

**SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN UNG BƯỚU BẮC NINH**

NGUYỄN VĂN GIANG

**KẾT QUẢ PHẪU THUẬT
UNG THƯ BIỂU MÔ TRỰC TRÀNG ĐÃ HOÁ XẠ TÂN BỔ TRỢ
TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU BẮC NINH GIAI ĐOẠN 2020 -2015**

ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU CẤP CƠ SỞ

BẮC NINH - 2026

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Đại cương về UT TT	4
1.2. Giải phẫu, sinh lý bệnh trực tràng	4
1.2.1. Giải phẫu trực tràng.....	4
1.2.2. Sinh lý bệnh UT TT.....	7
1.3. Mô bệnh học	8
1.3.1. Hình ảnh đại thể:	8
1.3.2. Hình ảnh vi thể:	8
1.4. Chẩn đoán.....	9
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	24
2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	24
2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	24
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân	24
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	24
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	24
2.4. Mẫu nghiên cứu.....	24
2.5. Phương pháp thu thập số liệu.....	24
2.5.1. Quy trình kỹ thuật.....	25
2.5.2. Quy trình nghiên cứu.....	25
2.6. Các chỉ tiêu nghiên cứu.....	30
2.7. Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu	34
2.8. Phân tích và xử lý số liệu	34
2.9. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu	35
SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU	36
Chương 3: DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	37

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng theo các nhóm phẫu thuật (Hartmann, Miles, LAR, Chung).....	37
3.1.1. Đặc điểm về tuổi	37
3.1.3. Đặc điểm về tiền sử bệnh lí.....	38
3.1.4. Một số đặc điểm lâm sàng trước điều trị.....	38
3.1.5. Một số đặc điểm cận lâm sàng	39
3.2. Kết quả sớm phẫu thuật theo các nhóm phẫu thuật (Hartmann, Miles, LAR, Chung).....	42
Chương 4: DỰ KIẾN BÀN LUẬN, KẾT LUẬN	46

TÀI LIỆU THAM KHẢO

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC I: PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN BỆNH NHÂN

PHỤ LỤC II: THANG ĐIỂM ECOG

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

AJCC	: Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ (American Joint Committee on Cancer)
BMI	: Chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index)
BN	: Bệnh nhân
DCDU	: Diện cắt dưới u
ĐM	: Động mạch
ĐTĐ	: Đái tháo đường
HM	: Hậu môn
HMNT	: Hậu môn nhân tạo
HXT	: Hóa xạ trị
KT	: Kỹ thuật
LAR	: Phẫu thuật cắt trước thấp (Low Anterior Resection)
MTTT	: Mạc treo trực tràng
NC	: Nghiên cứu
OHM	: Ống hậu môn
PT	: Phẫu thuật
RHM	: Rìa hậu môn
THA	: Tăng huyết áp
TME	: Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (Total Mesorectal Excision)
UTBM	: Ung thư biểu mô
UTTT	: Ung thư trực tràng

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Các biến số trong nghiên cứu	30
Bảng 3. 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi.....	37
Bảng 3. 2. Phân bố bệnh nhân theo giới.....	37
Bảng 3. 3. Tiền sử bệnh	38
Bảng 3. 4. Phân bố bệnh nhân theo các triệu chứng lâm sàng	38
Bảng 3. 5. Thăm trực tràng.....	39
Bảng 3. 6. Chỉ số BMI trước phẫu thuật.....	39
Bảng 3. 7. Kết quả xét nghiệm CEA trước mổ.....	40
Bảng 3. 8. Số lượng Hemoglobin trước mổ	40
Bảng 3. 9. Đặc điểm khối u qua nội soi.....	40
Bảng 3. 10. Kết quả giải phẫu bệnh trước mổ.....	41
Bảng 3. 11. Đánh giá mức độ đáp ứng xâm lấn tại chỗ sau HXT trên MRI	41
Bảng 3. 12. Đánh giá mức độ mức độ đáp ứng di căn hạch sau HXT trên MRI	41
Bảng 3. 13. Thời điểm phẫu thuật sau hoá xạ trị.....	41
Bảng 3. 14. Thời gian phẫu thuật	41
Bảng 3. 15. Vị trí u trong mổ.....	42
Bảng 3. 16. Thực hiện miệng nối.	42
Bảng 3. 17. Tai biến trong mổ	42
Bảng 3. 18. Mối liên quan giữa xâm lấn u tại chỗ đối với phẫu thuật.....	43
Bảng 3. 19. Khoảng cách từ cực dưới u đến diện cắt dưới.....	43
Bảng 3. 20. Số hạch nạo vét được.....	43
Bảng 3. 21. Đánh giá việc thực hiện nạo vét đủ ≥ 12 hạch	44
Bảng 3. 22. Phân độ biến chứng sau mổ.....	43
Bảng 3. 23. Các biến chứng sau mổ	45
Bảng 3. 24. Dẫn lưu sau mổ.	45
Bảng 3. 25. Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng.....	45
Bảng 3. 26. Thời gian nằm viện sau mổ.	45

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Giải phẫu trực tràng, ống hậu môn.....	4
Hình 1.2. Giải phẫu trực tràng, ống hậu môn ứng dụng trong phẫu thuật	5
Hình 1.3. Mạc treo trực tràng và các thành phần liên quan.....	6
Hình 1.4. Hình ảnh khối u trực tràng trên MRI.....	11

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô trực tràng là một trong những ung thư đường tiêu hoá hay gặp trên thế giới cũng như tại Việt Nam và có xu hướng ngày càng gia tăng. Theo Globocan 2022, trên thế giới UTTT có số ca mắc mới là 729.688 ca (3.7%). Ở Việt Nam số ca mắc mới là 9093 (5%) bệnh ung thư, tử vong 4448 (3.7%); phần lớn bệnh nhân UTTT tại Việt Nam đến khám khi khối u đã xâm lấn qua thành trực tràng hoặc có di căn hạch vùng, khiến việc phẫu thuật triệt căn ngay từ đầu gặp nhiều khó khăn. Tỷ lệ bảo tồn cơ thắt vì thế thấp, ảnh hưởng đáng kể đến tiên lượng sống và chất lượng cuộc sống sau điều trị.

Trong 30 năm qua, chiến lược điều trị UTTT đã thay đổi đáng kể, đặc biệt kể từ khi Heald giới thiệu kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng ứng dụng trong UTTT giữa, dưới (tức là những khối u cách rìa hậu môn dưới 10 cm) [1]. Kỹ thuật này đã trở thành tiêu chuẩn trong phẫu thuật triệt căn UTTT 1/3 giữa, dưới [2], [3].

Theo hướng dẫn của mạng lưới ung thư toàn diện quốc gia Hoa Kỳ 2023 (National Comprehensive Cancer Network - NCCN), việc chẩn đoán UTTT dựa vào thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng. Trong đó, nội soi đại trực tràng ống mềm có sinh thiết, làm mô bệnh học được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán. Việc đánh giá giai đoạn trước điều trị bằng cộng hưởng từ vùng chậu hoặc siêu âm nội trực tràng (EUS) là bắt buộc để xác định mức độ xâm lấn thành và tình trạng hạch vùng giúp các bác sĩ lâm sàng đưa ra các quyết định phù hợp với bệnh nhân. Với các trường hợp UTTT giai đoạn II (T3-4, N0) hoặc giai đoạn III (T bất kỳ, N+), NCCN khuyến cáo hóa xạ trị tân bổ trợ (neoadjuvant chemoradiotherapy) trước phẫu thuật, sau đó thực hiện phẫu thuật triệt căn bằng phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng. Phác đồ tiêu chuẩn là xạ trị ngoài 45–50,4 Gy kết hợp Capecitabine hoặc 5-Fluorouracil

[4]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng việc phối hợp hóa xạ trị tân bổ trợ giúp giảm đáng kể tỷ lệ tái phát tại chỗ, tăng tỷ lệ bảo tồn cơ thất, và cải thiện sống thêm toàn bộ [5], [6]. Phác đồ này hiện đã được áp dụng tại nhiều trung tâm ung bướu lớn ở Việt Nam và mang lại kết quả khả quan.

Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh được thành lập từ năm 2017 với đầy đủ các chuyên khoa về xạ trị, hoá trị và phẫu thuật. Việc áp dụng hoá xạ trị sau đó phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng đối với UTTT giai đoạn II, III đã được thực hiện tại bệnh viện từ năm 2020. Tuy nhiên đến nay chưa có nghiên cứu nào được thực hiện để đánh giá kết quả phẫu thuật đối với nhóm bệnh nhân này. Xuất phát từ vấn đề thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài: **“ Kết quả phẫu thuật ung thư biểu mô trực tràng đã hoá xạ trị tân bổ trợ tại bệnh viện Ung bướu tỉnh Bắc Ninh”**

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- 1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư biểu mô trực tràng đã hóa xạ trị tân bổ trợ tại bệnh viện Ung bướu tỉnh Bắc Ninh giai đoạn 2020 - 2025.*
- 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật sớm trên nhóm bệnh nhân trên.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đại cương về UTTT

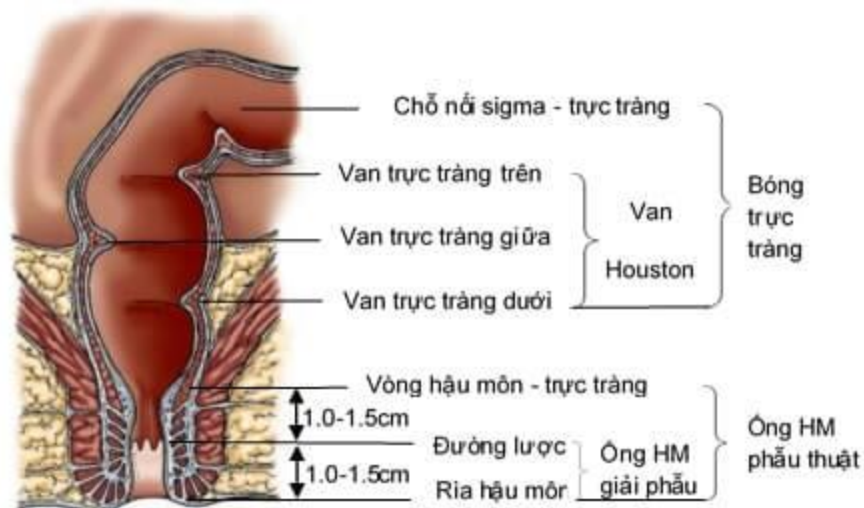
- Ung thư trực tràng (UTTT) liên quan chặt chẽ với chế độ ăn nhiều thịt, mỡ động vật, chế độ ăn ít chất xơ, thiếu các vitamin A, B, C, E, thiếu canxi làm tăng nguy cơ ung thư [7], [8]. Những thực phẩm có nhiễm các hoá chất gây ung thư như benzopyren, nitrosamin... cũng có khả năng gây ung thư.

- Các tổn thương tiền ung thư: Viêm đại trực tràng chảy máu: polyp đại trực tràng là những thương tổn tiền ung thư. Những polyp có kích thước > 2 cm, nguy cơ ung thư cao [7].

- Một số rối loạn di truyền cụ thể có liên quan đến nguy cơ phát triển ung thư đại trực tràng (UTĐTT) rất cao: Hội chứng đa polyp tuyến mang tính chất gia đình (FAP, hội chứng Lynch, hội chứng Peutz-Jeghers, hội chứng Gardner, ...

