

**ĐẠI HỌC HUẾ**  
**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC**

**MAI ĐÌNH ĐIỀU**

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI  
SOI  
TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG**

**Chuyên ngành: NGOẠI TIÊU HÓA**

**Mã số: 62 72 01 25**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**Người hướng dẫn khoa học**

**GS.TS. BÙI ĐỨC PHÚ**

**PGS.TS. PHẠM NHƯ HIỆP**

HUẾ - 2014

## *Lời Cảm Ơn*

Để hoàn thành luận án, bản thân tôi đã nhận được sự quan tâm giúp đỡ của quý thầy cô, quý đồng nghiệp và bạn bè đã tận tình giúp đỡ, tạo điều kiện cho tôi hoàn thành luận án này.

Cho phép tôi bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc của mình đến:

- Ban Giám hiệu trường Đại học Y Dược Huế
- Ban Giám đốc Bệnh viện Trung ương Huế
- Phòng Đào tạo sau đại học trường Đại học Y Dược Huế
- Phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Trung ương Huế
- Ban chủ nhiệm cùng quý thầy cô và cán bộ viên chức Bộ môn Ngoại trường Đại học Y Dược Huế
- Ban chủ nhiệm và cán bộ viên chức khoa Ngoại Nhi – Cấp cứu bụng Bệnh viện Trung ương Huế
- Ban chủ nhiệm và cán bộ viên chức khoa Ngoại Tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Huế
- Trung tâm Ung bướu, khoa Giải phẫu bệnh, khoa Nội soi, khoa Gây mê hồi sức và khoa Khám bệnh Bệnh viện Trung ương Huế
- Tập thể cán bộ viên chức phòng Tổ chức cán bộ Bệnh viện Trung ương Huế

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc xin gửi đến GS. TS Bùi Đức Phú, PGS. TS Phạm Như Hiệp, những người thầy mẫu mực đã tận tình hướng dẫn, chỉ bảo và giúp đỡ tôi trong quá trình thực hiện đề tài này.

Chân thành cảm ơn các anh chị đồng nghiệp, bạn bè và gia đình đã giúp đỡ tôi trong quá trình học tập, thu thập số liệu và viết luận án.

Xin tỏ lòng biết ơn đến những bệnh nhân và người nhà đã hợp tác và giúp đỡ tôi trong quá trình nghiên cứu..

Xin gửi đến tất cả mọi người lòng chân thành biết ơn của tôi.

Huế, tháng 10 năm 2014

***Mai Đình Diệu***

## **LỜI CAM ĐOAN**

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi, các số liệu và kết quả nghiên cứu nêu trong luận án là trung thực, được các đồng tác giả cho phép sử dụng và chưa từng được công bố trong bất kỳ một công trình nào khác.

**Tác giả luận án**

**Mai Đình Diệu**

## **CÁC CHỮ VIẾT TẮT TRONG LUẬN ÁN**

APR	:	Abdominoperineal resection
AR	:	Anterior resection
ASA	:	American Society of Anesthesiologists
BMI	:	Body Mass Index
BN	:	Bệnh nhân.
CA19-9	:	Carbonhydrat Antigen 19-9.
CEA	:	Carcino Embryonic Antigen.
CS	:	Cộng sự.
CT	:	Computed tomography
ĐTT	:	Đại trực tràng
LAR	:	Low anterior resection
LE	:	Local excision
M	:	Metastasis
MRI	:	Magnetic Radio Imaging.
N	:	Note
PET	:	Positron emission tomography
PTNS	:	Phẫu thuật nội soi.
RIS	:	Radio immuno scintigraphy
T	:	Tumour
TME	:	Total Mesorectal Excision.
Tp. HCM	:	Thành phố Hồ Chí Minh
UICC	:	Union International Controle Cancer
UTĐTT	:	Ung thư đại trực tràng
UTTT	:	Ung thư trực tràng.
XN	:	Xét nghiệm.
XQ	:	Xquang.

# MỤC LỤC

	Trang
<b>ĐẶT VẤN ĐỀ</b> .....	1
<b>Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU</b> .....	3
1.1. Dịch tễ học ung thư trực tràng .....	3
1.2. Sơ lược giải phẫu trực tràng .....	4
1.3. Giải phẫu bệnh ung thư trực tràng .....	10
1.4. Sự lan tràn và di căn của ung thư trực tràng .....	14
1.5. Chẩn đoán .....	15
1.6. Điều trị ung thư trực tràng .....	18
1.7. Điều trị phẫu thuật triệt để ung thư trực tràng .....	20
1.8. Điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi .....	25
<b>Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU</b> .....	33
2.1. Đối tượng nghiên cứu .....	33
2.2. Phương pháp nghiên cứu .....	33
2.3. Xử lý số liệu .....	56
2.4. Quan điểm về y đức trong nghiên cứu .....	57
<b>Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU</b> .....	58
3.1. Đặc điểm chung .....	58
3.2. Chỉ định và một số đặc điểm kỹ thuật của các phương pháp phẫu thuật nội soi .....	60
3.3. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng .....	73
<b>Chương 4. BÀN LUẬN</b> .....	83
4.1. Đặc điểm chung .....	83
4.2. Chỉ định và một số đặc điểm kỹ thuật của các phương pháp phẫu thuật nội soi .....	84
4.3. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng .....	96
<b>KẾT LUẬN</b> .....	108
<b>KIẾN NGHỊ</b> .....	110
<b>DANH MỤC CÁC BÀI BÁO LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN</b> <b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b> <b>PHỤ LỤC</b>	

## DANH MỤC CÁC BẢNG

### Trang

Bảng 1.1. Phân loại theo TNM của UICC (2002) trong ung thư đại trực tràng	12
Bảng 1.2. So sánh xếp giai đoạn TNM của UICC và hệ thống xếp hạng của Dukes .....	13
Bảng 2.1. Xếp giai đoạn TNM của UICC (2002).....	37
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi .....	58
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới .....	58
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể .....	59
Bảng 3.4. Triệu chứng toàn thân của bệnh nhân.....	59
Bảng 3.5. Thời gian có triệu chứng đến khi vào viện.....	60
Bảng 3.6. Lý do bệnh nhân vào viện.....	60
Bảng 3.7. Các triệu chứng khi vào viện .....	61
Bảng 3.8. Kết quả thăm trực tràng lúc vào viện .....	61
Bảng 3.9. Vị trí của khối u so với rìa hậu môn khi thăm trực tràng và kết quả nội soi (tại khoa điều trị) .....	62
Bảng 3.10. Nhóm máu .....	62
Bảng 3.11. Tổng hợp kết quả xét nghiệm trước mổ .....	63
Bảng 3.12. Kết quả siêu âm bụng .....	63
Bảng 3.13. Kết quả chụp cắt lớp vi tính.....	64
Bảng 3.14. Kết quả nội soi đại trực tràng .....	65
Bảng 3.15. Đặc điểm vi thể của nội soi sinh thiết u.....	66
Bảng 3.16. Phân độ biệt hóa tế bào ung thư .....	66
Bảng 3.17. Phân loại theo TNM- 2002 .....	67
Bảng 3.18. Xếp giai đoạn TNM của UICC .....	68
Bảng 3.19. Các phương pháp phẫu thuật .....	69

Bảng 3.20. Phương pháp phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư trực tràng thấp và cực thấp .....	70
Bảng 3.21. Phương pháp phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư trực tràng trung gian .....	71
Bảng 3.22. Phương pháp phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư trực tràng cao .	71
Bảng 3.23. Phẫu thuật Miles .....	72
Bảng 3.24. Phẫu thuật pull-through .....	72
Bảng 3.25. Thời gian mổ chung cho tất cả các loại phẫu thuật .....	73
Bảng 3.26. Thời gian mổ đối với từng loại phẫu thuật .....	73
Bảng 3.27. Tai biến chung .....	74
Bảng 3.28. Tai biến theo phương pháp mổ .....	74
Bảng 3.29. Tai biến theo giai đoạn lâm sàng .....	75
Bảng 3.30. Chuyển mổ mở chung và lý do .....	75
Bảng 3.31. Chuyển mổ mở theo giai đoạn bệnh .....	76
Bảng 3.32. Chuyển mổ mở theo vị trí u .....	76
Bảng 3.33. Biến chứng hậu phẫu .....	77
Bảng 3.34. Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ .....	78
Bảng 3.35. Thời gian trung tiện sau mổ .....	78
Bảng 3.36. Tỷ lệ tái phát qua thời gian theo dõi .....	79
Bảng 3.37. Tái phát theo phương pháp mổ .....	79
Bảng 3.38. Thời gian sống thêm theo phương pháp mổ .....	80
Bảng 3.39. Chức năng tự chủ hậu môn .....	82
Bảng 4.1. Chất lượng đại thể mạc treo trực tràng qua phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở .....	96
Bảng 4.2. So sánh tỷ lệ biến chứng giữa mổ nội soi và mổ mở .....	100
Bảng 4.3. Tỷ lệ tử vong của một số tác giả .....	101
Bảng 4.4. Tỷ lệ (%) tái phát tại chỗ- tại vùng của một số tác giả .....	102



## DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ, HÌNH

### Trang

Biểu đồ 3.1. Dự đoán thời gian sống còn toàn bộ.....	81
Biểu đồ 3.2. Dự đoán thời gian sống thêm không bệnh.....	82
Hình 1.1. Giới hạn ống hậu môn trực tràng .....	4
Hình 1.2. Động mạch hậu môn trực tràng.....	5
Hình 1.3. Tĩnh mạch hậu môn trực tràng .....	6
Hình 1.4. Dẫn lưu bạch huyết trên và giữa trực tràng .....	7
Hình 1.5. Dẫn lưu bạch huyết của trực tràng dưới.....	7
Hình 1.6. Mạc treo trực tràng (thiết đồ cắt ngang) .....	9
Hình 1.7. Thiết đồ cắt dọc vùng trực tràng và hậu môn .....	10
Hình 1.9. Phân loại Dukes cải tiến và TNM .....	13
Hình 1.10. Các chỉ định điều trị theo vị trí và giai đoạn u.....	18
Hình 1.11. Đặc điểm chung của bệnh nhân .....	30
Hình 1.12. Tỷ lệ sống thêm lành bệnh và tỷ lệ sống thêm chung theo nhóm mổ NS (PTNS) hay mổ mở (MM).....	31
Hình 2.1. Hệ thống phẫu thuật nội soi .....	40
Hình 2.2. Một số dụng cụ phẫu thuật nội soi .....	41
Hình 2.3. Tư thế bệnh nhân và vị trí ê kíp phẫu thuật .....	42
Hình 2.4. Vị trí đặt trocar .....	43
Hình 2.5. Đường cắt từ cạnh bên và giữa của kết tràng sigma đi theo bờ sau của mạc Toldt. Đường cắt này an toàn do bảo tồn được niệu quản và các mạch máu vùng niệu dục .....	43
Hình 2.6. Đường phẫu tích mạch máu theo hướng từ trong ra ngoài .....	44
Hình 2.7. Phẫu tích và giải phóng mạc treo sigma .....	45
Hình 2.8. Phẫu tích và cắt mạc treo trực tràng (TME) .....	45

Hình 2.9. Dùng dụng cụ cắt tự động để cắt đoạn trực tràng .....	47
Hình 2.10. Sau khi lắp dụng cụ nối tự động .....	47
Hình 2.11. Sơ đồ phẫu tích gian cơ thắt trong phương pháp pull-through.....	48
Hình 2.12. Phẫu tích gian cơ thắt với sự trợ giúp của van Lone Star .....	49
Hình 2.13. Kéo (pullthrough) kết tràng ra nối với ống hậu môn .....	49
Hình 2.14. Thì nội soi của phẫu thuật Mile .....	51
Hình 2.15. Đường khoét hậu môn trong phẫu thuật Miles .....	51

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một trong mười loại ung thư thường gặp nhất ở các nước phát triển, là ung thư gây tử vong đứng hàng thứ hai sau ung thư phổi [102], [105]. Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ năm sau ung thư phế quản, ung thư dạ dày, ung thư gan và ung thư vú ở nữ [14], [22], [33]. Ung thư trực tràng là tất cả những ung thư nằm ở đoạn cuối của ống tiêu hóa, giữa hai ranh giới, trên là kết tràng sigma và dưới là ống hậu môn, chiếm tỷ lệ từ 35-50% trong các ung thư đại trực tràng [69], [70]. Bệnh nhân ung thư trực tràng thường đến khám và vào viện ở giai đoạn muộn, làm ảnh hưởng rất lớn đến kết quả điều trị và tiên lượng. Phương pháp điều trị chủ yếu vẫn là phẫu thuật và khả năng phẫu thuật triệt căn vẫn chiếm tỷ lệ cao [14]. Tỷ lệ sống trên 5 năm của các bệnh nhân ung thư trực tràng được điều trị ở nước ta trung bình là 50% tính chung cho các loại, nhưng nếu phát hiện sớm (giai đoạn Dukes A), tỷ lệ này là 90-95% [33].

Trong suốt thời gian dài, phẫu thuật mở vẫn là kinh điển trong điều trị ngoại khoa ung thư trực tràng. Song từ những năm đầu thập niên 1990 với sự bùng nổ của phẫu thuật nội soi ổ phúc mạc, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng bắt đầu được áp dụng rộng rãi ở khắp các trung tâm ngoại khoa trên thế giới, với những ưu điểm đã được chứng minh như ít gây thương tổn thành bụng, ít đau sau mổ, giảm tỷ lệ nhiễm trùng, giảm thoát vị thành bụng, rút ngắn thời gian nằm viện, phục hồi sức khỏe nhanh hơn, và có tính thẩm mỹ cao. Đặc biệt, phương pháp phẫu thuật nội soi cho phép tiếp cận vùng tiểu khung dễ dàng hơn so với phẫu thuật mở ở những bệnh nhân ung thư trực tràng nên ngày càng được áp dụng một cách rộng rãi [4], [18], [24], [64], [80], [92].

Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi áp dụng cho điều trị ung thư đại trực tràng bắt đầu từ năm 2000, được thực hiện tại một số bệnh viện lớn ở Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh và Huế, cho kết quả rất khả quan [1], [2], [5], [6], [8], [16], [20], [21], [29], [53].

Tuy nhiên, trong thời gian này các nghiên cứu trong nước tập trung vào việc ứng dụng, đánh giá tính khả thi của phẫu thuật nội soi đối với việc thực hiện các kỹ thuật trong điều trị ung thư trực tràng, như kỹ thuật cắt trước, kỹ thuật cắt cụt trực tràng đường bụng tầng sinh môn, kỹ thuật cắt đại trực tràng nối kết tràng-ông hậu môn, kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng... Sau một thời gian, hầu hết các báo cáo đều cho rằng tất cả các loại kỹ thuật trong phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng đều có thể được tiến hành qua nội soi và đảm bảo về ung thư học [19], [25], [53], [58], [59], [61], [62].

Mặc dù đã có nhiều báo cáo về phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng ở các vị trí và giai đoạn bệnh khác nhau, nhưng do các điều kiện cụ thể về trang thiết bị, thời gian thực hành phẫu thuật nội soi ở các cơ sở ngoại khoa có khác nhau nên vẫn còn nhiều quan điểm chưa thống nhất, đặc biệt là về chỉ định [23], [38], [39], [41], [49], [60], [63].

Xuất phát từ điều kiện trang thiết bị hiện tại, tình hình thực tế điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi tiến hành đề tài: ***“Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng”*** với hai mục tiêu:

1. *Nghiên cứu chỉ định và một số đặc điểm kỹ thuật của các phương pháp phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng.*

2. *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế.*

## Chương 1

### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

#### 1.1. DỊCH TỄ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) hay gặp ở các nước phát triển phương Tây (Mỹ, Canada, Scandinavi, bắc và tây Âu, Newzeland), tiếp đến là Châu Á, Nam Mỹ, cuối cùng là người da đen ở Châu Phi và một số nước Nam Mỹ (trừ Argentina và Uruguay).

Ở Pháp, hàng năm trung bình có 25.000 người ung thư ĐTT mới được chẩn đoán và 15.000 ca tử vong do ung thư ĐTT, tuổi trung bình khoảng 45 đến 70. Ở Mỹ, thống kê hàng năm có 61.000 ca tử vong do ung thư đại trực tràng chiếm khoảng 10% các ung thư và 151.000 ca mới mắc, độ trung bình 60-65, trong đó tỷ lệ mắc bệnh tăng cao từ 50 tuổi trở lên chiếm 90%. Xuất độ bệnh tăng nhanh đáng kể sau 40 tuổi, gấp đôi sau mỗi thập niên [88].

Ở nước ta, ung thư đại trực tràng đứng thứ năm sau ung thư phế quản, ung thư dạ dày, ung thư gan và ung thư vú ở nữ [26], [46], [54], [58], [83]. Bùi Chí Viết, Vũ Văn Vũ và cộng sự đã thu thập ở trung tâm ung bướu và 25 cơ sở điều trị tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 1996, ghi nhận tỷ lệ ung thư đại trực tràng là 12,9/100000 dân ở cả hai giới, đứng hàng thứ 5 sau ung thư gan, ung thư cổ tử cung, ung thư phổi và ung thư dạ dày. Ở nam giới, tỷ lệ này là 14,8 đứng thứ tư sau ung thư gan, ung thư phổi và ung thư dạ dày. Ở nữ giới, tỷ lệ này là 11,8 đứng thứ ba sau ung thư cổ tử cung và ung thư vú, độ tuổi thường gặp từ 40- 60 tuổi [14].

Tỷ lệ mắc ung thư ĐTT ở một số quốc gia và khu vực như sau: [102]

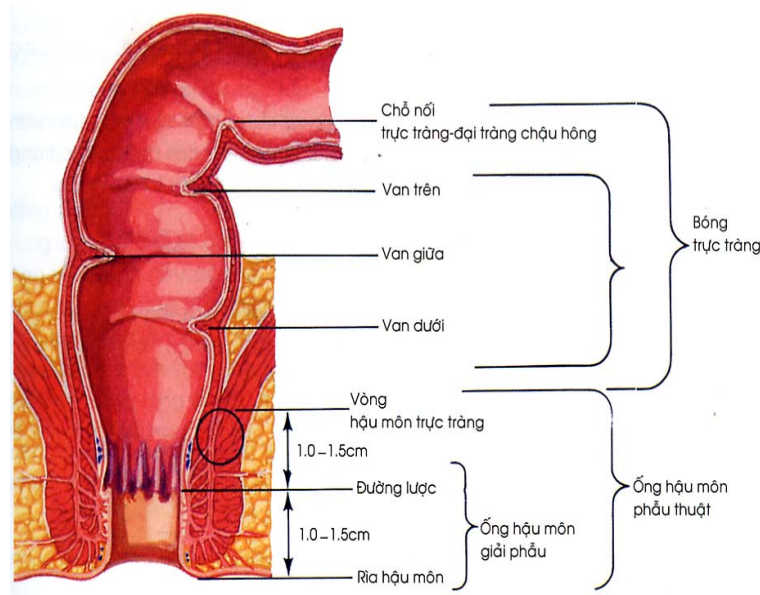
- Nigeria: 3,4/100000 dân
- Nhật: 7/100000 dân

- Mỹ: 17/100000 dân
- New Zealand: 24/100000 dân
- Hà Nội: 7,5/100000 dân

## 1.2. SƠ LƯỢC GIẢI PHẪU TRỰC TRÀNG

### 1.2.1. Các mốc giải phẫu cơ bản

Hậu môn trực tràng là đoạn ruột tiếp theo của kết tràng sigma đi từ đốt sống cùng 3 tới rìa hậu môn gồm hai phần: Phần trên phình ra để chứa phân gọi là bóng trực tràng dài 12-15cm nằm trong chậu hông bé. Phần dưới hẹp đi để giữ và tháo phân, dài 2- 3 cm gọi là ống hậu môn. Trong đó rìa hậu môn, đường lược và vòng hậu môn trực tràng là 3 mốc giải phẫu cơ bản (Hình 1.1).



**Hình 1.1. Giới hạn ống hậu môn trực tràng**

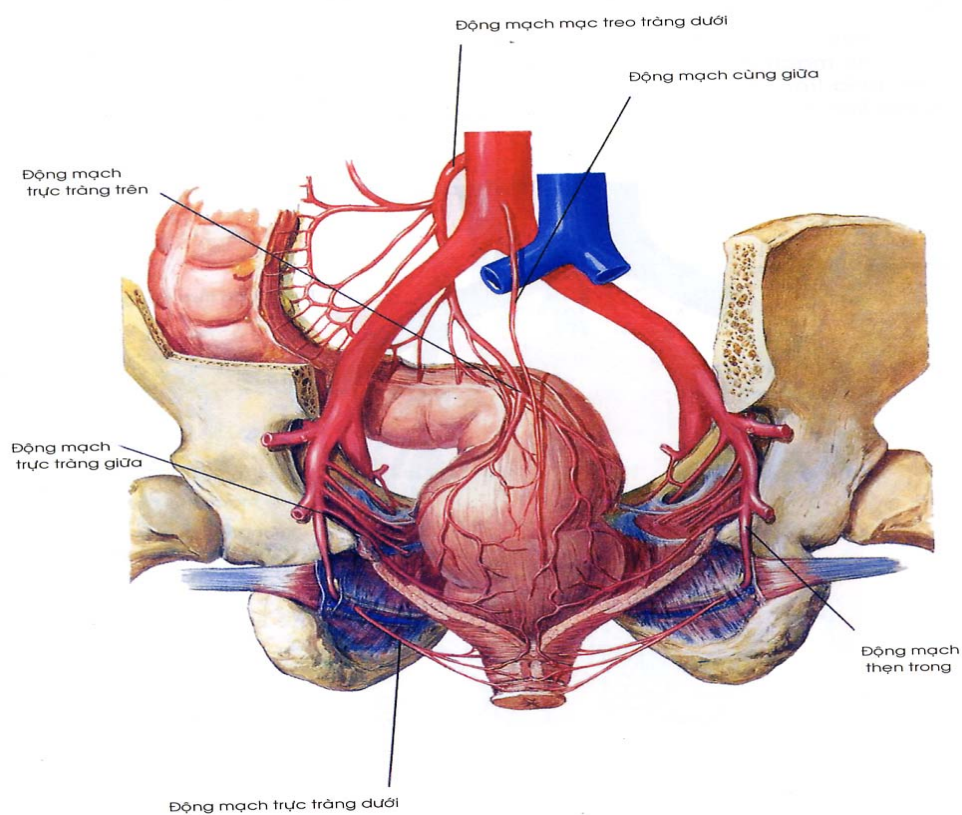
*H. N. Frank, Atlas giải phẫu người [51]*

Trực tràng được chia làm 3 phần, 1/3 trên cách rìa hậu môn khoảng từ 11-15 cm; 1/3 giữa cách rìa hậu môn khoảng từ 6-10 cm; và 1/3 dưới cách rìa hậu môn khoảng từ 0-5 cm.

### 1.2.2. Mạch máu trực tràng

Động mạch: Trực tràng được nuôi dưỡng bởi ba động mạch: động mạch trực tràng trên, động mạch trực tràng giữa và động mạch trực tràng dưới.

Động mạch trực tràng trên là nhánh tận của động mạch mạc treo tràng dưới, đây là nhánh chính tưới máu cho phần trên của trực tràng. Động mạch trực tràng giữa bắt nguồn từ động mạch chậu trong, cung cấp máu cho phần dưới trực tràng. Động mạch trực tràng dưới bắt nguồn từ động mạch thẹn trong, cung cấp máu cho hậu môn và các cơ thắt (Hình 1.2). Trực tràng được nuôi dưỡng bởi một hệ thống lưới mạch máu phong phú, ít khi bị thiếu máu sau phẫu tích.

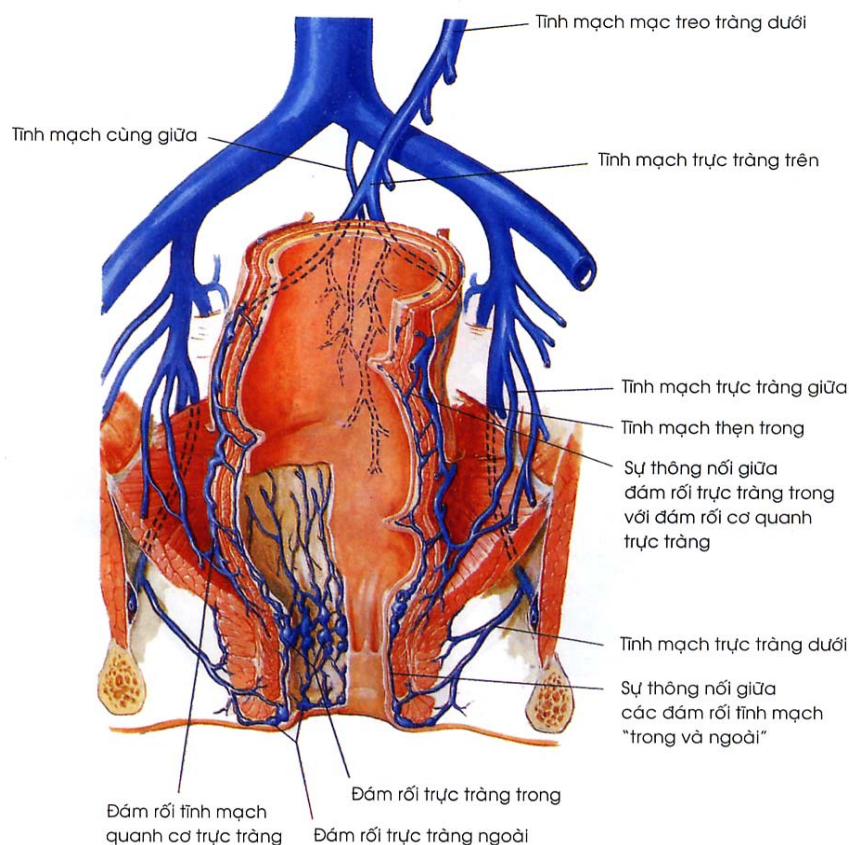


**Hình 1.2. Động mạch hậu môn trực tràng**

*H. N. Frank, Atlas giải phẫu người [51]*

**Tĩnh mạch:** Các tĩnh mạch của trực tràng bắt nguồn từ một hệ thống tĩnh mạch đặc biệt, hợp thành một đám rối trong thành trực tràng, các đám rối này được tạo bởi các xoang tĩnh mạch to nhỏ không đều. Tất cả các đám rối này đều đổ về tĩnh mạch trực tràng trên, giữa và dưới, rồi cuối cùng đổ về theo 2 hệ thống: tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch chủ. Chính vì hệ thống dẫn lưu tĩnh

mạch của đại trực tràng như vậy nên phần lớn di căn trong ung thư đại trực tràng thường xảy ra ở gan.



**Hình 1.3. Tĩnh mạch hậu môn trực tràng**

*H. N. Frank, Atlas giải phẫu người [51]*

### 1.2.3. Hệ thống bạch huyết của trực tràng

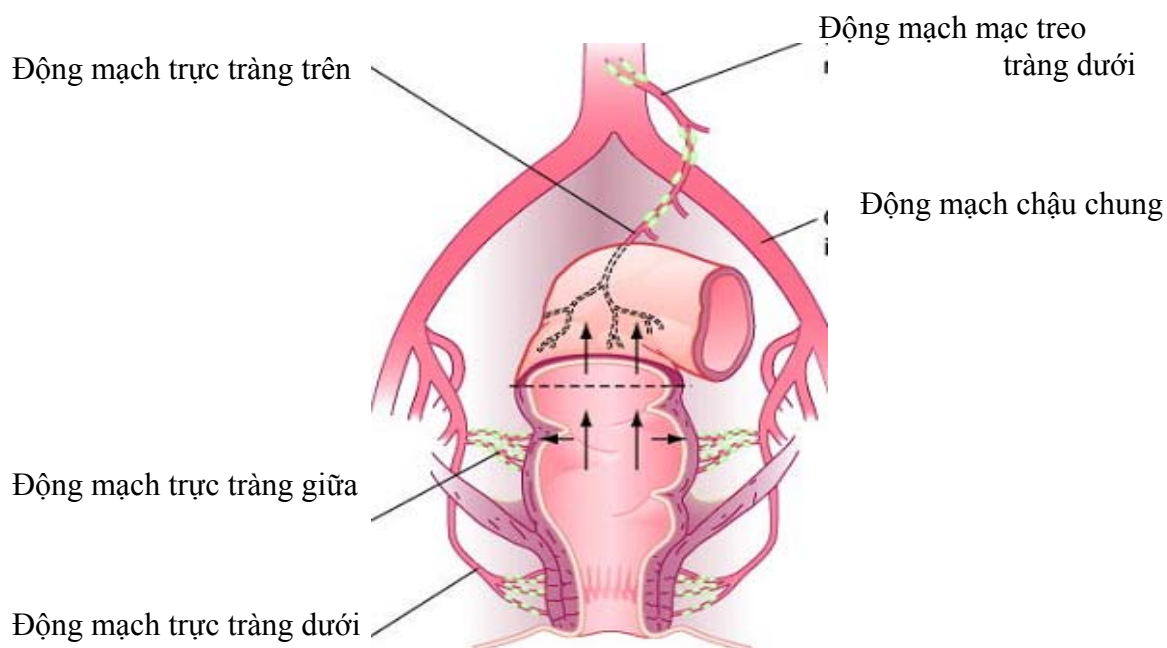
Bạch mạch trực tràng đổ về chủ yếu theo ba đường chính:

- Cuống trên: Đổ vào nhóm hạch ở chạc động mạch trĩ trên (hạch Mondor) và các nhóm hạch động mạch sigma rồi tới hạch động mạch đại tràng trái.

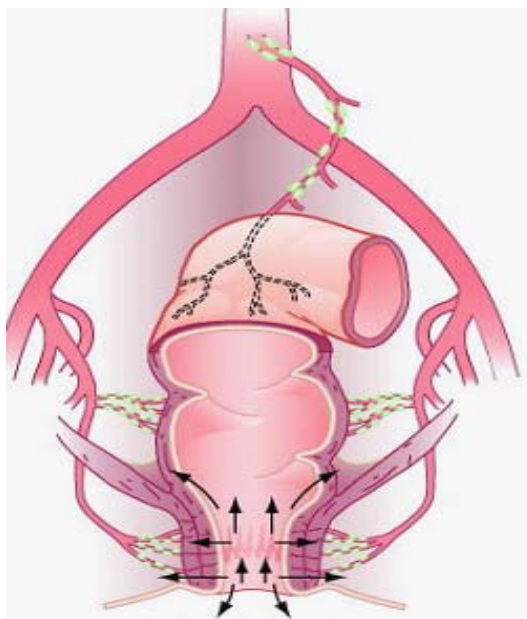
- Cuống giữa: Đổ vào nhóm hạch nằm ở chạc động mạch trĩ giữa và động mạch chậu (hạch Gerota). Tuy nhiên phần lớn bạch huyết ở cuống giữa lại đổ vào cuống trên nên hạch ở cuống trên hay bị di căn, còn ở cuống giữa ít bị di căn hơn.



- Cuống dưới có hai vùng: Vùng chậu hông ở phần dưới bóng trực tràng đổ vào các hạch dọc theo động mạch cùng và ụ nhô. Vùng đáy chậu đổ vào nhóm hạch bẹn nông, do đó ung thư các tạng ở chậu hông thường di căn hạch bẹn, nên phải chú ý phát hiện và nạo vét kịp thời.



**Hình 1.4. Dẫn lưu bạch huyết trên và giữa trực tràng [102]**



**Hình 1.5. Dẫn lưu bạch huyết của trực tràng dưới**

*After M. Finch, 2007 [102]*

#### 1.2.4. Thần kinh chi phối vùng chậu

Bóng trực tràng thuộc hệ tiêu hóa, trong khi đó ống hậu môn thuộc đáy chậu. Đại trực tràng được chi phối bởi các sợi giao cảm và phó giao cảm, trong khi cơ vòng ngoài và niêm mạc ống hậu môn được chi phối bởi các thần kinh sống (somatic nerves).

Hệ thần kinh sống: có dây thần kinh hậu môn, tách từ dây cùng S3 và S4. Dây này vận động cơ thắt hậu môn và cảm giác vùng quanh lỗ hậu môn.

Thần kinh cảm giác nhận cảm theo sự chứa đầy của bóng trực tràng gồm phân đặc, nước hoặc hơi. Đường đi cảm giác tự chủ chạy dọc theo các thần kinh hậu môn. Đường dẫn truyền tự động theo về đám rối hạ vị. Các thụ cảm gây nên cảm giác mót rặn. Người ta đã xác định được các thụ cảm bóng trực tràng nằm ở phần sàn chậu hông, trong cơ nâng hậu môn vì thế khi cắt hết bóng trực tràng, nối kết tràng với ống hậu môn thì việc giữ phân vẫn tốt.

#### 1.2.5. Mạc treo trực tràng

Gần đây, trong phần liên quan của trực tràng với các cấu trúc chung quanh vùng chậu, người ta nhấn mạnh đến vai trò của mạc treo trực tràng. Mạc treo trực tràng là phần tiếp nối của mạc treo kết tràng chậu hông từ trên xuống, gồm các cấu trúc mỡ bao quanh trực tràng. Trong lớp mỡ này có các bạch huyết của trực tràng và các động tĩnh mạch trực tràng trên và giữa. Bên ngoài lớp mỡ này có một lớp màng mỏng bao quanh gọi là mạc quanh trực tràng hay còn gọi là cân riêng trực tràng, có những lỗ thủng để động mạch trực tràng giữa và thần kinh trực tràng chui qua.

- Mạc treo trực tràng 1/3 trên

Ở 1/3 trên của mạc treo trực tràng, phẫu thuật cắt mạc treo trực tràng ít quan trọng vì ung thư ở vùng này di căn tương tự ung thư đại tràng và tỷ lệ tái phát tại chỗ thấp. Ở đoạn trực tràng trên, khi mạc treo đại tràng chậu

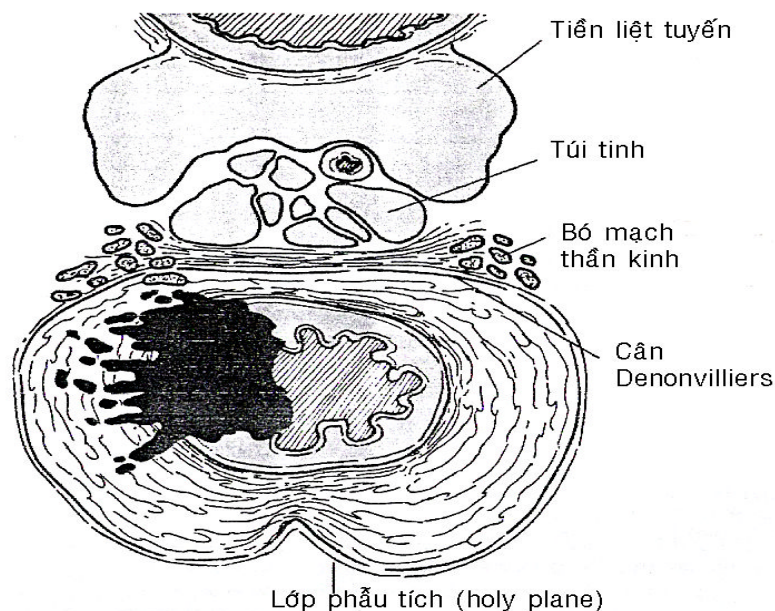
hông ngăn lại và biến mất, mạc treo trực tràng có hình bán nguyệt trên lát cắt ngang.

- Mạc treo trực tràng 1/3 giữa

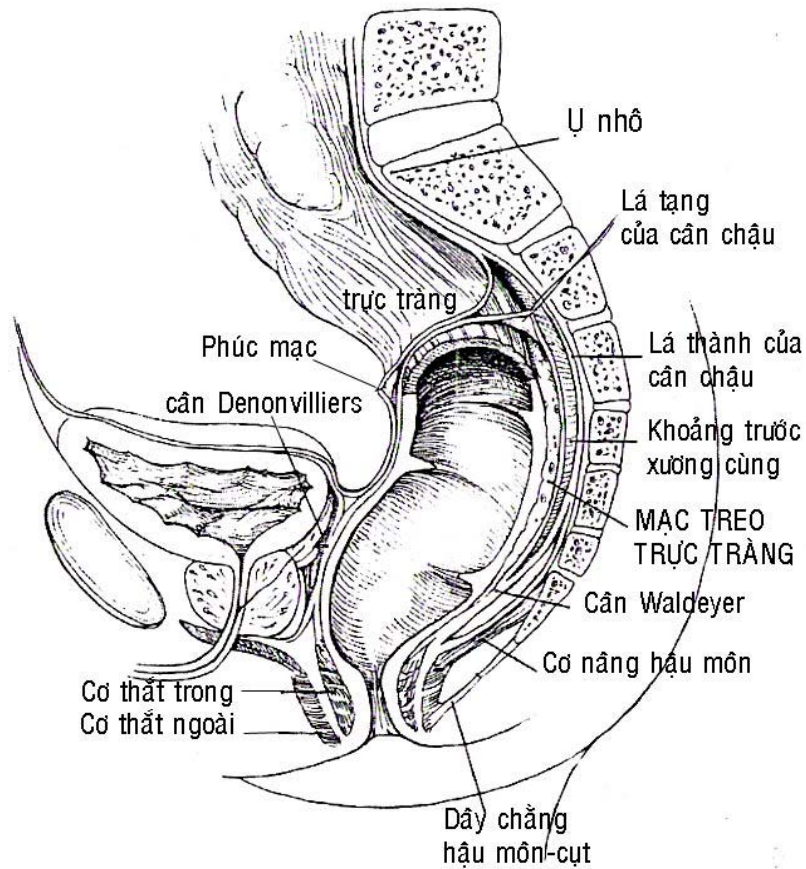
Ở 1/3 giữa của mạc treo trực tràng 4 phần sau, trước, phải và trái rất phát triển. Ở đoạn trực tràng giữa, ngay dưới nếp phúc mạc (ngang mức túi tinh hoặc phần trên âm đạo) mạc treo trực tràng có dạng gần hình tròn trên lát cắt ngang với bóng trực tràng lệch tâm về phía trước (hình 1.6).

