

vú ngày nay. Phương pháp này đem lại hiệu quả sống còn không thua kém phương pháp kinh điển là cắt toàn bộ tuyến vú và vét hạch nách mà còn giảm thiểu di chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh ung thư. Tuy đã được thừa nhận rộng rãi từ lâu trên thế giới, nhưng tại Việt Nam tỷ lệ bệnh nhân được áp dụng chưa cao nên cần được phổ biến hơn nữa nhằm đem lại chất lượng điều trị cao hơn nữa.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Hồng Quang L.** Ứng dụng kỹ thuật hiện hình và sinh thiết hạch cửa trong đánh giá tình trạng di căn hạch nách của bệnh nhân ung thư vú. Luận An Tiễn Sỹ Học Trường Đại Học Hà Nội. Published online 2012.
2. **Veronesi U, Viale G, Paganelli G, et al.** Sentinel lymph node biopsy in breast cancer: ten-year results of a randomized controlled study. *Ann Surg.* 2010;251(4):595-600. doi:10.1097/SLA.0b013e3181c0e92a
3. **Hồng Quang L, Văn Đức N.** Kết quả phẫu thuật bảo tồn ung thư vú áp dụng các kỹ thuật tạo hình với khối u tại vị trí ít nhu mô tuyến vú. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2022;51(2):65.
4. **Hồng Quang L, Anh Dũng H.** Kết quả phẫu thuật bảo tồn ung thư vú có sử dụng kỹ thuật tạo hình round block cho khối u nửa trên tuyến vú. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 511(2(2)):225.
5. **Takahashi S, Murakami Y, Imano N, et al.** Long-term results after 12-year follow-up of patients treated with whole-breast and boost

- irradiation after breast-conserving surgery. *Jpn J Radiol.* 2016;34(9):595-604. doi:10.1007/s11604-016-0562-2
6. **Li W, Zheng Y, Wu H, Li X.** Breast-conserving therapy versus mastectomy for breast cancer: a ten-year follow-up single-center real-world study. *Gland Surg.* 2022;11(7):1148-1165. doi:10.21037/gS-22-142
7. **Blichert-Toft M, Nielsen M, Düring M, et al.** Long-term results of breast conserving surgery vs. mastectomy for early stage invasive breast cancer: 20-year follow-up of the Danish randomized DBCG-82TM protocol. *Acta Oncol Stockh Swed.* 2008;47(4):672-681. doi:10.1080/02841860801971439
8. **Tứ Quý T.** Đánh giá bước đầu tình trạng di căn hạch nách trong ung thư vú. *Học TpHCM.* 2008;12(4):256.
9. **Botteri E, Bagnardi V, Rotmensz N, et al.** Analysis of local and regional recurrences in breast cancer after conservative surgery. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* 2010;21(4):723-728. doi:10.1093/annonc/mdp386
10. **Miles RC, Gullerud RE, Lohse CM, Jakub JW, Degnim AC, Boughhey JC.** Local recurrence after breast-conserving surgery: multivariable analysis of risk factors and the impact of young age. *Ann Surg Oncol.* 2012;19(4):1153-1159. doi:10.1245/s10434-011-2084-6
11. **Elsayed M, Alhussini M, Basha A, Awad AT.** Analysis of loco-regional and distant recurrences in breast cancer after conservative surgery. *World J Surg Oncol.* 2016;14:144. doi:10.1186/s12957-016-0881-x

**PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ  
TUYẾN ĐẠI TRÀNG TRÁI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**

**Lưu Quang Dũng<sup>1</sup>, Trần Ngọc Dũng<sup>2</sup>, Đặng Quốc Ái<sup>2</sup>,  
Nguyễn Đức Phan<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Vinh<sup>1</sup>, Vũ Khang Ninh<sup>3</sup>**