1.2. Giải phẫu, sinh lý bệnh trực tràng

1.2.1. Giải phẫu trực tràng

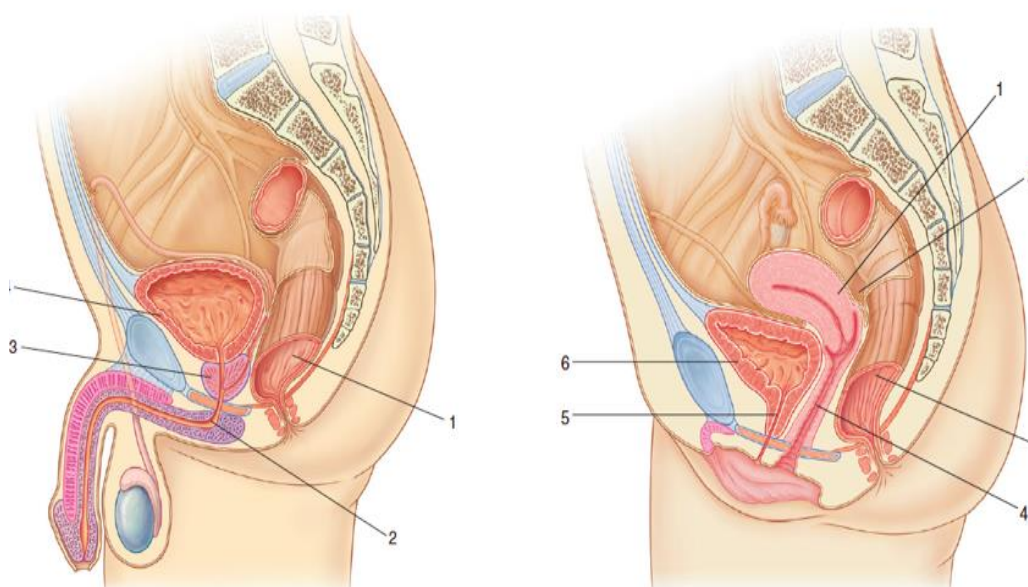


Hình 1.1. Giải phẫu trực tràng, ống hậu môn

Nguồn: Theo Zinner M.J. (2019) [9]

Trực tràng là đoạn cuối của ống tiêu hoá, nằm ở trước xương cùng cụt,

chéch từ sau ra trước, có mạc treo trực tràng, có liên quan với thành chậu bên. Giới hạn trên là chỗ nối giữa đại tràng sigma và trực tràng, giới hạn dưới là đường lược. Phần thấp của trực tràng liên quan với túi tinh, tuyến tiền liệt ở nam và thành sau âm đạo ở nữ. Niêm mạc trực tràng có các van Houston. Trực tràng dài khoảng 15 cm, chia làm 3 phần: 1/3 trên (cách rìa hậu môn 11 - 15 cm), 1/3 giữa (cách rìa hậu môn 6 - 10 cm) 1/3 dưới (cách rìa hậu môn 0-5 cm) [10]



Hình 1.2. Giải phẫu trực tràng, ống hậu môn ứng dụng trong phẫu thuật

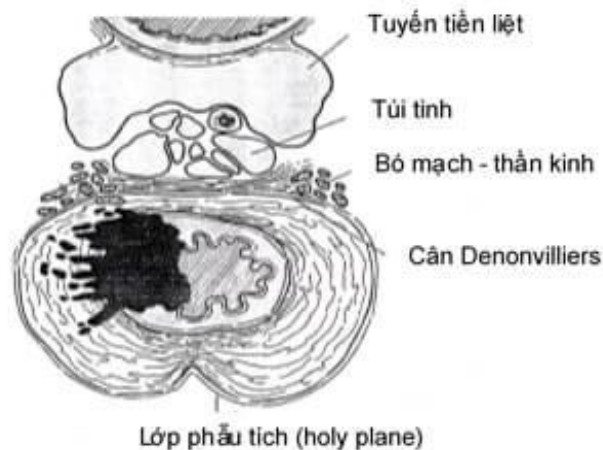
Nguồn: Gray's Anatomy.

Trong phẫu thuật trực tràng có thể chia ra 2 phần: trong phúc mạc và dưới phúc mạc. Trực tràng dưới phúc mạc được bao quanh bởi cân đáy chậu gồm hai lá: lá tạng và lá thành. Hai lá này hợp lại tạo nên cân Denonvilliers ở nam và vách trực tràng âm đạo ở nữ. Ở phía trước ngang mức S3 là dây chằng cùng trực tràng. Lá thành cân đáy chậu hình thành nên: phía sau là cân trước xương cùng (cân Waldeyer) [11].

Mạc treo trực tràng (MTTT) xuất hiện trong lịch sử phẫu thuật từ năm 1982. MTTT là một tổ chức mô nằm giữa lớp cơ thành trực tràng với lớp mô

mỏng phủ quanh tổ chức này gọi là bao mạc treo trực tràng. Mặt trước, bao MTTT tham gia vào hình thành nên cân Denonvilliers ở nam giới và vách ngăn trực tràng-âm đạo ở nữ giới. Tổ chức mô mỡ này chứa đựng những mạch máu nhỏ và bạch huyết quanh trực tràng. Nó phát triển bao quanh $\frac{3}{4}$ chu vi của phần trực tràng ngoài phúc mạc, phía sau và hai bên. Mặt trước trực tràng ngoài phúc mạc luôn có lớp mỡ mỏng. Toàn bộ phần mô mỡ MTTT được phủ bởi bao mạc treo trực tràng. Ngoài ra còn có một lớp mô phủ mặt trước xương cùng cụt (trước đám rối tĩnh mạch trước xương cùng) được gọi là mạc trước xương cùng.

MTTT là đường dẫn lưu bạch huyết chủ yếu của trực tràng. Các hạch quanh trực tràng dẫn lưu về nhóm trung gian nằm ở vị trí chỗ tách ra của ĐM trực tràng trên (hạch chính của trực tràng: hạch Mondor). Những hạch này có các nhánh dẫn lưu dọc theo động mạch mạc treo tràng dưới để hợp vào các hạch quanh động mạch chủ bụng, tại nguyên ủy của động mạch mạc treo tràng dưới, rồi cuối cùng đổ về các hạch phía trên vào ống ngực.



Hình 1.3. Mạc treo trực tràng và các thành phần liên quan

Nguồn: Lindsey Ian, Bryan F. Warren, Neil J. Mortensen (2005) [12]

Trong UT TT, xâm lấn bạch huyết trong MTTT là chặng di căn đầu tiên. Sự xâm lấn diễn biến có thể theo 3 hướng, trong đó dẫn lưu bạch huyết chủ yếu là lên phía trên trong MTTT, chứng minh cho việc phải cắt một khối gồm

MTTT và cuống trực tràng trên. Sự xâm lấn này còn có thể đi xuống phía dưới trong MTTT tới 4 cm so với bờ dưới u. Đó là lý do vì sao trong trường hợp u trực tràng cao, cần thiết phải phải lấy bỏ phần MTTT dưới u 5 cm để đảm bảo tính triệt căn trong ung thư. Việc cắt bỏ rộng rãi hơn chỉ gây nên những hậu quả không có lợi với BN UT TT cao. Với những khối u trực tràng thấp, phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ MTTT là cần thiết, nhưng việc không còn MTTT ở đoạn tận của trực tràng sát với cơ nâng hậu môn cho phép rút ngắn khoảng cách an toàn dưới u là 2 cm, thay vì 5 cm như với u trực tràng cao. Nó cũng tồn tại một vài đường dẫn lưu bạch huyết ngoài bao MTTT, hoặc mạc trước xương cụt. Còn với trường hợp UT TT giữa, có thể thực hiện cắt đoạn trực tràng và để lại 1 phần MTTT khi u cách rìa HM 10 cm, tuy nhiên khi phẫu tích xuống dưới u 5 cm thì hầu hết các trường hợp thấy rằng MTTT cũng bị lấy gần như hoàn toàn.

Ngày nay, bao mạc treo trực tràng cũng được xem xét quan trọng như diện cắt dưới về phương diện ung thư học, bởi nó có thể là lý do chưa giải thích được của các trường hợp UT TT tái phát tại tiểu khung [13]. Điều đó có nghĩa là để lấy bỏ được toàn bộ MTTT, cần thiết phải phẫu tích ra phía ngoài bao MTTT, vào lớp mô liên kết nằm giữa bao MTTT với lớp phúc mạc trước xương cụt.

1.2.2. Sinh lý bệnh UT TT

Ung thư đại trực tràng thường tiến triển theo 3 con đường chính: lan tràn tại chỗ, theo đường máu và đường bạch huyết. Trong đó di căn theo đường máu và đường bạch huyết đóng vai trò quan trọng.

Xâm lấn trong thành trực tràng: UT TT phát triển, xâm lấn theo chiều dày, chiều rộng và chiều dọc của trực tràng và tiến tới xâm lấn các cấu trúc xung quanh. Tổ chức mỡ quanh trực tràng hay bị xâm lấn, sau đó là các cơ quan lân cận như âm đạo, tuyến tiền liệt, phúc mạc, bàng quang, tử cung... Xâm lấn xương thường chậm vì xương cụt được bảo vệ bởi dải cân trước

xương cùng khá bền vững. Ở mặt trước ung thư dễ xâm lấn lớp cân trực tràng-âm đạo hơn là lớp cân trực tràng-tuyến tiền liệt.

Di căn hạch là hiện tượng có mặt tế bào ung thư trong xoang của các hạch bạch huyết. Tế bào ung thư xâm lấn lớp bạch mạch dưới niêm rồi đến hạch bạch huyết cạnh đại tràng, tiếp theo là các hạch trung gian, các hạch dọc thân mạch (hạch trung ương). Quá trình di căn của tế bào ung thư nhìn chung theo thứ tự các chặng hạch nhưng đôi khi có trường hợp nhảy cóc.

Con đường di căn theo đường máu chủ yếu là qua đường tĩnh mạch. Hệ thống tĩnh mạch của toàn bộ đại tràng và phần trên của trực tràng được dẫn về tĩnh mạch mạc treo tràng dưới, rồi cùng đổ vào tĩnh mạch cửa. Như vậy, gan là nơi đến đầu tiên của các tế bào ung thư di căn theo đường tĩnh mạch. Cấu trúc hệ thống xoang tĩnh mạch trong gan không có hàng rào để ngăn cản các tế bào ung thư xâm nhập, tạo điều kiện thuận lợi cho chúng xuyên qua và cư trú lại. Hơn nữa, vì môi trường tại gan rất phù hợp cho các tế bào ung thư phát triển. Đây chính là những nguyên nhân dẫn tới UTĐTT di căn gan với tỷ lệ rất cao [14].

1.3. Mô bệnh học

1.3.1. Hình ảnh đại thể:

Gồm các thể: Thể sùi (ít gây hẹp, ít di căn hạch hơn so với các thể khác); Thể loét; Thể thâm nhiễm.

1.3.2. Hình ảnh vi thể:

Theo xếp loại của Tổ chức Y tế Thế giới WHO, ung thư biểu mô tuyến chiếm 90-95%. Có nhiều cách xếp loại mô bệnh học trong ung thư đại trực tràng, trong đó xếp loại của WHO 2019 là cách xếp loại được sử dụng rộng rãi nhất hiện nay, xếp loại này chỉ dùng cho ung thư đại trực tràng nguyên phát gồm [15]:

- Ung thư biểu mô (UTBM): tuyến, nhày, nhẵn, không biệt hóa.
- UTBM tế bào vảy.

- Các khối ung thư carcinoid: ưa bạc, không ưa bạc và hỗn hợp.

- Các khối u không phải biểu mô: sarcoma cơ trơn, xơ, thần kinh, GIST, U lympho ác tính.

Độ biệt hóa: Mức độ biệt hóa cao, biệt hóa vừa, biệt hóa kém, không biệt hóa.

Yếu tố để đánh giá tiên lượng bệnh quan trọng nhất là tình trạng mô bệnh học sau mổ (kể cả bệnh nhân có điều trị tiền phẫu hay không) bao gồm: mức độ xâm lấn của khối u so với thành trực tràng; tình trạng hạch di căn và đặc điểm di căn xa, các diện cắt [6] [15]

1.4. Chẩn đoán

1.4.1. Lâm sàng

Triệu chứng cơ năng:

- Chảy máu trực tràng: đi ngoài ra máu đỏ tươi, hoặc lờ lờ máu cá, từng đợt hoặc kéo dài. Đây là dấu hiệu phổ biến nhất.

- Rối loạn lưu thông ruột: là dấu hiệu sớm với những thay đổi thói quen đại tiện, thay đổi giờ giấc, số lần đi ngoài, phân lúc táo lúc lỏng.

- Thay đổi khuôn phân: phân có thể bị dẹt, vệt góc, hoặc có những rãnh, vết trên khuôn phân được tạo ra do khối u ở trực tràng.

- Đau vùng hạ vị, cảm giác mót rặn và đi ngoài không hết phân, ...

- Một số bệnh nhân UTTT đến bệnh viện vì những biến chứng của u như bán tắc ruột, tắc ruột, thủng trực tràng gây viêm phúc mạc có biểu hiện: nôn, buồn nôn, đau bụng cơn, bí trung đại tiện,...

Triệu chứng toàn thân:

- Thiếu máu: da xanh, niêm mạc nhợt.

- Gầy sút: bệnh nhân có thể gầy sút cân 5 - 10 kg trong vòng 2 - 4 tháng, suy kiệt [16], [17]

Khám bụng: tìm di căn trong bụng như di căn gan, di căn phúc mạc, những triệu chứng tắc ruột do u, một số khối u trực tràng cao có thể sờ thấy ở hạ vị.

- *Thăm trực tràng*: Đây là thăm khám quan trọng không chỉ để chẩn đoán bệnh mà còn để sàng lọc UTTT trong cộng đồng. Thăm trực tràng cho phép phát hiện khối u trực tràng, vị trí, kích thước u và mức độ xâm lấn của khối u.

1.4.2. Cận lâm sàng

1.4.2.1. Nội soi

Soi trực tràng ống cứng: vẫn là phương pháp quan trọng để chẩn đoán UTTT. Ưu điểm là rẻ tiền, kỹ thuật đơn giản, nhưng lại cho biết chính xác u về hình dạng, kích thước và vị trí u cách rìa hậu môn để quyết định bảo tồn cơ thắt hậu môn hay không.

Soi ống mềm: có hai loại máy soi ống mềm: Máy nội soi nhìn trực tiếp và máy soi truyền hình điện tử. Giúp thực hiện sinh thiết để chẩn đoán mô bệnh học và thực hiện một số thủ thuật như cắt polyp hoặc đặt đầu dò siêu âm để đánh giá xâm lấn của ung thư.

