

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ QUỐC PHÒNG**

**VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108**

**HỮU HOÀI ANH**

**NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT ĐẠI TRÀNG  
NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TRÁI**

**Chuyên ngành : Ngoại tiêu hóa**

**Mã số : 62720125**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**HÀ NỘI - 2017**

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI  
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108**

**Người hướng dẫn khoa học:**

**GS.TS. TRỊNH HỒNG SƠN**

**Phản biện 1:**

**Phản biện 2:**

**Phản biện 3:**

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường, họp tại Viện NCKH Y Dược Lâm Sàng 108.

vào hồi: giờ ngày tháng năm 2017.

**Có thể tìm hiểu luận án tại:**

1. Thư viện Quốc Gia.  
Thư viện Viện NCKH Y Dược Lâm Sàng 108

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một bệnh lý khá phổ biến. Theo Macrae F. A (2016), trên thế giới mỗi năm có khoảng 1,4 triệu trường hợp mới mắc và 649.000 trường hợp tử vong do ung thư đại trực tràng. Tại Việt Nam, theo ghi nhận của Bệnh viện K, Hà Nội thấy ung thư đại tràng đứng hàng thứ 5 sau ung thư dạ dày, phổi, vú và vòm họng, với tần suất mắc bệnh 11,2/100.000 dân.

Năm 1990, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt đại tràng được thực hiện lần đầu tiên bởi Jacobs M (Mỹ). Tại Việt Nam, PTNS điều trị ung thư đại tràng được thực hiện đầu tiên tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (năm 2000). Sau đó, kỹ thuật này ngày càng được ứng dụng rộng rãi tại các Trung tâm có trang thiết bị của PTNS.

Phẫu thuật cắt đại tràng nội soi điều trị UTĐT trái được chỉ định điều trị ung thư đại tràng từ giữa đại tràng ngang bên trái tới đại tràng sigma. Tùy theo vị trí và giai đoạn bệnh, có thể tiến hành cắt đại tràng sigma, cắt đại tràng trái cao, cắt nửa đại tràng trái, kết hợp với nạo vét hạch triệt để.

Trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã có một số báo cáo về ứng dụng cắt đại tràng trái nội soi điều trị ung thư đại tràng. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào mang tính hệ thống về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: "**Nghiên cứu kết quả phẫu thuật cắt đại tràng nội soi điều trị ung thư đại tràng trái**", với 2 mục tiêu:

1. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư đại tràng trái được phẫu thuật cắt đại tràng nội soi.*
2. *Đánh giá kết quả của phẫu thuật cắt đại tràng nội soi điều trị ung thư đại tràng trái và một số yếu tố liên quan.*

## NHỮNG ĐÓNG MỚI CỦA ĐỀ TÀI

Đề tài đã có một số đóng góp mới:

- Kết quả nghiên cứu làm rõ thêm các triệu chứng lâm sàng của nhóm bệnh ung thư đại tràng trái được phẫu thuật nội soi: đại tiện ra máu: 79,5%, đau bụng: 67,9%, rối loạn phân: 65,4%. Nghiên cứu cho thấy nội soi đại tràng ống mềm có giá trị chẩn đoán xác định cao, nhưng chẩn đoán vị trí u thấy tỷ lệ chưa phù hợp tới 19,3%. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có giá trị chẩn đoán vị trí u, tuy nhiên tỷ lệ chẩn đoán kích thước u chưa phù hợp vẫn gặp 2,6%.

- Nghiên cứu cho thấy kết quả cắt đại tràng nội soi điều trị ung thư đại tràng. Kết quả: thời gian mổ ngắn: 110,1 phút, lượng máu mất ít: 47,8ml, tai biến thấp: chảy máu 1,3%, tỷ lệ chuyển mổ mở thấp 1,3%. Biến chứng sau mổ gặp 10,4% (chảy máu: 3,9%, rò miệng nối: 1,3%, nhiễm khuẩn vết mổ: 3,9%, viêm phổi: 1,3%). Thời gian trung tiện trung bình sau mổ là 2,8 ngày. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ:  $7,3 \pm 2,1$  ngày. Kết quả xa thấy: thời gian sống thêm không bệnh trung bình dài: 54,8 tháng. Tỷ lệ tái phát theo tính theo phương pháp Kaplan-Meier sau mổ 1, 2, 3, 4, 5 năm lần lượt là 5,4%, 8,3%, 13%, 21,8%, 36,3%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình dài: 57,8 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tính theo phương pháp Kaplan-Meier sau 1, 2, 3, 4, 5 năm lần lượt là 98,7%, 94,3%, 92,6%, 90,3%, 85,5%. Như vậy, cắt đại tràng nội soi điều trị ung thư đại tràng trái an toàn và hiệu quả.

- Kết quả nghiên cứu còn cho thấy một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ tái phát và thời gian sống thêm bao gồm: kích thước u, di căn xa, di căn hạch, giai đoạn bệnh và CEA.

## CẤU TRÚC LUẬN ÁN

**Luận án 125 trang gồm:** Đặt vấn đề: 2 trang; Tổng quan tài liệu: 31 trang; Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 20 trang; Kết quả nghiên cứu: 30 trang; Bàn luận: 39 trang; Kết luận: 2 trang; Kiến nghị: 1 trang.

## TỔNG QUAN TÀI LIỆU

### 1. Đặc điểm giải phẫu của đại tràng trái

Đại tràng trái nằm ở nửa bụng trái từ nửa trái của đại tràng ngang tới hết đại tràng sigma. Được cấp máu bởi động mạch mạc treo tràng dưới, có tĩnh mạch, bạch huyết và thần kinh đi kèm vì vậy được tính như một đơn vị phẫu thuật. Đại tràng trái chia thành các đoạn: nửa bên trái của đại tràng ngang, đại tràng xuống và đại tràng sigma.

Động mạch mạc treo tràng dưới tách ra từ động mạch chủ bụng ở ngang mức đốt sống thắt lưng 2, đi xuống dưới chia ra nhánh. Động mạch đại tràng trái cấp máu cho đại tràng xuống. Các động mạch đại tràng sigma gồm 2 hoặc 3 ngành, cấp máu cho đại tràng sigma. Động mạch mạc treo tràng dưới có vòng nối với các động mạch khác và các nhánh nối với nhau. Điểm tiếp nối của các vòng nối chính là giới hạn để cắt đại tràng trong phẫu thuật đại tràng trái

Hệ thống bạch huyết được chia làm 4 chặng: chặng hạch trong thành đại tràng nằm trên thành ruột dưới lớp thanh mạc, chặng hạch cạnh đại tràng nằm dọc theo các cung động mạch, chặng hạch trung gian nằm dọc theo các động mạch mạc treo, chặng hạch chính các hạch chính nằm quanh gốc ĐMMTTD.

### 2. Giải phẫu bệnh và giai đoạn bệnh của ung thư đại tràng

#### 2.1. Giải phẫu bệnh

Đại thể: thể sùi, thể loét, thể thâm nhiễm, thể nhẵn, thể dưới niêm mạc.

Vi thể: Ung thư biểu mô tuyến đại tràng chiếm trên 90% và chia thành các loại biệt hoá cao, vừa, thấp. Còn lại ung thư có nguồn gốc từ: u nội tiết, u mô đệm đường tiêu hóa, u lympho, Sarcom từ các tế bào ở mạch máu, thần kinh, các lớp cơ và mô liên kết của thành của đại tràng.

#### 2.2. Giai đoạn bệnh

Chẩn đoán giai đoạn bệnh UTĐT giúp cho việc lựa chọn phương pháp điều trị hợp lý và để tiên lượng bệnh. Có nhiều cách phân loại được giới thiệu, nhưng phân loại theo hệ thống TNM được sử dụng nhiều nhất:

T : u nguyên phát: T<sub>0</sub>, T<sub>is</sub>, T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>4a</sub>, T<sub>4b</sub>.

