

THANG ĐIỂM REAL TRONG TIÊN LƯỢNG NGUY CƠ XÌ MIỆNG NỐI TRONG PHẪU THUẬT CẮT NỐI THẤP UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Hồ Hữu Đức¹, Trần Ngọc Thạch¹, Nguyễn Thanh Huy Phát², Nguyễn An Ninh², Nguyễn Lực Sĩ², Nguyễn Tuấn Kha², Nguyễn Công Phương²

¹Khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh

²Khoa Y - Đại học Quốc Gia, Thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xì miệng nối (AL) là một trong những lý do chính dẫn đến biến chứng và tử vong sau phẫu thuật ung thư trực tràng. Năm 2019, A. Arezzo và cộng sự đã đưa ra thang điểm REAL với nhiều yếu tố giúp tiên lượng nguy cơ xì miệng nối sau phẫu thuật ung thư trực tràng. Tuy nhiên, hiện tại ở Việt Nam chưa có nghiên cứu khảo sát thang điểm REAL trong nguy cơ xì miệng nối sau phẫu thuật ung thư trực tràng. Mục tiêu đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu thang điểm REAL trong tiên lượng xì miệng nối sau phẫu thuật ung thư trực tràng có cắt nối và đánh giá các yếu tố nguy cơ trong thang điểm REAL trong tiên lượng xì miệng nối sau phẫu thuật ung thư trực tràng có cắt nối trên dân số Việt Nam.

Đối tượng, phương pháp: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả các BN phẫu thuật từ 01/2016 đến 12/2021. Gồm những BN mọi lứa tuổi nhập viện tại khoa ngoại tiêu hóa BV Thống Nhất được chẩn đoán xác định ung thư trực tràng và được điều trị phẫu thuật cắt nối thấp.

Kết quả: Có tổng cộng 112 BN trong nghiên cứu này. Điểm cắt là 31.42% với độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 100% và 86.67%, diện tích dưới đường cong ROC (AUC) là 0.9537 ($p < 0.0001$). Ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê lần lượt giữa nguy cơ xì miệng nối với các biến số: hút thuốc lá, tiền căn phẫu thuật bụng trước đó, khoảng thời gian nghỉ sau liệu pháp bổ trợ đến trước phẫu thuật, thang điểm ASA, yếu tố khối u (T), yếu tố hạch (N) và khoảng cách từ miệng nối tới rìa hậu môn ($p < 0.05$).

Kết luận: Ở nghiên cứu của chúng tôi, do số lượng ca xì lấy được không nhiều và mẫu đại diện cho BN đến khám riêng tại bệnh viện Thống Nhất, nên điểm cắt 31.24% còn hạn chế khi sử dụng rộng rãi trên cả nước. Cuối cùng là cần tìm một phép tính tối ưu nhất có khả năng đại diện cho dân số Việt Nam.

Từ khóa: Thang điểm REAL, phẫu thuật cắt nối thấp, ung thư trực tràng, xì miệng nối.

ABSTRACT

THE REAL SCORE FOR PREDICTION OF AMASTOMOTIC LEAK AFTER RECTAL CANCER SURGERY

Hu Huu Duc¹, Tran Ngoc Thach¹, Nguyen Thanh Huy Phat², Nguyen An Ninh², Nguyen Luc Si², Nguyen Tuan Kha², Nguy Cong Phuong²

Background: Anastomotic leak after rectal cancer surgery is a severe complication associated with poorer oncologic outcome and quality of life. In 2019, the research of A. Azerro with colleagues created a calculation to predict the risk of anastomotic leaking based on preoperative factors, that was called REAL score. However, in Vietnam, no study assessed this method. The aim of this study was the assessment of sensitivity and specificity of a cut off in Rectal Anastomotic Leaked (REAL) score used in each Vietnamese Rectal cancer patient who was undergoing surgery by transabdominal resection method. Besides that, our research also identified all risk factors in a REAL score that were related to the prediction of anastomotic leaking after rectal cancer surgery.

Ngày nhận bài: 04/5/2022. Ngày chỉnh sửa: 15/7/2023. Chấp thuận đăng: 21/7/2023

Tác giả liên hệ: Hồ Hữu Đức. Email: huuducho@yahoo.com. SĐT: 0908366367

Thang điểm REAL trong tiên lượng nguy cơ xì miệng nối...

Methods: Cross - sectional descriptive studies were used in our study to 112 rectal cancer patients' records who were operated by transabdominal resection method in Thong Nhat hospital the period from 1/2016 to 12/2021. We added information in each record to REAL score (<http://www.real-score.org>) and starting assessment.