1.4.2.2. Siêu âm nội soi

Siêu âm nội soi nổi lên như một phương tiện chẩn đoán hình ảnh quan trọng để đánh giá giai đoạn UTTT, nhờ đó lựa chọn bệnh nhân giai đoạn tiến triển tại chỗ cần được điều trị hỗ trợ trước mổ nhằm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ và cải thiện thời gian sống thêm sau mổ [18], [19]. Các nghiên cứu (NC) gần đây cho thấy siêu âm nội soi chẩn đoán giai đoạn u (T) chính xác đến 80-95%, di căn hạch đúng đến 70-80%. Siêu âm nội soi kết hợp với sinh thiết xuyên thành để có chẩn đoán giải phẫu bệnh trong những trường hợp u trực tràng thể thâm nhiễm hoặc di căn hạch [20]

1.4.2.3. Cộng hưởng từ

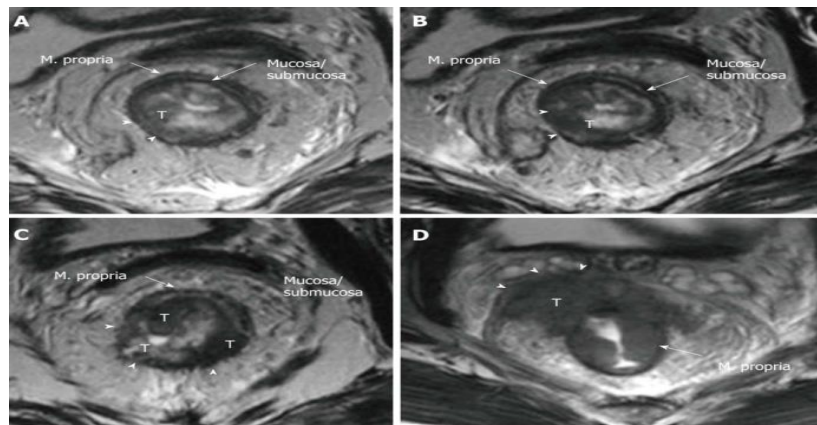
Đánh giá khối u trực tràng: từ giai đoạn sớm đến giai đoạn tiến triển và khoảng cách khối u đến rìa hậu môn cũng như thể tích của khối u so với chu vi lòng trực tràng [21], [22]

Đánh giá di căn hạch: có nhiều tiêu chuẩn hình ảnh để chẩn đoán hạch

di căn: đường kính lớn nhất trên diện cắt ngang, một số tác giả khác quan niệm bất kỳ hạch nào trong lớp mỡ cạnh trực tràng thấy trên cộng hưởng từ đều là hạch di căn (Okizuka 1996), hay những hạch có đường kính từ 3-10mm (Vogl 1997)

Đánh giá diện cắt: giá trị dự báo của cộng hưởng từ với diện cắt chu vi khối u là tin cậy hơn dự báo giai đoạn của khối u.

Cộng hưởng từ sau điều trị tân bổ trợ: do sau hóa xạ trị (HXT) có tình trạng xơ hóa nên các NC độ chính xác của cộng hưởng từ dự báo diện cắt quanh u còn ung thư ở những bệnh nhân được điều trị hóa xạ trị ngắn hạn hay dài hạn thì cho kết quả dự báo dương tính khi khoảng cách trên cộng hưởng từ từ khối u tới diện cắt quanh u là dưới 2 mm [22], [23].



Hình 1.4. Hình ảnh khối u trực tràng trên MRI

Nguồn: Theo Engin G, Sharifov R. Magnetic [24]

1.4.2.4. Cắt lớp vi tính

Đánh giá vị trí, mức độ xâm lấn của khối u, hạch vùng cũng như tình trạng di căn xa.

1.4.2.5. PET – CT: đánh giá di căn xa

1.4.2.6. Các xét nghiệm: tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, sinh hóa máu, chất chỉ điểm u, ...

1.4.3. Chẩn đoán xác định

Sinh thiết lấy bệnh phẩm xác định có tế bào ác tính là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán UTTT.

1.4.3.1. Hình ảnh đại thể:

Gồm các thể: Thể sùi (ít gây hẹp, ít di căn hạch hơn so với các thể khác); Thể loét; Thể thâm nhiễm.

1.4.3.2. Hình ảnh vi thể:

Theo xếp loại của WHO ung thư biểu mô tuyến chiếm 90-95%. Có nhiều cách xếp loại mô bệnh học trong ung thư đại trực tràng, trong đó xếp loại của tổ chức Y tế thế giới năm 2019 là cách xếp loại được sử dụng rộng rãi nhất hiện nay, xếp loại này chỉ dùng cho ung thư đại trực tràng nguyên phát gồm [15]:

- Ung thư biểu mô (UTBM): tuyến, nhày, nhẵn, không biệt hóa.
- UTBM tế bào vảy.
- Các khối ung thư carcinoïd: ưa bạc, không ưa bạc và hỗn hợp.
- Các khối u không phải biểu mô: sarcoma cơ trơn, xơ, thần kinh, GIST, U lympho ác tính.

Độ biệt hóa: Mức độ biệt hóa cao, biệt hóa vừa, biệt hóa kém, không biệt hóa

Yếu tố để đánh giá tiên lượng bệnh quan trọng nhất là tình trạng mô bệnh học sau mổ (kể cả bệnh nhân có điều trị tiền phẫu hay không) bao gồm: mức độ xâm lấn của khối u so với thành trực tràng; tình trạng hạch di căn và đặc điểm di căn xa, các diện cắt [6] [15]

1.4.4. Chẩn đoán giai đoạn

Phân loại TNM theo hiệp hội ung thư Hoa Kỳ phiên bản thứ 8 năm 2017 (AJCC 2017: American Joint Committee on Cancer 2017) [25]:

- T: U nguyên phát:

- + Tx: không đánh giá được khối u nguyên phát
- + **T0**: không có bằng chứng của u nguyên phát
- + **Tis**: ung thư tại chỗ, chưa phá vỡ màng đáy, khu trú ở niêm mạc
- + **T1**: u xâm lấn lớp dưới niêm mạc

- + **T2**: u xâm lấn lớp cơ
- + **T3**: u xâm lấn qua lớp cơ tới lớp dưới thanh mạc đến các mô quanh đại trực tràng nhưng chưa vượt quá phúc mạc tạng
- + **T4a**: u xâm lấn hoặc xuyên thủng phúc mạc tạng
- + **T4b**: u xâm lấn trực tiếp vào các cơ quan và tổ chức kế cận
- **N: Hạch vùng:**
- + **Nx**: không đánh giá được hạch vùng
- + **N0**: chưa di căn hạch vùng
- + **N1**: di căn 1-3 hạch vùng
- + **N1a**: di căn 1 hạch vùng
- + **N1b**: di căn 2-3 hạch vùng
- + **N1c**: có nốt vệ tinh
- + **N2**: di căn từ 4 hạch vùng trở lên
- + **N2a**: di căn từ 4-6 hạch vùng
- + **N2b**: di căn từ 7 hạch vùng trở lên
- **M: Di căn xa:**
- + **Mx**: không đánh giá được tình trạng di căn xa
- + **M0**: chưa di căn xa + **M1**: có di căn xa
- + **M1a**: M1a: di căn 1 tạng mà không có di căn phúc mạc (bao gồm cả di căn 2 bên của 1 tạng)
- + **M1b**: di căn 2 tạng trở lên mà không có di căn phúc mạc
- + **M1c**: có di căn phúc mạc, có thể có hoặc không có di căn tạng

Phân giai đoạn

Giai đoạn 0: TisN0M0

Giai đoạn I: T1N0M0, T2N0M0

Giai đoạn IIA: T3N0M0

Giai đoạn IIB: T4aN0M0

Giai đoạn IIC: T4bN0M0

Giai đoạn IIIA: T1-2N1M0; T1N2aM0

Giai đoạn IIIB: T3-4aN1M0; T2-3N2aM0; T1-2N2bM0

Giai đoạn IIIC: T4aN2aM0; T3-4aN2bM0; T4bN1-2M0

Giai đoạn IVA: T1-4N1-2M1a

Giai đoạn IVB: T1-4N1-2M1b Giai đoạn IVC: T1-4N1-2M1c

1.5. Điều trị

1.5.1. Điều trị phẫu thuật

* **Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng** (TME-Total Mesorectal Excision) Cắt toàn bộ MTTT là chỉ định tiêu chuẩn cho UT TT giữa và dưới [14] Khái niệm này được coi là một trong những thay đổi quan trọng trong lịch sử phẫu thuật UT TT vì nó làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ từ 14% đến 30% xuống còn 5% đến 7%. Đối với UT TT cao diện cắt MTTT dưới khối u tối thiểu là 5cm. [26], [27], [28], [29]

Giải phóng toàn bộ đại tràng trái tới mức động mạch đại tràng giữa, thất động mạch và tĩnh mạch mạc treo tràng dưới. Cắt đoạn xa đại tràng tới mức đảm bảo chiều dài để hạ đầu đại tràng xuống được ống hậu môn. Cắt toàn bộ MTTT có diện phẫu tích bên là mạc tạng bao quanh trực tràng và MTTT, diện phẫu tích sau là mạc thành phủ lên các mạch máu trước xương cùng. Ở phía bên, diện phẫu tích nằm giữa MTTT và mạc phủ lên cơ hình quả lê và các cơ nâng hậu môn. Các dây chằng bên, là sự nối kết giữa MTTT và đám rối tiểu khung được phẫu tích gọn, bảo tồn các dây thần kinh tự chủ. Diện phẫu tích phía trước đối với bệnh nhân nam được tiến hành bằng kéo và dao điện, phía trước mạc Denonvoullier. Đối với nữ giới, diện phẫu tích phía trước theo vách âm đạo trực tràng được tiến hành trực tiếp bằng mắt thường. Mạc trực tràng - xương cùng (mạc Waldeyer) được phẫu tích gọn để giải phóng trực tràng tới mức vòng hậu môn - trực tràng. Đối với UT TT giữa và dưới thì toàn bộ MTTT bao gồm cả những phần cách xa khối u đều được phẫu tích một cách trọn vẹn, do đó MTTT có đặc điểm rất bóng và hình hai thùy được phủ ngoài

bằng một lá cân tạng nguyên vẹn. Đối với UTĐT cao (ở phía trên của nếp quặt phúc mạc), MTTT được phẫu tích xung quanh tới mức cách khối u khoảng 5-6cm. Các NC cho thấy cắt toàn bộ MTTT làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ xuống dưới 10% và tăng thời gian sống thêm [26], [30].

Việc đánh giá tình trạng hạch mạc treo sau PT có vai trò quan trọng đánh giá giai đoạn sau mổ và có ý nghĩa tiên lượng bệnh. Theo y văn, số lượng hạch mạc treo tối thiểu đánh giá sau PT là 12 hạch thì mới có giá trị. Việc thực hiện tốt cắt bỏ toàn bộ MTTT cũng góp phần đảm bảo số lượng hạch cần thiết để đánh giá giai đoạn bệnh chính xác [26], [28]

*** Phẫu thuật cắt UTĐT mở rộng**

Cắt UTĐT “mở rộng” là cắt khối u trực tràng đã xâm lấn sang các tạng lân cận như bàng quang, tử cung...thành một khối (mono block) hay có thể cắt khối u nguyên phát và di căn xa trong một thì với 2 điều kiện: Thể trạng bệnh nhân cho phép thực hiện PT lớn và ung thư xâm lấn hay di căn nhưng còn khả năng cắt bỏ được [5], [31] Cắt gan di căn là một PT tuy phức tạp nhưng tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp dưới 5%. Yuman Fong NC trên 1001 ca PT cắt gan trong UTĐT di căn cho tỷ lệ sống thêm 5 năm ở các bệnh nhân này là trên 30%, số liệu của các NC khác dao động trong khoảng 24-58% [26].

*** Phẫu thuật không triệt để (Palliative care)**

Thể trạng bệnh nhân yếu, tổn thương ung thư đã lan rộng (giai đoạn IV theo AJCC 2017) không còn khả năng cắt hết tổn thương nhưng vẫn phải PT để tránh các biến chứng của khối u như áp xe, thủng u, vỡ u, tắc ruột. Cắt u đơn thuần không lấy hết các tổn thương, không nạo vét hạch theo nguyên tắc hoặc chỉ làm hậu môn nhân tạo (HMNT) đơn thuần trên dòng [31].

