

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

NGUYỄN CHÍ HIẾU

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ SỚM  
ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP  
BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CÓ BẢO TỒN CƠ THỂ  
TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ  
VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ  
NĂM 2022 - 2023

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

CẦN THƠ – NĂM 2023

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ**

**NGUYỄN CHÍ HIẾU**

**NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ SỚM  
ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP  
BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CÓ BẢO TỒN CƠ THẤT  
TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ  
VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ  
NĂM 2022 – 2023**

Chuyên ngành: Ngoại khoa

Mã số: 8720104

**LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC**

Người hướng dẫn khoa học:

PGS. TS. ĐỖ ĐÌNH CÔNG

TS. BS. NGÔ QUỐC HƯNG

CẦN THƠ – 2023

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu và kết quả trong luận văn là hoàn toàn trung thực và chưa từng công bố trong bất kỳ một công trình nào khác.

**Tác giả luận văn**

**Nguyễn Chí Hiếu**

## LỜI CẢM ƠN

Tôi xin chân thành cảm ơn:

- Ban Giám hiệu Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
- Ban Giám đốc Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.
- Phòng Đào tạo Sau đại học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
- Khoa Y - Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
- Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
- Phòng Kế hoạch Tổng hợp, Khoa Ngoại Tổng hợp và Khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Đặc biệt, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS. TS. Đỗ Đình Công và TS. BS. Ngô Quốc Hưng đã tận tình hướng dẫn, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn tới các Giáo sư, Phó giáo sư, Tiến sĩ trong Hội đồng Chấm luận văn tốt nghiệp đã chỉ bảo, đóng góp những ý kiến quý báu cho luận văn của tôi.

Xin chân thành cảm ơn đến những bệnh nhân cũng như người nhà bệnh nhân đã hợp tác, giúp đỡ và cung cấp thông tin cho tôi trong quá trình nghiên cứu.

Cuối cùng tôi xin chân thành cảm ơn gia đình, bạn bè thân thiết đã động viên, khuyến khích tôi cả về vật chất lẫn tinh thần để tôi hoàn thành tốt nhiệm vụ của mình.

**Tác giả luận văn**

**Nguyễn Chí Hiếu**

## MỤC LỤC

Lời cam đoan	
Lời cảm ơn	
Mục lục	
Danh mục các chữ viết tắt	
Danh mục các bảng	
Danh mục các hình	
Danh mục các biểu đồ	
<b>MỞ ĐẦU</b> .....	1
<b>Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU</b> .....	3
1.1. Giải phẫu trực tràng theo quan điểm phẫu thuật .....	3
1.2. Chẩn đoán ung thư trực tràng .....	7
1.3. Điều trị ung thư trực tràng .....	16
1.4. Bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng thấp .....	20
<b>Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU</b> .....	22
2.1. Đối tượng nghiên cứu .....	22
2.2. Phương pháp nghiên cứu .....	23
2.3. Đạo đức trong nghiên cứu .....	37
<b>Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU</b> .....	38
3.1. Đặc điểm chung .....	38
3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng .....	39
3.3. Kết quả phẫu thuật .....	47
<b>Chương 4. BÀN LUẬN</b> .....	53
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu .....	53
4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng .....	54
4.3. Kết quả phẫu thuật .....	59

<b>KẾT LUẬN</b> .....	66
<b>KIẾN NGHỊ</b> .....	68
<b>KẾ HOẠCH THỰC HIỆN</b>	
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>PHỤ LỤC</b>	

## DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

### TIẾNG VIỆT

BN	Bệnh nhân
CGCT	Cắt gian cơ thắt
ĐM	Động mạch
TM	Tĩnh mạch
UTTT	Ung thư trực tràng
UTTTT	Ung thư trực tràng thấp

### TIẾNG ANH

CCI	Charlson Comorbidity Index (Chỉ số mắc bệnh Charlson)
CRM	Circumferential Resection Margin (Diện cắt vòng quanh)
CT	Computed Tomography (Chụp cắt lớp vi tính)
MRF	Mesorectal Fascia (Cân mạc treo trực tràng)
MRI	Magnetic Resonance Imaging (Chụp cộng hưởng từ)
TME	Total Mesorectal Excision (Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng)
TMN	Tumour, Node, Metastasis (Khối u, hạch, di căn)
TRUS	Transrectal Ultrasound hay Endoscopic Ultrasound (Siêu âm trong lòng trực tràng)

## DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1. 1. Định nghĩa TMN của ung thư trực tràng.....	15
Bảng 1. 2. Giai đoạn ung thư trực tràng.....	16
Bảng 3. 1. Nhóm tuổi.....	38
Bảng 3. 2. Giới tính.....	38
Bảng 3. 3. Tiền sử.....	39
Bảng 3. 4. Lý do nhập viện.....	39
Bảng 3. 5. Thời gian mắc bệnh.....	40
Bảng 3. 6. Triệu chứng lâm sàng.....	40
Bảng 3. 7. Thăm trực tràng.....	41
Bảng 3. 8. Đặc điểm di động của khối u.....	41
Bảng 3. 9. Máu dính găng khi thăm khám trực tràng.....	41
Bảng 3. 10. Huyết học.....	42
Bảng 3. 11. Siêu âm bụng.....	43
Bảng 3. 12. CT Scan bụng có thuốc cản quang.....	43
Bảng 3. 13. MRI vùng chậu.....	43
Bảng 3. 14. Hình dạng u qua nội soi đại trực tràng.....	44
Bảng 3. 15. Kích thước khối u.....	44
Bảng 3. 16. Biệt hóa tế bào ung thư.....	45
Bảng 3. 17. Mức độ xâm lấn tại chỗ của ung thư trực tràng.....	45
Bảng 3. 18. Mức độ di căn hạch.....	46
Bảng 3. 19. Liên quan giữa mức độ xâm lấn và di căn hạch.....	46
Bảng 3. 20. Phương pháp phẫu thuật.....	47
Bảng 3. 21. Khoảng cách cắt bờ trên khối u.....	47
Bảng 3. 22. Khoảng cách bờ dưới khối u.....	48
Bảng 3. 23. Đặc điểm diện cắt dưới khối u.....	48
Bảng 3. 24. Các chỉ số đánh giá phẫu thuật.....	49



Bảng 3. 25. Biến chứng sớm sau mổ .....	50
Bảng 3. 26. Đại tiện không kiểm soát ở các bệnh nhân có bảo tồn cơ thắt ....	50
Bảng 3. 27. Số lần đại tiện trung bình trên ngày.....	51
Bảng 3. 28. Thang điểm Kirwan sau 03 tháng.....	51
Bảng 3. 29. Kết quả phẫu thuật.....	52

## DANH MỤC CÁC HÌNH

Hình 1. 1. Nếp phúc mạc của trực tràng .....	3
Hình 1. 2. Mô hình bảo tồn cơ thắt theo vị trí u hiện nay .....	18
Hình 2. 1. Harmonic scalpel.....	31
Hình 2. 2. Dụng cụ khâu nối vòng CDH29.....	32
Hình 2. 3. Vị trí các lỗ trocar trong phẫu thuật.....	33
Hình 2. 4. Bộc lộ ống hậu môn .....	34
Hình 2. 5. Đưa u ra ngoài.....	35
Hình 2. 6. Khâu nối ĐT sigma-ống hậu môn .....	34
Hình 2. 7. Hậu môn sau khi phẫu thuật.....	35
Hình 2. 8. Mẫu bệnh phẩm.....	34
Hình 2. 9. Giới hạn các đường cắt trong phương pháp CGCT.....	36

## **DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ**

Biểu đồ 3. 1. Xét nghiệm CEA .....	42
Biểu đồ 3. 2. Giai đoạn của ung thư trực tràng thấp.....	46

## MỞ ĐẦU

Ung thư trực tràng là một trong những bệnh ung thư phổ biến ở Việt Nam và các nước trên thế giới. Tỷ lệ mắc ung thư trực tràng (chiếm hơn 50% trong ung thư đại trực tràng) có xu hướng ngày càng tăng. Bệnh có khả năng di căn và tiên lượng xấu nếu bệnh nhân không được phát hiện sớm và điều trị đúng phương pháp.

GLOBOCAN 2020 cho thấy ung thư đại trực tràng đứng thứ 3 ở nam giới và thứ 2 ở nữ giới về tỷ lệ mắc, đứng thứ 3 về tỷ lệ tử vong trong số những bệnh ung thư phổ biến. Tại Việt Nam ước tính trong năm 2020 có khoảng 16.426 ca mới mắc, tăng gấp 2,5 lần so với năm 2010, trở thành một trong những bệnh ung thư có tốc độ gia tăng nhanh chóng, tỷ lệ mắc của nam và nữ tương ứng là 17,6 và 11,6 trên 100.000 dân [25].

Theo kinh điển, để hạn chế tối đa tỷ lệ tái phát tại chỗ, cùng với quan điểm phẫu thuật một khối trong ung thư, hầu hết khối u cách rìa hậu môn dưới 6 cm phải cắt toàn bộ trực tràng và khối cơ thắt hậu môn. Do đó, phẫu thuật cắt cụt trực tràng được Miles giới thiệu vào đầu thế kỷ XX là phẫu thuật được chọn lựa trong điều trị ung thư trực tràng thấp. Phẫu thuật này có nhiều ưu điểm trong kiểm soát tái phát tại chỗ. Tuy nhiên, vẫn còn từ 20 đến 30% bị tái phát và bệnh nhân phải mang hậu môn nhân tạo suốt cuộc đời [15].

Trong những năm gần đây, nhiều quan điểm phẫu thuật hiện đại cùng với sự hiểu biết về cơ chế kiểm soát bài tiết phân của hệ thống cơ thắt hậu môn. Có nhiều phương pháp phẫu thuật được nghiên cứu để bảo tồn cơ thắt hậu môn trong ung thư trực tràng thấp: Cắt trước cụt thấp, Pull-Through, Cắt gian cơ thắt. Song song với sự phát triển các kỹ thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn trong điều trị ung thư trực tràng thấp, phẫu thuật nội soi cắt trực tràng sử dụng phẫu thuật nội soi trong cắt toàn bộ mạc treo trực tràng được Heald giới thiệu năm

1982. Kết quả ngắn hạn và dài hạn của các phương pháp phẫu thuật này đảm bảo tính an toàn về mặt ung thư và chức năng đại tiện sau phẫu thuật [27], [51].

Tuy nhiên, việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hay cắt bỏ cơ thắt còn khác nhau ở nhiều nơi, ở nhiều phẫu thuật viên. Trong khi đó, các nghiên cứu ở Việt Nam chỉ nhận định riêng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng đoạn thấp hay chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được phẫu thuật cắt cụt trực tràng.

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng nói chung và ung thư trực tràng đoạn thấp nói riêng đã thực hiện tại nhiều cơ sở y tế trên cả nước. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ là hai cơ sở đã thực hiện nhiều trường hợp điều trị ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi.

Phẫu thuật bảo tồn cơ thắt điều trị ung thư trực tràng thấp ngày càng cần thiết, nhằm đem lại cho người bệnh một cuộc sống có chất lượng, kéo dài thời gian sống. Với những yêu cầu đó, chúng tôi thực hiện đề tài: **“Nghiên cứu kết quả sớm điều trị ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi có bảo tồn cơ thắt tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2022 - 2023”**, với các mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được điều trị bằng phẫu thuật nội soi có bảo tồn cơ thắt tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ năm 2022 - 2023.

2. Đánh giá kết quả bước đầu điều trị ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi có bảo tồn cơ thắt và xác định các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ năm 2022 - 2023.

## Chương 1

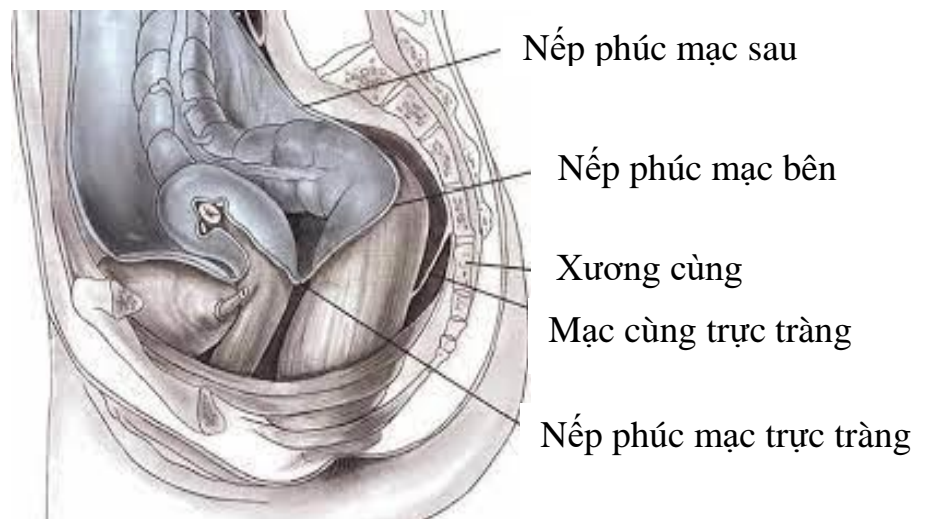
### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

#### 1.1. Giải phẫu trực tràng theo quan điểm phẫu thuật

Trực tràng là phần cuối của ống tiêu hóa, tiếp theo đại tràng chậu hông. Ranh giới giữa trực tràng và đại tràng chậu hông được mô tả rất khác nhau [39].

##### 1.1.1. Cấu tạo của trực tràng

Trực tràng có chiều dài 12 đến 15 cm. Tuy nhiên, phần giới hạn trên và dưới đang còn nhiều tranh cãi. Giới hạn trên là điểm nối giữa trực tràng và đại tràng xích-ma, được cho là ngang mức xương cùng. Giới hạn dưới là đường lược.



**Hình 1. 1. Nếp phúc mạc của trực tràng [48]**

Một phần ba trên trực tràng được bao phủ bởi trên cả hai bình diện trước và hai mặt bên, phần trực tràng giữa chỉ có mặt trước được phủ bởi phúc mạc. Trong khi đó, nếp phúc mạc dừng lại ngang mức cách rìa hậu môn 12 đến 15 cm. Một phần ba trực tràng dưới nằm hoàn toàn ngoài phúc mạc, nếp phúc mạc ở phía trước được xác định cách rìa hậu môn 7 - 9 cm ở nam và 5 - 7,5 cm ở nữ [23].

Dựa vào các nghiên cứu về sinh học thì các nhóm cơ vùng hậu môn đều xuất phát từ ổ nhóp: hệ thống cơ thắt và hệ thống cơ ép bên.

Cơ thắt trong: cơ này có chiều dài 2,5 - 4 cm, là nơi hội tụ của lớp cơ vòng trong ở phần xa của trực tràng. Bờ dưới dày lên có thể sờ thấy khi thăm khám trực tràng, vị trí này dưới đường lược khoảng 1,2 cm.

Là một cơ trơn luôn ở trong tình trạng co liên tục, đây là hàng rào tự nhiên chống lại sự són phân vô ý thức. Cơ thắt trong được chi phối bởi hai hệ thần kinh giao cảm và phó giao cảm, các sợi thần kinh này đi theo đường của thần kinh trực tràng.

Cơ thắt ngoài: cơ này có hình trụ elip bao xung quanh ống hậu môn chia thành 3 phần: phần dưới da, phần nông và phần sâu. Phần thấp nhất của cơ thắt ngoài (dưới da) mỏng nằm bên dưới cơ thắt trong. Phần nông bám vào xương cụt, ở phía sau các sợi cơ trải rộng kết hợp với những mô liên kết tạo nên dây chằng hậu môn - cụt. Phần sâu nhất của cơ thắt ngoài phía sau không có vị trí bám, nhưng phía sâu nhất trở nên liên tục với khối cơ mu trực tràng [12].

### ***1.1.2. Các mạc trong chậu hông***

Gồm mạc nội chậu, mạc trước xương cùng, mạc riêng trực tràng, các dây chằng bên trực tràng, mạc cùng - trực tràng (mạc Waldeyer), mạc Denonviliers.

Được Heald ứng dụng trong phẫu thuật năm 1982. Ông nhận thấy mặt sau trực tràng nằm trong một bao dày, có một bao mỏng hơn bọc lấy mạc treo trực tràng tạo nên một lớp riêng gọi là mạc riêng trực tràng, phân biệt với mạc trước xương cùng mà nó tựa vào. Mạc riêng trực tràng (Perirectal Fascia, Fascia Propria) bao lấy mạc treo trực tràng có những lỗ thủng để động mạch trực tràng giữa và thần kinh trực tràng chui qua.

Mạc treo trực tràng là phần tiếp theo của mạc treo đại tràng chậu hông, bao gồm lớp mô mỡ bao quanh trực tràng (bao gồm động mạch, tĩnh mạch trực tràng trên, giữa, bạch huyết và thần kinh) được mạc riêng trực tràng bao quanh,

nhìn từ ngoài giống như một bướu mỡ. Như vậy, giữa mạc treo trực tràng và mặt trước bên xương cùng cụt là khoang mô liên kết lỏng lẻo gần như vô mạch nằm trong khoảng giữa lá thành và lá tạng của cân chậu (Holy Plane). Khoang liên kết này có thể thấy rất rõ khi phẫu tích trong mổ. Do đó, việc lấy được trực tràng cùng với mạc treo trực tràng có vỏ bọc còn nguyên vẹn là yêu cầu có tính bắt buộc trong kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng [40].

Giới hạn của mạc treo trực tràng:

Phía sau bên: mạc treo trực tràng dính vào mặt trước xương cùng.

Phía trước: ở trên là phúc mạc, ở dưới là mạc Denonvilliers [47]. Ứng với đoạn trực tràng trên, khi mạc treo đại tràng chậu hông ngăn lại và biến mất, mạc treo trực tràng có hình bán nguyệt trên lát cắt ngang. Ở đoạn trực tràng giữa, ngay dưới nếp phúc mạc, mạc treo trực tràng có dạng hình gần tròn trên lát cắt ngang với bóng trực tràng lệch tâm mạc về phía trước.

Phía dưới: ứng với đoạn trực tràng thấp, vào khoảng giữa 2 cơ nâng hậu môn, mạc treo trực tràng mỏng dần và hết ở chỗ nối với ống hậu môn.

Hai bên: dây chằng bên trực tràng và đám rối chậu (hạ vị dưới).

