

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRÀNG VỚI HƯỚNG TIẾP CẬN TỪ TRONG RA NGOÀI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

Phạm Minh Đức^{1,2}, Nguyễn Minh Thảo³

¹Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế, Thành phố Huế, Việt Nam

²Khoa Ngoại Nhi và Cấp cứu bụng, Bệnh viện Trung ương Huế, Thành phố Huế, Việt Nam

³Bộ môn Giải phẫu - Phẫu thuật thực hành, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế, Thành phố Huế, Việt Nam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng với hướng tiếp cận từ trong ra ngoài có nhiều ưu điểm, nhưng cũng tạo ra những thách thức. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả của hướng tiếp cận này trong điều trị ung thư đại tràng.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu gồm 201 bệnh nhân ung thư đại tràng được phẫu thuật nội soi theo hướng tiếp cận từ trong ra ngoài, từ tháng 7/2021 đến tháng 12/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình là $61,3 \pm 14,1$, nam giới chiếm 53,2%. BMI trung bình là $20,8 \pm 2,9$ kg/m². Cắt đại tràng phải chiếm 37,4%, tiếp theo là cắt đại tràng xích - ma (32,8%), cắt đại tràng trái (14,4%), cắt đại tràng phải mở rộng (12,9%) và cắt đại tràng ngang (2,5%). Thời gian phẫu thuật là $164,7 \pm 32,7$ phút và thời gian nằm viện sau phẫu thuật là $8,6 \pm 2,7$ ngày. Phân loại Clavien - Dindo ghi nhận 7,5% độ I, 2,5% độ II và 0,5% độ III. Rò miệng nối gặp ở 0,5% trường hợp. Số lượng hạch vét được là $37,8 \pm 24,7$ và số lượng hạch dương tính là $1,5 \pm 3,1$.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng với hướng tiếp cận từ trong ra ngoài là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư đại tràng.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, ung thư đại tràng, tiếp cận từ trong ra ngoài.

ABSTRACT

OUTCOMES OF MEDIAL TO LATERAL APPROACH IN LAPAROSCOPIC COLECTOMY FOR COLON CANCER

Phạm Minh Duc^{1,2}, Nguyễn Minh Thảo³

Background: The medial to lateral approach in laparoscopic colectomy offers several advantages, but also presents technical challenges. This study aimed to evaluate the primary outcomes of this approach for colon cancer.

Method: This retrospective study included 201 patients with colon cancer who underwent laparoscopic colectomy using the medial to lateral approach between July 2021 and December 2024.

Results: The mean age was 61.3 ± 14.1 years, and males accounted for 53.2%. The mean BMI was 20.8 ± 2.9 kg/m². Right hemicolectomy was performed in 37.4%, followed by sigmoid colectomy (32.8%), left hemicolectomy (14.4%), extended right hemicolectomy (12.9%), and transverse colectomy (2.5%). The mean operative time was 164.7 ± 32.7 minutes, and the mean postoperative hospital stay was 8.6 ± 2.7 days. The Clavien - Dindo classification recorded 7.5% grade I, 2.5% grade II, and 0.5% grade III. Anastomotic leakage occurred in 0.5% of cases. The mean number of harvested lymph nodes was 37.8 ± 24.7 and a mean number of positive nodes was 1.5 ± 3.1 .

Conclusion: The medial to lateral approach in laparoscopic colectomy is a feasible, safe, and effective technique for colon cancer.

Keywords: Laparoscopy, colon cancer, medial to lateral.

