

## ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Văn Hương<sup>1</sup>, Tăng Huy Cường<sup>1</sup>, Đinh Văn Chiến<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiền cứu 61 bệnh nhân (BN) ung thư đại trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ 1/2011 đến 6/2014.

**Kết quả nghiên cứu:** 61 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật nội soi, trong đó có 13 BN (21,3%) cắt nửa đại tràng phải, 2 BN (3,3%) cắt nửa đại tràng trái, 3 BN (4,9%) cắt đại tràng sigma, 30 BN (49,2%) cắt đoạn trực tràng và 13 BN (21,3%) cắt cụt trực tràng. Có 4 BN (6,5%) rò miệng nối và 2 BN (3,3%) nhiễm trùng vết mổ. Thời gian mổ trung bình là  $153 \pm 41,2$  phút, thời gian nằm viện trung bình là  $8,9 \pm 2,6$  ngày.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng là phương pháp an toàn và hiệu quả, thời gian nằm viện ngắn, ít đau sau mổ, tính thẩm mỹ cao mà vẫn đạt được nguyên tắc điều trị ung thư.

**Từ khoá:** Phẫu thuật nội soi, đại tràng phải, đại tràng trái, đại tràng sigma, trực tràng, ung thư đại- trực tràng.

### ABSTRACT

#### LAPAROSCOPIC SURGERY FOR COLORECTAL CANCER IN NGHE AN GENERAL FRIENDSHIPS HOSPITAL

Nguyen Van Huong<sup>1</sup>, Tang Huy Cuong<sup>1</sup>, Dinh Van Chien<sup>1</sup>

**Objective:** To evaluate outcomes of laparoscopic surgery for colorectal cancer in Nghe An General Friendships Hospital.

**Methods:** From January 2011 to June 2014, we performed laparoscopy for 61 colorectal cancers in Nghe An General Friendships Hospital,

**Result:** There are 13 right hemicolectomy (21.3%), 2 left hemicolectomy 3.3%, 3 sigmoidcolectomy 4.9%, 30 anterior resection (49.2%) and 13 abdominoperineal resection (21.3%). Complication were 4 anastomosis leakage (6.5%) and 2 wound infection (3.3%). Operation time is  $153 \pm 41.2$  minutes. Mean hospital stay was  $8.9 \pm 2.6$  days.

**Conclusion:** Laparoscopic surgery for colorectal cancer is technically safe and feasible with short hospital stay; high aesthetics and ensure the principles of cancer treatment.

**Keywords:** Laparoscopic surgery, right colon, left colon, sigmoid colon, rectum, and colorectal cancer.

1. Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa  
Nghệ An

- Ngày nhận bài (received): 12/7/2014; Ngày phản biện (revised): 15/8/2014;  
- Ngày đăng bài (Accepted): 26/8/2014  
- Người phản biện: PGS.TS Phạm Như Hiệp, TS. Nguyễn Đình Tùng  
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Văn Hương  
- Email: vanhuongts@gmail.com; ĐT: 0903222929

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1991 Jacobs thực hiện trường hợp cắt đại tràng qua nội soi ổ bụng đầu tiên trên thế giới, ngay sau đó có nhiều trung tâm phẫu thuật lớn trên thế giới và trong nước đã thực hiện cắt đại trực tràng qua nội soi ổ bụng và có nhận xét ưu điểm của loại phẫu thuật này là: ít đau sau mổ, giảm thời gian liệt ruột sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, tính thẩm mỹ cao hơn do sẹo mổ nhỏ [2], [3].

Tại Việt Nam, ca cắt đại tràng nội soi đầu tiên được thực hiện tại bệnh viện trường Đại học Y Dược tp HCM năm 2002 [1]. Từ đó đến nay, việc ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng đã được thực hiện ở nhiều cơ sở y tế trên cả nước.

Nghiên cứu này của chúng tôi góp phần đánh giá tính khả thi và kết quả của phẫu thuật ung thư đại trực tràng qua nội soi ổ bụng tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 61 BN ung thư đại trực tràng được chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt đại trực tràng từ tháng 01/2011 – 6/2014 tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN được chẩn đoán xác định dựa vào nội soi đại trực tràng có sinh thiết. Chẩn đoán được khẳng định lại bằng trả lời kết quả của giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:**

- BN ung thư đại trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật tạm thời hoặc mổ mở.

