

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2

NGUYỄN THẾ BẮC

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SÓM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG
THỰC TRẠNG
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Bắc Ninh– 2026
SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG
THƯ' TRỰC TRÀNG
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Người thực hiện: Nguyễn Thế Bắc

Bắc Ninh – 2026

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1	3
TỔNG QUAN	3
1.1. Giải phẫu của trực tràng.....	3
1.2. Chẩn đoán ung thư trực tràng	9
1.3. Phân chia giai đoạn trong ung thư trực tràng	12
1.4. Điều trị ung thư trực tràng	14
1.5. Chỉ định, kỹ thuật cắt ung thư biểu mô trực tràng bằng phẫu thuật nội soi	19
1.6. Các phương pháp đánh giá đau sau mổ.....	24
1.7. Kết quả điều trị phẫu thuật tại Việt Nam và thế giới	25
1.8. Giới thiệu tóm tắt về Bệnh viện đa khoa Bắc ninh số 2.....	27
CHƯƠNG 2	29
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	29
2.1. Đối tượng nghiên cứu	29
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu	29
2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc	29
2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu.....	30
2.5. Phương pháp chọn mẫu	30
2.6. Phương pháp thu thập số liệu.....	30
2.7. Các biến số nghiên cứu.....	31
2.8. Phương pháp phân tích số liệu	36
2.9. Đạo đức nghiên cứu.....	36

CHƯƠNG 3	38
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	38
3.1. Đặc điểm chung.....	38
3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng	39
3.3. Kết quả phẫu thuật.....	42
CHƯƠNG 4	10
BÀN LUẬN.....	10
TÀI LIỆU THAM KHẢO	11

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

APR:	Abdominoperineal Resection (Cắt cụt trực tràng)
AJCC:	American Joint Committee on Cancer (Hiệp hội ung thư Mỹ)
BV:	Bệnh viện
CDHA:	Chẩn đoán hình ảnh
CLVT:	Chụp cắt lớp vi tính
CRM:	Circumferential resection margin (diện cắt vòng quanh)
ĐM:	Động mạch
ĐMCB:	Động mạch chủ bụng
ĐMMTTD:	Động mạch mạc treo tràng dưới
GPB:	Giải phẫu bệnh
HMNT:	Hậu môn nhân tạo
LAR:	Low anterior resection (Cắt trước thấp)
MRI:	Chụp cộng hưởng từ
PME:	Partial mesorectal excision (Cắt một phần mạc treo trực tràng)
TM:	Tĩnh mạch
TME:	Total mesorectal excision (Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng)
TMMTTD:	Tĩnh mạch mạc treo tràng dưới
TRUS:	Transrectal ultrasound (Siêu âm nội soi trực tràng)
TSM:	Tầng sinh môn
UTTT:	Ung thư trực tràng

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Phân loại ung thư trực tràng theo TNM	20
Bảng 1.2. Phân loại giai đoạn ung thư trực tràng	21
Bảng 2.1: Các biến số nghiên cứu	31
Bảng 3.1: Phân bố theo tuổi.....	46
Bảng 3.2: Đặc điểm về giới	46
Bảng 3.3: Thời gian mắc bệnh.....	47
Bảng 3.4: Triệu chứng lâm sàng.....	47
Bảng 3.5: Sờ thấy khối u qua thăm trực tràng.....	47
Bảng 3.6: Tình trạng thiếu máu	48
Bảng 3.7: Vị trí u trực tràng qua nội soi ống mềm.....	48
Bảng 3.8: Mức độ xâm lấn của khối u dựa vào kết quả CLVT, MRI tiểu khung	48
Bảng 3.9: Diện cắt dưới khối u sau phẫu thuật	49
Bảng 3.10: Phân loại giai đoạn bệnh theo TNM sau mổ	49
Bảng 3.11: Phương pháp phẫu thuật	50
Bảng 3.12: Thời gian phẫu thuật.....	50
Bảng 3.13: Thời gian có trung tiện	51
Bảng 3.14: Thời gian nằm viện sau mổ	51
Bảng 3.15: Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ	52
Bảng 3.16: Biến chứng sau phẫu thuật	52

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1: Động mạch của trực tràng.....	5
Hình 1.2: Tĩnh mạch của trực tràng.....	7
Hình 1.3: Bạch huyết của trực tràng	8

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là một trong những bệnh ung thư thường gặp, chiếm gần một phần ba bệnh lý ung thư đại trực tràng, trong đó ung thư biểu mô tuyến (Adenocarcinoma) chiếm tới 97%[6, 24]

Ung thư đại trực tràng hay gặp ở Hoa Kỳ, Canada, Tây Âu; tỷ lệ mắc trung bình ở các nước Đông Âu và các nước đang phát triển; tỷ lệ mắc thấp nhất ở các nước Châu Á, Châu Phi và Châu Mỹ la tinh[20]. Tại Hoa Kỳ, mỗi năm có khoảng 149.500 ca mới mắc ung thư đại trực tràng, trong đó khoảng 45.230 người mắc ung thư trực tràng[15]. Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng hậu môn đứng hàng thứ 5 sau ung thư phổi, dạ dày, gan, vú[15].

Trên thế giới, chẩn đoán và điều trị ung thư trực tràng đã có nhiều tiến bộ. Siêu âm nội soi trực tràng và đặc biệt là vai trò rất quan trọng của MRI tiểu khung trong xác định mức độ xâm lấn khối u vào mạc treo trực tràng giúp chẩn đoán chính xác giai đoạn bệnh trước mổ, từ đó đưa ra được chiến lược điều trị phù hợp.

Điều trị ung thư trực tràng là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật là nền tảng của điều trị triệt căn đối với những bệnh nhân được phát hiện bệnh ở giai đoạn còn khả năng cắt bỏ ung thư[19]. Hóa xạ trị tiền phẫu dần chứng minh vai trò đối với UTTT, làm tăng khả năng cắt bỏ triệt căn, giảm nguy cơ tái phát tại chỗ, tăng cơ hội bảo tồn cơ thắt hậu môn. Đồng thời, với sự hiểu biết về mặt giải phẫu trực tràng, mạc treo trực tràng và sự phân bố hạch, giúp phẫu thuật ngày càng triệt căn hơn, đặc biệt phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) đã làm giảm tỉ lệ tái phát sau mổ (4-7%) so với phẫu thuật kinh điển (14 - 45%)[16, 25].

Bên cạnh những tiến hóa vượt bậc đó, những thay đổi kỹ thuật vẫn đang tiếp tục được nghiên cứu, phát triển nhằm đưa ra phương thức phẫu thuật bảo tồn cơ thắt an toàn và ít xâm lấn như phẫu thuật cắt đoạn trực tràng với miệng

nói thấp, rất thấp và miệng nói đại tràng - ống hậu môn. Phẫu thuật nội soi (PTNS) trong UTTT giữa và dưới đang dần chứng minh ưu điểm về kỹ thuật, lợi ích về kết quả sớm cũng như vẫn đảm bảo kết quả xa như mổ mở. Tỷ lệ sống trên 5 năm sau phẫu thuật có thể đạt 65 - 75%[25, 31].

Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi được áp dụng trong điều trị ung thư trực tràng, hiện nay ngày càng phát triển và được áp dụng ở nhiều trung tâm phẫu thuật lớn trong cả nước.

Tại bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 là cơ sở tuyến tỉnh tiếp nhận và điều trị bệnh nhân ung thư trực tràng trong khu vực, trong đó phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng đã được triển khai trong những năm gần đây, tuy nhiên các số liệu đánh giá kết quả còn hạn chế. Vì vậy nghiên cứu này nhằm thực hiện: **“Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2”** nhằm 2 mục tiêu:

- 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2.*
- 2. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN

1.1. Giải phẫu của trực tràng

1.1.1. Giới hạn của trực tràng

Trực tràng là đoạn cuối của ống tiêu hoá. Ống hậu môn (OHM) là phần thấp nhất của trực tràng. Trực tràng dài 12 – 15cm, chia làm hai đoạn. Đoạn trên phình to là bóng trực tràng, dài 10 – 12cm, nằm trong tiêu khung, đoạn dưới nhỏ là ống hậu môn (HM) dài 2 – 3cm, nằm trong đáy chậu. Về mặt giải phẫu, đoạn trực tràng gồm 2 phần: phần trực tràng tiêu khung hay bóng trực tràng, có khả năng co bóp nằm trong phần lõm của xương cùng cụt, và phần trực tràng tầng sinh môn hay ống hậu môn. Về phẫu thuật, trực tràng được chia ra 3 phần:

- Phần cao trực tràng, nằm ở vị trí trên túi cùng Douglas, tức nằm trong khoảng 10 – 15 cm cách rìa hậu môn.

- Phần dưới trực tràng, nửa dưới của bóng trực tràng, đi xuống dưới tới bờ trên của cơ nâng, tức là liên quan đến phần trực tràng ngoài phúc mạc, có thể khám được bằng thăm hậu môn. Đoạn này nằm trong khoảng cách từ 3-4 đến 10 cm cách rìa hậu môn.

- Phần trực tràng tầng sinh môn hay ống hậu môn, nằm trong khoảng từ 0 đến 3-4 cm cách rìa hậu môn.

1.1.2. Cấu tạo của trực tràng

Trực tràng gồm 4 lớp: bao thứ thanh mạc, lớp cơ, lớp dưới niêm mạc và niêm mạc.

Bao thứ thanh mạc: Trực tràng được phúc mạc phủ ở phía trên, ở phía dưới và phía sau được bao bọc trong một tổ chức liên kết.

Phúc mạc phủ mặt trước (1/3 trên) và hai mặt bên (1/4 trên) của trực tràng, sau đó phúc mạc quặt ngược lên ở giữa để phủ bàng quang (nam), tử cung (nữ) và quặt ngược lên để phủ thành bên của chậu hông.

Bao thứ trực tràng: Ở dưới phúc mạc, trực tràng nằm trong ô trực tràng, bao quanh bởi 1 bao do tổ chức liên kết dưới phúc mạc chậu hông tạo nên, gọi là bao thứ của trực tràng. Bao thứ gồm các sợi cơ, thần kinh và mạch máu, quây kín bốn mặt của trực tràng (ở trước bởi cân tiền liệt - phúc mạc, ở hai bên là mảnh cùng mu, ở sau bởi mảnh sau trực tràng, ở dưới là 2 cơ nâng hậu môn)

Lớp cơ: Trực tràng có 2 lớp cơ (cơ dọc ở nông và cơ vòng ở sâu)

Lớp cơ dọc: Không tụ lại thành dải cơ dọc như ở đại tràng mà tỏa ra thành các dải nhỏ, phân bố đều đặn trên mặt trực tràng.

Lớp cơ vòng: Tiếp tục lớp cơ vòng của đại tràng xích-ma, nhưng càng xuống dưới càng dày và tới phần ống hậu môn thì tạo thành cơ thắt trơn thực sự (cơ này dày 3-6mm, cao tới 4-5cm, nằm ở phía trong cơ thắt vân hậu môn). Cơ thắt vân hậu môn vòng xung quanh hậu môn ở 2/3 dưới.

Lớp dưới niêm mạc: là một tổ chức chứa nhiều mạch máu và thần kinh có đám rối tĩnh mạch trực tràng.

Lớp niêm mạc: ở đoạn trên trực tràng là biểu mô trụ đơn, ở vùng tiếp giáp với ống hậu môn, chuyển dần sang biểu mô vuông tầng, rồi biểu mô lát tầng không sừng hoá[1].

1.1.3. Liên quan của trực tràng

Ở phía sau: trực tràng liên quan đến xương cùng, xương cụt, cơ nâng hậu môn, cơ cụt, các mạch máu cùng giữa, và rễ của đám rối thần kinh cùng.