Ngày nhận bài: 13/10/2025. Ngày chỉnh sửa: 06/02/2026. Chấp thuận đăng: 03/03/2026

Tác giả liên hệ: Nguyễn Minh Thảo. Email: nmthao@huemed-univ.edu.vn. ĐT: 0989 770 555

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là loại ung thư phổ biến đứng hàng thứ ba ở nam giới, sau ung thư phổi và tuyến tiền liệt, và đứng thứ hai ở nữ giới, sau ung thư vú [1]. Mỗi năm, có khoảng 1.881 triệu ca UTĐTT mới được chẩn đoán, gây ra 916.000 ca tử vong trên toàn thế giới [1]. Phẫu thuật cắt đại tràng là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho bệnh nhân ung thư đại tràng (UTĐT). Kể từ báo cáo đầu tiên về phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị UTĐT vào năm 1991, kỹ thuật này ngày càng được thực hiện phổ biến trên toàn thế giới [2]. Nhiều thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên quy mô lớn cho thấy PTNS có kết quả ngắn hạn tốt hơn và kết quả về mặt ung thư học tương đương so với phẫu thuật mở [3,4]. Cả Hiệp hội Phẫu thuật Đại trực tràng Anh và Ireland (ACPGBI) và Hiệp hội Phẫu thuật Đại trực tràng Hoa Kỳ (ASCRS) đều khuyến nghị PTNS là phương pháp ưu tiên được chỉ định trong điều trị UTĐT [5,6].

Quá trình phẫu tích đối với PTNS cắt đại tràng ban đầu được thực hiện theo hướng tiếp cận từ ngoài vào trong, tương tự như phẫu thuật mở truyền thống. Trong đó, mạc Toldt được phẫu tích trước và mạch máu được xử lý sau cùng. Sau này, một số phẫu thuật viên đại trực tràng đã giới thiệu hướng tiếp cận phẫu tích từ trong ra ngoài [7]. Với kỹ thuật này, cuống mạch sẽ được phẫu tích và kiểm soát đầu tiên, tiếp theo là giải phóng mạc treo, và cuối cùng là cắt mạc Toldt để di động đại tràng [8]. Năm 2004, Hiệp hội Phẫu thuật Nội soi châu Âu (EAES: European Association for Endoscopic Surgery) đã đồng thuận đưa ra khuyến nghị rằng phương pháp tiếp cận từ trong ra ngoài nên được ưu tiên áp dụng trong PTNS cắt đại tràng [9].

Với hướng tiếp cận từ trong ra ngoài, quá trình phẫu tích thường diễn ra nhanh hơn bằng phương tiện phẫu tích từ và được hỗ trợ đáng kể nhờ áp lực bơm hơi CO₂. Lực kéo duy nhất cần thiết là nâng mạc treo đại tràng lên phía trên, nhằm duy trì mặt phẳng phẫu tích phù hợp [10]. Mặt phẳng này nằm giữa mạc treo đại tràng và phúc mạc thành sau, có mô liên kết lỏng lẻo nên dễ dàng bóc tách. Do đó, hướng tiếp cận từ trong ra ngoài sẽ giúp hạn chế nguy cơ chảy máu và tổn thương các cấu trúc sau phúc mạc, chẳng hạn như niệu quản hay bó mạch sinh dục [11]. Một ưu điểm quan trọng khác của

hướng tiếp cận này là vùng đại tràng có khối u ít bị tác động hơn, qua đó hạn chế nguy cơ phát tán tế bào ung thư và giảm sang chấn mô.

Mặc dù PTNS cắt đại tràng ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong điều trị UTĐT. Tuy nhiên, phương pháp này vẫn là một kỹ thuật khó và cần có đường cong học tập lâu dài. Đặc biệt, hướng tiếp cận từ trong ra ngoài cần phải nhận diện sớm mặt phẳng giữa mạc treo đại tràng với phúc mạc thành sau, và kiểm soát trước các mạch máu đại tràng. Những vấn đề này cũng tạo ra các thách thức trong quá trình phẫu thuật. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu để đánh giá kết quả PTNS cắt đại tràng với hướng tiếp cận từ trong ra ngoài điều trị UTĐT.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm có 201 bệnh nhân ung thư đại tràng được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng theo hướng tiếp cận từ trong ra ngoài tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, từ tháng 07 năm 2021 đến tháng 12 năm 2024. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức của Trường Đại học Y - Dược Huế.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán ung thư đại tràng dựa vào kết quả giải phẫu bệnh, giai đoạn I - III theo phân loại TNM của AJCC (American Joint Committee on Cancer) lần thứ 8, có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt đại tràng, và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: Khối u T4b, đã phẫu thuật cắt đoạn đại tràng hoặc có khối u khác đồng thời ở đại trực tràng, bệnh nhân cần phẫu thuật cấp cứu, hoặc phụ nữ có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu

