

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG TRÊN VÀ GIỮA ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRƯỚC TRÀNG THẤP

Trần Ngọc Thông^{1*}, Đặng Ngọc Hùng¹, Lê Mạnh Hà¹, Phạm Như Hiệp¹

DOI: 10.38103/jcmhch.2020.66.5

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và kết quả phẫu thuật nội soi cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng trên và giữa.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu và có hồi cứu: từ 1/2013 đến 9/2019 gồm 86 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng trên và giữa. Tiến hành phẫu thuật nội soi cắt trước thấp tại Bệnh viện TW Huế.

Kết quả: Gồm 85 bệnh nhân: 40 nam, 45 nữ. Tuổi trung bình: $62,95 \pm 13,13$ (23 – 89). Không có chuyển mổ mở, có 7 ca dò xì miệng nối (8,2%) trong đó 3 ca mổ lại và 4 ca điều trị nội khoa. Thời gian theo dõi trung bình 60 tháng: có 5 ca tái phát miệng nối (5,9%); tỷ lệ sống thêm sau 5 năm là 45%. Chất lượng cuộc sống theo 2 thang điểm EORTC QLQ C-30 và EORTC QLQ CR-29 là khá tốt.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt trước thấp trong điều trị ung thư trực tràng trên và giữa là an toàn và khả thi, đảm bảo về mặt ung thư học và có chất lượng cuộc sống theo 2 thang điểm EORTC QLQ C-30 và EORTC CR29 là khá tốt.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, phẫu thuật nội soi, chất lượng cuộc sống.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH UPPER AND MIDDLE RECTAL CANCER TREATED WITH LAPAROSCOPIC LOW ANTERIOR RESECTION

Tran Ngoc Thong^{1*}, Dang Ngoc Hung¹, Le Manh Ha¹, Pham Nhu Hiep¹

Introduction: Evaluation of the quality of life of patients with upper and middle rectal cancer treated with laparoscopic low anterior resection

Material and method: Prospective and previous research from 1/2013 to 9/2019 at Hue central hospital, a laparoscopic low anterior resection was performed in 86 patients with upper and mid rectal cancer.

Result: There were 40 males and 45 females with the mean age of $62,95 \pm 13,13$; no conversion, have seven cases anastomotic leakage. Mean follow-up duration 60 months: have five cases local recurrence

¹ Bệnh viện Trung ương Huế

- Ngày nhận bài (Received): 2/10/2020, Ngày phản biện (Revised): 5/11/2020;
- Ngày đăng bài (Accepted): 21/12/2020
- Người phản hồi (Corresponding author): Trần Ngọc Thông
- Email: tranngocthong77@gmail.com; ĐT: 0914237527

(5,9%), the overall survival rate after 5 years was 45%. Quality of Life of Patients is quiet good.

Conclusion: Laparoscopic low anterior resection for treatment upper and mid rectal cancer is safe and effective, quality of life of patient is quite good..

Keywords: upper and middle rectal cancer, Laparoscopic low anterior resection, Quality of Life.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là một bệnh lý thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới, đứng hàng thứ 2 sau ung thư dạ dày, chiếm 1,4% trong tổng số ung thư và chiếm 40-60% trong tổng số ung thư đại trực tràng. Hàng năm, khoảng 8000 trường hợp ung thư trực tràng ở Pháp, tỷ lệ nam/nữ là 1,5 và ở Hoa Kỳ số trường hợp mới phát hiện 40340 (theo số liệu năm 2005) [1],[3], ở nước ta chưa có một thống kê chính xác nào về bệnh lý này.

Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng đã có nhiều tiến bộ như phẫu thuật Miles nội soi, phẫu thuật nội soi cắt trước thấp và cực thấp, phẫu thuật cắt mạc treo trực tràng qua ngã hậu môn (T_aTME), phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bằng Robotic [5],[7] [11]. Ngoài ra, một số tác giả trong và ngoài nước đã thực hiện thành công phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt đại tràng, trực tràng và lấy bệnh phẩm qua ngã tự nhiên (hậu môn hoặc âm đạo) gọi là Hybrid NOTES [2],[14]. Tuy nhiên, ngoài đánh giá kết quả điều trị của phương pháp phẫu thuật thì ngày nay việc đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật điều trị triệt căn ung thư trực tràng theo thang điểm EORTC QLQ-C30 và EORTC QLQ-CR29 đóng một vai trò rất quan trọng trong các nghiên cứu trên thế giới [22], [23].

Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp điều trị ung thư trực tràng trên và giữa.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Từ 01/2013 đến 9/ 2019, gồm 85 bệnh nhân với chẩn đoán ung thư trực tràng trên và giữa, được

phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp tại Bệnh viện TW Huế.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân ung thư trực tràng trên và giữa được chẩn đoán xác định dựa vào:

+ Triệu chứng lâm sàng: đi cầu phân nhầy máu, thay đổi khuôn phân, rối loạn đại tiện..., thăm trực tràng chạm u (u trực tràng giữa).

+ Các xét nghiệm cận lâm sàng: nội soi trực tràng kèm sinh thiết u (xác định vị trí u ở trực tràng trên hay giữa và tế bào ung thư), chụp CT scanner bụng, chụp MRI (nếu có), siêu âm nội soi trực tràng, siêu âm bụng...

- Ung thư trực tràng trên và giữa giai đoạn: $T \leq T_{4a}, N_{0-2}, M_0$.

- Xạ trị và hóa trị sau phẫu thuật (u giai đoạn T3, T4 hoặc N+).

- Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau mổ theo thang điểm EORTC QLQ-C30 và EORTC QLQ-CR29.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư giai đoạn tiến triển T_{4b}.

- Ung thư đã di căn xa đến các cơ quan khác như gan, phổi, thận...

- Bệnh nhân có các bệnh lý toàn thân nặng kèm theo: hô hấp, tim mạch, rối loạn đông máu... chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

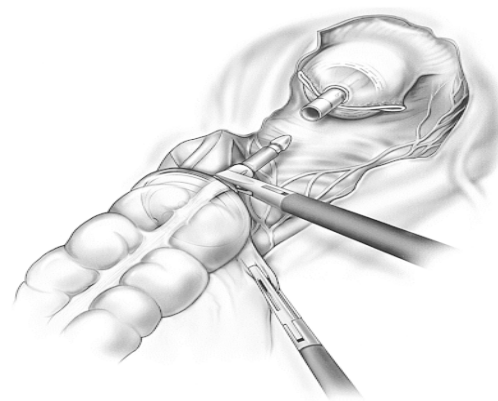
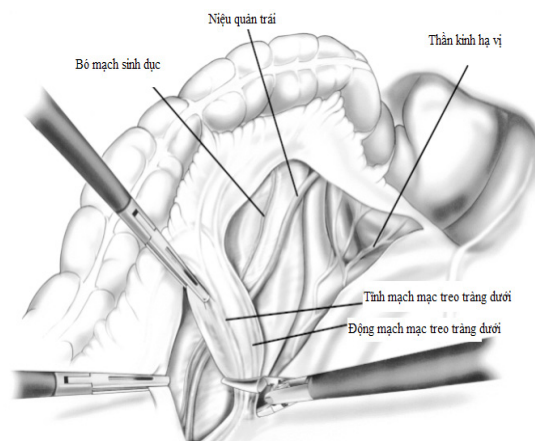
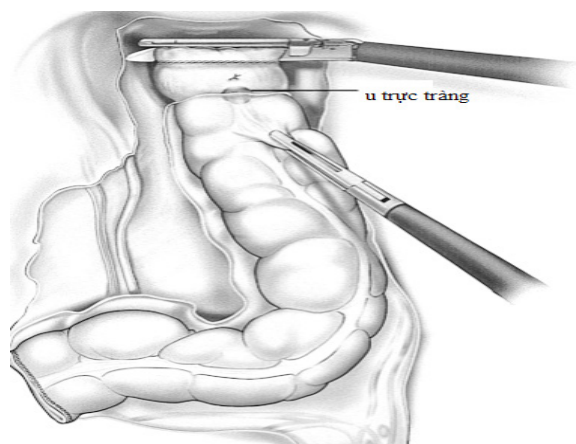
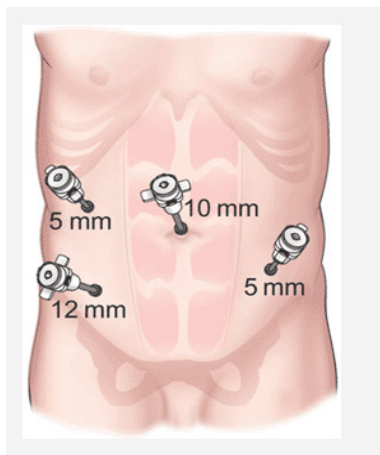
Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu có hồi cứu và theo dõi dọc.