Các kỹ thuật phẫu thuật UTĐT giữa và dưới

*** Phẫu thuật mở (open surgery) kinh điển**

Phẫu thuật bảo tồn cơ tròn hậu môn

Phẫu thuật cắt đoạn trực tràng đường bụng (Cắt trước - Anterior resection) Gồm có PT cắt trước đối với UT TT cao, PT cắt trước thấp đối với UT TT giữa và PT cắt trước rất thấp đối với UT TT thấp. Trong đó, nguyên tắc ung thư học là cắt MTTT tối thiểu là 5cm bờ mạc treo dưới u đối với đoạn trực tràng cao và cắt toàn bộ MTTT đối với đoạn giữa và dưới. Các trường hợp UT TT dưới cách rìa hậu môn ≥ 3 cm cũng có thể thực hiện nhưng thường gặp nhiều khó khăn trong phẫu tích và cắt nối vì khung chậu hẹp và thường làm HMNT trên dòng bảo vệ miệng nối [26], [27], [30]

Thắt mạch máu mạc treo tràng dưới tận gốc (thắt cao-high ligation) hay dưới chỗ chia của động mạch đại tràng trái trên (thắt thấp-low ligation) vẫn được các phẫu thuật viên tranh luận vì các NC so sánh cho thấy tỷ lệ tái phát và sống thêm không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Giải phóng đại tràng góc lách, đại tràng trái, đại tràng xích ma làm cho miệng nối đại tràng trực tràng không căng. Miệng nối có thể khâu bằng tay hoặc thực hiện bằng máy nối tròn. Phẫu thuật cắt trước thấp và rất thấp vẫn gặp nhiều khó khăn và thách thức trong thực hành và vẫn còn có tỷ lệ tai biến và biến chứng nhất là rò miệng nối. Theo y văn, tỷ lệ rò miệng nối càng xuống thấp càng tăng lên từ 3% đến 11% vì mức độ giảm tưới máu miệng nối và thao tác cắt nối khó khăn trong không gian hẹp. Các NC cũng cho thấy tỷ lệ hẹp miệng nối gặp từ 5% đến 20% [5], [8], [32]. Khâu nối bằng tay và khâu một lớp làm giảm nguy cơ hẹp miệng nối theo một số tác giả [33].

Miệng nối thấp có thể thực hiện kiểu tận tận hay bên tận và có một số tác giả đã tiến hành các NC ngẫu nhiên có đối chứng so sánh hai loại miệng nối. Theo tác giả Mc Namara D.L., kết quả NC cho thấy: thực hiện miệng nối tận tận đại tràng - ống hậu môn có tỷ lệ rò miệng nối cao hơn rõ rệt (15%) so với miệng nối bên tận với tạo hình túi J đại tràng (2%) [34].

Tác giả Brisinda trong NC so sánh 2 loại miệng nối máy tận tận và bên tận sau PT cắt trước thấp trong UT TT giữa và dưới cũng cho kết luận tương

tự với tỷ lệ rò miệng nối tận tận cao hơn rõ rệt (29,2%) so với miệng nối bên tận (5%) [35]

Kỹ thuật cắt - nối bằng máy trong UT TT

Ngoài cách cắt - nối ruột bằng tay còn có cách cắt - nối ruột bằng máy ghim (stapler). Cùng với sự tiến bộ của khoa học công nghệ, các stapler hiện đại ra đời được chế tạo dùng một lần hoặc nhiều lần, thiết kế với dạng cong để dễ dàng thao tác PT như các stapler EEA, Contour và Proximate ILS,.. Việc sử dụng các stapler ngày càng trở nên phổ biến trong PT nói chung và UT TT nói riêng với sự đa dạng KT thể hiện qua nhiều NC [31], [36]

Kỹ thuật cắt cụt trực tràng đường bụng tầng sinh môn

Năm 1908, Sir William Ernest Miles, phẫu thuật viên người Anh tại Bệnh viện Gordon Hospital - London tiến hành PT cắt cụt trực tràng đường bụng tầng sinh môn điều trị UT TT dưới đầu tiên trên thế giới. Đây được coi là PT triệt căn UT TT dưới, một thay đổi quan trọng trong lịch sử phẫu thuật UT TT vì trước đó tỷ lệ tái phát sau mổ UT TT lên tới 80% [33]. Đó cũng là lý do kỹ thuật được mang tên “Phẫu thuật Miles”. PT Miles thường được chỉ định cho những khối u trực tràng dưới cách RHM trong vòng 6cm, hay kích thước khối u lớn, xâm lấn cơ thắt hậu môn và một số trường hợp u trực tràng giữa cách RHM 7-8cm [14]. Kỹ thuật mổ bao gồm cắt một phần đại tràng xích ma, toàn bộ trực tràng hệ thống cơ thắt, cơ nâng, hậu môn qua 2 đường bụng và tầng sinh môn. PT kết thúc bằng làm HMNT vĩnh viễn đại tràng xích ma ở hố chậu trái. Nếu khối u xâm lấn các cơ quan lân cận như tử cung, bàng quang, thành sau âm đạo...PT có thể mở rộng cắt tổn thương xâm lấn thành một khối “mono bloc”. Nhược điểm của kỹ thuật này lại bắt nguồn từ chính tính chất triệt căn của PT nên được coi là PT tàn phá, bệnh nhân phải chịu 2 đường mổ ở bụng và tầng sinh môn, có thể có biến chứng về thần kinh tiết niệu sinh dục, chảy máu đám rối tĩnh mạch trước xương cùng,... Tuy nhiên trải qua hơn một thế kỷ, PT Miles vẫn là một PT tiêu chuẩn kinh điển điều trị

UTTT [26], [31], [33].

Phẫu thuật Hartmann

Là phẫu thuật cắt bỏ đoạn trực tràng có u, đầu đại tràng phía trên được đưa ra ngoài làm hậu môn nhân tạo, đầu dưới đóng lại làm mỏm tận trực tràng. Phẫu thuật này ngày càng ít được áp dụng, thường chỉ còn được chỉ định cho các trường hợp cắt u trực tràng triệt để cấp cứu do tắc ruột hoặc ở bệnh nhân già yếu, người cao tuổi.

Phẫu thuật nội soi điều trị UTTT

PTNS trong điều trị ung thư đại trực tràng được thực hiện đầu tiên trong lịch sử bởi PT cắt đại tràng phải với sự hỗ trợ của nội soi ổ bụng bởi Moises Jacobs năm 1990, phẫu thuật viên người Mỹ. Từ đó cho đến nay, đã có những tiến bộ vượt bậc của PTNS trong điều trị ung thư đại trực tràng, đặc biệt UTTT giữa và dưới. Tại Việt Nam, PTNS được áp dụng trong điều trị ung thư đại trực tràng từ năm 2000 tại bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, sau đó phát triển tại các trung tâm ngoại khoa lớn trong cả nước như bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, bệnh viện trung ương quân đội 108.

PTNS trong UTTT giữa và dưới được xem xét là khả thi nhưng với điều kiện phẫu thuật viên có kinh nghiệm về PTNS. Bởi PTNS làm phóng đại tổ chức mô liên kết và mô tạng, từ đó giúp cho phẫu thuật viên nhận biết và bảo tồn được các nhánh thần kinh tự động.

*** Các biến chứng sau phẫu thuật:** Rò miệng nối, chảy máu, nhiễm trùng, tắc ruột sớm... Trong đó rò miệng nối là một biến chứng hay gặp

- *Biến chứng rò miệng nối:*

Được xác định bởi: viêm phúc mạc và những bất thường liên quan; Hoi, phân hay dịch trong ruột chảy ra ngoài theo dẫn lưu tiểu khung; Áp xe tiểu khung hoặc ổ dịch được xác định từ rò MN, qua thăm trực tràng hoặc các phương tiện chẩn đoán như nội soi đại tràng hoặc có bằng chứng trên chẩn đoán hình ảnh;

Rò MN được chia ra 3 độ: **A**: Rò MN liên quan đến sự xác định bằng chẩn đoán hình ảnh. Tại phân độ này, rò MN không có biểu hiện toàn thân; **B**: tình trạng lâm sàng của BN đòi hỏi thủ thuật can thiệp (kháng sinh và/hoặc đặt dẫn lưu tiểu khung hoặc rửa qua ống hậu môn); **C**: Can thiệp phẫu thuật phẫu thuật lại có thể là dẫn lưu ổ apxe tiểu khung và làm HMNT bảo vệ phía trên (mở thông hồi tràng) hoặc phải tháo gỡ MN và đưa đại tràng trái ra làm HMNT vĩnh viễn (PT Hartmann). Nếu BN không được phẫu thuật kịp thời có thể gây nên sốc nhiễm trùng và hậu quả là suy đa tạng [37]

Khi nghi ngờ rò MN, cần phải được thăm khám lâm sàng nhằm phát hiện, đánh giá sự không toàn vẹn của MN (khuyết một điểm trên vòng chu vi miệng nói). Ngoài ra, bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh cũng có thể gián tiếp phát hiện rò MN như chụp đại tràng có thuốc thấy thuốc ra ngoài MN (ngày nay ít dùng), hoặc sử dụng chụp cắt lớp vi tính để thấy các dấu hiệu gián tiếp như: nốt khí và dịch quanh miệng nói, hay ổ apxe tại vị trí MN.

- *Chảy máu*: Chảy máu miệng nói, chảy máu trong ổ bụng từ các mạch máu được kẹp cắt trong mổ. Bệnh nhân tụt huyết áp, bụng chướng, công thức máu hồng cầu, Hematocrit, Hemoglobin giảm hoặc máu ra theo ống dẫn lưu nhiều.

- *Nhiễm trùng*: Nhiễm khuẩn vết mổ, chân dẫn lưu.

- *Tắc ruột sớm*: Bệnh nhân đau bụng quặn từng cơn, buồn nôn, bụng chướng, chụp X-quang bụng có mức hơi dịch.

1.5.2. Xạ trị

Xạ trị là phương pháp sử dụng các loại bức xạ ion hoá năng lượng cao để tiêu diệt tế bào ung thư trong khu vực chiếu xạ.

Tùy tình trạng bệnh cụ thể trên từng bệnh nhân mà xạ trị với các mục đích khác nhau: triệt căn, tiền phẫu, hậu phẫu, phối hợp cả trước và sau PT, triệu chứng [38]. Trong đó, xạ trị tiền phẫu có tác dụng làm giảm kích thước

khối u, góp phần giúp cho PT dễ dàng hơn. Việc thu nhỏ u cũng sẽ làm tăng thêm khả năng PT bảo tồn cơ tròn cho UTTT dưới. Cho đến nay, vai trò của xạ trị tiền phẫu, nhất là làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ, tăng thời gian sống thêm của người bệnh đã được khẳng định. Các nghiên cứu cho thấy xạ trị tiền phẫu làm giảm 50% nguy cơ tái phát tại chỗ, làm tăng có ý nghĩa thời gian sống thêm [38], [39]. Xạ trị tiền phẫu được chỉ định cho UTTT giai đoạn T3, T4 và/ hoặc N1,2 [4].

Hóa xạ trị trước mổ giúp làm giảm kích thước u do đó tăng khả năng mổ triệt để tổn thương ung thư và bảo tồn được cơ thắt đối với u trực tràng dưới. Xạ trị trước mổ có ưu điểm hơn so với sau mổ do tế bào ung thư được cung cấp oxy nhiều hơn do chưa bị phẫu thuật làm tổn thương các mạch máu nên đáp ứng với xạ trị tốt hơn. Bên cạnh đó, tác dụng phụ như viêm ruột ít hơn do chỉ có phần nhỏ nằm trong vùng xạ, các quai ruột chưa bị dính vào diện mổ ở chậu hông. Chính vì vậy xạ trị trước mổ đang là xu hướng phổ biến trong điều trị UTTT hiện nay.

Liều xạ: 45-50,4Gy trong 25-28 buổi xạ, kết hợp capecitabin uống hoặc 5Fu truyền tĩnh mạch. Phẫu thuật có thể tiến hành sau khi kết thúc hóa xạ trị 4-8 tuần để đạt được hiệu quả kiểm soát bệnh tốt nhất, tuân thủ nguyên tắc triệt căn bao gồm cắt toàn bộ mạc treo trực tràng [4].

1.5.3. Điều trị hóa chất

*** Hóa trị bổ trợ**

Hóa trị bổ trợ được chỉ định cho UTTT giai đoạn II có yếu tố nguy cơ cao, giai đoạn III nhằm làm tăng thêm tỷ lệ sống trên 5 năm. Các phác đồ thông dụng như: FOLFOX4, FOLFOX6, FOLFIRI, CAPEOX... đã đem lại kết quả điều trị bổ trợ cao hơn hẳn so với các phác đồ cũ [4].

*** Hóa trị triệu chứng**

Những bệnh nhân UTTT giai đoạn muộn, không còn chỉ định điều trị triệt căn, sử dụng hóa chất toàn thân, để điều trị triệu chứng chống đau, chống

chèn ép nhằm cải thiện thêm chất lượng sống cho người bệnh.

*** Hóa xạ trị phối hợp**

Những nghiên cứu mới đây cho thấy 5 FU có tác dụng làm tăng tính nhạy cảm với xạ trị của UTTT. Capecitabin là tiền chất của 5FU, đã được chứng minh không có sự khác biệt về hiệu quả và độc tính so với 5FU trong trong hóa xạ trị tiền phẫu UTTT nhưng tránh được các bất lợi khi sử dụng 5FU đường truyền tĩnh mạch dài ngày. Capecitabin được uống hàng ngày, trong các ngày xạ với liều 825mg/m² da, 2 lần mỗi ngày [4].