Thông tin nghiên cứu: đặc điểm chung gồm có tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể (BMI: Body Mass Index), phân loại ASA (American Society of Anaesthesiologists), tiền sử phẫu thuật, lý do vào viện và thời gian khởi phát. Trong quá trình phẫu thuật sẽ đánh giá vị trí u so với các phương pháp phẫu thuật cắt đại tràng. Kết quả phẫu thuật ghi nhận thời gian phẫu thuật, đau theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scale), thời gian ăn lại, thời gian trung tiện và thời gian nằm viện. Các biến chứng sau phẫu thuật sẽ được ghi nhận và phân loại theo Clavien - Dindo. Thời gian theo dõi là 30 ngày sau phẫu thuật. Đánh giá biến chứng rò miệng nối, áp xe

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

ổ phúc mạc dựa trên triệu chứng lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng.

Dữ liệu ung thư học được thu thập từ báo cáo giải phẫu bệnh sau phẫu thuật, bao gồm: số lượng hạch lấy được, số lượng hạch dương tính, giai đoạn pT, pN và pTNM theo AJCC phiên bản thứ 8.

Kỹ thuật phẫu thuật: Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng được thực hiện với tiếp cận mạc treo đại tràng đầu tiên. Phẫu tích vào mặt phẳng phôi thai học giữa mạc treo đại tràng với phúc mạc thành sau và kiểm soát các mạch máu chính. Sau đó, phẫu tích mạc Toldt ở bên ngoài để di động đại tràng. Các phương pháp phẫu thuật thực hiện gồm có: cắt đại tràng phải, cắt đại tràng phải mở rộng, cắt đại tràng ngang, cắt đại tràng trái và cắt đại tràng xích - ma.

2.3. Xử lý số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 25, với mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $P < 0,05$. Các biến định tính được trình bày dưới dạng số lượng và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng sẽ được mô tả bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn (SD) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR).

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu gồm có 201 bệnh nhân được phẫu thuật cắt đại tràng dựa trên tiêu chuẩn chọn bệnh. Đặc điểm chung được trình bày ở Bảng 1. Trong đó, độ tuổi trung bình là $61,3 \pm 14,1$ tuổi. Nam giới chiếm 53,2% tổng số bệnh nhân. Chỉ số khối cơ

thể (BMI) trung bình là $20,8 \pm 2,9$ kg/m². Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm ASA 1 (68,6%), tiếp theo là ASA 2 (24,4%) và ASA 3 (7,0%). Tiền sử phẫu thuật vùng bụng có 10,9% trường hợp.

Vị trí u hay gặp nhất là ở đại tràng xích-ma (34,3%), tiếp theo là đại tràng góc gan (22,4%), đại tràng lên (16,9%), và manh tràng (9,0%). Ít gặp hơn là ở vị trí đại tràng xuống (6,5%), đại tràng góc lách (6,0%) và đại tràng ngang (5,0%). Trong số các phương pháp phẫu thuật, cắt đại tràng phải là loại thường gặp nhất (37,4%), tiếp theo là cắt đại tràng xích - ma chiếm 32,8%, cắt đại tràng trái là 14,4% và cắt đại tràng phải mở rộng là 12,9%. Ít gặp nhất là cắt đại tràng ngang (2,5%) (Bảng 2).