Results: Thong Nhat Hospital provided individual data on 112 patients. With a threshold value of the receiver operating characteristics (ROC) curve corresponding to 0.3124 in the training set, the area under the ROC curve (AUC) was 0.9537 ($p < 0.0001$). Sensitivity and specificity of the model's probability > 0.3124 to identify anastomotic leak were 100% and 86.67%, respectively. Moreover, our study found out some related risk factors in REAL score to the prediction of anastomotic leaking after rectal cancer surgery, including, interval from Neoadjuvant therapy to surgery, smoking, previous abdominal surgery, ASA, TNM classification stage, anastomotic distance and Short Course Radiotherapy.

Conclusions: This calculation based on preoperative risk factors may assist surgeons in decision making. However, there are some difficulties in our study like the limited number of anastomotic leaked patients, and this study just represent patients in Thong Nhat hospital. Therefore, we have to assess this calculation widely in other hospitals in Vietnam.

Keywords: REctal Anastomotic Leaked score, Rectal cancer surgery, Anastomotic Leaking.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan 2020, ung thư trực tràng là bệnh ung thư được chẩn đoán phổ biến đứng thứ 7 ở cả 2 giới, với trên 700.000 ca mắc mới và gần 350.000 ca tử vong mỗi năm. Tại Việt Nam, ung thư trực tràng đứng hàng thứ 5 với gần 9.500 ca mắc mới và đứng hàng thứ 6 về số ca tử vong với gần 5000 ca [1]. Phẫu thuật là nền tảng của liệu pháp điều trị ung thư biểu mô tuyến trực tràng [2]. Tuy nhiên, phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng hiện đại vẫn còn nhiều thách thức với tỷ lệ biến chứng chung khoảng (46%) [3]. Xì miệng nối (AL) là một trong những lý do chính dẫn đến biến chứng và tử vong sau phẫu thuật ung thư trực tràng [4]. Tỷ lệ xì miệng nối sau phẫu thuật ung thư trực tràng từ 2,6% đến 19,0% [5, 6]. Bệnh nhân xì miệng nối có thời gian sống còn (OS) thấp chủ yếu do tử vong tại bệnh viện trong quá trình hậu phẫu và các vấn đề về nhiễm trùng.

Nghiên cứu năm 2019 của A.Arezzo và cộng sự đã phát triển một hệ thống tính điểm giúp tiên lượng nguy cơ xì miệng nối sau phẫu thuật ung thư trực tràng. Hệ thống đánh giá 11 yếu tố nguy cơ bao gồm tuổi, giới tính, hút thuốc lá, đài tháo đường, đã từng phẫu thuật bụng trước đó, BMI, khoảng thời gian từ lúc hoàn thành liệu pháp hỗ trợ đến lúc phẫu thuật, xạ trị trước đó, đánh giá thang điểm ASA, Hemoglobin, phân loại TMN, khoảng cách từ miệng nối tới rìa hậu môn, sau đó cho ra tỷ lệ phần trăm nhờ hệ thống tính điểm trực tuyến <http://www.real-score.org>, từ đó tiên lượng nguy cơ xì với điểm cắt là 7.91% với độ nhạy là 77.8% và độ đặc hiệu là 35.2 [4].

Tại Việt Nam, trước tình trạng ung thư trực tràng ngày càng tăng dẫn đến số lượng xì miệng nối ngày càng nhiều. Vấn đề đặt ra là để giảm thiểu thiệt hại của xì miệng nối, chúng ta cần tìm ra một hệ thống tiên lượng nguy cơ xì một cách hiệu quả và dễ vận dụng, trong đó thang điểm REAL được xem là ưu thế. Tuy nhiên, hiện tại ở Việt Nam chưa có nghiên cứu khảo sát thang điểm REAL trong nguy cơ xì miệng nối sau phẫu thuật ung thư trực tràng.

Mục tiêu nghiên cứu là xác định điểm cắt của thang điểm REAL trong tiên lượng xì miệng nối sau phẫu thuật ung thư trực tràng cắt nối thấp, cùng với đó là đánh giá các yếu tố nguy cơ trong thang điểm REAL trong tiên lượng xì miệng nối sau phẫu thuật ung thư trực tràng cắt nối thấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả các BN phẫu thuật từ 01/2016 đến 12/2021. Gồm những BN nhập viện tại khoa ngoại tiêu hóa BV Thống Nhất được chẩn đoán xác định ung thư trực tràng và được điều trị phẫu thuật cắt nối thấp thỏa các điều kiện và đủ kiện các biến số trong thang điểm REAL. Cỡ mẫu ước lượng tối thiểu là để thực hiện trong nghiên cứu này là 112 BN.