1.6. Một số nghiên cứu có liên quan

1.6.1 Nghiên cứu trên thế giới

- **Nghiên cứu của Motoi Koyama 2016** về các yếu tố nguy cơ rò miệng nói trên 135 bệnh nhân phẫu thuật cắt u trực tràng gian cơ thắt không có HMNT bảo vệ. Kết quả cho thấy tỷ lệ rò MN là 17%, mổ lại do rò MN là 59%, tất cả BN đều được bảo tồn MN: làm sạch ổ apxe và làm mở thông hồi tràng, BN rò còn lại được điều trị bằng dẫn lưu ổ apxe và/hoặc điều trị kháng sinh. Tác giả cũng đưa ra khuyến cáo có thể xem xét bắt buộc làm HMNT bảo vệ với những trường hợp phẫu thuật bảo tồn cơ thắt kèm cắt cơ thắt trong [44].

- **Nghiên cứu của Seok In Seo 2013** về vai trò của làm HMNT trên 836 BN được phẫu thuật cắt trước thấp UTTT. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rò MN là 72% trong tổng các biến chứng, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của tỷ lệ rò MN giữa 2 nhóm có và không làm HMNT bảo vệ (0,4% vs 3,7% với $P < 0,005$). Và tác giả cũng đưa ra khuyến cáo nên làm HMNT bảo vệ khi thực hiện MN rất thấp [45].

1.6.2 Nghiên cứu tại Việt Nam

- **Nghiên cứu của Nguyễn Minh Hành, Huỳnh Thanh Tuệ và cộng sự năm 2023** về đánh giá hiệu quả của phác đồ hóa xạ trị tiền phẫu và kết quả phẫu thuật sau hóa xạ trị ở bệnh nhân UTTT giai đoạn tiến triển tại chỗ trên

38 bệnh nhân UTTT từ tháng 2/2020 đến tháng 10/2022 tại bệnh viện trung ương Huế. Kết quả cho thấy tuổi trung bình là $56,5 \pm 12,5$; UTTT thấp và trung gian chiếm đa số 84,2%; tỷ lệ bệnh nhân đạt đáp ứng một phần và đáp ứng hoàn toàn sau xạ trị trên hình ảnh lần lượt là 50% và 7,9%. Về kết quả phẫu thuật: thời gian phẫu thuật trung bình 153 ± 15 phút, thời gian nằm viện trung bình $9,82 \pm 3,69$ (5-23) ngày; số lượng hạch vét được trung bình là $5,86 \pm 4,7$ (1-15) hạch, 13,1% không phát hiện u về mặt vi thể; biến chứng trong mổ ở mức thấp (2,6%) [40].

- **Nghiên cứu của Quách Văn Kiên năm 2019** về phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt trong UTTT giữa và dưới ở 88 bệnh nhân từ 01/2015 đến 06/2018 tại bệnh viện Việt Đức cho thấy phân loại theo giai đoạn I, II, III, IV của NC tương ứng: 25,0% - 36,4% - 38,6% - 0%.; tỷ lệ xạ trị tiền phẫu trước mổ: 11,4%; di căn hạch: 38,6%; ứ vong: 0%; tỷ lệ biến chứng chảy máu MN, tắc ruột sớm sau mổ, hẹp mở thông hồi tràng, rò miệng nối tương ứng: 5,7% - 2,3% - 7% - 10,2%; tỷ lệ RL co thắt bàng quang sau mổ: 19,3%; thời gian nằm viện: $11,87 \pm 5,42$ ngày. [41]

- **Nghiên cứu của Lê Quốc Tuấn năm 2020** về đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy trong điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp trên 56 bệnh nhân UTTT giữa và thấp tại bệnh viện K thời gian từ tháng 01 năm 2013 đến tháng 09 năm 2017. Kết quả cho thấy phẫu thuật cho phép bảo tồn được cơ tròn ở bệnh nhân UTTT thấp nhất u cách rìa hậu môn 4cm; 100% bảo tồn được thần kinh tự động; thời gian phẫu thuật trung bình 113,4 phút; hông có tai biến xảy ra trong phẫu thuật; tỷ lệ mở thông hồi tràng làm hậu môn nhân tạo trên dòng là 7%; tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp: 12,5%, trong đó rò miệng nối 1,8%; đánh giá kết quả phẫu thuật chung: Tốt (92,9%), trung bình (7,1%) và không có kết quả xấu [42].

- **Nghiên cứu của Trần Anh Cường 2017** về đặc điểm di căn hạch và kết quả điều trị phẫu thuật UTTT trên 116 bệnh nhân UTTT được chẩn đoán,

điều trị tại Bệnh viện K Trung ương, từ tháng 01/2012 đến tháng 12/2015. Kết quả nghiên cứu: phương pháp phẫu thuật chủ yếu là mổ mở: 74,1%; phẫu thuật nội soi chiếm 25,9%; phẫu thuật bảo tồn cơ tròn chiếm 69,0%; hy sinh cơ tròn chiếm 31%; các phương pháp phẫu thuật không ảnh hưởng đến kết quả vết hạch; tổng số hạch vét được là 1449; số hạch vét được trung bình/1 bệnh nhân là $12,5 \pm 3,6$; phương pháp nạo vét hạch tương đối an toàn, với tỷ lệ tai biến và biến chứng là 19,9% ở mức nhẹ, kiểm soát được [43].

1.7 Giới thiệu tóm tắt về địa bàn nghiên cứu

Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh được thành lập từ năm 2017 là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối về điều trị các bệnh lý ung thư trong hệ thống khám chữa bệnh của tỉnh Bắc Ninh quy mô 450 giường bệnh. Bệnh viện có đầy đủ các chuyên khoa về xạ trị, hoá trị và phẫu thuật. Việc áp dụng hoá xạ trị sau đó phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo tràng đối với UTTT giai đoạn II, III đã được thực hiện tại bệnh viện từ năm 2020 nhằm nâng cao hiệu quả điều trị bệnh nhân.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/ 2026 đến tháng 8/ 2026
- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Ung Bướu Bắc Ninh

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Gồm bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến trực tràng được hoá xạ trị tiền phẫu sau đó phẫu thuật triệt căn từ 8/2020 - 8/2026 tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

- Bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến của trực tràng.
- Bệnh nhân mới được chẩn đoán UTTT giai đoạn II, III theo AJCC lần thứ 8, năm 2017.
- Bệnh nhân được hoá xạ trị tiền phẫu sau đó phẫu thuật triệt căn
- Thể trạng chung tốt, ECOG 0-2 điểm (Phụ lục 1).
- Đầy đủ hồ sơ bệnh án, thông tin nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ.

- Bệnh nhân mổ cấp cứu do các biến chứng: tắc ruột, chảy máu, thủng...
- Các trường hợp phẫu thuật nhưng không đảm bảo tính triệt căn.
- Ung thư biểu mô vảy, ung thư ống hậu môn.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.4. Mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện: lấy tất cả các bệnh nhân đảm bảo các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Phương tiện nghiên cứu

- Bệnh án nghiên cứu
- Hồ sơ bệnh án
- Xalvobin 500mg (Capecitabine) do hãng Remedica (Cộng hòa Síp) sản xuất.

- Máy MRI Philip Prodiva 1.5 tesla (Hà Lan)
- CLVT mô phỏng GE Discovery – 16 dãy
- Máy Xạ trị gia tốc tuyến tính Elekta Synergy Platform
- Máy cắt Contour, máy nối tròn CDH 29mm (Jonson & Johnson)
- Dao điện, Bipolar
- Bộ dụng cụ tiêu hoá mổ mở trung phẫu, đại phẫu

Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án

Tất cả các thông tin thu thập được ghi chép đầy đủ vào mẫu bệnh án nghiên cứu một cách thống nhất

2.5.1 Quy trình kỹ thuật

***Khám lâm sàng:**

- Tuổi, giới, tiền sử bản thân, tiền sử gia đình.
- Thời gian từ lúc có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện
- Các triệu chứng cơ năng
- Tình trạng toàn thân

*** Cận lâm sàng:**

- Nội soi đại trực tràng đánh giá vị trí u, kích thước, đại thể, sinh thiết làm giải phẫu bệnh để chẩn đoán xác định.

- Chụp cộng hưởng từ vùng chậu có tiêm thuốc cản quang: đánh giá vị trí, kích thước, giai đoạn khối u và di căn hạch vùng.

- Siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp ổ bụng, lồng ngực đánh giá di căn xa của UTTT

- Chất chỉ điểm khối u (CEA)

- Công thức máu: số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu...
- Sinh hoá máu: chức năng gan, thận, điện giải đồ,...

* **Quá trình điều trị hoá xạ trị tiền phẫu:** Bệnh nhân được xạ trị đạt tổng liều 45-50,4Gy. Phân liều quy ước: 1,8Gy/ngày, 5 ngày/tuần x 5,5 tuần, kèm theo uống Capecitabin 825mg/m² hai lần mỗi ngày trong các ngày xạ trị (5 ngày/tuần). Tổng thời gian điều trị hóa-xạ trị: 5-6 tuần.

* **Điều trị phẫu thuật: sau 4-8 tuần kể từ khi kết thúc xạ trị**

Phân thành 3 nhóm phẫu thuật:

- Phẫu thuật cắt trước thấp (LAR: Low anterior resection)

- + Bệnh nhân nằm tư thế Trendelenburg, gác cao chân trái.
- + Mở bụng trắng giữa dưới rốn, có thể vòng qua rốn hoặc kéo dài trên rốn tùy thuộc vào từng ca mổ.
- + Thăm dò ổ bụng: kiểm tra ổ bụng có dịch hay không? Kiểm tra phúc mạc từ vòm hoành đến Douglas. Kiểm tra các tạng khác trong ổ bụng và cuối cùng là đánh giá sơ bộ tổn thương u về vị trí, xâm lấn, di căn hạch, ...
- + Xử trí mạch máu: Bộc lộ ĐM trực tràng trên, ĐM mạc treo tràng dưới, nạo vét hạch dọc, gốc ĐM trực tràng trên và ĐM mạc treo tràng dưới gửi riêng giải phẫu bệnh. Thất tận gốc ĐM trực tràng trên, có thể thất các nhánh mạch Sigma tùy từng ca mổ và cắt mạc treo đại tràng Sigma tương ứng ngang đoạn thất mạch.
- + Phẫu tích mạc treo trực tràng: Phẫu tích mặt sau mạc treo trực theo mặt phẳng vô mạc, tiếp theo phẫu tích 2 bên rồi phẫu tích mặt trước trực tràng. Trong quá trình phẫu tích luôn cẩn thận đảm bảo sự toàn vẹn của mạc treo trực tràng và bảo tồn các đám rối thần kinh.
- + Cắt đầu dưới trực tràng: Đối với các trường hợp nối máy, đầu dưới được cắt bỏ bằng máy cắt Contour. Đối với các trường hợp nối tay: sau khi bộc lộ thành trực tràng khâu đánh dấu 4 vị trí 12h, 3h, 6h, 9h. Đảm bảo diện cắt dưới an toàn ít nhất 1cm.

+ Đầu trên cắt bỏ ngang mức đại tràng Sigma.

+ Thực hiện miệng nối: Đối với nối máy thực hiện miệng nối bằng máy nối tròn CDH 29mm; Đối với nối tay thực hiện miệng nối 02 lớp trong vát, ngoài rời.

+ Kiểm tra cầm máu các diện phẫu tích. Khâu đóng lại mạc treo đại tràng với phúc mạc tiểu khung.

+ Đặt dẫn lưu ổ bụng rộng rãi quanh miệng nối. Che phủ mạc nối lớn vào tiểu khung, trong trường hợp mạc nối lớn ngắn không đủ che phủ tiểu khung tiến hành cắt ruột thừa, di động manh tràng, đại tràng lên che phủ tiểu khung.

- Phẫu thuật cắt cụt trực tràng đường bụng – tầng sinh môn (Phẫu thuật Miles).

+ Bệnh nhân nằm tư thế phụ khoa, đầu thấp chân cao.

Thì bụng:

+ Mở bụng trắng giữa dưới rốn, có thể vòng qua rốn hoặc kéo dài trên rốn tùy thuộc vào từng ca mổ.

+ Thăm dò ổ bụng: kiểm tra ổ bụng có dịch hay không? Kiểm tra phúc mạc từ vòm hoành đến Douglas. Kiểm tra các tạng khác trong ổ bụng và cuối cùng là đánh giá sơ bộ tổn thương u về vị trí, xâm lấn, di căn hạch, ...

+ Xử trí mạch máu: Bộc lộ ĐM trực tràng trên, ĐM mạc treo tràng dưới, nạo vét hạch dọc ĐM trực tràng trên và ĐM mạc treo tràng dưới gửi riêng giải phẫu bệnh. Thất tận gốc ĐM trực tràng trên, có thể thất các nhánh mạch Sigma tùy từng ca mổ và cắt mạc treo đại tràng Sigma tương ứng ngang đoạn thất mạch, cắt đôi đại tràng Simga đóng tạm 2 đầu ruột để tránh dịch phân chảy ra ngoài.

