

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO  
ĐẠI HỌC HUẾ  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC**

**TRẦN NGỌC THÔNG**

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

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**Huế - Năm 2021**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO  
ĐẠI HỌC HUẾ  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC**

**TRẦN NGỌC THÔNG**

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

**Ngành: Ngoại khoa**

**Mã số: 9 72 01 04**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**Người hướng dẫn khoa học:**

**PGS.TS. LÊ MẠNH HÀ**

**Huế - Năm 2021**

# LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành công trình nghiên cứu khoa học này, tôi đã nhận được sự quan tâm, giúp đỡ của quý thầy, các nhà khoa học, các nhà quản lý, các quý cơ quan thuộc Bộ Giáo dục và Đào tạo.

Cho phép tôi được bày tỏ lòng biết ơn vô hạn nhất đến Quý Thầy, Quý ban ngành, Quý đồng nghiệp, đến các bệnh nhân đã hết lòng giúp đỡ tôi hoàn thành luận án này. Tôi xin chân thành cảm ơn:

- Bộ Giáo Dục và Đào Tạo, Vụ Đại học và Sau Đại học
- Ban Giám Đốc Đại Học Huế, Ban đào tạo Sau Đại học – Đại học Huế
- Ban Giám Hiệu trường Đại học Y Dược Huế
- Ban Giám Đốc Bệnh viện Trung ương Huế
- Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y Dược Huế
- Khoa Ngoại Tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Huế
- Khoa Ngoại Nhi Cấp cứu bụng Bệnh viện Trung ương Huế
- Khoa Ung Bướu Bệnh viện Trung ương Huế
- Khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện Trung ương Huế

Đặc biệt tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến cán bộ hướng dẫn: PGS.TS. Lê Mạnh Hà, người Thầy đã tận tình hướng dẫn và động viên tôi trong suốt quá trình thực hiện đề tài, đồng thời đã đóng góp nhiều ý kiến quý báu cho việc hoàn thành luận án này.

Xin cảm ơn gia đình, bạn bè và đồng nghiệp đã sẵn sàng tạo mọi điều kiện thuận lợi, ủng hộ nhiệt tình trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

*Xin gửi đến tất cả mọi người lòng biết ơn chân thành của tôi.*

**Trần Ngọc Thông**

# LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu khoa học của bản thân. Các số liệu, kết quả nêu trong luận án là trung thực, khách quan và chưa có ai công bố trong bất kỳ công trình nghiên cứu nào.

Huế, ngày      tháng      năm 2021

**Tác giả luận án**

**NCS. TRẦN NGỌC THÔNG**

## **KÝ HIỆU VIẾT TẮT**

AJCC	:	American Joint Committee on Cancer
CA19-9	:	Carbohydrat Antigen 19-9
CEA	:	Carcinoma Embryo Antigen
CT	:	Computed Tomography
EEA	:	End to End Anastomosis
EORTC	:	European of Organization for Research and Treatment of Cancer
MRI	:	Magnetic Resonance Imaging
LARS	:	Low anterior resection syndrome
QLQ	:	Quality of Life Question
TNM	:	Tumor, Node, Metastasis
TME	:	Total Mesorectal Excision
PME	:	Partial Mesorectal Excision
Min	:	Nhỏ nhất
Max	:	Lớn nhất
CLVT	:	Cắt lớp vi tính
CLCS	:	Chất lượng cuộc sống
CN	:	Chức năng
GD	:	Giai đoạn
HMNT	:	Hậu môn nhân tạo
QHTD	:	Quan hệ tình dục
TC	:	Triệu chứng
SKTQ	:	Sức khỏe tổng quát
PTNS	:	Phẫu thuật nội soi
UTTT	:	Ung thư trực tràng
UTĐTT	:	Ung thư đại trực tràng
XHTH	:	Xuất huyết tiêu hóa
SD	:	Độ lệch chuẩn
TB	:	Trung bình

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ</b> .....	1
<b>CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU</b> .....	3
1.1. Giải phẫu trực tràng .....	3
1.1.1. Hình thể ngoài và liên quan .....	3
1.1.2. Cấu tạo và hình thể trong trực tràng .....	4
1.1.3. Động mạch trực tràng .....	5
1.1.4. Tĩnh mạch trực tràng.....	6
1.1.5. Bạch huyết trực tràng.....	6
1.1.6. Mạc treo trực tràng.....	7
1.1.7. Hệ thống thần kinh trực tràng .....	9
1.2. Giải phẫu bệnh ung thư trực tràng .....	10
1.2.1. Đại thể.....	10
1.2.2. Vi thể.....	11
1.2.3. Sự phát triển của ung thư .....	11
1.2.4. Phân chia giai đoạn ung thư.....	12
1.3. Chẩn đoán ung thư trực tràng .....	14
1.3.1. Lâm sàng .....	14
1.3.2. Các thăm dò cận lâm sàng .....	16
1.4. Điều trị ung thư trực tràng .....	21
1.4.1. Phẫu thuật.....	21
1.4.2. Phẫu thuật nội soi hiện đại .....	29
1.4.3. Xạ trị .....	32
1.4.4. Hóa trị .....	32
1.5. Những kết quả điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi cắt trước thấp trong và ngoài nước. ....	33

1.6. Khái niệm về chất lượng cuộc sống.....	35
1.6.1. Định nghĩa chất lượng cuộc sống .....	35
1.6.2. Các bộ câu hỏi đo lường chất lượng cuộc sống.....	36
1.6.3. Bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống theo hiệp hội Châu Âu về nghiên cứu và điều trị ung thư EORTC QLQ- C30 và EORTC QLQ- CR29...	37
<b>CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>39</b>
2.1. Đối tượng nghiên cứu .....	39
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh .....	39
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ .....	39
2.2. Phương pháp nghiên cứu .....	39
2.2.1. Nghiên cứu đặc điểm chung .....	40
2.2.2. Nghiên cứu một số đặc điểm về tiền sử.....	40
2.2.3. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng.....	41
2.2.4. Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng .....	42
2.2.5. Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu bệnh trước mổ.....	44
2.2.6. Nghiên cứu về phẫu thuật .....	45
2.2.7. Nghiên cứu kết quả trong mổ .....	55
2.2.8. Nghiên cứu một số đặc điểm sau mổ .....	57
2.2.9. Nghiên cứu điều trị bổ trợ sau mổ .....	60
2.2.10. Đánh giá kết quả tái khám sau mổ.....	60
2.2.11. Đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ .....	62
2.2.12. Xử lý số liệu.....	65
2.2.13. Đạo đức nghiên cứu trong y học.....	65
<b>CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>66</b>
3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân .....	66
3.1.1. Nhóm tuổi .....	66
3.1.2. Giới tính, địa dư và nghề nghiệp .....	66
3.1.3. Tiền sử bản thân và lý do vào viện.....	67

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.....	68
3.2.1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng.....	68
3.2.2. Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng .....	69
3.3. Kết quả điều trị.....	74
3.3.1. Phương pháp phẫu thuật .....	74
3.3.2. Nghiên cứu kết quả trong mổ .....	75
3.3.3. Nghiên cứu sau mổ .....	75
3.3.4. Đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ .....	77
3.3.5. Giai đoạn ung thư.....	78
3.3.6. Điều trị bổ trợ sau mổ .....	79
3.4. Phân tích tỷ lệ sống không mắc bệnh và sống thêm của bệnh nhân.....	79
3.4.1. Đặc điểm theo dõi bệnh nhân .....	79
3.4.2. Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh .....	80
3.4.3. Tỷ lệ sống thêm của bệnh nhân .....	82
3.5. Phân tích các yếu tố liên quan với mô bệnh học và giai đoạn ung thư ....	84
3.6. Đánh giá LARS-score và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân theo thang EORTC QLQ-C30 và CR29 .....	86
3.6.1. Đánh giá thang điểm hội chứng trước thấp LARS score.....	86
3.6.2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân theo thang đo EORTC QLQ-C30 .....	87
3.6.3. Chất lượng cuộc sống theo thang đo EORTC QLQ-CR29 .....	88
3.6.4. Chất lượng chuẩn hóa theo thang đo EORTC QLQ- CR29 ở 2 nhóm có HMNT và không có HMNT .....	89
3.6.5. Bảng điểm thô chức năng tình dục ở người < 60 tuổi .....	89
3.7. Các yếu tố liên quan với chất lượng sống của bệnh nhân .....	90
<b>CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....</b>	<b>96</b>
4.1. Đặc điểm chung .....	96