Kết quả sớm sau phẫu thuật được ghi nhận ở Bảng 3. Thời gian phẫu thuật trung bình là $164,7 \pm 32,7$ phút. Thời gian ăn lại là $2,5 \pm 1,2$ ngày và thời gian trung tiện là $2,6 \pm 1,1$. Thời gian nằm viện trung bình là $8,6 \pm 2,7$ ngày. Mức độ biến chứng theo phân loại Clavien - Dindo thường gặp nhất là độ I (7,5%) và độ II (2,5%), độ III có tỷ lệ là 0,5%. Nhiễm trùng vết mổ xảy ra ở 6,0% trường hợp, rò miệng nối là 0,5%, liệt ruột được ghi nhận 2,5%, và áp xe là 0,5%. Kết quả giải phẫu bệnh được thể hiện ở Bảng 4: với số lượng hạch vét được là $37,8 \pm 24,7$ hạch và số lượng hạch dương tính là $1,5 \pm 3,1$ hạch. Phân chia giai đoạn pTNM theo AJCC phiên bản thứ 8 ghi nhận 33,3% giai đoạn I, 30,8% giai đoạn II và 35,8% giai đoạn III.

Bảng 1: Đặc điểm chung

Đặc điểm		Kết quả	
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$	$61,3 \pm 14,1$ (25 - 88)	
Giới (n, %)	Nam	107	53,2 %
	Nữ	94	46,8 %
BMI (kg/m ²)	$\bar{X} \pm SD$	$20,8 \pm 2,9$ (14,8 - 30,4)	
ASA (n, %)	1	138	68,6 %
	2	49	24,4 %
	3	14	7,0 %
Tiền sử phẫu thuật vùng bụng (n, %)		22	10,9 %

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

Đặc điểm		Kết quả	
Lý do vào viện (n, %)	Đau bụng	131	65,2 %
	Xuất huyết tiêu hóa	52	25,9 %
	Rối loạn tiêu hóa	16	8,0 %
	Tình cờ	2	1,0 %
Thời gian khởi phát (n, %)	Trong vòng 1 tháng	136	67,6 %
	1 - 2 tháng	47	23,4 %
	≥ 3 tháng	18	9,0 %

Bảng 2: Vị trí ung thư đại tràng và phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật Vị trí	Cắt ĐT phải	Cắt ĐT phải mở rộng	Cắt ĐT ngang	Cắt ĐT trái	Cắt ĐT xích-ma	Tổng (n, %)
Manh tràng	18	0	0	0	0	18 (9,0%)
Đại tràng lên	34	0	0	0	0	34 (16,9%)
Đại tràng góc gan	23	22	0	0	0	45 (22,4%)
Đại tràng ngang	0	4	5	1	0	10 (5,0%)
Đại tràng góc lách	0	0	0	12	0	12 (6,0%)
Đại tràng xuống	0	0	0	13	0	13 (6,5%)
Đại tràng xích-ma	0	0	0	3	66	69 (34,3%)
Tổng (n, %)	75 (37,4%)	26 (12,9%)	5 (2,5%)	29 (14,4%)	66 (32,8%)	201 (100%)

ĐT: đại tràng

Bảng 3: Kết quả sớm sau phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian phẫu thuật	$\bar{X} \pm SD$ 164,7 ± 32,7 (110 - 250)
Thang điểm VAS ngày 1	$\bar{X} \pm SD$ 4,2 ± 1,1 (1 - 7)
Thang điểm VAS ngày 2	$\bar{X} \pm SD$ 3,4 ± 1,0 (1 - 5)
Thời gian ăn lại đường miệng	$\bar{X} \pm SD$ 2,5 ± 1,2 (1 - 7)
Thời gian trung tiện	$\bar{X} \pm SD$ 2,6 ± 1,1 (1 - 6)
Thời gian nằm viện	$\bar{X} \pm SD$ 8,6 ± 2,7 (4 - 22)

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

Đặc điểm		Kết quả	
Biến chứng (n, %)	Rò miệng nối	1	0,5 %
	Áp xe ổ phúc mạc	1	0,5 %
	Tàn khí dưới da	3	1,5 %
	Liệt ruột	5	2,5 %
	Nhiễm trùng vết mổ	12	6,0 %
Phân loại Clavien-Dindo (n, %)	I	15	7,5 %
	II	6	3,0 %
	III	1	0,5 %

