



Tạp chí Khoa học và Kinh tế Phát triển
Trường Đại học Nam Cần Thơ

Website: jsde.nctu.edu.vn



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM UNG THƯ TRỰC TRÀNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Tuấn Cảnh¹, Trần Hoàng Anh², Trần Đỗ Thanh Phong³

^{1,2,3}Trường Đại học Võ Trường Toản

Ngày nhận bài: 7/7/2023

Ngày duyệt bài 17/7/2023

Title: Early treatment results of colorectal cancer using endoscopic surgery at Can Tho Central General Hospital

Keywords: colorectal cancer, endoscopic surgery

Từ khóa: phẫu thuật, nội soi, trực tràng, ung thư

ABSTRACT

Surgical treatment remains the primary curative method for colorectal cancer due to its favorable prognosis when diagnosed and treated at an early stage. The objectives of this study were (1) to study the clinical and paraclinical characteristics of colorectal cancer at Can Tho Central General Hospital, (2) to evaluate the outcomes of early-stage colorectal cancer treatment using endoscopic surgery at Can Tho Central General Hospital. A cross-sectional, descriptive, retrospective study was conducted on 34 patients diagnosed with colorectal cancer and treated with endoscopic surgery at Can Tho Central General Hospital from April 2020 to April 2022. The results showed that the male-to-female ratio was 2.5:1. The main reason for hospital admission was rectal bleeding, accounting for 51.4% of cases. The most common presenting symptom was rectal bleeding, accounting for 82.9% of cases. Preoperative anemia was present in 48.6% of cases, and elevated CEA levels were found in 60% of cases before surgery. Ultrasound detected a tumor mass in 37.1% of cases. The rate of tumor detection, computed tomography (CT) scans was 97.1% of cases, while lymph node involvement was detected in 20% of cases. Endoscopy findings showed polypoid lesions in 91.4% of cases, with tumors occupying more than 3/4 of the circumference of the rectal lumen accounted for 42.9% of cases. The most common anatomical location of the tumor within the rectum was the middle third, accounting for 48.6% of cases.

The average duration of surgery was 210.06 ± 35 minutes. Adenocarcinoma was the predominant histological type, accounting for 82.8% of cases. According to TNM staging, stage IIIB was the most common, accounting for 45.7% of cases. According to Dukes staging, stage C accounted for 65.7% of cases. All resected margins were clear of cancer cells, and no intraoperative complications occurred. The average length of hospital stay was 8.4 ± 1.5 days. The average duration of postoperative bowel movements was 2 days. The postoperative complication rate was 11.4%, with postoperative bleeding and anastomotic leakage accounting for 5.7% of cases. The majority of patients (85.7%) achieved good surgical outcomes. There was a correlation between tumor location, lymph node metastasis, postoperative bowel movements, and treatment outcomes, which were statistically significant ($P < 0.05$). In conclusion, the middle third of the rectum was the most common anatomical location for colorectal tumors, and endoscopic surgery demonstrated a high success rate of 85.7%.

TÓM TẮT

Điều trị bằng phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị triệt căn đặt ra hàng đầu vì tiên lượng khá tốt nếu được chẩn đoán và điều trị ở giai đoạn sớm ung thư trực tràng. Các mục tiêu của nghiên cứu này gồm (1) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, (2) Đánh giá kết quả điều trị sớm ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu trên 34 bệnh nhân ung thư trực tràng được chẩn đoán, điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 04/2020 đến tháng 04/2022. Kết quả cho thấy, tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1. Lý do vào viện chiếm đa số là tiêu đàm máu chiếm tỷ lệ 51,4%. Các triệu chứng tiêu ra máu thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 82,9%. Có 48,6% các trường hợp thiếu máu trước mổ. Có 60% trường hợp có nồng độ CEA trên mức bình thường trước mổ. Siêu âm phát hiện được khối u trong 37,1% trường hợp. Tỷ lệ phát hiện u trên cắt lớp vi tính là 97,1%, trường hợp phát hiện được hạch vùng trên CT – Scan chiếm tỷ lệ 20%.