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng trái tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2017-2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc trên 63 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến đại tràng trái chưa di căn được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái nạo vét hạch từ 1/2017 đến 1/2021. **Kết quả:** Có 12(19%) u ở niêm mạc (T1), 24 (38%) trường hợp u

xâm lấn lớp cơ (T2), 25 (40%) trường hợp xâm lấn lớp dưới thanh mạc (T3), và 2 (3%) trường hợp xâm lấn thanh mạc (T4). Số hạch trung bình nạo được là 16,3 ± 3,6 (12 – 24). 100% trường hợp mặt cắt trên và dưới u không có có tế bào ung thư. Thời gian phẫu thuật trung bình là 151 ± 38,7 phút (60 – 360), thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình 6,8 ± 2,8 ngày. Không có biến chứng hay tử vong sau mổ. 55 bệnh nhân ung thư đại tràng trái có thời gian sống toàn bộ sau mổ ước tính trung bình là 17,05 ± 9,3 (tháng). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng trái là phẫu thuật an toàn và hiệu quả với tỷ lệ tai biến biến chứng thấp, có thể áp dụng cho các bệnh viện chuyên khoa về điều trị ung thư, có đầy đủ trang thiết bị, phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm.

**Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi, Ung thư biểu mô, Đại tràng trái

**Viết tắt:** MTTD: Mạc treo tràng dưới; PTNS: phẫu thuật nội soi.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Dũng

Email: luuquangdunghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2023

Ngày duyệt bài: 3.2.2023

**SUMMARY****LAPAROSCOPIC SURGERY FOR LEFT COLON CARCINOMA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL**

**Objective:** To evaluate the results of laparoscopic surgery for left colon adenocarcinoma at Hanoi Medical University Hospital in the period 2017-2021. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study with longitudinal follow-up on 63 patients diagnosed with non-metastatic left colon adenocarcinoma who underwent laparoscopic left colectomy with lymph node dissection. January 2017 to January 2021. **Results:** There were 12 (19%) tumors in the mucosa (T1), 24 (38%) tumors invading the muscle layer (T2), 25 (40%) cases invading the subserosal layer (T3), and 2 (3%) of serosa invasion (T4). The average number of lymph nodes removed was  $16.3 \pm 3.6$  (12 – 24). 100% of cases in the upper and lower sections of the tumor did not have cancer cells. The average surgical time was  $151 \pm 38.7$  minutes (60 – 360), the average postoperative hospital stay was  $6.8 \pm 2.8$  days. There were no complications or mortality after surgery. 55 patients with left colon cancer had an estimated mean overall survival time of  $17.05 \pm 9.3$  (months). **Conclusion:** Laparoscopic surgery in the treatment of left colon adenocarcinoma is safe and effective surgery with low complication rate, can be applied to specialized hospitals in cancer treatment, has full equipment, experienced surgeons.

**Keywords:** Laparoscopic surgery, Carcinoma, left colon

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Theo ghi nhận của tổ chức y tế thế giới, ung thư đại trực tràng đứng thứ ba về tỷ lệ mắc ở cả hai giới, đứng thứ hai về tỷ lệ tử vong. Theo SEER năm 2021 có khoảng 149.500 (7,9%) trường hợp ung thư đại trực tràng mới mắc trong đó 52.980 (8,7%) trường hợp tử vong<sup>1</sup>. Ung thư đại tràng trái được mô tả trong đề tài này là loại ung thư biểu mô của đại tràng trái bao gồm: đại tràng góc lách, đại tràng xuống và đại tràng sigma khác với ung thư đại tràng phải về nguồn gốc, tổn thương bệnh lý, lâm sàng và điều trị. Điều trị ung thư đại tràng trái là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật là phương pháp chính và phẫu thuật mở là kinh điển, phẫu thuật nội soi nhờ những ưu điểm vượt trội. Tuy nhiên phẫu thuật nội soi không phải chỉ toàn ưu điểm. Năm 1994, Berends và cộng sự đã báo cáo 3/14 trường hợp bị di căn ổ trocar<sup>2</sup>. Năm 1995, Wexner cũng công bố tỷ lệ di căn ổ trocar lên đến 5,1% trong khi tỷ lệ xuất hiện ung thư tại vết mổ mở kinh điển được thừa nhận dưới 1%<sup>3</sup>. Từ đó xuất hiện nhiều nghi ngại như tính an toàn của nội soi, khả năng thực hiện phẫu thuật triệt căn qua nội soi, thời gian sống không bệnh và