4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng .....	97
4.2.1. Đặc điểm lâm sàng.....	97
4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng .....	99
4.3. Kết quả phẫu thuật .....	102
4.3.1. Phương pháp và kỹ thuật tiến hành phẫu thuật.....	102
4.3.2. Kết quả sau mổ .....	109
4.3.3 Kết quả mô bệnh học sau mổ.....	116
4.3.4. Giai đoạn bệnh sau mổ.....	117
4.3.5. Tái phát tại chỗ - tại vùng và điều trị hỗ trợ sau mổ.....	118
4.3.6. Thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ và sống thêm theo giai đoạn bệnh.....	120
4.3.7. Sống thêm không mắc bệnh sau mổ .....	122
4.4. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau mổ.....	122
4.4.1. Thang điểm hội chứng trước thập LARS score.....	122
4.4.2. Thang điểm CLCS theo EORTC QLQ-C30.....	126
4.4.3. Thang điểm CLCS theo EORTC QLQ-CR29 .....	128
4.4.4. Liên quan giữa CLCS và quá trình điều trị.....	131
<b>KẾT LUẬN</b> .....	133
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>PHỤ LỤC</b>	

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Thang điểm LARS .....	63
Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi .....	66
Bảng 3.2. Đặc điểm giới tính, địa dư .....	66
Bảng 3.3. Phân loại nghề nghiệp.....	67
Bảng 3.4. Tiền sử bản thân.....	67
Bảng 3.5. Lý do vào viện .....	67
Bảng 3.6. Thời gian từ khi có dấu hiệu bệnh cho đến khi vào viện .....	68
Bảng 3.7. Triệu chứng toàn thân .....	68
Bảng 3.8. Triệu chứng cơ năng.....	68
Bảng 3.9. Triệu chứng thực thể.....	69
Bảng 3.10. Giá trị công thức máu: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu.....	69
Bảng 3.11. Chất chỉ điểm ung thư CEA, CA19.9 .....	69
Bảng 3.12. Kết quả nội soi trực tràng .....	70
Bảng 3.13. Kết quả siêu âm nội soi.....	71
Bảng 3.14. Kết quả CT scanner bụng .....	72
Bảng 3.15. Đánh giá TNM theo CT scanner bụng .....	73
Bảng 3.16. Kết quả MRI chậu.....	73
Bảng 3.17. Đặc điểm phương pháp phẫu thuật.....	74
Bảng 3.18. Kích thước và tính chất khối u .....	75
Bảng 3.19. Nghiên cứu đặc điểm sau mổ .....	75
Bảng 3.20. Biến chứng sau mổ .....	76
Bảng 3.21. Nghiên cứu đặc điểm mổ lại.....	77
Bảng 3.22. Đại thể của u .....	77
Bảng 3.23. Mô tả vi thể.....	77
Bảng 3.24. Độ biệt hóa .....	78
Bảng 3.25. Đánh giá mức độ xâm lấn, di căn hạch và di căn xa của u.....	78

Bảng 3.26. Phân chia giai đoạn theo TNM.....	78
Bảng 3.27. Điều trị bổ trợ sau mổ.....	79
Bảng 3.28. Đặc điểm theo dõi bệnh nhân .....	79
Bảng 3.29. Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh theo thời gian.....	80
Bảng 3.30. Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh theo giai đoạn bệnh .....	81
Bảng 3.31. Tỷ lệ sống thêm của bệnh nhân .....	82
Bảng 3.32. Thời gian sống thêm theo giai đoạn bệnh.....	83
Bảng 3.33. Liên quan tuổi, xì rò miệng nối, vị trí u, tái phát với giai đoạn bệnh..	84
Bảng 3.34. Liên quan đại thể, vị trí u với di căn hạch của u .....	85
Bảng 3.35. Liên quan giữa vị trí u, giai đoạn bệnh với mở thông hồng tràng .....	85
Bảng 3.36. Đánh giá thang điểm hội chứng trước thắp LARS score .....	86
Bảng 3.37. Liên quan giữa vị trí u, phương pháp mổ với điểm LARS .....	86
Bảng 3.38. Bảng điểm chuẩn hóa chất lượng cuộc sống theo thang đo EORTC QLQ-C30 .....	87
Bảng 3.39. Điểm chuẩn hóa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân theo thang đo EORTC QLQ-CR29.....	88
Bảng 3.40. Chất lượng chuẩn hóa theo thang đo EORTC CR29 ở 2 nhóm có HMNT và không có HMNT.....	89
Bảng 3.41. Bảng điểm thô CN tình dục ở người < 60 tuổi.....	89
Bảng 3.42. Chất lượng cuộc sống đo theo thang điểm EORTC QLQ-C30 với điều trị bổ trợ sau mổ (sau mổ 3 tháng).....	90
Bảng 3.43. Liên quan giữa chất lượng cuộc sống theo thang đo EORTC CR29 với điều trị bổ trợ sau mổ .....	91
Bảng 3.44. Đánh giá thang điểm hội chứng cắt trước thắp LARS - score theo thời gian .....	92
Bảng 3.45. Liên quan giữa chất lượng sống theo thang đo EORTC QLQ- C30 theo thời gian.....	93

Bảng 3.46. Liên quan giữa chất lượng cuộc sống đo theo thang EORTC CR29 theo thời gian .....	94
Bảng 4.1. Tỷ lệ nam/nữ theo các tác giả khác .....	97
Bảng 4.2. Thời gian trung tiện, thời gian ăn uống và thời gian nằm viện ....	110
Bảng 4.3. Biến chứng và tỷ lệ mổ lại tử vong .....	114
Bảng 4.4. Biến chứng và tỷ lệ chuyển mổ mở và tử vong .....	114
Bảng 4.5. Biến chứng rò miệng nói, tỷ lệ chuyển mổ mở .....	114
Bảng 4.6. Giai đoạn bệnh ung thư trực tràng theo các tác giả.....	118
Bảng 4.7. Tỷ lệ tái phát tại chỗ của các tác giả.....	120
Bảng 4.8. Thời gian sống thêm toàn bộ của các tác giả.....	121
Bảng 4.9. So sánh thang điểm LARS giữa các kỹ thuật mổ.....	124
Bảng 4.10. Thang điểm LARS của các tác giả nước ngoài .....	125
Bảng 4.11. Bảng các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến thang điểm hội chứng cắt trước thấp.....	126
Bảng 4.12. Tổng hợp các nghiên cứu khác về thang điểm EORTC QLQ C- 30 khi đánh giá CLCS sau PTNS cắt trước thấp. ....	127
Bảng 4.13. Thống kê nghiên cứu của các tác giả về thang điểm EORTC QLQ-CR29.....	130

## DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Hình thể ngoài và liên quan của trực tràng.....	3
Hình 1.2. Cấu tạo các lớp thành trực tràng .....	4
Hình 1.3. Mạch máu trực tràng.....	5
Hình 1.4. Hệ thống tĩnh mạch trực tràng và hậu môn.....	6
Hình 1.5. A: dẫn lưu hạch bạch huyết trực tràng;.....	7
B: dẫn lưu hạch bạch huyết ống hậu môn.....	7
Hình 1.6. Mạc treo trực tràng mất dần và kết thúc tại vị trí 2-3 cm trên cơ nâng hậu môn, thành sau bên của trực tràng.....	8
Hình 1.7. Sơ đồ phẫu tích cắt TME bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu mà không làm phá vỡ mạc treo trực tràng .....	9
Hình 1.8. Hệ thống thần kinh trực tràng .....	10
Hình 1.9. Ung thư biểu mô tuyến.....	11
Hình 1.10. Ung thư biểu mô tuyến nhầy .....	11
Hình 1.11. Sự xâm lấn của u theo T và N.....	13
Hình 1.12. Các giai đoạn ung thư trực tràng.....	14
Hình 1.13. Loét sùi trực tràng trên hình ảnh nội soi .....	16
Hình 1.14. Xquang u đại trực tràng có baryte.....	17
Hình 1.15. Giai đoạn T3 trên cắt lớp vi tính .....	18
Hình 1.16. U trực tràng giai đoạn T2 và T3 (MRI) .....	19
Hình 1.17. U trực tràng di căn phổi: (A) FDG-PET; (B) FDG-PET/CT; (C) CT scan phổi .....	20
Hình 1.18. U giai đoạn T2: khối u phá vỡ lớp dưới niêm mạc trực tràng .....	20
Hình 1.19. Cắt u tại chỗ qua hậu môn; (A): chu vi cắt quanh u 1 -2 cm, (B): độ sâu hết lớp dưới niêm mạc, (C): bệnh phẩm sau khi cắt .....	22
Hình 1.20. Phẫu thuật cắt u trực tràng nội soi qua ngã hậu môn.....	23

