học với những UTBMT thông thường. Những u này thường xuất hiện ở những bệnh nhân trẻ [25]. Nói chung những ung thư biểu mô nhầy có tiên lượng xấu hơn có ý nghĩa UTBMT, với sống 5 năm từ 17% đến 18% và sống thêm trung bình 33 tháng và tiên lượng đặc biệt xấu trong UTBT [22],[26],[27],[28].

*** Độ biệt hoá:**

- UTBMT biệt hóa cao: tổn thương có sự hình thành các tuyến lớn và rõ ràng với các tế bào biểu mô hình trụ.

- UTBMT biệt hóa vừa: tổn thương chiếm ưu thế trong khối u là trung gian giữa UTBMT biệt hóa cao và UTBMT biệt hóa thấp.

- UTBMT biệt hóa thấp: tổn thương là các tuyến không rõ ràng với các tế bào biểu mô kém biệt hóa [21],[23].

Ngoài ra, AJCC (American Joint Committee on Cancer) 2010 còn phân loại theo độ mô học như sau [4],[29],[30]:

- G_x: Không đánh giá được độ mô học
- G₁: Biệt hoá cao

- G₂: Biệt hoá vừa
- G₃: Kém biệt hoá
- G₄: Không biệt hoá

Thuật ngữ “Loạn sản nặng” (High grade dysplasia), (Severe dysplasia) có thể được hiểu như là ung thư tại chỗ (in situ adenocarcinoma).

Yếu tố để đánh giá tiên lượng bệnh quan trọng nhất là tình trạng mô bệnh học sau mổ (kể cả bệnh nhân có điều trị tiền phẫu hay không) bao gồm: mức độ xâm lấn của khối u so với thành trực tràng; tình trạng hạch di căn và đặc điểm di căn xa, các diện cắt [21],[23].

1.3.2. Sinh học phân tử

Hiện nay với sự phát triển của công nghệ sinh học phân tử, chúng ta đã hiểu biết nhiều hơn về bệnh UTĐTT và các đột biến gen bệnh lý.

Đột biến gen Kras: gen kras nằm bên trong tế bào. Khi có đột biến gen Kras làm cho protein Kras bị kích hoạt liên tục truyền tín hiệu tăng trưởng mà không cần tín hiệu trung gian liên quan đến thụ thể yếu tố phát triển biểu bì (EGFR: epidermal growth factor receptor), do đó tế bào vẫn tiếp tục tăng sinh, nhân lên,... Đột biến gen Kras gặp ở khoảng 35-45% bệnh nhân UTĐTT. Với một số loại thuốc kháng thể đơn dòng ức chế EGFR, trước khi chỉ định điều trị cần làm xét nghiệm đánh giá tình trạng đột biến Kras [4],[21],[22].

Đột biến gen BRAF: các bệnh nhân có đột biến gen V600E BRAF có tiên lượng xấu [4],[21],[22].

Đột biến gen DCC (18q deletion): năm 2004, Gal R. và cộng sự ở Israel, đã công bố kết quả nghiên cứu cho thấy DCC là yếu tố tiên lượng xấu trong UTĐTT, nếu bệnh nhân có xét nghiệm DCC (+), nên chỉ định cho điều trị hóa chất bổ trợ sau PT [21],[22],[31].

Thymidylate synthase (1494del6 genotype): Độ bộc lộ cao của thymidylate synthase là một yếu tố tiên lượng xấu trong UTĐTT, nó cho thấy bệnh nhân không có hiệu quả khi điều trị hóa chất bổ trợ [32].

MSI - DNA mismatch repair [MMR]: bệnh nhân có xét nghiệm đột biến gen (MMR) lại có tiên lượng tốt hơn bệnh nhân không có đột biến gen (MSS) (microsatellite-stable). Phần lớn các nghiên cứu cho thấy điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ có 5FU không mang lại lợi ích cho nhóm bệnh nhân có đột biến MSI (microsatellite-unstable) so với nhóm MSS [21],[22],[33].

Bộ lộ phối tử chết theo chương trình PD-L1 và PD-L2: UTĐTT bộc lộ quá mức (cao) sự bất ổn vi vệ tinh (MSI-H) do thiếu hụt gen sửa chữa ghép cặp AND (dMMR) với hàng ngàn đột biến tạo ra các phối tử chết theo chương trình (Programmed death-ligand) PD-L1 và PD-L2 trên bề mặt tế bào ung thư làm bất hoạt hệ thống miễn dịch tế bào bằng cách làm mù thụ thể chết theo chương trình (Programmed death) PD-1 gắn trên tế bào T hoạt động miễn dịch. Do đó, hệ miễn dịch không thể nhận diện và phản ứng ngăn chặn tế bào ung thư phát triển. Điều trị ức chế chốt kiểm miễn dịch đã chứng minh hiệu quả cho các trường hợp UTĐTT di căn có dMMR tiến triển sau hóa trị tiêu chuẩn 5FU, Oxaliplatin và Irinotecan mà chưa được điều trị các thuốc miễn dịch nào trước đó [29].

1.4. CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TRỰC TRÀNG

1.4.1. Lâm sàng

1.4.1.1. Cơ năng

- Chảy máu trực tràng: đi ngoài ra máu đỏ tươi, hoặc lờ đờ máu cá, từng đợt hoặc kéo dài. Đây là dấu hiệu phổ biến nhất.

- Rối loạn lưu thông ruột: là dấu hiệu sớm với những thay đổi thói quen đại tiện, thay đổi giờ giấc, số lần đi ngoài, có khi bị táo bón, ỉa chảy, hoặc xen kẽ cả táo bón và ỉa chảy.

- Thay đổi khuôn phân: phân có thể bị dẹt, vệt góc, hoặc có những rãnh, vết trên khuôn phân được tạo ra do khối u ở trực tràng.

- Đau vùng hạ vị, buồn đi ngoài, cảm giác mót rặn và đi ngoài không hết phân, ...

- Một số bệnh nhân UTTT đến bệnh viện vì những biến chứng của u như bán tắc ruột, tắc ruột, thủng trực tràng gây viêm phúc mạc có biểu hiện: nôn, buồn nôn, đau bụng con, bí trung đại tiện,...

1.4.1.2. Toàn thân

- Thiếu máu: da xanh, niêm mạc nhợt nhạt.

- Gầy sút: bệnh nhân có thể gầy sút cân 5 - 10 kg trong vòng 2 - 4 tháng, suy kiệt [34],[35].

1.4.1.3. Thực thể

*** Thăm khám trực tràng:**

Thăm khám trực tràng bằng ngón tay là phương pháp kinh điển đánh giá mức xâm lấn ung thư bằng cách xác định mức di động của u so với thành trực tràng và tổ chức xung quanh [2],[5],[20].

Đánh giá mức độ xâm lấn ung thư qua thăm trực tràng, Y. Mason phân chia làm 4 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: u di động so với thành trực tràng
- Giai đoạn 2: u di động so với tổ chức xung quanh
- Giai đoạn 3: u di động hạn chế
- Giai đoạn 4: u cố định.

Giá trị đánh giá giai đoạn qua thăm trực tràng:

Chẩn đoán giai đoạn bệnh qua thăm trực tràng là một trong những phương pháp hữu hiệu vì có thể đánh giá được kích thước u, hình thái u, mức độ xâm lấn của u, vị trí khối u so với RHM. Starck và cộng sự đã công bố rằng độ chính xác khi đánh giá giai đoạn bằng thăm trực tràng là 68%; các nghiên cứu khác về độ chính xác khi đánh giá giai đoạn bằng thăm trực tràng là 57,9-82,8%. Mặc dù đánh giá giai đoạn qua thăm trực tràng không phải là phương pháp đánh giá hoàn hảo nhưng nó giúp các nhà lâm sàng có những thông tin quan trọng và cho phép đánh giá mức độ xâm lấn của khối u với các tổ chức xung quanh như âm đạo, tiền liệt tuyến. Ở các bệnh nhân nữ có thể phối hợp thăm âm đạo với thăm trực tràng để đánh giá thành sau âm đạo và

mức độ liên quan với khối u trực tràng. Việc đánh giá chính xác khoảng cách từ khối u đến RHM, tình trạng cơ thắt hậu môn đặc biệt quan trọng trong việc quyết định bảo tồn được cơ thắt hậu môn hay không. Do đó, thăm trực tràng là bước quan trọng đầu tiên trong đánh giá bệnh UTĐT [2],[4].

*** *Thăm khám các cơ quan toàn thân:***

Đánh giá tình trạng các cơ quan toàn thân, các bệnh lý phối hợp, thăm khám hệ thống hạch (hạch cổ, hạch bẹn), khám bụng (đôi khi sờ thấy khối u, gan to, dịch ổ bụng,...), phát hiện những triệu chứng tắc ruột do khối u,....

1.4.2. Cận lâm sàng

1.4.2.1. Nội soi

Soi trực tràng ống cứng hiện vẫn là phương pháp quan trọng để chẩn đoán UTĐT. Phương pháp có ưu điểm là rẻ tiền, kỹ thuật đơn giản, nhưng lại cho biết chính xác u về hình dạng, kích thước và vị trí u cách RHM để giúp quyết định cắt cụt trực tràng hay cắt đoạn trực tràng bảo tồn cơ tròn hậu môn. Qua nội soi, thực hiện bấm sinh thiết để có chẩn đoán mô bệnh học và có thể thực hiện một số thủ thuật như cắt polyp hoặc giúp đặt đầu dò siêu âm để đánh giá xâm lấn của ung thư. Tỷ lệ biến chứng của soi ống cứng thấp.

Tuy nhiên, nội soi ống cứng chỉ đánh giá được trực tràng mà không đánh giá được khung đại tràng. Để khắc phục nhược điểm này, trong những thập niên gần đây, với sự ra đời máy nội soi đại trực tràng ống mềm đã giúp đánh giá được toàn bộ đại trực tràng và tìm tổn thương phối hợp (đa polyp đại trực tràng, đa u, ...). Có hai loại máy soi ống mềm là nhìn trực tiếp và truyền hình điện tử. Hai loại máy có cùng đặc tính về kính, kích thước máy và cách vận hành. Tuy nhiên, máy soi truyền hình ưu việt hơn, thuận tiện cho thầy thuốc và cho phép chẩn đoán chính xác và khách quan hơn vì máy có độ phân giải cao hơn, có khả năng phóng đại rõ hơn, cho phép nhiều người cùng đánh giá tổn thương, có khả năng lưu trữ và chụp lại ảnh. Hiện nay, nội soi ống mềm được dùng chủ yếu để chẩn đoán UTĐT [4].

1.4.2.2. Siêu âm nội trực tràng (Endorectal ultrasonography)

Siêu âm nội trực tràng là phương pháp siêu âm qua đường trực tràng nhằm đánh giá mức độ xâm lấn của khối u đồng thời cho phép chẩn đoán rõ các hạch cạnh trực tràng. Kỹ thuật (KT) này không có biến chứng, giá thành rẻ. Tuy nhiên đối với các u chít hẹp, u đang chảy máu, u trực tràng cao cũng như với các hạch gần nguyên ủy mạch trực tràng khó đánh giá bằng phương pháp này. Siêu âm nội trực tràng đánh giá giai đoạn khối u tốt hơn hẳn so với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác [36].

* **Hình ảnh thành trực tràng bình thường trên siêu âm:** Hình ảnh bắt âm của trực tràng thành các dải tương đương với các lớp giải phẫu, tùy thuộc vào từng loại đầu dò và từng tác giả.

* **Tổn thương ung thư trực tràng trên siêu âm:** Khi bị UTTT, hình ảnh siêu âm nội trực tràng thường là một khối u hoặc một đám giảm âm, đôi khi không đồng âm, phá vỡ cấu trúc bình thường của thành trực tràng và xâm lấn vào các lớp của thành trực tràng, cấu trúc xung quanh tùy theo giai đoạn [37].

Siêu âm nội trực tràng là phương tiện đánh giá giai đoạn u (T) hữu hiệu nhất, đặc biệt phân biệt giữa T1 và T2. Siêu âm nội trực tràng đặc biệt quan trọng để đánh giá giai đoạn trong trường hợp khối u ở giai đoạn T1 không có các yếu tố nguy cơ cao có thể PT triệt căn cắt khối u qua nội soi ống tiêu hóa hay không và trong trường hợp khối u ở giai đoạn T3 sớm (dễ nhầm với T2) cần chỉ định điều trị hóa - xạ trị trước mổ. Siêu âm nội trực tràng không được chỉ định cho các khối u trực tràng cao và các khối u đã gây hẹp lòng trực tràng. Lưu ý là tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán vượt quá giai đoạn nhiều hơn là bị đánh giá thấp giai đoạn. Theo nghiên cứu CAO/ARO/AIO-94 của Đức, 18% số bệnh nhân UTTT giai đoạn cT3-4 và/hoặc cN(+) không có di căn hạch và mô bệnh học sau PT là pT1,2N0. Điều này được giải thích là do quá trình viêm và quá trình tạo mô xơ của khối u hoặc do quá trình sinh thiết u trong vòng 1 tuần trước khi siêu âm nội soi [21].

1.4.2.3. Chụp cắt lớp vi tính (Computed tomography) ổ bụng

Chụp cắt lớp vi tính (CT) cho phép xác định vị trí, mức độ xâm lấn của khối u, tình trạng các tạng ở tiểu khung, hạch ổ bụng, gan,... Nguyên lý chính trong xác định tổn thương u tại trực tràng là dựa vào độ dày của thành trực tràng, bình thường thành trực tràng dày 3mm, với các tổn thương dày 6mm trở lên là tổn thương bất thường. Các tổn thương này thường không đối xứng và có hay không có tổn thương bề mặt đều có thể là khối u. Tổn thương xâm lấn lớp mỡ quanh trực tràng được xác định khi lớp ngoài của thành trực tràng không còn nguyên vẹn và có tỷ trọng mô mềm.

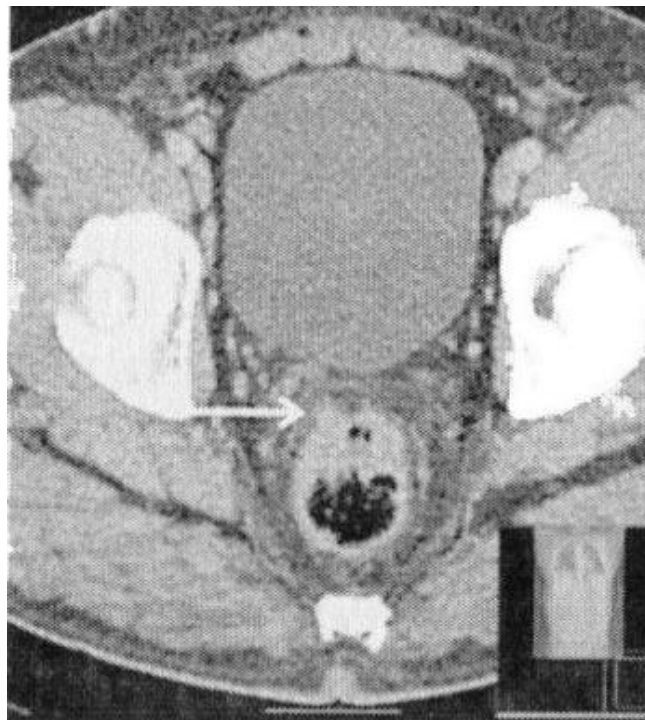
Giai đoạn u (T) trong UTĐTT trên CT được xác định như sau [4]:

- T1: u sùi vào lòng ruột, thành đại trực tràng bình thường
- T2: dày không đối xứng lòng trực tràng nhưng lớp cơ còn liên tục và còn khoảng sáng của lớp mỡ cạnh trực tràng
- T3: Khối u vượt quá lớp cơ với tổn thương dạng phẳng hoặc tổn thương lan rộng dạng nhú đến lớp mỡ quanh trực tràng.
- T4a: Tổn thương u xâm lấn đến các cơ quan lân cận với mất khoảng trống giữa đại trực tràng và các cấu trúc lân cận
- T4b: Khối u xâm lấn làm thủng bất phúc mạc tạng
- T4c: Khối u gây thủng trực tràng kèm có khí và dịch tự do ổ bụng

Giai đoạn T của khối u là một trong những yếu tố tiên lượng độc lập với thời gian sống thêm của UTĐTT cụ thể với khối u còn khu trú trong lòng ruột (giai đoạn T1, T2) thì 80-95% số bệnh nhân sống thêm 5 năm. Các nghiên cứu trước đây cho thấy với CT trong chẩn đoán giai đoạn T cho độ nhạy 55-60% và độ đặc hiệu 78-81%. Nghiên cứu gần đây nhất trên 365 bệnh nhân cho thấy độ chính xác của CT trong đánh mức độ xâm lấn của u đến lớp cơ là 74%. Nhìn chung, CT có giá trị trong đánh giá các tổn thương nguyên phát tại khung chậu cũng như độ lan rộng của khối u. Tuy nhiên, một hạn chế của CT là không thể phân biệt được các lớp của thành trực tràng để đánh giá

giai đoạn T một cách chi tiết. Nghiên cứu của Kim và cộng sự đã công bố CT giúp đánh giá chính xác giai đoạn T trong 82% trường hợp ung thư trực tràng giai đoạn T3, T4 nhưng chỉ 12% ở giai đoạn T2. Do đó chỉ dùng CT trong đánh giá giai đoạn T sẽ không chính xác nhất là ở giai đoạn sớm. Bên cạnh đó, CT không được chỉ định trong đánh giá giai đoạn hạch trong UTTT vì độ nhạy và độ đặc hiệu không cao: 36-62% [4].

Những năm gần đây với sự ra đời của CT đa dãy (64 dãy, 128 dãy, 256 dãy) với độ phân giải cao, lát cắt mỏng giúp đánh giá được mức độ xâm lấn của khối u, tình trạng hạch, tình trạng di căn xa tốt hơn. Nghiên cứu của Kanamoto và cộng sự về giá trị của CT đa dãy trong chẩn đoán giai đoạn T cho độ nhạy và độ đặc hiệu đạt 94% [4].



Hình 1.5. Hình ảnh chụp CT đánh giá mức độ xâm lấn của khối u [4]

Hình ảnh CT cắt ngang của bệnh nhân nam 77 tuổi, có khối u trực tràng giữa giai đoạn T3 đã xâm lấn vào mạc treo trực tràng ở phía trước (mũi tên).

1.4.2.4. Chụp cộng hưởng từ (Magnetic resonance imaging) ổ bụng-tiểu khung:

Chụp cộng hưởng từ (MRI) có khả năng tạo hình ảnh theo bất cứ hướng cắt nào theo không gian ba chiều. MRI 1.5 và 3.0 Tesla với các xung cơ bản (nhất là các xung T2W) và xung STIR FAT SAT, theo các mặt phẳng ngang, đứng ngang theo trục tiểu khung và đứng dọc có kèm tiêm thuốc đối quang từ cho phép đánh giá vị trí, kích thước khối u, mức độ xâm lấn của u. KT này còn cho phép chẩn đoán hạch cạnh trực tràng, hạch trong mạc treo và hạch tiểu khung qua đó giúp lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp cho bệnh nhân. MRI còn cho phép đánh giá diện PT nên có ý nghĩa trong điều trị và tiên lượng khả năng tái phát tại chỗ sau PT. MRI có thể thực hiện trên nhiều bình diện, có thể lưu trữ hình ảnh dễ dàng qua đó tăng khả năng phối hợp giữa bác sĩ lâm sàng và cận lâm sàng trong chẩn đoán.

**** Hình ảnh trực tràng bình thường trên cộng hưởng từ:***

- Lớp dịch nhầy: giảm tín hiệu ở T1W, tăng tín hiệu ở T2W.
- Lớp niêm mạc: là lớp rất mỏng, nhận biết dựa trên hình ảnh của lớp dịch nhầy láng trên bề mặt niêm mạc và lớp dưới niêm mạc.
- Lớp dưới niêm: tăng nhẹ tín hiệu trên T1W, T2W và rất ngấm thuốc.
- Lớp cơ: giảm tín hiệu trên T1W và T2W, đặc biệt cơ thắt trong rất giảm tín hiệu.
- Lớp thanh mạc: là lớp rất mỏng, nhận biết dựa trên hình ảnh lớp cơ và lớp mỡ quanh trực tràng.
- Lớp mỡ xung quanh: tăng tín hiệu cả T1W và T2W.
- Hệ xương: vỏ xương mất tín hiệu cả T1W và T2W.

MRI tiểu khung cho phép đánh giá mức độ xâm lấn của khối u trực tràng cũng như tình trạng hạch vùng.

*** Phân loại mức độ xâm lấn của UTTT trên MRI làm 4 giai đoạn theo Brown và cộng sự (2003) [38],[39]:**

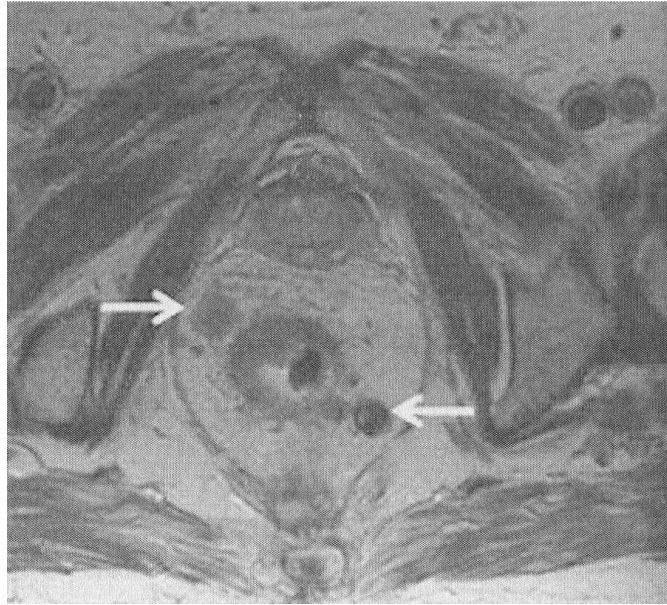
- Giai đoạn T1: tín hiệu thấp ở lớp dưới niêm mạc hoặc thay thế lớp dưới niêm mạc bằng tín hiệu bất thường và không mở rộng vào lớp cơ.
- Giai đoạn T2: cường độ tín hiệu trung gian mở rộng bên trong lớp cơ gân.
- Giai đoạn T3: tổn thương phình lan tỏa theo chiều rộng hoặc hình cầu nhô lên hoặc cường độ tín hiệu trung gian lan rộng đến lớp cơ ngoài.
- Giai đoạn T4: tín hiệu bất thường lan rộng vào cơ quan lân cận hoặc xâm lấn xuyên qua lớp thanh mạc.

*** Đánh giá hạch mạc treo trực tràng:**

Đánh giá giai đoạn hạch trên MRI theo cách thông thường dựa vào kích thước hạch. Tuy nhiên, một vài nghiên cứu gần đây cho thấy sự không chính xác khi đánh giá hạch theo phương pháp này: không thấy có mối tương quan khi nghiên cứu trên các bệnh nhân được chẩn đoán có di căn hạch trên mô bệnh học sau PT và đối chiếu với kích thước hạch trên MRI. Andreola và cộng sự khi nghiên cứu 50 trường hợp UTTT thật sự có hạch di căn phát hiện được trên mô bệnh học có đường kính dưới 5mm và tác giả thấy rằng trong UTTT các hạch nhỏ cũng có thể là hạch di căn [4].

Việc đánh giá hạch dựa vào hình dạng và đặc điểm của tín hiệu hạch hiện nay được áp dụng nhiều hơn. Với các đặc điểm như hạch có bờ không đều, mất cấu trúc xoang hạch được đánh giá trên MRI, Brown và cộng sự cho thấy dấu hiệu tín hiệu không đồng nhất bên trong hạch là dấu hiệu quan trọng và với đặc điểm này khi đánh giá hạch thì độ nhạy là 85% và độ đặc hiệu là 97%. Tác giả cũng nhận thấy rằng các hạch có tín hiệu không đồng nhất có thể do hoại tử hoặc có chất nhầy ngoài tế bào và thường tương ứng với hạch di căn của UTBMT [38]. Các hạch di căn đã bị phá vỡ vỏ thường có tiên lượng xấu và

bệnh hay tái phát sau PT. Do đó khi đánh giá hạch trên MRI đặc biệt là đánh giá giai đoạn trước PT cần xác định mức độ di căn hạch và tình trạng hạch có bị phá vỡ vỏ hay không để có chỉ định điều trị hóa - xạ trị trước PT [4],[378],[39].

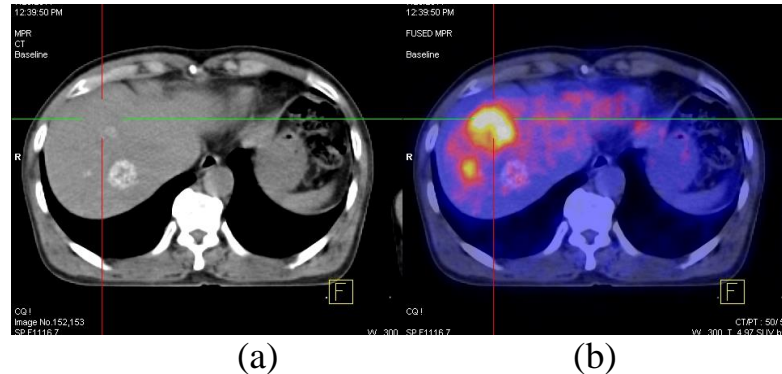


Hình 1.6. Hình ảnh MRI cắt ngang đánh giá khối u và hạch [4]

Hình ảnh MRI cắt ngang xung T2 ở bệnh nhân nữ 55 tuổi: UTTT thấp có di căn hạch mạc treo trực tràng với hình ảnh tín hiệu không đồng nhất và có bờ không đều nghi nhiều đến hạch di căn (mũi tên).

1.4.2.5. Ghi hình cắt lớp bằng positron - PET-CT (Positron Emission Tomography - CT):

PET-CT là sự kết hợp chụp phát xạ positron (PET) với CT tức là ghép 2 loại đầu dò trên một máy và dùng chung hệ thống ghi nhận lưu giữ số liệu. Hệ thống này cho ta hình ảnh ghép chồng hình của CT và PET lên nhau nên có thể xác định chính xác vị trí giải phẫu và các tổn thương chức năng. PET cho những thông tin về thay đổi chức năng nhiều hơn mà những thay đổi này thường xảy ra sớm trước khi có sự thay đổi về cấu trúc. Kết hợp PET-CT tạo nên một hệ thống thống nhất đặc biệt dùng để đánh giá u, hạch, tình trạng di căn xa; đánh giá giai đoạn UTĐTT trước và sau điều trị với độ nhạy lên đến 90% và độ đặc hiệu trên 70% từ đó đưa ra quyết định điều trị phù hợp nhất cho bệnh nhân và giúp theo dõi đáp ứng điều trị, phát hiện tổn thương tái phát, di căn [40],[41],[42].



Hình 1.7. Di căn gan trên CT (a) và PET-CT (b) theo Buijsen [41]

Tuy nhiên, PET-CT không được sử dụng thường quy trong đánh giá giai đoạn trước PT hay các hướng dẫn của mạng lưới ung thư quốc gia Hoa Kỳ (NCCN guidelines) và sự gia tăng lợi ích của PET-CT thường quy cho thấy là nhỏ [43]. Điều này được làm rõ thêm trong một nghiên cứu năm 2013 rằng PET-CT tiền phẫu không làm thay đổi quản lý điều trị trong 96,8% bệnh nhân nghiên cứu [44]. PET-CT có giá trị nhất trong tái đánh giá giai đoạn khi tái phát hay nghi ngờ tái phát để xác định các tổn thương di căn trước khi cân nhắc PT lại [45].

1.4.2.6. Chụp X quang bụng, khung đại tràng cản quang

Chụp khung đại tràng bơm chất cản quang là một trong những phương pháp quan trọng để chẩn đoán UTĐTT trong những năm trước đây; hiện nay còn dùng để đánh giá vị trí khối u trên khung đại tràng từ đó giúp phẫu thuật viên xác định vị trí PT đặc biệt ở tuyến cơ sở. Thời gian gần đây, UTĐTT được chẩn đoán chủ yếu bằng lâm sàng và nội soi, nên chụp X quang ít ứng dụng, chỉ được thực hiện trong một số UTĐTT cao, khi nội soi thất bại. Chụp khung đại tràng đối quang kép sẽ cho hình ảnh tốt hơn. Chụp bụng không chuẩn bị được chỉ định trong cấp cứu để chẩn đoán tắc ruột hoặc thủng u.

1.4.2.7. Xạ hình xương

Ghi hình xương bằng đồng vị phóng xạ dựa trên nguyên lý là các vùng xương bị tổn thương hay vùng xương bị phá huỷ thường đi kèm với tái tạo xương mà hệ quả là tăng hoạt động chuyển hóa và quay vòng calci. Nếu ta dùng các đồng vị phóng xạ có chuyển hoá tương đồng với calci thì chúng sẽ

tập trung tại các vùng tái tạo xương với nồng độ cao hơn hẳn so với tổ chức xương bình thường.

Xạ hình xương giúp phát hiện các di căn vào xương trước khi thấy được trên phim X quang và có thể xác định mức độ lan rộng thực sự của di căn xương khi đã thấy tổn thương xương [40].

1.4.2.8. Xét nghiệm CEA (*Carcino-Embryonic Antigen*)

Kháng nguyên ung thư bào thai (CEA): thành phần glycoprotein, là một trong những chất chỉ điểm khối u chính của UTTT. Xét nghiệm huyết thanh tìm CEA bằng phương pháp miễn dịch enzym EIA (Enzyme-Immuno-Assay) hoặc bằng phương pháp miễn dịch phóng xạ RIA (Radio-Immuno-Assay).

Những nghiên cứu xét nghiệm CEA trong huyết thanh người cho thấy: tỷ lệ nồng độ CEA 5 ng/ml là giới hạn cao nhất ở người bình thường. Hiện nay, xét nghiệm CEA đã mang lại nhiều ích lợi trong chẩn đoán và điều trị UTĐTT. Trong UTĐTT có sự tương quan giữa tỷ lệ CEA và giai đoạn bệnh. CEA có giá trị đánh giá hiệu quả điều trị: bệnh điều trị có kết quả, CEA huyết thanh sẽ trở lại bình thường khoảng sau 6 tuần lễ. Ứng dụng lớn nhất của CEA là để theo dõi tái phát, di căn sau điều trị. Bệnh nhân được xét nghiệm CEA định kỳ. Tỷ lệ CEA tăng lên cao biểu hiện bệnh tái phát hoặc di căn. Nồng độ CEA cao được xem là một yếu tố tiên lượng không thuận lợi [46],[47],[48].

1.4.2.9. Xét nghiệm tìm máu tiềm ẩn trong phân (*Faecal Occult Blood*)

Xét nghiệm tìm máu tiềm ẩn trong phân (FOBT) đã trở thành một test sàng lọc có giá trị lớn trong phòng chống UTĐTT [49].

1.4.3. Phân loại giai đoạn

Có nhiều hệ thống phân loại giai đoạn khác nhau trong bệnh UTTT [2],[20]. Tại Mỹ và nhiều nước trên thế giới thường dùng hệ thống phân loại TNM, bổ sung tiền tố “u” trong phân loại sử dụng siêu âm, “c” trong phân loại lâm sàng, “p” trong phân loại sau mổ, “yp” trong phân loại sau mổ đã được điều trị hỗ trợ trước mổ, “r” trong phân loại tái phát sau mổ. Chú ý khái niệm “hạch vùng” của trực tràng là hạch ở MTTT, mạch mạc treo đại tràng xích ma, mạch mạc treo tràng dưới, mạch chậu trong, mạch trực tràng trên, mạch trực tràng giữa, mạch trực tràng dưới [50].

Phân loại Dukes

Năm 1932, Cuthbert Dukes lần đầu tiên đề xuất phân UTTT làm 3 giai đoạn A, B, C, sau này bổ sung thêm giai đoạn D:

- + Giai đoạn A: Ung thư xâm lấn tới lớp cơ thành trực tràng, chưa di căn hạch
- + Giai đoạn B: Ung thư xâm lấn tổ chức xung quanh, chưa di căn hạch
- + Giai đoạn C: Có di căn hạch
- + Giai đoạn D: Di căn xa.

Phân loại TNM theo hiệp hội ung thư Hoa Kỳ phiên bản thứ bảy năm 2010 (AJCC 2010: American Joint Committee on Cancer 2010) [30]:

- T: U nguyên phát:

- + T_x: không đánh giá được khối u nguyên phát
- + T₀: không có bằng chứng của u nguyên phát
- + T_{is}: ung thư tại chỗ, chưa phá vỡ màng đáy, khu trú ở niêm mạc
- + T₁: u xâm lấn lớp dưới niêm mạc
- + T₂: u xâm lấn lớp cơ
- + T₃: u xâm lấn qua lớp cơ tới lớp dưới thanh mạc đến các mô quanh đại trực tràng nhưng chưa vượt quá phúc mạc tạng
- + T_{4a}: u xâm lấn hoặc xuyên thủng phúc mạc tạng
- + T_{4b}: u xâm lấn trực tiếp vào các cơ quan và tổ chức kế cận

- N: Hạch vùng:

- + N_x: không đánh giá được hạch vùng
- + N₀: chưa di căn hạch vùng
- + N₁: di căn 1-3 hạch vùng
- + N_{1a}: di căn 1 hạch vùng
- + N_{1b}: di căn 2-3 hạch vùng
- + N_{1c}: u xâm lấn đến lớp dưới thanh mạc, mạc treo ruột, tổ chức quanh đại trực tràng nhưng chưa xâm lấn phúc mạc dạng nhân lắng đọng dưới thanh mạc hoặc mạc treo và không có di căn hạch
- + N₂: di căn từ 4 hạch vùng trở lên
- + N_{2a}: di căn từ 4-6 hạch vùng
- + N_{2b}: di căn từ 7 hạch vùng trở lên

- M: Di căn xa:

- + M_x: không đánh giá được tình trạng di căn xa
- + M₀: chưa di căn xa
- + M₁: có di căn xa
- + M_{1a}: di căn xa tại một vị trí, cơ quan (như phổi, gan, buồng trứng, hạch ở xa (không phải hạch vùng)
- + M_{1b}: di căn tại nhiều vị trí, cơ quan hoặc di căn phúc mạc

Bảng 1.1. Phân loại giai đoạn bệnh theo TNM, Dukes

Giai đoạn	T	N	M	Dukes
0	Tis	N0	M0	-
I	T1	N0	M0	A
	T2	N0	M0	A
IIA	T3	N0	M0	B
IIB	T4a	N0	M0	B
IIC	T4b	N0	M0	B
IIIA	T1-T2	N1/N1c	M0	C
	T1	N2a	M0	
IIIB	T3-T4a	N1/N1c	M0	C
	T2-T3	N2a	M0	
	T1-T2	N2b	M0	
IIIC	T4a	N2a	M0	C
	T3-T4a	N2b	M0	
	T4b	N1-N2	M0	
IVA	Bất kỳ T	Bất kỳ N	M1a	-
IVB	Bất kỳ T	Bất kỳ N	M1b	-

Phiên bản thứ tám của AJCC năm 2017 có một ít thay đổi trong phân loại giai đoạn như sau [51]:

- Có thêm phân loại M1c cho trường hợp di căn phúc mạc đơn thuần hay kết hợp với các di căn vị trí cơ quan khác.
- Có thêm giai đoạn IVC với Bất kỳ T, bất kỳ N, M1c. Bởi vì các nghiên cứu gần đây cho thấy di căn phúc mạc xảy ra từ 1-4% các trường hợp mà tiên lượng xấu hơn di căn một hay nhiều cơ quan.

1.5. ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

1.5.1. Điều trị phẫu thuật

1.5.1.1. Nguyên tắc chính của phẫu thuật

* **Nguyên tắc chung:** có ba nguyên tắc chính trong phẫu thuật UTĐT:

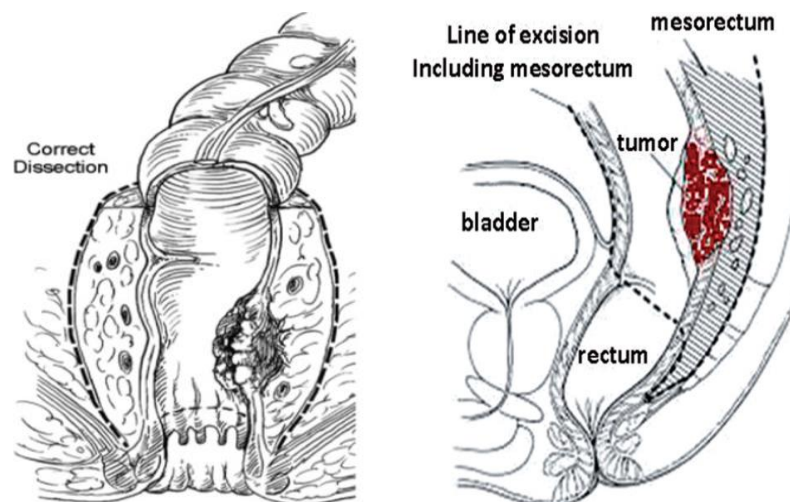
- Bệnh phải chẩn đoán chính xác, có xác chẩn giải phẫu bệnh. Cần phải đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng đầy đủ vì PT cắt trực tràng là một trong những PT nặng, có nhiều nguy cơ cho cả gây mê và PT.

- Phẫu thuật triệt căn phải cắt bỏ được toàn bộ tổ chức ung thư, đảm bảo diện cắt an toàn không còn tế bào ung thư, kèm theo nạo vét hạch vùng.

- Lập lại lưu thông của ruột, giảm những bất thường về lưu thông ruột, chức năng và tâm sinh lý của bệnh nhân mà không ảnh hưởng tới hai yêu cầu trên.

* **Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME-Total Mesorectal Excision)**

Cắt toàn bộ MTTT là chỉ định tiêu chuẩn cho UTĐT giữa và thấp [20]. Khái niệm này được coi là một trong những thay đổi quan trọng trong lịch sử phẫu thuật UTĐT vì nó làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ từ 14% đến 30% xuống còn 5% đến 7%. Đối với UTĐT cao diện cắt MTTT dưới khối u tối thiểu là 5cm [6],[12],[20],[50],[52],[53].



Hình 1.8. Diện phẫu tích mạc treo trực tràng (nguồn internet)

Giải phóng toàn bộ đại tràng trái tới mức động mạch đại tràng giữa, thắt động mạch và tĩnh mạch mạc treo tràng dưới. Cắt đoạn xa đại tràng tới mức đảm bảo chiều dài để hạ đầu đại tràng xuống được ống hậu môn. Cắt toàn bộ MTTT có diện phẫu tích bên là mạc tạng bao quanh trực tràng và MTTT, diện phẫu tích sau là mạc thành phủ lên các mạch máu trước xương cùng. Ở phía bên, diện phẫu tích nằm giữa MTTT và mạc phủ lên cơ hình quả lê và các cơ nâng hậu môn. Các dây chằng bên, là sự nối kết giữa MTTT và đám rối tiêu khung được phẫu tích gọn, bảo tồn các dây thần kinh tự chủ. Diện phẫu tích phía trước đối với bệnh nhân nam được tiến hành bằng kéo và dao điện, phía trước mạc Denonvoullier. Đối với nữ giới, diện phẫu tích phía trước theo vách âm đạo trực tràng được tiến hành trực tiếp bằng mắt thường. Mạc trực tràng - xương cùng (mạc Waldeyer) được phẫu tích gọn để giải phóng trực tràng tới mức vòng hậu môn - trực tràng. Đối với UT TT giữa và thấp thì toàn bộ MTTT bao gồm cả những phần cách xa khối u đều được phẫu tích một cách trọn vẹn, do đó MTTT có đặc điểm rất bóng và hình hai thùy được phủ ngoài bằng một lá cân tạng nguyên vẹn. Đối với UT TT cao (ở phía trên của nếp quặt phúc mạc), MTTT được phẫu tích xung quanh tới mức cách khối u khoảng 5-6cm. Các nghiên cứu cho thấy cắt toàn bộ MTTT làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ xuống dưới 10% và tăng thời gian sống thêm [6],[7],[54].

Việc đánh giá tình trạng hạch mạc treo sau PT có vai trò quan trọng đánh giá giai đoạn sau mổ và có ý nghĩa tiên lượng bệnh. Theo y văn, số lượng hạch mạc treo tối thiểu đánh giá sau PT là 12 hạch thì mới có giá trị. Việc thực hiện tốt cắt bỏ toàn bộ MTTT cũng góp phần đảm bảo số lượng hạch cần thiết để đánh giá giai đoạn bệnh chính xác [6],[50],[55].