thời gian sống toàn bộ sau mổ...Trong những năm gần đây, tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng trái đã được thực hiện một cách thường quy. Nghiên cứu này thực hiện nhằm mục đích đánh giá kết quả kết quả tốt và hạn chế mà phẫu thuật nội soi mang lại.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân chẩn đoán ung thư đại tràng trái được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại khoa Ngoại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2017 đến 1/2021.

**2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** bệnh nhân có chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến nguyên phát của đại tràng trái, chưa di căn qua thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng theo (AJCC) 2018<sup>4</sup>, được theo dõi qua tái khám, ghi chép hồ sơ và liên lạc bằng điện thoại.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** phối hợp với bệnh ung thư khác

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc.

**2.2.2. Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến nguyên phát đại tràng trái đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. Dữ liệu được thu thập từ bệnh nhân bao gồm

**2.3. Mô tả kỹ thuật.** Phẫu thuật cắt đại tràng bên trái: là phẫu thuật cắt bỏ từ phần trái của đại tràng ngang đến hết đại tràng sigma (ngang ụ nhỏ – nơi tiếp nối với trực tràng), thắt động mạch treo tràng dưới sát gốc cùng với nạo vét hạch, nối đại tràng ngang - trực tràng bằng miệng nối tận- tận với máy nối tròn 29 mm của Johnson & Johnson.

Phẫu thuật cắt đại tràng trái cao: Phẫu thuật gồm cắt phần trái đại tràng ngang và đại tràng xuống, cắt động mạch đại tràng trái trên sát gốc cùng với vét hạch, nối đại tràng ngang với đại tràng sigma thường thực hiện bằng mở nhỏ nối tay.

Phẫu thuật cắt đại tràng Sigma: Phẫu thuật cắt đại tràng sigma, thắt cuống mạch MTTD phía dưới chỗ phân nhánh động mạch đại tràng trái trên hoặc sát gốc và nạo vét hạch cùng một khối. Kết thúc bằng miệng nối đại tràng xuống với trực tràng với máy nối tròn 29 mm của Johnson & Johnson.

**2.4. Xử lý số liệu.** Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 25.0.

Các biến định lượng được tính theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, giá trị trung vị, Max, Min. Biến định tính được trình bày theo tỷ lệ %.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được Hội đồng y đức Bệnh viện Đại học Y Hà Nội thông qua và chấp nhận. Đây là nghiên cứu mô tả hồi cứu, không can thiệp vào quá trình điều trị hay làm chậm quá trình điều trị của bệnh nhân. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và tôn trọng.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian từ tháng 01/2017 đến tháng 01/2021 có 63 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của đại tràng bên trái đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, bao gồm 36 nam (57%), 27 nữ (43%), tuổi trung bình 62,1±12,7 (22 – 84).

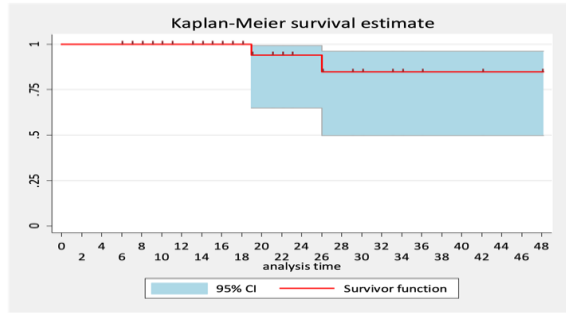
**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng bệnh học**

