

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

UNG VĂN VIỆT

**VAI TRÒ CỦA MỞ THÔNG HỒI TRÀNG
TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NÓI THẤP
ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG**

Chuyên ngành: Ngoại tiêu hóa

Mã số: 62720125

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Thành phố Hồ Chí Minh – Năm 2017

Công trình được hoàn thành tại:

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. NGUYỄN VĂN HẢI

Phản biện 1: **PGS.TS. TRIỆU TRIỀU DƯƠNG**

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Phản biện 2: **PGS.TS. PHẠM ĐỨC HUẤN**

Trường Đại học Y Hà Nội

Phản biện 3: **PGS.TS. NGUYỄN TẤN CƯỜNG**

Bệnh viện Quốc tế Thành Đô

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Trường họp
tại: Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Vào lúc giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP. Hồ Chí Minh
- Thư viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Đặt vấn đề

Ở Việt Nam, Ung thư đại-trực tràng (UTĐTT) hiện nay có tần suất mắc bệnh đứng hàng thứ năm. Nếu trong những năm 90, tần suất mắc bệnh chỉ khoảng 7/100.000 dân, thì đến những năm đầu của thế kỷ 21, tần suất này đã tăng lên đến 14/100.000 dân. Gánh nặng y tế của bệnh hiện nay đã lên đến khoảng 302 tỷ USD mỗi năm. Vì vậy, UTĐTT thực sự là một vấn đề y tế cần được quan tâm chú ý và đầu tư nghiên cứu nhiều hơn tại trong tình hình Việt Nam hiện nay.

Năm 1982, Heald giới thiệu kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) và đã tạo một bước tiến đột phá trong phẫu thuật ung thư trực tràng vùng thấp. Áp dụng kỹ thuật TME, các phẫu thuật viên có thể cắt các khối u trực tràng ở thấp mà vẫn đảm bảo đạt được kết quả tốt về mặt ung thư học. Đối với các u ở vùng trực tràng cực thấp, kỹ thuật cắt gian cơ thắt được giới thiệu vào những năm 1980 giúp giải quyết được khối u mà vẫn bảo tồn được chức năng đi tiêu cho bệnh nhân. Các kỹ thuật mới này đã giúp giải quyết khối u triệt để hơn và bảo đảm chất lượng cuộc sống tốt hơn cho người bệnh. Tuy nhiên cũng đặt ra cho các phẫu thuật viên những thách thức mới: khả năng xì rò cao tại các miệng nối thấp dưới phúc mạc.

Mở thông hồi hoặc đại tràng trên dòng là một khái niệm không mới và là một biện pháp được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn để giảm nguy cơ xì rò miệng nối thấp. Mở thông hồi hoặc đại tràng thường quy thường được áp dụng khi có sự hiện diện của yếu tố nguy cơ xì rò miệng nối. Mặc dù vậy, chỉ định còn có các ý kiến khác nhau do việc thực hiện thêm một cuộc phẫu thuật để đóng miệng mở thông

tạm thời, phải tái nhập viện cũng như những nguy cơ biến chứng và tử vong từ phẫu thuật đóng miệng mở thông hồi tràng. Các bằng chứng hiện có thì vẫn chưa có sự thống nhất. Vì vậy, câu hỏi nghiên cứu của chúng tôi là mở thông hồi tràng trong phẫu thuật nội soi cắt nối thấp có thật sự làm giảm tỉ lệ xì rò miệng nối, giảm độ nặng của xì rò miệng nối hay không? Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu:

1. So sánh tỉ lệ xì rò miệng nối ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt nối thấp có mở và không có mở thông hồi tràng.
2. Đánh giá mức độ nặng của biến chứng xì rò miệng nối ở bệnh nhân có mở và không có mở thông hồi tràng.
3. Xác định tai biến và biến chứng của mở thông hồi tràng.

2. Tính cấp thiết của đề tài

Mở thông hồi hoặc đại tràng trên dòng là một khái niệm không mới và là một biện pháp được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn để giảm nguy cơ xì rò miệng nối thấp. Mở thông hồi hoặc đại tràng thường quy thường được áp dụng khi có sự hiện diện của yếu tố nguy cơ xì rò miệng nối. Mặc dù vậy, chỉ định còn có các ý kiến khác nhau do việc thực hiện thêm một cuộc phẫu thuật để đóng miệng mở thông, phải tái nhập viện cũng như những nguy cơ biến chứng và tử vong từ phẫu thuật mở thông và đóng miệng mở thông hồi tràng. Quan điểm về mở thông hồi tràng vẫn chưa tìm được đồng thuận chung trên thế giới và tại Việt Nam. Vì vậy, nghiên cứu về vai trò của mở thông hồi tràng trong phẫu thuật nội soi cắt nối thấp điều trị ung thư trực tràng thực sự là một vấn đề thời sự và cần thiết tại Việt Nam nói riêng và trên thế giới nói chung.

3. Những đóng góp mới của luận án

Đứng trên góc độ là một nghiên cứu trong nước, nghiên cứu của chúng tôi có nhiều điểm mới nổi bật so với tình hình chung về nghiên cứu điều trị ung thư trực tràng. Với cỡ mẫu lớn, áp dụng các định nghĩa của các tổ chức nghiên cứu lớn trên thế giới và mô hình nghiên cứu đoàn hệ, chúng tôi cho thấy được vai trò của mở thông hồi tràng bảo vệ miệng nối trong phẫu thuật nội soi cắt nối thấp tại Việt Nam. Ngoài ra, nghiên cứu còn cho thấy được các yếu tố nguy cơ của xì miệng nối trong phẫu thuật cắt nối thấp, từ đó giúp các phẫu thuật viên tiêu hóa có thể cân nhắc một cách khoa học hơn trong quyết định mở thông hồi tràng bảo vệ miệng nối trong phẫu thuật cắt nối thấp.