N: hạch vùng: N<sub>0</sub>, N<sub>1a</sub>, N<sub>1b</sub>, N<sub>1c</sub>, N<sub>2a</sub>, N<sub>2b</sub>

M: di căn xa: M<sub>0</sub>, M<sub>1a</sub>, M<sub>1b</sub>

Bảng phân chia giai đoạn UTĐT của AJCC (2010) đối chiếu Dukes và MAC

| Giai đoạn bệnh | T                               | N                               | M               | Dukes | MAC   |
|----------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------|-------|-------|
| 0              | T <sub>is</sub>                 | N <sub>0</sub>                  | M <sub>0</sub>  | -     | -     |
| I              | T <sub>1</sub>                  | N <sub>0</sub>                  | M <sub>0</sub>  | A     | A     |
|                | T <sub>2</sub>                  | N <sub>0</sub>                  | M <sub>0</sub>  | A     | B1    |
| IIA            | T <sub>3</sub>                  | N <sub>0</sub>                  | M <sub>0</sub>  | B     | B2    |
| IIB            | T <sub>4a</sub>                 | N <sub>0</sub>                  | M <sub>0</sub>  | B     | B2    |
| II C           | T <sub>4b</sub>                 | N <sub>0</sub>                  | M <sub>0</sub>  | B     | B3    |
| IIIA           | T <sub>1-2</sub>                | N <sub>1</sub> /N <sub>1c</sub> | M <sub>0</sub>  | C     | C1    |
|                | T <sub>1</sub>                  | N <sub>2a</sub>                 | M <sub>0</sub>  | C     | C1    |
| IIIB           | T <sub>3</sub> -T <sub>4a</sub> | N <sub>1</sub> /N <sub>1c</sub> | M <sub>0</sub>  | C     | C2    |
|                | T <sub>2</sub> -T <sub>3</sub>  | N <sub>2a</sub>                 | M <sub>0</sub>  | C     | C1/C2 |
|                | T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>  | N <sub>2b</sub>                 | M <sub>0</sub>  | C     | C1    |
| IIIC           | T <sub>4a</sub>                 | N <sub>2a</sub>                 | M <sub>0</sub>  | C     | C1    |
|                | T <sub>3</sub> -T <sub>4a</sub> | N <sub>2b</sub>                 | M <sub>0</sub>  | C     | C2    |
|                | T <sub>4b</sub>                 | N <sub>1</sub> -N <sub>2</sub>  | M <sub>0</sub>  | C     | C3    |
| IVA            | T bất kỳ                        | N bất kỳ                        | M <sub>1a</sub> | -     | -     |
| IVB            | T bất kỳ                        | N bất kỳ                        | M <sub>1b</sub> | -     | -     |

### 3. Điều trị phẫu thuật ung thư đại tràng trái

#### 3.1. Phẫu thuật triệt căn

- Nguyên tắc phải lấy bỏ triệt để, tối đa tổ chức ung thư là loại bỏ đoạn đại tràng ung thư cùng với mạc treo có mạch máu chính, hệ bạch huyết và tạng di căn, phục hồi lại lưu thông ruột.

- Phẫu thuật cắt đại tràng điều trị ung thư đại tràng trái bao gồm:

Cắt nửa đại tràng trái là cắt bỏ từ phần bên trái đại tràng ngang, đại tràng xuống, đại tràng sigma, cắt bỏ mạch mạc treo tràng dưới.

Cắt đại tràng trái cao là cắt bỏ từ phần bên trái đại tràng ngang, đại tràng xuống, cắt bỏ mạch đại tràng trái.

Cắt đoạn đại tràng sigma là cắt bỏ từ phần dưới trái đại tràng xuống, đại tràng sigma, cắt bỏ mạch mạc treo sigma.

- Phẫu thuật cắt xâm lấn, di căn xa của ung thư đại tràng.

### **3.2. Phẫu thuật tạm thời**

Ung thư đại tràng giai đoạn muộn, có biến chứng, thể trạng bệnh nhân yếu... chỉ định phẫu thuật tạm thời:

- Cắt u không triệt để loại bỏ các biến chứng tắc ruột, chảy máu, thủng.

- Làm hậu môn nhân tạo.

- Nối tắt khi không cắt được u.

### **3.3. Phẫu thuật nội soi**

Năm 1990, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt đại tràng được thực hiện lần đầu tiên bởi Jacobs M (Mỹ). Phẫu thuật cắt đại tràng nội soi điều trị UTĐT trái được chỉ định điều trị ung thư đại tràng từ giữa đại tràng ngang bên trái tới đại tràng sigma. Tùy theo vị trí và giai đoạn bệnh, có thể tiến hành cắt đại tràng sigma, cắt đại tràng trái cao, cắt nửa đại tràng trái, kết hợp với nạo vét hạch triệt để.

Nhiều nghiên cứu cho thấy những ưu việt của cắt đại tràng nội soi so với cắt đại tràng mở điều trị ung thư đại tràng trái: giảm đau sau mổ, thời gian phục hồi nhanh, người bệnh sớm trở về hoạt động bình thường... Kết quả lâu dài về thời gian sống sau mổ tương đương mổ mở.

### **4. Nghiên cứu lâm sàng của bệnh nhân ung thư đại tràng trái**

Triệu chứng lâm sàng ung thư đại tràng trái nằm trong bệnh cảnh chung của UTĐT, nhưng có một số đặc điểm khác nhau giữa đại tràng phải và trái. Các thăm dò cận lâm sàng chẩn đoán: nội soi đại tràng ống mềm, chụp cắt lớp vi tính, các xét nghiệm chất chỉ điểm ung thư.

#### *Thế giới*

Thống kê của Naitoh T trên 3522 trường hợp ung thư đại tràng tại Nhật có tỷ lệ ung thư đại tràng trái 68%. Triệu chứng đi ngoài ra máu 61%, rối loạn phân 27%, sờ thấy u 1%.

Macrae F. A nhận xét triệu chứng lâm sàng của UTĐT phụ thuộc vị trí u. Những bệnh nhân UTĐT trái thường có triệu chứng đại tiện nhày máu, đau quặn và dễ gây tắc ruột. Nội soi đại tràng ống mềm có độ nhạy 94,7%. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có độ nhạy trong phát hiện di căn xa từ

75% đến 87% tốt hơn phát hiện hạch từ 45% đến 73%. Độ nhạy của CEA trong chẩn đoán thấp 46%, độ đặc hiệu 89%.

#### *Việt Nam*

Nghiên cứu của Đoàn Thành Công có tuổi trung bình 57,1, tỷ lệ nam/nữ 1,5. Triệu chứng gây sút cân 88,5%, đau bụng 84,2%, đại tiện phân máu 82,8%, rối loạn phân 80%. Nội soi đại tràng ống mềm rất có giá trị chẩn đoán, tỷ lệ chẩn đoán đúng 94,3%.

Nghiên cứu của Nguyễn Cường Thịnh có nam 62,5%, nữ 37,5%, tuổi trung bình 54. Triệu chứng lâm sàng: đau bụng 82,2%, đại tiện ra máu 83,6%, sút cân 44,7%, rối loạn phân 41,4%, thiếu máu 25%. Kết quả giải phẫu bệnh ung thư biểu mô tuyến 100%.

### **5. Nghiên cứu kết quả cắt đại tràng nội soi điều trị ung thư đại tràng trái và một số yếu tố liên quan.**

#### *Thế giới*

Naitoh T có tỷ lệ nam/nữ 1,5, tuổi trung bình 62,4. Thời gian phẫu thuật 184 phút, lượng mất máu 53,5ml, tỷ lệ chuyển mổ mở 4,1%, biến chứng 6,6%, tỷ lệ tử vong 4,1%. Tỷ lệ tái phát 14,9%, tỷ lệ sống 5 năm sau mổ giai đoạn II 95,7%, III A/B 84,1%, III C 66,8%. Không khác nhau đáng kể tỷ lệ sống thêm không bệnh giữa các giai đoạn bệnh.

Lechaux D tuổi trung bình 67, cắt nửa đại tràng trái 15% và cắt đại tràng sigma 85%, chuyển mổ mở 11%. Giai đoạn Dukes A 27%, Dukes B 34%, Dukes C 26%, Dukes D 13%. Tái phát bệnh 11%, tử vong 28%. Tỷ lệ sống 5 năm sau mổ Dukes A và Dukes B 85%, Dukes C 61% và Dukes D 8%.

#### *Việt nam*

Nghiên cứu của Phạm Đức Huân có tỷ lệ chuyển mổ mở 8,6%, thời gian mổ trung bình 131 phút. Không có tử vong do mổ, biến chứng 13,2%, thời gian phục hồi sức khỏe trung bình là 4,5 ngày.

Nghiên cứu của Nguyễn Cường Thịnh cắt đại tràng sigma 79,6%, cắt đại tràng trái 14,5%, cắt đoạn đại tràng trái 5,9%. Thời gian mổ trung bình 115 phút. Biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ 7,9%, rò miệng nối 2,6%, không có tử vong do mổ. Thời gian nằm viện trung bình 7,4 ngày. Tỷ lệ sống sau 3 năm 85,5%.