Tương tự trực tràng, mạc treo trực tràng (Mesorectum) cũng được chia làm 3 đoạn: 1/3 trên, 1/3 giữa, và 1/3 dưới. Trên mặt phẳng cắt ngang, mạc treo trực tràng còn được chia thành 4 phần: sau, trước, phải, trái. Hạch trong ung thư trực tràng có trạm đầu tiên là trong mạc treo trực tràng [29].

### ***1.1.3. Mạch máu và thần kinh trực tràng***

#### ***1.1.3.1. Động mạch***

Động mạch trực tràng trên: xuất phát từ động mạch mạc treo tràng dưới đi dưới thành sau và phần trên trực tràng, cung cấp máu cho thành sau, 1/3 trên trực tràng, chia ra các nhánh trái - phải tới thành bên của phần giữa trực tràng.



Động mạch trực tràng giữa: có 2 động mạch hiện diện ở thành bên của eo trực tràng, xuất phát từ động mạch hạ vị (hay chậu trong), cấp máu cho 1/3 giữa trực tràng [32].

Động mạch trực tràng dưới: có 2 động mạch, xuất phát từ động mạch thẹn trong, đi ra trước, vào trong, cấp máu cho 1/3 dưới trực tràng

Động mạch cùng giữa xuất phát từ chỗ chia đôi của động mạch chủ rồi đi xuống bên dưới đáy chậu, mặt trước các đốt sống thắt lưng dưới, xương cùng, xương cụt, chia ra nhiều nhánh nhỏ đi tới thành sau trực tràng.

#### 1.1.3.2. Tĩnh mạch

Tĩnh mạch trực tràng trên dẫn lưu máu từ 1/3 trên trực tràng, theo tĩnh mạch mạc treo tràng dưới về tĩnh mạch cửa.

Tĩnh mạch trực tràng giữa và dưới dẫn lưu máu từ 2/3 dưới trực tràng, theo tĩnh mạch hạ vị (chậu trong) về tĩnh mạch chủ dưới [8].

#### 1.1.3.3. Bạch huyết

Dẫn lưu hạch bạch huyết của trực tràng gồm:

Bạch huyết ở 2/3 trên trực tràng được dẫn lưu tới các hạch mạc treo tràng dưới và các hạch cạnh động mạch chủ.

Bạch huyết ở 1/3 dưới trực tràng và ống hậu môn trên đường lược được dẫn lưu theo hai hướng: đến các hạch mạc treo tràng dưới và đến các hạch chậu trong.

Bạch huyết ở ống hậu môn dưới đường lược: chủ yếu dẫn lưu đến các hạch bẹn nông [8].

#### 1.1.3.4. Thần kinh

Các sợi thần kinh giao cảm xuất phát từ L1, L2, L3 thông qua các chuỗi hạch giao cảm. Tại các chuỗi hạch này, các sợi giao cảm rời hạch cạnh cột sống để đến nối với đám rối cận động mạch chủ. Từ đây, các sợi giao cảm trải dài

bao quanh động mạch mạc treo tràng dưới như một đám rối mạc treo để đi đến phần trên của trực tràng.

Thần kinh trước xương cùng (đám rối hạ vị trên) xuất phát từ đám rối động mạch chủ và các sợi thần kinh nội tạng thắt lưng hai bên. Những đám rối này phân chia thành hai nhóm sợi thần kinh hạ vị. Các sợi thần kinh hạ vị được xác định tại ụ nhô của xương cùng, khoảng 1 cm tính từ đường giữa và trung bình 2 cm cách mỗi niệu quản.

Thần kinh hạ vị mỗi bên tiếp tục theo đường đi của niệu quản và động mạch chậu trong, dọc theo thành chậu, đi phía sau trên mạc treo trực tràng, chạy ngoài lá tạng của cân đáy chậu rồi kết nối với các sợi thần kinh phó giao cảm của xương cùng để hình thành nên đám rối chậu.

Hệ thần kinh phó giao cảm được nhận từ S2 đến S4. Chúng chạy qua mặt bên để thẳng lên trên, nối với các sợi giao cảm của thần kinh chậu hạ vị ở đám rối chậu. Từ đám rối chậu này, kết hợp với sợi sau hạch của hệ thần kinh giao cảm và phó giao cảm để chi phối cho trực tràng trên và đại tràng trái đồng thời chạy qua đám rối mạc treo tràng dưới và đi trực tiếp đến trực tràng dưới và ở phần trên ống hậu môn [16].

## **1.2. Chẩn đoán ung thư trực tràng**

### **1.2.1. Triệu chứng cơ năng**

Chảy máu trực tràng: máu đỏ tươi dính bao quanh phân, hoặc máu chảy ra ngoài trước khi phân ra. Chảy máu trực tràng có ở 70% các trường hợp, không có tính chất đặc trưng nên dễ nhầm với chảy máu trong bệnh trĩ [2].

Hội chứng trực tràng: gặp ở các UTTT thấp, được tập hợp bởi các triệu chứng sau:

- Cảm giác đau tức, âm ỉ, mót rặn ở vùng hậu môn, tầng sinh môn hoặc trong tiêu khung.
- Mót rặn mà không ra phân, chỉ ra hơi, chất nhầy hoặc nhầy lẫn máu.

- Rối loạn lưu thông ruột: tiêu lỏng hoặc tiêu lỏng xen lẫn những đợt táo bón, mới xuất hiện và kéo dài, gặp ở UT TT cao.

- Thay đổi khuôn phân: khuôn phân nhỏ, dẹt hoặc hình lòng máng.

### **1.2.2. Triệu chứng thực thể**

Thăm trực tràng: là thăm khám quan trọng nhất. Với kỹ thuật thăm khám đúng có thể phát hiện được hầu hết các UT TT ở đoạn từ 9 -10 cm cách rìa hậu môn. Qua thăm trực tràng, có thể sờ thấy một ổ loét thành cao, đáy cứng và không đều, một khối u sùi, mụn trên nền cứng vượt ra ngoài giới hạn u, hoặc một đoạn lòng trực tràng vài cm hẹp, cứng, niêm mạc cứng và không di động.

Các tổn thương này dễ chảy máu và dính vào găng ngón tay. Khi thăm trực tràng cần xác định các tính chất sau:

- Vị trí, kích thước khối u, liên quan với chu vi của trực tràng.

- Chiều cao từ bờ dưới u tới rìa hậu môn, là cơ sở quan trọng cho chỉ định điều trị. Bờ trên khối u nếu có thể đưa ngón tay lên được.

- Tính chất di động của khối u so với các tạng xung quanh nhằm đánh giá mức độ xâm lấn thành và các tạng lân cận.

Thăm khám bụng và toàn thân để phát hiện di căn gan, dịch ổ bụng, hạch Troisier, hạch bẹn...

### **1.2.3. Triệu chứng toàn thân**

Bệnh nhân có thể trong tình trạng gầy, mệt mỏi, sốt kéo dài, thiếu máu không rõ nguyên nhân. Các dấu hiệu toàn thân đôi khi xuất hiện đơn độc.

### **1.2.4. Cận lâm sàng chẩn đoán**

#### **1.2.4.1. Nội soi đại trực tràng và sinh thiết u**

U trực tràng ở vị trí thấp, có thể dễ dàng tiếp cận bằng ống soi cứng (60 mm tính từ hậu môn). Qua nội soi, có thể xác định được dạng đại thể của u, kích thước u, có gây tắc hay không, khoảng cách bờ dưới u đến rìa hậu môn, đồng thời sinh thiết u để làm giải phẫu bệnh [19].

Trên thực tế, bệnh nhân cũng cần được soi toàn bộ khung đại tràng để xác định có đồng thời khác, tổn thương khác đi kèm.

#### 1.2.4.2. Siêu âm trong lòng (Endoluminal Ultrasound)

So với CT, siêu âm trong lòng trực tràng hay siêu âm nội soi (TRUS: Transrectal Ultrasound hay Endoscopic Ultrasound) cho phép xác định chính xác hơn về đặc điểm của khối u nguyên phát và tình trạng của các hạch bạch huyết quanh trực tràng [43]. Ung thư khu trú chỉ liên quan đến niêm mạc và lớp dưới niêm mạc thường có thể được phân biệt với các khối u xâm lấn đã xuyên qua lớp cơ hoặc lan qua thành trực tràng vào lớp mỡ quanh trực tràng [26], [50].

Một số nghiên cứu so sánh độ chính xác của TRUS với CT Scan và MRI cho thấy TRUS ưu việt hơn đối với các giai đoạn T của ung thư trực tràng. Mức độ chính xác của TRUS là 80% đến 95% so với 65% đến 75% đối với chụp CT, 75% đến 85% đối với MRI và 62% đối với thăm trực tràng. Độ chính xác của TRUS là cao nhất (95%) trong việc phân biệt khối u còn khu trú trong thành trực tràng (T1, T2) với xâm lấn vào mỡ quanh trực tràng (T3 trở lên) [9].

#### 1.2.4.3. Chụp cắt lớp vi tính

Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) cho hình ảnh toàn bộ khung chậu, sự tương quan của khối u trực tràng với cơ quan lân cận đặc biệt trong các trường hợp u tiến triển. Thường sử dụng cản quang đường tĩnh mạch. Có thể sử dụng cản quang đường uống hay bơm lòng đại tràng (ít làm), hoặc phối hợp cản quang tĩnh mạch với bơm hơi đại tràng [7]. Ngoài ra, có thể dựng hình đại tràng (nội soi ảo) nhằm phát hiện các tổn thương phối hợp.

Khuyết điểm:

- Thiếu độ phân giải tương phản và không gian làm giảm độ chính xác đối với khối u còn nằm trong thành, khả năng xác định cân mạc treo trực tràng thấp (T1, T2, T3).

- Khả năng đánh giá di căn hạch mạc treo trực tràng kém, đặc biệt với hạch dưới 1 cm chụp cắt lớp vi tính rất khó phát hiện [22].

#### 1.2.4.4. Cộng hưởng từ

Chụp cộng hưởng từ (MRI) hiện có vai trò tốt nhất trong đánh giá trước mổ và theo dõi tái phát. Ưu điểm là an toàn, chính xác cao nhờ phân biệt được các lớp thành trực tràng, đánh giá xâm lấn tốt hơn chụp cắt lớp vi tính, có thể phát hiện các hạch nhỏ 2-3mm. MRI có một số lợi thế hơn so với TRUS khi nói đến giai đoạn ung thư trực tràng. Nó cho phép một trường quan sát lớn hơn, ít phụ thuộc vào người thực hiện và ít phụ thuộc vào kỹ thuật hơn (mặc dù phụ thuộc vào người đọc), và MRI cho phép đánh giá các khối u gây hẹp (không thể đánh giá bằng phương pháp thăm trực tràng hoặc siêu âm trong lòng trực tràng vì đầu dò ERUS khó đi qua chỗ hẹp). Một số ưu điểm khác so với TRUS là xác định được các ổ di căn không chỉ trong mạc treo trực tràng mà còn bên ngoài cân của mạc treo trực tràng, chẳng hạn như thành bên của khung chậu [10].

Gần đây, cùng với khái niệm mạc treo trực tràng, xâm lấn u trong mạc treo, thông qua khái niệm diện cắt vòng quanh (Circumferential Resection Margin, CRM). Trên CHT, diện cắt vòng quanh được cụ thể bằng thuật ngữ cân mạc treo trực tràng (Involved Mesorectal Fasia, MRF) [42]. MRF trở thành yếu tố quan trọng trong tiên lượng tái phát tại chỗ, đặc biệt trong phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME). MRF là khoảng cách ngắn nhất từ khối u hoặc hạch di căn đến mạc riêng trực tràng. MRF dương tính khi khoảng cách này nhỏ hơn hoặc bằng 1mm. Do khả năng dựng trên nhiều mặt phẳng, MRI là phương tiện tốt nhất trong đánh giá xâm lấn cơ nâng và cơ thắt hậu môn [30].

#### 1.2.4.5. Xét nghiệm CEA

Xét nghiệm CEA ít có giá trị trong chẩn đoán ung thư đại trực tràng nguyên phát do có độ nhạy thấp (khi u giai đoạn sớm) và đặc hiệu thấp (tăng

trong một số bệnh lành tính khác như viêm loét dạ dày tá tràng, viêm túi thừa, COPD, đái tháo đường).

Trong cùng giai đoạn bệnh, CEA tăng ( $> 5$  ng/ml) có ý nghĩa tiên lượng kém hơn CEA bình thường.

Nồng độ CEA giảm sau phẫu thuật tương quan có ý nghĩa với hiệu quả phẫu thuật. Do đó có thể dùng kết quả này để đánh giá. Ngược lại nồng độ CEA tăng liên tiếp sau phẫu thuật cho thấy nguy cơ bệnh vẫn tiếp diễn và cần được đánh giá lại đầy đủ. Hội Ung thư Lâm sàng Hoa Kỳ (ASCO) khuyến cáo thử CEA trước, sau mổ để đánh giá hiệu quả phẫu thuật, theo dõi sau mổ và tiên lượng bệnh.

Ở giai đoạn bệnh T1N0M0, nồng độ CEA huyết thanh (C1) tăng cao có liên quan đến nguy cơ tử vong so với mức bình thường của CEA huyết thanh (C0; tỷ lệ nguy cơ = 3,276, khoảng tin cậy 95% = 2,781-3,858,  $P < 0,001$ ) [48].

#### 1.2.4.6. Sinh thiết tức thì:

Sinh thiết tức thì là hình thức sinh thiết ngay trong ca mổ, hay còn gọi là "cắt lạnh". Kỹ thuật sinh thiết lạnh, sinh thiết tức thì hoặc sinh thiết cắt lạnh là kỹ thuật xét nghiệm mô bệnh học nhanh, khi bác sĩ chưa biết khối u đó là lành tính hay ác tính.

Trong quá trình làm phẫu thuật, phẫu thuật viên sẽ lấy một phần hoặc toàn bộ khối u chuyển đến khoa giải phẫu bệnh. Tại khoa giải phẫu bệnh, bác sĩ giải phẫu bệnh tiến hành cắt bệnh phẩm trên máy cắt lạnh để làm tiêu bản. Dựa vào tiêu bản thu được, các bác sĩ giải phẫu có thể xác định được u lành hay u ác, loại mô học. Thời gian thực hiện giải phẫu mẫu bệnh phẩm diễn ra trong vòng 10 - 15 phút.

Sau khi nhận được kết quả của khoa giải phẫu bệnh là khối u lành hay ác tính, lúc này bác sĩ thực hiện ca mổ đưa ra quyết định cắt trọn khối bướu, nếu đây là một khối u lành tính hoặc bác sĩ sẽ phải cắt khối bướu rộng hơn, phải

nao hạch và xử trí như một ca phẫu thuật ung thư. Nhờ ứng dụng kỹ thuật này mà bệnh nhân và phẫu thuật viên được lợi trong việc: không phải chờ đợi kết quả lâu, đặc biệt là tiết kiệm thời gian vì không phải phẫu thuật 2 lần.

### **1.2.5. Giải phẫu bệnh**

#### **1.2.5.1. Đại thể**

Thể loét thâm nhiễm: là loại gặp nhiều nhất, loét có bờ cao, thành đứng và đáy cứng, gồ ghề, dễ chảy máu, thường kết hợp sùi loét.

Thể u sùi: thể u sùi ít gặp, khối u sùi vào lòng trực tràng, nhiều múi, chân rộng nền cứng, thường bị loét ở giữa u.

Thể thâm nhiễm cứng rất ít gặp: một vài cm trực tràng dày lên, cứng, phát triển chiếm toàn bộ chu vi, gây hẹp lòng trực tràng nhưng không bao giờ bị loét ở bề mặt [4].

#### **1.2.5.2. Vi thể**

Loại mô học chủ yếu của ung thư đại trực tràng là carcinôm tuyến: chiếm 90 – 95%.

Các loại khác gồm:

- Carcinôm tế bào nhày.
- Carcinôm tế bào gai.
- Carcinôm không biệt hóa.
- Carcinoid.
- Sarcôm và lymphom.

#### **1.2.5.3. Sự phát triển của ung thư**

Tại chỗ:

- Ung thư xâm lấn theo chu vi thường gây ra hẹp lòng trực tràng.
- Xâm lấn trên dưới khối u theo lòng đại trực tràng, không quá 4 cm từ bờ thương tổn.

- Xâm lấn theo chiều sâu các lớp của thành ruột, sau đó là tổ chức tế bào xung quanh và các tạng lân cận.

- Phía trước: tiền liệt tuyến, túi tinh, bàng quang ở nam giới và tử cung, thành sau âm đạo ở nữ giới.

- Phía sau: xâm lấn vào xương cùng cụt ít gặp.

- Hai bên: tổ chức mỡ quanh trực tràng, cơ thắt, cơ nâng hậu môn.

Di căn hạch:

Sự xâm lấn vào các nhóm hạch xảy ra từ từ, từ gần tới xa, từ dưới lên trên, bắt đầu từ nhóm hạch ở thành, cạnh trực tràng sau đó là nhóm hạch dọc động mạch trực tràng trên, ĐM mạc treo tràng dưới, ĐM chủ. Sự xâm lấn vào nhóm hạch dọc ĐM trực tràng giữa và dưới ít gặp.

Di căn theo đường tĩnh mạch:

Tổ chức ung thư có thể di căn vào tĩnh mạch trực tràng trên để tới TM cửa và TM trực tràng giữa để về TM chủ dưới.

Di căn xa:

Di căn phúc mạc, gan, phổi thường gặp hơn là di căn xương và não.

### **1.2.6. Phân chia giai đoạn**

#### **1.2.6.1. Phân loại theo Dukes (1932)**

Năm 1932, Cuthbert E. Dukes đã đưa ra cách phân loại giai đoạn UTĐT dựa vào độ xâm lấn u vào thành ruột và tình trạng di căn hạch, được gọi là hệ thống phân loại của Dukes, đến nay vẫn còn được áp dụng để đánh giá kết quả điều trị và tiên lượng bệnh.

Dukes A: ung thư giới hạn ở thành trực tràng và không có di căn hạch

Dukes B: ung thư xâm lấn đến thanh mạc, mô mỡ quanh trực tràng nhưng không có di căn xa

Dukes C: di căn hạch vùng [8].