Phương pháp phẫu thuật

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm tư thế ngửa, hai chân dạng ra và gấp lại theo tư thế sản khoa.

- Vị trí trocar và các bước phẫu tích: chúng tôi



đặt 4 trocar theo các vị trí sau

- Phẫu tích thắt và cắt mạch máu mạc treo tràng dưới tận gốc.

- Tùy theo vị trí u trực tràng:

U trực tràng trên: Cắt thành trực tràng và mạc treo trực tràng dưới u ít nhất 5cm.

U trực tràng giữa: Cắt trực tràng dưới u ít nhất 2cm và cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME)

- U trực tràng (đường kính u ≤ 3 cm) Phẫu thuật Hybrid Notes: Kéo đoạn đại trực tràng kèm u qua ngã hậu môn, cắt đại tràng trên u ngay vị trí nối đại tràng xuống - sigma và đưa đầu máy cắt tròn (anvil) vào khâu cố định bằng mũi khâu tròn (chỉ prolene 2.0), đưa đại tràng vào lại ổ phúc mạc qua hậu môn. Tiến hành bơm hơi CO₂ vào ổ phúc mạc và cắt lại mồm trực tràng bằng Endo GIA 60mm. Nối đại tràng - trực tràng bằng EEA 31mm qua ngã hậu môn (kiểu tận - tận).

- U trực tràng (đường kính u > 3 cm): PTNS kinh

điền và rạch mở đường mổ nhỏ ở hố chậu trái (4 - 6cm) hoặc trên xương mu, lấy đại trực tràng kèm u qua đường mổ đó và tiến hành nối đại - trực tràng bằng EEA 31mm qua ngã hậu môn.

Chất lượng cuộc sống

- Tất cả bệnh nhân được đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ khi đã thực hiện đóng hồi tràng (dẫn lưu chủ động và dẫn lưu do biến chứng sau mổ)

- Chúng tôi đánh giá CLCS sau mổ dựa theo thang điểm EORTC QLQ-C30 (gồm 30 câu hỏi) và EORTC QLQ-CR29 (gồm 29 câu hỏi) là bộ câu hỏi được soạn sẵn bằng gốc bằng tiếng Anh và được dịch sang tiếng Việt.

3. Kết quả nghiên cứu (n = 85)

Đặc điểm chung

Tuổi trung bình: $62,95 \pm 13,13$ (23 – 89)

Giới: Nam (40) và Nữ (45). Tỷ lệ nam/nữ = 0,89.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư trực tràng...

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	n	Tỷ lệ
Đi cầu phân có máu	75	88,2
Mót rặn	35	41,2
Rối loạn tiêu hóa	23	27,1
Thay đổi khuôn phân	11	12,9
Bán tắc ruột	5	5,9
Thăm trực tràng (chạm u)	29	34,1

- Đi cầu phân có máu chiếm tỷ lệ cao nhất (88,2%), bán tắc ruột chiếm tỷ lệ 5,9%.

- Thăm trực tràng chạm được u chiếm 34,1%.

Bảng 2: Vị trí và hình ảnh đại thể u qua nội soi trực tràng

Đặc điểm tổn thương u TT	n	Tỷ lệ %
Vị trí u		
Trực tràng trên (11 - 15cm)	56	65,9
Trực tràng giữa (7 - 10cm)	29	34,1
Tính chất u		
Sùi, loét sùi	78	91,8
Nhiễm cứng	4	4,7
Polyp thoái hóa	6	7,1
Loét	1	1,2
Hẹp lòng trực tràng	35	41,2