- BN có những chống chỉ định về phẫu thuật nội soi.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu.

**2.2.2. Kỹ thuật mổ:**

**2.2.2.1. Dụng cụ phẫu thuật:** Bộ dụng cụ chuẩn phẫu thuật nội soi bao gồm: đàn máy nội soi Kal-Stord; các Trocar 5, 10 mm, các dụng cụ cầm nắm,

kẹp ruột, móc đốt, kéo, ống hút, dao đốt đơn cực, dao mổ siêu âm.

**2.2.2.2. Phương pháp phẫu thuật:**

Số lượng trocar được sử dụng thường là 3-4 và tùy thuộc vào từng vị trí của khối u mà chọn vị trí đặt cho thích hợp. Khối u được cắt bỏ đúng theo nguyên tắc phẫu tích ung thư: phẫu tích từ các bó mạch chính của đại tràng, trực tràng nhằm đảm bảo khả năng nạo vét hạch tối đa, kẹp Clip các mạch máu chính tận gốc, tiếp đó sẽ di động đại tràng hoặc trực tràng và hạn chế tối đa các thao tác chạm vào khối u, sau đó mở rộng lỗ Trocar ở trên rốn hay dưới rốn (đối với cắt ung thư đại tràng); vòng trên xương mu (đối với cắt ung thư trực tràng) khoảng 4-5cm để đưa phần định cắt bỏ ra ngoài và thực hiện cắt nối ngoài cơ thể (đối với cắt ung thư đại tràng). Đối với ung thư đại tràng Sigma hay trực tràng cao, trực tràng giữa, chúng tôi cắt đoạn ở ngoài sau đó đưa vào ổ bụng để nối máy. Đối với phẫu thuật Milles chỉ áp dụng cho ung thư trực tràng quá thấp và ống hậu môn, sau khi trực tràng được giải phóng tới sát các lớp cơ của tầng sinh môn rồi tiến hành cắt cụt trực tràng qua đường tầng sinh môn, sau đó đưa phần đại tràng còn lại vào ổ bụng và đưa ra ngoài làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn ở hố chậu trái. Sau khi lập lại lưu thông tiêu hoá, chúng tôi đóng thành bụng và nội soi lại kiểm tra.

**2.2.3. Các chỉ số nghiên cứu:** tuổi, giới, nghề nghiệp, vị trí ung thư, phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, thời gian đau sau mổ, đặc điểm giải phẫu bệnh, thời gian nằm viện sau mổ, các biến chứng sau mổ.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

61 BN ung thư đại trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ 1/2011 đến 6/2014, trong đó có 40 bệnh nhân nam chiếm 65,6% và 21 bệnh nhân nữ chiếm 34,4%; tuổi trung bình là  $61,0 \pm 11,5$  tuổi (thấp nhất là 29 tuổi và cao nhất là 80 tuổi); 5 BN có tiền sử mổ bụng cũ với 3 BN có sẹo mổ cũ dưới rốn và 2 BN với sẹo mổ cũ trên rốn.

Bảng 1: Vị trí khối u

| Vị trí khối u   | n         | %             |
|-----------------|-----------|---------------|
| Đại tràng phải  | 13        | 21,3          |
| Đại tràng trái  | 2         | 3,3           |
| Đại tràng sigma | 3         | 4,9           |
| Trực tràng cao  | 22        | 36,1          |
| Trực tràng thấp | 17        | 27,8          |
| Ổng hậu môn     | 4         | 6,6           |
| <b>Tổng số</b>  | <b>61</b> | <b>100,00</b> |

Trong 13 BN khối u đại tràng phải có 6 BN khối u ở góc gan, 5 BN khối u ở manh tràng và 2 BN khối u ở phần đại tràng lên. 2 BN khối u đại tràng trái đều nằm ở góc lách; 17 BN khối u trực tràng thấp trong đó có 7 BN nội soi cách rìa hậu môn từ khoảng 5 cm.

