**BỆNH ÁN NGOẠI KHOA**

1. **HÀNH CHÍNH**

* Họ và tên: Phan Xuân Trường .
* Giới tính: Nam
* Tuổi: 70 tuổi
* Địa chỉ: Nhà Bè, HCM
* Nghề nghiệp:
* Nhập viện ngày: 30/09/2022

1. **LÍ DO NHẬP VIỆN**: Đi tiêu ra máu
2. **BỆNH SỬ**

CNV 5 tháng: Bn bị đau cột sống (sau khi đỡ nhẹ vợ lên từ sàn nhà) với các đặc điểm: cảm giác đau nhói mức độ nhiều khi đi lại, làm việc nặng, không xuất hiện khi nghỉ ngơi, khi ngủ hay về đêm; đau lan xuống đùi và gối 2 bên kèm tê, yếu 2 chân, phải đi lại bằng gậy; ngoài ra không kèm rối loạn tiêu tiểu. Diễn tiến mức độ đau gần như không thay đổi theo thời gian. Bn được chụp X-quang cs thắt lưng tại Bv Q2, chẩn đoán Chèn ép rễ và đám rối thần kinh do thoái hóa cột sống, được điều trị giảm đau NSAIDS.

* CNV 3 tháng, BN nhận thấy cảm giác đau rát vùng hậu môn chỉ xuất hiện khi đi tiêu không kèm các triệu chứng khác =>Bn đi khám tại Bv huyện Nhà Bè được nội soi trực tràng ghi nhận:

+Trĩ hỗn hợp

+polyp trực tràng

+cách rhm 3cm có mảng loét sùi rộng gần nửa chu vi trực tràng, kéo dài lên trên 5cm (3x5cm) mảng sùi có giả mạc, sượng, dễ chảy máu=>sang thương loét sùi chưa loại trừ K trực tràng.

Đc sinh thiết gởi Medic làm gpb ra kết quả: u tuyến ống kèm loạn sản độ thấp của ruột, sau đó không điều trị gì.

* Cách NV 1.5 tháng, BN đi tiêu ra máu, máu lẫn trong phân, đỏ sậm, lượng vừa, lẫn nhầy nhớt. Sau đi tiêu có cảm giác hoa mắt chóng mặt, không thấy khối sa ra khỏi hậu môn.

+ Đồng thời BN đi tiêu nhiều lần hơn: 2-3 lần/ngày so với trước (1-2 ngày/lần), tính chất phân: phân nhỏ dẹt, lẫn nhầy máu, táo bón xen lẫn phân lỏng hoặc sệt, cảm giác không hết phân sau đi tiêu. BN vẫn duy trì được tình trạng đi tiêu tự chủ.

* Triệu chứng đau rát hậu môn khi đi tiêu vẫn tồn tại với tính chất không đổi.
* Ngoài ra, BN cũng xuất hiện cảm giác tiểu gắt, tiểu lắt nhắt, tiểu khó phải rặn, cảm giác tiểu không hết, thỉnh thoảng kèm són tiểu, tính chất nước tiểu nhiều bọt, tiểu đục.
* Sau đó đi khám tại bệnh viện huyện Nhà bè (không nội soi lại) được cho thuốc uống không rõ loại, nhưng triệu chứng đi tiêu ra máu, cảm giác tiêu không hết phân và đau khi đi tiêu vẫn còn -> được tư vấn khám tại bệnh viện BD
* Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không đau bụng, có chán ăn, cảm giác ăn không ngon miệng, bình thường trước khi bệnh ngày ăn 2 bữa, mỗi bữa 2 chén cơm, hiện tại chỉ có nửa chén cơm 1 bữa, bệnh nhân và người nhà thấy gầy đi nhưng không rõ số kg giảm, không đau ngực/khó thở, không bụng to/vàng da, không phù, không đau đầu/nôn ói, đi tiểu vàng trong. BN không uống thuốc (Rifampicine) hay dùng thức ăn có màu đỏ gây đổi màu phân.
* Tình trạng lúc nhập viện:

+ BN tỉnh tiếp xúc tốt,niêm hồng

+ Sinh hiệu: Mạch: 89 lần/phút, NĐ: 37, NT: 18 lần/phút, HA:218/100

+ Bụng mềm, ấn không đau, TR: phân vàng dính găng

1. **TIỀN CĂN**
2. **Bản thân**

**1.1. Nội khoa:**

* ĐTĐ type 2, THA 20 năm, tái khám định kỳ mỗi tháng tại BV huyện Nhà Bè. ĐTĐ type 2 đã thêm Insulin tiêm được 10 năm, kiểm soát không ổn định. THA đang điều trị với nifedipine 20mg 3 viên/ngày không kiểm soát, huyết áp thường ngày dao động 160-170mmHg, huyết áp cao nhất ghi nhận 220-230mmHg. Biến chứng bệnh thận mạn (gd 3) phát hiện 2 năm trước.
* Cơn đau thắt ngực ổn định 2 năm.

1.2. Ngoại khoa:

* CNV 5 tháng: Bn bị đau cột sống (sau khi đỡ vợ lên) với các đặc điểm: cảm giác đau nhói mức độ nhiều khi đi lại, làm việc nặng, không xuất hiện khi nghỉ ngơi, khi ngủ hay về đêm; đau lan xuống đùi và gối 2 bên kèm tê, yếu 2 chân, phải đi lại bằng gậy; ngoài ra không kèm rối loạn tiêu tiểu. Diễn tiến mức độ đau gần như không thay đổi theo thời gian. Bn được chụp X-quang cs thắt lưng tại Bv Q2, chẩn đoán Chèn ép free xđiều trị giảm đau NSAIDS.
* CNV 4tháng: được chẩn đoán áp xe hậu môn, được điều trị rạch dẫn lưu tại BV 115.

1. **Gia đình:** không ghi nhận tiền căn bệnh ung thư đường tiêu hoá/ vú/buồng trứng, Polypđại trực tràng, THA, ĐTĐ,…
2. **KHÁM**: 9h ngày 12/10/2022
3. **Tổng quát**

* Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
* Sinh hiệu: Mạch: 88, HA: 120/70, NT: 18, NĐ: 37
* CN: 70kg, CC: 165cm BMI=
* Da niêm nhạt, kết mạc mắt không vàng, không xuất huyết da niêm, không sao mạch, không lòng bàn tay son
* Hạch thượng đòn, hạch bẹn không sờ chạm
* Không phù

1. **Đầu mặt cổ**

* Cân xứng, không biến dạng
* Khí quản không lệch
* Tuyến giáp không to
* Không sờ chạm hạch vùng cổ

1. **Ngực tim: những cơn nhịp nhanh 100-150 nhịp/phút nghĩ**

* Lồng ngực cân xứng, di động đều theo nhịp thở, không sẹo mổ cũ, không tuần hoàn bàng hệ, không sao mạch, không u
* Tim: nhịp tim 88 lần/ phút, đều, T1, T2 rõ, không âm thổi bất thường
* Phổi: rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường, không rale, gõ trong, rung thanh đều 2 bên

1. **Bụng**

* Cân xứng, di động đều theo nhịp thở
* Nhu động ruột 5 lần/phút
* Bụng mềm, không điểm đau khu trú, không u nhú
* Gan lách không sờ chạm

1. **Hậu môn trực tràng:**

Nhìn: Vùng da quanh HM đều màu, ghi nhận trĩ ngoại quanh hậu môn, không BC loét/huyết khối/chảy máu; không quan sát thấy vết nứt hậu môn.

Khám HMTT: không thực hiện vì BN đau nhiều. cơ thắt còn CN co thắt tốt.

1. **TÓM TẮT BỆNH ÁN:** BN nam, 70 tuổi, nhập viện vì đi tiêu ra máu 5 tháng, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

* TCCN:
* Tiêu máu đỏ sậm lẫn phân kèm nhầy nhớt.
* Thay đổi thói quen đi tiêu
* Đau hậu môn khi đi tiêu
* Triệu chứng đường tiểu dưới, tiểu khó, tiểu són.
* Đau cột sống thắt lưng lan 2 chân kèm tê, yếu 2 chân.
* TCTT: chưa thăm khám HMTT, (cảm giác, sức cơ 2 bên, dấu tháp,..)
* CLS: Nội soi trực tràng tuyến trước ghi nhận trĩ, polyp trực tràng và một sang thương loét sùi nghi K về mặt đại thể, chưa có bằng chứng ung thư trên gpb
* Tiền căn: THA, ĐTĐ không kiểm soát, biến chứng bệnh thận mạn G3a