Bảng 3: Hình ảnh u trên CT scanner và xét nghiệm CEA

Đặc điểm u trực tràng		n	Tỷ lệ %
CT scanner bụng (n = 76)	Trực tràng trên	47	61,8
	Trực tràng giữa	26	34,2
	Không thấy u	3	3,9
	T2	15	20,5
	T3	58	79,5
	T4	0	0
CEA (n = 63)	CEA < 5 ng/ml	33	52,4
	CEA ≥ 5 ng/ml	30	47,6

Bảng 4: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp PT	n	Tỷ lệ %
Cắt bán phần mạc treo trực tràng (≥ 5 cm)	34	40,0
Cắt toàn bộ mạc treo (TME)	51	60,0
Hybrid Notes	10	11,8
PTNS kinh điển	75	88,2
Mở thông hồi tràng	8	9,4

Bảng 5: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Dò xì miệng nổi (*)	7	8,2
Nhiễm trùng vết mổ, trocar	12	14,1
Tắc ruột sớm sau mổ	1	1,2
Tỷ lệ chuyển mổ mở	0	0
Dò thủng hồng tràng	1	1,2

(*): trong đó 3 trường hợp gây viêm phúc mạc và phải mổ lại vào ngày thứ 3-4 sau mổ (phẫu thuật Hartmann: 2), và 1 trường hợp dò miệng nổi (khâu lại vị trí dò và đưa hồi tràng ra da); 4 trường hợp điều trị nội khoa không mổ.

1 ca dò thủng hồng tràng: do gỡ dính hồng tràng ở vết mổ cũ (mổ hở ruột thừa viêm vị trí hố chậu phải) gây tổn thương thành ruột và dò thủng ruột vào ngày thứ 3 sau mổ và phải mổ lại.

Bảng 6: Kết quả phẫu thuật

Kết quả	Trung bình	Min - Max
Thời gian mổ (phút)	171,06 ± 24,45	120 - 270
Thời gian trung tiện sau mổ (ngày)	3,5 ± 1,2	3 - 5
Thời gian ăn sau mổ (ngày)	4,85 ± 1,13	3 - 9
Thời gian nằm viện (ngày)	11,55 ± 5,17	6 - 29

Kết quả tái khám sau mổ

Bảng 7: Tái phát và tử vong

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tái phát (miệng nổi)	5	5,9
Tử vong	8	9,4
Bệnh lý ung thư	3	3,5
Bệnh lý khác	5	5,9

- Thời gian theo dõi 5 năm, với kết quả: có 5 trường hợp ung thư tái phát tại miệng nổi (5,9 %), tỷ lệ tử vong (9,4%).

- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm là 45%.

Bảng 8: Điểm chuẩn hóa chất lượng cuộc sống theo thang đo EORTC QLQ30 (n=84) sau mổ 3 tháng

Chất lượng cuộc sống	Điểm TB±SD	Trung vị	Min	max
Sức khỏe TQ	52,84±8,29	50,0	33,33	66,67
Chức năng				
Thể chất	56,63±14,24	60,0	33,33	80,00
Hoạt động	54,12±12,83	50,0	33,33	83,33
Cảm xúc	64,41±13,20	66,67	25,00	91,67
Nhận thức	84,71 ±16,71	83,33	33,33	100,00
Xã hội	49,41±12,72	50,0	16,67	66,67

Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư trực tràng...

Triệu chứng				
Mệt mỏi	56,21±11,80	55,56	33,33	77,78
Buồn nôn/nôn	12,94 ±10,72	16,67	0,00	50,00
Đau	41,18 ±11,67	33,33	16,67	66,67
Khó thở	5,49 ±12,44	0,0	0,00	33,33
Mất ngủ	38,04 ±21,91	33,33	0,00	66,67
Chán ăn	27,84±19,14	33,33	0,00	66,67
Táo bón	43,92 ±16,44	33,33	0,00	66,67
Tiêu chảy	45,49 ±16,14	33,33	33,33	66,67
Khó khăn kinh tế	49,80 ±18,98	33,33	33,33	100,00

- Điểm SKTQ ở mức khá cao > 50 điểm (TB: 52,84±8,29 điểm). Trong lĩnh vực CN: CN nhận thức là cao điểm nhất (84,71 ±16,71) và thấp nhất là CN xã hội (49,41±12,72).

- Trong lĩnh vực TC: TC khó thở là thấp điểm nhất (5,49±12,44); và TC mệt mỏi là cao điểm nhất (56,21±11,80).