+ Phẫu tích mạc treo trực tràng: Phẫu tích mặt sau mạc treo trực tràng đến tận cơ nâng hậu môn theo mặt phẳng vô mạch, tiếp theo phẫu tích 2 bên rồi phẫu tích mặt trước trực tràng.

Thì tầng sinh môn:

- + Khâu kín ống hậu môn
- + Cắt dây chằng hậu môn-cùng, vào khoang trước xương cùng
- + Cắt cơ nâng hậu môn
- + Tách trực tràng ra khỏi tiền liệt tuyến hoặc âm đạo, lấy bỏ bệnh phẩm ra ngoài.

+ Chăm máu kỹ vết mổ tầng sinh môn. Đặt 01 Mèche vào vết mổ tầng sinh môn, khâu đóng bớt vết mổ tầng sinh môn nhưng không khâu kín hoàn toàn.

- + Băng lại vết mổ tầng sinh môn.

Chuyển lại đường bụng

+ Kiểm tra cầm máu các diện phẫu tích. Khâu đóng lại phúc mạc tiểu khung. Trường hợp khó đóng phúc mạc tiểu khung tiến hành cắt ruột thừa, di động manh tràng, đại tràng lên che phủ tiểu khung.

+ Đưa đầu đại tràng Sigma ra làm hậu môn nhân tạo ở hố chậu trái. Khâu đóng phúc mạc đoạn đại tràng đưa ra làm hậu môn nhân tạo với phúc mạc thành bụng bên để tránh ruột non thoát vị xoắn quanh trực này.

- Phẫu thuật Hartmann.

- + Bệnh nhân nằm ngửa đầu thấp chân cao.
- + Mở bụng trắng giữa dưới rốn, có thể vòng qua rốn hoặc kéo dài trên rốn tùy thuộc vào từng ca mổ.

+ Thăm dò ổ bụng: kiểm tra ổ bụng có dịch hay không? Kiểm tra phúc mạc từ vòm hoành đến Douglas. Kiểm tra các tạng khác trong ổ bụng và cuối cùng là đánh giá sơ bộ tổn thương u về vị trí, xâm lấn, di căn hạch, ...

+ Xử trí mạch máu: Bộc lộ ĐM trực tràng trên, ĐM mạc treo tràng dưới, nạo vét hạch dọc ĐM trực tràng trên và ĐM mạc treo tràng dưới gửi riêng giải phẫu bệnh. Thất tận gốc ĐM trực tràng trên, có thể thất các nhánh mạch Sigma tùy từng ca mổ và cắt mạc treo đại tràng Sigma tương ứng ngang

đoạn thắt mạch, cắt đôi đại tràng Sigma đóng tạm 2 đầu ruột để tránh dịch phân chảy ra ngoài.

+ Phẫu tích mạc treo trực tràng: Phẫu tích mặt sau mạc treo trực theo mặt phẳng vô mạc, tiếp theo phẫu tích 2 bên rồi phẫu tích mặt trước trực tràng. Trong quá trình phẫu tích luôn cẩn thận đảm bảo sự toàn vẹn của mạc treo trực tràng và bảo tồn các đám rối thần kinh.

+ Cắt đầu dưới trực tràng, đảm bảo diện cắt dưới an toàn tối thiểu 1cm, khâu đóng lại mồm cắt trực tràng.

+ Đầu trên cắt bỏ ngang mức đại tràng Sigma, đưa ra làm HMNT hố chậu trái.

+ Kiểm tra cầm máu các diện phẫu tích. Khâu đóng lại phúc mạc tiểu khung. Trường hợp khó đóng phúc mạc tiểu khung tiến hành cắt ruột thừa, di động manh tràng, đại tràng lên che phủ tiểu khung

+ Đưa đầu đại tràng Sigma ra làm hậu môn nhân tạo ở hố chậu trái. Khâu đóng phúc mạc đoạn đại tràng đưa ra làm hậu môn nhân tạo với phúc mạc thành bụng bên để tránh ruột non thoát vị xoắn quanh trực này.

+ Có thể đặt dẫn lưu hoặc không. Nếu đặt dẫn lưu thì đặt vào sát mồm đóng trực tràng .

2.5.2. Quy trình nghiên cứu

Để thực hiện mục tiêu 1: Tham khảo hồ sơ bệnh án về

Khám lâm sàng:

- Tuổi, giới, tiền sử bản thân, tiền sử gia đình.
- Thời gian từ lúc có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện
- Các triệu chứng cơ năng
- Tình trạng toàn thân

Cận lâm sàng:

- Nội soi đại trực tràng đánh giá vị trí u, kích thước, đại thể, sinh thiết làm giải phẫu bệnh để chẩn đoán xác định.

- Chụp cộng hưởng từ vùng chậu có tiêm thuốc cản quang: đánh giá vị trí, kích thước, giai đoạn khối u và di căn hạch vùng.

- Siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp ổ bụng, lồng ngực đánh giá di căn xa của UTTT

- Chất chỉ điểm khối u (CEA)

- Công thức máu: số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu...

- Sinh hoá máu: chức năng gan, thận, điện giải đồ,...

Để thực hiện mục tiêu 2: Tham khảo hồ sơ bệnh án về

- Thời điểm thực hiện phẫu thuật,

- Thời gian phẫu thuật

- Phương pháp mổ

- Tai biến trong mổ

- Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật

- Các biến chứng sau mổ

2.6. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Trong nghiên cứu tôi chia thành 4 nhóm: Phẫu thuật Hartmann, Miles, LAR, nhóm chung (gồm tất cả các bệnh nhân trong NC) và các chỉ tiêu nghiên cứu được thể hiện ở các nhóm phẫu thuật này

Bảng 2.1. Các biến số trong nghiên cứu

Biến số - chỉ số	Khái niệm, phân loại	Phương pháp thu thập
Tuổi	Là biên rời rạc Tính theo năm dương lịch Phân thành các nhóm tuổi mỗi nhóm tuổi cách nhau 10 năm: ≤ 30 , 31- 40, 41-50, 51-60, 61-70 và >70 tuổi. Tuổi trung bình, nhỏ nhất, lớn nhất.	HSBA
Giới	Là biên nhị phân Giới tính: Nam hoặc nữ	HSBA
Tiền sử bệnh	Các bệnh lý kèm theo như: tăng huyết áp, đái	HSBA

	tháo đường, tiền sử phẫu thuật ổ bụng	
Các triệu chứng cơ năng	Là các triệu chứng: gây sút cân, đau bụng, phân máu, ỉa lỏng, táo bón, thay đổi khuôn phân, bán tắc ruột.	HSBA
Thăm khám lâm sàng	Thăm trực tràng: Sờ thấy u hay không sờ thấy u, kích thước u theo chu vi trực tràng, tính chất di động của khối u	HSBA
Chất chỉ điểm ung thư	CEA trước mổ (< 5ng/ml; > 5ng/ml),	HSBA
Tổng phân tích máu	Xét nghiệm nồng độ huyết sắc tố trước mổ (Hb, g/l).	HSBA
Nội soi đại trực tràng ống mềm	+ Vị trí u so với rìa hậu môn: 1/3 trên (trực tràng cao) cách rìa hậu môn 0-5cm; 1/3 giữa (trực tràng trung bình) cách rìa hậu môn từ 5-10cm; 1/3 dưới (trực tràng thấp) cách rìa hậu môn 10-15cm [48]. + Kích thước u so với lòng trực tràng: $\leq \frac{1}{2}$ chu vi; $\frac{1}{2} - \frac{3}{4}$ chu vi, $> \frac{3}{4}$ chu vi. + Hình ảnh đại thể: thể sùi, thể loét, thể loét sùi, thể thâm nhiễm.	HSBA
MRI tiêu khung đánh giá tại 2 thời điểm trước HXT và sau HXT	- Mức độ đáp ứng xâm lấn tại chỗ sau HXT trên MRI - Mức độ đáp ứng di căn hạch sau HXT trên MRI + Vị trí u tương ứng. + Mức độ xâm lấn tại chỗ . + Di căn hạch vùng.	HSBA
Thời điểm thực hiện phẫu thuật	Là thời điểm thực hiện phẫu thuật sau khi kết thúc hóa xạ trị (tính theo tuần)	HSBA
Thời gian phẫu thuật	Là thời gian thực hiện phẫu thuật	HSBA

Vị trí u trong mổ	Đánh giá vị trí U trong mô: thấp, trung bình, cao	HSBA
Phương pháp mổ	Phẫu thuật Miles, phẫu thuật Hartzmann, phẫu thuật bảo tồn cơ thắt)	HSBA
Cách thức thực hiện miệng nối	Nối tay, nối máy	HSBA
Tai biến trong mổ	Chảy máu, tổn thương các tạng lân cận, vỡ khối u gây gieo rắc tế bào ung thư	HSBA
Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật	+ Diện cắt dưới: Tính từ bờ dưới u đến diện cắt dưới, tính theo cm. + Kích thước u theo chu vi trực tràng: < 1/2 chu vi; 1/2 - 3/4 chu vi; > 3/4 chu vi + Mức độ xâm lấn thành trực tràng + Số lượng hạch nạo vét; Số hạch di căn + Độ biệt hóa U	HSBA
Các biến chứng sau mổ	+ Chảy máu sau mổ: là tình trạng mất máu xuất hiện sau khi khâu đóng vết mổ, có thể biểu hiện bằng: Dịch máu ra nhiều ở dẫn lưu hoặc bụng chướng tăng, tụ máu tại chỗ, dấu hiệu toàn thân: mạch nhanh, huyết áp giảm, Hb giảm rõ; có thể phải mổ lại hoặc can thiệp cầm máu (qua nội soi hoặc can thiệp mạch) [49].	HSBA
	+ Nhiễm trùng vết mổ [50]: là những nhiễm khuẩn chỉ ở da và dưới da tại vết mổ nằm trong khoảng 30 ngày tính từ khi phẫu thuật (với ngày 1 là ngày phẫu thuật). Có một hoặc nhiều dấu hiệu, triệu chứng sau: . Chảy mủ từ bề mặt vết mổ. . Phát hiện được vi khuẩn từ xét nghiệm nuôi cấy hoặc không nuôi cấy từ bệnh phẩm dịch hoặc mô lấy vô trùng từ vết mổ.	HSBA

	<p>. Phẫu thuật viên phải mở vết mổ nhưng không xét nghiệm Mẫu bệnh phẩm lấy từ vết mổ và NB có ít nhất một trong những dấu hiệu sau đây: Sưng tại chỗ, đỏ hoặc nóng, cảm thấy đau hoặc đau khi chạm vào vết mổ.</p> <p>. Bác sỹ chẩn đoán là nhiễm khuẩn vết mổ nông.</p>	
	<p>+ Áp xe tồn dư sau mổ [50]: là những nhiễm khuẩn liên quan đến bất kỳ bộ phận nào của cơ thể nằm sâu hơn các lớp cân/cơ được mở hoặc thao tác khác trong quá trình phẫu thuật, trong khoảng 30 ngày hoặc 90 ngày tính từ khi phẫu thuật (với ngày 1 là ngày phẫu thuật). Và có một hoặc nhiều dấu hiệu triệu chứng sau:</p> <p>. Chảy mủ từ ống dẫn lưu đặt tại cơ quan/khoang phẫu thuật.</p> <p>. Phát hiện được vi khuẩn từ xét nghiệm nuôi cấy hoặc không nuôi cấy từ bệnh phẩm dịch hoặc mô lấy vô trùng từ cơ quan/khoang phẫu thuật.</p> <p>. Có bằng chứng của nhiễm khuẩn sâu thông qua khám thực thể, phẫu thuật lại, xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh hoặc xét nghiệm giải phẫu bệnh (mô bệnh học).</p>	HSBA
	<p>+ Rò miệng nối [37], [51]: Rò miệng nối khu trú điều trị bảo tồn hay viêm phúc mạc toàn thể phải phẫu lại. Rò miệng nối được xác định qua các biểu hiện sau:</p> <p>. Viêm phúc mạc và những bất thường liên quan: cơn đau bụng hoặc chướng bụng, mạch nhanh, sốt, vẻ mặt nhiễm trùng, bạch cầu tăng cao.</p>	HSBA

	<p>. Hoi, phân hay dịch ruột chảy ra ngoài theo dẫn lưu.</p> <p>. Áp xe tiểu khung hoặc ổ dịch được xác định rò từ miệng nối qua thăm trực tràng hoặc các phương tiện như nội soi trực tràng, chụp cản quang đại trực tràng, MRI tiểu khung.</p> <p>. Rò trực tràng - âm đạo phát hiện qua thăm âm đạo và trực tràng, MRI tiểu khung giúp củng cố chẩn đoán biến chứng.</p>	
Dẫn lưu sau mổ	- Có đặt dẫn lưu ổ bụng không? Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng: tính từ ngày mổ đến ngày bắt đầu rút dẫn lưu.	HSBA
Thời gian nằm viện hậu phẫu	- Tính theo ngày: Tính từ ngày mổ đến ngày ra viện (ngày mổ tính là ngày 1)	HSBA

2.7. Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

- Chỉ số BMI được tính theo công thức: $BMI (kg/m^2) = \text{Cân nặng (kg)} / \text{Chiều cao (m}^2\text{)}$. Đánh giá tình trạng thừa cân, béo phì theo tiêu chuẩn của WHO áp dụng cho người Châu Á [47]:

BMI (kg/m ²)	Phân loại
<18,5	Thiếu cân
18,5-22,9	Bình thường
23 – 24,9	Thừa cân
25 – 29,9	Béo phì độ 1
≥ 30	Béo phì độ 2

2.8. Phân tích và xử lý số liệu

- Theo bệnh án mẫu nghiên cứu UTTT giai đoạn II, III
- Nhập và xử lý số liệu trên máy vi tính theo chương trình SPSS 27.0
- Các phép toán được áp dụng trong nghiên cứu:
Tính tỷ lệ %.