Bảng 4: Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật

Đặc điểm		Kết quả	
Số lượng hạch vét được	$\bar{X} \pm SD$	37,8 ± 24,7 (6 - 119)	
Số lượng hạch dương tính	$\bar{X} \pm SD$	1,5 ± 3,1 (0 - 19)	
Giai đoạn pT (n, %) Theo AJCC 8th	T1	5	2,5 %
	T2	65	32,3 %
	T3	98	48,8 %
	T4a	33	16,4 %
Giai đoạn pN (n, %) Theo AJCC 8th	N0	129	64,2 %
	N1a	21	10,4 %
	N1b	26	12,9 %
	N2a	12	6,0 %
	N2b	13	6,5 %
Giai đoạn pTNM (n, %) Theo AJCC 8th	I	67	33,3 %
	II	62	30,8 %
	III	72	35,8 %

IV. BÀN LUẬN

Ở thời kỳ phẫu thuật mở điều trị UTĐT, hướng tiếp cận từ ngoài vào trong là phương pháp chủ đạo. Tuy nhiên với sự phát triển của PTNS, hướng tiếp cận từ trong ra ngoài dần trở thành xu hướng và hiện nay được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng

[12]. Nghiên cứu của chúng tôi gồm có 201 trường hợp PTNS cắt đại tràng theo hướng tiếp cận từ trong ra ngoài, với độ tuổi trung bình là 61,3 ± 14,1. Chỉ số BMI trung bình là 20,8 ± 2,9 kg/m² và 10,9% là có tiền sử phẫu thuật vùng bụng trước đó. Khi thực hiện cắt đại tràng với hướng tiếp cận từ ngoài

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

vào trong sẽ gặp những khó khăn do tình trạng dính của mạc Toldt nhiều hơn ở phía bên ngoài. Do đó, làm tăng nguy cơ gây tổn thương các cấu trúc xung quanh bao gồm mạch máu, tá tràng và niệu quản [11]. Phẫu tích theo hướng tiếp cận từ trong ra ngoài cho phép nhận diện và bảo vệ các cấu trúc quan trọng này, đồng thời xác định sớm mặt phẳng giữa mạc treo đại tràng và phúc mạc thành sau. Phẫu tích đúng mặt phẳng sẽ tạo thuận lợi cho việc di động mạc treo đại tràng và giảm tình trạng chảy máu.

Nhược điểm khác của hướng tiếp cận từ ngoài vào trong được ghi nhận là làm tăng mức độ di động của đại tràng, dẫn đến sự khó khăn khi thực hiện các thao tác phẫu tích tiếp theo. Ngược lại, việc giữ lại các mạc dính phúc mạc bên ngoài sẽ giúp hỗ trợ độ căng cần thiết khi phẫu tích mạc treo và các mạch máu đại tràng [8]. Hướng tiếp cận từ trong ra ngoài có thể nhận diện sớm niệu quản và mạch máu sinh dục, giúp hạn chế nguy cơ tổn thương tiềm tàng có thể xảy ra trong quá trình phẫu tích từ ngoài vào trong [11]. Nghiên cứu của Rotholtz và cộng sự [8] ghi nhận có 2 trường hợp tổn thương niệu quản, đều xảy ra ở nhóm tiếp cận từ ngoài vào trong. Nghiên cứu của Abou-Ashour và cộng sự [13] ghi nhận có 1 trường hợp (2%) tổn thương niệu quản và 3 trường hợp (6%) tổn thương bó mạch sinh dục khi tiếp cận theo hướng từ ngoài vào trong. Ở nhóm tiếp cận từ trong ra ngoài không ghi nhận trường hợp nào chấn thương [13]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng không có trường hợp nào thương tổn niệu quản hay bó mạch sinh dục trong quá trình phẫu thuật.