- Mạc treo trực tràng 1/3 dưới

Xuống đoạn trực tràng thấp, vào khoảng giữa hai cơ nâng hậu môn, mạc treo trực tràng mỏng dần và biến mất ở chỗ nối với ống hậu môn (Hình 1.7). Topor và cộng sự nhận thấy ở mạc treo trực tràng 1/3 dưới rất hiếm khi có hạch vì thế có thể giải thích các phẫu thuật giữ cơ thắt không làm tăng tỷ lệ tái phát tại chỗ. Khi cắt trọn mạc treo trực tràng thì kết quả đạt về mặt ung thư học.



**Hình 1.6. Mạc treo trực tràng (thiết đồ cắt ngang) [94]**



**Hình 1.7. Thiết đồ cắt dọc vùng trực tràng và hậu môn [94]**

### **1.3. GIẢI PHẪU BỆNH UNG THƯ TRỰC TRÀNG**

#### **1.3.1. Đặc điểm giải phẫu bệnh**

Theo Robbins (1984), khoảng 70-75% ung thư đại trực tràng có vị trí ở trực tràng và kết tràng Sigma. Theo Sherman, trên 50% ung thư xảy ra ở trực tràng, 20% ở kết tràng Sigma, 15% ở kết tràng phải, 6-8% ở kết tràng ngang, 6-7% ở kết tràng xuống và chỉ chiếm 1% ở hậu môn [69], [70].

Về đặc điểm đại thể, thường gặp thể sùi loét: U sùi vào lòng trực tràng, phần trung tâm thường bị hoại tử tạo thành ổ loét ở giữa u. Ngoài ra còn gặp thể sùi đơn thuần, khối u sùi vào lòng trực tràng, nhiều thùy, chân rộng, nền cứng.

Về đặc điểm vi thể, ở đại trực tràng ung thư biểu mô tuyến chiếm 95-98%, trong đó ung thư tuyến nhầy chiếm 10%. Loại ung thư biểu mô biệt hóa cao chiếm 15-20%, biệt hóa vừa 60-70%, loại biệt hóa kém khoảng 15-20% [70].

### **1.3.2. Xếp giai đoạn ung thư đại trực tràng**

#### ***1.3.2.1. Theo Dukes***

Năm 1932, Cuthbert E. Dukes- Bác sĩ khoa giải phẫu bệnh của bệnh viện St Mark (Luân Đôn) đã đưa ra bảng xếp giai đoạn ung thư đại trực tràng đơn giản và dễ nhớ, đến nay vẫn còn được áp dụng để đánh giá kết quả điều trị và tiên lượng bệnh. Dựa vào sự xâm lấn của u nguyên phát và di căn hạch của tế bào ung thư, Dukes phân bệnh thành 3 giai đoạn:

A: U xâm lấn lớp niêm mạc, dưới niêm mạc, đến lớp cơ, chưa di căn hạch.

B: U xâm lấn qua lớp cơ, đến thanh mạc, chưa di căn hạch.

C: U xâm lấn ra tổ chức chung quanh, có di căn hạch.

Sau đó, Kirklin và cộng sự ở Mayo Clinic phân biệt rõ hơn khối u xâm lấn chỉ đến lớp cơ (B1) hay đã xâm lấn đến hết thành ruột (B2). Năm 1954, tác giả Astler và Collier phân biệt rõ hơn khối u đã di căn hạch nhưng chưa xâm lấn hết thành ruột (C1) và khối u di căn hạch xâm lấn toàn bộ thành ruột (C2). Turnbull và cs ở Cleveland Clinic thêm giai đoạn D cho những khối u đã có di căn xa. Những phân loại này được gọi chung là phân loại Dukes cải tiến (Hình 1.12).

### 1.3.2.2. Theo hệ thống TNM (UICC-2002)

**Bảng 1.1. Phân loại theo TNM của UICC (2002)  
trong ung thư đại trực tràng [74], [83]**

---

<b>U nguyên phát (T)</b>	
TX	U nguyên phát không xác định được
T0	Không có bằng chứng của u nguyên phát
Tis	Carcinom tại chỗ
T1	U xâm lấn lớp dưới niêm mạc
T2	U xâm lấn đến lớp cơ
T3	U xâm lấn xuyên qua lớp cơ đến lớp dưới thanh mạc, hoặc đến lớp mô quanh đại trực tràng không có phúc mạc bao phủ
T4	U xâm lấn trực tiếp vào các tạng hay cấu trúc khác hoặc đã xuyên thủng lớp phúc mạc tạng.
<b>Di căn hạch vùng (N)</b>	
NX	Hạch vùng không đánh giá được
N0	Không có di căn hạch vùng
N1	Di căn từ 1-3 hạch vùng
N2	Di căn từ 4 hạch vùng trở lên
N3	Di căn đến bất kỳ hạch lympho nào dọc theo đường đi của thân mạch máu được đặt tên
<b>Di căn xa (M)</b>	
MX	Di căn xa không đánh giá được
M0	Không có di căn xa
M1	Di căn xa

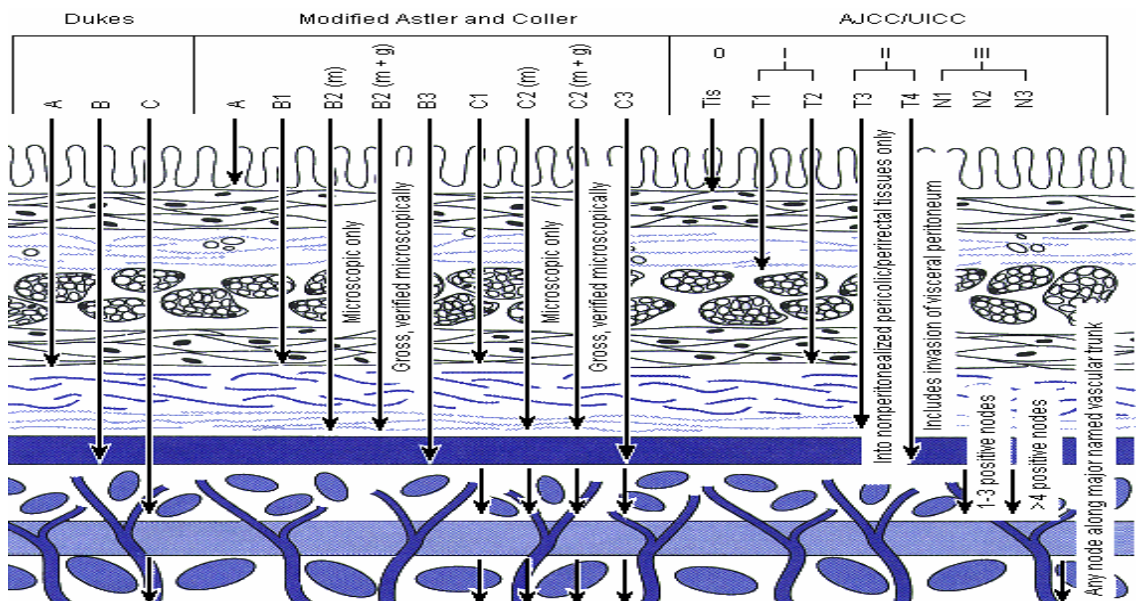
---

**Bảng 1.2. So sánh xếp giai đoạn TNM của UICC và hệ thống xếp hạng của Dukes**

UICC		TNM		Dukes
Giai đoạn 0	Tis	N0	M0	
Giai đoạn I	T1	N0	M0	A
	T2	N0	M0	A
Giai đoạn II	T3	N0	M0	B
	T4	N0	M0	B
Giai đoạn III	Bất kỳ T	N1	M0	C
	Bất kỳ T	N1, N2	M0	C
Giai đoạn IV	Bất kỳ T	Bất kỳ N	M1	

Độ sâu của sự xâm lấn trong ung thư trực tràng là một yếu tố thay đổi rất quan trọng. Để đánh giá một khối u trực tràng xâm lấn thì ít nhất thương tổn phải đến lớp cơ niêm. Vì ở mức độ này thì khối u mới có khả năng xâm lấn các mạch máu, hạch vùng và có thể di căn xa.

Morson cho rằng khối u trực tràng dù nhỏ nhưng đã xâm lấn vào lớp cơ niêm thì có 10% khả năng di căn đến các hạch của trực tràng.

**Hình 1.9. Phân loại Dukes cải tiến và TNM [74]**



### 1.3.3. Xếp độ mô học

Năm 1925 Broders đã chia hình ảnh mô học của ung thư tuyến đại trực tràng thành 4 mức độ (grades) tùy theo độ biệt hóa.

Hệ thống phân độ biệt hóa ngày nay được áp dụng rộng rãi:

- Biệt hóa tốt (G1): Mô và tế bào u có cấu trúc giống với tế bào bình thường chiếm trên 95%.
- Biệt hoá vừa (G2): Mô và tế bào u có cấu trúc giống với tế bào bình thường chiếm 50-95%.
- Biệt hóa kém (G3): Mô và tế bào u có cấu trúc giống với tế bào bình thường chiếm 5-50%.
- Không biệt hoá (G4): Mô và tế bào u có cấu trúc giống với tế bào bình thường chiếm dưới 5%.

Loại ung thư biểu mô tuyến biệt hóa tốt chiếm tỷ lệ 15-20%, biệt hóa vừa 60-70%, biệt hóa kém khoảng 15-20% [57], [69], [70].

## 1.4. SỰ LAN TRÀN VÀ DI CĂN CỦA UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Ung thư trực tràng lan tràn theo ba con đường chính: xâm lấn tại chỗ, đường bạch huyết và đường máu.

Tại chỗ, ung thư trực tràng xuất phát từ niêm mạc, xâm lấn dần vào các lớp của thành trực tràng sau đó là tổ chức tế bào chung quanh và các tạng lân cận. Phía trước, ở nam giới xâm lấn vào tuyến tiền liệt, túi tinh, bàng quang. Ở nữ giới, xâm lấn tới thành sau âm đạo và eo tử cung. Phía sau, xâm lấn xương cùng cụt. Hai bên, xâm lấn vào tổ chức mỡ quanh trực tràng, cơ thắt, cơ nâng hậu môn. Sự xâm lấn niêm mạc và dưới niêm mạc thường xa hơn so với tổn thương đại thể nhưng ít khi vượt quá bờ khối u 2 cm. Đó là cơ sở quan trọng cho việc chỉ định phẫu thuật [34], [50].

Di căn hạch vùng là hình thức di căn thông thường nhất của ung thư biểu mô đại trực tràng. Các ung thư trực tràng di căn hạch thường xảy ra từ từ, gần đến xa, dưới lên trên bắt đầu từ nhóm hạch thành trực tràng, cạnh



trực tràng, sau đó là nhóm hạch dọc động mạch trực tràng trên, động mạch mạc treo tràng dưới, rồi đến động mạch chủ bụng. Sự xâm lấn vào nhóm hạch dọc động mạch trực tràng giữa và dưới ít gặp [3], [33], [39], [42], [54].

Ung thư trực tràng di căn theo đường máu qua tĩnh mạch cửa thường đi xa như di căn gan, phổi, phúc mạc, xương, não, lách, tuyến thượng thận và buồng trứng. Trong đó, di căn gan thường gặp nhất, chiếm 30-50% các trường hợp tử vong do ung thư trực tràng. Nguy cơ di căn gan tăng cao khi khối u lớn hoặc độ mô học kém. Di căn phúc mạc thường có tiên lượng rất xấu [42], [65].

## **1.5. CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TRỰC TRÀNG**

### **1.5.1. Chẩn đoán lâm sàng**

Ở giai đoạn sớm, ung thư trực tràng thường không có triệu chứng, nhưng khi đã có triệu chứng thì bệnh thường ở giai đoạn muộn. Đại tiện nhầy máu là triệu chứng thường gặp đầu tiên, là nguyên nhân chính khiến người bệnh đi khám, nhưng đây không phải là triệu chứng đặc hiệu. Giai đoạn muộn hơn, kích thích khối u lớn, kích thích bệnh nhân đại tiện nhiều lần trong ngày, đi đại tiện mất tự chủ, phân nhão, thay đổi hình dạng khuôn phân. Đau quặn vùng hạ vị là triệu chứng xuất hiện muộn do khối u phát triển lớn gây tắc ruột hoặc bán tắc ruột. Đau vùng trước xương cụt, hậu môn là triệu chứng của ung thư trực tràng thấp đã xâm lấn vào tổ chức quanh trực tràng hậu môn. Các triệu chứng toàn thân như gầy sút cân, thiếu máu, suy nhược cơ thể... thường gặp khi bệnh ở giai đoạn muộn và chỉ có ý nghĩa để tiên lượng bệnh hơn là để chẩn đoán bệnh [14], [33], [45].

Thăm khám hậu môn trực tràng bằng tay có thể phát hiện những khối u cách rìa hậu môn dưới 8 cm. Khám hậu môn - trực tràng bằng tay có thể xác định được vị trí, kích thước, bề mặt, mức độ di động của khối u, trương lực cơ thắt hậu môn. Đối với phụ nữ, ngoài thăm trực tràng, cần thăm khám âm đạo để xác định được sự xâm lấn của ung thư vào thành âm đạo và để phân biệt ung thư trực tràng với ung thư cổ tử cung [46].

### 1.5.2. Chẩn đoán cận lâm sàng

Để đánh giá tình trạng khối u, ngoài phương pháp khám bằng tay, có nhiều kỹ thuật cận lâm sàng được sử dụng như nội soi trực tràng, CT scan, MRI... Tuy nhiên, mỗi phương pháp cũng có những ưu nhược điểm và chưa đáp ứng thỏa đáng những yêu cầu đánh giá một khối ung thư trực tràng nên cần phối hợp nhiều kỹ thuật để chẩn đoán.

Nội soi đại trực tràng là phương pháp thường được sử dụng, qua hình ảnh thấy được tính chất bề mặt, mức độ xâm lấn chu vi lòng trực tràng, đo được khoảng cách từ rìa hậu môn đến u. Nội soi còn có thể phát hiện những khối ung thư trực tràng cao, ung thư đại trực tràng ở nhiều vị trí, những khối ung thư nhỏ, mà thăm trực tràng không phát hiện được. Nội soi còn cho phép tiến hành một số thủ thuật như sinh thiết làm giải phẫu bệnh, cắt các khối ung thư nhỏ. Tuy nhiên nội soi không thể nhận định chính xác độ xâm lấn thành ruột cũng như không thể đánh giá tình trạng di căn hạch vùng [34], [40], [46], [54].

Chụp cắt lớp vi tính (CT scan) là một trong những phương pháp chẩn đoán chủ yếu để đánh giá giai đoạn ung thư trực tràng. Chụp cắt lớp vi tính cho phép đánh giá khá chính xác độ xâm lấn thành ruột của khối u và sự xâm lấn các cơ quan lân cận (tiền liệt tuyến, âm đạo, thành chậu...). Tuy nhiên, đối với những khối u có kích thước nhỏ hoặc ung thư giai đoạn sớm (T1-T2) thì hầu như rất khó phát hiện trên phim chụp cắt lớp vi tính [40], [66].

Chụp cộng hưởng từ (MRI) cũng là một phương tiện hứa hẹn trong đánh giá giai đoạn ung thư trực tràng. Nó cho phép đánh giá được độ xâm lấn thành ruột cũng như sự di căn hạch quanh trực tràng và vùng chậu. Tuy nhiên, độ chính xác trong đánh giá giai đoạn cũng chưa cao. Phương pháp chụp cộng hưởng từ với lõi từ đặt trong lòng trực tràng cho kết quả tương đương với siêu âm nội trực tràng với độ chính xác đánh giá giai đoạn T từ 66-92%, và đặc biệt là đánh giá sự xâm

lấn mạc treo trực tràng lên đến 100%. Mặt khác, chụp cộng hưởng từ với lõi từ trong lòng trực tràng có ưu thế hơn siêu âm nội trực tràng với những khối u ở cao và lòng trực tràng bị bóp hẹp. Tuy vậy, chụp cộng hưởng từ cũng còn là một phương tiện chẩn đoán đắt tiền và chưa phổ biến.

Siêu âm ổ bụng nhằm phát hiện các tổn thương di căn gan, đường mật, tụy hoặc thận, Finlay I.G và cs cho biết với các ổ di căn từ 2 cm trở lên, siêu âm có độ nhạy tương đương với CT Scan [34].

Siêu âm nội trực tràng có thể cho phép phân biệt các khối ung thư sớm từ giai đoạn Tis, T1 và T2. Độ nhạy của siêu âm nội trực tràng trong đánh giá độ xâm lấn của khối u vào tổ chức xung quanh đạt đến 88%, độ đặc hiệu là 99%, và độ chính xác đến 96,1% [48]. Siêu âm nội trực tràng đánh giá được sự di căn hạch vùng tiểu khung mà các phương pháp khác không thực hiện được, độ nhạy của siêu âm nội trực tràng trong chẩn đoán di căn hạch là 92%, độ đặc hiệu là 87,2%, độ chính xác đạt đến 89,5% [43]. Ngoài ra, siêu âm nội trực tràng còn đánh giá được sự toàn vẹn của cơ thắt [40], [51], [63], [70], [87]. Tuy nhiên, siêu âm nội trực tràng cũng có phần hạn chế như không khảo sát được các khối u sùi gây bóp hẹp lòng trực tràng, thường đánh giá dưới giai đoạn đối với các trường hợp đã được xạ trị trước, và độ chính xác còn phụ thuộc vào trình độ người làm siêu âm [48], [54].

Xét nghiệm tìm chất chỉ điểm (marker) ung thư trong ung thư đại trực tràng thông dụng nhất hiện nay là xét nghiệm CEA (Carcino-Embryonic-Antigen: Kháng nguyên ung thư bào thai). Năm 1965 Gold-Preedman tìm ra CEA. Chất này tồn tại trong huyết thanh của người bình thường với nồng độ thấp dưới 5ng/ml. Độ nhạy của CEA trong chẩn đoán ung thư đại trực tràng thấp, khoảng 7- 64% tùy giai đoạn bệnh. Ngày nay, CEA được ứng dụng chủ yếu là để đánh giá hiệu quả điều trị, bệnh điều trị có kết quả tốt thì CEA trong huyết thanh sẽ trở về bình thường trong khoảng 6 tuần

sau điều trị. Ứng dụng lớn nhất của CEA là để theo dõi tái phát, di căn sau điều trị. Bệnh nhân được xét nghiệm CEA định kỳ, tỷ lệ CEA tăng lên cao biểu hiện bệnh tái phát hoặc di căn [28]. Ngoài CEA, người ta cũng đang nghiên cứu các chất chỉ điểm ung thư khác như CA19.9, CA125...[55].

## 1.6. ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Điều trị ung thư trực tràng hiện nay là điều trị đa mô thức, bao gồm: phẫu thuật, xạ trị, hóa trị và các liệu pháp khác như miễn dịch, liệu pháp gen..., trong đó phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính.

### 1.6.1 Chỉ định điều trị

Chỉ định điều trị dựa trên vị trí u, đặc điểm khối u và đặc điểm bệnh nhân.

1/3 trên:

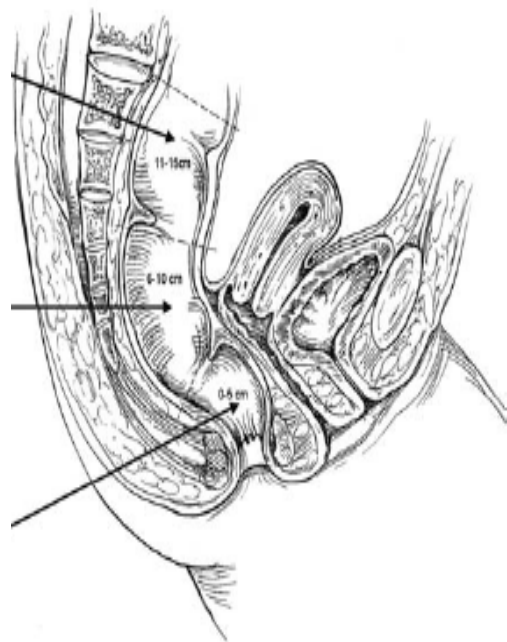
- Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng?
- Cắt trước thấp (LAR)
- LAR + Hóa- Xạ trị
- Xạ trị ngăn ngừa + LAR
- Hóa Xạ trị + LAR

1/3 giữa:

- T1N0: Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME)
- T2N0: Hóa xạ trị + TME
- T1/2,N0: LAR
- T3 hoặc N+: Hóa xạ trị + LAR
- T3 hoặc N+: xạ trị ngăn ngừa + LAR
- Phẫu thuật Miles: Bệnh nhân già, Cơ thắt yếu) ± Điều trị hỗ trợ

1/3 dưới:

- T1: Cắt tại chỗ (LE)
- T2: LE + Hóa xạ trị
- T3: Hóa Xạ trị + Phẫu thuật Pull-through hoặc Miles
- Xâm lấn cơ thắt: Phẫu thuật Miles



**Hình 1.10. Các chỉ định điều trị theo vị trí và giai đoạn u [67]**

### 1.6.2. Xạ trị

Xạ trị được chỉ định trong các trường hợp ung thư trực tràng trung gian và thấp, khi tổn thương chiếm trên 1/2 chu vi hoặc dính và xâm lấn tổ chức xung quanh. Xạ trị tiền phẫu chỉ định cho các trường hợp u lớn, ít di động để làm giảm thể tích khối u và tăng mức độ di động, tạo thuận lợi cho phẫu thuật và làm tăng tỷ lệ bảo tồn cơ tròn [87]. Theo dõi lâu dài của Tổ chức điều trị ung thư châu Âu (EORTC) thấy rằng xạ trị tiền phẫu làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ một cách có ý nghĩa. Xạ trị hậu phẫu chỉ định cho các khối u đã vượt qua lớp thanh mạc (T4). Xạ trị trong mổ chỉ định cho các khối u không cắt bỏ hết hoặc các khối u tái phát [15], [78], [103].

### 1.6.3. Hóa trị

Hóa chất hỗ trợ được chỉ định cho các ung thư trực tràng giai đoạn II (có các yếu tố nguy cơ), giai đoạn III, và hóa trị triệu chứng cho giai đoạn IV. Phác đồ hóa trị chuẩn là phác đồ phối hợp có nền tảng 5-Fluorouracil (5-FU) đã làm tăng một cách có ý nghĩa tỷ lệ sống thêm 5-năm. Các phác đồ đa hóa trị thường được áp dụng trong điều trị hỗ trợ ung thư trực tràng bao gồm: 5-FU+Leucovorin, FOLFIRI (Irinotecan, Leucovorin, 5-FU), FOLFOX (Oxaliplatin, Leucovorin, 5-FU), 5-FU+Levamisol. Một trong những hướng nghiên cứu mới hiện nay là hóa trị phối hợp với kháng thể đơn dòng, hóa trị phối hợp với xạ trị. Nghiên cứu cho thấy 5-FU (mà gần đây là tiền chất 5-FU là capecitabine) có tác dụng làm tăng tính nhạy cảm với xạ trị trong điều trị hỗ trợ trước hoặc sau mổ ung thư trực tràng [22], [33], [45], [72], [78].

### 1.6.4. Phẫu thuật

Phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng được chia làm hai nhóm chính: phẫu thuật triệt để bao gồm các phẫu thuật cắt bỏ cơ thắt và phẫu thuật bảo tồn cơ thắt. Phẫu thuật tạm thời thường là làm hậu môn nhân tạo, được chỉ định cho những trường hợp ung thư ở giai đoạn muộn không còn khả năng cắt bỏ hoặc có các biến chứng [14], [33], [65], [67], [102].

## **1.7. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TRIỆT ĐỂ UNG THƯ TRỰC TRÀNG**

### **1.7.1. Nguyên tắc phẫu thuật triệt để**

- Cắt bỏ toàn bộ phần trực tràng có khối u nguyên phát và tổ chức bao quanh, gồm: mạc treo trực tràng, hạch bạch huyết và tổ chức mỡ quanh trực tràng.

- Đảm bảo mặt cắt gần và xa không còn tế bào ung thư.

- Cố gắng tối đa phục hồi lưu thông ruột bằng con đường tự nhiên, nhưng không ảnh hưởng đến 2 nguyên tắc trên.

### **1.7.2. Các phương pháp phẫu thuật**

#### ***1.7.2.1. Phẫu thuật cắt trước***

Phẫu thuật cắt trước (AR: Anterior Resection) là từ viết gọn của phẫu thuật cắt trực tràng, kết tràng chậu hông qua đường bụng và thực hiện miệng nối đại - trực tràng. Thường dùng trong ung thư trực tràng ở phần cao và một số ở phần giữa; khi phẫu thuật cắt trực tràng được thực hiện ở dưới nếp phúc mạc thì gọi là phẫu thuật cắt trước thấp. Đây là phẫu thuật bảo tồn cơ thắt cơ bản nhất, chiếm trên 80% các trường hợp (M.Malafosse, 1987). Giới hạn phía trên cắt hết kết tràng sigma, phía dưới cách rìa khối u 2 cm. Bề rộng lấy hết toàn bộ mạc treo sát xương cùng, hai động mạch trực tràng giữa, một số ca phải cắt một phần bàng quang hoặc tử cung, phần phụ kèm theo nếu bị xâm lấn. Giải phóng mạc treo, hạ góc kết tràng trái, nối ruột tận tận hoặc tận bên cho kết quả lâu dài như nhau. Miệng nối có thể thực hiện bằng tay hoặc bằng máy nối. Đối với các miệng nối thấp, nối tay thường gặp khó khăn, đặc biệt ở những bệnh nhân khung chậu hẹp [71], [86], [101].

Thông thường không cần làm hậu môn nhân tạo. Nhưng khi có nhiễm bẩn tầng sinh môn hoặc ruột chuẩn bị chưa kỹ, miệng nối thiếu an toàn thì nên làm hậu môn nhân tạo ở kết tràng ngang, nơi dễ đưa phân ra ngoài, 75-90 ngày sau đóng lại [45], [71], [102].

### ***1.7.2.2. Phẫu thuật cắt đại trực tràng nối đại tràng với ống hậu môn***

Một số thuật ngữ dùng trong y văn cho phẫu thuật này như: “Intersphincteric resection: cắt xuyên cơ thắt”, “Pull- through procedure: phẫu thuật kéo tụt”, “Ultralow anterior resection: cắt trước cực thấp”, “Sphincter-saving resection: cắt bảo tồn cơ thắt”, “Ultralow coloanal anastomosis: miệng nối đại tràng ống hậu môn cực thấp”.

Về nguyên tắc, đây là phẫu thuật cắt đoạn trực tràng thấp phối hợp đường bụng và qua đường hậu môn, cắt một phần hay toàn bộ cơ thắt trong, bảo tồn cơ thắt ngoài; lấy toàn bộ mạc treo trực tràng và bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu; bệnh phẩm được kéo qua đường hậu môn; miệng nối đại tràng với ống hậu môn thực hiện bằng tay [64], [71], [90], [95], [96].

Trực tràng được phẫu tích rộng qua đường bụng đến tận cơ nâng hậu môn và cắt bỏ. Một banh tự động đặt ở ống hậu môn để trình diện đường cắt. Tiêm dung dịch Adrenalin loãng vào lớp dưới niêm mạc để bóc niêm mạc cho đến vùng dải lược hậu môn. Kết tràng đưa xuống hậu môn và nối với niêm mạc hậu môn ngay tại chỗ cơ thắt ngoài [68], [79], [111].

### ***1.7.2.3. Cắt cắt trực tràng qua đường bụng-tầng sinh môn -Phẫu thuật Miles***

Cắt cắt trực tràng qua đường bụng- tầng sinh môn (APR: Abdominoperineal Resection) là phẫu thuật kinh điển, cơ bản trong điều trị triệt để ung thư trực tràng. Mục đích phẫu thuật là lấy toàn bộ trực tràng có u và tổ chức xung quanh, bao gồm mạc treo, hạch, mỡ, cơ nâng hậu môn, cơ thắt hậu môn... và chuyển dòng phân ra hố chậu trái. Phẫu thuật Miles ra đời từ năm 1908 và là phương pháp phẫu thuật ung thư trực tràng duy nhất trong một thời gian dài, cho đến những năm 40 của thế kỷ trước, khi những phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn ra đời. Ngày nay, chỉ định phẫu thuật Miles thu hẹp dần, chỉ còn được áp dụng cho ung thư trực tràng đoạn thấp đã có xâm lấn cơ nâng hậu môn, cơ thắt hậu môn và những ung thư trực tràng đã có xâm

lấn rộng, u sát rìa hậu môn hoặc ung thư ống hậu môn. Đây là một phẫu thuật nặng nề, gây tàn phế, bệnh nhân phải mang hậu môn nhân tạo suốt đời. Tai biến chảy máu do tổn thương các mạch máu trước xương cùng xử lý khó khăn, hiệu quả cầm máu thấp, nguy cơ chảy máu tái phát và đe dọa tử vong [99], [105]. Tuy vậy, phẫu thuật Miles vẫn chiếm một vị trí quan trọng, không thể thiếu trong điều trị ung thư trực tràng và mang lại kết quả tốt nếu được chỉ định đúng, phẫu thuật triệt để và điều trị hỗ trợ bằng xạ trị, hóa trị đúng phác đồ. Điều trị ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật Miles nội soi có nhiều ưu điểm nổi trội như thời gian phẫu thuật ngắn, thời gian có nhu động trở lại sớm, tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ thấp [25], [32], [36], [93], [97].

### **1.7.3. Chỉ định phương pháp phẫu thuật triệt để**

**1.7.3.1. Đối với ung thư trực tràng thấp** (bờ dưới khối u cách rìa hậu môn dưới 6 cm)

Trước đây nhiều tác giả cho rằng, tất cả ung thư ở vị trí này không kể giai đoạn đều được chỉ định phẫu thuật cắt cụt trực tràng đường bụng tăng sinh môn (Abdominoperineal Resection-APR) hay phẫu thuật Miles [47]. Nhưng hiện nay, nhờ những tiến bộ trong chẩn đoán trước mổ như siêu âm nội soi, chụp vi tính cắt lớp cùng với hóa trị, xạ trị trước mổ và dụng cụ hỗ trợ phẫu thuật mà nhiều bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt nối đại tràng với trực tràng (AR) hoặc nối đại tràng với ống hậu môn (phẫu thuật pull through) đã mang lại kết quả tốt về mặt chức năng cũng như ung thư học [17], [19], [26], [30], [35], [39], [100], [103], [111].

Trong một nghiên cứu từ tháng 1/2006-12/2009 của Nguyễn Minh Hải, Võ Tấn Long tại bệnh viện Chợ Rẫy Tp HCM, 20 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, cực dưới khối u cách rìa hậu môn từ 3-5 cm, được chỉ định phẫu thuật cắt đoạn trực tràng thấp qua nội soi với miệng nối đại tràng - hậu môn có bảo tồn cơ thắt. Kết quả xét nghiệm vi thể đường cắt dưới u không có tế



bào ung thư ở tất cả các trường hợp. Theo dõi sau mổ từ 1 đến 3 tháng cho thấy bệnh nhân có đại tiện phân nhỏ 5-6 lần/ngày trong vòng 6 tháng đầu, sau đó giảm dần còn 2-3 lần trong những tháng tiếp theo. Kết quả theo dõi 3 năm cho thấy chỉ có 1 bệnh nhân di căn gan và phổi, các bệnh nhân còn lại vẫn ổn định về mặt ung thư [26].

Nguyễn Văn Hiếu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bệnh nhân ung thư trực tràng từ năm 2000-2003 tại Bệnh viện K Hà Nội [35], trong số 160 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, có đến 37/160 (30%) trường hợp ung thư trực tràng thấp, vị trí u cách rìa hậu môn từ 1-5cm, các phương pháp được sử dụng: cắt trước 13 (35,1%), nối đại tràng ống hậu môn 22 (59,5%), lấy u qua hậu môn 2 (5,4%).

Một nghiên cứu của Triệu Triều Dương (Bệnh viện Trung ương Quân đội 108) về khả năng bảo tồn cơ thắt hậu môn điều trị ung thư trực tràng bằng kỹ thuật mổ nội soi, trong nhóm ung thư trực tràng thấp (vị trí khối u cách rìa hậu môn < 6cm) có 12/19 bệnh nhân (62%) được thực hiện bảo tồn cơ thắt, sau phẫu thuật kiểm tra tại mép cắt từ hai đầu trung tâm và ngoại vi cho kết quả 100% không còn tế bào ung thư [19]. Trong một nghiên cứu khác gồm 24 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, vị trí u cách rìa hậu môn từ 4 -7 cm, tất cả đều được tiến hành phẫu thuật triệt căn và bảo tồn cơ thắt, đối với những khối u cách rìa hậu môn 4 cm được cắt dưới u tối thiểu là 2 cm, những khối u cách rìa hậu môn >4 cm được cắt cao hơn; miệng nối được thực hiện khâu nối đại tràng xuống hoặc đại tràng sigma với phần trực tràng còn lại bằng máy khâu nối; tất cả các mép cắt đều được làm xét nghiệm mô học và cho thấy không có tế bào ung thư [20]. Tổng hợp các nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 cho thấy, đối với ung thư trực tràng thấp có thể chỉ định bảo tồn cơ thắt cho khối u cách rìa hậu môn từ 3 cm trở lên, tỷ lệ bảo tồn cơ thắt tăng theo tương ứng với khoảng cách u đến rìa hậu môn: ở vị trí cách 3 cm tỷ lệ bảo tồn cơ thắt 25%, cách 4 cm đạt

tỷ lệ 33,3%, cách 5 cm đạt đến 50%, cách 6 cm đạt 75%, khi vị trí u cách rìa hậu môn 7 cm thì tỷ lệ bảo tồn cơ thắt là 100% [17], [18], [19], [20], [21].

Tóm lại, chỉ định phẫu thuật cho ung thư trực tràng thấp chủ yếu vẫn là phẫu thuật Miles. Tuy nhiên, chỉ định phẫu thuật Miles ngày càng bị thu hẹp thay vào đó là chỉ định cho các phẫu thuật bảo tồn cơ thắt.

**1.7.3.2. Đối với ung thư trực tràng cao** (bờ dưới khối u cách rìa hậu môn trên 10 cm)

Chỉ định cắt trước (Anterior Resection) cho tất cả các giai đoạn [67], [105]. Với những khối u còn khu trú ở thành trực tràng, tiến hành cắt đoạn đại trực tràng, vét hạch, cắt một phần hoặc toàn bộ mạc treo trực tràng, miệng nối đại tràng-trực tràng ở phía trên nếp phúc mạc. Với những khối u có xâm lấn tại chỗ, sự lựa chọn phương pháp phẫu thuật tùy theo từng phẫu thuật viên, cắt trước hoặc cắt trước thấp, nhưng bắt buộc phải cắt toàn bộ mạc treo trực tràng.

**1.7.3.3. Đối với ung thư trực tràng đoạn giữa** (khối u cách rìa hậu môn 6-10 cm)

Chỉ định cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt (phẫu thuật cắt trước và cắt trước cực thấp) hay phá hủy cơ thắt (phẫu thuật Miles) vẫn đang là vấn đề còn tranh luận.

*Trên thế giới:*

Phẫu thuật Miles là lựa chọn duy nhất với UT TT đoạn giữa trong một thời gian rất dài, kể từ trước thế chiến thứ 2. Tuy nhiên, phẫu thuật này thực sự là nỗi lo sợ cho người bệnh khi họ phải mang HMNT và bản thân phẫu thuật cũng rất nặng nề khi phải cắt bỏ toàn bộ hậu môn và cơ thắt cùng tổ chức mỡ quanh hậu môn.

Xu hướng trên thế giới hiện nay là phẫu thuật nhằm bảo tồn cơ thắt hậu môn, cải thiện chất lượng cuộc sống sau mổ. Với những tiến bộ về chẩn đoán và đặc biệt là tiến bộ về kỹ thuật mổ, chỉ định phẫu thuật bảo tồn cơ thắt điều trị UTTT đoạn giữa ngày càng được mở rộng [37], [38], [39].

*Ở Việt Nam:*

Trước đây, khi chọn lựa phương pháp phẫu thuật UTTT thường áp dụng quy luật đầu ngón tay. Chỉ định cắt cắt trực tràng đường bụng - tầng sinh môn kiểu Miles với u thâm trực tràng sờ thấy được, lý do là tái phát cao sau mổ cắt nối. Với u không sờ chạm tới sẽ được áp dụng các kỹ thuật bảo tồn cơ thắt [39].

## **1.8. ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI**

### **1.8.1. Trên thế giới**

Năm 1987 Philippe Mouret ở Lyon-Pháp thực hiện phẫu thuật cắt túi mật qua nội soi ổ bụng lần đầu tiên trên thế giới, đó được coi là mốc khai sinh ra ngành phẫu thuật nội soi hiện đại. Từ đó phẫu thuật nội soi được triển khai và phổ biến nhanh chóng ở nhiều nước châu Âu, Mỹ và trên thế giới [4], [24].

Từ những năm đầu của thập kỷ 1990 trở đi, phẫu thuật nội soi đã chính thức được các nhà ngoại khoa tổng quát chấp nhận trong phạm vi nhiều nước trên thế giới và được thực hiện trên hầu hết các hệ cơ quan của con người. Kỹ thuật này đã được ứng dụng thành công trong điều trị nhiều bệnh lý khác nhau trong đó có bệnh lý đại trực tràng.

Ngay sau khi phẫu thuật nội soi được ứng dụng rộng rãi, các nhà phẫu thuật nội soi tiếp tục nghiên cứu kỹ thuật phẫu thuật nội soi một lỗ (Single Incision Laparoscopic Surgery – SILS, Single Port Access- SPA) và kỹ thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng lấy bệnh phẩm qua đường tự nhiên (Hybrid NOTES), các báo cáo cho kết quả khả quan và là hướng đi mới cho ngành phẫu thuật nội soi [27], [31], [107].

