

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CỤT TRỰC TRÀNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Anh Tuấn¹, Vũ Văn Quang¹, Phạm Văn Hiệp¹, Triệu Triều Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt cắt trực tràng đường bụng-tàng sinh môn (Phẫu thuật Miles) điều trị ung thư trực tràng thấp tại Bệnh viện TƯQĐ 108.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu 90 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, được phẫu thuật Miles nội soi tại Bệnh viện TWQĐ 108, từ 1/1/2010-30/03/2015. Ghi nhận các số liệu về đặc điểm bệnh nhân, đặc điểm tổn thương, kết quả phẫu thuật và theo dõi sau mổ.

Kết quả: Tuổi trung bình $55,4 \pm 13,1$ (24-84 tuổi). Khoảng cách khối u-rìa HM ≤ 3 cm chiếm 45,5%. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn II và III (94,45%), di căn hạch chiếm 31,1%. Không có di căn xa. Thời gian phẫu thuật trung bình: $123,15 \pm 35,8$ phút, hậu phẫu trung bình: $11,2 \pm 7,3$ ngày. Tai biến trong mổ 5,55%, chuyển mổ mở 2,22%. Không có tử vong phẫu thuật. Biến chứng sớm 31,11%. Biến chứng xa chủ yếu là các rối loạn chức năng tiết niệu sinh dục (21,1%) và các biến chứng của hậu môn nhân tạo (10%). Thời gian theo dõi trung bình là $29,35 \pm 13,24$ tháng với tỉ lệ tử vong 21,1% và tỉ lệ tái phát tại chỗ 2,22%. Thời gian sống trung bình $41,47 \pm 2,48$ tháng.

Kết luận: Phẫu thuật Miles nội soi là phương pháp an toàn trong điều trị ung thư trực tràng thấp.

Từ khóa: Phẫu thuật Miles nội soi, Ung thư trực tràng thấp.

ABSTRACT

EVALUATION OF LAPAROSCOPIC ABDOMINOPERINEAL AMPUTATION (MILES'S OPERATION) FOR LOW RECTAL CANCER AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Nguyen Anh Tuan¹, Vu Van Quang¹, Pham Van Hiep¹, Trieu Trieu Duong¹

Objection: To assess the result of laparoscopic abdominoperineal resection (Miles's operation) treatment for low rectal cancer at Center Military Hospital 108.

Patients and Method: 90 Miles's operation patients in 108 hospital from 1/1/2010 to 30/3/2015, the patient's data were recorded: patient's and tumor's characteristics, results of the operation and post-operation follow-up.

Result: Mean age was 55.4 ± 13.1 (24-84y). Mean distance from tumor to anal verge ≤ 3 cm was 45.55%. The majority of patient was at II and III stage (94.45%). Lymph node metastasis was 31.1%, no patients had distant metastasis. Mean operation time was 123.15 ± 35.8 min. Mean postoperative time was 11.2 ± 7.3 days. Accident in operation was 5.5%, conversion rate to open surgery is 2.2%, there is no operative

1. Bệnh viện TƯQĐ 108

- Ngày nhận bài (received): 10/11/2015; Ngày phản biện (revised): 1/12/2015;

- Ngày đăng bài (Accepted): 14/12/2015

- Người phản biện: Hồ Hữu Thiện

- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Anh Tuấn

- Email: nguyenganhtuanb3108@gmail.com; ĐT:

Bệnh viện Trung ương Huế

mortality. Early complication was 30%. Mean follow-up time was 29.35 ± 13.24 months with mortality 21.1% and local recurrence 2.22%. The average survival time is 41.47 ± 2.48 months.

Conclusion: Miles's operation is a good method of treatment for low rectal cancer.