Đặc điểm		N = 63	Tỉ lệ %
Bệnh lý đi kèm	CHA	14	22,2
	TĐ	5	7,9
	Mổ cũ ổ bụng	8	12,7
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Trung bình	20,2 ± 2,8	
Đánh giá giai đoạn lâm sàng	T1	3	5,6
	T2	24	44,4
	T3	25	46,3
	T4	2	3,7

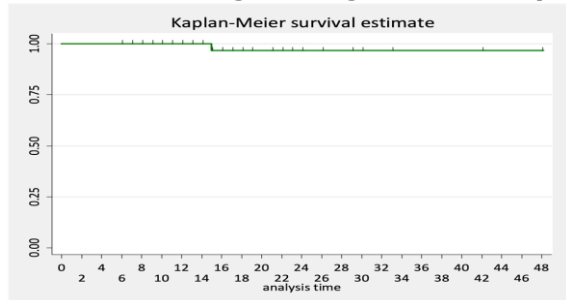
**Bảng 2. Kết quả phẫu thuật**

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Thời gian phẫu thuật (Phút): 151±38,7 (60-360)			
Thời gian nằm viện: 6,8 ± 2,8 (5-10)			
Phương pháp phẫu thuật	Cắt đại tràng sigma	44	69,8%
	Cắt đại tràng trái cao	12	19%
	Cắt nửa đại tràng trái	7	11,2%
Số lượng trocar	4	54	85,7%
	5	9	14,3%
Số hạch được nạo: 16,3 ± 3,6 (12 –24)			
Độ triệt căn	R0	63	100%
	R1	0	0
	R2	0	0
Mô bệnh học	UTBM tuyến	57	90,5%
	tuyến nhầy	5	7,9%
	tế bào vảy	1	1,6%
Đánh giá giai đoạn sau mổ	I	12	19%
	II	24	38,1%
	III	25	39,7%
	IV	2	3,2%
Biến chứng sớm, tử vong		0	0
Điều trị hóa chất sau mổ	Có	32	50,8%
	Không	31	49,2%

55 bệnh nhân ung thư đại tràng trái có thời gian sống toàn bộ sau mổ ước tính trung bình là 17,05 ± 9,3 (tháng) (tính tới thời điểm nghiên cứu). Thời gian sống sau mổ giảm dần, sau 48 tháng, tỷ lệ sống còn ước tính 84,7% (KTC95% là 49% - 96,1%).



**Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ**



**Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm không bệnh**

Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 16,8 ± 8,7 tháng. Thời gian sống không bệnh giảm dần, tỷ lệ sống ước tính giảm còn 96,7% sau 48 tháng.

**IV. BÀN LUẬN**

Ung thư đại tràng trái gặp chủ yếu ở trung niên và người cao tuổi nhưng cũng có thể xuất hiện ở lứa tuổi rất trẻ. So sánh với các tác giả khác trong và ngoài nước như Nguyễn Anh Tuấn năm 2011<sup>5</sup> và Elisa Francone năm 2016<sup>6</sup> kết quả của chúng tôi tương tự. Độ tuổi trung bình 61,2 ± 12,7 tuổi.

Tỷ lệ mắc bệnh gặp ở nam giới cao hơn nữ. Kết quả của chúng tôi tương tự với các tác giả Nguyễn Văn Xuyên<sup>7</sup> và E. Francone<sup>6</sup>.

Chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng so với giai đoạn đầu đã có những mở rộng đáng kể. Nhiều chống chỉ định trước đây đã được khắc phục. Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, trong nghiên cứu này có 8/63 trường hợp, chiếm 12,7%. Các trường hợp này đã được phẫu thuật an toàn, không xảy ra biến chứng gì. Kích thước và mức độ thâm nhiễm của khối u là yếu tố có ảnh hưởng lớn đến chỉ định phẫu thuật nội soi. Đặc biệt trong trường hợp khối u nằm ở vị trí góc lách vì nguy cơ xâm lấn vào thân đuôi tụy, lách. Các trường hợp này đều đánh giá mức độ xâm lấn trên cắt lớp vi tính bụng. Chỉ định phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật tương ứng với vị trí của khối u. Vì vậy trong nhóm nghiên cứu gặp tỷ lệ cắt đại tràng sigma là cao nhất 44/63

(69,8%), tiếp theo là cắt đại tràng trái cao và cắt đại tràng trái.