Hình 1.21. Giới hạn cắt đoạn đại - trực tràng và vị trí cắt mạc treo trực tràng ở mặt sau .....	23
Hình 1.22. Liên quan giữa chu vi bờ cắt mạc treo trực tràng với các giai đoạn khối u trực tràng.....	24
Hình 1.23. Kỹ thuật tạo hình đại tràng (A-xẻ dọc khâu ngang, B-tạo túi đại tràng hình chữ J) trong phẫu thuật cắt trước thấp.....	25
Hình 1.24. Kỹ thuật nối đại trực tràng bằng stapler trong phẫu thuật cắt trước thấp .....	25
Hình 1.25. Phẫu thuật Hartmann.....	26
Hình 1.26. Phẫu tích vào giữa cơ thắt ngoài và cơ thắt trong.....	27
Hình 1.27. Kéo tuột đại tràng qua đường hậu môn – tái lập lưu thông .....	27
Hình 1.28. Phẫu thuật Miles.....	28
Hình 1.29. Hệ thống mở nội soi bằng robot và cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bằng robot.....	30
Hình 1.30. Phẫu thuật TaTME trong ung thư trực tràng .....	31
Hình 1.31. Phẫu thuật NOTES trong ung thư trực tràng .....	31
Hình 2.1. Hệ thống dàn nội soi và dụng cụ mổ.....	46
Hình 2.2. Tư thế bệnh nhân và vị trí của phẫu thuật viên.....	47
Hình 2.3. Vị trí trocar trong phẫu thuật cắt trực tràng trước thấp.....	47
Hình 2.4. Vị trí u trực tràng giữa T3 .....	48
Hình 2.5. Phẫu tích lên trên từ vị trí chia đôi động mạch chậu lên đến động mạch chủ bụng.....	48
Hình 2.6. Phẫu tích và thắt bó mạc mạc treo tràng dưới.....	49
Hình 2.7. Phẫu tích tận gốc bó mạch MTTD .....	49
Hình 2.8 Kẹp và cắt động mạch và tĩnh mạch MTTD tận gốc .....	49
Hình 2.9. Phẫu tích cắt mạc dính (mạc Toldt) đại tràng sigma đến đại tràng góc lách .....	50
Hình 2.10. Di động và Cắt trực tràng bằng Endo GIA .....	51

Hình 2.11. Cắt trực tràng dưới u 2 cm .....	51
Hình 2.12. Cắt trực tràng dưới u = 5cm .....	51
Hình 2.13. Mở bụng hố chậu trái, lấy đoạn đại trực tràng kèm u ra ngoài.....	52
Hình 2.14. Lấy đoạn đại trực tràng kèm u ra ngã hậu môn .....	52
Hình 2.15. Cắt đoạn đại trực tràng và đặt đầu đe (EEA) vào đầu trên đại tràng...	53
Hình 2.16. Nối đại – trực tràng bằng stapler EEA .....	54
Hình 2.17. Xác định kích thước u và khoảng cách bờ dưới u đến diện cắt....	54
Hình 2.18. Các lỗ trocar trên bụng.....	54
Hình 2.19. Vị trí vết mổ lấy bệnh phẩm u: đường hố chậu trái và đường ngang trên xương mu .....	55

## DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh của bệnh nhân .....	80
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh theo giai đoạn bệnh .....	81
Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ sống thêm của bệnh nhân .....	82
Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ sống thêm theo giai đoạn bệnh.....	83



## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một bệnh ác tính hay gặp ở đường tiêu hóa, bệnh khá phổ biến ở các nước Âu Mỹ, chiếm hàng đầu trong ung thư đường tiêu hóa tại các nước Mỹ và Pháp. Số bệnh nhân được phát hiện hàng năm nhiều hơn và tỷ lệ tử vong cao hơn, nhưng bệnh ít gặp hơn ở các nước châu Á và châu Phi. Mặc dù ung thư đại tràng và trực tràng chiếm tỷ lệ khác nhau ở mỗi quốc gia, theo Globocan trong năm 2020 có 1.931.590 (10%) ca mắc bệnh trên toàn thế giới và ở Việt nam có 16.426 (9%) ca mắc ung thư đại trực tràng, đứng hàng thứ hai trong ung thư đường tiêu hóa sau ung thư dạ dày [19],[24],[82].

Ở Châu Âu, theo thống kê năm 2018 bệnh lý ung thư trực tràng mắc phải là 125.000 ca mỗi năm và chiếm 35% trong tổng số bệnh ung thư đại trực tràng. Tỷ lệ ung thư trực tràng khoảng 15 - 25/100.000 dân mỗi năm; tỷ lệ tử vong 4 - 10/100.000 mỗi năm. Ở Mỹ, trong năm 2018 có 43.030 ca mắc mới ung thư trực tràng (trong đó 25.920 ca ở nam và 17.110 ca ở nữ) và ở Việt nam trong năm 2020 có 9.399 ca mắc mới, tỷ lệ 23,41/100.000 dân. Bệnh thường gặp ở nam giới hơn nữ giới (tỷ số nam/nữ = 1,37) [23], [82], [113], [117].

Hiện nay, phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp trong điều trị ung thư trực tràng trên và giữa, nối đại tràng với trực tràng còn lại bằng staplers đang được áp dụng vì đảm bảo về mặt ung thư học, cắt bán phần hay toàn bộ mạc treo trực tràng và bảo tồn thần kinh tự động tránh được các biến chứng về bàng quang và sinh dục. Ngoài ra còn có ưu điểm của một phẫu thuật ít xâm nhập như: giảm đau, ít mất máu, hồi phục sớm, giảm các biến chứng nhiễm trùng và tắc ruột, có tính thẩm mỹ...[3],[79],[69],[150]. Bên cạnh đó khi đánh giá hiệu quả của một phương pháp điều trị ngoài kết quả phẫu thuật đạt được thì chúng ta cần xem xét đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau khi điều trị bằng phương pháp đó.

Vì vậy Tổ chức Châu Âu về nghiên cứu và điều trị ung thư (EORTC) đã phát triển bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30, nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống cho tất cả bệnh nhân ung thư nói chung. Và trong ung thư đại trực tràng, tổ chức này đã phát triển thêm bộ câu hỏi theo thang điểm đánh giá về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bao gồm EORTC QLQ-CR38 và sau này được phát triển và nâng cấp thành phiên bản mới EORTC QLQ-CR29. Thang điểm này đã được chứng minh và sử dụng rộng rãi trong các nghiên cứu lâm sàng trên toàn thế giới, vừa có đủ hiệu lực và đáng tin cậy trong việc đánh giá kết quả quá trình điều trị cho bệnh nhân ung thư đại trực tràng và cung cấp thêm những thông tin có giá trị bổ sung cho thang điểm EORTC QLQ-C30. Ngày nay, có khá nhiều nghiên cứu ở các trung tâm trên thế giới về đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư trực tràng sau điều trị áp dụng thang điểm EORTC QLQ CR29 và EORTC QLQ-C30 [33],[42],[43],[107],[109].