*** *Phẫu thuật nạo vét hạch chậu***

Nạo vét hạch chậu một cách hệ thống trong UT TT vẫn còn là vấn đề đang tranh luận. Xu hướng nghiên cứu của trường phái Nhật Bản luôn đề cao kết quả ung thư học sau mổ UT TT có nạo vét hạch chậu so với các tác giả Âu - Mỹ mặc dù tỷ lệ biến chứng trong và sau PT cao. Theo Hiệp hội phẫu thuật viên đại trực tràng Mỹ chỉ định nạo vét hạch chậu khi có bằng chứng di căn hạch trên các

phương tiện chẩn đoán hình ảnh trước PT hoặc đánh giá di căn hạch trong PT vì tỷ lệ biến chứng trong và sau PT do nạo vét hạch chậu cao trong khi kết quả sống thêm, tái phát và di căn sau PT không cải thiện nhiều [6],[50],[55].

*** *Phẫu thuật cắt ung thư trực tràng mở rộng***

Khái niệm cắt UTĐT “mở rộng” là cắt khối u trực tràng đã xâm lấn sang các tạng lân cận như bàng quang, tử cung,... thành một khối (mono bloc) hay có thể cắt khối u nguyên phát và di căn xa trong một thì với 2 điều kiện: Thể trạng bệnh nhân cho phép thực hiện PT lớn và ung thư xâm lấn hay di căn nhưng còn khả năng cắt bỏ được [1],[6],[56].

Cắt gan di căn là một PT tuy phức tạp nhưng tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp dưới 5%. Yuman Fong nghiên cứu trên 1001 ca PT cắt gan trong UTĐT di căn cho tỷ lệ sống thêm 5 năm ở các bệnh nhân này là trên 30%, số liệu của các nghiên cứu khác dao động trong khoảng 24-58% [6],[57],[58],[59].

*** *Phẫu thuật cắt u tái phát tại chỗ***

Có khoảng 3-12% tái phát đơn độc và hoặc lan rộng tại chỗ tại vùng. Vị trí thường gặp là xung quanh miệng nối. PT triệt căn vẫn có thể được đặt ra nhưng cần phải đánh giá tình trạng bệnh kỹ lưỡng, đặc biệt là có thể sử dụng PET-CT để đánh giá lại mức độ lan tràn của bệnh [6],[40],[41],[45],[60].

*** *Phẫu thuật không triệt để (Palliative care)***

Thể trạng bệnh nhân yếu, tổn thương ung thư đã lan rộng (giai đoạn IV theo AJCC) không còn khả năng cắt hết tổn thương nhưng vẫn phải PT để tránh các biến chứng của khối u như áp xe, thủng u, vỡ u, tắc ruột. Cắt u đơn thuần không lấy hết các tổn thương, không nạo vét hạch theo nguyên tắc hoặc chỉ làm hậu môn nhân tạo (HMNT) đơn thuần trên dòng [60].

*** *Phẫu thuật điều trị biến chứng ung thư trực tràng***

Viêm phúc mạc: là một biến chứng rất nặng, tỷ lệ tử vong lên tới 90%. Nguyên nhân là do u trực tràng xâm lấn hoại tử hay áp xe hóa vỡ vào ổ bụng. PT cấp cứu đòi hỏi hồi sức tích cực, mổ đưa đoạn đại tràng xích ma ra hồ

chậu trái làm HMNT, có thể cắt đoạn trực tràng có u vỡ (PT Hartmann), hay cắt u thì hai.

Tắc ruột: khi khối u trực tràng chít hẹp lòng trực tràng dẫn tới tắc ruột, chỉ định mổ cấp cứu được đặt ra. PT làm HMNT trên dòng ở đại tràng xích ma giải quyết tắc ruột. Nếu có thể cắt bỏ khối u, PT thì 2 sẽ được tiến hành sau khi chuẩn bị đại tràng tốt và thể trạng bệnh nhân cho phép.

Rò trực tràng vào các tạng trong tiểu khung: khối u tiến triển xâm lấn hoại tử gây rò trực tràng - bàng quang, rò trực tràng - âm đạo,... PT thường được thực hiện 2 thì nếu khối u còn khả năng cắt bỏ. Thì 1: làm HMNT đại tràng xích ma. Thì 2: tiến hành cắt trực tràng mở rộng sang các tạng lân cận theo nguyên tắc cắt ung thư thành một khối [5],[6],[12],[60],[61].

1.5.1.2. Các kỹ thuật phẫu thuật UTTT giữa và thấp

*** Phẫu thuật mở (open surgery) kinh điển**

Cắt u qua đường hậu môn

Phẫu thuật cắt u trực tràng qua đường hậu môn được chỉ định cho những ung thư giai đoạn sớm T1, T2 (N0, M0 theo AJCC 2010) ở nhóm bệnh nhân chọn lọc do thể trạng già yếu hay bệnh nhân từ chối PT triệt căn. Kỹ thuật cắt phải lấy hết các lớp của thành trực tràng và diện cắt cách chân u tối thiểu là 1cm. Làm sinh thiết tức thì để có thể khẳng định diện cắt không còn tế bào ung thư.

Ưu điểm của phương pháp cắt u qua đường hậu môn là bệnh nhân hồi phục nhanh sau mổ, tỷ lệ biến chứng thấp, ít ảnh hưởng đến cơ thắt hậu môn, tỷ lệ sống sau 5 năm là 80% đến 100%. Tỷ lệ tái phát theo tổng hợp của Row D. (2010) sau cắt u qua đường hậu môn từ 0% đến 40%. Tiên lượng khi tái phát rất xấu vì lúc này bệnh thường ở giai đoạn tiến triển lan rộng nên khả năng cắt tổn thương rất thấp và nếu có thể thì sẽ là một PT lớn hoặc cắt cụt vì u đã xâm lấn rộng và sang các cơ quan lân cận. Do đó, hai lời khuyên cho các phẫu thuật viên ung thư trước khi quyết định cắt u qua đường hậu môn là tuân

thủ chặt chẽ các tiêu chuẩn lựa chọn bệnh và nên điều trị hỗ trợ sau cắt u với những dạng tế bào ung thư độ ác tính cao [5],[62].

Phẫu thuật bảo tồn cơ tròn hậu môn

Phẫu thuật cắt đoạn trực tràng đường bụng (Cắt trước - Anterior resection)

Gồm có PT cắt trước đôi với UT TT cao, PT cắt trước thấp đôi với UT TT giữa và PT cắt trước rất thấp đôi với UT TT thấp. Trong đó, nguyên tắc ung thư học là cắt MTTT tối thiểu là 5cm bờ mạc treo dưới u đối với đoạn trực tràng cao và cắt toàn bộ MTTT đối với đoạn giữa và thấp. Các trường hợp UT TT thấp cách rìa hậu môn ≥ 3 cm cũng có thể thực hiện nhưng thường gặp nhiều khó khăn trong phẫu tích và cắt nối vì khung chậu hẹp và thường làm HMNT trên dòng bảo vệ miệng nối [6],[7],[15],[53],[54],[60],[61].

Thắt mạch máu mạc treo tràng dưới tận gốc (thắt cao-high ligation) hay dưới chỗ chia của động mạch đại tràng trái trên (thắt thấp-low ligation) vẫn được các phẫu thuật viên tranh luận vì các nghiên cứu so sánh cho thấy tỷ lệ tái phát và sống thêm không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Giải phóng đại tràng góc lách, đại tràng trái, đại tràng xích ma làm cho miệng nối đại tràng-trực tràng không căng. Miệng nối có thể khâu bằng tay hoặc thực hiện bằng máy nối tròn.

Phẫu thuật cắt trước thấp và rất thấp vẫn gặp nhiều khó khăn và thách thức trong thực hành và vẫn còn có tỷ lệ tai biến và biến chứng nhất là rò miệng nối. Theo y văn, tỷ lệ rò miệng nối càng xuống thấp càng tăng lên từ 3% đến 11% vì mức độ giảm tưới máu miệng nối và thao tác cắt nối khó khăn trong không gian hẹp. Các nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ hẹp miệng nối gặp từ 5% đến 20% [6],[12],[55]. Khâu nối bằng tay và khâu một lớp làm giảm nguy cơ hẹp miệng nối theo một số tác giả [12].

Miệng nối thấp có thể thực hiện kiểu tận tận hay bên tận và có một số tác giả đã tiến hành các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng so sánh hai loại miệng nối. Theo tác giả Mc Namara D.L., kết quả nghiên cứu cho thấy: thực hiện miệng nối tận tận đại tràng - ống hậu môn có tỷ lệ rò miệng nối cao hơn rõ rệt (15%) so với miệng nối bên tận với tạo hình túi J đại tràng (2%) [63].

Tác giả Brisinda trong nghiên cứu so sánh 2 loại miệng nối máy tận tận và bên tận sau PT cắt trước thấp trong UT TT giữa và thấp cũng cho kết luận tương tự với tỷ lệ rò miệng nối tận tận cao hơn rõ rệt (29,2%) so với miệng nối bên tận (5%) [64].

Phẫu thuật cắt trực tràng đường bụng hậu môn:

– *Phẫu thuật Babcock - Bacon:*

Phẫu thuật được chỉ định cho UT TT cách rìa hậu môn 3-6cm, u không xâm lấn cơ thắt hậu môn, kích thước khối u nhỏ dưới 2cm. Kỹ thuật bao gồm cắt toàn bộ trực tràng, bảo tồn cơ thắt, kéo tuột đại tràng xích ma xuống nối với cơ thắt hậu môn mà các tác giả dùng thuật ngữ “poul through” để mô tả KT này. Hiện nay, ít thực hiện vì nhược điểm dễ hẹp hậu môn và són phân.

– *Phẫu thuật cắt đoạn trực tràng Park - Malafosse:*

Năm 1972, A. G. Parks công bố KT cắt trực tràng bảo tồn cơ tròn hậu môn. Năm 1987, M. Malafosse bổ sung hoàn thiện KT Parks. Trực tràng được phẫu tích sâu đến tận cơ nâng hậu môn và cắt bỏ qua đường bụng. Ống hậu môn được banh rộng, tiêm dung dịch Adrenalin loãng tách lớp niêm mạc với lớp cơ để dễ dàng cắt bóc lớp niêm mạc đến dải lược hậu môn. Đưa đại tràng xuống hậu môn nối với cơ tròn tạo lại hậu môn. Đây là một PT khó, được chỉ định cho những UT TT thấp chưa xâm lấn cơ thắt ngoài.

– *Phẫu thuật cắt cơ thắt trong, bảo tồn cơ thắt ngoài:*

Kỹ thuật này được mô tả bởi Schiessel, bao gồm cắt bán phần hoặc toàn bộ cơ thắt trong. Về KT, tương tự như PT Park, nhưng thì bụng phẫu tích xuống sâu hơn nữa, đi giữa hai lớp cơ thắt tới bình diện an toàn. Sau đó, từ đường hậu môn, xác định cơ thắt trong và cắt bán phần hoặc toàn bộ cơ này. Kéo toàn bộ trực tràng qua ống hậu môn, cắt đoạn trực tràng, tiến hành nối đại tràng với ống hậu môn hoặc cơ thắt ngoài bằng tay. Với KT này, cho phép bảo tồn cơ tròn đối với những trường hợp UT TT có rìa u trên bình diện cơ nâng hậu môn 1-2cm [55],[60].

Kỹ thuật tạo hình bóng trực tràng

Cắt bỏ toàn bộ MTTT đã dẫn đến giảm tái phát tại chỗ và cải thiện sống còn ở bệnh nhân UT TT. Tuy vậy, nối thẳng tận tận đại tràng - trực tràng - ống

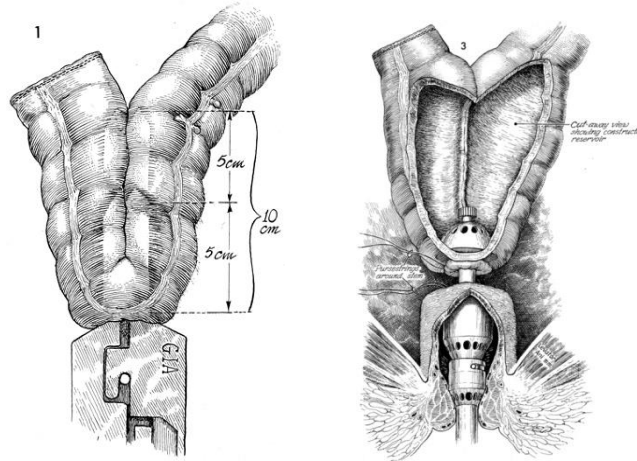
hậu môn sau đó có thể dẫn đến rối loạn chức năng đại tiện bao gồm tăng hoạt động ruột, rối loạn tạo khuôn phân và đi phân không kiểm chế được. Sự rối loạn chức năng đại tiện này đã được mô tả như là "Hội chứng cắt trước". Theo y văn, có từ 25 đến 80% bệnh nhân UTTT giữa và thấp sau PT cắt trước thấp và rất thấp thực hiện miệng nối thẳng tận tận gặp hội chứng cắt trước với các rối loạn về đại tiện trong đó tần suất đại tiện trên 3 lần/ngày có thể chiếm đến 75% các trường hợp PT. Do đó, các chiến lược thay thế để phục hồi bóng trực tràng, chẳng hạn như túi J đại tràng (colonic J-pouch), miệng nối bên tận (side-to-end anastomosis) và tạo hình đại tràng theo chiều rộng (transverse coloplasty), đã được phát triển để cải thiện chức năng đại tiện [13],[14],[15],[65].

Phương pháp thay thế đầu tiên được mô tả là túi J đại tràng [66],[67]. Vì vậy, hầu hết các nghiên cứu so sánh tái tạo này với nối thẳng đại tràng - trực tràng - hậu môn. Nhiều thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng đã được thực hiện, cung cấp một mức độ bằng chứng cao để trả lời câu hỏi túi là cần thiết hay không. Đặc biệt, năm 2006, Heriot và cộng sự [68] đã tiến hành một đa phân tích của tất cả các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng đã công bố. Họ đã xác định 35 nghiên cứu, trong đó có 2240 bệnh nhân. Họ kết luận rằng có sự giảm có ý nghĩa về tần suất đại tiện mỗi ngày và tình trạng són phân ít phổ biến hơn ở bệnh nhân có làm túi J hơn ở những người nối thẳng đại tràng - trực tràng - hậu môn, nhấn mạnh các lợi ích về chức năng của túi J đại tràng.

Năm 2007, Koh và cộng sự [69] đã tập hợp 10 thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng đã tiến hành với thiết kế nghiên cứu chất lượng cao. Họ kết luận rằng túi J đại tràng cho thấy thuận lợi hơn về tần suất đại tiện và sự kiểm chế đại tiện, với một nguy cơ thấp hơn một chút về sự khiếm khuyết của hậu môn so với nối thẳng đại tràng hậu môn.

Trong năm 2008, thư viện Cochrane đã công bố một đa phân tích của mười sáu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng đã được lựa chọn từ 2609 nghiên cứu đã xuất bản. Brown và cộng sự cho biết đến 18 tháng sau PT túi J đại tràng tốt hơn nối thẳng trong tần suất đại tiện, són phân, đại tiện không tự chủ và sử dụng thuốc chống tiêu chảy [15].

Vì vậy, với sự đa dạng của các nghiên cứu và kết luận có hệ thống của chúng trong lợi ích của túi J đại tràng cũng như các kết quả của đa phân tích, không nghi ngờ gì về sự vượt trội của túi J đại tràng. Tuy nhiên, vẫn có mối quan tâm về việc duy trì lâu dài các lợi ích về chức năng của túi J đại tràng. Tổng quan hệ thống của thư viện Cochrane và đa phân tích bởi Heriot và cộng sự đồng thời cho thấy thật sự có lợi ích về chức năng từ túi J đại tràng vào 18 và 24 tháng sau PT. Trong khoảng thời gian đó, tính ưu việt của túi J đại tràng vẫn còn được thiết lập. Mặc dù vậy, hoạt động của túi J vẫn còn chưa rõ ràng: tăng công suất chứa hoặc sự hiện diện của đoạn ruột không có chức năng co bóp [65].



Hình 1.9. Minh họa tạo hình túi J đại tràng (nguồn internet)

Túi J đại tràng đã được sử dụng trong hơn 20 năm qua. Đối với bất kỳ miệng nối thấp, sự tưới máu của đại tràng đã được tốt, đặc biệt ở cực xa của túi J. Miệng nối nên không căng, túi phải lấp đầy khoang chậu và nên xếp đại tràng vào phía bên trái của bệnh nhân. Bên cạnh đó, túi J cho thấy có đại tiện khó khăn liên quan đến việc mất cảm giác trực tràng, đòi hỏi phải có thuốc xổ hoặc thuốc nhuận tràng. Những vấn đề này đã được giải quyết với một túi nhỏ hơn. Một túi dài 5cm là đủ, trong khi 8-10cm có thể quá dài vì có rất ít các khó khăn đại tiện với túi J dài 5cm [70].

Tạo hình đại tràng theo chiều rộng đã được một số tác giả ủng hộ như một sự thay thế cho túi J, đặc biệt khi mạc treo đại tràng béo và công kênh hoặc trong trường hợp chiều dài của đại tràng không đủ [71]. Mặc dù vậy,

trong năm 2006, Heriot và cộng sự đã kết luận rằng túi J có chức năng vượt trội so với nối thẳng nhưng cũng cho rằng cần thêm nhiều thử nghiệm để đưa ra kết luận về các tạo hình đại tràng theo chiều rộng [68]. Gần đây, một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng đã được công bố bởi Fazio và cộng sự [72] bao gồm 354 bệnh nhân, trong đó 96 bệnh nhân không thể làm túi J đại tràng vì những lý do khác nhau (khung chậu hẹp, mạc treo công kênh, chiều dài đại tràng không đủ) và bị loại trừ từ phân tích. Tổng số 268 bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên: 137 trong nhóm túi J (JP) và 131 trong nhóm tạo hình đại tràng theo chiều rộng (CP). Kết quả: nhóm JP có tổng số hoạt động ruột nhỏ hơn so với nhóm CP ở 4, 12 và 24 tháng sau mổ, có sự khác biệt ủng hộ túi J liên quan đến hoạt động ruột ban đêm, điểm mức độ nghiêm trọng không kiểm soát phân (FISI-Fecal Incontinence Severity Index) thấp hơn có ý nghĩa trong nhóm JP và sự không kiểm chế đại tiện cao hơn ở nhóm CP. Bên cạnh đó, 96 bệnh nhân bị loại trừ từ thử nghiệm được tiếp tục chọn ngẫu nhiên để nhận một nối thẳng (n = 49) hoặc một tạo hình đại tràng theo chiều rộng (n = 47). Các kết quả phân tích tiếp theo cho thấy không có lợi ích gì từ tạo hình đại tràng theo chiều rộng so sánh với nối thẳng và tác giả đề xuất giải pháp tốt nhất là nối bên tận, một giải pháp đơn giản và nhanh chóng trong trường hợp khó khăn thực hiện túi J. Các nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên khác đã được thực hiện với số lượng mẫu nhỏ hơn cho thấy kết quả không rõ ràng bằng.

Trong nghiên cứu đa phân tích tổng hợp của Brown và cộng sự, có ba nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng của Huber (1999), Machado (2003 và 2005) và Jiang (2005), mặc dù cỡ mẫu chưa đủ lớn nhưng đã cho thấy kết quả tương đương giữa nối bên tận và túi J đại tràng. Các tác giả này gọi phương pháp nối bên tận là một biến thể của túi J đại tràng và cho rằng có thể thay thế cho việc tạo hình túi J vì thủ thuật ít phức tạp và ít mất thời gian trong khi kết quả sau PT là tương đương. Tuy nhiên, các phát hiện này cần được tiếp tục

nghiên cứu thêm và chiều dài của đoạn đại tràng quặt ngược chưa được làm rõ dao động từ 3-8cm [15].

Kỹ thuật cắt - nối bằng máy trong ung thư trực tràng

Ngoài cách cắt - nối ruột bằng tay còn có cách cắt - nối ruột bằng máy ghim (stapler). Cùng với sự tiến bộ của khoa học công nghệ, các stapler hiện đại ra đời được chế tạo dùng một lần hoặc nhiều lần, thiết kế với dạng cong để dễ dàng thao tác PT như các stapler EEA, Contour và Proximate ILS,... Việc sử dụng các stapler ngày càng trở nên phổ biến trong PT nói chung và UTTT nói riêng với sự đa dạng KT thể hiện qua nhiều nghiên cứu [10],[60],[65],[68],[69],[70],[72],[73],[74],[75].

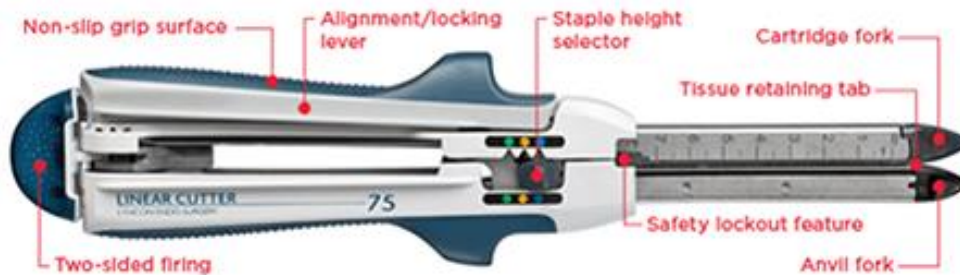
Các máy cắt nối hiện đang sử dụng trong PT còn được gọi là máy dập ghim kép với hai hàng kim (double stapler technique - DST). Các stapler (máy dập ghim) có cơ cấu kỹ thuật được mô tả ngắn gọn như sau [75]:

- Máy dập ghim hình tròn cong (CDH Ethicon, Johnson & Johnson) có bốn đường kính (CDH 28, 29, 30 và 31 mm) và có một vòng kép của đinh ghim và một con dao tròn kết hợp trong hộp đạn, chúng tạo ra vòng dập ghim và cắt mép viền ruột cuộn ngược bên trong tại thời điểm thực hiện miệng nối. Thiết bị này chỉ sử dụng cắt nối một lần và không thể sử dụng lại do băng đạn được cố định trong đầu máy.

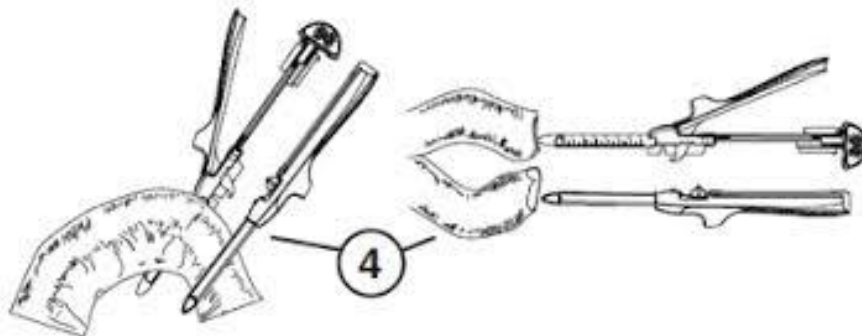


**Hình 1.10. Máy dập ghim hình tròn cong và sơ đồ đầu cắt nối
(nguồn internet)**

- Máy dập ghim tuyến tính hay thẳng (Linear cutter, Johnson & Johnson) áp dụng hai hàng dập ghim titan kép để đóng khít các mô bên trong máy, với chiều dài 60, 75 và 90 mm, cần dần ruột xa ra trên đường dập ghim. Sau khi dập ghim, một lưỡi dao thẳng được di chuyển sẽ cắt tách rời ruột giữa hai hàng dập ghim kép. Thiết bị này có thể sử dụng lại nhiều lần với các băng đạn khác nhau.



Hình 1.11. Máy cắt thẳng Linear Cutter (nguồn internet)



Hình 1.12. Minh họa cắt ruột bằng máy cắt thẳng (nguồn internet)

- Máy dập ghim cong (Contour, Johnson & Johnson) hiện là thiết bị mới với hai hàng dập ghim kép và một con dao cong cắt giữa chúng. Do thiết kế cong, nó cho phép tiếp cận tốt hơn với khoang chậu để cắt trực tràng dưới u. Điều này cho phép cắt bỏ thấp hơn, tạo điều kiện dễ dàng cho phẫu thuật bằng cách không phải thực hiện cắt ruột thủ công bằng tay với dụng cụ cắt ruột thông thường và tránh nhiễm bẩn ở miệng cắt xa và gần mà chúng vẫn đóng kín khi cắt. Thiết bị này thường được sử dụng một lần.



Hình 1.13. Máy cắt trực tràng cong Contour (nguồn internet)

Cắt cắt trực tràng đường bụng tầng sinh môn (Abdominoperineal resection - APR)

Năm 1908, Sir William Ernest Miles, phẫu thuật viên người Anh tại Bệnh viện Gordon Hospital - London tiến hành PT cắt cắt trực tràng đường bụng tầng sinh môn điều trị UT TT thấp đầu tiên trên thế giới. Đây được coi là PT triệt căn UT TT thấp, một thay đổi quan trọng trong lịch sử phẫu thuật UT TT vì trước đó tỷ lệ tái phát sau mổ UT TT lên tới 80% [9],[12]. Đó cũng là lý do kỹ thuật được mang tên “Phẫu thuật Miles”.

PT Miles thường được chỉ định cho những khối u trực tràng thấp cách RHM trong vòng 6cm, hay kích thước khối u lớn, xâm lấn cơ thắt hậu môn và một số trường hợp u trực tràng giữa cách RHM 7-8cm [20]. Kỹ thuật mổ bao gồm cắt một phần đại tràng xích ma, toàn bộ trực tràng hệ thống cơ thắt, cơ nâng, hậu môn qua 2 đường bụng và tầng sinh môn. PT kết thúc bằng làm HMNT vĩnh viễn đại tràng xích ma ở hố chậu trái. Nếu khối u xâm lấn các cơ quan lân cận như tử cung, bàng quang, thành sau âm đạo,... PT có thể mở rộng cắt tổn thương xâm lấn thành một khối “mono bloc”. Nhược điểm của kỹ thuật này lại bắt nguồn từ chính tính chất triệt căn của PT nên được coi là PT tàn phá, bệnh nhân phải chịu 2 đường mổ ở bụng và tầng sinh môn, có thể có biến chứng về thần kinh tiết niệu sinh dục, chảy máu đám rối tĩnh mạch trước xương cùng,... Tuy nhiên trải qua hơn một thế kỷ, PT Miles vẫn là một PT tiêu chuẩn kinh điển điều trị UT TT [6],[9],[10],[12],[20],[55],[60].

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng

Tại thời điểm hiện nay đã có báo cáo thống kê các nghiên cứu so sánh đối chứng đa trung tâm tại Mỹ, Châu Âu, Nhật Bản về phẫu thuật nội soi (PTNS) UTĐTT cho thấy: số lượng hạch nạo vét được, tỷ lệ di căn lỗ trocar, di căn vết mổ, tỷ lệ tái phát tại chỗ, thời gian sống thêm giữa nhóm PTNS và nhóm PT mở kinh điển là không khác biệt. Nhưng phần lớn trong các nghiên cứu này là PTNS ung thư đại tràng, số liệu các báo cáo về PTNS bệnh UTTT còn ít. Nguyên nhân các tác giả đưa ra là khó khăn về KT phẫu tích trong một tiểu khung chật hẹp, số lượng bệnh nhân UTTT được PTNS còn hạn chế và các tiến bộ về dụng cụ nội soi như máy cắt nối tiêu hóa vẫn đang trên con đường hoàn thiện chưa thực sự đáp ứng được đầy đủ các yêu cầu [5],[6],[62],[76],[77],[78].

Phẫu thuật UTTT nội soi được mô tả mang lại lợi ích bao gồm giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ, đường mổ nhỏ, giảm đau sau PT, cải thiện hậu phẫu và giảm thời gian nằm viện [79]. PTNS cũng cho thấy những ưu thế quan sát và nhận biết cấu trúc giải phẫu vùng tiểu khung rõ hơn khi nạo vét hạch, bảo tồn thần kinh tự động [80],[81]. Tuy nhiên, có những hạn chế quan trọng về thiết bị nội soi bao gồm mất độ sâu nhận thức thị giác (thông qua thị lực đơn), mất đồng bộ trực mắt tay, sự phối hợp tay và mắt không tự nhiên và phẫu thuật viên không thể tự kiểm soát trường mổ [82]. Các dụng cụ dài được sử dụng trong PTNS có sự hạn chế mức độ tự do chuyển động, cố định đường vào với hiệu ứng điểm tựa và một vị trí tĩnh với tính linh hoạt không lý tưởng.

Hệ thống phẫu thuật da Vinci (Trực quan phẫu thuật, Sunnyvale, California), là một robot có bốn tay cố gắng giải quyết những hạn chế này theo những cách sau: Hệ thống quan sát thị giác không gian ba chiều (3D) cải thiện tầm nhìn của phẫu thuật viên về trường mổ cũng như độ sâu nhận thức thị giác, trong khi một hệ thống dẫn đường cho phép phẫu thuật viên tự kiểm soát hình ảnh từ camera; Các dụng cụ đều có "cổ tay", cho người vận hành bảy mức tự do thao tác; Trực mắt - tay - mục tiêu được phục hồi, làm cho động tác trực quan và cải thiện sự linh hoạt; Cuối cùng, rung động được loại

bỏ như sự cản trở từ trocar và động tác được thu nhỏ [83]. Các hệ thống robot khác bao gồm Robot AESOP đơn và hệ thống robot có ba tay Zeus [84],[85].

Mặc dù vậy, hệ thống phẫu thuật da Vinci, giống như PTNS ổ bụng, vẫn hạn chế về phản hồi xúc giác, đó là vấn đề có thể sẽ được giải quyết trong tương lai bằng cách kết hợp các công nghệ haptic đang nổi lên. Các hạn chế khác bao gồm thời gian cài đặt dài, robot kích thước lớn, sự đa dạng dụng cụ bị hạn chế so với PTNS ổ bụng và cần thiết có phụ mổ và điều dưỡng dụng cụ bàn mổ để thiết lập hệ thống, đặt các trocar và lắp các dụng cụ robot. Cuối cùng chi phí của cả robot và vật tư tiêu hao vẫn còn đáng kể và cần có thêm quá trình phát triển để làm cho nó hiệu quả về chi phí [86].

1.5.2. Xạ trị

Xạ trị là phương pháp sử dụng các loại bức xạ ion hoá năng lượng cao để tiêu diệt tế bào ung thư trong khu vực chiếu xạ [4],[20],[21],[87],[88].

Tùy tình trạng bệnh cụ thể trên từng bệnh nhân mà xạ trị với các mục đích khác nhau: triệt căn, tiền phẫu, hậu phẫu, phối hợp cả trước và sau PT, triệu chứng [87]. Trong đó, xạ trị tiền phẫu có tác dụng làm giảm kích thước khối u, góp phần giúp cho PT dễ dàng hơn. Việc thu nhỏ u cũng sẽ làm tăng thêm khả năng PT bảo tồn cơ tròn cho UTTT thấp. Cho đến nay, vai trò của xạ trị tiền phẫu, nhất là làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ, tăng thời gian sống thêm của người bệnh đã được khẳng định. Các nghiên cứu cho thấy xạ trị tiền phẫu làm giảm 50% nguy cơ tái phát tại chỗ, làm tăng có ý nghĩa thời gian sống thêm [87],[88]. Xạ trị tiền phẫu được chỉ định cho UTTT giai đoạn T3, T4 và hoặc N1,2 [29].

Các phương pháp xạ trị trong UTTT giữa và thấp

Xạ trị ngoài: gồm có xạ trị bằng máy gia tốc theo không gian ba chiều (3D conformal), xạ trị điều biến liều (IMRT), xạ trị dưới hướng dẫn của hình ảnh (IGRT).

Xạ trị áp sát suất liều cao (High Dose Rate - HDR) là kỹ thuật đưa nguồn phóng xạ áp sát vào khối u. Nguồn phóng xạ thường là Iridium 192.

1.5.3. Điều trị nội khoa

1.5.3.1. Điều trị hóa chất

* *Hóa trị hỗ trợ*

Hóa trị hỗ trợ được chỉ định cho UTĐT giai đoạn II có yếu tố nguy cơ cao, giai đoạn III nhằm làm tăng thêm tỷ lệ sống trên 5 năm. Các phác đồ thông dụng như: FOLFOX4, FOLFOX6, FOLFIRI, CapeOX,... đã đem lại kết quả điều trị hỗ trợ cao hơn hẳn so với các phác đồ cũ (FUFA, FuFol).

* *Hóa trị tạm thời*

Những bệnh nhân UTĐT giai đoạn muộn, không còn chỉ định điều trị triệt căn, sử dụng hóa chất toàn thân, để điều trị triệu chứng chống đau, chống chèn ép nhằm cải thiện thêm chất lượng sống cho người bệnh.

* *Hóa trị tại chỗ*

Điều trị hóa chất tại chỗ trong UTĐT bao gồm hóa chất đường động mạch gan và hóa chất đường tĩnh mạch cửa để phòng di căn gan nhằm làm tăng thêm tỷ lệ sống cho bệnh nhân, hiện ít dùng.

* *Hóa xạ trị phối hợp*

Những nghiên cứu mới đây cho thấy 5 FU có tác dụng làm tăng tính nhạy cảm với xạ trị của UTĐT. Cho đến nay, có rất nhiều nghiên cứu điều trị hóa xạ trị đồng thời trước phẫu thuật cho thấy có hiệu quả hạ thấp giai đoạn bệnh, giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ, tăng thời gian sống thêm [89],[90],[91].

1.5.3.2. Điều trị đích sinh học phân tử

Kháng thể đơn dòng phối hợp hóa trị được chỉ định cho các bệnh nhân UTĐT giai đoạn di căn hay tái phát [4].

- **Bevacizumab** (Avastin) là kháng thể đơn dòng nhân hóa tái tổ hợp gắn chọn lọc và trung hòa hoạt tính sinh học của yếu tố phát triển nội mạc mạch (VEGF: Vascular endothelial growth factor). Sự trung hòa hoạt tính sinh học của VEGF làm giảm sinh mạch của khối u, vì vậy ức chế sinh trưởng của khối u, giảm tính thấm mao mạch và ngăn chặn bệnh tiến triển. Bevacizumab thường được sử dụng phối hợp với hóa trị liệu phác đồ có fluoropyrimidine (FOLFIRI, FOLFOX4, FOLFOX6, CapeOX,...).

- **Cetuximab** (Erbix) là kháng thể đơn dòng chống lại thụ thể yếu tố phát triển biểu bì (EGFR: epidermal growth factor receptor). Cetuximab ngăn chặn, tranh chấp quá trình gắn các yếu tố tăng trưởng vào các tế bào ung thư nên làm chậm và ngừng phát triển. Đột biến gen Kras làm cho protein Kras bị kích hoạt liên tục, do đó truyền tín hiệu mà không cần tín hiệu trung gian liên quan đến EGFR, tế bào vẫn tiếp tục tăng sinh, nhân lên. Tác dụng kháng u bị bất hoạt khi Kras đột biến nên không chỉ định điều trị.

- **Panitumumab** (Vectibix): Kháng thể đơn dòng 100% protein người (fully human monoclonal antibody). Cơ chế tác dụng tương tự cetuximab.

1.5.3.3. Điều trị ức chế chốt kiểm miễn dịch PD-1 (PD-1 immune checkpoint inhibitors)

Tỷ lệ UTĐTT giai đoạn IV bộc lộ quá mức (cao) sự bất ổn vi vệ tinh (MSI-H) do thiếu hụt gen sửa chữa ghép cặp AND (dMMR) từ 3,5% đến 6,5% với hàng ngàn đột biến tạo ra các phối tử chết theo chương trình (Programmed death-ligand) PD-L1 và PD-L2 trên bề mặt tế bào ung thư làm bất hoạt hệ thống miễn dịch tế bào bằng cách làm mù thụ thể chết theo chương trình (Programmed death) PD-1 gắn trên tế bào T hoạt động miễn dịch. Do đó, các tế bào ung thư có thể nhạy cảm với các chất ức chế PD-1 ngăn chặn sự tương tác với PD-L1 và PD-L2 nhờ đó cho phép hệ miễn dịch nhận diện và phản ứng ngăn chặn tế bào ung thư phát triển.

Hiện tại, tổ chức thực phẩm và thuốc của Mỹ (FDA) đã chấp thuận các thuốc pembrolizumab, nivolumab và nivolumab kết hợp với ipilimumab dùng cho các trường hợp UTĐTT di căn có dMMR tiến triển sau hóa trị tiêu chuẩn 5FU, Oxaliplatin và Irinotecan mà chưa được điều trị các thuốc miễn dịch nào trước đó. Dữ liệu nghiên cứu hiện khuyến cáo dùng ở lựa chọn điều trị bước hai (bước sau) và các thử nghiệm lâm sàng vẫn đang còn tiếp tục để xác định lợi ích của phương pháp điều trị này [29].

1.5.4. Tình hình nghiên cứu tương tự

Tác giả Tsunoda của Nhật Bản đã tiến hành nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng PT cắt trước thấp nối bên tận so sánh kết quả giữa đoạn đại tràng quặt ngược ngắn (3cm) và dài (6cm) trên 40 bệnh nhân (BN) UTTT giữa và thấp từ năm 2005 đến 2007 và báo cáo tổng kết năm 2009. Trong nghiên cứu của Tsunoda, các BN đều ở giai đoạn I - III, u cách RHM từ 4cm đến 8cm, phần lớn BN (33/40) được thực hiện nối máy. Nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm theo chiều dài của đoạn đại tràng quặt ngược (ngắn - dài) về chức năng đại tiện và tần suất đại tiện hàng ngày sau 3, 6 và 12 tháng lần lượt là 4,8 - 4,3 lần, 3,6 - 3,5 lần, 2,8 - 3,7 lần, tỷ lệ biến chứng rò lần lượt là 5% và 10% và chung cả 2 nhóm là 7,5% [92].

Một số nghiên cứu khác cũng thực hiện nối bên tận với chiều dài đoạn đại tràng quặt ngược khác nhau nhưng trong thiết kế nghiên cứu so sánh đối chứng với nối bên tận tạo hình túi J đại tràng hoặc nối thẳng tận tận. Hầu hết các nghiên cứu đều nhận định nối bên tận có để đoạn đại tràng quặt ngược tự do dài từ 3-8cm có kết quả tương đương với nối bên tận khâu tạo hình túi J đại tràng và cả hai KT này đều an toàn, ít biến chứng và chức năng đại tiện tốt hơn khi so sánh với nối thẳng tận tận [13],[15],[64],[68],[93],[94],[95].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

56 bệnh nhân UTTT giữa và thấp được điều trị PT cắt đoạn trực tràng sử dụng máy cắt - nối và thực hiện miệng nối bên tận có túi chữ J cải biên tại bệnh viện K thời gian từ tháng 01 năm 2013 đến tháng 09 năm 2017.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- BN được chẩn đoán UTTT giữa và thấp, u cách RHM 3 - 10cm.
- Mô bệnh học là UTBMT.
- Giai đoạn bệnh I, II và III được chỉ định PT ngay hoặc sau khi đã điều trị hóa xạ đồng thời trước PT.
- BN được PT chương trình cắt đoạn trực tràng có sử dụng máy cắt - nối và thực hiện miệng nối bên tận có túi chữ J cải biên.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Mắc ung thư thứ hai.
- Mô bệnh học là UTBMT di căn từ cơ quan khác.
- Không đầy đủ hồ sơ bệnh án.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Sử dụng mô hình nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng.
- Cách chọn mẫu: thuận tiện có chủ đích.
- Cỡ mẫu: 56

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu

- Hồ sơ bệnh án, mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, thư thăm dò.
- Máy cắt Linear cutter, Contour. Máy nối tròn CDH cỡ 28 - 31mm.

2.3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu, đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị

*** Đặc điểm lâm sàng:**

+ Tuổi, giới, tiền sử bản thân, tiền sử gia đình, điều trị tiền phẫu, lý do vào viện, thời gian từ lúc có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện

+ Các triệu chứng cơ năng, toàn thân, thực thể.

*** Đặc điểm u qua thăm trực tràng:**

+ Vị trí u phân theo Hiệp hội ngoại khoa Hoa Kỳ (được mô tả trong bài Ung thư trực tràng của Steven K. năm 2014) [20]:

- UTTT cao: 1/3 trên cách RHM 11-15cm.

- UTTT giữa: 1/3 giữa cách RHM 7-10cm.

- UTTT thấp: 1/3 dưới cách RHM 3-6cm.

+ Hình dạng đại thể; Xâm lấn của khối u so với chu vi trực tràng.

+ Xác định độ di động u: Dễ, hạn chế hay cố định.

*** Cận lâm sàng:**

+ Nội soi trực tràng: Khoảng cách cực dưới u với RHM. Vị trí u: UTTT cao; UTTT giữa; UTTT thấp [20]. Hình dạng đại thể, kích thước u. Xâm lấn chu vi trực tràng.