1. **ĐẶT VẤN ĐỀ**
2. Đi tiêu ra máu
3. Thay đổi thói quen đi tiêu
4. Đau hậu môn khi đi tiêu
5. hC niệu đạo cấp, rối loạn đi tiểu
6. theo dõi HC chèn ép tuỷlưng (do u di căn)
7. nội soi nghi k trực tràng
8. **CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ**

Ung thư trực tràng thấp chưa loại trừ biến chứng u di căn cột sống gây chèn ép tủy lưng, theo dõi (+-xâm lấn cơ thắt) (do đau hm)/ Cơn THA khẩn cấp,trĩ hỗn hợp, theo dõi bàng quang hỗn loạn thần kinh do ĐTĐ 2/, BTM

1. **CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**
2. Polyp trực tràng xuất huyết, nứt hậu môn /trĩ hỗn hợp, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng chèn ép rễ thần kinh, theo dõi bàng quang hỗn loạn thần kinh do ĐTĐ 2/THA không ổn định, BTM.
3. Viêm loét trực tràng xuất huyết, nứt hậu môn /trĩ hỗn hợp, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng chèn ép rễ thần kinh, theo dõi bàng quang hỗn loạn thần kinh do ĐTĐ 2/THA không ổn định, BTM.
4. Polyp trực tràng, viêm loét trực tràng xuất huyết, nứt hậu môn/ trĩ hỗn hợp, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng chèn ép rễ thần kinh, theo dõi bàng quang hỗn loạn thần kinh do ĐTĐ 2/THA không ổn định, BTM.
5. HC lỵ/trĩ hỗn hợp, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng chèn ép rễ thần kinh, theo dõi bàng quang hỗn loạn thần kinh do ĐTĐ 2/THA không ổn định, BTM
6. **BIỆN LUẬN**

* **Đi tiêu ra máu:** Bn tiêu ra máu đỏ+không ăn thực phẩm/dùng thuốc có nguy cơ gây đổi màu phân+triệu chứng chóng mặt sau tiêu máu=>nghĩ có XHTH. Vị trí: máu đỏ=>xhth dưới. Diễn tiến: BN còn tiêu phân đỏ cho đến lần cuối cùng đi tiêu đc (cách ngày khám 5 ngày)=>còn diễn tiến. Mức độ: BN có dấu hiệu giảm tưới máu cơ quan TW: chóng mặt sau đi tiêu ra máu nhưng chỉ thoáng qua, không thay đổi tri giác. Sinh hiệu: huyết áp 150-160mmHg do mức huyết áp nền BN cao sẵn=> độ 2. Nguyên nhân:
  + BN có tiêu máu đỏ sậm, lẫn vào trong phân, triệu chứng đi kèm có thay đổi thói quen đi tiêu lẫn thay đổi tính chất phân; kết hợp hình ảnh nội soi ghi nhận có sang thương thực thể dạng loét sùi-dễ chảy máu-nghĩ ác tính cao=> nghĩ nhiều nhất là xuất huyết tiêu hóa dưới do u trực tràng=> đề nghị nội soi trực tràng sinh thiết lại +kết hợp hình ảnh học.
  + + đau khi đi tiêu: có thể do nứt hậu môn hoặc nghi có xâm nhiễm cơ thắt. Trên ls khám ko thấy vết nứt hậu môn có thể nghĩ nứt đã lành or ko nứt. =>MRI đánh giá xâm lấn cơ thắt, cơ nâng
  + BN được nội soi trực tràng ghi nhận sang thương loét lẫn polyp dễ chảy máu=> cũng phù hợp với tính chất xuất huyết tiêu hóa của BN tuy nhiên cần nghĩ đến nguyên nhân ác tính trước tiên do là bệnh lý nguy hiểm hơn cộng với lâm sàng phù hợp, cls có gợi ý, BN lớn tuổi.
  + BN tiêu phân lẫn máu đỏ kèm nhầy nhớt có một số tính chất phù hợp trong hội chứng lị, tuy nhiên BN không có đau bụng quặn cơn (hoặc đau âm ỉ ở lỵ mức độ nhẹ) kèm mót rặn, nội soi không ghi nhận hình ảnh niêm mạc ruột sung huyết với nhiều vết loét nhỏ (lỵ có thể gây viêm toàn bộ đại trực tràng)=>ít nghĩ.
  + Trĩ xuất huyết: tính chất không phù hợp.
* Hc chèn ép tủy lưng: Bn đau tại cột sống thắt lưng lan xuống đùi, gối 2 bên kèm YẾU chân, triệu chứng khởi phát khoảng 4-5 tháng gần đâygần với thời điểm xuất hiện những triệu chứng tiêu hóa rõ ràng, kèm với BN có sang thương nghĩ ác tính ở trực tràng đoạn thấp trên nội soi **(gp….)** cần phải nghĩ đến biến chứng chèn ép tủy do u di căn trước khi có bằng chứng loại trừ do tính chất nguy hiểm của nó cũng như không thể điều trị khỏi một khi Bn đã liệt.