#### *Một số yếu tố liên quan tiên lượng xa*



Các yếu tố tiên lượng xa là mối quan tâm của các phẫu thuật viên để dự đoán kết quả điều trị: vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn của khối u, di căn hạch, di căn xa, giai đoạn bệnh, các phương pháp cắt đại tràng, nồng độ CEA và độ biệt hoá tế bào.

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu**

Gồm các bệnh nhân ung thư đại tràng trái được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Hữu Nghị, từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 7 năm 2014, do một nhóm phẫu thuật viên của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Việt Đức tiến hành, có sự thống nhất về chỉ định, quy trình kỹ thuật mổ, đánh giá kết quả.

#### **1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng trái.
- Bệnh nhân đồng ý mổ cắt đại tràng nội soi.
- Kết quả giải phẫu bệnh lý xác định là ung thư đại tràng.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đảm bảo các thông tin chỉ tiêu nghiên cứu.

#### **1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân chống chỉ định PTNS: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh tim mạch nặng, bệnh nhân có mổ cũ lớn ổ bụng nguy cơ dính nhiều, bệnh nhân có rối loạn đông máu nặng...
- Bệnh nhân ung thư đại tràng trái được chẩn đoán trước mổ có di căn tạng, biến chứng tắc ruột, vỡ đại tràng...
- Kết quả giải phẫu bệnh lý sau mổ không phải ung thư đại tràng.
- Không đủ thông tin theo chỉ tiêu nghiên cứu.

### **2. Phương pháp nghiên cứu**

#### **2.1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng, không đối chứng.

#### **2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu**

$$\text{Tính theo công thức: } n = \frac{Z^2 (1 - \alpha \frac{1}{2}) pq}{d^2}$$

n: cỡ mẫu

$$Z(1 - \frac{\alpha}{2}) = 1,96 \text{ (giá trị tới hạn với } \alpha = 0,05)$$

p: Tỷ lệ phẫu thuật thành công (phẫu thuật thành công được coi là bệnh nhân không phải chuyển mổ mở, trong một số nghiên cứu có tỷ lệ trung bình khoảng 95%). Vì vậy  $p = 95\%$

$$q = 1 - p$$

d: Sai số chấp nhận được (0,05)

$$n = 73$$

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu cần là 73.

### **2.3. Quy trình phẫu thuật thực hiện trong nghiên cứu**

Có 3 phương pháp cắt đại tràng: cắt nửa đại tràng trái, cắt đại tràng sigma, cắt đại tràng trái cao.

Chuẩn bị bệnh nhân phương tiện phẫu thuật

Kỹ thuật phẫu thuật nội soi gồm 5 bước

### **2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu**

*Đặc điểm bệnh nhân:* tuổi, giới, bệnh lý kèm theo

*Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng:* cơ năng, thực thể, nhóm máu, CEA, nội soi đại tràng ống mềm, chụp cắt lớp ổ bụng.

*Kết quả cắt đại tràng trái nội soi và một số yếu tố liên quan:*

Kết quả trong mổ: Vị trí, kích thước u, tạng di căn xử trí, kỹ thuật khâu nối, thời gian phẫu thuật, tai biến, chuyển mổ mở, lượng máu mất, số bệnh nhân truyền máu, số hạch vét được.

Kết quả sớm: mức độ đau, thời gian hồi phục sau mổ, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện, đánh giá giai đoạn bệnh.

Kết quả xa: Thời gian sống thêm không bệnh và tỷ lệ tái phát. Thời gian sống thêm toàn bộ và tỷ lệ sống thêm toàn bộ. Phân tích một số yếu tố liên quan: vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn của khối u, di căn hạch, di căn xa, giai đoạn bệnh, các phương pháp cắt đại tràng, nồng độ CEA và độ biệt hoá tế bào.

### **3. Thu thập và xử lý số liệu**

Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

Các biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình. So sánh kết quả giữa các biến liên tục bằng test t-student. Các biến định tính thứ tự

và rời rạc trình bày dưới dạng tỷ lệ %. So sánh kết quả các biến định tính bằng kiểm định khi bình phương ( $\chi^2$ ).

Thời gian sống sau mổ và một số yếu tố ảnh hưởng được tính bằng phương pháp ước tính Kaplan-Meier.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi trung bình  $61,5 \pm 11,1$  (27 - 88), 39,7% nhóm tuổi 60 - 69

Giới nam 52,6%, nữ 48,7%, tỷ lệ nam /nữ 1,1.

Bệnh kết hợp: tim mạch 32,1%, nội tiết 7,7%.

### 2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

#### 2.1. Triệu chứng lâm sàng

Cơ năng đại tiện phân máu 79,5%, đau bụng, 67,9%, rối loạn phân 65,4%.

Thực thể: sút cân 37,2%, sờ thấy u 10,3%

#### 2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

Xét nghiệm nhóm máu bệnh nhân nhóm máu O chiếm tỷ lệ cao nhất 50%.

Xét nghiệm CEA < 5ng/l 51,3%, CEA 5-10ng/l 28,2%, CEA >10ng/l 20,5%.

Nội soi u vị trí u ở đại tràng sigma 69,2%, u hẹp >3/4 chu vi 70,5%, thở nhẵn 48,7%.

Chụp CT u đại tràng sigma 85,9%, kích thước u 3-5cm 64,1%.

### 3. Kết quả

#### 3.1. Trong mổ

*Đánh giá tổn thương:* Tỷ lệ phù hợp vị trí u giữa nội soi với trong phẫu thuật 80,7%, chưa phù hợp 19,3%. Tỷ lệ phù hợp kích thước u trên cắt lớp vi tính và sau phẫu thuật 97,4%, chưa phù hợp 2,6%.

*Loại cắt đại tràng:* cắt đại tràng sigma 85,7%, đại tràng trái cao 8,7%, nửa đại tràng trái 6,5%. Liên quan vị trí u với loại cắt đại tràng 87% u ở đại tràng sigma có 85,7% được cắt đại tràng sigma. 6,5% u ở đại tràng xuống 5,2% được cắt nửa đại tràng trái. 6,5% u đại tràng góc lách được cắt đại tràng trái cao. 4 bệnh nhân 5,2% có u ở vị trí đại tràng xuống và 1 bệnh nhân 1,3% có u ở đại tràng sigma được chỉ định cắt nửa đại tràng trái do khối u nằm gần vùng ranh giới giữa đại tràng xuống và đại tràng sigma. Liên quan kích thước u với loại cắt đại tràng: trong 85,7% cắt đại tràng sigma thì 19,5% có u < 3cm, 61% có u 3 - 5cm.

*Kỹ thuật khâu nối đại tràng*; nối bằng máy 88,3%, nối tay 11,7%

*Kết quả chung*: chuyển mổ mở 1,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình  $110,1 \pm 43,8$  phút (60-250), lượng máu mất trung bình  $47,8 \pm 15,3$ ml (50 - 300), tai biến trong mổ 1,3% chảy máu do tổn thương lách, không có tử vong do mổ.

*Liên quan thời gian mổ và vị trí u*: có khác nhau nhưng chưa có ý nghĩa  $P = 0,334$

*Liên quan thời gian mổ và kích thước*: u khác nhau với  $P = 0,023$

*Số lượng hạch vét được*: trung bình 19,8 hạch

### 3.2. Kết quả sớm

*Mức độ đau*: Điểm VAS trung bình lúc nghỉ ngơi ngày thứ nhất sau mổ  $2,5 \pm 2,7$  và ngày thứ tư là  $2,3 \pm 2,5$ , lúc vận động ngày thứ nhất sau mổ  $3,7 \pm 3,6$  và ngày thứ tư là  $3,2 \pm 2,9$ .

*Thời gian hồi phục*: trung tiện  $2,8 \pm 1,1$  ngày, vận động  $1,5 \pm 0,8$

*Biến chứng*: 10,4% trong đó: chảy máu sau mổ 3,9%, rò miệng nối 1,3%, nhiễm khuẩn vết mổ 3,9%, viêm phổi 1,3%.

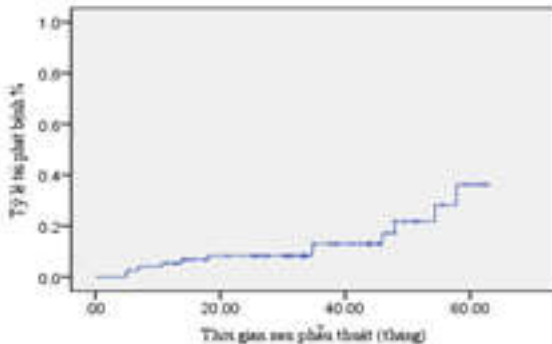
*Ngày nằm viện*: trung bình  $7,3 \pm 2,1$  (5 - 30) ngày

*Phân loại TNM*: xâm lấn T4 62,3%, di căn hạch 29,9%, 9,1% di căn xa phát hiện được trong mổ. Giai đoạn T<sub>4</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> tương ứng Dukes B chiếm tỷ lệ cao nhất 42,9%.