Tại Việt nam, phẫu thuật này được áp dụng ở các trung tâm lớn như ở Hà nội, Thành phố Hồ Chí Minh, và Bệnh viện Trung Ương Huế nhưng chưa có đánh giá một cách đầy đủ về kết quả phương pháp phẫu thuật và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật điều trị triệt căn ung thư trực tràng. Để góp phần nghiên cứu và đánh giá một cách đầy đủ hơn về chỉ định và kỹ thuật, tỷ lệ ung thư tái phát, thời gian sống thêm sau mổ, các biến chứng về bàng quang, sinh dục và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau mổ. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài:

**“Đánh giá kết quả, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư trực tràng trên và giữa được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp”** nhằm mục đích:

1. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp điều trị ung thư trực tràng trên và giữa.*
2. *Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp theo thang điểm LARS và thang điểm EORTC QLQ - C30; EORTC QLQ-CR29.*

## CHƯƠNG 1

### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

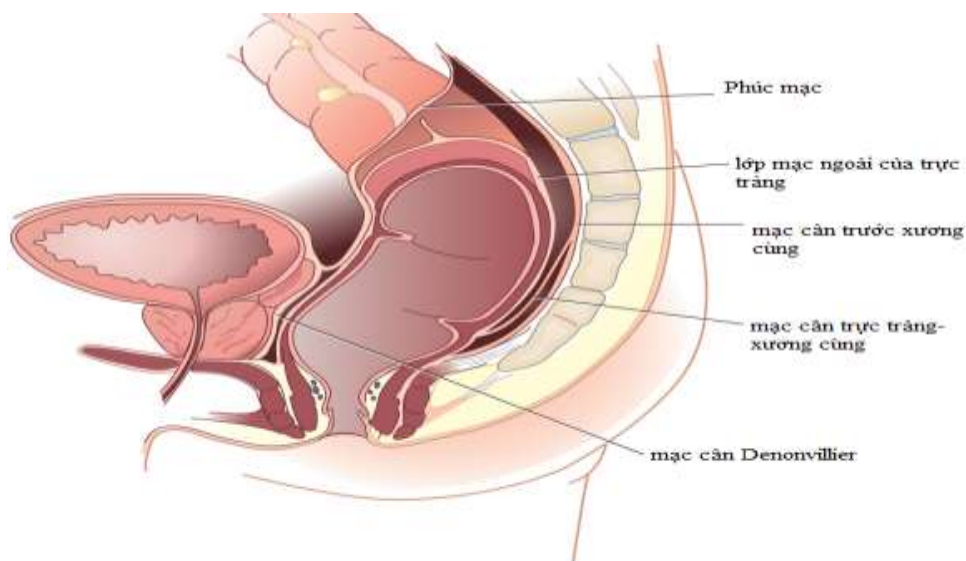
#### 1.1. GIẢI PHẪU TRỰC TRÀNG

##### 1.1.1. Hình thể ngoài và liên quan

Trực tràng dài khoảng 12 - 15 cm, tiếp nối với đại tràng xích-ma ở phía trên ngang mức xương cùng thứ 3 (S3) và nối với ống hậu môn ngay vị trí đường lược phía dưới. Nhìn trước tới thì thẳng nên gọi là trực tràng nhưng nhìn nghiêng thì cong theo đường cong của xương cùng cụt, lúc đầu cong lõm ra trước tạo nên góc cùng và tại chỗ nối với ống hậu môn thì cong lõm ra sau tạo nên góc đáy chậu.

Về liên quan: trực tràng nằm trước xương cùng cụt và các mạch máu thần kinh ở trước xương cùng. Ở nam thì trực tràng nằm sau bàng quang, các quai ruột non, túi tinh, ống tinh, tiền liệt tuyến và ngăn cách với các tạng sinh dục này bởi mạc tiền liệt – phúc mạc chạy từ túi cùng trực tràng bàng quang tới đáy chậu; còn ở nữ thì trực tràng nằm sau tử cung và thành sau âm đạo, ngăn cách với thành này bởi mạc trực tràng – âm đạo.

Ở hai bên, trực tràng liên quan ở phía trên phúc mạc với ruột non và đại tràng xích ma và ở phía dưới phúc mạc với bao xơ chứa đám rối thần kinh hạ vị [28],[135],[142].

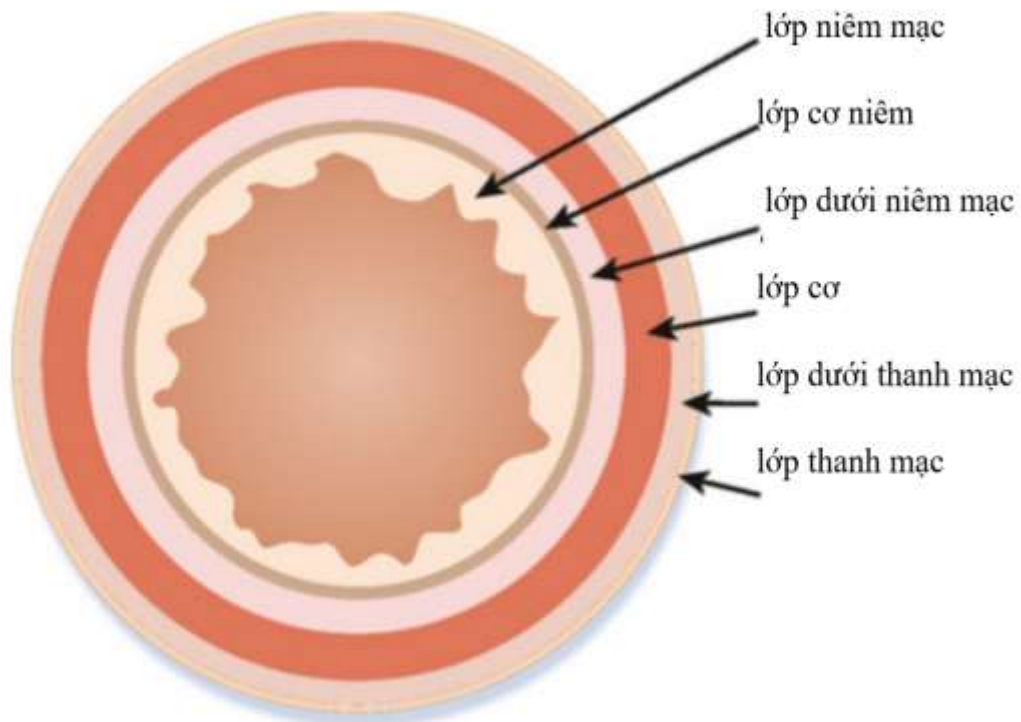


**Hình 1.1. Hình thể ngoài và liên quan của trực tràng [142]**

### 1.1.2. Cấu tạo và hình thể trong trực tràng

Từ trong ra ngoài, trực tràng có năm lớp:

- Lớp niêm mạc: bên trong trực tràng, niêm mạc nhô lên tạo thành ba nếp ngang trên, giữa, dưới hình lưỡi liềm (Houston valves).
- Tắm dưới niêm mạc: nhiều mạch máu và thần kinh.
- Lớp cơ:
  - + Tầng trong là cơ vòng
  - + Tầng ngoài là cơ dọc: ba dải cơ dọc khi đến trực tràng phân tán thành lớp cơ dọc, ở phía trước và sau dày hơn ở hai bên.
- Tắm dưới thanh mạc
- Lớp thanh mạc: chỉ phủ ở phần trên, phía trước và hai bên trực tràng [28],[55],[142].