Bảng 2. Đặc điểm giải phẫu bệnh

| Đặc điểm               | n  | %    |
|------------------------|----|------|
| Carcinoma biệt hóa rõ  | 19 | 31,1 |
| Carcinoma biệt hóa vừa | 32 | 52,5 |
| Carcinoma biệt hóa kém | 10 | 16,4 |

Carcinoma biệt hóa vừa là nhiều nhất chiếm 52,5%

Bảng 3. Phân loại theo giai đoạn ung thư (theo Dukes)

| Phân loại (Dukes) | n  | %    |
|-------------------|----|------|
| A                 | 5  | 8,2  |
| B                 | 36 | 59,0 |
| C                 | 16 | 26,2 |
| D                 | 4  | 6,6  |

Phân loại theo giai đoạn ung thư theo Dukes thì loại B chiếm đa số với tỷ lệ 59,0%

Bảng 4: Các phương pháp phẫu thuật

| Các phương pháp cắt đại - trực tràng | n         | %             |
|--------------------------------------|-----------|---------------|
| Cắt đại tràng phải                   | 13        | 21,3          |
| Cắt đại tràng trái                   | 2         | 3,3           |
| Cắt đại tràng sigma                  | 3         | 4,9           |
| Cắt đoạn trực tràng                  | 30        | 49,2          |
| Cắt cụt trực tràng                   | 13        | 21,3          |
| <b>Tổng số</b>                       | <b>61</b> | <b>100,00</b> |

49,2% các trường hợp được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nội soi, 21,3% các trường hợp được sử dụng phẫu thuật cắt cụt trực tràng nội soi, 21,3% các trường hợp được sử dụng phẫu thuật cắt đại tràng phải và chỉ có 8,2% là cắt đại tràng trái và đại tràng Sigma.

Bảng 5: Các biến chứng xảy ra trong và sau mổ

| Loại biến chứng                               | n        | %           |
|-----------------------------------------------|----------|-------------|
| Chảy máu trong và sau mổ                      | 0        |             |
| Tổn thương tạng khác                          | 0        |             |
| Nhiễm trùng vết mổ                            | 2        | 3,3         |
| Rò miệng nối hồi đại tràng                    | 0        |             |
| Rò miệng nối đại tràng trái- trực tràng       | 1        | 1,6         |
| Rò miệng nối đại tràng sigma- trực tràng thấp | 3        | 4,9         |
| Dò bàng quang, âm đạo                         | 0        |             |
| Biến chứng HMNT                               | 0        |             |
| Tắc ruột sau mổ                               | 0        |             |
| <b>Tổng số</b>                                | <b>6</b> | <b>9,8%</b> |

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ nơi đưa đại tràng ra ngoài ổ bụng để cắt nối. Có 3 trường hợp rò miệng nối đại tràng sigma với trực tràng thấp sát với ống hậu môn, trong đó có 1 trường hợp phải mổ lại để cắt cụt trực tràng, 2 trường hợp điều trị bảo tồn khối. Có 1 trường hợp rò miệng nối đại tràng trái- trực tràng điều trị bảo tồn.

Bảng 6: Thời gian mổ, thời gian trung tiện, số ngày nằm viện sau mổ.

| Thời gian phẫu thuật      | Ngắn nhất 90 phút | Dài nhất 300 phút | Trung bình $153 \pm 41,2$ phút |
|---------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------------|
| Thời gian trung tiện      | Ngắn nhất 36 giờ  | Dài nhất 96 giờ   | Trung bình $75,3 \pm 16,9$ giờ |
| Thời gian nằm viện sau mổ | Ngắn nhất 6 ngày  | Dài nhất 17 ngày  | Trung bình $8,9 \pm 2,6$ ngày  |

Thời gian mổ cho tất cả các loại phẫu thuật trung bình  $153 \pm 41,2$  phút, trong đó thời gian mổ nhanh nhất là 90 phút và thời gian mổ lâu nhất là 300 phút.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình  $8,9 \pm 2,6$  ngày, ngắn nhất 6 ngày, dài nhất 17 ngày.

#### **IV. BÀN LUẬN**

##### **4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu và tính khả thi của phương pháp phẫu thuật.**

Ung thư đại trực tràng thường gặp ở lứa tuổi từ trung niên trở lên, trong nghiên cứu của chúng tôi có 61 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 60,2; bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 29 tuổi và nhiều tuổi nhất là 80 tuổi. Ung thư đại trực tràng gặp ở cả 2 giới, trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm 65,6% còn nữ giới chiếm 34,4%, tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1. Điều này cũng tương tự như nhiều tác giả trong và ngoài nước khác [1], [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư đại trực tràng gặp ở tất cả các vị trí, điều này được thể hiện theo tỷ lệ phân bố ở bảng 1, trong đó vị trí khối u ở đoạn trực tràng- ống hậu môn có 43 trường hợp chiếm 70,5%.