Key words: Laparoscopic Miles's operation, Low rectal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt cụt trực tràng qua đường bụng và tăng sinh môn (phẫu thuật Miles) được Ernest Miles mô tả lần đầu tiên năm 1908 và được coi là một dấu mốc quan trọng trong lịch sử phẫu thuật điều trị triệt căn ung thư trực tràng (UTTT)[3]. Phẫu thuật nội soi đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân như: giảm đau sau mổ, thời gian phục hồi ngắn, giảm mất máu, giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, thời gian nằm viện ngắn. Một trường mổ rộng rãi do sự phóng đại của hình ảnh qua kính nội soi giúp cho phẫu thuật viên quan sát rõ các cấu trúc mạch máu và thần kinh vùng chậu, giảm được các tai biến tổn thương niệu quản, chảy máu trước xương cùng... Đồng thời kết quả về mặt ung thư học, thời gian sống thêm, chất lượng sống sau mổ cho kết quả tương tự như mổ mở qua những nghiên cứu gần đây. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp hiện nay vẫn đang là một chủ đề tiếp tục được tranh luận về: kết quả sống thêm, tỉ lệ tái phát và di căn sau mổ[1],[2]. Mục đích của nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật Miles nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 90 bệnh nhân UTTT thấp, được điều trị bằng phẫu thuật Miles nội soi tại Bệnh viện TWQĐ 108, từ 1/1/2010-30/3/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang có can thiệp.

Chỉ định phẫu thuật Miles được xác định trước mổ cho tất cả các trường hợp khối u có bờ dưới cách mép hậu môn ≤ 5 cm, bệnh nhân chưa có di căn xa, khối u chưa xâm lấn rộng, còn có khả năng cắt triệt căn.

Các trường hợp khối u ở vị trí cao hơn, chỉ định

phẫu thuật Miles được đặt ra trong khi mổ, sau khi đã phẫu tích hoàn toàn khối u, nếu thấy việc làm miệng nối không đủ khoảng cách an toàn tối thiểu 2cm hoặc không đảm bảo tính triệt căn của phẫu thuật do u có kích thước lớn, xâm lấn rộng hoặc miệng nối có thể không an toàn. Bệnh nhân được khám lâm sàng trước mổ, ghi nhận các thông tin về tuổi, giới, thời gian có biểu hiện lâm sàng, các triệu chứng toàn thân, cơ năng, thực thể và các đặc điểm khối u qua thăm khám trực tràng, qua chẩn đoán hình ảnh và kết quả giải phẫu bệnh, phân chia giai đoạn theo UICC.

Phương pháp phẫu thuật: Gây mê nội khí quản. Bệnh nhân nằm tư thế sản, đầu thấp 20° , nghiêng phải 10° . Sử dụng 4 trocar, áp lực ổ bụng 12mmHg.

Thăm dò ổ bụng, đánh giá di căn hạch và các cơ quan. Động mạch mạc treo tràng dưới được vét hạch và thắt tận gốc. Không vét hạch chậu. Lấy bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng, bảo tồn được thần kinh tự động. Phẫu tích mặt sau trực tràng dựa vào khoang trống giữa trực tràng và trước xương cùng. Phẫu tích 2 bên trực tràng sẽ bộc lộ khoang trống quanh trực tràng. Phẫu tích mặt trước trực tràng bằng xẻ nếp phúc mạc túi cùng Douglas, bóc tách vào khoang trước trực tràng, phía trước cân Denonvillier. Đối với nam giới, tránh làm thủng túi tinh và bóc tách cho tới khoang sau tuyến tiền liệt. Đối với nữ giới cần tránh gây tổn thương âm đạo. Phẫu tích tới đáy chậu, bộc lộ rõ cơ nâng hậu môn. Sau khi bộc lộ rõ toàn bộ trực tràng, đánh giá lại khoảng an toàn bờ dưới khối u, nếu không có khả năng bảo tồn cơ thắt sẽ tiến hành phẫu thuật Miles. Đây là đánh giá cuối cùng để quyết định phẫu thuật Miles.

Cắt đầu đại tràng sigma phía trên, làm hậu môn nhân tạo (HMNT) bằng đường khâu mũi rời chỉ Vircryl 3/0 giữa mép hậu môn với mép da. Không khâu cân cơ và phúc mạc tiểu khung.