### *1.2.6.2. Phân loại theo Astler và Coller (1954)*

A: ung thư giới hạn ở lớp niêm mạc

B1: ung thư xâm lấn đến lớp cơ

B2: ung thư xâm lấn đến thanh mạc và mỡ quanh đại trực tràng

C1: ung thư xâm lấn chưa hết thành ruột nhưng đã có di căn hạch vùng

C2: ung thư xâm lấn hết thành ruột và có di căn hạch vùng

Năm 1967, Turnbull và cộng sự đã đưa thêm loại D (ung thư có di căn xa) vào hệ thống phân loại Dukes. Hệ thống phân loại Astler – Coller cải tiến (Modified Astler – Coller: MAC) đưa thêm loại B3 (ung thư xâm lấn tạng lân cận) và C3 (ung thư xâm lấn tạng lân cận và có di căn hạch vùng) vào hệ thống phân loại của Astler - Coller.

### *1.2.6.3. Phân loại TNM của AJCC cho ung thư đại trực tràng.*

Phân chia giai đoạn thường sử dụng hệ thống phân loại theo Ủy ban Liên hiệp Ung thư Hoa Kỳ 8 (American Joint Committee on Cancer, AJCC) [21]

**Bảng 1. 1. Định nghĩa TMN của ung thư trực tràng**

TX	Không xác định được
Tis	Carcinoma in situ: khu trú lớp niêm mạc-lamina propria
T1	U xâm lấn lớp dưới niêm
T2	U xâm lấn lớp cơ
T3	U xâm lấn quá lớp cơ đến lớp dưới thanh mạc
T4a	U xâm lấn lá phúc mạc tạng
T4b	U xâm lấn trực tiếp cơ quan lân cận
NX	Không thấy thông tin về các hạch bạch huyết lân cận hoặc không đánh giá được
N0	Không di căn hạch
N1	Di căn 1-3 hạch vùng
N1a	Di căn hạch vùng
N1b	Di căn 2-3 hạch vùng
N1c	U tích tụ trong lớp dưới thanh mạc, mạc treo, mô quanh đại tràng (ngoài phúc mạc) mà không di căn hạch vùng (đối với T1,T2)
N2	Di căn từ trên 4 hạch vùng
N2a	Di căn 4-6 hạch vùng
N2b	Di căn từ 7 hạch vùng
M0	Không di căn xa
M1	Có di căn xa
M1a	Di căn xác định trên 1 tạng hoặc 1 vùng (gan, phổi, buồng trứng, hạch ngoài hạch vùng)
M1b	Di căn nhiều hơn 1 tạng
M1c	Di căn phúc mạc

**Bảng 1. 2. Giai đoạn ung thư trực tràng**

Giai đoạn	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
	T2	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIB	T4a	N0	M0
IIC	T4b	N0	M0
IIIA	T1-T2	N1/N1c	M0
	T1	N2a	M0
IIIB	T3-T4a	N1/N1c	M0
	T2-T3	N2a	M0
	T1-T2	N2b	M0
IIIC	T4a	N2a	M0
	T3-T4a	N2b	M0
	T4b	N1-M2	M0
IVA	Bất kì T	Bất kì N	M1a
IVB	Bất kì T	Bất kì N	M1b
IVC	Bất kì T	Bất kì N	M1c

### 1.3. Điều trị ung thư trực tràng

#### 1.3.1. Nguyên tắc điều trị phối hợp

Điều trị phối hợp (đa mô thức) vẫn còn nhiều tranh cãi và chưa có sự thống nhất. Các khuyến cáo điều trị vẫn còn khác nhau giữa các trường phái. Nhìn chung, điều trị ung thư hướng tới điều trị cá thể hóa. Điều này đòi hỏi sự đánh giá toàn diện, cũng như phối hợp đa chuyên khoa để đưa ra kế hoạch điều trị tốt nhất cho từng trường hợp.

### ***1.3.2. Diện cắt dưới***

Diện cắt dưới tối ưu trong phẫu thuật ung thư trực tràng vẫn còn tranh cãi. Mặc dù hướng lan đầu tiên của ung thư trực tràng là lên trên dọc theo đường bạch huyết, nhưng các khối u nằm dưới nếp phúc mạc có thể lan xuống phía dưới qua các đường bạch huyết và mạch máu trong hoặc ngoài lòng trực tràng.

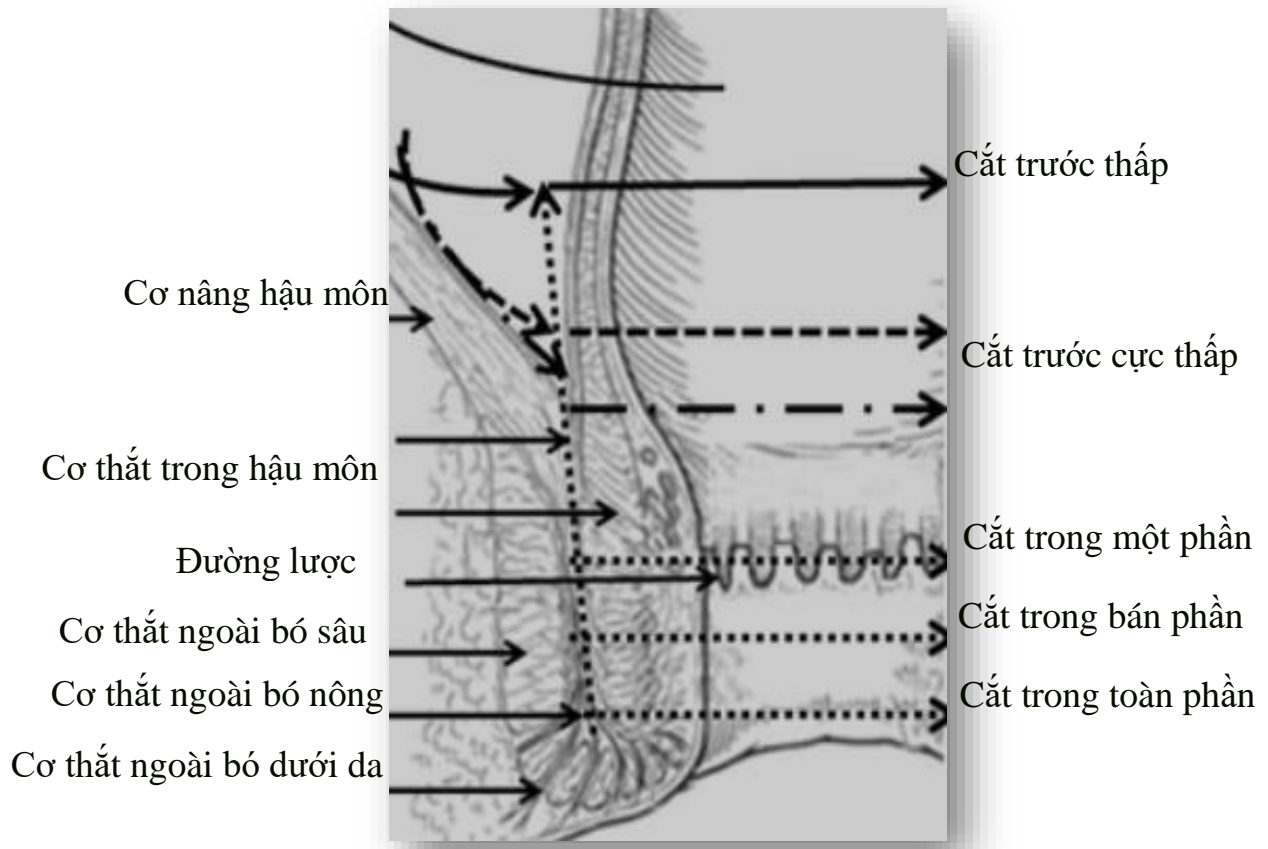
Việc sử dụng phẫu thuật Miles cho ung thư trực tràng thấp theo truyền thống dựa trên sự cần thiết phải cắt dưới u 5 cm mới hết tế bào ung thư. Tuy nhiên, các nghiên cứu hồi cứu cho thấy diện cắt dưới u 1 cm không làm tăng nguy cơ tái phát tại chỗ. Sự lan rộng mô ung thư trong thành trực tràng của đoạn dưới khối u thường trong khoảng 2 cm trừ khi ung thư kém biệt hóa hoặc ung thư đã di căn rộng. Dữ liệu từ một thử nghiệm tiền cứu, ngẫu nhiên được thực hiện bởi một dự án quốc gia hỗ trợ phẫu thuật vú và ruột Hoa Kỳ cho thấy không có sự khác biệt đáng kể nào về tỷ lệ sống còn hoặc tái phát tại chỗ khi so sánh diện cắt dưới u 2,2 đến 2,9 cm và lớn hơn 3 cm. Do đó, khoảng cách 1-2 cm của diện cắt dưới được chấp nhận để cắt ung thư biểu mô trực tràng, mặc dù là diện cắt trên 5 cm vẫn được khuyến cáo.

### ***1.3.3. Phẫu thuật trong ung thư trực tràng thấp***

#### ***1.3.3.1. Phẫu thuật cắt đoạn trực tràng có bảo tồn cơ thắt***

Chọn lựa phương pháp phẫu thuật gồm nhiều yếu tố:

- Dựa vào vị trí, giai đoạn khối u và trình độ phẫu thuật viên mà lựa chọn phương pháp bảo tồn cơ thắt khác nhau để phẫu thuật cắt trực tràng triệt căn.
- Bệnh nhân có chức năng đại tiện tốt, tự chủ trước phẫu thuật.
- Khối u giai đoạn T4 không có chống chỉ định bảo tồn cơ thắt khi khối u chỉ xâm lấn vào cơ quan xa cơ thắt.
- Kiểm tra sự xâm lấn của khối u vào hệ thống cơ thắt.
- U trên đường lược 2 cm thì về mặt lý thuyết có thể bảo tồn được cơ thắt.



**Hình 1. 2. Mô hình bảo tồn cơ thắt theo vị trí u hiện nay**

(Nguồn: Surg Today) [20]

- Phẫu thuật cắt trước cực thấp.

Chỉ định:

- Nếu khối u không xâm lấn cơ vòng hậu môn đánh giá qua thăm khám bằng tay, nối đại tràng với ống hậu môn.

- Phẫu thuật cắt gian cơ thắt.

Chỉ định:

- U cách rìa hậu môn dưới 5 cm, hoặc thấp hơn nhưng chưa xâm lấn cơ thắt ngoài, tổn thương có xâm lấn cơ thắt trong, hoặc tổn thương nằm cách vòng nhẵn hậu môn < 1 cm.

Chống chỉ định:

- Khối u quá lớn
- Có tình trạng tắc ruột
- Tiền sử có phẫu thuật trước đó tiên lượng dính nhiều gây khó khăn khi nội soi

- Cơ địa không thực hiện phẫu thuật nội soi được như: bệnh lý tim mạch, hô hấp mạn tính [24].

- Xu thế điều trị đối với những khối u nằm ở trực tràng thấp thì phẫu thuật triệt căn bảo tồn cơ thắt hậu môn. Với sự hiểu biết về đường di căn hạch, kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng cùng với bờ an toàn phía dưới khối u đã đảm bảo cho các phẫu thuật viên mạnh dạn thực hiện kỹ thuật cắt xuyên cơ thắt trong điều trị triệt căn ung thư trực tràng thấp [12].

#### ***1.3.4. Phẫu thuật nội soi trong ung thư trực tràng***

Trong điều trị UTTT bên cạnh những phẫu thuật kinh điển, phẫu thuật nội soi đã được phát triển và ngày càng đem lại nhiều lợi ích và an toàn cho bệnh nhân mà vẫn đảm bảo những nguyên tắc phẫu thuật ung thư. Trên thế giới trường hợp cắt đại tràng đầu tiên được thực hiện bởi Jacobs năm 1991. Tại Việt Nam ca cắt đại tràng đầu tiên được thực hiện năm 2002 tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Những phương pháp phẫu thuật trên đều có thể được triển khai bằng nội soi.

Ngày nay kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng và bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu được xem là phẫu thuật chuẩn cho điều trị UTTT cách rìa hậu môn dưới 10 cm có thể cắt bỏ được [35]. Khái niệm cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (Total Mesorectal Excision - TME) được Heald mô tả lần đầu năm 1979 và sau đó được nhân rộng trên toàn thế giới. Với kỹ thuật này tỷ lệ tái phát sau 5 năm dưới 5% và tỷ lệ sống sau 5 năm đạt 87,5%.

Phẫu thuật nội soi có ưu điểm giúp quan sát được rõ nét cấu trúc vùng tiểu khung, tuân thủ nguyên tắc nạo vét hạch ung thư, tăng khả năng bảo tồn

thần kinh tiết niệu sinh dục mà vẫn đảm bảo tính nguyên vẹn của mạc treo trực tràng.

#### **1.4. Bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng thấp**

##### ***1.4.1. Kết quả nghiên cứu ngoài nước***

Cùng với những so sánh với các kỹ thuật khác thì bảo tồn cơ thắt có thời gian sống thêm cao hơn phẫu thuật cắt cụt trực tràng. Cắt gian cơ thắt để bảo tồn cơ thắt hầu hết áp dụng cho những khối u nằm thấp dưới 5 cm so với rìa hậu môn. Schiessel nghiên cứu 117 bệnh nhân với thời gian theo dõi trung bình 94 tháng (24 - 185 tháng), tái phát tại chỗ 5,3% (6 bệnh) trong đó có 5 bệnh tái phát trong 2 năm đầu. Tác giả cũng tính toán về thời gian sống thêm trung bình là 174 tháng trong nhóm nghiên cứu dựa vào thuật toán Kaplan-Meier [44].

Kết quả về ung thư học của các tác giả nghiên cứu về cắt gian cơ thắt so với các phẫu thuật khác cũng không có khác biệt. Nakagoe báo cáo bảo tồn cơ thắt cho u trực tràng nói chung trong 116 bệnh nhân thì tỷ lệ tái phát tại chỗ 9,5% [38]. Nhiều báo cáo khác tỷ lệ tái phát tại chỗ trong phẫu thuật cắt trước cực thấp nói đại tràng hậu môn cho u trực tràng thấp có tỷ lệ tái phát tại chỗ 4 - 6%, tác giả Kim K.N báo cáo 44 trường hợp từ năm 1997 đến 2003 với cắt trước cực thấp cho u trực tràng thấp có tỷ lệ tái phát tại chỗ 6,8% [33].

##### ***1.4.2. Kết quả nghiên cứu trong nước***

Nghiên cứu của Phạm Như Hiệp từ năm 2000 đến 2008 trên 60 bệnh nhân UTTT được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Trung ương Huế trong đó có 20 ca cắt trước, 31 ca cắt ngả bụng tầng sinh môn, 9 ca làm Pull-through cho kết quả như sau: Tuổi trung bình 58,5, tỷ lệ chuyển mổ mở 3,3%, tỷ lệ biến chứng sau mổ 3,3%, tỷ lệ sống và khỏi bệnh 77,8%, tỷ lệ sống và còn bệnh 5,6%, tử vong liên quan đến ung thư 16,7% [28].

Nghiên cứu của Đoàn Anh Vũ trên 58 trường hợp ung thư trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y được

Cần Thơ từ tháng 4/2012 đến tháng 5/2014 trong đó phẫu thuật cắt trước cực thấp chiếm 43,1%, cắt trước thấp 31%, cắt trước 13,8%, phẫu thuật Miles 12,1%. Tỷ lệ có biến chứng là 22,4%. Số lần đại tiện trung bình sau phẫu thuật là 4,2 lần/ngày. Đại tiện không kiểm soát sau mổ ở các BN cắt trước là 12,5%, cắt trước thấp là 11,1%, với cắt trước cực thấp là 92%. Kết quả của điều trị phẫu thuật: Kết quả tốt chiếm 77,6%, trung bình chiếm 17,2%, xấu chiếm 5,2% [17].

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 12 năm 2014 trên 45 bệnh nhân bị ung thư trực tràng thấp được phẫu thuật cắt liên cơ thắt qua nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ. Trong đó, cắt bán phần cơ thắt chiếm 77,8%, cắt gần toàn bộ cơ thắt chiếm 6,7% và cắt toàn bộ cơ thắt chiếm 15,6%. Trong 3 tháng đầu, điểm Wexner trung bình trên 16,9, sau 12 tháng: 11,5 và sau 36 tháng: 10,3 điểm. Không có trường hợp nào xì miêng nổi hay tử vong [14].



## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

##### 2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng thấp có bờ dưới khối u cách lỗ trong hậu môn (bờ trên cơ thắt) từ 1 đến  $\leq 6$  cm, được phẫu thuật cắt trực tràng có bảo tồn cơ thắt bằng phẫu thuật nội soi.

##### 2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư trực tràng nguyên phát.

Khối u trực tràng có bờ dưới khối u cách lỗ trong hậu môn (bờ trên cơ thắt) từ 1 đến  $\leq 6$  cm.

Khối u trực tràng được xác định trước mổ chưa có xâm lấn vào cơ thắt ngoài hậu môn.

Được phẫu thuật điều trị triệt để ung thư trực tràng thấp bằng các phương pháp mổ nội soi cắt trước cực thấp, cắt gian cơ thắt.

Bệnh nhân được theo dõi, khám lại, có đầy đủ các thông số từ khi vào viện đến khi tái khám định kỳ.

##### 2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân mổ nội soi chuyển mổ mở.

Bệnh nhân có ung thư khác kèm theo như ung thư đại tràng, ung thư vùng ống hậu môn.

Bệnh nhân ung thư trực tràng có di căn xa (giai đoạn IV).

Bệnh nhân và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### **2.1.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

#### **2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

Báo cáo loạt ca

#### **2.2.2. Phương pháp chọn mẫu**

Bệnh nhân được chọn vào nhóm nghiên cứu theo kiểu thuận tiện.

#### **2.2.3. Nội dung nghiên cứu**

##### **2.2.3.1. Đặc điểm chung**

Tuổi: Tính độ tuổi trung bình của cả nhóm.

- Chia đối tượng nghiên cứu thành ba nhóm:

- + Dưới 40 tuổi.
- + Từ 40 đến 60 tuổi.
- + Từ trên 60 tuổi trở lên.

Giới: Nam - Nữ.

Tiền sử:

- Bản thân:

+ Polyp trực tràng, viêm trực tràng, bệnh lý, trĩ, các bệnh lý mạn tính khác.

+ Bệnh kèm theo.