100% bệnh nhân được phẫu tích giải phóng khung đại tràng từ trong ra ngoài, đây là cách phẫu tích mà các phẫu thuật viên ưa dùng, vì nó nhanh và an toàn. Tương tự việc thắt các mạch máu cũng tùy thuộc theo đoạn đại tràng cắt bỏ, đảm bảo nạo vét hạch triệt căn đồng thời đáp ứng được cung cấp máu cho miệng nối. Đối với cắt đại tràng trái cao, chúng ta có thể thắt nhánh động mạch đại tràng trái cao, còn cắt đại tràng Sigma thì có thể thắt ĐM MTTD cao hoặc thấp. Trong nhóm nghiên cứu tỷ lệ thắt ĐM MTTD cao là (58,7%). Có hai loại miệng nối trong phẫu thuật cắt đại tràng trái do ung thư là: miệng nối đại – đại tràng và miệng nối đại – trực tràng và có thể thực hiện kỹ thuật đóng miệng nối bằng khâu tay hoặc nối máy. Trong nhóm nghiên cứu có 81% được thực hiện bằng nối máy, còn lại là khâu tay bằng chỉ PDS 4.0.

Chúng tôi gặp 2 bệnh nhân (3,2%) có tổn thương rách bao lách trong mổ và được xử trí cầm máu qua nội soi, mức độ mất máu ít không phải truyền máu. Trong nhóm nghiên cứu cũng không gặp trường hợp nào chảy máu trong mổ điều này cho thấy phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái do u ít tai biến và có thể áp dụng thường quy đưa lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân. Quá trình di căn vào hạch của ung thư đại tràng thường xảy ra từ gần đến xa, từ ngoài vào trong, bắt đầu từ nhóm hạch cạnh thành đại tràng, sau đó là nhóm hạch dọc theo động mạch đại tràng. Nguyên tắc khi phẫu thuật ung thư là nạo vét hạch. Trong số 63 bệnh nhân, đều được nạo vét hạch một cách hệ thống, theo đó số hạch nạo vét được ít nhất là 12 hạch, nhiều nhất là 24 hạch, số hạch nạo vét được trung bình là  $16,3 \pm 3,6$  hạch. Theo S. Yamamoto số hạch trung bình là  $11^8$ , theo Zhang<sup>9</sup> số hạch trung bình là 12. Cũng theo các tác giả này, số hạch nạo vét được giữa mổ nội soi và mổ mở không có sự khác biệt. Trong nhóm nghiên cứu bệnh chủ yếu gặp ở giai đoạn II và III có tỷ lệ tương đương nhau 24/63 chiếm 38%. Theo tác giả S. Yamamoto<sup>8</sup> nghiên cứu trên 120 bệnh nhân thì giai đoạn I chiếm 4,6%, giai đoạn II chiếm 78%, giai đoạn III chiếm 13,3%, giai đoạn IV chiếm 4,1%. Điều này cho thấy khả năng sàng lọc và phát hiện sớm ung thư đại tràng của các tác giả Nhật Bản có những thành quả lớn.

Trong nhóm nghiên cứu không có trường hợp nào có biến chứng sớm sau mổ như chảy máu, viêm phúc mạc, rò bực miệng nối... có thể bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu ở giai đoạn

bệnh tương đối sớm và được mổ chủ động nên công tác chuẩn bị bệnh nhân tốt đã hạn chế những biến chứng.