Kết quả nội soi đại trực tràng, thể sùi chiếm tỷ lệ 91,4%, kích cỡ u chiếm lớn hơn 3/4 chu vi lòng trực tràng chiếm tỷ lệ 42,9%. Vị trí khối u theo giải phẫu của trực tràng 1/3 giữa chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,6%. Thời gian phẫu thuật trung bình $210,06 \pm 35$ (phút). Carcimoma tuyến chiếm đa số với tỷ lệ 82,8% trường hợp. Đánh giá giai đoạn khối u theo TNM, giai đoạn IIIB chiếm đa số với tỷ lệ 45,7%. Đánh giá giai đoạn khối u theo DUKES, giai đoạn C chiếm tỷ lệ 65,7%. Tất cả các diện cắt đều sạch tế bào ung thư và không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong lúc mổ. Trung bình thời gian nằm viện $8,4 \pm 1,5$ ngày. Trung bình thời gian trung tiện là 2 ngày. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 11,4%, trong đó chảy máu sau mổ và xì miệng nổi có tỷ lệ là 5,7%. Số bệnh nhân đạt kết quả phẫu thuật tốt chiếm tỷ lệ 85,7%. Có mối liên quan giữa vị trí khối u, di căn hạch và thời gian trung tiện sau mổ với kết quả điều trị. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Kết luận của nghiên cứu cho thấy, vị trí khối u theo giải phẫu của trực tràng 1/3 giữa chiếm tỷ lệ cao nhất và phẫu thuật nội soi có tỷ lệ thành công cao với 85,7%.

1. GIỚI THIỆU

Ung thư trực tràng (UTTT) thường được mô tả trong y văn cùng với ung thư (UT) đại tràng (ĐT) với thuật ngữ chung là ung thư đại trực tràng (UTĐ-TT). Đây là một trong những bệnh lý ác tính đường tiêu hóa khá phổ biến, hay gặp ở các nước phát triển nhưng đang có xu hướng gia tăng ở các nước đang phát triển [7]. Theo thống kê năm 2020 của GLOBOCAN, ung thư đại trực tràng chiếm tỷ lệ 10,0% trên tổng số ung thư, xếp hàng thứ ba về mức độ phổ biến và ước tính khoảng 1 triệu người tử vong vì ung thư đại trực tràng [17]. Tại Việt Nam, năm 2020 ước tính có khoảng 16.426 ca mới mắc, 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 30% trong số đó là ung thư trực tràng [10].

Trong vòng 30 năm trở lại đây, chiến lược điều trị ung thư trực tràng đã thay đổi đáng kể, kết hợp đa mô thức giữa phẫu thuật, hóa trị, xạ trị và chăm sóc giảm nhẹ giúp kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân [8],[12],[15]. Tuy nhiên, điều trị bằng phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị triệt căn đặt ra hàng đầu vì tiên lượng khá tốt nếu được chẩn đoán và điều trị ở giai đoạn sớm [4]. Phẫu thuật ung thư trực tràng có tính thách thức nhiều hơn so với ung thư đại tràng vì khoảng không gian bị giới hạn trong xương chậu và chức năng của cơ thắt làm cho không thể cắt rộng; trực tràng nằm sát với các tạng niệu sinh dục và các dây thần kinh, làm tăng nguy cơ bất lực ở nam giới; có hai nguồn cấp máu và dẫn lưu bạch huyết; bên cạnh đó trực tràng còn có khả năng phẫu thuật được qua

ngã hậu môn [6]. Phẫu thuật không ngừng được cải tiến nhằm chuẩn hóa phương pháp, hạn chế biến chứng và đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân. Tại Việt Nam, từ năm 2000, phẫu thuật nội soi bắt đầu áp dụng ở một số bệnh viện lớn ở Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, Huế và Cần Thơ cho kết quả rất khả quan. Phương pháp phẫu thuật nội soi (PTNS) dễ dàng tiếp cận vùng tiêu khung hơn, có các ưu điểm của một phẫu thuật ít xâm hại như vết mổ nhỏ, ít đau, thời gian phục hồi sớm, thời gian nằm viện ngắn, tính thẩm mỹ cao hơn nhưng vẫn cho kết quả tương tự về mặt ung thư học [5]. Do đó, phẫu thuật mở đang dần bị thay thế bằng phẫu thuật nội soi. Với những mong muốn đánh giá được các đặc tính bệnh lý, việc chọn lựa phương pháp phẫu thuật và kết quả điều trị sớm ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi. Nhằm cung cấp cơ sở khoa học cho việc nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân nên chúng tôi tiến hành đề tài: *“Đánh giá kết quả điều trị sớm ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ”* nhằm 2 mục tiêu:

- Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

- Đánh giá kết quả điều trị sớm ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

BN UTTT được chẩn đoán, điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 04/2020 đến tháng 04/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN được chẩn đoán xác định là UTTT, Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là UTTT, Được PT triệt để UTTT bằng các PTNS.