Chúng tôi nhận thấy việc áp dụng phẫu thuật cắt đại trực tràng qua nội soi ổ bụng có thể áp dụng tại các bệnh viện có cơ sở phẫu thuật nội soi với phẫu thuật viên đã được đào tạo phẫu thuật cắt đại trực tràng. Với 61 trường hợp phẫu thuật cắt đại trực tràng nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng, có nhiều BN nhập viện trong giai đoạn muộn; trong nghiên cứu này chỉ có 5 trường hợp ở giai đoạn Dukes A, có 16 trường hợp Dukes C và 4 trường hợp Dukes D vẫn triển khai phẫu thuật được. Điều đó góp phần khẳng định tính khả thi và an toàn của phương pháp; Tuy nhiên việc chọn bệnh để thực hiện những trường hợp mổ đầu tiên khi chưa có nhiều kinh nghiệm là rất cần thiết.

##### **4.2. Kỹ thuật mổ**

Phẫu thuật nội soi đã tạo ra một bước ngoặt lớn trong lịch sử phát triển của ngoại khoa, từ ca cắt túi mật nội soi thành công đầu tiên vào năm 1987 được Philippe Mouret thực hiện. Trên thế giới,

phẫu thuật nội soi cắt đại tràng đã được thực hiện lần đầu tiên trên thế giới bởi M.Jacobs năm 1991. Tại Việt Nam, ca cắt đại tràng nội soi đầu tiên được thực hiện tại bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM năm 2002 [1]. Phẫu thuật nội soi nói chung và phẫu thuật cắt đại trực tràng nói riêng ngày càng được hoàn thiện, một phần nhờ sự phát triển và ứng dụng các trang thiết bị kỹ thuật như dao đơn cực, dao Ligasure, dao siêu âm. Hiện nay trong nước và trên thế giới có nhiều tác giả đã thực hiện phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng sử dụng 1 lỗ Trocar hay cắt đại trực tràng nội soi lấy bệnh phẩm qua lỗ tự nhiên [1], [3], [7]. Chúng tôi sử dụng 3-4 lỗ Trocar để thực hiện phẫu thuật này tùy từng vị trí khối u, và nhận thấy các thao tác bóc tách, cắt đều được thực hiện dễ dàng. Theo một số tác giả thì số lỗ Trocar không giới hạn và thường thì nhiều hơn [5]. Với phẫu thuật cắt khối trực tràng thấp, với những khối u cách rìa hậu môn khoảng 5 cm ở bệnh nhân gầy, tuổi còn trẻ, ung thư ở giai đoạn sớm thì kỹ thuật cắt trực tràng thấp nối máy có thể thực hiện được. Chúng tôi gặp một số trường hợp khối u lớn và trên bệnh nhân nam khung chậu hẹp chúng tôi cũng gặp khó khăn trong việc bóc tách cắt bao mạc treo trực tràng và đặc biệt trong việc đưa stapler thẳng vào cắt trực tràng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều được thực hiện phẫu thuật với kỹ thuật được thực hiện theo nguyên tắc phẫu tích các bó mạch chính của đại trực tràng, kẹp clip các mạch máu chính tận gốc, hạn chế các thao tác chạm vào khối u. Nhờ hình ảnh được phóng đại qua camera và kỹ thuật bóc tách đúng lớp, chúng tôi nhận thấy việc nạo vét hạch cũng như thắt động mạch tận gốc trong phẫu thuật nội soi có thể thực hiện được. Đặc biệt trong ung thư trực tràng thấp thì việc nạo vét hạch và cắt toàn bộ mạc treo trực tràng qua nội soi thực hiện dễ hơn mổ mở. Thời gian phẫu thuật từng loại phẫu thuật có khác nhau tùy từng vị trí khối u hay phân độ Dukes; nhanh nhất là phẫu thuật cắt đoạn đại tràng phải với khối u vùng manh tràng ở Dukes B. Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là  $153 \pm 41,2$  phút, của Kim Văn Vụ

là 176,3 phút trong đó thời gian mổ nhanh nhất là 75 phút và thời gian mổ lâu nhất là 270 phút [5]. Thời gian nằm viện trung bình là  $8,9 \pm 2,6$  ngày, của Nguyễn Hoàng Bắc là 7,5 ngày [1]; Nguyễn Phi Hùng là 8 (6-15) ngày [4]. Do chúng tôi có 4 bệnh nhân rò tiêu hoá sau mổ nên thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi có dài một số tác giả khác.