**Bảng 3. Thời gian nằm viện sau mổ theo một số tác giả**

Tác giả	nội soi (n)	Mổ mở (n)	Ngày nằm viện (nội soi)	Ngày nằm viện (mổ mở)
Nguyễn Tạ Quyết (2006) <sup>10</sup>	24	26	7,1	12,7
Zhang (2006) <sup>9</sup>	86	12	7	11,5

Các tác giả đều thống nhất thời gian nằm viện sau mổ bằng nội soi ngắn hơn hẳn so với mổ mở. Điều này rất có ý nghĩa đặc biệt với các nước Âu-Mỹ vì chi phí ngày giường của họ rất cao.

Có nhiều nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước đánh giá kết quả gần của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng với nhiều lợi ích đáng kể có ý nghĩa cho bệnh nhân. Tuy nhiên việc đánh giá kết quả xa của PTNS phức tạp hơn và chưa thực sự được biết đến rộng rãi. Năm 2007, Bonjer và cộng sự<sup>11</sup> đã thực hiện một phân tích tổng hợp các thử nghiệm chọn ngẫu nhiên các bệnh nhân bị ung thư đại tràng thực hiện phẫu thuật nội soi để xác định liệu phẫu thuật nội soi có an toàn về mặt ung thư học hay không. Bệnh nhân được đưa vào phân tích này được theo dõi trong thời gian ít nhất 3 năm và trong số 796 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu có tỷ lệ sống không bệnh là 75,8% và tỷ lệ sống chung là 82,2%, so sánh với kết quả của phẫu thuật mở với tỷ lệ tương ứng là 75,3% và 83,5% cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa hai phương pháp và PTNS được kết luận là phương pháp điều trị an toàn về mặt ung thư học. Một lần nữa, năm 2007, Kahn moui và cộng sự đã công bố một báo cáo tổng quan về kết quả phẫu thuật nội soi với ung thư đại tràng và kết quả này cũng cho thấy rằng, PTNS là phương pháp an toàn và hiệu quả như phẫu thuật truyền thống. Năm 2011, Lee và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu tương tự trong thời gian theo dõi trung hạn từ 19-59 tháng cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về hiệu quả điều trị giữa hai phương pháp. Có 3 thử nghiệm được thực hiện trên cỡ mẫu lớn như thử nghiệm COST với tổng thời gian sống sau 5 năm là 76,4% và thời gian sống không bệnh là 69,2%, thử nghiệm COLOR là 81,8% và 76,2%, thử nghiệm CLASSIC là 68,4% và 66,3%, tất cả các nghiên cứu và các thử nghiệm này đều minh chứng về độ an toàn và hiệu quả của PTNS với

ung thư đại tràng trong thời gian trung và dài hạn.

Mục đích chính trong nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá kết quả về tổng thời gian sống và thời gian sống không bệnh về việc ứng dụng kỹ thuật PTNS trong điều trị ung thư đại tràng trái ở Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian theo dõi 3 năm. Nghiên cứu được thực hiện trên 55 bệnh nhân với tổng thời gian sống và thời gian sống không bệnh lần lượt là 84,7% và 96,7% , kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu và thử nghiệm của các tác giả khác trên thế giới, và lại một lần nữa minh chứng cho hiệu quả điều trị của PTNS về mặt ung thư học. Cùng với các ưu thế về kết quả gần sau phẫu thuật đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu trước đó, chúng tôi kết luận rằng trong điều trị ung thư đại tràng, PTNS là một lựa chọn tốt.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng trái là phẫu thuật an toàn và hiệu quả với tỷ lệ tai biến biến chứng thấp, có thể áp dụng cho các bệnh viện chuyên khoa về điều trị ung thư, có đầy đủ trang thiết bị, phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chernyavskiy P, Kennerley VM, Jemal A, Little MP, Rosenberg PS.** Heterogeneity of colon and rectum cancer incidence across 612 SEER counties, 2000-2014. *Int J Cancer*. 2019;144(8):1786-1795. doi:10.1002/ijc.31776