Tiêu chuẩn loại trừ: UTTT tái phát hoặc UT từ nơi khác di căn tới TT, khối u gây biến chứng như viêm phúc mạc hay tắc ruột, Những trường hợp có kèm theo PT khác, BN có UT khác phối hợp.

2.2 Cơ mẫu, chỉ tiêu nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả hồi cứu, có phân tích.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 35 trường hợp thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ.

Biến số nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, địa chỉ, nghề nghiệp, chiều cao, cân nặng, BMI.

Đặc điểm lâm sàng: Thời gian từ lúc có triệu chứng đến khi nhập viện, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể.

Đặc điểm cận lâm sàng: Nồng độ Hemoglobin, CEA huyết thanh trước mổ, siêu âm bụng, CT-Scanner, nội soi trực tràng, kết quả mô bệnh học sinh thiết qua nội soi.

Kết quả điều trị: Vị trí u PT, Phương pháp PT, Thời gian PT trung bình, Trung vị số hạch nạo vét được, Trung vị thời gian trung tiện được, Kết quả mô bệnh học khối u sau mổ, Đánh giá GD khối u theo TNM và theo DUKES, Thời gian nằm viện, Diện cắt khối u, Biến chứng sau mổ.

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS 20.0, các biến định tính được mô tả bằng số lượng và tỷ lệ (%), biến định lượng được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn.

2.3 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện khi đã có sự chấp thuận của Hội đồng khoa học Trường Đại học Võ Trường Toản và được ban lãnh đạo

Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ tạo điều kiện thuận lợi để tiến hành. Nghiên cứu được đảm bảo bí mật thông tin được cung cấp,

thông tin của bệnh nhân chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung, tiền sử bệnh và lý do nhập viện

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	25	71,4
	Nữ	10	28,6
Tuổi	<50	6	17,1
	>50	29	82,9
Thời gian phát hiện	Dưới 1 tháng	6	17,1
	Từ 1 đến 6 tháng	28	80
	Trên 6 tháng	1	2,9
Tiền sử phẫu thuật	Không	34	97,1
	Mổ nội soi	1	2,9
Lý do nhập viện	Tiêu lỏng kéo dài	1	2,86
	Rối loạn đại tiện	2	5,71
	Mót rặn	3	8,57
	Đau hạ vị	11	31,43
	Tiêu đàm máu	18	51,43

Nhận xét: Độ tuổi mắc bệnh trung bình là $63,14 \pm 12,4$ (tuổi). Tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1. Thời gian từ lúc khởi phát bệnh cho đến lúc nhập viện

chủ yếu là từ 1 đến 6 tháng chiếm tỷ lệ là 80%.

Lý do vào viện chiếm đa số là tiêu đàm máu chiếm tỷ lệ 51,4%.

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Tiêu máu	29	82,9
	Tiêu đàm	22	62,86
	Đau bụng	18	51,43
	Rối loạn đi tiêu	14	40
	Sụt cân	14	40
	Mót rặn	10	28,57
	Mệt mỏi	6	17,14
	Tiêu chảy	5	14,29
	Táo bón	3	8,57

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng thực thể	Điểm đau thành bụng	13	37,1
	Sờ chạm u trên thành bụng	0	0
	Thăm TT có máu dính găng	21	60
	Thăm TT chạm u	9	25,7
	Khối u di động tốt	3	33,3
ASA trước mổ	ASA 1	20	57,1
	ASA 2	10	28,6
	ASA 3	5	14,3

Nhận xét: Các triệu chứng tiêu ra máu thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 82,9%. Đánh giá

nguy cơ trước mổ theo thang điểm ASA, phân loại ASA 1 chiếm đa số với tỷ lệ 57,1%.