Ở phía trước: liên quan khác nhau giữa nam và nữ.

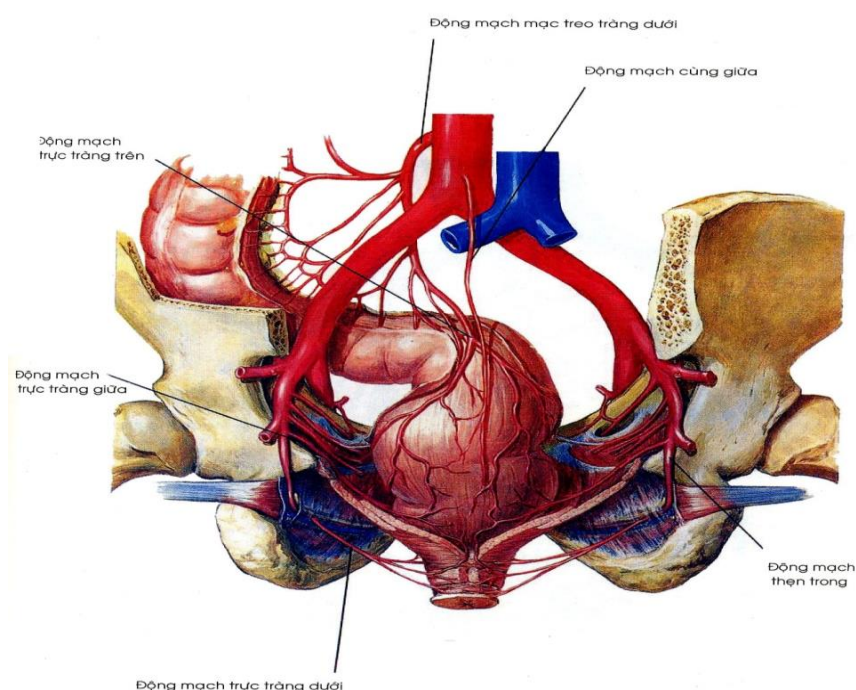
Ở nam: Trực tràng ngoài phúc mạc liên quan đến tiền liệt tuyến, túi tinh ống dẫn tinh, niệu quản, bàng quang. Trực tràng trong phúc mạc liên quan đến các quai ruột non và đại tràng sigma.

Ở nữ: Trực tràng đoạn ngoài phúc mạc nằm sau thành sau âm đạo, phần trực tràng trong phúc mạc liên quan đến phần trên âm đạo, tử cung, vòi trứng, buồng trứng, ruột non, đại tràng sigma[23].

1.1.4. Mạch máu của trực tràng

Động mạch: Trực tràng được nuôi dưỡng bởi 4 động mạch:

ĐM trực tràng trên: là nhánh tận của động mạch mạc treo tràng dưới, động mạch này đi từ trên xuống, tới đầu trên của trực tràng thì chia hai nhánh nằm hai bên trực tràng và tận cùng ngay trên đường lược. Trên đường đi nó cho các nhánh xuyên qua cơ đến lớp niêm mạc của vùng trên đường lược.



Hình 1.1: Động mạch của trực tràng

Nguồn: Atlas giải phẫu người theo Frank Netter (2004)[9]

ĐM trực tràng giữa: xuất phát từ động mạch chậu trong, đi từ trên xuống dưới, khi tới thành trước bên của phần giữa trực tràng thì cho các nhánh nối với động mạch trực tràng trên và động mạch trực tràng dưới. Động mạch này cấp máu cho phần dưới bóng trực tràng và phần trên ống hậu môn.

ĐM trực tràng dưới: xuất phát từ động mạch thẹn trong (là một trong những nhánh ngoài chậu hông của động mạch chậu trong. Động mạch này cho nhánh nuôi cơ thắt ngoài, cơ thắt trong, nhánh tận cấp máu cho ống hậu môn và da quanh hậu môn.

ĐM cùng giữa: xuất phát từ mặt sau động mạch chủ bụng, trên chỗ chia đôi thành 2 động mạch chậu gốc chừng 1,5cm. Động mạch này đi trước các đốt sống thắt lưng IV, V, xương cùng, xương cụt và đi sau tĩnh mạch chậu gốc trái, thần kinh trước cùng và các mạch máu trực tràng trên. Động mạch này cấp máu cho phần thấp của trực tràng, xương cùng, xương cụt[23].

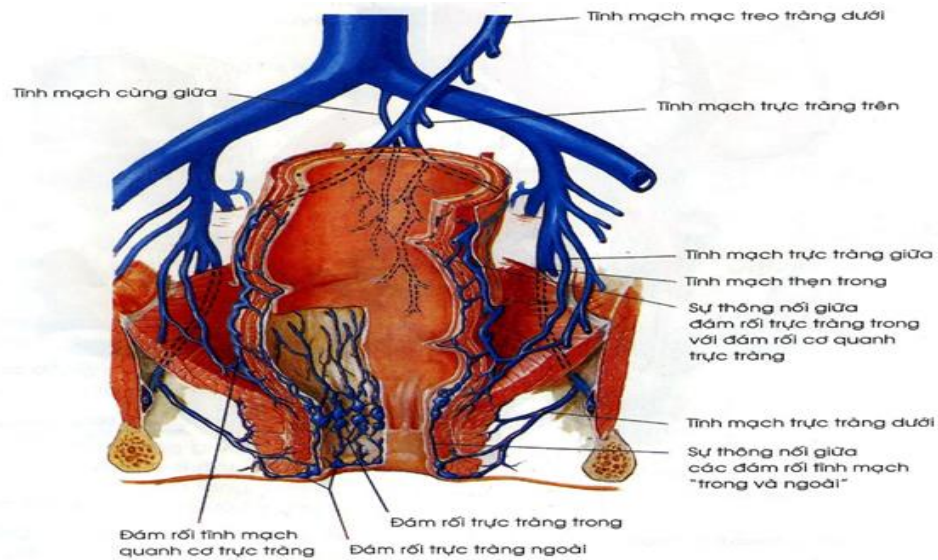
Tĩnh mạch

Các tĩnh mạch trực tràng bắt nguồn từ một hệ thống tĩnh mạch đặc biệt, hợp thành một đám rối ở trong thành trực tràng và nhất là lớp dưới niêm mạc. Đám rối này rất phát triển ở phần dưới trực tràng ngay phía trên van hậu môn. Đám rối tĩnh mạch sẽ đổ về 3 tĩnh mạch trực tràng:

Tĩnh mạch trực tràng trên: Từ đám rối tĩnh mạch ở phần dưới trực tràng, có một số ngành đi lên trên để tụ thành tĩnh mạch trực tràng trên. Tĩnh mạch này chạy trước động mạch và khi tới đầu trên trực tràng tạo nên nguyên ủy của tĩnh mạch mạc treo tràng dưới.

Tĩnh mạch trực tràng giữa: bắt nguồn từ đám rối tĩnh mạch của bóng trực tràng, từ các tĩnh mạch của túi tinh và của tuyến tiền liệt (nam giới) hoặc từ âm đạo và tử cung (nữ giới), rồi đi theo động mạch cùng tên đổ vào tĩnh mạch chậu trong.

Tĩnh mạch trực tràng dưới: bắt nguồn từ đám rối tĩnh mạch của niêm mạc và cơ của vùng ống hậu môn, các tĩnh mạch xung quanh cơ thắt hậu môn. Tĩnh mạch này đi qua hố ngồi trực tràng để đổ về tĩnh mạch thẹn trong (nhánh của tĩnh mạch chậu trong)[23].



Hình 1.2: Tĩnh mạch của trực tràng

Nguồn: Atlas giải phẫu người theo Frank Netter (2004)[9]

1.1.5. Bạch huyết của trực tràng

Bạch huyết của trực tràng đổ về 3 cuống đi theo 3 cuống mạch của trực tràng.

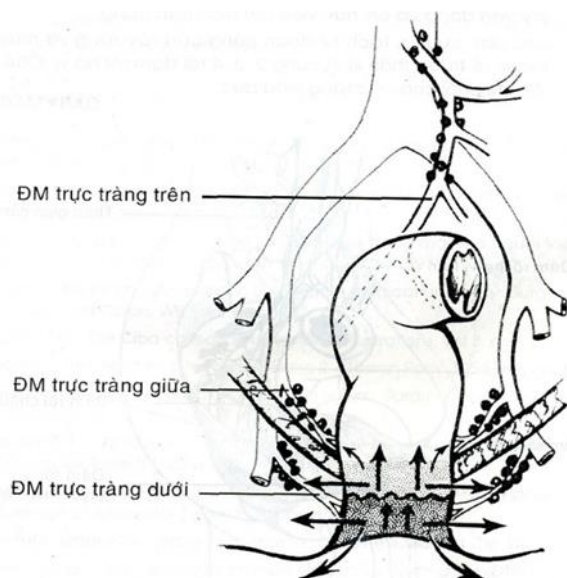
Cuống trên: bạch huyết đổ vào 2, 3 hạch trực tràng trên (hạch Mondor), náu ở dưới hay nằm ở trên chạc của hai động mạch trực tràng trên. Bạch huyết từ hạch trực tràng trên chạy lên trên, vào đám hạch Cuneo ở chỗ nguyên phát của động mạch xích-ma.

Cuống giữa: Bạch huyết đổ vào nhóm hạch ở chỗ mà động mạch trực tràng giữa tách ở động mạch hạ vị, nhưng phần lớn bạch huyết ở cuống giữa chạy lên cuống trên.

Cuống dưới: gồm 2 vùng.

Vùng chậu hông: bạch huyết của phần dưới bóng trực tràng đổ vào các hạch nằm dọc các động mạch cùng bên và các hạch ở góc nhô.

Vùng đáy chậu: bạch huyết đổ vào các hạch bẹn nông nằm trong tam giác Scarpa[1].



Hình 1.3: Bạch huyết của trực tràng

Nguồn: Ung thư hậu môn trực tràng theo Nguyễn Đình Hối [5]

1.1.6. Thần kinh của trực tràng

Thần kinh sống: dây thần kinh hậu môn tách ra từ dây cùng III và cùng IV, chui qua khuyết hông lớn ra mông, rồi lại chui vào hố ngồi trực tràng qua khuyết hông nhỏ. Vận động cơ thắt vận hậu môn và cảm giác da ở vùng quanh hậu môn.

Thần kinh thực vật: có các nhánh tách ra ở đám rối hạ vị

Các sợi giao cảm từ hạch giao cảm thắt lưng.

Các sợi phó giao cảm từ 2 nguồn:

Các nhánh tận cùng của dây X, qua đám rối mạc treo tràng dưới, qua dây cùng trước và dây hạ vị đi xuống. Các nhánh này chỉ huy vận động và tiết dịch của trực tràng.

Các dây cương tách ra từ đoạn cùng của tủy sống và mượn đường đi của rễ trước thần kinh cùng 2, 3, 4 tới đám rối hạ vị, các dây này còn chi phối cho các tạng niệu dục[1].

1.1.7. Mạc treo của trực tràng

Mạc treo trực tràng là tổ chức liên kết mỡ bao quanh trực tràng, được bọc trong một lớp cân mỏng, là sự tiếp nối liên tục của mạc treo đại tràng sigma dần dần bao quanh toàn bộ trực tràng dưới chỗ lật phức mạc của túi cùng Douglas. Mạc treo trực tràng chứa các mạch máu cũng như các ống bạch huyết và các hạch bạch huyết của trực tràng. Trong phẫu thuật ung thư trực tràng, việc cắt mạc treo trực tràng toàn bộ và cắt một phần mạc treo trực tràng có vai trò rất lớn quyết định đến tỉ lệ tái phát ung thư tại chỗ[25].