*Loại tế bào và độ biệt hóa tế bào*: 100% ung thư biểu mô tuyến, ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, cao, thấp lần lượt là 57,7%, 24,3%, 7,7%.

### 3.3 Kết quả xa và một số yếu tố liên quan

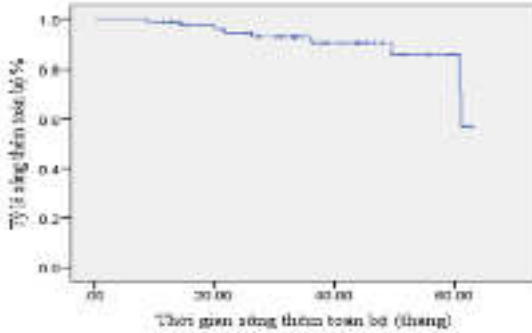
*Tỷ lệ tái phát*: tỷ lệ bệnh nhân tái phát đến khi kết thúc nghiên cứu 16,2%.



**Biểu đồ. Thời gian tái phát**

Thời gian tái phát trung bình  $54,8 \pm 2,1$  tháng, tỷ lệ tái phát sau 1, 2, 3, 4, 5 năm tính theo phương pháp Kaplan-Meier 5,4%, 8,3%, 13,0%, 21,8%, 36,3%.

*Tỷ lệ tử vong*: tỷ lệ bệnh nhân tử vong đến khi kết thúc nghiên cứu 11,8%.



### **Biểu đồ 3.4. Thời gian sống thêm toàn bộ**

Thời gian sống thêm toàn bộ  $57,8 \pm 1,6$  tháng tỷ lệ tử vong sau 1, 2, 3, 4, 5 năm tính theo phương pháp Kaplan-Meier 98,7%, 94,3%, 92,6%, 90,3%, 85,5%.

#### *Một số yếu tố liên quan*

Thời gian tái phát bệnh trung bình với u ở vị trí khác nhau có khác biệt nhưng không có ý nghĩa với  $P = 0,935$ . Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình với u ở vị trí khác nhau có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa với  $P = 0,776$ .

Thời gian tái phát bệnh trung bình với nhóm kích thước u khác nhau có sự khác biệt tuy nhiên chưa có ý nghĩa với  $P = 0,456$ . Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình với nhóm kích thước u khác nhau thấy khác biệt có ý nghĩa với  $P = 0,035$ .

Thời gian tái phát bệnh trung bình với mức độ xâm lấn u có khác biệt tuy nhiên chưa có ý nghĩa với  $P = 0,664$ . Thời gian sống thêm trung bình với mức độ xâm lấn u có sự khác biệt nhưng chưa có ý nghĩa với  $P = 0,887$ .

Thời gian tái phát bệnh trung bình của nhóm chưa có di căn và có di căn hạch có khác biệt nhưng chưa có ý nghĩa với  $P = 0,516$ . Thời gian sống thêm trung bình của nhóm không di căn và có di căn hạch thấy khác biệt có ý nghĩa với  $P = 0,040$ .

Thời gian sống thêm trung bình của nhóm không di căn xa và có di căn xa có khác biệt có ý nghĩa với  $P = 0,000$ .

Thời gian tái phát trung bình của nhóm giai đoạn bệnh I, II và III, IV có sự khác biệt nhưng chưa có ý nghĩa với  $P = 0,516$ . Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của nhóm giai đoạn I, II với nhóm giai đoạn III, IV khác có ý nghĩa với  $P = 0,036$ .

Thời gian tái phát bệnh trung bình theo kỹ thuật cắt đại tràng có sự khác biệt nhưng chưa có ý nghĩa thống kê với  $P = 0,615$ . Thời gian sống thêm toàn bộ theo kỹ thuật cắt đại tràng có khác biệt nhưng chưa có ý nghĩa thống kê với  $P = 0,435$ .

Thời gian tái phát bệnh trung bình giữa các nhóm bệnh nhân có nồng độ CEA khác nhau có sự khác biệt với  $P = 0,000$ . Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của các nhóm có nồng độ CEA khác nhau có sự khác biệt nhưng chưa có ý nghĩa với  $P = 0,059$ .

Thời gian tái phát trung bình ở những bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến biệt hóa thấp ngắn hơn so với biệt hoá cao và vừa. Nhóm bệnh nhân biệt hóa thấp có thời gian sống thêm toàn bộ trung bình giảm rõ rệt so với nhóm biệt hoá cao và biệt hoá vừa.

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm bệnh nhân

#### 1.1. Tuổi và giới

**Tuổi:** Nghiên cứu có tuổi trung bình bệnh nhân UTĐT trái 61,5 (trẻ nhất 27 tuổi, cao nhất 88 tuổi), phù hợp đặc điểm bệnh lý ung thư đại tràng thường mắc ở lứa tuổi cao. Điều này cũng chứng tỏ PTNS có thể áp dụng ở mọi lứa tuổi kể cả tuổi rất cao 88 tuổi. Nghiên cứu Nguyễn Hoàng Bắc 58 tuổi, Đoàn Thành Công 57,1 tuổi tương tự kết quả nghiên cứu, Jacob B 76 tuổi cao hơn nghiên cứu.

**Giới:** Nhiều nghiên cứu thấy UTĐT có tỷ lệ nam nhiều hơn không đáng kể so với nữ. Tỷ lệ nam /nữ trong nghiên cứu 1,1 tương tự với kết quả của Lê Quang Nhân nam /nữ 1,1, Lechaux D 1,12, thấp hơn của Phạm Như Hiệp nam /nữ 2,2.

**Bệnh lý kết hợp** Bệnh kết hợp tăng tỷ lệ thuận với tuổi, tuổi càng cao số bệnh kết hợp mắc tăng lên và bệnh cũng thường nặng và trầm trọng hơn. Bệnh thường gặp là về tim mạch, nội tiết, hô hấp, tiết niệu... Bệnh kết hợp có ảnh hưởng gây mê hồi sức trong và sau mổ, làm cho nguy cơ biến chứng và tỷ lệ tử vong cao hơn. Kết quả nghiên cứu bệnh kết hợp 53,8% tương tự nghiên cứu của Angelis N cũng có tỷ lệ 51,8%.

#### 2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

## 2.1. Lâm sàng

Kết quả nghiên cứu triệu chứng đại tiện ra máu có tỷ lệ cao nhất 79,5%, tương tự như thống kê của Đoàn Thành Công 82,8%, Nguyễn Cường Thịnh 83,6%, cao hơn của Ishay O.B và cộng sự 26,6%. Đại tiện ra máu là triệu chứng hay gặp nhất của ung thư đại tràng trái. Bệnh nhân có thể đại tiện ra máu đỏ tươi, hoặc lờ lờ như máu cá lẫn nhầy từng đợt hoặc kéo dài.

Đau bụng là triệu chứng thường gặp thứ 2 sau đại tiện phân có máu. Kết quả nghiên cứu thấy triệu chứng đau bụng chiếm 67,9% thấp hơn thống kê của Đoàn Thành Công 84,2%, Nguyễn Cường Thịnh 82,2%, cao hơn của Ishay O.B 52,5%. Đau bụng là triệu chứng chính làm bệnh nhân phải đi khám bệnh. Bệnh nhân ung thư đại tràng phải thường đau bụng từng cơn, sôi bụng sau khi trung tiện, hoặc đại tiện được hết đau (dấu hiệu Koenig). Ngược lại, ung thư đại tràng trái u làm hẹp đại tràng nên hay gây tắc ruột, vì vậy thường đau bụng từng cơn với cường độ mạnh hơn kèm theo chướng bụng, nôn, bí trung đại tiện.

Rối loạn phân là triệu chứng sớm báo hiệu ung thư nhưng hay bị bỏ qua. Bệnh nhân đại tiện bị táo bón hoặc phân lỏng nhưng cũng có khi đại tiện phân táo và lỏng xen kẽ nhau. Những bệnh nhân ung thư đại tràng trái thường bị táo bón do u gây hẹp đại tràng, cản trở lưu thông gây ra ứ đọng phân. Hiện tượng này kéo dài sẽ làm tăng quá trình lên men, thối rữa do vậy sinh ra nhiều hơi làm bụng chướng đồng thời kích thích tăng tiết chất nhầy ở ruột, những chất nhầy này sẽ làm trơn lỏng phân giúp phân đi qua được chỗ hẹp. Do đó, bệnh nhân đang đại tiện phân táo chuyển sang đại tiện phân lỏng có lẫn nhầy và máu. Kết quả nghiên cứu thấy 65,4% có triệu chứng rối loạn phân, thấp hơn thống kê của Đoàn Thành Công 80%, nhưng cao hơn của Nguyễn Cường Thịnh 41,4% và Elzouki A.N 26,3%.