Một yếu tố rất quan trọng nhằm đem lại kết quả tốt trong điều trị ung thư đó là được chẩn đoán sớm. Trong nghiên cứu cho thấy bệnh nhân được chẩn đoán Dukes C là 16 trường hợp chiếm 26,2%, Dukes D có 4 trường hợp với tỷ lệ 6,6%. Tất cả các bệnh nhân sau khi ổn định về ngoại khoa đều được điều trị hoá chất theo kết quả giải phẫu bệnh lý.

### 4.3. Biến chứng

\* Rò tiêu hoá sau mổ: Trong nghiên cứu, có 4 trường hợp (6,5%) bị rò miệng nối sau mổ, có 1 BN phải mổ lại còn 3 BN điều trị bảo tồn và không có tử vong do rò tiêu hoá. Có 3 BN được phẫu thuật cắt u trực tràng thấp nối máy, không mở thông hồi tràng giảm áp (chiếm tỷ lệ 4,9%), trong số này có 2 bệnh nhân đã trung tiện được ở ngày thứ 3 nhưng vẫn xuất hiện rò nhẹ được phát hiện thấy bệnh nhân có đau ở vùng hạ vị từ ngày thứ 4 sau mổ. Chúng tôi đã tiến hành tách nhẹ vết mổ cho khí và dịch thoát ra đồng thời cho hút liên tục, nhịn ăn, lưu sonde dạ dày để giảm áp, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch hoàn toàn, sau 3 – 4 ngày là hết dịch rò tiêu hoá, nhưng chúng tôi tiếp tục cho bệnh nhân nhịn ăn 1 tuần tiếp theo cho đến khi bệnh nhân trung tiện bình thường, hết đau, vết mổ khô ráo và liền đẹp thì chúng tôi cho ăn đường miệng, kiểm tra theo dõi thêm một hai ngày nữa rồi xuất viện. Có 1 bệnh nhân cắt khối u trực tràng quá thấp, chỉ cách rìa hậu môn khoảng 4-5 cm. Đây là bệnh nhân nam, người cao, thể trạng vừa, bệnh nhân có nguyện vọng thiết tha mổ nối máy từ thì đầu và chấp nhận mọi rủi ro, không mở hồi tràng giảm áp. Sau mổ chưa trung tiện, ngày thứ 3 thấy đau nhiều ở hạ vị, sonde dẫn lưu cạnh miệng nối ra dịch bẩn, không có máu, không đại tiện són phân máu, có sốt trên 38 độ; chúng tôi đã cho tách thêm

vết mổ nhỏ cho dịch thoát ra thì thấy có nhiều dịch hôi nên chúng tôi quyết định mở thăm dò lại thì thấy miệng nối máy bị bục 1/3 ở mặt sau; Vì miệng nối quá thấp nên chúng tôi quyết định đưa đầu trên ra làm hậu môn nhân tạo, bóc tách cắt hết đoạn đầu dưới (việc này không khó khăn gì vì ở lần mổ đầu tiên chúng tôi đã phẫu tích xuống gần sát với rìa hậu môn). Đây là trường hợp mà chúng tôi thấy có mấy điểm cần rút kinh nghiệm như sau: Nếu u nằm quá thấp thì xem xét nối với ống hậu môn; nếu có nối thì nên mở thông hồi tràng giảm áp; sau mổ không nên rút sonde tiểu quá sớm (bệnh nhân này ngày thứ hai cho rút sonde tiểu sau đó khó đái nên phải rặn nhiều mà chỉ đái són từng giọt; có thể bàng quang ứ đọng căng nước tiểu chèn ép miệng nối làm tăng áp lực phía đầu trên và làm căng thêm miệng nối cũng sẽ là một nguy cơ cao cho bục miệng nối). Trong nghiên cứu của Nguyễn Phi Hùng [4] có 08 trường hợp xì miệng nối chiếm tỷ lệ (5,48%) sau mổ cắt trực tràng cao nội soi nối máy, trong đó 05 trường hợp viêm phúc mạc toàn thể được chỉ định mổ lại và làm hậu môn nhân tạo, còn 03 trường hợp rò miệng nối khu trú chỉ có dịch phân ra theo ống dẫn lưu mà trên lâm sàng và cận lâm sàng không phát hiện dấu hiệu viêm phúc mạc và trường hợp này được điều trị nội theo dõi trong 15 ngày bệnh nhân ổn và được xuất viện. Theo nhiều nghiên cứu lớn thì tỷ lệ xì miệng nối sau cắt trực tràng chiếm tỷ lệ thay đổi từ 7 - 10% [3],[6].