+ Tiền căn phẫu thuật vùng bụng ghi nhận: Mổ mở, mổ qua nội soi, phẫu thuật trên hay dưới mạc treo đại tràng ngang.

##### **2.2.3.2. Đặc điểm lâm sàng**

Lý do vào viện: triệu chứng khi nhập viện: Sụt cân (bệnh nhân bị sụt cân trong thời gian gần đây), đau bụng, đại tiện phân máu, phân nhỏ dẹt, mót rặn, đại tiện khó, phát hiện tình cờ.

Thời gian xuất hiện triệu chứng:

- Triệu chứng được ghi nhận lúc bệnh nhân phát hiện đến thời điểm khám:

- + Dưới hoặc bằng 6 tháng.
- + Từ trên 6 tháng đến 12 tháng.
- + Từ trên 12 tháng trở lên.

Triệu chứng lâm sàng bao gồm triệu chứng cơ năng và thực thể:

- Đại tiện phân có đờm máu, đại tiện nhiều lần, phân nhỏ dẹt, mót rặn, đại tiện không tự chủ, tiêu chảy, táo bón, đau bụng vùng chậu, sụt cân.

+ Đau quặn bụng: Đau quặn bụng từng cơn, buồn nôn hoặc nôn, bụng chướng, bí trung đại tiện.

+ Đại tiện phân máu: Phát hiện khi bệnh nhân đi đại tiện.

+ Thay đổi thói quen đại tiện: Đại tiện táo bón hoặc lỏng xen kẽ, nhiều lần trong ngày, thay đổi giờ đại tiện.

+ Mót rặn: Đại tiện phân nhầy mũi, đại tiện rồi còn muốn đại tiện.

Thăm khám trực tràng: Sờ được u, không sờ được u, khoảng cách bờ dưới u đến rìa hậu môn, máu dính găng hay không.

Mô tả thương tổn:

Mô tả tình trạng niêm mạc hậu môn trực tràng. Mô tả khối u: vị trí trên thành hậu môn trực tràng, khoảng cách từ khối u đến lỗ ngoài hậu môn, mật độ, kích thước, hình dạng, chân khối u, di động, bề mặt, có máu hay không, cơ vòng hậu môn còn mềm mại, không thấy xâm lấn của khối u, khối u trên cơ thắt ngoài ít nhất 1 cm, cơ thắt đều trơn láng.

### 2.2.3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Nội soi đại trực tràng:

- Hình thái u: Dạng sùi, thâm nhiễm hay loét.

+ Thể sùi: Khối trên bề mặt của niêm mạc, không có cuống.

+ Thể loét: Tổn thương là một ổ loét có bờ gồ cứng.

+ Thể thâm nhiễm: Tổn thương làm mất tính mềm mại của niêm mạc, không thấy niêm mạc gồ lên hay loét xuống.

Vị trí khối u được chia làm các vị trí: Trước, sau, bên trái, bên phải, toàn bộ trực tràng.

Kích thước tương đối với chu vi thành trực tràng: Chiếm 1/4 chu vi, chiếm 1/4 đến 1/2 chu vi, chiếm 1/2 đến 3/4 chu vi, chiếm toàn bộ chu vi.

Chụp cắt lớp vi tính:

- Hình dạng của khối u: Trên hình ảnh chụp cắt lớp có tiêm thuốc cản quang, tổn thương u bắt thuốc mạnh hơn tổ chức xung quanh.

+ Hình khuyết: ghi nhận hình khuyết vào thành trực tràng.

+ Hình lõm vào lòng trực tràng: thường dạng sùi, đội vào lòng.

+ Thâm nhiễm: tổn thương hình ảnh mất cấu trúc lớp, dày, không rõ bờ.

- Xâm lấn tại chỗ theo phân độ TNM của AJCC-2010, quan sát cấu trúc giữa lớp cơ và thanh mạc, không phân biệt được lớp niêm mạc và dưới niêm mạc.

- Chẩn đoán di căn hạch: Hạch dương tính khi kích thước > 1 cm hình tròn hoặc bầu dục, giảm tỷ trọng ít hoặc không ngấm thuốc cản quang và nhiều hạch nhỏ tập trung thành từng đám được xem như là một hạch lớn.

Xét nghiệm chất chỉ điểm ung thư CEA: Theo kết quả xét nghiệm trước mổ.

- Chất chỉ điểm CEA được đo bằng phương pháp miễn dịch và định lượng. CEA giá trị bình thường: 0-5mg/ml. Đối với CEA có giá trị khi >10 mg/ml, 5-10 mg/l là nghi ngờ.

- Kết quả được chia làm ba nhóm:

+ Nhóm có nồng độ  $\leq 5$  mg/ml.

- + Nhóm có nồng độ 5 đến  $\leq 10$  mg/ml.
- + Nhóm có nồng độ  $> 10$  mg/ml.
- Huyết học: Tìm dấu hiệu thiếu máu khi Hemoglobin  $< 7$ mg/dl.
- Nội soi đại trực tràng và Giải phẫu bệnh:
- Vị trí u qua nội soi trực tràng: 1/3 dưới.
- Hình dạng của khối u: Hình dạng khối u được ghi nhận sau khi lấy bệnh phẩm ra ngoài và tiến hành cắt dọc trực tràng ở mặt trước để định dạng hình dạng của khối u, ghi nhận các hình dạng:

- + U dạng sùi vào lòng trực tràng.
- + U dạng loét.
- + U dạng thâm nhiễm.

- Vi thể:

Số liệu được thu thập từ khoa Giải Phẫu Bệnh và xếp loại mô bệnh học của tổ chức WHO

Ung thư biểu mô (UTBM): tuyến, nhầy, nhân.

- Phân chia độ biệt hóa được áp dụng cho ung thư tế bào biểu mô tuyến:
  - + Khối u có độ biệt hóa cao.
  - + Khối u có độ biệt hóa vừa.
  - + Khối u có độ biệt hóa kém.
- Chẩn đoán giai đoạn:
  - + T, N, M giai đoạn theo TNM trước xạ trị.
  - + Thay đổi kích thước của u sau xạ trị, hóa trị.
  - + Thay đổi T, N, M giai đoạn theo TNM sau xạ trị.

Diện cắt dưới u.

- Chúng tôi tiến hành lấy mẫu bệnh phẩm quanh diện cắt dưới rồi gửi kèm với bệnh phẩm về khoa Giải Phẫu Bệnh:
  - + Diện cắt âm tính với tế bào ung thư.

- + Diện cắt dương tính với tế bào ung thư.
- + Diện cắt nghi ngờ hoặc loạn sản tế bào
- + Không ghi nhận về tế bào của diện cắt.

#### 2.2.3.4. Điều trị phẫu thuật:

Phương pháp phẫu thuật

Số trocar

Thời gian phẫu thuật: Tính theo phút

Tai biến trong lúc phẫu thuật:

- Tồn thương niệu quản: có/không
  - + Niệu quản bị đứt, thủng trong quá trình phẫu thuật (khâu nối).
  - + Tồn thương qua thành (niệu quản) mở vào lòng niệu quản.
- Tồn thương mạch máu: có/không
  - + Tồn thương cuống mạch, đám rối cần cầm máu và truyền ít nhất 1 đơn vị máu.
- Tụ máu mạc treo: có/không
  - + Tụ máu mạc treo trực tràng, đại tràng hay ruột non có đường kính  $\geq$  3 cm, xảy ra trong quá trình phẫu thuật (khâu nối).

Đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ:

- Đại thể
- Vi thể
- Xếp giai đoạn theo TNM sau mổ

#### 2.2.3.5. Đánh giá kết quả điều trị sớm (sau mổ đến khi xuất viện 3 tháng):

- Đau sau mổ: có/không
  - + Tình trạng đau cần được điều trị (kiểm soát).
  - + Số ngày sử dụng thuốc giảm đau đường tiêm.
- Chảy máu sau mổ: có/không

+ Bao gồm chảy máu từ vết mổ, chảy máu cơ, chảy máu dưới da và chảy máu không thể nhận biết được chính là chảy máu trong những cơ quan bên trong ổ bụng.

- Bục miệng nối: có/không

+ Miệng khâu nối không kín.

+ Rò dịch tiêu hóa theo đường của ống dẫn lưu ổ bụng.

- Tắc ruột sớm: có/không

+ Tình trạng các cơn đau bụng sẽ ngày càng dữ dội, có choáng, vã mồ hôi, nhợt người đi, hoặc đi ngoài ra máu.

+ Cận lâm sàng chẩn đoán: siêu âm ổ bụng, xquang bụng không sửa soạn.

- Nhiễm trùng vết mổ: có/không

+ Những nhiễm khuẩn tại vị trí phẫu thuật.

+ Vết mổ bị sưng, đỏ, đau hay vết mổ tụ dịch.

- Thời gian trung tiện lại:

+ Thời gian có nhu động ruột trở lại.

- Tần suất đại tiện lần đầu sau mổ:

+ Số lần đại tiện đầu tiên sau mổ trong 24 giờ.

- Tần suất đại tiện trước khi xuất viện:

+ Số lần đại tiện vào ngày trước khi xuất viện.

- Tần suất đại tiện sau mổ 7 ngày.

- Tần suất đại tiện sau mổ 01 tháng.

- Tần suất đại tiện sau mổ 03 tháng

- Đại tiện gấp: có/không

+ Tình trạng bất thường của nhu động ruột.

- Tự chủ hậu môn vào ngày trước khi xuất viện: có/không

+ Khả năng kiểm soát hơi phân qua hậu môn của bệnh nhân.

- + Đánh giá theo thang điểm Kirwan.
- Tự chủ hậu môn vào lần tái khám: có/không
  - + Khả năng kiểm soát hơi phân qua hậu môn của bệnh nhân.
  - + Đánh giá theo thang điểm Kirwan.
- Đánh giá tự chủ hậu môn theo thang điểm Kirwan [12].
  - + Kirwan I (rất tốt): tự chủ hoàn toàn với cả phân đặc, lỏng và hơi.
  - + Kirwan II (tốt): không tự chủ được hơi.
  - + Kirwan III (khá): thỉnh thoảng són ít.
  - + Kirwan IV (xấu): thường xuyên són nhiều nhưng không đòi hỏi làm hậu môn nhân tạo.
  - + Kirwan V (rất xấu): đòi hỏi làm hậu môn nhân tạo
- Thời gian phục hồi sự tự chủ của hậu môn (tháng): áp dụng cho bệnh nhân đạt tiêu chuẩn Kirwan độ I và II.
- Tái phát tại chỗ: có/không
  - + Các tế bào ung thư ác tính xuất hiện ở cùng một vị trí như ung thư nguyên phát trước đó.
- Phẫu thuật lại và nguyên nhân: có/không
  - + Các biến chứng trong thời gian hậu phẫu cần được chỉ định phẫu thuật sớm giải quyết nguyên nhân.
- Phương pháp mổ:
  - + Phẫu thuật nội soi hoặc mở ổ bụng thám sát giải quyết nguyên nhân.
- Kết quả sau mổ lại: tốt, trung bình hoặc xấu.
- Kết quả chung: kết quả phẫu thuật dựa trên phân loại theo kết quả phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp của Lê Quốc Tuấn [13]:
  - + Tốt: không có tái biến, biến chứng phẫu thuật cần phải can thiệp xử trí. Bệnh nhân phục hồi tốt.



+ Trung bình: có tai biến, biến chứng nhưng xử trí được và bệnh nhân ra viện ổn định, không để lại di chứng nặng.

+ Xấu: tai biến, biến chứng nặng phải phẫu thuật lại hoặc tử vong.

#### **2.2.4. Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu**

Xây dựng bệnh án mẫu với đầy đủ thông tin để thu thập số liệu nghiên cứu.

Thầy thuốc khám và đánh giá UTTTT để xác định giai đoạn

Chẩn đoán UTTTT

Chẩn đoán xác định:

- Thăm trực tràng và nội soi sinh thiết với kết quả giải phẫu bệnh
- Xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu, CEA máu
- Siêu âm bụng, CT scan vùng chậu, soi bàng quang, X quang ngực thẳng.

Điều trị ngoại khoa bằng phẫu thuật nội soi

Chỉ định: Bệnh nhân có khối u trực tràng thấp có bằng chứng giải phẫu bệnh là ung thư giai đoạn I, II, III đồng ý phẫu thuật nội soi. Loại phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí u.

- Phẫu thuật cắt trước cực thấp

Chỉ định:

- Nếu khối u không xâm lấn cơ vòng hậu môn đánh giá qua thăm khám bằng tay, nối đại tràng với ống hậu môn.

- Phẫu thuật cắt gian cơ thắt

Chỉ định:

- U cách rìa hậu môn dưới 5 cm, hoặc thấp hơn nhưng chưa xâm lấn cơ thắt ngoài, tổn thương có xâm lấn cơ thắt trong, hoặc tổn thương nằm cách vòng nhẵn hậu môn < 1 cm.

Chống chỉ định:

- Khối u quá lớn
- Có tình trạng tắc ruột
- Tiền sử có phẫu thuật trước đó tiên lượng dính nhiều gây khó khăn khi nội soi

- Cơ địa không thực hiện phẫu thuật nội soi được như: bệnh lý tim mạch, hô hấp mạn tính

Chuẩn bị trước mổ:

- Giải thích cho bệnh nhân và người nhà tình trạng bệnh, tiên lượng và kế hoạch tham gia hoạt động nghiên cứu.

- Làm các xét nghiệm tiền phẫu đánh giá khả năng phẫu thuật

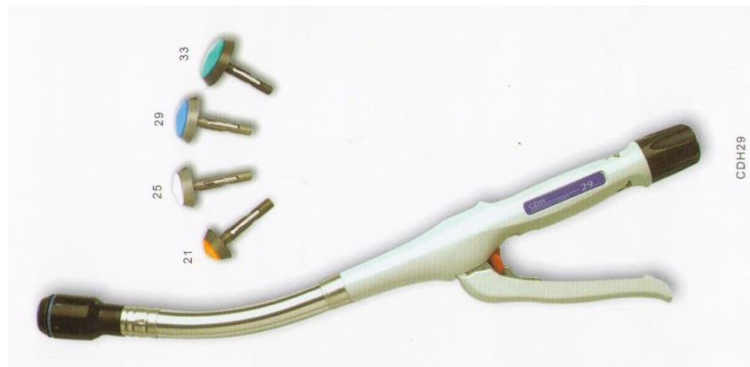
- Làm sạch ruột.

- Bù nước điện giải, truyền đạm nếu Protein < 60 g/l, truyền máu nếu Hb < 7 mg/dl

- Dụng cụ: chuẩn bị dụng cụ mổ nội soi cắt u đại trực tràng, cắt đốt bằng Harmonic scalpel của hãng Johnson & Johnson, nối đại tràng - trực tràng bằng dụng cụ khâu nối vòng CDH29 Ethicon hoặc nối tay.



**Hình 2. 1. Harmonic scalpel [17]**



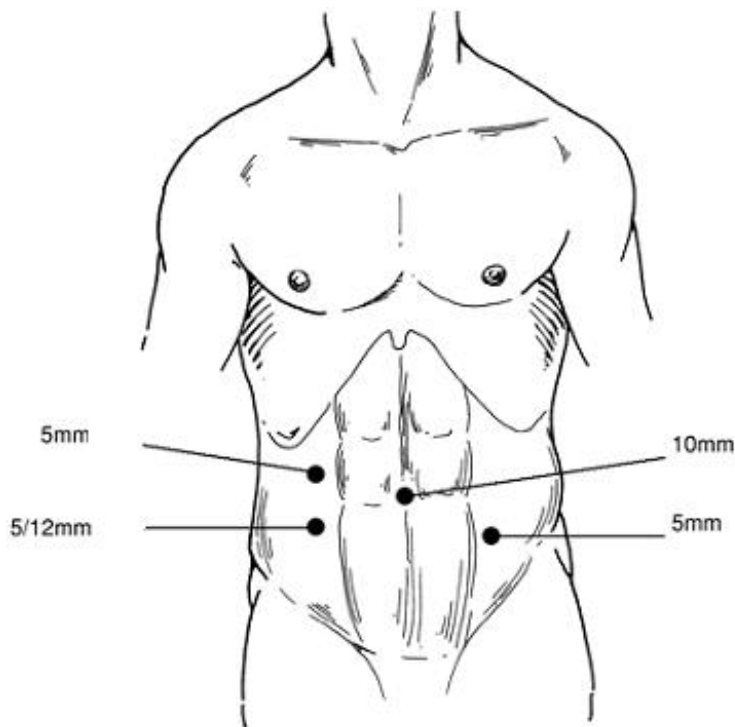
**Hình 2. 2. Dụng cụ khâu nội vòng CDH29 [17]**

(Nguồn: Khoa Phẫu thuật – Gây mê hồi sức  
BV Trường Đại học Y Dược Cần Thơ)

Kỹ thuật mổ:

Bệnh nhân nằm ngửa, được gây mê nội khí quản. Hai chân đặt trên 2 giá gác chân. Chân phải đặt thấp hơn để tránh cản trở phẫu thuật viên khi thao tác. Monitor đặt bên trái về phía chân bệnh nhân. Phẫu thuật viên đứng bên phải về phía chân. Người phụ 1 cầm camera đứng bên phải về phía đầu. Người phụ 2 đứng bên trái.

Vị trí các trocar được đặt như nhau trong phẫu thuật cắt trước thấp và cắt trực tràng ngã bụng tầng sinh môn. Trocar 10 mm tại rốn quan sát được từ bờ dưới tá tràng đến tiểu khung. Qua hình ảnh trocar này quan sát để đặt các trocar kế tiếp. 2 trocar bên phải là cổng thao tác của phẫu thuật viên. Trocar 5mm bên trái để người phụ nắm kéo đại tràng.



**Hình 2. 3. Vị trí các lỗ trocar trong phẫu thuật cắt trước và cắt cụt ngã bụng tầng sinh môn qua nội soi**

*(Nguồn: Mastery of Surgery) [37]*

Quan sát toàn thể ổ bụng để đánh giá tính chất ung thư, mức độ di căn, xâm lấn. Đánh giá chiều dài của đại tràng chậu hông, mức độ di động, chiều dài của mạc treo trực tràng để dự kiến đường cắt phía trên.

Dùng kẹp không sang chân đẩy mạc nối, đại tràng ngang lên phía hoành, đẩy các quai hông tràng và hồi tràng để tạo khoảng trống vùng chậu.