Chúng tôi tính phần trăm nguy cơ xì miệng nối bằng cách nhập các giá trị của các biến số của từng BN vào bảng tính trực tuyến theo trang web <http://www.real-score.org> và ghi nhận. Sau đó, chúng tôi sử dụng phần mềm Epidata để nhập số, phần mềm Stata để phân tích và xử lý số liệu để giải quyết mục tiêu nghiên cứu. Xác định điểm cắt của thang điểm REAL

Thang điểm REAL trong tiên lượng nguy cơ xì miệng nổi...

trong tiên lượng nguy cơ xì miệng nổi sau phẫu thuật cắt nối thấp ung thư trực tràng của người Việt Nam sử dụng hồi quy logistic, còn để đánh giá các yếu tố nguy cơ trong thang điểm Real trong tiên lượng xì miệng nổi thì chúng tôi sử dụng các phương pháp như Chi/Fisher, hồi quy Logistic đơn biến.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 112 BN. Tuổi trung bình là 63 tuổi. Nhỏ nhất là 28 tuổi, lớn nhất là 82 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân ≥ 65 tuổi là 58%, < 65 tuổi là 42% với tỉ lệ nam/nữ là 2,4.

3.2. Điểm cắt (độ nhạy, độ đặc hiệu) của thang điểm REAL trong tiên lượng xì miệng nổi sau phẫu thuật ung thư trực tràng cắt nối thấp

Nghiên cứu chúng tôi, điểm cắt là 31,42% với độ nhạy và đặc hiệu lần lượt là 100% và 86,67%, diện tích dưới đường cong ROC là 0,9537 ($p < 0,0001$) và giá trị có ý nghĩa thống kê.

3.3. Đánh giá các yếu tố nguy cơ trong thang điểm REAL trong tiên lượng xì miệng nổi sau phẫu thuật ung thư trực tràng cắt nối thấp

Tỷ lệ xì miệng nổi trong nghiên cứu chúng tôi trên 112 mẫu là 7 ca chiếm 6,25%. Có 65 bệnh nhân trên 65 tuổi chiếm 58%, trong đó có 3 ca xì miệng nổi chiếm 4,6%. Và 47 bệnh nhân dưới 65 tuổi chiếm 42%, trong đó có 4 ca xì miệng nổi chiếm 8,5%. Tỷ lệ xì miệng nổi ở nhóm bệnh nhân dưới 65 tuổi (8,5%) lớn hơn ở nhóm trên 65 tuổi (4,6%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,45 > 0,05$). Có 79 bệnh nhân nam chiếm 71% trong đó có 7 ca xì miệng nổi (8,9%), 33 bệnh nhân nữ chiếm 29% trong đó có không có ca nào xì miệng nổi (0%). Trong nghiên cứu này, tỷ lệ xì miệng nổi ở nhóm bệnh nhân nam (8,9%) lớn hơn ở nhóm bệnh nhân nữ (0%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 1,03 > 0,05$).

Bảng 1: Mối tương quan của các yếu tố trong tiên lượng nguy cơ xì miệng nổi.

	Xì	Không xì	OR (95%CI)	P value
Tuổi (≥ 65), n (%)	3 (42,8)	62 (59,0)	0,404	0,451
Giới, nam, n (%)	7 (100)	72 (68,6)		0,103
Hút thuốc lá, n (%)	7 (100)	49 (46,7)		0,013
BMI, mean (SD)	21,6 (2,2)	21,6 (2,2)	0,794	0,467
Tiền căn Phẫu thuật bụng, n (%)	3 (42,8)	12 (11,4)		0,049
Đái tháo đường, n (%)	2 (28,5)	33 (31,4)		0,995
Hemoglobin, g/dl, mean (SD)	12,2 (1,2)	12,2 (1,2)	1,102	0,014
Xạ trị ngắn hạn, n (%)	0 (0)	7 (6,67)		0,682
ASA, (3 - 4), n (%)	3 (42,8)	10 (9,5)	7,125	0,033
Khoảng cách từ rìa miệng nổi tới rìa hậu môn, cm, mean (SD)	5,8 (1,11)	5,8 (1,11)	0,449	0,015

Yếu tố BMI: BMI trung bình là 21,6. BMI thấp nhất là 16,6. BMI cao nhất là 28,6.

Theo nghiên cứu của chúng tôi thì không có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa BMI và xì miệng nổi ($p = 0,46 > 0,05$).

Yếu tố hút thuốc lá: Nghiên cứu của chúng tôi có 56 bệnh nhân hút thuốc lá chiếm tỷ lệ 50% trong đó

có 7 ca xì miệng nổi (12,5%), cũng có 56 bệnh nhân không hút thuốc lá chiếm tỷ lệ 50% nhưng không có ca nào xì miệng nổi (0%).