4. Bố cục luận án

Luận án gồm 119 trang: phần mở đầu 2 trang, tổng quan tài liệu 45 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 17 trang, kết quả nghiên cứu 27 trang, bàn luận 26 trang, kết luận 1 trang, kiến nghị 1 trang.

Ngoài ra luận án còn có 32 bảng, 24 biểu đồ, 19 hình và 214 tài liệu tham khảo (23 tài liệu tham khảo tiếng Việt và 191 tài liệu tham khảo tiếng Anh).

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Dịch tế ung thư đại-trực tràng

Ở nước ta, UTĐTT đứng thứ năm sau ung thư phế quản, ung thư dạ dày, ung thư gan và ung thư vú ở nữ. Bùi Chí Việt, Vũ Văn Vũ và cộng sự đã thu thập ở bệnh viện ung bướu và 25 cơ sở điều trị tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 1996, ghi nhận tỉ lệ UTĐTT là 12,9/100.000 dân ở cả hai giới, đứng hàng thứ 5 sau ung thư gan, ung thư cổ tử cung, ung thư phổi và ung thư dạ dày.

1.4. Điều trị phẫu thuật triệt để ung thư trực tràng

Nguyên tắc phẫu thuật:

- Cắt bỏ toàn bộ phần trực tràng có khối u nguyên phát và tổ chức bao quanh, gồm: mạc treo trực tràng, hạch bạch huyết và tổ chức mỡ quanh trực tràng.

- Đảm bảo mặt cắt gần và xa không còn tế bào ung thư.

- Cố gắng tối đa phục hồi lưu thông ruột bằng con đường tự nhiên, nhưng không ảnh hưởng đến 2 nguyên tắc trên.

Các phương pháp phẫu thuật:

- Phẫu thuật cắt trước

- Phẫu thuật cắt đại-trực tràng nối đại tràng với ống hậu môn

- Cắt cụt trực tràng qua đường bụng-tàng sinh môn

1.5. Xì rò miệng nối

Vào năm 2010, định nghĩa về xì rò miệng nối với hệ thống xếp hạng độ nặng của xì rò được công bố do Tổ chức ung thư trực tràng thế giới (International Study Group of Rectal Cancer (ISGRC)). Tổ chức này đề nghị xì rò miệng nối được định nghĩa là hiện tượng thiếu

hụt thành ruột tại vị trí miệng nối dẫn đến thông thương giữa trong và ngoài lòng ruột. Độ nặng của xì rò miệng nối được phân độ dựa vào mức độ can thiệp lâm sàng.

Điều trị xì rò miệng nối đại - trực tràng hoặc miệng nối đại tràng - ống hậu môn theo kinh điển là phá bỏ miệng nối, sau đó đưa đầu gần của miệng nối ra ngoài làm hậu môn nhân tạo (phẫu thuật Hartmann). Phẫu thuật Hartmann là cần thiết đối với các bệnh nhân có thiếu máu lan rộng, hoại tử hoặc bực miệng nối rộng. Tuy nhiên, y văn gần đây đã cho thấy xu hướng điều trị bảo tồn, và hạn chế phá bỏ miệng nối đối với các miệng nối ngoài phúc mạc. Phẫu thuật lại để kiểm soát nhiễm trùng khi xảy ra xì rò miệng nối hiếm khi cần thiết ở những bệnh nhân đã có mở thông hồi tràng trước mổ. Đây là trường hợp chiếm phần nhiều ở các bệnh nhân có miệng nối ngoài phúc mạc.

1.6. Lược qua kết quả các nghiên cứu trong và ngoài nước về mở thông hồi tràng bảo vệ miệng nối trong phẫu thuật nội soi cắt nối thấp

Trong phẫu thuật cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng, tỉ lệ xì rò miệng nối thay đổi từ 3-21%. Tỉ lệ này rất khác nhau giữa các tác giả vì sự khác biệt về vị trí u, giai đoạn bệnh, kỹ thuật mổ cũng như phác đồ điều trị giữa các trung tâm (có hóa xạ trị trước mổ hay không). Nhìn chung, kết quả các nghiên cứu về mở thông hồi tràng bảo vệ miệng nối trong phẫu thuật nội soi cắt nối thấp hiện nay vẫn còn nhiều trái ngược. Một số nghiên cứu có kết quả ủng hộ mở thông hồi tràng như nghiên cứu của Gastinger, Karajia, Shiomi, Leester. Một số kết quả nghiên cứu lại chống lại mở thông hồi tràng như Fielding, Enker, Matthiessen và Hui.

Tại Việt Nam, Năm 2010 Đổ Đĩnh Công thực hiện nghiên cứu so sánh giữa hai nhóm bệnh nhân có mở thông hồi tràng và không mở thông trong cắt trực tràng trước thấp tại bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Kết quả cho thấy mở thông hồi tràng không làm giảm tỉ lệ xì rò, tuy nhiên lại giúp giảm độ nặng của biến chứng xì rò miệng nổi khi xuất hiện. Năm 2011 Nguyễn Anh Tuấn báo cáo 3 trường hợp được dẫn lưu hồi tràng sau phẫu thuật cắt trước thấp nội soi ở Bệnh viện TWQĐ 108 cho thấy dẫn lưu hồi tràng có giá trị bảo vệ miệng nổi trực tràng có nguy cơ cao, và các biến chứng liên quan đến mở và đóng dẫn lưu hồi tràng rất nhỏ, có thể chấp nhận được.

