

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRIỆT CĂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI 3D TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Phạm Như Hiệp<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Xuân<sup>1</sup>, Hồ Hữu Thiện<sup>1</sup>, Phan Hải Thanh<sup>1</sup>, Trần Nghiêm Trung<sup>1</sup>, Phạm Trung Vỹ<sup>1</sup>, Phạm Xuân Đông<sup>1</sup>, Mai Trung Hiếu<sup>1</sup>, Phạm Minh Đức<sup>2</sup>, Văn Tiến Nhân<sup>1</sup>, Hồ Văn Linh<sup>3</sup>, Vũ Hoài Anh<sup>1</sup>, Phan Thanh Hải<sup>1</sup>, Phạm Như Hiền<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Khoa Ngoại nhi - Cấp cứu bụng, Bệnh viện Trung ương Huế

<sup>2</sup>Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược Huế

<sup>3</sup>Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Huế

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý ung thư đại trực tràng. Đánh giá kết quả sớm điều trị triệt căn ung thư đại trực tràng bằng phẫu thuật nội soi 3D.

**Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu theo dõi dọc không đối chứng 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư nguyên phát ở đại trực tràng và được PTNS cắt đại trực tràng bằng kỹ thuật nội soi 3D tại Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 1/2020 đến 12/2021.

**Kết quả:** Tuổi trung bình  $62,0 \pm 10,6$  tuổi. Nam chiếm tỷ lệ nhiều hơn với 65%. Tỷ lệ bệnh nhân ở nông thôn chiếm 75%. Triệu chứng đau bụng chiếm 65%, đại tiện phân nhầy máu chiếm 56,7%. Bụng chướng chiếm 21,7%. Hemoglobin < 11 chiếm 28,3%. Nồng độ CEA tăng trước mổ 41,7%, trung bình  $15,7 \pm 55,7$  ng/ml. Khối u ở trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất với 65,0%. Cắt trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất với 65,0%, cắt đại tràng ngang chiếm tỷ lệ thấp nhất với 2,4%. Kỹ thuật khâu nối tận - tận chiếm tỷ lệ cao nhất với 80,8%, nối bằng máy khâu cắt thẳng chiếm tỷ lệ cao với 76,2%. Vết hạch D3 chiếm tỷ lệ cao với 96,7%. 100% bệnh nhân không gặp tai biến trong mổ, không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Thời gian mổ trung bình  $162,3 \pm 25,8$  phút. Đau sau mổ trung bình  $2,1 \pm 1,4$  ngày. Thời gian có lại trung tiện trung bình  $2,1 \pm 1,4$  ngày. Biến chứng sau mổ: tụ dịch vết mổ 5%, nhiễm trùng vết mổ 3,3%, chảy máu chân dẫn lưu 1,7%. Thời gian nằm viện trung bình  $10,4 \pm 4,6$  ngày. Số hạch thu được trung bình là  $18,8 \pm 8,3$  hạch. Độ xâm lấn khối u T3 sau mổ chiếm tỷ lệ cao nhất 55,0%. Không phát hiện di căn hạch sau mổ chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,7%.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi 3D điều trị triệt căn ung thư đại trực tràng là một phương pháp khả thi, hiệu quả và an toàn, bảo đảm tính triệt căn trong điều trị ung thư đại trực tràng cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi 3D, ung thư đại trực tràng, điều trị triệt căn.

Ngày nhận bài:

01/6/2022

Ngày chỉnh sửa:

2/8/2022

Chấp thuận đăng:

15/8/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Thanh Xuân

Email:

thanhxuanbv@gmail.com

SĐT: 0945313999

### ABSTRACT

OUTCOME EVALUATION OF THE RESULTS OF RADICAL TREATMENT OF COLORECTAL CANCER WITH 3D LAPAROSCOPIC SURGERY AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Pham Nhu Hiep<sup>1</sup>, Nguyen Thanh Xuan<sup>1</sup>, Ho Huu Thien<sup>1</sup>, Phan Hai Thanh<sup>1</sup>, Tran Nghiem Trung<sup>1</sup>, Pham Trung Vy<sup>1</sup>, Pham Xuan Dong<sup>1</sup>, Mai Trung Hieu<sup>1</sup>, Pham Minh Duc<sup>2</sup>, Van Tien Nhan<sup>1</sup>, Ho Van Linh<sup>3</sup>, Vu Hoai Anh<sup>1</sup>, Phan Thanh Hai<sup>1</sup>, Pham Nhu Hien<sup>1</sup>

## *Đánh giá kết quả điều trị triệt căn ung thư đại trực tràng...*

**Background:** Study on clinical and paraclinical characteristics of colorectal cancer pathology. Evaluation of early results of radical treatment of colorectal cancer by 3D laparoscopic surgery.