Bán tắc ruột là triệu chứng lâm sàng thường gặp ung thư đại tràng trái, do ung thư đại tràng trái chủ yếu u thể rắn có đặc điểm phát triển theo chiều chu vi của đại tràng, vì vậy rất dễ dẫn đến hẹp và tắc ruột ngay cả khi khối u chưa to. Nghiên cứu của McCullough J thấy ung thư đại tràng trái có tỷ lệ cao trên 50%. Nghiên cứu triệu chứng bán tắc ruột gặp 2,6%, tỷ lệ này thấp có thể do chúng tôi lựa chọn bệnh nhân mổ ở giai đoạn bệnh sớm.

Nghiên cứu có triệu chứng thăm khám sờ thấy u 10,3%, buồn nôn và nôn 10,3%, gây sút cân 7,2%, mệt mỏi 39,8%, thiếu máu 3,8%. Đây là những triệu chứng muộn và cũng ít gặp của ung thư đại tràng trái.

## 2.2. Cận lâm sàng

### *Xét nghiệm máu:*

Nghiên cứu bệnh nhân nhóm máu O có tỷ lệ 50%, A 16,7%, B 28,2%, AB 5,1%. có sự khác biệt song phù hợp với tỷ lệ chung về nhóm máu của các cá thể trong cộng đồng. Không có mối liên hệ nào giữa tỷ lệ mắc bệnh với nhóm máu. Nghiên cứu Wen Z.S bệnh nhân nhóm máu AB có khả năng sống sót sau mổ cao hơn các nhóm A, B, O.

Nồng độ CEA có giới hạn cao nhất ở người bình thường là 5ng/l, trong một số bệnh nhân ung thư đại tràng nồng độ CEA tăng cao. Cần phải xét nghiệm nồng độ CEA trước phẫu thuật để hỗ trợ trong việc lập kế hoạch phẫu thuật, theo dõi sau điều trị và trong việc đánh giá tiên lượng. Kết quả nghiên cứu nồng độ CEA 5 – 10 ng/l 28,2%, CEA > 10ng/l 20,5%, CEA < 5ng/l 51,3% tự của Huang C.W CEA > 5ng/l 48,5%, nhưng cao hơn của Đoàn Thành Công CEA > 5ng/l 11,4%.

### *Nội soi đại tràng*

Nội soi đại tràng là phương pháp quan trọng nhất để chẩn đoán ung thư đại tràng trái. Nội soi có nhiều ưu điểm: rẻ tiền, kỹ thuật không phức tạp, nhưng lại có thể xác định được hình dạng, kích thước, vị trí u, qua nội soi sinh thiết để làm chẩn đoán giải phẫu bệnh. Kết quả nghiên cứu thấy nội soi xác định được 69,2% u ở đại tràng sigma, 24,4% u ở đại tràng xuống, 6,4% u ở đại tràng ngang. Khối u hẹp 1/2 - 3/4 chu vi đại tràng 19,2%, hẹp > 3/4 chu vi 70,5%, hẹp < 1/2 chu vi 10,3%. Nghiên cứu của Nguyễn Cường Thịnh u tại đại tràng sigma 79,6%, đại tràng góc lách 14,4%, đại tràng xuống 5,9%. Thống kê của Đoàn Thành Công khối u < 1/2 chu vi đại tràng chiếm 20%, u lớn hơn 2/3 chu vi đại tràng chiếm 62,9%.

### *Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng*

Chụp cắt lớp cho phép đánh giá vị trí, kích thước u, xác định di căn xa, trong một số trường hợp còn đánh giá được mức độ xâm lấn u và hạch di căn. Kết quả nghiên cứu ở vị trí đại tràng sigma 85,9%, u đại tràng xuống 7,7%, u đại tràng ngang 6,4%. Kích thước trung bình u 4,5 cm, u kích thước 3 - 5cm 64,1%, u < 3cm 20,5%, u > 5cm 15,4%. Zbar A.P chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có u đại tràng sigma 69,8%.

## 3. Kết quả

### 3.1. Trong mổ

\* *Đánh giá tổn thương*



*Vị trí u qua nội soi và trong mổ:* Nội soi hiện nay là thăm dò cận lâm sàng rất có giá trị để chẩn đoán ung thư đại tràng, tuy nhiên nội soi chỉ có thể để xác định một cách tương đối vị trí ung thư. Kết quả nghiên cứu thấy tỷ lệ chẩn đoán phù hợp giữa nội soi với tổn thương khi phẫu thuật 80,8%, chưa phù hợp gặp 19,2%. Costi R nghiên cứu thấy vị trí của u qua nội soi và thực tế trong khi mổ khác nhau trong khoảng  $23,57 \pm 9,39$ cm. Trên thực tế lâm sàng, mổ cắt đại tràng trái nội soi khi khó xác định vị trí u chúng tôi phải mời bác sỹ nội soi tới soi tại bàn mổ.

*Kích thước u qua chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và trong mổ:* Lợi ích của chụp cắt lớp vi tính đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phù hợp về kích thước u của chụp cắt lớp vi tính đối chiếu trong và sau phẫu thuật là 84,6%, tỷ lệ chẩn đoán chưa phù hợp gặp 2,6%. Cary B độ nhạy của chụp cắt lớp vi tính để xác định mức độ xâm lấn khoảng 50%, phát hiện di căn xa khoảng 75% - 90%, di căn hạch khoảng 45% - 73%.

*\* Loại cắt đại tràng và phẫu thuật kết hợp*

Chỉ định lựa chọn kiểu cắt đại tràng, ngoài căn cứ vào vị trí u, giai đoạn của bệnh ung thư đại tràng, còn dựa vào đánh giá tình trạng toàn thân. Nguyên tắc phẫu thuật nội soi cắt đại tràng điều trị ung thư đại tràng trái là phải cắt bỏ toàn bộ đoạn đại tràng có u cùng mạch máu, bạch huyết chi phối vùng đó, đoạn đại tràng phải cắt bỏ cách khối u ít nhất 5cm. Trong trường hợp khối u thuộc vùng ranh giới thì nên cắt bỏ cả 2 đoạn đại tràng cùng 2 cung mạch và bạch huyết để đảm bảo lấy bỏ triệt để tổ chức ung thư. Nghiên cứu cắt đại tràng sigma 85,7%, cắt đại tràng trái 7,8%, cắt đại tràng trái cao 6,5% tương tự Nguyễn Cường Thịnh cắt đại tràng sigma 79,6%, cắt đại tràng trái 14,4%, cắt đoạn đại tràng trái 5,5%, Lechaux D cắt đại tràng sigma 85%, cắt đại tràng trái 15%.

Trong nghiên cứu có 87% u ở đại tràng sigma thì 85,7% được chỉ định cắt đại tràng sigma, 1,3% u nằm vùng ranh giới với đại tràng xuống được chỉ định cắt nửa đại tràng trái. 6,5% có u ở vị trí đại tràng ngang góc lách được chỉ định cắt đại tràng trái cao. 6,5% u đại tràng xuống thì 5,2% được chỉ định cắt nửa đại tràng trái để đảm bảo lấy hết tổ chức di căn ở mạch đại tràng trái và mạch sigma, 1,3% u đại tràng xuống nhỏ nên được chỉ định cắt đại tràng trái cao. Philip H cho rằng cắt nửa đại tràng được chỉ định cho những bệnh nhân có u ở đại tràng ngang,

đại tràng xuống đặc biệt những khối u nằm tại vị trí ranh giới giữa 2 đoạn đại tràng, u ở đại tràng sigma thường chỉ cắt đại tràng sigma là đủ.

Mục tiêu của phẫu thuật là phải lấy bỏ triệt để tổ chức ung thư, ngoài việc cắt bỏ đoạn đại tràng cùng u cần thiết phải lấy bỏ triệt để di căn ung thư. Nghiên cứu có 7 bệnh nhân di căn trong đó: di căn gan 2, ruột non 2, phúc mạc 2, vòi trứng 1. Có 1 bệnh nhân di căn gan, 1 bệnh nhân di căn mạc treo ruột non không thể lấy bỏ được, còn lại 5 bệnh nhân được kết hợp cắt đại tràng cùng cắt bỏ hết tổ chức di căn qua nội soi nhằm đảm bảo phẫu thuật là triệt căn.