+ Chẩn đoán hình ảnh:

- X quang phổi, CT lồng ngực nếu nghi ngờ

- Siêu âm gan, ổ bụng - CT ổ bụng

- MRI tiểu khung: đánh giá mức độ xâm lấn của u và hạch dựa trên phân loại mức độ xâm lấn của UTTT trên MRI của Brown và cộng sự (2003) [38],[39].

+ Chất chỉ điểm khối u (CEA), số lượng hồng cầu, huyết sắc tố.

Bước 2: Đánh giá giai đoạn và chỉ định phẫu thuật

Đánh giá giai đoạn TNM theo AJCC 2010 trước thời điểm bắt đầu nghiên cứu dựa vào kết quả khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh với vai trò quan trọng của MRI tiểu khung [4],[30],[38],[39],[60].

Chỉ định PT dựa trên phác đồ điều trị UTTT tại Mỹ và hiện đang được áp dụng tại Việt Nam [6],[8],[29],[34]:

- Giai đoạn T1-2, N0, M0: phẫu thuật
Nếu sau PT: pT1-2, N0, M0: theo dõi
pT3, N0,M0 hoặc pT1-3, N1-2, M0: hóa xạ trị bổ trợ
- Giai đoạn T3, N0 hoặc bất kỳ T, N1-2: hóa xạ trị tiền phẫu, sau đó PT và hóa trị.
- Giai đoạn T4 (có hoặc không có khả năng phẫu thuật): hóa xạ trị, sau đó PT (nếu có khả năng PT) và hóa trị.
- Trong một số trường hợp đặc biệt nếu khối u gây bán tắc ruột hoặc tắc ruột điều trị nội khoa tạm ổn định thì có thể PT trước sau đó tiến hành điều trị hóa xạ trị bổ trợ theo đặc điểm giai đoạn sau PT.

Bước 3: Tiến hành phẫu thuật cắt đoạn trực tràng và nối bằng máy

+ **Chuẩn bị trước PT:** làm sạch đại - trực tràng bằng uống 2000 - 3000ml dung dịch polyethylene glycol - điện giải (Fortrans), uống trong thời gian 1,5 - 2 giờ vào buổi chiều trước PT.

+ **Phương pháp vô cảm:** Gây mê nội khí quản

+ **Tư thế bệnh nhân:** Nằm tư thế sản khoa đầu thấp cho phép tiếp cận dễ dàng cả vùng chậu và tầng sinh môn.

+ **Rạch da đường trắng giữa dưới rốn:** Đường rạch từ trên gò mu đến ngang rốn hoặc trên rốn vừa đủ rộng. Mở bụng theo đường trắng giữa. Khâu che bọc thành bụng. Bao bọc và vén ruột tạo nên một khoảng trống vùng nửa bụng dưới và tiểu khung để thao tác thuận lợi dễ dàng.

+ **Đánh giá tổn thương:**

- Quan sát và sờ nắn các tạng trong ổ bụng.

- Đánh giá di căn gan.

- Đánh giá u trực tràng: Đánh giá khối u trong lúc mổ được đối chiếu với trước PT về vị trí, kích thước, tính chất của u. Đặc biệt là xác định độ di động của u: còn di động được hay không di động. Khi khối u xâm lấn ra thành

mạc: đoạn trực tràng có u bị nhạt màu, mất độ trơn bóng, co kéo, sờ thấy cứng, có những nốt lấm tấm của tổ chức u, có khi lan đến cả mô xung quanh.

- Đánh giá di căn hạch: Phát hiện hạch di căn bằng quan sát, sờ nắn dọc theo đường đi của các chuỗi hạch trực tràng, chủ yếu là dọc theo các động mạch mạc treo tràng dưới, động mạch chậu trong, động mạch chậu ngoài và mặt trước động mạch chủ bụng. Tổn thương là các khối hạch kích thước lớn hơn 0,5cm, mật độ mềm hoặc có khi chắc, sùi.

Sau khi đánh giá tổn thương trong PT, kết luận độ phù hợp so với đánh giá trước PT về mô tả khối u và giai đoạn bệnh, từ đó quyết định phương pháp PT cắt đoạn trực tràng nội máy.

+ Chi tiết kỹ thuật:

- Giải phóng đại tràng sigma ở chỗ bám dính vào thành bên khoang phúc mạc. Đốt cắt mạc treo đại tràng sigma bờ bên phải ở sát gốc ở mạc treo này. Giải phóng bờ phải và bờ trái trực tràng, dọc theo tĩnh mạch chậu, cũng xuống sâu như mé bên phải. Bộc lộ rõ ràng niệu quản để tránh làm tổn thương.

- Phẫu tích, kẹp cắt động mạch trực tràng trên ở sát chỗ chia nhánh cho động mạch sigma. Cắt riêng rẽ động mạch rồi tĩnh mạch. Cắt cung mạch sigma - trực tràng sát bờ đại tràng nơi sẽ cắt đại tràng ở phía trên khối u. Dùng một kìm Kocher kẹp ngang đại tràng sigma trên u gần vị trí định cắt, tránh làm phát tán tế bào ung thư lên phía trên theo đường ống tiêu hóa.

- Nạo vét hạch, phẫu tích cắt toàn bộ MTTT: Thực hiện bằng dao điện hoặc dụng cụ phẫu tích quan sát trực tiếp. Nạo vét hạch và mô mỡ vùng tiểu khung, giải phóng thành sau trực tràng ngay phía trước cân xương cùng, bắt đầu từ ụ nhô cho tới mỏm xương cụt.

- Tách phúc mạc phủ trực tràng và bàng quang: Sau khi thành sau trực tràng đã được giải phóng, rạch trên lớp phúc mạc từ 1-2cm, từ cân Denonvillier cho tới tuyến tiền liệt và ống dẫn tinh ở nam hoặc vách âm đạo trực tràng ở nữ.

- Cắt đại tràng trên khối u: Cắt mở mạc treo đại tràng sigma để đủ độ dài đưa xuống nối mà không bị căng. Phẫu tích làm rõ bờ đại tràng trước khi cặp cắt. Khâu hai mũi chỉ silk đánh dấu đường sẽ cắt đại tràng trên khối u 10-15cm và để giữ mép đại tràng lúc làm miệng nối. Mở đại tràng dọc bờ tự do ngay bên dưới vị trí dự định cắt đại tràng dài 2,5-3cm. Chọn cỡ máy nối tròn từ 28 đến 31mm phù hợp với khẩu kính của đại trực tràng. Tháo rời đầu máy khỏi thân máy, luồn đầu máy vào lòng đại tràng đến vị trí dự định nối. Cặp cắt đại tràng trên khối u bằng máy cắt thẳng (Linear Cutter) 75mm. Thấm lau miệng cắt đại tràng bằng gạc tẩm Betadine 10%.



Hình 2.1. Cắt đại tràng trên u bằng máy cắt thẳng (hình BN nghiên cứu)

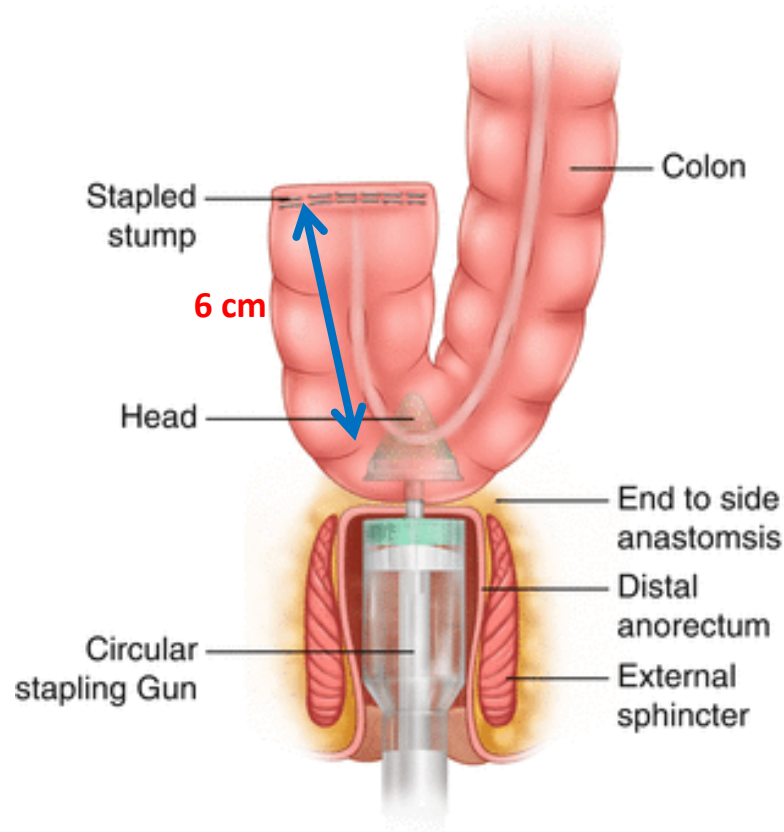
- Cắt trực tràng dưới khối u: Khâu các mũi chỉ silk đánh dấu vị trí cắt trực tràng ở dưới u. Vị trí cắt cách xa bờ dưới khối u ít nhất 2cm, dùng máy cắt thẳng (Linear Cutter) 75mm hoặc máy cắt Contour kẹp cắt trực tràng dưới u ≥ 2 cm nhưng phải ở sát trên cơ thắt. Sát trùng diện cắt bằng Betadine 10%.



**Hình 2.2. Cắt trực tràng dưới u bằng máy cắt thẳng và trực tràng cong
(hình BN nghiên cứu)**

- Sử dụng máy nối tròn nối đại tràng với trực tràng hoặc ống hậu môn kiểu bên tận với đoạn đại tràng quặt ngược tự do có chiều dài 6cm: Qua nghiên cứu các kỹ thuật làm miệng nối và tạo hình bóng trực tràng, phân tích các ưu nhược điểm và kết quả trong và sau PT của các phương pháp được báo cáo trong các nghiên cứu trước đây và nhất là với kỹ thuật nối bên tận tạo hình túi J đại tràng đã trình bày trong phần tổng quan (tỷ lệ rò miệng nối thấp và cải thiện tần suất đại tiện) cộng với thực tiễn kỹ thuật và chiều dài của đoạn đại tràng đưa xuống ngay cả khi đã hạ đại tràng góc lách, nhóm nghiên cứu tiến hành kỹ thuật tái lập lưu thông tiêu hóa cải biên từ kỹ thuật nối bên tận tạo hình túi J với các đặc điểm kỹ thuật chính là: thực hiện miệng nối giữa đại tràng và trực tràng - ống hậu môn kiểu bên tận bằng máy nối tròn CDH cỡ 28-31mm, đặt đoạn xa đại tràng có chiều dài 6cm từ vị trí nối quặt ngược vào bên phải tiểu khung một cách tự do theo thành chậu, không thực hiện thì mổ

khâu tạo hình túi J đại tràng giữa đoạn đại tràng quặt ngược sau miệng nối và đoạn đại tràng trước miệng nối như trong tạo hình túi J đại tràng kinh điển. Có thể gọi đây là kỹ thuật nối bên tận có túi chữ J cải biên.



Hình 2.3. Nối bên tận có túi chữ J cải biên bằng máy (nguồn internet)

Chuẩn bị đầu đại tràng:

Đoạn ruột chuẩn bị làm miệng nối cần được bóc tách mạc treo vừa đủ để tránh thiếu máu và tránh mạc treo hay bờm mỡ xen vào diện cắt của miệng nối gây chảy máu. Sử dụng đầu nhọn của trục đầu máy xuyên qua thành đại tràng phía bờ tự do tại vị trí phù hợp sao cho đoạn đại tràng sau vị trí miệng nối dài khoảng 6cm.

Trong một số trường hợp đoạn đại tràng đưa xuống không đủ dài, mạc treo đại tràng xích ma ngắn và nguy cơ miệng nối bị căng thì tiến hành phẫu tích hạ đại tràng góc lách ± thắt bó mạch mạc treo tràng dưới sát gốc di động đại tràng trái tối đa để đảm bảo thực hiện tốt tái lập lưu thông tiêu hóa.

Chuẩn bị đầu trực tràng:

Nhờ máy cắt (Linear Cutter hoặc Contour) mà đầu trực tràng đã được đóng kín, do đó việc chuẩn bị đầu trực tràng có đơn giản hơn và không phải khâu túi như cắt cực dưới u bằng tay với dụng cụ thông thường. Luồn thân máy vào lòng trực tràng qua hậu môn. Vặn núm điều chỉnh ở cuối thân máy ngược chiều kim đồng hồ hết cỡ để trocar chui hết ra ngoài diện cắt trực tràng. Trong thao tác này cần chú ý trocar phải đi vào điểm chính giữa của diện cắt trực tràng, vặn núm điều chỉnh từ từ và phải chú ý kiểm soát trocar để tránh tổn thương chọc thủng ruột hoặc làm tổn thương các tạng xung quanh nhất là tổ chức trước xương cụt.

Ráp nối 2 đầu ruột sau khi làm xong miệng nối:

Ráp nối trực đầu máy vào trocar của thân máy đến vị trí được cố định hoàn toàn. Xoay núm điều chỉnh theo chiều kim đồng hồ để áp sát đầu và thân máy khít lại với nhau vừa phải cho tới khi vạch chỉ thị màu cam nằm trong vùng xanh lá cây ở cán thân máy, cũng là lúc ghim đã phù hợp với chiều dày miệng nối. Phải chú ý kiểm soát quá trình vặn máy và thân máy để tránh tổ chức xung quanh (bàng quang, túi tinh, thành âm đạo, mạc treo, bõm mỡ,..) chèn vào giữa hai đầu ruột hoặc 2 đầu ruột thừa xòe ra chèn vào miệng nối. Nếu thấy 2 đầu ruột thừa dài thì vặn lỏng máy ra và xén bớt đầu ruột thừa đó. Không bấm máy nếu vạch chỉ thị màu cam không nằm trong khoảng xanh lá cây vì không có sự tương thích giữa chiều dài chân ghim với chiều dày miệng nối.

Bấm siết cò làm miệng nối:

Kiểm tra trước khi siết cò: Vạch màu cam có nằm trong khoảng xanh lá cây không, đầu và thân máy đã kết nối chắc chắn hoàn toàn chưa, có tổ chức xung quanh hoặc mép ruột thừa dài chèn vào giữa miệng nối không. Kéo khóa an toàn áp cố định vào thân máy, nếu khóa an toàn không đẩy áp được vào

thân máy được là chưa đúng trạng thái kỹ thuật để làm miệng nối tốt. Siết tay cò để làm miệng nối: Với động tác mạnh, dứt khoát và siết một lần duy nhất. Khi nghe thấy tiếng “rắc” là do lưỡi dao đã cắt qua vòng nhựa phía trong máy và miệng nối đã hoàn thành.

Tháo máy:

Đẩy khóa an toàn về vị trí cũ. Xoay núm điều chỉnh ngược chiều kim đồng hồ 3/4 vòng rồi rút máy ra từ từ.

Kiểm tra miệng nối:

Kiểm tra hai vòng diện cắt ruột trong máy: Phải đủ hai vòng tròn và mỗi vòng phải đủ các lớp của ống tiêu hóa. Nếu vòng diện cắt không đủ thì phải kiểm tra miệng nối hết sức cẩn thận. Miệng nối phía ngoài phải tròn đều. Dùng bơm tiêm 50ml bơm hơi vào lòng ruột qua hậu môn để kiểm tra miệng nối có kín không.

* Lấy mẫu bệnh phẩm ở diện cắt dưới để sinh thiết tức thì đảm bảo diện cắt âm tính.

* Tiến hành kiểm tra miệng nối đảm bảo mềm mại, không thiếu máu và không căng, đại tràng và mạc treo không bị xoắn vặn. Nếu đánh giá miệng nối không đảm bảo an toàn và hoặc đánh giá vị trí miệng nối quá thấp sát ống hậu môn hoặc đoạn trực tràng ngắn còn lại không đảm bảo nuôi dưỡng thì tiến hành làm HMNT trên dòng miệng nối để tránh hậu quả nặng nề của biến chứng rò bực miệng nối sau PT với mở thông hồi tràng tại hố chậu phải. Sau đó PT đóng HMNT sau 2 tuần.

* Đặt ống dẫn lưu Douglas, khoang trước xương cụt và cạnh miệng nối ra hố chậu phải hoặc xuyên qua tầng sinh môn qua hố ngồi trực tràng đối với miệng nối rất thấp (cắt trước rất thấp).

* Khâu phủ phúc mạc chậu hông theo đường đã rạch.

* Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

* Kiểm tra bệnh phẩm sau PT: Kích thước u, khoảng cách cực dưới u đến diện cắt, phẫu tích hạch, kiểm tra diện cắt.

Bước 4: Đánh giá mô bệnh học và giai đoạn bệnh sau PT:

- + Phân loại UTBMT và độ biệt hóa.
- + Đánh giá tính chất xâm lấn của ung thư, diện cắt và tình trạng hạch.
- + Phân loại giai đoạn bệnh sau PT theo AJCC 2010.

Bước 5: Đánh giá kết quả

➤ Kết quả trong PT

- Các loại máy cắt nội được sử dụng.
- Số bệnh nhân có hạ đại tràng góc lách.
- Số bệnh nhân làm HMNT trên dòng.
- Bảo tồn thần kinh tự động trong PT.
- Sinh thiết diện cắt tức thì, khoảng cách bờ diện cắt và cực dưới u.
- Tai biến trong PT [6],[34],[55],[60],[73],[75]:
 - + Liên quan sử dụng máy cắt nội: kẹt kim ghim, không phóng kim, chảy máu miệng cắt, hở miệng cắt, thiếu máu miệng nối, hở hay xì miệng nối, xoắn vặn miệng nối, tổn thương tạng lân cận do bị chèn vào miệng nối như túi tinh, bàng quang, âm đạo, đầu máy gây tổn thương mạch máu trước xương cùng khi thao tác, khác...
 - + Liên quan quá trình phẫu tích: tổn thương môm cụt trực tràng, tử vong, chảy máu trước xương cùng, chảy máu mạc treo, tổn thương niệu đạo, bàng quang, túi tinh, niệu quản và âm đạo,...
- Thời gian PT trung bình (phút).
- Số lượng hạch mạc treo phẫu tích được.

➤ **Kết quả gần hậu phẫu trong tháng đầu tiên:**

- ✓ Thời gian trung tiện, thời gian rút sonde tiểu và đại tiện lần đầu sau PT.
- ✓ Thời gian nằm viện sau khi PT.
- ✓ Biến chứng [96]:
 - Rò miệng nối khu trú điều trị bảo tồn hay viêm phúc mạc toàn thể phải PT lại. Rò miệng nối được xác định qua các biểu hiện sau [96],[97]:
 - Viêm phúc mạc và những bất thường liên quan: cơn đau bụng hoặc chướng bụng, mạch nhanh, sốt, vẻ mặt nhiễm trùng, bạch cầu tăng cao.
 - Hơi, phân hay dịch ruột chảy ra ngoài theo dẫn lưu.
 - Áp xe tiểu khung hoặc ổ dịch được xác định rò từ miệng nối qua thăm trực tràng hoặc các phương tiện như nội soi trực tràng, chụp cản quang đại trực tràng, MRI tiểu khung.
 - Rò trực tràng - âm đạo phát hiện qua thăm âm đạo và trực tràng, MRI tiểu khung giúp củng cố chẩn đoán biến chứng.
 - Khác: Tử vong, chảy máu sau PT, tắc ruột sau PT, tiểu tiện không tự chủ, đại tiện không tự chủ, nhiễm trùng vết mổ, hẹp miệng nối, áp xe tiểu khung,...
 - Biến chứng toàn thân: Viêm phổi, viêm tắc tĩnh mạch,....
Tùy theo tình trạng của từng trường hợp sẽ quyết định PT lại hay điều trị nội khoa bảo tồn.
- ✓ Số lần đại tiện hàng ngày cuối tháng đầu.
- ✓ Điều trị hỗ trợ sau PT tùy theo giai đoạn mô bệnh học gồm có xạ trị và hoặc hóa trị theo các phác đồ chuẩn đang áp dụng tại bệnh viện K.

➤ **Kết quả chung phẫu thuật:**

Dựa vào tiêu chuẩn đánh giá thường áp dụng tại Bệnh viện K và tương tự các nghiên cứu trước đây như của Mai Đức Hùng [98], chia 3 mức độ:

a) Tốt: Không có tai biến, biến chứng PT cần phải can thiệp xử trí. BN phục hồi tốt.

b) Trung bình: Có tai biến, biến chứng nhưng xử trí được và BN ra viện ổn định, không để lại di chứng nặng.

c) Xấu: Tai biến, biến chứng nặng phải PT lại hoặc tử vong.

➤ **Kết quả phục hồi từ sau 3 tháng:** bệnh nhân tự đánh giá qua phỏng vấn trực tiếp hay điện thoại - thư tín.

- ✓ Sức khỏe chung: bình thường hay giảm so với trước PT hay nằm liệt giường
- ✓ Khả năng lao động: lao động kiếm sống hay không thể lao động hay phải phụ thuộc và cần người khác chăm sóc
- ✓ Tình trạng đại tiểu tiện:
 - Tình trạng tiểu tiện: bình thường hay rối loạn tiểu không tự chủ
 - Tình trạng đại tiện: đặc điểm đại tiện, tính chất phân
 - Tần suất đại tiện hàng ngày sau 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng và 24 tháng
- ✓ Rối loạn sinh dục nam sau PT: rối loạn cương dương hay xuất tinh so với trước PT trong hoạt động sinh dục.

Bước 6: theo dõi sau điều trị

- **Thời gian:** 3 tháng/lần trong 2 năm đầu và 6 tháng/lần trong những năm tiếp theo.

- **Các nội dung đánh giá:**

Khám lâm sàng: đánh giá toàn trạng sau PT, đánh giá vết mổ, đánh giá tái phát tại chỗ và di căn xa, đánh giá tình trạng đại tiểu tiện, rối loạn sinh dục nam và tần suất đại tiện hàng ngày.

Khám cận lâm sàng: chụp phổi, siêu âm bụng, CEA, nội soi, nếu có tái phát cho chụp CT hoặc MRI.

Đánh giá sống thêm không bệnh và toàn bộ sau 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm, 5 năm theo thuật toán Kaplan Meier.

2.4. CÁC CHỈ SỐ NGHIÊN CỨU

2.4.1. Các thông số lâm sàng và cận lâm sàng trước điều trị

Bảng 2.1. Các biến số lâm sàng

Tên biến số	Tính chất biến số	Giá trị
Tuổi	Định lượng	Trung bình Chia 5 nhóm tuổi: 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79
Giới	Nhị phân	Nam/nữ
Nghề nghiệp	Định tính	Làm nông, cán bộ hành chính, nội trợ, nghề khác tự do
Bệnh lý kèm theo	Định tính	Có/không
Tiền sử gia đình ung thư	Định tính	Có/không
Lý do vào viện	Định tính	Đại tiện phân nhầy máu, mót rặn đi ngoài không hết phân, khuôn phân nhỏ dẹt, sút cân, đau tức hậu môn, nổi u vùng bụng, bán tắc ruột, tắc ruột, đau hạ vị, đại tiện lỏng sống phân, táo bón
Thời gian diễn biến bệnh	Định lượng	Trung bình, phân 2 nhóm: 1 - 6 tháng và > 6 tháng
Triệu chứng cơ năng: Đại tiện phân nhầy máu, mót rặn đi ngoài không hết phân, thay đổi khuôn phân nhỏ dẹt, thay đổi tần suất đại tiện > 2 lần/ngày, đau tức hậu môn, đau bụng hạ vị, đại tiện lỏng, táo bón	Định tính	Có/không
Số lần đại tiện hàng ngày	Định lượng	Trung bình
Triệu chứng toàn thân: sút cân (5-10kg), thiếu máu, phù	Định tính	Có/không
Triệu chứng thực thể: nổi u vùng bụng, bán tắc ruột, tắc ruột, hạch ngoại vi, sờ thấy u qua thăm trực tràng, thăm trực tràng có máu dính găng	Định tính	Có/không

Bảng 2.2. Đặc điểm u qua thăm trực tràng

Tên biến số	Tính chất biến số	Giá trị
Vị trí u so cách RHM	Định tính	$\leq 6cm$ và $> 6cm$
Kích thước u theo chu vi trực tràng	Định tính	$< \frac{1}{2}$ chu vi, $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ chu vi, $> \frac{3}{4}$ chu vi
Tính chất đại thể u	Định tính	sùi, loét, hỗn hợp sùi + loét, thâm nhiễm, xơ chít hẹp
Độ di động khi thăm trực tràng sờ thấy u	Định tính	Di động tốt, di động hạn chế, cố định

Bảng 2.3. Đặc điểm u trực tràng qua nội soi

Tên biến số	Tính chất biến số	Giá trị
Vị trí u so cách RHM	Định tính, định lượng	Đoạn thấp $\leq 6cm$ và đoạn giữa $> 6cm$, trung bình
Kích thước u lớn nhất	Định lượng	Trung bình
Xâm lấn theo chu vi trực tràng	Định tính	$< \frac{1}{2}$ chu vi, $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ chu vi, $> \frac{3}{4}$ chu vi
Tương quan giữa vị trí u và giới tính của BN được phẫu thuật	Định tính	Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$
Tính chất đại thể u	Định tính	sùi, loét, hỗn hợp sùi + loét, thâm nhiễm, xơ chít hẹp
Polyp đại tràng kèm theo	Định tính	Có, không

Bảng 2.4. Các biến số cận lâm sàng

Tên biến số	Tính chất biến số	Giá trị
Chỉ số CEA (ng/ml)	Định lượng, phân bố không chuẩn	Trung bình, phân nhóm: bình thường ≤ 5 ng/ml, tăng trên 5 ng/ml
Số lượng Hồng cầu (triệu/mm ³)	Định lượng, phân bố không chuẩn	Trung bình, phân nhóm < 4 triệu và ≥ 4 triệu
Nồng độ huyết sắc tố	Định lượng, phân bố không chuẩn	Trung bình, phân nhóm < 120 g/l và ≥ 120 g/l
Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh gồm CT ổ bụng và MRI tiểu khung phát hiện u, xâm lấn, di căn hạch vùng hoặc di căn xa	Định tính	Có/không, phân loại xâm lấn u trên MRI: T1, T2, T3, T4

2.4.2. Đặc điểm mô bệnh học và giai đoạn bệnh**Bảng 2.5. Các biến số về mô bệnh học sau phẫu thuật và giai đoạn**

Tên biến số	Tính chất biến số	Giá trị
Loại mô học	Định tính	Biểu mô tuyến, biểu mô tuyến chế nhầy, biểu mô tuyến tế bào nhẵn
Độ biệt hóa	Định tính	Cao, vừa, kém
Xét nghiệm diện cắt sau PT	Định tính	Có xâm nhập tế bào ác tính /âm tính /không xác định
Giai đoạn u	Định tính	Niêm mạc: T1, cơ: T2, thanh mạc: T3, tổ chức xung quanh trực tràng: T4
Phân tích sự đồng nhất giữa giai đoạn xâm lấn u trên MRI và mô bệnh học	Định tính	Bảng chéo: Độ đồng nhất, giá trị chẩn đoán dương, đánh giá giảm giai đoạn, đánh giá quá giai đoạn
Giai đoạn hạch	Định tính	Di căn 0 hạch: N0, 1-3 hạch: N1, ≥ 4 hạch: N2
Giai đoạn bệnh	Định tính	I, II, III

2.4.3. Kết quả điều trị phẫu thuật

Bảng 2.6. Các biến số về mặt phẫu thuật

Tên biến số	Tính chất biến số	Giá trị
Điều trị hóa xạ trị trước PT	Định tính	Có/không
Loại máy cắt sử dụng: cắt đại tràng trên u và dưới u, cỡ máy nối ruột	Định tính	Linear cutter/ Contour/CDH 28 - 31mm
Thời gian PT	Định lượng	Trung bình
Hạ đại tràng góc lách	Định tính	Có/không
HMNT trên dòng	Định tính	Có/không
Khoảng cách từ cực dưới u đến bờ diện cắt	Định lượng, phân bố không chuẩn	Trung bình, độ lệch chuẩn, nhỏ nhất, lớn nhất
Bảo tồn thần kinh tự động trong PT	Định tính	Có/không
Sinh thiết tức thì diện cắt xâm lấn tế bào ác tính	Định tính	Có/không
Số lượng hạch mạc treo phẫu tích được	Định lượng, phân bố không chuẩn	Trung bình, phân nhóm ≥ 12 hạch và < 12 hạch
Tai biến trong PT: tử vong, chảy máu trước xương cùng, tổn thương niệu đạo, bàng quang, niệu quản, chảy máu miệng nối, miệng nối không kín, do lỗi kỹ thuật sử dụng máy, khác,..	Định tính	Có/không
Tương quan giữa vị trí u và hạ đại tràng góc lách	Định tính	Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$
Tương quan giữa khoảng cách tổn thương u so với RHM và làm HMNT trên dòng	Định lượng, thứ bậc và định tính	Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$
Tương quan giữa vị trí u và thời gian PT	Định tính và định lượng	Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$
Tương quan giữa các đặc điểm BN nghiên cứu và số lượng hạch vét được trong PT như: vị trí u, nhóm tuổi, giai đoạn xâm lấn của khối u, độ biệt hóa khối u, di căn hạch, giai đoạn bệnh	Định tính, thứ bậc	Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$

2.4.4. Kết quả hậu phẫu

Bảng 2.7. Các biến số về diễn biến hậu phẫu

Tên biến số	Tính chất biến số	Giá trị
Thời gian trung tiện	Định lượng, phân bố không chuẩn	Trung bình, phân nhóm trong vòng 3 ngày và trên 3 ngày
Thời gian đại tiện lần đầu	Định lượng, phân bố không chuẩn	Trung bình
Thời gian rút thông tiêu	Định lượng, phân bố không chuẩn	Trung bình, phân nhóm trong vòng 3 ngày và trên 3 ngày
Thời gian nằm viện hậu phẫu	Định lượng, phân bố không chuẩn	Trung bình
So sánh thời gian phục hồi trung tiện, đại tiện, rút thông tiêu và nằm viện hậu phẫu liên quan vị trí u	Định tính và định lượng	Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$
Biến chứng hậu phẫu: Tử vong, Chảy máu sau PT, Rò miệng nối khu trú hay viêm phúc mạc toàn thể phải mổ lại, Tắc ruột sau PT, Tiêu không tự chủ, Đại tiện không tự chủ, Nhiễm trùng vết mổ, hẹp miệng nối, Biến chứng toàn thân: Viêm phổi, viêm tắc tĩnh mạch....	Định tính	Có/không, Tỷ lệ biến chứng chung
Số lần đại tiện cuối tháng đầu	Định tính	1-3 lần/ngày, 4-5 lần/ngày, trên 5 lần/ngày
Điều trị hỗ trợ sau PT	Định tính	Có/không
Tương quan giữa vị trí u và biến chứng chung sau PT	Định tính	Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$
Tương quan giữa khoảng cách u so với RHM và số lần đại tiện cuối tháng đầu	Định lượng và định tính - thứ bậc	Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$
Tương quan tuyến tính giữa khoảng cách u so với RHM và số lần đại tiện hàng ngày cuối tháng đầu sau PT	Định lượng, thứ bậc và phân bố không chuẩn	Hệ số tương quan và khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$
Kết quả chung của PT	Định tính	Tốt/Trung bình/Xấu

2.4.5. Kết quả xa sau phẫu thuật

Bảng 2.8. Các biến số về cơ năng sau phẫu thuật

Tên biến số	Tính chất biến số	Giá trị
Sức khỏe chung sau PT	Định tính	Bình thường, giảm, kém
Khả năng lao động sau PT	Định tính	Lao động kiếm sống được, chỉ tự phục vụ được, cần người khác hỗ trợ phục vụ
Tình trạng tiểu tiện	Định tính	Bình thường, không hết bãi, không tự chủ
Tình trạng đại tiện sau PT	Định tính	Dễ, khó, không tự chủ
Tính chất phân	Định tính	Táo, lỏng, bình thường, táo lỏng xen kẽ, nhầy, máu
Số lần đại tiện/ngày sau PT 3 tháng	Định tính	1-3 lần/ngày, 4-5 lần/ngày, trên 5 lần/ngày
Số lần đại tiện/ngày sau PT 3,6,12,18,24 tháng	Định lượng, phân bố không chuẩn	Trung bình
Rối loạn sinh dục nam	Định tính	Bình thường, Giảm có hồi phục rối loạn cương dương hay rối loạn xuất tinh và giảm không hồi phục

Bảng 2.9. Các biến số về tái phát và sống thêm

Tên biến số	Tính chất biến số	Giá trị
Thời gian theo dõi toàn bộ và đến khi tái phát	Định lượng, phân bố không chuẩn	Trung bình (tháng)
Tái phát	Định tính	Không/di căn xa/tại chỗ tại vùng
Sống còn	Định tính	Sống, chết
Tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 1, 2, 3, 4, 5 năm	Xác suất cộng dồn	Sống còn bệnh không tiến triển tái phát hoặc di căn
Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 1, 2, 3, 4, 5 năm	Xác suất cộng dồn	Sống còn toàn bộ
Phân tích các yếu tố tiên lượng sống thêm như: giai đoạn bệnh, vị trí u, giới tính, nhóm tuổi, biến chứng liên quan PT, điều trị hóa xạ trước PT, điều trị hỗ trợ sau PT	Xác suất cộng dồn	Kiểm định Log-rank với $p \leq 0,05$

2.5. THU THẬP VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU

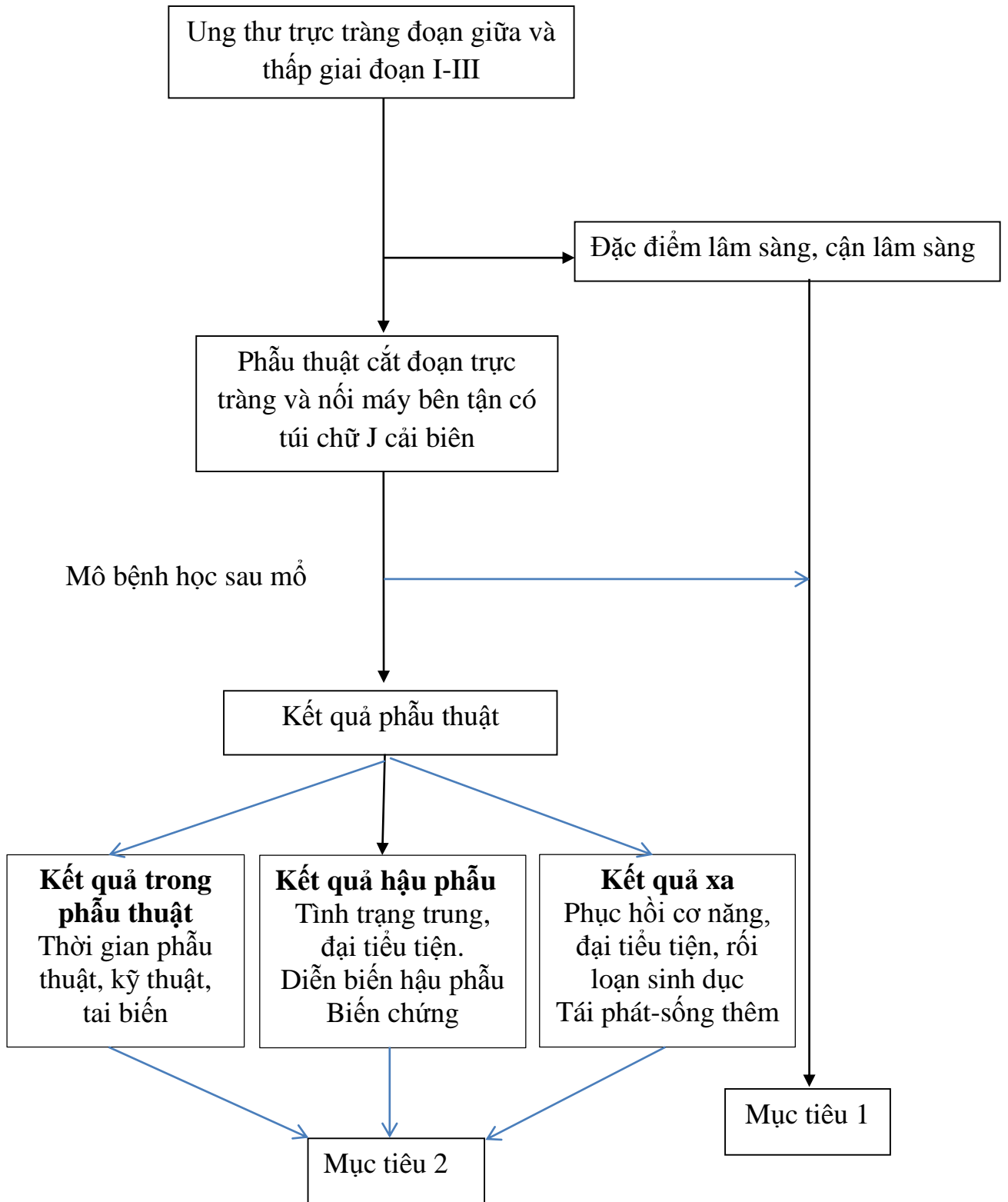
Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu, mã hoá và xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 22.0.

2.6. THỜI GIAN NGHIÊN CỨU: từ tháng 01 năm 2013 đến tháng 10 năm 2018.

2.7. VẤN ĐỀ ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

- Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật cho bệnh nhân và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.
- Được sự đồng ý của bệnh nhân.
- Nghiên cứu được sự phê duyệt của bệnh viện, nhà trường và hội đồng y đức.
- Nghiên cứu không làm 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 giữa và thấp.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



Chương 3

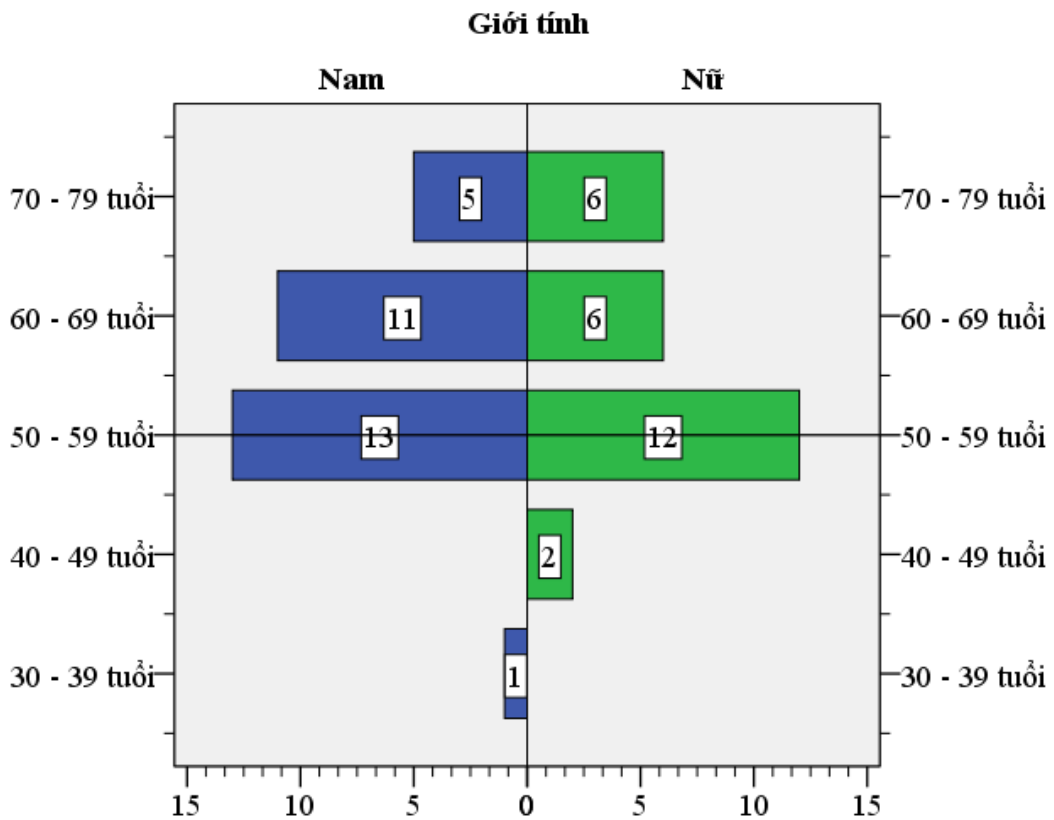
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 56 BN UTĐT giữa và thấp được PT cắt đoạn và nối máy.

3.1. ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

3.1.1. Đặc điểm chung

3.1.1.1. Tuổi và giới



Biểu đồ 3.1. Phân bố nhóm tuổi theo giới tính

Nhận xét:

- Tuổi trung bình là $60,4 \pm 9,3$.
- Hầu hết tuổi trên 40 (98,2%), nhóm tuổi thường gặp nhất: 50 - 59 tuổi.
- Tỷ lệ nam nữ của nhóm nghiên cứu là 1,15 (30 nam – 26 nữ).