**Methods:** Prospective non - controlled longitudinal study of 60 patients with definitive diagnosis of primary colorectal cancer and laparoscopic colorectal resection using 3D laparoscopic technique at Hue Central Hospital from January 2020 to December 2021.

**Results:** The mean age was  $62.0 \pm 10.6$  years old. Males account for more with 65%. The proportion of patients in rural areas accounts for 75%. Symptoms of abdominal pain accounted for 65%, bloody stools accounted for 56.7%. Abdominal distention accounted for 21.7%. Hemoglobin  $< 11$  accounts for 28.3%. CEA concentration increased before surgery 41.7%, average  $15.7 \pm 55.7$  ng/ml. Tumors in the rectum accounted for the highest rate with 65.0%. Rectal resection accounted for the highest rate with 65.0%, transverse colectomy accounted for the lowest rate with 2.4%. The technique of end - to - end stitching - taking advantage of the highest rate with 80.8%, the connection by straight - cut sewing machine accounts for the high rate with 76.2%. Dissection of D3 lymph nodes accounted for a high rate with 96.7%. 100% of patients had no complications during surgery, no cases were converted to open surgery. The average operative time was  $162.3 \pm 25.8$  minutes. Postoperative pain averaged  $2.1 \pm 1.4$  days. Mean time of mean return  $2.1 \pm 1.4$  days. Postoperative complications: incisional fluid collection 5%, wound infection 3.3%, leg bleeding 1.7%. The average hospital stay was  $10.4 \pm 4.6$  days. The average number of lymph nodes obtained was  $18.8 \pm 8.3$  nodes. T3 tumor invasiveness after surgery accounted for the highest rate of 55.0%. No lymph node metastasis was detected after surgery, accounting for the highest rate with 61.7%.

**Conclusions:** 3D laparoscopic surgery for the radical treatment of colorectal cancer is a feasible, effective and safe method, ensuring the radicality in the treatment of colorectal cancer for patients.

**Keywords:** 3D laparoscopic surgery, colorectal cancer, radical treatment.

**\* Đây là kết quả của đề tài Khoa học và Công nghệ cấp Tỉnh được ngân sách nhà nước tỉnh Thừa Thiên Huế đầu tư. Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ này!.**

### **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Theo dữ liệu của GLOBOCAN 2020, ung thư đại trực tràng là bệnh ung thư phổ biến với khoảng 2 triệu trường hợp mắc mới, đứng thứ tư trên thế giới với khoảng 1 triệu ca tử vong, đứng thứ ba về tỉ lệ tử vong do ung thư [1]. Cũng theo dữ liệu này cho năm 2020, Việt Nam có khoảng 183.000 ca mắc ung thư mới, khoảng 123.000 ca bệnh nhân tử vong. Trong đó, số ca mắc mới của ung thư đại trực tràng là 15.847 ca và tử vong là 8203 ca. Tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới trong những năm gần đây [1]. Điều trị UTĐTT hiện nay được tiến hành bằng đa mô thức, kết hợp giữa phẫu thuật, hóa trị và xạ trị. Tuy nhiên, phẫu thuật triệt căn được xem là phương pháp điều trị có hiệu quả nhất [2]. Trong 2 thập kỷ vừa qua, sự phát triển của khoa học công nghệ đã giúp cho quá trình phẫu thuật nội soi an toàn, hiệu quả và