#### *\* Kỹ thuật khâu nối*

Trong PTNS cắt đại tràng trái điều trị UTĐT, đa số bệnh nhân được thực hiện khâu nối máy. Đường mở bụng để lấy bệnh phẩm và thực hiện miệng nối dài khoảng 5 - 6cm, vị trí ở trên xương mu trong cắt đại tràng sigma và nửa đại tràng trái hoặc ở phía trên đường trắng bên trái trong cắt đại tràng trái cao. Khi lấy bệnh phẩm thường dùng túi nilông bọc mép che kín vết mổ để tránh nhiễm khuẩn và cấy tổ chức ung thư vào vết mổ. Khâu nối máy thường thuận lợi và nhanh rút ngắn được đáng kể thời gian phẫu thuật. Hầu hết các nghiên cứu cho thấy khâu nối máy tỏ ra an toàn và hiệu quả trong cắt đại tràng trái nội soi điều trị UTĐT. Kết quả nghiên cứu thấy hầu hết 88,3% được khâu nối bằng máy, chỉ 11,7% thực hiện khâu nối bằng tay. Lee nghiên cứu sử dụng cắt nối bằng máy an toàn và hiệu quả hơn khâu nối bằng tay.

#### *\* Kết quả chung*

*Tai biến trong mổ và chuyển mổ mở:* Tai biến trong mổ và tỷ lệ chuyển mổ mở của PTNS cắt đại tràng điều trị ung thư đại tràng trái cao hơn các loại phẫu thuật khác. Đại tràng trái nằm sâu so với thành bụng có hệ mạch máu, bạch huyết phong phú, giải phẫu hay có biến đổi, tổn thương ung thư thường gây xâm lấn. Vì vậy trong quá trình PTNS cắt đại tràng trái ung thư dễ gây tổn thương mạch máu, niệu quản, lách, tụy, ruột non, bàng quang và tử cung phần phụ ở nữ giới... Ngoài những yếu tố trên còn có một số yếu tố khác như vị trí, kích thước u, phương pháp cắt đại tràng, điều kiện trang thiết bị, trình độ phẫu thuật viên ... cũng ảnh hưởng đến kết quả trong PTNS cắt đại tràng trái ung thư. Nghiên cứu có 1,3% tai biến chảy máu trong mổ do quá trình phẫu tích giải phóng

đại tràng góc lách co kéo làm rách chỗ bám mạc vào nối lách. Chỗ chảy máu được đốt cầm máu bằng dao lưỡng cực ổn định không phải chuyển mổ mở. Holubar S.D 0,42% tai biến vỡ lách ở thì di động đại tràng góc lách. Nghiên cứu có 1,3% chuyển mổ mở do u có kích thước lớn ở vị trí góc lách, xâm lấn tổ chức xung quanh. Tỷ lệ tai biến và chuyển mổ mở qua nghiên cứu thấp hơn một số thống kê khác, có lẽ do bệnh nhân được lựa chọn phẫu thuật chủ yếu ở giai đoạn sớm (giai đoạn II). Nghiên cứu của Đoàn Thành Công có tỷ lệ chuyển mổ mở 2,9%, Nguyễn Cường Thịnh 7,8%, Lechaux D 11%.

*Thời gian mổ và một số yếu tố liên quan:* Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu là 110,9 phút tương tự kết quả của Đoàn Thành Công 129 phút, Nguyễn Cường Thịnh 115 phút, ngắn hơn của Braga M 213 phút. Thời gian mổ phản ánh kỹ năng của phẫu thuật viên, thời gian mổ sẽ được cải thiện khi phẫu thuật viên có thêm kinh nghiệm, kỹ thuật thành thạo hơn. Phân tích liên quan giữa thời gian mổ và vị trí u cho thấy có sự khác nhau nhưng chưa có ý nghĩa thống kê  $P = 0,334$ . Nghiên cứu của Akiyoshi cho thấy thời gian mổ cắt đại tràng nội soi điều trị u đại tràng ngang ngắn nhất 130 phút, lâu nhất 416 phút. Nghiên cứu mối liên quan thời gian mổ và kích thước u cho thấy khác nhau có ý nghĩa thống kê với  $P = 0,023$ . Khi u có kích thước lớn thường xâm lấn ra tổ chức xung quanh gây dính, một số khối u còn làm co kéo biến dạng giải phẫu đại tràng đặc biệt là u thể nhẫn. Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi nhận thấy lý do này làm cho quá trình phẫu tích bóc tách khó khăn, đòi hỏi phải thận trọng tỷ mỉ để tránh chảy máu và tổn thương tạng lân cận vì vậy làm cho phẫu thuật kéo dài thời gian. Ngược lại những trường hợp khối u nhỏ đặc biệt chưa xâm lấn thanh mạc khi phẫu tích xác định các bình diện, mốc giải phẫu rõ ràng nên phẫu thuật thuận lợi và nhanh hơn.

*Lượng máu mất:* Lượng máu mất trong mổ phụ thuộc nhiều yếu tố như: phương pháp cắt đại tràng, tình trạng u, giai đoạn bệnh, phương tiện cầm máu trong mổ, kỹ năng cầm máu của phẫu thuật viên... Kết quả nghiên cứu cho thấy lượng máu mất trung bình 47,8ml, số bệnh nhân phải truyền máu 12,9% tương tự nghiên cứu của Braga M 45ml

nhưng ít hơn của Samalavicius N 200,5ml. Liang J.T thấy có mối liên quan giữa lượng máu mất, máu truyền trong mổ và giai đoạn bệnh trong mổ cắt đại tràng nội soi, những bệnh nhân giai đoạn III, IV tỷ lệ bệnh nhân phải truyền từ 400ml máu trở lên là 58,6% và 71,4%.

*\* Số lượng hạch vét được*

Kết quả nghiên cứu thấy số lượng trung bình hạch vét được 19,8 hạch, số bệnh nhân vét được trên 12 hạch 88,3% tương tự như nghiên cứu của Disiderio 18,1 hạch, Fabio C 20,0 hạch cao hơn so với mổ mở 14,2 hạch. Một số tác giả nghi ngại việc vét hạch trong cắt đại tràng nội soi điều trị UTĐT, với các lý do: kéo dài thời gian mổ, tăng nguy cơ tai biến, biến chứng trong mổ. Tuy nhiên, Swaid F và hầu hết các tác giả cho rằng: để đảm bảo nguyên tắc triệt căn của phẫu thuật ung thư đại tràng thì ngoài việc thực hiện mép cắt an toàn, nạo vét hạch phải được tiến hành một cách có hệ thống nhằm lấy được hết các hạch. Nhiều nghiên cứu cho thấy vét hạch trong cắt đại tràng nội soi điều trị UTĐT cải thiện đáng kể thời gian sống sau mổ, không làm tăng tỷ lệ tai biến và biến chứng trong mổ.

### **3.2. Kết quả sớm**

*\* Mức độ đau:* Braga và một số tác giả nghiên cứu so sánh cắt đại tràng trái nội soi và cắt đại tràng trái mở nhận xét: một trong những ưu việt của phẫu thuật cắt đại tràng nội soi điều trị ung thư đại tràng là giảm đau sau mổ. Kết quả nghiên cứu thấy điểm VAS trung bình của bệnh nhân sau mổ cắt đại tràng nội soi điều trị ung thư đại tràng trái lúc nghỉ ngơi ngày thứ nhất sau mổ  $2,5 \pm 2,7$  và ngày thứ tư là  $2,3 \pm 2,5$ ; lúc vận động ngày thứ nhất sau mổ  $3,7 \pm 3,6$  và ngày thứ tư là  $3,2 \pm 2,9$ . Như vậy điểm trung bình VAS lúc nghỉ ngơi  $< 3$  điều này chứng tỏ bệnh nhân ít đau sau mổ. Khi vận động bệnh nhân có số điểm VAS  $> 3$  chứng tỏ bệnh nhân đau nhiều hơn khi vận động. Nghiên cứu của Xi Hong về mức độ đau sau mổ ở bệnh nhân mổ nội soi thấp hơn so với mổ mở và có số điểm VAS lúc nghỉ ngơi ngày thứ nhất  $2.5 \pm 2.8$ , ngày thứ hai  $2.5 \pm 3.1$ , ngày thứ ba  $2.1 \pm 2.8$ , ngày thứ tư  $2.1 \pm 2.5$ , lúc vận động ngày thứ nhất  $3.5 \pm 3.3$ , ngày thứ hai  $3.4 \pm 2.9$ , ngày thứ ba  $3.4 \pm 3.5$ , ngày thứ tư  $3.8 \pm 3.0$ . Nghiên cứu của Phạm

Đức Huấn và cộng sự về đau sau mổ cắt đại tràng nội soi cho thấy: 52,8% đau nhẹ; 39,6% đau vừa; 7,6% rất đau.