### 1.8.2. Tại Việt Nam

Ở Việt Nam phẫu thuật nội soi áp dụng cho điều trị ung thư đại trực tràng bắt đầu từ năm 2000, được thực hiện tại một số bệnh viện ở Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh và Huế.

Từ tháng 01/2000-6/2007 tại Bệnh viện Trung ương Huế, Phạm Như Hiệp và cộng sự đã áp dụng phẫu thuật nội soi điều trị cho 37 bệnh nhân bị ung thư trực tràng. Trong đó có 13 trường hợp (35,1%) được cắt đoạn trực tràng và tái lập lưu thông tiêu hoá trong phúc mạc, 6 trường hợp (12,6%) được thực hiện cắt trực tràng miệng nối pull-through không có mở bụng nhỏ, 18 trường hợp (48,6%) được cắt cụt trực tràng (phẫu thuật Miles), 1 trường hợp (2,7%) cắt toàn bộ đại trực tràng. Tất cả đều thực hiện thành công, không có ca nào phải chuyển mổ mở, tỉ lệ tai biến và biến chứng nặng trong và sau mổ thấp, kết quả sớm sau mổ là khả quan [29].

Theo Nguyễn Hoàng Bắc và cộng sự, từ tháng 10/2002-10/2003 thực hiện 73 trường hợp cắt đại trực tràng nội soi tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. Thực hiện thành công 71 trường hợp, 2 trường hợp chuyển mổ mở do khối u lớn. Trong 71 trường hợp mổ nội soi thành công, có 16 (22,5%) trường hợp cắt đại tràng phải, 6 trường hợp (8,5%) cắt đại tràng trái, 10 trường hợp (14,1%) cắt đại tràng chậu hông, 1 trường hợp (1,4%) cắt toàn bộ đại tràng, 22 trường hợp (31%) cắt đoạn đại - trực tràng, 16 trường hợp (22,5%) phẫu thuật Miles. Thời gian nằm viện trung bình 8,4 ngày, không có tử vong, một trường hợp rò miệng nối. Cũng trong một báo cáo của nhóm nghiên cứu này, việc thực hiện phẫu thuật nội soi để cắt toàn bộ mạc treo trực tràng và bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu để điều trị ung thư trực tràng thấp tỏ ra có nhiều ưu điểm và dễ thực hiện hơn so với phẫu thuật mở [5], [7], [8].

Bùi Chí Viêt và cộng sự (2010) đã đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý đại trực tràng tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ

Chí Minh. Qua tổng kết 58 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý đại trực tràng tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh cho thấy phẫu thuật nội soi được thực hiện tốt, với các tỷ lệ tử vong (1,7%), tỷ lệ rò miệng nối (6,9%) không khác biệt so với phẫu thuật mở. Các biến chứng khác không đáng kể [62].

Triệu Triệu Dương (2008) nghiên cứu kết quả phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Nghiên cứu được tiến hành trên 37 bệnh nhân. Kết quả cho thấy phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng an toàn và hiệu quả, tai biến ít, thời gian hồi phục sau mổ nhanh. 1 bệnh nhân (2,7%) phải chuyển phẫu thuật mở, 1 bệnh nhân (2,7%) rò miệng nối, 3 bệnh nhân (8,1%) nhiễm trùng vết mổ và không có tử vong. Kỹ thuật mổ nội soi điều trị ung thư trực tràng giữa và cao thuận lợi, khả năng bảo tồn cơ thắt đạt 100% nhưng phức tạp về phương diện kỹ thuật và thiết bị với ung thư trực tràng thấp đó là khả năng bảo tồn cơ thắt hậu môn: 12/19 bệnh nhân (63,16%), phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, vị trí và kích thước khối u so với rìa hậu môn [20].

### **1.8.3. Y học chứng cứ trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng**

Mặc dù ca phẫu thuật cắt đoạn đại tràng sigma qua nội soi ổ bụng lần đầu tiên được thực hiện thành công bởi Jacobs và cộng sự năm 1991, nhưng trong thời gian sau đó, một số báo cáo về di căn ở các lỗ trocar ở những bệnh nhân ung thư đại tràng cũng như các ung thư khác đã làm dấy lên nỗi lo ngại của các phẫu thuật viên.

Để giải quyết vấn đề này, nhiều nghiên cứu tiến cứu đối chứng thuộc bằng chứng y học nhóm I đã được đồng thời tiến hành ở cả châu Âu và Bắc Mỹ [92], [97], [18], [109]. Các nghiên cứu đều tập trung vào đánh giá sự an toàn về mặt ung thư học của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại

tràng. Các dữ liệu về thời gian sống thêm từ nghiên cứu Barcelona và nghiên cứu COST (Clinical Outcome of Surgical Therapy) đã được công bố lần lượt vào năm 2002 và 2004. Tuy nhiên, do số lượng bệnh nhân còn chưa nhiều khiến cho khoảng tin cậy của các nghiên cứu này còn quá rộng để có thể đưa ra các khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở trong điều trị ung thư đại tràng. Mặc khác, những nghiên cứu có số lượng bệnh nhân lớn hơn với thời gian theo dõi dài hơn như COLOR (Colon Cancer Laparoscopic or Open Resection) hay CLASSIC (Conventional vs Laparoscopic-Assisted Surgery in patients with Colorectal Cancer) vẫn chưa được công bố rộng rãi.

Trong một nghiên cứu thứ phát của Phạm Anh Vũ [29], [30], [63], về khả năng ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng dựa trên các nghiên cứu nguyên thủy, tác giả đã lựa chọn 4 công trình nghiên cứu tiến cứu có nhóm chứng so sánh hai phương pháp phẫu thuật nội soi và phẫu thuật hở truyền thống trong điều trị ung thư đại tràng, đó là các nghiên cứu Barcelona, COST, COLOR và CLASSIC. Trong nghiên cứu này, tác giả đã đi sâu đánh giá phương pháp nghiên cứu, độ chính xác, tin cậy của các kết quả của các công trình nghiên cứu đã được lựa chọn và đã đưa ra kết luận về khả năng ứng dụng của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng.

**Nghiên cứu Barcelona (11/1993 đến 07/1998):** bao gồm những bệnh nhân ung thư đại tràng cách rìa hậu môn tối thiểu 15 cm. Các tiêu chuẩn loại trừ bao gồm tiền sử phẫu thuật đại tràng trước đó, di căn xa, tắc ruột, xâm lấn tạng lân cận. Nghiên cứu được thực hiện ở một trung tâm và bệnh nhân được phẫu thuật bởi cùng một nhóm phẫu thuật viên. Nghiên cứu gồm 208 bệnh nhân phẫu thuật nội soi và 219 bệnh nhân phẫu thuật mở.

**Nghiên cứu COST (08/1994 đến 08/2001):** nghiên cứu bao gồm 872 bệnh nhân được phẫu thuật mở truyền thống và 863 bệnh nhân được phẫu

thuật nội soi ở 48 trung tâm y khoa của Bắc Mỹ. Bệnh nhân được chia hai nhóm bệnh và chứng ngẫu nhiên và mù đôi. Các tiêu chuẩn loại trừ bao gồm những bệnh nhân có thai, những bệnh nhân có di căn xa hay xâm lấn tạng lân cận, những bệnh nhân bị bệnh ruột viêm hay đa polyp gia đình, những bệnh nhân có biến chứng tắc ruột hay thủng.

**Nghiên cứu COLOR (03/1997 đến 03/2003):** Ở thời điểm kết thúc nghiên cứu, có tất cả 1248 bệnh nhân tham gia nghiên cứu và được chia thành hai nhóm ngẫu nhiên, mù đôi. Nghiên cứu được thực hiện ở 29 trung tâm y khoa của Tây Âu.

**Nghiên cứu CLASSIC (07/1998 đến 07/2002):** Nghiên cứu bao gồm 794 bệnh nhân, với các tiêu chuẩn loại trừ tương tự như trên.

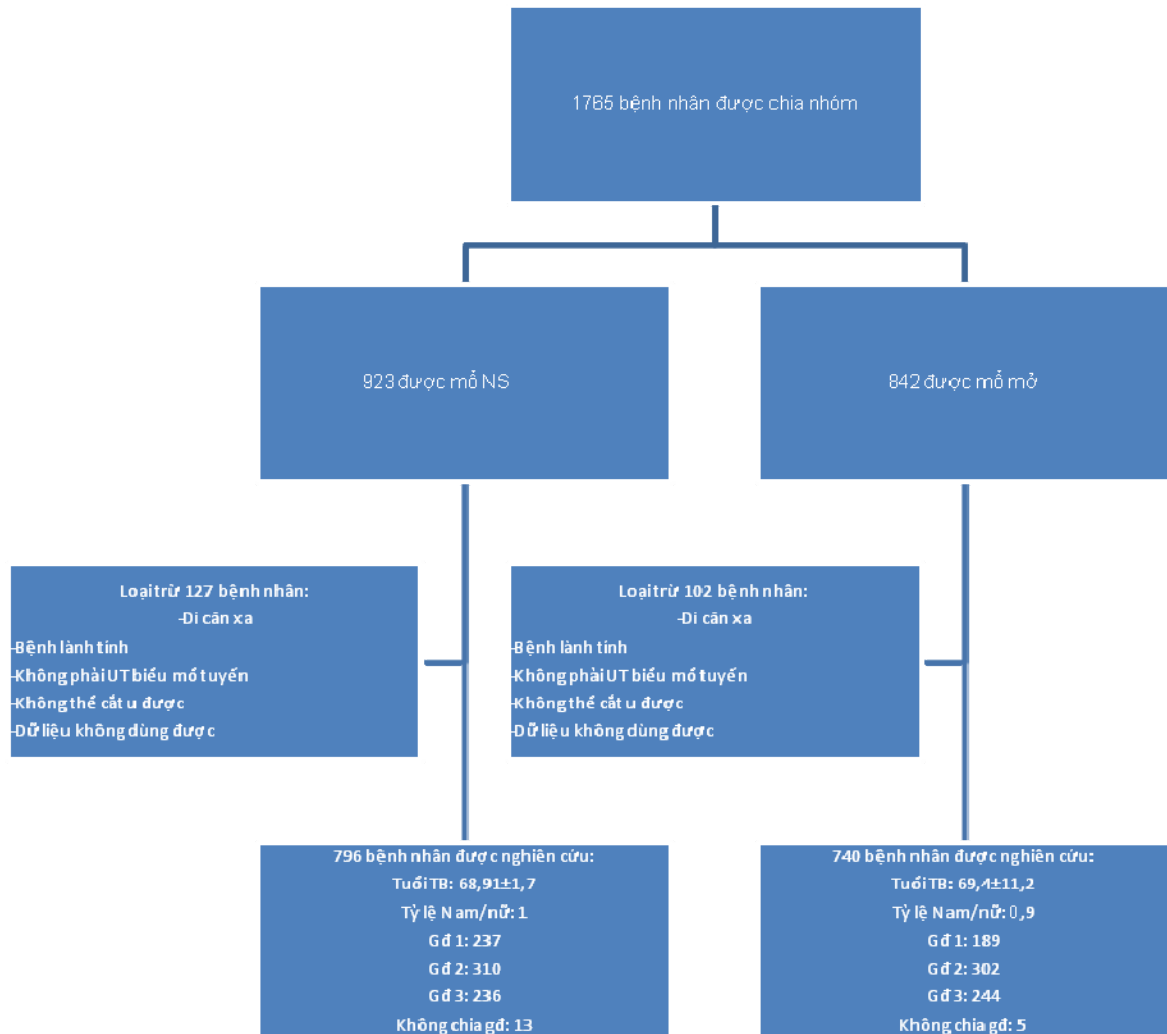
Tỷ lệ sống thêm toàn bộ và tỷ lệ sống thêm không ung thư trong suốt 3 năm đầu tiên được đánh giá và so sánh giữa 2 nhóm, phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở. Sau 3 năm theo dõi và đánh giá, nghiên cứu được chấm dứt.

Dữ liệu được thu thập bao gồm: tuổi, giới, giai đoạn ung thư, tỷ lệ biến chứng, thời gian nằm viện, tỷ lệ tử vong trong 30 ngày sau mổ, bờ an toàn về mặt ung thư học, di căn hạch, thời gian theo dõi. Giai đoạn ung thư được phân theo tiêu chuẩn của Hội đồng ung thư quốc gia Hoa kỳ và Hiệp hội chống ung thư thế giới.

Tỷ lệ sống thêm lành bệnh và tỷ lệ sống thêm toàn bộ được đánh giá bằng cách sử dụng phương pháp Kaplan-Meier. So sánh sự khác biệt và ý nghĩa của từng biến giữa các nghiên cứu cũng như phân tích đa biến về kết quả điều trị được thực hiện với các thuật toán thống kê thông thường. Mọi giá trị P đều hai chiều và được xem là có ý nghĩa thống kê khi  $< 0.05$ .

Kết quả có bệnh nhân được chia nhóm trước tháng 3 năm 2000 là 1765 bệnh nhân. Trong đó, 229 bệnh nhân chiếm 13% bị loại khỏi nghiên cứu do đã có di căn khi phẫu thuật hay được phẫu thuật do bệnh lý lành tính và chia

đều cho cả hai nhóm phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở. Dữ liệu thu thập được từ 1536 bệnh nhân còn lại được sử dụng để phân tích, với 796 bệnh nhân phẫu thuật nội soi và 740 bệnh nhân phẫu thuật mở.



**Hình 1.11. Đặc điểm chung của bệnh nhân**

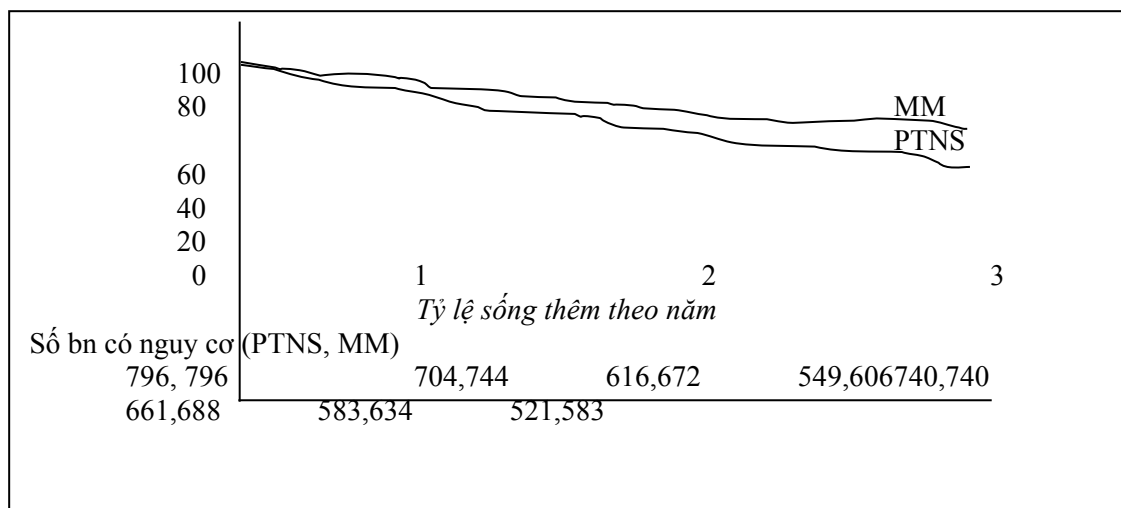
Phân tích tỷ lệ sống thêm lành bệnh và tỷ lệ sống thêm chung giữa hai nhóm phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở là không khác biệt với p lần lượt là 0,83 và 0,56 (hình 1.12). Tỷ lệ sống lành bệnh sau 3 năm của hai nhóm phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở lần lượt là 75,8% và 75,3%. Phân tích hồi quy tỷ lệ sống thêm lành bệnh và tỷ lệ sống thêm chung cho từng nghiên cứu trong 4 nghiên cứu trên và theo tuổi, giới, giai đoạn ung thư, đều cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (bảng 1.3 và bảng 1.4).



Sự thay đổi phương pháp điều trị cũng không ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến kéo dài thời gian sống thêm lành bệnh ( $p=0,38$ ) hay thời gian sống thêm chung ( $p=0,35$ ) giữa hai nhóm.

**Bảng 1.3. Phân tích đa biến về tỷ lệ sống thêm lành bệnh (theo các yếu tố khác nhau)**

Yếu tố	Tỷ lệ hòa hợp (độ tin cậy 95%)	Giá trị $P$
Phương pháp	0,99	0,92
Gđ 2 >< gđ 1	2,10	<0,001
Gđ 3 >< gđ 1	3,81	<0,001
Nam >< Nữ	0,81	0,04
Tuổi >70 vs tuổi $\leq 70$	1,27	0,03



**Hình 1.12. Tỷ lệ sống thêm lành bệnh và tỷ lệ sống thêm chung theo nhóm phẫu thuật nội soi hay phẫu thuật mở**

**Bảng 1.4. Phân tích đa biến về tỷ lệ sống thêm chung  
(theo các yếu tố khác nhau)**

<b>Yếu tố</b>	<b>Tỷ lệ hòa hợp (độ tin cậy 95%)</b>	<b>Giá trị <i>P</i></b>
Phương pháp	1,07	0,61
Gđ 2 >< gđ 1	1,89	<0,001
Gđ 3 >< gđ 1	2,88	<0,001
Nam >< Nữ	0,72	0,009
Tuổi >70 vs tuổi ≤70	1,81	<0,001

Ung thư tái phát gặp ở 234 bệnh nhân, bao gồm 121 bệnh nhân phẫu thuật mở và 113 bệnh nhân phẫu thuật nội soi. Trong số 121 tái phát bệnh nhân phẫu thuật mở, 40 tái phát tại chỗ, 73 di căn xa và 8 phối hợp, tương ứng với các số liệu ở nhóm phẫu thuật nội soi (PTNS) là 29, 74 và 10. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa với  $p=0,43$  (phép kiểm định khi bình phương).

Cũng tương tự như vậy, sự khác biệt về tỷ lệ sống thêm lành bệnh và sống thêm chung ở hai nhóm PTNS và phẫu thuật mở cũng không có ý nghĩa khi so sánh theo từng giai đoạn bệnh, theo thứ tự cho giai đoạn 1, 2 và 3 là  $p=0,92$ ,  $p=0,44$  và  $p=0,53$ .

Phân tích này với 4 thử nghiệm lâm sàng lớn cho thấy với tổng số bệnh nhân trên 1500 và với thời gian theo dõi đủ lâu, kết quả cho phép đưa ra một số kết luận rõ ràng về tính an toàn của PTNS so với phẫu thuật mở truyền thống trong phẫu thuật cắt đại tràng điều trị bệnh nhân ung thư đại tràng. Theo dữ liệu có được, 4 thử nghiệm này bao gồm kết quả và số liệu của 48 trung tâm ở Bắc Mỹ và 44 trung tâm ở châu Âu. Khoảng tin cậy về sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi về thời gian sống thêm lành bệnh và thời gian sống thêm chung là rất nhỏ, cho phép kết luận cuối cùng là phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng là an toàn về mặt ung thư học trong điều trị ung thư đại trực tràng.

## **Chương 2**

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

#### **2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU**

Gồm 146 bệnh nhân nhập viện tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 4/2007 đến 3/2013 được chẩn đoán xác định ung thư trực tràng và được điều trị cắt đại - trực tràng kèm theo u bằng phương pháp phẫu thuật nội soi ổ phúc mạc.

##### **2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh**

- Bệnh nhân có chẩn đoán xác định ung thư trực tràng nguyên phát.
- Có chỉ định phẫu thuật nội soi.
- Khối u (T) ở giai đoạn bất kỳ.
- Riêng đối với bệnh nhân giai đoạn IV hoặc T4 thì được điều trị hóa xạ hỗ trợ trước mổ.

##### **2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Loại trừ những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng tái phát.
- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật bụng dưới do các ung thư phụ khoa.
- Các bệnh nhân không chỉ định phẫu thuật nội soi.

#### **2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu mô tả, tiền cứu có can thiệp, theo dõi dọc và không so sánh.

##### **2.2.1. Nghiên cứu đặc điểm chung**

- Tuổi: chia đối tượng nghiên cứu theo 5 nhóm tuổi:
  - +  $\leq 20$  tuổi
  - + Từ 21-40 tuổi
  - + Từ 41-60 tuổi
  - + Từ 61-80 tuổi
  - +  $> 80$  tuổi

- Giới: nam, nữ.
- Cân nặng: tính bằng kg
- Chỉ số khối cơ thể (BMI): theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO) [113], được phân thành 4 mức độ, đối với người lớn người lớn:
  - + BMI < 18,5: thiếu cân (gầy)
  - + BMI từ: 18,5 – 24,9: bình thường
  - + BMI từ: 25 – 29,9: thừa cân (béo)
  - + BMI  $\geq$  30: béo phì
- Tình trạng toàn thân: Sử dụng bảng xếp loại sức khỏe của bệnh nhân theo tiêu chuẩn ASA (American Society of Anesthesiologists)
  - + ASA
    - 1 điểm: Tình trạng sức khỏe bệnh nhân bình thường
    - 2 điểm: Bệnh nhân có tình trạng bệnh toàn thân nhẹ
    - 3 điểm: Tình trạng bệnh toàn thân nặng
    - 4 điểm: Tình trạng bệnh toàn thân không còn sức chống đỡ và đe dọa tử vong
    - 5 điểm: Tình trạng bệnh toàn thân đe dọa tử vong trong vòng 24 giờ
  - + Tình trạng thiếu máu

## 2.2.2. Nghiên cứu chỉ định và một số đặc điểm kỹ thuật của các phương pháp phẫu thuật nội soi:

### 2.2.2.1. Các đặc điểm lâm sàng

- **Thời gian mắc bệnh:** thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi được chẩn đoán, được chia ra:
  - + Từ 0- < 3 tháng
  - + Từ 3- 6 tháng.
  - + Từ 7- 12 tháng.
  - + Trên 12 tháng.

**- Triệu chứng cơ năng:**

- + Đại tiện phân nhầy máu
- + Đau bụng
- + Táo bón
- + Phân lỏng
- + Thay đổi thói quen đại tiện
- + Thay đổi khuôn phân.
- + Gầy, sút cân

**- Triệu chứng thực thể:**

- + **Nhìn bụng:** đánh giá bụng bình thường hay bụng chướng.
- + **Khám bụng:** để phát hiện khối u vùng hạ vị; kích thước u; có di

căn các cơ quan hay không.

- + **Thăm trực tràng:** sờ thấy u hay không

Nếu sờ thấy u khi thăm trực tràng, mô tả:

- Khoảng cách u đến rìa hậu môn:
  - + Cách rìa hậu môn <5cm (cực thấp)
  - + Cách rìa hậu môn 5-<6cm (thấp)
  - + Cách rìa hậu môn 6-<10cm (giữa hay trung gian)
- Kích thước u so với chu vi trực tràng:
  - + <1/4 chu vi.
  - + 1/4- <1/2 chu vi.
  - + 1/2- <3/4 chu vi.
  - + Từ 3/4 chu vi trở lên.
- Tính chất di động của u:
  - + Di động.
  - + Ít di động.
  - + Cố định.

#### **2.2.2.2. Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng**

##### **- Các xét nghiệm huyết học và sinh hóa bao gồm:**

- + Nhóm máu: nhóm máu O, A, B và AB.
- + CTM, hồng cầu, hematocrit.
- + Sinh hoá máu: protein, CEA, CA19-9.

##### **- Siêu âm bụng:** đánh giá những đặc điểm sau đây

- + Dày thành trực tràng, mất cấu trúc lớp trực tràng, xâm lấn tạng xung quanh trực tràng (ghi rõ tạng)
- + Dịch ổ phúc mạc
- + Ú nước thận, giãn niệu quản
- + Di căn phúc mạc, di căn hạch ổ bụng, di căn các tạng trong ổ bụng

##### **- Xquang phổi:** đánh giá

- + Bệnh lý phổi trên Xquang phổi thẳng
- + Di căn phổi.

##### **- Chụp cắt lớp vi tính:** Bằng máy CT 64 lát cắt, theo mặt phẳng Axial, tái tạo mặt phẳng Coronal và Saggital, đánh giá:

- + Khoảng cách khối u với rìa hậu môn
- + Xâm lấn tổ chức xung quanh.
- + Hạch vùng, hạch di căn.
- + Ú nước thận, giãn niệu quản
- + Di căn phúc mạc
- + Gan

**- Nội soi đại trực tràng:**

Nội soi toàn bộ khung đại tràng và trực tràng

- + Vị trí của khối u: được tính từ bờ dưới u đến rìa hậu môn (cm).
- + Hình dạng đại thể u: dạng sùi, dạng loét và dạng thâm nhiễm.
- + Mức độ xâm lấn chu vi lòng trực tràng: Chiếm 1/4, 2/4, 3/4 và 4/4.
- + Số lượng u
- + U ở đại tràng kèm theo
- + Tình trạng đa polyp kèm theo
- + Sinh thiết làm xét nghiệm mô học: Sinh thiết khối u tại 3 vị trí: trung tâm khối u, bờ khối u và chân khối u.

- **Giải phẫu bệnh lý:** Xét nghiệm mô bệnh học, mẫu bệnh phẩm gồm: Mẫu bệnh phẩm lấy khi sinh thiết khối u qua nội soi trực tràng, bệnh phẩm sau mổ. Xác định:

+ Loại tế bào:

- Ung thư biểu mô tuyến.
- Ung thư biểu mô vảy.
- Sarcome.
- U hắc tố ác tính...

+ Độ biệt hóa:

- Biệt hóa tốt
- Biệt hóa vừa
- Biệt hóa kém

- **Phân chia giai đoạn bệnh sau mổ:** theo TNM của Tổ chức phòng chống ung thư thế giới (UICC).

**Bảng 2.1. Xếp giai đoạn TNM của UICC (2002)**

<b>Giai đoạn</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
0	Tis	N0	M0
I	T1-T2	N0	M0
II	T3-T4	N0	M0
III	T bất kỳ	N1, N2, N3	M0
IV	T bất kỳ	N bất kỳ	M1

#### **2.2.2.3. Nghiên cứu áp dụng chỉ định phương pháp phẫu thuật nội soi**

Chỉ định dựa vào khoảng cách từ bờ dưới u đến rìa hậu môn, tình trạng xâm lấn tại chỗ của u đối với các cơ quan lân cận và cơ vòng hậu môn và tình trạng thực tế trong lúc mổ [67], [106].

- **Cắt đoạn đại trực tràng hay còn gọi là cắt trước (Anterior Resection - AR):** được chỉ định cho những trường hợp u trực tràng cao, cách rìa hậu môn trên 10 cm

- **Cắt trước thấp (Low Anterior Resection–LAR):** được chỉ định cho các trường hợp u trực tràng trung gian, cách rìa hậu môn từ 6-<10cm.

Các khối u T1, các khối u giai đoạn II (T3 - không di căn hạch quanh trực tràng), giai đoạn III (T1, T2, T3 có di căn hạch).

- **Cắt trực tràng nối đại tràng với ống hậu môn bảo tồn cơ thắt hậu môn (Phẫu thuật pull- through):** được chỉ định cho trường hợp u đoạn trực tràng thấp, cách rìa hậu môn 5 đến 6 cm, giai đoạn T1 - 3, và chưa có bằng chứng xâm lấn cơ thắt hậu môn.



- **Cắt cắt trực tràng hậu môn đường bụng tăng sinh môn (Phẫu thuật Miles):** được chỉ định cho những bệnh nhân có khối u cách rìa hậu môn <5cm, hoặc u cách hậu môn 5 đến 6 cm nhưng xâm lấn cơ thắt hậu môn.

#### **2.2.2.4. Nghiên cứu quy trình phẫu thuật nội soi.**

##### **Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ**

- Chuẩn bị trong phẫu thuật đại trực tràng thường quy: 3 ngày đầu cho bệnh nhân chế độ ăn lỏng, uống nước đường. Cho bệnh nhân uống 2 gói Fortrans 1g, ngày trước mổ. Thụt tháo bệnh nhân 2 lần, lần thứ nhất chiều tối ngày trước mổ, và lần thứ hai sáng sớm trước khi chuyển mổ 3- 4 giờ.

- Kháng sinh toàn thân trước mổ dạng kháng sinh dự phòng với kháng sinh đường tĩnh mạch loại cefalosporine thế hệ III.

##### **Trang thiết bị**

Hệ thống dàn phẫu thuật nội soi của hãng Storz gồm:

- Thiết bị hình ảnh: hệ thống camera telecam với tiêu cự 25 đến 50mm, màn hình 21inch, ống kính quang học Hopkin, nguồn sáng lạnh Xenon 300 W, ánh sáng được truyền qua cáp quang cỡ 4,8 mm nối trực tiếp với ống soi.

- Máy bơm CO2 tự động

- Dao điện nội soi

- Dao siêu âm, dao hàn mạch nội soi

- Các dụng cụ phẫu thuật nội soi thẳng kinh điển:

+ 2 troca 10 mm

+ 2 troca 5 mm

+ Kèm phẫu tích.

- + Kéo.
- + Kẹp kẹp ruột.
- + Clip.
- + Hemolock.
- + Hook.
- + Hệ thống bơm rửa nước và hút.



**Hình 2.1. Hệ thống phẫu thuật nội soi**

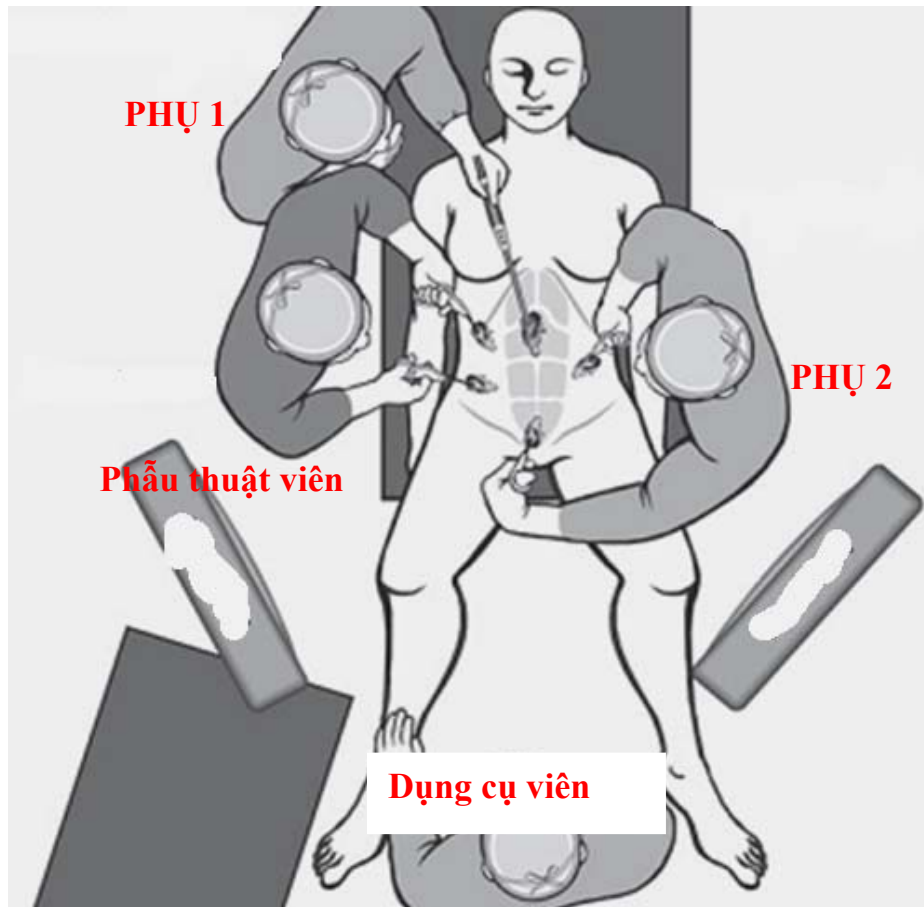


**Hình 2.2. Một số dụng cụ phẫu thuật nội soi**

**Quy trình kỹ thuật phẫu thuật nội soi:**

- **Phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng (kiểu cắt trước – AR, và cắt trước thấp LAR)**

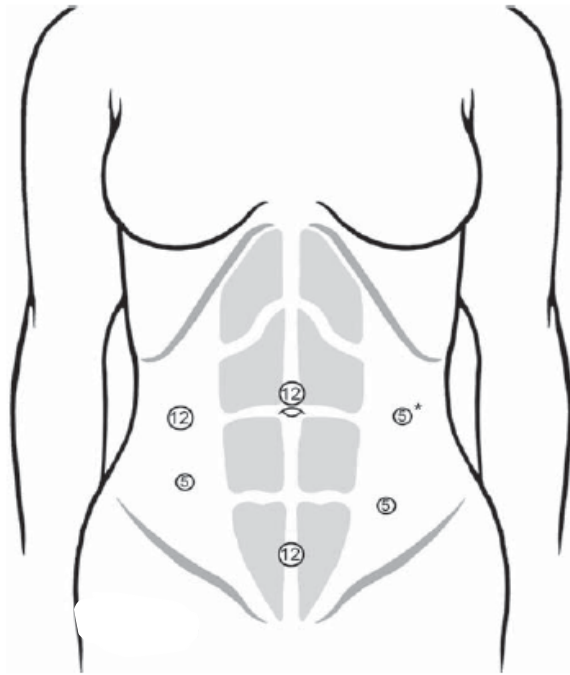
Bệnh nhân được đặt tư thế sản khoa, chân phải thấp hơn chân trái, đầu thấp 20 độ và nghiêng phải 15 độ. Phẫu thuật viên đứng ở bên phải, người phụ 1 đứng ở cùng phía với phẫu thuật viên, người phụ 2 đứng đối diện với phẫu thuật viên (Hình 2.3).



**Hình 2.3. Tư thế bệnh nhân và vị trí ê kíp phẫu thuật**

Vị trí đặt trocar: Trocar 10 mm đặt ở trên hoặc dưới rốn, sau khi đặt trocar này thì bơm hơi vào ổ phúc mạc và tiếp tục đặt các trocar còn lại. Một trocar 5mm được đặt ở hố chậu trái, một trocar 10 -12 mm đặt hố chậu phải cách gai chậu trước trên khoảng 2 - 3 cm và cuối cùng đặt một trocar 5 mm ở bờ ngoài cơ thẳng bụng bên phải, cách trocar 10 mm khoảng 10 cm.

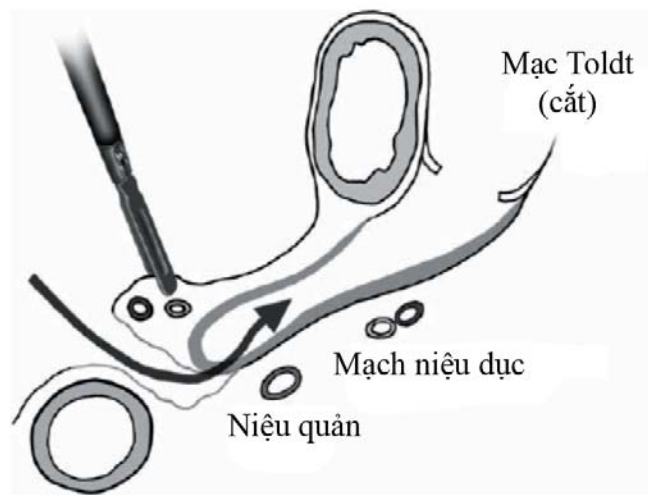
Số lượng trocar còn phụ thuộc vào khả năng phẫu tích của phẫu thuật viên và độ khó của từng bệnh nhân cụ thể.



**Hình 2.4. Vị trí đặt trocar**

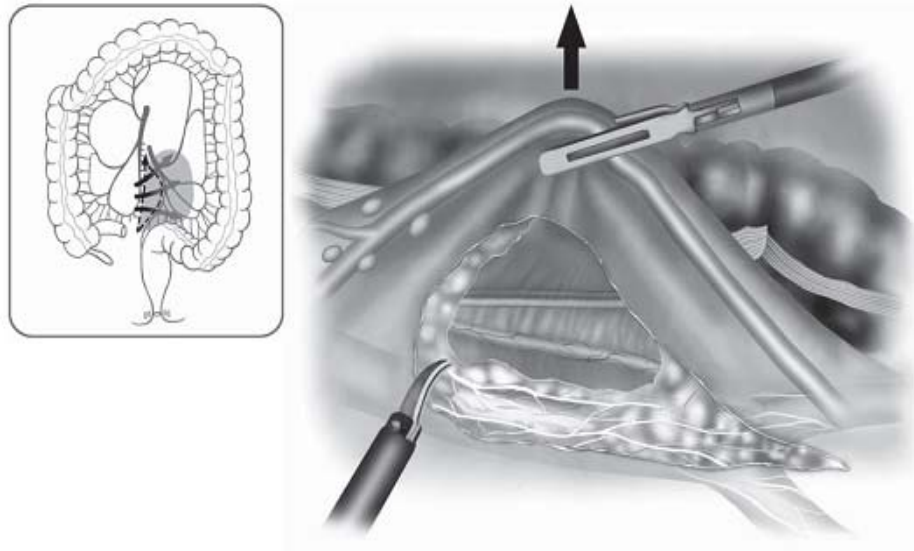
**Bước 1:** Phẫu tích và tách phần kết tràng sigma và trực tràng.

Bước đầu tiên phẫu tích vào mặt bên và ở giữa sigma và trực tràng, đoạn này phẫu tích dọc theo mạc dính kết tràng trái.



**Hình 2.5. Đường cắt từ cạnh bên và giữa của kết tràng sigma đi theo bờ sau của mạc Toldt (Đường cắt này an toàn do bảo tồn được niệu quản và các mạch máu vùng niệu dục) [112]**

**Bước 2:** Tiếp tục xác định các động mạch sigma, động mạch mạc treo tràng dưới và phẫu tích nhẹ nhàng để bộc lộ động mạch mạc treo tràng dưới bằng kèm phẫu tích sau đó dùng clip, Hemolock hay chỉ buộc để không chế và cắt động mạch này.