chính xác hơn. Với nhiều ưu điểm như cung cấp một phẫu trường 3D thật sự, giúp định hướng chính xác và tạo thuận lợi cho các phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, nội soi 3D HD (high - definition) giúp phẫu thuật viên có thể nhận biết chiều sâu từ đó giúp thực hiện những thao tác khó đòi hỏi sự định hướng không gian tốt [3]. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy rằng nội soi 3D có thể giảm thời gian phẫu thuật, giảm lượng máu mất trong mổ và khả năng thành thạo kỹ thuật nhanh hơn so với nội soi 2D [3 - 5]. Năm 2015, Bệnh viện Trung Ương Huế đã thực hiện thành công ca mổ nội soi cắt dạ dày do ung thư bằng kỹ thuật 3D lần đầu tiên ở Việt Nam. Và sau đó đã chính thức đưa phẫu thuật nội soi 3D vào sử dụng một cách thường quy cho những bệnh lý từ thông thường cho đến ung thư đại trực tràng. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm xác định các điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý ung thư đại trực

## Bệnh viện Trung ương Huế

tràng và đánh giá kết quả sớm điều trị triệt căn ung thư đại trực tràng bằng phẫu thuật nội soi 3D.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

Gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư nguyên phát ở đại trực tràng và được PTNS cắt đại trực tràng bằng kỹ thuật nội soi 3D tại Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 1/2020 đến 12/2021.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc, không đối chứng.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm chung

Phân bố về tuổi: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $62,0 \pm 10,6$  (36 - 90 tuổi). Nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 61 - 80, chiếm 50,0%.

Phân bố về giới: Nam giới chiếm tỷ lệ nhiều hơn với 65%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,86/1.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng

Các triệu chứng cơ năng và thực thể của bệnh nhân ung thư đại trực tràng được liệt kê ở Bảng 1 và Bảng 2.

**Bảng 1:** Triệu chứng cơ năng

| Triệu chứng            | n  | Tỷ lệ % |
|------------------------|----|---------|
| Đại tiện phân nhầy máu | 34 | 56,7    |
| Đau bụng               | 39 | 65,0    |
| Táo bón                | 9  | 15,0    |
| Tiêu chảy              | 2  | 3,3     |
| Nôn, buồn nôn          | 6  | 10,0    |
| Gầy sút cân            | 5  | 8,3     |
| Mệt mỏi/suy kiệt       | 4  | 6,7     |
| Đại tiện đau           | 4  | 6,7     |
| Chán ăn                | 1  | 1,7     |

**Bảng 2:** Triệu chứng thực thể

| Triệu chứng            | n  | Tỷ lệ % |
|------------------------|----|---------|
| Bụng chướng            | 13 | 21,7    |
| Thăm trực tràng có u   | 8  | 13,3    |
| Thăm trực tràng có máu | 12 | 12,0    |
| Ấn bụng đau            | 2  | 3,3     |
| Sờ thấy u ở bụng       | 2  | 3,3     |
| Mac burney (+)         | 1  | 1,7     |

### 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Thiếu máu có thể gặp ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng, được biểu thị ở Bảng 3.

**Bảng 3:** Công thức máu

| Công thức máu                        |            | n  | Tỷ lệ % |
|--------------------------------------|------------|----|---------|
| Heamoglobin (g/dl)                   | < 11       | 17 | 28,3    |
|                                      | $\geq 11$  | 43 | 71,7    |
| Số lượng HC (triệu/mm <sup>3</sup> ) | < 2,5      | 0  | 0,0     |
|                                      | 2,5 - 3,5  | 4  | 6,7     |
|                                      | $\geq 3,5$ | 56 | 93,3    |
| Heamatocrite (%)                     | < 25       | 1  | 1,7     |
|                                      | 25 - 35    | 21 | 35,0    |
|                                      | $\geq 35$  | 38 | 63,3    |

Chất chỉ điểm ung thư CEA trước mổ: Nồng độ CEA tăng trước mổ chiếm tỷ lệ 41,7%. Nồng độ CEA trung bình  $15,7 \pm 55,7$  ng/ml (1,1 - 428,7 ng/ml)

**Bảng 4:** Vị trí khối u trên CT scan bụng

| Vị trí khối u   | n  | Tỷ lệ % |
|-----------------|----|---------|
| Đại tràng phải  | 9  | 15,0    |
| Đại tràng ngang | 2  | 3,4     |
| Đại tràng trái  | 5  | 8,3     |
| Đại tràng Sigma | 5  | 8,3     |
| Trực tràng      | 39 | 65,0    |
| Tổng            | 60 | 100     |

Tỷ lệ phát hiện khối u trên CT scan bụng là 98,3%. Không phát hiện hình ảnh di căn xa trên CT scan.