Việc rút ra được kết luận về hiệu quả thực sự của mở thông hồi tràng từ y văn là rất khó khăn.. Quyết định mở thông hồi tràng tùy thuộc vào nhận định chủ quan của phẫu thuật viên về các yếu tố nguy cơ của xì rò miệng nổi mà bệnh nhân đang sở hữu, trong khi các yếu tố nguy cơ này lại chưa có được sự đồng thuận chung.

1.7. Tai biến-biến chứng của mở thông hồi tràng và cách khắc phục

Biến chứng của mở thông hồi tràng xảy ra khá thường xuyên và có thể ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tỉ lệ biến chứng có thể lên đến 57% ở mở thông hồi tràng đầu tận và 75% ở mở thông hồi tràng dạng quai. Tỉ lệ tai biến tích lũy sau 20 năm lên đến 76% ở bệnh nhân mở thông hồi tràng do nguyên nhân viêm loét đại tràng xuất huyết và 56% ở bệnh nhân mở thông hồi tràng do nguyên nhân Crohn.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư trực tràng, được phẫu thuật nội soi cắt nối thấp và nối máy chương trình tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ năm 2008 đến 2015. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm.

Nhóm 1: ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt nối thấp, nối máy, có mở thông hồi tràng

Nhóm 2: ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt nối thấp, nối máy, không mở thông hồi tràng.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của trực tràng, cách rìa hậu môn 4 – 10 cm, đã được phẫu thuật nội soi cắt thấp và nối máy, có hồ sơ đầy đủ.

- Bệnh nhân đồng ý phẫu thuật nội soi.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có chỉ định ban đầu cắt trước thấp nhưng sau đó chuyển sang phẫu thuật Miles hay phẫu thuật Hartmann.

- Bệnh nhân không có hồ sơ đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.1.1. Loại hình nghiên cứu:

Đoàn hệ hồi cứu.

2.1.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:

Với mục tiêu so sánh tỉ lệ xì miệng nổi ở bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt nốt thấp ở 2 nhóm có mở thông hồi tràng và không có mở thông hồi tràng, chúng tôi dùng công thức ước lượng tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{2C[p_1(1-p_2) + p_2(1-p_1)]}{(|p_1 - p_2| - d)^2}$$

Trong đó:

$C = 6,15$ ($\alpha = 0,1$, $\text{power} = 0,8$)

$d = 0,05$

$p_1 = 0,12$

$p_2 = 0,03$

Do đó, cỡ mẫu cần thiết cho mỗi nhóm nghiên cứu là trên 43 bệnh nhân.

2.3. Phương pháp tiến hành

Đánh giá và ghi nhận đầy đủ thông tin chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân, ghi nhận các kết quả trong mổ và sau mổ.

2.4. Thu thập và xử lý số liệu

Các thông số nghiên cứu được ghi nhận thông qua hỏi cứu hồ sơ của bệnh nhân, theo dõi và đánh giá kết quả điều trị. Dữ liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

Các thông tin từ mẫu bệnh án được mã, làm sạch kiểm định bằng test thống kê, sử dụng phần mềm SPSS 15.0. Áp dụng phép kiểm Chi

bình phương và phép kiểm chính xác Fisher để đánh giá độ tin cậy. Ngưỡng có ý nghĩa thống kê được chọn khi $p < 0,05$.

Tỉ lệ xì rò miệng nối trong nhóm có mở thông hồi tràng được tính bằng cách lấy số trường hợp có xì rò trong nhóm mở thông hồi tràng chia cho số bệnh nhân được mở thông hồi tràng.

Tỉ lệ xì rò miệng nối trong nhóm không có mở thông hồi tràng được tính bằng cách lấy số trường hợp có xì rò trong nhóm không mở thông hồi tràng chia cho số bệnh nhân không được mở thông hồi tràng.

So sánh tỉ lệ xì rò miệng nối ở 2 nhóm bằng Odds ratio.

Ghi nhận số trường hợp tai biến và biến chứng của mở thông hồi tràng. Ghi nhận phương pháp xử trí của từng trường hợp.

Ghi nhận số trường hợp tai biến và biến chứng khác của phẫu thuật cắt trước thấp đại trực tràng.

Ghi nhận các biến số liên quan đến yếu tố nguy cơ khác của bệnh nhân. Xác định yếu tố nguy cơ bằng Odds ratio.

Dùng phân tích hồi quy đa biến để xác định các yếu tố nguy cơ độc lập.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã thu thập số liệu 227 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng tại bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM thỏa điều kiện chọn mẫu trong khoảng thời gian từ tháng 1/2008 đến tháng 12/2015. Trong đó, có 115 bệnh nhân được mở thông hồi tràng, 112 bệnh nhân không được mở thông hồi tràng. Kết quả thu được như sau:

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Tuổi: Độ tuổi trung bình của dân số trong mẫu số liệu là 57,6 tuổi.

Giới: Tỷ lệ nam/ nữ trong lô nghiên cứu là 116/111.

BMI: Có 5 bệnh nhân có mức BMI là béo phì độ 2, chiếm 2,2% dân số nghiên cứu.