Cũng trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ xì miệng nổi ở nhóm bệnh nhân hút thuốc lá (12,5%) lớn hơn nhóm bệnh nhân không hút thuốc lá (0%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01 > 0,05$).

Thang điểm REAL trong tiên lượng nguy cơ xì miệng nổi...

Yếu tố đái tháo đường: Có 35 bệnh nhân đái tháo đường chiếm 31,25% trong đó có 2 ca xì miệng nổi (5,7%), 77 bệnh nhân không có bệnh nền đái tháo đường chiếm 68,75% trong đó có 5 ca xì miệng nổi (6,5%).

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ xì miệng nổi ở nhóm bệnh nhân không đái tháo đường (6,5%) lớn hơn nhóm bệnh nhân có bệnh nền đái tháo đường (5,7%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 1 > 0,05$).

Yếu tố tiền căn phẫu thuật bụng trước đó: Chỉ có

1 số ít bệnh nhân đã từng có phẫu thuật bụng trước đó với 15 bệnh nhân chiếm 13,4%, trong đó có 3 ca xì (20%). Còn lại phần lớn gồm 97 bệnh nhân chiếm 86,6 % chưa từng phải phẫu thuật bụng, trong đó có 4 ca xì miệng nổi (4,1%).

Theo nghiên cứu của chúng tôi, có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa phẫu thuật bụng trước đó và xì miệng nổi. Nguy cơ xì miệng nổi ở nhóm bệnh nhân có phẫu thuật bụng trước đó (20%) lớn hơn nhóm bệnh nhân không có phẫu thuật bụng trước đó (4,1%) với $p = 0,04 < 0,05$.

Bảng 2: Tương quan giữa xì miệng nổi so với khoảng thời gian nghỉ ngơi sau khi thực hiện liệu pháp tân bổ trợ tới khi phẫu thuật.

Khoảng thời gian nghỉ ngơi	Xì miệng nổi		Total	P value
	Có	không		
0 ngày	2	84	86	
< 1 tuần	0	7	7	
≥ 1 tuần	5	14	19	
Total	7	105	n = 112	P = 0.008

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 5/7 ca xì miệng nổi xảy ra đối với các ca có ngày nghỉ sau khi thực hiện liệu pháp tân bổ trợ > 1 tuần, tương đương với 26,3% số ca trong quần thể này, cụ thể hơn đó là những ca được xạ trị dài hạn (có thể kèm theo hóa trị), 6 tuần là thời gian nghỉ ít nhất đối với các ca được sử dụng liệu pháp tân bổ trợ này. Xạ trị ngắn hạn ở bệnh viện Thống Nhất thì có thời gian nghỉ trong vòng 1 tuần, không có ca xì trong số bệnh nhân được điều trị liệu pháp này. Bên cạnh đó vẫn có 2 ca xì miệng nổi, chiếm 2,3% tổng số ca không có thực hiện liệu pháp tân bổ trợ trước đó, và kết quả p đạt được là 0.008, có ý nghĩa thống kê.

Yếu tố xạ trị trước phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 7 ca trong tổng số 112 ca (6,25%) sử dụng xạ trị ngắn hạn trước mổ để giảm

kích thước khối u. Tất cả trường hợp xì miệng nổi đều xảy ra đối với những ca không được xạ trị ngắn hạn trước mổ, sẽ có 2 trường hợp đó là những ca không xạ trị ngắn hạn có thể là mổ cắt nổi thấp luôn không cần hóa hay xạ tân bổ trợ trước mổ, hoặc là những ca xạ trị dài hạn (có thể có thêm hóa trị). Nhưng giá trị $p = 0,62$ nên mối tương quan này không có ý nghĩa thống kê.

Yếu tố thang điểm ASA: Phần lớn trong nghiên cứu chúng tôi có ASA 2 và ASA 3, không có ASA 1 và ASA 4. Trong đó có sự khác biệt giữa ASA 2 và ASA 3, mối tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$.

Yếu tố Hemoglobin: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ Hgb trung bình của bệnh nhân là 12,2g/dl, nhỏ nhất là 9,4g/dl, lớn nhất là 15g/dl và mối tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$ (OR = 1,1).

Bảng 3: Tương quan giữa xì miệng nổi so với yếu tố khối u.

T	Xì miệng nổi		Tổng số	
	Có	không		
T2	0	19	19	p = 0.001
T3	5	81	86	
T4a	2	5	7	
Tổng số	7	105	n = 112	

Thang điểm REAL trong tiên lượng nguy cơ xì miệng nổi...