Bảng 3. Đánh giá kết quả điều trị

Kết quả phẫu thuật		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu	Không	18	51,4
	Thiếu máu	17	48,6
Nồng độ CEA	≤ 5ng/ml	14	40
	> 5ng/ml	21	60
Siêu âm bụng phát hiện u	Có	13	37,1
	Không	22	62,9
CT-scan phát hiện u	Có	34	97,1
	Không	1	2,9
CT-scan phát hiện hạch	Có	7	20
	Không	28	80
Nội soi đại trực tràng	Thể sùi	32	91,4
	Thể loét	3	8,6
Chu vi tương đối của u trên nội soi	Chiếm < 1/2	5	14,3
	Chiếm > 3/4	15	42,9
	Chiếm 1/2	9	25,7
	Chiếm 3/4	6	17,1

Nhận xét: Có 48,6% các trường hợp thiếu máu trước mổ dựa vào xét nghiệm Hemoglobin. Có 60% trường hợp có nồng độ CEA trên mức bình thường trước mổ. Siêu âm phát hiện được khối u trong 37,1% trường hợp. Tỷ lệ phát hiện

u trên cắt lớp vi tính là 97,1%, trường hợp phát hiện được hạch vùng trên CT – Scan chiếm tỷ lệ 20%. Kết quả nội soi đại TT, thể sùi chiếm tỷ lệ 91,4%, kích cỡ u chiếm lớn hơn 3/4 chu vi lòng TT chiếm tỷ lệ 42,9%.

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mô bệnh học khối u sau PT	Ung thư tuyến biệt hóa tốt	1	2,9
	Ung thư tuyến biệt hóa trung bình	29	82,8
	Ung thư tuyến biệt hóa kém	5	14,3
Giai đoạn khối u sau mổ theo TNM	IIA	6	17,1
	IIB	4	11,4
	IIC	2	5,7
	IIIB	16	45,7
Giai đoạn khối u sau mổ theo DUKES	B	12	34,3
	C	23	65,7
Đánh giá diện cắt	Sạch tế bào u	35	100
	Còn tế bào u	0	0
Biến chứng	Chảy máu sau mổ	2	5,7
	Xì miệng nổi	2	5,7
Đánh giá kết quả điều trị	Tốt	30	85,7
	Trung bình	2	5,7
	Kém	3	8,6

Vị trí khối u theo giải phẫu của TT 1/3 giữa chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,6%. Cắt trước thấp nội soi là phương pháp thường xuyên nhất chiếm tỷ lệ 71,4%. Thời gian PT trung bình $210,06 \pm 35$ (phút). Xét nghiệm mô bệnh học khối u sau mổ, Carcimoma tuyến chiếm đa số

với tỷ lệ 82,8% trường hợp. Đánh giá GD khối u theo TNM, GD IIIB chiếm đa số với tỷ lệ 45,7%. Đánh giá GD khối u theo DUKES, GD C chiếm tỷ lệ 65,7%. Tất cả các diện cắt đều sạch tế bào UT và không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong lúc mổ.

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật theo thời gian

Thời gian	Thời gian trung bình	Ngắn nhất	Dài nhất
Thời gian phẫu thuật	$210,06 \pm 35$ (phút)	150 (phút)	290 (phút)
Thời gian nằm viện	$8,4 \pm 1,5$ (ngày)	6 (ngày)	13 (ngày)
Thời gian trung tiện	$2 \pm 1,4$ (ngày)	1 (ngày)	7 (ngày)

Nhận xét: Trung bình thời gian nằm viện $8,4 \pm 1,5$ ngày. Trung bình thời gian trung tiện là 2 ngày. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 11,4%,

trong đó chảy máu sau mổ và xì miệng nổi có tỷ lệ là 5,7%. Số BN đạt kết quả PT tốt chiếm tỷ lệ 85,7%.

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Yếu tố liên quan		Kết quả điều trị		P
		Tốt	Trung bình – kém	
Tuổi	<50	6 (17,14)	0 (0)	0,3
	≥50	24 (68,57)	3 (8,57)	
Vị trí khối u	1/3 trên	12 (34,29)	1 (2,86)	0,02
	1/3 giữa	15 (42,86)	2 (5,71)	
	1/3 dưới	3 (8,57)	2 (5,71)	
Di căn hạch	Có	4 (11,43)	3 (8,57)	0,04
	Không	26 (74,29)	2 (5,71)	
Thời gian trung tiện sau mổ	≤ 3 ngày	30 (85,71)	3 (8,57)	0,017
	>3 ngày	0 (0)	2 (5,71)	
Tổng số		30 (85,71)	5 (14,29)	

(*) Fisher Exact test

Nhận xét: Có mối liên quan giữa vị trí khối u, di căn hạch và thời gian trung tiện sau mổ với kết quả điều trị. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