Mở phúc mạc thành sau để bộc lộ bó mạch mạc treo tràng dưới tận gốc. Xác định niệu quản trái. Mạch máu được kẹp bằng clip Hemoloc, cắt bằng Harmonic scalpel [46].

Mở dọc lá phúc mạc thành sau 2 bên trực tràng cho đến nếp phúc mạc túi cùng Douglas. Trực tràng được phẫu tích tại khoảng vô mạch trước xương cùng. Phẫu tích mặt trước trực tràng. Ở nam bóc tách ở trước mạc treo trực

tràng và túi tinh. Ở nữ bóc tách giữa mặt trước mạc treo trực tràng và phần trên thành sau âm đạo.

Mạc treo trực tràng được lấy thành một khối đến sát đáy chậu, cách bờ dưới khối u từ 5cm trở lên. Đảm bảo lấy toàn bộ mô mỡ quanh trực tràng kèm hạch di căn

Cắt trước cực thấp

Bộ lộ hậu môn bằng banh Lone - Star hoặc khâu lộn ống hậu môn khi hậu môn lõm. Dựa vào vị trí u để cắt vòng quanh ống hậu môn, đi vào mặt phẳng gian cơ thắt. Thực hiện cắt bán phần cơ thắt khi bờ dưới khối u cách đường lược 2-2,5 cm, cắt gần trọn cơ thắt khi bờ dưới khối u cách đường lược từ 1-2 cm. Bờ dưới khối u xâm lấn tới đường lược thì cắt toàn bộ cơ thắt trong. Khâu túm ống hậu môn lại để tránh rơi vãi, phẫu tích thông vào xoang bụng. Kéo đoạn trực tràng và đại tràng ra ngoài, cắt trên u ở đại tràng sigma sau đó khâu nối mép cắt với phần ống hậu môn còn lại bằng tay [31], [36].



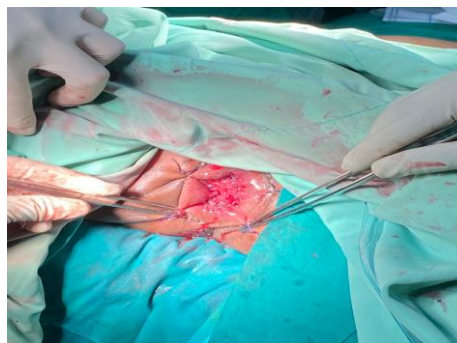
(a)



(b)

#### Hình 2. 4. Bộ lộ ống hậu môn

(a). Bằng banh Lone - Star, (b). Khâu lộn ống hậu môn



**Hình 2. 5. Đưa u ra ngoài Hình 2. 6. Khâu nối ĐT sigma-ống hậu môn**



**Hình 2. 7. Hậu môn sau khi phẫu thuật Hình 2. 8. Mẫu bệnh phẩm**

(Nguồn: BN Nguyễn Quốc P., 41t, hồ sơ 3933, ngày phẫu thuật 17/04/2023)

**Cắt gian cơ thắt**

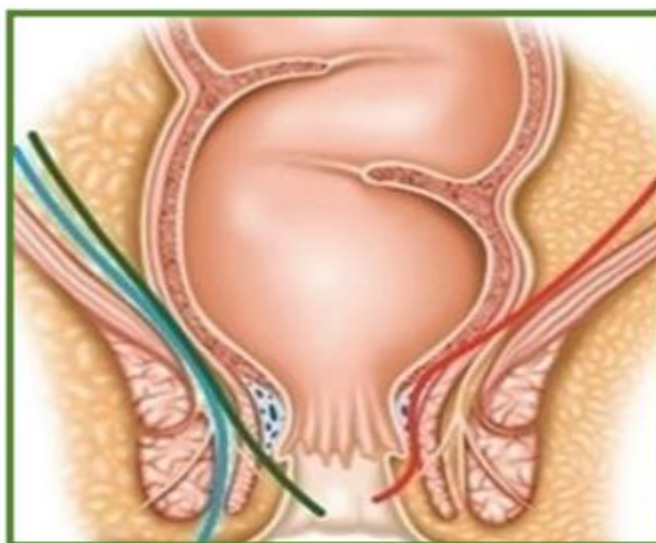
- Thì phẫu thuật bụng: thực hiện TME đến tận cơ nâng hậu môn phải thấy được cơ của thành trực tràng.

- Thì phẫu thuật hậu môn: thì phẫu thuật này được tiến hành với banh hậu môn bằng dụng cụ Lone - Star.

- Một đường cắt quanh ống hậu môn dưới hoặc ngang đường lược để phẫu tích vào mặt ngoài cơ thắt trong.

Cắt vòng quanh cơ thắt trong đến mặt trong cơ thắt ngoài từ đó phẫu tích vào giữa hai lớp cơ thắt, tại lớp này tiến hành phẫu tích đi lên quá đường lược

2 cm là ngang với vị trí bờ trên cơ nâng hậu môn, mở phần cơ nâng còn lại dính với trực tràng sẽ kéo được trực tràng ra ngoài. Tiến hành phẫu tích vào giữa hai lớp cơ thắt cho đến khi thấy ổ phúc mạc, sau đó kéo trực tràng ra ngoài rồi xác định đoạn trực tràng cần cắt, tái lập lưu thông tiêu hóa bằng miệng nối trực tiếp giữa đại tràng hậu môn.



**Hình 2. 9. Giới hạn các đường cắt trong phương pháp CGCT**

(Nguồn: A Cancer Journal for Clinicians) [34]

Ghi nhận những tai biến trong lúc mổ

Lấy mô gửi làm giải phẫu bệnh và ghi nhận kết quả

Điều trị sau mổ

Đánh giá kết quả điều trị sớm

Thu thập tất cả dữ liệu nghiên cứu vào mẫu bệnh án nghiên cứu mã hóa và nhập số liệu vào phần mềm.

### **2.2.5. Phương pháp hạn chế sai số**

- Sai số:

- + Sai số thông tin (khi thu thập thông tin).
- + Sai số trong quá trình nhập và xử lý số liệu.

- Biện pháp khắc phục sai số:

+ Chuẩn hóa bộ công cụ: phỏng vấn thử để phát hiện các bất cập cần chỉnh sửa.

+ Định nghĩa biến rõ ràng.

+ Kiểm tra các thông tin trong phiếu ngay sau buổi thu thập số liệu để phát hiện sai số, bổ sung thông tin tại chỗ.

+ Làm sạch số liệu và nhập số liệu ngay sau khi thu thập đầy đủ thông tin người bệnh vào phần mềm.

+ Kiểm tra, đối chiếu lại phiếu sau khi nhập máy.

### **2.2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu**

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 19. Thống kê tần suất và tỷ lệ % các biến định tính. Tính trung bình và độ lệch chuẩn với các biến định lượng. Phân tầng các biến định lượng. Sử dụng phép kiểm  $\chi^2$  để đánh giá sự khác biệt có ý nghĩa thống kê hay không ở độ tin cậy  $\alpha = 95\%$ .

### **2.3. Đạo đức trong nghiên cứu**

Nghiên cứu này được thực hiện trên cơ sở luôn tôn trọng những nguyên tắc đạo đức trong y học. Tuyệt đối không tiến hành nghiên cứu khi bệnh nhân không đồng ý tham gia và không tiết lộ những thông tin của các bệnh nhân. Trong quá trình tiếp xúc và thăm khám luôn có thái độ tôn trọng vui vẻ với bệnh nhân. Những thông tin thu thập và báo cáo được đảm bảo tính chân thực hoàn toàn.

Nghiên cứu này được thông qua hội đồng xét duyệt đề cương nghiên cứu và hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của đề tài luận văn theo biên bản số 421/QĐ-ĐHYD đồng ý cho thực hiện nghiên cứu.



### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 07/2022 đến tháng 06/2023 chúng tôi ghi nhận được 32 trường hợp ung thư trực tràng thấp được điều trị bằng phẫu thuật nội soi có bảo tồn cơ thắt tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu. Kết quả nghiên cứu như sau:

### 3.1. Đặc điểm chung

#### 3.1.1. Tuổi

**Bảng 3. 1. Nhóm tuổi**

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
< 40 tuổi	1	3.1
40-60	14	43.8
> 60 tuổi	17	53.1
Độ tuổi trung bình	60,4 ± 11,3	

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 60,4±11,3. Trẻ nhất là 34 tuổi, lớn nhất là 85 tuổi. Nhóm bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên chiếm 53.1%.

#### 3.1.2. Giới tính

**Bảng 3. 2. Giới tính**

Giới tính	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	21	65,6
Nữ	11	34,4
Tổng	32	100

**Nhận xét:** Bệnh nhân nam chiếm 65,6%. Tỷ lệ nam/nữ là: 2/1.

### 3.1.3. Tiền sử

**Bảng 3. 3. Tiền sử**

Tiền sử bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Khỏe	16	50
Bệnh lý tim mạch	8	25
Đái tháo đường	4	12,5
Trĩ nội	1	3,1
Tiền căn phẫu thuật bụng	3	9,4
Tổng	32	100

**Nhận xét:** 50% BN có tiền sử khỏe mạnh trước đó. Có 3 trường hợp BN đã phẫu thuật vùng bụng trước đó gồm: 3 BN mổ cắt ruột thừa đường McBurney.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

#### 3.2.1. Lý do vào viện

**Bảng 3. 4. Lý do nhập viện**

Lý do vào viện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đại tiện phân đàm máu	26	81,3
Tiêu lỏng	1	3,1
Đau bụng	3	9,4
Mót rặn	2	6,2
Tổng	32	100

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân vào viện vì lý do tiêu phân có máu, chiếm tỷ lệ 81,3%.

### 3.2.2. Thời gian mắc bệnh

**Bảng 3. 5. Thời gian mắc bệnh**

Thời gian mắc bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤ 6 tháng	29	90,6
>6 - 12 tháng	3	9,4
>12 tháng	0	0
Tổng	32	100

**Nhận xét:** 90,6% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh 6 tháng trở lại trước khi nhập viện.

### 3.2.3. Triệu chứng lâm sàng

**Bảng 3. 6. Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đại tiện phân đàm máu	32	100
Tiêu chảy	1	3,1
Tiêu phân nhỏ dẹt	20	62,5
Mót rặn	17	53,1
Đau vùng hạ vị	9	28,1
Sụt cân	25	78,1

**Nhận xét:** Đại tiện phân đàm máu xuất hiện trong 100% bệnh nhân. 78,1% bệnh nhân có sụt cân. Những triệu chứng khác là phân nhỏ dẹt, mót rặn, đau vùng hạ vị, tiêu chảy.

### 3.2.4. Thăm trực tràng

**Bảng 3. 7. Thăm trực tràng**

<b>Khám</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Sờ được u	32	100
Không sờ được u	0	0
Tổng	32	100

**Nhận xét:** 100% trường hợp sờ chạm u khi thăm khám hậu môn trực tràng.

### 3.2.5. Đặc điểm di động của khối u

**Bảng 3. 8. Đặc điểm di động của khối u**

<b>Tính di động của u</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Di động	17	53,1
Di động kém	7	21,9
Không di động	8	25
Tổng	32	100

**Nhận xét:** 17 trường hợp khối u di động khi thăm khám hậu môn trực tràng chiếm cao nhất với tỷ lệ 53,1%.

### 3.2.6. Máu dính găng khi thăm khám trực tràng

**Bảng 3. 9. Máu dính găng khi thăm khám trực tràng**

<b>Máu dính găng</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Có máu	27	84,4
Không có máu	5	15,6
Tổng	32	100

**Nhận xét:** Máu dính găng khi thăm khám hậu môn trực tràng chiếm cao nhất với tỷ lệ 84,4% (27 trường hợp).

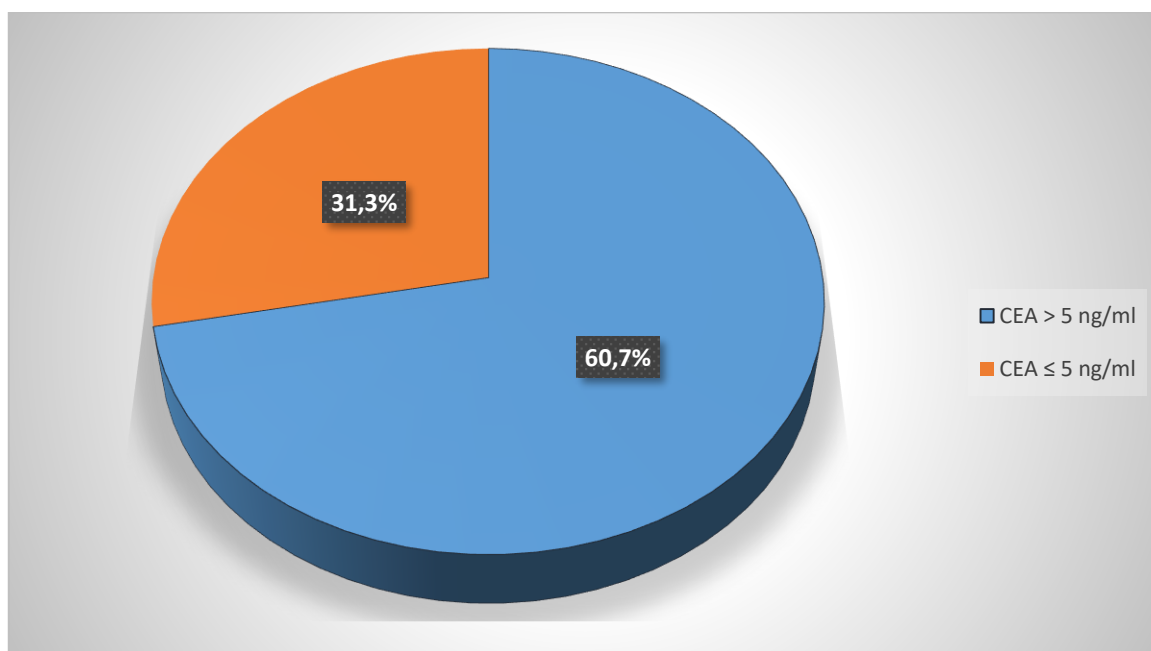
### 3.2.7. Dấu hiệu thiếu máu theo Hemoglobin

**Bảng 3. 10. Huyết học**

Huyết học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không thiếu máu Hb $\geq$ 11 g/dL	29	90,6
Thiếu máu nhẹ Hb 9 - < 11 g/dl	2	6,3
Thiếu máu vừa Hb 7 - < 9 g/dl	1	3,1
Tổng	32	100

**Nhận xét:** 90,6% BN không thiếu máu. 6,3% BN thiếu máu nhẹ.

### 3.2.8. CEA



**Biểu đồ 3. 1. Xét nghiệm CEA**

**Nhận xét:** 60,7% BN có nồng độ CEA tăng trên 5ng/ml.

### 3.2.9. Siêu âm bụng, CT Scan và MRI vùng chậu

**Bảng 3. 11. Siêu âm bụng**

Siêu âm bụng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Phát hiện được u	11	34,4
Không phát hiện được u	21	65,6
Tổng	32	100

**Nhận xét:** 34,4% BN phát hiện được u trực tràng qua siêu âm bụng với hình ảnh dày thành trực tràng.

**Bảng 3. 12. CT Scan bụng có thuốc cản quang**

CT Scan bụng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Phát hiện được u	26	100
Không phát hiện được u	0	0
Tổng	26	26

**Nhận xét:** Có 26 ca được chụp CT Scan bụng. 100% đều phát hiện được u trực tràng. Trong đó, giai đoạn T2 chiếm 2 ca (7,7%), T3 chiếm 20 ca (76,9%), T4 chiếm 4 ca (15,4%). 46,2 % phát hiện hạch quanh trực tràng.

**Bảng 3. 13. MRI vùng chậu**

MRI vùng chậu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Phát hiện được u	9	100
Không phát hiện được u	0	0
Tổng	9	100

**Nhận xét:** Có 09 ca được chụp MRI vùng chậu. 100% đều phát hiện được u trực tràng. Trong đó, giai đoạn T2 chiếm 1 ca (11,1%), T3 chiếm 6 ca (66,7%), T4 chiếm 2 ca (22,2%). 66,7% phát hiện hạch quanh trực tràng.

### 3.2.10. Nội soi đại trực tràng

100% các trường hợp được thực hiện nội soi đại trực tràng đều phát hiện được u trực tràng. Độ chính xác khi chẩn đoán ung thư trực tràng qua nội soi là 93,3%.

**Bảng 3. 14. Hình dạng u qua nội soi đại trực tràng**

Hình dạng của u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sùi	31	96,9
Loét	0	0
Sùi loét	1	3,1
Thâm nhiễm	0	0
Tổng	32	100

**Nhận xét:** Khối u dạng sùi nhiều nhất chiếm 96,9%. Còn lại 01 BN có khối u dạng sùi loét chiếm 3,1%.

### 3.2.11. Kích thước của khối u theo chiều dài nhất

**Bảng 3. 15. Kích thước khối u**

Kích thước u (cm)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<3	0	0
3 - <5	11	34,4
5 - <7	9	28,1
≥7	12	37,5
Tổng	32	100

**Nhận xét:** 37,5% khối u có kích thước  $\geq 7$  cm. Khối u có kích thước nhỏ nhất là 3 cm, lớn nhất là 12 cm.

### 3.2.12. Giải phẫu bệnh

**Bảng 3. 16. Biệt hóa tế bào ung thư**

Biệt hóa	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	0	0
Vừa	21	65,6
Kém	11	34,4
Tổng	32	100

**Nhận xét:** Giải phẫu bệnh ghi nhận 21 trường hợp biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 65,6%. 11 trường hợp biệt hóa kém chiếm tỷ lệ 34,4%.

### 3.2.13. Loại tế bào ung thư

Ung thư biểu mô tuyến chiếm 100% trường hợp.