Kết quả nội soi đại trực tràng biểu thị ở Bảng 5 và Bảng 6. Thở sùi chiếm tỷ lệ cao nhất với 90,0%.

**Bảng 5:** Vị trí khối u trên nội soi đại trực tràng

| Vị trí khối u   | n  | Tỷ lệ % |
|-----------------|----|---------|
| Đại tràng phải  | 9  | 15,0    |
| Đại tràng ngang | 2  | 3,4     |
| Đại tràng trái  | 5  | 8,3     |
| Đại tràng Sigma | 5  | 8,3     |
| Trực tràng      | 39 | 65,0    |
| Tổng            | 60 | 100     |

**Bảng 6:** Hình ảnh đại thể qua nội soi đại trực tràng

| Hình ảnh đại thể  | n  | Tỷ lệ % |
|-------------------|----|---------|
| Sùi               | 54 | 90,0    |
| Loét              | 3  | 5,0     |
| Thâm nhiễm        | 2  | 3,4     |
| Polyp ung thư hóa | 1  | 1,7     |
| Tổng              | 60 | 100     |

### 3.4. Đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật

**Bảng 7:** Vị trí khối u trong mổ

| Vị trí                  | n  | Tỷ lệ % |
|-------------------------|----|---------|
| Đại tràng phải          | 9  | 15,0    |
| Đại tràng ngang         | 2  | 3,4     |
| Đại tràng trái          | 5  | 8,3     |
| Đại tràng Sigma         | 5  | 8,3     |
| Trực tràng              | 39 | 65,0    |
| - Trực tràng cao        | 11 | 18,4    |
| - Trực tràng trung gian | 14 | 23,3    |
| - Trực tràng thấp       | 14 | 23,3    |
| Tổng                    | 60 | 100     |

**Bảng 8:** Phương pháp phẫu thuật nội soi

| Phương pháp phẫu thuật                                               | n  | Tỷ lệ % |
|----------------------------------------------------------------------|----|---------|
| Cắt đại tràng phải                                                   | 9  | 15,0    |
| Cắt đại tràng ngang                                                  | 2  | 3,4     |
| Cắt đại tràng trái                                                   | 5  | 8,3     |
| Cắt đại tràng Sigma                                                  | 5  | 8,3     |
| Cắt trực tràng                                                       | 39 | 65,0    |
| - Cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt hậu môn (cắt trước, cắt trước thấp) | 31 | 51,7    |
| - Cắt cột trực tràng                                                 | 8  | 13,3    |
| Tổng                                                                 | 60 | 100     |

Cắt trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất với 65,0%. Cắt đại tràng ngang chiếm tỷ lệ thấp nhất với 2,4%.

Kỹ thuật khâu nối: Kỹ thuật khâu nối tận - tận chiếm tỷ lệ cao nhất với 80,8%. Kỹ thuật khâu nối bên - bên chiếm tỷ lệ thấp nhất với 1,9%. Nối bằng máy khâu cắt thẳng chiếm tỷ lệ cao với 76,2%, khâu tay 23,8%.

Mức độ vét hạch: Vết hạch D3 chiếm tỷ lệ cao với 96,7%. Vết hạch D2 chiếm tỷ lệ 3,3%.

Thời gian mổ: Thời gian mổ trung bình  $162,3 \pm 25,8$  phút (thấp nhất 120 phút, cao nhất 270 phút). Thời gian mổ từ 120 - 240 phút chiếm tỷ lệ cao nhất với 88,3%.

### 3.5. Kết quả sớm sau mổ

Đau sau mổ trung bình  $2,1 \pm 1,4$  ngày (1 - 4 ngày). Thời gian có lại trung tiện trung bình  $2,1 \pm 1,4$  ngày (1 - 4 ngày). 6 trường hợp có biến chứng sau mổ với các triệu chứng: Tụ dịch vết mổ (3 bệnh nhân; 5,0%); Nhiễm trùng vết mổ (2 bệnh nhân; 3,3%); Chảy máu chân dẫn lưu (1 bệnh; 1,7%). Tất cả được điều trị nội khoa thành công.