*\* Thời gian hồi phục*

Hồi phục sau mổ có ý nghĩa rất lớn trong điều trị. Hồi phục sớm giúp bệnh nhân giảm đau đớn, nhanh được ăn uống, vận động sớm sau mổ, rút ngắn được chi phí điều trị ... Ưu điểm của cắt đại tràng nội soi so với cắt đại tràng mở điều trị UTĐT là thời gian hồi phục sau mổ nhanh. Kết quả nghiên cứu thấy thời gian trung tiện sau mổ trung bình 2,8 ngày, ăn lỏng sau 2,6 ngày và vận động nhẹ 1,5 ngày. Thống kê về hồi phục nhu động của bệnh nhân sau cắt đại tràng nội soi điều trị UTĐT, Phạm Đức Huấn 74,4% có nhu động trước 48 giờ. Thời gian trung tiện sau cắt đại tràng nội soi điều trị UTĐT Lê Quang Nhân 2,9 ngày, Akiyoshi và cộng sự 2,5 ngày. Thời gian ăn sau mổ của Desiderio J 4,3 ngày tương tự như của nghiên cứu. Thời gian phục hồi sức khỏe sau mổ cắt đại tràng nội soi điều trị ung thư đại tràng của Phạm Đức Huấn 4,5 ngày, Akiyoshi 2,4 ngày.

*\* Biến chứng*

Đại tràng trái có giải phẫu trái dài, một số đoạn nằm sâu nên liên quan giải phẫu với nhiều tạng và phức tạp, khi cắt làm nổi miệng nối hay bị căng. Đại tràng trái có đường kính nhỏ, phân đặc, đa số u thể nhẫn gây hẹp lòng đại tràng, làm hạn chế lưu thông. Vì lý do trên phẫu thuật cắt đại tràng trái nội soi nguy cơ biến chứng như: chảy máu, áp xe tồn dư, nhiễm trùng vết mổ và tỷ lệ rò miệng nối cao... Kết quả nghiên cứu biến chứng sau mổ 10,4% gồm chảy máu và nhiễm khuẩn vết mổ đều gặp 3,9%, rò miệng nối và viêm phổi 1,3%. Kết quả thu được tương tự của Phạm Đức Huấn 13,2%, Đoàn Thành công 10%, cao hơn của Naitoh T 6,6%, Nguyễn Cường Thịnh 7,8%. Trong nghiên cứu, những bệnh nhân có biến chứng chảy máu sau mổ, được điều trị nội khoa bằng thuốc cầm máu và truyền máu ổn định không phải mổ lại. Bệnh nhân rò miệng nối được điều trị bảo tồn, nhịn ăn truyền dịch đậm, mỡ dinh dưỡng. Các bệnh nhân trên đều ổn định và ra viện. Bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ được săn sóc thay băng hàng ngày ổn định. Thống kê của Besson R tỷ lệ biến chứng chảy máu sau mổ 6,4% chảy máu sau đó tự cầm chỉ phải

mồ lại tỷ lệ nhỏ. Yu X.Q nhận xét rò miệng nổi là biến chứng hay gặp trong cắt đại tràng điều trị ung thư đại tràng trái, tỷ lệ qua các nghiên cứu từ 15% - 20%. Nghiên cứu DaSilva JJ sử dụng bọc mép vết mổ nhỏ thành bụng lấy bệnh phẩm bằng nilon làm giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, nghiên cứu cũng sử dụng túi nilon bọc mép vết mổ nên có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ thấp 3,9%.

*\* Thời gian nằm viện sau mổ*

Kết quả nghiên cứu có thời gian nằm viện trung bình 7,3 ngày, tương tự của Nguyễn Hoàng Bắc 7,5 ngày, Phạm Đức Huấn 7,8 ngày, cao hơn của Phạm Như Hiệp 5,7 ngày. Liang J.T thấy thời gian nằm viện trung bình nhóm mổ cắt đại tràng trái nội soi 9 ngày, thấp hơn so với cắt đại tràng trái mở 14 ngày có ý nghĩa với  $P < 0,001$ . Nhìn chung đa số các nghiên cứu có thời gian nằm viện của những bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái ngắn hơn so với mổ. Thời gian nằm viện ngắn giảm bớt chi phí điều trị, giúp bệnh nhân sớm trở về với cuộc sống cộng đồng. Đây cũng là một trong những ưu điểm của phẫu thuật nội soi.

*\* Giai đoạn bệnh theo TNM*

Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng chính xác thời gian sống sau mổ của bệnh nhân và cũng được coi là “ngôn ngữ” chung để trao đổi, so sánh các kết quả nghiên cứu. Phân loại TNM được áp dụng rộng rãi trên thế giới vì tiện lợi trong lâm sàng khi đánh giá giai đoạn bệnh ung thư đại tràng.

Trong nghiên cứu 6,5% ở giai đoạn T<sub>1</sub>, 7,8% T<sub>2</sub>, 23,4% T<sub>3</sub>, 62,3% T<sub>4</sub>, và 70,1% không thấy di căn hạch, 29,9% có thấy di căn hạch. Trong quá trình phẫu thuật phát hiện thấy 9,1% có di căn xa. Kết quả bệnh nhân ở giai đoạn II 71,8%, giai đoạn III 18%, giai đoạn IV 10,3%, giai đoạn I 9%, thấp của Đoàn Thành Công giai đoạn III 58,5%, giai đoạn IV 35,8%. Nghiên cứu của Kil-Su Han thấy tỷ lệ bệnh nhân bệnh nhân giai đoạn I 34%, giai đoạn II 45,7%, giai đoạn III 7%.

*\* Loại tế bào ung thư và độ biệt hóa tế bào*

Hầu hết các nghiên cứu cho thấy: ung thư đại tràng chủ yếu gặp ung thư biểu mô tuyến trên 90%, chỉ có số ít là các loại ung thư khác

(sarcom) như: u thần kinh nội tiết, u trung mô, u hạch, u cơ... Trong đó, ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa gặp nhiều nhất. Kết quả nghiên cứu 100% ung thư biểu mô tuyến, trong đó 10,3% bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến nhầy. Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao chiếm tỷ lệ 24,3% bệnh nhân, vừa 57,7% bệnh nhân và thấp 7,7% bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu tương tự của Huang C.W ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa 85,7%, biệt hóa cao 6,2% và thấp 8%.

### **3.3. Kết quả xa sau mổ và một số yếu tố liên quan**

Nghiên cứu có 97,4% bệnh nhân được theo dõi trong khoảng thời gian từ 8 tới 69 tháng, thời gian theo dõi trung bình  $37,4 \pm 15,1$  tháng.

*Tỷ lệ tái phát và thời gian sống thêm không bệnh:* Tỷ lệ tái phát và sống thêm không bệnh sau mổ là những yếu tố quan trọng đánh giá kết quả của phẫu thuật cắt đại tràng nội soi điều trị ung thư đại tràng trái. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tái phát đến thời điểm kết thúc nghiên cứu gặp 16,2%, cao hơn của Park có tỷ lệ tái phát 6,1%. Trong đó di căn gan 2,7%, phổi 2,7%, gan cùng với phổi 1,3%, xương 1,3%, tại chỗ 8,1%. Tỷ lệ bệnh nhân bị di căn tạng cũng phù hợp với đặc điểm di căn xa của ung thư đại tràng là chủ yếu di căn gan và phổi. Thời gian tái phát bệnh trung bình 54,8 tháng Tỷ lệ tái phát sau 1, 2, 3, 4, 5 năm tính theo phương pháp Kaplan-Meier lần lượt là 5,4%, 8,3%, 13%, 21,8% và 36,3%. Nghiên cứu của Braga M có tỷ lệ tái phát 5 năm sau mổ nội soi 32,5%, Zhang C 19,3%. Kết quả nghiên cứu về tỷ lệ và thời gian tái phát 5 năm sau mổ của các tác giả khác nhau thấy khác nhau dao động nhiều từ 4% đến 40%. Sự khác nhau có thể do lựa chọn bệnh nhân, kỹ thuật mổ, điều kiện chăm sóc, theo dõi điều trị sau mổ khác nhau.