1.2. Chẩn đoán ung thư trực tràng

Do vị trí giải phẫu của trực tràng, cùng với những tiến bộ trong nội soi tiêu hóa mà việc chẩn đoán ung thư trực tràng khá thuận lợi. Việc chẩn đoán dựa vào soi trực tràng và lấy mảnh tổ chức làm giải phẫu bệnh. Đánh giá xâm lấn tại chỗ trước mổ được thực hiện dựa trên khám thực thể, nội soi, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, siêu âm nội soi[38].

1.2.1. Triệu chứng lâm sàng của ung thư trực tràng

Triệu chứng cơ năng

Đại tiện ra máu: là triệu chứng có sớm và thường xuyên, máu thường không nhiều, màu đỏ lẫn nhày. Những bệnh nhân ung thư ở giai đoạn sớm có thể chỉ phát hiện tình cờ do khám sức khỏe.

Mót rặn, khó chịu khi đi ngoài, đi ngoài ngày nhiều lần, phân nhày máu mũi, đi xong vẫn muốn rặn tiếp hay gặp trong u phần thấp trực tràng.

Đi ngoài phân nhỏ dẹp do nguy cơ ruột gặp phải vật cản như khối u, polyp lớn khiến hình dạng và kích thước phân thay đổi. Có thể có đau quặn bụng, khi khối u lớn gây hẹp lòng ruột hoặc tắc ruột.

Ung thư trực tràng xâm lấn vào cơ thắt hậu môn sẽ gây đau nhiều.

Có thể đau vùng cùng cụt khi khối u lớn chèn ép hoặc xâm lấn vào thần kinh vùng chậu. Khi ung thư xâm lấn bàng quang sẽ có viêm bàng quang hoặc xảy ra rò trực tràng bàng quang.

Triệu chứng thực thể

Thăm trực tràng có thể sờ thấy khối u sùi, dễ chảy máu. Có thể thấy một ổ loét, nền và thành trực tràng xung quanh cứng.

Có thể thấy một khối u đẩy lùi niêm mạc trực tràng (thường là sarcoma). Có khi thấy một vùng thâm nhiễm cứng. Cần xác định chính xác khoảng cách từ khối u đến rìa hậu môn, mức độ gây hẹp chu vi lòng trực tràng, mức độ di động của u so với thành trực tràng và các tạng xung quanh, tình trạng cơ thắt hậu môn.

Ở phụ nữ, thường phải kết hợp với khám âm đạo để đánh giá xâm lấn của ung thư trực tràng và phân biệt với ung thư cổ tử cung.

Có thể có tắc ruột khi khối u gây chít hẹp hoàn toàn trực tràng[5, 23].

Triệu chứng toàn thân.

Giai đoạn sớm thường không có biểu hiện gì. Giai đoạn muộn bệnh nhân thường mệt mỏi, chán ăn, gầy sút, thiếu máu[1, 9].

1.2.2. Cận lâm sàng

Nội soi trực tràng, soi đại tràng

Soi trực tràng ống cứng hoặc ống mềm cho biết hình ảnh đại thể khối u, mức độ hẹp chiếm chu vi của lòng trực tràng, khoảng cách từ khối u đến đường lược. Đặc biệt, qua nội soi sinh thiết u làm giải phẫu bệnh. Ngoài ra, nội soi đại tràng toàn bộ để phát hiện các tổn thương ung thư ở vị trí khác của đại tràng[4, 5, 23].

Siêu âm nội soi

Siêu âm nội soi (TRUS) là phương tiện chẩn đoán hình ảnh trong việc đánh giá giai đoạn khối u tại chỗ (locoregional tumor staging). Cả hai phương tiện này có độ chính xác cao hơn cả chụp cắt lớp vi tính khi đánh giá mức độ

xâm lấn tại chỗ, tình trạng hạch và dự đoán diện cắt chu vi (the circumferential resection margin - CRM) trước phẫu thuật[27].

Một vài nghiên cứu cho thấy siêu âm nội soi có độ chính xác trong chẩn đoán mức độ xâm lấn tại chỗ hơn chụp cộng hưởng từ và chụp cắt lớp vi tính. Độ chính xác của siêu âm nội soi thay đổi từ 80 - 95 % so với 75 - 85 % của chụp cộng hưởng từ, 65 - 75 % của chụp cắt lớp vi tính. Độ chính xác là 95% khi phân biệt xem một khối u trực tràng còn ở giới hạn thành trực tràng hay đã xâm lấn qua thành trực tràng (nghĩa là phân biệt u giai đoạn T1 và T2 với u giai đoạn T3)[27].

Siêu âm nội soi xác định chính xác hạch vùng khoảng từ 70 - 75 %, chụp cắt lớp vi tính là 55 - 65 %, chụp cộng hưởng từ là 60 - 65 %[38].

Chụp cắt lớp vi tính

Chụp cắt lớp vi tính là phương tiện có ích cho việc đánh giá di căn xa và xác định các biến chứng liên quan đến khối u (thủng, rò) nhưng hạn chế trong việc đánh giá xâm lấn tại chỗ và hạch vùng.

Khi đánh giá bệnh nhân có khối u giai đoạn muộn, mức độ xâm lấn chính xác đạt từ 79% đến 94%, giảm xuống từ 52% đến 74% với khối u bé hơn. Độ nhạy của chụp cắt lớp vi tính cho việc phát hiện hạch quanh trực tràng phụ thuộc tiêu chuẩn kích thước hạch tiềm ẩn khả năng di căn[38].

Trong một nghiên cứu của Kobayashi với mức chiều dài trực của hạch tối thiểu 6mm, độ nhạy trong việc phát hiện hạch mạc treo trực tràng là 49%, mặc dù độ đặc hiệu là 92%[28].

Ngoài ra, chụp cắt lớp vi tính bụng còn xác định được các tổn thương di căn gan, mức độ giãn thận niệu quản do u xâm lấn hoặc hạch di căn vào đường tiết niệu, hạch chủ bụng, dịch ổ bụng với độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

Chụp cắt lớp phổi phát hiện các tổn thương nghi ngờ di căn phổi.

Chụp cộng hưởng từ tiểu khung

Chụp cộng hưởng từ có độ nhạy cao hơn siêu âm nội soi trong việc đánh giá hạch quanh trực tràng bởi vì chụp cộng hưởng từ có thể xác định hạch liên quan dựa trên những đặc điểm khác nhau hơn là kích thước hạch. Hầu hết các trung tâm dựa trên kích thước và tính chất hạch (đã phá vỡ vỏ chưa) để xác định xem hạch là lành hay ác. Khoảng 15 - 42% hạch mạc treo trực tràng dương tính mà có kích thước nhỏ hơn 5mm[33].

Chụp cộng hưởng từ là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh có thể cho biết diện cắt trực tràng an toàn, sự xâm lấn của u ra tiểu khung, sự xâm lấn hạch xung quanh từ đó giúp tiên lượng cho phẫu thuật. Theo G. Brown thì MRI đánh giá đúng mức độ tổn thương trong 94% trường hợp UTTT, tỷ lệ chẩn đoán đúng khi u còn di động, di động hạn chế và u cố định tương ứng là 100%; 85%; 78,5%[21]. Một số tác giả Hàn Quốc cũng cho kết quả tương tự, kết quả của Kim và cộng sự cho thấy chẩn đoán giai đoạn có độ chính xác 81%, và xâm lấn hạch là 63%[29].

Giải phẫu bệnh ung thư trực tràng

Đại thể: Thở sùi (Là thể thường gặp nhất). Thở loét. Thở sùi loét. Thở thâm nhiễm cứng.

Vi thể: Chủ yếu là Adenocarcinoma (97%), căn cứ vào mức độ biệt hóa mà người ta chia thành mức độ biệt hóa rõ, biệt hóa vừa và kém biệt hóa. Sarcoma: ít gặp loại này, bao gồm các thể như leiomyosarcoma, liposarcoma, hemangiosarcoma, lymphosarcoma[23].

1.3. Phân chia giai đoạn trong ung thư trực tràng

Mức độ xâm lấn u tại chỗ (Tumor) theo phân loại TNM năm 2017 được chia ra 4 loại theo hiệp hội ung thư châu Âu (European Society of Medical Oncology) ESMO [22] (bảng 1.1):

Bảng 1.1. Phân loại ung thư trực tràng theo TNM

TNM	Mức độ xâm lấn – T
Tis	Ung thư tại chỗ: UT biểu mô tại chỗ hoặc xâm lấn đến lớp đệm niêm mạc
T1	UT lan đến lớp dưới niêm mạc
T2	UT lan đến lớp cơ
T3	UT lan đến lớp dưới thanh mạc/ mô quanh trực tràng T3a < 1 mm T3b 1 – 5 mm T3c 5 – 15 mm T3d + 15 mm
T4	UT vượt qua lớp thanh mạc, hoặc xâm lấn vào phúc mạc (T4a) hoặc xâm lấn tạng lân cận (T4b)
TNM	Di căn hạch vùng N (Node)
Nx	Không xác định được có di căn hạch vùng
N0	Không có di căn hạch vùng
N1	N1a: Di căn 1 hạch vùng N1b: Di căn 2 – 3 hạch vùng
N2	N1a: Di căn 1 hạch vùng N2b: Di căn ≥ 7 hạch vùng
TNM	Di căn xa M (Metastasis)
Mx	Không đánh giá được có di căn xa
M1	M1a: chỉ có di căn xa 1 tạng (gan, phổi, buồng trứng, hạch ngoài vùng) M1b: di căn nhiều tạng, M1c: di căn phúc mạc

*Bảng 1.2. Phân loại giai đoạn ung thư trực tràng [22]***Giai đoạn T (Tumor) N (Nodes) M (Metastasis)**

Giai đoạn 0	Tis	N0	M0
Giai đoạn I	T1, T2	N0	M0
Giai đoạn IIa	T3	N0	M0
Giai đoạn IIb	T4a	N0	M0
Giai đoạn IIc	T4b	N0	M0
Giai đoạn IIIa	T1, T2	N1	M0
	T1	N2a	M0
Giai đoạn IIIb	T3, T4a	N1	M0
	T2, T3	N2a	M0
	T1, T2	N2b	M0
Giai đoạn IIIc	T4a	N2a	M0
	T3, T4a	N2b	M0
	T4b	N1, N2	M0
Giai đoạn IVa	Bất cứ T	Bất cứ N	M1a
Giai đoạn IVb	Bất cứ T	Bất cứ N	M1b
Giai đoạn IVc	Bất cứ T	Bất cứ N	M1c

1.4. Điều trị ung thư trực tràng

Điều trị ung thư trực tràng phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, vì vậy việc đánh giá giai đoạn bệnh trước mổ vô cùng quan trọng. Điều trị ung thư trực tràng là điều trị đa mô thức: phẫu thuật, xạ trị, hóa chất.

Phẫu thuật là nền tảng của điều trị triệt căn đối với ung thư biểu mô tuyến của trực tràng có thể cắt được. Phẫu thuật có thể được sử dụng như là phương pháp đơn thuần hoặc trong sự phối hợp với điều trị hóa chất hoặc điều trị xạ trị, điều này phụ thuộc vào giai đoạn bệnh[13].

1.4.1. Hóa xạ trị trước mổ

Cùng với phẫu thuật cắt mạc treo trực tràng toàn bộ, hóa xạ trị trước mổ đã làm thay đổi tỷ lệ tái phát tại chỗ và sống thêm sau mổ.

Khối u ở 1/3 trên và giữa thường được điều trị bằng cắt trước thấp (LAR) và bảo tồn cơ thắt. Mặc dù hệ quả là chức năng hậu môn trực tràng có thể không được hoàn hảo, nguy cơ suy giảm chức năng tình dục và tiểu tiện có thể được giảm bớt nhờ vào việc bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu. Điều này có thể thực hiện được trong hầu hết trường hợp, đặc biệt là áp dụng cắt mạc treo toàn bộ (TME)[37].