**Hình 1.2. Cấu tạo các lớp thành trực tràng [85].**

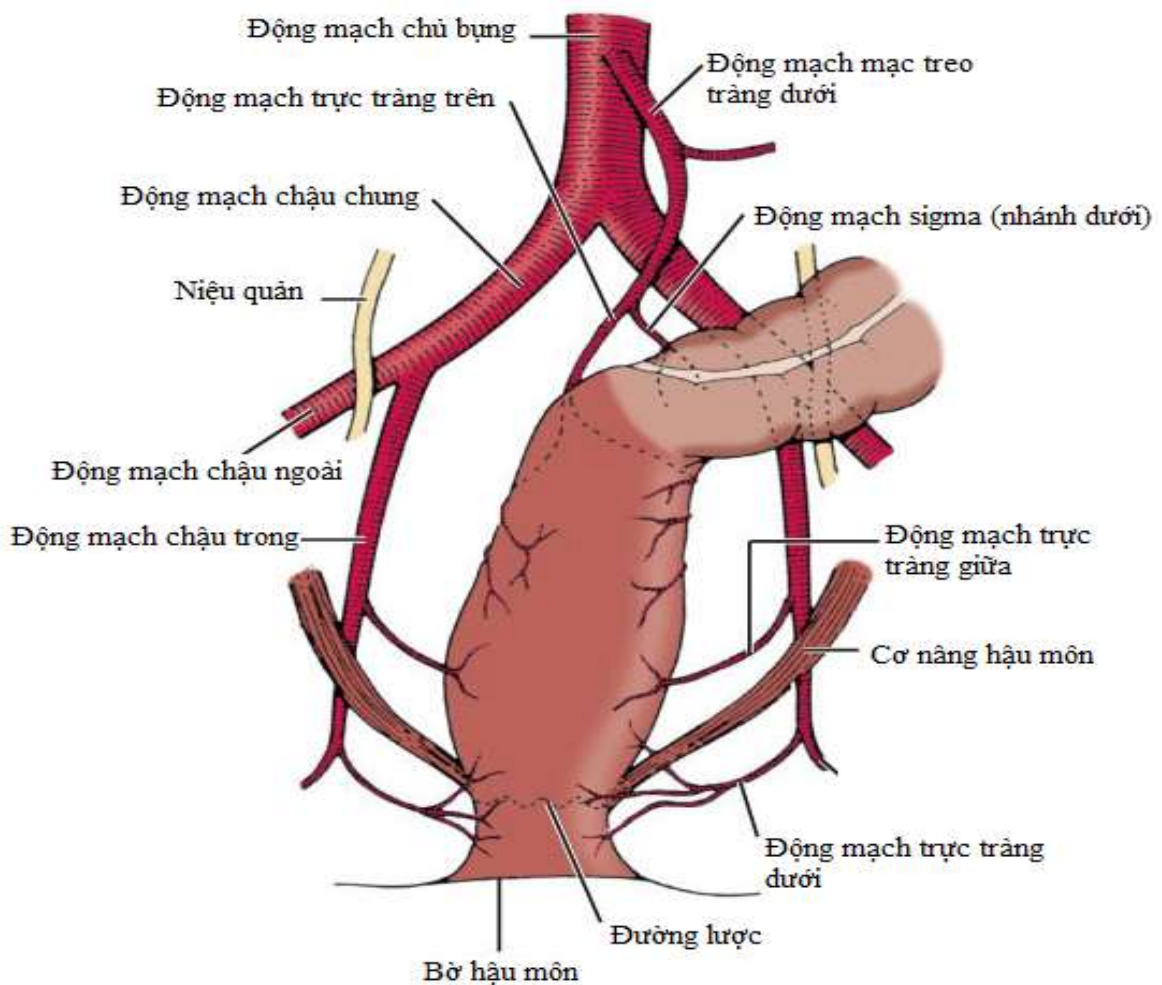
### 1.1.3. Động mạch trực tràng

Trực tràng được nuôi dưỡng bởi 3 động mạch: động mạch trực tràng trên, động mạch trực tràng giữa và động mạch trực tràng dưới.

- Động mạch trực tràng trên là nhánh cuối cùng của động mạch mạc treo tràng dưới, đây là nhánh tưới máu chính cho phần trên của trực tràng.

- Động mạch trực tràng giữa bắt nguồn từ động mạch hạ vị, cung cấp máu cho phần giữa của trực tràng

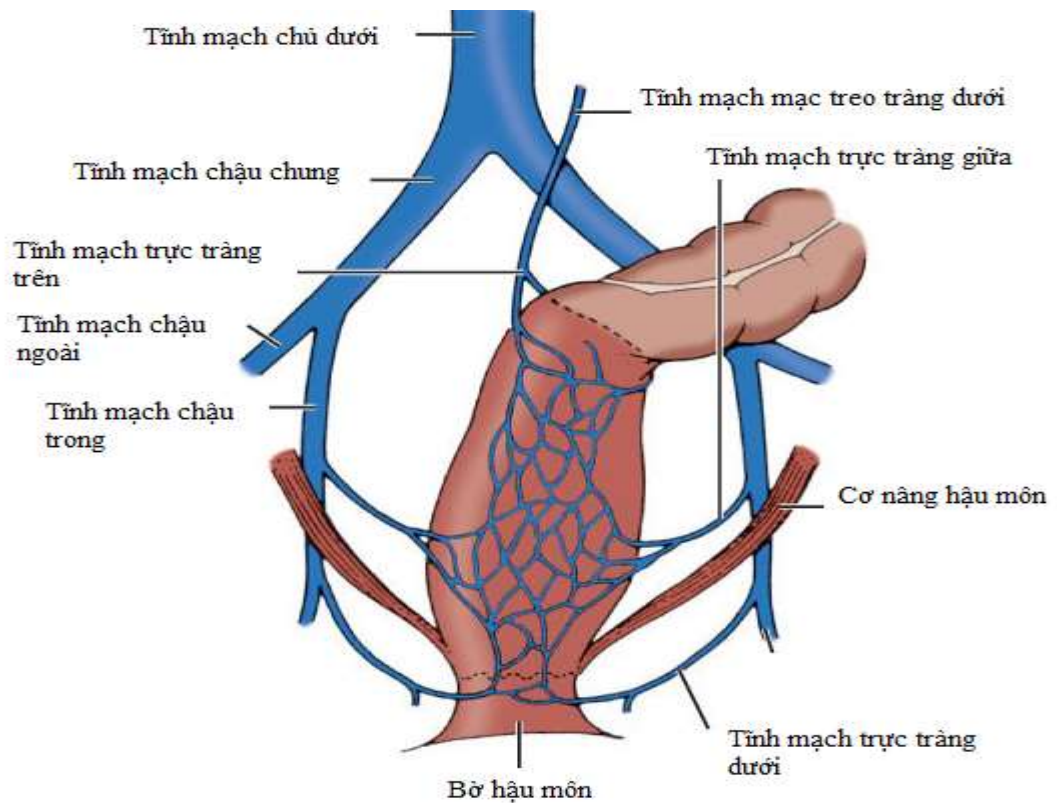
- Động mạch trực tràng dưới bắt nguồn từ động mạch thẹn trong (một nhánh của động mạch hạ vị), cung cấp máu cho hậu môn và các cơ tròn [55], [135].



**Hình 1.3. Mạch máu trực tràng [135]**

#### 1.1.4. Tĩnh mạch trực tràng

Các tĩnh mạch của trực tràng bắt nguồn từ một hệ thống tĩnh mạch đặc biệt, hợp thành một đám rối trong thành trực tràng, các đám rối này được tạo thành bởi các xoang tĩnh mạch to nhỏ không đều. Tất cả các đám rối này đều đổ về tĩnh mạch trực tràng trên, giữa và dưới, rồi cuối cùng đổ về theo 2 hệ thống: tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch chủ [135].



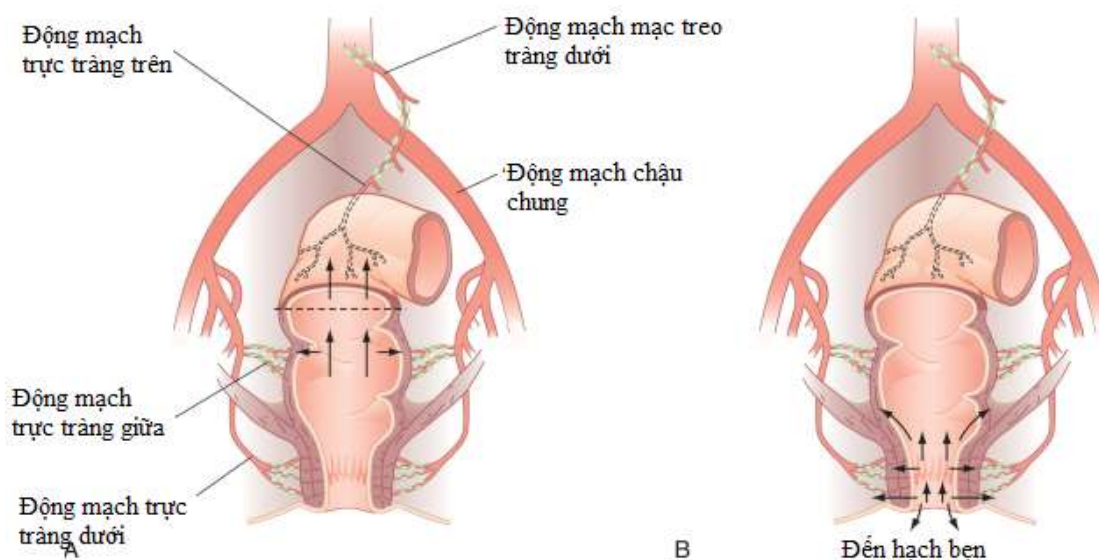
**Hình 1.4. Hệ thống tĩnh mạch trực tràng và hậu môn [135]**

#### 1.1.5. Bạch huyết trực tràng

Bạch huyết trực tràng đổ về theo 3 đường chính:

- Chuỗi hạch bạch huyết mạc treo tràng dưới: dẫn lưu các hạch bạch huyết của đại tràng trái và phần trên trực tràng.
- Chuỗi hạch bạch huyết hạ vị: dẫn lưu các hạch bạch huyết của phần giữa trực tràng.
- Chuỗi hạch bạch huyết vùng bẹn: dẫn lưu các hạch bạch huyết của phần thấp trực tràng [28],[135].