ASA: Hầu hết bệnh nhân có mức ASA 2, chiếm 79% tổng số bệnh nhân.

3.2. Thông tin tiền phẫu

Triệu chứng tiêu máu là triệu chứng xuất hiện nhiều nhất khi vào viện (81%).

Bệnh kèm theo: Hầu hết các bệnh nhân (82%) không có bệnh kèm theo. Bệnh kèm theo chiếm nhiều nhất là tim mạch (15%).

Tiền căn ngoại khoa: Hầu hết các bệnh nhân trước phẫu thuật lần này đều chưa có tiền căn ngoại khoa, chiếm 84% số bệnh nhân.

Tiền căn gia đình: Hầu hết các trường hợp đều không ghi nhận có tiền căn gia đình liên quan đến vấn đề u trực tràng (98,2%).

Khoảng cách trung bình từ u đến rìa hậu môn là 8 cm, có khác biệt về khoảng cách này giữa hai nhóm bệnh nhân có mở thông hồi tràng và không có mở thông là không có ý nghĩa về mặt thống kê ($p=0,14$).

Hầu hết các trường hợp (78,4%) có độ biệt hóa u là trung bình. Có 3,1% các trường hợp có mức độ biệt hóa kém.

3.3. Đặc điểm trong mổ

Đặc điểm u

Phần lớn vị trí u được đánh giá trong lúc mổ là trên nếp phúc mạc, tỉ lệ là 55%.

Phần lớn u di động tốt, tỉ lệ các u này là 52%. Tuy nhiên, có đến 29% số lượng bệnh nhân không được đánh giá về mức độ di động của u trong lúc mổ.

Vị trí u xâm lấn nhiều nhất là thành chậu, chiếm 6% số bệnh nhân. Vị trí bàng quang và tử cung có tỉ lệ xâm lấn ở mức gần như tương đương nhau, lần lượt là 2% và 3%.

Loại máy khâu nối vòng sử dụng: Hầu hết các bệnh nhân được sử dụng loại máy khâu nối vòng có khẩu kính 29 cm (95%).

Khoảng cách từ miệng nối tới đường lược: Khoảng cách từ miệng nối tới đường lược của nhóm có mở thông hồi tràng là 2,4 cm. Khoảng cách này của nhóm không mở thông hồi tràng là 3,6 cm. Khác biệt về khoảng cách từ miệng nối tới đường lược của hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

3.4. Đặc điểm sau mổ

Bảng 3.14. Phân loại theo TNM- 2010

	Không mở thông hồi tràng	Có mở thông hồi tràng	Tổng cộng
U nguyên phát phát (T)			
Tis	0	1	1
T1	2	1	3
T2	12	11	23
T3	50	45	95
T4	48	57	105
Di căn hạch vùng (N)			
N0	41	40	81
N1	34	30	64
N2	37	45	82
Di căn xa (M)			
Mx	37	31	68
M0	70	81	151
M1	5	3	8
<hr/>			
	Không mở thông hồi tràng	Có mở thông hồi tràng	Tổng cộng
U nguyên phát phát (T)			
T \leq 2	14	13	27
T3-T4	98	102	200
Di căn hạch vùng (N)			
N0	41	40	81
N \geq 1	71	75	146
Di căn xa (M)			
M0-Mx	107	112	219
M1	5	3	8

Nhóm có mở thông hồi tràng có 2 bệnh nhân có diện cắt còn tế bào ung thư. Trong khi đó, nhóm không mở thông không có bệnh nhân có diện cắt còn tế bào ung thư.

Trong tổng số 227 bệnh nhân, chỉ có 71 trường hợp có kết quả CRM. Trong đó, có 31 bệnh nhân thuộc nhóm không mở thông hồi tràng và 40 bệnh nhân thuộc nhóm có mở thông hồi tràng.

3.5. Kết quả phẫu thuật

Tử vong sớm sau mổ: Có 1 trường hợp người nhà xin về sau xì rò miệng nối.

Các biến chứng hậu phẫu

Bảng 3.17. Biến chứng hậu phẫu

	Không mở hồi tràng	Có mở hồi tràng
Không biến chứng	95 (84,9%)	99 (86,1%)
Có biến chứng	17 (15,1%)	16 (13,9%)

Biến chứng hậu phẫu:

Ở nhóm không mở thông hồi tràng, có 3 trường hợp xì rò miệng nối và 1 trường hợp rò trực tràng-âm đạo phải phẫu thuật lại được xếp vào mức độ 3b. Ngoài ra, còn có 1 trường hợp xì miệng nối diễn biến nặng, người nhà xin về nên được xếp vào mức độ 5.

Ở nhóm có mở thông hồi tràng, có 3 trường hợp xì miệng nối, 1 trường hợp rò trực tràng-âm đạo và 3 trường hợp tắc ruột phải mổ lại được xếp vào mức độ 3b.

Biến chứng tim phổi:

Có 1 trường hợp suy tim cấp ở nhóm có mở thông hồi tràng, được xếp vào mức 4a. Bệnh nhân sau đó được bù dịch và ra khỏi tình trạng suy tim. Các biến chứng tim phổi khác đều là các biến chứng ở mức độ 2, chỉ cần điều trị nội khoa như viêm phổi, rung nhĩ đáp ứng thất...