Bảng 9: Điểm quy chuẩn chất lượng cuộc sống của bệnh nhân theo thang đo E

ORTC CR29 (n=84) sau mổ 3 tháng.

Đặc điểm TC	Điểm TB ± SD	Min	max
1. Thường xuyên đi tiểu ngày	42,35±16,58	0,00	66,67
2. Thường xuyên đi tiểu đêm	16,86±18,27	0,00	66,67
3. Són nước tiểu	13,33±16,43	0,00	33,33
4. Bị đau khi đi tiểu	9,02±14,9	0,00	33,33
5. Bị đau bụng	35,69±16,89	0,00	66,67
6. Đau quanh vùng hậu môn	19,61±18,75	0,00	66,67
7. Cảm giác chướng bụng đầy bụng	25,49±20,35	0,00	66,67
8. Thấy máu trong phân	0,78±5,08	0,00	33,33
9. Thấy chất nhầy trong phân	28,24±22,72	0,00	66,67
10. Cảm giác khô miệng	36,47±20,33	0,00	66,67
11. Bị rụng tóc	52,94±31,41	0,00	100,0
12. Vấn đề về vị giác	32,94±16,66	0,00	66,67
13. Lo lắng về sức khỏe tương lai	55,29±18,22	33,33	100,0
14. Lo lắng về cân nặng	11,37±18,22	0,00	66,67
15. Cảm giác kém năng động hơn	17,25±21,59	0,00	66,67
16. Cảm giác ham muốn tình dục	17,65±24,98	0,00	66,67
17. Hài lòng về cơ thể	52,94±16,5	33,33	66,67

Bệnh viện Trung ương Huế

- Điểm số TC thấy máu trong phân là thấp nhất ($0,78 \pm 5,08$).
- Điểm số TC Lo lắng sức khỏe tương lai là cao nhất ($55,29 \pm 18,22$), tiếp theo là TC bị rụng tóc ($52,94 \pm 31,41$).

Bảng 10: Chất lượng chuẩn hóa theo thang đo EORTC CR29 ở 2 nhóm có HMNT và không có HMNT

Đặc điểm	TB $\pm$ SD	Min	Max
Nhóm có HMNT (11)			
Hơi thoát ra không tự chủ	$58,33 \pm 15,08$	33,33	66,67
Ra phân ở HMNT	$66,67 \pm 14,21$	33,33	100,00
Viêm da quanh hậu môn	$23,33 \pm 16,41$	0,00	33,33
Thay bao HMNT ban ngày	$33,33 \pm 0,00$	33,33	33,33
Thay bao HMNT ban đêm	$0,00 \pm 0,00$	0,00	0,00
Cảm giác mặc cảm	$50,0 \pm 17,41$	33,33	66,67
Khó khăn chăm sóc HMNT	$50,0 \pm 17,41$	33,33	66,67
Nhóm không có HMNT (74)			
Trung tiện tự chủ	$34,92 \pm 11,46$	0,00	66,67
Són phân	$21,43 \pm 17,66$	0,00	66,67
Viêm da quanh hậu môn	$3,57 \pm 10,37$	0,00	33,33
Đại tiện ban ngày	$42,06 \pm 14,74$	33,33	66,67
Đại tiện ban đêm	$7,94 \pm 14,28$	0,00	33,33
Cảm giác mặc cảm	$22,89 \pm 17,98$	0,00	66,67

Bảng 11: Điểm thô chức năng tình dục ở người < 60 tuổi

Chức năng tình dục	TB $\pm$ SD	Min	Max
Nam giới (n=17)			
Ham muốn tình dục	$52,94 \pm 16,91$	33,33	66,67
Cương cứng dương vật	$47,06 \pm 16,91$	33,33	66,67
Nữ giới (n=17)			
Ham muốn tình dục	$43,14 \pm 22,87$	0	66,67
Đau hoặc không thoải mái khi QHTD	$39,22 \pm 26,97$	0	100,0

- Chức năng tình dục bị ảnh hưởng ở nam giới và nữ giới. Trong đó nam giới bị ảnh hưởng nhiều hơn nữ giới (các điểm số về tình dục ở nam cao hơn ở nữ giới).