Tiến hành khoét tăng sinh môn: Rạch ra theo đường tròn cách đều mép da- hậu môn 1,5-2cm. Qua da và lớp mỡ dưới da, bộc lộ mặt dưới của cơ

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt cắt trực tràng...

nâng. Cắt cơ nâng phía sau trước, tìm đường vào ổ bụng, đưa đầu trên ra ngoài rồi mới tiến hành giải phóng nốt mặt trước trực tràng. Lấy bệnh phẩm ra ngoài qua đường tầng sinh môn. Kiểm tra tiền liệt tuyến và cổ bàng quang ở nam, thành âm đạo ở nữ. Khâu phục hồi khoang tầng sinh môn từng lớp. Dẫn lưu đáy chậu bằng hút liên tục áp lực âm. Nội soi lại ổ bụng, kiểm tra đặt dẫn lưu.

Điều trị sau mổ: Kết hợp kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và cho ăn sớm sau mổ 24 giờ, điều trị hóa chất theo phác đồ FOLFOX4 hoặc FUFA. Ghi nhận các thông số như : thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tai biến, biến chứng và tử vong phẫu thuật, thời gian nằm viện. Kiểm tra bệnh nhân sau mổ định kì 3 tháng/lần, đánh giá tình trạng tái phát và các biến chứng xa. Kết quả nghiên cứu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS. So sánh các tỉ lệ bằng test X². Các so sánh có ý nghĩa với p<0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu được tiến hành trên 90 bệnh nhân (51 nam, 39 nữ), Tuổi trung bình $54,4 \pm 13,1$ (24-84 tuổi). Có 42,2% bệnh nhân trên 60 tuổi. 94,45% bệnh nhân ở giai đoạn II và III (Bảng 1). Số bệnh nhân có di căn hạch chiếm 31,1%. Không có di căn xa.

Bảng 1. Phân chia giai đoạn bệnh theo AJCC năm 2010

Giai đoạn	n	%
I	5	5,55
IIa	34	37,78
IIb	16	17,78
IIc	7	7,78
III	28	31,11
Tổng	90	100

3.2. Đặc điểm phẫu thuật

Tất cả bệnh nhân đều có u nằm ở 1/3 dưới trực tràng với khoảng cách trung bình từ bờ dưới khối u-rìa HM là $3,71 \pm 2,46$ cm. Các trường hợp có khoảng cách từ bờ dưới khối u tới rìa hậu môn ≤ 3 cm chiếm 45,5% (Bảng 2).

Bảng 2. Khoảng cách từ bờ dưới u tới mép hậu môn

Khoảng cách	n	%
≤ 3 cm	41	45,5
>3-4 cm	18	20
>4-5 cm	24	26,7
>5cm	7	7,8
Tổng	90	100

Không có tử vong phẫu thuật. Tai biến trong mổ chiếm tỷ lệ 5,55% (5/90BN) trong đó có 2 trường hợp chảy máu từ mặt trước xương cùng, 01 trường hợp phải chuyển mổ để khâu cầm máu, trường hợp còn lại xử trí được bằng khâu trong nội soi kết hợp chèn Spongell. Một trường hợp tổn thương niệu đạo khi khoét tầng sinh môn do khối u xâm lấn rộng, phải lấy bỏ một phần tuyến tiền liệt và gây tổn thương thành niệu đạo màng, xử trí bằng khâu phục hồi tại chỗ với chất liệu bao xơ của tuyến tiền liệt. Bệnh nhân phải duy trì sonde Foley 21 ngày, sau khi rút sonde, tiểu tiện tốt, không có hẹp niệu đạo. Hai trường hợp thủng trực tràng trong quá trình khoét tầng sinh môn. Chuyển mổ mở 2 trường hợp do khối u xâm lấn rộng, không thể phẫu tích được trên nội soi. Nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn hay gặp nhất (20%). Có 2 trường hợp bán tắc ruột sớm, khả năng do ruột non dính vào khuyết hông phúc mạc vùng tiểu khung, điều trị bảo tồn thành công. Bí đại kéo dài sau mổ gặp 8,89% bệnh nhân đều tự khỏi sau khi lưu sonde niệu đạo kết hợp với bơm rửa bàng quang hàng ngày (Bảng 3).