Biến chứng khác:

Ở nhóm không mở thông hồi tràng, 1 bệnh nhân sau mổ xuất hiện tình trạng suy thận cấp, được xếp mức độ 4a. Bệnh nhân này sau khi điều trị nội khoa đã ra khỏi tình trạng suy thận. Ngoài ra, ở nhóm này còn có 1 bệnh nhân bí tiểu sau mổ phải đặt sonde tiểu và điều trị bằng Xatral, xếp mức độ 3a.

Ở nhóm có mở thông hồi tràng, 2 bệnh nhân xuất hiện tình trạng bí tiểu và được đặt sonde tiểu, được xếp mức độ 3a.

Biến chứng xì rò miệng nối

Bảng 3.18. Biến chứng xì rò miệng nối

	Không mở hồi tràng	Có mở hồi tràng	p
Xì độ B+C	7 (6,25%)	4 (3,4%)	0,3
Xì độ C	3 (2,6%)	3 (2,7%)	0,97

Trong 4 trường hợp xì miệng nối của nhóm có mở thông hồi tràng, có 1 trường hợp điều trị nội khoa thành công, 2 trường hợp mổ lại nhưng bảo tồn được miệng nối (trong 2 trường hợp này có 1 trường hợp xì miệng nối do tắc mở thông hồi tràng) và 1 trường hợp phải mở hậu môn nhân tạo đại tràng ngang trên dòng. Trường hợp này còn kèm theo rò trực tràng – âm đạo.

Trong 7 trường hợp xì miệng nổi của nhóm không mở thông hồi tràng, có 3 trường hợp xì miệng nổi phải mổ lại vì viêm phúc mạc. Trong đó, 1 trường hợp bệnh nhân được khâu lại miệng nổi, đặt dẫn lưu và mổ hồi tràng trên dòng, 1 trường hợp phẫu thuật Hartmann và 1 trường hợp phải mở hậu môn nhân tạo đại tràng ngang do không tiếp cận được miệng nổi. 3 trường hợp được điều trị bảo tồn thành công. Trường hợp còn lại không mổ vì bệnh nhân trong tình trạng nặng: suy tim cấp, dọa phù phổi cấp, viêm phúc mạc và tử vong sau đó.

Biến chứng của mổ thông hồi tràng

Có 2 trường hợp tắc hồi tràng trên tổng số 115 bệnh nhân được mổ thông hồi tràng, chiếm 1,7%. 2 trường hợp này được mổ mở gỡ dính và làm lại miệng mổ hồi tràng.

Thời gian nằm viện từ khi mổ đến khi ra viện

Thời gian nằm viện dài nhất là 21 ngày, thời gian nằm viện ngắn nhất là 3 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 7,5 ngày. Các trường hợp có thời gian nằm viện là 3 ngày là các trường hợp được phẫu thuật tại bệnh viện ĐHYD TPHCM, sau đó được điều trị hậu phẫu tiếp theo tại bệnh viện 30/4.

Tử vong sau mổ

Không có trường hợp nào ghi nhận tử vong sau mổ. Tuy nhiên, có một trường hợp sau xì rò miệng nổi, bệnh nhân có tổng trạng nặng từ trước đó nên người nhà xin được đưa người bệnh về nhà.

Chương 4: BÀN LUẬN

Nghiên cứu hồi cứu trên 227 bệnh nhân được tiến hành tại bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM, một trong những trung tâm phẫu thuật về tiêu hóa của miền Nam Việt Nam với những phẫu thuật viên kinh nghiệm, trang thiết bị đầy đủ. Một số nhận xét rút ra được từ kết quả nghiên cứu:

4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Ung thư trực tràng có thể gặp ở tất cả các lứa tuổi. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi là 57,6 tuổi. Độ tuổi trung bình này khá tương đồng với các nghiên cứu tại Việt Nam. Tuy nhiên, khi so sánh với thế giới, độ tuổi của bệnh nhân ở Việt Nam lại hơi thấp hơn.

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có BMI ở mức lý tưởng: 73%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác tại Việt Nam về ung thư trực tràng. Điều này cũng tương tự với kết quả của các quốc gia Đông Á khác như Nhật có BMI trung bình là 22,5 kg/m², Trung Quốc có BMI trung bình là 24 kg/m².

Tỉ lệ nam và nữ ở nghiên cứu của chúng tôi là gần như tương đương nhau, lần lượt là 51% và 49%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác tại Việt Nam như nghiên cứu của Võ Tấn Long, nghiên cứu của Bùi Chí Việt tại TP HCM và nghiên cứu của Mai Đình Điều tại Huế. Kết quả này tương đồng với kết quả của các nghiên cứu tại Malaysia và Iran. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu tại các địa điểm khác lại cho thấy tỉ lệ nam giới thường chiếm ưu thế hơn.

Một đặc điểm cũng khá đáng chú ý là về giai đoạn bệnh. Có đến 85% số bệnh nhân của chúng tôi có giai đoạn T đánh giá sau mổ là

T3,T4. Kết quả này khá tương đồng với đặc điểm của các nghiên cứu khác tiến hành tại Việt Nam, như nghiên cứu của Mai Đình Điều tại Huế có đến 84,3% số bệnh nhân có giai đoạn ung thư đánh giá theo TNM là giai đoạn III. Nghiên cứu của Bello tiến hành tại Malaysia cũng có đến 2/3 số bệnh nhân có giai đoạn ung thư theo Dukes C+D. Các nghiên cứu tại các quốc gia khác mặc dù cũng có giai đoạn u T3,T4 chiếm ưu thế nhưng không chiếm đa số như kết quả của các nghiên cứu tiến hành tại Việt Nam và Malaysia.