3.1.1.2. Nghề nghiệp

Bảng 3.1. Phân bố nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Làm nông	32	57,1
Cán bộ hành chính	22	39,3
Nội trợ	1	1,8
Nghề khác tự do	1	1,8
Tổng	56	100

Nhận xét: phần lớn là làm nông chiếm 57,1%.

3.1.1.3. Tiền sử bệnh kèm và gia đình

Bảng 3.2. Tiền sử bệnh kèm và gia đình

Đặc điểm	Có		Không		Tổng
	Số BN	%	Số BN	%	
Bệnh kèm theo	17	30,4	39	69,6	56
Tiền sử gia đình mắc ung thư	4	7,1	52	92,9	56

Nhận xét:

- 30,4% có bệnh kèm theo gồm: tăng huyết áp, viêm đại tràng, trĩ và đái tháo đường nhưng mức độ không nghiêm trọng và đều được điều trị nội khoa thường xuyên ổn định.
- 7,1% có tiền sử gia đình có người mắc bệnh ung thư.

3.1.1.4. Lý do vào viện

Bảng 3.3. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đại tiện phân có nhầy máu	50	89,3
Mót rặn, đi ngoài không hết phân	1	1,8
Bán tắc ruột	2	3,6
Đau hạ vị	2	3,6
Đại tiện lỏng, sống phân	1	1,8
Tổng	56	100

Nhận xét: Lý do vào viện chủ yếu là đại tiện phân có nhầy máu chiếm 89,3%.

3.1.1.5. Thời gian diễn biến bệnh

Bảng 3.4. Thời gian diễn biến bệnh

Nhóm thời gian diễn biến bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1 - 6 tháng	45	80,4
> 6 tháng	11	19,6
Tổng	56	100

Nhận xét:

- Bệnh nhân phần lớn đến viện sớm trong vòng 6 tháng chiếm 80,4%.
- Thời gian diễn biến bệnh trung bình là $4,1 \pm 3,1$ tháng, sớm nhất là 01 tháng, muộn nhất là 12 tháng.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.1.2.1. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3.5. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số bệnh nhân (N = 56)	Tỷ lệ %
Đại tiện phân có nhầy máu	52	92,9
Cảm giác mót rặn, đi ngoài không hết phân	40	71,4
Thay đổi khuôn phân	37	66,1
Thay đổi tần suất đại tiện > 2 lần/ngày	36	64,3
Đau tức hậu môn	7	12,5
Đau bụng hạ vị	19	33,9
Đại tiện phân lỏng	14	25,0
Táo bón	11	19,6

Nhận xét:

- Các triệu chứng cơ năng thường gặp lần lượt là: đại tiện phân nhầy máu (92,9%), cảm giác mót rặn đi ngoài không hết phân (71,4%), thay đổi khuôn phân nhỏ dẹt (66,1%) và thay đổi tần suất đại tiện > 2 lần/ngày (64,3%).
- Số lần đại tiện hàng ngày trung bình là $4,3 \pm 2,8$ lần.

3.1.2.2. Triệu chứng toàn thân

Bảng 3.6. Triệu chứng toàn thân

Triệu chứng toàn thân	Số bệnh nhân (N = 56)	Tỷ lệ %
Sút cân (5-10kg)	30	53,6
Thiếu máu	3	5,4
Phù	0	0

Nhận xét: triệu chứng toàn thân thường gặp nhất là sút cân (53,6%) so với trước khi có triệu chứng của bệnh.

3.1.2.3. Triệu chứng thực thể

Bảng 3.7. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bán tắc ruột	4	7,1
Tắc ruột	0	0
Hạch ngoại vi	0	0
Sờ thấy rõ u qua thăm trực tràng	44	78,6
Thăm trực tràng có máu dính găng	52	92,9

Nhận xét:

- Thăm trực tràng có máu dính găng gặp hầu hết với 92,9%.
- Chỉ sờ thấy rõ u qua thăm trực tràng trong 44 trường hợp (78,6%), các u ở vị trí cao trên 7cm không sờ thấy rõ được qua thăm trực tràng [5].

Bảng 3.8. Đặc điểm khối u qua thăm trực tràng (n=44)

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí u cách RHM		
Đoạn thấp \leq 6cm	35	79,5
Đoạn giữa > 6cm	9	20,5
Kích thước u theo chu vi trực tràng		
< 1/2 chu vi	21	47,7
1/2- 3/4 chu vi	21	47,7
> 3/4 chu vi	2	4,6
Độ di động u		
Di động tốt	35	79,5
Di động hạn chế	9	20,5
Tính chất đại thể u		
Sùi	7	15,8
Loét	2	4,6
Hỗn hợp sùi có loét	34	77,3
Xơ chít hẹp	1	2,3
Thâm nhiễm	0	0

Nhận xét:

- Phần lớn khối u di động dễ chiếm 79,5% tức là chưa xâm lấn ra ngoài thành trực tràng và chỉ có 9 trường hợp u di động hạn chế.
- Đại thể sùi và hỗn hợp sùi có loét chiếm ưu thế với 93,1%.

3.1.2.4. Đặc điểm khối u qua nội soi

Bảng 3.9. Đặc điểm u trực tràng qua nội soi

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Vị trí u cách RHM		
Đoạn giữa > 6cm	21	37,5
Đoạn thấp ≤ 6cm	35	62,5
Xâm lấn theo chu vi		
< 1/2 chu vi	29	51,8
1/2- 3/4 chu vi	25	44,6
> 3/4 chu vi	2	3,6
Tính chất đại thể u		
Sùi	9	16,1
Loét	3	5,3
Hỗn hợp sùi có loét	43	76,8
Xơ chít hẹp	1	1,8
Thâm nhiễm cứng	0	0
Polyp đại tràng kèm theo	0	0

Nhận xét:

- Vị trí u trong nhóm nghiên cứu phần lớn ở đoạn thấp trực tràng (62,5%), trung bình cách rìa hậu môn 6,3cm, trung vị là 6cm, thấp nhất là 4cm và cao nhất là 8cm.
- Kích thước u trung bình là 3,4cm (từ 2 đến 5cm).
- Hình thái đại thể gặp chủ yếu là thể sùi hay loét trên nền tổn thương sùi (92,9%) và không gặp thể thâm nhiễm trong nghiên cứu.
- Không trường hợp nào nội soi đại tràng phát hiện có polyp kèm theo.

Bảng 3.10. Liên quan giữa vị trí u và giới tính của bệnh nhân phẫu thuật

			Giới tính		Tổng
			Nam	Nữ	
Vị trí u	Trực tràng giữa	Số BN	15	6	21
		%	71,4	28,6	100
	Trực tràng thấp	Số BN	15	20	35
		%	42,9	57,1	100
Tổng		Số BN	30	26	56
		%	53,6	46,4	100

Kiểm định Pearson Chi-Square có giá trị là 4,308, bậc tự do 1 và $p = 0,038$ (2 phía).

Nhận xét: Đối với trực tràng thấp, tỷ lệ nam giới được phẫu thuật thấp hơn so với nữ giới (42,9% so với 57,1%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,038$. Ngược lại, đối với trực tràng giữa, tỷ lệ nam giới cao hơn (71,4% so với 28,6%).

3.1.2.5. Kết quả xét nghiệm máu

Bảng 3.11. Nồng độ CEA trước mổ

CEA	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤ 5 ng/ml	25	44,6
> 5 ng/ml	31	55,4
Tổng số	56	100

Nhận xét: Có 55,4% bệnh nhân nhóm nghiên cứu tăng nồng độ CEA trên mức tối đa bình thường 5 ng/ml và trung bình là 14,2 ng/ml.

Bảng 3.12. Công thức máu trước mổ

Chỉ số		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Số lượng hồng cầu	Bình thường	52	92,9
	Giảm < 4 triệu/mm ³	4	7,1
Nồng độ huyết sắc tố	Bình thường	51	91,1
	Giảm < 120 g/l	5	8,9
Tổng số		56	100

Nhận xét:

- Số lượng hồng cầu giảm dưới 4 triệu/mm³ chiếm 7,1% và nồng độ huyết sắc tố giảm dưới 120 g/l chiếm 8,9%.
- Số lượng hồng cầu trung bình 4,6 triệu/mm³.
- Nồng độ huyết sắc tố trung bình 132,9 g/l.

3.1.2.6. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Bảng 3.13. Đặc điểm tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
CT ổ bụng tiểu khung	56	100
Phát hiện có u trực tràng	31	55,4
Phát hiện xâm lấn xung quanh	6	10,7
Phát hiện di căn hạch vùng	1	1,8
Cộng hưởng từ tiểu khung	56	100
Phát hiện có u trực tràng	56	100
Phát hiện xâm lấn xung quanh	8	14,3
Phát hiện di căn hạch vùng	5	8,9

Nhận xét:

- CT ổ bụng phát hiện u trực tràng chỉ 55,4%.
- MRI tiểu khung thấy rõ tất cả 56 trường hợp có u trực tràng. Trong đó, 8/56 BN (14,3%) có hình ảnh xâm lấn tổ chức quanh trực tràng và phát hiện hạch mạc treo lớn nghi di căn trong 5/56 trường hợp (8,9%).

Bảng 3.14. Giai đoạn xâm lấn u trên cộng hưởng từ tiểu khung [38]

Giai đoạn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
T1	4	7,1
T2	43	76,8
T3	1	1,8
T4	8	14,3
Tổng	56	100

Nhận xét: Phần lớn chưa xâm lấn quá lớp cơ gàn thành trực tràng với 83,9%.

3.1.3. Đặc điểm mô bệnh học sau phẫu thuật

Bảng 3.15. Phân loại mô bệnh học

Loại mô bệnh học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Ung thư biểu mô tuyến	51	91,1
Ung thư biểu mô tuyến chế nhầy	4	7,1
Ung thư biểu mô tuyến tế bào nhẵn	1	1,8
Tổng	56	100

Nhận xét: Ung thư biểu mô tuyến thông thường là chủ yếu chiếm 91,1%.

Bảng 3.16. Phân độ biệt hóa

Độ biệt hóa	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cao	7	12,5
Vừa	44	78,6
Kém	5	8,9
Tổng	56	100

Nhận xét: Độ biệt hóa vừa chiếm phần lớn (78,6%).

Bảng 3.17. Xét nghiệm diện cắt sau phẫu thuật

Tình trạng diện cắt	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Có tế bào ung thư xâm lấn	0	0
Âm tính	56	100
Tổng	56	100

Nhận xét: 100% diện cắt kiểm tra lại sau PT 48 giờ không có tế bào ung thư xâm lấn.

Bảng 3.18. Giai đoạn u trên mô bệnh học

Giai đoạn u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
T1	1	1,8
T2	26	46,4
T3	14	25,0
T4	15	26,8
Tổng	56	100

Nhận xét: Xâm lấn xung quanh (T4) chiếm 26,8%.

Bảng 3.19. Đồng nhất giữa MRI và giai đoạn u trên mô bệnh học

	Giai đoạn mô bệnh học				Tổng	Giá trị dự đoán dương
	T1	T2	T3	T4		
Giai đoạn MRI						
T1	1	3	0	0	4	25%
T2	0	19	13	11	43	44,2%
T3	0	0	0	0	0	0%
T4	0	0	0	1	1	100%
Tổng	1	22	13	12	48	
Đồng nhất (%)	100	86,4	0	8,3	43,8	
Thấp giai đoạn (%)	0	13,6	100	91,7	56,2	
Quá giai đoạn (%)	0	0	0	0	0	

Nhận xét:

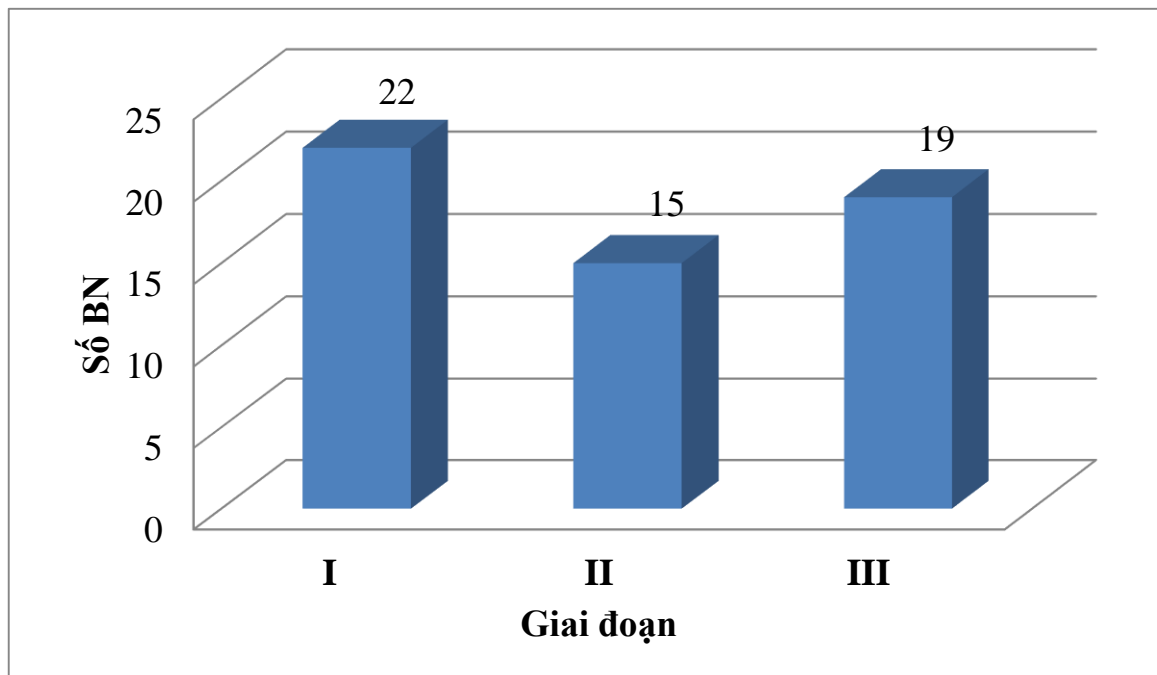
- Trong số 48 trường hợp PT ngay, MRI có giá trị chẩn đoán dương tính cao đối với giai đoạn T4 (100%) tuy nhiên lại có tỷ lệ đánh giá thấp giai đoạn cũng rất cao lần lượt là 100% (T3) và 91,7% (T4).
- Nhìn chung, tỷ lệ đồng nhất chẩn đoán giai đoạn trên MRI và mô bệnh học là 43,8%, tỷ lệ đánh giá thấp giai đoạn trên MRI là 56,2%.

Bảng 3.20. Giai đoạn hạch trên mô bệnh học

Giai đoạn hạch	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
N0	37	66,1
N1	14	25,0
N2	5	8,9
Tổng	56	100

Nhận xét: Di căn hạch chiếm 33,9%.

3.1.4. Giai đoạn bệnh sau phẫu thuật

**Biểu đồ 3.2. Chẩn đoán giai đoạn sau phẫu thuật**

Nhận xét: phần lớn nhóm BN nghiên cứu có giai đoạn bệnh sớm từ I đến II (66,1%) và giai đoạn III chiếm 33,9%.

3.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN VÀ NỐI MÁY TRONG UTTT GIỮA VÀ THẤP

3.2.1. Điều trị trước phẫu thuật

Bảng 3.21. Điều trị trước phẫu thuật

Hóa xạ trị trước mổ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Có	8	14,3
Không	48	85,7
Tổng	56	100

Nhận xét: Trong 56 BN nghiên cứu có 8 trường hợp được điều trị hóa xạ tiền phẫu chiếm 14,3%.

3.2.2. Loại máy cắt nối sử dụng

Bảng 3.22. Loại máy cắt nối sử dụng

Loại máy cắt dưới u và nối	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cắt thẳng Linear cutter	13	23,2
Cắt trực tràng cong Contour	43	76,8
Nối ruột CDH 29mm	45	80,4
Nối ruột CDH 30mm	11	19,6

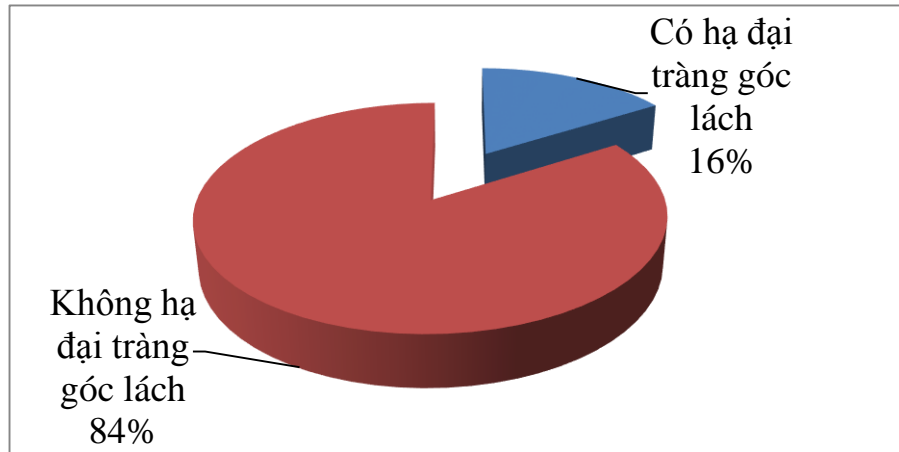
Nhận xét:

- Cắt đại tràng trên u toàn bộ bằng máy cắt thẳng Linear Cutter.
- Đa số cắt dưới u bằng máy cắt trực tràng Contour chiếm 76,8%, máy cắt thẳng chỉ áp dụng cho u cách RHM \geq 7cm.
- Máy nối tròn CDH có kích cỡ 29mm thường được dùng trong PT chiếm 80,4%.

3.2.3. Kết quả trong phẫu thuật

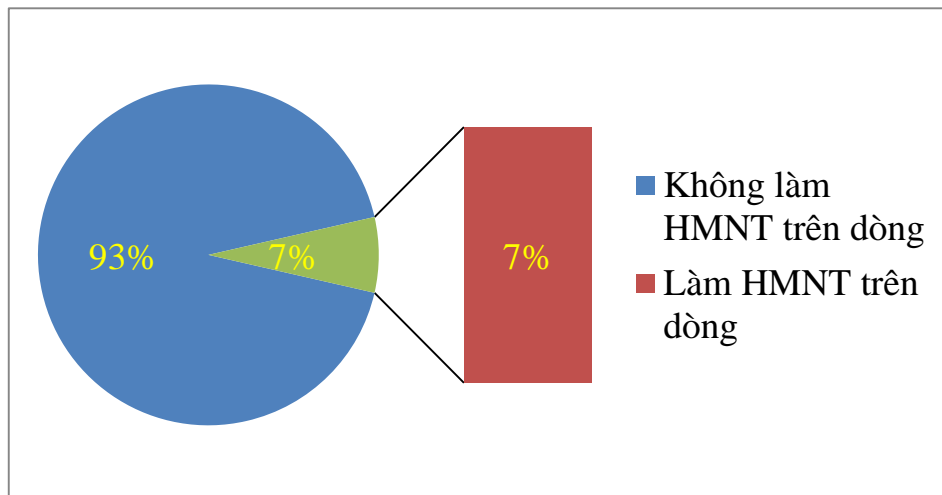
3.2.3.1. *Thời gian phẫu thuật*: trung bình là $113,4 \pm 16,1$ phút, dài nhất là 160 phút và ngắn nhất là 90 phút.

3.2.3.2. Một số kỹ thuật sử dụng trong phẫu thuật



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ hạ đại tràng góc lách

Nhận xét: Có 9 trường hợp (16%) thực hiện hạ đại tràng góc lách và chỉ thực hiện hạ đại tràng góc lách cho UTTT đoạn thấp.



Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ làm HMNT trên dòng

Nhận xét: Có 4 trường hợp (7%) tiến hành mở thông hồi tràng làm HMNT trên dòng khi đánh giá trong PT miệng nổi không an toàn.

3.2.3.3. Đặc điểm kỹ thuật khác

- 56/56 BN (100%) thực hiện được bảo tồn được thần kinh tự động.
- 56/56 BN (100%) sinh thiết tức thì đều cho kết quả không có tế bào ác tính xâm nhập ở diện cắt dưới.
- Khoảng cách từ cực dưới u đến bờ diện cắt sau PT: trung bình là 3cm và 56/56 BN (100%) diện cắt cách u \geq 2cm.

Bảng 3.23. Số lượng hạch vét được trong phẫu thuật

Số hạch vét	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
\geq 12 hạch	26	46,4
< 12 hạch	30	53,6
Tổng	56	100

Nhận xét:

- Có 26/56 BN vét đủ \geq 12 hạch chiếm 46,4%.
- Số lượng hạch mạc treo trung bình nạo vét được là $11,1 \pm 4,9$ (hạch), nhiều nhất là 24 hạch và ít nhất là 3 hạch.

3.2.3.4. Tai biến trong phẫu thuật

- Trong nghiên cứu không gặp trường hợp nào có tai biến liên quan quá trình sử dụng máy cắt - nói như: miệng nói không kín, chảy máu miệng nói, tổn thương tạng lân cận,..
- Trong nghiên cứu không có tai biến liên quan quá trình phẫu tích như: tử vong, chảy máu trước xương cùng, tổn thương niệu đạo, bàng quang, niệu quản, âm đạo,...

3.2.4. Liên quan giữa đặc điểm bệnh nhân và đặc điểm phẫu thuật

3.2.1.1. Liên quan giữa vị trí u và hạ đại tràng góc lách

Bảng 3.24. Tỷ lệ hạ đại tràng góc lách theo vị trí u

		Hạ đại tràng góc lách		Tổng
		Có	Không	
Vị trí u	Trực tràng giữa Số BN (%)	0 (0%)	21 (100%)	21
	Trực tràng thấp Số BN (%)	9 (25,7%)	26 (74,3%)	35
Tổng		9	47	56

Nhận xét:

- Kỹ thuật hạ đại tràng góc lách được thực hiện cho u trực tràng thấp có tỷ lệ 25,7% và không có trường hợp u trực tràng giữa nào hạ đại tràng góc lách, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.019$ (2 phía) với kiểm định Fisher's Exact Test.
- Tương tự không thấy có sự liên quan có ý nghĩa giữa làm HMNT trên dòng và khoảng cách u đến rìa hậu môn với $p=0,611$.

3.2.2.2. Liên quan giữa vị trí u và thời gian phẫu thuật

Bảng 3.25. So sánh thời gian phẫu thuật trung bình theo vị trí u

Vị trí u		Số BN	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Thời gian phẫu thuật (phút)	Trực tràng giữa	21	114,8	17,5
	Trực tràng thấp	35	112,6	15,4

Nhận xét: Thời gian PT trung bình ở 2 nhóm vị trí u trực tràng giữa và thấp không có sự khác biệt với $p = 0,638$ bằng kiểm định Independent-Sample T Test với phương sai không đồng nhất.

3.2.2.3. Liên quan giữa đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu và số lượng hạch vét được trong phẫu thuật

Bảng 3.26. Liên quan giữa vị trí u và số hạch vét

		Số lượng hạch vét		Tổng
		≥ 12 hạch	< 12 hạch	
Vị trí u	Trực tràng giữa	Số BN 8	13	21
	% theo vị trí u	38,1%	61,9%	100.0%
u	Trực tràng thấp	Số BN 18	17	35
	% theo vị trí u	51,4%	48,6%	100.0%
Tổng	Số BN	26	30	56
	% theo vị trí u	46.4%	53.6%	100.0%

Kiểm định Pearson khi bình phương có giá trị bằng 0,938, bậc tự do 1 và $p = 0,333$ (2 phía).

Nhận xét: Tỷ lệ BN vét đủ ≥ 12 hạch cao hơn đối với UTTT thấp (51,4%). Tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,333$.

Phân tích tương quan các đặc điểm khác như: nhóm tuổi, giai đoạn xâm lấn của khối u, độ biệt hóa khối u, di căn hạch, giai đoạn bệnh với tỷ lệ vét đủ ≥ 12 hạch cũng không cho thấy có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3. KẾT QUẢ HẬU PHẪU

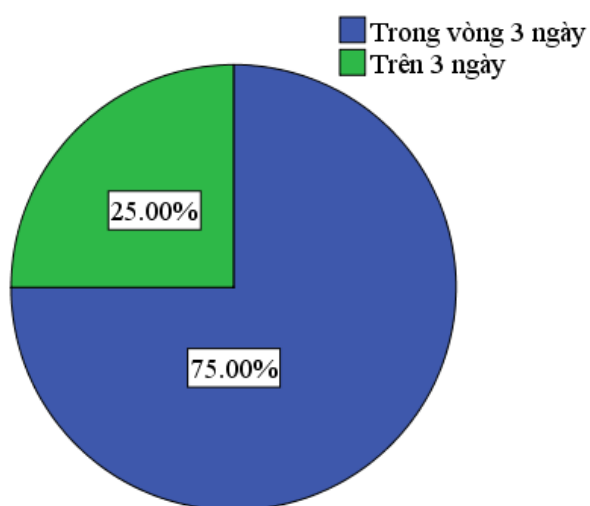
3.3.1. Phục hồi sau phẫu thuật

Bảng 3.27. Thời gian phục hồi sau phẫu thuật

Thời gian	Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất	Đơn vị
Trung tiện	3,2 ± 0,6	5	2	ngày
Đại tiện lần đầu	4,5 ± 1,2	7	3	ngày
Rút thông tiểu	3,3 ± 0,5	5	3	ngày
Nằm viện	11,0 ± 2,2	21	9	ngày

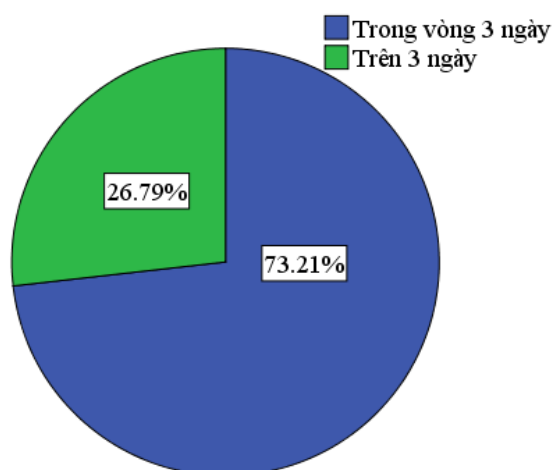
Nhận xét:

- Thời gian trung tiện sau PT trung bình là 3,2 ngày.
- Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình là 11,0 ngày.
- Có một trường hợp nằm viện lâu nhất đến 21 ngày vì gặp biến chứng rò miệng nối sau PT điều trị nội khoa dài ngày và nằm viện ngắn nhất là 9 ngày.



Biểu đồ 3.5. Phân bố thời gian trung tiện sau phẫu thuật

Nhận xét: đa số BN trung tiện trở lại trong vòng 3 ngày đầu sau PT (75%).



Biểu đồ 3.6. Phân bố thời gian rút thông tiểu sau phẫu thuật

Nhận xét:

- Thường rút thông tiểu vào ngày thứ 3 (73,2%).
- Có 15 trường hợp thông tiểu lưu trên 3 ngày, trong đó có 1 BN (1,8%) biểu hiện rối loạn chức năng bàng quang nhẹ sau PT, bí tiểu sau khi rút và phải đặt lại thông tiểu tập thêm và rút vào ngày thứ 5.

Bảng 3.28. Liên quan giữa vị trí u và thời gian phục hồi sau phẫu thuật

	Vị trí u	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Thời gian trung tiện	Trực tràng giữa	3,1	0,63	0,437
	Trực tràng thấp	3,2	0,60	
Thời gian đại tiện	Trực tràng giữa	4,6	1,25	0,867
	Trực tràng thấp	4,5	1,20	
Thời gian rút thông tiểu	Trực tràng giữa	3,2	0,54	0,595
	Trực tràng thấp	3,3	0,47	
Thời gian hậu phẫu	Trực tràng giữa	10,9	2,51	0,849
	Trực tràng thấp	11,0	2,02	

Kiểm định Independent-Samples T Test với các phương sai không đồng nhất.

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 vị trí u trực tràng về thời gian trung tiện, đại tiện, rút thông tiểu và nằm viện hậu phẫu trung bình ($p > 0,05$).

3.3.2. Diễn biến hậu phẫu trong tháng đầu tiên

3.3.2.1. Biến chứng hậu phẫu

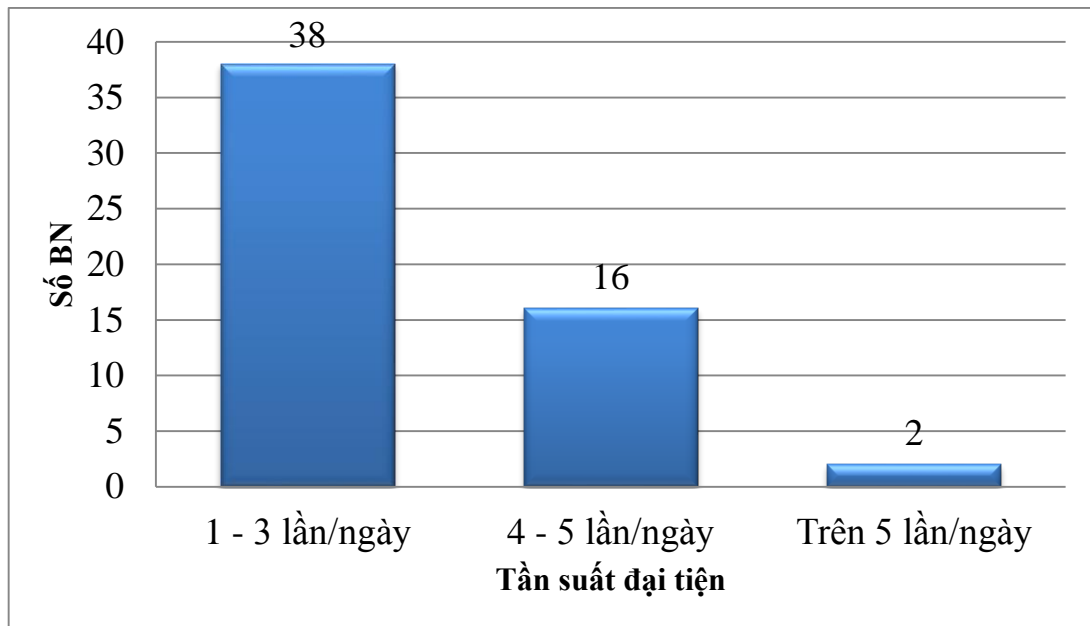
Bảng 3.29. Biến chứng hậu phẫu

Biến chứng hậu phẫu tháng đầu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chung	7	12,5
Rò miệng nối khu trú không PT lại	1	1,8
Tắc ruột sau mổ	1	1,8
Nhiễm trùng vết mổ	4	7,1
Đại tiện không tự chủ	1	1,8

Nhận xét:

- Tỷ lệ biến chứng chung sau PT là 12,5%, rò (1,8%).
- Các biến chứng gặp phải với tần suất thấp và đều được điều trị nội khoa ổn định và phục hồi hoàn toàn.
- Không có các biến chứng như: chảy máu ổ bụng hay miệng nối, tử vong, rò miệng nối gây viêm phúc mạc phải mổ lại, tiểu không tự chủ, hẹp miệng nối và các biến chứng toàn thân.

3.3.2.2. Tần suất đại tiện cuối tháng đầu sau phẫu thuật



Biểu đồ 3.7. Kết quả tần suất đại tiện hàng ngày cuối tháng đầu

Nhận xét:

- Đại tiện hàng ngày trong tháng đầu sau phẫu thuật từ 1 - 3 lần chiếm phần lớn với 67,9%.
- Chỉ có 02 trường hợp đại tiện trên 5 lần/ngày ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân.

3.3.2.3. Điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật

Bảng 3.30. Điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật

Điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Có điều trị	41	73,2
Không điều trị	15	26,8
Tổng	56	100

Nhận xét: Có 73,2% bệnh nhân được điều trị hỗ trợ tiếp tục sau phẫu thuật bằng hóa chất và hoặc tia xạ.

3.3.3. Một số liên quan với vị trí u

Bảng 3.31. Liên quan giữa vị trí u và biến chứng chung sau phẫu thuật

			Biến chứng chung sau phẫu thuật		Tổng
			Có	Không	
Vị trí u	Trục tràng giữa	Số BN	2	19	21
		Tỷ lệ %	9,5	90,5	100
	Trục tràng thấp	Số BN	5	30	35
		Tỷ lệ %	14,3	85,7	100
Tổng		Số BN	7	49	56
		Tỷ lệ %	12,5	87,5	100

Kiểm định Fisher's Exact Test với $p = 0,70$ (2 phía).

Nhận xét: vị trí u trục tràng thấp có tỷ lệ biến chứng chung sau PT cao hơn với 14,3% nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,70$.

Bảng 3.32. Liên quan giữa khoảng cách u so với rìa hậu môn và số lần đại tiện cuối tháng đầu

		Số lần đại tiện cuối tháng đầu/ngày			Tổng
		1-3 lần	4-5 lần	Trên 5 lần	
Cách rìa hậu môn	4cm	1	1	0	2
	5cm	3	7	2	12
	6cm	17	4	0	21
	7cm	9	0	0	9
	8cm	8	4	0	12
Tổng		38	16	2	56

Kiểm định Linear-by-Linear Association cho giá trị bằng 5,567, bậc tự do 1 và $p = 0,018$ (2 phía).

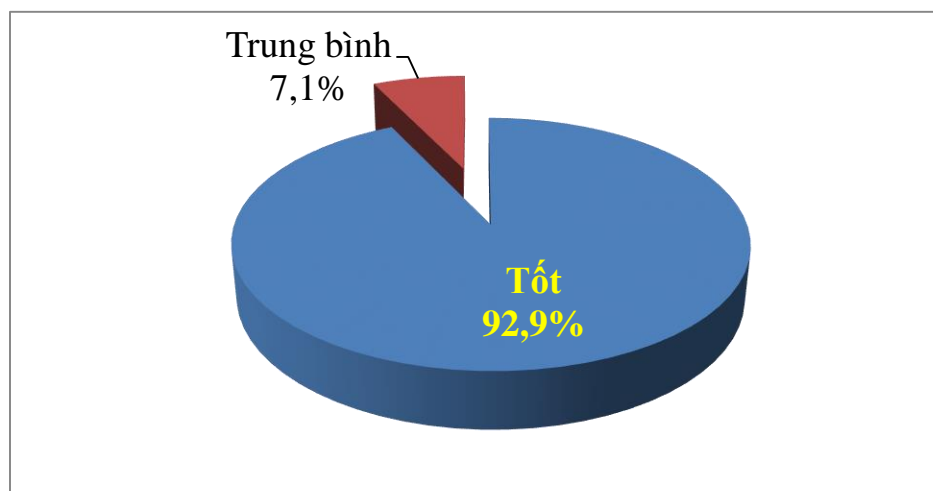
Nhận xét: Có mối tương quan kiểu tuyến tính giữa khoảng cách u so với RHM và số lần đại tiện hàng ngày cuối tháng đầu sau PT với $p = 0,018$. Tuy nhiên, đặc điểm và độ mạnh của mối liên hệ không được xác định.

Bảng 3.33. Liên quan tuyến tính giữa khoảng cách u so với rìa hậu môn và số lần đại tiện hàng ngày cuối tháng đầu đối với phân bố không chuẩn

		Số lần đại tiện	Cách rìa hậu môn
Spearman's rho	Số lần đại tiện	Hệ số tương quan	1,000
		P (2 đuôi)	0,009
		Số BN	56
	Cách rìa hậu môn	Hệ số tương quan	- 0,345
		P (2 đuôi)	0,009
		Số BN	56

Nhận xét: Có tương quan tuyến tính nghịch khá yếu với hệ số tương quan $r = -0,345$ có ý nghĩa thống kê $< 0,01$ (2 phía).

3.4. KẾT QUẢ CHUNG SAU PHẪU THUẬT



Biểu đồ 3.8. Kết quả chung sau phẫu thuật

Nhận xét: Kết quả cho thấy toàn bộ PT cho 56 BN đều đạt kết quả trung bình trở lên, trong đó 92,9% ca mổ đạt kết quả tốt 7,1% ca mổ đạt kết quả trung bình.

3.5. KẾT QUẢ PHỤC HỒI CƠ NĂNG TỪ SAU 3 THÁNG

3.5.1. Phục hồi cơ năng

Bảng 3.34. Đặc điểm phục hồi cơ năng sau 3 tháng

Đặc điểm phục hồi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sức khỏe chung		
Bình thường	54	96,4
Giảm sau phẫu thuật	2	3,6
Khả năng lao động		
Lao động kiếm sống được	45	80,4
Chỉ tự phục vụ được	11	19,6
Tình trạng tiểu tiện		
Tiểu bình thường	56	100
Tiểu không tự chủ	0	0
Đại tiện		
Dễ	51	91,1
Khó	5	8,9
Không tự chủ	0	0
Tính chất phân		
Táo	3	5,4
Bình thường	51	91,1
Táo lỏng xen kẽ	2	3,6
Tổng	56	100

Nhận xét:

- Sau 3 tháng, phần lớn bệnh nhân phục hồi cơ năng tốt: sức khỏe chung bình thường (96,4%), có thể lao động kiếm sống được (80,4%), tiểu tiện bình thường (100%), đại tiện dễ (91,1%) với phân bình thường (91,1%).
- Không có trường hợp nào đại tiểu tiện không tự chủ.
- Có 5 trường hợp bệnh nhân (8,9%) khi đại tiện khó vì phải ngồi lâu mới đại tiện được và đại tiện không hết bãi.
- Có 3 trường hợp bệnh nhân (5,4%) bị táo bón và thỉnh thoảng phải dùng thuốc nhuận tràng.
- Có 2 trường hợp bệnh nhân (3,6%) đại tiện táo lỏng xen kẽ.

3.5.2. Tần suất đại tiện sau phẫu thuật*Bảng 3.35. Tần suất đại tiện hàng ngày sau 3, 6, 12, 18 và 24 tháng*

Tần suất đại tiện hàng ngày	Số BN	Trung bình	Nhiều nhất	Ít nhất
Sau 3 tháng	56	3,3 ± 1,3	8	1
Sau 6 tháng	56	2,9 ± 1,1	6	1
Sau 12 tháng	56	2,7 ± 1,2	6	1
Sau 18 tháng	53	2,1 ± 0,9	5	1
Sau 24 tháng	44	1,8 ± 0,9	4	1

Nhận xét:

- Sau 3 tháng, phần lớn đại tiện hàng ngày từ 1 đến 3 lần chiếm 69,6%.
- Tần suất đại tiện trung bình hàng ngày giảm dần sau 3, 6, 12, 18 và 24 tháng lần lượt là: 3,3 lần, 2,9 lần, 2,7 lần, 2,1 lần và 1,8 lần.

3.5.3. Tình trạng rối loạn sinh dục nam giới sau 3 tháng

Bảng 3.36. Tình trạng rối loạn sinh dục nam so với trước phẫu thuật

Đặc điểm sinh dục nam	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bình thường	23	92,0
Giảm cương dương có hồi phục	2	8,0
Tổng	25	100

Nhận xét: Trong 25 trường hợp được khảo sát trước PT không rối loạn hoạt động sinh dục có 02 BN (8%) bị giảm khả năng cương dương nhưng hồi phục về bình thường sau 3 tháng.

3.6. KẾT QUẢ TÁI PHÁT VÀ SỐNG THÊM

3.6.1. Thời gian theo dõi của nghiên cứu

Thời gian theo dõi toàn bộ trung bình là 48,8 tháng, ít nhất 13 tháng và nhiều nhất 69 tháng.

Thời gian theo dõi đến khi có tái phát trung bình là 47,7 tháng, ít nhất 10 tháng và nhiều nhất 69 tháng.

3.6.2. Tái phát

Bảng 3.37. Kết quả tái phát

Đặc điểm tái phát	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không tái phát	51	91,1
Tái phát di căn xa	5	8,9
Tái phát tại chỗ tại vùng	0	0
Tổng	56	100

Nhận xét: tỷ lệ tái phát của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 8,9%, trong đó không có trường hợp nào tái phát tại chỗ tại vùng và có 5/56 BN tái phát di căn xa (phổi: 1 BN, gan: 2 BN, hạch ổ bụng: 2 BN).

3.6.3. Sống còn

Bảng 3.38. Kết quả sống còn

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sống	53	94,6
Chết	3	5,4
Tổng	56	100

Nhận xét: có 3/56 BN đã chết (5,4%) tại thời điểm kết thúc nghiên cứu. Trong đó, 02 BN tử vong trong thời gian điều trị hóa trị do tái phát di căn hạch ổ bụng và 1 BN già đã chết nhưng không rõ tình trạng bệnh ung thư.