Bảng 3. Tỷ lệ tai biến, biến chứng sớm và chuyển mổ mở

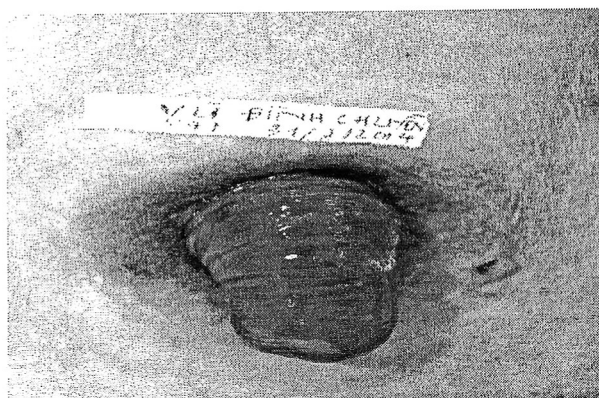
Tai biến, biến chứng	n	%
Tai biến trong mổ	5	5,55
Chảy máu	2	2,22
Tổn thương niệu đạo	1	1,11
Thủng trực tràng	2	2,22
Biến chứng sớm	28	31,11
Bán tắc ruột sớm	2	2,22
Nhiễm khuẩn vết mổ	18	20,00
Bí đại	8	8,89
Chuyển mổ mở	2	2,22

Bệnh viện Trung ương Huế

Biến chứng xa được tính từ 30 ngày sau mổ. Các biến chứng chủ yếu liên quan đến các rối loạn tiết niệu sinh dục (21,11%) và biến chứng liên quan đến hậu môn nhân tạo (10%), bao gồm cả những khó khăn bệnh nhân gặp phải khi sử dụng túi hậu môn nhân tạo (Bảng 4).

Bảng 4. Biến chứng xa

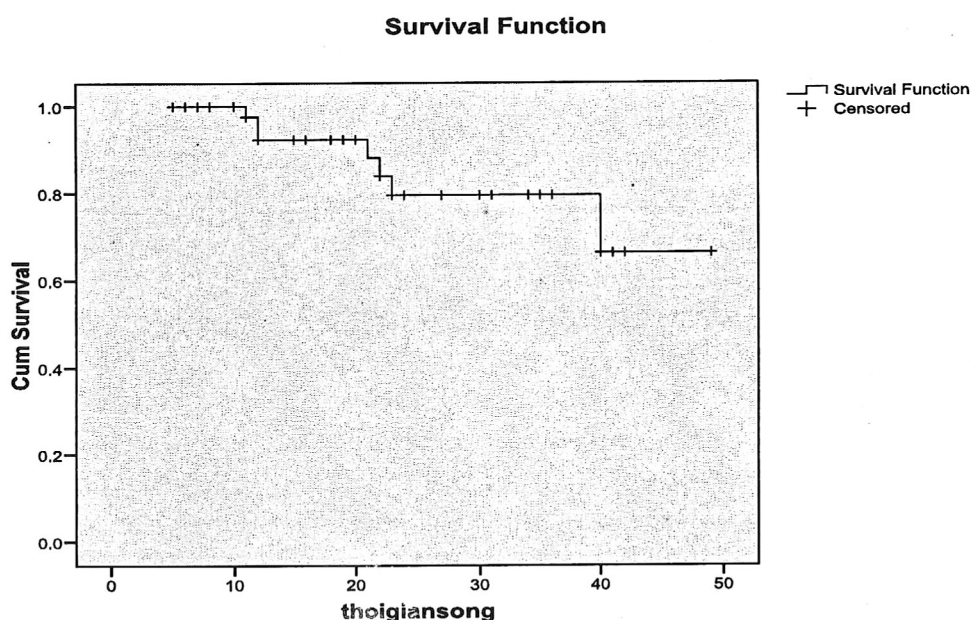
Biến chứng xa	n	%
Vết mổ tăng sinh môn chậm liền	3	3,33
Bán tắc ruột	2	2,22
Rối loạn tiểu tiện	12	13,33
Rối loạn sinh dục	7	7,78
Hẹp hậu môn nhân tạo	2	2,22
Sa hậu môn nhân tạo	2	2,22
Không dán được túi HMNT	6	6,67
Tổng số	34	37,77