*Tỷ lệ tử vong và thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ:* Kết quả nghiên cứu thấy đến thời điểm kết thúc nghiên cứu có 11,8% bệnh nhân tử vong. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình 57,8 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 1, 2, 3, 4, 5 năm tính theo phương pháp Kaplan-Meier lần lượt là 98,7%, 94,3%, 92,6%, 90,3%, 85,5%. Kết quả nghiên cứu tương tự thống kê của Đoàn Thành Công tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ 1, 2, 3 năm lần lượt là: 100%, 94,2%, 88,1%, Nguyễn Cường Thịnh 93,4%,

96,8%, 89,5%, cao hơn của Phạm Đức Huân 5 có tỷ lệ sống sau 5 năm 37,1%. Sự khác nhau về thời gian sống thêm sau mổ qua thống kê của các tác giả có thể do sự lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu, kỹ thuật mổ, thời gian theo dõi... khác nhau.

*Một số yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh:*

Thời gian tái phát bệnh trung bình với u ở vị trí khác nhau có khác biệt nhưng không có ý nghĩa với  $P = 0,935$ . Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình với u ở vị trí khác nhau có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa với  $P = 0,776$ . Một số tác giả cho rằng vị trí u đại tràng liên quan tới thời gian và tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ.

Thời gian tái phát bệnh trung bình với nhóm kích thước u khác nhau có sự khác biệt tuy nhiên chưa có ý nghĩa với  $P = 0,456$ . Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình với nhóm kích thước u khác nhau thấy khác biệt có ý nghĩa với  $P = 0,035$ . Đa số tác giả cho rằng kích thước u đại tràng liên quan tới thời gian và tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ.

Thời gian tái phát bệnh trung bình với mức độ xâm lấn u có khác biệt tuy nhiên chưa có ý nghĩa với  $P = 0,664$ . Thời gian sống thêm trung bình với mức độ xâm lấn u có sự khác biệt nhưng chưa có ý nghĩa với  $P = 0,887$ . Hầu hết các tác giả kết luận mức độ xâm lấn u có liên quan tới thời gian và tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ.

Thời gian tái phát bệnh trung bình của nhóm chưa có di căn và có di căn hạch có khác biệt nhưng chưa có ý nghĩa với  $P = 0,516$ . Thời gian sống thêm trung bình của nhóm không di căn và có di căn hạch thấy khác biệt có ý nghĩa với  $P = 0,040$ . Các nghiên cứu đều có kết luận di căn hạch có liên quan tới thời gian và tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ.

Thời gian sống thêm trung bình của nhóm không di căn xa và có di căn xa có khác biệt có ý nghĩa với  $P = 0,000$ . Các tác giả khẳng định di căn xa liên quan tới tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ.

Thời gian tái phát trung bình của nhóm giai đoạn bệnh I, II và III, IV có sự khác biệt nhưng chưa có ý nghĩa với  $P = 0,516$ . Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của nhóm giai đoạn I, II với nhóm giai đoạn III,



IV khác có ý nghĩa với  $P = 0,036$ . Các nghiên cứu cho thấy giai đoạn bệnh có liên quan tới thời gian và tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ.

Thời gian tái phát bệnh trung bình theo loại cắt đại tràng có sự khác biệt nhưng chưa có ý nghĩa thống kê với  $P = 0,615$ . Thời gian sống thêm toàn bộ theo kỹ thuật cắt đại tràng có khác biệt nhưng chưa có ý nghĩa thống kê với  $P = 0,435$ . Một số nghiên cứu thấy loại cắt đại tràng liên quan tới thời gian và tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ.

Thời gian tái phát bệnh trung bình giữa các nhóm bệnh nhân có nồng độ CEA khác nhau có sự khác biệt với  $P = 0,000$ . Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của các nhóm có nồng độ CEA khác nhau có sự khác biệt nhưng chưa có ý nghĩa với  $P = 0,059$ . Đa số các tác giả cho rằng nồng độ CEA có liên quan tới thời gian và tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ.

Thời gian tái phát trung bình ở những bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến biệt hóa thấp ngắn hơn so với biệt hoá cao và vừa. Nhóm bệnh nhân biệt hóa thấp có thời gian sống thêm toàn bộ trung bình giảm rõ rệt so với nhóm biệt hoá cao và biệt hoá vừa. Phần lớn nghiên cứu thấy độ biệt hoá tế bào có liên quan tới thời gian và tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 78 bệnh nhân cắt đại tràng trái nội soi điều trị ung thư đại tràng, tại Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108 và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 7 năm 2014, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

### **1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư đại tràng trái được phẫu thuật cắt đại tràng nội soi**

Triệu chứng lâm sàng thường gặp của nhóm bệnh nhân ung thư đại tràng trái được phẫu thuật cắt đại tràng nội soi: đại tiện ra máu: 79,5%, đau bụng: 67,9%, rối loạn phân: 65,4%.

Xét nghiệm máu thấy CEA: dưới 5ng/l: 51,3%, từ 5 - 10 ng/l: 28,2%, trên 10 ng/l: 20,5%. Vị trí u gặp đại tràng sigma: 87%, đại tràng xuống: 6,5%, đại tràng góc lách: 6,5%. Tỷ lệ chẩn đoán chính xác vị trí u của nội soi đại tràng ống mềm: 80,7%. Tỷ lệ chẩn đoán chính xác kích thước u của

chụp cắt lớp vi tính: 97,4%. Kết quả giải phẫu bệnh: 100% khối u là ung thư biểu mô tuyến.

## **2. Kết quả của phẫu thuật cắt đại tràng trái nội soi điều trị ung thư đại tràng và một số yếu tố liên quan**

### *Trong mổ*

Loại phẫu thuật: cắt đại tràng sigma: 85,7%, cắt đại tràng trái cao: 7,8%, cắt nửa đại tràng trái: 6,5%. Tỷ lệ chuyển mổ mở: 1,3%; tai biến chảy máu: 1,3%; thời gian phẫu thuật trung bình: 110,1 phút, lượng máu mất trung bình: 47ml.

### *Kết quả sớm*

Biến chứng sau mổ gặp 10,4% (chảy máu: 3,9%, rò miệng nối: 1,3%, nhiễm khuẩn vết mổ: 3,9%, viêm phổi: 1,3%). Thời gian trung tiện trung bình sau mổ là 2,8 ngày. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ:  $7,3 \pm 2,1$  ngày.

### *Kết quả xa*

Tỷ lệ tái phát đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 16,2%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình:  $54,8 \pm 2,1$  tháng. Tỷ lệ tái phát tính theo phương pháp Kaplan-Meier sau 1, 2, 3, 4, 5 năm lần lượt là 5,4%, 8,3%, 13%, 21,8% và 36,3%. Tỷ lệ tử vong đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 11,8%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình:  $57,8 \pm 1,6$  tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tính theo phương pháp Kaplan-Meier sau 1, 2, 3, 4, 5 năm lần lượt là 98,7%, 94,3%, 92,6%, 90,3%, 85,5%.

### *Một số yếu tố liên quan*

Các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm toàn bộ trung bình gồm: kích thước u, di căn hạch, di căn xa và giai đoạn bệnh. Nồng độ CEA là yếu tố liên quan tới thời gian tái phát bệnh trung bình.

## **KIẾN NGHỊ**

1. Triệu chứng lâm sàng thường gặp của nhóm bệnh nhân ung thư đại tràng trái được phẫu thuật cắt đại tràng nội soi gồm: đại tiện ra máu, đau bụng, rối loạn phân. Vì vậy, khi người bệnh có những dấu hiệu trên cần nội soi đại tràng.

2. Phẫu thuật cắt đại tràng điều trị ung thư đại tràng trái an toàn, ít tai biến biến chứng, hồi phục nhanh thời gian nằm viện ngắn, đảm bảo được nguyên tắc phẫu thuật ung thư. Vì vậy, cần mở rộng triển khai kỹ thuật tới các cơ sở điều trị có khả năng phẫu thuật cắt đại tràng nội soi.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ  
LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. Hữu Hoài Anh, Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Cường Thịnh (2016), "Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư đại tràng trái qua 78 trường hợp cắt đại tràng trái nội soi", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 1, tập 446, tr. 143 - 146.
2. Hữu Hoài Anh, Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Cường Thịnh (2016), "Kết quả 78 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng trái", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 1, tập 446, tr. 109 - 113.
3. Hữu Hoài Anh, Nguyễn Cường Thịnh, Nguyễn Anh Tuấn (2016), "Nghiên cứu phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng trái", *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, tháng 9, số đặc biệt, tập 11, tr. 150.