**Hình 2.6. Đường phẫu tích mạch máu theo hướng từ trong ra ngoài**

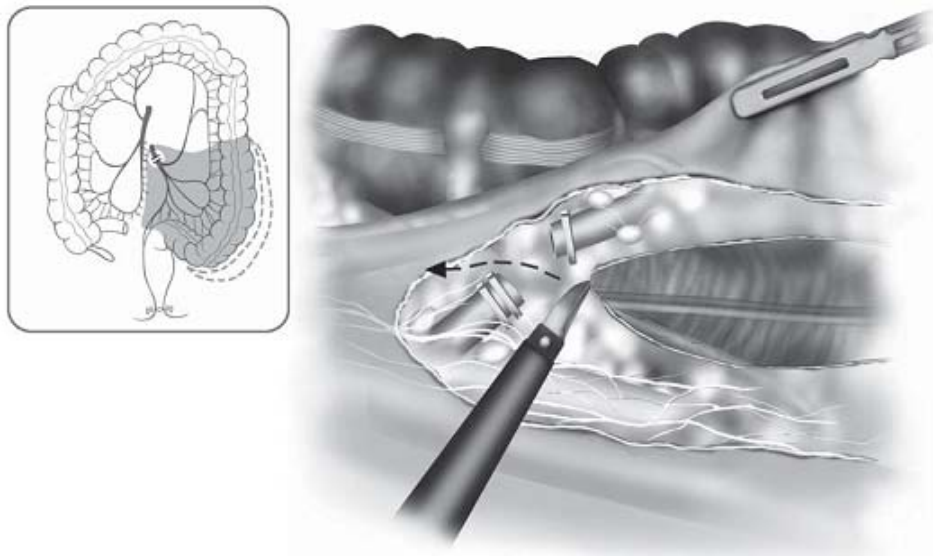
*Masahiko Watanabe (2006) [112]*

Ở thì này, chú ý quan sát niệu quản hai bên và bảo vệ đám rối thần kinh hạ vị trên ở ngay mặt trước chỗ chia của động mạch chủ bụng và hai nhánh thần kinh hạ vị chạy dọc theo mặt trong của động mạch chậu chung xuống thành chậu hai bên.

**Bước 3:** Cắt mạc treo kết tràng sigma để làm cho phần đại tràng này tự do bằng cách: Ngay vị trí cắt của mạch máu tiến hành cắt mạc treo đại tràng sigma và kết tràng xuống về phía trái.

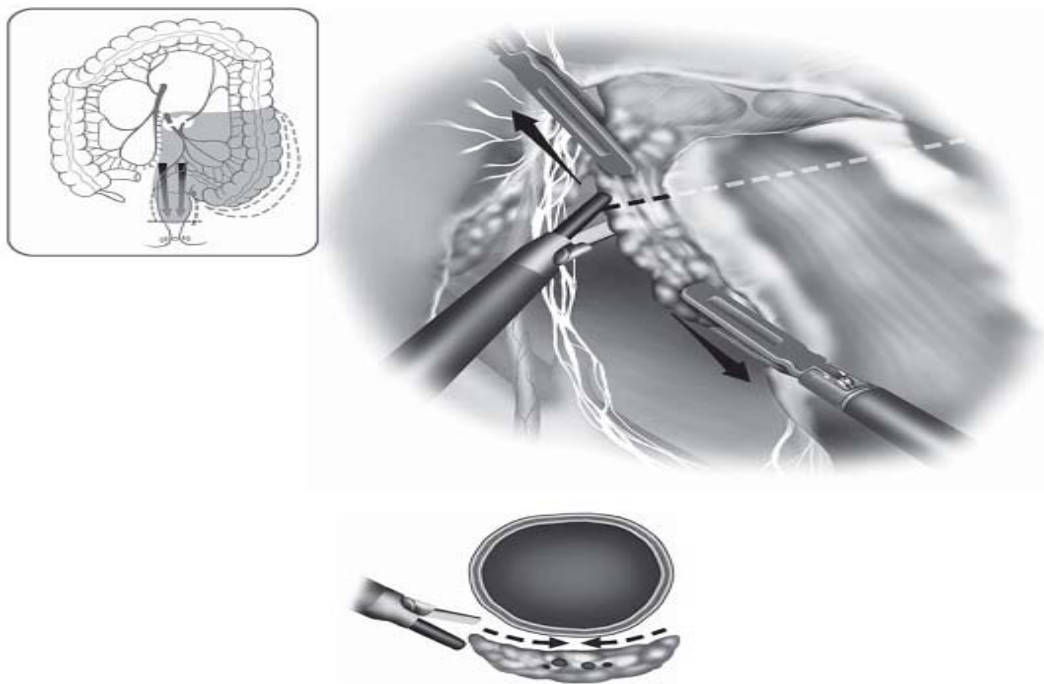
Trực tràng được phẫu tích để làm di động hoàn toàn từ phần trên trực tràng đến tận cơ nâng theo nguyên tắc cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME).





**Hình 2.7. Phẫu tích và giải phóng mạc treo sigma**

*Masahiko Watanabe (2006) [112]*



**Hình 2.8. Phẫu tích và cắt mạc treo trực tràng (TME)**

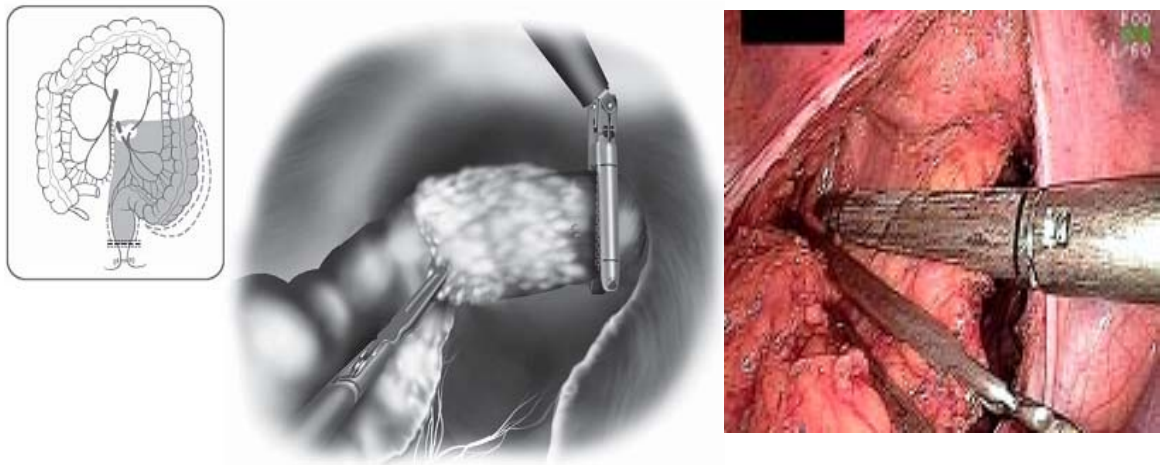
*Masahiko Watanabe (2006)[112]*

Ở mặt sau, khoang mô liên kết lỏng lẻo, phẫu tích vào vùng vô mạch trước xương cùng và sau trực tràng, ôm sát theo độ cong của bao mạc treo trực tràng tránh làm rách bao mạc treo trực tràng đồng thời cũng không làm tổn thương mạc trước xương cùng. Ở hai mặt bên trực tràng thấp có dây bên chứa những mạch máu của động mạch trực tràng giữa, sử dụng dao cắt đốt siêu âm (harmonic scapel) để cắt cầm máu. Lưu ý cắt dây chằng bên sát về phía trực tràng để tránh tổn thương đám rối chậu nằm ngay phía ngoài của dây chằng bên. Kỹ thuật này giúp lấy được mạc treo trực tràng nguyên vẹn, tránh làm tổn thương đám rối tĩnh mạch trước xương cùng, đồng thời bảo tồn các dây thần kinh hạ vị và đám rối chậu nằm ở thành chậu hai bên. Ở mặt trước trực tràng, phẫu tích ở mặt giữa mạc treo trực tràng và các cơ quan sinh dục, ở nam giới là túi tinh và tiền liệt tuyến, ở nữ giới là phần trên của thành sau của âm đạo. Trực tràng được giải phóng toàn bộ: ở mặt trước qua khỏi túi tinh và tiền liệt tuyến (ở nam) hoặc qua khỏi 1/3 trên âm đạo (ở nữ), ở mặt sau bên đến tận mặt trên cơ nâng hậu môn. Ở vị trí này thì mạc treo trực tràng đã mỏng và tận cùng ở đây. Như vậy là hoàn tất kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng.

Trong những trường hợp u trực tràng cao và trung gian, trực tràng được bóc tách xuống dưới phúc mạc 4 - 5 cm để có thể cắt dưới u ít nhất 2 cm (cắt một phần mạc treo trực tràng).

**Bước 4:** Xác định vị trí cần cắt, dùng dụng cụ cắt tự động gọi là GIA cắt ngang trực tràng đoạn dưới u và mở bụng một đường nhỏ để đưa khối u và đoạn đại tràng ra để tiếp tục thì nối ruột bằng máy.



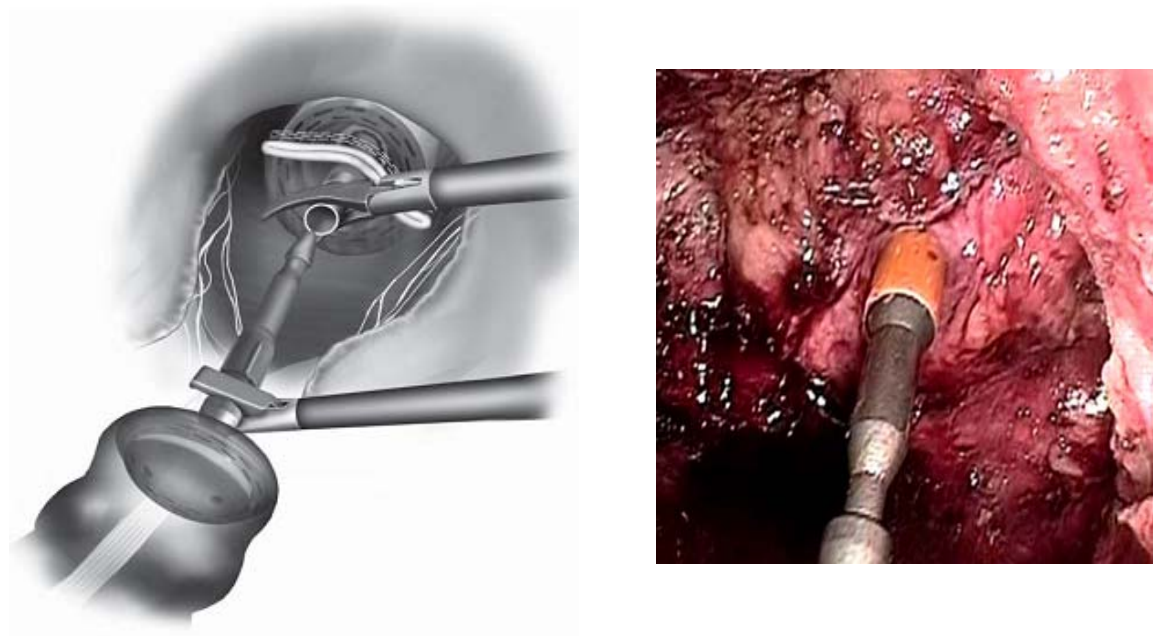


**Hình 2.9. Dùng dụng cụ cắt tự động để cắt đoạn trực tràng**

*Masahiko Watanabe (2006)[112]*

Đầu đe của máy EEA được đặt ở đoạn ruột trên với mũi khâu chỉ prolene 2.0 để cố định đầu này.

Đầu cán của máy EEA được đưa từ hậu môn lên, đoạn này có một đầu nhọn đâm thủng thành trực tràng ngay giữa vị trí các clip stapler.



**Hình 2.10. Sau khi lắp dụng cụ nối tự động**

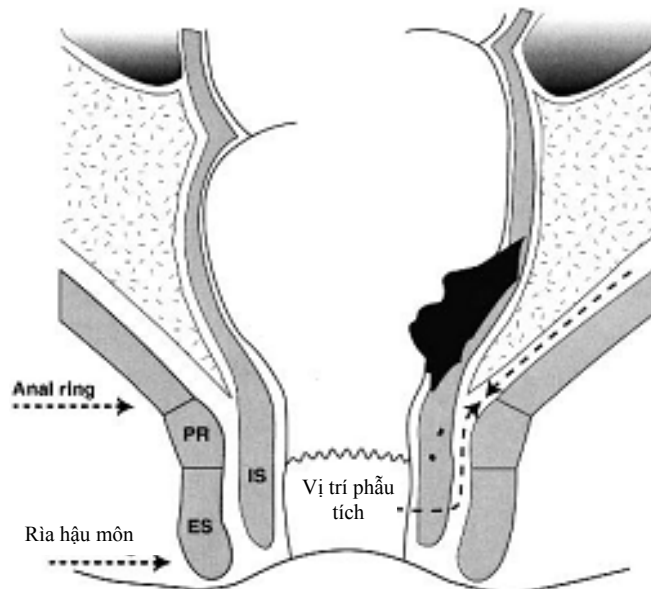
*Masahiko Watanabe (2006)[112]*

Cuối cùng là đưa đầu đe vào lại trong ổ phúc mạc và thực hiện động tác nối bên trong.

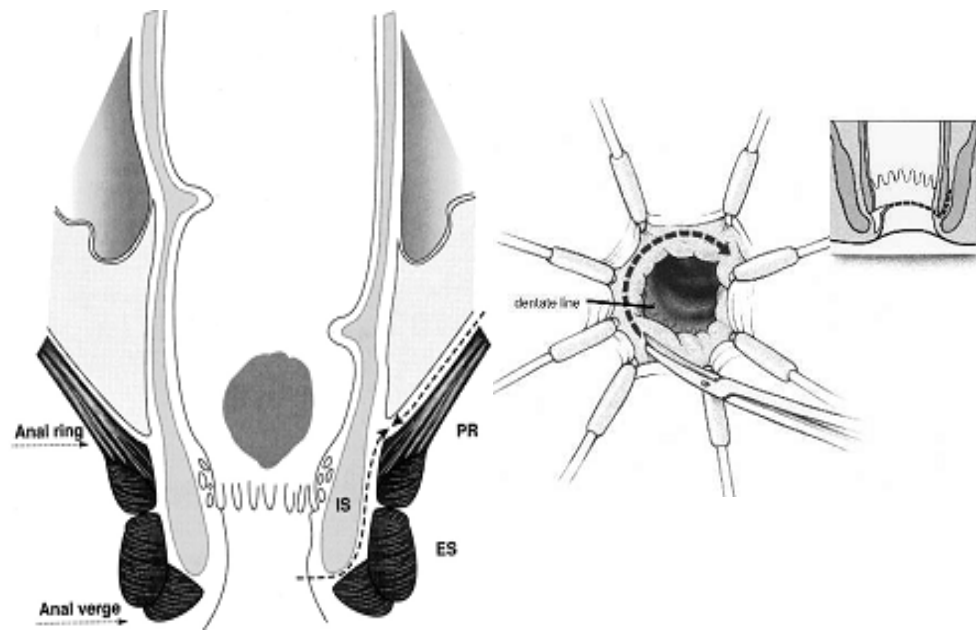
**- Kỹ thuật cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt, nối đại tràng với ống hậu môn (phẫu thuật pull-through)**

Chuẩn bị bệnh nhân, tư thế bệnh nhân, và các bước 1- 3 tương tự như trong phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng.

**Bước 4:** Thì tăng sinh môn. Sử dụng van tự cố định Lone Star (Lone Star Medical Products Inc., Houston, TX) để bộc lộ vùng hậu môn. Phẫu tích lớp niêm mạc ống hậu môn dưới đường lược 5 mm, lấy bỏ toàn bộ cơ thắt trong và bó sâu của cơ thắt ngoài kèm theo toàn bộ mạc treo trực tràng, và đi ngược dần lên đến khi gặp mặt phẳng phẫu tích ngả nội soi bụng.



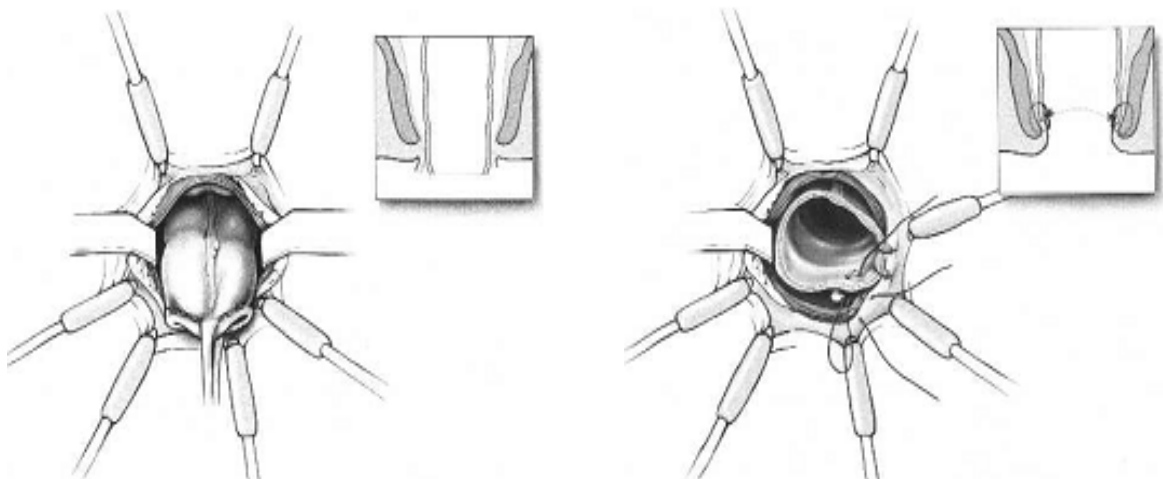
**Hình 2.11. Sơ đồ phẫu tích gian cơ thắt trong phương pháp pull-through [112]**



**Hình 2.12. Phân tích gian cơ thắt với sự trợ giúp của van Lone Star [112]**

Qua đường hậu môn, kéo kết tràng sigma và trực tràng kèm theo mạc treo trực tràng ra ngoài rồi cắt và nối.

Miệng nối kết tràng-hậu môn được thực hiện theo kiểu tận - tận 2 lớp.



**Hình 2.13. Kéo (pullthrough) kết tràng ra nối với ống hậu môn**

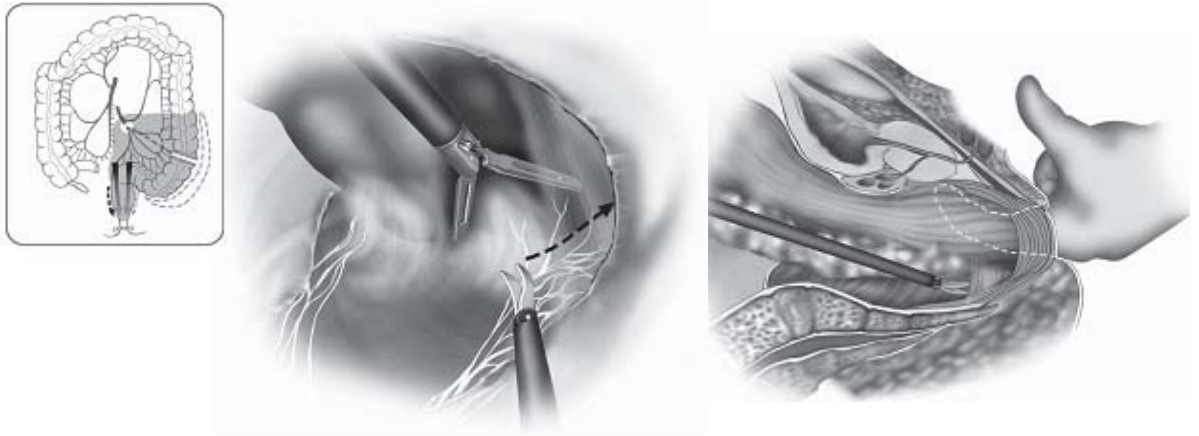
*Masahiko Watanabe (2006) [112]*

Đặt 1 miếng mét vaselin xuyên miệng nối kết tràng-hậu môn. Kết thúc thì tăng sinh môn. Trở lại bơm hơi ổ phúc mạc và kiểm tra lại rồi đặt 01 dẫn lưu 18F ở tiểu khung ra ngoài qua vị trí lỗ 5 mm ở bên (T). Tháo hơi và đóng các lỗ trocar.

**- Kỹ thuật cắt cụt hậu môn-trực tràng qua ngã bụng tăng sinh môn (phẫu thuật Miles)**

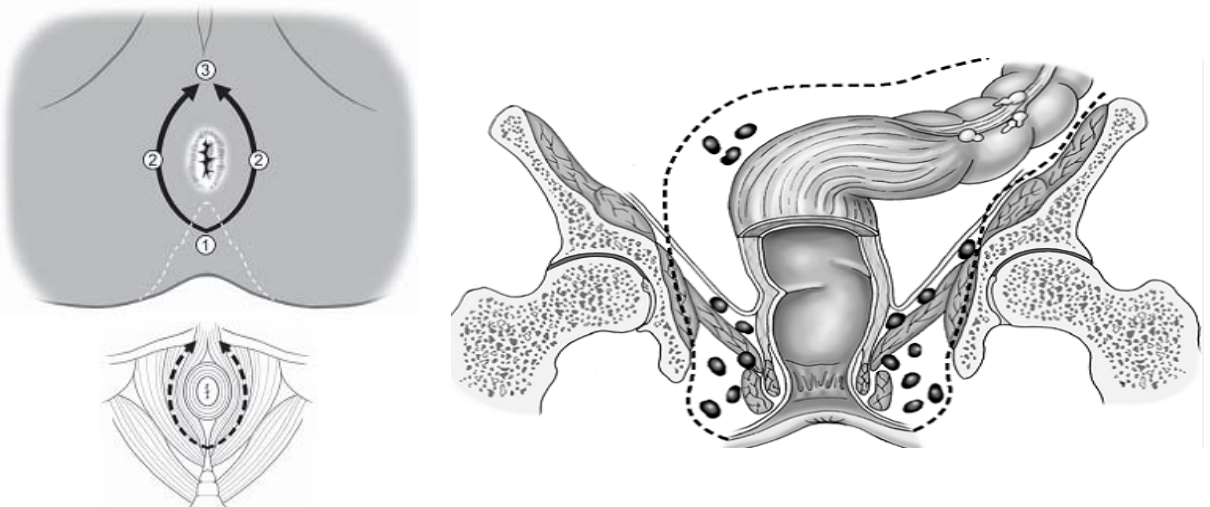
Chuẩn bị bệnh nhân, tư thế bệnh nhân, và các bước 1- 3 tương tự như trong phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng.

Sau khi giải phóng toàn bộ đại tràng chậu hông khỏi thành chậu bên, tiến hành phẫu tích xuống thấp các mặt sau, mặt bên và mặt trước trực tràng đến tận cơ nâng hậu môn. Ở mặt sau, khoang mô liên kết lỏng lẻo, vô mạch nên thường dễ bóc tách, có thể dùng kéo đốt điện đơn cực. Phẫu tích ôm sát theo độ cong của bao mạc treo trực tràng tránh làm tổn thương mạc trước xương cùng. Ở hai mặt bên trực tràng thấp có hai dây chằng bên chứa những nhánh mạch máu của động mạch trực tràng giữa, cắt dây chằng bên sát về phía trực tràng để tránh làm tổn thương đám rối chậu nằm ngay phía ngoài của dây chằng bên. Ở mặt trước trực tràng, phẫu tích mặt trước cân Denonvilliers, bóc lộ túi tinh và tiền liệt tuyến (ở nam) hoặc thành sau âm đạo và cổ tử cung (ở nữ). Trực tràng được giải phóng toàn bộ: ở mặt trước qua khỏi túi tinh và tiền liệt tuyến (ở nam) hoặc qua khỏi 1/3 trên âm đạo (ở nữ), ở mặt sau bên đến tận mặt trên cơ nâng hậu môn. Ở vị trí này mạc treo trực tràng đã mỏng và tận cùng ở đây. Kết thúc phần cắt toàn bộ mạc treo trực tràng.



**Hình 2.14. Thì nội soi của phẫu thuật Mile [85]**

**Bước 4:** Thì tầng sinh môn. Hậu môn được khâu kín bằng chỉ nylon 2.0, mũi khâu lấy toàn bộ bề dày của thành ống hậu môn. Rạch da rộng quanh hậu môn hình elip cách rìa hậu môn 2 cm. Phẫu tích thông vào ổ phúc mạc từ mặt sau, tiến hành khoét lấy toàn bộ cơ vòng hậu môn và tổ chức mỡ quanh hậu môn. Mở một đường nhỏ ở hố chậu trái để đem quai kết tràng chậu hông ra ngoài, cắt ngang quai ruột. Đầu trên chuẩn bị cho miệng hậu môn nhân tạo, đầu dưới được đóng kín, thả vào trong ổ phúc mạc. Trục tràng và khối u được lôi ra ngoài qua đường tầng sinh môn. Khâu lại tầng sinh môn. Đặt 2 ống dẫn lưu ra tầng sinh môn: một ống trước xương cùng, một ống tại hốc tầng sinh môn đã khoét bỏ.



**Hình 2.15. Đường khoét hậu môn trong phẫu thuật Miles [85]**

### **2.2.3. Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi**

#### **2.2.3.1. Kết quả trong mổ**

- **Thời gian phẫu thuật:** tính bằng phút.
- **Chuyển mổ mở:**
  - + Lý do
  - + Tỷ lệ
  - + Theo phương pháp mổ
  - + Theo giai đoạn ung thư
- **Tai biến:**
  - + Chảy máu trong mổ
  - + Tổn thương tạng khác
  - + Tỷ lệ tai biến theo phương pháp mổ
  - + Tỷ lệ tai biến theo giai đoạn bệnh
- **Tử vong trong mổ:** được định nghĩa là chết trước khi kết thúc cuộc mổ.

#### **2.2.3.2. Nghiên cứu kết quả sớm sau mổ**

- **Thời gian trung tiện:**
  - Trước 48 giờ
  - Từ 48-72 giờ
  - Sau 72 giờ.
- **Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ:**
  - + Dùng ngày đầu.
  - + Dùng đến ngày thứ 2.
  - + Dùng đến ngày thứ 3.
  - + Dùng đến ngày thứ 4.
- **Biến chứng sớm sau mổ:**
  - + Chảy máu:
    - Chảy máu trong ổ bụng: Biểu hiện bằng hội chứng chảy máu trong

mà dẫn lưu trước xương cùng không có máu chảy ra. Phải thực hiện phẫu thuật lại để cầm máu.

Chảy máu khoang chậu: máu qua dẫn lưu trước xương cùng màu đỏ tươi. Phải mổ lại để cầm máu hay rửa tại chỗ bằng huyết thanh ấm để cầm máu.

- + Dò bọc miệng nối
- + Nhiễm trùng vết mổ
- + Tắc ruột
- + Tổn thương tạng: bàng quang, niệu đạo, âm đạo...
- + Thoát vị qua lỗ troca
- **Thời gian nằm viện sau mổ:** dài nhất, ngắn nhất và trung bình (tính theo đơn vị ngày)
- **Tử vong sau mổ:** được định nghĩa là chết trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật, bất kể chết ở đâu.

#### **2.2.3.3. Nghiên cứu kết quả xa sau mổ**

Hẹn tái khám bệnh nhân và thư mời khám định kỳ sau mổ 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng, 24 tháng, 36 tháng, 48 tháng, trên 60 tháng hoặc bất kỳ thời gian nào nếu bệnh nhân có triệu chứng bất thường.

Những bệnh nhân không đến khám, thì thông tin được lấy qua phiếu điều tra gửi đến bệnh nhân và gia đình, với các câu hỏi ngắn, dễ hiểu, kèm theo phong bì trả lời có dán tem sẵn, hoặc gửi thư mời, hoặc gọi điện thoại đến tận nơi cho bệnh nhân và thân nhân.

Chúng tôi còn theo dõi bệnh nhân qua điện thoại, thường xuyên hỏi thăm để ghi nhận những dấu hiệu bất thường nếu có.

#### **Các chỉ tiêu theo dõi gồm:**

**Khám lâm sàng định kỳ** (theo mẫu phiếu khám) với các triệu chứng

- Đau vùng hậu môn và xương cùng.

- Đại tiện ra máu, tính chất của máu.
- Rỉ dịch bất thường ở hậu môn.
- Khả năng kiểm soát tự chủ hậu môn.
- Thăm khám hậu môn, trực tràng, âm đạo để phát hiện tái phát tại chỗ
- Khám phát hiện di căn gan, hạch bẹn, hạch thượng đòn.

#### **Các xét nghiệm kiểm tra:**

- Xét nghiệm công thức máu.
- Siêu âm ổ bụng kiểm tra di căn gan, tình trạng đài bể thận, niệu quản, dịch trong ổ bụng...
- Chụp X quang phổi tìm di căn, chụp CT Scan vùng chậu phát hiện tái phát tại chỗ.
- Nội soi đại trực tràng
- Sinh thiết tại miệng nối làm giải phẫu bệnh (trường hợp nghi ngờ tái phát tại chỗ).

**Đánh giá tình trạng chung:** Còn sống hay đã chết. Nếu bệnh nhân đã chết, phải nói rõ thời gian chết, lý do chết, thời gian sống thêm sau mổ.

#### **Đánh giá kết quả ung thư học**

- Tỷ lệ (%) tái phát tại chỗ và di căn.
- + Tái phát tại chỗ: Gồm tái phát tại vùng miệng nối, hoặc trong khu vực chậu hông nhỏ với biểu hiện:
  - ☐ Đại tiện phân nhầy máu, mót đại tiện nhiều lần trong ngày.
  - ☐ Đau âm ỉ vùng hậu môn và khoang trước xương cụt.
  - ☐ Gầy sút cân.
  - ☐ Thăm trực tràng, âm đạo thấy ống hậu môn cứng, sùi, bị chèn đẩy hoặc u sùi ra hậu môn.



□ Chụp CT Scan vùng chậu, sinh thiết tại vùng miệng nổi và kết quả giải phẫu bệnh học sau phẫu thuật lại xác nhận có tế bào ung thư.

Phải xác định vị trí tái phát là thành trước, thành sau, thành bên hay tại vị trí miệng nổi

+ Di căn xa: Gồm di căn đến các tạng ở xa như gan, phổi, não được chẩn đoán bằng lâm sàng siêu âm, chụp CT và X quang phổi.

- Phân tích sự ảnh hưởng của các yếu tố đối với tái phát tại chỗ
- Thời gian tái phát tại chỗ và di căn xa (tháng).

Chia thành các giai đoạn dưới 6 tháng, 7-12 tháng, 13-24 tháng, 25-36 tháng, 37- 48 tháng, 48 - 60 tháng và trên 60 tháng.

- Phương pháp phẫu thuật lại điều trị tái phát tại chỗ và di căn:

+ Cắt u tại chỗ.

+ Phẫu thuật cắt lại trực tràng và cơ thắt hậu môn qua đường bụng và tầng sinh môn (phẫu thuật Miles).

+ Phẫu thuật tạm thời: Làm hậu môn nhân tạo.

- Thời gian sống thêm sau phẫu thuật lại: Được tính bằng tháng.

- Tỷ lệ (%) sống thêm tại các thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm, 5 năm theo từng giai đoạn của Dukes và chung cho các giai đoạn.

- Phân tích vai trò của các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm:

+ Giai đoạn bệnh theo TNM

+ Độ xâm lấn sâu của khối u.

+ Thời gian mắc bệnh.

+ Loại mô bệnh học của khối u.

+ Vị trí khối u.

+ Kích thước khối u.

### **Đánh giá kết quả chức năng:**

Chức năng tự chủ hậu môn: áp dụng cho những bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt theo phương pháp Pull- through, đánh giá theo tiêu chuẩn của Kirwan [90], chia làm 5 độ:

- + Kiwan I (rất tốt): tự chủ hoàn toàn với cả phân đặc, lỏng và hơi.
- + Kiwan II (tốt): không tự chủ được hơi.
- + Kiwan III (khá): thỉnh thoảng són phân ít.
- + Kiwan IV (xấu): thường xuyên són nhiều nhưng không đòi hỏi làm hậu môn nhân tạo.
- + Kiwan V (rất xấu): són phân liên tục đòi hỏi phải làm hậu môn nhân tạo.

#### **2.2.4. Điều trị sau mổ:**

Sau phẫu thuật từ 3- 4 tuần, bệnh nhân được xạ trị vào khung chậu tổng liều 45 Gy; 1,8 Gy/ngày, 5 ngày/ tuần, bằng kỹ thuật 3 trường chiếu kết hợp với uống Capecitabine 645 mg/m<sup>2</sup>, 2 lần/ngày nhằm tăng tính nhạy xạ.

Sau liệu trình xạ- hóa đồng thời từ 2 - 3 tuần, những bệnh nhân có các yếu tố tiên lượng bất lợi (khối u T 3-4, độ biệt hóa kém, di căn hạch chậu) tiếp tục được hóa trị bổ trợ với phác đồ FOLFOX 6: Oxaliplatin 85mg/m<sup>2</sup> truyền tĩnh mạch ngày 1; Calcifolate 400mg/m<sup>2</sup> truyền tĩnh mạch ngày 1; 5FU 400 mg/m<sup>2</sup> truyền tĩnh mạch ngày 1 (truyền nhanh hoặc bolus); 5FU 2400 mg/m<sup>2</sup> truyền tĩnh mạch liên tục 48 giờ. Hóa trị 6 chu kỳ, mỗi chu kỳ lặp lại sau 2 tuần.

### **2.3. THU THẬP VÀ XỬ LÝ SỐ LIỆU**

Các chỉ tiêu nghiên cứu được ghi nhận trực tiếp qua khám, theo dõi và đánh giá kết quả điều trị. Dữ liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Các thông tin từ mẫu bệnh án được mã, làm sạch kiểm định bằng test thống kê; sử dụng phần mềm SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Science), Excel-2000 để xử lý số liệu.

Ước lượng thời gian sống thêm toàn bộ, thời gian sống thêm không bệnh theo phương pháp Kaplan- Meier.

## **2.4. QUAN ĐIỂM VỀ Y ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU**

- Tất cả bệnh nhân đều tự nguyện tham gia nghiên cứu và không chịu bất kỳ một sự ép buộc nào, được giải thích rõ ràng về ưu điểm, nhược điểm của phẫu thuật.

- Chỉ đưa vào nghiên cứu những bệnh nhân theo đúng những tiêu chuẩn đã được đặt ra.

- Thường xuyên rút kinh nghiệm, luôn cập nhật thông tin, cải tiến kỹ thuật nhằm mang lại kết quả tốt nhất. Có trách nhiệm theo dõi, điều trị sau mổ, phát hiện và xử lý những tai biến, biến chứng. Tư vấn và điều trị khi có tái phát.

### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 146 bệnh nhân được điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 4/2007 đến tháng 3/2013, chúng tôi nghi nhận kết quả như sau:

### 3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA BỆNH NHÂN

#### 3.1.1. Tuổi bệnh nhân

**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi**

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
$\leq 20$	3	2,1
21- 40	11	7,5
41 – 60	61	41,8
61 – 80	64	43,8
$> 80$	7	4,8
Tổng số	146	100

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59 tuổi. Bệnh nhân lớn tuổi nhất là 89 tuổi, nhỏ nhất là 14 tuổi.

Tập trung cao ở lứa tuổi từ 41 đến 80.

#### 3.1.2. Giới

**Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới**

Giới	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nam	76	52,1
Nữ	70	47,9
Tổng số	146	100,0

Bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi là tương đương nhau giữa 2 giới.

### 3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể (BMI)

**Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể**

Chỉ số khối cơ thể	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<18,5 (thiếu cân)	39	26,7
18,5 – 24,9 (bình thường)	101	69,2
25 – 29,9 (thừa cân)	6	4,1
≥ 30 (béo phì)	0	0
Tổng số	146	100

Có 69,2% bệnh nhân có BMI trong giới hạn bình thường. Chỉ có 6 bệnh nhân (4,1%) là thừa cân. Không bệnh nhân nào béo phì.

### 3.1.4. Tình trạng toàn thân

**Bảng 3.4. Triệu chứng toàn thân của bệnh nhân**

Triệu chứng		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sụt cân		55	37,7
Thiếu máu		33	22,6
ASA	I	112	76,7
	II	19	13,0
	III	15	10,3

- Có 55 bệnh nhân ung thư trực tràng vào viện có biểu hiện sụt cân
- Có 33 bệnh nhân ung thư trực tràng vào viện có biểu hiện thiếu máu.
- Có 76,7% bệnh nhân vào viện được điều trị trong tình trạng sức khỏe toàn thân tốt (ASA1), 13,0% ở mức độ nhẹ (ASA2), chỉ có 10,3% ở mức độ nặng. Không có bệnh nhân trong tình trạng nặng, đe dọa đến tính mạng và đe dọa tử vong trong 24 giờ (ASA4, ASA5).

### 3.2. CHỈ ĐỊNH VÀ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT CỦA CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

#### 3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

##### 3.2.1.1. Thời gian từ khi bệnh nhân phát hiện có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện

**Bảng 3.5. Thời gian có triệu chứng đến khi vào viện.**

Thời gian mắc bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
0- ≤ 3 tháng	89	61,0
3 - 6 tháng	46	31,5
7 - 12 tháng	9	6,2
> 12 tháng	2	1,3
Tổng cộng	146	100

Thời gian từ khi bệnh nhân phát hiện có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện của bệnh nhân cao nhất ở thời điểm dưới 3 tháng, chiếm 61%.

##### 3.2.1.2. Lý do bệnh nhân vào viện

**Bảng 3.6. Lý do bệnh nhân vào viện**

Lý do	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đại tiện phân có máu	122	83,4
Đau bụng	8	5,5
Táo bón	8	5,5
Đau vùng hậu môn	3	2,1
Rối loạn đại tiện (phân lỏng xen kẽ táo bón)	2	1,4
Phát hiện tình cờ (soi đại tràng)	3	2,1

Đại tiện phân có máu là triệu chứng hay gặp nhất (83,4%)

Có 3 bệnh nhân (chiếm 2,1%) được phát hiện ung thư trực tràng tình cờ qua soi đại trực tràng.