Phần lớn trong nghiên cứu của chúng tôi khảo sát T2, T3, T4a. Trong đó, tỉ lệ phần trăm liên quan đến xì miệng nổi lần lượt là 0%, 5,8%, 57,14% . Tỉ lệ phần trăm liên quan đến xì miệng nổi T4a cao nhất và mối tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

Bảng 4: Tương quan giữa xì miệng nổi so với yếu tố hạch.

N	Xì miệng nổi		Tổng số	
	Có	không		
N0	3	17	20	p = 0.045
Nx	1	37	38	
N1a	3	35	38	
N1b	0	8	8	
N2a	0	8	8	
Tổng số	7	105	n = 112	

Phần lớn nghiên cứu của chúng tôi khảo sát N1a, N1b, N2a, Nx, N0. Trong đó, tỉ lệ phần trăm liên quan đến nguy cơ xì miệng nổi lần lượt là 7,9%, 0%, 0%, 2,6%, 15%. Tỉ lệ phần trăm liên quan đến xì miệng nổi của N0 cao nhất và mối tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,04$.

Bảng 5: Tương quan giữa xì miệng nổi so với yếu tố di căn.

M	Xì miệng nổi		Tổng số	
	Có	không		
Mx	5	31	36	p = 0.090
M0	2	73	75	
M1	0	1	1	
Tổng số	7	105	n = 112	

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỉ lệ phần trăm liên quan đến nguy cơ xì miệng nổi của M0, M1, Mx lần lượt là 2,7%, 0%, 13,9%. Tỉ lệ phần trăm liên quan đến xì miệng nổi của Mx cao nhất và mối tương quan này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,09$.

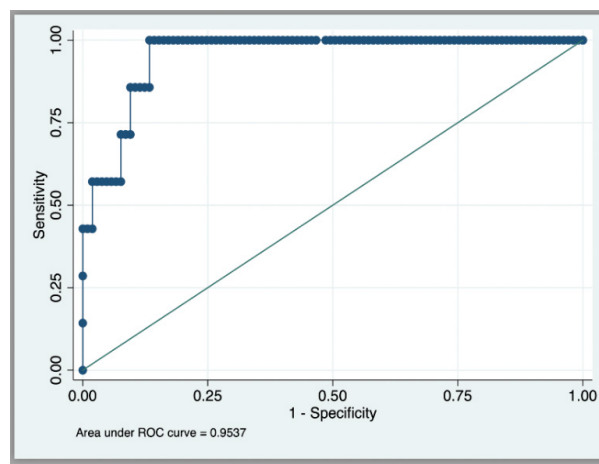
Đối với yếu tố nguy cơ giai đoạn khối u TNM, phần lớn trong nghiên cứu của chúng tôi khảo sát (T2, T3, T4a); (N1a, N1b, N2a, Nx, N0); (M0, M1, Mx). Tỉ lệ phần trăm liên quan đến xì miệng nổi T4a và N0 cao nhất và mối tương quan này có ý nghĩa thống kê, còn yếu tố di căn thì không tương quan.

Yếu tố khoảng cách miệng nổi đến rìa hậu môn: Khoảng cách giữa miệng nổi với rìa hậu môn trung bình là $5,80 \pm 1,11$ cm, nếu khoảng cách tăng 1cm thì tỉ lệ xì miệng nổi sẽ giảm xấp xỉ 0,45 lần với ý nghĩa thống kê là $p = 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Điểm cắt (độ nhạy, độ đặc hiệu) của thang điểm REAL trong tiên lượng xì miệng nổi sau phẫu thuật ung thư trực tràng cắt nối thấp

Nghiên cứu gần 10.000 bệnh nhân của Arezzo và cộng sự cho điểm cắt > 7.91% với độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 77,8% và 35,2%, diện tích dưới đường cong ROC là 0.585 ($p < 0,0001$) [7].



Biểu đồ 1: Đường cong ROC

Thang điểm REAL trong tiên lượng nguy cơ xì miệng nổi...

Sự khác nhau về ngưỡng cắt được giải thích bởi đặc điểm của quần thể nghiên cứu. Một bên là bệnh nhân được lấy từ nhiều nghiên cứu công bố từ 2000 - 2015, với số lượng bệnh nhân gần 10.000 ca nên khả năng đại diện cho dân số chung là rất lớn, chúng tôi với mẫu tại bệnh viện Thống Nhất. Nghiên cứu tôi ghi nhận điểm cắt là 31,24 với chỉ 6 ca xì, chúng tôi ko thể lấy được tất cả ca xì tại các bệnh viện ở Việt Nam, nên khả năng đại diện cho cả nước Việt Nam là không cao.