4. THẢO LUẬN

Tỷ lệ mắc UTTT ở cả hai giới khác nhau, mức độ khác nhau tùy theo mỗi thống kê. Đa số các tác giả đều ghi nhận nam mắc UTTT nhiều hơn nữ. NC của Trương Vĩnh Quý có tỷ lệ nam/nữ = 1,17/1 [9]. Wei-jian Zhang NC sự lan tràn tế bào UT trong MTTT của 46 trường hợp, có tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1 [18]. Theo GLOBOCAN năm 2020, tại Việt Nam có tổng số dân là 97.338.583 và tổng số ca mắc mới là 182.563. Trong đó có 98.916 trường hợp là nam giới và 83.647 trường hợp là nữ giới [17]. Kết quả nghiên cứu cho thấy cho thấy với 35 BN, chúng tôi ghi nhận nam giới chiếm tỷ lệ 71,4%, tỷ lệ nam/nữ = 2,5/1. Nguyên nhân dẫn đến sự chênh lệch này có lẽ do nam giới là đối tượng thường xuyên tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ hơn, đặc biệt là trong công việc và sinh hoạt.

Hiện nay, bệnh lý UTTT có xu hướng tăng ở độ tuổi dưới 50 tuổi và bệnh lý này ngày càng tăng lên trên tất cả các độ tuổi. Tuổi trung bình trong NC của chúng tôi $63,14 \pm 12,4$ tuổi khá tương đương các NC của các tác giả khác: Trương Vĩnh Quý có độ tuổi trung bình $62,7 \pm 12,8$ tuổi [9]. Nhóm tuổi hầu hết là từ 40 đến 70 tuổi chiếm tỷ lệ 65,4%, độ tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ 5,8%. Trần Minh Đức và Nguyễn Cao Cương NC tại Bệnh viện Bình Dân năm 2014 trên 100 BN UTTT cho thấy độ tuổi trung bình là $61,26 \pm 13,14$ tuổi và độ tuổi mắc bệnh thường gặp nhất 50 – 79 chiếm tỷ lệ 73% [3]. Nhóm NC tại bệnh viện Trung ương Huế trong luận án tiến sỹ của Mai Đình Điều NC trong 146 BN UTTT cho tất cả các vị trí; ghi nhận tuổi trung bình 59 tuổi, dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ 9,6%, trên 80 tuổi chiếm tỷ lệ 4,8% [2].

Trong số 35 BN trong nhóm NC của chúng tôi, 28 BN (chiếm tỷ lệ 80%) có thời gian khởi phát từ một đến sáu tháng, chỉ có 1 BN có thời gian khởi phát trên sáu tháng. Kết quả trên cho

thấy, nhiều BN còn chưa quan tâm đến các rối loạn chức năng trong cơ thể, chưa có những kiến thức cơ bản về bệnh, BN tự điều trị ở nhà bằng thuốc Nam, các thuốc Đông y hoặc do chất lượng khám, chữa bệnh ở tuyến cơ sở còn nhiều hạn chế nhầm lẫn với các bệnh lành tính khác như rò HM, viêm ĐT xuất huyết đặc biệt là trĩ làm chậm trễ trong chẩn đoán. Đây cũng là lý do khiến BN vào viện ở GD muộn, làm ảnh hưởng rất nhiều đến kết quả điều trị. Do vậy cần có thêm nhiều NC sâu về vấn đề nêu trên, qua đó xem xét có chương trình truyền thông, tăng cường phổ biến kiến thức về bệnh cho người dân, nâng cao trình độ của thầy thuốc tuyến cơ sở,... giúp phát hiện bệnh sớm, nâng cao hiệu quả điều trị bệnh.

Đa số BN UT TT đến khám với triệu chứng là đại tiện máu. Tuy nhiên, triệu chứng này có thể nhầm lẫn với trĩ. Khi bệnh tiến triển, khối u lớn thì BN có biểu hiện đại tiện khó, đại tiện nhầy máu. Hệ thống tầm soát UT nói chung và UT TT nói riêng ở Việt Nam còn chưa phát triển mạnh, do vậy hầu hết BN vào viện đều có các triệu chứng điển hình như: đại tiện máu, mót rặn, đau vùng HM và thay đổi thói quen đại tiện. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy triệu chứng thường gặp nhất là đại tiện phân máu chiếm tỷ lệ là 82,9%, đây cũng là lý do khiến BN đi khám. Một NC của Mai Đình Diệu từ 2007 đến 2012 với 146 BN UT TT, cũng có triệu chứng đại tiện máu chiếm tỷ lệ cao nhất 83,4% [2]. Đối với những BN UT TT thấp thì những triệu chứng như là mót rặn, đau HM và đại tiện máu càng rõ rệt hơn.