### 3.2.14. Đánh giá TNM và giai đoạn của ung thư trực tràng

**Bảng 3. 17. Mức độ xâm lấn tại chỗ của ung thư trực tràng**

T	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
2	2	6,3
3	25	78,1
4	5	15,6
Tổng	32	100

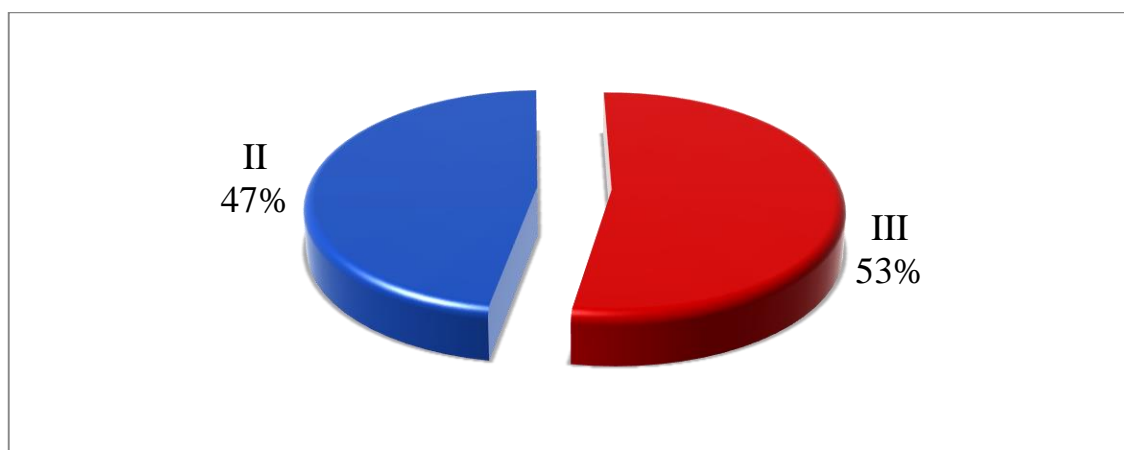
**Nhận xét:** Có 25 ca T3 chiếm 78,1%. Kế đến là 5 ca T4 chiếm 15,6%. Còn lại 2 ca T2 chiếm 6,3%.



**Bảng 3.18. Mức độ di căn hạch**

<b>N</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
0	14	43,8
1	8	25
2	10	31,2
<b>Tổng</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 43,8% BN không có di căn hạch. 25% di căn từ 1-3 hạch. 31,2% di căn từ 4 hạch trở lên. Số hạch di căn cao nhất là 10 hạch.

**Biểu đồ 3. 2. Giai đoạn của ung thư trực tràng thấp**

**Nhận xét:** Có 15 BN ở giai đoạn II chiếm 47%, 17 BN ở giai đoạn III chiếm 53%.

**Bảng 3. 19. Liên quan giữa mức độ xâm lấn và di căn hạch**

<b>T</b>	<b>Di căn hạch</b>	
	<b>Có</b>	<b>Không</b>
2	0 (0%)	2 (100%)
3	15 (60%)	10 (40%)
4	3 (60%)	2 (40%)
<b>Tổng</b>	<b>18 (56,3%)</b>	<b>14 (43,7%)</b>

**Nhận xét:** Di căn hạch không có ở T2, 60% ở T3 và T4.

### 3.3. Kết quả phẫu thuật

#### 3.3.1. Phương pháp phẫu thuật

**Bảng 3.20. Phương pháp phẫu thuật**

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cắt gian cơ thắt	2	6,3
Cắt trước cực thấp	30	93,7
Tổng	32	100

**Nhận xét:** 30 trường hợp được phẫu thuật cắt trước cực thấp chiếm tỷ lệ 93.7%.

Còn lại 2 trường hợp phẫu thuật cắt gian cơ thắt chiếm tỷ lệ 6.3%.

#### 3.3.2. Đặc điểm về kỹ thuật

##### 3.3.2.1. Giới hạn cắt bờ trên và dưới khối u

**Bảng 3. 21. Khoảng cách cắt bờ trên khối u**

Khoảng cách (cm)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
5	3	9,4
10	25	78,1
15	4	12,5
Tổng	32	100

**Nhận xét:** 78,1% bệnh nhân có khoảng cách cắt bờ trên khối u là 10 cm. Ngắn nhất là 5 cm, dài nhất là 15 cm.

**Bảng 3.22. Khoảng cách bờ dưới khối u**

<b>Khoảng cách (cm)</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
1	13	40,6
2	16	50
3	3	9,4
Tổng	32	100

**Nhận xét:** 32 ca thực hiện cắt ngang ống hậu môn từ 1-3 cm. Trong đó có 16 ca cắt cách bờ dưới khối u 2 cm chiếm 50%, 13 ca cắt cách bờ dưới khối u 1 cm chiếm 40,6%.

### 3.3.2.2. Đặc điểm diện cắt dưới khối u

**Bảng 3. 23. Đặc điểm diện cắt dưới khối u**

<b>Diện cắt dưới khối u</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Không có tế bào ung thư	32	100
Có tế bào ung thư	0	0
Tổng	32	100

**Nhận xét:** Tất cả trường hợp ghi nhận diện cắt dưới khối u không ghi nhận tế bào ung thư.

### 3.3.2.3. Số lượng trocar

Chúng tôi sử dụng 4 trocar để thao tác trong 32 ca chiếm 81,2%. 6 ca sử dụng 5 trocar chiếm 18,8%.

### 3.3.2.4. Các chỉ số đánh giá phẫu thuật

**Bảng 3. 24. Các chỉ số đánh giá phẫu thuật**

Chỉ số	Ngắn nhất	Trung vị	Dài nhất
Thời gian mổ (phút)	150	268,2 ± 70,8	420
Thời gian có trung tiện sau mổ (ngày)	1	1,9 ± 0,4	3
Thời gian cho ăn sau mổ (ngày)	1	2,3 ± 0,6	4
Thời gian rút ODL bụng (ngày)	3	4,3 ± 1,6	11
Thời gian nằm viện hậu phẫu (ngày)	6	8,6 ± 2,2	16

**Nhận xét:** Thời gian trung bình của phẫu thuật nội soi điều trị UTTT thấp là 268 phút, ngắn nhất là 150 phút, dài nhất là 420 phút.

Trung bình số ngày có trung tiện sau phẫu thuật là 1,9 ngày. Sớm nhất là 1 ngày, muộn nhất là 3 ngày.

Trung bình thời gian cho ăn sau phẫu thuật là 2,3 ngày. Sớm nhất là 1 ngày, chậm nhất là 4 ngày.

Trung bình thời gian rút ODL bụng là 4,3 ngày. Sớm nhất là 3 ngày, muộn nhất là 11 ngày.

Trung bình thời gian nằm viện hậu phẫu là 8,6 ngày. Sớm nhất là 6 ngày, muộn nhất là 16 ngày.

### 3.3.3. Biến chứng sớm sau mổ và kết quả hậu phẫu

**Bảng 3. 25. Biến chứng sớm sau mổ**

<b>Biến chứng</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Không có biến chứng	28	87,5
Nhiễm trùng vết mổ	3	9,4
Sa trực tràng	1	3,1
Tổng	32	100

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân không có biến chứng sau mổ với 28 trường hợp chiếm tỷ lệ 87,5%. Có 1 trường hợp sa trực tràng vào ngày thứ nhất sau mổ chiếm tỷ lệ 3.1%.

**Bảng 3.26. Đại tiện không kiểm soát trước xuất viện ở các bệnh nhân có bảo tồn cơ thắt**

<b>Phương pháp phẫu thuật</b>	<b>Đại tiện không kiểm soát</b>	
	<b>Có</b>	<b>Không</b>
Cắt gian cơ thắt	2 (100%)	0 (0%)
Cắt trước cực thấp	29 (96,7%)	1 (3,3%)
Tổng	31 (96,9%)	1 (3,1%)

**Nhận xét:** Tỷ lệ đại tiện không kiểm soát chung của các BN trước khi xuất viện là 96,9%. Nhóm phẫu thuật cắt trước cực thấp là 96,7%.

**Bảng 3. 27. Số lần đại tiện trung bình trên ngày**

<b>Thời gian</b>	<b>Ngày trước khi xuất viện</b>	<b>01 tuần</b>	<b>01 tháng</b>	<b>03 tháng</b>
Số lần đại tiện trung bình	7,8 ± 2,2	6,5 ± 2,2	4,7 ± 1,9	2,5 ± 1,8

**Nhận xét:** Số lần đại tiện trên ngày trước khi xuất viện trung bình 7,8 lần.

Số lần đại tiện trên ngày sau 01 tuần xuất viện trung bình 6,5 lần.

Số lần đại tiện trên ngày sau 01 tháng xuất viện trung bình 4,7 lần.

Số lần đại tiện trên ngày sau 03 tháng xuất viện trung bình 2,5 lần.

**Bảng 3. 28. Thang điểm Kirwan sau 03 tháng**

<b>Thang điểm</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Kirwan I	13	40,6
Kirwan II	10	31,2
Kirwan III	3	9,4
Kirwan IV	6	18,8
Kirwan V	0	0
Tổng	32	100

**Nhận xét:** Kirwan I chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,6% (13 bệnh nhân). Các trường hợp còn lại thuộc Kirwan II chiếm tỷ lệ 31,2%, Kirwan III chiếm tỷ lệ 9,4%, Kirwan IV chiếm tỷ lệ 18,8%.

**Bảng 3.29. Kết quả phẫu thuật**

<b>Kết quả</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Tốt	23	71,9
Trung bình	9	28,1
Xấu	0	0
Tổng	32	100

**Nhận xét:** Kết quả phẫu thuật tốt chiếm tỷ lệ cao nhất với 23 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 71,9%).

## Chương 4

### BÀN LUẬN

#### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

##### 4.1.1. Đặc điểm về tuổi

Qua nghiên cứu 32 trường hợp chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình là 60,4. Trong đó nhóm BN từ 40 tuổi trở lên chiếm 96,9%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu:

Nghiên cứu của Nguyễn Minh An với 92 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp có tuổi trung bình  $55,4 \pm 13,1$ . Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên chiếm 86,9% [1]. Phạm Văn Bình 135 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp ghi nhận độ tuổi trung bình 55,3, độ tuổi dưới 40 chiếm 14%, trên 60 tuổi chiếm 40% [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Sơn có độ tuổi trung bình là 56,26 tuổi với nhóm tuổi hầu hết là từ 40 đến 70 tuổi chiếm tỷ lệ 80,6%, độ tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ 6,5%.

Một số nghiên cứu khác, chúng tôi có độ tuổi tương đương: Trương Vĩnh Quý nghiên cứu 52 bệnh nhân u trực tràng thấp được thực hiện phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt có tuổi trung bình 62,7 [12]. Rullier E, 92 bệnh nhân u trực tràng thấp được thực hiện phẫu thuật bảo tồn cơ thắt bằng phương pháp cắt gian cơ thắt có độ tuổi trung bình 65 tuổi [41].

##### 4.1.2. Giới tính

Nhóm BN của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 65,6%. Tỷ lệ nam/nữ là: 2/1. Tỷ lệ này trong các nghiên cứu của tác giả Akagi Y nghiên cứu tổng hợp 14 bài báo của các tác giả trên thế giới về phẫu thuật cắt gian cơ thắt cho u trực tràng thấp, ghi nhận tỷ lệ nam cao hơn trong tất cả các nghiên cứu, tỷ lệ này giao động 1,3 đến 2,5 [20]. Số liệu của chúng tôi tương đồng với Nguyễn Ngọc Sơn là 1,38:1 (nam chiếm 58,1%), Trương Vĩnh Quý có 53,8% là nam giới, tỷ lệ nam/nữ = 1,17 [12].



### 4.1.3. Tiền sử

Tiền sử của bệnh nhân có liên quan đến viêm trực tràng mạn tính, polyp trực tràng và gia đình có ý nghĩa quan trọng về mặt dịch tễ học, cũng như tầm soát bệnh lý này trong xã hội, nhiều yếu tố liên quan đến bệnh lý này. Tất cả những BN có bệnh lý nội khoa đều được chúng tôi hội chẩn với các bác sĩ chuyên khoa và bác sĩ gây mê hồi sức để điều chỉnh các bất thường cho phép bệnh nhân có thể thực hiện được phẫu thuật cắt ung thư trực tràng qua nội soi. 9,4% BN có tiền sử phẫu thuật vùng bụng trước đó, chúng tôi thực hiện thăm khám kỹ vị trí, hướng đi của vết mổ cũ để đề phòng nguy cơ tổn thương các tạng dính lên vết mổ khi vào trocar nhất là trocar đầu tiên.

Nguyễn Minh An cho thấy tiền sử viêm đại trực tràng mạn tính 8,6% và có 89,1% tiền sử bình thường [1]. Trương Vĩnh Quý nghiên cứu trên 52 bệnh nhân cho thấy tiền sử không có bệnh lý đặc biệt chiếm 86,5%. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trên với tỷ lệ bệnh nhân không có bệnh lý đặc biệt chiếm 50%, bệnh lý tim mạch 25%, Đái tháo đường 12,5%, trĩ nội 3,1% [12].

## 4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

### 4.2.1. Lý do nhập viện

Người bệnh được phát hiện tình cờ khi khám định kỳ, ở giai đoạn này thường chưa có triệu chứng lâm sàng rõ rệt và có khoảng 50% bệnh nhân không có triệu chứng khi điều trị. Tuy nhiên, hệ thống tầm soát ung thư nói chung và ung thư trực tràng nói riêng ở Việt Nam còn chưa phát triển mạnh, hầu hết bệnh nhân vào viện đều có các triệu chứng điển hình: đại tiện máu, mót rặn, đau vùng hậu môn và thay đổi thói quen đại tiện.

Lý do nhập viện thường gặp nhất của các bệnh nhân trong nghiên cứu là đại tiện phân có đờm máu với tỷ lệ 81,3%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trương Vĩnh Quý trên 52 bệnh nhân UTTT thấp với tỷ lệ tiêu phân đờm máu trong nghiên cứu là 75% [12]. Có những bệnh nhân khác đến khám không phải vì

tiêu phân đàm máu mà vì triệu chứng khó chịu khác như đau bụng chiếm 9,4%, mót rặn 6,2%, tiêu phân lỏng 3,1%. Một nghiên cứu của Mai Đình Điều từ 2007 đến 2012 với 146 bệnh nhân ung thư trực tràng cả 3 vị trí có triệu chứng đại tiện máu chiếm tỷ lệ cao nhất 83,4% [5].

#### **4.2.2. Thời gian mắc bệnh**

Trong các bệnh lý ung thư nói chung và UTTT nói riêng, việc phát hiện sớm bệnh là điều vô cùng quan trọng vì bệnh càng ở giai đoạn muộn thì càng có tiên lượng xấu hơn. Thời gian mắc bệnh chính là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến giai đoạn bệnh của các BN.

Nghiên cứu của chúng tôi có nhóm 6 tháng trở lại chiếm 90,6%, 7-12 tháng là 9,4%. Kết quả này gần tương tự với Trương Vĩnh Quý với tỷ lệ nhóm 6 tháng trở lại chiếm 86,5%. Như vậy nhìn chung những bệnh nhân UTTT có khoảng thời gian từ khi có triệu chứng đến khi phải nhập viện đa phần dưới 6 tháng [12].

#### **4.2.3. Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng lâm sàng xuất hiện nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là đại tiện phân đàm máu với 100%. Đây cũng là lý do khiến bệnh nhân phải đi khám. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Minh Đức từ năm 2011 đến 2013 với 100 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thắp nối bằng máy có triệu chứng đại tiện máu 90,1%. Một nghiên cứu của Đoàn Anh Vũ từ 2012 đến 2014 với 58 bệnh nhân ung thư trực tràng cả 3 vị trí có triệu chứng đại tiện máu chiếm tỷ lệ cao nhất 96,6% [17].

Đối với những bệnh nhân ung thư trực tràng thấp thì triệu chứng mót rặn, đau hậu môn và đại tiện máu càng rõ rệt hơn. Tuy nhiên, với triệu chứng đại tiện máu thường thì bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu là trĩ chảy máu. Điều đáng lưu ý và dễ thực hiện nhất là các nhà lâm sàng phải thăm trực tràng cho tất cả bệnh nhân có dấu hiệu rối loạn tiêu hóa. Đây là một thủ thuật đơn giản nhưng có thể phát hiện được nhiều bệnh lý về trực tràng và hậu môn.

#### 4.2.4. CEA

Chất chỉ điểm ung thư CEA được sử dụng một cách rộng rãi trong ung thư đường tiêu hóa và là xét nghiệm để theo dõi tái phát. Tuy nhiên các tác giả đều thống nhất xét nghiệm CEA trước mổ chỉ mang tính chất tiên lượng và tăng độ chính xác trong chẩn đoán ung thư trực tràng khi phối hợp với các xét nghiệm khác.

Trong nghiên cứu này chúng tôi xác định những trường hợp tăng CEA trước mổ khi có nồng độ  $>5\text{ng/ml}$  và tỷ lệ này là 60,3%. Theo Nguyễn Tạ Quyết tỷ lệ BN có CEA tăng là 50%. Nghiên cứu của Phạm Hùng Cường cho thấy tỷ lệ tăng CEA  $>5\text{ng/ml}$  là 54,1% nhưng không có ảnh hưởng đến tỷ lệ di căn hạch. Độ nhạy của CEA cũng khác nhau tùy theo giai đoạn bệnh. Theo Su độ nhạy của các giai đoạn từ I-III lần lượt là 21,4%, 38,9%, 41,7% trong khi theo Duffy, tỷ lệ tăng CEA ở các giai đoạn Dukes A, B, C, D lần lượt là 3%, 25%, 45%, và 65%. Mức độ biệt hóa cũng ảnh hưởng đến nồng độ CEA. Cụ thể nồng độ CEA trong Carcinôm biệt hóa tốt, trung bình, kém lần lượt là 18,0mg/g, 5,5mg/g và 2,2mg/g protein mô.

#### 4.2.5. Siêu âm bụng, chụp CT Scan bụng và MRI vùng chậu

Siêu âm bụng được thực hiện thường quy trong bệnh lý ung thư trực tràng với mục đích phát hiện khối u thông qua hình ảnh dày thành trực tràng. Song song đó khảo sát những cơ quan khác trong ổ bụng để đánh giá có di căn hay không nhất là gan. Về chẩn đoán và đánh giá mức độ xâm lấn và di căn hạch của ung thư, siêu âm bụng thông thường có giá trị không cao bằng siêu âm qua nội soi trực tràng. Bằng chứng trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả đều được thực hiện siêu âm bụng tổng quát nhưng chỉ có 34,4% phát hiện được ung thư.