### 3.2.1.3. Triệu chứng cơ năng

**Bảng 3.7. Các triệu chứng khi vào viện**

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau bụng	92	63
Đau vùng hậu môn	51	34,9
Mót rặn	46	31,5
Ỉa máu tươi	116	79,5
Phân nhầy máu mũi	82	56,2
Phân lỏng	29	19,9
Táo bón	52	35,6
Phân dẹt	10	6,8
Phân lỏng xen kẽ táo bón	46	31,5

Ỉa máu tươi, đau bụng và đại tiện phân nhầy máu mũi là 3 triệu chứng cơ năng thường gặp nhất của bệnh nhân ung thư trực tràng, với tỷ lệ theo thứ tự là 79,5%, 63% và 56,2%. Chỉ có 1/3 số bệnh nhân ung thư trực tràng vào viện có mót rặn hay đau vùng hậu môn.

### 3.2.1.4. Triệu chứng thực thể

**Bảng 3.8. Kết quả thăm trực tràng lúc vào viện**

Thăm trực tràng		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không sờ được u *		64	43,8
Sờ được u (n=82)	<1/4 chu vi	3	3,6
	1/4 - <1/2 chu vi	43	52,5
	1/2 - <3/4 chu vi	23	28
	≥ 3/4 chu vi	13	15,9

Thăm trực tràng phát hiện được u trực tràng ở 56,2% bệnh nhân ung thư trực tràng, trong đó 54,1% có u chiếm trên 1/4 chu vi lòng trực tràng.

Có 15/64 bệnh nhân không được thăm trực tràng khi vào viện (vì đã có kết quả nội soi trước đó).

**Bảng 3.9. Vị trí của khối u so với rìa hậu môn khi thăm trực tràng và kết quả nội soi (tại khoa điều trị)**

Khoảng cách u so với rìa hậu môn	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
4- <5cm (cực thấp)	26	17,8
5 - <6 cm (thấp)	38	26,0
6-<10 cm (trung gian)	59	40,4
≥10 cm (cao)	23	15,8
Tổng cộng	146	100

Có 26 bệnh nhân (17,8%) có u nằm ở vị trí cực thấp (cách rìa hậu môn dưới 5 cm), 38 bệnh nhân (26%) ở vị trí thấp (5-<6cm). Nhóm bệnh nhân có u ở vị trí thấp và cực thấp (dưới 6 cm) là 64 (43,8%).

Nhóm bệnh nhân có u nằm ở vị trí trung gian (6-<10 cm) là 59 (40,4%).

Nhóm bệnh nhân có u nằm ở vị trí cao (trên 10 cm) là 23 trường hợp (15,8%) được chẩn đoán qua siêu âm.

### 3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

#### 3.2.2.1. Nhóm máu

**Bảng 3.10. Nhóm máu**

Nhóm máu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhóm máu O	72	49,3
Nhóm máu A	37	25,3
Nhóm máu B	33	22,6
Nhóm máu AB	4	2,7
<b>Tổng số</b>	<b>146</b>	<b>100</b>

Bệnh nhân có nhóm máu O chiếm tỷ lệ cao (49,3), nhóm máu A, B có tỷ lệ tương đương.



### 3.2.2.2. Tổng hợp kết quả xét nghiệm sinh hóa-huyết học

**Bảng 3.11. Tổng hợp kết quả xét nghiệm trước mổ**

	Số BN	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Hồng cầu (triệu/mm <sup>3</sup> )	146	2,70	9,61	4,19	7,41
Huyết sắc tố (g/dl)	146	6,70	15,90	11,97	1,72
Bạch cầu (nghìn/mm <sup>3</sup> )	146	3,34	19,06	7,84	3,15
Protid (g/dl)	146	48,00	84,00	69,17	6,73
CEA (ng/l)	133	0,20	713,00	17,10	74,20

Có 33 bệnh nhân, chiếm 22,6% có biểu hiện thiếu máu trên lâm sàng và xét nghiệm huyết học. 13 bệnh nhân, chiếm 8,9% có protid máu giảm dưới 60g/dl.

Có 62 bệnh nhân ung thư trực tràng, chiếm 42,5%, có nồng độ CEA trong máu cao hơn ngưỡng bình thường. Nồng độ CEA trung bình ở bệnh nhân ung thư trực tràng trong nghiên cứu là  $17,1 \pm 74,2$  ng/l.

### 3.2.2.3. Siêu âm

**Bảng 3.12. Kết quả siêu âm bụng**

Ghi nhận trên siêu âm bụng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dày thành trực tràng	67	45,9
Dịch ổ phúc mạc	3	2,1
Hạch ổ bụng	2	1,4
Xâm lấn xung quanh	4*	2,7

Siêu âm phát hiện dày thành trực tràng ở 67 trong tổng số 146 bệnh nhân ung thư trực tràng, chiếm 45,9%

(\*) Siêu âm ghi nhận 04 bệnh nhân có biểu hiện xâm lấn tổ chức xung quanh, bao gồm 3 trường hợp xâm lấn tổ chức mỡ quanh trực tràng và 1 nghi xâm lấn tuyến tiền liệt.

#### 3.2.2.4. X quang phổi

Chỉ có 01 trường hợp ghi nhận có tổn thương nghi đến di căn phổi trên X quang tim phổi quy ước.

#### 3.2.2.5. Chụp cắt lớp vi tính

**Bảng 3.13. Kết quả chụp cắt lớp vi tính**

Đặc điểm ghi nhận		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Vị trí u	1/3 dưới (thấp và cực thấp)	64	43,8
	1/3 giữa (trung gian)	59	40,4
	1/3 trên (cao)	23	15,8
Xâm lấn mạc treo trực tràng		49	33,6
Xâm lấn tạng lân cận (tử cung, âm đạo, bàng quang, tuyến tiền liệt)		5	3,4
Hạch vùng		13	8,9
Di căn hạch dọc động mạch mạc treo tràng dưới		3	2,1
Di căn gan		5	3,4
Khác (xâm lấn cơ vòng hậu môn)		2	1,4

Chụp cắt lớp vi tính ghi nhận u xâm lấn đến mạc treo trực tràng trong 49 bệnh nhân, chiếm 33,6%.

Có 5 trường hợp di căn gan được phát hiện trên chụp cắt lớp vi tính, chiếm 3,4%

Chụp cắt lớp ghi nhận 2 bệnh nhân có u đã xâm lấn đến cơ vòng hậu môn, chiếm 1,4%.

### 3.2.2.6. Nội soi đại trực tràng

**Bảng 3.14. Kết quả nội soi đại trực tràng**

Ghi nhận trong nội soi		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Vị trí u	1/3 dưới (cách rìa hậu môn <6 cm)	64	43,8
	1/3 giữa (cách rìa hậu môn từ 6-<10 cm)	59	40,4
	1/3 trên (cách rìa hậu môn $\geq$ 10 cm)	23	15,8
Kích thước u so với chu vi lòng trực tràng	<1/4	5	3,4
	1/4 - <1/2	43	29,5
	1/2 - <3/4	55	37,6
	$\geq$ 3/4	43	29,5
Đại thể u	Sùi	135	92,5
	Loét	5	3,4
	Nhiễm cứng	6	4,1
U hay polyp kèm theo khác ở đại trực tràng		0	0

Có 67,1% bệnh nhân u trực tràng có u xâm lấn hơn 1/2 chu vi lòng trực tràng trên hình ảnh nội soi đại trực tràng

Hình ảnh đại thể thấy 92,5% bệnh nhân ung thư trực tràng có u dạng sùi

Không bệnh nhân nào có u hay polyp kèm theo khác ở đại trực tràng

### 3.2.2.7. Kết quả giải phẫu bệnh lý và giai đoạn bệnh

#### Kết quả vi thể

**Bảng 3.15. Đặc điểm vi thể của nội soi sinh thiết u**

Dạng U		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Ung thư biểu mô tuyến	Ung thư biểu mô tuyến ống	141	96,6
	Ung thư biểu mô tuyến nhú	4	2,7
Ung thư biểu mô vảy		1	0,7
Tổng		146	100

Loại ung thư biểu mô tuyến ống chiếm tỷ lệ cao 96,6%. Loại ung thư biểu mô vảy chiếm 0,7%.

#### Độ biệt hóa tế bào u

**Bảng 3.16. Phân độ biệt hóa tế bào ung thư**

Độ biệt hóa	Số lượng	Tỷ lệ %
Cao	81	55,5
Vừa	52	35,6
Kém	13	8,9
Tổng	146	100

Có đến 91,1% bệnh nhân có độ biệt hóa tế bào ung thư vừa và cao.

**Phân loại theo TNM****Bảng 3.17. Phân loại theo TNM- 2002**

<b>U nguyên phát (T)</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
T1	0	0
T2	24	16,4
T3	70	47,9
T4	52	35,6
<b>Di căn hạch vùng (N)</b>		
Nx	7	4,8
N0	16	11,0
N1	109	74,7
N2	14	9,6
<b>Di căn xa (M)</b>		
MX	0	0
M0	140	95,9
M1	6	4,1

Có 35,6% bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật có u giai đoạn T4

Có 123 bệnh nhân, chiếm 84,3% có hạch giai đoạn N1 và N2

Có 4,1% đã có di căn xa

### Xếp giai đoạn TNM theo UICC

**Bảng 3.18. Xếp giai đoạn TNM của UICC**

UICC	TNM			Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Giai đoạn I	T1	N0	M0	0	0
	T2	N0	M0	0	0
Giai đoạn II	T3	N0	M0	17	11,6
	T4	N0	M0		
Giai đoạn III	Bất kỳ T	N1	M0	123	84,3
	Bất kỳ T	N1, N2	M0		
Giai đoạn IV	Bất kỳ T	Bất kỳ N	M1	6	4,1
Tổng số				146	100

Không có bệnh nhân ung thư trực tràng nào ở giai đoạn I

Có 84,3% bệnh nhân ung thư trực tràng ở giai đoạn III được phẫu thuật

Tỷ lệ giai đoạn III và IV/ I và II là 7,6:1

### 3.2.3. Kết quả chỉ định phương pháp phẫu thuật nội soi.

#### 3.2.3.1. Chỉ định phương pháp phẫu thuật nội soi chung cho các vị trí

**Bảng 3.19. Các phương pháp phẫu thuật**

Phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân	%
Cắt đoạn đại trực tràng (cắt trước và cắt trước thấp)	51	34,9
Cắt đại trực tràng bảo tồn cơ thắt, nối đại tràng-ống hậu môn (pull-through)	32	21,9
Cắt cụt trực tràng qua ngả bụng tầng sinh môn (Phẫu thuật Miles)	63	43,2
Tổng	146	100

Có 63 bệnh nhân ung thư trực tràng, chiếm 43,2% được phẫu thuật cắt cụt trực tràng và hậu môn, mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

Phẫu thuật cắt đại trực tràng bảo tồn cơ thắt qua nội soi theo phương pháp pullthrough được áp dụng cho 32 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp và cực thấp, chiếm 21,9%.

Cắt trước và cắt trước thấp 51 bệnh nhân, chiếm 34,9%.

Tỷ lệ bảo tồn cơ thắt chung đạt 58,6%.

### 3.2.3.2. Chỉ định phương pháp phẫu thuật nội soi liên quan đến vị trí u

**U ở vị trí: Thấp và cực thấp**

**Bảng 3.20. Phương pháp phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư trực tràng thấp và cực thấp**

		Phương pháp phẫu thuật nội soi					
U cách rìa hậu môn	Số bệnh nhân	Cắt trước thấp		Phẫu thuật pull-through		Phẫu thuật Miles	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
4-<5cm	26	1	1,6	3	4,7	22	34,3
5-<6 cm	38	3	4,7	19	29,7	16	25
Tổng số	64	4	6,3	22	34,4	38	59,3

Có 64 bệnh nhân ung thư trực tràng nằm ở vị trí thấp và cực thấp, chiếm 43,8% tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu.

Phẫu thuật Miles được thực hiện ở phần lớn bệnh nhân có khối u cách rìa hậu môn dưới 5 cm.

Phẫu thuật bảo tồn cơ thắt được thực hiện ở 26/64 bệnh nhân, chiếm 40,7% tổng số bệnh nhân ung thư trực tràng ở vị trí thấp và cực thấp, bằng 2 phương pháp cắt trước thấp và pull-through.



**U ở vị trí: Trung gian****Bảng 3.21. Phương pháp phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư trực tràng trung gian**

	Phương pháp phẫu thuật			Tổng số
	Cắt trước thấp	Phẫu thuật pull-through	Phẫu thuật Miles	
Số bệnh nhân	24	10	25	59
Tỷ lệ %	40,7	16,9	42,4	100

Có 25/59 bệnh nhân ung thư nằm ở đoạn trực tràng trung gian được phẫu thuật cắt cụt trực tràng hậu môn theo phẫu thuật Miles do ưu tiên triển tại chỗ và di căn hạch, chiếm 42,4%

Tỷ lệ bảo tồn cơ thắt cho nhóm bệnh nhân ung thư trực tràng ở vị trí trung gian đạt 57,6% (cắt trước thấp 40,7%; phẫu thuật pull-through 16,9%).

**U ở vị trí: cao****Bảng 3.22. Phương pháp phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư trực tràng cao**

	Phương pháp phẫu thuật		Tổng số
	Cắt trước thấp	Cắt trước	
Số bệnh nhân	0	23	23
Tỷ lệ %	0	100	100

Tất cả bệnh nhân ung thư trực tràng ở vị trí cao đều được phẫu thuật bằng phương pháp cắt trước.

### 3.2.3.3. Đặc điểm các phương pháp phẫu thuật

**Bảng 3.23. Phẫu thuật Miles**

Vị trí u so với rìa hậu môn	Phẫu thuật Miles	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
4-<5cm	22	34,9
5-<6cm	16	25,4
6-<10cm *	25	39,7
Tổng số	63	100

Có 63 bệnh nhân ung thư trực tràng phải chịu phẫu thuật cắt cụt trực tràng hậu môn theo phương pháp Miles (chiếm 43,2% tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu)

Có 25/59 bệnh nhân ung thư trực tràng đoạn trung gian phải chịu phẫu thuật Miles do xâm lấn rộng T4 và kèm hạch N2-3 (chiếm 42,4% tổng số các bệnh nhân ung thư trực tràng đoạn trung gian).

**Bảng 3.24. Phẫu thuật pull-through**

Vị trí u so với rìa hậu môn	Phẫu thuật Pull-through	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
4-<5cm	3	9,4
5-<6cm	19	59,4
6-<10cm	10	31,2
Tổng số	32	100

Có 32 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật theo phương pháp cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt pull-through (chiếm 21,9% tổng số bệnh nhân nghiên cứu).

Có 22 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật theo phương pháp cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt pull-through có u nằm cách rìa hậu môn dưới 6 cm (chiếm 68,8%).

### 3.3. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

#### 3.3.1. Kết quả trong mổ

##### 3.3.1.1. Thời gian phẫu thuật

**Bảng 3.25. Thời gian mổ chung cho tất cả các loại phẫu thuật**

Tổng số	Thời gian mổ (phút)		
146	Trung bình	Ngắn nhất	Dài nhất
	202	60	410

Thời gian mổ trung bình là 202 phút

Thời gian mổ ngắn nhất là 60 phút

Thời gian mổ dài nhất là 410 phút

**Bảng 3.26. Thời gian mổ đối với từng loại phẫu thuật**

Loại phẫu thuật	Số bệnh nhân	Thời gian mổ (phút)		
		Trung bình	Ngắn nhất	Dài nhất
Cắt đoạn trực tràng (cắt trước và trước thấp)	51	187	90	380
Phẫu thuật Pull- through	32	222	105	410
Phẫu thuật Miles	63	205	60	105

Nhóm bệnh nhân phẫu thuật cắt trước và cắt trước thấp có thời gian mổ trung bình ngắn nhất (187 phút).

Phẫu thuật Pull- through có thời gian mổ trung bình dài nhất (222 phút).

### 3.3.1.2. Tai biến trong mổ

**Bảng 3.27. Tai biến chung**

Tai biến trong mổ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Không tai biến	142	97,3
Chảy máu	1	0,7
Tổn thương tạng lân cận	3	2,1
Tổng	146	100

Tai biến trong mổ gặp 04 bệnh nhân, chiếm 2,8%, trong đó 3/4 tai biến là tổn thương tạng lân cận, bao gồm 02 tổn thương niệu đạo và 01 tổn thương bàng quang. Có 1 bệnh nhân (0,7%) chảy máu phải chuyển qua mổ mở để cầm máu.

**Bảng 3.28. Tai biến theo phương pháp mổ**

	Phương pháp mổ			Số bệnh nhân
	Cắt đoạn trực tràng	Phẫu thuật pull-through	Phẫu thuật Miles	
Không tai biến	50	32	60	142
Chảy máu	0	0	1	1
Tổn thương niệu đạo	1	0	1	2
Tổn thương bàng quang	0	0	1	1
Tổng số	51	32	63	146

Tai biến chủ yếu xảy ra trong phẫu thuật Miles: 3/4 trường hợp.

**Bảng 3.29. Tai biến theo giai đoạn lâm sàng**

	Giai đoạn lâm sàng			Số lượng
	Giai đoạn 2	Giai đoạn 3	Giai đoạn 4	
Không tai biến	17	119	6	142
Chảy máu	0	1	0	1
Tổn thương tạng (niệu đạo, bàng quang)	0	3	0	3
Tổng số	17	123	6	146

Cả 4 trường hợp tai biến trong mổ đều xảy ra ở bệnh nhân giai đoạn III.

### 3.3.1.3. Chuyển mổ mở

**Bảng 3.30. Chuyển mổ mở chung và lý do**

	Lý do chuyển mổ mở		
	Chảy máu trong mổ	Tổn thương tạng	U giai đoạn T4 xâm lấn tạng lân cận
Số bệnh nhân	1	3	11
Tỷ lệ % (n=146)	0,7	2,1	7,5

Chuyển mổ mở 15 bệnh nhân, chiếm 10,3%.

Lý do chuyển mổ mở chủ yếu do khối u xâm lấn các tạng lân cận, bóc tách khó khăn gây chảy máu.

**Bảng 3.31. Chuyển mô mỡ theo giai đoạn bệnh**

	<b>Giai đoạn bệnh</b>		
	<b>II (n=17)</b>	<b>III (n=123)</b>	<b>IV (n=6)</b>
Số bệnh nhân chuyển mô mỡ	0	14	1
Tỷ lệ %	0	11,4	16,7

Có 14 trong tổng số 15 bệnh nhân chuyển mô mỡ nằm ở giai đoạn III, chiếm 11,4% số bệnh nhân ở giai đoạn này.

**Bảng 3.32. Chuyển mô mỡ theo vị trí u**

	<b>Vị trí u</b>			
	<b>Cực thấp 4- &lt;5cm (n=26)</b>	<b>Thấp 5-&lt;6cm (n=38)</b>	<b>Trung gian 6- &lt;10cm (n=59)</b>	<b>Cao ≥10cm (n=23)</b>
Số bệnh nhân chuyển mô mỡ	0	3	10	2
Tỷ lệ %	0	7,9	16,9	8,7

Tỷ lệ chuyển mô mỡ cao nhất ở nhóm bệnh nhân có u đoạn trực tràng trung gian với 16,9% ( $p<0,1$ )

### 3.3.2. Kết quả sớm sau mổ

**3.3.2.1. Tử vong sớm sau mổ:** Không có tử vong trong thời gian hậu phẫu.

#### 3.3.2.2. Các biến chứng hậu phẫu

**Bảng 3.33. Biến chứng hậu phẫu**

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Chảy máu ổ phúc mạc	2	1,4
Nhiễm trùng vết mổ	3	2,1
Bán tắc ruột	5	3,3
Rò, bục miệng nối	2	1,4
Rò niệu đạo	1	0,7
Tổng số	13	8,9

Có 2 bệnh nhân chảy máu ổ bụng sau mổ được mở bụng kiểm tra và cầm máu.

Có 03 bệnh nhân rò niệu đạo gặp ở phương pháp mổ Miles (bao gồm 2 bệnh nhân phát hiện trong mổ) được đặt nòng niệu đạo và dẫn lưu bàng quang trên mu, sau 3-4 tuần thì ổn.

Có 2 bệnh nhân rò bục miệng nối đều là bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp pullthrough, bệnh nhân bục miệng nối được phát hiện ngày thứ 5 sau mổ, đưa ra làm hậu môn nhân tạo. Bệnh nhân rò miệng nối vào âm đạo, phát hiện ngày thứ 7 sau mổ, được đóng rò và làm hậu môn nhân tạo bảo vệ ở đại tràng ngang phải.

### 3.3.2.3. Thời gian dùng thuốc giảm đau đường tĩnh mạch sau mổ

**Bảng 3.34. Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ**

Thời gian	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Ngày 1	2	1,4
Dùng đến ngày 2	11	7,5
Dùng đến ngày 3	21	14,3
Dùng đến ngày 4	22	15,1
Dùng đến ngày 5	44	30,2
Dùng hơn 5 ngày	46	31,5

Phần lớn bệnh nhân chỉ dùng thuốc giảm đau sau mổ trong vòng 5 ngày (68,5%), số bệnh nhân dùng thuốc giảm đau sau mổ nhiều hơn 5 ngày chỉ chiếm 31,5%.

### 3.3.2.4. Thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa

**Bảng 3.35. Thời gian trung tiện sau mổ**

Thời gian	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Trước 48 giờ	53	36,3
Từ 48-72 giờ	38	26,0
Sau 72 giờ	55	37,7
Tổng	146	100

Thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa trong vòng 3 ngày đầu chiếm tỷ lệ cao (62,3%).

### 3.3.2.5. Thời gian nằm viện từ khi mổ đến khi ra viện

Thời gian nằm viện sau mổ ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 32 ngày, trung bình là 8,3 ngày.



### 3.3.3. Kết quả xa sau mổ

#### 3.3.3.1. Tái phát tại chỗ- tại vùng

**Tỷ lệ tái phát:** Tái khám phát hiện 12 bệnh nhân có tái phát tại chỗ-vùng, chiếm 8,2%.

**Bảng 3.36. Tỷ lệ tái phát qua thời gian theo dõi**

<b>Thời gian</b> <b>Tái phát</b>	<b>12 tháng</b>	<b>24 tháng</b>	<b>36 tháng</b>	<b>48 tháng</b>
<b>Số bệnh nhân</b>	7	8	11	12
<b>Tỷ lệ %</b>	4,8	5,5	7,5	8,2

Thời gian theo dõi trung bình:  $42,2 \pm 10,4$  tháng (6- 72 tháng)

Thời gian tái phát trung bình là  $18,8 \pm 13,7$  tháng cho tất cả các phương pháp mổ.

#### Tái phát theo phương pháp mổ

**Bảng 3.37. Tái phát theo phương pháp mổ**

<b>Thời gian tái phát</b> <b>Phương pháp mổ</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Thời gian từ khi mổ đến khi tái phát (tháng)</b>	<b>Độ lệch chuẩn</b>	<b>p</b>
Phẫu thuật cắt trước và trước thấp (n= 51)	4	13,60	13,06	<0,05
Phẫu thuật pull-through (n=32)	4	27,54	18,43	
Phẫu thuật Miles (n=63)	4	15,54	4,68	
Tổng	12	18,79	13,69	

Tỷ lệ tái phát tại chỗ tại vùng cho 3 nhóm bệnh nhân cắt đoạn trực tràng, cắt phương pháp pull-through và Miles lần lượt là 7,8%, 12,5% và 6,4%.

Nhóm bệnh nhân mổ theo phương pháp bảo tồn cơ thắt pull-through lại có thời gian tái phát tại chỗ-tại vùng lâu hơn các phương pháp phẫu thuật khác với  $27,54 \pm 18,43$  tháng.

### 3.3.3.2. Thời gian sống thêm toàn bộ

Thời gian sống thêm trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là  $29,96 \pm 19,65$  tháng.

Có 11 bệnh nhân tử vong trong thời gian theo dõi, chiếm 7,5%

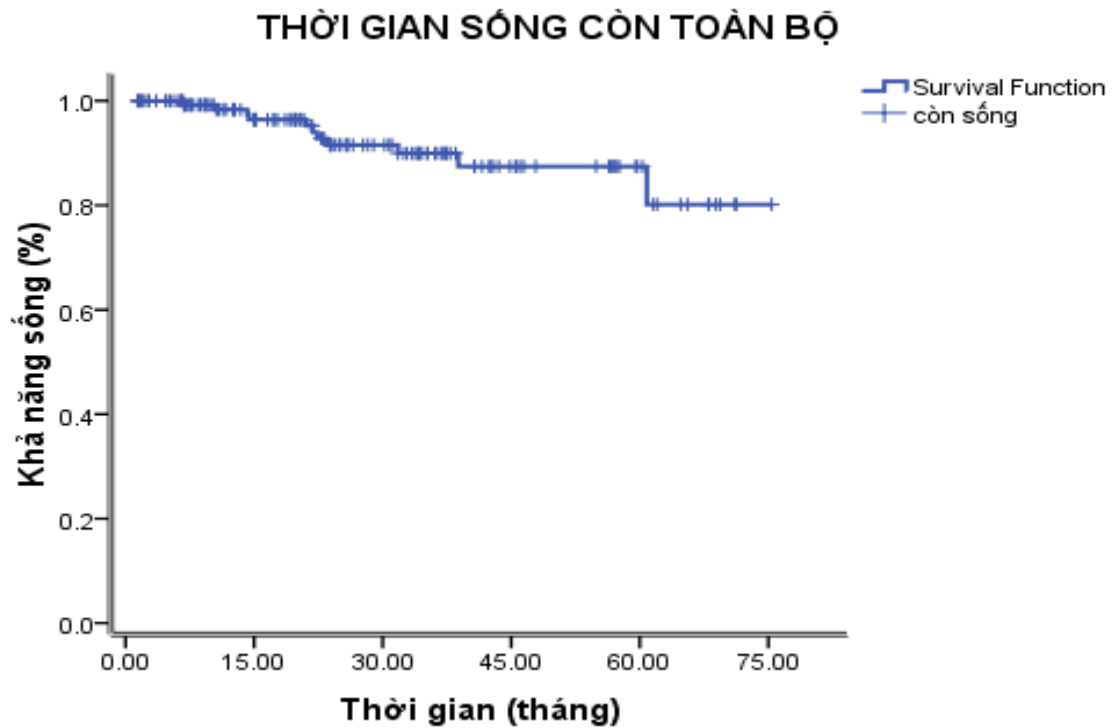
Sống thêm toàn bộ 5 năm là 84,2%.

**Bảng 3.38. Thời gian sống thêm theo phương pháp mổ**

Thời gian sống thêm (tháng) Phương pháp mổ	Số lượng	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Cắt trước và cắt trước thấp	51	20,98	16,54	<0,001
Phẫu thuật Pull-through	32	36,00	21,54	
Phẫu thuật Miles	63	29,96	19,65	
Tổng	146	29,96	19,65	

Thời gian sống thêm chung của nhóm bệnh nhân phẫu thuật theo phương pháp pull-through ( $36 \pm 21,54$  tháng) là dài hơn so với 2 nhóm bệnh nhân còn lại ( $p < 0,001$ ).

Thời gian sống thêm trung bình dự đoán là  $67,8 \pm 2,1$  tháng.



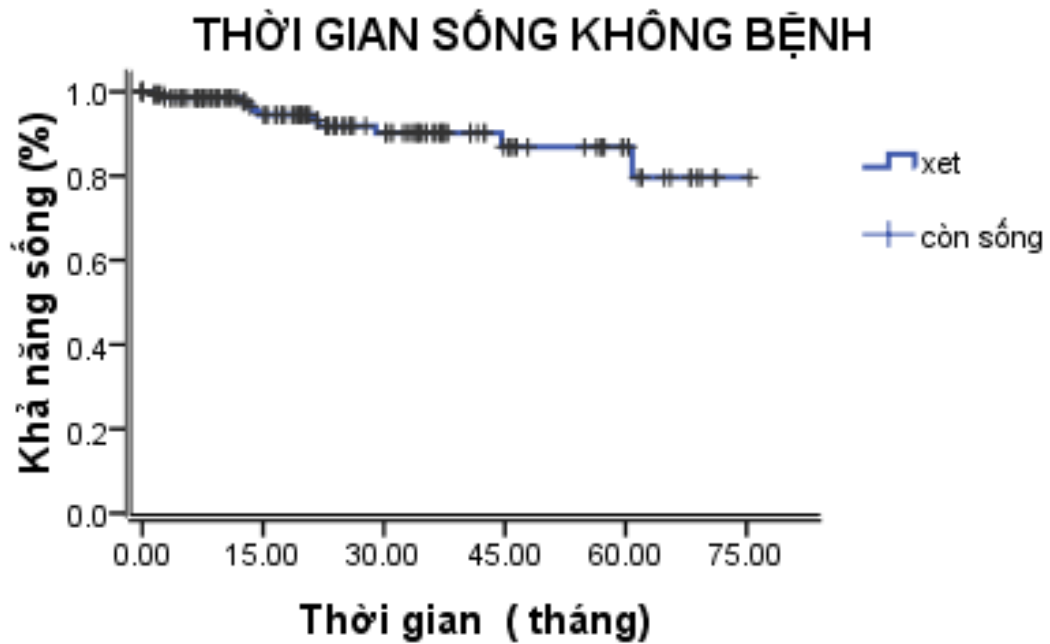
**Biểu đồ 3.1. Dự đoán thời gian sống còn toàn bộ**

### ***3.3.3.3. Thời gian sống thêm không bệnh***

Có 12 bệnh nhân tái phát tại chỗ-vùng trong thời gian theo dõi, chiếm 8,2%.

Có 6 bệnh nhân có di căn xa xuất hiện trong thời gian theo dõi, chiếm 4,1%.

Sống thêm không bệnh 5 năm là 80,1%.



**Biểu đồ 3.2. Dự đoán thời gian sống thêm không bệnh**

#### 3.3.3.4. *Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật*

**Bảng 3.39. Chức năng tự chủ hậu môn (n =32)**

Tiêu chuẩn Kiwan	Số BN	Tỷ lệ %
I	15	46,9
II	10	31,2
III	7	21,9
Tổng	32	100

Sử dụng bảng đánh giá chức năng cơ thắt của Kiwan trên những bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt theo phương pháp Pull- through cho thấy, có 25/32 bệnh nhân (78,1%) có kết quả chức năng tự chủ hậu môn tốt (độ I và II), mức độ III có 7 bệnh nhân (21,9%), không có bệnh nhân ở mức độ IV và V.

## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG**

Qua nghiên cứu 146 bệnh nhân ung thư trực tràng được điều trị phẫu thuật nội soi chúng tôi ghi nhận một số đặc điểm chung như sau:

**Tuổi:** Ung thư trực tràng có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Trong nghiên cứu này của chúng tôi tại bệnh viện Trung ương Huế, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 59 tuổi, tương đương với các tác giả trong nước như Võ Tấn Long (2003) là 58 tuổi [44]; Đoàn Hữu Nghị (2003) là 58 tuổi [61].

Nhóm tuổi thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là: 41 - 60 (41,8%) và 61-80 (43,8%). Trong các nghiên cứu của Đoàn Hữu Nghị, Nguyễn Văn Hiếu tuổi thường gặp ung thư trực tràng ở người Việt Nam là 40 - 60 [33], [47]. Ở các nước phát triển tuổi thường gặp là: 40 - 70 tuổi, do tuổi thọ trung bình của các nước này cao hơn. Mặc khác, trong kết quả nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 14 bệnh nhân, chiếm gần 10% bệnh nhân ung thư trực tràng, ở độ tuổi dưới 40, và bệnh nhân nhỏ tuổi nhất chỉ mới 14 tuổi. Tác giả Võ Tấn Long [44] cũng có bệnh nhân nhỏ tuổi nhất bị ung thư trực tràng là mới 17 tuổi. Ung thư trực tràng gặp nhiều ở nhóm tuổi 41-60 là một thực tế đáng lo ngại, khi mà bệnh nhân ở nhóm tuổi này là những người đang ở độ tuổi có nhiều cống hiến cho gia đình và xã hội. Mặc khác, đây cũng là độ tuổi mà chất lượng cuộc sống đang được rất quan tâm, cho nên các phương pháp phẫu thuật giữ lại được chức năng đại tiện cho bệnh nhân là rất quan trọng.

**Giới:** Tỷ lệ nam, nữ mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương nhau (1,08:1), tương tự kết quả của Võ Tấn Long [44], Bùi Chí Viết [62]. Đối với phẫu thuật trực tràng do ung thư, vì khung chậu của nam giới hẹp hơn nữ nên quá trình phẫu thuật sẽ gặp nhiều khó khăn hơn, đặc biệt là

những trường hợp kích thước u lớn, chiếm toàn bộ vùng tiểu khung, hơn nữa ống hậu môn phẫu thuật ở nam giới thường dài hơn ở nữ giới và tiền liệt tuyến to cũng là lý do khiến phẫu thuật ở nam giới khó khăn hơn [39]. Nhưng với phẫu thuật nội soi, các khó khăn do vấn đề về đặc điểm giải phẫu nêu trên đã phần nào được giải quyết, nhất là trong nghiên cứu này của chúng tôi, không có bệnh nhân nào béo phì với BMI trên 30, và gần 96% bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể BMI bình thường hoặc thấp (bảng 3.4).

## **4.2. CHỈ ĐỊNH VÀ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT CỦA CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT NỘI SOI**

### **4.2.1. Đặc điểm lâm sàng liên quan đến chỉ định**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy (bảng 3.5) còn đến 40% bệnh nhân vào viện khi đã có triệu chứng kéo dài trên 3 tháng. Điều đó chứng tỏ rằng nhiều bệnh nhân còn chưa quan tâm đến các rối loạn trong cơ thể hoặc do tình hình chăm sóc sức khỏe ban đầu còn nhiều hạn chế. Đây cũng là lý do khiến 88,4% bệnh nhân vào viện đã ở giai đoạn muộn III và IV, làm ảnh hưởng rất nhiều đến kết quả điều trị (bảng 3.18 và 3.19).

Ở giai đoạn sớm, ung thư trực tràng thường được phát hiện tình cờ hoặc qua khám định kỳ, nhưng ở giai đoạn muộn, các triệu chứng thường diễn hình như đại tiện phân máu tươi, phân nhầy máu mũi, hay thay đổi thói quen đại tiện và đau và mót rặn khi đại tiện.

Chúng tôi ghi nhận đi cầu phân máu là triệu chứng thường gặp nhất khiến bệnh nhân vào viện, với hơn 80%. Bảng 3.6 và 3.7 cho thấy bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu thể hiện đầy đủ các triệu chứng lâm sàng của ung thư trực tràng diễn hình như ỉa máu tươi, phân nhầy máu mũi kéo dài, mót đại tiện... Trong đó, 3 triệu chứng được gặp nhiều nhất theo thứ tự là phân máu tươi, đau bụng và phân nhầy máu mũi. Trong thực tế lâm sàng có một nghịch lý xảy ra: khi chưa có triệu chứng thì chẩn đoán thường gặp nhiều khó khăn, nhưng thuận

lợi trong điều trị và khả năng khỏi bệnh cao; ngược lại, khi bệnh nhân có đầy đủ các triệu chứng lâm sàng, điều đó đồng nghĩa với việc bệnh đã ở giai đoạn muộn, đã xâm lấn rộng và di căn xa nên chẩn đoán dễ dàng hơn, nhưng cơ hội điều trị triệt để ít và tỷ lệ khỏi bệnh thấp, tỷ lệ tái phát cao.

Để phát hiện ung thư trực tràng ở giai đoạn không triệu chứng thì biện pháp tốt nhất là sàng lọc ung thư. Tuy nhiên, để sàng lọc ung thư có hiệu quả, không chỉ là trách nhiệm của riêng ngành y tế, mà phải có sự phối hợp chặt chẽ của nhiều ngành: truyền thông, y tế, bảo hiểm xã hội... Vì vậy, cho đến hiện nay, ngay cả ở các nước phát triển vẫn có khoảng 50% bệnh nhân ung thư trực tràng được chẩn đoán muộn [65]. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, có 3 bệnh nhân được chẩn đoán nhờ chỉ định soi đại tràng do có yếu tố gia đình, dù chưa có triệu chứng lâm sàng. Đây cũng là một nhắc nhở rất hữu ích cho các thầy thuốc lâm sàng khi điều trị cho bệnh nhân ung thư đại trực tràng.

Thăm trực tràng là thủ thuật rất quan trọng trong chẩn đoán và đưa ra thái độ xử trí đối với bệnh nhân ung thư trực tràng, cho dù các phương tiện chẩn đoán hiện đại đã được trang bị ở các cơ sở y tế lớn như chụp cộng hưởng từ hay siêu âm qua nội soi. Mặc dù u trực tràng cao chỉ gặp ở 23 bệnh nhân, nhưng lúc mới vào viện, có đến 64 bệnh nhân không sờ thấy u trực tràng, nhất là có đến 15 bệnh nhân không được thăm trực tràng với lý do là đã có nội soi trước đó (bảng 3.8), đặt ra vấn đề về kỹ năng lâm sàng của thầy thuốc. Thăm trực tràng ngoài xác định sự hiện diện của khối ung thư, nhưng quan trọng hơn, xác định được vị trí khối u so với mép hậu môn [33]. Thăm trực tràng để xác định vị trí khối u, đôi khi có giá trị thực tế hơn là soi trực tràng, đặc biệt là khi khối u di động, bị sa xuống do trọng lực, nên khi soi thấy u ở thấp, nhưng thực tế, khối u ở vị trí cao hơn. Điều này có thể nhận thấy khi so sánh kết quả của các bảng 3.10 và 3.15 của nghiên cứu. Nên thăm trực tràng ở tư thế nằm ngửa để tránh bỏ sót những khối u còn di động

tụt lên cao khi khám bằng tư thế gồi ngực. Qua thăm trực tràng còn đánh giá được độ xâm lấn của khối u, một tiêu chuẩn quan trọng để dự kiến phương pháp phẫu thuật và tiên lượng [14].