3.6.4. Tỷ lệ sống thêm

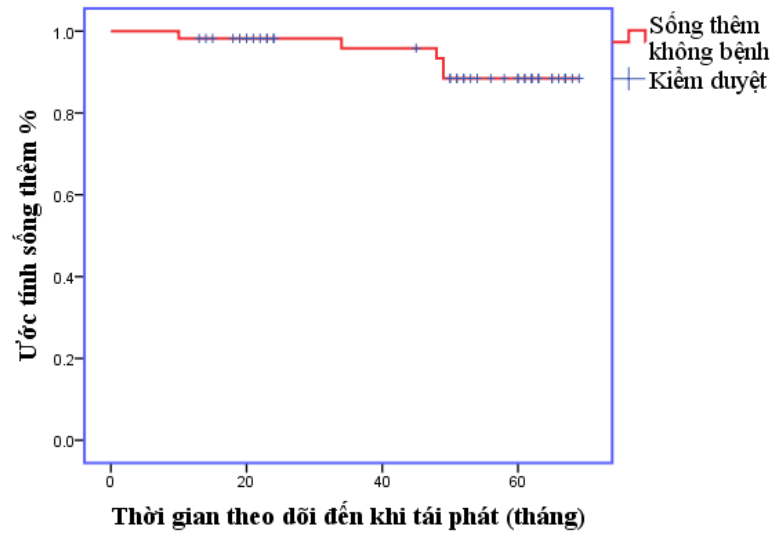
Bảng 3.39. Tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1, 2, 3, 4, 5 năm

Tỷ lệ sống thêm %	1 năm	2 năm	3 năm	4 năm	5 năm
Không bệnh	98,2 %	98,2 %	95,8 %	93,4 %	88,4 %
Toàn bộ	100 %	100 %	97,6 %	95,2 %	92,7 %

Nhận xét:

- 100% bệnh nhân sống thêm toàn bộ 2 năm.
- Sống thêm không bệnh 5 năm là 88,4% và sống thêm toàn bộ 5 năm là 92,7%.

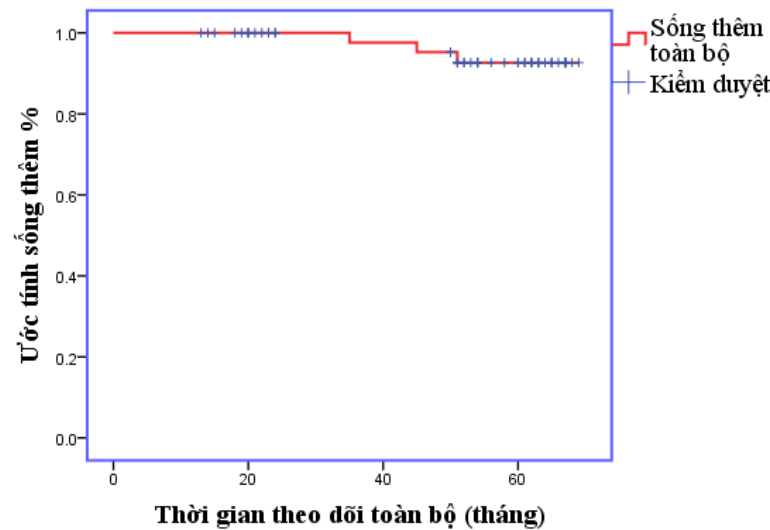
3.6.4.1. Sống thêm không bệnh



Biểu đồ 3.9. Sống thêm không bệnh

Nhận xét: Biểu đồ sống thêm không tái phát có độ dốc thấp và tại thời điểm 5 năm vẫn còn trên 88% bệnh nhân tiên lượng còn sống khỏe mạnh.

3.6.4.2. Sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 3.10. Sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Biểu đồ sống thêm toàn bộ có độ dốc thấp và tại thời điểm 5 năm vẫn còn trên 90% bệnh nhân tiên lượng còn sống.

Phân tích các yếu tố tiên lượng sống thêm như: giai đoạn bệnh, vị trí u, giới tính, nhóm tuổi, có hay không có biến chứng liên quan phẫu thuật, điều trị hóa xạ trước phẫu thuật, điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật nhưng đều không xác định được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Chương 4 **BÀN LUẬN**

4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

4.1.1. Tuổi, giới

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 56 bệnh nhân (BN), độ tuổi trung bình là $60,4 \pm 9,3$, cao nhất là 78 tuổi, thấp nhất là 32 tuổi. Hầu hết BN trong nghiên cứu trên 40 tuổi (98,2 %), trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50-59 tuổi (44,6%) (biểu đồ 3.1).

Kết quả này cũng phù hợp với các kết quả trong và ngoài nước như nghiên cứu về phẫu thuật UTTT của tác giả Trần Anh Cường (2017), Mai Đức Hùng (2012), Phạm Quốc Đạt (2011) với độ tuổi trung bình của bệnh nhân tương ứng là 58,6; 61,4 và 56,7 tuổi; hầu hết bệnh nhân trên 40 tuổi [98],[99],[100]. Theo một số nghiên cứu khác về UTTT như nghiên cứu của Võ Văn Xuân (2012), Phạm Cẩm Phương (2013) cũng cho thấy đa số BN có lứa tuổi trên 40 với tỷ lệ lần lượt là 96,4% và 92% [101],[102]. Theo số liệu thống kê năm 2010 của Hội ung thư quốc gia Hoa Kỳ, UTTT thường mắc sau 40 tuổi và tăng nhiều nhất ở nhóm 50-70 tuổi [24]. Theo tác giả Ellenhorn D.I. (2006) cho thấy bệnh thường gặp chủ yếu ở độ tuổi trên 40 tuổi [103]. Do vậy, sàng lọc UTTT tại cộng đồng thường lựa chọn các đối tượng trong độ tuổi 50-70 [24].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ là 1,15. Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu về UTTT của các tác giả trong và ngoài nước khác như Võ Tấn Long, Phạm Cẩm Phương, Hoàng Việt Hưng với tỷ lệ nam/nữ, tương ứng 1,3; 1,38 và 1,13 [102],[104],[105]. Theo nghiên cứu của Ellenhorn D.I. cũng cho thấy nam giới chiếm đa số với tỷ lệ nam/nữ = 1,7 [103].

4.1.2. Lý do vào viện và thời gian diễn biến bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo bảng 3.3 cho thấy chủ yếu BN đến khám và phát hiện bệnh UTTT vì triệu chứng đại tiện phân có nhầy máu chiếm 89,3%.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với ghi nhận của nhiều nghiên cứu của các tác giả khác: Phạm Cẩm Phương (2013) ghi nhận số BN đến bệnh viện vì đi ngoài phân nhầy máu chiếm đa số với 90,9% [102], Mai Đức Hùng (2012) cũng phổ biến với 73,2% đại tiện phân nhầy máu [98], Phạm Quốc Đạt (2011) thì lý do vào viện vì đại tiện phân nhầy máu chiếm tỷ lệ 93,3% [100], Hoàng Minh Thắng (2010) thì đại tiện phân nhầy máu là lý do vào viện thường gặp ở bệnh nhân UTTT (77,5%) [106]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Hoàng Mạnh Thắng (2009) là 83% [107]. Như vậy, đại tiện phân nhầy máu là lý do phổ biến và nổi bật nhất khiến BN quan tâm và đến bệnh viện để chẩn đoán và điều trị.

Kết quả bảng 3.4 ghi nhận thời gian diễn biến bệnh trước khi vào viện trung bình trong nhóm BN nghiên cứu là 4,1 tháng, sớm nhất là 1 tháng, muộn nhất là 12 tháng. Trong đó, 80,4% BN đến viện trong vòng 6 tháng từ lúc có biểu hiện bệnh. Theo nghiên cứu của Phạm Văn Bình, khoảng thời gian trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên tới khi BN đến khám và nhập viện là $3,8 \pm 1,2$ tháng, trong đó có đến 75,6% số BN đến khám khi đã có triệu chứng bệnh trong vòng 6 tháng [108].

Theo các báo cáo trong nước khác, khoảng thời gian diễn biến bệnh trước khi BN đến khám trung bình là 4,5-6 tháng [99],[100],[102],[106],[107]. Trong đó, gần nhất theo Trần Anh Cường (2017) ghi nhận trên 116 BN, 73,3% UTTT có thời gian mắc bệnh trong vòng 6 tháng và chỉ có 5,2% đến muộn trên 12 tháng [99]. Điều này chứng tỏ hiểu biết người dân ngày

càng nâng cao, bệnh nhân thường đến khám tại các cơ sở y tế khá sớm trong vòng 6 tháng đầu từ khi có triệu chứng.

4.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

4.2.1. Biểu hiện lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của nhóm BN nghiên cứu chúng tôi được thể hiện trong các bảng 3.5, bảng 3.6 và bảng 3.7 cho thấy biểu hiện lâm sàng khá đa dạng. Các triệu chứng thường gặp lần lượt là: đại tiện phân nhầy máu (92,9%), cảm giác mót rặn đi ngoài không hết phân (71,4%), thay đổi khuôn phân nhỏ, dẹt (66,1%), thay đổi tăng tần suất đại tiện hàng ngày > 2 lần (64,3%) và sút cân (53,6%). Các triệu chứng ít gặp hơn lần lượt là: đau hạ vị, đại tiện phân lỏng sống phân, táo bón, đau tức hậu môn, bán tắc ruột và thiếu máu.

Nghiên cứu của tác giả Phạm Cẩm Phương (2013) trên 86 BN UTTT điều trị hóa xạ tiền phẫu cho thấy các triệu chứng phổ biến lần lượt là: đại tiện phân nhầy máu (94,3%), cảm giác mót rặn đi ngoài không hết phân (70,1%), khuôn phân nhỏ dẹt (66,7%), đại tiện ≥ 3 lần/ngày (44,8%) và gầy sút cân (41,4%) [102]. Nghiên cứu của tác giả Trần Anh Cường (2017) trên 116 BN UTTT được PT cho thấy các triệu chứng thường gặp (hơn 50%) lần lượt là: đi ngoài phân có máu (93,1%), thay đổi khuôn phân (87,1%), đại tiện khó (82,8%), thay đổi thói quen đại tiện (75,9%), đi ngoài ngày nhiều lần (70,7%), cảm giác mót rặn đi ngoài không hết phân (54,3%) [99]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận các biểu hiện lâm sàng tương tự các tác giả trong nước trên. Như vậy có thể thấy triệu chứng đại tiện phân có nhầy máu là dấu hiệu quan trọng cần quan tâm chẩn đoán và tránh bỏ sót UTTT cho người bệnh.

Bảng 4.1. Đối chiếu các triệu chứng lâm sàng thường gặp

Triệu chứng	P.C. Phương (2013) [102]	T.A. Cường (2017) [99]	Chúng tôi (2018)
Đại tiện phân có nhầy máu	94,3%	93,1%	92,9%
Cảm giác mót rặn đi ngoài không hết phân	70,1%	54,3%	71,4%
Thay đổi khuôn phân nhỏ, dẹt	66,7%	87,1%	66,1%
Tăng tần suất đại tiện hàng ngày > 2 lần	44,8%	70,7%	64,3%
Sút cân (5-10kg)	41,4%		53,6%

Qua thăm trực tràng, chúng tôi sờ thấy rõ u trong 44 trường hợp (78,6%), các trường hợp khác u ở vị trí cao > 7cm không thăm khám được tương tự nhận định trong y văn [5] và hầu hết (92,9%) có máu dính găng khi thăm khám trực tràng cho tất cả BN (bảng 3.7). Đánh giá khối u qua thăm khám (bảng 3.8) cho thấy đại thể sùi và hỗn hợp sùi có loét chiếm ưu thế với 93,1% và phần lớn khối u di động dễ chiếm 79,5% tức là chưa xâm lấn ra ngoài thành trực tràng. Chỉ có 9 trường hợp u di động hạn chế, trong đó 8 BN được điều trị hóa xạ trị tiền phẫu và 01 BN phẫu thuật trước vì có bán tắc ruột.

Trong nghiên cứu của tác giả Phạm Quốc Đạt (2011), thực hiện trên 91 BN UT TT thấp được chỉ định PT bảo tồn cơ tròn hậu môn, phần lớn khối u trực tràng có thể di động (92,3%) và thể sùi chiếm ưu thế với 67% [100]. Ngược lại, trên nhóm đối tượng UT TT được điều trị hóa xạ trị đồng thời trước mổ, theo kết quả của Phạm Cẩm Phương (2013) thì không có trường hợp nào có khối u di động dễ dàng [102].

4.2.2. Đặc điểm khối u qua nội soi đại trực tràng

Theo kết quả của bảng 3.9, cực dưới u cách RHM trung bình khá thấp là $6,3 \pm 1,1$ cm, trung vị là 6cm, gần với ranh giới phân đoạn trực tràng giữa và thấp, khoảng cách cao nhất là 8cm và thấp nhất là 4cm. Đối chiếu với các

nghiên cứu điều trị phẫu thuật UTTT giữa và thấp nội bên tận có u cách RHM ≤ 10 cm tương tự nghiên cứu của chúng tôi có thể thấy như sau: khoảng cách u so với RHM trung bình của chúng tôi thấp hơn tác giả Mai Đức Hùng (2012) nghiên cứu trên 138 trường hợp (84,8% UTTT giữa) là $9,28 \pm 2,61$ cm [98], tác giả Jiang (2005) nghiên cứu trên 24 trường hợp là $8,6 \pm 0,3$ cm và cao hơn tác giả Huber (1998) nghiên cứu trên 30 trường hợp là 5,8cm (u cách từ 3 - 9cm) [93],[94]; trung vị khoảng cách cực dưới u với RHM của chúng tôi giống với các tác giả Zhang (2012) nghiên cứu trên 15 trường hợp (u cách từ 5 - 9cm) và tác giả Tsunoda (2009) nghiên cứu trên 40 trường hợp (u cách từ 4 - 8cm) [92],[95].

Khoảng cách cực dưới u đến RHM thường được đo qua nội soi trực tràng trong hầu hết các nghiên cứu trên. Tuy nhiên, đây cũng chỉ là một cơ sở để xác định vị trí của khối u vì khoảng cách đi qua nội soi có thể không chính xác. Nguyên nhân là do nếu khối u lớn, còn di động thông xuống phía hậu môn làm việc đo khoảng cách này sẽ ngắn hơn thực tế lúc mổ. Những trường hợp u quá lớn, gây hẹp lòng trực tràng, không đưa ống soi qua u và không kiểm soát được giới hạn trên của u.

Đặc điểm khung chậu hẹp dần từ cao xuống thấp và khung chậu của nam thường hẹp hơn nữ giới nên PT cắt trước thấp hay rất thấp đối với UTTT giữa và thấp gặp nhiều khó khăn và phần nào ảnh hưởng đến khả năng bảo tồn cơ tròn hậu môn và đối diện với việc phải tiến hành PT cắt cụt trực tràng đặc biệt đối với UTTT thấp và nhất là nam giới. Điều này cũng thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi là có tương quan có ý nghĩa thống kê giữa hai yếu tố giới tính và vị trí u (kết quả bảng 3.10) với tỷ lệ nam giới được PT cắt đoạn trực tràng là thấp hơn đối với UTTT thấp (42,9% nam so với 57,1% nữ). Tuy nhiên, tỷ lệ UTTT đoạn thấp được PT cắt đoạn trực tràng mà không phải cắt cụt trực tràng trong nghiên cứu chiếm phần lớn (62,5%) với u thấp nhất cách RHM 4cm. Điều này có thể được lý giải là việc sử dụng các máy cắt nối trong

phẫu thuật đã giúp thao tác được dễ dàng hơn khi càng xuống thấp, không cần thao tác khâu đóng mồm cắt trực tràng khi không sử dụng máy cắt trực tràng dưới u và đặc biệt khi thực hiện miệng nối thấp tái lập lưu thông tiêu hóa ngay cả những miệng nối rất thấp cho những u cách RHM 3 đến 5cm như nhận định và báo cáo của các tác giả Jiang và Huber [93],[94]. Do đó, bệnh nhân UTTT được tăng khả năng bảo tồn cơ tròn hậu môn khi ứng dụng công nghệ máy cắt nối nhất là u ở đoạn thấp.

Khi quan sát đại thể khối u qua nội soi đại trực tràng, trong 56 BN nghiên cứu, chúng tôi thường gặp u có dạng sùi hay loét trên nền tổn thương sùi (92,9%), tổn thương u dạng loét hay xơ chít hẹp chỉ chiếm 7,8% và không gặp thể thâm nhiễm (bảng 3.9). Trong nghiên cứu của tác giả Phạm Cẩm Phương (2013) thì tỷ lệ gặp thể sùi hay loét trên nền tổn thương sùi cũng tương tự với 98,9% [102] và tương tự theo tác giả Trần Anh Cường là 99,1% [99] và Mai Đức Hùng là 89,1% [98]. Đặc điểm này trong nghiên cứu PT bảo tồn cơ tròn hậu môn của Phạm Quốc Đạt (2011) cũng cho thấy điểm tương tự, tỷ lệ trường hợp có u thể sùi chiếm ưu thế với 67% và không gặp thể thâm nhiễm [100]. Riêng đối với thể thâm nhiễm thì khả năng PT bảo tồn hậu môn được thường thấp vì đặc tính lan rộng theo chiều dọc thành trực tràng và thường phải tiến hành cắt cụt trực tràng để đảm bảo tính triệt để của PT. Đây có thể là lý do chính mà nghiên cứu của chúng tôi và Phạm Quốc Đạt không gặp thể thâm nhiễm.

Theo kết quả bảng 3.9, kích thước u trung bình trong nghiên cứu là 3,4cm. Đánh giá kích thước u dựa trên cả thăm trực tràng và nội soi. Khi thăm trực tràng không thấy u thì việc đánh giá dựa vào nội soi. Đánh giá kích thước u trong khi nội soi là khó vì không thể đo bằng thước và đo chiều dài khối u dọc theo ống tiêu hóa sẽ ít chính xác do sự chun gập của trực tràng. Hơn nữa, có những trường hợp u chít hẹp lòng trực tràng, ống soi không thể qua được, nên việc đánh giá kích thước u thường theo chu vi khẩu kính trực tràng.

4.2.3. Xét nghiệm CEA

Có 31/56 BN (55,4%) có tăng nồng độ CEA trước mổ trên mức tối đa bình thường 5 ng/ml (bảng 3.11). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn của tác giả Nguyễn Thu Hương (2011) trên nhóm đối tượng UTĐTT giai đoạn muộn với 76,4% có tăng nồng độ CEA nhưng lại cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Võ Tấn Long (1999) thống kê ở 242 UTĐT được PT tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy 36% BN có tăng nồng độ CEA với đặc điểm phần lớn bệnh nhân giai đoạn sớm [104],[109].

Mặc dù CEA là dấu ấn ung thư không đặc hiệu trong UTĐT, nhưng nồng độ tăng cao CEA trước mổ cũng có tính chất gợi ý khả năng xâm lấn hay lan rộng của ung thư [110],[111].

4.2.4. Đặc điểm u trên cộng hưởng từ

56 BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều được chỉ định MRI tiêu khung 1,5 Tesla trước mổ. Kết quả bảng 3.14 cho thấy phần lớn BN có hình ảnh khối u chưa xâm lấn quá lớp cơ gàn của thành trực tràng (83,9%), 7/8 BN có hình ảnh xâm lấn tổ chức quanh trực tràng (T4) được chỉ định xạ trị trước mổ, còn 1 BN phải PT trước vì bán tắc ruột. MRI tiêu khung phát hiện hạch mạc treo trong 5/56 trường hợp (8,9%) và các trường hợp này đều được hóa xạ trị trước mổ (bảng 3.13).

Chúng tôi tiến hành khảo sát 48 BN được chỉ định PT ngay về sự đồng nhất giữa MRI tiêu khung và giai đoạn u trên mô bệnh học sau mổ. Theo kết quả của bảng 3.19 cho thấy nhìn chung tỷ lệ đồng nhất chẩn đoán (chính xác) giai đoạn trên MRI và mô bệnh học là 43,8% các trường hợp, tỷ lệ đánh giá thấp giai đoạn trên MRI là 56,2%. Trong đó, MRI có giá trị chẩn đoán dương tính cao đối với giai đoạn T4 (100%) nhưng bên cạnh đó có tỷ lệ đánh giá thấp giai đoạn cũng khá cao lần lượt là 100% đối với T3 và 91,7% đối với T4. Kết quả của chúng tôi thấp hơn hẳn các tác giả khác cho rằng độ chính xác dao động từ 81 - 100%. Tuy nhiên hầu hết các tác giả này nghiên cứu trên số lượng nhỏ, người đọc kết quả có trình độ chuyên biệt trong MRI tiêu khung

và chỉ vài nghiên cứu được trên 50 BN [39],[112]. Trong khi đó, kết quả MRI trong nghiên cứu chúng tôi với 48 trường hợp không được ghi nhận theo một cách thống nhất và không kiểm chứng được sự đồng đều về chuyên môn của nhà chẩn đoán hình ảnh khi đọc kết quả cộng với kích thước u trung bình nhỏ với 3,4cm (dao động từ 2-5cm) (nhận xét bảng 3.9) do đó theo chúng tôi có thể dẫn đến đánh giá thấp giai đoạn trên MRI ngay cả với u T4 khi kiểm chứng bằng mô bệnh học. Ngoài ra, theo y văn thì các trường hợp T3 sớm hay T4 xâm lấn vi thể khó phát hiện trên MRI mà chỉ có thể xác định chính xác trên mô bệnh học do đó đánh giá chính xác giai đoạn T dao động mạnh từ 65% đến 86% [39]. Một thực tế là độ chính xác của MRI tiểu khung chưa được thể hiện rõ trong thực hành lâm sàng trong môi trường chuyên môn thiết lập không đồng đều hoặc chưa qua đào tạo chuyên biệt đối với MRI tiểu khung mà tình trạng này phổ biến ở hầu hết các bệnh viện [112].

Kết quả MRI nghi ngờ có di căn hạch trong nghiên cứu là rất ít với chỉ 5/56 trường hợp nên không thể nhận định được giá trị (bảng 3.13). Theo y văn thì đánh giá tình trạng hạch dương tính trên MRI khó hơn so với đánh giá xâm lấn của khối u [20],[39]. Thường đánh giá được các hạch di căn kích thước từ 8mm trở lên, mặc dù kích thước hạch không tương quan với kích thước khối u và có thể những hạch có kích thước nhỏ vẫn bị di căn trên mô bệnh học [20],[113],[114]. Theo nhiều tác giả thì đặc điểm hình thái của hạch có giá trị hơn như: dấu hiệu hỗn hợp tỷ trọng và đường viền của hạch không đều thì có thể xác định là hạch di căn với sự đồng thuận cao đến 85% [24],[38],[39]. Các trường hợp nghi ngờ hạch di căn trong nghiên cứu đều là những hạch lớn hơn 1cm, có tỷ trọng không đều và đường bờ nhám nhở. Còn lại thì kết quả mô tả không thấy hạch hoặc chỉ có một vài hạch rất nhỏ 2-3mm nên không xác định được khả năng di căn hạch trên MRI.

Tác giả Videhult và cộng sự (2007) tiến hành nghiên cứu hồi cứu 91 BN UTTT được đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật bằng MRI đối chiếu với mô bệnh học sau phẫu thuật cho thấy MRI chẩn đoán chính xác giai đoạn u

(T) là 66%, tỷ lệ đánh giá thấp giai đoạn chung là 18% và đánh giá quá giai đoạn là 16%. Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng có những khó khăn trong việc phân biệt T1 từ các khối u nghi T2, phân biệt giữa T2 sâu và T3 sớm. Việc sử dụng tính chất tỷ trọng và hình thái hạch đánh giá giai đoạn hạch (N) trong nghiên cứu này đạt tỷ lệ chính xác 61%. Một điểm đáng lưu ý trong nghiên cứu này là tỷ lệ đánh giá chính xác giai đoạn cũng thay đổi theo từng bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và càng đọc nhiều phim thì độ chính xác càng cao [112]. Như vậy, vai trò đào tạo và nâng cao năng lực thực hành đọc phim của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh sẽ góp phần gia tăng giá trị chẩn đoán giai đoạn bằng MRI tiểu khung [38],[39],[112]. Theo chúng tôi, trong thực hành lâm sàng cần chú trọng nâng cao năng lực và tính chuyên biệt trong đánh giá kết quả MRI tiểu khung để phát huy hơn nữa giá trị chẩn đoán.

4.2.5. Đặc điểm mô bệnh học sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu này, UTBMT thông thường là chủ yếu chiếm 91,1%, UTBMT chế nhầy chiếm 7,1%, có 1 trường hợp ung thư biểu mô tế bào nhẵn chỉ chiếm 1,8% (bảng 3.14).

Kết quả này phù hợp với y văn và kết quả của các tác giả khác [21], [22],[24],[115],[116],[117]. Theo tác giả Nguyễn Văn Hiếu, thể mô học UTBMT chiếm 93,2% trong UTĐTT [34]. Trong nghiên cứu của Đoàn Hữu Nghị (1994), UTBMT cũng chiếm tỷ lệ cao 88,0%, UTBMT chế nhầy chiếm 7,9% [118]. Tỷ lệ UTBMT trong nghiên cứu UTTT của Hoàng Việt Hưng (2010) là 91,3%, Mai Đức Hùng (2012) là 99,3%, Phạm Cẩm Phương (2013) là 89,6% và Trần Anh Cường (2017) là 93,1% [99],[102],[105].

Kết quả bảng 3.16 cho thấy độ biệt hóa vừa chiếm phần lớn với 78,6%, độ biệt hóa cao và biệt hóa kém chiếm tỷ lệ thấp. Theo y văn, độ mô học cũng là một trong những yếu tố tiên lượng của bệnh [21],[22],[24],[60].

Nghiên cứu của tác giả Trần Anh Cường (2017) trên 116 BN UTTT được PT tại bệnh viện K, thể biệt hóa vừa chiếm phần lớn với 84,5% tương tự trong nghiên cứu của Mai Đức Hùng (2012) trên 138 BN UTTT phẫu thuật

nội soi cắt trước thấp nội máy tại bệnh viện Chợ Rẫy và Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh là 87% [98],[99]. Các nghiên cứu khác trong UTTT cũng cho kết quả độ biệt hóa vừa là phổ biến nhất như của Phạm Cẩm Phương (2013) tại bệnh viện Bạch Mai và K cơ sở 2 là 73,6%, Hoàng Việt Hưng (2010) tại bệnh viện Việt Đức là 72,5% [102],[105].

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều tác giả khác ở các cơ sở khác nhau tại Việt Nam.

4.2.6. Giai đoạn bệnh sau phẫu thuật

Phân loại giai đoạn sau PT theo kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy phần lớn nhóm bệnh nhân nghiên cứu có giai đoạn bệnh sớm (I và II) chiếm 66,1%. Việc thực hiện PT trong giai đoạn này thường thuận lợi và có thể dễ dàng bảo tồn được cơ tròn hậu môn.

Việc chỉ định điều trị PT dựa trên đánh giá giai đoạn trong nghiên cứu của chúng tôi với phân loại AJCC 2010 và tuân theo hướng dẫn điều trị tiêu chuẩn đa mô thức. Tuy nhiên, kết quả mô bệnh học cho thấy BN ở giai đoạn III lên đến 33,9% trong khi chỉ có 14,3% chỉ định xạ trị trước PT (bảng 3.21). Bên cạnh đó, theo bảng 3.13 và 3.14 thì 100% BN được MRI tiểu khung trước PT nhưng chỉ có 14,3% phát hiện xâm lấn xung quanh so với 26,8% trên kết quả mô bệnh học u (bảng 3.18) và chỉ có 8,9% phát hiện di căn hạch trên MRI (bảng 3.13) so với 33,9% trên kết quả mô bệnh học hạch (bảng 3.20). Điều này có thể được lý giải là ung thư xâm lấn ở mức độ vi thể mà chỉ có mô bệnh học sau PT mới phát hiện được. Và cũng vì thế mà tỷ lệ tiếp tục điều trị hỗ trợ sau PT bằng hóa chất và hoặc tia xạ trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao với 73,2% (bảng 3.30). Việc điều trị hỗ trợ sau PT được thực hiện đầy đủ đối với các BN trong nhóm nghiên cứu theo các phác đồ chuẩn hiện đang áp dụng tại bệnh viện K đảm bảo nguyên tắc điều trị đa mô thức trong ung thư và đây cũng là cơ sở điều trị chuyên sâu ung thư đầu ngành của nước ta.

Bên cạnh đó, trong quá trình nghiên cứu, kinh nghiệm chúng tôi thấy cần phải đánh giá chính xác hơn nữa giai đoạn bệnh nhất là nâng cao hơn

nữa giá trị chẩn đoán giai đoạn của MRI tiểu khung trong thực tiễn lâm sàng hàng ngày để có thể lựa chọn các chiến lược điều trị hỗ trợ trước PT mà lợi ích đã được nhiều nghiên cứu chứng minh và được nêu trong y văn cũng như các hướng dẫn điều trị chuẩn mực hiện nay như NCCN [20],[29],[60].

4.3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN VÀ NỐI MÁY TRONG UTTT GIỮA VÀ THẤP

4.3.1. Các đặc điểm trong phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả 56 BN được thực hiện PT cắt đoạn trực tràng sử dụng máy cắt - nối và thực hiện miệng nối bên tận có túi chữ J cải biên với chiều dài đoạn đại tràng quặt ngược 6cm.

Về kỹ thuật sử dụng máy cắt nối

Máy cắt cho phép tiếp cận và cắt bỏ đại tràng và trực tràng nhanh và dễ dàng hơn, cho phép cắt bỏ trực tràng với những u ở vị trí thấp và thấp nhất trong nghiên cứu cách RHM chỉ 4cm (nhận xét của bảng 3.9) mà vẫn đảm bảo 100% diện cắt cách cực dưới u ≥ 2 cm (kết quả tiểu mục 3.2.3.3), đặc biệt khi khung chậu hẹp ở nam giới và u nằm thấp gây khó khăn nhiều cho phẫu thuật viên thực hiện động tác cắt dưới u bằng tay với dụng cụ PT thông thường. Quan trọng tiếp theo nữa là cả 2 đầu cắt được đóng kín ngay bằng máy cắt nên rất sạch, tạo điều kiện thuận lợi cho nối đại tràng - trực tràng - ống hậu môn mà công đoạn này thường rất khó khăn đối với thao tác bằng tay do diện cắt đã ở vị trí rất thấp trong tiểu khung và không cần công đoạn khâu đóng mỏm cắt trực tràng bằng tay như khi không sử dụng máy cắt dưới u.

Đối với cắt đại tràng trên u, chúng tôi thực hiện hoàn toàn bằng máy cắt thẳng (Linear Cutter). Đối với cắt trực tràng dưới u: Có 2 loại máy cắt được sử dụng là Linear Cutter và Contour. Máy cắt thẳng đã thường được sử dụng trước đây trong nhiều PT ống tiêu hóa và phổi [73],[74]. Gần đây, máy cắt thẳng được sử dụng nhiều hơn trong PT trực tràng với ưu điểm là nhanh, rẻ tiền hơn các máy cắt khác và có thể sử dụng nhiều lần với các băng đạn rời tuy nhiên nó có nhược điểm là khó khăn khi thao tác xuống sâu trong khung

chậu đối với u trực tràng đoạn thấp. Máy cắt trực tràng Contour mới được chế tạo và áp dụng sau này với ưu điểm được thiết kế riêng cho cắt trực tràng có hình thái cong và nhỏ phù hợp khi thao tác xuống sâu trong khung chậu nhưng nó cũng có nhược điểm là đắt tiền hơn do tính chuyên biệt [73],[74],[75]. Nhìn chung, việc lựa chọn máy cắt tùy theo đặc điểm bệnh nhân như vị trí u, giới tính và độ rộng hẹp của khung chậu. Kết quả nghiên cứu chúng tôi theo bảng 3.22 cho thấy phần lớn cắt dưới u bằng máy cắt trực tràng Contour (76,8%) và chỉ có 13 trường hợp cắt dưới u bằng máy cắt thẳng (Linear cutter) cho những u cách rìa hậu môn ≥ 7 cm. Trong quá trình PT chúng tôi nhận thấy máy cắt Contour với thiết kế cong, thân dài cho phép tiếp cận và cắt bỏ trực tràng tốt hơn đặc biệt u ở vị trí thấp từ 6cm trở xuống. Một số nghiên cứu sử dụng máy cắt nối còn cho thấy có thể cắt và nối đối với những u chỉ cách rìa hậu môn 3cm [93],[94],[95]. Việc sử dụng được máy cắt thẳng đối với các trường hợp trong nghiên cứu giúp tiết kiệm được chi phí tuy nhiên cần đảm bảo các yêu cầu KT cho miệng cắt an toàn cũng như đảm bảo diện cắt âm tính và chọn kích cỡ máy sao cho tránh việc cắt nhiều băng đạn vì có thể tăng nguy cơ rò miệng nối [97],[119]. Hy vọng trong tương lai với sự tiến bộ không ngừng về khoa học công nghệ sẽ giúp tăng cường sử dụng máy cho các u thấp và thấp hơn nữa.

Cũng theo kết quả bảng 3.22, việc thực hiện miệng nối bên tận thường bằng máy nối tròn CDH cỡ 29mm (80,4% trong nghiên cứu) là tùy theo đường kính thực tế trong PT của ống tiêu hóa. Khi vận máy áp sát hai đầu ruột cần lưu ý tránh mạc treo và các tổ chức xung quanh chèn vào miệng nối. Kinh nghiệm của nhóm nghiên cứu là vận vào từ từ và dành một thời gian chờ nhất định (10-20 giây) để tổ chức ruột ổn định tránh được chảy máu và tổn thương miệng nối. Khi tháo máy, bao giờ chúng tôi cũng kiểm tra hai vòng cắt ruột trong máy phải đều và có đủ các lớp của ống tiêu hóa, kiểm tra đảm bảo miệng nối kín hoàn toàn bằng cách bơm hơi qua hậu môn. Các tác giả Nguyễn Minh Hải, Brisinda và Eduardo thì kiểm tra xì rò miệng nối bằng bơm hơi

tương tự chúng tôi hoặc bằng bơm dung dịch xanh Methylen vào lòng trực tràng trong khi đổ đầy nước vào vùng hố chậu và dùng kẹp ruột giữ đầu đại tràng phía trên miệng nối [64],[75],[120]. Một điểm cần lưu ý nữa khi tiến hành khớp hai đầu ruột cắt nối tròn là tránh đoạn đại tràng đưa xuống nối bị xoắn vặn có thể dẫn đến biến dạng và căng miệng nối để lại các hậu quả như hẹp hay rò miệng nối. Theo báo cáo của tác giả Lê Quang Uy, ghi nhận xoắn vặn đại tràng sau khi nối là 3,8% [121].

Thời gian phẫu thuật

Theo kết quả tiêu mục 3.2.3.1, thời gian PT của nghiên cứu ngắn, trung bình là 113,4 phút (độ lệch chuẩn 16,1 phút), dài nhất là 160 phút và ngắn nhất chỉ 90 phút. Theo Mikael Machado và cộng sự (2003 và 2005) là 197 phút [122],[123], theo Huber (1999) là 149 phút [94], theo Jiang (2005) là 238 phút [93]. Các tác giả này cũng thực hiện miệng nối bên tận nhưng có một số bước và một phần BN được thực hiện KT cắt và nối bằng tay nên thời gian PT dài hơn so với cắt đoạn trực tràng (trên và dưới u) và nối hoàn toàn bằng máy như nghiên cứu của chúng tôi. Tác giả Mai Đức Hùng (2012) nghiên cứu PTNS cắt trước thấp trực tràng nối máy cũng có thời gian PT trung bình lâu hơn là 209 phút [98]. Điều này có thể liên quan đến thao tác cắt trực tràng dưới u thấp trong khung chậu chật hẹp khó khăn hơn trong PTNS do hạn chế về tính năng và độ linh hoạt của các dụng cụ nội soi đồng thời tác giả tiến hành cắt đại tràng xích ma trên u không bằng máy.

Nghiên cứu tổng hợp của tác giả Siddiqui công bố năm 2010 cho thấy thời gian PT trung bình của tạo hình túi J đại tràng là 191 phút, với khoảng tin cậy 95% thì thời gian PT trung bình dao động từ 179,4 phút đến 250,3 phút [13]. Sử dụng test thống kê (One Sample T test) so sánh kết quả của chúng tôi với giá trị của phân tích tổng hợp này cho thấy giá trị $t = -36,073$, bậc tự do 55 và $p < 0,001$ (2 phía). Như vậy, thời gian PT trung bình của PT cắt nối máy bên tận có túi chữ J cải biên và không có thêm thì mổ khâu tạo hình túi

đại tràng như trong nghiên cứu của chúng tôi do chỉ để lại đoạn đại tràng dài 6cm quặt ngược đặt vào tiểu khung và tiến hành nối ngay ngắn hơn có ý nghĩa so với KT tạo hình túi J đại tràng kinh điển trong phân tích tổng hợp trên.

Bảng 4.2. Thời gian phẫu thuật UTTT giữa và thấp của các nghiên cứu

Tác giả công bố	Năm	Thời gian PT trung bình
Chúng tôi	2018	113,4 phút
Siddiqui - Túi J [13]	2010	191 phút
Mai Đức Hùng - PTNS [98]	2012	209 phút
Jiang - Nối bên tận [93]	2005	238 phút
Machado - bên tận [122],[124]	2003 và 2005	197 phút
Huber - Nối bên tận [94]	1999	149 phút

Đối với u trực tràng thấp, thao tác PT trong khung chậu hẹp thường khó khăn hơn. Tuy nhiên khi so sánh thời gian PT trung bình ở 2 nhóm vị trí u trực tràng giữa và thấp không có sự khác biệt với $p = 0,638$ (bảng 3.25). Có thể nói việc ứng dụng các máy cắt nối đã giảm đáng kể độ khó và thời gian PT không bị thay đổi ngay cả những vị trí u thấp. Đặc biệt, chúng tôi sử dụng máy cắt Contour có hình thái gần giống kẹp phẫu tích cổ cò giúp thao tác cắt dưới u thấp trong khung chậu hẹp được linh hoạt và nhanh hơn và không gặp trường hợp nào tổn thương mòm cắt trực tràng.

Giảm thời gian PT giúp kết thúc cuộc mổ nhanh chóng và thuận lợi cho bệnh nhân khi phục hồi và tránh các nguy cơ của gây mê khi PT kéo dài.

Một trong những điểm mới của nghiên cứu này là nhờ áp dụng các kỹ thuật công nghệ về cắt - nối máy đã làm tiết kiệm tối đa thời gian và hỗ trợ tích cực cho các phẫu thuật viên về cả kỹ thuật, công sức cũng như sự vất vả khi không dùng công nghệ máy.

Những điểm chú ý về kỹ thuật

Vấn đề hạ đại tràng góc lách

Trong nghiên cứu có 9 BN (16%) thực hiện hạ đại tràng góc lách. Còn phần lớn BN (84%) có đại tràng xích ma đưa xuống đủ dài và không căng để nối bên tận có túi chữ J cải biên mà không cần hạ đại tràng góc lách. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều nghiên cứu tạo hình túi chữ J của đại tràng khác như tác giả Mikael Machado, Jiang, Huber và nghiên cứu PT nối máy bên tận của Brisinda là 100% hạ đại tràng góc lách với đoạn đại tràng quặt ngược có thể dài đến 10cm [64],[93],[94],[122].

Bảng 3.24 phân tích liên quan giữa vị trí u trực tràng và hạ đại tràng góc lách thì KT này chỉ được thực hiện cho u trực tràng thấp có tỷ lệ 25,7% và không có trường hợp u trực tràng giữa nào hạ đại tràng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,019$. Điều này cũng phù hợp với nhận định của một số tác giả khuyến cáo hạ đại tràng góc lách khi thực hiện miệng nối càng thấp để đảm bảo không căng [6],[124]. Dù vậy, trong nghiên cứu vẫn có 74,3% u trực tràng thấp không cần phải thực hiện hạ đại tràng góc lách trong PT khi đánh giá đoạn đại tràng đưa xuống đủ dài và miệng nối không căng. Thực tế trong quá trình phẫu tích sát nguyên ủy cuống mạch vét hạch mạc treo và thực hiện miệng nối bên tận, chúng tôi nhận thấy mạc treo đại tràng sau khi phẫu tích đưa xuống trở nên di động dễ dàng và không căng tại vị trí nối bên tận mà kinh nghiệm thực hành PT nối tận tận cho thấy đôi khi mạc treo đại tràng lại căng khi nối mặc dù có tiến hành hạ đại tràng góc lách. Đây cũng có thể là một lợi điểm của KT nối bên tận. Bên cạnh đó, đoạn đại tràng quặt ngược trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ dài 6cm cũng là lý do mà hạ đại tràng góc lách ít phải thực hiện hơn các tác giả khác đã nêu ở trên với đoạn đại tràng quặt ngược dài hơn có thể đến 10cm.