Thời gian nằm viện trung bình  $10,4 \pm 4,6$  ngày (6 - 26 ngày), nhóm không biến chứng  $9,5 \pm 3,2$  ngày, nhóm có biến chứng  $15,2 \pm 7,2$  ngày. Nằm viện 6 - 8 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất với 41,7%.

Độ xâm lấn khối u T3 sau mổ chiếm tỷ lệ cao nhất 55,0%, T4 là 15,0%, T1 sau mổ chiếm tỷ lệ thấp nhất với 1,7%.

Không phát hiện di căn hạch sau mổ chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,7%. Mức độ di căn hạch N1 (1 - 3 hạch) sau mổ chiếm tỷ lệ 23,3%. Mức độ di căn hạch N2 ( $\geq 4$  hạch) sau mổ chiếm tỷ lệ 10,0%.

Số hạch thu được trung bình là  $18,8 \pm 8,3$  hạch (12 - 60 hạch). Số hạch thu được từ 12 - 20 chiếm tỷ lệ cao nhất với 65,0%.

Ung thư giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất với 41,7%. Ung thư giai đoạn I chiếm tỷ lệ thấp nhất với 25,0%.

## IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi u trực tràng gặp 65%, trường hợp u đại tràng là 35% (u thường gặp nhất ở đại tràng phải 15%, u đại tràng trái 8,3%, u đại tràng sigma 8,73%). Nguyễn Hoàng Bắc [6] u ở đại tràng sigma 33,3%. Trong 1 nghiên cứu khác về bệnh UTĐT, cũng tác giả này đưa ra tỷ lệ u ở đại tràng sigma là 35,6% [7]. Theo Nguyễn Tạ Quyết [8], với NSĐT u ở đại tràng sigma là 22,4%, trong khi đó chụp đại tràng cản quang u ở đại tràng sigma chiếm tỷ lệ gấp 2 - 3 lần và 3 - 4 lần ở các vị trí khác. Trong nghiên cứu của tác giả Kanemitsu Y. Tỷ lệ khối u ở đại tràng sigma lần lượt là 53,1% và 52,4%. Các hình ảnh đại thể ghi nhận bao gồm thể sùi chiếm tỷ lệ tuyệt đối 90% trong nghiên cứu của chúng tôi. Theo Trần Hồng Vũ [9] là 71,1% u

sùi. Nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ CEA trước mổ thấp nhất 1,1ng/ml, cao nhất 428,7ng/ml. Có 25 trường hợp (41,7%) nồng độ CEA trước mổ dương tính lớn hơn 5ng/ml. Theo nghiên cứu của tác giả Võ Văn Hiền [10], CEA được xem như là một xét nghiệm có vai trò nhất định trong chẩn đoán UTĐT, tuy CEA có độ nhạy 67% và độ đặc hiệu 79% trong chẩn đoán sớm UTĐT nhưng có độ nhạy tăng dần theo giai đoạn tiến triển của bệnh.

Về vị trí các khối u ở đại tràng, kết quả phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả nghiên cứu của Phạm Anh Vũ và Phạm Như Hiệp [11] 40% khối u ở đại tràng phải và 60% ở đại tràng trái. Nghiên cứu của Escribano và cộng sự [12] cũng ghi nhận vị trí khối u cao nhất ở đại tràng phải chiếm tỷ lệ 37,5% (9/24), đại tràng sigma chiếm tỷ lệ 37,5% (9/24).

Chúng tôi nhận thấy khi u có kích thước to dính sẽ ảnh hưởng đến quá trình phẫu thuật, rất dễ gây tai biến, chảy máu... cần thiết nên sử dụng thêm trocar khi u có kích thước lớn và thay đổi phương thức mổ khi u to, dính để tránh tai biến và biến chứng.