**Hình 1.5. A: dẫn lưu hạch bạch huyết trực tràng;  
B: dẫn lưu hạch bạch huyết ống hậu môn [142].**

#### 1.1.6. Mạc treo trực tràng

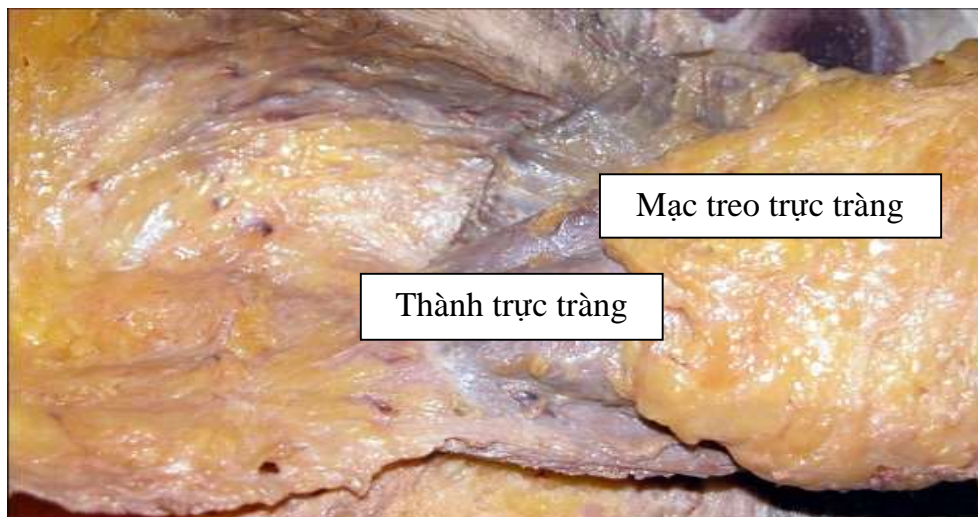
Từ mạc treo trực tràng có lẽ được sử dụng đầu tiên bởi Maunsell vào năm 1892, sau đó năm 1982 được Heald một phẫu thuật viên người Anh đưa ra sử dụng rộng rãi.

Trực tràng được bao phủ bởi một lớp mô mỡ chứa các mạch máu, mạch bạch huyết và thần kinh, lớp mô này có bề dày khoảng 2 – 3 cm, lớp này được xem là mạc treo trực tràng. Lớp mạc treo trực tràng là một bao kín, bao quanh thành của trực tràng. Bên ngoài lớp mỡ này có một lớp màng mỏng bao quanh gọi là mạc quanh trực tràng hay còn gọi là mạc riêng trực tràng, có những lỗ thủng để cho động mạch trực tràng giữa và thần kinh trực tràng chui qua. [28],[56],[148].

Giới hạn của mạc treo trực tràng là giữa cơ thành trực tràng và lá tạng của mạc sán chậu, bao phủ  $\frac{3}{4}$  chu vi trực tràng sau bên, nằm dưới phúc mạc, mặt trước dưới nếp phúc mạc là tổ chức xơ mỡ. Mạc treo trực tràng là một hàng rào quan trọng trong việc chống lại sự lan tràn của các tế bào ung thư từ khối u ở trực tràng, vì vậy đã hình thành nên khái niệm chu vi mặt cắt của mạc treo và

bờ dưới mạc treo trực tràng để đảm bảo về mặt ung thư học trong phẫu thuật điều trị UTTT [56].

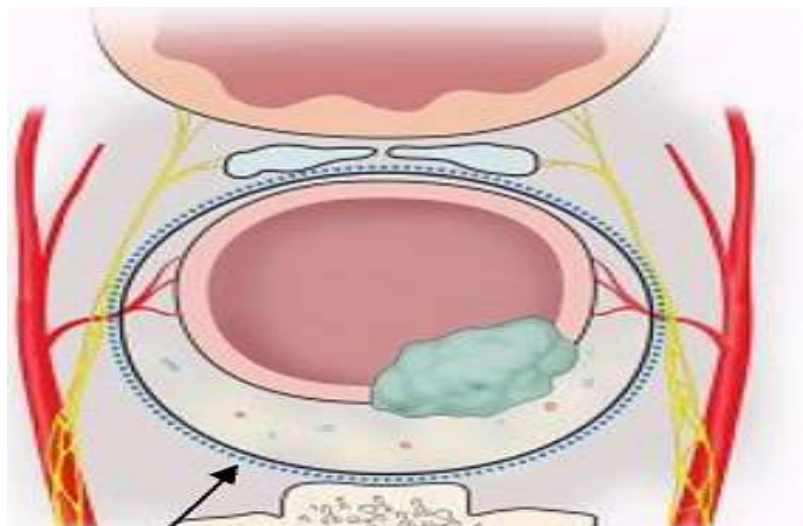
Việc cắt toàn bộ mạc treo trực tràng phải xác định là mạc treo trực tràng phải được cắt bỏ toàn bộ mà không cần quan tâm đến vị trí của khối u. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều bàn cãi về phạm vi việc cắt bỏ mạc treo trực tràng thích hợp. Dựa trên nghiên cứu về mô bệnh học, u trực tràng không thể lan tràn xa mạc treo trực tràng xuống dưới trên 4 cm và thực tế mạc treo trực tràng không còn ở trên mức gần 2 cm tính từ cơ nâng hậu môn. Vì vậy đối với u ở trực tràng trên thì có thể cắt bỏ mạc treo trực tràng dưới u khoảng 5 cm [115].



**Hình 1.6. Mạc treo trực tràng mất dần và kết thúc tại vị trí 2 - 3 cm trên cơ nâng hậu môn, thành sau bên của trực tràng [115]**

Trong phẫu thuật điều trị UTTT thấp và trung gian, một khái niệm được đưa ra bởi Heald là phẫu tích cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME), là thủ thuật lấy toàn bộ mô mỡ quanh trực tràng bằng cách phẫu tích vào vùng giữa mạc nội tạng và đỉnh của mạc nội chậu hay còn gọi là mặt phẫu thuật (Holy plane). Những nghiên cứu khác về vấn đề tái phát tại chỗ đối với ung thư trực tràng; trong qua khứ khi chưa thực hiện được kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng thì tỷ lệ tái phát tại chỗ 30% - 38%, nhưng theo báo cáo của Heald nếu cắt toàn bộ mạc treo trực tràng thì tỷ lệ tái phát tại chỗ sau 5 năm là 3.7% [56],[115].





**Hình 1.7. Sơ đồ phẫu tích cắt TME bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu mà không làm phá vỡ mạc treo trực tràng [115].**

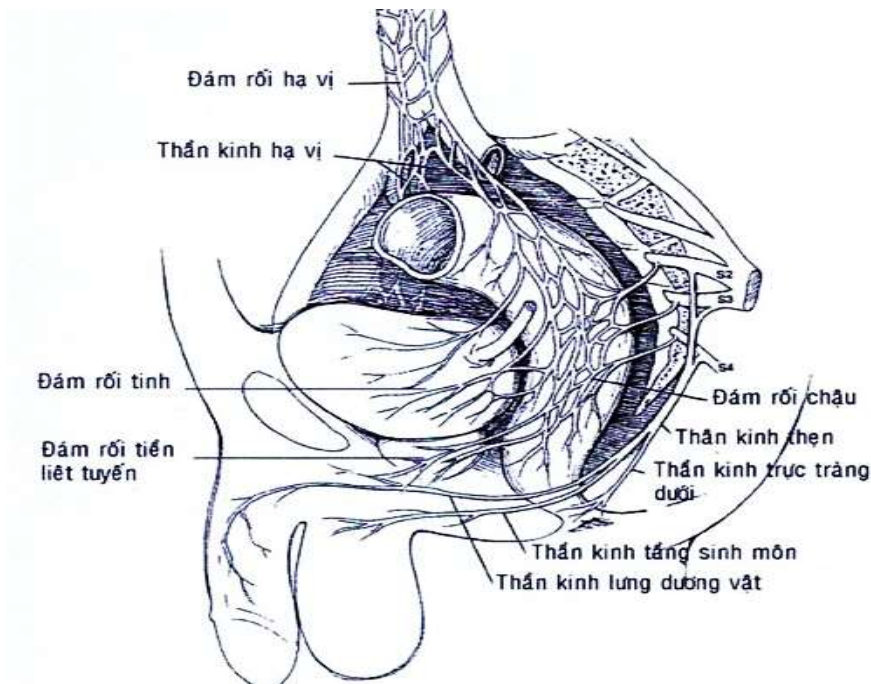
### **1.1.7. Hệ thống thần kinh trực tràng**

#### **Hệ thống giao cảm**

Các sợi giao cảm của trực tràng được phân chia từ L1, L2, L3 thông qua các chuỗi hạch giao cảm và rời các sợi giao cảm của cột sống để đến nối với đám rối cận động mạch chủ. Từ đây các sợi chạy xuống bao quanh động mạch mạc treo tràng dưới để đi đến phần trên của trực tràng. Đám rối hạ vị trên xuất phát từ đám rối động mạch chủ và các sợi thần kinh nội tạng thất lưng hai bên. Bắt đầu từ ụ nhô của xương cùng và phân chia thành hai nhóm sợi thần kinh hạ vị đi xuống dưới vùng tiểu khung chạy dọc theo hai bên niệu quản [28],[30].