Vấn đề mở thông hồi tràng làm hậu môn nhân tạo

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 trường hợp phải mở thông hồi tràng làm HMNT trên dòng (7%) khi đánh giá trong PT có nguy cơ miệng nối

không an toàn hoặc bệnh nhân già yếu, kết quả này tương tự nghiên cứu của Bùi Chí Viết với 14,4% BN có mở thông hồi tràng [125] và của Trần Tuấn Thành là 9,5% [126] nhưng khác và thấp hơn hẳn tác giả Võ Tấn Long là 50% [104]. Một số phẫu thuật viên chủ trương mở thông hồi tràng bảo vệ miệng nối một cách hệ thống với tâm lý muốn an toàn nhất cho miệng nối tuy nhiên theo y văn đã có nhiều nghiên cứu tổng hợp không chứng minh được giá trị làm giảm tỷ lệ bục rò miệng nối của làm HMNT trên dòng và chỉ có khuynh hướng làm giảm sự trầm trọng của biến chứng rò miệng nối khi xảy ra [6],[20],[73],[75]. Việc mở thông hồi tràng bảo vệ miệng nối đồng nghĩa BN cần có một cuộc mổ thứ hai lập lại lưu thông tiêu hóa, đồng thời trì hoãn thời điểm có thể bắt đầu điều trị hỗ trợ. Theo Đoàn Hữu Nghị [124], mở thông hồi tràng bảo vệ miệng nối là không cần thiết khi miệng nối đảm bảo chắc chắn, tôn trọng nguyên tắc không căng, không thiếu máu và kín miệng nối. Tác giả Brisinda cũng đồng quan điểm như vậy và trong nghiên cứu của ông trên 77 BN UTTT giữa và thấp (giai đoạn T1 và T2) được PT nối máy công bố năm 2009 không có trường hợp nào làm HMNT bảo vệ [64]. Ngược lại, theo một số tác giả, khi u càng ở vị trí thấp, miệng nối càng căng, thậm chí phải hạ đại tràng góc lách để có thể làm miệng nối, nguy cơ bục rò miệng nối sẽ tăng theo từ 3% đến 11% vì mức độ giảm tưới máu miệng nối và thao tác nối khó khăn trong không gian hẹp do đó cần thiết phải mở thông hồi tràng bảo vệ miệng nối [6],[12],[52],[53]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự tương quan giữa làm HMNT trên dòng hay không với khoảng cách từ u đến RHM với $p = 0,611$ (nhận xét của bảng 3.24). Thực tế, chúng tôi đánh giá miệng nối bên tận bằng máy có túi J cải biên trong PT rất tốt và kiểm tra không xì khi bơm hơi nên không cần thiết làm HMNT trên dòng. Thêm vào đó, chúng tôi cho rằng việc ứng dụng ưu điểm công nghệ các máy cắt nối đã khắc phục các khó khăn liên quan vị trí khối u nhất là khi càng xuống thấp tương tự nhận định của tác giả Trần Tuấn Thành [126], đồng thời miệng nối bên tận bằng máy là rất an toàn và sau khi

kiểm tra kỹ trong mổ đảm bảo chắc chắn, kín, không thiếu máu và không bị căng đối với miệng nối thì không cần phải làm HMNT trên dòng giống như nhận định của tác giả Brisinda (2009) [64].

Vấn đề bảo tồn thần kinh tự động

Bảo tồn thần kinh tự động (TKTĐ) vùng tiểu khung khi thực hiện cắt toàn bộ MTTT có vai trò quan trọng, ảnh hưởng đến chức năng bàng quang và sinh dục của BN sau PT [127],[128].

Theo kết quả tiểu mục 3.2.3.3, chúng tôi thực hiện bảo tồn TKTĐ được 100%. Đây là một kỹ thuật khó, có thực hiện được hay không còn phụ thuộc vào một số yếu tố: tình trạng xâm lấn trực tiếp của khối u vào TKTĐ hoặc việc nhận biết dây thần kinh này khó do mô mỡ dày hoặc tai biến chảy máu. Thực chất đây là một bước trong quá trình phẫu tích giải phóng trực tràng, cắt toàn bộ MTTT, nạo vét hạch, chúng tôi nhận biết các dây thần kinh này (bằng quan sát trực tiếp) thấy không bị cắt bỏ. Hiện nay, chưa thấy tác giả nào công bố cách thức hữu hiệu nhận biết các dây thần kinh bằng các biện pháp khác như dùng chất chỉ thị màu hay kích thích điện. Theo chúng tôi, việc bảo tồn TKTĐ hoàn toàn phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên nhất là phải thông thuộc giải phẫu và đường đi của dây thần kinh. Theo Nguyễn Minh Hải [129], Nguyễn Hoàng Bắc [130] trong PTNS, dưới quan sát qua camera, độ phóng đại lớn, nguồn sáng tốt, việc nhận biết các dây thần kinh tự động thường rõ ràng hơn và một số tác giả nước ngoài cũng cùng chung nhận định [6],[20]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu PTNS cắt trước thấp UTĐT của tác giả Mai Đức Hùng (2012) trên 138 BN là 100% không tổn thương TKTĐ trong PT [98].

Vấn đề đảm bảo diện cắt an toàn

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo kết quả nhận xét của bảng 3.9, với khoảng cách từ cực dưới u đến RHM trung bình là 6,3cm, cùng với ưu điểm của việc sử dụng công nghệ máy cắt ruột nhất là máy cắt trực tràng cong

Contour khi xuống thấp, tất cả 56 BN này (100%) đều đạt được diện cắt cách cực dưới $u \geq 2\text{cm}$ và trung bình là 3cm (kết quả tiểu mục 3.2.3.3).

Để đảm bảo an toàn diện cắt trong PT, sinh thiết tức thì diện cắt được chúng tôi thực hiện thường quy, 56/56 BN (100%) đều cho kết quả không có xâm lấn tế bào ác tính tại diện cắt dưới (tiểu mục 3.2.3.3). Các kết quả này còn được kiểm tra thêm một lần nữa trên bệnh phẩm cắt bỏ sau PT bằng xét nghiệm giải phẫu bệnh sau 48 giờ (bảng 3.17). Một ưu điểm của việc sử dụng máy cắt nổi tròn là có thể đánh giá đầy đủ diện cắt dưới theo viền hình trụ của ống tiêu hóa nhờ vòng diện cắt nằm gọn trong máy với đầy đủ các lớp của trực tràng khi thực hiện đúng kỹ thuật.

Kết quả của chúng tôi giống như của tác giả Mai Đức Hùng (2012) cũng đạt được diện cắt cách cực dưới $u \geq 2\text{cm}$ và trung bình là 4,2cm và diện cắt âm tính 100% [98]. Kết quả chúng tôi tốt hơn nghiên cứu của tác giả Hoàng Việt Hưng (2010) vì có 2 trường hợp diện cắt dương tính và các trường hợp này đều có diện cắt cách cực dưới $u < 2\text{cm}$ và không làm sinh thiết tức thì trong mổ [105].

Như vậy, kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy KT đảm bảo được tính triệt để về ung thư học đối với diện cắt trong phẫu thuật UT TT.

Đặc điểm vết hạch mạc treo

Theo kết quả bảng 3.23, số lượng hạch mạc treo trung bình nạo vét được trong nghiên cứu của chúng tôi là $11,1 \pm 4,9$ hạch, trong đó có 46,4% vét đủ 12 hạch trở lên.

Nghiên cứu của Trần Tuấn Thành (2014) trên 45 BN UT TT được PT, số lượng hạch vét được trung bình là $10,3 \pm 5,5$ hạch [126]. Nghiên cứu của Trần Anh Cường (2017) trên 116 BN UT TT được PT, số lượng hạch vét được trung bình là $12,5 \pm 3,6$ hạch với 50,8% vét đủ 12 hạch trở lên [99]. Như vậy, kết quả của chúng tôi không khác biệt có ý nghĩa với các tác giả trong nước này.

Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu thống kê đánh giá về số lượng hạch vét được trung bình trong phẫu thuật UTĐT cũng tương tự chúng tôi. Madbouly K.M. và cộng sự nghiên cứu 115 bệnh nhân UTĐT giai đoạn III, số lượng hạch vét được trung bình là 12,1 (5-25 hạch) và ≥ 12 hạch là 48% [131]. Ince M. và cộng sự nghiên cứu 130 bệnh nhân có UTBMT trực tràng được PT từ năm 1996 đến năm 2011 cho thấy số lượng hạch vét được trung bình là $11,5 \pm 8$ và vét đủ 12 hạch là 42,3% [132]. Nadoshan J.J. và cộng sự nghiên cứu 128 bệnh nhân UTĐT, số lượng hạch vét được trung bình là 10,3 (2-28 hạch) [133].

Theo y văn, số lượng hạch phẫu tích được cần trên 12 hạch đối với UTĐT để đảm bảo đánh giá đầy đủ tình trạng di căn hạch có vai trò quan trọng xác định giai đoạn sau mổ và có ý nghĩa tiên lượng bệnh [6],[50],[55],[134],[135],[136],[137],[138]. Tuy nhiên, số lượng hạch vét được không phải lúc nào cũng có thể ≥ 12 hạch với nhiều lý do. Theo chúng tôi sự khác biệt này là phụ thuộc vào một số yếu tố: Phương pháp phẫu tích bệnh phẩm để lấy hạch, người lấy hạch phải có đủ kinh nghiệm để lấy đủ số hạch của bệnh phẩm, các hạch trong MTTT thường rất nhỏ và có thể bị bỏ qua trong quá trình phẫu tích lấy hạch.

Tai biến trong phẫu thuật cắt đoạn trực tràng sử dụng máy cắt nối

Theo kết quả tiểu mục 3.2.3.4, trong nghiên cứu không gặp trường hợp nào có tai biến trong PT liên quan đến quá trình sử dụng máy cắt nối và quá trình phẫu tích.

Ghi nhận trong các nghiên cứu khác, tai biến có thể xảy ra trong quá trình sử dụng máy cắt, tai biến do đặt máy nối, tai biến liên quan đến KT khâu túi đầu đại tràng, tai biến khi bấm siết máy nối, tai biến sau khi thực hiện miệng nối như miệng nối không kín, chảy máu miệng nối [73],[75]. Nghiên cứu 69 trường hợp của tác giả Hoàng Việt Hưng (2010) chỉ có 3 trường hợp

chảy máu miệng nổi [105]. Nghiên cứu 138 BN của tác giả Mai Đức Hùng (2012) thì cũng chỉ ghi nhận 3 trường hợp tai biến liên quan sử dụng máy nối gồm: 1 trường hợp thiếu máu miệng nổi, 1 trường hợp hở miệng nổi phải khâu tăng cường và làm HMNT bảo vệ, 1 trường hợp xoay vặn miệng nổi [98]. Trong nghiên cứu chúng tôi thì không gặp tai biến nào liên quan đến sử dụng máy cắt - nối. Kết quả này có được nhờ nhóm nghiên cứu đã nắm rõ các công cụ nghiên cứu và thuần thục KT sử dụng cũng như áp dụng tốt các thiết bị công nghệ mới hiện nay vào trong PT. Điều này thể hiện sự an toàn kỹ thuật của việc sử dụng máy cắt nối trong phẫu thuật UTĐT của chúng tôi nói riêng và ghi nhận của nhiều tác giả khác nói chung [98],[120],[129].

Các tổn thương thường gặp trong phẫu thuật UTĐT gồm: tổn thương niệu quản, đám rối tĩnh mạch trước xương cùng và thần kinh tự động vùng chậu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không gặp các tổn thương nêu trên. Trong lúc mổ, 2 niệu quản được bộc lộ một đoạn dài 20cm, và sau đó cắt nạo hạch được tiến hành dưới quan sát trực tiếp. Để tránh tổn thương đám rối tĩnh mạch trước xương cùng và thần kinh tự động vùng chậu, cần phải hết sức tôn trọng giải phẫu vùng chậu và bộc lộ tốt để quan sát trực tiếp trong lúc mổ. Tác giả Dong X.S. cũng có cùng nhận xét này [139]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng không gặp các biến chứng khác trong PT như: tử vong, chảy máu trước xương cùng, tổn thương niệu đạo và bàng quang, tổn thương âm đạo. Trong nghiên cứu của tác giả Mai Đức Hùng (2012), tỷ lệ biến chứng trong PT là 4,3% (6/138 BN), trong đó có 1 trường hợp tổn thương lách, 1 trường hợp rách thanh mạc cơ bàng quang và 1 trường hợp rách thành âm đạo [98].

Qua quá trình nghiên cứu trong giai đoạn từ năm 2013 đến 2018, chúng tôi thấy rằng KT cắt nối sử dụng máy là an toàn và thuận lợi với các thiết bị công nghệ hiện nay. Bên cạnh đó, năng lực và kinh nghiệm của nhóm nghiên cứu là rất tốt nên không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong PT.

4.3.2. Kết quả hậu phẫu

4.3.2.1. Phục hồi hậu phẫu

Thời gian trung tiện trở lại sau phẫu thuật

Theo kết quả nghiên cứu của bảng 3.27 và biểu đồ 3.5, thời gian trung tiện sau PT trung bình là 3,2 ngày, đa số BN trung tiện trở lại trong vòng 3 ngày đầu sau PT (75%), kết quả này phù hợp với kết quả của nhiều tác giả khác. Tỷ lệ số BN trung tiện trở lại trong 3 ngày đầu sau phẫu thuật UT TT trong nghiên cứu của các tác giả Trần Tuấn Thành, Trịnh Việt Thông lần lượt là 77,8% và 70,1% [126],[140].

Thời gian rút ống thông bàng quang sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau khi BN có thể ngồi dậy (thuận lợi cho việc tiểu tiện), thường từ ngày thứ 2 sau PT, BN được hướng dẫn kẹp ống thông tiểu (thông bàng quang) tập bàng quang và rút vào ngày thứ 3 (73,2%). Có 15 trường hợp thông tiểu lưu trên 3 ngày, trong đó có 1 BN (1,8%) biểu hiện rối loạn chức năng bàng quang nhẹ sau PT, bí tiểu sau khi rút và phải đặt lại thông tiểu tập thêm và rút chậm nhất vào ngày thứ 5 (biểu đồ 3.6). Kết quả này của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác. Trong nghiên cứu của Phạm Quốc Đạt trên BN UT TT thấp, sau PT Parks có 11/91 BN (12,1%) có rối loạn chức năng bàng quang nhẹ tương tự [100]. Tỷ lệ này trong nhóm BN UT TT sau PT cắt đoạn trực tràng nối máy trong nghiên cứu của tác giả Trần Tuấn Thành là 11% [126] và tác giả Mai Đức Hùng là 3,6% với PTNS [98].

Thời gian nằm viện hậu phẫu

Theo kết quả bảng 3.27, thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình là 11 ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp nằm viện lâu nhất đến 21 ngày vì gặp biến chứng rò miệng nối khu trú sau PT được điều trị nội khoa bảo tồn không phải mổ lại và nằm viện ngắn nhất là 9 ngày. Kết quả này không khác biệt so với các nghiên cứu PT hở khác như các BN UT TT trong nghiên cứu của tác giả Trần Tuấn Thành, sau PT cắt đoạn trực tràng nối máy, có thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình là 10,9 ngày [126]; của tác giả

Machado trung bình là 11 ngày [122]; của tác giả Jiang trung bình là 10,4 ngày [93]. Kết quả chúng tôi nằm viện lâu hơn có ý nghĩa ($p < 0,001$, One-Sample T Test) so với nghiên cứu PTNS trong UTTT của Võ Tấn Long là 8,3 ngày [120], của Mai Đức Hùng là 8,25 ngày [98] và của tác giả Okkabaz là 5 ngày [141].

Chúng tôi tiến hành phân tích liên quan giữa vị trí u trực tràng và các thời gian phục hồi cơ năng trung đại tiểu tiện và nằm viện hậu phẫu thì đều không khác biệt với $p > 0,05$ (bảng 3.28).

Nhìn chung, sự phục hồi hậu phẫu về ngoại khoa là khá nhanh và tương tự với diễn biến của các nghiên cứu PT hở khác ngoại trừ thời gian nằm viện hậu phẫu lâu hơn so với PTNS trong UTTT. Như vậy có thể thấy các BN trong nghiên cứu được PT cắt trực tràng nội bên tận có túi chữ J cải biên sử dụng máy cắt - nối đều phục hồi tốt và diễn biến bước đầu thuận lợi.

4.3.2.2. Biến chứng sau phẫu thuật trong tháng đầu tiên

Biến chứng rò miệng nối

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả bảng 3.29 cho thấy biến chứng rò miệng nối chỉ xảy ra ở 1/56 BN (1,8%), tuy nhiên trường hợp này mức độ rò khu trú, được điều trị nội khoa và súc rửa tại chỗ, đường rò liền tốt không phải PT lại.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nối bên tận với 93% không làm HMNT trên dòng (biểu đồ 3.4) có tỷ lệ rò miệng nối thấp hơn tỷ lệ rò miệng nối tận tận của Phan Anh Hoàng (2005) là 6,5% [127], Nguyễn Trọng Hòe (2009) là 10,9% [142], Hoàng Việt Hưng (2010) là 5,8% [105], Trần Tuấn Thành (2014) là 4,4% [126] và của Brisinda (2009) là 16,8% (cho cả nối tận tận và bên tận) với 100% không làm HMNT bảo vệ [64].

Một nghiên cứu mới công bố năm 2018 của Phạm Đức Huân và cộng sự xác định các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến rò bực miệng nối đại trực tràng sau PT trên 88 BN UTTT giữa và thấp được PTNS bảo tồn cơ thắt tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức và Đại học Y Hà Nội báo cáo tỷ lệ rò miệng nối trong

nghiên cứu là 10,2%. Qua nghiên cứu tác giả đã có kết luận rằng cho đến nay, đối với phẫu thuật nội soi UTTT giữa và dưới bảo tồn cơ thắt, rò miệng nối vẫn là một thách thức dù đã có những tiến bộ về công nghệ cũng như là kỹ thuật. Nghiên cứu đã xác định được chỉ số khối cơ thể (BMI) > 25, kích thước khối u ≥ 5 cm và số băng đạn sử dụng ≥ 3 là yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tỷ lệ rò bực miệng nối trong PT cắt đoạn trực tràng nối thấp [97]. Theo chúng tôi, phẫu thuật nội soi UTTT giữa và thấp do sự hạn chế tính linh hoạt của dụng cụ nội soi cắt trực tràng dưới u, băng đạn máy cắt nội soi khó kiểm soát hết chiều rộng của diện cắt trực tràng và thường phải dùng từ 2 băng đạn trở lên cũng như những khó khăn thao tác đặt máy cắt trực tràng dưới u trong khung chậu hẹp tăng dần khi xuống thấp của các dụng cụ cắt nội soi hiện nay có thể ảnh hưởng tỷ lệ rò miệng nối. Hy vọng trong tương lai gần cùng với sự tiến bộ hơn nữa về kỹ thuật công nghệ có thể có thêm nhiều dụng cụ nội soi với những tính năng ưu việt hơn khi thao tác trong những vùng chật hẹp sẽ giúp PTNS với nhiều ưu điểm được áp dụng nhiều hơn, hiệu quả hơn và an toàn hơn nữa nhất là giảm tỷ lệ rò miệng nối sau PT trong điều trị UTTT giữa và thấp.

Rò miệng nối là biến chứng đặc biệt quan trọng đối với phẫu thuật tiêu hóa nói chung, góp phần không nhỏ quyết định thành công hay thất bại của cuộc mổ. Theo y văn, tỷ lệ biến chứng rò miệng nối trong PT cắt trước thấp bảo tồn cơ tròn trong khoảng 15% và thường được làm mở thông hồi tràng hoặc HMNT đại tràng ngang tạm thời để giảm áp [143],[144],[145],[146],[147],[148],[149],[150]. Mc Namara D.L. và cộng sự cho rằng tỷ lệ rò miệng nối sẽ giảm từ 12,6% xuống còn 3,3% khi làm HMNT trên dòng (thường làm ở đại tràng ngang) [63]. Cũng theo tác giả Mc Namara D.L., kết quả trong một nghiên cứu ngẫu nhiên cho thấy: thực hiện miệng nối tận tận đại tràng - trực tràng - ống hậu môn có tỷ lệ rò miệng nối cao hơn rõ rệt (15%) so với miệng nối bên tận với tạo hình túi J đại tràng (2%) [63]. Tác giả Brisinda trong nghiên cứu so sánh 2 loại miệng nối máy tận tận và bên tận sau PT cắt trước thấp trong UTTT giữa và thấp cũng cho kết luận tương tự với tỷ lệ rò

miệng nổi tậ tậ cao hơn rõ rệt (29,2%) so với miệng nổi bên tậ (5%). Tuy nhiên, nghiên cứu của Brisinda không làm HMNT bảo vệ miệng nổi mà tiến hành kiểm tra kỹ miệng nổi trong PT cộng với theo dõi sát sau PT và tác giả này phân tích rằng HMNT chỉ có vai trò làm giảm sự trầm trọng của nhiễm trùng khi xảy ra rò miệng nổi [64].

Bảng 4.3. Tỷ lệ rò miệng nổi các phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nổi máy

Nghiên cứu	Tỷ lệ rò miệng nổi (%)
Chúng tôi (2018)	1,8
Phan Anh Hoàng (2005) [127]	6,5
Nguyễn Trọng Hòe (2009) [142]	10,9
Hoàng Việt Hưng (2010) [105]	5,8
Trần Tuấn Thành (2014) [126]	4,4
Phạm Đức Huấn (2018) [127]	10,2
Brisinda (2009) [64]	16,8 (Tậ tậ: 29,2 so với bên tậ: 5)

Có thể nói tỷ lệ rò miệng nổi giảm thấp trong nghiên cứu chúng tôi là kết quả rất đáng khích lệ và cho thấy nhận định việc kiểm tra kỹ miệng nổi trong PT và không để xảy ra tai biến liên quan làm miệng nổi bằng máy cùng với việc thực hiện nổi bên tậ có thể giúp giảm áp lực trên miệng nổi đồng thời đóng vai trò quan trọng dẫn đến tỷ lệ rò miệng nổi giảm thấp của chúng tôi và các tác giả khác là phù hợp và kết quả nghiên cứu đã làm rõ thêm.

Phân tích nguyên nhân xì rò miệng nổi, Heald R.J. cho rằng tỷ lệ rò miệng nổi phụ thuộc các yếu tố sau: Thiếu máu nuôi từ đầu đại tràng đưa xuống làm miệng nổi, chảy máu rỉ rả diện bóc tách khâu nối tạo thành các khối máu tụ hoặc các ổ đọng dịch máu mà không được dẫn lưu ra ngoài, KT khâu nối không đảm bảo miệng nổi kín, miệng nổi bị căng. Một số trường hợp rò miệng nổi có nguyên nhân thiếu máu nuôi dưỡng do quá trình bóc tách

làm sạch các mô mỡ, hạch và thắt mạch ở cao và những trường hợp xì rò này đa số xảy ra muộn (ngày thứ 7 - 9 sau mổ) [144].

Như vậy, KT thực hiện cắt nối bên tận bằng máy trong nghiên cứu của chúng tôi là đảm bảo an toàn và có tỷ lệ rò thấp (1,8%) mặc dù phần lớn BN (93%) không làm HMNT bảo vệ miệng nối (biểu đồ 3.4). Bên cạnh đó, theo chúng tôi, việc ứng dụng các máy cắt nối thể hệ mới hiện nay với các tiến bộ khoa học công nghệ cũng đã góp phần giảm tỷ lệ rò miệng nối.

Nhiễm trùng vết mổ

Trong kết quả nghiên cứu của bảng 3.29 có 4 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (7,1%). Trong đó, có 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ mức độ nhẹ với phản ứng viêm đỏ có ít mủ kích thước nhỏ được xử trí đơn giản bằng thay băng vết mổ và kháng sinh sau đó ổn định ra viện muộn nhất 14 ngày và chỉ có 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ nặng hơn được xử trí cắt hết chỉ để hở mép da, thay băng và dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ sau đó ổn định ra viện vào ngày thứ 20. Theo nghiên cứu của Phạm Quốc Đạt, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ sau PT Parks là 9,9% [100], theo Lê Quang Uy là 11,5% [121], trong nghiên cứu của Bùi Chí Việt là 2,6% [120], nghiên cứu của Trần Anh Cường là 9,5% [99], nghiên cứu phẫu thuật nội soi UTTT của Mai Đức Hùng là 0,7% và của Morino M. trên 100 BN cắt toàn bộ MTTT nội soi là 4% [98],[151]. Nhìn chung, kết quả nhiễm trùng vết mổ nghiên cứu chúng tôi không khác biệt các nghiên cứu PT hở khác, cao hơn các nghiên cứu PTNS và phù hợp với ghi nhận trong y văn [6],[24],[96].

Biến chứng tắc ruột sau phẫu thuật

Theo kết quả bảng 3.29, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp (1,8%) tắc ruột do dính sau PT xảy ra vào hậu phẫu ngày thứ năm tuy nhiên BN may mắn đáp ứng tốt với điều trị nội khoa bảo tồn không phải PT lại. Nghiên cứu của tác giả Trần Anh Cường trên 116 BN UTTT được PT tại bệnh viện K Hà Nội ghi nhận có 4 trường hợp tắc ruột sau PT (3,5%) [99]. Nghiên cứu của tác giả Mai Đức Hùng trên 138 BN UTTT được PT cắt đoạn

tại bệnh viện Chợ Rẫy và Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh thì chỉ ghi nhận 1 trường hợp (0,7%) tắc ruột sau PT [98]. Theo y văn, điều quan trọng trong xử trí bệnh nhân biến chứng tắc ruột sau PT là theo dõi sát ghi nhận và phòng ngừa tác hại của thiếu máu cục bộ ruột. Can thiệp PT kịp thời trước khi tiến triển hoại tử ruột sẽ hạn chế biến chứng này và cải thiện kết quả [96]. Một báo cáo lớn trên 1000 BN được PT trong trường hợp tắc ruột sau PT có thể không phát hiện chít hẹp ruột trong chỉ 16% nhưng nguy cơ tử vong của nhóm BN này tăng gấp 4 lần [152]. Theo kinh nghiệm của nhóm nghiên cứu trong thực hành lâm sàng cần theo dõi sát và xử trí cẩn trọng các trường hợp tắc ruột sớm sau PT, BN cần được thăm khám lâm sàng sát sao thường xuyên, làm các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh hỗ trợ chẩn đoán như X quang bụng hay CT ổ bụng, điều trị nội khoa bảo tồn cần được sử dụng tích cực trước khi quyết định PT lại và BN có thể phục hồi lưu thông ruột mà không cần can thiệp PT.

Biến chứng khác

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp đại tiện không tự chủ ở bệnh nhân già yếu được điều trị nội khoa hỗ trợ và bệnh nhân phục hồi dần sau 3 tháng.

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận thêm biến chứng nào khác sau PT như rò miệng nối phải PT lại, chảy máu trong ổ bụng hay chảy máu miệng nối, tiểu không tự chủ, hẹp miệng nối, biến chứng toàn thân và không có trường hợp nào tử vong trong thời kỳ hậu phẫu.

Biến chứng chung của phẫu thuật

Tỷ lệ biến chứng chung sau PT là 12,5% (bảng 3.29). Trong đó, vị trí u trực tràng thấp có tỷ lệ biến chứng chung sau PT cao hơn với 14,3% nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,700$ (bảng 3.31).

Nghiên cứu của tác giả Trần Anh Cường (2017) trên 116 BN UTĐT được PT có tỷ lệ biến chứng chung là 19,9% [99]. Nghiên cứu của tác giả Mai Đức Hùng (2012) trên 138 BN UTĐT được PTNS cắt trước thấp nối máy có

tỷ lệ biến chứng sớm sau PT là 15,1% [98]. Nghiên cứu của tác giả Tsunoda (2009) thực hiện miêng nối bên tận có túi dài 6cm cho 20 trường hợp UTTT cách rìa hậu môn 4-8cm và giai đoạn từ I đến III với 16 trường hợp nối máy ghi nhận có 4/20 BN (20%) gặp biến chứng sau PT [92]. Nghiên cứu tổng hợp của tác giả Siddiqui (2010) ghi nhận tỷ lệ biến chứng chung sau PT cắt đoạn trực tràng nối bên tận là 18% [13].

Nhìn chung, kết quả của nghiên cứu chúng tôi không kém hơn các tác giả khác và cho thấy PT cắt đoạn trực tràng nối bên tận bằng máy là một kỹ thuật an toàn về ngoại khoa ổ bụng. Đây cũng là nhận định của nhiều tác giả khác nhau đặc biệt khi so sánh với các nhóm bệnh nhân thực hiện nối thẳng tận tận thì kết quả hậu phẫu trong vòng 30 ngày là an toàn và ít biến chứng hơn có ý nghĩa trong các phân tích tổng hợp đa trung tâm [8],[14],[15].

4.3.2.3. Tần suất đại tiện cuối tháng đầu sau phẫu thuật

Kết quả biểu đồ 3.7 cho thấy đại tiện sau PT hàng ngày trong tháng đầu từ 1 - 3 lần chiếm phần lớn với 67,9%. Có 32,1% bệnh nhân nghiên cứu đại tiện trên 3 lần/ngày, trong đó chỉ có 02 trường hợp đại tiện trên 5 lần/ngày ảnh hưởng đến chất lượng sống của BN. Đây là một kết quả sớm khá tốt chấp nhận được vì thấp hơn nhiều theo ghi nhận trong y văn, có từ 25 đến 80% bệnh nhân UTTT giữa và thấp sau PT nối tận tận có hội chứng cắt trước với các rối loạn về đại tiện trong đó tần suất đại tiện trên 3 lần/ngày có thể chiếm đến 75% các trường hợp PT [153].

Phân tích trong nghiên cứu tại bảng 3.32 và bảng 3.33 xác định có mối liên quan tuyến tính nghịch khá yếu với hệ số tương quan $r = - 0,345$ ($p < 0,001$) giữa khoảng cách u so với RHM và tần suất đại tiện cuối tháng đầu sau PT. Các u trực tràng vị trí càng thấp thì tần suất đại tiện sau PT càng cao. Trong phẫu thuật UTTT giữa và thấp, cần cắt bỏ toàn bộ MTTT theo nguyên tắc dưới u tối thiểu 5cm để đảm bảo tính triệt căn. Vì thế theo chúng tôi, quá

trình phẫu tích MTTT càng xuống thấp thì có thể ảnh hưởng tạm thời một phần đến đám rối TKTĐ vùng chậu có vai trò trong việc chi phối chức năng đại tiện là một tác nhân làm tăng tần suất đại tiện cuối tháng đầu sau PT. Bên cạnh đó, u càng thấp thì vị trí miệng nối sẽ càng thấp và gần ống hậu môn có thể tăng kích thích phản xạ đại tiện dẫn đến bệnh nhân đi ngoài nhiều lần hơn.

4.3.2.4. Kết quả chung của phẫu thuật

Những BN có các biến chứng như nhiễm trùng vết mổ nặng phải xử trí cắt chỉ khâu da để hở vết mổ và chăm sóc điều trị dài ngày, rối loạn đại tiện không tự chủ, tắc ruột sớm sau PT điều trị nội khoa bảo tồn hay rò miệng nối khu trú không phải PT được đánh giá kết quả PT ở mức trung bình.

Kết quả biểu đồ 3.8 cho thấy toàn bộ PT cho 56 BN đều đạt kết quả trung bình trở lên, trong đó 92,9% ca mổ đạt kết quả tốt, 7,1% ca mổ đạt kết quả trung bình, không có trường hợp nào có kết quả xấu. Nghiên cứu gần đây của tác giả Mai Đức Hùng (2012) cho kết quả sớm tương tự với mức tốt là 89,9%, trung bình là 10,1% và không có kết quả xấu [98].

Đây là một kết quả đáng khích lệ đối với những PT cắt đoạn trực tràng (trước thấp và rất thấp) và nối máy bên tận có túi chữ J cải biên trong điều trị UTTT giữa và thấp như nghiên cứu của chúng tôi.

4.3.3. Kết quả theo dõi xa

Đánh giá phục hồi cơ năng sau 3 tháng đầu

Tình trạng đại tiện

Tại thời điểm 3 tháng sau PT, tình trạng đại tiện của BN được khảo sát lại qua các đặc điểm tính chất đại tiện và tính chất phân.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.34 cho thấy đa số BN hài lòng về đại tiện với tỷ lệ số BN có thể đại tiện dễ chiếm 91,1%, tính chất phân bình thường là 91,1%, không có trường hợp nào đại tiện không tự chủ và tính chất phân lỏng hay có nhầy máu. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự ghi nhận của Nguyễn Minh Hải, Mai Đức Hùng và Phạm Quốc Đạt [98],[100],[129].

Cũng theo kết quả bảng 3.34: có 5 BN (8,9%) khi đại tiện khó vì phải ngồi lâu mới đại tiện được và đại tiện không hết bãi. Rối loạn này còn kéo dài đến hiện tại dù không ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống của bệnh nhân. Có 3 BN (5,4%) bị táo bón và thỉnh thoảng phải dùng thuốc nhuận tràng. Có 2 BN (3,6%) đại tiện táo lỏng xen kẽ và kèm theo có bệnh lý viêm đại tràng mạn tính và hội chứng ruột kích thích nhưng các trường hợp này bị mức độ nhẹ và không điều trị thuốc gì thêm.

Theo tác giả Jiang (2005), nghiên cứu PT cắt đoạn trực tràng nội bên tận có đại tràng quặt ngược dài 5cm trong 24 trường hợp tại thời điểm 3 tháng cho thấy có 17/24 BN đại tiện khó không hết phân, 2/24 BN bị táo bón phải dùng thuốc nhuận tràng trong đó có 1 BN phải tiến hành thụt tháo [93]. Theo tác giả Tsunoda (2009), nghiên cứu PT cắt đoạn trực tràng nội bên tận có đại tràng quặt ngược dài 6cm trong 20 trường hợp tại thời điểm 6 tháng cho thấy có 13/20 BN đại tiện khó không hết phân, 3/20 BN bị táo bón phải dùng thuốc nhuận tràng [92]. Theo nghiên cứu 49 BN UTĐT nội thẳng của Hoàng Việt Hưng (2010), có 10/49 BN (24,5%) đại tiện khó và đau, có 3/49 BN được khảo sát bị hẹp miệng nối và biến đổi khuôn phân phải tiến hành nong hậu môn [105].

Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi có chức năng đại tiện phục hồi khá tốt và ít bị rối loạn đại tiện khi đối chiếu với các nghiên cứu khác. Có thể bước đầu nhận định KT nội bên tận có túi chữ J cải biên trong nghiên cứu chúng tôi đã mang lại kết quả chức năng đại tiện tốt và đáng khích lệ sau PT.

Tình trạng tiểu tiện và sinh dục nam

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cách thức theo dõi chức năng bàng quang được chúng tôi điều tra hỏi trực tiếp BN hoặc qua điện thoại. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 100% tiểu tiện bình thường và không có trường hợp nào có các dấu hiệu rối loạn chức năng bàng quang như són tiểu, tiểu không tự chủ, tiểu không hết bãi,... kéo dài sau 3 tháng đầu (kết quả bảng 3.34). Kết quả nghiên cứu của Mai Đức Hùng (2012) là 97,1% tiểu tiện bình thường [98].

Chức năng sinh dục sau PT được chúng tôi theo dõi trên 25 BN nam có hoạt động sinh dục trước PT bình thường. Sau PT chúng tôi gặp 2 trường hợp (8%) giảm khả năng cương dương so với trước PT, hồi phục dần và trở lại bình thường sau 3 tháng. Theo Pocard (2002), có tới 31% BN nam giảm khả năng cương dương sau PT cắt toàn bộ MTTT [154]. Nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn trên nhóm BN sau PTNS điều trị UT TT thấp và Phan Anh Hoàng trên nhóm BN sau PT cắt nội trước thấp điều trị UT TT giữa, tỷ lệ rối loạn cương dương sau PT là 7-8% [127],[128]. Tác giả Bill J. Heald nhấn mạnh phẫu thuật TME trong UT TT là cực kỳ quan trọng nhằm tránh tái phát và bảo tồn chức năng sinh dục. Điểm quan trọng nhất của phẫu thuật TME là phẫu tích rõ ràng vùng chậu dựa trên hiểu biết giải phẫu và khả năng thu được diện cắt an toàn không có tế bào ung thư đồng thời bảo tồn được các nhánh thần kinh tự chủ [7].

Như vậy, kết quả về cơ năng đại tiện, tiểu tiện và sinh dục của nghiên cứu chúng tôi khá tốt góp phần giúp BN hài lòng về chất lượng sống. Điều này có được là có thể do thực hiện tốt việc bảo tồn TKTĐ trong PT (100%) và không có tai biến tổn thương trong PT nhờ thế sự phục hồi của BN nghiên cứu được tốt như vậy và đã góp phần nâng cao chất lượng sống của người bệnh ung thư.

Tần suất đại tiện sau phẫu thuật 3, 6, 12, 18 và 24 tháng

Kết quả bảng 3.35 cho thấy tần suất đại tiện hàng ngày sau 3, 6, 12, 18 và 24 tháng lần lượt là 3,3 lần, 2,9 lần, 2,7 lần, 2,1 lần và 1,8 lần. Trong đó, tại thời điểm sau PT 3 tháng, phần lớn BN nghiên cứu có số lần đại tiện trong ngày từ 1 đến 3 lần chiếm 69,6% (nhận xét bảng 3.35). Tỷ lệ này thấp hơn hẳn được ghi nhận ở trong nghiên cứu phẫu thuật UT TT nổi thẳng tận tận của tác giả Phạm Quốc Đạt là 9,9%, của Trần Tuấn Thành là 17,7% đại tiện 1 - 3 lần/ngày [100],[126]. Theo y văn, có từ 25 đến 80% bệnh nhân UT TT giữa và

thấp sau PT cắt trước thấp và rất thấp thực hiện miệng nổi thẳng tận tận gặp hội chứng cắt trước với các rối loạn về đại tiện trong đó tần suất đại tiện trên 3 lần/ngày có thể chiếm đến 75% các trường hợp PT [153]. Như vậy, kết quả nghiên cứu chúng tôi khi tiến hành nổi bên tận có túi chữ J cải biên đã cải thiện đáng kể về tần suất đại tiện.

Tần suất đại tiện sau PT là một kết quả quan trọng nhất ảnh hưởng đến chất lượng sống của BN. Rất nhiều nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên đối chứng đã tập trung mô tả và áp dụng các phương pháp khác nhau để cải thiện kết quả này. Các kết quả về tần suất đại tiện sau PT ngắn hạn và dài hạn được trình bày theo các bảng dưới đây:

Bảng 4.4. Tần suất đại tiện theo thời gian với các nghiên cứu nổi bên-tận

Nghiên cứu	3 tháng	6 tháng	12 tháng	24 tháng
Zhang (2012) [95]		3,2		2,2
Tsunoda (2009) [92]	4,3	3,5	3,7	
Jiang (2005) [93]	4	2,4	1,9	2
Machado (2005) [123]				2,4
Machado (2003) [122]		3,4	3,0	
Huber (1999) [94]	5,4	3,1		
Chúng tôi (2018)	3,3	2,9	2,7	1,8

Quan sát bảng so sánh trên có thể thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương và thấp hơn phần lớn các nghiên cứu thực hiện miệng nổi bên tận có đoạn đại tràng xa dài từ 3 đến 8cm. Trong đó, tác giả Tsunoda cũng để chiều dài đoạn đại tràng quặt ngược 6cm giống chúng tôi.

Bảng 4.5. Tần suất đại tiện theo thời gian với các nghiên cứu nổi bên tận có khâu tạo hình túi J đại tràng

Nghiên cứu	3 tháng	6 tháng	12 tháng	24 tháng
Jiang (2005) [93]	4	3	2,3	1,9
Machado (2005) [123]				2,6
Machado (2003) [122]		3,4	3,1	
Huber (1999) [94]	2,2	2,3		
Chúng tôi (2018)	3,3	2,9	2,7	1,8

Quan sát bảng so sánh trên có thể thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng không khác biệt gì với các nghiên cứu thực hiện miệng nổi bên tận có khâu tạo hình túi J đại tràng dài từ 5 đến 10cm.

Nhìn chung, kết quả chức năng sau PT nhất là về tần suất đại tiện hàng ngày khi thực hiện miệng nổi bên tận có túi chữ J cải biên dài 6cm của nghiên cứu chúng tôi tương đương với các nghiên cứu PT nổi bên tận trước đây của một số tác giả nước ngoài và không khác biệt với kết quả PT tạo hình bóng trực tràng bằng túi J đại tràng kinh điển. Có thể nói việc áp dụng KT nổi bên tận có túi chữ J cải biên để thay thế cho KT tạo hình túi J đại tràng là hợp lý và khả thi trên thực tiễn lâm sàng vì mang lại kết quả chức năng tương đương [13],[93],[141].