Nghiên cứu chúng tôi phẫu thuật triệt căn với mức nạo vét hạch D3 (96,7%), D2 (3,3%): nạo vét cả 3 nhóm hạch 1, 2 và 3 theo phân loại các nhóm hạch của Nhật Bản). Hiện nay, với sự phát triển và tiến bộ của các phương tiện cầm máu như hemo-lock, dao cắt đốt siêu âm, PTNS 3D thì việc xử trí mạch máu rất thuận lợi nên tai biến do chảy máu gần như không có. Phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa: tái lập lưu thông tiêu hóa bằng máy nối trong 76,2% trường hợp, số còn lại tái lập lưu thông tiêu hóa bằng nối tay. Việc nối tay chủ yếu thực hiện ở cắt nửa đại tràng phải. Các kiểu nối: tận - tận 80,8%, tận - bên 17,3% và bên - bên 1,9%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 55% bệnh nhân có mức độ xâm lấn u T3. 28,3% ở mức độ T2, 15% ở mức độ T4 và 1,7% ở mức độ T1. Điều này cho thấy tỷ lệ bệnh phát hiện bệnh chậm còn cao. Trong nghiên cứu này số hạch vét được trung bình là 18,8 hạch. Trong đó số lượng hạch > 20 là 21 (35%) bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như xu hướng chung của kết quả nghiên cứu trong ung thư đại trực tràng. Theo nghiên cứu của tác giả Budde và cs (2014) [13], với 147.076 bệnh nhân ung thư đại trực tràng, số lượng hạch vét trung bình tăng từ 12 hạch năm 2004 lên 17 hạch năm 2010. Theo nghiên cứu này, mặc dù số lượng hạch vét tăng lên nhưng

tỷ lệ hạch dương không tăng. Vì vậy, tác giả kết luận rằng tăng số lượng hạch bạch huyết xét nghiệm trên 12 hạch nhưng không tăng tỷ lệ hạch dương. Số bệnh nhân ở giai đoạn 1 chiếm 25%. 41,7% ở giai đoạn 2 và 33,3% ở giai đoạn 3. Việc xác định giai đoạn liên quan đến điều trị hỗ trợ sau mổ cũng như tiên lượng bệnh.

Tác giả Phạm Ngọc Thi [14] năm 2005 nghiên cứu trên 72 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng, tỷ lệ tai biến trong mổ cắt đại tràng trái là 2,8%. Tỷ lệ chuyển mổ mở của Phạm Văn Năng (2019) là 4,9% [15]. Theo nghiên cứu của Hewett P. J. tỷ lệ dò miệng nối là 1,4%. Thậm chí có nghiên cứu đưa ra tỷ lệ tai biến trong mổ là 4% và tỷ lệ biến chứng sau mổ là 19% [16]. Chúng tôi đã tuân thủ thực hiện kỹ thuật CME cũng như nguyên tắc ung thư học trong cắt đoạn đại tràng. Áp dụng kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong PTNS vẫn đảm bảo được phẫu tích tỉ mỉ, chính xác nhất là đảm bảo được những nguyên tắc của phẫu thuật UTĐT như lấy được trọn và toàn vẹn mạc treo đại tràng tránh được sự phát tán tế bào ung thư vào khoang phúc mạc hoặc trong lòng đoạn ruột kế cận cũng như bảo đảm nạo vét hạch ở mức tối ưu, tính an toàn của diện cắt xa, đảm bảo được kỹ thuật “cột cao” (high ligation) tại gốc động mạch.

Thời gian mổ trung bình là  $162,3 \pm 25,8$  phút, trong đó thời gian mổ nhanh nhất là 120 phút, thời gian mổ dài nhất là 270 phút. Thời gian mổ này là thấp hơn các tác giả khác mổ bằng 2D: Nguyễn Minh Hải [17], Phạm Văn Năng [15], Gordon [18]. Nhiều tác giả cũng nhận định giống chúng tôi đó là phẫu thuật nội soi 3D rút ngắn thời gian mổ hơn 2D trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng [19, 20]. Có 43,3% bệnh nhân đau tới 2 ngày sau mổ, đau chỉ 1 ngày sau mổ là 23,3%. Do tầm nhìn không gian tốt hơn và hình ảnh độ nét cao trong hệ thống 3D, các cơ quan lân cận có thể dễ dàng nhận ra, đồng thời, khả năng chấn thương và xuất huyết trong phẫu thuật đã giảm, điều này tạo cơ sở cho thời gian hồi phục sau phẫu thuật ngắn hơn [20]. Nghiên cứu so sánh phẫu thuật nội soi 3D và 2D trong các khối u đường tiêu hóa đã được thực hiện, chứng minh rằng phẫu thuật nội soi 3D có thể cải thiện vị trí không gian và độ sâu của thao tác, giảm độ khó của thao tác tinh và rút ngắn thời