Bảng 6: Độ nhạy, độ đặc hiệu của điểm cut off theo đường cong ROC

Cut off	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
$\geq 29,4$	100	83.81
$\geq 30,12$	100	84.76
$\geq 30,74$	100	85.71
$\geq 31,42$	100	86.67
$\geq 33,81$	85.71	86.67
$\geq 34,66$	85.71	87.62

4.2. Đánh giá các yếu tố nguy cơ trong thang điểm REAL trong tiên lượng xì miệng nổi sau phẫu thuật ung thư trực tràng cắt nối thấp

Tỷ lệ xì miệng nổi ở nhóm bệnh nhân dưới 65 tuổi (8,5%) lớn hơn ở nhóm trên 65 tuổi (4,6%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,45 > 0,05$). Kết quả này phù hợp với nhiều tác giả khác. Theo Olof Jannasch và các cộng sự, tỷ lệ xì miệng nổi ở nhóm bệnh nhân dưới 68 tuổi (12,2%) lớn hơn ở nhóm trên 68 tuổi (11,7%), cũng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,26 > 0,05$). Cũng tương tự yếu tố về giới tính, không có ý nghĩa thống kê ở yếu tố này với tỷ lệ xì miệng nổi ở nhóm bệnh nhân nam (8,9%) lớn hơn ở nhóm bệnh nhân nữ (0%) [7].

BMI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 21,6. Kết quả này cũng tương tự như kết quả của những tác giả châu á khác, và có sự chênh lệch so với kết quả của các tác giả châu âu. BMI trung bình trong nghiên cứu của Akiyoshi 2011 là 22,8, Hikada 2014 là 21,5. Trong khi đó, kết quả của Bertelsen 2008 là 25,3, Beirens 2012 là 25,7, Barnajian 2014 là 28,2. Theo nghiên cứu của chúng tôi thì không có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa BMI và

xì miệng nổi ($p = 0,460 > 0,05$). Kết quả này cũng tương tự như kết quả của những tác giả khác. Theo Olof Jannasch cùng các cộng sự, cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa BMI và tỷ lệ xì miệng nổi ($p = 0,94 > 0,05$).

Về nguy cơ hút thuốc lá, nghiên cứu của chúng tôi có 56 bệnh nhân hút thuốc lá chiếm tỷ lệ 50% trong đó có 7 ca xì miệng nổi (12,5%), và không có bệnh nhân xì miệng nổi nào trong nhóm không hút thuốc lá ($p < 0.01$). Kết quả này phù hợp với nhiều tác giả khác. Theo Olof Jannasch và các cộng sự, tỷ lệ xì miệng nổi ở nhóm bệnh nhân hút thuốc lá (17,3%) lớn hơn ở nhóm bệnh nhân không hút thuốc lá (11,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.01$) [6].

Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường là 31,25%, cao hơn rất nhiều so với các nghiên cứu của các tác giả khác. Tỷ lệ đái tháo đường ở nghiên cứu của Bertelsen 2008 là 13%, Lim 2012 là 10%. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ xì miệng nổi ở nhóm bệnh nhân không đái tháo đường (6,5%) lớn hơn nhóm bệnh nhân có bệnh nền đái tháo đường (5,7%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 1,00 > 0,05$). Kết quả này phù hợp với nhiều tác giả khác. Theo Olof Jannasch và các cộng sự, tỷ lệ xì miệng nổi ở nhóm bệnh nhân không đái tháo đường (11,9%) thấp hơn ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường (12,6%), sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,49 > 0,05$).

Ngoài ra, có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa phẫu thuật bụng trước đó và xì miệng nổi. Nguy cơ xì miệng nổi ở nhóm bệnh nhân có phẫu thuật bụng trước đó (20%) lớn hơn nhóm bệnh nhân không có phẫu thuật bụng trước đó (4,1%) với $p = 0,04 < 0,05$. Điều này giải thích cho việc có thể xuất hiện nhiều biến chứng phẫu thuật và hậu phẫu hơn ở những bệnh nhân phải phẫu thuật nhiều hơn một lần. Kết quả này phù hợp với nhiều tác giả khác. Theo A. Arezzo và các cộng sự, tỷ lệ xì miệng nổi ở nhóm bệnh nhân có phẫu thuật bụng trước đó là 24,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01 < 0,05$) [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 5/7 ca xì miệng nổi xảy ra đối với các ca có ngày nghỉ sau khi thực hiện liệu pháp tân bổ trợ > 1 tuần, tương đương với 26,3% số ca trong quần thể này, cụ thể hơn đó là những ca được xạ trị dài hạn (có thể kèm

theo hóa trị), 6 tuần là thời gian nghỉ ít nhất đối với các ca được sử dụng liệu pháp tân bổ trợ này. Xạ trị ngắn hạn ở bệnh viện Thống Nhất thì có thời gian nghỉ trong vòng 1 tuần, không có ca xì trong số bệnh nhân được điều trị liệu pháp này. Bên cạnh đó vẫn có 2 ca xì miệng nối, chiếm 2,3% tổng số ca không có thực hiện liệu pháp tân bổ trợ trước đó, và kết quả p đạt được là 0.008, có ý nghĩa thống kê.