+Tuy nhiên những đặc điểm không phù hợp của chèn ép tủy do u: Bn chỉ có triệu chứng khi đi lại, vận động nặng, không đau khi nghỉ, ngủ đặc biệt là về đêm; mức độ đau và triệu chứng yếu 2 chi dưới suốt 5 tháng nay giữ nguyên về mức độ (trong chèn ép tủy do u triệu chứng diễn tiến tăng dần đến liệt, mất kiểm soát tiêu tiểu)=>do đó đề nghị MRI cs thắt lưng có cản từ (là tốt nhất) nếu loại trừ được u di căn chèn ép tủy có thể chẩn đoán NN đau cs trên bn này do thoát vị đĩa đệm chèn ép rễ tk. Có thể dùng CT scan có cản quang ngực bụng khảo sát di căn gan phổi xương. Đề nghị xạ hình xương nếu có đk.

- Rối loạn đi tiểu: bn có triệu chứng tiểu khó, phải rặn, tiểu són có thể nghĩ đến các nguyên nhân:

+Phì đại lành tính tlt+bàng quang thần kinh do đtd=> đề nghị siêu âm bụng đánh giá thể tích tlt

+u trực tràng xâm lấn bàng quang=> đề nghị MRI đánh giá.

1. **ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG**
2. **Cận lâm sàng chẩn đoán:**

* Nội soi toàn bộ khung đại tràng + GPB tổn thương nếu có 🡪 kiểm tra các sang thương khác (CĐPB), CĐXĐ K TT.

1. **Cận lâm sàng đánh giá giai đoạn:**

* CLVT bụng chậu,ngực có cản quang để đánh giá TNM
* CHT bụng chậu đánh giá mạc treo trực tràng và xâm lấn mạch máu,xâm lấn cấu trúc xung quanh-> đánh giá TNM
* XHX để đánh giá di căn xương vì BN có triệu chứng đau nhức xương vùng cùng cụt

1. **CLS theo dõi điều trị, tiên lượng:** CEA
2. **Cận lâm sàng thường quy:** XQ ngực, ECG, BUN, Creatinine, eGFR, TPTNT, ion đồ, glucose máu
3. **KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG**
4. Nội soi trực tràng (30/09/2022)

* Soi cao 3 cm cbhm: có máu đỏ - niêm mạc thâm nhiễm cứng
* Trực tràng thấp sát đường lược có tổn thương dạng vòng nhẫn chiếm trọn chu vi. Sượn cứng chít hẹp lòng, dễ chảy máu, ống soi không lên được phía trên. NBI+ Đại thể : ác tính
* Hậu môn : cơ vòng có u xâm lấn
* Kết luận: Bướu trực tràng thấp, bít lòng xâm lấn cơ thắt hậu môn -->sinh thiết GPB nhiều mẫu

1. Giải phẫu bệnh (04/10/2022) Tăng sản tuyết kèm viêm -> không phù hợp lâm sang -> cần sinh thiết lại .
2. Được thực hiện giải phẫu sinh thiết vào ngày 07/10 -> kết quả 11/10/2022 -> carcinoma tuyến biệt hóa kém loại tế bào nhẫn , chưa loại trừ u thần kinh nội tiết. đề nghị nhuộm hóa mô miễn dịch.
3. ‘MRI:

* Kết quả MRI vùng chậu có cản từ:
  + Dày thành lệch tâm trực tràng đoạn 1/3 giữa, d=19mm, đoạn dài d=63mm, tín hiệu thấp trên T1W và T2W, tăng tương phản vừa sau tiêm thuốc tương phản Gado T1FS, xâm lấn mỡ mạc treo trực tràng xung quanh, chưa thấy xâm lấn mỡ phúc mạc xung quanh, nghĩ xuất huyết hoại tử tạo dịch bề mặt u, hạn chế khuếch tán, sang trên D1W và tối trên ADC.Bờ dưới cách bờ hậu môn d=51mm, MRF (-), CRM <1mm
  + Khoảng 1 hạch khoảng sau trực tràng, d=9\*18mm + nhiều hạch nhỏ lân cận dmax=4x5mm, đồng tín hiệu trên T1W và T2W, tăng tương phản sau tiêm Gado T1WFS
  + Tiền liệt tuyến d=45x26x34mm, cấu trúc và tín hiệu trong giới hạn bình thường
  + Chưa phát hiện tổn thương xương trong vùng khảo sát. Bàng quang không sỏi, không dày thành
* Kết luận : Nghĩ U trực tràng 1/3 giữa dưới, xâm lấn mỡ mạc trẹo trực tràng xung quanh, nghĩ xuất huyết hoại tử tạo dịch bề mặt u/ Khoảng 1 hạch khoảng sau trực tràng + nhiều hạch nhỏ lân cận; phân đọ MRI: T3N1( hoặc NX)
* Theo dõi phì đại nhẹ tiền liệt tuyến

Phù hợp với K trực tràng thấp, T3N1Mx -> cần Ctscan cản quang ngực bụng để kiểm tra tình trạng di căn xa

1. Miễn dịch máu ( 8/10)

CEA: 2.8 ng/ml <5

CA19-9: 27.81 U/ml < 37

Tiên lượng tốt hơn so với những trường hợp tăng.

1. CTM (30/09/2022)

| WBC | 8.279 K/uL |
| --- | --- |
| Neu | 68.2% |
| Lym | 23.8% |
| Mono | 6.3% |
| EOS | 1.4% |
| Baso | 0.3 % |
| Rbc | 3.61 M/uL |
| HGB | 9.3 g/dL |
| HCT | 28.6 % |
| MCV | 79.2 fL |
| MCH | 25.8 pg |
| MCHC | 32.5 g/dL |
| RDW | 16.0% |
| PLT | 302 K/uL |

* Bệnh nhân có số lượng bạch cầu bình thường
* Bệnh nhân có tình tràng thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ trung bình => phù hợp với tình trạng xuất huyết tiêu hóa do u của bệnh nhân

1. Đông máu (30/09/2022)

| Thời gian prothrombin | 9.8 giây |
| --- | --- |
| INR | 0.93 giây |
| APTT(TCK) | 25.3 giây |

* Không ghi nhận tình trạng rối loạn đông máu

1. Sinh Hóa (30/09/2022)

| Urea | 7.0 mmol/L |
| --- | --- |
| Glucose | 5.5 mmol/L |
| Creatinine | 158 umol/L=1,78 mg/dl |
| eGFR(CKD-EPI) | 37.87 ml/ph/1,73m2 |
| AST | 15 U/L |
| ALt | 13 U/L |
| Albumin | 35 g/L |

* Đường huyết trong giới hạn bình thường
* eGFR giảm, creatinine tăng -> bệnh nhân có tình trạng suy thận -> để kiểm tra cấp hay mạng ta làm lại creatinine sau 48h để kiểm tra
* Albumin giảm nhẹ

1. Điện giải đồ (30/09/2022)

| Na+ | 144 mmol/L |
| --- | --- |
| K+ | 3 mmol/L |
| Cl- | 97 mmol/L |
| Ca++ | 1 mmol/L |