#### **4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng liên quan đến chỉ định**

Ngoài các triệu chứng lâm sàng và thăm trực tràng, các xét nghiệm có tính khách quan hơn như nội soi đại trực tràng kèm sinh thiết u, chụp cắt lớp vi tính, siêu âm bụng, chụp x quang tim phổi quy ước đóng vai trò hết sức quan trọng trong chẩn đoán và xử trí ung thư trực tràng. Mặc dù trong điều kiện của cơ sở nghiên cứu chúng tôi, phương pháp chụp cộng hưởng từ và siêu âm qua nội soi chỉ mới đưa vào sử dụng gần đây, nhưng bằng khám lâm sàng kết hợp thăm trực tràng trong lúc mổ, cùng với nội soi và chụp cắt lớp vi tính 64 lát cắt, đã cho phép chúng tôi chẩn đoán và đưa ra phương pháp điều trị hợp lý cho bệnh nhân ung thư trực tràng. Thực hiện soi đại trực tràng ở tất cả các bệnh nhân phát hiện những khối ung thư ở những vị trí khác nhau, đo kích thước từ rìa hậu môn đến khối u là cách thông dụng và hiệu quả nhất trong đánh giá tình trạng bệnh lý ban đầu [40]. Mặt khác, hình ảnh soi đại tràng khách quan hơn và có thể phân biệt giữa ung thư tại trực tràng và ung thư từ ngoài đề vào trực tràng. Kết quả nghiên cứu cho thấy nội soi phát hiện và sinh thiết dương tính ở 100% bệnh nhân ung thư trực tràng, tuy nhiên, có sự khác biệt về đánh giá vị trí u, nhất là u ở đoạn trung gian và cao khi đối chiếu với thăm trực tràng (bảng 3.9 và 3.14). Kết quả sau mổ cho thấy 64 bệnh nhân (43,8%) u nằm ở trực tràng thấp, 59 trường hợp ở trực tràng trung gian (40,4%) và 23 ở trực tràng cao (15,8%). Về kích thước u, 3% bệnh nhân của chúng tôi có kích thước khối u dưới 1/4 chu vi trực tràng và đến hơn 65% bệnh nhân có khối u chiếm hơn 1/2 chu vi lòng trực tràng.

Vị trí khối u so với rìa hậu môn là một tiêu chí quan trọng trong chỉ định phương pháp phẫu thuật đối với u trực tràng. Thăm trực tràng kết hợp



soi đại trực tràng ở tất cả các bệnh nhân phát hiện những khối ung thư ở những vị trí khác nhau, đo kích thước từ rìa hậu môn đến khối u là cách thông dụng và hiệu quả nhất trong đánh giá tình trạng bệnh lý ban đầu [14], [34], [40], [46], [50], [65]. Mặt khác, hình ảnh soi đại tràng khách quan hơn và có thể phân biệt giữa ung thư tại trực tràng và ung thư từ ngoài đè vào trực tràng. Ngoài nội soi phát hiện khối u, thì các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh khác: siêu âm qua trực tràng, CT, MRI, RIS, PET cũng trở nên phổ biến tại các nước phát triển, trong đó siêu âm nội soi đánh giá khá chính xác xâm lấn tại chỗ và di căn hạch khu vực [40], [48], [54], [102]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 47,9% bệnh nhân có u ở cách rìa hậu môn dưới 6 cm (bảng 3.14), ảnh hưởng nhiều đến chỉ định giữ lại cơ thắt và hậu môn cho bệnh nhân.

Kích thước khối u và mức độ xâm lấn của khối u cũng là yếu tố ảnh hưởng lớn đến chọn lựa phương pháp phẫu thuật. Chỉ có 3,4% bệnh nhân của chúng tôi có kích thước khối u dưới 1/4 chu vi trực tràng và đến 67,1% bệnh nhân có khối u chiếm hơn 1/2 chu vi. Điều đó lại một lần nữa khẳng định hầu hết bệnh nhân của chúng tôi đến viện ở giai đoạn muộn. Số liệu nhóm nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Ueno H. Khi nghiên cứu 556 bệnh nhân Ung thư trực tràng cho thấy khối u trên 3/4 chu vi chiếm 47%. Kết quả chụp cắt lớp vi tính (bảng 3.13), sử dụng 64 lát cắt cho thấy xâm lấn mạc treo trực tràng gặp trong 33,6% trường hợp; 3,4% có hình ảnh xâm lấn tạng lân cận và 1,4% đã xâm lấn cơ vòng hậu môn.

Về đặc điểm mô học và độ biệt hoá của tế bào ung thư, chúng tôi gặp 99,3% là ung thư biểu mô tuyến, trong đó ung thư biểu mô tuyến biệt hóa tốt là 55,5%, biệt hoá vừa là 35,6% và kém biệt hoá là 8,9%. Ung thư trực tràng dạng tế bào kém biệt hóa có tiên lượng xấu nhất, do tính chất xâm lấn

và di căn nhanh [18], [33], [44], [65]. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự với các tác giả khác như Nguyễn Văn Hiếu, Võ Tấn Long.

#### **4.2.3. Đặc điểm giai đoạn bệnh liên quan đến chỉ định**

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân giai đoạn III chiếm tỷ lệ rất cao, đến 84,3%, và không có bệnh nhân nào ở giai đoạn I, cho thấy bệnh nhân của chúng ta vào viện rất muộn (bảng 3.18).

Tỷ lệ giai đoạn III, IV/I, II là 7,6, trong khi tỷ lệ này của Kim N. K. là 1,13; Braun J. là 2,3; Gamagami R. là 2,0-3,87 [65]. Kết quả này giải thích được tại sao trong nghiên cứu này của chúng tôi, phẫu thuật cắt cụt trực tràng hậu môn theo phương pháp Miles chiếm đến 43,2%.

#### **4.2.4. Chỉ định phương pháp phẫu thuật nội soi và một số đặc điểm kỹ thuật**

##### ***4.2.4.1. Chỉ định phương pháp phẫu thuật nội soi chung cho các vị trí***

Phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản cho bệnh nhân ung thư trực tràng, và có thể phân thành hai nhóm phẫu thuật chính, bảo tồn cơ thắt và cắt bỏ cơ thắt. Khoảng 40 năm đầu của thế kỷ 20, tất cả các bệnh nhân ung thư trực tràng đều được làm phẫu thuật cắt cụt trực tràng hậu môn kèm lấy bỏ hoàn toàn cơ thắt, làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn theo phương pháp của Miles. Nhưng từ khi Dixon thành công trong phẫu thuật cắt đoạn trực tràng, nhiều bệnh nhân ung thư trực tràng đã không phải mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn nữa.

Bảng 3.19 cho thấy, trong nghiên cứu này của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân phải cắt cụt trực tràng theo phương pháp Miles là 43,2% trong khi đó nhóm bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn cơ chiếm 56,8%, bao gồm 34,9% cắt đoạn đại trực tràng và 21,9% phẫu thuật theo phương pháp pull-through. Tỷ lệ phẫu thuật Miles trong nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn của tác giả Võ Tấn Long là 35,1% [26] hay Bùi Chí Viết năm 2010 là 26% [62]. Sở dĩ như vậy là

do rất nhiều bệnh nhân của chúng tôi đến bệnh viện muộn với tỷ lệ giai đoạn III, IV/I, II đến 7,6:1 (Bảng 3.18) và phương pháp phẫu thuật pull-through mới được chúng tôi chỉ định nhiều hơn trong những năm gần đây.

#### ***4.2.4.2. Chỉ định phương pháp phẫu thuật nội soi đối ung thư trực tràng có u ở vị trí cao***

Trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.9), số bệnh nhân ung thư trực tràng có u ở vị trí cao (cách rìa hậu môn trên 10 cm) là 23 (15,8%) trên tổng số 146 bệnh nhân. Tất cả đều được chỉ định phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng theo phương pháp cắt trước (Bảng 3.22).

Về mặt lý thuyết, đối với những khối u còn khu trú ở thành trực tràng, tiến hành cắt đoạn đại trực tràng, vét hạch, cắt một phần hoặc toàn bộ mạc treo trực tràng, miệng nối đại tràng-trực tràng ở phía trên nếp phúc mạc.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào ở giai đoạn T1, T2 (Bảng 3.18), ở giai đoạn T3 tổ chức ung thư đã xâm lấn đến lớp dưới thanh mạc, nhiều trường hợp đã xâm lấn đến lớp mô quang trực tràng do đó, để đảm bảo tính chất triệt để, tất cả các bệnh nhân trong nhóm phẫu thuật cắt trước đều được cắt toàn bộ mạc treo trực tràng.

#### ***4.2.4.3. Chỉ định phương pháp phẫu thuật nội soi đối ung thư trực tràng có u ở vị trí trung gian***

Đối với ung thư trực tràng đoạn trung gian, cách rìa hậu môn từ 6- <10cm, với 59 bệnh nhân (Bảng 3.9), phẫu thuật cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt bao gồm cắt trước thấp và phẫu thuật theo phương pháp pull-through được chỉ định cho 34 bệnh nhân, chiếm 57,6% (bảng 3.21). Trong nhóm 59 bệnh nhân u nằm ở đoạn trung gian này, có đến 25 bệnh nhân (chiếm 42,4%) được chỉ định cắt cụt trực tràng hậu môn theo phương pháp Miles do u tiến triển tại chỗ (T4, u xâm lấn tạng lân cận) và di căn hạch. Đây là một tỷ lệ khá cao so với một số báo cáo khác.

Tổng hợp các nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 về khả năng bảo tồn cơ thắt cho thấy tỷ lệ bảo tồn cơ thắt tăng theo tương ứng với khoảng cách u đến rìa hậu môn: ở vị trí cách 3cm tỷ lệ bảo tồn cơ thắt 25%, cách 4cm đạt tỷ lệ 33,3%, cách 5cm đạt đến 50%, cách 6 cm đạt 75%, khi vị trí u cách rìa hậu môn từ 7cm trở lên thì tỷ lệ bảo tồn cơ thắt là 100% [ 19], [20].

#### ***4.2.4.4. Chỉ định phương pháp phẫu thuật nội soi đối ung thư trực tràng có u ở vị trí thấp và cực thấp***

Ngày nay, chỉ định phẫu thuật bảo tồn cơ thắt ngày càng được mở rộng cho ung thư trực tràng giữa và một số ung thư trực tràng thấp, đã mang lại những kết quả khả quan hơn, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân [19], [26], [35], [37], [38], [39], [47], [63], [79], [87], [103], [111]. Vấn đề chỉ định phẫu thuật bảo tồn cơ thắt phụ thuộc vào những yếu tố: vị trí, đặc tính của khối u (mức độ xâm lấn, kích thước), sự thành thạo của phẫu thuật viên... Sự phân tích kỹ càng các yếu tố trên là chìa khóa cho thành công của cuộc mổ [19].

Vị trí khối u là căn cứ quan trọng nhất để chỉ định phương pháp phẫu thuật [2], [30], [75], [102], [106]. Dù chỉ định phương pháp phẫu thuật nào thì nguyên tắc quan trọng nhất là phải đảm bảo là lấy bỏ hết khối ung thư và mô bao quanh nó [102]. Thêm nữa, trong một thời gian dài, các phẫu thuật viên vẫn dựa trên nguyên tắc: phải cắt xa khối u ít nhất 5 cm mới bảo đảm không còn tế bào ung thư. Vì vậy, đến cuối những năm 70 của thế kỷ XX, trải qua 40 năm phát triển, phẫu thuật bảo tồn cơ thắt (cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt, phục hồi lưu thông ruột tự nhiên) vẫn chỉ được giới hạn trong phẫu thuật cắt đoạn trực tràng qua đường bụng và được chỉ định cho ung thư trực tràng cao và một số ít ung thư trực tràng trung gian cách hậu môn từ 8cm trở lên [14], [65], [102], còn với đa số ung thư trực tràng trung gian, đặc biệt là những khối u trực tràng thấp, ở vị trí từ 6 cm trở xuống, chỉ định phương pháp phẫu thuật

nào vẫn là đề tài tranh luận giữa hai luồng ý kiến trái ngược nhau: bảo tồn cơ thất hay phá huỷ cơ thất.

Kết quả của chúng tôi cho thấy (bảng 3.9) có 64 trường hợp (53,8%) thuộc nhóm u vị trí trực tràng thấp và cực thấp (u cách rìa hậu môn 4-<6 cm); trong đó cực thấp (4-<5 cm) là 26 bệnh nhân (17,8%), thấp (5-<6 cm) là 38 bệnh nhân (26,0%). Đây là nhóm bệnh nhân mà việc chọn lựa phương pháp phẫu thuật cho đến nay vẫn còn gặp nhiều tranh cãi. Nhờ vào kết quả của những nghiên cứu gần đây đã công bố về xâm lấn ung thư của các tác giả trong và ngoài nước: Nguyễn Hồng Tuấn, Renner K., Rullier E., Teramoto T., Ueno H., Williams N. đã chứng minh rằng tế bào ung thư hiếm khi lan xa quá 1 cm từ bờ khối u và cắt xa khối u 2 cm là bảo đảm an toàn về mặt ung thư học, mà phẫu thuật bảo tồn cơ thất được chỉ định cho ung thư trực tràng ở vị trí dưới 8 cm, và cả những trường hợp thấp hơn nữa [34]. Tuy nhiên, các tác giả này cũng thấy rằng, sự lan xa của ung thư tỷ lệ thuận với những yếu tố không thuận lợi: dạng đại thể của khối u (u loét lan xa hơn u dạng sùi), kích thước khối u (u lớn hơn 5cm lan xa hơn u nhỏ hơn 5 cm) và độ biệt hoá (ung thư biệt hoá kém lan xa hơn ung thư biệt hoá cao). Vì vậy, với những khối u có những yếu tố không thuận lợi trên thì khoảng cách an toàn không phải là 2 cm mà phải xa hơn, thậm chí có thể tăng lên [32], [50], [75]. Cùng với sự phát triển của dụng cụ khâu nối máy, phẫu thuật bảo tồn cơ thất có thêm nhiều kỹ thuật mới: cắt trực tràng trước thấp, cắt trực tràng rồi nối đại tràng- hậu môn và cắt trực tràng kèm hạ đại tràng qua ống hậu môn [81]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.20 cho thấy phẫu thuật cắt trực tràng bảo tồn cơ thất theo phương pháp pull-through được thực hiện ở 32 bệnh nhân, chiếm 21,9% tổng số bệnh nhân ung thư trực tràng. Và đối chiếu với kết quả ở bảng 3.21, 3.22 phương pháp pull-through được áp dụng cho bệnh nhân ung thư trực tràng cực thấp và thấp, chiếm 34,4% nhóm bệnh nhân này. Ở những bệnh

nhân có khối u cách rìa hậu môn 4-5 cm (3 bệnh nhân) và bệnh nhân có u cách rìa hậu môn 5 - < 6 cm (19 bệnh nhân) là những bệnh nhân được chúng tôi cân nhắc rất kỹ các yếu tố trước khi chỉ định phẫu thuật bảo tồn cơ thắt: thứ nhất, khoảng cách từ bờ dưới khối u đến vòng hậu môn trực tràng (đo theo thành trực tràng) phải trên 1cm, thứ hai, kích thước u chiếm dưới 1/2 chu vi trực tràng, thứ ba, khối u còn di động dễ dàng và chưa có hình ảnh thâm nhiễm tổ chức xung quanh trên chẩn đoán hình ảnh, thứ tư, mức độ biệt hóa của tế bào cao. Đây là những bệnh nhân mới được chỉ định phẫu thuật từ năm 2000 trở lại đây, đã cho thấy sự quan tâm đúng mức đến chỉ định phẫu thuật bảo tồn cơ thắt cho ung thư trực tràng, để dần dần theo kịp những tiến bộ của ngành ngoại khoa trên thế giới trong lĩnh vực này. Kết quả phẫu thuật đã cho thấy tính đúng đắn khi chỉ định phẫu thuật cho những bệnh nhân ở vị trí này, với tỷ lệ tái phát tại chỗ của những bệnh nhân này không cao hơn những bệnh nhân có khối u ở vị trí trên 6 cm (Bảng 3.37). Ở vị trí này, nhiều tác giả trong nước cũng như ngoài nước đã lựa chọn phẫu thuật cắt trực tràng cùng toàn bộ cơ thắt, để đảm bảo tính triệt căn của phẫu thuật [10], [20], [29], [36], [43], [56], [91], [100], [118], nhưng ngược lại, ở Nhật Bản và các nước châu Âu, là những nơi rất phát triển phẫu thuật bảo tồn cơ thắt bằng cắt đoạn trực tràng rất thấp (very low anterior resection) và kỹ thuật cắt trực tràng xuyên cơ thắt (intersphincteric resection) đối với ung thư trực tràng rất thấp, chỉ cách hậu môn 3-5cm, nhưng đã mang lại những kết quả rất tốt [79], [87], [100], [110], [111]. Như vậy, chỉ định và kỹ thuật phẫu thuật bảo tồn cơ thắt đã có những tiến bộ mang tính đột phá, làm thay đổi những quan niệm đã ngự trị trong lĩnh vực này trong một thời gian dài: cắt khối u xâm lấn cơ thắt trong kết hợp với tạo hình cơ thắt trong, xử lý miệng nối thấp.

Một yếu tố nữa là xâm lấn tại chỗ và tạng lân cận, được cho là căn cứ quan trọng nhất để chỉ định phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hay phá hủy cơ thắt. Có

nhiều phương pháp đánh giá xâm lấn tại chỗ: thăm trực tràng đánh giá di động của khối u, siêu âm qua nội soi trực tràng, chụp CT, MRI ..., trong đó, phương pháp đánh giá xâm lấn có độ chính xác cao nhất là siêu âm qua nội soi trực tràng [33], [34], [40], [42], [43], [46], [48], [50], [54], [66]. Tuy nhiên, phương pháp này chưa được phổ biến rộng rãi ở nước ta vì giá thành còn quá cao, hơn nữa với những khối u thấp, giá trị của phương pháp này không cao [34], [54], nên đánh giá xâm lấn qua thăm trực tràng trong mô là một trong những cách thường được các phẫu thuật viên sử dụng. Mặc dù tiêu chuẩn đánh giá mang tính chủ quan của người làm thủ thuật, nhưng nếu được khám nhiều lần, khám kỹ lưỡng, kết hợp với kinh nghiệm lâm sàng thì đây là phương pháp đánh giá xâm lấn có giá trị.

Nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.17) cho thấy có 64,3% bệnh nhân khối u xâm lấn ở giai đoạn T2, T3, nhưng có 9,6% (5/52) bệnh nhân xâm lấn T4 được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, trong đó 1 bệnh nhân xâm lấn tử cung, 1 bệnh nhân xâm lấn âm đạo, 2 bệnh nhân xâm lấn bàng quang, 1 bệnh nhân xâm lấn tiền liệt tuyến (Bảng 3.13). Chúng tôi thấy rằng, các tác giả thường chỉ lựa chọn những bệnh nhân ung thư trực tràng xâm lấn T2, T3 để phẫu thuật bảo tồn cơ thắt [103], [111], nhưng cũng có một số tác giả lựa chọn phẫu thuật bảo tồn cơ thắt cho những bệnh nhân ở giai đoạn xâm lấn T4 : Alecsic M., Mohiuddin M., Rullier E.... mà không làm tăng tỷ lệ tái phát tại chỗ. Tuy nhiên, những bệnh nhân này đã được hoá trị và xạ trị trước mổ, để giảm giai đoạn xâm lấn [72], [78], [87]. Chúng tôi cho rằng, khi đã có xâm lấn T4, mà không đánh giá được độ sâu xâm lấn trong mô, không có sinh thiết tức thì diện cắt chu vi tại chỗ xâm lấn thì khả năng cắt không hết tổ chức ung thư là điều có khả năng xảy ra và là nguyên nhân chính gây tái phát tại chỗ sớm. Thực tế, kết quả phẫu thuật đã cho thấy : tái phát tại chỗ sau mổ 5 năm đã xảy ra ở 3 bệnh nhân trong

số 5 bệnh nhân xâm lấn T4. Do đó phải rất thận trọng khi chỉ định phẫu thuật bảo tồn cơ thắt cho bệnh nhân xâm lấn T4.

Tác giả Đoàn Hữu Nghị cũng nhận định rằng, khi bệnh nhân ung thư trực tràng đã có di căn xa, ít có khả năng kéo dài cuộc sống, nên có thể mở rộng chỉ định phẫu thuật bảo tồn cơ thắt để những ngày còn lại của bệnh nhân được sạch sẽ và tự nhiên [47]. Việc chỉ định cắt trực tràng cho bệnh nhân ở giai đoạn T4 hay đã có di căn cũng vẫn cần phải cân nhắc kỹ vì tính triệt để của phẫu thuật thường thấp, dễ xảy ra biến chứng, tái phát sớm [35], [84]. Qua kinh nghiệm lâm sàng, chúng tôi thấy rằng, nếu chưa có xâm lấn tại chỗ, những bệnh nhân đã có di căn thường chết do tái phát và di căn lan tràn, mà không phải do tái phát tại chỗ. Vì vậy việc cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt sẽ giúp bệnh nhân có chất lượng cuộc sống tốt hơn so với phẫu thuật phá hủy cơ thắt. Đồng ý với quan điểm của các tác giả khác, chúng tôi cho rằng những bệnh nhân có di căn xa không phải là chống chỉ định tuyệt đối cho phẫu thuật bảo tồn cơ thắt. Một số tác giả khác cũng chỉ định phẫu thuật bảo tồn cơ thắt cho ung thư trực tràng giai đoạn IV (Dukes D) như Nagamasu Y. 4,3%, Rullier E. 9,3%, Gamagami R. 2,7%-11,1%, nhưng nhiều tác giả lại cho rằng, không nên bảo tồn cơ thắt cho ung thư trực tràng giai đoạn IV như Corman M. L. [67].

Tiêu chuẩn tuổi và giới cũng được quan tâm khi chỉ định phẫu thuật bảo tồn cơ thắt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi : tuổi từ 14-89, tuổi trên 60 được bảo tồn cơ thắt có 41/71 bệnh nhân đạt 57,7% ; không bảo tồn cơ thắt có 30/71 bệnh nhân đạt tỷ lệ 42,3%. Trong độ tuổi từ 14-40 có 14 bệnh nhân, bảo tồn cơ thắt 8/14 (57,1%), trong đó có 2 bệnh nhân tuổi dưới 20 ; phá hủy cơ thắt trong nhóm bệnh nhân trẻ này chỉ có 3/14 (21,4%), trong đó một trường hợp bệnh nhân tuổi dưới 20. Yeatman T. J. cho rằng, tuổi cao thì khả năng thích nghi với thói quen ruột kém hơn so với tuổi trẻ. Vì vậy, chỉ định bảo tồn cơ thắt cho bệnh



nhân già phải rất thận trọng. Nhưng trong nhiều nghiên cứu, Gamagami R., Rullier E. và một số tác giả khác [67] cũng phẫu thuật bảo tồn cơ thắt cho những bệnh nhân trên 70 tuổi, thậm chí trên 80 tuổi, mà kết quả về mặt chức năng cũng rất tốt. Chúng tôi cũng chỉ định bảo tồn cơ thắt cho những khối ung thư ở đoạn trực tràng thấp nhưng khu trú ở thành trước và ở bệnh nhân nữ. Vì cấu tạo sinh lý của khung chậu nữ giới thường rộng hơn và nông hơn ở nam giới, nên khi thao tác trong chậu hông nhỏ thuận lợi hơn. Hơn nữa, có thể phẫu thuật mở rộng cắt thành sau âm đạo khi ung thư xâm lấn thành của âm đạo. Các tác giả Corman M. L. và Yeatman T. J. cũng thống nhất với quan điểm này khi cho rằng, nam giới là yếu tố không thuận lợi cho phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, phẫu thuật cắt trực tràng ở bệnh nhân nữ giới thuận lợi hơn ở bệnh nhân nam giới. Khi chưa có phẫu thuật nội soi thì nam giới khung chậu hẹp, tiền liệt tuyến quá to là những yếu tố bất lợi cho phẫu thuật bảo tồn cơ thắt vì khả năng phẫu tích xuống đáy chậu bị hạn chế do trường mô hẹp, nhưng phẫu thuật nội soi lại giải quyết khá thuận lợi vấn đề này [19]. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 43/76 (56,5%) bệnh nhân nam được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, 33/76 (43,5%) bệnh nhân phẫu thuật phá hủy cơ thắt. Trong đó phẫu thuật cắt trước là 28/76 (36,8%), phẫu thuật pull-through là 15/76 (19,7%), phẫu thuật Miles 33/76 (43,4%). Tỷ lệ bảo tồn cơ thắt ở nữ là 40/70 (57,1%), phá hủy cơ thắt 30/70 (42,9%). Trong đó phẫu thuật cắt trước là 23/70 (32,8%), phẫu thuật pull-through là 17/70 (24,3%), phẫu thuật Miles 30/70 (42,9%).

Qua những kết quả có được và phân tích trên đây cho thấy việc áp dụng các chỉ định phẫu thuật kinh điển điều trị ung thư trực tràng, cho phẫu thuật nội soi là phù hợp. Phẫu thuật nội soi khi thực hiện một số kỹ thuật còn cho thấy có nhiều thuận lợi hơn so với phẫu thuật mở kinh điển.

### 4.3. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

#### 4.3.1. Khả năng cắt bỏ mạc treo trực tràng

Breukink S.O và cộng sự trích dẫn thử nghiệm lâm sàng Dutch nghiên cứu trên 180 bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) nội soi và đánh giá chất lượng cắt mạc treo trực tràng qua các biến số mép phẫu thuật, khả năng lấy hạch mạc treo và độ dài đoạn ruột cắt bỏ; cho thấy 57% đạt hoàn toàn, 19% gần hoàn toàn và 24% không hoàn toàn. Bên cạnh đó, so sánh ở hai nhóm đạt hoàn toàn và không hoàn toàn cho thấy không có sự khác biệt về tiên lượng qua theo dõi 2 năm.

**Bảng 4.1. Chất lượng đại thể mạc treo trực tràng qua phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở [97]**

	<b>TME nội soi (<i>n</i> = 25) <i>n</i> (%)</b>	<b>TME mở (<i>n</i> = 25) <i>n</i> (%)</b>
<b>Mạc treo trực tràng</b>		
Hoàn toàn	13 (52)	15 (60)
Gần hoàn toàn	8 (32)	6 (24)
Không hoàn toàn	4 (16)	4 (16)
<b>Cắt trực tràng trước thấp (LAR)</b>		
Hoàn toàn	12 (63)	13 (68)
Gần hoàn toàn	3 (16)	4 (21)
Không hoàn toàn	4 (21)	2 (11)
<b>Cắt trực tràng bụng- tầng sinh môn (APR)</b>		
Hoàn toàn	1 (17)	2 (33)
Gần hoàn toàn	5 (83)	2 (33)
Không hoàn toàn	0	2 (33)

Tác giả nhận định: mặc dù thời gian phẫu thuật dài hơn nhưng phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng nội soi chứng tỏ những ưu điểm vượt trội: rút ngắn thời gian nằm viện, đau sau mổ ít hơn, thời gian hồi phục sau mổ nhanh hơn. Ngoài ra, sự khuếch đại hình ảnh lên 4 - 6 lần bình thường trong phẫu thuật nội soi giúp giúp bộc lộ vùng chậu tốt hơn, dễ dàng hơn trong phẫu tích vùng chậu trước, bên và cạnh xương cùng. Tất nhiên những ưu thế này của phẫu thuật nội soi chỉ thực sự có ý nghĩa khi kết quả điều trị về mặt ung thư học là tương đương với phẫu thuật mở [97].

#### **4.3.2. Tai biến và biến chứng phẫu thuật**

Chúng tôi gặp 4 trường hợp tai biến trong mổ, chiếm tỷ lệ 2,8%, trong đó 3/4 số tai biến là tổn thương tạng lân cận. Đặc biệt, tất cả tai biến tổn thương tạng lân cận này đều xảy ra ở những bệnh nhân được phẫu thuật Miles như kết quả ở bảng 3.28. Giải thích điều này, chúng tôi cho rằng sở dĩ có tỷ lệ tai biến trong mổ cao ở nhóm mổ Miles so với các nhóm khác là vì đây là những bệnh nhân có u T4 hoặc đã xâm lấn rộng, nên nguy cơ tổn thương tạng khác cao hơn. Điều này cũng được làm rõ hơn như kết quả ở bảng 3.29, với cả 4 tai biến xảy ra ở bệnh nhân ung thư giai đoạn III.

Chuyển mổ mở cũng được xem là một yếu tố quan trọng cần nghiên cứu trong phẫu thuật nội soi nói chung và phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng nói riêng. Mặc dù, cũng thống nhất với các tác giả khác [20], [24] chuyển mổ mở không nên bị xem như một thất bại của phẫu thuật nội soi, mà chỉ nên được xem là một cách chuyển đổi hình thức tiếp cận, nhằm đảm bảo an toàn tối đa cho bệnh nhân và cho thành công của cuộc mổ mà thôi. Chúng tôi có 15 bệnh nhân được chuyển mổ mở, chiếm 10,3%, cũng tương đương với các tác giả khác khi phẫu thuật nội soi triệt căn cho ung thư trực tràng. Riêng về phẫu thuật Miles nội soi, tỷ lệ chuyển mổ mở trong các nghiên cứu khác dao động

từ 0- 25% [59]. Theo Adrien Indar và cộng sự, tỷ lệ chuyển sang mổ mở thay đổi từ 3% đến 29% chung cho tất cả các phương pháp mổ, do các nguyên nhân khối u xâm lấn rộng hoặc nhiều ổ (41%), bệnh nhân béo phì (26%), bất thường về mặt giải phẫu (21%), khối u không đánh giá được (20%). Sự chuyển đổi sang mổ mở cho thấy kết quả không có sự khác biệt so với mổ nội soi hoàn toàn hay mổ mở ngay từ đầu [64].

Có nhiều yếu tố liên quan đến chuyển mổ mở, như giai đoạn bệnh, giai đoạn u, kinh nghiệm phẫu thuật viên, trang thiết bị, phương pháp phẫu thuật. So sánh liên quan giữa chuyển mổ mở với giai đoạn bệnh, chúng tôi nhận thấy 14/15 bệnh nhân chuyển mổ mở, chiếm 93,3% tổng số trường hợp phải chuyển mổ mở của nghiên cứu. So sánh mối liên quan của chuyển mổ mở với vị trí u, chúng tôi nhận thấy những bệnh nhân có u nằm ở đoạn trực tràng trung gian có tỷ lệ chuyển mổ mở cao nhất, đến 16,9%. Về nguyên nhân của tỷ lệ cao hơn hẳn này so với nhóm bệnh nhân u trực tràng cao và nhóm u trực tràng thấp, chúng tôi cho rằng do ở nhóm bệnh nhân u trực tràng cao, việc phẫu tích mạc treo trực tràng thường dễ dàng hơn, còn ở nhóm bệnh nhân có u thấp thì chúng ta có phối hợp đường tăng sinh môn để phẫu tích nên dù u lớn hay thậm chí có tai biến, chúng ta vẫn có thể giải quyết được mà không cần chuyển mổ mở.

Rò bọc miệng nối đại tràng - hậu môn là nguyên nhân chính gây tử vong và tình trạng bệnh tật sau mổ đại trực tràng [9], [12], [73], [88], [104]. Tỷ lệ rò miệng nối sau cắt trực tràng khác nhau tùy theo từng tác giả : Eriksen và cs. (2005) là 11,6% [73], Kanellos I. và cs (2004) là 9,7% [88], Leroy J. và cs (2003) là 17% [93]. Chúng tôi gặp 2 trường hợp rò miệng nối (1,4%), trong đó 1 bệnh nhân bọc miệng nối hoàn toàn, phải mổ lại làm hậu môn nhân tạo đại tràng sigma ; 1 bệnh nhân rò miệng nối vào âm đạo, phải mổ đóng dò kèm

làm hậu môn nhân tạo bảo vệ bên trên. Tìm hiểu nguyên nhân gây rò, chúng tôi nhận thấy cả 2 bệnh nhân đều thuộc nhóm mổ phương pháp pull-through.

Khi nghiên cứu các yếu tố nguy cơ gây rò miệng nối, các tác giả đều cho rằng nam giới là yếu tố nguy cơ cao nhất, sau đó là các yếu tố xạ trị trước phẫu thuật, miệng nối thấp dưới 5 cm, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, bệnh béo phì [39] và tình trạng dinh dưỡng của miệng nối. Đặc biệt là yếu tố phẫu thuật viên, trong đó nhấn mạnh đến khả năng thực hiện miệng nối không bị căng [64], [105], [106]. Chúng tôi cũng đồng ý với nhận định này, vì khi thực hiện miệng nối theo phương pháp pull-through, chúng ta phải khâu bằng tay, và kèm việc phẫu tích tầng sinh môn có thể gây tổn thương mạch máu nuôi dưỡng tại chỗ nên miệng nối dễ thiếu máu, nguy cơ rò bực cao. Có tác giả cho rằng, dẫn lưu manh tràng hoặc đại tràng tạm thời làm giảm tỷ lệ rò miệng nối, nhưng cũng có tác giả cho rằng hậu môn nhân tạo trên dòng không làm giảm tỷ lệ rò miệng nối [39]. Mặc dù không có bệnh nhân nào trong nhóm mổ theo phương pháp pull-through được chúng tôi làm hậu môn nhân tạo ngay từ đầu, nhưng chúng tôi cho rằng việc chỉ định làm hậu môn nhân tạo hay mở thông hồi tràng để bảo vệ cần được cân nhắc khi có nghi ngại về sự thiếu máu trong quá trình phẫu tích hay miệng nối được đánh giá là căng.

Rối loạn chức năng tiểu tiện là một biến chứng của phẫu thuật ung thư trực tràng, đặc biệt khi có vết hạch bạch huyết vùng mở rộng. Nghiên cứu hồi cứu của Matsuoka N. và cs trên 83 bệnh nhân được phẫu thuật vét hạch vùng mở rộng, theo dõi 5 năm cho thấy: 34% bệnh nhân nam và 45% bệnh nhân nữ có tiểu tiện không tự chủ, 9,6% có viêm bàng quang nặng, 2,1% bệnh nhân suy thận mạn [98].

Nghiên cứu của Larson và cộng sự so sánh biến chứng sớm (1 năm) sau mổ nội soi và mổ mở [91], cho kết quả tại bảng 4.2

**Bảng 4.2. So sánh tỷ lệ biến chứng giữa mổ nội soi và mổ mở**

<b>Biến chứng sớm (1 năm)</b>	<b>Mổ nội soi % (n= 33)</b>	<b>Mổ mở % (n= 33)</b>	<b>Giá trị p</b>
Dò miệng nổi	0	1(3)	0,31
Tắc ruột	0	1(3)	0,31
Nhiễm trùng vết mổ	2(6)	1(3)	0,55
Dịch ổ bụng	1(3)	3(9)	0,3
Chít hẹp	2(6)	3(9)	0,64

Kết quả chứng minh tỷ lệ biến chứng trong mổ nội soi thấp hơn so với mổ mở chung cho các phương pháp phẫu thuật. Riêng về phẫu thuật Miles, tác giả Lâm Việt Trung [59] cho rằng biến chứng sau mổ của phẫu thuật Miles liên quan chủ yếu đến thì phẫu tích ở tầng sinh môn và các biến chứng liên quan đến chức năng bàng quang và tình dục. Biến chứng sớm nhất là nhiễm trùng vết mổ bụng và nhiễm trùng vết mổ tầng sinh môn, theo Võ Tấn Long (giai đoạn 1986- 1993) lần lượt là 22,7% và 47,7% [44]; theo Mai Đức Hùng (giai đoạn 1998- 2003) lần lượt là 20,7% và 14,9% [41]. Các nghiên cứu tiến cứu so sánh gần đây giữa phẫu thuật Miles mổ mở và mổ nội soi cho thấy phẫu thuật Miles nội soi có tỷ lệ biến chứng và tử vong tương đương hoặc thấp hơn so với mổ mở, trong khi đó mổ nội soi có ưu điểm là giảm mất máu, giảm truyền máu trong mổ, bệnh nhân được vận động sớm, cho ăn sớm hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn so với mổ mở [18], [56], [86], [97], [99].

Liên quan đến tỷ lệ tử vong sau mổ, chúng tôi không gặp bệnh nhân nào. So sánh với kết quả của một số tác giả khác về tỷ lệ tử vong sau mổ ở những bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật triệt căn, chúng tôi có kết quả ở bảng 4.3.

**Bảng 4.3. Tỷ lệ tử vong của một số tác giả**

<b>Tác giả</b>	<b>Triệt căn</b>	<b>Không triệt căn</b>	<b>Không cắt u</b>	<b>Chung</b>
Nguyễn Văn Hiếu và cs. [41]				0,6
Võ Tấn Long và cs. [55]				0,8
Masayuki K và cs. (Nhật) [123]	0,5-2,0	1,3-2,6	6,3-7,3	
Mario M. và cs (Italy) [121]				18,5

Vì chúng tôi thực hiện phẫu thuật có chuẩn bị nên việc lựa chọn bệnh nhân rất kỹ, không đưa vào nghiên cứu những bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, hô hấp, thận, gan nặng, với điểm ASA từ 3 trở xuống vì vậy không có bệnh nhân nào tử vong sau mổ. Mặt khác, trong nghiên cứu này, chúng tôi không đưa vào các bệnh nhân mổ cấp cứu khi u đã có biến chứng, cũng là nguyên nhân giải thích vì sao tỷ lệ tử vong của chúng tôi sau mổ bằng 0. Ngoài ra, còn rất nhiều yếu tố góp phần loại trừ tỷ lệ tử vong sau mổ: Bệnh nhân mổ có chuẩn bị, trình độ của phẫu thuật viên được nâng cao, phương tiện, dụng cụ được nâng cấp, gây mê hồi sức tốt, kháng sinh mạnh và điều kiện chăm sóc sau mổ tốt, nên ít xảy ra tai biến, biến chứng nặng dẫn đến tử vong sau mổ. Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật triệt căn của các tác giả trong và ngoài nước hiện nay khoảng 0,5%-7,6% [39].