Hình 1. Sa hậu môn nhân tạo
(BN Vũ Đình C. 84T SBA: 7958)

3.3. Theo dõi sau mổ

Kết quả theo dõi xa với thời gian theo dõi trung bình là $29,35 \pm 13,24$ tháng. Thời gian sống trung bình là $41,47 \pm 2,48$ tháng. Tỷ lệ sống thêm tích lũy tại các thời điểm 12, 24 và 36 tháng tương ứng là: 92,3%, 79,5%, 73,5%. Có 15 BN đã chết (16,67%). Có 62 BN không có di căn hạch, 18 BN có di căn 1 tới 3 hạch vùng, 10 BN có di căn từ 4 hạch vùng trở lên. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tính theo Kaplan-Mayer được trình bày trong biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ

Có 22 BN có biểu hiện tái phát, trong đó tái phát tại chỗ chiếm 2,22%, di căn xa chiếm 7,78%. 2 trường hợp tái phát di căn phúc mạc và tại hậu môn nhân tạo, phải mổ lại cắt các khối u di căn. Có 2 trường hợp xuất hiện u đại tràng ngang sau mổ phải mổ lại cắt đại tràng (Bảng 5).

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt cắt trực tràng...

Bảng 5. Vị trí tái phát và di căn xa

Biểu hiện lâm sàng	n (%)	Cách xử trí
Tái phát vùng tiểu khung	2(2,22)	Hóa chất tạm thời
Di căn phúc mạc + U tái phát tại HMNT	2(2,22)	Mổ lại
U đại tràng tại vị trí khác	2(2,22)	Mổ lại
Di căn gan	6(6,67)	Hóa chất tạm thời
Hạch ổ bụng	8(8,89)	Hóa chất tạm thời
Di căn phổi	1(1,11)	Hóa chất tạm thời
Di căn xương cùng cụt	1(1,11)	Hóa chất tạm thời



Hình 2. Tái phát hậu môn nhân tạo (Bùi Đăng T, 48 tuổi, SBA: 22364)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm phẫu thuật

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng được ứng dụng rộng rãi trong những năm gần đây. Sự tiến bộ của các phương tiện nối, sự thừa nhận khoảng cách 2cm phía dưới khối u là an toàn về mặt ung thư học đã làm giảm tỉ lệ phẫu thuật phải cắt cắt trực tràng bằng đường bụng và tăng sinh môn[8]. Việc chỉ định phẫu thuật cắt cắt trực tràng phải tiến hành hết sức chặt chẽ. Trong nghiên cứu của chúng tôi khoảng cách trung bình khối u-rìa HM là $3,71 \pm 2,46$ cm. Khoảng cách khối u-rìa HM ≤ 3 cm chiếm tỉ lệ cao (45,55%). Kết quả này cho thấy chỉ định mổ phẫu thuật Miles trong nghiên cứu là thích hợp. Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu là $123,15 \pm 35,8$ phút, thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả trong nước như Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Minh Hải và Phạm Văn Bình[1],[2],[3],[4]. Có thể do chúng tôi được trang bị dao hàn mạch nên việc cầm máu và phẫu tích được thực hiện thuận lợi và nhanh chóng hơn. Các tác giả trên thế giới đều thống

nhất rằng khi phẫu thuật viên tiến hành càng nhiều ca phẫu thuật, động tác càng thành thục thì thời gian mổ càng rút xuống và các tai biến trong mổ cũng ít đi.