III. BÀN LUẬN

Tuổi và giới: Nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 62,95; nam giới có tỷ lệ mắc bệnh thấp hơn nữ giới (nam/nữ = 0,89). Điều này có khác với các nghiên cứu khác của các tác giả trong và ngoài nước, Nghiên cứu của Đinh Quang Tâm trong ung thư trực tràng: tuổi trung bình 58, tỷ lệ nam/nữ = 1,2. Nguyễn Hoàng Bắc, Tuổi TB: 60 (30-88)

[1],[3]. Tác giả Kang et al: Tuổi trung bình (57,8), nam/nữ (110/60); Lujan et al: tuổi trung bình (67,8), nam/ nữ (62/39).[1],[5],[6].

Lâm sàng và cận lâm sàng: Trong nghiên cứu chúng tôi, triệu chứng lâm sàng bệnh nhân đi cầu phân có máu chiếm tỷ lệ cao 88,2% và bán tắc ruột (5,9%). Trong xét nghiệm cận lâm sàng có 2 xét

nghiệm có giá trị và thường quy: nội soi đại trực tràng và CT scanner bụng (64 lát cắt). Nghiên cứu Đinh Quang Tâm: trong 132 ca ung thư trực tràng có u ở giữa (44,7%) và u trực tràng trên (51,5%) và thể sùi chiếm 96,5% [1]. Nội soi cho phép chúng ta xác định vị trí u và hình ảnh đại thể u (sùi, loét sùi, nhiễm cứng) cũng như chiếm chu vi lòng trực tràng nhưng không xác định được giai đoạn ung thư theo (TNM). Và trên hình ảnh CT scanner bụng thì xác định được vị trí u, mức độ xâm lấn thành trực tràng (T) và di căn đến các cơ quan khác (gan, ruột...).

Kết quả phẫu thuật

Trong 85 ca: u trực tràng trên (56 ca) và trực tràng giữa (29 ca). Những trường hợp u trực tràng giữa chúng tôi cắt dưới u ≥ 2 cm và cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME). U ở vị trí trực tràng trên phẫu thuật cắt bán phần mạc treo trực tràng hoặc toàn bộ mạc treo trực tràng và dưới u ≥ 5 cm để đảm bảo về mặt ung thư học.

Biến chứng sau mổ: Trong 85 trường hợp phẫu thuật, chúng tôi có 7 ca dò xì miệng nối (8,1%) nhưng chỉ có 3 ca viêm phúc mạc và mổ lại (2 ca phẫu thuật Hartmann) và 1 ca khâu lại lỗ dò và mở thông hồi tràng bảo vệ; 4 ca điều trị nội khoa bảo tồn ổn định. Không có trường hợp nào chuyển mổ mở và tỷ lệ tử vong (0%).

1 ca dò thủng hồng tràng ở vị trí gõ dính ruột non do vết mổ cũ ruột thừa viêm (mổ hở), gây dò thủng muộn và mổ lại vào ngày thứ 3 do viêm phúc mạc.

Nghiên cứu của Đinh Quang Tâm, có biến chứng dò miệng nối (9,1%), tắc ruột sau mổ (0,8%) và tỷ lệ mổ lại là 6,8%. Theo Nguyễn Hoàng Bắc, có tỷ lệ dò miệng nối 11,3%; tắc ruột sau mổ 3,8% và tỷ lệ mổ lại là 5,1% [1],[3].

Các tác giả nước ngoài: phẫu thuật cắt trước thấp nội soi trong điều trị UTTT [6]

Tỷ lệ chuyển mổ mở và mổ lại, thời gian nằm viện [5]

Tác giả	Chuyển mổ mở (%)	Dò miệng nối (%)	Mổ lại (%)	Thời gian nằm viện(ngày)
Lelong et al (104 ca)	15	11	8,7	10
Braga et al (83 ca)	7,2	9,6	7,2	10
Rezvani et al (60 ca)	6,6		3,2	10,5
Staudacher et al (226 ca)	6,1	14,8	6,6	10,4

- Nghiên cứu đa trung tâm về PTNS cắt trước thấp trong 3 năm, The New England Journal of Medicine (2015): tỷ lệ tái phát tại chỗ 5%, thời gian sống không bệnh 74,8% và kết quả sống sau mổ là 86,7%. [20]