Qua kết quả nghiên cứu, phân tích, chúng tôi thấy có một số yếu tố có thể được xem là ảnh hưởng đến kỹ thuật (dẫn đến chuyển mổ mở, các tai biến trong mổ, thời gian thực hiện cuộc mổ, và tử vong sau mổ):

- Vị trí u
- Mức độ xâm lấn của u
- Trình độ của phẫu thuật viên
- Phương tiện, dụng cụ phẫu thuật
- Thể trạng bệnh nhân

### 4.3.3. Thời gian phẫu thuật và thời gian hậu phẫu

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 202 phút (60 đến 410 phút), tương tự tác giả Nguyễn Trọng Hòe [39], thấp hơn trong nghiên cứu của của Mario M. và cs. là 250 phút [95], nhưng cao hơn trong nghiên cứu của Zhou Z-G 120 phút [111]. Bệnh nhân có thời gian mổ dài nhất ở nhóm mổ theo phương pháp pullthrough và bệnh nhân có thời gian mổ ngắn nhất ở nhóm mổ theo phương pháp cắt trước.

Thời gian nằm viện từ khi mổ đến khi ra viện trung bình là 8,3 ngày. Bệnh nhân có thời gian nằm viện sau mổ ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 32 ngày.

### 4.3.4. Tái phát tại chỗ-tại vùng

Qua theo dõi 146 bệnh nhân chúng tôi thấy: tái phát tại chỗ 12 bệnh nhân (8,2%). Các yếu tố nguy cơ tái phát tại chỗ bao gồm: mức độ xâm lấn của khối u, độ biệt hoá... Tổng kết một số kết quả trong và ngoài nước, chúng tôi có tỷ lệ tái phát như sau:

**Bảng 4.4. Tỷ lệ (%) tái phát tại chỗ- tại vùng của một số tác giả**

Tác giả	Tỷ lệ tái phát tại chỗ- tại vùng		
	Toàn bộ (%)	2 năm (%)	5 năm (%)
Mario M. và cs. [121]		4,2	
Lee và cs.			9,4
Kranenbarg EK [115]		3,4	
Graham B. và cs [102]	9,8		
Leroy J. và cs [119]		6,0	
Tsang WWC và cs. [132]		4,5	



Tỷ lệ tái phát tại chỗ của chúng tôi cũng tương tự với tác giả Graham B. và cs nhưng cao hơn các tác giả Mario M. Và cs, Kranenbarg EK và cs., Leroy J. Và cs, Tsang WWC. Và cs (Bảng 4.4). Thời gian tái phát trung bình là  $18,8 \pm 13,7$  tháng cho tất cả phương pháp mổ. Kapiteijn [89], cũng thấy rằng tái phát tại chỗ trong 2 năm đầu là 14-16%. Nguyễn Văn Hiếu [35] cũng cho kết quả tương tự. Tổng hợp từ các nghiên cứu đa trung tâm cũng nhận định rằng tái phát xảy ra chủ yếu trong 3 năm đầu sau phẫu thuật [101]. Điều đó chứng tỏ việc tái khám theo dõi định kỳ trong 3 năm đầu tiên sau mổ là rất quan trọng nhằm phát hiện sớm tái phát, từ đó có biện pháp xử trí kịp thời. Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy có một số nguyên nhân được xem là ảnh hưởng đến tái phát tại chỗ, đó là: giai đoạn u, vỡ u trong mổ, độ biệt hoá tế bào. Theo Fernandez-Represa JA và cs (2004), kỹ thuật mổ cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tái phát [75].

Một số biện pháp khác nhằm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ bao gồm: rửa sạch vùng mổ và lòng trực tràng còn lại nhiều lần, điều trị hỗ trợ bằng xạ trị và hoá trị cũng được áp dụng và có kết quả. Xạ trị và hóa trị bổ trợ sau phẫu thuật làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ 5 năm 10% so với tỷ lệ 25% nếu phẫu thuật đơn thuần [105]. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ thấp hơn có ý nghĩa nếu xạ trị trước mổ so với xạ trị sau mổ, trong khi không có sự khác biệt về sống thêm [15], [78], [84], [109].

So sánh tỷ lệ tái phát ở các nhóm bệnh nhân được phẫu thuật theo 3 phương pháp chính, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tái phát cao hơn hẳn ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp pull-through với tỷ lệ là 12,5%. Tuy nhiên, thời gian tái phát của nhóm bệnh nhân phẫu thuật phương pháp pull-through lại dài hơn so với các nhóm còn lại.

Tác giả Adrien Indar và cộng sự tổng hợp từ nhiều nghiên cứu so sánh cho thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ sau phẫu thuật nội soi thấp hơn so với mổ mở: theo Ng và cs. là 5% so với 11%; Gilou và cs. là 9,7% so với 10,1%; Strohlein và cs. là 6,9% so với 9,5% [64].

#### **4.3.5. Sống thêm toàn bộ**

Thời gian sống thêm sau mổ được xem là một trong các tiêu chí quan trọng nhất để đánh giá kết quả của phẫu thuật ung thư. Tất cả các phương pháp điều trị kết hợp như xạ trị, hoá trị, miễn dịch cũng không nằm ngoài mục đích này. Trước đây, nhiều tác giả cho rằng phẫu thuật Miles có tỷ lệ sống thêm 5 năm cao hơn phẫu thuật bảo tồn cơ thắt [44], nhưng ngày nay điều đó không hoàn toàn đúng nữa [82], [84], [87], [95], [101], [103], [111]. Vì vậy, phẫu thuật bảo tồn cơ thắt chỉ định cho những ung thư trực tràng khu trú ở thành trực tràng, còn phẫu thuật Miles chỉ định cho những trường hợp đã có xâm lấn rộng. Thời gian sống thêm dài hay ngắn phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, đặc điểm mô học của khối u, mức độ triệt căn của phẫu thuật và các biện pháp điều trị bổ trợ.

Với thời gian theo dõi trung bình  $42,2 \pm 10,4$  tháng, trong nghiên cứu của chúng tôi có 11 trường hợp tử vong, chiếm 7,5%. Thời gian sống thêm chung là 29,96 tháng. So sánh mối liên quan giữa thời gian sống thêm và phương pháp mổ, chúng tôi nhận thấy thời gian sống thêm của nhóm bệnh nhân pull-through là cao nhất với trung bình 36 tháng. Thời gian sống thêm trung bình cho tất cả bệnh nhân được dự đoán theo Kaplan Meier là 67,8 tháng, tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm đạt 84,2%. Tử vong chủ yếu xảy ra ở 3 năm đầu tiên sau phẫu thuật do bệnh tái phát tại chỗ và di căn ung thư; và điều này cũng phù hợp với nhận xét của Nguyễn Văn Hiếu [35], Võ Tấn Long [44], Đoàn

Hữu Nghị [47]. Tổng hợp từ nghiên cứu đa trung tâm của Adrien Indar và cộng sự về kết quả điều trị cho thấy, sống thêm toàn bộ 5 năm theo Staudache và cs. là 81%, theo Blanchi và cs. là 81,4%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm trong nghiên cứu của Leroy và cs. thấp hơn, chỉ đạt 75% [64].

Một yếu tố tiên lượng được các nhà ngoại khoa nói chung và phẫu thuật đại trực tràng nói riêng quan tâm hiện nay là phẫu thuật viên [85], [105], [106]. Đó là khả năng cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME), kỹ năng hoá trị và xạ trị hỗ trợ..., trong đó quan trọng nhất là kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng [71], [75], [84], [89], [94], [96]. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy rằng, bệnh nhân của phẫu thuật viên đại trực tràng có thời gian sống thêm tốt hơn bệnh nhân của các phẫu thuật viên khác [39]; tỷ lệ rò miệng nối ít hơn và tỷ lệ tái phát tại chỗ thấp hơn. Heald và cộng sự [81] cho thấy tỷ lệ sống thêm 5 năm của nhóm bệnh nhân cắt toàn bộ mạc treo trực tràng cao hơn nhóm bệnh nhân phẫu thuật quy ước (62-75% so với 42-44%).

#### **4.3.6. Sống thêm không bệnh**

Sống thêm không bệnh 5 năm trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 80,1%, tương tự tác giả Blanchi và cs. (79,8%) và cao hơn tác giả Staudacher và cs. (70%). Trong 146 bệnh nhân trong nghiên cứu, có 6 bệnh nhân có di căn xa tại thời điểm chẩn đoán (5 di căn gan và 1 di căn phổi). Dựa trên hướng dẫn điều trị [67], chúng tôi đã tiến hành hóa trị trước cho 6 bệnh nhân này, phác đồ FOLFOX và tiến hành phẫu thuật sau 5 tuần. Hai trong 6 bệnh nhân này đã tiến triển và tử vong, trong khi 4 bệnh nhân còn lại vẫn còn sống với bệnh không tiến triển. Kết quả này đã chứng minh vai trò của hóa trị trước mổ đối với các trường hợp ung thư trực tràng di căn, cụ thể trong nghiên cứu của chúng tôi chính là đã góp phần làm cải thiện tỷ

lệ sống thêm không bệnh 5 năm. Phác đồ hóa trị trên nền tảng 5-FU và Oxaliplatin (FOLFOX) đang chứng minh hiệu quả không chỉ trong ung thư đại tràng mà còn trong ung thư trực tràng di căn [22], [65], [109].

#### **4.3.7. Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật**

Chức năng tự chủ của hậu môn là yếu tố quan trọng của chất lượng cuộc sống. Đánh giá mức độ tự chủ theo tiêu chuẩn của Kiwan căn cứ vào mức độ kìm giữ của cơ thắt hậu môn, được chia làm 5 độ, từ độ I là rất tốt (tự chủ hoàn toàn với cả phân đặc, lỏng và hơi) đến độ V là rất xấu đòi hỏi phải làm hậu môn nhân tạo.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá chức năng tự chủ cơ thắt hậu môn ở 32 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt theo phương pháp pull-through cho kết quả Kiwan I, II là 78,1%; Kiwan III là 21,9%; không có bệnh nhân Kiwan IV và V. Nguyễn Minh An [2] nghiên cứu trên 36 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn bằng phẫu thuật nội soi, trong đó có 27 bệnh nhân khai thác được thông tin về chức năng tự chủ hậu môn sau phẫu thuật, kết quả Kiwan I, II đạt được 92,6% Kiwan III là 7,4%. Nguyễn Trọng Hòe [39] nghiên cứu trên 44 bệnh nhân ung thư trực tràng đoạn giữa được điều trị phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hạ đại tràng qua ống hậu môn bằng mổ mở, cho kết quả: Kiwan I, II là 68,2%; Kiwan III là 29,5%; Kiwan IV là 2,3%. So sánh các kết quả trên cho thấy có sự chênh lệch khá lớn về kết quả chức năng tự chủ hậu môn giữa phương pháp mổ nội soi và mổ mở.

Theo một số nghiên cứu ở nước ngoài, chức năng tự chủ của hậu môn sẽ tốt hơn nếu được tạo hình đại tràng hoặc túi chữ J đại tràng [76], [91].

Tìm hiểu về các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng phục hồi chức năng tự chủ của cơ thắt hậu môn, một số tác giả thấy rằng những bệnh nhân nam tuổi trên 50 thì khả năng phục hồi chức năng cơ thắt kém hơn ở những bệnh nhân nữ tuổi dưới 50 [2], [39]. Vị trí u cũng là một yếu tố quan trọng, người ta thấy rằng u càng gần vòng hậu môn trực tràng thì càng khó đạt tự chủ hậu môn; miệng nối càng gần hậu môn, đoạn đại tràng bị cắt càng dài thì tự chủ hậu môn sau mổ càng kém.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 146 bệnh nhân ung thư trực tràng được chẩn đoán và điều trị triệt căn bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 4/2007 đến 3/2013, chúng tôi kết luận như sau:

### 1. Chỉ định và một số đặc điểm kỹ thuật của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng

#### - Chỉ định phương pháp phẫu thuật nội soi:

Trong tổng số 146 bệnh nhân, chỉ định:

**Cắt trước:** được chỉ định cho 23 bệnh nhân, chiếm 15,8%. U ở vị trí cao, cách rìa hậu môn trên 10 cm.

**Cắt trước thấp:** được chỉ định cho 28 bệnh nhân, chiếm 19,1%.

+ Khối u ở vị trí trung gian (cách rìa hậu môn 6-<10cm) 24 bệnh nhân.

+ Khối u ở vị trí thấp (cách rìa hậu môn 5-<6 cm) 3 bệnh nhân

+ Khối u ở vị trí cực thấp (cách rìa hậu môn 4-<5 cm) 1 bệnh nhân

Các khối u giai đoạn II (T3 - không di căn hạch quanh trực tràng).

**Cắt trực tràng nối đại tràng với ống hậu môn bảo tồn cơ thắt hậu môn (Phẫu thuật pull- through):** được chỉ định cho 32 bệnh nhân, chiếm 21,9%.

+ Khối u ở vị trí trung gian (cách rìa hậu môn 6-<10cm) 10 bệnh nhân.

+ Khối u ở vị trí thấp (cách rìa hậu môn 5-<6 cm) 19 bệnh nhân

+ Khối u ở vị trí cực thấp (cách rìa hậu môn 4-<5 cm) 3 trường hợp

Giai đoạn T3 - 4, chưa xâm lấn cơ thắt hậu môn.

**Cắt cắt trực tràng hậu môn đường bụng tăng sinh môn (Phẫu thuật Miles):** được chỉ định cho 63 bệnh nhân, chiếm 43,2%.

+ Khối u ở vị trí trung gian (cách rìa hậu môn 6-<10cm) 25 bệnh nhân.

+ Khối u ở vị trí thấp (cách rìa hậu môn 5-<6 cm) 16 bệnh nhân

+ Khối u ở vị trí cực thấp (cách rìa hậu môn 4-<5 cm) 22 bệnh nhân

Giai đoạn T3 - 4, có xâm lấn cơ thắt hậu môn kèm hạch N2-3.

**- Đặc điểm kỹ thuật:**

Tỷ lệ bảo tồn cơ thất chung đạt 56,8%.

Thời gian mổ trung bình của phẫu thuật nội soi đối với bệnh nhân ung thư trực tràng là 202 phút. Phẫu thuật cắt trước và cắt trước thấp có thời gian mổ trung bình ngắn nhất là 187 phút, phẫu thuật Miles có thời gian mổ trung bình là 205 phút; lâu nhất là phẫu thuật pull-through, trung bình là 222 phút.

Tỷ lệ chuyển mổ mở là 10,3%, phần lớn do u giai đoạn T4. Tỷ lệ chuyển mổ mở cao nhất ở những bệnh nhân u trực tràng trung gian.

**2. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng:**

Không có bệnh nhân tử vong trong mổ và thời gian hậu phẫu. Tỷ lệ biến chứng sau mổ 8,9%. Tỷ lệ mổ lại trong thời gian hậu phẫu 3,3%. Tỷ lệ dò bực miệng nối là 1,4%. Thời gian nằm viện trung bình từ khi mổ đến khi ra viện của bệnh nhân là 8,3 ngày.

Tỷ lệ tái phát tại chỗ-tại vùng là 8,2% với thời gian tái phát trung bình là  $18,8 \pm 13,7$  tháng cho tất cả các phương pháp mổ. Tỷ lệ tái phát theo các phương pháp mổ cắt đoạn đại trực tràng, Miles và pull-through lần lượt là 7,8%, 6,4% và 12,5%.

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh 5-năm lần lượt là 84,25% và 80,1%.

Thời gian sống thêm trung bình dự đoán là  $67,8 \pm 2,1$  tháng.

Thời gian sống thêm chung của nhóm bệnh nhân phẫu thuật theo phương pháp pull-through ( $36 \pm 21,54$  tháng) là dài hơn so với 2 nhóm bệnh nhân còn lại.

Chức năng tự chủ hậu môn của 32 bệnh nhân phẫu thuật bảo tồn cơ thất theo phương pháp pull-through: Kiwan I, II là 78,1%; Kiwan III là 21,9%; không có Kiwan IV và V.

## **KIẾN NGHỊ**

**1.** Triển khai đồng bộ và nâng cao chất lượng các phương tiện chẩn đoán nhằm đánh giá chính xác đặc điểm bệnh lý, đặc biệt là giai đoạn bệnh từ đó đề ra chiến lược điều trị cũng như chọn lựa phương pháp phẫu thuật phù hợp.

**2.** Phẫu thuật nội soi nên được chỉ định thường quy với các giai đoạn thích hợp vì phương pháp này chứng tỏ nhiều ưu điểm vượt trội hơn so với phẫu thuật mở kinh điển, kể cả bảo đảm về mặt ung thư học, bên cạnh đó cần hoàn thiện về mặt kỹ thuật.



## DANH MỤC CÁC BÀI BÁO LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Phạm Như Hiệp, Phạm Văn Linh, Lê Lộc, Hồ Hữu Thiện, Phan Hải Thanh, Phạm Anh Vũ, Nguyễn Thanh Xuân, Mai Đình Điều (2008), *“Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện TW Huế”*, Tạp chí Y học thực hành, số 5, tr 13-16.
2. Phạm Như Hiệp, Mai Đình Điều (2008), *“Tắc ruột trong ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Trung ương Huế”*, Tạp chí Y học thực hành Xuân Mậu Tý, tr.86-88.
3. Mai Đình Điều, Đặng Hoàng An (2009), *“Đánh giá kết quả hóa trị hỗ trợ phác đồ Fu-Fa sau phẫu thuật và xạ trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế từ năm 2004 đến 2006”*, Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 13, Phụ bản của số 5, tr.133-138.
4. Mai Đình Điều, Trần Như Nguyên Phương, Nguyễn Văn Duy, Hồ Ngọc Sang, Lê Phước Anh, Nguyễn Thanh Ái (2013), *“Nghiên cứu vai trò của nội soi tiêu hóa trong chẩn đoán ung thư trực tràng”*, Tạp chí Ung thư học Việt Nam, Số 2, tr.142-144.
5. Mai Đình Điều, Phạm Như Hiệp, Phạm Nguyên Tường, Võ Thế Thọ, Đặng Hoàng An, Nguyễn Thị Kỳ Giang (2013), *“Kết quả điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật ung thư trực tràng (2007-2013)”*, Tạp chí Y học lâm sàng, tr. 20-22.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TIẾNG VIỆT

1. Hoàng Mạnh An, Bùi Tuấn Anh, Phạm Văn Hội, Lê Mạnh Hòa, Lê Thanh Sơn (2011), “Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi đại trực tràng tại bệnh viện 103”, *Tạp chí Y Dược Quân sự*, tr.87-90.
2. Nguyễn Minh An (2013), “*Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư trực tràng thấp*”, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
3. Nguyễn Thị Hải Anh, Tô Quang Huy, Nguyễn Đại Bình, Bùi Diệu (2010), “Đối chiếu nội soi – sinh thiết và giải phẫu bệnh sau mổ 158 ung thư đại trực tràng”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 14, phụ bản số 4, tr.257-262.
4. Tôn Thất Bách (2000), “Phẫu thuật nội soi: Hiện tại và xu hướng phát triển”, *Phẫu thuật nội soi ổ bụng*, tr.407-416.
5. Nguyễn Hoàng Bắc (2003), “Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bằng phẫu thuật nội soi”, *Hội thảo chuyên đề: Bệnh hậu môn-Đại trực tràng*, Tp Hồ Chí Minh, tr.229-233.
6. Nguyễn Hoàng Bắc, Đỗ Minh Đại, Từ Đức Hiền, Lê Quan Anh Tuấn và cs (2003), “Cắt đại tràng nội soi”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 7, phụ bản số 1, tr.127-131.
7. Nguyễn Hoàng Bắc, Đỗ Minh Đại, Lê Quan Anh Tuấn, Ung Văn Việt (2003), “ Phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng”, *Hội thảo chuyên đề Bệnh hậu môn-Đại trực tràng*, Tp Hồ Chí Minh, tr.160-165.
8. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Trung Tín (2006), “Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng thấp”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 319, tr.131-137.

9. Nguyễn Hoàng Bắc, Ung Văn Việt, Nguyễn Hữu Thịnh (2008), “Xi miêng nối sau phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng do ung thư”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 12, phụ bản của số 4, tr.308-313.
10. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh (2009), “Kết quả bước đầu phẫu thuật gian cơ thắt điều trị ung thư trực tràng thấp”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, số 13, phụ bản của số 1, tr.29-31.
11. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh (2010), “Kết quả sớm của điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng qua ngả soi ổ bụng”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 14, số 1, tr.28-32.
12. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh, Nguyễn Quốc Thái (2010), “Tai biến và biến chứng phẫu thuật nội soi cắt nối máy điều trị ung thư trực tràng”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 14, phụ bản số 1, tr.119-123.
13. Phạm Văn Bình (2013), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt cắt trực tràng đường bụng tăng sinh môn điều trị ung thư trực tràng thấp*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
14. Bộ môn Ngoại (2011), “Ung thư đại tràng”, “Ung thư trực tràng”, *Giáo trình sau đại học, Ngoại Tiêu hóa, Trường Đại học Y Dược Huế*, tr.253-265.
15. Cao Khả Châu, Mai Đình Điều, Tôn Thất Cầu, Phạm Nguyên Tường và cs. (2010), “Kết quả bước đầu xạ trị ung thư trực tràng”, *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, số 1, tr.357-360.
16. Trần Đức Dũng (2005), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Việt Đức từ năm 2003-2005*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.

17. Triệu Triều Dương, Đặng Vĩnh Dũng, Đỗ Ngọc Thê (2006), “Kết quả điều trị ung thư trực tràng thấp bằng phương pháp TME và bảo tồn thân kinh chủ động vùng chậu”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 319, tr.93-99.
18. Triệu Triều Dương (2007), “Kết quả phẫu thuật mở và nội soi bệnh ung thư trực tràng thấp: chỉ định và những yếu tố tiên lượng”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, số 20, tr.25-30.
19. Triệu Triều Dương (2007), “Nghiên cứu khả năng bảo tồn cơ thắt hậu môn điều trị ung thư trực tràng bằng kỹ thuật mổ nội soi”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, số 23, tr.33-35.
20. Triệu Triều Dương (2008), “Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại bệnh viện trung ương quân đội 108”, *Tạp chí Y học quân sự*, số 1, tr.121-125.
21. Triệu Triều Dương (2009), “Cắt đại tràng phải nội soi”, “Cắt đại tràng trái nội soi”, “Cắt trực tràng nội soi”, *Kỹ thuật nội soi trong thực hành điều trị*, Nhà xuất bản Y học, tr.144-167.
22. Nguyễn Bá Đức (2000), “Ung thư đại tràng-trực tràng”, *Hóa chất điều trị bệnh ung thư*, NXB Y học, tr. 87-95.
23. Hồ Hữu Đức, Võ Tấn Long (2006), “Kết quả sớm sử dụng máy khâu nối trong điều trị ung thư trực tràng”, *Tạp chí Ngoại khoa*, Tổng hội Y Dược học Việt Nam, số 3, tập 56, tr.73-76.
24. Trần Bình Giang, Tôn Thất Bách (2005), *Phẫu thuật nội soi ổ bụng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
25. Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung, Võ Tấn Long, Trần Phùng Dũng Tiến (2007), “Phẫu thuật Miles qua nội soi ổ bụng qua 61 trường hợp”, *Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh*, \*Tập 11\*, Phụ bản của số 4 năm 2007, tr.204-211.

26. 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 hậu môn có bảo tồn cơ thắt cho ung thư trực tràng thấp”, *Tạp chí Ngoại Khoa*, tập 60, số 4-5-6, tr.119-125.
27. Nguyễn Minh Hải, Hồ Cao Vũ (2010), “Phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng lấy bệnh phẩm qua ngả tự nhiên”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 14, phụ bản số 2, tr.147-150.
28. Võ Văn Hiền (2007), “Vai trò của CEA trong ung thư đại trực tràng”, *Tạp chí Y Học Tp Hồ Chí Minh*, Tập 11, Phụ bản của số 4, tr.173-182.
29. Phạm Như Hiệp, Phan Hải Thanh, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ (2009), “Kinh nghiệm điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 13, Phụ bản của số 5- 2009, Hội thảo phòng chống ung thư- TP. Cần Thơ 2009, tr.139-145.
30. Phạm Như Hiệp, Phạm Anh Vũ và cs (2012), “Phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt trong điều trị ung thư trực tràng thấp: Kinh nghiệm của Bệnh viện Trung ương Huế”, *Tạp chí Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt nam*, số 1 năm 2012, tr 115-118.
31. Phạm Như Hiệp, Phạm Anh Vũ, Hồ Hữu Thiện, Phan Hải Thanh (2013), “Kỹ thuật phẫu thuật cắt đoạn trực tràng hoàn toàn qua lỗ tự nhiên-N.O.T.E.S”, *Tạp chí Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt nam*, số 3 năm 2013, tr.34-37.
32. Phạm Như Hiệp, Phạm Anh Vũ, Lê Quang Minh (2010), “Phẫu thuật Miles nội soi trong điều trị ung thư trực tràng thấp”, *Tạp chí nghiên cứu y học*, tập 68, số 3, tr.262-267.
33. Nguyễn Văn Hiếu, Võ Văn Xuân (2008), “Ung thư đại, trực tràng và ống hậu môn”, *Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư*, Nhà xuất bản Y học-Hà Nội, tr.223-235.

34. Nguyễn Văn Hiếu (2002), *Nghiên cứu độ xâm lấn của ung thư trực tràng qua lâm sàng, nội soi và siêu âm nội trực tràng*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
35. Nguyễn Văn Hiếu (2007), “Kết quả điều trị phẫu thuật bảo tồn cơ tròn qua 160 bệnh nhân ung thư trực tràng tại bệnh viện K từ 2000-2003”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, bệnh viện Bạch Mai, tr.32-35.
36. Nguyễn Trọng Hòe, Hoàng Mạnh An, Lê Trung Hải, Đặng Việt Dũng, Nguyễn Văn Xuyên (2006), “Một số kết quả điều trị ung thư trực tràng theo phương pháp Miles qua 37 trường hợp”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 6, tr.74-76.
37. Phan Anh Hoàng, Nguyễn Bá Sơn, Nguyễn Hồng Tuấn, Vũ Huy Nùng (2005), “Đánh giá chức năng bàng quang và sinh dục nam sau phẫu thuật cắt nối trước thập điều trị ung thư trực tràng đoạn giữa có bảo tồn thần kinh tự động”, *Tạp chí Y-Dược học Quân sự*, số 5, Học viện Quân y, tr.108-115.
38. Phan Anh Hoàng (2006), *Nghiên cứu chỉ định, kỹ thuật và kết quả sau mổ cắt nối kỳ đầu điều trị ung thư trực tràng đoạn giữa*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
39. Nguyễn Trọng Hòe (2009), *Nghiên cứu chỉ định, kỹ thuật và kết quả của phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, hạ đại tràng qua ống hậu môn trong điều trị ung thư phần giữa trực tràng*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
40. Mai Minh Huệ (2008), “Soi đại tràng ống mềm”, *Nội soi tiêu hóa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.128- 137.
41. Mai Đức Hùng (2012), “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt trước thập nối máy điều trị ung thư trực tràng”, *Tạp chí Y dược học quân sự*, tháng 1, 37 (1), tr.157-162.

42. Đỗ Trung Khanh, Võ Tấn Long, Trần Minh Thông, Nguyễn Minh Hải và cs. (2007), “Đánh giá mức độ xâm lấn và di căn hạch của ung thư trực tràng”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, số 11, phụ bản của số 4, tr.197-203.
43. Đào Văn Long (2008), “Chẩn đoán giai đoạn các ung thư đường tiêu hóa theo phân loại TNM qua siêu âm nội soi”, *Nội soi tiêu hóa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.193-201.
44. Võ Tấn Long (2003), “Ung thư trực tràng-các yếu tố tiên lượng sau điều trị phẫu thuật”, *Tạp chí Ngoại khoa*, Tổng hội Y Dược học Việt Nam, số 3, tr.8-11.
45. Phó Đức Mẫn, Võ Đăng Hùng, Lê Hoàng Minh (1995), “Ung thư đại tràng-trực tràng và hậu môn”, *Cẩm nang ung bướu học lâm sàng*, xuất bản lần thứ 6, tập II, NXB Y học, tr.475-494.
46. Hoàng Kim Ngân (2006), *Đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và kháng nguyên biểu hiện gen p53, Ki67, Her-2/neu trong ung thư đại trực tràng*, Luận văn tốt nghiệp Chuyên khoa cấp II, Học viện Quân y.
47. Đoàn Hữu Nghị (2003), “Phẫu thuật bảo tồn cơ thắt trên 73 bệnh nhân ung thư trực tràng tại bệnh viện K”, *Hội thảo chuyên đề Bệnh hậu môn-Đại trực tràng*, Tp Hồ Chí Minh, tr.181-189.
48. Nguyễn Thúy Oanh (2003), “Bước đầu nghiên cứu siêu âm qua nội soi trực tràng trong ung thư”, *Hội thảo chuyên đề Bệnh hậu môn-Đại trực tràng*, Thành phố Hồ Chí Minh, tr.296-298.
49. Vũ Thái Phúc (2010), *Nghiên cứu kỹ thuật bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng*, Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa cấp II, Học viện Quân y.
50. Lê Văn Quang, Đỗ Xuân Trường (2005), “Khảo sát giới hạn dưới của ung thư trực tràng”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 9, phụ bản số 1, tr.83-87.

51. Nguyễn Quang Quyền (1997), *Atlas Giải phẫu người*, Sách dịch, tái bản lần 2, NXB Y học.
52. Nguyễn Tạ Quyết, Hoàng Vĩnh Chúc, Lê Quang Nghĩa (2009), “Nghiên cứu cắt đại tràng-trực tràng qua nội soi ổ bụng”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 13, số 1, tr.32-37.
53. Nguyễn Tãi (2008), *Đánh giá kết quả điều trị ung thư đại trực tràng bằng phẫu thuật nội soi*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Dược Huế.
54. Phạm Văn Tấn, Nguyễn Đình Hồi, và cs (2010), “Kết quả siêu âm nội trực tràng đánh giá mức độ xâm lấn hạch của ung thư trực tràng”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 14, số 1, tr.15-20.
55. Nguyễn Danh Thanh (2007), “Biến đổi CEA ở 53 bệnh nhân ung thư trực tràng trước và sau xạ trị áp sát kết hợp với phẫu thuật”, *Tạp chí Y Dược Quân sự*, số 1, tr.100-103.
56. Nguyễn Thị Kim Thu, Phạm Văn Bình, Nguyễn Văn Hiếu (2010), “So sánh mức độ đau sau phẫu thuật nội soi và mổ mở ung thư đại trực tràng tại khoa ngoại C”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 14, phụ bản số 4, tr.760-764.
57. Đặng Trần Tiến (2007), “Nghiên cứu hình thái học của ung thư đại-trực tràng”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 11, phụ bản số 4, tr.682-685.
58. Lâm Việt Trung, Nguyễn Minh Hải (2006), “Kết quả sớm của phẫu thuật cắt toàn bộ trực tràng qua ngã bụng và tăng sinh môn bằng nội soi ổ bụng trong ung thư trực tràng hậu môn”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 319, tr.34-43.
59. Lâm Việt Trung (2008), *Phẫu thuật cắt toàn bộ trực tràng qua ngã trước và ngã tăng sinh môn bằng nội soi ổ bụng*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.



60. Nguyễn Anh Tuấn (2011), “Nghiên cứu chỉ định và kỹ thuật bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 1, tr.55-59.
61. Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Cường Thịnh, Triệu Triều Dương, Lê Văn Thành (2011), “Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn bệnh ung thư trực tràng tại bệnh viện Trung ương quân đội 108”, *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*, tập 6, tr.355-361.
62. Bùi Chí Viết, Nguyễn Bá Trung, Diệp Bảo Tuấn, Đặng Huy Quốc Thắng, Vương Nhất Phương và cs (2010), “Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý đại trực tràng tại bệnh viện ung bướu thành phố Hồ Chí Minh”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 14, phụ bản số 4, tr.293-303.
63. 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*, (5), tr.151-154.

## TIẾNG ANH

64. Adrian Indar, Jonathan Efron (2009), “Laparoscopic surgery for rectal cancer”, *The Permanente Journal Winter*, Volume 13, No. 1, pp. 47-52.
65. Alfred M. Cohen (2008), “Cancer of the Rectum” , *Principles and Practice of Oncology*, 7<sup>th</sup> Edition.
66. Arnd-Oliver Schäfer (2010), “Clinical implications for the MR radiologist”, *Anorectal Anatomy*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
67. Bleday R., Garcia- Aguilar J. (2007), “Surgical Treatment of Rectal Cancer”, *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery*, Springer, pp. 413-436.

68. Bretagnol F, Lelong B, Laurent C, Moutardier V, Rullier A, et al (2005), "The oncological safety of laparoscopic total mesorectal excision with sphincter preservation for rectal carcinoma", *Surg Endosc*, Springer (19), pp.892-896.
69. Cooper Harry.S (1999), "Intestinal neoplasms", *Diagnostic surgical pathology*, 2, pp. 1413.
70. Crawford. J.M (1994), "The Gastrointestinal tract", *Pathologic basis of disease*, pp.775-829.
71. Delaney Coner P, Neary paul C, Heriot Alexander G, Senagore Anthony J (2007), "*Operative techniques in laparoscopic colorectal surgery*", *Lippincott Williams & Wilkins*.
72. De la Fuente S. G., Manson R. J., Ludwig K. A. et al (2009), "Neoadjuvant chemoradiation for rectal cancer reduces lymph node harvest in proctectomy specimens", *J Gastrointest Surg*, (13), pp.269-274.
73. Eriksen MT, Wibe A, Norstein J, et al (2005), "Anastomotic leakage following routine mesorectal excision", *Colorectal Disease*, (7), Blackwell Publishing Ltd, pp. 51-57.
74. Edge S. B., Byrd D. R., Compton C. C. et al (2010), "Colon and Rectum", *AJCC Cancer Staging Handbook*, 7th edition, Springer, pp.173 - 206
75. Fernandez-Represa JA, Mayol JM, Garcia-Aguilar J (2004), "Total Mesorectal Excision for Rectal Cancer: The Truth Lies Underneath", *World J. Surg.* (28), pp.113-116.
76. Feza H. Remzi, Victor W. Fazio, Emre Gorgun, Massarat Zutshi, James M. Church (2005), "Quality of Life, Functional Outcome, and Complications of Coloplasty Pouch After Low Anterior Resection", *Dis Colon Rectum*, Vol. 48, No. 4, pp. 735-743.

77. Franklin ME, Kazantsev GB, Abrego D, et al (2000), "Laparoscopic surgery for stage III colon cancer", *Surg Endosc*, pp. 612-616.
78. Glynne-Jones R (2012), "Neoadjuvant treatment in rectal cancer: do we always need radiotherapy-or can we risk assess locally advanced rectal cancer better?", *Recent Results Cancer Res*, 196, pp.21-36.
79. Han JG, Wei GH, Gao ZG et al (2009), "Intersphincteric Resection with Direct Coloanal Anastomosis for Ultralow Rectal Cancer: The experience of People's Republic of China", *Dis Colon Rectum*, 52, pp.950-957.
80. Hartley JE, Monson JRT (2002), "The role of laparoscopy in the multimodality treatment of colorectal cancer", *Surgical Clinic of North America*, Volume 82, Number 5.
81. Heald RJ (2005), "Surgical management of rectal cancer: a multidisciplinary approach to technical and technological advances", *The British Journal of Radiology*, (78), pp. S128-S130.
82. Pham Nhu Hiep, Pham Anh Vu, Ho Huu Thien (2009), "Laparoscopic surgery in rectal cancer: a retrospective analysis", *Colorectal Dis* 24, Springer- Verlag, pp. 1465-1469.
83. International Agency of Research on Cancer (2000), "WHO Classification of Tumors", *IARC Press*, Lyon, pp. 103-145.
84. Jayprakash Gopall, Xiong Fei Shen, Yong Cheng (2012), "Current status of laparoscopic total mesorectal excision", *The American Journal of Surgery*, (203), pp. 230-241.
85. Jeffrey W. Milsom, Bartholomaeus Bolm B, et al (2006), "Laparoscopic Abdominoperineal resection", *Laparoscopic Colorectal Surgery*, Springer, 2th Edition, pp.188-202.

86. Marsden, Parvaiz A. (2010), "Resection of rectal cancer; laparoscopy or open surgery", *Ann R Coll Surg, Engl*, 92(2), pp. 106 - 112.
87. Jean-Pierre Gerard, Yousri Rostom, Jocelyn Gal, et al (2012), "Can we increase the chance of sphincter saving surgery in rectal cancer with neoadjuvant treatments: Lessons from a systematic review of recent randomizes trial", *Critical reviews in Oncology/Hematology*, Elsevier, (81), pp. 21-28.
88. Kanellos I, Vasiliadis K, Angelopoulos S, et al (2004), "*Anastomotic leakage following anterior resection for rectal cancer*", *Tech Coloproctol*, (8), pp. S79-S81.
89. Kapiteijn E, Van de Velde CJH (2002), "The role of total mesorectal excision in the management of rectal cancer", *Surgical Clinics of North America*, W. B. Saunders Company, Volume 82, Number 5.
90. Kirwan W. O., Turbull R. B., Fazio V. W., Weakley F. L. (1978), "Pull-through operation with delayed anastomosis for rectal cancer", *Br J Surg*, 65(15), pp. 695-698.
91. Larson DW, Dozois EJ, Piotrowicz K, et al (2005), "Laparoscopic-Assisted vs. Open IlealPouch-Anal Anastomosis: Functional Outcome in a Case-Matched Series", *Dis Colon Rectum*, (48), pp. 1845-1850.
92. Laurent C., Leblanc F., (2009), "Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer: long-term oncologic results", *Ann Surg*, 250(1), pp. 54 - 61.
93. Leroy J, Jamali F, Forbes L, et al (2003), "Laparoscopic total mesorectal excision (TME) for rectal cancer surgery: long- term outcomes", *Surg Endosc*, (18), pp. 281-289.
94. Lindsey Ian, Bryan F. Warren, Neil J. Mortensen (2005), "Denonvilliers' Fascia Lies Anterior to the Fascia Propria and Rectal Dissection Plane in Total Mesorectal Excision", *Dis Colon Rectum*, pp. 37-42.