#### **Hệ thần kinh phó giao cảm**

Hệ thần kinh này được nhận từ S2 đến S4, các sợi thần kinh này chạy qua lỗ xương cùng và được gọi là thần kinh Erigenti. Sau đó chạy ra mặt bên và thẳng lên trên để nối với các sợi giao cảm của thần kinh chậu hạ vị ở đám rối chậu. Từ đây sẽ kết hợp với sợi sau hạch của hệ thần kinh giao cảm và phó giao cảm để chi phối cho trực tràng trên và đại tràng trái. Tiếp tục đi xuống dưới và băng qua đám rối mạc treo tràng dưới để vào trực tiếp trực tràng dưới và ở phần trên ống hậu môn [28],[53].



**Hình 1.8. Hệ thống thần kinh trực tràng [53].**

Sự rối loạn sinh dục và tiểu tiện thường gặp trong những trường hợp phẫu thuật vùng chậu: cắt trực tràng trước thấp, phẫu thuật Miles. Các dây thần kinh vùng chậu nằm ở giữa phúc mạc và mạc chậu trong cho nên dễ bị thương tổn trong quá trình cắt trực tràng, tổn thương thần kinh tự động có thể nặng nề hơn. Tổn thương thần kinh hạ vị và đám rối hạ vị khi phẫu tích vào vùng máu xương cùng hoặc vùng trước xương cùng. Trong trường hợp tổn thương thần kinh giao cảm mà không tổn thương thần kinh nội tạng thì gây ra phóng tinh ngược dòng và rối loạn chức năng bàng quang [79],[115].

## **1.2. GIẢI PHẪU BỆNH UNG THƯ TRỰC TRÀNG**

### **1.2.1. Đại thể**

- Thở loét thâm nhiễm: là loại gặp nhiều nhất, loét có bờ cao, thành đứng và đáy cứng, gồ ghề, dễ chảy máu.

- Thở u sùi: ít gặp, khối u sùi vào lòng trực tràng, nhiều múi, chân rộng nền cứng, thường bị loét ở giữa u.

- Thở thâm nhiễm cứng: rất ít gặp, thành trực tràng dày lên, cứng, phát triển chiếm toàn bộ chu vi, gây hẹp lòng trực tràng nhưng không bao giờ bị loét ở bề mặt.

### 1.2.2. Vi thể

- Ung thư biểu mô tuyến là loại gặp nhiều nhất, chiếm 97%. Tùy mức độ biệt hóa tế bào và cấu trúc tổ chức u mà chia các loại như sau: Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa tốt (80%); Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa; Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa kém (rất ít gặp).

- Ung thư biểu mô tuyến nhày: (10 - 15%); ung thư biểu mô tế bào nhẵn (2%); ung thư biểu mô vảy (hiếm gặp) thường xuất hiện ở vị trí chuyển tiếp ống hậu môn – trực tràng và hình ảnh đặc trưng trên vi thể là các cầu keratin.

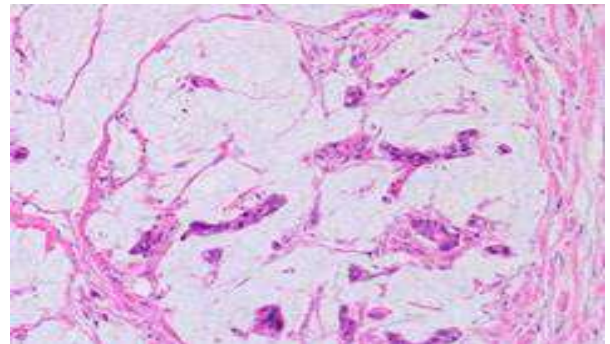
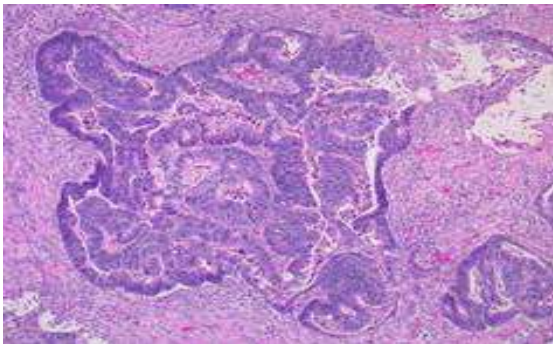
- Ung thư biểu mô tế bào nhỏ (< 1%): tiến triển rất nhanh.

- Ung thư biểu mô thể tủy: các tế bào ung thư với nhân tròn và hạch nhân rất to.

- Ung thư biểu mô không biệt hóa.

- Các bệnh lý ác tính ít gặp khác như: Sarcome (< 3%), carcinoid, lymphoma malin, U mô đệm đường tiêu hóa...

Ung thư biểu mô tế bào nhỏ chiếm khoảng 1% các ung thư biểu mô đại trực tràng, có tiên lượng xấu nhất. Ung thư biểu mô tuyến vảy, ung thư biểu mô không biệt hóa cũng là những biến thể hiếm gặp của UTĐTT [19],[24],[68].



**Hình 1.9. Ung thư biểu mô tuyến**    **Hình 1.10. Ung thư biểu mô tuyến nhày [6]**

### 1.2.3. Sự phát triển của ung thư

- Tại chỗ: UTĐTT xuất phát từ niêm mạc, xâm lấn dần vào các lớp của thành trực tràng, sau đó là tổ chức tế bào xung quanh và các tạng lân cận. Sự xâm lấn niêm mạc và dưới niêm mạc thường xa hơn so với tổn thương đại thể, nhưng không vượt quá bờ khối u 2 cm, là cơ sở quan trọng trong chỉ định điều trị.

+ Phía trước: tiền liệt tuyến, túi tinh, bàng quang ở nam giới và tử cung, thành sau âm đạo.

+ Phía sau: xâm lấn vào xương cùng cụt (ít gặp)

+ Hai bên: tổ chức mỡ quanh trực tràng, cơ thắt, cơ nâng hậu môn

- Di căn hạch: sự xâm lấn vào các nhóm hạch xảy ra từ gần tới xa, từ dưới lên trên, bắt đầu từ nhóm hạch ở thành cạnh trực tràng, sau đó là nhóm hạch dọc động mạch trực tràng trên, mạc treo tràng dưới, động mạch chủ. Sự xâm lấn vào nhóm hạch dọc động mạch trực tràng giữa và dưới ít gặp.

- Di căn theo đường tĩnh mạch: tổ chức ung thư có thể di căn vào tĩnh mạch trực tràng trên để tới tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch trực tràng giữa để về tĩnh mạch chủ dưới. Do vậy, ung thư trực tràng thường di căn vào gan và phổi.

- Di căn xa: di căn phúc mạc, gan, phổi thường gặp hơn là di căn xương và não [19],[22],[23],[55],[82].

#### **1.2.4. Phân chia giai đoạn ung thư**

Ngày nay, phân loại được áp dụng phổ biến nhất là phân loại theo TNM của American Joint Committee on Cancer (AJCC) and Union International Contre le Cancer (UICC) [23],[29],[82].