Với những khối u nhỏ còn ở thành trực tràng (T1, T2), các kỹ thuật cắt tại chỗ có thể mang lại sự kiểm soát tại chỗ và sự sống sót sau mổ tương đương với cắt cắt trực tràng trong khi vẫn bảo tồn được chức năng cơ thắt.

Với những bệnh nhân có khối u lớn hơn, xâm lấn nhiều hơn, xạ trị trước mổ và hóa xạ trị trước mổ đã được áp dụng để thúc đẩy u thoái triển để biến một cắt cắt trực tràng chuyển sang phẫu thuật bảo tồn cơ thắt.

Chỉ định xạ trị trước mổ hoặc hóa xạ trị trước mổ thường được khuyến cáo áp dụng cho khối u giai đoạn T2N1, T3, T4 vị trí 1/3 giữa.

1.4.2. Điều trị phẫu thuật

Tiêu chuẩn lựa chọn đối với từng loại phẫu thuật (Criteria for operative procedures)[18].

Các chọn lựa kỹ thuật dành cho ung thư trực tràng giai đoạn sớm còn khả năng cắt bỏ gồm: Cắt u tại chỗ (local excision), kỹ thuật cắt trước thấp bảo tồn cơ thắt, kỹ thuật cắt cắt trực tràng.

Cắt tại chỗ được áp dụng với những khối u ở trực tràng dưới, còn khu trú ở nông. Cắt tại chỗ là lấy đi cả khối u và tổ chức trực tràng quanh khối u trong cùng một khối bệnh phẩm, và cho phép đánh giá bờ cắt, sự biệt hóa của khối u, xâm lấn mạch, và độ xâm lấn.

Cắt đoạn trực tràng thấp (Low anterior resection: LAR) được áp dụng cho những ung thư trực tràng nằm ở vị trí 1/3 trên đến 1/3 giữa. Cắt đoạn trực

tràng rất thấp (very low anterior resection) có thể được áp dụng cho ung thư trực tràng ở 1/3 dưới.

Cắt cụt trực tràng bao gồm cắt đại tràng sigma, trực tràng và hậu môn, và tạo ra hậu môn nhân tạo vĩnh viễn bằng đại tràng.

Tiêu chuẩn lựa chọn cho cắt tại chỗ:

- Ung thư ở nông (T1).
- Không có bằng chứng di căn đến hạch vùng dựa vào CDHA.
- Đường kính khối u nhỏ hơn 3cm. U di động. Kích thước u < 30% đường kính chu vi.
- Khối u nằm ở trực tràng dưới.
- Các đặc điểm giải phẫu bệnh: ung thư biệt hóa từ tốt đến trung bình, không xâm lấn mạch bạch huyết hoặc quanh màng cứng.
- Tuân thủ nghiêm ngặt theo dõi sau mổ.
- Cắt qua hậu môn bằng nội soi (transanal endoscopic microsurgery): Đây là một kỹ thuật ít xâm lấn, thực hiện dễ dàng cắt tổn thương tại chỗ ung thư trực tràng cách mép hậu môn từ 4 đến 18 cm.

Tiêu chuẩn để cắt bảo tồn cơ thắt (cắt trước thấp - low anterior resection, cắt trước rất thấp - very low anterior resection):

Bảo tồn chức năng cơ thắt hậu môn trực tràng là một mục đích quan trọng trong phẫu thuật ung thư trực tràng. Tiêu chuẩn chọn lựa để thực hiện kỹ thuật này (cắt trước thấp - low anterior resection, cắt trước rất thấp - very low anterior resection):

Ung thư trực tràng đã xâm lấn quá lớp dưới niêm mạc.

Mô bệnh học chứng tỏ rằng bờ cắt dưới âm tính.

Dự đoán chức năng cơ thắt hậu môn tốt sau điều trị.

Tiêu chuẩn lựa chọn kỹ thuật cắt cụt trực tràng.

Diện cắt dưới không thể đạt được âm tính bằng kỹ thuật bảo tồn cơ thắt.

Kỹ thuật dành cho tái phát tại chỗ hoặc bệnh tiến triển tại chỗ[18].

Nguyên tắc phẫu thuật triệt căn.

Nguyên tắc phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng là thực hiện việc cắt ung thư rộng rãi để làm sao các diện cắt không còn tế bào ung thư, thực hiện cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) và vét hạch cùng với các kỹ thuật bảo tồn cơ thắt (cắt đoạn trực tràng thấp hoặc cắt cụt trực tràng). Chức năng cơ thắt hậu môn trực tràng nên được bảo tồn nếu bờ cắt dưới đảm bảo không còn tế bào ung thư[14].

Các bờ cắt đảm bảo âm tính để làm giảm nguy cơ tái phát tại chỗ. Diện cắt dưới phải đảm bảo âm tính. Khoảng cách ngắn nhất từ bờ dưới khối u đến diện cắt dưới là 2cm được chấp nhận trong hầu hết phẫu thuật cắt ung thư trực tràng (cắt trước thấp hoặc cắt cụt trực tràng) có phối hợp với cắt mạc treo trực tràng toàn bộ[36]. Trong 32 bệnh phẩm nghiên cứu ung thư trực tràng, Nguyễn Xuân Hùng thấy xâm lấn thành trực tràng dưới u ở mức 1cm có 3/32 trường hợp, không có trường hợp nào xâm lấn đến mức 2cm, 3cm[10].

Diện cắt trên được khuyến cáo trong hầu hết các nghiên cứu là 5cm tính từ bờ trên khối u.

Diện cắt chu vi (the circumferential resection margin-CRM): Diện cắt chu vi cần đảm bảo âm tính trong phẫu thuật. Diện cắt chu vi là diện cắt phẫu thuật được tạo ra trong quá trình cắt trực tràng khỏi tổ chức xung quanh, nó là vùng trần không được phúc mạc che phủ của bệnh phẩm. Vùng lớn nhất nằm ở phía sau, nơi nó bắt đầu cao hơn ở phía trước, là nơi tiếp nối mạc treo đại tràng sigma và mở rộng xuống dưới như một tam giác mở rộng. Phía dưới chỗ lật phúc mạc nó trở thành diện cắt chu vi và mở rộng xuống tận đáy mạc treo trực tràng và bờ cắt dưới hoặc trong cắt cụt trực tràng là xuống đến mép da hậu môn. Những khối u trong khoảng 1mm tính từ diện cắt chu vi có nguy cơ tái phát cao. Những bệnh nhân được đánh giá trước mổ có khối u trong phạm vi 2mm tính từ cân mạc treo trực tràng là những lựa chọn thích hợp cho điều trị xạ trị hoặc hóa xạ trị trước mổ[26].

Cắt mạc treo toàn bộ.

Cắt mạc treo toàn bộ (Total mesorectal excision-TME) là lấy đi tổ chức lỏng lẻo quanh trực tràng bao gồm các bờ cắt bên, chu vi của bao mạc treo trực tràng, đến dưới bờ dưới khối u 4 đến 5cm.

Cắt mạc treo trực tràng toàn bộ là cách tiếp cận phẫu thuật chuẩn mực khi thực hiện cắt cụt trực tràng hoặc phẫu thuật bảo tồn cơ thắt.

Cắt mạc treo trực tràng toàn bộ nên được thực hiện với ung thư nằm ở 1/3 giữa đến 1/3 dưới của trực tràng. Ung thư ở 1/3 trên, cắt mạc treo trực tràng toàn bộ nên thực hiện ở dưới bờ dưới khối u 5cm.

Những nguyên lý chính của kỹ thuật cắt mạc treo trực tràng toàn bộ bao gồm:

Phẫu tích tỉ mỉ. Lấy bỏ hoàn toàn mạc treo trực tràng, bao gồm các bờ cắt bên và bờ cắt chu vi của bao mạc treo trực tràng đến mức dưới bờ dưới tổn thương 4 đến 5 cm, nhưng không hoàn toàn đến đáy chậu. Làm như vậy sẽ làm giảm nguy cơ rò miệng nối mà không ảnh hưởng đến kết quả điều trị ung thư.

Lấy đi các nhánh tận của động mạch mạc treo tràng dưới và hệ bạch huyết vùng của trực tràng.

Cắt mạc treo trực tràng toàn bộ liên quan đến sự kiểm soát tại chỗ về ung thư tốt hơn, tỷ lệ sống sót sau mổ cao hơn. Tỷ lệ tái phát tại chỗ khi làm TME là 4 đến 7% tùy theo nghiên cứu. Tỷ lệ tái phát tại chỗ sau cách tiếp cận truyền thống là từ 14 đến 45 (%) kèm theo có xạ trị sau mổ hay không hoặc hóa chất sau mổ[17, 32, 34].

Ở Việt Nam, những nghiên cứu trước đây hầu như không đề cập đến vấn đề cắt mạc treo trực tràng toàn bộ[2, 8]. Gần đây đã có nhiều nghiên cứu đề cập đến kỹ thuật cắt mạc treo trực tràng toàn bộ[3, 12]. Diện cắt chu vi trong các nghiên cứu của Việt Nam đã được đánh giá ở hầu hết trong các đề tài nghiên cứu, kể cả phẫu thuật mở mổ trước đây cũng như phẫu thuật nội soi gần đây.

1.4.3. Điều trị hóa chất sau mổ

Hóa chất là những biện pháp điều trị hỗ trợ cho phẫu thuật ung thư trực tràng. Điều trị hóa chất sau mổ được chỉ định cho các bệnh nhân giai đoạn T3, T4. Có giá trị kéo dài thời gian sống, giảm di tỷ lệ di căn và tái phát sau mổ.

1.4.4. Điều trị xạ trị sau mổ

Xạ trị sau mổ được chỉ định trong một số trường hợp, đặc biệt khi đã có ung thư tái phát tại chỗ sau mổ.

1.5. Chỉ định, kỹ thuật cắt ung thư biểu mô trực tràng bằng phẫu thuật nội soi

1.5.1. Chỉ định

$U \leq T3$, $u > T3$ không có di căn tạng được hóa xạ trị tiền phẫu giúp hạ giai đoạn, bệnh nhân không có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi.

1.5.2. Chống chỉ định

Tất cả các trường hợp UTTT chống chỉ định bơm hơi ổ phúc mạc: bệnh mạch vành, bệnh van tim và các bệnh phổi mạn tính.

1.5.3. Kỹ thuật

Chuẩn bị bệnh nhân:

Nâng cao thể trạng. Phải chuẩn bị sạch đại tràng như mổ mở, bằng fortrans hoặc fleet trước mổ 2 ngày để ruột, sạch và xẹp. Trong 2 ngày đó bệnh nhân được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch. Đối với các khối u đã làm hẹp lòng trực tràng có triệu chứng bán tắc ruột, không uống được fortrans thì chuẩn bị đại tràng bằng cách thụt tháo trước mổ 5-7 ngày.

Tư thế bệnh nhân

+ Bệnh nhân nằm ngửa, tay trái dạng, tay phải khép dọc theo thân người. Hai chân kê trên 2 giá gác chân, chân phải đặt thấp và hơi khép để tránh cản trở các thao tác, đầu thấp 30^0 , nghiêng phải 15^0 . Monitor để bên

trái, phía chân bệnh nhân.

+ Phẫu thuật viên đứng bên phải bệnh nhân, người phụ 1 cầm camera đứng bên trái phẫu thuật viên, người phụ 2 đứng bên trái bệnh nhân. Bàn dụng cụ và dụng cụ viên đứng giữa 2 chân bệnh nhân.

Phương pháp vô cảm : gây mê nội khí quản.