Giải thích cho tình trạng xì miệng nối xảy ra phần lớn ở các ca được điều trị liệu pháp tân bổ trợ trước mổ là vì khi ruột được thử thách qua một liệu pháp hóa hoặc xạ trị thì các mô liên kết sẽ yếu hơn những ruột khỏe mạnh chưa được thử thách qua các liệu pháp tân bổ trợ nào. Kết quả của chúng tôi có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$, khác với nghiên cứu của A. Arezzo và các cộng sự năm 2019, thời gian nghỉ ngơi sau khi thực hiện liệu pháp tân bổ trợ trước mổ trước mổ trung bình là $5,8 \pm 2.4$ tuần, với $p = 0,93$ không có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt này có thể được giải thích vì ở bệnh viện Thống Nhất thời gian nghỉ của các ca xạ trị dài hạn tối thiểu là 6 tuần, còn các ca xạ trị ngắn hạn sẽ nghỉ ngơi trước 1 tuần để chuẩn bị cho phẫu thuật, còn ở theo nghiên cứu của Arezzo, khoảng thời gian nghỉ ngơi này có thể rút gọn lại 5 tuần đối với xạ trị dài hạn và hóa trị, còn với xạ trị ngắn hạn thời gian có thể từ vài ngày hoặc từ 4 - 8 tuần [7].

Trong nghiên cứu này, chỉ có 7 ca trong tổng số 112 ca (6,25%) sử dụng xạ trị ngắn hạn trước mổ để giảm kích thước khối u. Nhưng giá trị $p = 0,682$ nên mối tương quan này không có ý nghĩa thống kê. Khác với nghiên cứu của Arezzo và cộng sự năm 2019, mẫu chúng tôi ít nên không khảo sát được phần trăm xì miệng nối đối với xạ trị ngắn hạn trước mổ rõ ràng như các nghiên cứu khác. Nghiên cứu 2019 của A. Arezzo có 579 ca tham gia xạ trị ngắn hạn trong tổng số ca nghiên cứu là 9735 ca, kết quả là trong số ca được xạ trị đó có 13,8% có kết cục xì miệng nối với giá trị $p < 0,01$ có tương quan với sự tăng tỉ lệ xì miệng nối so với các ca còn lại không xạ trị ngắn hạn [4].

Phần lớn trong nghiên cứu chúng tôi có ASA 2 và ASA 3, không có ASA 1 và 4. Trong đó có sự khác biệt giữa ASA 2 và ASA 3, mối tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$. ASA 3 liên quan đến xì miệng nối chiếm 23,1%, trong khi ASA 2 liên quan đến xì miệng nối chiếm 4%. Sự phân

bổ xì miệng nối chúng tôi đang đồng với kết quả nghiên cứu của 2 nhóm tác giả Olof Jannasch, cộng sự và Bertelsen, cộng sự. Theo Olof Jannasch và cộng sự thì ASA III và IV liên quan đến nguy cơ lành vết thương [4]. Trong khi Bertelsen và cộng sự thì ASA I và II không có mối tương quan với nguy cơ xì miệng nối đều này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi [5].