Theo chúng tôi, KT nổi bên tận có túi J cải biên hứa hẹn là một lựa chọn hợp lý đối với tái lập lưu thông tiêu hóa trong phẫu thuật UTTT giữa và thấp góp phần không những giảm tỷ lệ rò miệng nổi, giảm tần suất đại tiện nhiều lần trong hội chứng cắt trước nhờ KT tạo hình bóng trực tràng vừa không quá phức tạp vừa không mất nhiều thời gian như nghiên cứu chúng tôi và một số nghiên cứu khác đã cùng chung nhận định mà còn giúp tiết kiệm chi phí do sử dụng nhiều thiết bị cắt nối cũng như tiết kiệm thời gian PT liên

quan đến các nguy cơ gia tăng khi PT kéo dài có thể gặp như nhiễm trùng, viêm phổi sau PT liên quan đến thở máy, dính ruột, quá liều thuốc mê và giãn cơ,.. Tuy nhiên để có thêm mức độ chứng cứ thì cần có thêm nhiều nghiên cứu cũng như cần có một nghiên cứu tổng hợp đa trung tâm để có thể đưa ra một hướng dẫn điều trị chắc chắn và tin cậy tương tự như trong quá khứ đã có nhiều nghiên cứu lớn có giá trị chứng minh lợi ích của PT nội bên tận có tạo hình bóng trực tràng kiểu túi J đại tràng khi so sánh với nội thẳng tận tận đã cải thiện đáng kể kết quả sau PT đối với UTTT đoạn giữa và thấp [14],[15],[68],[69],[72].

4.3.4. Kết quả tái phát và sống thêm

Thời gian theo dõi

Theo kết quả tiểu mục 3.6.1, thời gian theo dõi trung bình toàn bộ của nhóm nghiên cứu là 48,8 tháng (4 năm). Theo Phillips R. (2002), sau điều trị phẫu thuật UTTT, phần còn lại của trực tràng cần được kiểm tra sau mỗi 3 tháng vì nguy cơ tái phát ung thư liên quan đến yếu tố thời gian [155],[156]. Theo Yin Y.H. và cộng sự, hầu hết các trường hợp tái phát (89,4%) xảy ra trong 3 năm đầu sau PT [157].

Tái phát

Kết quả của bảng 3.37 cho thấy tỷ lệ tái phát của nhóm BN nghiên cứu là 8,9%, trong đó không có trường hợp nào tái phát tại chỗ tại vùng. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiếu là 16%, Nguyễn Trọng Hòe là 26,1% và Võ Tấn Long là 20,7% [104],[142],[158].

Theo tổng hợp của Wong D. [159], tỷ lệ tái phát tại chỗ sau cắt bỏ triệt để khối UTTT ở trong khoảng 4-33%, trong đó chỉ có một số ít BN tái phát sẵn sàng chấp nhận PT lại và hoá trị bổ trợ. Theo Yin Y.H. và cộng sự [157], mặc dù đã có nhiều điều tra nghiên cứu trong việc ngăn ngừa, phát hiện sớm bệnh và điều trị triệt để nhưng tỷ lệ tái phát tại chỗ vẫn dao động mạnh ở mức

cao trong khoảng 7-65%. Trong nghiên cứu của tác giả này, tỷ lệ tái phát là 31,4% sau 5 năm. Các yếu tố liên quan chặt chẽ với tái phát là giai đoạn bệnh theo Dukes, khoảng cách cắt cách xa bờ dưới khối u và vị trí của khối u trong khi bệnh cảnh lâm sàng không có tương quan rõ rệt với tình trạng tái phát tại chỗ. Theo tác giả Philip Rubin và John T. Hansen (2012), tỷ lệ tái phát chung của UTTT là 18%, trong đó giai đoạn bệnh có ý nghĩa tiên lượng mạnh cho tái phát tại chỗ, đặc biệt nếu hạch di căn thì có thể lên đến 65% [160].

Có thể lý giải kết quả không có tái phát tại chỗ của nghiên cứu chúng tôi như vậy là do chúng tôi đã tuân thủ chặt chẽ các nguyên tắc ung thư học trong PT đảm bảo tính triệt để.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 5/56 BN tái phát di căn xa, trong đó có 1 BN tái phát di căn phổi sau điều trị 10 tháng. Điều này có thể được lý giải là BN đã có di căn vi thể nên mặc dù được điều trị đầy đủ đa mô thức nhưng bệnh vẫn tiến triển di căn trở lại khi đã dừng điều trị một thời gian. Các BN tái phát đều được điều trị tiếp tục bằng hóa chất, không có trường hợp nào PT lại.

Sống còn

Theo kết quả bảng 3.38, tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, có 3/56 BN đã chết (5,4%). Trong đó, 1 BN chết vì già yếu không phát hiện tái phát, 2 BN còn lại tái phát di căn ổ bụng và tử vong sau đó không lâu khi đang điều trị hóa chất có thể liên quan biến chứng điều trị. Với thời gian theo dõi trung bình của nghiên cứu khá lâu là 48,8 tháng như vậy thì tỷ lệ tử vong thấp cho thấy tiên lượng chung tốt của các BN trong nghiên cứu.

Tỷ lệ sống thêm theo thuật toán Kaplan Meier

Từ kết quả của bảng 3.39 cho thấy: 100% BN sống thêm toàn bộ sau 2 năm, sống thêm không bệnh là 88,4% và sống thêm toàn bộ là 92,7% tại thời

điểm 5 năm. Các biểu đồ sống thêm không bệnh (biểu đồ 3.9) và sống thêm toàn bộ (biểu đồ 3.10) cho thấy đường cong có độ dốc thấp.

Nghiên cứu tương tự của tác giả Trần Anh Cường (2017) trên 105 BN UTĐT chưa di căn xa được PT triệt căn có thông tin thì sống thêm toàn bộ tại thời điểm 3 năm là 91,2% [99]. Kết quả của chúng tôi sau 3 năm là 97,6% (bảng 3.39) là tốt hơn tác giả này mặc dù các đặc điểm dưới nhóm của BN nghiên cứu và điều trị không đồng nhất.

Mai Đức Hùng (2012) nghiên cứu trên 138 BN UTĐT được PTNS cắt trước thắp nối máy thì sống thêm toàn bộ tại thời điểm 36 tháng là 79,7% [98]. Kết quả của chúng tôi (97,6%) tốt hơn nhiều tác giả này tuy nhiên khi phân tích đặc điểm giai đoạn của BN trong nghiên cứu trên khác với chúng tôi là có một số ít (8 BN) đã ở giai đoạn di căn xa khi PT mà theo y văn thì tiên lượng sống thêm liên quan chặt chẽ với giai đoạn bệnh và có 16 BN chỉ được PT làm sạch (điều trị triệu chứng). Do đó, kết quả sống thêm của tác giả Mai Đức Hùng thấp hơn hẳn là phù hợp.

Bảng 4.6. Kết quả sống thêm toàn bộ của các nghiên cứu

Theo tác giả	Tỷ lệ sống thêm toàn bộ (%)				
	1 năm	2 năm	3 năm	4 năm	5 năm
Trần Anh Cường (2017) Giai đoạn I-III [99]			91,2%		
Mai Đức Hùng (2012) Giai đoạn I-IV [98]	97,1%	88,1%	79,7%		
Philip Rubin (2012) cho tất cả giai đoạn [160]					62,3%
Philip Rubin (2012) cho giai đoạn khu trú [160]					90,1%
Chúng tôi (2018) Giai đoạn I-III	100 %	100 %	97,6 %	95,2 %	92,7 %

Điểm khác biệt quan trọng với nghiên cứu của Trần Anh Cường và Mai Đức Hùng là nghiên cứu của chúng tôi có thời gian theo dõi trung bình dài là 48,8 tháng (tiểu mục 3.6.1) và tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có tỷ lệ BN còn sống cao đến 94,6% (bảng 3.38) do đó chúng tôi có thể tính được sống thêm toàn bộ tại thời điểm 4 năm và 5 năm lần lượt là 95,2% và 92,7%. Thời điểm 5 năm rất có giá trị và thường được dùng để đánh giá kết quả điều trị ung thư học. Đây cũng là một kết quả hữu ích có giá trị của nghiên cứu chúng tôi góp phần tô điểm bức tranh tiên lượng bệnh UTTT. Ngoài ra, nghiên cứu còn có thể tiếp tục theo dõi thêm để đánh giá sống còn dài hơn cũng như có những phân tích dưới nhóm có ý nghĩa tiên lượng với sống thêm. Nói chung là kết quả tiên lượng sống thêm của nhóm nghiên cứu rất tốt.

Hiện nay, theo y văn sống thêm toàn bộ 5 năm cho tất cả giai đoạn bệnh ước tính là 62,3% nhưng khi bệnh còn khu trú tại chỗ tại vùng thì sống thêm toàn bộ tăng lên đến 90,1% [160]. Các BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều ở giai đoạn khu trú tại chỗ tại vùng nên kết quả sống thêm toàn bộ 5 năm cũng tương đương là hoàn toàn phù hợp.

Chúng tôi đã tiến hành phân tích các yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến sống thêm trong nghiên cứu như: giai đoạn bệnh, vị trí u, giới tính, nhóm tuổi, có hay không có biến chứng liên quan PT, điều trị tân bổ trợ trước PT, điều trị bổ trợ sau PT nhưng đều không xác định được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (nhận xét biểu đồ 3.10). Theo chúng tôi, tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu, thời gian theo dõi trung bình khá dài nhưng số lượng các biến cố xảy ra là rất ít như chỉ có 5 trường hợp tái phát và 3 trường hợp BN đã chết thậm chí trong đó có một biến cố chết vì già yếu không thấy tái phát hay di căn có thể là ngẫu nhiên. Do đó, các phân tích không cho thấy có ý nghĩa khác biệt về thống kê. Vì vậy, các BN trong nghiên cứu cần tiếp tục theo dõi lâu hơn nữa thì mới có thể đánh giá được tiên lượng một cách đa dạng và có ý nghĩa trong

các mối quan hệ tương quan cũng như xác định rõ hơn các yếu tố tiên lượng có thể ảnh hưởng đến sống còn của người bệnh.

Theo tác giả Valentini V. và cộng sự công bố năm 2011, trên cơ sở các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên tại châu Âu, đã xây dựng biểu đồ tiên đoán tái phát tại chỗ, di căn xa và sống còn toàn bộ cho UTTT tiến triển tại chỗ tại vùng bao gồm các yếu tố sau: tuổi, giới, độ xâm lấn của khối u (phân loại T), liều xạ trị, hóa trị đồng thời, kỹ thuật phẫu thuật, phân loại T và N sau mổ, hóa trị hỗ trợ [161]. Nghiên cứu của chúng tôi có số lượng mẫu còn khiêm tốn, thời gian theo dõi không dài bằng các nghiên cứu lớn tổng hợp bởi tác giả trên nên dữ liệu thu được chưa cho phép xác định được các yếu tố tiên lượng hay ảnh hưởng đến tái phát hay sống thêm.

Nói tóm lại, tỷ lệ sống thêm có ý nghĩa ung thư học quan trọng đánh giá kết quả xa của điều trị UTTT đa mô thức với vai trò quyết định của phẫu thuật. Kết quả sống thêm toàn bộ 5 năm của nghiên cứu chúng tôi với đặc điểm giai đoạn khu trú tại chỗ tại vùng (I, II và III) trên thời gian theo dõi toàn bộ trung bình dài 48,8 tháng là 92,7% cũng tương đương với tổng kết mới nhất gần đây của tác giả Philip Rubin và John T. Hansen (90,1%) và rất đáng tin cậy [160].

Kết quả này một lần nữa cho thấy các tiến bộ khoa học kỹ thuật công nghệ và tiến bộ về ung thư học ngoại khoa được áp dụng trong nghiên cứu của chúng tôi đã góp phần mang lại kết quả xa tốt đáng kể và tiên lượng tốt của bệnh UTTT giữa và thấp giai đoạn khu trú tại chỗ tại vùng.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 56 bệnh nhân ung thư trực tràng giữa và thấp được điều trị phẫu thuật cắt đoạn trực tràng sử dụng máy cắt - nối và thực hiện miệng nối bên tận có túi chữ J cải biên tại bệnh viện K từ 01/2013 đến 09/2017 cho thấy:

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân ung thư trực tràng đoạn giữa và thấp được phẫu thuật cắt nối máy:

- Tuổi thường gặp nhất là 50-59 tuổi (44,6%), tỷ lệ nam/nữ = 1,15.
- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: phân nhầy máu (92,9%), mót rặn đi ngoài không hết phân (71,4%), thay đổi khuôn phân (66,1%), thay đổi tần suất đại tiện > 2 lần/ngày (64,3%) và sút cân (53,6%).
- Thăm trực tràng: 79,5% u sờ thấy còn di động dễ.
- Nội soi cho thấy: 92,9% thể sùi và hỗn hợp sùi có loét, vị trí u đoạn thấp chiếm phần lớn (62,5%) cách rìa hậu môn trung bình 6,3cm.
- 55,4% tăng nồng độ CEA trước mổ trên 5 ng/ml.
- 91,1% ung thư biểu mô tuyến, 78,6% độ biệt hóa vừa.
- 66,1% giai đoạn bệnh sớm (I và II).

2. Kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy bên tận có túi chữ J cải biên:

- Phẫu thuật cho phép bảo tồn được cơ tròn ở bệnh nhân ung thư trực tràng thấp nhất u cách rìa hậu môn 4cm; 100% bảo tồn được thần kinh tự động.
- Thời gian phẫu thuật nhanh chóng, trung bình 113,4 phút.
- Không có tai biến xảy ra trong phẫu thuật.
- Tỷ lệ mở thông hồi tràng làm hậu môn nhân tạo trên dòng là 7%.
- Kỹ thuật an toàn, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp: 12,5%, trong đó rò miệng nối 1,8%.

- Phương pháp phẫu thuật đã đảm bảo về phương diện ung thư học: 100% sinh thiết tức thì diện cắt âm tính; 100% bờ diện cắt cách cực dưới $u \geq 2\text{cm}$; 100% xét nghiệm diện cắt sau phẫu thuật không có tế bào ác tính.

- Đánh giá kết quả phẫu thuật chung: Tốt (92,9%), trung bình (7,1%) và không có kết quả xấu.

- Cải thiện đáng kể cơ năng sau phẫu thuật: tại thời điểm 3 tháng có 69,6% đại tiện 1-3 lần/ngày, 91,1% đại tiện dễ, 91,1% đi phân bình thường, 100% tiểu bình thường và 8% giảm khả năng cương dương có hồi phục; Tần suất đại tiện trung bình hàng ngày giảm dần tại thời điểm 3, 6, 12 và 24 tháng sau phẫu thuật lần lượt là: 3,3 lần, 2,9 lần, 2,7 lần và 1,8 lần.

- Kết quả theo dõi xa: Tỷ lệ tái phát là 8,9%, trong đó không có tái phát tại chỗ tại vùng; Sống thêm không bệnh 5 năm là 88,4% và sống thêm toàn bộ 5 năm là 92,7%.

KIẾN NGHỊ

Từ kết quả của nghiên cứu này chúng tôi xin đưa ra một số kiến nghị trong phẫu thuật cắt nối bằng máy đối với ung thư trực tràng giữa và thấp sau đây:

- 1) Cắt trực tràng dưới u có thể sử dụng máy cắt thẳng cho ung thư trực tràng đoạn giữa và nên sử dụng hoàn toàn máy cắt trực tràng cong Contour cho ung thư trực tràng đoạn thấp.
- 2) Hạ đại tràng góc lách nên thực hiện đối với ung thư trực tràng đoạn thấp khi đánh giá trong phẫu thuật đoạn đại tràng đưa xuống không đủ dài và miệng nối bị căng.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Lê Quốc Tuấn và Nguyễn Văn Hiếu (2016). Kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy trong điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp, *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, số 3/2016, trang 395.
2. Lê Quốc Tuấn, Nguyễn Văn Hiếu, Nguyễn Thị Vượng và Chử Quốc Hoàn (2017). Kết quả bước đầu phẫu thuật cắt đoạn và nối máy bên tận có túi chữ J cải biên trong điều trị ung thư trực tràng thấp, *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, số 1/2017, trang 212.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel R.L., Miller K.D. and Jemal A. (2016). Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 66(1): 7-30.
2. Nguyễn Văn Hiếu (2015). Ung thư đại trực tràng. *Ung thư học*, Nhà xuất bản Y học, 206-226.
3. Torre L.A., Bray F., Siegel R.L., et al (2015). Global Cancer Statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*, 65(2): 87-108.
4. Brian G. Crito, C.G.W., (2010). *Rectal cancer, International Perspective on Multimodality Management*, Human Press, Springer.
5. Azria D., Becouarn Y., Bosset J. et al (2012). *Cancer du Rectum*, Chapitre 5, Thésaurus National de Cancérologie Digestive:1- 30, (www.tncd.org).
6. Bleday R., Brindzei N. (2011). Surgical Treatment of Rectal Cancer. *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*, Second Edition, Springer, pages 743-759.
7. Bill J. Heald (2010). Technical Notes on TME for Rectal Cancer. *Atlas of procedures in surgical oncology with critical, evidence-based commentary notes*, World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd., chapter 25: 187-194.
8. Malika Bennis and Emmanuel Tiret (2012). Colorectal Cancer Surgery: What Is Evidence Based and How Should We Do It?, *Dig Dis*, 30 (suppl 2): 91-95.
9. Holleb A. (2009). Sir William Ernest Miles changed the treatment for rectal cancer. *Gastrointestinal Cancer*, HemOnc, April 25, 2009.

10. Riccardo A Audisio (2010). *Atlas of procedures in surgical oncology with critical, evidence-based commentary notes*. World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd.
11. Mailliard J.A. (1999). Carcinoma of the rectum. *Current Therapy in Cancer*, Second Edition, W.B., Saunders Company, pages 101-103.
12. De Calan L., Gayet B., Bourlier P. et al (2004). Chirurgie du cancer du rectum par laparotomie et par laparoscopie, *EMC*, 40 - 630: 1 - 6.
13. Siddiqui M.R.S., Sajid M.S., Woods W.G.A. et al (2010). A meta-analysis comparing side to end with colonic J-pouch formation after anterior resection for rectal cancer, *Tech Coloproctol*, 14: 113-123.
14. Hüttner F.J., Tenckhoff S., Jensen K. et al (2015). Meta-analysis of reconstruction techniques after low anterior resection for rectal cancer, *Br J Surg.*, 102(7): 735-45.
15. Brown CJ, Fenech DS, McLeod RS. (2008) Reconstructive techniques after rectal resection for rectal cancer, *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16, (2): CD006040.
16. Lê Văn Cường (2011). *Giải phẫu học sau đại học*. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Bộ môn Giải phẫu học, Nhà xuất bản y học.
17. Trịnh Văn Minh (2007). Giải phẫu ngực bụng. *Giải phẫu người, tập II*, NXB Hà Nội, 452 - 468.
18. Frank H. Netter (2004). Trục tràng. *Atlas giải phẫu người*, NXB Y học, 367-374.
19. Sulik K.K. (2003). An Atlas of Gastrointestinal Embryology. *American Journal of Medical Genetics*, 122A: 283-286.
20. Steven K. Libutti, Christopher G. Willett, Leonasrd B. Saltz, and Rebecca A. Levine (2014). Cancer of the Rectum. *Devita, Hellman, and Rosenberg's cancer: principles & practice of oncology*, 10th edition, Lippincott Williams & Wilkins, 60: 1921-1965.

21. Bosman F.T., Carneiro F., Hruban R.H., Theise N.D. (2010). Tumours of the colon and rectum. *WHO classification of tumours of the digestive system*, 4th edition, IARC, Lyon, chapter 8, pages 131-182.
22. Fleming M., Ravula S., Tatischev SF., Wang HL. (2012). Colorectal carcinoma: Pathologic aspects. *Journal of Gastrointestinal Oncology* 2012, 3(2): 153-175.
23. Vincenzo Valentini H.-J.S., Cornelis J.H. van de Velde (2012). *Multidisciplinary Management of Rectal Cancer, Questions and Answers*, Springer.
24. Vincent T DeVita Jr., Theodore S. Lawrence, Steven A. Rosenberg (2014). *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology*, 10th edition, Lippincott Williams & Wilkins.
25. Mills SE., Allen MS. Jr (1979). Colorectal carcinoma in the first three decades of life. *Am J Surg Pathol*, 3: 443.
26. Sundblad A.S., Paz R.A. (1982). Mucinous carcinoma and polyps. *Cancer*, 50: 2504.
27. Symonds D.A., Vickery A.L. Jr (1976). Mucinous carcinoma of the colon and rectum. *Cancer*, 37: 1891.
28. Secco G.B., Fardelli R., Campora E. et al (1994). Primary mucinous adenocarcinomas and signet-ring cell carcinomas of colon and rectum. *Oncology*, 51: 30.
29. National Comprehensive Cancer Network Guidelines for Rectal Cancer, Version 3.2018. www.nccn.org.
30. Edge S.B., Byrd D.R., Compton C.C. et al (2010). Colon and Rectum, *AJCC Cancer Staging Manual*, Seventh Edition, Springer, Chapter 14, pages 143-164.

31. Gal R., Sadikov E., Sulkes J. et al (2004). Deleted in colorectal cancer protein expression as a possible predictor of response to adjuvant chemotherapy in colorectal cancer patients, *Dis Colon Rectum*, 47, 1216.
32. Dotor E., Cuatrecasas M., Martinez-Iniesta M. et al (2006). Tumor thymidylate synthase 1494del6 genotype as a prognostic factor in colorectal cancer patients receiving fluorouracil-based adjuvant treatment, *J Clin Oncol*, 24, 1603.
33. Westra J., Schaapveld M., Hollema H. et al (2005). Determination of TP53 Mutation Is More Relevant Than Microsatellite Instability Status for the Prediction of Disease-Free Survival in Adjuvant-Treated Stage III Colon Cancer Patients, *J Clin Oncol*, 23, 5635.
34. Nguyễn Văn Hiếu (2010). Ung thư đại trực tràng. *Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 269-283.
35. Nguyễn Văn Hiếu và Võ Văn Xuân (2007). Ung thư đại trực tràng và ống hậu môn, *Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư*, Nhà xuất bản y học, 223-235.
36. Phang P.T., Gollub M.J., Loh B.D. et al (2012). Accuracy of endorectal ultrasound for measurement of the closest predicted radial mesorectal margin for rectal cancer, *Dis Colon Rectum*, 55, 1, pages 59-64.
37. Jochem R.J., Reading C.C., Dozois R.R., et al (1990). Endorectal ultrasonographic staging of rectal carcinoma, *Mayo Clin Proc*, 65, 12, 1571-7.
38. Brown G., Radcliffe A.G., Newcombe R.G., et al (2003) Preoperative assessment of prognostic factors in rectal cancer using high resolution magnetic resonance imaging, *Br J Surg*, 90: 355-364.
39. Schäfer A-O., Langer M. et al (2010). *MRI of Rectal Cancer*, Springer, Verlag Berlin Heidelberg.
40. Bộ môn Y học hạt nhân (2005). Y học hạt nhân chẩn đoán. *Y học hạt nhân*, Trường Đại học Y Hà Nội, 120-154.

41. Buijsen J., van den Bogaard J., Janssen M.H. et al (2011). FDG-PET provides the best correlation with the tumor specimen compared to MRI and CT in rectal cancer, *Radiother Oncol*, 98, 2, 270-6.
42. Murcia Durendez M.J., Frutos Esteban L., Lujan J. et al (2012). The value of (18)F-FDG PET/CT for assessing the response to neoadjuvant therapy in locally advanced rectal cancer, *Eur J Nucl Med Mol Imaging*.
43. Abdel-Nabi H., Doerr R.J., Lamonica D.M., et al (1998). Staging of primary colorectal carcinomas with fluorine-18 fluorodeoxyglucose whole-body PET: correlation with histopathologic and CT findings, *Radiology*, 206: 755-760.
44. Cipe G., Ergul N., Hasbahceci M., et al (2013). Routine use of positron-emission tomography/computed tomography for staging of primary colorectal cancer: does it affect clinical management?, *World J Surg Oncol*, 11: 49.
45. Huebner R.H., Park K.C., Shepherd J.E., et al (2000). A meta-analysis of the literature for whole-body FDG PET detection of recurrent colorectal cancer, *J Nucl Med*, 41: 1177-1189.
46. Restivo A., Zorcolo L., Cocco I.M. et al (2012). Elevated CEA Levels and Low Distance of the Tumor from the Anal Verge are Predictors of Incomplete Response to Chemoradiation in Patients with Rectal Cancer, *Ann Surg Oncol*.
47. Song S., Hong J.C., McDonnell S.E. et al (2012). Combined modality therapy for rectal cancer: the relative value of posttreatment versus pretreatment CEA as a prognostic marker for disease recurrence, *Ann Surg Oncol*, 19, 8, 2471-6.
48. Tarantino I., Warschkow R., Worni M. et al (2012). Elevated preoperative CEA is associated with worse survival in stage I-III rectal cancer patients, *Br J Cancer*, 107, 2, 266-74.
49. Smith R., E.A.C., Wender R. et al (2001). American cancer society guidelines for the early detection of cancer: update of early detection guidelines for prostate, colorectal and endometrial cancers, *CA Cancer J Clin*, 51(1), 38-75.

50. Simunovic M., Smith A.J. and Heald R.J. (2009). Rectal cancer surgery and regional lymph nodes. *J Surg Oncol*, 99(4): p. 256-9.
51. Amin M.B. et al. (2017), Colon and Rectum. *AJCC Cancer Staging Manual*, Eighth Edition, Springer, 20: 251-274.
52. Turet E (1988). Exérèse totale du mésorectum et conservation de l'innervation autonome à destinée génito - urinaire dans la chirurgie du cancer du rectum, *EMC*, 40 - 610: 1 - 6.
53. Law W.L. and Chu K.W. (2004). Anterior resection for rectal cancer with mesorectal excision: a prospective evaluation of 622 patients. *Ann Surg*, 240(2): p. 260-8.
54. Enker W.E., Thaler H.T., Cranor M.L. et al (1995). Total mesorectal excision in the operative treatment of carcinoma of the rectum, *J Am Coll Surg*, 181(4): 335-346.
55. Wolff B., Fleshman J., Wexner S. (2009). Surgical Treatment of Rectal Cancer, *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*, Springer, pages 413-436.
56. Trịnh Hồng Sơn (2004). Tổng quan về chẩn đoán và điều trị di căn gan từ ung thư đại trực tràng, *Ngoại khoa*, số 6(54): 1-10.
57. Fong Y., Cohen A.M., Fortner J.G. et al (1997). Liver resection for colorectal metastases, *Journal of Clinical Oncology*, 15: 938.
58. Ahmed S., Leis A., Fields A. et al (2014). Survival impact of surgical resection of primary tumor in patients with stage IV colorectal cancer: results from a large population-based cohort study. *Cancer*, 120: 683.
59. Villeneuve P.J. and Sundaresan R.S. (2009). Surgical Management of Colorectal Lung Metastasis, *Clinical Colon Rectal Surgery*, 22(4): 233-241.
60. Nguyễn Văn Hiếu (2015). *Ung thư đại trực tràng*, Nhà xuất bản y học.

61. Panis Y., Maggiori L., Caranhac G. et al (2011). Mortality after colorectal cancer surgery: A French survey of more than 84000 patients, *Ann Surg*, 254(5): 738 - 744.
62. Row D., Weiser M. (2010). An Update on Laparoscopic Resection for Rectal Cancer, *Cancer Control*, Vol 17, No 1: 16 - 24.
63. Rolland P., McNamara D.A. (2003). Methods and Results of Sphincter-Preserving Surgery for Rectal Cancer, *Cancer Control*, Vol. 10, No.3, p. 212-8.
64. Brisinda et al. (2009). End-to-End Versus End-to-Side Stapled Anastomoses After Anterior Resection for Rectal Cancer, *Journal of Surgical Oncology*, 99: 75-79.
65. Sylvain Kirzin, Guillaume Portier and Franck Lazorthes (2010). Pouches and Coloanal Anastomosis. *Atlas of procedures in surgical oncology with critical, evidence-based commentary notes*, World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd., chapter 27, p: 203-208.
66. Lazorthes F., Fages P., Chiotasso P. et al (1986). Resection of the rectum with construction of a colonic reservoir and colo-anal anastomosis for carcinoma of the rectum. *Br J Surg*, 73 (2): 136-138.
67. Parc R., Tiret E., Frileux P. et al (1986). Resection and colo-anal anastomosis with colonic reservoir for rectal carcinoma, *Br J Surg*, 73(2): 139-141.
68. Heriot A.G., Tekkis P.P., Constantinides V. et al (2006). Meta-analysis of colonic reservoirs versus straight coloanal anastomosis after anterior resection, *Br J Surg*, 93(1): 19-32.
69. Koh P.K., Tang C.L., Eu K.W. et al (2007). A systematic review of the function and complications of colonic pouches, *Int J Colorectal Dis*, 22(5): 543-548.

70. Lazorthes F., Gamagami R., Chiotasso P. et al (1997). Prospective, randomized study comparing clinical results between small and large colonic J-pouch following coloanal anastomosis, *Dis Colon Rectum*, 40(12): 1409-1413.
71. Z'Graggen K., Maurer C.A., Buchler M.W. (1999). Transverse coloplasty pouch: a novel neo-rectal reservoir, *Dig Surg*, 16(5): 363-366.
72. Fazio V.W., Zutshi M., Remzi F.H. et al (2007). A randomized multicenter trial to compare long-term functional outcome, quality of life, and complications of surgical procedures for low rectal cancers, *Ann Surg*, 246(3): 481-488; discussion 488-490.
73. Randal S. Baker, James Foote, Paul Kemmeter et al (2013). The Science of Stapling and Leaks, *Obes Surg*, 23(12): 2124.
74. Medical Terminology Daily (2013), History of surgical stapling, 1-3. <http://clinanat.com/mtd/9-uncategorised/449-history-of-surgical-stapling-1>
75. Eduardo Villanueva-Sáenz, Ernesto Sierra-Montenegro, Moisés Rojas Illanes et al (2008). Double stapler technique in colorectal surgery, *Cir Ciruj*, 76, p. 49-53.
76. Agha A., Fürst A., Hierl J. et al (2008). Laparoscopic surgery for rectal cancer: oncological results and clinical outcome of 225 patients, *Surg Endosc*, 22: 2229-2237.
77. Chua C., Yan T., Morris D. et al (2011). Port - Site metastasis following laparoscopic surgery, *Advanced laparoscopy*, p. 137 - 148.
78. How P., Stelzner S., Branagan G. et al (2012). Comparative quality of life in patients following abdominoperineal excision and low anterior resection for low rectal cancer, *Dis Colon Rectum*, 55: 400-406.
79. Aziz O, Constantinides V., Tekkis P.P. et al. (2006). Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer: a meta-analysis. *Ann Surg Oncol*, 13(3): 413-424.

80. Miccoli P., Materazzi G. and Berti P. (2008). Minimally invasive video - assisted lateral lymphadenectomy: a proposal, *Surg Endosc*, 22:1131-1134.
81. Murray J., Dozois E. (2011). Minimally invasive surgery for colorectal cancer: past, present, and future, *Inter J Surg Oncol*, Vol 2011: 1 - 8.
82. Marecik S.J., Chaudhry V., Jan A. et al (2007). A comparison of robotic, laparoscopic, and hand-sewn intestinal sutured anastomoses performed by residents, *Am J Surg*, 193(3): 349-355; discussion 355.
83. Baik S.H., Lee W.J., Rha K.H. et al (2008). Robotic total mesorectal excision for rectal cancer using four robotic arms, *Surg Endosc*, 22(3): 792-797.
84. Satava R.M. (2006). Robotics in colorectal surgery: telemonitoring and telerobotics, *Surg Clin North Am*, 86(4): 927-936.
85. Anvari M., Birch D.W., Bamehriz F. et al (2004). Robot-assisted laparoscopic colorectal surgery, *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 14(6): 311-315.
86. Omer Aziz and Ara W. Darzi (2010). Robot-Assisted Laparoscopic Colorectal Surgery. *Atlas of procedures in surgical oncology with critical, evidence-based commentary notes*, World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd., chapter 22, p. 165-170.
87. Glimelius B. (2002). *Radiotherapy in rectal cancer*, British Medical Bulletin, 64, p. 141-157.
88. Mai Trọng Khoa và Nguyễn Xuân Cừ (2012). *Một số tiến bộ về kỹ thuật xạ trị ung thư và ứng dụng lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học.
89. Rolf Sauer and Claus Rodel (2010). Radiation Therapy: Adjuvant vs. Neoadjuvant Therapy, *Rectal cancer, International Perspective on Multimodality Management*, Human Press, Springer, pages 223-234.
90. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuần, Nguyễn Tuyết Mai (2010). Ung thư đại trực tràng, *Điều trị nội khoa bệnh Ung thư*, Nhà xuất bản y học, 153-161.

91. Vincenzo Valentini, Hans-Joachim Schmoll, Cornelis J.H. van de Velde (2012). What is the ongoing recommendation in the management of rectal cancer?, *Multidisciplinary Management of Rectal Cancer, Questions and Answers*, Springer- Verlag Berlin Heidelberg, p. 9-18.
92. Tsunoda et al (2009). Prospective Randomized Trial for Determination of Optimum Size of Side Limb in Low Anterior Resection with Side-to-End Anastomosis for Rectal Carcinoma, *Dis Colon Rectum*, 52: 1572-1577.
93. Jeng-Kai Jiang, Yang S.H., Lin J.K. (2005). Transabdominal anastomosis after low anterior resection: A prospective, randomized, controlled trial comparing long-term results between side-to-end anastomosis and colonic J-pouch, *Dis Colon Rect*, 48(11): 2100-8.
94. Huber F.T., Herter B., Siewert J.R. (1999). Colonic pouch vs. side-to-end anastomosis in low anterior resection, *Diseases of the Colon and Rectum*, 42: 896-902.
95. Yuan-Chuan Zhang, Xiao-Dong Jin, Yu-Ting Zhang and Zi-Qiang Wang (2012). Better functional outcome provided by short-armed sigmoid colon-rectal side-to-end anastomosis after laparoscopic low anterior resection: a match-paired retrospective study from China, *Int J Colorectal Dis*, 27: 535-541.
96. David W. Dietz (2011). Postoperative Complications, *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*, Second Edition, Springer, 10: 157-174.
97. Phạm Đức Huân, Quách Văn Kiên, Nguyễn Xuân Hùng và cộng sự (2018). Các yếu tố ảnh hưởng đến rò bực miệng nối đại trực tràng sau phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng giữa và dưới, *Tạp chí Y học thực hành*, số 10 (1083) 2018, trang 1-6.

98. Mai Đức Hùng (2012). *Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt trước thắp nối máy trong điều trị ung thư trực tràng*, Luận văn tiến sĩ Y học, Học viện quân y.
99. Trần Anh Cường (2017). *Nghiên cứu đặc điểm di căn hạch và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng tại bệnh viện K*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
100. Phạm Quốc Đạt (2011). *Đánh giá kết quả phẫu thuật bảo tồn cơ thắt theo đường bụng - hậu môn trong điều trị ung thư trực tràng thắp*, Luận án tiến sĩ, Trường đại học Y Hà Nội.
101. Nguyễn Đại Bình Võ Văn Xuân, Ngô Vĩ Dung (2012). Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật xạ trị gia tốc tăng phân liều tiền phẫu kết hợp với phẫu thuật ung thư trực tràng. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, số 2-2012, Hội phòng chống Ung thư Việt Nam, tr. 57-66.
102. Phạm Cẩm Phương (2013). *Nghiên cứu hiệu quả của hóa xạ trị tiền phẫu trong điều trị bệnh ung thư trực tràng giai đoạn xâm lấn*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
103. Carey A., Cullinane Joshua, Ellenhorn D.I. et al (2006). Colon, rectal and anal cancers, *Cancer Management: A Multidisciplinary Approach*, ninth edition, Oncology News International, p. 343-375.
104. Võ Tấn Long (1999). *Ung thư Trực tràng- Đặc điểm bệnh lý- Điều trị phẫu thuật*, Luận án tiến sĩ, Trường đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
105. Hoàng Việt Hưng (2010). *Đánh giá kết quả phẫu thuật nối máy cơ học trong phẫu thuật cắt đoạn trực tràng do ung thư*, Luận văn Thạc sĩ, Trường đại học Y Hà Nội.
106. Hoàng Minh Thắng (2010). *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn III, IV tại bệnh viện K*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.

107. Hoàng Mạnh Thắng (2009). *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư trực tràng giai đoạn T3-T4 tại Bệnh viện K*, Luận án tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
108. Nguyễn Văn Hiếu, Phạm Văn Bình, Nguyễn Văn Xuyên (2012). Nạo vét hạch của phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng điều trị ung thư trực tràng thấp tại Bệnh viện K. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, Số 2-2012, Hội phòng chống ung thư Việt Nam, tr. 109-112.
109. Nguyễn Thu Hương (2009). *Đánh giá hiệu quả phác đồ FOLFOX4 trong điều trị ung thư đại trực tràng giai đoạn muộn*, Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.
110. Nguyễn Thanh Tâm (2000). *Giá trị của kháng nguyên ung thư biểu mô phôi (CEA) trong chẩn đoán tiên lượng và theo dõi kết quả sau mổ đối với ung thư đại trực tràng*, Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.
111. Warschkow R., Tarantino I., Worni M. et al (2012). Elevated preoperative CEA is associated with worse survival in stage I-III rectal cancer patients, *Br J Cancer*, 107, 2, p. 266-74.
112. Videhult P., Smedh K., Lundin P. et al (2007). Magnetic resonance imaging for preoperative staging of rectal cancer in clinical practice: high accuracy in predicting circumferential margin with clinical benefit, *Colorectal Dis*, 9, 5, p. 412-9.
113. Nguyễn Văn Hiếu, Nguyễn Hoàng Minh, Nguyễn Duy Huê (2012). Đánh giá độ xâm lấn tại chỗ và di căn hạch tiểu khung của ung thư biểu mô tuyến trực tràng qua chụp cộng hưởng từ 1.5 Tesla, *Tạp chí Ung thư học Việt nam*, số 2-2012, Hội phòng chống Ung thư Việt Nam, tr. 135-138.
114. Xiao-yan Li Xt Fau, Zhang Xiao-ting Sun Ys Fau, Li Lei Zhang Xy Fau Tang et al (2012). Preoperative staging of rectal carcinoma with high-resolution MRI: correlation with histopathologic findings, *Zhonghua Wai Ke Za Zhi Mar*, 50(3), 0529-5815 (Print), p. 207-10.

115. Đỗ Tất Cường (2011). *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của ung thư trực tràng*, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
116. Đặng Kim Phương (2004). *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của ung thư trực tràng tại bệnh viện K*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
117. Võ Quốc Hưng (2004). *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đánh giá kết quả đáp ứng xạ trị trước mổ của ung thư trực tràng tại Bệnh viện K*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
118. Đoàn Hữu Nghị (1994). *Góp phần nghiên cứu xây dựng phác đồ điều trị ung thư trực tràng, nhận xét trên 529 bệnh nhân tại bệnh viện K 1975-1992*, Luận án PTS khoa học y dược, Đại học Y Hà Nội.
119. Kawada K., et al (2014). Risk factors for anastomotic leakage after laparoscopic low anterior resection with DST anastomosis, *Surg Endosc*, 28(10): 2988-2995.
120. Nguyễn Minh Hải, Võ Tấn Long, Lâm Việt Trung và cs (2011). Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng nối máy so với mổ mở trong điều trị ung thư trực tràng, *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 15(1), 119-123.
121. Châu Hoàng Quốc Chương, Lê Quang Uy, Trần Phùng Dũng Tiến và cs (2003). So sánh kỹ thuật cắt nối máy và nối tay trong điều trị ung thư trực tràng thấp, *Y học TP Hồ Chí Minh*, Phụ bản số 7, tập 1, tr. 162- 165.
122. Mikael Machado, Jonas Nygren et al (2003). Similar Outcome After Colonic Pouch and Side - to -End Anastomosis in Low Anterior Resection for Rectal Cancer, *Ann Surg*, 238, p. 214-220.
123. Machado M., Nygren J., Goldman S. and Ljungqvist O. (2005). Functional and physiologic assessment of the colonic reservoir or side-to-end anastomosis after low anterior resection for rectal cancer: a two-year follow-up, *Dis Colon Rect*, 48(1): 29-36.