4.2. Tỷ lệ xì rò miệng nối của hai nhóm

Từ kết quả nghiên cứu, cắt trước thấp đã chứng tỏ là phương pháp phẫu thuật an toàn trong điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp với tỉ lệ tử vong thấp và tỉ lệ xì rò miệng nối chấp nhận được (6,25% ở nhóm không mở thông hồi tràng và 3,4% ở nhóm có mở thông hồi tràng). Có xuất hiện sự khác biệt giữa tỉ lệ xì rò miệng nối giữa hai nhóm bệnh nhân, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Như vậy, mở thông hồi tràng không giúp giảm tỉ lệ xì rò miệng nối.

Mở thông hồi/đại tràng trên dòng từ lâu được xem là một phương pháp kinh điển để giảm tỉ lệ xì rò miệng nối thấp dưới chỗ mở thông. Phương pháp này được đề xuất đầu tiên bởi Mikulicz-Radecki vào năm 1903 và tác giả đã chứng minh rằng mở thông đại tràng trên dòng giúp giảm tỉ lệ tử vong từ 50% xuống còn 12,5%. Từ đó phương pháp được sử dụng phổ biến và thường quy. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây, với một bối cảnh nhiều khác biệt so với bối cảnh đầu thế kỷ XX của Mikulicz-Radecki, đã cho thấy những kết quả nhiều trái ngược nhau, một số kết quả vẫn đồng tình còn một số kết quả khác đã tỏ ra không còn ủng hộ quan điểm của tác giả người

Áo nữa. Hui Qu (2015) thực hiện nghiên cứu tổng hợp về các yếu tố nguy cơ của xì rò miệng nổi trong phẫu thuật nội soi cắt trực tràng. Các số liệu cho thấy không mở thông hồi tràng không phải là một yếu tố nguy cơ của xì rò miệng nổi (OR 0,86, 95%CI 0,57-1,29, P=0,47). Gastinger và cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm bao gồm 2729 bệnh nhân, trong đó có 881 bệnh nhân được mở thông hồi tràng và 1848 bệnh nhân không được mở thông hồi tràng. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ xì rò miệng nổi chung giữa hai nhóm. Tương tự, nghiên cứu của Leester và cộng sự trên 272 bệnh nhân cũng cho thấy mở thông hồi tràng không giúp giảm tỉ lệ xì miệng nổi và từ kết quả nghiên cứu này, họ khuyến cáo không nên mở thông hồi tràng thường quy. Các kết quả này tương tự với nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm của Matthiessen và cộng sự. Nghiên cứu bao gồm 432 bệnh nhân được rút ra ngẫu nhiên từ cơ sở dữ liệu 6833 bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt tỉ lệ xì rò miệng nổi giữa hai nhóm bệnh nhân có mở thông hồi tràng và không mở thông hồi tràng (15% ở nhóm có mở thông hồi tràng và 12 % ở nhóm không mở thông hồi tràng).

4.3. Độ nặng của xì rò miệng nổi

Từ kết quả của nghiên cứu, ta thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ xì rò miệng nổi cần phải mổ lại ở hai nhóm bệnh nhân có mở thông hồi tràng và không mở thông hồi tràng (lần lượt là 2,7% và 2,6%). Tuy nhiên, nhóm mở thông hồi tràng không có bệnh nhân tử vong, trong khi ở nhóm không mở thông hồi tràng đã có một bệnh nhân tử vong vì biến chứng xì. Ở những bệnh nhân xì rò miệng nổi phải mổ lại, nhóm mở thông hồi tràng chỉ không bảo vệ miệng nổi được ở một trường hợp. Nhóm không mở thông hồi tràng không bảo vệ được miệng nổi đến hai trường hợp. Từ đó, ta có thể

thấy mở thông hồi tràng thực sự giúp giảm độ nặng của xì rò miệng nổi khi xảy ra ở những bệnh nhân phẫu thuật cắt trước thấp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có nhiều tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới. Graffner và cộng sự phân bố ngẫu nhiên 50 bệnh nhân vào hai nhóm: 25 bệnh nhân được mở thông hồi tràng và 25 bệnh nhân không được mở thông hồi tràng. Nhóm mở thông hồi tràng có 1 trường hợp xì rò lâm sàng so với 3 trường hợp ở nhóm không mở thông hồi tràng. Tỷ lệ xì rò miệng nổi chung là 8% (4% ở nhóm có mở thông hồi tràng và 12% ở nhóm không mở thông hồi tràng). Pakkastie và cộng sự nghiên cứu trên 134 bệnh nhân và cho thấy tỷ lệ xì rò miệng nổi lâm sàng là 16% ở nhóm có mở thông hồi tràng (3/19 bệnh nhân), trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm không được mở thông hồi tràng là 32% (6/19 bệnh nhân). Tất cả các bệnh nhân ở nhóm không mở thông hồi tràng đều phải phẫu thuật lại, trong khi ở nhóm có mở thông hồi tràng thì chỉ một bệnh nhân cần phải phẫu thuật lại.

Nghiên cứu RCT của Chude và cộng sự bao gồm 256 bệnh nhân, trong đó 120 bệnh nhân không mở thông hồi tràng và 136 bệnh nhân có mở thông hồi tràng. Nhóm mở thông hồi tràng chỉ có 3 bệnh nhân có xì rò so với 12 bệnh nhân ở nhóm không được mở thông hồi tràng. Hơn nữa, nhóm mở thông hồi tràng không có bệnh nhân nào cần mổ lại trong khi nhóm không mở thông hồi tràng có 2 bệnh nhân cần phải mổ lại.