Chụp cắt lớp điện toán bụng chậu cho phép đánh giá khá chính xác sự xâm lấn thành ruột của khối u, xâm lấn các tạng lân cận, sự di căn hạch cũng như di căn các cơ quan ở xa, các biến chứng liên quan đến khối u (thủng, rò). Tuy

vậy độ chính xác trong khảo sát mức độ xâm lấn của CT không cao bằng siêu âm qua nội soi và MRI do đó không nên chỉ căn cứ và CT bụng chậu để đánh giá [45]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 26 BN được chụp CT bụng và 100% đều phát hiện thấy u trực tràng và đều không ghi nhận di căn.

Chụp cộng hưởng từ (MRI) hiện có vai trò tốt nhất trong đánh giá trước mổ và theo dõi tái phát. Ưu điểm là an toàn, chính xác cao nhờ phân biệt được các lớp thành trực tràng, đánh giá xâm lấn tốt hơn chụp cắt lớp vi tính, có thể phát hiện các hạch nhỏ 2-3mm. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9 BN được chụp MRI vùng chậu và 100% đều phát hiện thấy u trực tràng.

#### **4.2.6. Nội soi đại trực tràng**

Cho đến nay nội soi trực tràng được áp dụng một cách rộng rãi trong các cơ sở y tế từ tuyến tỉnh trở lên. Đây là một kỹ thuật không những dễ thực hiện mà còn cho một cái nhìn tổng quát về hình dạng, kích thước, chu vi cũng như khoảng cách bờ dưới u so với rìa hậu môn. Ngày nay chẩn đoán xác định ung thư trực tràng chủ yếu dựa vào nội soi kết hợp với sinh thiết. Chẩn đoán ung thư trực tràng có thể sử dụng ống soi cứng với ưu điểm là dễ dàng, chi phí thấp, an toàn, dễ sinh thiết và bệnh phẩm lấy được thường rất lớn, dễ chẩn đoán mô bệnh học.

Theo kết quả nghiên cứu cho thấy hình thể của khối u ghi nhận trên nội soi có thể sùi chiếm tỷ lệ 96,9%. Nghiên cứu của chúng tôi khác với Trương Vĩnh Quý 92,3%, thể loét 3,8% và thể phối hợp 3,8%, của Nguyễn Minh An với u sùi 71,8%, loét sùi 22,8%, loét 5,4%. Nội soi còn cho đánh giá sơ bộ về kích thước của khối u thông qua tỷ lệ choán chỗ trong lòng trực tràng [1].

#### **4.2.7. Đặc điểm ung thư trực tràng**

##### **4.2.7.1. Kích thước khối u**

34,4% u có kích thước 3-<5 cm.  $U \geq 5$  cm chiếm 65,6%. Liên quan đến kích thước khối u tác giả Wu Z.Y, nghiên cứu 56 bệnh nhân và so sánh trên hai nhóm với kích thước  $> 5$  cm và  $\leq 5$  cm; tỷ lệ tái phát tại chỗ trong nhóm bệnh nhân có

khối u  $\leq 5$  cm là 10,6%, trong khi đó nhóm có kích thước  $>5$  cm thì tỷ lệ này 16,7% trong 3 năm [49].

#### **4.2.7.2. Giải phẫu bệnh trước và sau phẫu thuật**

Đối chiếu kết quả giải phẫu bệnh trước và sau mổ chúng tôi nhận thấy kết quả ung thư trước mổ và sau mổ là 32 BN. Như vậy độ chính xác của giải phẫu bệnh trước mổ đạt 100%.

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ 100% là ung thư biểu mô tuyến, độ biệt hóa vừa và kém lần lượt là 65,6% và 34,4%. Theo Trương Vĩnh Quý ung thư biểu mô tuyến chiếm 94,3%, ung thư biểu mô nhày chiếm 3,8%, ung thư tế bào nhân là 1,9%, độ biệt hóa tốt, vừa, kém là 51,9%, 32,7%, 7,7% [12].

#### **4.2.8. Đánh giá TNM và giai đoạn ung thư trực tràng**

U T3 và T4 là chủ yếu chiếm 78,1% và 15,6% chứng tỏ các BN đến muộn. Những BN có u T4 trong nghiên cứu, T4a xâm lấn đến thanh mạc chưa xâm lấn vào cơ quan khác chúng tôi vẫn thực hiện cắt u qua nội soi được. Nhóm BN phẫu thuật của chúng tôi cũng có T gần giống với Trương Vĩnh Quý với T3, T4 lần lượt là 76,9 và 3,8 [12].

56,3% BN có di căn hạch đều ở các u T3 và T4. Khảo sát trước đó của Trương Vĩnh Quý với tỷ lệ di căn hạch ở T3 và T4 là 30,8%.

Các BN giai đoạn III chiếm phần lớn 53%, và giai đoạn II 47%. Giai đoạn I khó phát hiện được ung thư ở giai đoạn sớm. Không có BN giai đoạn IV vì chúng tôi không chọn vào nghiên cứu với những trường hợp có di căn xa không thể điều trị triệt để được. Nghiên cứu của Trương Vĩnh Quý cho thấy giai đoạn II 48,1%, giai đoạn III 26,9% [12]. Giai đoạn bệnh theo xếp loại TNM thì giai đoạn hạch có ý nghĩa quan trọng trong phân chia giai đoạn, khi có hạch dương tính thì giai đoạn bệnh từ giai đoạn III trở lên. Với những BN ở giai đoạn II và III (có di căn hạch) sau thời gian chu phẫu 1 tháng được tiếp tục hóa xạ trị trong 4-6 tháng tiếp theo và theo dõi đánh giá tái phát.

### **4.3. Kết quả phẫu thuật**

#### **4.3.1. Thời gian phẫu thuật**

Thời gian phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong đánh giá ưu điểm của mỗi loại phương pháp phẫu thuật. Trong những thập niên gần đây, sự phát triển của phẫu thuật nội soi với những kỹ thuật ngày càng được chuẩn hóa thì thời gian của phẫu thuật nội soi ngày càng được rút ngắn. Ưu điểm của phẫu thuật nội soi là phục hồi sức khỏe sớm, ít đau cùng với rút ngắn thời gian phẫu thuật giúp giảm những tai biến cũng như chi phí trong cuộc phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phẫu thuật trung bình  $268,2 \pm 70,8$ , thời gian phẫu thuật của chúng tôi có phần dài hơn so với các nghiên cứu của Trương Vĩnh Quý phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt trong 52 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, kết quả thời gian phẫu thuật trung bình  $144,8 \pm 46,7$  phút [12]. Phạm Anh Vũ, thực hiện phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt trong 18 bệnh nhân ung thư trực tràng thể cực thấp, kết quả thời gian phẫu thuật trung bình 180 phút, 100% bệnh nhân được thực hiện hoàn toàn bằng phẫu thuật nội soi [18].

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi gần giống với các tác giả: Nguyễn Minh Hải, 20 bệnh nhân u trực tràng thấp phẫu thuật bảo tồn cơ thắt được nối tay qua đường hậu môn với phương pháp phẫu thuật pull-through có thời gian phẫu thuật trung bình 270 phút [6].

Thời gian phẫu thuật còn tùy thuộc vào kỹ năng của phẫu thuật viên, phương pháp phẫu thuật và tính chất của khối u. Trong phẫu thuật nội soi đối với ung thư trực tràng thấp có nhiều kỹ thuật khó khăn hơn do vị trí u nằm thấp, vấn đề tiếp cận vào vùng thấp của khung chậu gặp phải khó khăn kèm theo kỹ thuật để bảo tồn được cơ thắt cần thực hiện một cách tỉ mỉ, nhất là trong những trường hợp phẫu thuật cắt gian cơ thắt.

### 4.3.2. Diện cắt dưới u

Theo kinh điển, việc quyết định bảo tồn cơ thất trong điều trị ung thư trực tràng thì bờ cắt an toàn phía dưới u phải đạt ít nhất là 5 cm, vị trí u tính từ bờ dưới đến rìa hậu môn và mức độ xâm lấn của khối u là một trong những căn cứ quan trọng trong chỉ định phương pháp phẫu thuật có bảo tồn cơ thất hay không. Do đó, lịch sử phát triển trong điều trị ung thư trực tràng, quyết định phẫu thuật bảo tồn khối cơ thất là phải tuân thủ qui tắc 5 cm tính từ bờ dưới khối u vì nguy cơ tiềm tàng sự lan tràn vi thể của các tế bào ung thư nên tỷ lệ bệnh nhân cắt cụt trực tràng và mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn cao cho đến năm 1980. Cùng với sự phát triển của kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, hiểu biết về phạm vi an toàn của chu vi quanh u và phát triển về nghiên cứu mô bệnh học. Nhiều tác giả trước đây đã nghiên cứu về mặt mô bệnh học sau phẫu thuật và đưa ra chỉ định cho bờ cắt an toàn phía dưới u là 2 cm, thậm chí chỉ cần 1 cm là đủ để có bờ cắt dưới u an toàn. Đối với ung thư trực tràng thấp thì bờ an toàn có thể cho phép 1 cm bởi vì chỉ có 4-10% trường hợp có bằng chứng tế bào ung thư lan xuống dưới quá 1 cm. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 32 bệnh nhân với kết quả trong mổ đo khoảng cách cắt dưới u 1 cm chiếm 40%, 2 cm chiếm 52%, 3 cm chiếm 8%. Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết khoảng cách cắt dưới u đủ an toàn, tương tự như các nghiên cứu của các tác giả khác. Chúng tôi chỉ định phương pháp phẫu thuật dựa vào nhiều yếu tố:

Khoảng cách cắt dưới u trong các nhóm phẫu thuật đều đảm bảo  $\geq 1$  cm. Số liệu của chúng tôi đảm bảo nguyên tắc cắt dưới khối u trong chỉ định bảo tồn cơ thất, số liệu này phù hợp với nhiều nghiên cứu. Cùng với đó, về mặt mô bệnh học không có tế bào ung thư ở diện cắt dưới chiếm 100%.

Trong nhóm nghiên cứu của Trương Vĩnh Quý có 52 bệnh nhân với khoảng cách cắt dưới u trung bình  $2,1 \pm 0,6$  cm. Trong đó, kết quả trong mổ đo

khoảng cách cắt dưới u 1 đến 2 cm chiếm 17,3%, từ 2 đến dưới 3 cm chiếm 67,3%,  $\geq 3$  cm chiếm 15,4% [12].

Lê văn Quang, khảo sát sự lan tràn tế bào ung thư xuống dưới trong 23 bệnh nhân ung thư trực tràng, kết quả cho thấy tất cả các bệnh phẩm đều không thấy tế bào ung thư lan xuống dưới quá 2 cm. Tác giả kết luận bất cứ tính chất của khối u như thế nào thì trong ung thư trực tràng bờ dưới an toàn là 2 cm. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 13 trường hợp có bờ cắt dưới 2 cm [11].

Nguyễn Minh Hải, điều trị cho 21 bệnh nhân UTTT có khối u cách rìa hậu môn từ 3 – 5 cm bằng phẫu thuật cắt trực tràng nội soi, bảo tồn cơ thắt hậu môn bằng phẫu thuật Pull-through. Tác giả cho rằng phẫu thuật nội soi cắt trực tràng, bảo tồn cơ thắt hậu môn, nếu có chọn lựa đúng chỉ định, nắm vững về kỹ thuật có thể cho kết quả tốt, tránh cho bệnh nhân phải mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh [6].

#### **4.3.3. Tai biến trong phẫu thuật**

Phẫu thuật cắt UTTT thấp được tiến hành trong vùng tiểu khung có không gian rất hẹp nên việc phẫu tích rất khó khăn, dễ gặp phải tai biến do tổn thương các cơ quan lân cận. Các tai biến của phẫu thuật nội soi có thể được phân loại theo từng giai đoạn của cuộc mổ. Các tai biến liên quan đến việc gây tràn khí màng bụng và đưa ống nội soi vào cơ thể bao gồm: các rối loạn nhịp tim, thủng tạng rỗng và tạng đặc, chảy máu và tràn khí dưới da. Một số tai biến như tổn thương các tạng trong bụng, bàng quang, mạch máu và thủng ruột do kỹ năng của phẫu thuật viên. Các tai biến này thường cần phải phẫu thuật lại với đường mổ lớn để cầm máu hoặc sửa chữa lại tổn thương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 32 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi. Các tai biến trầm trọng không xảy ra trong nhóm nghiên cứu. Tuy nhiên, trong phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng nói riêng ngoài những tai biến của



phẫu thuật nội soi nói chung thì có các tai biến liên quan đến quá trình phẫu thuật vào vùng chậu chật hẹp. Chảy máu, đặc biệt là chảy máu trước xương cùng là một trong những tai biến nặng nề có thể dẫn đến tử vong do shock mất máu. Tồn thương niệu quản đặc biệt là niệu quản trái, do niệu quản trái chạy sát diện phẫu tích trong quá trình làm di động đại tràng sigmoid và phân trên trực tràng. Thủng khối u là một trong những nguyên nhân chuyển mổ mở cũng như gieo rắc tế bào ung thư vào vùng chậu, làm tăng tỷ lệ tái phát tại chỗ vùng chậu.

#### **4.3.4. Biến chứng sớm sau mổ**

Phẫu thuật bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng thấp càng ngày được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới, độ an toàn cũng như hiệu quả đã được các tác giả thảo luận nhiều. Kỹ thuật phẫu thuật an toàn là yếu tố làm giảm tối đa các biến chứng và tử vong vì biến chứng, đặc biệt là dò miệng nối có ảnh hưởng đến kết quả chức năng. Đối với phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn, bục xì miệng nối là biến chứng phổ biến và trầm trọng, đặc biệt là phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng.

Biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi xảy ra 9(15,2%) trường hợp, trong đó nhiễm trùng vết mổ 3(9,4%) và sa trực tràng sau phẫu thuật (3,1%) trường hợp.

Trần Thiện Hòa (2012), nghiên cứu trên 28 bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật cắt u trực tràng thấp với mũi khâu qua đường hậu môn. Biến chứng sớm xảy ra 17,9%, dò miệng nối 7,1%, nhiễm trùng vết mổ 3,6%. Nguyễn Minh Hải, nghiên cứu 20 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được thực hiện phẫu thuật cắt trực tràng nội soi với khâu miệng nối qua đường hậu môn; biến chứng sớm sau mổ xảy ra 15% trường hợp, dò miệng nối 10%, áp xe tầng sinh môn 5%, không có trường hợp nào tử vong [6].

#### 4.3.4. Kết quả chức năng đại tiện

Một sự quan tâm đặc biệt đối với ung thư trực tràng thấp là vấn đề bảo tồn cơ thắt, tránh làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn. Chức năng đại tiện bị ảnh hưởng rõ nhất trong các phẫu thuật cắt gian cơ thắt, cắt trước cực thấp. Sau mổ, hầu hết bệnh nhân tiêu không kiểm soát và tiêu nhiều lần trong ngày. Nguyên nhân do sức chứa bình thường của trực tràng không còn và cơ thắt trong bị cắt nên sức cơ và áp lực nghỉ của hậu môn bị suy giảm cùng với phân lỏng, dẫn đến tiêu không kiểm soát. Tốc độ tổng xuất phân trong đại tràng nhanh và xuất hiện sóng co thắt làm cho bệnh nhân đi tiêu rất nhiều lần. Tỷ lệ đại tiện không kiểm soát ở nhóm BN phẫu thuật cắt trước cực thấp và cắt gian cơ thắt là rất cao 96,9%. Nhưng các kết quả nghiên cứu cho thấy, chức năng đại tiện ở những bệnh nhân có trải qua cuộc phẫu thuật cắt gian cơ thắt sẽ cải thiện chất lượng đại tiện sau một năm.

Kết quả nghiên cứu chức năng đại tiện trong nghiên cứu của chúng tôi được đánh giá về các mặt: tần suất đại tiện và thang điểm Kirwan. Tần suất đại tiện trung bình sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng tương ứng 6,5 lần/ngày, 4,7 lần/ngày và 2,5 lần/ngày. Thang điểm Kirwan tương ứng ghi nhận Kirwan I và II chiếm 71,8% ở tháng thứ 3. Tương tự như các nghiên cứu:

Li-jen Kuo, nghiên cứu tiên cứu trong nhóm bệnh nhân ung thư trực tràng thấp với ba loại phẫu thuật: cắt cực, cắt trước thấp, cắt gian cơ thắt. Kết quả đánh giá chức năng hậu môn trong 22 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gian cơ thắt vào thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật; tần suất đại tiện trung bình 4,7lần/ngày, 1 bệnh nhân không thể đóng hậu môn nhân tạo vì hẹp miệng nối, 36,3% bệnh nhân đại tiện thường với 1-3lần/ngày, 54,5% bệnh nhân đại tiện 4-6 lần/ngày, 19% đại tiện gấp, 23,8% đại tiện về đêm, điểm Wexner 2,8 và có 90,8% hài lòng với phẫu thuật bảo tồn cơ thắt.

Nguyễn Minh An nghiên cứu 36 trường hợp phẫu thuật bảo tồn cơ thắt bằng phẫu thuật nội soi cho ung thư trực tràng thấp, có 27 bệnh nhân được khảo sát về chức năng đại tiện sau phẫu thuật. Kết quả đánh giá theo thang điểm Kirwan I, II có 25/27 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 92,7% và Kirwan III 2/27 chiếm 7,4%, không có trường hợp nào phải làm hậu môn nhân tạo [1].

Vấn đề bảo tồn cơ thắt có lẽ đã được đề cập nhiều. Tuy nhiên, đối với những khối u nằm cực thấp thì các tác giả phân vân giữa bảo tồn cơ thắt hay phải cắt cụt trực tràng vì chức năng đại tiện ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Một nghiên cứu khác của Gawrd với so sánh hai nhóm bảo tồn cơ thắt với cắt cụt trực tràng với chọn lựa bệnh khác nhau không có ý nghĩa thống kê thì chất lượng đại tiện nhóm bảo tồn Kirwan I, II đạt 91,8%. Với kỹ thuật tốt, khả năng phẫu tích tốt, tránh làm tổn thương nhiều vùng cơ thắt hậu môn trong thực hiện kỹ thuật cắt gian cơ thắt thì có thể đảm bảo được chức năng của hậu môn.