- Tác giả Jeams Fleshman MD, Megan Branda MS : 240 bệnh nhân được PTNS cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng cách bờ hậu môn 12cm giai đoạn II và III, tỷ lệ chuyển mổ mở (11,3%), thời gian mổ 220,6 phút và thời gian nằm viện TB 7 ngày. [21]

- Tác giả Goutaro Katsuno et al: phẫu thuật 20 ca (10 ca ung thư đại tràng sigma và 10 ca ung thư trực tràng) bằng phương pháp Hybrid Notes với kết quả tỷ lệ chuyển mổ mở (0%), biến chứng trong mổ (0%) và tử vong (0%). Thời gian mổ trung bình 222 $\pm$ 69 phút, thời gian ăn sau mổ 1,8 $\pm$ 1,1 và thời gian

nằm viện 10,2 $\pm$ 3,2 [14].

- Lâm Việt Trung và cộng sự đã phẫu thuật 21 trường hợp Hybrid Notes (1 ca cắt đại tràng phải và 20 ca cắt đoạn đại tràng sigma - trực tràng) : chuyển mổ mở (0%), tử vong (0%), Thời gian mổ 210 $\pm$ 42 phút, thời gian trung tiện 1 - 2 ngày, thời gian nằm viện 7 ngày [2].

Chất lượng cuộc sống: Trong NC chúng tôi, theo thang điểm EORTC QLQ C-30: Điểm sức khỏe tổng quát ở mức khá cao (> 50 điểm): 52,84 $\pm$ 8,29 và điểm nhận thức là cao nhất (84,71 $\pm$ 16,71). Điểm triệu chứng thấp điểm là căng tức ngực (khó thở, buồn nôn và chán ăn). Theo tác giả Whistance: điểm CLCS toàn bộ là 36, chức năng thể chất 80, chức năng hoạt động: 72, chức năng cảm xúc: 75; ngoài ra, triệu chứng mệt mỏi có số điểm: 36, nôn/buồn nôn: 9, đau: 22. [23]

Bệnh viện Trung ương Huế

CLCS theo thang điểm EORTC CR-29, tác giả Arraras số điểm trung bình lớn hơn 30 trong các chức năng tiểu tiện, đại tiện, tình dục. Tác giả Whistance, điểm trung bình: Đau khi đi tiểu thấp nhất (4) và Són phân (7). [22], [23], [24].

Thang điểm chức năng tình dục:

Vấn đề	Điểm trung bình				
		Chúng tôi	Arraras	Stiggelbout	Whistance
Nam	Ham muốn tình dục	52,9	24,6	30,6	76
	Cương cứng dương vật	47,1	62,5	41,7	29
Nữ	Ham muốn tình dục	43,1	4,8	16,1	36
	Đau khi QHTD	39,2	17,3	14,5	6

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu phẫu thuật nội soi cắt trực thấp trong điều trị ung thư trực tràng trên và giữa, chúng tôi nhận thấy đây là phẫu thuật có tính khả thi cao, an toàn và đảm bảo về ung thư học, giảm được biến