95. Mario M., Umberto P., Giuseppe G., et al (2003), "Laparoscopic total Mesorectal Excision: a consecutive series of 100 patients", *Annals of surgery* vol. 237, No. 3, pp. 335-342.
96. Martin RW, Jeffrey W.Milsom (2000), "Laparoscopic Total mesorectal Excision with autonomic nerve preservation", *Seminars in surgical oncology*, (19), pp. 396-403.
97. Masayuki K, Fumio K, Masaki O, Hideo N (2004), "Laparoscopic colectomy versus open colectomy for colorectal carcinoma: a retrospective analysis of patients followed up for at least 4 years", *Surg today*, (34), pp. 1020-1024.
98. Matsuoka N, Moriya Y, Akasu T, Fujita S (2001), "Long-term outcome of urinary function after extended lymphadenectomy in patients with distal rectal cancer", *EJSO 2001*, (27), pp. 165-169.
99. Mynster T, Nielsen HJ, H. Harling H, Bulow S (2004), "Blood loss and transfusion after total mesorectal excision and conventional rectal cancer surgery", *Colorectal Disease*, Blackwell Publishing Ltd. (6), pp. 452-457.
100. Nesbakken A, Nygaard K, Lunde OC (2002), "Mesorectal excision for rectal cancer: functional outcome after low anterior resection and colorectal anastomosis without a reservoir", *Colorectal Disease*, Blackwell Science Ltd., (4), pp. 172-176.
101. Palanivelu C, Sendhilkumar K, Kalpesh Jani, Rajan PS, Maheshkumar GS, Roshan Shetty, Parthasarathi R (2006), "Laparoscopic anterior resection and total mesorectal excision for rectal cancer: a prospective nonrandomized study", *Colorectal Dis J*, Springer.
102. Philip H. Gordon (2007), *Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus*, Third Edition, pp. 23.

103. Ricciardi R, Virnig BA, Madoff RD, Rothenberger DA, Baxter NN (2007), "The Status of Radical Proctectomy and Sphincter-Sparing Surgery in the United States", *Dis Colon Rectum*, (50), pp. 1119-1127.
104. Rose J, Schneider C, Yildirim C, et al (2004), "Complications in laparoscopic colorectal surgery: results of a multicentre trial", *Tech Coloproctol*, (8), pp. S25-S28.
105. Rosenberg SA (2008), "Principles of Surgical Oncology", *Principles of Oncology*, 7<sup>th</sup> Edition.
106. Rosenberg SA (2008), "Laparoscopic Surgery", *Principles and Practice of Oncology*, 7<sup>th</sup> Edition.
107. Tsang WWC, Chung CC, Kwok SY, Li MKW (2005), "Minimally invasive surgery for rectal cancer", *Surg Clin N Am*, (85), pp. 61-73.
108. Vincenzo V, Regina B.T, Josep M. B, et al (2008), "Evidence and research in rectal cancer", *Radiotherapy and Oncology*, pp. 449-471.
109. Vincenzo V, Cynthia A, Bengt G, Bruce D. Minsky (2009), "Multidisciplinary rectal cancer management: 2nd European rectal cancer consensus conference (EURECA-CC2)", *Radiation Therapy and Oncology*, Elsevier, pp. 148-163.
110. Yamamoto S, Fujita S, Akasu T, Moriya Y (2005), "Safety of Laparoscopic Intracorporeal Rectal Transection With Double-Stapling Technique Anastomosis", *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, pp.70-74.
111. Zhou Z-G, Wang Z, Yu Y-Y, Shu Y, Cheng Zh., Li L, Lei W-Z, Wang T-C (2003), "Laparoscopic total mesorectal excision of low rectal cancer with preservation of anal sphincter: A report of 82 cases", *World J Gastroenterol*, pp. 1477-1481.
112. Watanabe M. (2006), Laparoscopic Anterior Resection for Rectal Cancer, *Laparoscopic Colorectal Surgery*, Springer, 2<sup>th</sup> Edition, pp. 170-187.
113. WHO (2010)- BMI classification.

# PHỤ LỤC

## Phụ lục 1: PHIẾU GHI NHẬN UNG THU' TRỰC TRÀNG

1. STT:.....

### HÀNH CHÍNH:

Họ tên b/n: .....

Địa chỉ: .....

Số ĐT: .....

Ngày v/v	Số v/v	Ngày v/v	Số v/v	Ngày v/v	Số v/v
1/   /   /		4/   /   /		7/   /   /	
2/   /   /		5/   /   /		8/   /   /	
3/   /   /		6/   /   /		9/   /   /	

2. Địa dư (   ). 3. Tuổi (   ). 4. Giới (   ). 5. Nghề (   ), nghề khác (ghi rõ):

..... 6.LDVV(   ), lý do khác(ghi rõ): .....

7. Tr/ch đầu tiên (   ),Triệu chứng khác (ghi rõ): .....

8.T/g ủ bệnh (   )tháng

2. Địa dư	5. Nghề:	6,7/LDVV-Tr/c đầu tiên		
1/ Nông thôn	1/ Công chức	6/ LLVT	1/ Ỉa máu tươi	8/ Đau tức h.môn
2/ Thành thị	2/ CBHT	7/ Trẻ em	2/ Phân nhầy-máu-mũi	9/ Đau bụng
	3/ Công nhân	8/ HS,SV	3/ Ỉa lỏng	10/ Nôn
	4/ L.ruộng	9/ Nghề khác	4/ Táo bón	11/ Sút cân
4. Giới:	5/ LĐ phổ thông		5/ Phân dẹt	12/ Thiếu máu
1/ Nam			6/ Ỉa lỏng xen kẻ táo bón	13/ Lý do,Tr/chứng khác
2/ Nữ			7/ Mót rặn	



## LÂM SÀNG TRƯỚC MỔ:

### -Triệu chứng toàn thân

9.Cân nặng: . . kg. 10.Cao: . . cm. 11. Da,niêm mạc( ).

12. Thể trạng chung( )

### - Triệu chứng Cơ năng

13.Ỉa máu tươi ( ). 14. Phân nhầy-máu-mũi ( ). 15. Ỉa lỏng ( ).

16.Táo bón ( )

17.Phân dẹt ( ). 18.Ỉa lỏng xen kẽ táo bón ( ). 19.Mót rặn ( ).

20.Đau tức hậu môn ( ) 21.Đau bụng ( ). 22.Nôn ( ).

23.Sút cân( ). 24. Thiếu máu( ).

11: 1/ Da,niêm mạc hồng. 2/ Da,niêm mạc nhạt màu. 3/ Da,niêm mạc nhợt nhạt

12: 1/ Tốt 2/ Trung bình 3/ Kém

13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24 : 0/ Không. 1/ Có

### - Triệu chứng Thực thể

25.Nhìn bụng( ). 26.Khám bụng( ). 27.Mức độ di động của U qua khám bụng ( ) 28.Thăm trực tràng( ). 29.Mức độ di động của U qua thăm tr tràng( )

30. Đại thể của U qua thăm tr tràng( ). 31.Mức độ xâm lấn chu vi tr tràng( )

25: 1/ Bụng bình thường. 2/ Bụng chướng. 3/ Bụng lõm lõng thuyên

26,28 : 0/ Không sờ được U. 1/ Sờ được U

27,29 : 0/ Không sờ được U. 1/ Di động tốt 2/ Kém di động. 3/ Không di động.

30: 0/ Không sờ được U. 1/ Dạng sùi. 2/ Dạng loét. 3/ Dạng thâm nhiễm.

31: 0/ Không sờ được U. 1/ Chiếm 1/4. 2/ Chiếm 2/4. 3/ Chiếm 3/4 4/ Chiếm 4/4

## **CẬN LÂM SÀNG TRƯỚC MỔ:**

### **- Xét nghiệm huyết học và sinh hóa**

32. Nhóm máu (     ). 33. Hồng cầu (     ). 34. Bạch cầu (     ).  
35.HGB(     ). 36. Hct(     ) 37.Ure máu (     ). 38.Creatinin máu (     ).  
39.Protid máu (     ). 40.SGOT (     ). 41.SGPT(     )  
42. CEA (     ). 43.CA19-9 (     ). 44. CA 125(     )

### **- Siêu âm bụng**

45.Dày thành tr tràng(     ). 46.Mất cấu trúc lớp tr tràng(     ). 47.Xâm lấn  
tạng chung quanh trực tràng(     ), nếu có thì ghi rõ tạng bị xâm lấn: . . .  
. . . . .  
48.Dịch ổ bụng(     ) 49.Hơi trong ruột(     ). 50.Dịch trong ruột(     ).  
51Tăng nhu động ruột(     ) 52.Ứ nước thận(     ). 53.Giãn niệu quản(     ).  
54.Di căn phúc mạc(     ).  
55.Di căn hạch ổ bụng(     ), nếu có thì ghi rõ vị trí hạch di căn: . . . . .  
. . . . . 56.Di căn các tạng trong ổ bụng(     ), nếu có thì ghi  
rõ tạng di căn: . . . . .

### **-Xquang phổi thẳng**

57.Bệnh lý phổi trên xquang phổi thẳng(     ), nếu có thì ghi rõ: . . . . .  
. . . . .  
58. Di căn phổi(     )

45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58 :     0/ Không.     1/ Có
--

### **-CTscanner**

59.Chụp CTscanner(     ). 60.U cách rìa hậu môn(     )cm. 61.Chiều dài U(     )cm.  
62.Dạng của U(     ). 63.Xâm lấn tổ chức chung quanh(     ), nếu có thì ghi  
rõ: . . . . .  
64.Hạch vùng(     ). 65. Hạch di căn(     ),nếu có thì ghi rõ . . . . .  
66.Ứ nước thận (     ).67.Giãn niệu quản (     ).68.Di căn phúc mạc (     ).  
68a.Di căn tạng ổ bụng (     ), nếu có thì ghi rõ tạng di căn: . . . . .

**59, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 68a :** 0/ Không. 1/ Có  
**62 :** 1/ Dạng sùi. 2/ Dạng loét. 3/ Dạng thâm nhiễm.

**- Nội soi trực tràng**

**69.**Nội soi trực tràng( ). **70.**U cách rìa hậu môn( )cm. **71.**Chiều dài U( )cm.  
**72.**Dạng của U( ). **73.**Mức độ xâm lấn chu vi trực tràng( )

**69 :** 0/ Không. 1/ Có  
**72 :** 1/ Dạng sùi. 2/ Dạng loét. 3/ Dạng thâm nhiễm.  
**73 :** 1/ Chiếm 1/4. 2/ Chiếm 2/4. 3/ Chiếm 3/4 4/ Chiếm 4/4

**-Nội soi bàng quang**

**74.** Nội soi bàng quang( ). **75.**Xâm lấn bàng quang( )

**74, 75 :** 0/ Không. 1/ Có

**ĐẶC ĐIỂM KHỐI U TRONG VÀ SAU MỔ:**

**76.**Khoảng cách từ U-rìa hậu môn( )cm. **77.**Tính chất di động của U ( )

**78.** Mức độ xâm lấn chu vi trực tràng( ).

**79.**Xâm lấn tổ chức chung quanh( ), nếu có thì ghi rõ tổ chức bị xâm lấn  
.....

**80.**Di căn đến các tạng trong ổ bụng( ), nếu có thì ghi rõ tạng bị di căn  
.....

**81.**Hạch vùng( ). **82.** Hạch di căn( ),nếu có thì ghi rõ vị trí hạch di căn

. . . . . **83.**Đại thể của U ( ) **84.**Vĩ thể của U( ),  
loại khác: . . . . . **85.**Độ biệt hóa( )

**86.**Mức độ xâm lấn ( ). **87.** Di căn hạch vùng ( )

**77:** 1/ Di động tốt 2/ Kém di động. 3/ Không di động.  
**78:** 1/ Chiếm 1/4. 2/ Chiếm 2/4. 3/ Chiếm 3/4 4/ Chiếm 4/4  
**79, 80, 81, 82:** 0/ Không. 1/ Có  
**83:** 1/ Dạng sùi. 2/ Dạng loét. 3/ Dạng thâm nhiễm.  
**84:** 1/ UTBM tuyến nhú. 2/ UTBM tuyến ống. 3/ UTBM  
tuyến chế nhầy.

4/ UTBM tế bào nhẵn.	5/ UTBM không biệt hóa.	6/ UTBM tế bào nhỏ.
7/ UTBM tế bào vảy.	8/ UTBM tuyến –vảy.	9/ UTBM tử.
10/ Sarcoma.	11/ Loại khác	
<b>85 :</b> 0/ Không thể xếp độ mô học.	1/ Biệt hóa tốt.	2/ Biệt hóa vừa.
3/ Biệt hóa kém.	4/ Không biệt hóa	
<b>86 :</b> 1/ Chưa xâm lấn(Ung thư tại chỗ-Tis).	2/ Xâm lấn đến lớp dưới niêm mạc.	
3/ Xâm lấn đến lớp cơ.	4/ Xâm lấn đến thanh mạc(còn trong thanh mạc).	
5/ Xâm lấn phá hủy thanh mạc(ra ngoài thanh mạc).	6/ Xâm lấn cơ quan lân cận	
<b>87 :</b> 0/ Không có di căn hạch.	1/ Di căn 1-3 hạch.	2/ Di căn > 4 hạch.
3/ Không ghi nhận		

### **GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG:**

**88.T (    ). 89.N (    ). 90.M (    ). 91.GĐLS (    )**

<b>88.T- U nguyên phát</b>	<b>89.N -Hạch tại vùng</b>	<b>90.M-Di căn xa</b>
1/ Tx: Chưa đánh giá được u nguyên phát	1/ Nx: Chưa đánh giá được hạch vùng	1/ Mo: Chưa di căn xa
2/ To: Chưa có u nguyên phát	2/ No: Chưa có di căn hạch vùng	2/ M1: Có di căn xa
3/ Tis: Ung thư tại chỗ (ung thư tiền xâm lấn).	3/ N1: Di căn 1-3 hạch tại vùng	<b>91.GĐLS :</b>
4/ T1: U xâm lấn lớp dưới niêm mạc	4/ N2: Di căn từ 4 hạch trở lên	0/ GĐ 0: Tis,No,Mo
5/ T2: U xâm lấn lớp cơ	5/ N3: Di căn hạch dọc theo thân động mạch trực tràng	1/ GĐ I: T1-T2,No,Mo
6/ T3: U xâm lấn đến thanh mạc		2/ GĐ II: T3-T4,No,Mo
7/ T4: U xâm lấn đến cơ quan lân cận		3/ GĐ III: T bất kỳ,N1,N2,N3,Mo
		4/ GĐ IV: T bất kỳ,N bất kỳ,M1

## PHẪU THUẬT:

**92.**Ngày PT:     /     /     **93.**Phương pháp vô cảm(     ). **94.** Phương pháp PT nội soi (     ). **95.**Tính chất PT (     ).**96.**Số lượng Trocar (     ).  
**97.**Kỹ thuật khâu nối (     ).  
**98.**Phương pháp phẫu tích(     )

<b>93 :</b> 1/ Mê NKQ. 2/ Mê NKQ+ Tê NMC <b>94 :</b> 1/Cắt đoạn tr.tràng. 2/Cắt tr.tràng miệng nối Pull-through. 3/PT Miles <b>95 :</b> 1/Triệt căn. 2/Không triệt căn. <b>96 :</b> 1/ 4 trocar. 2/ 5 trocar <b>97 :</b> 1/Nối máy. 2/Nối tay. <b>98 :</b> 1/ Cắt mạch máu trước. 2/ Cắt U trước.
--

## DIỄN BIẾN TRONG VÀ SAU PHẪU THUẬT:

**99.**Chuyển mổ mở (     ). **100.** Lý do chuyển mổ mở(     ).lý do khác thì ghi rõ:.. . . . . **101.**Tai biến trong mổ (     ).**102.**Biến chứng hậu phẫu(     ). **103.**Biến chứng muộn (     )

<b>99.</b> Chuyển mổ mở: 0/ Không		<b>102, 103.</b> Biến chứng hậu phẫu Biến chứng muộn:	
1/ Có		0/ Không biến chứng	8/ Tụt HMNT
	<b>101.</b> Tai biến trong mổ:	1/ Chảy máu ổ bụng	9/ Hoại tử HMNT
<b>100.</b> Lý do:	0/ Không tai biến	2/ Chảy máu miệng nối	10/ Hẹp HMNT
0/ Không chuyển mổ mở	1/ Chảy máu	3/ Bục miệng nối	11/ Sa HMNT
1/ U lớn,xâm lấn rộng	2/ Tổn thương tạng lân cận	4/ Viêm phúc mạc do thủng tạng	12/ Thoát vị qua lỗ trocar
2/ Chảy máu không thể cầm	3/ Tử vong	5/ Tắc ruột 6/ Nhiễm trùng vết mổ	13/ Tử vong
3/ Lý do khác		7/ Áp-xe tồn dư	14/ B/c khác

**104.**Mức độ đau sau mổ (     ).

**105.**Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ (     )

**106.**Thời gian trung tiện (     ).**107.**Thời gian phục hồi sức khỏe (     )ngày.

<b>104.</b> Mức độ đau sau mổ: 0/ Không đau 1/ Đau nhẹ: Đau khi vận động, khi ho nhưng không ảnh hưởng đến sinh hoạt và giấc ngủ, có thể không cần dùng thuốc giảm đau 2/ Đau vừa: Ảnh hưởng đến sinh hoạt và giấc ngủ, đau tăng khi vận động, khi ho, cần dùng thuốc giảm đau 3/ Rất đau: Đau liên tục ở mọi tư thế, ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt, giấc ngủ, phải dùng thuốc giảm đau	<b>105.</b> Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ: 0/Không dùng 1/Dùng ngày đầu. 2/Dùng đến ngày thứ 2. 3/Dùng đến ngày thứ 3. 4/Dùng đến ngày thứ 4. 5/Dùng đến ngày thứ 5 6/Dùng >5 ngày <b>106.</b> Thời gian trung tiện: 1/Trước 48 giờ. 2/Từ 48-72 giờ. 3/Sau 72 giờ
---	---

**108.**Ngày ra viện:     /     /     .

**109.**Ngày tái phát:     /     /     . **110.**Vị trí tái phát (     ).     **111.** Xử trí tái phát(     )

**112.**Ngày di căn:     /     /     . **113.**Vị trí di căn(     ),vị trí khác(ghi rõ):  
 . . . . . **114.** Xử trí di căn(     ). **115.**Ngày Tử vong:     /     /

**116.**Ngày nghiêng cứu:     /     /

<b>110.</b> Vị trí tái phát	<b>113.</b> Vị trí di căn:	<b>111, 114 :</b> Xử trí tái phát,di căn:	
0/ Không tái phát	0/ Không di căn	4/ Xương	0/ Không xử trí
1/ Tại chỗ	1/ Gan	5/ Não	4/ PT→ xạ trị
2/ Tại chỗ- Xâm lấn rộng	2/ Phổi	6/ Hạch thượng đòn(T)	1/ Phẫu thuật
	3/ Phúc mạc	7/ Vị trí khác	5/ PT→hóa trị
			2/ Xạ trị
			6/ PT→ xạ trị→hóa trị
			3/ Hóa trị

**Phụ lục 2: BẢNG HƯỚNG DẪN THEO DÕI SAU MỒ**

<b>Thời gian</b>	<b>CEA</b>	<b>Siêu âm bụng</b>	<b>X quang phổi</b>	<b>CT scan bụng</b>	<b>Ghi chú</b>
3 tháng	x	x	x		
6 tháng	x	x	x	x	
12 tháng (1 năm)	x	x	x	x	
18 tháng	x	x	x		
24 tháng (2 năm)	x	x	x	x	
36 tháng (3 năm)	x	x	x	x	
48 tháng (4 năm)	x	x	x	x	
60 tháng (5 năm)	x	x	x	x	
72 tháng (6 năm)	x	x	x	x	

**Phụ lục 3: DANH SÁCH BỆNH NHÂN TRONG NGHIÊN CỨU**  
**DANH SÁCH BỆNH NHÂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG ĐIỀU TRỊ PHẪU**  
**THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ**  
**TỪ THÁNG 4/2007 ĐẾN THÁNG 3/2013**

STT	Họ tên	Tuổi	Ngày v/v	Số v/v	Địa chỉ
1.	Trần thị Th.	45	20/04/07	17485	Hương vinh, Hương trà, TTH
2.	Xôm Ph.	52	18/06/07	27406	At sa phăng thông, SAVA
3.	Nguyễn thị O.	62	04/07/07	30336	Triệu phong, QT
4.	Nguyễn V.	75	04/08/07	37637	Lộc trì, Phú lộc, TTH
5.	Phan ngọc Đ.	54	27/08/07	39895	Cự lại nam, Phú hải, Phú vang, TTH
6.	Hà thị Ph.	51	25/09/07	44901	Vạn trạch, Bồ trạch, QB
7.	Phạm văn Th.	61	01/10/07	45902	Nghĩa mỹ, Nghĩa đàn, Ng.An
8.	Nguyễn hồng Ph.	56	04/04/08	15002	Tiểu khu5, Bắc nghĩa, Đồng hới, QB
9.	Văn thị Th.	78	08/05/08	22908	40/210 Phan chu Trinh, Phước vinh, TP Huế, TTH
10.	Lê Phương N.	42	13/05/08	22408	45 Sóng Hồng, Phú Bài, Hương Thủy, TTH
11.	Phan ngọc O.	52	13/08/08	39643	Khu vực 2, Khe tre, Nam đông, TTH
12.	Nguyễn Thị Ng.	55	18/08/08	40363	1/9 Trần Hưng Đạo, Phú Hòa, Tp Huế, TTH
13.	Dương thị T.	50	20/08/08	40877	07 Đội Cung, Tp Huế, TTH
14.	Hồ Diễm Anh Th.	14	27/08/08	42191	2/15 Nguyễn Công Trứ, Tp Huế, TTH
15.	Trần C.	33	08/09/08	44186	Thôn2, Quảng ngạn, Quảng điền, TTH
16.	Lê thị Ngọc T.	52	23/09/08	47126	317 Lê Duẩn, Phú Thuận, Huế, TTH
17.	Dương văn S.	62	03/11/08	54735	Tân bình, Thuận An, Phú Vang, TTH
18.	Trương H.	61	06/03/09	23440	227 Chi Lăng, Phú Cát, Huế, TTH
19.	Hoàng thị H.	74	03/04/09	16859	Viễn trình, Phú đa, Phú vang, TTH
20.	Nguyễn thị D.	82	16/04/09	19466	Đồng Hới, QB
21.	Tạ Văn H.	71	22/04/09	20703	Nam cường, Vĩnh nam, Vĩnh linh, QT
22.	Trần S.	54	05/05/09	23237	Bình An, Thăng Bình, QN
23.	Hoàng Văn H.	74	09/05/09	24160	Xuân Phú, Tp Huế, TTH
24.	Trần Thị B.	76	21/05/09	26590	Hương Toàn, Hương Trà, TTH
25.	Lê Thị L.	73	01/07/09	35840	Thôn 8, Hạ trạch, Bồ Trạch, QB
26.	Lê Thị Minh H.	55	08/07/09	37286	Khu phố 9, Đông Lễ, Đông Hà, QT
27.	Võ thị V.	37	29/07/09	41668	Kế xuân, Phú diên, Phú vang, TTH
28.	Nguyễn thị B.	58	30/07/09	41878	73/15 Nguyễn Hoàng, Hương Long, Tp Huế, TTH
29.	Nguyễn Xuân T.	63	31/07/09	41970	Quỳnh Hồng, Quỳnh Lưu, Ng.An
30.	Nguyễn quang V.	44	26/08/09	47296	Thôn 4, Đức hóa, Tuyên hóa, QB
31.	Trần C.	59	03/09/09	48000	Thôn 4, Vĩnh Hà, Phú Vang, TTH
32.	Huỳnh văn M.	40	17/09/09	51525	An lỗ, Phong Hiền, Phong điền, TTH
33.	Đặng Đình Th.	71	05/10/09	55087	23 Nguyễn Khuyến, Phú Nhuận, Tp Huế TTH



34.	Nguyễn Văn	Th.	61	21/10/09	59230	Thuận hóa, Lộc Bồn, Phú Lộc, TTH
35.	Hoàng	Đ.	50	05/11/09	62595	Phong Thủy, Lê Thủy, QB
36.	Trần	Ch	85	11/11/09	63911	Điền hải, Phong Điền, TTH
37.	Nguyễn thị	T.	48	18/11/09	65439	Hồ Xá, Vĩnh Linh, QT
38.	Nguyễn Ngọc	Q.	60	24/11/09	66463	Bích Khê, Triệu Long, Triệu phong, QT
39.	Nguyễn Thế	L.	69	29/12/09	73325	Hương Cầm, Hương Toàn, Hương Trà, TTH
40.	Hoàng	K.	72	13/01/10	2891	Thượng 1, Thủy Xuân, Hương Thủy, TTH
41.	Hoàng Quốc	Kh.	82	26/02/10	10357	Vĩnh Linh, QT,
42.	Bùi thị	A.	40	24/03/10	15942	91/97 Ứng Bình, Vỹ Dạ, Tp Huế, TTH
43.	Trần thị	T.	40	31/03/10	17275	Phú Thuận, Hương Giang, Nam Đông, TTH
44.	Tôn thị	M.	65	06/04/10	18386	156 Lê thế hiển, F1, Đông hà, QT
45.	Trần Mậu	Th.	51	12/04/10	19595	30/8/132 Huỳnh ngọc Trục, An Khê, Thanh Khê, ĐN
46.	Trần thị	Ph.	47	15/04/10	20561	Văn hóa, Hồng Hóa, Minh hóa, QBinh
47.	Nguyễn thị	D.	73	21/04/10	21591	Thanh Lương, Hương Xuân, Hương trà, TTH
48.	Nguyễn Tiến	L.	79	17/05/10	26634	Phong chương, Phong Điền, TTH
49.	Lê Văn	B.	56	18/05/10	26913	Đại Thắng, Đại Lộc, QN
50.	Nguyễn Thị	T.	19	08/06/10	31627	Tân giáo, Hương Thủy, Lê Thủy, QB
51.	Võ thị	N.	50	17/06/10	33673	Hà thượng, Gio châu, Gio linh, QT
52.	Phan	Đ.	66	24/06/10	35470	Bồ điền, Phong an, Phong điền, TTH
53.	Lương văn	Th.	74	02/07/10	38128	Xuân tân, Dak su(Dak xá), Ngọc Hồi, KonTum
54.	Nguyễn Thanh	T.	51	13/07/10	40732	TT Việt Trung, Bồ Trạch, QB
55.	Nguyễn thị Như	H.	48	13/07/10	40273	10 Trần Nhân Tông, Taây lộc, Tp Huế, TTH
56.	Nguyễn Hữu	Ch.	50	29/07/10	44171	125 Nguyễn sinh Cung, Vỹ dạ, Tp Huế, TTH
57.	Trương	H.	49	29/07/10	44262	Tổ 10-KV 4, Hương sơ, Tp Huế, TTH
58.	Đặng văn	Th.	43	06/08/10	46237	Lương hà, Ba lữ, Chư sê, GL
59.	Bành thị Ngọc	S.	80	10/08/10	50525	Trán lực, TT Sịa, Quảng Điền, TTH
60.	Võ Xuân	Th.	60	14/09/10	57833	Tổ 10, Đồng Đa, Pleyku, GL
61.	Nguyễn Thị	Th.	76	16/09/10	58448	Chính an, Phong Chương, Phong Điền, TTH
62.	Nguyễn thị	Tr.	73	07/10/10	1052	Diễn Hòa, Phong điền, TTH
63.	Nguyễn Thị	Th.		26/10/10	6794	Quảng ninh, QB,
64.	Phan thị Hải	D.	36	10/11/10	10160	Khóm 6, TT Hải lăng, Hải lăng, QT
65.	Nguyễn thị	Kh.	50	12/11/10	10986	Hòa vang, Lộc Bồn, Phú Lộc, TTH
66.	Tạ thị	L.	45	15/11/10	11144	Nam hưng, Vĩnh nam, Vĩnh Linh, QT
67.	Nguyễn Thị	D.	63	07/12/10	16062	Mộc định, Hoa thủy, Lê Thủy, QB
68.	Nguyễn Tăng	D.	40	17/01/11	24058	Khu phố Tây trì, F1, Đông hà, QT
69.	Lê thị	Y.	51	20/01/11	24789	22 Lê Lợi, Ngô Mãng, Phú Cát, BD
70.	Lê thị Thanh	Ngh.	60	25/02/11	32158	9/67 Ngô Thế Lân, Tây lộc, Tp Huế, TTH
71.	Nguyễn văn	Đ.	54	28/02/11	32768	Khóm chợ Huyền, Hồ xá, Vĩnh linh, QT
72.	Nguyễn thị	G.	73	03/10/11	84037	Liễu nam, Hương Xuân, Hương trà, TTH
73.	Lê thị	H.	58	15/03/11	36435	Kể xuân thượng, Phú diên, Phú vang, TTH
74.	Hoàng thị	C.	51	28/03/11	39291	88 Phùng Hưng, Thuận Thành, Tp Huế, TTH

75.	Nguyễn Mậu	S.	25	30/03/11	39744	Khu phố 10, Phường 5, Đông Hà, QT
76.	Vũ văn	Đ.	55	13/04/11	42690	Khu phố 1, F1, Đông hà, QT
77.	Nguyễn lương	T.	73	18/04/11	43881	Tổ 9, Nam lý, Đồng hới, QB
78.	Ngô Đăng	L.	58	20/05/11	51503	Vạn Ninh, Quảng Ninh, QB
79.	Ngô	B.	76	24/05/11	52067	Quảng An, Quảng Điền, TTH
80.	Lê	P.	75	26/05/11	52878	Hải sơn, Hải lã, QT
81.	Huyền Tôn Nữ Phương	L.	60	27/05/11	53139	172 Bạch Đằng, Phú Cát, Huế, TTH
82.	Lưu thị	C.	76	13/06/11	56872	Thôn 7, Hạ trạch, Bồ trạch, QB
83.	Nguyễn	C.	72	16/06/11	57947	Tổ 15, Thủy Phương, Hương Thủy, TTH
84.	Phạm Thị	H.	64	15/7/11	64781	Gia lai, Chư pa, Gia lai
85.	Lê thị	D.	80	19/07/11	65847	Khu phố 6, F3, Đông hà, QT
86.	Nguyễn thị	Q.	87	20/07/11	62717	Thái phiên, Thuận lộc, Tp Huế, TTH
87.	Nguyễn	D.	58	09/08/11	78343	Hiền an 1, Vinh hiền, Phú lộc, TTH
88.	Trần	X.	56	16/08/11	72860	Mỹ Xuyên, Phong Hòa, Phong Điền, TTH
89.	Bừu	Tr.	74	19/08/11	73474	Thuận Thành, Tp Huế, TTH
90.	Đoàn	K.	89	23/08/11	74508	Triệu thượng, Triệu phong, QT
91.	Trần thị	X.	49	06/09/11	77845	89 Nguyễn hoàng, Hương Long, Tp Huế, TTH
92.	Lê thị	L.	48	16/09/11	80260	10/34 Nguyễn Tri Phương, Phú Nhuận, Huế, TTH
93.	Đào thị	Kh.	48	21/09/11	81308	Khu phố 1, Phường 4, Đông hà, QT
94.	Mai văn	C.	54	17/10/11	87132	Liên Thủy, Lệ Thủy, QB
95.	Huỳnh Thị	M.	48	31/10/11	90592	An Cư Đông 2, TT Lăng Cô, Phú Lộc, TTH
96.	Lê thị	Th.	79	15/11/11	93962	11/20 Phan Bội Châu, Trường An, Tp Huế, TTH
97.	Lê thị	H.	61	01/12/11	97859	Đồng lương, Đông hà, QT
98.	Ngô Hữu	Th.	64	05/12/11	98485	Cam Thủy, Lệ Thủy, QB
99.	Trần văn	Ph.	70	08/12/11	99396	Khóm phú thị, Hồ Xá, Vĩnh Linh, QT
100.	Nguyễn Đại	Th.	49	27/12/11	103099	Quảng Ninh, QB
101.	Trần Thị	L.	74	06/02/12	110950	Thôn 4, Tiên cảnh, Tiên Phước, QN
102.	Nguyễn thái	H.	46	10/02/12	112016	Đồng bào, Triệu sơn, Triệu Phong, QT
103.	Nguyễn Văn	D.	72	28/02/12	116235	455 Chi Lăng, Phú Hậu, Tp Huế, TTH
104.	Trần Đức	Q.	61	10/04/12	126695	84 Cao Bá Quát, Đồng Mỹ, Đồng Hới, QB
105.	Nguyễn thị	H.	57	18/04/12	128937	Thôn 8, Hạ trạch, Bồ trạch, QB
106.	Trần thị	C.	40	18/04/12	128955	An Đôn, TX Q tri, QT
107.	Hoàng Phước	Y.	64	26/04/12	131031	Phong Hiền, Phong điền, TTH
108.	Dương thị	L.	77	10/05/12	134039	Quảng Xuân, Quảng Trạch, QB
109.	Phạm Thị	C.	50	28/05/12	138311	Tiến Hóa, Tuyên Hóa, QB
110.	Nguyễn thị Minh	Th.	17	01/06/12	139491	Trạch thượng 2, Phong điền, TTH
111.	Trần Thị	Th.	45	07/06/12	141089	Phú xuân, Quảng Phú, Quảng Trạch, QB
112.	Phạm Xuân	Th.	60	12/06/12	142172	Trạch thượng 1, TT Phong điền, Phong Điền, TTH
113.	Nguyễn	Th.	84	05/07/12	148312	TT Ba Đồn, Quảng Trạch, QB
114.	Nguyễn Thị Kim	Ng.	71	13/07/12	150558	Lại thế, Phú thượng, Phú Vang, TTH
115.	Võ Thanh	Đ.	60	16/07/12	151027	Hà đồ, Quảng Phước, Quảng Điền, TTH

116.	Vũ Thị	Th.	45	25/07/12	153876	Tổ 9, Thủy Lương, Hương Thủy, TTH
117.	Huỳnh Thị	B.	70	06/08/12	156690	Phú Thanh, Phú Vang, TTH
118.	Lê	V.	32	06/08/12	156776	Lộc An, Phú Lộc, TTH
119.	Nguyễn Thị	T.	76	16/08/12	159549	Quảng Lợi, Quảng Điền, TTH
120.	Hồ Thị	H.	69	17/08/12	159888	Tổ 4 Lương nhơn, Thủy Lương, Hương Thủy, TTH
121.	Nguyễn	T.	76	21/08/12	160861	A Ke, Vĩnh Tú, Vĩnh Linh, QT
122.	Võ Văn	H.	62	30/08/12	163140	A Túc, Hướng Hóa, QT
123.	Nguyễn Thanh	S.	49	04/09/12	164171	Tam Dân, Phú Ninh, Tam Kỳ, QN
124.	Lê	Tr.	62	12/09/12	167945	Điền Lộc, Phong Điền, TTH
125.	Lê Duy	T.	62	14/09/12	166899	32/66 Ngự Bình, Tp Huế, TTH
126.	Võ Đăng	M.	65	14/09/12	166812	Tú cầm, Bình Tú, Thăng Bình, QN
127.	Đoàn hữu	Ng.	62	09/10/12	173562	Tiểu khu 6, Bắc nghĩa, Đồng hới, QB
128.	Võ thị	L.	64	10/10/12	174022	Dương tram, Trà dương, Trà my, QN
129.	Bùi văn	L.	47	15/10/12	174951	Hương sơ, Hương trà, TTH
130.	Nguyễn thị	C.	50	16/10/12	175549	Hương nhơn, Hải hòa, Hải lăng, QT
131.	Võ phúc	T.	68	17/10/12	175985	Trâm lý, Hải quy, Hải lăng, QT
132.	Nguyễn Đăng	Tr.	71	17/10/12	175859	78 Nguyễn Gia Thiều, Phú Hậu, Tp Huế, TTH
133.	Võ văn	X.	51	18/10/12	176186	105 Võ Trác, Thủy châu, Hương thủy, TTH
134.	Nguyễn	N.	80	29/10/12	179191	Hương toàn, Hương trà, TTH
135.	Trịnh văn	Ư.	75	16/11/12	184410	Tịnh trà, Sơn tịnh, Qngai
136.	Đặng Thị	Ng.	62	20/11/12	185313	Lộc Thủy, Lệ Thủy, QB
137.	Nguyễn	Tr.	61	13/12/12	191776	Mai gia phườn, Lộc bình, Phú Lộc, TTH
138.	Nguyễn thị	M.	70	17/12/12	192529	Quảng thanh, Quảng trạch, QB
139.	Trần Gia	V.	57	28/01/13	1306449	258 Bạch Đằng, Tp Huế, TTH
140.	Nguyễn Thị	T.	63	18/02/13	1310601	Đông An, Lộc Điền, Phú Lộc, TTH
141.	Nguyễn Thị	Ng.	76	22/02/13	1312253	Lộc Vĩnh, Phú Lộc, TTH
142.	Trương Thị	B.	46	25/02/13	1312872	Lộc Thủy, Phú Lộc, TTH
143.	Nguyễn	Ch.	48	18/03/13	1316238	Đá Bạc, Phú Lộc, TTH
144.	Nguyễn Đình	Tr.	64	19/03/13	1319141	Trung An, Triệu Trung, Triệu Phong, QT
145.	Ngô Thị	Th.	39	22/03/13	1320012	Mỹ Thủy, Lệ Thủy, QB
146.	Nguyễn Tấn	C.	86	27/03/13	1321419	TT Sơn Tịnh, Sơn Tịnh, QNg

Xác nhận của Bệnh viện Trung ương Huế

Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp

BSCKII Hoàng Bách Thảo