Bệnh nhân có tình trạng hạ K+,cl-,Ca++

1. TPTNT (30/09/2022)

URO normal

GLU +100 mg/dl

KET neg

BIL neg

Pro ++++ 10 g/L

NIT neg

pH 6.5

BLD-Hem +- 0.03

S.G 1.019

LEU neg

A/C ++ >= 300 mg/gCr

P/C ++ >= 0.5 g/gCr

1. Sinh Hóa (01/10/2022)

| Protein total | 53 g/L |
| --- | --- |
| Albumin | 33 g/L |

1. Sinh hóa máu (03/10/2022)

| Urea | 4.8 mmol/L |
| --- | --- |
| Creatinine | 138 umol/L=1.56 mg/dl |
| eGFR(CKD-EPI) | 44.61 ml/ph/1,73m2 |
| Cholesterol | 5.0 mmol/L |
| LDL cholesterol | 2.2 mmol/L |
| Triglycerides | 3.1 mmol/L |
| HDL cholesterol | 0.9 mmol/L |
| HbA1c | 6.8% |

Creatinine 1,78 (30/10)-> 1.56 -> bệnh nhân nghĩ nhiều là tình trạng suy thận mạn

1. Điện Giải đồ (03/10/2022)

| Na+ | 134 mmol/L |
| --- | --- |
| K+ | 2.8 mmol/L |
| Cl- | 105 mmol/L |
| Ca++ | 1.2 mmol/L |

1. Sinh hóa ( 04/10/2022)

| Urea | 7.2mmol/L |
| --- | --- |
| Creatinine | 150 umol/L |
| eGFR ( CKD-EPI) | 40.33 ml/ph/1.73m2 |

1. Điện Giải đồ (06/10/2022)

| Na+ | 141 mmol/L |
| --- | --- |
| K+ | 2.3 mmol/L |
| Cl- | 105 mmol/L |
| Ca++ | 1.09 mmol/L |

1. Điện Giải đồ và glucose ( 07/10/2022)

| Na+ | 146 mmol/L |
| --- | --- |
| K+ | 3.3 mmol/L |
| Cl- | 107 mmol/L |
| Ca++ | 1.16 mmol/L |
| Glucose | 7.5 mmol/L |

1. Sinh hóa ( 11/10/2022)

| Urea | 5.9 mmol/L |
| --- | --- |
| Creatinine | 175 umol/L |
| eGFR ( CKD-EPI) | 33.47 ml/ph/1.73m2 |
| Albumin | 32g/L |

1. Điện giải đồ (11/10/2022)

| Na+ | 143 mmol/L |
| --- | --- |
| K+ | 2.4 mmol/L |
| Cl- | 100 mmol/L |
| Ca++ | 1.16 mmol/L |

1. Điện giải đồ ( 12/10/2022)

| Na+ | 145 mmol/L |
| --- | --- |
| K+ | 2.1 mmol/L |
| Cl- | 105 mmol/L |
| Ca++ | 1.08 mmol/L |

1. Xquang tim phổi PA

* Không tổn thương đông đặc nhu mô phổi
* Không tim to
* Không tràn dịch màng phổi hai bên
* Không ghi nhận bất thường xương trên phim x quang lần này.

1. ECG

* Rung nhĩ đáp ứng thất nhanh

1. Siêu âm Doppler tim

* Dày đồng tâm thất trái
* Tim có ngoại tâm thu
* Hở van ĐMC nhẹ, hở van 2 lá nhẹ
* Không rối loạn vận động vùng
* Chức năng tâm thu thất trái tốt, EF=75%

1. **CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH**

Carcinoma tuyến trực tràng T3N1Mx, giai đoạn IIIB

1. **ĐIỀU TRỊ**
2. **Nguyên tắc điều trị**

* K trực tràng thấp T3N1Mx, MRF (-), N1:

+ Xạ trị trước PT:

Mở rộng:

Xạ trị trong thời gian ngắn (SCPRT: short course preoperative radiotherapy): Xạ 25Gy chia 5 lần trong 1 tuần, mỗi lần 5Gy sau đó phẫu thuật trong vòng 1-2 tuần. Xạ trị ngắn ngày như trên thường chỉ áp dụng cho xạ trị trước mô với ung thư trực tràng trung bình T3b hoặc ung thư trực tràng thấp T2.