Các kết quả nghiên cứu trước đây cũng cho thấy hướng tiếp cận từ trong ra ngoài có tỷ lệ chuyển mổ mở thấp hơn và thời gian phẫu thuật ngắn hơn [13,14]. Nghiên cứu của Abou-Ashour và cộng sự [13] nhận thấy tỷ lệ chuyển mổ mở thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm tiếp cận từ trong ra ngoài (2% so với 6% ở nhóm tiếp cận từ ngoài vào trong), với $P < 0,05$. Tuy nhiên, thời gian phẫu thuật giữa hai phương pháp không có sự khác biệt có ý nghĩa. Ngoài trừ, PTNS cắt đại tràng phải theo hướng từ trong ra ngoài có thời gian phẫu thuật ngắn hơn có ý nghĩa so với nhóm từ ngoài vào trong (186 ± 18 phút so với 217 ± 26 phút, $P < 0,05$). Nghiên cứu của Rotholtz và cộng sự [8] ghi nhận thời gian phẫu thuật ngắn hơn ở hướng tiếp cận từ trong ra ngoài so với nhóm từ ngoài vào trong, ngay cả ở PTNS

cắt đại tràng phải (148,6 phút so với 185,6 phút, $p = 0,009$) và PTNS cắt đại tràng trái (139,9 phút so với 205,5 phút, $p < 0,0001$). Một phân tích tổng hợp của Hajibandeh và cộng sự [15] ghi nhận thời gian phẫu thuật theo hướng tiếp cận từ trong ra ngoài là từ 122,5 - 198,0 phút, kết quả này ngắn hơn so với hướng tiếp cận từ ngoài vào trong 162,9 - 280,0 phút ($p < 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là $164,7 \pm 32,7$ (110 - 250) phút, kết quả này nằm ở giữa so với các nghiên cứu trên. Ngoài ra, nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào cần chuyển qua mổ mở.

Về thời gian nằm viện sau phẫu thuật, Hajibandeh và cộng sự [15] phân tích tổng hợp từ 5 nghiên cứu cho thấy thời gian trung bình là từ 4,5 - 17,7 ngày ở nhóm tiếp cận từ trong ra ngoài, ngắn hơn có ý nghĩa so với nhóm từ ngoài vào trong (7,0 - 22,7 ngày), $p = 0,02$. Một số nghiên cứu khác cũng ghi nhận thời gian nằm viện ngắn hơn khi tiếp cận từ trong ra ngoài, do tỷ lệ liệt ruột sau mổ thấp hơn và thời gian hồi phục nhu động ruột sớm hơn. Poon và cộng sự [16] có kết quả thời gian nằm viện ngắn hơn (4 ngày so với 7 ngày; $p < 0,001$) và sự phục hồi nhu động ruột sớm hơn đáng kể ở nhóm tiếp cận từ trong ra ngoài. Tương tự, nghiên cứu của Abou - Ashour và cộng sự [13] ghi nhận tình trạng liệt ruột sau phẫu thuật ít gặp hơn có ý nghĩa ở nhóm tiếp cận từ trong ra ngoài so với từ ngoài vào trong (4% so với 8%, $p < 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian nằm viện trung bình là $8,6 \pm 2,7$ ngày (4 - 22 ngày). Kết quả của chúng tôi dài hơn so với một số nghiên cứu trên, có thể là do các bệnh nhân được ở lại theo dõi hậu phẫu đến khi ổn định gần như hoàn toàn.

Ngoài ra, các nghiên cứu trước đây ghi nhận tỷ lệ biến chứng sau PTNS cắt đại tràng không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm tiếp cận từ trong ra ngoài và từ ngoài vào trong, khoảng từ 9,6 - 20,7% [11,13,15]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Abou-Ashour và cộng sự [13] cho thấy tỷ lệ liệt ruột sau mổ thấp hơn rõ rệt ở nhóm tiếp cận từ trong ra ngoài (4% so với 8%, $P < 0,05$). Tác giả cũng ghi nhận ở nhóm tiếp cận trong ra ngoài có 2% trường hợp rò miệng nổi. Phân tích tổng hợp của Hajibandeh và cộng sự [15] cho thấy tỷ lệ rò miệng nổi ở nhóm tiếp cận từ trong ra ngoài là từ 0,0 - 5,5%, và không có sự khác biệt so với nhóm từ ngoài vào trong. Ở nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 2,5% liệt ruột, 0,5% rò miệng

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

nổi và 0,5% áp xe ổ phúc mạc. Các trường hợp liệt ruột và áp xe ổ phúc mạc được điều trị nội khoa từ 3 - 6 ngày, sau đó các bệnh nhân đều hồi phục ổn định. Một trường hợp bị rò miệng nối cần phải mổ lại ở PTNS cắt đại tràng trái, bằng cách đưa hai đầu miệng nối ra làm hậu môn nhân tạo. Bệnh nhân sau đó phục hồi ổn định và được đóng hậu môn nhân tạo sau 2 tháng.