2. **Berends FJ, Kazemier G, Bonjer HJ, Lange JF.** Subcutaneous metastases after laparoscopic colectomy. *Lancet Lond Engl*. 1994;344(8914):58. doi:10.1016/s0140-6736(94)91079-0
3. **Shussman N, Wexner SD.** Current status of laparoscopy for the treatment of rectal cancer. *World J Gastroenterol*. 2014;20(41):15125-15134. doi:10.3748/wjg.v20.i41.15125
4. **Weiser MR.** AJCC 8th Edition: Colorectal Cancer. *Ann Surg Oncol*. 2018;25(6):1454-1455. doi: 10.1245/s10434-018-6462-1
5. **Nguyễn Anh Tuấn.** Kết quả điều trị ung thư đại tràng SIGMA bằng phẫu thuật nội soi. *Y học Việt Nam*. 2011, pp 25–29.
6. **Francone E, Bonfante P, Bruno MS, Intersimone D, Falco E, Berti S.** Laparoscopic Inferior Mesenteric Artery Peeling: An Alternative to High or Low Vascular Ligation for Sigmoid Colon Cancer Resection. *World J Surg*. 2016; 40 (11):2790-2795. doi:10.1007/s00268-016-3611-1
7. **Nguyễn Văn Xuyên.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng tại Bệnh viện Quân y 103.
8. **Yamamoto S, Inomata M, Katayama H, et al.** Short-term surgical outcomes from a randomized controlled trial to evaluate laparoscopic and open D3 dissection for stage II/III colon cancer: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG 0404. *Ann Surg*. 2014; 260(1): 23-30. doi: 10. 1097/SLA. 0000000000000499
9. **Zhang W, Yuan WT, Wang GX, Song JM.** Anatomical study of the left colic artery in laparoscopic-assisted colorectal surgery. *Surg Endosc*. 2020;34(12):5320-5326. doi:10.1007/s00464-019-07320-w
10. **Nguyễn Tạ Quyết.** 36 trường hợp cắt đại tràng qua nội soi ổ bụng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. February 2006, pp 56–63.

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VÀ HOÁ TRỊ BỔ TRỢ PACLITAXEL-CARBOPLATIN TRÊN BỆNH NHÂN UTBM BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN III TẠI BỆNH VIỆN K

Lữ Việt Thăng<sup>1</sup>, Lê Thanh Đức<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả và độc tính của hoá trị bổ trợ Paclitaxel- Carboplatin sau phẫu thuật công phá u với UTBM buồng trứng giai III trên quần thể người Việt. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhân UTBMBT giai đoạn III đủ tiêu chuẩn lựa chọn được phẫu thuật kết hợp với hoá trị bổ trợ Paclitaxel-

Carboplatin tại Bệnh viện K từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 12 năm 2019. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phẫu thuật, độc tính điều trị, đặc điểm tiến triển, tái phát, di căn và tử vong được ghi nhận. **Kết quả:** 105 bệnh nhân UTBMBT giai đoạn III phù hợp tiêu chuẩn của nghiên cứu được thu thập và phân tích. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu: giai đoạn IIIC chiếm đa số với 65.7%; thể mô bệnh học chủ yếu là UTBM thanh dịch khoảng 85%. Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ 46 tháng (95% CI = 39.2 đến 52.8 tháng) và trung vị thời gian sống thêm không tiến triển là 18 tháng (95% CI = 14.1 đến 21.9 tháng). Có sự tương quan có ý nghĩa giữa tỷ lệ phẫu thuật công phá u tối đa và trung vị thời gian sống thêm với  $p < 0.001$ . **Kết luận:** Phẫu thuật công phá u kết hợp với hoá trị bổ trợ Paclitaxel-Carboplatin chứng minh hiệu quả trên bệnh nhân UTBM buồng trứng giai đoạn III.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lữ Việt Thăng

Email: luvietthang@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2023

Ngày duyệt bài: 3.2.2023