4.2. Kết quả sau mổ

Nhiễm khuẩn vết mổ tăng sinh môn gặp 18 BN (20%). Các BN này đều có thời gian nằm viện kéo dài, có 2 trường hợp kéo dài tới 30 ngày sau mổ, có 4 trường hợp cho BN ra viện tự sẵn sóc tới 6 tháng sau vết mổ vẫn chưa liền, 1 trường hợp phải mổ lại cắt lọc, khâu tái tạo lại tăng sinh môn sau mổ 1 tháng do vết mổ không liền, khuyết hồng lớn. Sau nhiều biện pháp khắc phục biến chứng này bằng trám mạc nối lớn, để hở hoàn toàn vết thương và cho ngâm tăng sinh môn ngay sau mổ, đặt 2 dẫn lưu lớn và ổ khuyết hồng... nhưng hiệu quả không cao. Gần đây chúng tôi tiến hành đặt dẫn lưu áp lực âm, kết quả các trường hợp này đều không có nhiễm khuẩn, tăng sinh môn liền sẹo kỳ đầu. Việc đặt dẫn lưu hút áp lực âm liên tục trong 7 ngày đầu tỏ ra rất có hiệu quả trong việc làm mất đi khoang ảo do khuyết hồng vùng tăng sinh môn khi khoét bỏ trực tràng đường

dưới. Cần đặt áp lực âm sao cho vết mổ tầng sinh môn được rút lõm lên trên nhằm hạn chế khoang ảo dưới cơ nâng hậu môn. Chúng tôi đang tiếp tục nghiên cứu về vấn đề này. Biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn vẫn luôn là một vấn đề lớn trong phẫu thuật Miles, được các tác giả trong và ngoài nước nghiên cứu. Tác giả Rebeca L. Wiatrek và cộng sự đã báo cáo vấn đề này [6]. Theo ông thì tỉ lệ biến chứng tầng sinh môn dẫn tới vết mổ chậm liền là điều thường xảy ra, chiếm tới 14-80% trong phẫu thuật Miles. Biến chứng tầng sinh môn bao gồm: nhiễm khuẩn vết mổ, áp xe dư, chậm liền vết thương và rò mạn tính ở vết mổ tầng sinh môn. Điều này dẫn tới thời gian nằm viện kéo dài và gây khó chịu cho bệnh nhân. Các yếu tố nguy cơ là tình trạng bệnh lý toàn thân như: béo phì, đái tháo đường... Và yếu tố quan trọng là do chính phẫu thuật viên. Sự không thành thực trong thao tác dẫn tới làm tổn thương thành trực tràng, phân trào ra làm nhiễm khuẩn rộng. Khuyết hồng lớn vùng tầng sinh môn, khoang tồn dư dưới cơ nâng kết hợp với ứ đọng dịch và nhiễm khuẩn là những yếu tố quan trọng góp phần gây nên biến chứng này. Các biện pháp như sát trùng kĩ trong khi mổ, khâu kín lỗ hậu môn trước khi tiến hành thì khoét tầng sinh môn, tránh thủng trực tràng, thay băng vết thương hàng ngày và đặc biệt là dẫn lưu hút áp lực âm, đã được chứng minh làm giảm tỷ lệ biến chứng này.

Tỷ lệ gặp các biến chứng về rối loạn chức năng tiết niệu sinh dục trong nghiên cứu là 21,1%. Đã có nhiều nghiên cứu về chức năng tiết niệu sinh dục của bệnh nhân sau cắt cụt trực tràng, các tác giả nhận thấy rằng chức năng tiết niệu sinh dục ít bị ảnh hưởng hơn ở nhóm bệnh nhân PTNS [7]. Các tác giả trong nước gặp biến chứng này là 15% [3]. Simon ghi nhận trên 99 bệnh nhân tỷ lệ bí đái sau mổ phải đặt lại sonde là 17% [7].