Khảo sát về mức độ thiếu máu và xì miệng nối, nồng độ Hgb trung bình của bệnh nhân là 12,2g/dl, nhỏ nhất là 9,4g/dl, lớn nhất là 15g/dl và mối tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$ ($OR = 1,1$). Chúng tôi nhận thấy không có sự tương đồng nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu của A. Arezzo và cộng sự (2019). Theo A. Arezzo và cộng sự (2019) lấy cỡ mẫu 9735 ca và $p = 0,27$. Sự khác biệt của nghiên cứu chúng tôi và nghiên cứu của A. Arezzo và cộng sự (2019) có thể là cỡ mẫu nó lớn và thời gian nghiên cứu của A. Arezzo và cộng sự (2019) kéo dài, do đó nó tạo ra sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỉ lệ nguy cơ xì miệng của của T4a là cao nhất chiếm 57.14%, tương đồng với nghiên cứu A. Arezzo và cộng sự (2019). Chúng tôi nhận thấy nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu của A. Arezzo và cộng sự (2019) không có mối tương đồng. Sự khác biệt này có thể là do nghiên cứu của chúng tôi chỉ tập trung vào khảo sát N1a, N1b, N2a, Nx, N0. Trong khi nghiên cứu của A. Arezzo và cộng sự (2019) khảo sát hết các thông số của N. Chúng tôi nhận thấy nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu của A. Arezzo và cộng sự (2019) không có mối tương đồng. Sự khác biệt này có thể là do nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu ít với 112, trong khi nghiên cứu của A. Arezzo và cộng sự (2019) thì cỡ mẫu lớn và thời gian thực hiện lâu hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi khoảng cách từ miệng nối tới rìa hậu môn tỉ lệ nghịch với tỉ lệ xì miệng nối, nếu khoảng cách tăng 1cm thì tỉ lệ xì miệng nối sẽ giảm xấp xỉ 0,45 lần với ý nghĩa thống kê là $p = 0,01$. Theo nghiên cứu 2019 của A. Azzero và các cộng sự, khoảng cách giữa miệng nối và rìa hậu môn lớn hơn 6cm thì có khả năng bảo vệ miệng nối không bị xì, khoảng cách trung bình của nghiên cứu là $4,57 \pm 2,19$ cm với $OR = 0,94$ ($p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê) tương ứng với khoảng cách tăng 1cm thì tỉ lệ xì tăng 0,94 lần (có nghĩa là giảm tỉ lệ

xì) giống với nghiên cứu của chúng tôi với khoảng $OR = 0,44$ ($P = 0,01$), càng tăng khoảng cách thì tỉ lệ xì càng giảm [6].

IV. KẾT LUẬN

Xì miệng nối sau phẫu thuật cắt nối thấp ung thư trực tràng vẫn là một biến chứng nặng nề cũng như luôn là chủ đề phổ biến mặc cho sự tiến tiến về kỹ thuật và công nghệ. Việc tiên lượng nguy cơ xì miệng nối luôn là đầu tay khi đứng trước cuộc mổ của các nhà thực hành lâm sàng ngoại khoa. Thang điểm REAL score của Arezzo và công sự với mức cắt 7,91% với độ nhạy và đặc hiệu tương ứng là 77,8% và 35,2% nhiều biến số cụ thể và được thiết lập trên hệ thống trực tuyến, giúp cho các nhà thực hành lâm sàng dễ tiếp cận và thực hành. Về ứng dụng của nghiên cứu, các nhà lâm sàng thực hành tại bệnh viện Thống Nhất có thể dùng Thang điểm REAL để đánh giá bước đầu nguy cơ xì miệng nối với cắt là 31,24% cùng với độ nhạy là 100% và đặc hiệu là 80%. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hút thuốc lá, tiền căn phẫu thuật bụng trước đó, khoảng thời gian từ lúc hoàn thành liệu pháp hỗ trợ đến lúc phẫu thuật, ASA, giai đoạn T và N, khoảng cách từ lỗ xì tới lỗ hậu môn có ảnh hưởng đến biến chứng xì miệng nối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Như Hiệp. Tổng quan về ung thư đại trực tràng”, Phẫu thuật nội soi ung thư đại trực tràng. Đại học Huế. 2015
2. Đỗ Bá Hùng. Nghiên cứu, chẩn đoán, xử trí kết quả điều trị và các yếu tố liên quan đến xì rò miệng nối đại, trực tràng. Y học TP Hồ Chí Minh. 2012;13:91-96.
3. Ung Văn Việt. Ung thư trực tràng. Ngoại khoa ống tiêu hoá. Nhà xuất bản Thanh niên. 2016:122.
4. Arezzo A, Migliore M, Chiaro P, Arolfo S, Filippini C, Di Cuonzo D, Cirocchi R, Morino M. The REAL (REctal Anastomotic Leak) score for prediction of anastomotic leak after rectal cancer surgery. Tech Coloproctol. 2019;23(7):649-663.
5. Bertelsen CA, Andreasen AH, Jørgensen T, Harling H, Danish Colorectal Cancer Group. Anastomotic leakage after curative anterior resection for rectal cancer: short and long-term outcome. Colorectal disease. 2010;12(7):e76-e81.
6. Choi HK, Law WL, Ho JWC. Leakage after resection and intraperitoneal anastomosis for colorectal malignancy: analysis of risk factors”, Diseases of the colon & rectum. 2006;49(11):1719-1725.
7. Jannasch O, Klinge T, Otto R, Chiapponi C, Udelnow A, Lippert H, Bruns CJ, Mroczkowski P. Risk factors, short and long term outcome of anastomotic leaks in rectal cancer. Oncotarget. 2015;6(34):36884.