Tính trị số trung bình của mẫu nghiên cứu.

Tính độ lệch chuẩn.

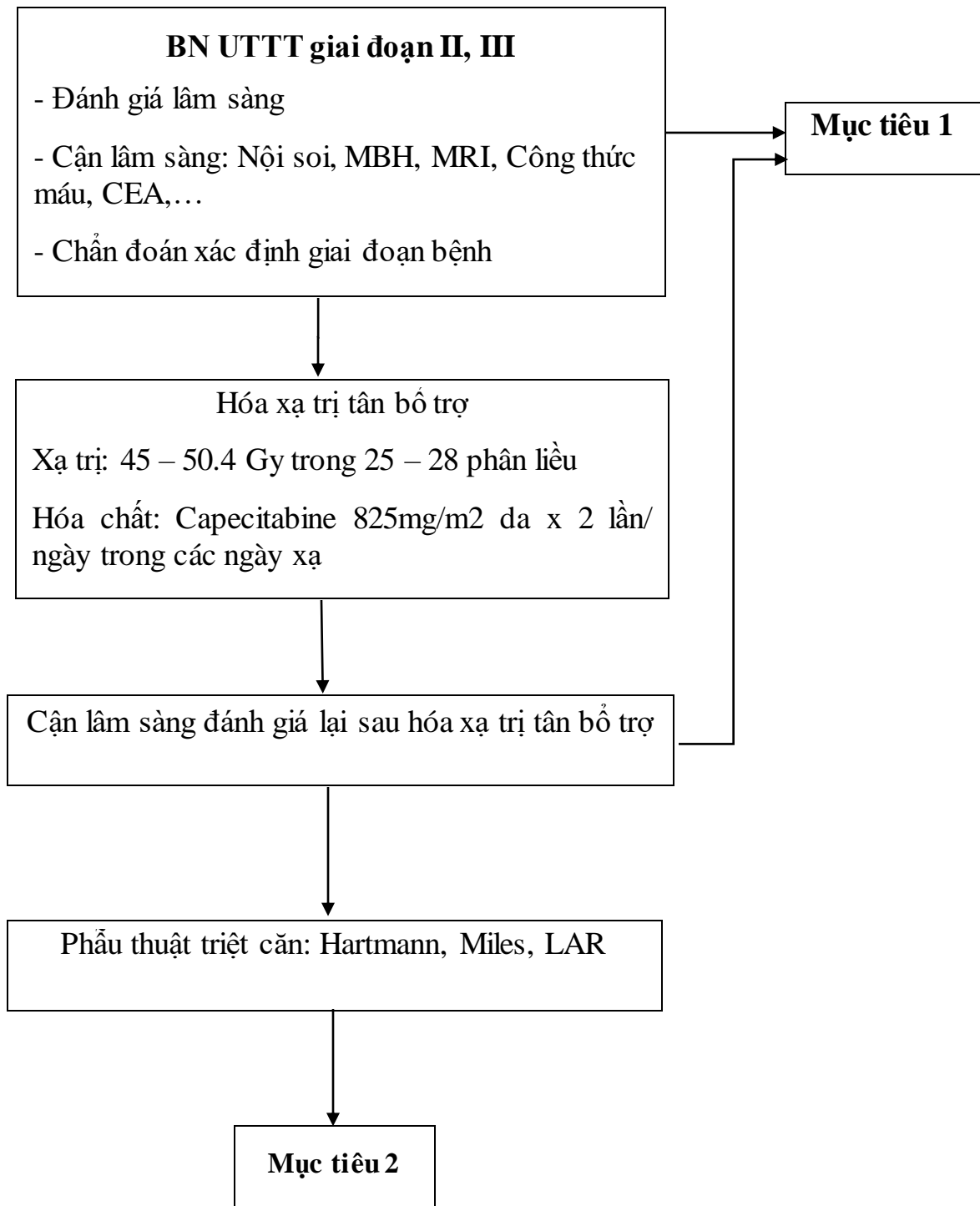
Sử dụng thuật toán Chi-square để so sánh hai tỉ lệ, T-test để so sánh 2 trung bình. Các so sánh, thống kê được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.9. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

- Tuân thủ phác đồ điều trị đa mô thức trong “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung thư” của Bộ Y tế.

- Đảm bảo những thông tin của người bệnh được giữ bí mật, đảm bảo quyền riêng tư. Khi công bố kết quả nghiên cứu chỉ công bố chỉ số, tỷ lệ, không công bố danh tính của người tham gia nghiên cứu.

- Đề tài được tiến hành sau khi được hội đồng khoa học bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh, hội đồng khoa học Sở Y tế Bắc Ninh thông qua.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU

Chương 3

DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến trực tràng được hoá xạ trị tiền phẫu sau đó phẫu thuật triệt căn từ 8/2020 - 8/2025 tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh, kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng theo các nhóm phẫu thuật (Hartmann, Miles, LAR, Chung).

3.1.1. Đặc điểm về tuổi

Bảng 3. 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Khoảng tuổi mắc bệnh	Hartmann n (%)	Miles n (%)	LAR n (%)	Chung n (%)
≤ 30				
31-40				
41-50				
51-60				
61-70				
>70				
Tuổi thấp nhất				
Tuổi cao nhất				
Tuổi trung bình				

3.1.2. Đặc điểm về giới

Bảng 3. 2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới tính	Hartmann n (%)	Miles n (%)	LAR n (%)	Chung n (%)
Nam				
Nữ				
Tổng				

3.1.3. Đặc điểm về tiền sử bệnh lý

Bảng 3. 3. Tiền sử bệnh

Tiền sử		Hartmann n (%)	Miles n (%)	LAR n (%)	Chung n (%)
Phẫu thuật ổ bụng cũ	Không				
	Có				
Tổng					
THA	Không				
	Có				
Tổng					
ĐTĐ	Không				
	Có				
Tổng					

3.1.4. Một số đặc điểm lâm sàng trước điều trị

Bảng 3. 4. Phân bố bệnh nhân theo các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng cơ năng	Hartmann n (%)	Miles n (%)	LAR n (%)	Chung n (%)
Gây sút cân				
Đau bụng				
Phân máu				
Ỉa lỏng				
Táo bón				
Thay đổi khuôn phân				
Bán tắc ruột				

Bảng 3. 5. Thăm trực tràng

Đặc điểm thăm khám	Hartmann n (%)	Miles n (%)	LAR n (%)	Chung n (%)
Thăm trực tràng				
Sờ thấy u				
Kích thước u theo chu vi trực tràng				
< 1/2 chu vi				
1/2 -3/4 chu vi				
> 3/4 chu vi				
Tổng				
Tính chất di động				
Di động tốt				
Di động hạn chế				
Tổng				

Bảng 3. 6. Chỉ số BMI trước phẫu thuật

BMI	Hartmann n (%)	Miles n (%)	LAR n (%)	Chung n (%)
<18,5				
18,5-22,9				
23 – 24,9				
25 – 29,9				

3.1.5. Một số đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. 7. Kết quả xét nghiệm CEA trước mổ

CEA	Hartmann n (%)	Miles n (%)	LAR n (%)	Chung n (%)
≤ 5 ng/ml				
> 5 ng/ml				
Tổng				

Bảng 3. 8. Số lượng Hemoglobin trước mổ

Số lượng Hemoglobin (g/ml)	Hartmann n (%)	Miles n (%)	LAR n (%)	Chung n (%)
>120 g/ml				
80-120 g/ml				
<80 g/ml				
Tổng				

Bảng 3. 9. Đặc điểm khối u qua nội soi

Đặc điểm	Hartmann n (%)	Miles n (%)	LAR n (%)	Chung n (%)
Vị trí u				
Thấp				
Trung bình				
Cao				
Tổng				
Kích thước u theo chu vi trực tràng				
<1/2 chu vi				
1/2 -3/4 chu vi				
> 3/4 chu vi				

Tổng				
Tính chất đại thể				
Sùi				
Loét				
Sùi loét				
Tổng				

Bảng 3. 10. Kết quả giải phẫu bệnh trước mổ

Độ biệt hoá	Hartmann n (%)	Miles n (%)	LAR n (%)	Chung n (%)
Cao				
Vừa				
Kém				
Tổng				

Bảng 3. 11. Đánh giá mức độ đáp ứng xâm lấn tại chỗ sau HXT trên MRI

Sau HXT	ycT2	ycT3	ycT4	Tỉ lệ giảm mức độ xâm lấn tại chỗ
Trước HXT				
cT3				
cT4				

Bảng 3. 12. Đánh giá mức độ mức độ đáp ứng di căn hạch sau HXT trên MRI

Sau HXT	ycN0	ycN1	ycN2	Tỉ lệ giảm di căn hạch vùng
Trước HXT				
cN0				
cN1				

cN2				
-----	--	--	--	--

3.2. Kết quả sớm phẫu thuật theo các nhóm phẫu thuật (Hartmann, Miles, LAR, Chung).

Bảng 3. 13. Thời điểm phẫu thuật sau hoá xạ trị

Thời điểm phẫu thuật sau HXT (Tuần)	Hartmann	Miles	LAR	Chung
Trung bình				
Ngắn nhất				
Dài nhất				

Bảng 3. 14. Thời gian phẫu thuật.

Thời gian phẫu thuật (phút)	Hartman	Miles	LAR	Chung
Trung bình				
Ngắn nhất				
Dài nhất				

Bảng 3. 15. Vị trí u trong ổ

Vị trí u	Hartmann n (%)	Miles n (%)	LAR n (%)	Chung n (%)
Thấp				
Trung bình				
Cao				
Tổng				

Bảng 3. 16. Thực hiện miệng nối

Vị trí u \ Loại miệng nối	Nội tay n (%)	Nội máy n (%)	Chung n (%)
Thấp			
Trung bình			
Cao			
Tổng			

Bảng 3. 17. Tai biến trong mổ

Tai biến trong mổ	Hartmann n (%)	Miles n (%)	LAR n (%)	Chung n (%)
Có				
Không				
Tổng				

Bảng 3. 18. Mối liên quan giữa xâm lấn u tại chỗ đối với phẫu thuật

Phẫu thuật \ Mức độ xâm lấn	Hartmann + Miles n (%)	LAR n (%)	Chung n (%)
T1+ T2			
T3 +T4			
Tổng			

Bảng 3. 19. Khoảng cách từ cực dưới u đến diện cắt dưới.

Khoảng cách (cm)	Hartman	LAR	Chung (n=56)
Trung bình			
Ngắn nhất			
Dài nhất			

Bảng 3. 20. Số hạch nạo vét được

	Hartman	Miles	LAR	Chung
Số hạch nạo vét được				
Trung bình				
Ít nhất				
Nhiều nhất				
Hạch di căn				
Trung bình				
Ít nhất				
Nhiều nhất				

Bảng 3. 21. Đánh giá việc thực hiện nạo vét đủ ≥ 12 hạch

Phẫu thuật Số hạch nạo vét	Hartman n (%)	Miles n (%)	LAR n (%)	Chung
< 12 hạch				
≥ 12 hạch				
Tổng				

Bảng 3. 22. Phân độ biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ		Hartman	Miles	LAR	Chung
Không có					
Có	Độ 1				
	Độ 2				
Tổng					

Bảng 3. 23. Các biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Hartman	Miles	LAR
Rò miệng nối			
Nhiễm trùng vết mổ			
Áp xe tồn dư			

Bảng 3. 24. Dẫn lưu sau mổ

Dẫn lưu	Hartman	Miles	LAR	Chung
Không có				
Có				

Bảng 3. 25. Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng

Thời gian rút dẫn lưu	Hartman	LAR	Chung (n=50)
Trung bình			
Ngắn nhất			
Dài nhất			

Bảng 3. 26. Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian nằm viện sau mổ	Hartman	Miles	LAR	Chung
Trung bình				
Ngắn nhất				
Dài nhất				

Chương 4
DỰ KIẾN BÀN LUẬN, KẾT LUẬN
Theo kết quả nghiên cứu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Heald R.J., Husband E.M., and Ryall R.D. (1982). The mesorectum in rectal cancer surgery--the clue to pelvic recurrence?. *Br J Surg*, **69(10)**, 613–616.
2. Kapiteijn E., Marijnen C.A., Nagtegaal I.D., et al. (2001). Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. *N Engl J Med*, **345(9)**, 638–646.
3. Ridgway P.F. and Darzi A.W. (2003). The role of total mesorectal excision in the management of rectal cancer. *Cancer Control*, **10(3)**, 205–211.
4. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2023). Rectal Cancer, Version 1.2023. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. .
5. Lindsetmo R.-O., Joh Y.-G., and Delaney C.-P. (2008). Surgical treatment for rectal cancer: an international perspective on what the medical gastroenterologist needs to know. *World J Gastroenterol*, **14(21)**, 3281–3289.
6. Vincenzo Valentini H.-J.S., Cornelis J.H. van de Velde (2012). *Multidisciplinary Management of Rectal Cancer, Questions and Answers*, Springer., .
7. Bộ y tế. Quyết định số 2549/ QĐ-BYT ngày 19-04-2018. Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư đại – trực tràng. .
8. Provenzale D., Gupta S., Ahnen D.J., et al. (2018). NCCN Guidelines Insights: Colorectal Cancer Screening, Version 1.2018. *J Natl Compr Canc Netw*, **16(8)**, 939–949.
9. Michael J. Zinner, Stanley W. Ashley (2019), *Maingot's Abdominal Operations, 13th, The McGraw-Hill Companies, 2321-2544.*, .