Về phân loại Clavien-Dindo, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 7,5% độ I, 3,0% độ II và 0,5% độ III. Tỷ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Abou - Ashour và cộng sự [13] đánh giá biến chứng sau phẫu thuật ở nhóm tiếp cận từ trong ra ngoài, cho thấy kết quả là 8% độ I, 10% độ II và 2% độ III. Tỷ lệ này thấp hơn có ý nghĩa khi so với với nhóm tiếp cận từ ngoài vào trong (8% so với 12% độ I, 10% so với 14% độ II, 2% so với 6% độ III; $p < 0,05$) [13]. Nghiên cứu của Hussain và cộng sự [11] ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ biến chứng chính (độ IV), nhóm từ trong ra ngoài là một trường hợp (1,7%) ít hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm từ ngoài vào trong với 7 trường hợp (10,2%), $p = 0,035$.

Một ưu điểm khác của hướng tiếp cận từ trong ra ngoài là giúp kiểm soát sớm mạch máu, phẫu tích tận gốc và vét hạch dọc theo các mạch máu chính. Nhờ đó, việc nạo vét hạch đầy đủ hơn, giúp cải thiện khả năng triệt căn và giảm nguy cơ tái phát ung thư. Poon và cộng sự [16] ghi nhận nhiều hạch bạch huyết được lấy hơn ở nhóm từ trong ra ngoài với 12 (7 - 17,5) hạch so với 10 (6 - 15) hạch ở nhóm từ ngoài vào trong, $p = 0,001$. Nghiên cứu của Hussain và cộng sự [11] cũng cho thấy số lượng hạch vét được ở nhóm từ trong ra ngoài là 17 (6 - 45) hạch, nhiều hơn so với 14 (0 - 38) hạch ở nhóm từ ngoài vào trong. Abou - Ashour và cộng sự [13] công bố kết quả số lượng hạch vét ở nhóm từ trong ra ngoài là 17 ± 4 (9 - 31) hạch, nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm từ ngoài vào trong là 10 ± 3 (4 - 22) hạch, $P < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi có số lượng hạch trung bình vét được là $37,8 \pm 24,7$ (6 - 119) hạch, nhiều hơn so với các nghiên cứu trước đây. Do chúng tôi có sử dụng dung dịch cố định bệnh phẩm để làm nổi bật hạch rõ hơn, nên số lượng hạch thu được nhiều hơn.

Nghiên cứu này có một số hạn chế: thứ nhất, thiết kế nghiên cứu là hồi cứu; thứ hai, mẫu nghiên

cứ hạn chế ở 2 trung tâm, chưa phải trên quy mô lớn hơn ở đa trung tâm; thứ ba, thời gian theo dõi còn ngắn, chưa phân tích tỷ lệ sống thêm và tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật. Định hướng nghiên cứu tiếp theo của chúng tôi là đánh giá kết quả trung hạn, từ 2 - 3 năm sau PTNS cắt đại tràng với hướng tiếp cận từ trong ra ngoài.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đóng góp thêm các thông tin về việc lựa chọn hướng tiếp cận đối với phẫu thuật nội soi cắt đại tràng. Dựa vào các kết quả đạt được, phẫu thuật nội soi cắt đại tràng với hướng tiếp cận từ trong ra ngoài là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư đại tràng. Với một số lợi thế tiềm năng như thời gian phẫu thuật ngắn hơn, mất máu ít hơn, phục hồi sớm hơn và vết được nhiều hạch hơn.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế hồi cứu, thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế. Tất cả thông tin người bệnh được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu; không can thiệp thêm trên người bệnh, không tiết lộ danh tính trong bất kỳ hình thức công bố nào.