Vị trí trocar: tùy thuộc vào phẫu thuật viên mà vị trí đặt trocar khác nhau, số trocar có thể là 3,4,5 hoặc 6 trocar. Tuy nhiên, có 3 trocar phải đặt theo vị trí thường quy.

+ Trocart thứ nhất: 10mm, đặt trên rốn hoặc dưới rốn để quan sát từ bờ dưới tá tràng D4 xuống tới tiểu khung. Qua hình ảnh quan sát từ trocar này tiếp tục đặt các trocar tiếp theo.

+ Trocart thứ hai: 5mm, trên đường giữa đòn phải, ngang rốn.

+ Trocart thứ ba: 10-12mm, đặt ở hố chậu phải.

Các trocar có thể đặt hoặc không:

+ Trocart thứ tư: 5 mm, ở dưới sườn trái.

+ Trocart thứ năm: 5 mm, ở trên xương mu.

+ Trocart thứ sáu: ở đường giữa đòn trái, ngang rốn.

Cắt đoạn trực tràng qua nội soi

Phẫu tích mạc treo đại tràng.

Bước đầu tiên là quan sát toàn thể ổ bụng, đánh giá dịch, phúc mạc, hạch, gan và các tạng khác trong ổ bụng, đánh giá u trực tràng. Dùng dụng cụ cầm nắm hay nắn các tạng để đánh giá mức độ xâm lấn hay di căn. Đánh giá chiều dài của đại tràng chậu hông, mức độ di động, chiều dài mạc treo đại tràng chậu hông để dự kiến đường cắt phía trên.

Trong những trường hợp u nhỏ hay nằm ở thấp không quan sát thấy trong ổ bụng thì có thể đánh dấu khối u bằng tiêm chất chỉ thị màu tại chân khối u qua soi trực tràng trước mổ hay trong mổ.

Dùng kẹp không sang chân đẩy mạc nối lên vùng dưới hoành trái, đẩy

đại tràng ngang lên phía hoành, các quai hồng tràng được đẩy dần lên vùng trên trái, các quai hồi tràng kéo lên dọc theo đại tràng phải.

Phúc mạc thành sau được mở dọc từ vùng chậu hướng lên tới bờ dưới tá tràng D4, bộc lộ bó mạch mạc treo tràng dưới tận gốc. Có hai cách phẫu tích đó là phẫu tích bó mạch mạc treo tràng dưới trước, cắt và cắt bó mạch mạc treo tràng dưới trước rồi giải phóng đại tràng hoặc giải phóng đại tràng trước rồi mới thắt và cắt bó mạch sau. Tuy nhiên phẫu tích bó mạch trước được nhiều tác giả sử dụng hơn. Động mạch và tĩnh mạch mạc treo tràng dưới được bóc tách, buộc chỉ hoặc clip và cắt sát gốc để vét hạch. Sau đó tiếp tục giải phóng đại tràng sigma và đại tràng xuống.

Giải phóng trực tràng và mạc treo trực tràng: bắt đầu từ ụ nhô mở dọc lá phúc mạc thành sau ở 2 bên trực tràng cho tới nếp phúc mạc túi cùng Douglas. Trực tràng được phẫu tích tại khoang vô mạch trước xương cùng. Không được làm thủng lá cân của mạc treo vì có thể làm gieo rắc tế bào ung thư. Phẫu tích đúng lớp không chảy máu và không làm tổn thương thần kinh hạ vị dưới, phía sau được bóc tách tới cơ nâng. Phẫu tích mặt trước trực tràng, ở nam giới bóc tách trực tràng tới túi tinh, ở nữ giới bóc tách giữa mặt trước trực tràng và phần trên của thành sau âm đạo.

Động mạch trực tràng giữa và hai cánh bên trực tràng được phẫu tích sau đó dùng clip kẹp rồi cắt hoặc dùng dao siêu âm hay ligasure.

Bảo tồn thần kinh hạ vị dưới: Những vị trí dễ bị tổn thương, nhất là chỗ buộc mạch mạc treo tràng dưới, chỗ ụ nhô nếu phẫu tích quá sâu. Ở vùng trực tràng dưới, nhất là vị trí mà thần kinh trực tràng đi qua cân trực tràng để vào mạc treo đi theo hai cánh trực tràng. Khi chúng ta cắt vào vùng này phải kiểm soát thần kinh bằng cách kéo căng một bên của trực tràng. Hai là cắt trực tràng không nên kẹp panh hay buộc ngang ở chỗ này mà bảo tồn thần kinh hạ vị bằng cách tách nó ra khỏi mạc treo trực tràng từ sau ra trước.

Mạc treo trực tràng được lấy thành một khối cho tới sát đáy chậu. Đảm

bảo lấy toàn bộ mô mỡ mạc treo trực tràng kèm hạch di căn. Mép cắt dưới cách đủ xa khối u. Sau khi phẫu tích lấy bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng, vị trí đường cắt dưới được xác định. Stapler thẳng (có loại gập góc) được đưa qua trocar 12 ở hố chậu phải để cắt rời đoạn trực tràng. Với những trường hợp khâu nối tay thì có thể mở bụng để cắt rời trực tràng. Một đường rạch nhỏ 4-5 cm ở trên xương mu hay hố chậu trái nơi có trocar thứ tư, mép vết mổ được bảo vệ bằng bao nylon để tránh rơi vãi tế bào ung thư hay nhiễm trùng vết mổ. Đoạn trực tràng kèm khối u được lôi ra ngoài và cắt bỏ tới chỗ nối đại tràng sigma và đại tràng xuống.

Các phương pháp khâu nối trong cắt đoạn trực tràng:

+ Khâu nối máy:

- Đặt đầu trên của stapler vòng (CDH 29 hoặc PCEEA 28) vào đầu đại tràng xuống, khâu mũi vòng bằng chỉ prolene 2.0. Thả lại đầu ruột vào trong ổ bụng. Khâu lại vết rạch thành bụng.

- Bơm khí trở lại, đặt kính soi quan sát. Đặt đầu ruột đã gắn stapler vào hố chậu, hướng về phía tầng sinh môn, kiểm tra lại ruột không bị xoắn. Người phụ dùng bơm 50ml, bơm rửa lòng trực tràng. Sau đó đặt thân máy nối tròn (CDH 29 hoặc PCEEA 28) qua hậu môn và chọc ra ở đầu trực tràng sát đường cắt. Nối hai phần stapler với nhau vào đúng khớp nối, người phụ bấm máy nối dưới sự quan sát trực tiếp của kính soi, tránh bõm mỡ, mạc nối chui vào miệng nối. Sau đó tháo máy nối và kéo ra ngoài qua hậu môn.

- Kiểm tra miệng nối phải đảm bảo không căng, không xoắn và kiểm tra miệng nối có kín không? bằng cách bơm nước muối sinh lý pha dung dịch Betadine hay xanh methylene hoặc bơm không khí qua hậu môn. Khâu cố định mạc treo vào phúc mạc tiểu khung.

+ Khâu nối bằng tay:

- Khâu nối bằng tay trong ổ bụng: áp dụng với những u trực tràng cao. rạch một đường khoảng 5 cm trên xương mu.

- Khâu nối đại tràng với ống hậu môn: u ở phần thấp cách cơ thắt hậu môn 1-2 cm, u chưa xâm lấn hết lớp cơ. Cắt trực tràng dưới khối u ít nhất 2 cm, bóc tách niêm mạc còn lại từ bờ lược, hạ đại tràng xuống khâu nối vào hậu môn.

Thì tầng sinh môn: ống hậu môn được banh rộng bằng dụng cụ banh hậu môn. Tiêm lidocain 1% dưới niêm mạc, ngang chỗ đường lược. Rạch vòng quanh ống hậu môn trên đường lược vài mm, cắt niêm mạc phía trên đến chỗ miệng cắt trực tràng. Tiếp theo cắt thành trực tràng một vòng rồi cắt niêm mạc cầm máu kỹ diện cắt. Kéo trực tràng và đại tràng xuống qua hậu môn để cắt và nối trực tràng với ống hậu môn, 1 lớp, mũi rời.

Cắt toàn bộ trực tràng qua nội soi (Miles)

Chỉ định cho các u cách rìa hậu môn ≤ 6 cm

Kỹ thuật: tiếp tục phẫu tích tới cơ nâng hậu môn. Cắt bỏ hậu môn, cơ thắt và mô mỡ hố ngồi trực tràng giống như mổ mở. Mở một đường nhỏ ở hố chậu trái để đem quai đại tràng sigma ra ngoài, cắt ngang quai ruột. Đầu trên chuẩn bị cho miệng HMNT, đầu dưới được đóng kín, thả vào trong ổ bụng, trực tràng và khối u được lôi ra ngoài qua đường tầng sinh môn. HMNT được làm theo kiểu trong hay ngoài phúc mạc. Đặt dẫn lưu tiểu khung qua tầng sinh môn, khâu lại cơ nâng và da tầng sinh môn.

Phẫu thuật hartmann

Thường chỉ định cho những bệnh nhân già yếu, nhiều bệnh mạn tính kèm theo.

Kỹ thuật: làm các bước giống như cắt nối đại trực tràng nội soi. Sau khi cắt bỏ đoạn đại tràng có u, đầu dưới dùng máy cắt hoặc khâu bằng tay kín lại, đầu đại tràng sigma được đưa ra ngoài hố chậu trái làm hậu môn nhân tạo.

1.6. Các phương pháp đánh giá đau sau mổ

1.6.1. Phương pháp khách quan

Đo sự thay đổi các chỉ số sinh hoá máu: nồng độ hormon (catecholamin, cortisol...). Đây là phương pháp tốn kém, kết quả không chính xác vì có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả.

Đo sự thay đổi các chỉ số hô hấp: khí máu, thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên (FEV₁), cung lượng đỉnh thở ra (PEFR), thể tích l-u thông (V₁).

Tính lượng thuốc giảm đau mà bệnh nhân đã dùng qua hệ thống giảm đau PCA.

1.6.2. Phương pháp chủ quan

Đánh giá theo thang điểm đau bằng nhìn hình đồng dạng (VAS-Visual Analogique Scale)[35]

Thước đo độ đau có 2 mặt, dài 20 cm. Mặt quay về phía bệnh nhân có các hình tượng biểu thị mức độ đau để bệnh nhân dễ dàng so sánh. Mặt đối diện về phía thầy thuốc có chia 10 vạch. Bệnh nhân được yêu cầu và định vị con chỏ trên thước tương ứng với mức độ đau của mình. Khoảng cách từ chỗ bệnh nhân chỉ đến điểm 0 chính là điểm VAS (ở mặt sau thước).



Hình tượng thứ nhất A (tương ứng từ 0 đến 1): không đau

Hình tượng thứ hai B (tương ứng từ 1 đến 3): đau nhẹ

Hình tượng thứ ba C (tương ứng từ 4 đến 6): đau vừa

Hình tượng thứ tư D (tương ứng từ 7 đến 8): rất đau

Hình tượng thứ năm E (tương ứng từ 9 đến 10): đau không chịu được

1.7. Kết quả điều trị phẫu thuật tại Việt Nam và thế giới

Trải qua hai thập kỷ gần đây, phẫu thuật ung thư trực tràng đã đạt được những tiến bộ vượt bậc trên thế giới và tại Việt Nam đặc biệt phẫu thuật nội soi. Tỷ lệ tử vong, thời gian hồi phục và các biến chứng sau mổ đã giảm đáng kể, thời gian sống thêm sau mổ ngày một cải thiện.