10. Võ Tấn Long (1999). *Ung thư Trực tràng: Đặc điểm bệnh lý và điều trị phẫu thuật. Luận án tiến sĩ, Trường đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh., .*
11. Netter FH (2016). *Chậu hông và đáy chậu. Atlas giải phẫu người, 329 - 397.*
12. Sylvain Kirzin, Guillaume Portier and Franck Lazorthes (2010). *Pouches and Coloanal Anastomosis. Atlas of procedures in surgical oncology with critical, evidence-based commentary notes, World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd., chapter 27, p: 203-208.*
13. de Haas-Kock D.F., Baeten C.G., Jager J.J., et al. (1996). Prognostic significance of radial margins of clearance in rectal cancer. *Br J Surg, 83(6), 781–785.*
14. Wu J.S. (2007). Rectal cancer staging. *Clin Colon Rectal Surg, 20(3), 148–157.*
15. Nagtegaal I.D., Odze R.D., Klimstra D., et al. (2020). The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology, 76(2), 182–188.*
16. Nguyễn Văn Hiếu và Võ Văn Xuân (2007). *Ung thư đại trực tràng và ống hậu môn, Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư, Nhà xuất bản y học, 223-235.*
17. Nguyễn Văn Hiếu (2010). *Ung thư đại trực tràng, Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư. Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 269-283.*
18. Park S.E., Choi J.H., Choi C.H., et al. (2019). Additional Chemotherapy with 5-FU plus Leucovorin between Preoperative Chemoradiotherapy and Surgery Improved Treatment Outcomes in Patients with Advanced Rectal Cancer. *J Cancer, 10(1), 186–191.*
19. Chen V.K. and Eloubeidi M.A. (2005). Endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration of intramural and extraintestinal mass lesions:

- diagnostic accuracy, complication assessment, and impact on management. *Endoscopy*, **37(10)**, 984–989.
20. Will O., Purkayastha S., Chan C., et al. (2006). Diagnostic precision of nanoparticle-enhanced MRI for lymph-node metastases: a meta-analysis. *Lancet Oncol*, **7(1)**, 52–60.
 21. Raman S.P., Horton K.M., and Fishman E.K. (2013). Computed tomography of Crohn's disease: The role of three dimensional technique. *World J Radiol*, **5(5)**, 193–201.
 22. Mesorectal Fascia Invasion after Neoadjuvant Chemotherapy and Radiation Therapy for Locally Advanced Rectal Cancer: Accuracy of MR Imaging for PredictionRadiology.<<https://pubs.rsna.org/doi/abs/10.1148/radiol.2462070042?journalCode=radiology>>, accessed: 11/04/2025.
 23. Titu L.V., Nicholson A.A., Hartley J.E., et al. (2006). Routine follow-up by magnetic resonance imaging does not improve detection of resectable local recurrences from colorectal cancer. *Ann Surg*, **243(3)**, 348–352.
 24. Engin G. and Sharifov R. (2017). Magnetic resonance imaging for diagnosis and neoadjuvant treatment evaluation in locally advanced rectal cancer: A pictorial review. *World J Clin Oncol*, **8(3)**, 214–229.
 25. Galaychuk I. and Bilyansky L.S. (2018). TNM classification of colorectal cancer, 8th edition (2017): clinical application. *Surgery of Ukraine*, 7–10.
 26. Bleday R., Brindzei N. (2011). *Surgical Treatment of Rectal Cancer. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery, Second Edition, Springer, pages 743-759.*
 27. Law W.L. and Chu K.W. (2004). Anterior resection for rectal cancer with mesorectal excision: a prospective evaluation of 622 patients. *Ann Surg*, **240(2)**, 260–268.

28. Simunovic M., Smith A.J., and Heald R.J. (2009). Rectal cancer surgery and regional lymph nodes. *J Surg Oncol*, **99**(4), 256–259.
29. Masson E. Exérèse totale du mésorectum et conservation de l'innervation autonome à destinée génito-urinaire dans la chirurgie du cancer du rectum. EM-Consulte, <<https://www.em-consulte.com/article/22122/exerese-totale-du-mesorectum-et-conservation-de-l->>, accessed: 11/04/2025.
30. Bill J. Heald (2010). *Technical Notes on TME for Rectal Cancer. Atlas of procedures in surgical oncology with critical, evidence-based commentary notes*, World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd., chapter 25, 187-194.,.
31. Nguyễn Văn Hiếu (2015). *Ung thư đại trực tràng*. Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội., .
32. Phạm Cẩm Phương (2013). *Nghiên cứu hiệu quả của hóa xạ trị tiền phẫu trong điều trị bệnh ung thư trực tràng giai đoạn xâm lấn*, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội., .
33. de Calan L., Gayet B., Bourlier P., et al. (2004). Chirurgie du cancer du rectum par laparotomie et par laparoscopie. *EMC - Chirurgie*, **1**(3), 231–274.
34. McNamara D.A. and Parc R. (2003). Methods and results of sphincter-preserving surgery for rectal cancer. *Cancer Control*, **10**(3), 212–218.
35. Brisinda G., Vanella S., Cadeddu F., et al. (2009). End-to-end versus end-to-side stapled anastomoses after anterior resection for rectal cancer. *J Surg Oncol*, **99**(1), 75–79.
36. Heriot A.G., Tekkis P.P., Constantinides V., et al. (2006). Meta-analysis of colonic reservoirs versus straight coloanal anastomosis after anterior resection. *Br J Surg*, **93**(1), 19–32.
37. Rahbari N.N., Weitz J., Hohenberger W., et al. (2010). Definition and grading of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum:

a proposal by the International Study Group of Rectal Cancer. *Surgery*, **147(3)**, 339–351.

39. Mai Trọng Khoa và Nguyễn Xuân Cử (2012). *Một số tiến bộ về kỹ thuật xạ trị ung thư và ứng dụng lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội., .
40. Hành N.M., Tuệ H.T., Tường P.N., et al. (2023). Đánh giá kết quả hóa-xạ trị tiền phẫu và phẫu thuật ung thư trực tràng tiến triển tại chỗ. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*.
41. Quách Văn Kiên (2019). *Điều trị phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng giữa và dưới*, Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
42. Lê Quốc Tuấn (2020), *ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN VÀ NỐI MÁY TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG GIỮA VÀ THẤP*, Trường Đại học Y Hà Nội.
43. Trần Anh Cường (2017), *Nghiên cứu đặc điểm di căn hạch và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng tại bệnh viện K*, Trường Đại học Y Hà Nội.
44. Koyama M., Murata A., Sakamoto Y., et al. (2016). Risk Factors for Anastomotic Leakage After Intersphincteric Resection Without a Protective Defunctioning Stoma for Lower Rectal Cancer. *Ann Surg Oncol*, **23 Suppl 2**, S249-256.
45. Seo S.I., Yu C.S., Kim G.S., et al. (2013). The Role of Diverting Stoma After an Ultra-low Anterior Resection for Rectal Cancer. *Ann Coloproctol*, **29(2)**, 66–71.

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC I: PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN BỆNH NHÂN

A. Thông tin bệnh nhân

I. Họ tên: **Tuổi:** **Giới:**

Ngày vào viện: Ngày ra viện:.....

Mã bệnh án: Số điện thoại:

Số điện thoại:

II. Hỏi bệnh

1. Lý do viện:

2. Triệu chứng:

1 Đại tiện phân có nhày máu.

2 Cảm giác mót rặn.

3 Khuôn phân nhỏ, dẹt.

4 Sút cân.....kg/tháng.

5 Đau tức hậu môn.

6 Nổi u vùng bụng.

7 Bán tắc ruột.

8 Tắc ruột.

9 Đau hạ vị.

10 Đại tiện phân lỏng, sống phân.

11 Táo bón

Số lần đi ngoài trung bình trong 1 ngày: lần

Dấu hiệu khác:.....

3. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi bệnh nhân vào viện:
.....tuần.....tháng.....năm.....không rõ

4. Các chẩn đoán trước đây: 1 Viêm đại tràng 2 Polyp đại trực tràng 3 Bệnh trĩ. 4 K trực tràng 5 Rối loạn chức năng đại tràng 6 Chẩn đoán khác

5. Tiền sử

5.1. Bản thân: 1: có; 2: không

Uống rượu 1 ; 2năm

Hút thuốc 1 ; 2năm

Polyp đại trực tràng 1 ; 2năm

Bệnh tim mạch 1 ; 2năm

Đái tháo đường 1 ; 2năm

THA: 1 ; 2năm

5.2. Gia đình:

Có người bị ung thư đại trực tràng

Polyp đại trực tràng

Các bệnh ung thư khác

Đa polyp

III. Khám bệnh

1. Toàn thân Thể trạng:..... Chiều cao.....Cân nặng.....kg.

PS=

Gày sút.....kg trong.....tháng. Diện tích da.....m²

Mạch.....T0.....Huyết áp.....mmHg

2. Bộ phận

- Hình vẽ Thăm trực tràng + nội soi trước điều trị
- Khối u cách rìa hậu môn.....cm
- Hình dạng: Sùi loét, Sùi+loét, Xơ chít hẹp, Thâm nhiễm
- Mật độ: Mềm 1 cứng chắc 2 Ranh giới Rõ 1 không rõ

Kích thước u:x.....x..... cm; đường kính lớn nhất:.....cm

* Thể tích khối u so với chu vi trực tràng”

Không thấy u trong lòng trực tràng

Khối u chiếm đến 1/4 chu vi

Khối u chiếm đến 3/4 chu vi

Khối u chiếm đến 4/4 chu vi

IV. Cận lâm sàng:

1. Giải phẫu bệnh:(qua sinh thiết nội soi)
2. Công hưởng từ tiểu khung:
3. CT ổ bụng:
4. Công thức máu:

Thời gian	Hb	TC	BC	BC hạt
-----------	----	----	----	--------

Trước mổ

5. Sinh hoá, miễn dịch máu:

Thời gian	Glucose	AST	ALT	Creatinin	ure	CEA
-----------	---------	-----	-----	-----------	-----	-----

Trước mổ

V. Điều trị

- Liều hóa xạ trị tiền phẫu
- Đánh giá giai đoạn trước điều trị tân hỗ trợ:
- Đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật:

. Kết quả trong mổ

Phương pháp vô cảm:

Ngày mổ:

Thời gian mổ:.....phút.

Lượng máu mất:ml

Thời gian hậu phẫu: ngày

Hậu môn nhân tạo bảo vệ: Có Không

Khoảng cách diện cắt dưới u:cm

Số lượng hạch vét được:

Giải phẫu bệnh sau mổ

Diện cắt dương tính: Có Không

Giai đoạn sau PT: ypTNM

Tai biến trong mổ, sau mổ:

Tổn thương niệu quản

Tổn thương bàng quang

Thủng cùng đồ, âm đạo

Chảy máu

Rò miệng nối

Nhiễm trùng vết mổ

Hẹp miệng nối

Tắc ruột sớm sau mổ

Rối loạn chức năng bàng quang

Tử vong

PHỤ LỤC II

Thang điểm ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)

Độ

Thang điểm ECOG

- 0 Hoạt động bình thường, có khả năng làm việc bình thường.
- 1 Hoạt động hạn chế, cần phải có sự cố gắng khi làm việc; đi lại được và có khả năng làm việc nhẹ tại nhà và nơi làm việc.
- 2 Đi lại được và có khả năng tự phục vụ các hoạt động của bản thân nhưng không thể làm việc. Đi lại trên 50% thời gian thức.
- 3 Có khả năng tự phục vụ một số hoạt động của bản thân, ngồi hoặc nằm 50% trên ghế hoặc giường trong thời gian thức.
- 4 Mất khả năng hoàn toàn. Không thể tự phục vụ. Ngồi hoặc nằm hoàn toàn trên ghế hoặc giường.
- 5 Tử vong