gian phẫu thuật [20]. Thời gian trung tiện trở lại trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,1 ngày. Trong đó 85% trung tiện trở lại trong 2 ngày đầu sau mổ, ngắn hơn so với các tác giả khác [17]. Về biến chứng sau mổ: trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 bệnh nhân (10%) có biến chứng sau mổ: hai trường hợp nhiễm trùng vết mổ tầng sinh môn trên bệnh nhân cắt cụt trực tràng, ba bệnh nhân có tụ dịch vết mổ thành bụng chỗ lấy bệnh phẩm và một chảy máu tại chân dẫn lưu đều được điều trị bảo tồn thành công. Không có bệnh nhân bị rò miệng nối phải mổ lại. Các yếu tố nguy cơ của tai biến và biến chứng sau mổ: tuổi, giới tính nam, suy dinh dưỡng, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, máu mất, truyền máu trong mổ, thời gian mổ, béo phì, tiền căn nhồi máu cơ tim, suy tim [21]. Một tác giả Nhật Bản đưa ra tỷ lệ biến chứng chung là 22,9%; Nguyễn Hoàng Bắc [6], nhiễm trùng vết mổ 2 trường hợp; Nguyễn Tạ Quyết [8], 2 trường hợp viêm phúc mạc hậu phẫu là do xì miệng nối sau cắt đoạn đại tràng sigma và trường hợp còn lại là u ở đại tràng lên; Nguyễn Minh Hải và cộng sự [22], tỷ lệ biến chứng sau mổ là 6,2% trong đó biến chứng nhiễm trùng vết mổ là 5 %. Phạm Văn Năng có 6 trường hợp phải mổ lại [23]. Trong PTNS ung thư đại trực tràng, hệ thống 3D cung cấp hình ảnh cấu trúc giải phẫu rõ ràng hơn của sán chậu để tăng khả năng bảo vệ dây thần kinh và giảm nguy cơ vết thương ở túi tinh của nam giới và thành sau âm đạo của nữ giới, đồng thời độ nét cao của máy ảnh và màn hình cũng cung cấp hình ảnh chính xác về cấu trúc tinh tế của các cơ quan trong vùng chậu, do đó, làm giảm khả năng vết thương đâm rớt vùng chậu trong quá trình phẫu thuật và các biến chứng hậu phẫu liên quan [20].

So với nội soi 2D, việc lấy mô, bóc tách mô, tách mô, cầm máu và thắt mạch trở nên dễ dàng hơn bởi vì nội soi 3D cung cấp cho bác sĩ phẫu thuật độ sâu tốt hơn lĩnh vực và phối hợp tay - mắt [24]. Đường cong huấn luyện trong phẫu thuật cắt đại trực tràng nội soi đạt được sau 20 - 50 trường hợp. Điều này tùy thuộc vào kinh nghiệm và kỹ năng thao tác qua nội soi nhất là trong phẫu thuật cắt đại tràng. Giống như một số nghiên cứu khác [25 - 27], chúng tôi không có trường hợp nào có tai biến và biến chứng nặng dẫn đến tử vong.