Huser và cộng sự thực hiện một tổng quan tài liệu bao gồm tất cả các nghiên cứu hồi cứu về vai trò của mở thông hồi tràng. Tổng quan bao gồm tất cả các nghiên cứu mở thông hồi tràng có chọn lọc, các nghiên cứu mở thông hồi tràng thường quy và các nghiên cứu từ chối

mở thông hồi tràng. Không có một kết luận rõ ràng từ tổng quan vì sai lệch chọn lựa, các bệnh nhân có nguy cơ cao thường được lựa chọn đưa vào nhóm được mở thông hồi tràng nhiều hơn.

Huser cũng thực hiện phân tích tổng hợp từ số liệu của các nghiên cứu tiến cứu có phân nhóm ngẫu nhiên về mở thông hồi tràng. Kết quả cho thấy mở thông hồi tràng giúp giảm tỉ lệ xì rò miệng nối ($z=3,65$, $p<0,01$), giảm tỉ lệ mổ lại ($z=3,95$, $p<0,01$). Tuy nhiên, tỉ lệ tử vong giữa hai nhóm bệnh nhân có mở thông hồi tràng và không mở thông hồi tràng lại không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê ($z=0,05$, $p=0,96$). Kết quả này tương đồng với kết quả phân tích Cochrane trên 6 RCT của Montedori bao gồm 332 bệnh nhân có mở thông hồi tràng và 316 bệnh nhân không được mở thông hồi tràng. Kết quả từ phân tích cho thấy mở thông hồi tràng giúp giảm tỉ lệ xì rò miệng nối (RR=0,33, CI 95%=0,21-0,53), giảm tỉ lệ mổ lại (RR=0,23, CI 95%=0,12-0,42) và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tử vong (RR=0,58, CI 95%=0,14-2,33).

4.4. Tai biến và biến chứng của mở thông hồi tràng

Biến chứng liên quan đến mở thông hồi tràng bao gồm các biến chứng từ nhẹ chỉ cần chăm sóc tại chỗ đến các biến chứng nặng nề cần phải kéo dài thời gian nằm viện hay thậm chí cần phải mổ lại. 2 trường hợp cần phải mổ lại trong nhóm mở thông hồi tràng ở nghiên cứu của chúng tôi là một điểm đáng chú ý. Tuy nhiên, đây không phải là trường hợp riêng biệt của chúng tôi. Shellito cho thấy có đến 15-20% bệnh nhân có mở thông hồi tràng hay đại tràng cần phải mổ lại. Jafari báo cáo trong 991 bệnh nhân của ông thì có đến 20,3% số bệnh nhân phải nhập viện lại trong 30 ngày sau mổ và 4,5% số bệnh nhân phải mổ lại trong vòng 30 ngày.

Biến chứng cần phải mổ lại cấp cứu ở nghiên cứu của chúng tôi là các trường hợp lỗ kỹ thuật trong lúc thực hiện mở thông hồi tràng. Tắc ruột do lỗ mở thông hồi tràng xoắn quanh trục xảy ra ở 2 bệnh nhân. Ở những bệnh nhân này, ruột non được gỡ dính và lỗ mở thông hồi tràng được làm lại. Có 2 nguyên nhân chính dẫn đến mở thông hồi tràng bị xoay khi phẫu thuật nội soi cắt trước thấp: (1) tầm nhìn bị hạn chế và (2) thao tác với dụng cụ nội soi bị hạn chế. Giai đoạn thực hiện lỗ mở thông hồi tràng là lúc mà đường mở bụng nhỏ đã được đóng lại, camera ở vị trí rốn và 2 trocar thao tác ở $\frac{1}{4}$ bụng dưới phải. Tầm nhìn của phẫu thuật viên lúc này rất hạn chế vì vị trí camera chỉ các đoạn cuối hồi tràng và vị trí lỗ mở thông hồi tràng tương lai vài cm. Cả 2 trocar thao tác cũng rất gần vị trí đoạn cuối hồi tràng, một trocar là vị trí lỗ mở thông hồi tràng tương lai. Vị trí của trocar khiến cho thao tác phẫu thuật khó khăn, dẫn đến khó để đảm bảo mở thông hồi tràng được đặt đúng vị trí. Một trong những lý giải khác cho việc thực hiện sai lỗ mở thông hồi tràng là bởi thao tác này được thực hiện vào cuối cuộc mổ, lúc mức độ tập trung của phẫu thuật viên đã giảm.

Trên thực tế, khả năng mắc lỗi kỹ thuật trong việc thực hiện mở thông hồi tràng có thể rất cao. Cần đặc biệt chú trọng đến chiều quay đến và quay đi của đoạn hồi tràng được mở thông. Một điểm cũng cần chú ý là khoang bụng khi được bơm CO₂ sẽ biến dạng đi khá nhiều so với lúc ban đầu. Vì vậy, cần phải đánh dấu vị trí lỗ mở thông hồi tràng trước mổ để bảo đảm lỗ mở thông hồi tràng ở vị trí tối ưu, hạn chế những biến chứng liên quan đến mở thông hồi tràng.