Qua kết quả NC trên và khuyến cáo của nhiều y văn cho thấy: khi có các triệu chứng đi

ngoài phân có đăm máu, thay đổi thói quen đại tiện, đi ngoài ngày nhiều lần, đặc biệt là dấu hiệu đi ngoài ra máu cần lưu ý khám, xét nghiệm để có chẩn đoán xác định, tránh bỏ sót bệnh [1]. Triệu chứng thường gặp khác của UT TT là đau bụng. Con đau có thể khác nhau ở mỗi người về kiểu đau, vị trí và cường độ. Ở GD sớm của UT TT là tắc ruột, con đau thường mơ hồ, âm ỉ, khó xác định vị trí. Con đau thường ở vùng hạ vị, quanh rốn hoặc dọc khung ĐT nhưng cũng có thể ở vị trí khác. Trong NC của chúng tôi có 51,4% BN đến khám vì đau bụng hạ vị.

BN có điểm đau thành bụng chiếm tỷ lệ 37,1%, điểm đau thành bụng là một trong những yếu tố gợi ý vị trí u. Sờ chạm khối u trên thành bụng là dấu hiệu ít gặp thường gợi ý GD muộn, trong NC của chúng tôi không có trường hợp nào sờ chạm được khối u trên thành bụng. Điều đáng lưu ý và dễ thực hiện nhất là các nhà lâm sàng phải thăm TT cho tất cả BN có dấu hiệu rối loạn tiêu hóa. Đây là một thủ thuật đơn giản nhưng có thể phát hiện được nhiều bệnh lý về TT và HM. Đặc biệt, đối với UT TT thấp nếu tầm soát bằng cách thăm TT có thể phát hiện hầu hết các trường hợp UT TT nằm trong vị trí này. Nicholls cho rằng với PT viên TT khi thăm TT có thể đánh giá chính xác 67% - 83% GD T, đánh giá sự xâm lấn của u vào cơ thắt có ý nghĩa rất quan trọng liên quan đến độ di động khối u khi thăm khám [13].

Trong NC của chúng tôi có thời gian PT trung bình $210,06 \pm 35$ phút. Nhiều NC khác về PTNS cắt TT trên thế giới thì thời gian PT trung bình từ 120 đến 262 phút, so với PT mở thì PTNS có thời gian dài hơn trung bình 14 đến 59 phút. Rosin D NC từ năm 1997 với 67 BN

UTTT được thực hiện PTNS cắt TT với thời gian PT trung bình 283 phút [16]. Thời gian PT còn tùy thuộc vào kỹ năng của PT viên, phương pháp PT và tính chất của khối u.

Phục hồi nhu động ruột là một trong những vấn đề thường gặp sau PT TT. Có khoảng 25% BN bị liệt ruột sau PT đại TT. Vì vậy, sự chậm trễ trong việc phục hồi nhu động ruột là một yếu tố chính làm kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí chăm sóc sức khỏe. Từ NC của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa thời gian trung tiện và kết quả sau mổ ($P < 0,05$). Trung vị thời gian phục hồi nhu động ruột sau mổ của chúng tôi là 2 ngày, nhanh nhất là 1 ngày và chậm nhất là 7 ngày sau mổ. Kết quả NC của chúng tôi cũng khá tương đồng với các tác giả khác: NC tác giả Đoàn Anh Vũ và Nguyễn Văn Qui có thời gian trung tiện trung bình 1,8 ngày [11], tác giả Nguyễn Lê Gia Kiệt có trung vị thời gian trung tiện là 2 ngày [5]. Deborah Keller và CS năm 2013 NC về tác dụng của Alvimopan và Chewing Gum trong việc phục hồi nhu động ruột sau mổ cắt đại TT ghi nhận

rằng BN nhai kẹo cao su bốn lần mỗi ngày sau PTNS cắt đại TT có thời gian phục hồi nhu động ruột sớm hơn (2,6 ngày so với 3,3 ngày, $p = 0,0047$) và thời gian nằm viện ngắn hơn (4,0 ngày so với 5,3 ngày, $p = 0,029$) so với nhóm chứng [14].