124. Đoàn Hữu Nghị (2003). Phẫu thuật bảo tồn cơ thắt trên 73 bệnh nhân ung thư trực tràng Bệnh viện K, *Hội thảo chuyên đề hậu môn- đại trực tràng*, TP. Hồ Chí Minh, 181-184.
125. Vương Nhất Phương, Bùi Chí Viết, Nguyễn Bá Trung và cs (2010). Vai trò của máy khâu nối vòng trong phẫu thuật ung thư có bảo tồn cơ thắt, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 14(4), 4-18.
126. Trần Tuấn Thành (2014). *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy trong ung thư trực tràng đoạn giữa*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
127. Nguyễn Bá Sơn, Phan Anh Hoàng, Nguyễn Hồng Tuấn và cs (2005). Đánh giá chức năng bàng quang và sinh dục nam sau phẫu thuật cắt nối trước thấp điều trị ung thư trực tràng đoạn giữa có bảo tồn thần kinh tự động, *Tạp chí y Dược học quân sự*, 30(5). 108-115.
128. Nguyễn Anh Tuấn (2011). Nghiên cứu chỉ định và kỹ thuật bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 377, số 1:55 - 59
129. Lâm Việt Trung, Nguyễn Minh Hải, Hồ Cao Vũ (2003). Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng và bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu trong ung thư trực tràng thấp, *Hội nghị chuyên đề hậu môn - đại trực tràng*, TP. Hồ Chí Minh, tr. 240-250.
130. Đỗ Minh Đại, Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Quang Anh Tuấn và Ung Văn Việt (2003). Phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng, *Hội nghị chuyên đề hậu môn - đại trực tràng TP. Hồ Chí Minh*, tr. 160 - 172.
131. Madbouly K.M., Abbas K.S., and Hussein A.M. (2014). Metastatic lymph node ratio in stage III rectal carcinoma is a valuable prognostic factor even with less than 12 lymph nodes retrieved: a prospective study, *Am J Surg*, 207(6): p. 824-31.

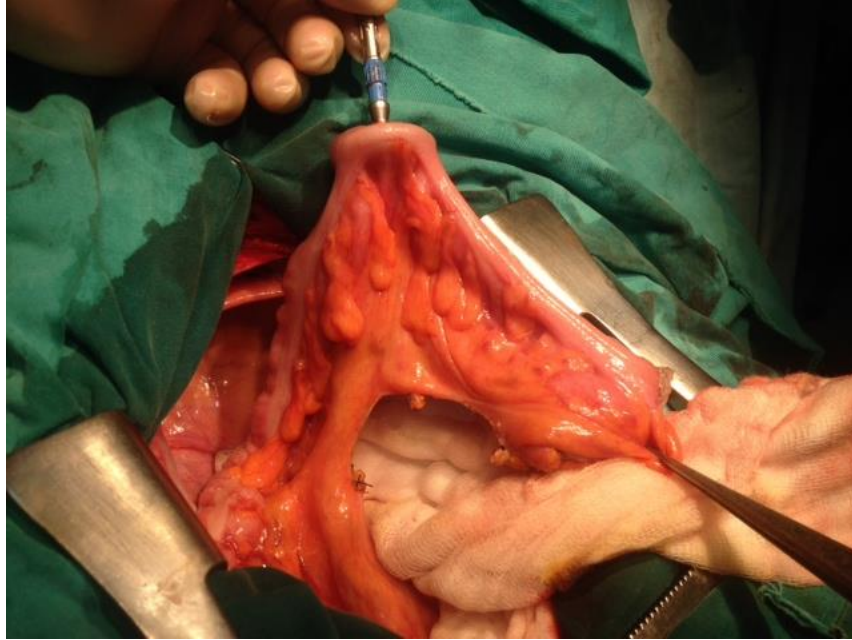
132. Ince M., Ozdemir Y., Balta A.Z. et al (2014). Prognostic Value of the Lymph Node Ratio in Rectal Cancer, *Archives of Clinical and Experimental Surgery (ACES)*, 3(4): p. 207-212.
133. Nadoshan J.J., Omranipour R., Beiki O. et al (2013). Prognostic value of lymph node ratios in node positive rectal cancer treated with preoperative chemoradiation, *Asian Pac J Cancer Prev*, 14(6): p. 3769-72.
134. Huang B., Mo S., Zhu L. et al (2016). The survival and clinicopathological differences between patients with stage IIIA and stage II rectal cancer: An analysis of 12,036 patients in the SEER database, *Oncotarget*, 7(48): p. 79787-79796.
135. Dekker J.W., Peeters K.C., Putter H. et al (2010). Metastatic lymph node ratio in stage III rectal cancer; prognostic significance in addition to the 7th edition of the TNM classification, *Eur J Surg Oncol*, 36(12): p.1180-6.
136. Manilich E.A., Kiran R.P., Radivoyevitch T. et al (2011). A novel data-driven prognostic model for staging of colorectal cancer, *J Am Coll Surg*, 213(5): p. 579-588.
137. Betge J., Harbaum L., Pollheimer M.J. et al (2017). Lymph node retrieval in colorectal cancer: determining factors and prognostic significance, *Int J Colorectal Dis*, 32: p. 991-998.
138. Bullard K.M., Rothenberger D.A. (2007). Colon, Rectum, and Anus, *Schwartz's Principles of Surgery*, 8th edition, edited by Brunicaardi F.C., McGraw- Hill's, CD-ROM.
139. Dong X.S. et al (2003). Effect of extended radical resection for rectal cancer, *World J Gastroenterol*, Vol.9, No.5, pp. 970-3.
140. Trịnh Việt Thông (2008). *Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng tại bệnh viện Việt Đức từ 2003-2008*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
141. Okkabaz N., Haksal M., Atici A.E., et al (2017). J-pouch vs. side-to-end anastomosis after hand-assisted laparoscopic low anterior resection for rectal cancer: A prospective randomized trial on short and long term outcomes including life quality and functional results, *International Journal of Surgery*, 47: 4-12.

142. Nguyễn Trọng Hòa (2009). *Nghiên cứu chỉ định, kỹ thuật và kết quả của phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, hạ đại tràng qua ống hậu môn trong điều trị ung thư phân giữa trực tràng*, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
143. Moesgaard F.A., Bullock S., Billesbolle P. et al (1997). Anastomotic leakage after low anterior resection for rectal cancer, *Ugeskr Laeger*, 159(3), pp 297-301.
144. Heald R.J. (2002). Complicated Colorectal Cancer: Anastomotic leakage, *International Colorectal disease symposium 2002*, Hong Kong, pp. 87.
145. MedNews (2005). Rectal Cancer. *Treatment statement for Health professionals*, last updated 2005-02-01.
146. Caliandro C., Montemurro S., Ruggeri E. et al (2001). Endoluminal pressure: risk factor for anastomotic dehiscence in rectal carcinoma. Preliminary results, *Chir Ital*, 53(4), pp. 529-36.
147. Nygaard K., Nesbakken A., Lunde O.C. (2001). Outcome and late function results anastomotic leakage following mesorectal excision for rectal cancer, *Br J Surg*, 88(3), pp. 400-4.
148. Laurent C., Ruillier E., Garrelon J.L. et al (1998). Risk factor for anastomotic leakage after resection of rectal cancer, *Br J Surg*, 55(3), pp. 335-8.
149. Hain E., Maggiori L., Zappa M. et al (2018). Anastomotic leakage after side-to-end anastomosis for rectal cancer: does leakage location matter?, *Colorectal Disease*, 20(3), O55-O60.
150. Floodeen H., Hallböök O., Rutegård J. et al (2013). Early and late symptomatic anastomotic leakage following low anterior resection of the rectum for cancer: are they different entities?, *Colorectal Dis*, 15(3): 334-40.

151. Parini U., Morino M., Giraudo G. et al (2003). Laparoscopic total mesorectal excision: A consecutive series of 100 patients, *Ann Surg*, 3, p. 335-342.
152. Fevang BT., Fevang J., Stangeland L., et al (2000). Complications and death after surgical treatment of small bowel obstruction: a 35-year institutional experience. *Ann Surg*, 231(4): 529–37.
153. Ziv Y., Zbar A., Bar-Shavit Y. and Igov I. (2013). Low anterior resection syndrome (LARS): cause and effect and reconstructive considerations, *Tech Coloproctol*, 17: 151-162.
154. Zinzindohoue F., Pocard M., Haab F. et al (2002). A prospective study of sexual and urinary function before and after total mesorectal excision with autonomic nerve preservation for rectal cancer, *Surgery*, 131(4), pp. 368-72.
155. Phillips R. (2002). Anti-adenoma therapy in AFP, *International colorectal disease symposium*, Hong Kong, pp. 4-5.
156. Silverman P.M., Lyer R.B., Dubrow RA. and Charnsangavej C. (2002). Imaging in the Diagnosis, Staging, and Follow-up Colorectal Cancer, *American Journal of Roentgenology*, 179, pp. 3-13.
157. Yan L., Yin Y.H., Liang Y.G. et al (1998). Study on the cause of local recurrence of rectal cancer after curative resection: analysis of 213 cases, *WJG*, China, 4(6), pp. 527-9.
158. Nguyễn Văn Hiếu (2002). *Nghiên cứu độ xâm lấn của ung thư trực tràng qua lâm sàng, nội soi và siêu âm nội trực tràng*, Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học y Hà Nội.
159. Wong D. (2002). Complicated Colorectal Cancer: Locally recurrent rectal cancer, *International colorectal disease symposium 2002*, Hong Kong, pp. 81-84.

160. Philip Rubin and John T. Hansen (2012). Rectum. *TNM staging atlas with oncoanatomy*, 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins, chapter 32, p: 472-483.
161. Valentini V., van Stiphout R.G., Lammering G. et al (2011). Nomograms for predicting local recurrence, distant metastases, and overall survival for patients with locally advanced rectal cancer on the basis of European randomized clinical trials, *J Clin Oncol*, 29(23): 3163-3172.

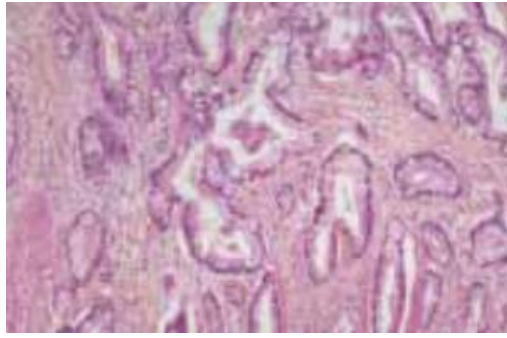
PHỤ LỤC MỘT SỐ ẢNH MINH HỌA



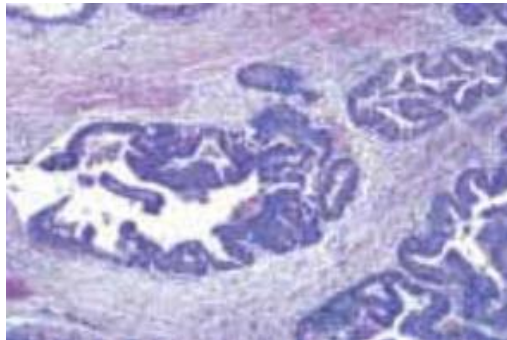
Tạo hình đại tràng quặt ngược chữ J cải biên dài khoảng 6cm



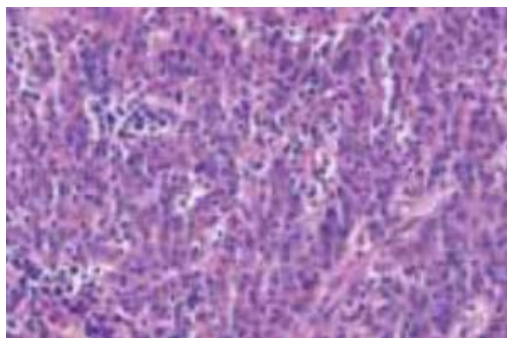
Hình ảnh đại thể UTTT sau phẫu thuật cắt nối máy



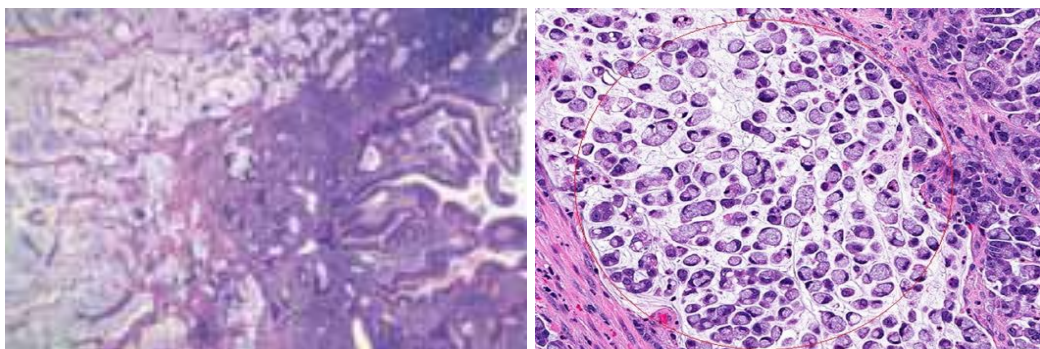
Hình ảnh vi thể Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao



Hình ảnh vi thể Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa



Hình ảnh vi thể Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa kém



Hình ảnh vi thể Ung thư biểu mô tuyến chế nhậy và tế bào nhẵn

MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

BỆNH VIỆN

Số hồ sơ bệnh án:

Khoa

PHẦN A: TRƯỚC MỔ

I. Hành chính.

1. Họ và tên:.....

2. Giới: nam (1).....nữ (2).....

3. Tuổi:.....

4. Nghề nghiệp: cán bộ (1)....; làm ruộng (2)....; cán bộ hưu (3)....; nội trợ (4).; khác (5).....

5. Địa chỉ liên lạc:.....

Điện thoại:.....

6. Nơi giới thiệu đến:.....tự đến.....

7. Ngày vào viện.....Ngày ra viện.....

II. Hỏi bệnh

1. Lý do vào viện:.....

2. Triệu chứng:

1 Đại tiện phân có nhầy máu 5 Đau tức hậu môn 9 Đau hạ vị

2 Cảm giác mót rặn, đi ngoài không hết phân 6 Nổi u vùng bụng 10 Đại tiện phân lỏng, sống phân.

3 Khuôn phân nhỏ, dẹt 7 Bán tắc ruột 11 Táo bón

4 Sút cân.....kg/tháng 8 Tắc ruột

Số lần đi ngoài trung bình trong 1 ngày: lần

Dấu hiệu khác:.....

3. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi bệnh nhân vào viện:

.....tuần.....tháng.....năm.....không rõ

4. Các chẩn đoán trước đây:

- | | | |
|------------------|--------------------------------|------------------|
| 1 Viêm đại tràng | 2 Polyp đại trực tràng | 3 Bệnh trĩ. |
| 4 K trực tràng | 5 Rối loạn chức năng đại tràng | 6 Chẩn đoán khác |

Ở Bao giờ.....

Được điều trị qua các tuyến

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1 Bệnh viện trung ương | 4 Bệnh viện quận, huyện |
| 2 Bệnh viện K, ung bướu | 5 Y tế cơ sở |
| 3 Bệnh viện tỉnh | 6 Phòng khám tư nhân |
| | 7 Y tế tư nhân |

5. Tiền sử

5.1. Bản thân: 1: có; 2: không

Uống rượu	1 ; 2	....năm	Viêm đại tràng mạn tính	1 ; 2	....năm
Hút thuốc	1 ; 2	....năm	Polyp đại trực tràng	1 ; 2	....năm
Bệnh tim mạch	1 ; 2	....năm	Đái tháo đường	1 ; 2	....năm
Bệnh lý khác:	1 ; 2	....năm	Ung thư khác	1 ; 2	....năm

5.2. Gia đình

Có người bị ung thư đại trực tràng	1 ; 2
Polyp đại trực tràng	1 ; 2
Các bệnh ung thư khác	1 ; 2
Đa polyp	1 ; 2

III. Khám bệnh

1. Toàn thân

Thể trạng:.....Chiều cao.....Cân nặng.....kg. PS=

Gầy sút.....kg trong.....tháng. Diện tích da.....m²

Mạch.....T⁰.....Huyết áp.....mmHg

	1: có	2: không	Ghi chú
Hội chứng thiếu máu:			
Hạch ngoại vi:			
Phù:			
Gây sút:			

Khác:

2. Bộ phận

Hình vẽ

Thăm trực tràng + nội soi trước điều trị

Khối u cách rìa hậu môn.....cm

Hình dạng:	Sùi	1	loét	2
	Sùi+loét	3	Thâm nhiễm	4
	Xơ chít hẹp	5		
Mật độ:	Mềm	1	cứng chắc	2
Ranh giới	Rõ	1	không rõ	2

Kích thước u:x.....x..... cm; đường kính lớn nhất:.....cm

* Thể tích khối u so với chu vi trực tràng

Không thấy u trong lòng trực tràng	0
Khối u chiếm đến 1/4 chu vi	1
Khối u chiếm đến 1/2 chu vi	2
Khối u chiếm đến 3/4 chu vi	3
Khối u chiếm đến 4/4 chu vi	4

* Đánh giá mức độ xâm lấn của u theo phân loại của Y. Mason:

1	u di động so với thành trực tràng
2	u di động so với tổ chức xung quanh
3	u di động hạn chế
4	u cố định

3. Các cơ quan khác:.....

.....
.....

IV. Cận lâm sàng:

1. Giải phẫu bệnh:(qua sinh thiết nội soi):.....

.....

2. Cộng hưởng từ, CT ổ bụng, tiểu khung:

	1: có	2: không	Ghi chú
Xâm lấn cơ quan xung quanh			
Hạch to ổ bụng			
Di căn gan			
Dịch ổ bụng			

3. Công thức máu:

Thời gian	Ngày	HC	HST(g/l)	TC	BC	BC hạt
Trước mổ						
Sau mổ						

4. Sinh hoá, miễn dịch máu:

Thời gian	Ngày	Urê	Creatinin	SGOT	SGPT	Glucose	CEA
Trước mổ							
Sau mổ							

5. Siêu âm ổ bụng:

	1: có	2: không	Ghi chú
Phát hiện u trực tràng			
Hạch to ổ bụng			
Di căn gan			
Dịch ổ bụng			

6. XQ phổi thẳng:

1 Có di căn

2 Không di căn

Có di căn phổi:.....: số lượng ổ di căn.....

Kích thước tổn thương di căn lớn nhất.....x.....x.....cm

Khác.....

7. Điều trị tân hỗ trợ: 1. Có

2. Không

Hóa trị: Phác đồ:.....số đợt:.....

Xạ trị: Tổng liều:.....phân liều:.....

Hóa xạ trị đồng thời:

Phác đồ:.....số đợt:.....

Tổng liều:.....phân liều:.....

8. Đánh giá giai đoạn trước điều trị tân hỗ trợ:

9. Đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật:

PHẦN B: TRONG MỔ

1. Phương pháp gây mê:.....

2. Cách thức phẫu thuật:.....

.....

3. Máy cắt nối sử dụng trong phẫu thuật:.....

.....

4. Thời gian phẫu thuật:

Ngày mổ:...../...../201....

Bắt đầu.....

Kết thúc:.....

Thời gian mổ:.....phút

5. Kíp mổ: PTV:.....phụ 1:.....phụ 2:.....

6. Mở thông bảo vệ miệng nối: 1. Có 2. Không. Loại:

7. Mô tả tổn thương trong mổ:.....

.....

.....

8. Đánh giá TNM trong mổ:.....

9. Tai biến và biến chứng trong mổ:

Tai biến	1: có	2: không	Ghi chú
Tử vong			
Chảy máu			
Tổn thương bàng quang			
Tổn thương niệu đạo sau			
Tổn thương niệu quản			
Tai biến khác			

10. Truyền máu trong mổ: 1. Có 2. Không

Số lượng:

PHẦN C: SAU MỔ

1. Thời gian trung tiện sau mổ

- 1 Hai ngày 2 Ba ngày 3 Bốn ngày
4 Năm ngày 5 Sáu ngày

2. Thời gian đi đại tiện lần đầu sau mổ

- 1 Hai ngày 2 Ba ngày 3 Bốn ngày
4 Năm ngày 5 Sáu ngày 6 Bảy ngày

3. Số lần đi cầu trong tháng đầu sau mổ

Số lần đi cầu/ngày	10 ngày đầu	Ngày thứ 10 - 20	Ngày thứ 20 - 30
1-3 lần/ngày			
4-5 lần/ngày			
>5 lần/ ngày			

4. Thời gian rút sonde tiêu

- 1 Hai ngày 2 Ba ngày 3 Bốn ngày
4 Năm ngày 5 Sáu ngày 6 Bảy ngày

Thời gian nằm viện hậu phẫu:.....ngày

5. Rối loạn chức năng bàng quang: 1. Có 2. Không

Mức độ: 1 Nặng 2 Nhẹ

Biểu hiện:.....

6. Đại tiện khó 1. Có 2. Không

7. Đại tiện không tự chủ: 1. Có 2. Không

8. Tai biến và biến chứng sau mổ

Tai biến	1: có	2: không	Ghi chú
Tử vong			
Chảy máu ổ bụng			
Chảy máu miệng nối			
Xì miệng nối khu trú (không mổ lại)			
Xì miệng nối gây viêm phúc mạc phải mổ lại			
Tắc ruột sau mổ			
Tiểu không tự chủ			
Nhiễm trùng vết mổ			
Biến chứng toàn thân khác			
Hẹp miệng nối			

9. Truyền máu sau mổ: 1: có 2: không

10. Giải phẫu bệnh:

Kết luận:.....

Phẫu tích bệnh phẩm	Kết quả (n)
Số hạch nạo vét được	
Số hạch nạo vét được dương tính	

Đại thể: Hình dạng

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. Thể sùi | 2. Thể loét |
| 3. Thể thâm nhiễm | 4. Thể sùi loét |

Kích thước u:

Diện cắt trên cách u:.....cm

Diện cắt dưới cách u:.....cm

Vi thể:.....

Độ mô học:

- | | | |
|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1. Biệt hóa cao | 2. Biệt hóa vừa | 3. Biệt hóa kém |
|-----------------|-----------------|-----------------|

Loại mô học:

- 1 Ung thư biểu mô tuyến
- 2 Ung thư biểu mô tuyến chế nhày
- 3 Ung thư biểu mô tế bào nhẵn
- 4 Ung thư biểu mô tế bào nhỏ
- 5 Ung thư biểu mô tế bào vảy
- 6 Ung thư biểu mô không biệt hóa
- 7 Ung thư tổ chức liên kết

Xét nghiệm diện cắt trực tràng.

1. còn tế bào ung thư.
2. không còn tế bào ung thư.
3. không xác định.

Xếp loại TNM sau mổ: T...N...M..., giai đoạn

11.Khoảng cách từ miệng nối đến rìa hậu môn:.....cm

12. Điều trị sau mổ

Hóa trị:

Phác đồ:.....số đợt:.....

Xạ trị:

Tổng liều:.....phân liều:.....

Hóa xạ trị đồng thời:

Phác đồ:.....số đợt:.....

Tổng liều:.....phân liều:.....

BẢN CUNG CẤP THÔNG TIN CHO ĐỐI TƯỢNG THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên nghiên cứu: ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN VÀ
NỐI MÁY TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG GIỮA VÀ THẤP

Phiên bản: Ngày...../...../.....

Tên nhà tài trợ:

Mã số đối tượng:

(Tài liệu này được thông báo đầy đủ đến các đối tượng tham gia nghiên cứu, không có trang hay phần nào trong tài liệu này được bỏ qua. Những nội dung trong tài liệu này được giải thích rõ bằng miệng với các đối tượng tham gia nghiên cứu)

1. Mục đích của nghiên cứu:

Trước đây, phẫu thuật cắt trực tràng phá hủy cơ thắt hậu môn là phương pháp phẫu thuật chính trong nhiều thập kỷ đối với ung thư trực tràng (UTTT) giữa và thấp, vì các tác giả tuân theo nguyên tắc cắt xa bờ khối u ít nhất 5 cm. Phương pháp điều trị này làm cho tâm lý bệnh nhân luôn nặng nề vì mất đi đường tiêu hoá tự nhiên, phải mang hậu môn nhân tạo suốt đời. Thời gian gần đây, kỹ thuật cắt đoạn trực tràng nối ngay bảo tồn cơ thắt hậu môn ngày càng phát triển và tỏ ra có hiệu quả. Tuy nhiên, nhiều trường hợp phẫu thuật UTTT nối bằng tay không thể thực hiện được hoặc thực hiện rất khó khăn do miệng nối sâu và khung chậu hẹp (nhất là ở nam giới).

Các loại máy cắt nối được chế tạo tại Hoa Kỳ và ngày càng được cải tiến đã thể hiện các ưu điểm là dễ thực hiện, rút ngắn thời gian phẫu thuật, tăng khả năng bảo tồn cơ thắt (BTCT) đặc biệt là các miệng nối thấp. Do đó, kỹ thuật cắt đoạn và khâu nối máy ngày càng được áp dụng nhiều trên lâm

sàng. Ở Việt Nam, máy cắt nối trực tràng đã được áp dụng tại một số bệnh viện trong đó có Bệnh viện K Hà Nội. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy trong UTTT giữa và thấp.

- Mục tiêu của nghiên cứu:

(1) Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư trực tràng đoạn giữa và thấp được phẫu thuật cắt nối máy.

(2) Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy bên tận có túi chữ J cải biên của nhóm bệnh nhân trên.

- Thời gian dự kiến nghiên cứu: Từ 01/2013 đến 10/2018

- Nghiên cứu sử dụng phương pháp can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng vào nghiên cứu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán UTTT giữa và thấp, u cách rìa hậu môn \leq 10cm, với mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến
- Bệnh nhân được phẫu thuật có kế hoạch, theo phương pháp cắt đoạn trực tràng nối máy, có biên bản phẫu thuật chi tiết.

3. Tiêu chuẩn loại trừ khỏi nghiên cứu

- Những bệnh nhân ung thư trực tràng không được phẫu thuật cắt nối bằng máy.
- Giải phẫu bệnh không phải là ung thư biểu mô tuyến: Lymphoma, ung thư biểu mô vảy,... hoặc di căn từ cơ quan khác đến.
- Không đầy đủ hồ sơ bệnh án.

4. Người đánh giá các thông tin cá nhân và y khoa để chọn lọc bạn tham gia vào nghiên cứu này: Chủ nhiệm đề tài và nghiên cứu viên.

5. Số người sẽ tham gia vào nghiên cứu: dự kiến 50

6. Những rủi ro hoặc bất lợi có thể xảy ra

→ Những rủi ro/bất lợi trước phẫu thuật:

- Chi phí bệnh nhân phải chi trả cho các phương tiện cắt nối máy cao mà bảo hiểm không chi trả hoặc chỉ chi trả một phần.

→ **Những rủi ro/bất lợi trong quá trình phẫu thuật:**

- Chảy máu trong mổ có thể phải truyền máu.
- Tổn thương ung thư trực tràng đánh giá trong quá trình phẫu thuật không thể thực hiện các phương pháp bảo tồn cơ thắt (tổn thương xâm lấn rộng ra xung quanh, tình trạng thành đại tràng sau thắt mạch...), hay nói cách khác bệnh nhân phải đeo túi hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

→ **Những rủi ro/bất lợi sau phẫu thuật:**

- Chảy máu sau phẫu thuật: tùy thuộc vào mức độ chảy máu mà quyết định phẫu thuật lại hay không
- Nhiễm trùng vết mổ đến bục vết mổ
- Rò/ bục miệng nối: tùy mức độ rò/ bục miệng nối có gây viêm phúc mạc hay không mà quyết định phẫu thuật lại.
- Tắc ruột sau mổ
- Suy hô hấp sau mổ
- Tử vong

7. Lợi ích của đối tượng và cộng đồng từ nghiên cứu

- Dễ thực hiện phẫu thuật, rút ngắn thời gian phẫu thuật
- Tăng khả năng phẫu thuật BTCT đặc biệt là các miệng nối thấp (không phải mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn)
- Nghiên cứu giúp phát triển và ứng dụng rộng rãi kỹ thuật cắt nối máy góp phần nâng cao chất lượng điều trị và chất lượng sống bệnh nhân.
- Người tham gia nghiên cứu được theo dõi chặt chẽ trong quá trình điều trị và sau điều trị. Được chăm sóc và điều trị kịp thời khi xảy ra các biến chứng của điều trị. Cũng như được đánh giá đầy đủ kết quả điều trị trong quá trình tái khám định kỳ.

- Người tham gia nghiên cứu được Bác sĩ chuyên khoa ung thư tư vấn đầy đủ, thường xuyên trong suốt quá trình chẩn đoán, điều trị, tái khám và khi có yêu cầu.
- Người tham gia nghiên cứu được tiếp nhận chu đáo, tôn trọng. Các thông tin về tình trạng bệnh, các thông tin cá nhân khác được quản lý bằng hồ sơ riêng và được giữ bí mật theo yêu cầu của người bệnh.

8. Những khoản được chi trả trong nghiên cứu

- Lập hồ sơ quản lý riêng.
- Chi phí liên hệ theo dõi, tái khám định kỳ.

9. Những phương pháp hoặc cách điều trị thay thế

- Sau khi được phẫu thuật, bệnh nhân được theo dõi và điều trị kịp thời các biến chứng và di chứng bằng phẫu thuật hoặc nội khoa.
- Bệnh nhân được tái đánh giá giai đoạn sau phẫu thuật và được lập kế hoạch điều trị hỗ trợ đầy đủ bằng hóa chất và hoặc tia xạ.

10. Trình bày phương pháp lưu giữ mật các hồ sơ nhưng có thể nhận dạng được đối tượng tham gia nghiên cứu:

- Các hồ sơ được quản lý chặt chẽ, riêng bằng mã số hồ sơ nghiên cứu và số bệnh án của bệnh viện K Hà Nội, được lưu giữ bí mật tại khoa Ung bướu, Bệnh viện Đà Nẵng.

11. Cơ quan quản lý có thể kiểm tra hồ sơ của đối tượng:

- Bệnh viện K Hà Nội.
- Bộ môn Ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Bộ Y Tế; Bộ Giáo Dục và Đào Tạo.

12. Vấn đề bồi thường/hoặc điều trị y tế nếu có thương tích xảy ra:

- Nghiên cứu được tiến hành trên tinh thần tự nguyện của người tham gia nghiên cứu. Người tham gia nghiên cứu cũng được giải thích đầy đủ, rõ ràng về lợi ích cũng như những rủi ro có thể xảy ra. Mặt khác, đây là nghiên cứu phi lợi nhuận và mang tính chất khoa học chứ không vì mục đích kinh tế. *Vì vậy không có vấn đề bồi thường khi xảy ra tai biến, biến chứng cũng như không có vấn đề bồi thường khi hiệu quả điều trị không đạt như mong muốn.*

13. Người để liên hệ khi có câu hỏi:

- Về nghiên cứu.
- Về quyền của đối tượng nghiên cứu.
- Trong trường hợp có thương tích liên quan đến nghiên cứu.

Người tham gia nghiên cứu hãy liên hệ:

Thạc sĩ, Bác sĩ Lê Quốc Tuấn.

Số điện thoại: 0904.274.442

Email: quoctuanbvdk@gmail.com

Địa chỉ cơ quan: Khoa Ung bướu, Bệnh viện Đà Nẵng.

124, Hải Phòng, Hải Châu, Đà Nẵng.

Điện thoại cơ quan: (0511)3821118

Đây là nghiên cứu khoa học và phi lợi nhuận. Người bệnh tham gia nghiên cứu trên tinh thần tự nguyện và có cam kết. Người bệnh không bị phạt nếu từ chối tham gia nghiên cứu và người bệnh tham gia nghiên cứu có thể dừng hoặc không tiếp tục tham gia vào bất kỳ thời điểm nào mà không bị mất quyền lợi.

Hà Nội, ngày tháng năm

Họ tên và chữ ký của nghiên cứu viên

Lê Quốc Tuấn

PHIẾU TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

*(Áp dụng cho đối tượng tình nguyện tham gia nghiên cứu
không cần bí mật danh tính)*

Họ và tên đối tượng:

Tuổi:

Địa chỉ:

Sau khi được bác sỹ thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ tiềm tàng và lợi ích của đối tượng tham gia vào nghiên cứu: **ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN VÀ NỐI MÁY TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG GIỮA VÀ THẤP**

Tôi (hoặc người đại diện trong gia đình) đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này (đồng ý lấy máu/nước tiểu, mô bệnh phẩm,... để xét nghiệm). Tôi xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu.

....., ngày tháng năm.....

Họ tên của người làm chứng

(Ký và ghi rõ họ tên)

Họ tên của Đối tượng

(Ký và ghi rõ họ tên)

ĐƠN TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

(Áp dụng cho đối tượng tình nguyện tham gia nghiên cứu cần phải bí mật danh tính)

Tôi,

Xác nhận rằng

- Tôi đã đọc các thông tin đưa ra cho nghiên cứu lâm sàng: **ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN VÀ NÓI MÁY TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG GIỮA VÀ THÁP**

Tại.....

(Phiên bản ICF....., ngày/...../....., Trang), và tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu.

- Tôi đã có thời gian và cơ hội được cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì.

Tôi đồng ý rằng các bác sỹ chăm sóc sức khỏe chính sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.

Đánh dấu vào ô thích hợp (quyết định này sẽ không ảnh hưởng khả năng bạn tham gia vào nghiên cứu): CÓ KHÔNG

Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này

Ký tên của người tham gia	Ngày / tháng / năm
Nếu cần,	
* Ghi rõ họ tên và chữ ký của người làm chứng	Ngày / tháng / năm
Ghi rõ họ tên và chữ ký của người hướng dẫn	Ngày / tháng / năm

- Số lần đại tiện/ngày (sau 3 tháng đầu):.....
- Số lần đại tiện/ngày (sau 6 tháng):.....
- Số lần đại tiện/ngày (sau 12 tháng):.....
- Số lần đại tiện/ngày (sau 18 tháng):.....
- Số lần đại tiện/ngày (sau 24 tháng):.....

5. Số lần đi cầu trong tháng đầu sau mổ:

Số lần đi cầu/ngày	10 ngày đầu	Ngày thứ 10 - 20	Ngày thứ 20 - 30
1-3 lần/ngày			
4-5 lần/ngày			
>5 lần/ ngày			

6. Tình trạng vết mổ:

Liên tốt

Sẹo lồi

Rò rỉ

7. Tình trạng đau bụng:

Không đau

Đau, nhưng chịu đựng được

Đau nhiều, phải dùng thuốc

8. Chức năng bàng quang:

Tiểu bình thường

Tiểu không hết bãi

Tiểu không tự chủ

Giảm áp lực nước tiểu

Bí tiểu (phải đặt sonde tiểu)

Tiểu rất

9. Khả năng sinh hoạt tình dục (SHTD) so với trước mổ (riêng với bệnh nhân nam giới):

Bình thường

Giảm nhưng có hồi phục

Hồi phục từ tháng thứ sau mổ

Rối loạn cương dương

Rối loạn xuất tinh

Biểu hiện rối loạn cương dương:

- Không cương dương vật
- Cương dương vật nhưng không đủ để đạt giao hợp
- Không có cảm giác cực khoái

Biểu hiện rối loạn xuất tinh:

- Không xuất tinh
- Xuất tinh sớm
- Xuất tinh ngược

10. Các thăm khám, xét nghiệm đã được làm:

- | | |
|---|--|
| Siêu âm ổ bụng <input type="checkbox"/> | XQ phổi <input type="checkbox"/> |
| Nội soi đại trực tràng <input type="checkbox"/> | Xét nghiệm máu <input type="checkbox"/> |
| Chụp CT ổ bụng <input type="checkbox"/> | Thăm hậu môn trực tràng <input type="checkbox"/> |

Đánh giá tái phát, di căn:.....
.....

11. Các điều trị hỗ trợ ngay sau phẫu thuật:

Hóa trị: Phác đồ:.....số đợt:.....

Xạ trị: Tổng liều:.....phân liều:.....

Hóa xạ trị đồng thời:

Phác đồ:.....số đợt:.....

Tổng liều:.....phân liều:.....

12. Các biện pháp điều trị khi tái phát:

Phẫu thuật lại tại:.....

Kết quả phẫu thuật

Khỏi Đỡ Như cũ Nặng lên

Thông tin phẫu thuật:

.....
.....
.....

Hóa chất: tại..... phác đồ..... số đợt:.....

Xạ trị: Tổng liều:.....phân liều:.....

13. Nếu bệnh nhân đã mất (chết), xin thân nhân trả lời các câu hỏi dưới đây:

Xin cho biết ngày chết: ngày... tháng ...năm....

Theo ý kiến gia đình bệnh nhân, chết là do:

- Già yếu
- Tai nạn hoặc bệnh khác
- Do bệnh K trực tràng

Xin mô tả tình trạng bệnh nhân trước khi chết: (chú ý: gầy yếu, ăn không tiêu, chảy máu, nổi hạch toàn thân).....

.....
.....
.....

Nguyện vọng của Ông (bà) hoặc gia đình:.....

.....

Nếu còn giấy tờ liên quan đến khám chữa bệnh, kết quả các xét nghiệm ở các cơ sở y tế xin gửi kèm theo thư này (có thể gửi kèm bản photo). Sau khi trả lời, xin bỏ vào phong bì kèm theo, gửi lại cho chúng tôi càng sớm càng tốt.

Ngày trả lời..... tháng.... năm.....

Người trả lời ký tên (ghi rõ họ tên)

(Nếu là thân nhân, ghi rõ quan hệ với người bệnh)

**DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU
TẠI BỆNH VIỆN K**

STT	Họ và tên	Tuổi	Số hồ sơ	Giới	Ngày vào viện
1	DOAN VAN C.	52	13100186	Nam	07.01.13
2	HOANG MINH PH.	51	13100489	Nam	14.01.13
3	LE VAN PH.	32	13300126	Nam	31.01.13
4	PHAM THI T.	64	13101716	Nữ	11.03.13
5	LE VAN TH.	73	13102222	Nam	21.03.13
6	NGUYEN VAN C.	66	13102033	Nam	22.03.13
7	NGUYEN NGOC TH.	76	13102215	Nam	28.03.13
8	DOAN THI S.	62	13102219	Nữ	28.03.13
9	DANG DUC TH.	68	13052143	Nam	28.03.13
10	LAI VAN H.	75	13102360	Nam	11.04.13
11	PHAM QUOC TR.	56	13103980	Nam	10.05.13
12	HA THI NG.	71	13103469	Nữ	13.05.13
13	CAN VAN S.	63	13103493	Nam	13.05.13
14	LE VAN H.	68	13103793	Nam	21.05.13
15	HA VAN V.	67	13104557	Nam	13.06.13
16	PHAM THI N.	58	13105383	Nữ	10.07.13
17	PHAM THI XUAN T.	71	13106536	Nữ	23.07.13
18	PHAM HUU CH.	53	13301357	Nam	24.07.13
19	DO NANG TH.	72	13107058	Nam	05.08.13
20	TRAN THI CH.	54	13107134	Nữ	07.08.13
21	NGUYEN THI L.	55	13190362	Nữ	23.08.13
22	LE VAN H.	52	13301631	Nam	03.09.13

23	VU THI M.	71	13108312	Nữ	11.09.13
24	VU HANH L.	78	13108842	Nam	30.09.13
25	NGUYEN THI L.	66	13108575	Nữ	21.10.13
26	HOANG THI C.	77	13108723	Nữ	24.10.13
27	PHAM DUC D.	59	13110899	Nam	25.12.13
28	TRAN THI M.	62	14101417	Nữ	27.02.14
29	LUONG VAN H.	52	14102692	Nam	11.04.14
30	TRAN THI H.	56	14103022	Nữ	17.04.14
31	TO THI TH.	70	14103338	Nữ	25.04.14
32	DO THI D.	57	14103501	Nữ	25.04.14
33	LUONG THI B.	53	14103553	Nữ	26.04.14
34	PHAM THI V.	64	14103980	Nữ	20.05.14
35	DOAN THI PH.	41	14301993	Nữ	09.06.14
36	NGUYEN VAN T.	60	14104499	Nam	26.06.14
37	VU CHI TH.	66	14104772	Nam	01.07.14
38	NGUYEN GIANG H.	50	14502700	Nam	16.07.14
39	BUI DINH D.	66	14105076	Nam	21.07.14
40	NGO VAN TR.	57	14105141	Nam	31.07.14
41	NGUYEN THI T.	56	14105211	Nữ	05.08.14
42	VU THI THUY NH.	42	14105291	Nữ	11.08.14
43	NGUYEN THI NH.	72	16104872	Nữ	11.10.16
44	NGUYEN QUANG H.	60	16104955	Nam	17.10.16
45	HOANG THI NH.	58	16105302	Nữ	02.11.16
46	DO TIEN C.	53	16105550	Nam	16.11.16
47	TRINH NGOC C.	58	16105869	Nam	07.12.16
48	HOANG QUOC M.	61	17100175	Nam	12.01.17

49	PHUNG THI S.	53	17100327	Nữ	06.02.17
50	TRINH THI H.	55	17100446	Nữ	13.02.17
51	NGUYEN VAN D.	58	17100474	Nam	14.02.17
52	LE THI TH.	55	17101207	Nữ	27.03.17
53	PHAN THI U.	53	17101817	Nữ	18.04.17
54	NGUYEN THI L.	67	17103415	Nữ	14.07.17
55	PHAM MINH TH.	62	171047830	Nam	29.08.17
56	LE DINH H.	56	171074962	Nam	11.09.17

Hà Nội, ngày tháng năm

XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI HƯỚNG DẪN XÁC NHẬN CỦA BỆNH VIỆN K