4.3. Hậu môn nhân tạo

Sa hậu môn nhân tạo gặp 2 BN (2,22%), hẹp hậu môn nhân tạo gặp 2 BN (2,22%). Trường hợp bì sa HMNT, toàn bộ niêm mạc đại tràng lộn ra ngoài qua lỗ HMNT, gây tiết dịch, khó chịu, BN phải thường xuyên tự đẩy vào. BN này sau đó đã tiến hành phẫu

thuật cắt bớt phần đại tràng và làm HMNT lại. Chúng tôi cho rằng có thể hạn chế biến chứng này bằng việc để độ dài quai đại tràng làm HMNT hợp lý, không quá dài, không cần phải giải phóng đại tràng lên, làm lỗ HMNT vừa phải, không cắt cân cơ quá rộng. Trường hợp hẹp HMNT xuất hiện năm thứ 2 sau mổ. Lỗ HMNT tự nhỏ dần lại cùng với quá trình liền sẹo của da, chúng tôi phải mổ lại mở rộng lỗ HMNT. Nguyên nhân của biến chứng này là mép đại tràng đưa ra ngoài bằng với mép da của lỗ hậu môn, quá trình liền sẹo đã làm cho lỗ HMNT hẹp lại, chúng tôi đã khắc phục biến chứng này bằng đưa đại tràng ra ngoài cao hơn so với mép da.

Không sử dụng được túi HMNT gặp ở 6 BN (6,66%). Những BN này không thể dán được túi do da quanh HMNT không phẳng, túi bị hở, phân chảy ra gây ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng sống của BN. BN không có khả năng duy trì được cuộc sống sinh hoạt bình thường vì thường xuyên có mùi khó chịu, không thể trở lại làm việc. Vấn đề khó khăn khi sử dụng túi HMNT cũng là một khía cạnh rất cần quan tâm. Sau phẫu thuật Miles, bệnh nhân sẽ phải mang túi HMNT vĩnh viễn. Khó khăn khi sử dụng túi HMNT làm giảm chất lượng sống. Chúng tôi thấy rằng, việc làm HMNT theo phương pháp truyền thống, khâu thanh mạc đại tràng với phúc mạc và cân cơ thành bụng sẽ làm lõm da quanh HMNT khiến cho khi dán túi sẽ bị hở. Chúng tôi đã cải tiến bằng việc cố định HMNT chỉ bằng một lớp giữa thanh mạc trực tràng với mép da, phần da xung quanh HMNT bằng phẳng, không có khó khăn khi sử dụng túi HMNT, không có trường hợp nào biến chứng tụt HMNT vào ổ bụng.

4.4. Theo dõi xa

Thời gian theo dõi trung bình là $29,35 \pm 13,24$ tháng (5-52 tháng). Thời gian này chưa đủ tính thuyết phục để tính tỷ lệ sống thêm. Đây là hạn chế của nghiên cứu. Kết quả bước đầu theo dõi tỷ lệ sống thêm 3 năm cho thấy khả năng sống của bệnh nhân không khác so với các nghiên cứu trong và ngoài nước, kể cả những số liệu đơn thuần về mổ mở. Về tái phát tại chỗ: Có 22 BN có biểu hiện tái phát chiếm 24,44%, trong đó tái phát tại chỗ là 3,33%, di căn xa

là 8,89%. Mặc dù có sự phát triển của kỹ thuật phẫu thuật điều trị UTTT, trong đó phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng đã làm giảm đáng kể tỷ lệ tái phát tại chỗ, nhưng vấn đề này vẫn là một khó khăn nan giải nhất trong điều trị UTTT hiện nay. Nghiên cứu có 2 bệnh nhân tái phát tại vị trí khác của đại tràng được mổ lại cắt đại tràng. 2 bệnh nhân tái phát vùng tiểu khung, 2 bệnh nhân tái phát tại chỗ HMNT đều kết hợp với di căn phúc mạc. Khi mổ lại không còn khả năng làm triệt căn, chỉ cắt lại khối u di căn và làm HMNT vị trí khác. Không có trường hợp nào tái phát tại chỗ vết mổ tầng sinh môn. 6 bệnh nhân di căn gan thì có 4 bệnh nhân di căn gan đơn thuần, 2 bệnh nhân kết hợp với tái phát tại chỗ, 1 bệnh nhân di căn vào xương cùng cụt. Biểu hiện chủ yếu của 15 bệnh nhân trước khi tử vong là: 6 di căn gan, 3 tái phát tại chỗ, 1 di căn xương cùng cụt, 1 di căn phổi, 2 di căn phúc mạc, 2 trường hợp u đại tràng tại vị trí khác. Phân tích các yếu tố nguy cơ tái phát tại chỗ được chia làm 2 nhóm : nguy cơ liên quan đến đặc điểm khối u, giai đoạn bệnh và các yếu tố liên quan đến kỹ thuật mổ. Bệnh nhân được mổ ở giai đoạn muộn, đặc biệt là các khối u T4, đã có di căn hạch và có mức độ biệt hóa thấp có nguy cơ tái phát tại chỗ rất cao. Một vấn đề khác liên quan đến kỹ