Trong NC của chúng tôi, ghi nhận 30/35 trường hợp chiếm tỷ lệ 85,7% được đánh giá kết quả PT là “tốt”, không xảy ra tai biến trong lúc mổ, diện cắt đảm bảo sạch về mặt UT học, không biến chứng sau mổ và BN ra viện theo dự kiến mà không gặp bất kì vấn đề nào. Có 2/35 trường hợp biến chứng nhẹ sau mổ nhưng có đáp ứng với điều trị nội khoa nên được xếp vào nhóm kết quả PT là “trung bình” chiếm 5,7% và 3/35 trường hợp còn lại chiếm tỷ lệ 8,6% được xếp vào nhóm có kết quả PT là “kém” do gặp các biến chứng nặng là chảy máu sau mổ, xì dò miệng nói.

5. KẾT LUẬN

Vị trí khối u theo giải phẫu của trực tràng 1/3 giữa chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,6% và Phẫu thuật nội soi có tỷ lệ thành công cao với 85,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Anh Cường (2017). *Nghiên cứu đặc điểm di căn hạch và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng tại bệnh viện K* (Luận án tiến sĩ y học). Trường đại học Y Hà Nội,
- [2] 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,
- [3] Trần Minh Đức, Nguyễn Cao Cương (2014). "Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt trước thấp nối máy trong điều trị ung thư trực tràng". *Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, 62 - 66.
- [4] Phạm Đức Huân, Quách Văn Kiên (2020). *Ung thư trực tràng*. Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 72 - 85.
- [5] Nguyễn Lê Gia Kiệt (2019). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đại học y dược Cần Thơ năm 2017-2019* (Luận văn thạc sĩ). Đại học y dược Cần Thơ,

- [6] Phạm Văn Linh, Phạm Văn Năng (2014). Đại tràng, trực tràng và hậu môn. *Nhà xuất bản y học*. Thành phố Hồ Chí Minh, 116-153.
- [7] Nguyễn Hoàng Minh (2017). *Đánh giá di căn hạch trong ung thư trực tràng qua phẫu thuật đối chiếu với mô bệnh học và công hưởng từ* (Luận án Tiến sĩ Y học). Trường Đại học Y Hà Nội.
- [8] Lương Văn Nhật (2021). *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn trực tràng điều trị ung thư trực tràng cao tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình*. Trường đại học Y Hà Nội.
- [9] Trương Vĩnh Quý (2018). *Đánh giá kết quả điều trị tiết căn ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi có bảo tồn cơ thắt* (Luận án tiến sĩ). Đại học y dược Huế.
- [10] Ngô Văn Ty (2021). *Đánh giá kết quả phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn điều trị ung thư trực tràng thấp*.
- [11] Đoàn Anh Vũ, Nguyễn Văn Qui (2015). "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ". *Tạp chí y dược học Cần Thơ*, 1.
- [12] Benson A.B. et al (2012). "Rectal cancer". *J Natl Compr Canc Netw*, 10, (12), 1528-64.
- [13] Cravo, M., Rodrigues, T. et al (2014). "Management of rectal cancer: Times they are changing". *Portuguese Journal of Gastroenterology*, 21, (5), 192 - 200.
- [14] Keller Deborah, Sten Sharon (2013). "Facilitating Return of Bowel Function after Colorectal Surgery: Alvimopan and Gum Chewing". *Clinics in colon and rectal surgery*, 26, (26), 186 - 190.
- [15] Nagtegaal, I.D., J. H. van Krieken (2007). "The multidisciplinary treatment of rectal cancer: pathology". *Ann Oncol*, 18 Suppl 9, ix122-6.
- [16]. Rosin, D., Lebedyev, A. et al (2011). "Laparoscopic resection of rectal cancer". *IMAJ*, 13, 459 - 462.
- [17] Sung, H., J. Ferlay, R. L. Siegel, M. Laversanne, I. Soerjomataram, A. Jemal, & F. Bray (2021). "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries". *CA Cancer J Clin*, 71, (3), 209-249.
- [18] Zhang, W.J, Chen, J.P (2008). "Spread of rectal cancer in the distal mesorectum". *Chinese Journal of Cancer*, 27, (7), 74 - 76.