\* Nhiễm trùng vết mổ: Nhiễm trùng vết mổ có 2 bệnh nhân chiếm 3,3%, Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ của Nguyễn Hoàng Bắc là 11,5% [1]; của Nguyễn Phi Hùng là 4,79% [4]. 2 BN của chúng tôi đều bị nhiễm trùng vị trí đưa đại tràng ra ngoài cơ thể để cắt nối, việc nhiễm trùng vết mổ làm kéo dài thời gian nằm viện. Mặc dù vậy, sau khi vết mổ được điều trị hết nhiễm trùng, tính thẩm mỹ của thành bụng vẫn được đảm bảo.

\* Các biến chứng khác:

Trong phẫu thuật ung thư trực tràng, nhờ áp dụng kỹ thuật lấy toàn bộ mạc treo trực tràng và bảo vệ thần kinh hạ vị chúng tôi chưa gặp trường hợp nào bị biến chứng liên quan đến tiết niệu và

sinh dục cũng như biến chứng chảy máu tĩnh mạch trước xương cụt. Điều này được nhiều báo cáo công nhận [3], [5]. Chúng tôi chưa gặp trường hợp nào chảy máu do tuột clip, cũng như tắc ruột sớm hay thoát vị lỗ trocar.

Trong nghiên cứu này, số BN của chúng tôi chưa nhiều, nhưng những kết quả ban đầu cho thấy những dấu hiệu tích cực của phương pháp phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Từ những kết quả đó, chúng tôi sẽ hoàn thiện kỹ năng phẫu thuật và mở rộng quy mô nghiên cứu nhằm rút ra những kinh nghiệm để nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả. Việc chẩn đoán sớm khối u cùng với dần máy mổ nội soi chuẩn giúp cho phẫu thuật viên có thể quan sát rõ hơn các cấu trúc giải phẫu làm cho phẫu thuật thuận lợi và chính xác hơn, có thêm sự chuẩn hoá về dụng cụ và hoàn thiện về kỹ thuật mổ sẽ giúp làm giảm thời gian mổ, thời gian nằm viện và biến chứng như chảy máu, đau, nhiễm trùng vết mổ, đặc biệt tính thẩm mỹ cao hơn so với mổ mở, đa số bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc (2003), “Phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng”, *Hội thảo chuyên đề nội soi TP HCM*, tr. 160 -165.
2. Phạm Đức Huân và cs (2008), “Kết quả của phẫu thuật nội soi bụng trong điều trị ung thư đại trực tràng”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 319, Tổng hội Y Dược học Việt Nam, tr. 107 – 112.
3. Phạm Như Hiệp, Lê Lộc (2006), “Phẫu thuật nội soi trong ung thư đại tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tr. 20- 28.
4. Nguyễn Phi Hùng, Châu Phú Vĩnh, Nguyễn Văn Rô (2013), “Phẫu thuật cắt trực tràng qua nội soi ổ bụng trong điều trị ung thư trực tràng”, *Hội nghị Nội soi và Ngoại khoa Toàn quốc- Cần Thơ*.
5. Kim Văn Vụ, Trần Ngọc Dũng, Hà Văn Quyết (2013), “Điều trị ung thư đại - trực tràng bằng phẫu thuật nội soi có sử dụng dao LIGASURE tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội”, *Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*, tr. 26- 31.
6. Hartley J.E, Mouson J.R.T (2002), “The Role of Laparoscopy in the Multimodality Treatment of Colorectal Cancer”, *Surg Clin A Am*, 82, pp. 1019 – 1033.
7. Martel G, Boushey RB (2006), “Laparoscopic Colon Surgery: Past, Present and future”, *Surg Clin N Am*, 86, pp. 867 - 97.