Xạ dài ngày, trải liều (Long course): Xạ 45Gy chia 25 lần, 5 lần trong 1 tuần, mỗi lần 1,8Gy phẫu thuật sau 4-8 tuần

+ Phẫu thuật: K trực tràng 1/3 giữa và dưới, T3N1M0, chưa xâm lấn tầng sinh môn nên ưu tiên PT nội soi qua ngã bụng bảo tồn cơ thắt. Vì khối U cách bờ hậu môn # 5cm ( 1/3 dưới) , chưa xâm lấn cơ thắt -> phẫu thuật cắt trước cực thấp.

+ Hóa trị sau PT

1. **Kế hoạch điều trị cụ thể:**
2. **Chuẩn bị bệnh nhân:**

* CLS tiền phẫu: nhóm máu, đông máu toàn bộ (PT, APTT, fibrinogen), AST, ALT, bilirubin, BUN,Creatinine, eGFR, TPTNT, ion đồ, đường huyết, XQ ngực, ECG, CTM, HIV, VG B,C
* Dinh dưỡng:

+ BN có khả năng tự ăn uống, chế độ ăn uống ít chất xơ 3 ngày trước pt

+ Nhịn ăn 24h trước PT

+ Nhịn uống nước >=3h trước PT

* Làm sạch đại trực tràng bằng thuốc xổ Fleet Phosphasoda (các pp khác: thụt tháo/thuốc xổ - Fleet Phosphasoda/Fortrans): (2 liều, mỗi liều 45 ml hòa với 1 cốc nước đầy (khoảng 240 ml) và uống cách nhau khoảng 10 – 12 giờ, liều thứ 2 phải uống cách thời gian PT 6 tiếng)
* Khám tiền mê

1. **Kháng sinh trước mổ:**

* PT cắt nối ĐTT là phẫu thuật sạch nhiễm 🡪 sd kháng sinh dự phòng 1 liều duy nhất trước khi rạch da cephalosporin thế hệ II: Cefoxitin/Cefotetan (cefoxitin 2g IV 30p trước PT, lặp lại mỗi 6h)

1. **PT cắt trước:**

* Cắt trọn đoạn từ ĐT chậu hông đến trực tràng dưới nếp phúc mạc, lấy nguyên vẹn hoàn toàn mạc treo trực tràng, thắt mạch máu nuôi, nạo hạch
* Diện cắt an toàn cách u 2cm
* Nối đại tràng xuống với phần còn lại của trực tràng thấp và ôhm
* Chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở nếu:

+ PTNS thất bại

+ u to dính cq xq

+ khung chậu hẹp

+ mất máu nhiều >1l

* Đặt dẫn lưu
* Theo dõi biến chứng sau PT: Chảy máu (đánh giá dịch ODL lượng/màu sắc/chân ODL có rò dịch hay xì), bục miệng nối, NT vết mổ (đánh giá vết mổ có đau/chảy mủ và dấu hiệu NT toàn thân sốt/mạch nhanh/thở nhanh), tiểu tiện/trung tiện/đại tiện.
* Giảm đau sau PT: đa mô thức

+ Paracetamol

+ NSAID + PPI (ketorolac 30mg 1A \* 3 TMC mỗi 8h + pantoloc 40 mg 1 lọ TMC)

+ PCA morphine.

1. **Hóa trị bổ trợ sau PT:**

* Phác đồ FOLFOX: Oxaliplatin + 5- Fluoruoracil + Leucovorin

1. **TIÊN LƯỢNG**
2. **Tiên lượng gần: trung bình**

Biến chứng sau mổ nhiều: Chảy máu, bục miệng nối, nhiễm trùng vết mổ

1. **Tiên lượng xa: Xấu**

* Tiên lượng sống còn 5 năm sau điều trị đối với giai đoạn IIIB là 53,5%
* Tiên lượng tái phát

1. **THEO DÕI**

* Tái khám mỗi 3-6 tháng trong 2 năm đầu và mỗi 6 tháng trong 3 năm tiếp theo
* Siêu âm bụng, CEA mỗi lần tái khám
* Do bệnh nhân chưa được thực hiện nội soi toàn bộ khung đại tràng trước mổ -> thực hiện sau mổ 1 tháng or 3-6 tháng nếu soi bình thường thực hiện lại sau 3 năm và rồi mỗi 5 năm
* CLVT bụng mỗi năm trong 5 năm đầu nếu bất thường trên siêu âm bụng