Tuyên bố xung đột lợi ích

Các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Filho AM, Laversanne M, Ferlay J, Colombet M, Piñeros M, Znaor A, et al. The GLOBOCAN 2022 cancer estimates: Data sources, methods, and a snapshot of the cancer burden worldwide. *Int J Cancer*. 2025; 156(7): 1336-1346.
2. Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). *Surg Laparosc Endosc*. 1991; 1(3): 144-50.
3. Buunen M, Veldkamp R, Hop WC, Kuhry E, Jeekel J, Haglind E, et al. Survival after laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: long-term outcome of a randomised clinical trial. *Lancet Oncol*. 2009; 10(1): 44-52.
4. Jayne DG, Guillou PJ, Thorpe H, Quirke P, Copeland J, Smith AM, et al. Randomized trial of laparoscopic-assisted

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

- resection of colorectal carcinoma: 3-year results of the UK MRC CLASICC Trial Group. *J Clin Oncol.* 2007; 25(21): 3061-8.
5. Faiz O. Association of Coloproctology of Great Britain & Ireland (ACPGBI): Guidelines for the Management of Cancer of the Colon, Rectum and Anus (2017) - Audit and Outcome Reporting. *Colorectal Dis.* 2017; 19 Suppl 1: 71-73.
 6. You YN, Hardiman KM, Bafford A, Poylin V, Francone TD, Davis K, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Rectal Cancer. *Dis Colon Rectum.* 2020; 63(9): 1191-1222.
 7. Pigazzi A, Hellan M, Ewing DR, Paz BI, Ballantyne GH. Laparoscopic medial-to-lateral colon dissection: how and why. *J Gastrointest Surg.* 2007; 11(6): 778-82.
 8. Rotholtz NA, Bun ME, Tessio M, Lencinas SM, Laporte M, Aued ML, et al. Laparoscopic colectomy: medial versus lateral approach. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2009; 19(1): 43-7.
 9. Veldkamp R, Gholghesaei M, Bonjer HJ, Meijer DW, Buunen M, Jeekel J, et al. Laparoscopic resection of colon Cancer: consensus of the European Association of Endoscopic Surgery (EAES). *Surg Endosc.* 2004; 18(8): 1163-85.
 10. Yan J, Ying MG, Zhou D, Chen X, Chen LC, Ye WF, et al. [A prospective randomized control trial of the approach for laparoscopic right hemi-colectomy:medial-to-lateral versus lateral-to-medial]. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi.* 2010; 13(6): 403-5.
 11. Hussain A, Mahmood F, Torrance AW, Tsiamis A. Impact of medial-to-lateral vs lateral-to-medial approach on short-term and cancer-related outcomes in laparoscopic colorectal surgery: A retrospective cohort study. *Ann Med Surg (Lond).* 2018; 26: 19-23.
 12. Iqbal MR, Ari K, Probert S, Cai W, Ramadan W, Walton SJ. Outcomes of medial to lateral vs. lateral to medial approaches in laparoscopic colorectal cancer resections. *Ann Med Surg (Lond).* 2024; 86(9): 5024-5033.
 13. HS A-A, Alaa E, Mahoud S, Asem F. Medial versus lateral approach for laparoscopic colectomy in colorectal cancer surgery. 2022; 41(1): 141-146.
 14. Ding J, Liao GQ, Xia Y, Zhang ZM, Pan Y, Liu S, et al. Medial versus lateral approach in laparoscopic colorectal resection: a systematic review and meta-analysis. *World J Surg.* 2013; 37(4): 863-72.
 15. Hajibandeh S, Hajibandeh S, Navid A, Sarma DR, Eltair M, Mankotia R, et al. Meta-analysis of medial-to-lateral versus lateral-to-medial colorectal mobilisation during laparoscopic colorectal surgery. *International Journal of Colorectal Disease.* 2019; 34(5): 787-799.
 16. Poon JT, Law WL, Fan JK, Lo OS. Impact of the standardized medial-to-lateral approach on outcome of laparoscopic colorectal resection. *World J Surg.* 2009; 33(10): 2177-82.