chứng nhiễm trùng vết mổ, thời gian nằm viện ngắn; và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân theo 2 thang điểm EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR29 đạt kết quả khá tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đinh Quang Tâm, Trần Thiện Hòa, Nguyễn Trần Uyên Thy, Văn Tàn (2012), “Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng cách bờ hậu môn từ 5 cm trở lên”, Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, Hội nghị khoa học ngoại khoa toàn quốc lần thứ 14, tập 2, số 1, tr.155-160.
2. Lâm Việt Trung, Hồ Cao Dũng, Trần Phùng Dũng Tiến, Nguyễn Minh Hải (2011), “Phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng lấy bệnh phẩm qua ngã tự nhiên”, Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 15, phụ bản số 1.
3. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh, Nguyễn Quốc Thái (2010), “Tai biến và biến chứng phẫu thuật nội soi cắt nối máy điều trị ung thư trực tràng”, Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, 14 (1), tr: 119-123.
4. D.W.Larson, S.Y.Boostrom, R.R.Cima (2010), “Laparoscopic surgery of rectal cancer: short term benefits and oncologic outcomes using more than one technique”, Springer, Tech coloproctol 14:pp 125-131.
5. Shigeo Toda, Hiroya Kuroyanagi (2014), “Laparoscopic surgery for rectal cancer: Current status and future perspective”, Asian J Endoc Surg 7, 2-10.
6. Mukta K Krane, Alessandro Fichera (2012), “Laparoscopic rectal cancer surgery: Where do we stand?”, World Gastroenterol, December 14; 18(46): 6747-6755.
7. Adrian Indar, Jonathan Efront (2009), “Laparoscopic surgery for rectal cancer”, The permanente journal, winter, volume 13 No1.
8. Zhu Qianlin, Feng Bo, Lu Aiguo, “Factors influencing the complications of laparoscopic low anterior resection for rectal cancer”, Chinese Journal of Minimally Invasive Surgery.
9. Shailesh V Shrikhande, Rajessh R Saoji, Savio G Barreto, Anagha C Kakade (2007), “Outcomes of resection for rectal cancer in India: The impact of the double stapling technique”, World Journal of Surgical Oncology, <http://www.wjiso.com/content/5/1/35>.
10. C.R.Asteria, G.Gagliardi, S.Pucciarelli (2008), “Anastomotic leaks after anterior resection for

- mid and low rectal cancer: survey of the Italian Society of Colorectal Surgery”, Springer- Verlag, Tech Coloproctol, 12: 103-110.
11. Eugene J.S.Ong, Andrew R.L.Stevenson (2011), “Current state of laparoscopic rectal cancer surgery in Australia”, ANZ Journal of Surgery, Royal Australasian College of Surgeons; 81, pp 281-286.
 12. F.Charles Brunicardi, Dana K.Andersen, Timothy R.Billiar (2007), “Colon, Rectum and Anus”, Schwartz/s Principles of Surgery, Chapter 28.
 13. Wei-Gen Zeng, Zhi-Xiang Zhou (2014), “Mini-invasive surgery for colorectal cancer”, Chinese Journal of cancer, vol.33 issue 6.
 14. Goutaro Katsuno, Masaki Fukunaga, Kunihiro Nagakari (2011), “Incisionless laparoscopic colectomy for colorectal cancer: Hybrid NOTES technique applied to traditional laparoscopic colorectal resection”, J Gastroint Dig Syst.
 15. P.Sylla, A.M. Lacy (2011), “NOTES transanal rectal cancer resection using transanal endoscopic microsurgery”, Eur Surg 43/3: 146-152.
 16. Dana A.Telem, David L.Berger, Liliana G, Bordeianou, David W.Rattner (2012), “Update on transanal NOTES for rectal cancer: Transitioning to human trials”, Hindawi Publishing Corporation, article ID 287613, 6 pages.
 17. B.Glimelius, E.Tiret, A. Cervants, D. Arnold (2013), “Rectal cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up”, Annals of oncology, doi:10.1093.
 - 18 “The evolving practice of hybrid natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) for rectal cancer”, 014 Jul 2, PubMed.
 19. “Transanal natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) rectal resection: “down-to-up” total mesorectal excision (TME)--short-term outcomes in the first 20 cases”, Surg Endosc 2013 Sep 22;27(9):3165-72. Epub 2013 Mar 22.
 20. The New England Journal of Medicine (2015), “ A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer”.
 21. Jeams Fleshman MD, Megan Branda MS (2015), “Effect of laparoscopic- assisted resection vs open resection of stage II or III rectal cancer on pathologic outcomes.
 22. Stiggelbout A.M, Kunneman M, Loo A.K., et al, (2016), “The EORTC QLQ- CR29 quality of life questionnaire for colorectal cancer: Validation of the Dutch version”, Qual Life Res: 1853-1858.
 23. Whistance R.N., Conroy T., Chie W., et al, (2009), “Clinical and psychometric validation of the EORTC QLQ-CR29 questionnaire module to assess health-related quality of life in patients with colorectal cancer”, European journal of cancer 45: 3017-3026.
 24. Arraras J.I., (2011), “The EORTC quality of life questionnaire for patients with colorectal cancer: EORTC QLQ-CR29 validation study for Spanish patients”, Clin Transl Oncol, 13: 50-56.