Wai Lun Law trong số 622 bệnh nhân ung thư trực tràng (từ 1993 đến 2002), được đoạn trực tràng thấp có thực hiện cắt mạc treo trực tràng toàn bộ hoặc một phần. Trong đó phẫu thuật mang tính triệt căn là 563 bệnh nhân (90,5%), còn lại 9,5% là phẫu thuật mang tính tạm thời (gồm 53 bệnh nhân di căn xa không cắt được, 6 bệnh nhân còn tổ chức ung thư tại chỗ). Cắt mạc treo trực tràng toàn bộ được thực hiện ở 396 bệnh nhân (63,7%). Tỷ lệ tử vong sau mổ là 1,8% và tỷ lệ biến chứng là 32,6%. Trong đó so sánh giữa hai nhóm cắt mạc treo toàn bộ và cắt mạc treo một phần thấy tỷ lệ biến chứng lần lượt là 35,1% và 28,3%. Các biến chứng thường gặp chung cho cả hai nhóm là 1% có biến chứng trong mổ (3 bệnh nhân vỡ lách, 1 bệnh nhân tổn thương niệu quản, 1 bệnh nhân chảy máu nặng vùng chậu), tắc ruột 1,3%, rò miệng nối 35 trường hợp (5,6%). Kết quả xa cho thấy, tỷ lệ tái phát là 9,7%, tỷ lệ sống 5 năm liên quan đến ung thư là 74,5% [30].

Trong một nghiên cứu khác của Rakesh Kumar Gupta và cộng sự (2003-2010), trong số 298 bệnh nhân cắt trước thấp, cắt mạc treo trực tràng toàn bộ được thực hiện ở 202 bệnh nhân (67,8%), tác giả thấy tỷ lệ biến chứng là 32,6%, tỷ lệ tử vong là 1,8%. Biến chứng trong mổ có 6 bệnh nhân (2%): vỡ lách 1

bệnh nhân, tổn thương niệu quản 1 bệnh nhân, chảy máu nặng vùng chậu 4 bệnh nhân. Tắc ruột sau mổ 5 bệnh nhân (1,7%). Tỷ lệ rò miệng nối giữa nhóm làm cắt mạc treo trực tràng toàn bộ và cắt một phần mạc treo trực tràng là 8,1% và 1,3% (18 ca), chảy máu sau mổ 3 bệnh nhân (1%). Kết quả xa cho thấy tỷ lệ tái phát sau mổ là 10,7%. Tỷ lệ sống 5 năm nói chung và sống liên quan đến ung thư lần lượt là 67,5% và 75,5%[25].

Tại Việt Nam, trong nghiên cứu của Võ Tấn Long về phẫu thuật ung thư trực tràng tại bệnh viện Chợ Rẫy (giai đoạn từ 1986 đến 1993) bao gồm 190 bệnh nhân, trong đó số bệnh nhân cắt được u là 88 bệnh nhân, còn lại 102 là phẫu thuật tạm thời (làm hậu môn nhân tạo trên u). Kỹ thuật được áp dụng cho nhóm cắt u gồm: cắt nối 9, phẫu thuật Hartmann 35, phẫu thuật Miles là 44. Tỷ lệ tử vong trong nhóm cắt được u là 3,4% (3 trường hợp: 1 chảy máu, 1 áp xe vùng chậu, 1 viêm phổi). Biến chứng sau mổ: 20 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tầng sinh môn 21 trường hợp (21/44 ca phẫu thuật Miles), áp xe vùng chậu: 1 trường hợp, nhiễm trùng tiết niệu 5 trường hợp, bí tiểu 5 trường hợp, bực thành bụng 3 trường hợp, chảy máu sau mổ 02 trường hợp (từ mỏm cắt trực tràng trong phẫu thuật Hartmann, thoát vị thành bụng 2 bệnh nhân, tắc ruột 2 bệnh nhân, hẹp miệng nối đại tràng-trực tràng 2 bệnh nhân[2].

Nguyễn Xuân Hùng trong nghiên cứu về phẫu thuật trong ung thư trực tràng tại Bệnh viện Việt Đức (1989-1996) gồm 190 bệnh nhân được mổ u trực tràng: cắt đoạn trực tràng nối đại trực tràng, hoặc đại tràng - ống hậu môn 39 bệnh nhân (19%), cắt cụt trực tràng 100 bệnh nhân (48,5%), phẫu thuật Hartmann 7 bệnh nhân (3,5%), cắt u tầng sinh môn 1 bệnh nhân (0,5%), hậu môn nhân tạo: 40 bệnh nhân (19%), mổ thăm dò: 3 bệnh nhân (1,5%). Tỷ lệ tử vong sau mổ 1,5%, viêm phúc mạc hoặc rò miệng nối 5/190 (13%), chảy máu sau mổ 1/190 (0,5%), nhiễm trùng vết mổ 26/190 (14%), nhiễm trùng tiết niệu 3/190 (1,5%), tắc ruột sau mổ 1/190 (0,5%) [7].

Nghiên cứu của Vũ Đức Long tại Bệnh viện Việt Đức (1996-2001) gồm 125 bệnh nhân: cắt cụt 66 bệnh nhân (52,8%), cắt đoạn trực tràng 37 bệnh nhân (29,6%), phẫu thuật Hartmann 11 ca (8,8%, hậu môn nhân tạo 11 bệnh nhân 8,8%). Tỷ lệ tử vong sau mổ 1,6%. Biến chứng sau mổ: rò miệng nối 1 bệnh nhân (2,7%), viêm phúc mạc 2 bệnh nhân (1,6%), áp xe tồn dư 1 bệnh nhân (0,8%), toác vết mổ 3 bệnh nhân (2,4%), nhiễm trùng vết mổ 16 bệnh nhân (12,8%), viêm phổi 1 bệnh nhân (0,8%)[8].

Nghiên cứu của Trần Tuấn Thành về đánh giá kết quả điều trị trong phẫu thuật cắt đoạn trực tràng và nối máy trong ung thư trực tràng giữa tại Bệnh viện K trung ương (giai đoạn 2012-2014) gồm 45 bệnh nhân, tỷ lệ tử vong là 0%. Tỷ lệ biến chứng là 8,8%, các biến chứng gồm: rò miệng nối 2 bệnh nhân (4,4%), tắc ruột 1 bệnh nhân (2,2%), nhiễm trùng vết mổ 1 bệnh nhân (2,2%)[11].

1.8. Giới thiệu tóm tắt về Bệnh viện đa khoa Bắc ninh số 2

Bệnh viện đa khoa Bắc ninh số 2 là Bệnh viện hạng I với quy mô 1.250 giường bệnh, 44 khoa, phòng/trung tâm và hơn 1000 viên chức lao động. Bệnh viện là tuyến cuối trong hệ thống khám chữa bệnh của tỉnh Bắc Ninh, được đầu tư trang thiết bị hiện đại, với đội ngũ nhân viên y tế trình độ chuyên môn cao. Trong những năm qua, Bệnh viện đã triển khai nhiều kỹ thuật mới, kỹ thuật chuyên sâu như: hạ thân nhiệt chỉ huy, điều trị tiêu sợi huyết cho bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn sớm, lọc máu, điện quang can thiệp, phẫu thuật thay khớp háng, thay khớp gối, phẫu thuật cột sống... góp phần cứu sống nhiều bệnh nhân nặng.

Khoa ngoại ung bướu được thành lập tháng 7 năm 2026 với số cán bộ hiện tại 11 bác sỹ và 12 điều dưỡng. Khoa đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của bệnh nhân trên địa bàn tỉnh và các tỉnh lân cận. Các kỹ thuật được ứng dụng trong điều trị mang lại hiệu quả tốt cho người bệnh như: phẫu thuật mở

về ung thư dạ dày, đại trực tràng thường quy. Phẫu thuật ung thư gan-mật-tụy. Phẫu thuật ung thư vùng đầu, mặt cổ, ...Tầm nhìn đến năm 2030, khoa phòng cùng bệnh viện thực hiện những kỹ thuật cao như: phẫu thuật nội soi ung thư dạ dày, ung thư đại trực tràng nội soi. Một số phẫu thuật nội soi ung thư gan mật, tụy. Phẫu thuật nội soi tuyến giáp,... khẳng định xu hướng phát triển nền y học Việt Nam khoa học, dân tộc và đại chúng.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dự kiến khoảng 40 bệnh nhân được chẩn đoán Ung thư trực tràng được chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô trực tràng tại Trung tâm ung bướu-bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2 từ tháng 1/2022 đến tháng 8/2026.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa Bắc ninh số 2

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2026 đến tháng 8/2026.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô của trực tràng.

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt ung thư trực tràng.

Các bệnh nhân có hồ sơ với đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Những bệnh nhân ung thư trực tràng có phẫu thuật nhưng không cắt được u.

Ung thư trực tràng phối hợp ung thư đại tràng, ung thư vùng ống hậu môn.

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc

Hồi cứu từ tháng 1/2022 đến tháng 2/2026

Tiền cứu từ tháng 3/2026 đến tháng 8/2026

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện không xác suất: Dự kiến khoảng 40 bệnh nhân được chẩn đoán Ung thư trực tràng được chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu: tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

- Thu thập các số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.
- Hồi cứu: Lấy số liệu từ bệnh án điện tử trên phần mềm được lưu trữ tại phòng kế hoạch tổng hợp của bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2.
- Số liệu nghiên cứu được quản lý và phân tích trên máy vi tính, sử dụng phần mềm SPSS 22.0.
- Các biến định lượng được trình bày theo giá trị trung bình, các biến định tính được trình bày theo tỉ lệ phần trăm.
- Các biến rời rạc được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm, So sánh kết quả các nhóm bằng thuật toán X^2 .
- Các biến liên tục được trình bày dưới dạng kết quả trung bình, So sánh kết quả giữa các nhóm bằng thuật toán test t-Student.
- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm khi $p < 0,05$.

2.7. Các biến số nghiên cứu

Bảng 2.1: Các biến số nghiên cứu

STT	Biến số nghiên cứu	Định nghĩa	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
Mục tiêu 1				
1	Giới	Nam hoặc nữ.	Nhị phân	Bệnh án nghiên cứu
2	Tuổi	Số năm: từ năm sinh đến năm can thiệp thủ thuật. Phân nhóm tuổi hay gộp: 20-40 tuổi, 41-60 tuổi, > 60 tuổi.	Liên tục	
3	Thời gian phát hiện bệnh	Thời gian phát hiện bệnh: thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi được chẩn đoán là ung thư trực tràng(tính bằng tuần). Phân loại : ≤ 3 tháng , 3 – 6 tháng, 6 – 12 tháng, > 12 tháng.	Liên tục	
4	Triệu chứng cơ năng	1) <i>Đại tiện phân nhày máu</i> : Đây là triệu chứng phổ biến nguyên nhân là do khối u trong lòng ruột gây ra chảy máu, hỏi bệnh nhân trực tiếp khi khám lại hoặc ghi theo hồ sơ bệnh án. Ghi nhận: có, không, không mô tả (bệnh án không ghi nhận).	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu

		<p>2) <i>Hội chứng kích thích trực tràng</i>: Khi bệnh nhân có đau bụng kèm rối loạn thói quen đi đại tiện. Bệnh nhân cảm giác mót rặn, đi ngoài nhiều lần đi xong vẫn muốn đi tiếp. Hỏi bệnh lúc khám lại hoặc ghi theo bệnh sử đã được trong hồ sơ bệnh án.</p> <p>3) <i>Rối loạn tiêu khuôn phân</i>: Khi bệnh nhân có thay đổi về hình dạng khuôn phân so với bình thường, thường là đi ngoài phân nhỏ phân dẹt nguyên nhân là do phân gặp vật cản như khối u, polyp to khiến hình dạng và kích thước phân thay đổi. Hỏi bệnh nhân trực tiếp khi khám lại hoặc ghi theo bệnh án. Ghi nhận: có, không, không mô tả (bệnh án không ghi nhận).</p> <p>4) <i>Gầy sút cân</i>: Hỏi bệnh nhân trực tiếp khi khám lại hoặc ghi theo bệnh án. Ghi nhận: có, không, không mô tả (bệnh án không ghi nhận).</p>		
--	--	--	--	--