## **I. KẾT LUẬN**

Phẫu thuật nội soi 3D điều trị triệt căn ung thư đại trực tràng là một phương pháp khả thi, hiệu quả và an toàn, bảo đảm tính triệt căn trong điều trị ung thư đại trực tràng cho bệnh nhân.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Morgan E, Arnold M, Gini A, Lorenzoni V, Cabasag CJ, Laversanne M, et al. Global burden of colorectal cancer in 2020 and 2040: incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. *Gut*. 2023;72:338-344.
2. Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh. Ung thư đại tràng. *Bệnh học ngoại khoa đường tiêu hóa*, Nhà xuất bản y học. 2007:261-270.
3. Lu J, Zheng CH, Zheng HL, Li P, Xie JW, Wang JB, et al. Randomized, controlled trial comparing clinical outcomes of 3D and 2D laparoscopic surgery for gastric cancer: an interim report. *Surg Endosc*. 2017;31:2939-2945.
4. Chen L, Li B, Zeng L, Zhao J, Lei J, Luo H, et al. Three-dimensional vs 2-dimensional laparoscopic gastrectomy for gastric cancer. *Medicine*. 2019;98.
5. Zu G, Jiang K, Zhou T, Che N, Zhang X. Two - dimensional versus three - dimensional laparoscopic gastrectomy in surgical efficacy for gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clin Transl Oncol*. 2020;22:122-129.
6. Nguyễn Hoàng Bắc, Đỗ Minh Đại, Từ Đức Hiền, Lê Quan Anh Tuấn, Nguyễn Đình Tường Lâm, Dương Phước Hưng, et al. Cắt đại tràng nội soi. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2003;7:127-132.
7. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh. Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng do ung thư: Kinh nghiệm một phẫu thuật viên. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2008;12:186-189.
8. Nguyễn Tạ Quyết, Hoàng Vĩnh Chúc, Lê Quang Nghĩa. Cắt đại tràng qua nội soi ổ bụng. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2010;14:221-228.
9. Trần Hồng Vũ. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi một công điều trị ung thư đại tràng, Luận án Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế. 2016.
10. Võ Văn Hiền. Vai trò của CEA trong ung thư đại trực tràng. Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II. Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2006.
11. Phạm Anh Vũ, Phạm Như Hiệp. Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng: Kinh nghiệm tại bệnh viện TW Huế. *Y học thực hành*. 2011;3:126 - 129.
12. Duran Escribano C, Valino Fernandez C, Del Castillo Diez F, Navarrete Llopis S, Asensio Gomez M, Miras Estacio M. Single port access surgery in colorectal disease: preliminary results. *Cir Esp*. 2011;89:588-94.

13. Budde CN, Tsikitis VL, Deveney KE, Diggs BS, Lu KC, Herzig DO. Increasing the number of lymph nodes examined after colectomy does not improve colon cancer staging. *J Am Coll Surg*. 2014;218:1004-11.
14. Phạm Ngọc Thi. Khả năng cắt đại tràng của Phẫu thuật nội soi trong ung thư đại tràng. Luận án Chuyên khoa cấp II. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. 2006.
15. Phạm Văn Năng, Nguyễn Văn Tuấn. Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng: kết quả 8 năm. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2019;22-23-24-25:1-8.
16. COST Study Group. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. *N Engl J Med*. 2004;2050-2059.
17. Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung. Phẫu thuật đại trực tràng qua nội soi ổ bụng. *Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2010;14:177 - 181.
18. Gordon P, Nivatvongs S. Laparoscopic colon and rectal surgery. *Principles of surgery*, 3th edition, Mc Graw-Hill. 2006;38.
19. Tao K, Liu X, Deng M, Shi W, Gao J. Three-Dimensional Against 2-Dimensional Laparoscopic Colectomy for Right-sided Colon Cancer. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2016;26:324-7.
20. Zeng Q, Lei F, Gao Z, Wang Y, Gao QK. Case-matched study of short - term effects of 3D vs 2D laparoscopic radical resection of rectal cancer. *World J Surg Oncol*. 2017;15:178.
21. Lacy AM, Delgado S, Castells A. The long-term results of a randomized clinical trial of laparoscopy-assisted versus open surgery for colon cancer. *Ann Surg*. 2008;p. 1-7.
22. Nguyễn Cường Thịnh, Nguyễn Anh Tuấn, Diêm Đăng Bình. Kết quả 89 trường hợp cắt đại tràng trái nội soi điều trị ung thư đại tràng. *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108. 2011;6:350-354.
23. Phạm Văn Năng, Nguyễn Lê Gia Kiệt. Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2019;19:1-8.
24. Su H, Jin W, Wang P, Bao M, Wang X, Zhao C, et al. Comparing short-time outcomes of three-dimensional and two-dimensional totally laparoscopic surgery for colon cancer using overlapped delta-shaped anastomosis. *Onco Targets Ther*. 2019;12:669-675.
25. Nguyễn Hoàng Bắc, Từ Đức Hiền. Cắt đại tràng nội soi. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2003;7:127-32.
26. Nguyễn Tạ Quyết, Lê Quang Nghĩa,. Cắt đại tràng qua nội soi ổ bụng. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2010;14:221- 228.
27. Võ Tấn Long, Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh. Ung thư đại tràng. *Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa*, NXB Y học. 2013:405 - 420.