4.5. Các yếu tố nguy cơ của xì rò miệng nối

Có rất nhiều yếu tố liên quan đến bệnh nhân đã được dùng để dự đoán khả năng xì rò miệng nối trong phẫu thuật mổ mở cắt trước điều

trị ung thư. Nam giới, kích thước u, béo phì, hóa trị tiền phẫu và thời gian phẫu thuật kéo dài đã được chấp nhận rộng rãi là các yếu tố nguy cơ rõ ràng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy yếu tố giới tính nam là yếu tố nguy cơ xì rò miệng nổi trong phẫu thuật nội soi cắt trước thấp, trong khi các yếu tố còn lại chưa có sự khác biệt đủ giữa hai nhóm xì rò và không xì rò miệng nổi để chứng tỏ là yếu tố nguy cơ. Nam có khung chậu hẹp hơn, dẫn đến việc phẫu tích về mặt kỹ thuật là khó khăn hơn, do đó dễ dàng dẫn đến những biến chứng phẫu thuật hơn là ở nữ.

4.6. Ưu-nhược điểm của nghiên cứu và đề xuất

Ưu điểm:

- Áp dụng các định nghĩa về xì miệng nổi đại trực tràng của Tổ Chức Nghiên Cứu Ung Thư Trực Tràng Thế Giới cũng như phân loại về biến chứng hậu phẫu của Clavien-Dindo, do đó giúp nghiên cứu quy chuẩn hơn và có thể đưa vào so sánh với các nghiên cứu khác về cùng chủ đề trên thế giới.

- Nghiên cứu có thiết kế là nghiên cứu đoàn hệ, do đó có thể so sánh được hiệu quả của mở thông hồi tràng giải áp trên dòng trên hai nhóm bệnh nhân có mở thông và không có mở thông. Phương pháp tính toán cỡ mẫu được áp dụng rõ ràng.

- Số trường hợp bệnh nhân được đưa vào mẫu nghiên cứu là từ năm 2008 đến 2015 do đó đạt được số lượng lớn bệnh nhân, hạn chế được các sai số do cỡ mẫu nhỏ của phương pháp thống kê.

Nhược điểm:

- Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu hồi cứu, thu thập lại thông tin số liệu từ các hồ sơ bệnh án đã có từ trước.

- Cách chọn lựa những bệnh nhân được đưa vào nhóm mở thông hồi tràng không được ngẫu nhiên hóa.

KẾT LUẬN

Trong khoảng thời gian từ tháng 1/2008 đến tháng 12/2015, chúng tôi đã thu thập số liệu được 227 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng tại bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM. Trong đó, có 115 bệnh nhân được mở thông hồi tràng, 112 bệnh nhân không được mở thông hồi tràng. Thông qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi rút ra được kết luận như sau:

1. Tỷ lệ xì rò miệng nối chung là 4,8%. Trong đó, tỉ lệ xì rò miệng nối ở nhóm không mở thông hồi tràng là 6,25%, tỉ lệ xì rò miệng nối ở nhóm có mở thông hồi tràng là 3,4%. Khác biệt tỉ lệ xì rò miệng nối giữa hai nhóm bệnh nhân là không có ý nghĩa thống kê.

2. Tỷ lệ xì miệng nối phải mổ lại ở nhóm không mở thông hồi tràng là 2,7%, nhóm có mở thông hồi tràng là 2,6%. Khác biệt tỉ lệ xì miệng nối phải mổ lại giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, nhóm không mở thông hồi tràng khi mổ lại bảo tồn miệng nối ít hơn và có một trường hợp tử vong.

Mở thông hồi tràng làm giảm độ nặng và tăng tỉ lệ bảo tồn miệng nối đại trực tràng khi có biến chứng xì rò miệng nối.

3. Tai biến, biến chứng của mở thông hồi tràng: có 2 trường hợp tắc chỗ mở thông hồi tràng phải mổ lại (1,73%). 2 trường hợp này phải mổ mở gỡ dính và làm lại miệng mở hồi tràng. Có 1 trường hợp bị mất nước điện giải cần phải truyền dịch, 1 trường hợp suy tim cấp do thiếu dịch.

Mở thông hồi tràng là một thủ thuật an toàn với tai biến, biến chứng thấp. Nên mở thông hồi tràng bảo vệ miệng nối ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao.

KIẾN NGHỊ

- Chúng tôi đề nghị nên cân nhắc mở thông hồi tràng trên các đối tượng bệnh nhân có nguy cơ xì rò miệng nổi cao như:

+ Giới tính nam

+ Miệng nổi thấp

+ Sử dụng nhiều stapler thẳng

+ U trực tràng to

+ Tổng trạng bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo: suy tim, COPD,...

- Triển khai các nghiên cứu tiền cứu có kết hợp phân tích bắt cặp xác suất, các nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên, đa trung tâm để đánh giá chính xác hơn về vai trò của mở hồi tràng trên dòng trong phẫu thuật cắt trước thấp điều trị ung thư đại trực tràng.

- Cần theo dõi thêm kết quả lâu dài để đánh giá hậu quả của xì miệng nổi, miệng nổi thấp về mặt ung thư học.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU

1. Ung Văn Việt (2016), “Các yếu tố nguy cơ xì miệng nối sau phẫu thuật nội soi cắt nối thấp điều trị ung thư trực tràng”, *Y học Thực hành*, số 8(1019), tr. 62 - 64.
2. Ung Văn Việt (2016), “Vai trò của mở thông hồi tràng trong phẫu thuật nội soi cắt nối thấp điều trị ung thư trực tràng”, *Y học Thực hành*, số 8(1020), tr. 7 - 10.