5	Thăm trực tràng	+ Sờ thấy u: có, không, không mô tả.	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
6	Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi	<i>Thiếu máu:</i> Xác định có thiếu máu khi số lượng hồng cầu dưới 3,5 triệu hồng cầu/mm ³ máu. Phân loại bệnh nhân có thiếu máu và không thiếu máu.	Rời rạc	
7	Vị trí khối u qua soi đại trực tràng	Vị trí u cách rìa hậu môn: tính theo cm. Phân loại: ≤ 5cm : 1/3 trên, 6 – 10cm : 1/3 giữa, 11 – 15cm : 1/3 trên.	Rời rạc	Bệnh án nghiên cứu
8	Độ xâm lấn của khối u qua CLVT, MRI	Độ xâm lấn: Đánh giá sự xâm lấn tại chỗ của khối u Tis: Ung thư biểu mô tại chỗ. T1: Ung thư xâm lấn lớp dưới niêm mạc. T2: Ung thư xâm lấn lớp cơ, chưa xâm lấn ra mô quanh trực tràng. T3: Ung thư xâm lấn quanh trực tràng, hoặc mô quanh trực tràng. T4: Ung thư xâm lấn vào cơ quan, tổ chức lân cận, bao mạc treo trực tràng.	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu

		+ Hạch vùng: phát hiện được hạch có hay là không. + Di căn xa: phát hiện di căn xa có hay là không.		
9	Mức độ biệt hóa mô bệnh học	Mức độ biệt hóa dựa vào kết quả giải phẫu bệnh chia làm các nhóm: Biệt hóa cao, biệt hóa vừa, kém biệt hóa, u chế nhầy.	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
10	Diện cắt dưới khối u sau phẫu thuật	Diện cắt dưới u chia làm 3 bản: $\leq 2\text{cm}$, $2-5\text{ cm}$, $>5\text{cm}$.	Rời rạc	Bệnh án nghiên cứu
11	Giai đoạn bệnh theo TNM sau mổ.	T có: $\leq T1, T2, T3, T4a$. N có: $N0, N1, N2$. M có: $M0, M1$. Giai đoạn bệnh: I, II, III, IV.	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu
Mục tiêu 2				
12	Các phương pháp phẫu thuật	+ Phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng miệng nối thấp. + Phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng nối ống hậu môn. + Phẫu thuật cắt cụt trực tràng. + Phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng, hậu môn nhân tạo kiểu hartmann.	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu

13	Thời gian phẫu thuật	Thời gian phẫu thuật của các phương pháp phẫu thuật: tính theo phút là thời gian tính từ lúc rạch da đến lúc đóng vết mổ.	Liên tục	
14	Thời gian trung tiện sau mổ	Là thời gian tính từ lúc bệnh nhân phẫu thuật xong đến khi bệnh nhân trung tiện (tính theo giờ) ≤ 48 giờ, $48 - 72$ giờ, sau 72 giờ.	Liên tục	
15	Thời gian nằm viện sau mổ	Là thời gian tính theo ngày từ ngày bệnh nhân phẫu thuật đến ngày bệnh nhân ra viện.	Liên tục	
16	Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ	Đánh giá mức độ đau theo ngày dùng thuốc giảm đau sau mổ (tính theo ngày) : không dùng, ≤ 3 ngày, $3 - 7$ ngày, > 7 ngày.	Liên tục	
17	Biến chứng sau mổ	<ul style="list-style-type: none"> - Chảy máu sau mổ. - Nhiễm trùng vết mổ. - Rò miệng nối. - Chảy máu miệng nối. - Viêm phúc mạc sau mổ. - Tắc ruột sau mổ (Tắc ruột cơ học): Khi có triệu chứng tắc ruột (đau bụng con, bí trung tiện, có mức nước hơi) và phải mổ lại. 	Danh mục	Bệnh án nghiên cứu

		-Tử vong: Ghi nhận bệnh nhân tử vong trong thời gian nằm viện hoặc 30 ngày đầu sau mổ. Ghi nhận nguyên nhân tử vong theo chẩn đoán lâm sàng. Nếu không rõ thì ghi nhận là chết không rõ nguyên nhân.		
--	--	--	--	--

2.8. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phương pháp thống kê Y học (sử dụng phần mềm SPSS 25.0)

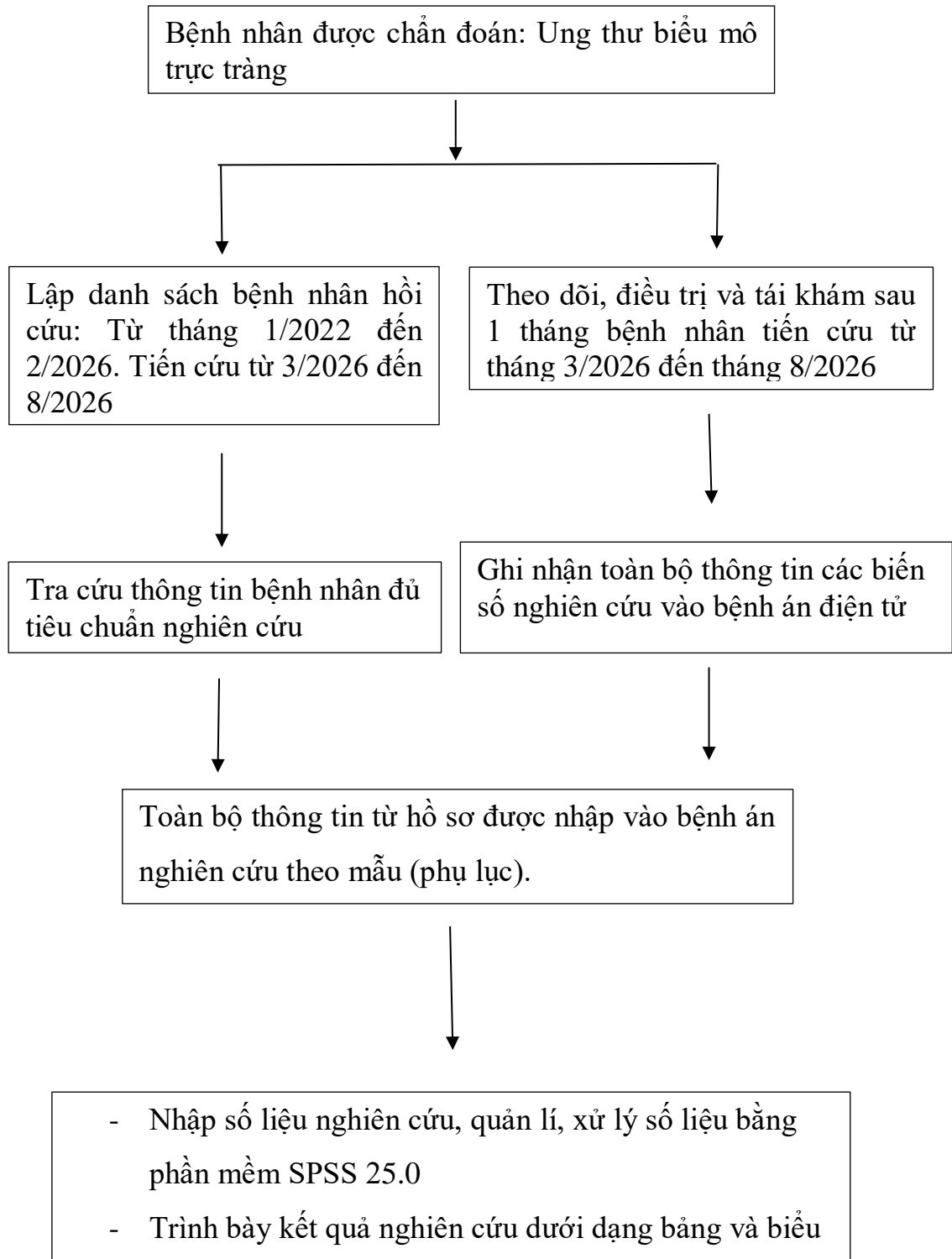
2.9. Đạo đức nghiên cứu

Dữ kiện nghiên cứu được lấy từ hồ sơ bệnh án được sự đồng ý của sự cho phép của phòng Kế hoạch tổng hợp bệnh viện đa khoa Bắc ninh số 2.

Các bệnh nhân được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia nghiên cứu

Nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho bệnh nhân, không vì mục đích gì khác.

Sơ đồ nghiên cứu



CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô trực tràng từ 1/2022 đến tháng 8/2026 thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Tuổi

Bảng 3.1: Phân bố theo tuổi

Phân nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
20 – 40		
41 – 60		
> 60		
Tổng số		

Nhận xét:

3.1.2. Giới

Biểu đồ 3.2: Đặc điểm về giới

Giới tính	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nam		
Nữ		
Tổng số		

Nhận xét:

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.3: Thời gian mắc bệnh.

Thời gian phát hiện bệnh (tháng)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤ 3		
3-6		
6-12		

Nhận xét:

Bảng 3.4: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đi ngoài phân nhầy máu		
Hội chứng kích thích trực tràng		
Rối loạn khuôn phân		
Gầy sút cân		

Nhận xét:

Bảng 3.5: Sờ thấy khối u qua thăm trực tràng

Sờ thấy u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Có		
Không		
Tổng số		

Nhận xét:

3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.6: Tình trạng thiếu máu

Tình trạng thiếu máu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Có thiếu máu		
Không thiếu máu		
Tổng số		

Nhận xét:

Bảng 3.7: Vị trí u trực tràng qua nội soi ống mềm

Vị trí u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
1/3 trên trực tràng		
1/3 giữa trực tràng		
1/3 dưới trực tràng		
Tổng số		

Nhận xét:

Bảng 3.8: Mức độ xâm lấn của khối u dựa vào kết quả CLVT, MRI tiểu khung

Mức độ xâm lấn của u	Chụp MRI	Chụp CLVT	Tổng số
	n (%)	n (%)	
Tis			
T1			
T2			
T3			
T4			
Tổng số			

Nhận xét:

Bảng 3.9: Diện cắt dưới khối u sau phẫu thuật

Diện cắt dưới u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
≤ 2cm		
2-5 cm		
>5 cm		
Tổng số		

Nhận xét:*Bảng 3.10: Phân loại giai đoạn bệnh theo TNM sau mổ*

TNM	Số bệnh nhân		Tỷ lệ (%)
T	≤ T1		
	T2		
	T3		
	T4a		
N	N0		
	N1		
	N2		
M	M0		
	M1		
Giai đoạn bệnh theo TNM	I		
	II		
	III		
	IV		

Nhận xét:

3.3. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Các phương pháp phẫu thuật được thực hiện trong nghiên cứu

Bảng 3.11: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cắt đoạn đại trực tràng, miệng nối thấp		
Cắt đoạn đại trực tràng nối ống hậu môn		
Cắt cụt trực tràng (MILES)		
Cắt đoạn đại trực tràng, HMNT kiểu hartmann		
Tổng số		

Nhận xét:

3.2.2. Thời gian phẫu thuật

Bảng 3.12: Thời gian phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân	Thời gian PT trung bình
Cắt đoạn đại trực tràng, miệng nối thấp		
Cắt đoạn đại trực tràng nối ống hậu môn		
Cắt cụt trực tràng (MILES)		
Cắt đoạn đại trực tràng, HMNT kiểu hartmann		
Tổng số		

Nhận xét:

3.2.3. Thời gian trung tiện sau mổ

Bảng 3.13: Thời gian có trung tiện

Thời gian	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
≤ 48 giờ		
48-72 giờ		
>72 giờ		
Tổng số		

Nhận xét:

3.2.4. Thời gian nằm viện sau mổ

Bảng 3.14: Thời gian nằm viện sau mổ

Phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân	Thời gian nằm viện trung bình
Cắt đoạn đại trực tràng, miệng nối thấp		
Cắt đoạn đại trực tràng nối ống hậu môn		
Cắt cụt trực tràng (MILES)		
Cắt đoạn đại trực tràng, HMNT kiểu hartmann		
Tổng số		

Nhận xét:

3.2.5. Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ

Bảng 3.15: Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ

Thời gian dùng thuốc giảm đau	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Không dùng		
≤3 ngày		
3-7 ngày		
>7 ngày		
Tổng số		

Nhận xét:

3.2.6. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 3.16: Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sau phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Chảy máu sau mổ		
Chảy máu miệng nối		
Viêm phúc mạc sau mổ		
Tắc ruột sau mổ		
Rò miệng nối		
Nhiễm trùng vết mổ		
Tử vong		
Không biến chứng		
Tổng số		

Nhận xét:

CHƯƠNG 4
BÀN LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Theo kết quả nghiên cứu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

A. TIẾNG VIỆT

1. Đỗ xuân Hợp (171), "Giải phẫu bụng", tr. 230-250.
2. Võ Tân Long (1998) (1998), "Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng tại bệnh viện Chợ Rẫy", *Ngoại khoa*. số 3, tr. 30-36.
3. Phạm văn Bình (2013), "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng đường bụng tầng sinh môn điều trị ung thư trực tràng thấp", *Luận án Tiến sĩ y khoa*. Học viện Quân Y.
4. Nguyễn Văn Hiếu (2008), "Ung thư đại trực tràng và ống hậu môn", *Chẩn đoán và điều trị ung thư*, tr. 223-235.
5. Nguyễn Đình Hôi (2001), "Ung thư hậu môn trực tràng", tr. 237-259.
6. Phạm Đức Huân (2007), "Y học Việt Nam", *Kết quả điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi số 1 tháng 8*. số 1 tháng 8.
7. Nguyễn Xuân Hùng (2000), "Nhận xét điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh Viện Việt Đức trong 8 năm (1989 - 1996", *Nội khoa*. Số 1, tr. 42-47.
8. Vũ Đức Long (2001), " Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng- cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng", *Luận văn thạc sỹ y học*. Trường Đại Học Y Hà Nội.
9. Frank H. Netter (2004), "Atlas giải phẫu người", tr. 367 – 374.
10. Nguyễn Xuân Hùng và cộng sự (1998), "Đánh giá sự lan tràn tế bào ung thư trong thành trực tràng và ứng dụng phẫu thuật", *Ngoại khoa*. 4, tr. 1-5.
11. Trần Tuấn Thành (2014), "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy trong ung thư trực tràng đoạn giữa", *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại Học Y Hà Nội*.
12. Trần Bằng Thông (2008), "Nghiên cứu mối liên quan giữa khối u với mức độ xâm lấn vào mạc treo trong ung thư trực tràng", *Luận văn thạc sỹ y học*. Trường Đại Học Y Hà Nội.

B. TIẾNG ANH

13. Al B Benson và các cộng sự. (2024), "Colon cancer, version 3.2024, NCCN clinical practice guidelines in oncology", *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 22(2D).
14. Ronald Bleday và David Shibata (2021), "Radical resection of rectal cancer", *UpToDate*.
15. Freddie Bray và các cộng sự. (2018), "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36

- cancers in 185 countries", *A cancer journal for clinicians*. 68(6), tr. 394-424.
16. Guillaume Broc và các cộng sự. (2017), "Decision-making in rectal and colorectal cancer: Systematic review and qualitative analysis of surgeons' preferences", *Psychology, health medicine*. 22(4), tr. 434-448.
 17. Mutillo I. A and et al Cardi M. Bolognese A. (2000), "Total mesorectal excision for surgical treatment of rectal cancer", *J Surg Oncol*, tr. 74:21.
 18. Francesco Celotto và các cộng sự., "Colon and Rectal Surgery".
 19. Carolyn C Compton (2021), "Pathology and prognostic determinants of colorectal cancer", *Online*:
<http://www.uptodate.com/contents/pathology-and-prognostic-determinants-of-colorectal-cancer>. date 22/1/2021.
 20. Carolyn Compton, Kenneth K Tanabe và Savarese (2016), "Pathology and prognostic determinants of colorectal cancer".
 21. S. Davies G. Brown, G.T. Williams, et al (2004) (2003), "Effectiveness of preoperative staging in rectal cancer: digital rectal examination, endoluminal ultrasound or magnetic resonance imaging?", *Br J Cancer*, tr. -23.
 22. Ruth Glynne-Jones và các cộng sự. (2017), "Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up", *Annals of Oncology*. 28, tr. iv22-iv40.
 23. Philip H Gordon (1992), "Principles and practice of surgery for the colon,rectum, and anus,quality medical publishing", *Surgical anatomy*, tr. 7-10.
 24. Philip H Gordon và Nivatoong (1995), "Colon, rectum and anus", *Surgery a Problem-solving Approach*. St. Louis: Mosby-Year Book Inc, tr. 1409-1412.
 25. Rakesh Kumar Gupta (2013), "Anterior Resection for Rectal Cancer with Mesorectal. Excision: Institutional Review", *Indian J Surg*(75), tr. 10 -16.
 26. Anne Hoorens và các cộng sự. (2009), "Pathological assessment of the rectal cancer resection specimen". 3(6), tr. 251-60.
 27. McLeod R. S Solomon M. J. (1993), "Endoluminal transrectal ultrasonography: accuracy, reliability, and validity", *Dis Colon Rectum*, tr. 200.
 28. Okazaki S Kikuchi A. Kobayashi H. (2015), "Diagnostic performance of multidetector row computed tomography for assessment of lymph node metastasis in patients with distal rectal cancer", *Ann Surg Oncol*, tr. 203.

29. Nam Kyu Kim và các cộng sự. (2000), "Preoperative staging of rectal cancer with MRI: accuracy and clinical usefulness", *Annals of surgical oncology*. 7(10), tr. 732-737.
30. Kin Wah Chu Wai Lun Law (2004), "Anterior Resection for Rectal Cancer With Mesorectal Excision. A Prospective Evaluation of 622 Patients", *Annal of Surgery*. 240.
31. Wai Lun Law và Kin Wah Chu (2004), "Anterior resection for rectal cancer with mesorectal excision: a prospective evaluation of 622 patients", *Annals of surgery*. 240(2), tr. 260-268.
32. Martin I. G. Mohamdee M. O. Adam I. J. (1994), "Role of circumferential margin involvement in the local recurrence of rectal cancer", tr. 344:707.
33. Dworák O (1989), "Number and size of lymph nodes and node metastases in rectal carcinomas", *Surg Endosc* 3:96.
34. Chapuis P. H. Ojerskog B. Bokey EL., et al (1999), "Local recurrence after curative excision of the rectum for cancer without adjuvant therapy: role of total anatomical dissection", tr. 86:1164.
35. Schug S Power L Macintyre P, Scott P (2004), "Physiology – psychology and assessment – measurement of acute pain", *Acute pain management: scientific evidence*, tr. 3-25.
36. Buie W. D Weiser M. R. Monson J. R. (2013), "Practice parameters for the management of rectal cancer,(revised)", *Dis Colon Rectum*, tr. 56-65.
37. CG Willett và DP Ryan (2021), Neoadjuvant chemoradiotherapy, radiotherapy, and chemotherapy for rectal adenocarcinoma, chủ biên, UpToDate.
38. Ronald Bleday và các cộng sự. (2020), Pretreatment local staging evaluation for rectal cancer, chủ biên, UpToDate.

PHỤ LỤC

PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN NGHIÊN CỨU

Mã phiếu:

1. HÀNH CHÍNH

1.1. Họ và tên bệnh nhân:

1.2. Tuổi:

1.3. Giới:

1.4. Số hồ sơ:

1.5. Ngày vào viện:

1.6. Ngày phẫu thuật:

1.7. Ngày ra viện:

2. CHUYÊN MÔN

ST T	Biến số nghiên cứu		Mô tả (Có, không, chỉ số)	
			Có	Không
Mục tiêu 1				
1	Tuổi	1. 20-40 tuổi		
		2. 41-60 tuổi		
		3. > 60 tuổi		
2	Giới tính	1. Nam		
		2. Nữ		
3	Thời gian phát hiện bệnh	1. ≤ 3 tháng		
		2. 3-6 tháng		
		3. 6-12 tháng		
4	Triệu lâm sàng	1. Đi ngoài phân nhầy máu		
		2. Hội chứng kích thích trực tràng		

		3. Rối loạn khuôn phân		
		4. Gầy sút cân		
5	Sơ thấy khối u qua thăm trực tràng	1. Có		
		2. Không		
6	Đặc điểm vị trí khối u qua thăm trực tràng	1. ≤ 5 cm		
		2. 6-10 cm		
		3. 11-15 cm		
7	Tình trạng thiếu máu	1. Có thiếu máu		
		2. Không thiếu máu		
8	Vị trí khối u qua nội soi đại trực tràng ống mềm	1. 1/3 trên trực tràng		
		2. 1/3 giữa trực tràng		
		3. 1/3 dưới trực tràng		
9	Độ xâm lấn khối u đánh giá kết quả CLVT, MRI tiểu khung	1. Tis		
		2. T1		
		3. T2		
		4. T3		
		5. T4		
10	Giải phẫu bệnh	1. Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao		
		2. Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa		

		3. Ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa		
		4. U chế nhầy		
11	Kết quả giải phẫu bệnh diện cắt dưới u	1. $\leq 2\text{cm}$		
		2. 2-5 cm		
		3. $> 5\text{cm}$		
12	Giai đoạn bệnh TNM qua giải phẫu bệnh sau mổ	T	1. $\leq T1$	
			2. T2	
			3. T3	
			4. T4	
		N	1. N0	
			2. N1	
			3. N2	
		M	1. M0	
			2. M1	
		Mục tiêu 2		
13	Các phương pháp phẫu thuật	1. Cắt đoạn đại trực tràng nối ngay		
		2. Cắt đoạn đại trực tràng nối ống hậu môn		
		3. Cắt cụt trực tràng (Miles)		

		4. Cắt đoạn đại trực tràng, HMNT kiểu Hartmann	
14	Thời gian phẫu thuật các phương pháp phẫu thuật	1. Cắt đoạn đại trực tràng nối ngay	
		2. Cắt đoạn đại trực tràng nối ống hậu môn	
		3. Cắt cụt trực tràng (Miles)	
		4. Cắt đoạn đại trực tràng, HMNT kiểu Hartmann	
15	Thời gian trung tiện sau mổ	1. ≤ 48 giờ	
		2. 48-72 giờ	
		3. > 72 giờ	
16	Thời gian nằm viện sau mổ các phương pháp phẫu thuật	1. Cắt đoạn đại trực tràng nối ngay	
		2. Cắt đoạn đại trực tràng nối ống hậu môn	
		3. Cắt cụt trực tràng (Miles)	
		4. Cắt đoạn đại trực tràng, HMNT kiểu Hartmann	
17	Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ	1. Không dùng	
		2. ≤ 3 ngày	
		3. 3-7 ngày	
		4. > 7 ngày	

18	Các biến chứng sau phẫu thuật	1. Chảy máu sau mổ	
		2. Nhiễm trùng vết mổ	
		3. Rò miệng nối	
		4. Chảy máu miệng nối	
		5. Viêm phúc mạc sau mổ	
		6. Tắc ruột sớm sau mổ	
		7. Tử vong	