thuật mổ là trực tràng bị thủng trong khi mổ hoặc bảo tồn không toàn vẹn mạc treo trực tràng do kỹ thuật mổ hoặc một số khó khăn khác gặp phải trong quá trình phẫu tích tổn thương. Nghiên cứu có 2 trường hợp bị thủng trực tràng trong khi mổ thì chính đây là nguyên nhân tái phát tại chỗ vùng tiểu khung rất sớm ngay trong năm đầu tiên sau mổ.

Một số vấn đề tồn tại của kỹ thuật đang tiếp tục được nghiên cứu giải quyết như các biện pháp che phủ vùng tiểu khung, các biện pháp lấp khoang tồn dư vùng đáy chậu, các biện pháp nhằm hạn chế biến chứng và những khó khăn cho bệnh nhân khi phải mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn, chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu và báo cáo trong những đề tài nghiên cứu tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt cắt trực tràng đường bụng-tầng sinh môn là một phương pháp an toàn và cho kết quả tốt về mặt ung thư học. Một số vấn đề cần phải quan tâm như nhiễm khuẩn vết mổ tầng sinh môn, biến chứng sa hậu môn nhân tạo, biến chứng tiết niệu sinh dục, vấn đề khó khăn khi sử dụng túi hậu môn nhân tạo và tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Trung Tín, Đỗ Minh Đại, Từ Đắc Hiền, Lê Quan Anh Tuấn (2006), “Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bằng phẫu thuật nội soi trong ung thư trực tràng thấp”, *Y học Việt Nam*, 319, tr.131-38.
2. Phạm Văn Bình(2013), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt cắt trực tràng đường bụng-tầng sinh môn điều trị ung thư trực tràng thấp*, Luận án tiến sĩ, Học viện Quân Y.
3. Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung, Hồ Cao Vũ (2003), “Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng và bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu trong ung thư trực tràng thấp”, *Hội nghị chuyên đề hậu môn - đại trực tràng TP Hồ Chí Minh*, tr.240-50.
4. Lâm Việt Trung, Nguyễn Minh Hải, Vô Tàn Long, Phùng Tàn Cường, Trần Phùng Dũng Tiến (2005), “Kết quả sớm của phẫu thuật cắt toàn bộ trực tràng qua ngả bụng và tầng sinh môn bằng nội soi ổ bụng trong ung thư trực tràng hậu môn”, *Y học Việt Nam*, 319, tr.34 -44.
5. Heald R.J. (2002), “The importance of TME”, *International colorectal disease symposium 2002*, pp. 10.
6. Rebecca L. Wiatrek., Scott Thomas J., Harry T. Papaconstantinou (2008), “Perineal wound complication after abdominoperineal resection”, *Clin Colon Rectal Surg*, 21(1), pp. 76-85.
7. Simon S.M et al (2006), “Laparoscopic- Assisted versus open abdominoperineal resection for low rectal, Cancer: A prospective randomized trial”, *Annal of surgical oncology*, 15(9), pp. 2418-25.
8. William NS (1983), “Reappraisal of the 5 cm rule of distal excision for carcinoma of the rectum: a study of distal intramural spread and of patients’survival”, *Br J Surg*; 70, pp. 150-4.