Tại Việt nam, tuy mới phát triển từ năm 2006 nhưng từ đó đến nay cũng có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng thấp có bảo tồn cơ thắt. Tuy nhiên, vẫn chưa có nghiên cứu nào về chất lượng đại tiện ảnh hưởng như thế nào đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

#### **4.3.5. Sự phục hồi chức năng tiêu hóa và số ngày hậu phẫu**

Thời gian trung tiện trở lại trung bình sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi 1,9 ngày. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các tác giả Trần Thiện Hòa cho biết những BN UTTT thấp được cắt trước cực thấp có trung tiện lại sau mổ khoảng 1-2 ngày. Nguyễn Minh An cho thấy thời gian trung tiện sau mổ là 47,3 giờ [1], kết quả của Phạm Văn Bình cho thấy 36 giờ [3]. Những bệnh nhân được cho nhịn trong ngày đầu, sau đó chuyển qua sữa và cho ăn đặc sau khi bụng bớt chướng, trung bình là ăn đặc sau 2,3 ngày.

Số ngày hậu phẫu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,6 ngày. Thông thường chúng tôi sẽ cho BN ra viện sau 8 ngày nếu bệnh ổn. Theo Nguyễn Hoàng Bắc số ngày nằm viện sau mổ là 6,9 ngày. Thời gian hậu phẫu trong nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng là 10,3 ngày, của Phạm Văn Bình là 7,2 ngày [3]. Một loạt tổng kết nghiên cứu của Indar cho thấy thời gian nằm viện của BN được phẫu thuật nội soi ngắn hơn mổ mở từ 2-4 ngày cho thấy ưu thế của phẫu thuật nội soi.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 32 bệnh nhân mắc ung thư trực tràng thấp được điều trị bằng phẫu thuật nội soi có bảo tồn cơ thắt từ tháng 07/2022 đến tháng 06/2023 tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện trường Đại học Y dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, chúng tôi đưa ra kết luận như sau:

### **1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân mắc ung thư trực tràng thấp**

#### **\*Đặc điểm lâm sàng**

Đa số bệnh nhân vào viện vì lý do tiêu phân có máu, chiếm tỷ lệ 81,3%. 78,1% bệnh nhân có sụt cân. 100% trường hợp sờ chạm u khi thăm khám hậu môn trực tràng. 17 trường hợp khối u di động khi thăm khám hậu môn trực tràng chiếm cao nhất với tỷ lệ 53,1%.

#### **\*Đặc điểm cận lâm sàng**

Chỉ số trung bình Hemoglobin là  $13 \pm 1,8$ g/dl. 60,7% BN có nồng độ CEA tăng trên 5ng/ml. Giá trị CEA trung bình là 11,2 ng/ml, thấp nhất là 2 ng/ml, cao nhất là 49,7 ng/ml.

Có 26 ca được chụp CT Scan bụng 100% đều phát hiện được u trực tràng. Có 09 ca được chụp MRI vùng chậu 100% đều phát hiện được u trực tràng.

Kết quả giải phẫu bệnh trước và sau phẫu thuật 100% là carcinôm tuyến.

Đánh giá giai đoạn theo CT Scan có 2 ca T2 chiếm 7,7%, 20 ca T3 chiếm 76,9%, 4 ca T4 chiếm 15,4%. 46,2 % phát hiện hạch quanh trực tràng.

Đánh giá giai đoạn theo MRI có 1 ca T2 chiếm 11,1%, 6 ca T3 chiếm 66,7%, 2 ca T4 chiếm 22,2%. 66,7% phát hiện hạch quanh trực tràng.

Đánh giá giai đoạn theo TMN: có 15 BN ở giai đoạn II chiếm 47%, 17 BN ở giai đoạn III chiếm 53%.

## **2. Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng**

30 trường hợp được phẫu thuật cắt trước cực thấp chiếm tỷ lệ 93.7%.

Còn lại 2 trường hợp phẫu thuật cắt gian cơ thắt chiếm tỷ lệ 6.3%.

Không có biến chứng 28 BN (87,5%).

Tỷ lệ đại tiện không kiểm soát: 96,9%.

Số lần đại tiện: 7,8 lần còn 2,5 lần/ngày.

Kirwan I: 40,6% (13 bệnh nhân).

Kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao nhất với 71,9%.

## **KIẾN NGHỊ**

**Qua kết quả nghiên cứu đề tài chúng tôi xin có kiến nghị sau:**

Cần mở rộng nghiên cứu, tiếp tục theo dõi bệnh nhân để biết được kết quả điều trị 3-5 năm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TIẾNG VIỆT

1. Nguyễn Minh An (2013), “Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi trong ung thư trực tràng thấp”, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
2. Vũ Hồng Anh và Nguyễn Thúy Vinh (2019), "Nghiên cứu hình ảnh nội soi, mô bệnh học của bệnh nhân ung thư trực tràng", *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108, 14(2), tr. 86-91.
3. Phạm Văn Bình (2013), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng đường bụng tầng sinh môn điều trị ung thư trực tràng thấp”, Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y 103.
4. Đỗ Tất Cường và các cộng sự. (2021), "Đánh giá kết quả điều trị ung thư trực tràng thấp (T3-4) được hóa xạ trị hỗ trợ trước và phẫu thuật bảo tồn cơ thắt", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 507(2), tr. 29-32.
5. Mai Đình Điều (2014), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng”, Luận án tiến sĩ y học, Đại học y dược Huế.
6. Nguyễn Minh Hải, Võ Tấn Long (2010), “Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt đoạn trực tràng thấp qua nội soi với miệng nối đại tràng hậu môn khâu tay qua đường hậu môn có bảo tồn cơ thắt cho ung thư trực tràng thấp”, *Y Học TP Hồ chí Minh*, 14(2), tr.151-156.
7. Nguyễn Đình Hối (2002), “Ung thư hậu môn trực tràng”, *Hậu môn trực tràng học*, NXB Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, tr. 237-259.
8. Phạm Đức Huân (2006), ""Ung thư trực tràng", *Bệnh học ngoại khoa Sau đại học, Tập I*", *NXB Y học Hà Nội*, tr. 317-325.
9. Nguyễn Hoàng Minh (2017), "Đánh giá di căn hạch trong ung thư trực tràng qua phẫu thuật, đối chiếu với mô bệnh học và chụp cộng hưởng từ, Luận án Tiến sĩ y học", *Trường Đại học Y Hà Nội*.



10. Phạm Văn Năng và Lại Văn Nông (2022), "*Giáo trình ngoại tiêu hóa gan mật*", Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
11. Lê Văn Quang, Đỗ Xuân Trường (2005), "Khảo sát giới hạn dưới của ung thư trực tràng", *Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 9(1), tr.83-87.
12. Trương Vĩnh Quý (2018), *Đánh giá kết quả điều trị triệt căn ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi có bảo tồn cơ thắt*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
13. Lê Quốc Tuấn (2020), *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, Đại học Y Hà Nội.
14. Nguyễn Văn Tuấn, Phạm Văn Năng và Mai Văn Đợi (2014), "*Kết quả phẫu thuật nội soi cắt liên cơ thắt điều trị ung thư trực tràng thấp*", Trường Đại học Y Dược Cần thơ", *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*.
15. Trần Văn Minh Tuấn và các cộng sự (2020), "*Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng qua hậu môn điều trị ung thư trực tràng*", *Đại học Quốc Gia Thành Phố Hồ Chí Minh*.
16. Ung Văn Việt và Trần Đức Huy (2021), ""*Ung thư trực tràng*", Bài giảng bệnh học Ngoại khoa Tiêu Hóa", *NXB Y học*, tr. 220-237.
17. Đoàn Anh Vũ (2014), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại Cần Thơ*, Luận văn nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
18. Phạm Anh Vũ, Phạm Như Hiệp (2011), "*Phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt trong điều trị ung thư trực tràng thể cực thấp*", *Y học thực hành*. 764(5), tr.151-154.

**TIẾNG ANH**

19. Ahmad, et al. (2019), "Artificial intelligence and computer-aided diagnosis in colonoscopy: current evidence and future directions", *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 4(1), pp. 71-80.
20. Akagi, Kinugasa, and Shirouzu (2013), "Intersphincteric resection for very low rectal cancer: a systematic review", *Surg Today*, 43(8), pp. 838-847.
21. Amin MB, et al. (2018), "AJCC Cancer Staging Manual", *New York, Springer*.
22. Duan, Zhao and Li (2020), "Association of CT features with TNM stage and pathology of patients with rectal cancer and their significance in evaluation of efficacy and prognosis", *J buon*, 25(3), pp. 1430-1435.
23. Ehrenpreis (2003), "Anal and rectal anatomy", *Anal and rectal diseases explained, Remerida, London*, 1(1), pp. 3-8.
24. Gori J, et al. (2022), "Comparative study of functional outcomes between ultra-low anterior resection and inter-sphincteric resection: a propensity matched analysis", *ANZ J Surg*, 92(1-2), pp. 151-156.
25. *GLOBOCAN (2020): VietNam [Internet], WHO*.
26. Hazen, et al. (2023), "Current practices concerning the assessment and treatment of lateral lymph nodes in low rectal cancer: a survey among colorectal surgeons in The Netherlands", *Acta Chir Belg*, 123(4), pp. 345-353.
27. Hawkins, et al (2018), "Abdominoperineal Resection for Rectal Cancer in the Twenty-First Century: Indications, Techniques, and Outcomes", *J Gastrointest Surg*, 22(8), pp. 1477-1487.
28. Hiep, P. N., Vu, P. A., and Thien, H. H. (2009), "Laparoscopic surgery in rectal cancer: a retrospective analysis", *Int J Colorectal Dis*, 24(12), pp. 1465-1469.

29. Heald (2012), "Rectal Cancer in the 21st Century—Radical Operations: Anterior Resection and Abdominoperineal Excision", *Mastery of Surgery*, 1, pp. 1792-1810.
30. Horvat, et al. (2019), "MRI of Rectal Cancer: Tumor Staging, Imaging Techniques, and Management", *Radiographics*, 39(2), pp. 367-387.
31. Hudson D, et al. (2022), "Functional outcomes and local control are acceptable following hand-sewn colo-anal anastomoses for rectal cancer: Results of long-term follow-up", *ANZ J Surg*, 92(3), pp. 390-396.
32. Iwasa, et al. (2021), "The middle rectal artery detected by contrast-enhanced magnetic resonance imaging predicts lateral lymph node metastasis in lower rectal cancer", *Int J Colorectal Dis*, 36(8), pp. 1677-1684.
33. Kim N.K, Kim M.S, AL-Asari S.F (2012), "Update and Debate Issues in Surgical Treatment of Middle and Low Rectal Cancer", *J Korean Soc Coloproctol*, 28(5), pp.230-240.
34. Kosinski L, Gama A.H, Ludwig K et al (2012), "Shifting concepts in rectal cancer management", *Ca Cancer J Clin*, 62, pp.173-202.
35. Kumar, et al. (2022), "Laparoscopic total mesorectal excision for low rectal cancer - A step by step approach - A video vignette", *Colorectal Dis*, 24(1), pp. 141.
36. Liu D, et al. (2020), "Short-term efficacy of hand-sewn anastomosis of gastrointestinal tract in total laparoscopic radical surgery for low rectal cancer", *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*, 23(3), pp. 312-314.
37. Morris EFJ, Jorge MT, Richard LW (2007), "Laparoscopic Right, Left, Low Anterior, Abdominoperineal, and Total Colon Resections", *Mastery of Surgery Vol II*, pp. 1499-1503.
38. Nakagoe T, Ishikawa H, Sawai T et all (2004), "Survival and Recurrence After a Sphincter-Saving Resection and Abdominoperineal Resection for

Adenocarcinoma of the Rectum At or Below the Peritoneal Reflection: A Multivariate Analysis”, *Surg Today*, 34, pp. 32-39.

39. Nikolouzakis, et al. (2019), "Detailed and applied anatomy for improved rectal cancer treatment", *Ann Gastroenterol*, 32(5), pp. 431-440.

40. Negoï, et al. (2018), "Surgical Anatomy of the Superior Mesenteric Vessels Related to Colon and Pancreatic Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *Sci Rep*, 8(1), pp. 4184.

41. Rullier E, Laurent C, Bretagnol F et al (2005), “Sphincter-saving resection for all rectal carcinomas: the end of the 2 cm distal rule”, *Annals of surgery*, 241(3), pp.465-469.

42. Sato K, et al. (2021), "Fascial Organisation and Lymphatic Systems Around the Pelvic Floor: A Literature Review", *Anticancer Res*, 41(10), pp. 4705-4714.

43. Sluckin, et al. (2022), "Lateral Lymph Nodes in Rectal Cancer: Do we all Think the Same? A Review of Multidisciplinary Obstacles and Treatment Recommendations”, *Clin Colorectal Cancer*, 21(2), pp. 80-88.

44. Schiessel R, Novi G, Holzer B et al (2005), “Technique and Long-Term Results of Intersphincteric Resection for Low Rectal Cancer”, *Dis Colon Rectum*, 48, pp.1858-1867.

45. Tang Z and Alabousi A (2023), "Incidental findings on staging CT for rectal cancer: Frequency, clinical significance and outcomes”, *Clin Imaging*, 93, pp. 14-22.

46. Turgeon, et al. (2021), "A US Rectal Cancer Consortium Study of Inferior Mesenteric Artery Versus Superior Rectal Artery Ligation: How High Do We Need to Go?”, *Dis Colon Rectum*, 64(10), pp. 1198-1211.

47. Wei H and Fang J (2021), "Anatomy research on Denonvilliers fascia and its significance in nerve-preservation rectal cancer surgery”, *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*, 24(4), pp. 301-305.

48. Wu and Gu (2019), "Association of T Stage and Serum CEA Levels in Determining Survival of Rectal Cancer", *Front Med (Lausanne)*, 6, pp. 270.
49. Wu Z.Y, Zhao G, Lin Peng et al (2008), "Risk factors for local recurrence of middle and lower rectal carcinoma after curative resection", *World J Gastroenterol*, 14(30), pp.4805-4809.
50. Ye D, et al. (2020), "Correlation Between Endorectal Ultrasound and Magnetic Resonance Imaging for Predicting the Circumferential Resection Margin in Patients With Mid-Low Rectal Cancer Without Preoperative Chemoradiotherapy", *J Ultrasound Med*, 39(3), pp. 569-577.
51. Yuan T, Ma Q and Zhang M (2023), "Laparoscopic vs Open Surgery for Low Rectal Cancer", *JAMA Oncol*, 9(5), pp. 727-728.

## PHỤ LỤC

### PHIẾU NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CÓ BẢO TỒN CƠ THẤT

Số: .....

#### 1. HÀNH CHÁNH

Họ tên: ..... Năm sinh ..... Nam / Nữ

Bệnh viện ..... Số hồ sơ .....

Địa chỉ: .....

Nghề nghiệp ..... Số điện thoại .....

Ngày nhập viện ..... Ngày xuất viện .....

#### 2. BỆNH SỬ

Lý do vào viện: .....

Thời gian khởi bệnh .....tuần /.....tháng

Triệu chứng cơ năng:

Sốt	<input type="checkbox"/>	Đau rát hậu môn	<input type="checkbox"/>
Tiêu chảy	<input type="checkbox"/>	Táo bón	<input type="checkbox"/>
Tiêu phân nhầy máu	<input type="checkbox"/>	Đau bụng	<input type="checkbox"/>
Mót rặn	<input type="checkbox"/>	Đại tiện mất tự chủ	<input type="checkbox"/>
Phân nhỏ, đẹt	<input type="checkbox"/>	Sụt cân	<input type="checkbox"/>
Thiếu máu	<input type="checkbox"/>		

Khác: .....

#### 3. TIỀN SỬ

Viêm loét đại trực tràng xuất huyết

Đa polyp gia đình

Người thân có bệnh lý ung thư

Phẫu thuật trước đây  Nội dung: .....

Bệnh lý khác: .....

#### 4. KHÁM LÂM SÀNG

Sờ được u

Vị trí u cách rìa hậu môn .....cm

Tính chất .....

#### 5. CẬN LÂM SÀNG

– HC: ..... /mm<sup>3</sup>

– Hb: .....g/dl

– Hct:..... %

– CEA .....ng/ml

– Nội soi đại tràng:

Dạng đại thể: Sùi

Loét

Sùi loét

Thâm nhiễm

Vị trí u cách rìa hậu môn: .....cm

Kích thước: .....cm

Có u đại tràng kèm theo

Vị trí: .....

– Giải phẫu bệnh trước mổ: .....

– Giải phẫu bệnh sau mổ: .....

– X quang đại trực tràng cản quang: .....

– Siêu âm bụng: .....

– CT Scan bụng: .....

– MRI chậu : .....

## 6. PHẪU THUẬT:

- Vị trí ung thư lúc mổ: .....
- Có di căn  Cơ quan: .....
- Xử trí cơ quan di căn .....
- Phương pháp phẫu thuật: .....
- Số trocar: .....
- Cắt trên u .....cm
- Cắt dưới u ..... cm
- Phương pháp khâu nối: .....
- Thời gian phẫu thuật: .....phút
- Tai biến trong lúc mổ: .....
- Truyền máu trong lúc mổ  Số lượng và chế phẩm: .....
- Số hạch lấy được: .....
- Giải phẫu bệnh sau mổ : .....
- Đánh giá TNM: ..... Giai đoạn:.....

## 7. HẬU PHẪU

- Hết đau sau: .....ngày
- Có trung tiện lại sau: .....ngày
- Cho ăn lại sau:.....ngày
- Rút ống dẫn lưu bụng sau :.....ngày
- Biến chứng
- Có biến chứng sớm vào hậu phẫu ngày: .....
- Chảy máu ở .....
- Nhiễm trùng vết mổ
- Viêm phúc mạc do xì miệng nối
- Tắc ruột sớm sau mổ
- Bí tiểu sau rút sonde tiểu



Khác: .....

– Xử trí:.....

.....

– Đại tiện không kiểm soát:   Có                           Không

– Số lần đại tiện:

+ Ngày trước khi xuất viện : .....lần/ngày

+ Sau 01 tuần xuất viện: .....lần/ngày

+ Sau 01 tháng xuất viện: .....lần/ngày

+ Sau 03 tháng xuất viện: .....lần/ngày

– Tự chủ hậu môn vào ngày trước khi xuất viện

Kirwan I      Kirwan II      Kirwan III      Kirwan IV

Kirwan V

– Số ngày hậu phẫu: ..... ngày

– Đánh giá kết quả:   Tốt                   Trung bình                   Xấu