- T (Primary Tumor):

+ T<sub>x</sub>: U nguyên phát không thể đánh giá được

+ T<sub>0</sub>: Không có bằng chứng về khối u nguyên phát

+ T<sub>is</sub>: U tại chỗ còn trong lớp biểu mô

+ T<sub>1</sub>: U xâm lấn tới lớp dưới niêm mạc

+ T<sub>2</sub>: U xâm lấn tới lớp cơ

+ T<sub>3</sub>: U xâm lấn quá lớp cơ vào lớp dưới thanh mạc hoặc đến vùng mô quanh trực tràng không được phủ phúc mạc

+ T<sub>4</sub>: U xâm lấn qua thanh mạc vào các tạng, cấu trúc lân cận và hoặc thủng vào phúc mạc tạng

- T<sub>4a</sub>: U xâm lấn qua thanh mạc và thủng vào phúc mạc tạng

- T<sub>4b</sub>: U xâm lấn tạng kế cận

- N (Regional lympho Nodes);

+ N<sub>x</sub>: không thể đánh giá được di căn hạch vùng

+ N0: không có di căn hạch vùng

+ N1: di căn 1-3 hạch vùng

N1a: di căn 1 hạch

N1b: di căn 2 – 3 hạch

N1c: nhân lắng đọng dưới thanh mạc hoặc vùng mô cạnh trực tràng không có phúc mạc che phủ và không có di căn hạch vùng

+ N2: di căn 4 hạch vùng trở lên

N2a: di căn 4 – 6 hạch

N2b: di căn từ 7 hạch trở lên

- M (Distant Metastasis):

+ M<sub>x</sub>: di căn xa không đánh giá được

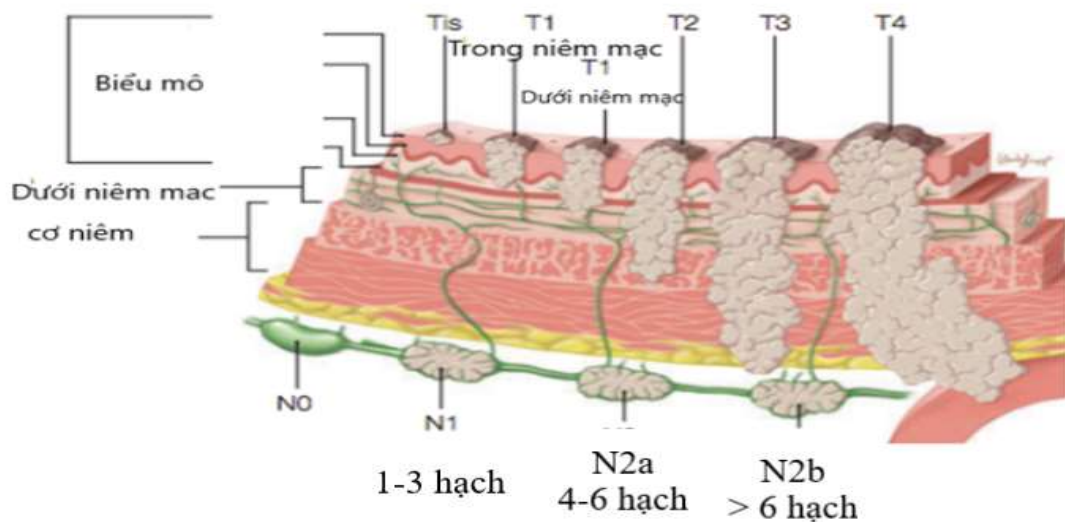
+ M0: không có di căn xa

+ M1: di căn xa

• M1a: di căn xa chỉ ở một cơ quan

• M1b: di căn từ 2 cơ quan.

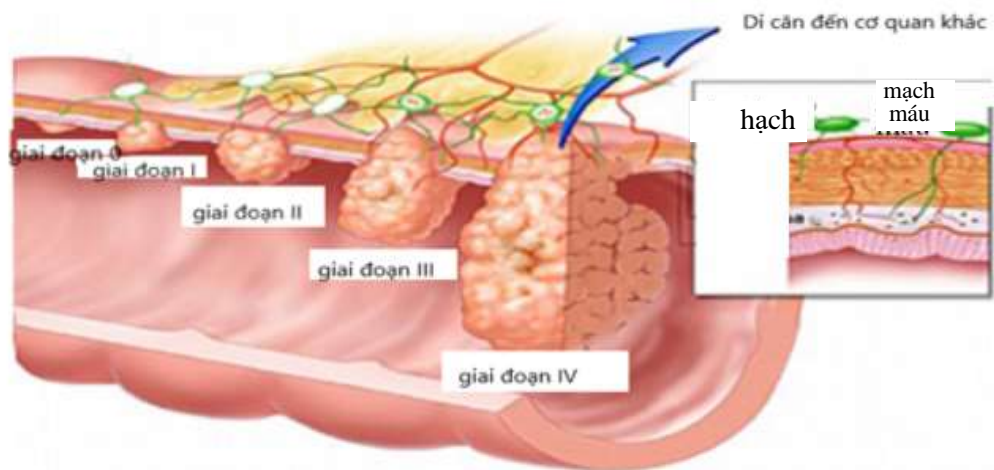
• M1c: di căn phúc mạc



**Hình 1.11. Sự xâm lấn của u theo T và N [55]**

## Đánh giá giai đoạn ung thư trực tràng theo AJCC

Giai đoạn	Thương tổn	T	N	M	theo Dukes
O	Nông	Tis	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>	-
I	Khu trú	T <sub>1</sub> hay T <sub>2</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>	A
II	Xâm lấn	T <sub>3</sub> hay T <sub>4</sub>	N <sub>0</sub>	M <sub>0</sub>	B
III	Hạch vùng	Bất kỳ T	N <sub>1</sub> -N <sub>3</sub>	M <sub>0</sub>	C
IV	Di căn xa	Bất kỳ T	Bất kỳ N	M <sub>1</sub>	D



Hình 1.12. Các giai đoạn ung thư trực tràng [55]

### 1.3. CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TRỰC TRÀNG

#### 1.3.1. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:

+ Chảy máu trực tràng: máu đỏ tươi dính bao quanh phân, hoặc máu chảy ra ngoài trước khi phân ra. Chảy máu trực tràng có khoảng 70% trường hợp, không có tính chất đặc trưng nên dễ nhầm chảy máu trong bệnh trĩ.



+ Hội chứng trực tràng: gặp ở các ung thư trực tràng thấp, gồm các triệu chứng sau:

- Cảm giác đau tức, âm ỉ, mót rặn ở vùng hậu môn, tầng sinh môn hoặc trong tiểu khung.

- Mót rặn mà không ra phân, chỉ ra hơi, chất nhầy hoặc nhầy lẫn máu.

+ Rối loạn lưu thông tiêu hóa: ỉa lỏng hoặc ỉa lỏng xen lẫn những đợt táo bón, mới xuất hiện và kéo dài, gặp ở ung thư trực tràng trên.

- Thay đổi khuôn phân: khuôn phân nhỏ, dẹt hay hình lòng máng.

- Triệu chứng thực thể:

+ Thăm trực tràng: là thăm khám quan trọng nhất, với kỹ thuật thăm khám đúng, thăm trực tràng có thể phát hiện các u trực tràng cách rìa hậu môn từ 7 - 8 cm. Qua thăm trực tràng, có thể sờ thấy:

- Ổ loét thành cao, đáy cứng và không đều.

- Khối u sùi, mụn trên nền cứng vượt ra ngoài giới hạn u

- Một đoạn lòng trực tràng bị hẹp, niêm mạc cứng và không di động.

+ Khi thăm trực tràng cần xác định các tính chất sau:

- Vị trí, kích thước khối u, liên quan với chu vi của trực tràng.

- Khoảng cách từ bờ dưới u tới rìa hậu môn, là cơ sở quan trọng cho chỉ định điều trị.

- Tính chất di động của khối u so với các tạng xung quanh để đánh giá mức độ xâm lấn thành và các tạng lân cận.

+ Thăm khám bụng và toàn thân để phát hiện di căn gan, dịch ổ bụng, hạch Troisier, hạch bẹn...

- Toàn thân

Bệnh nhân có thể trong tình trạng gầy, mệt mỏi, sốt kéo dài, thiếu máu không rõ nguyên nhân. Các dấu hiệu toàn thân đôi khi xuất hiện đơn độc [19],[23],[82].

### 1.3.2. Các thăm dò cận lâm sàng

- Nội soi đại trực tràng bằng ống soi mềm:

+ Soi trực tràng cho phép nhìn thấy hình ảnh đại thể của tổn thương: u sùi; loét bờ cao, đáy không đều; nhiễm cứng trực tràng, loét sùi trực tràng...

+ Vị trí, kích thước khối u liên quan với chu vi trực tràng.

+ Đo được khoảng cách từ bờ dưới khối u đến rìa hậu môn

+ Đặc biệt sinh thiết u để chẩn đoán xác định

+ Nội soi đại tràng với ống soi mềm: là điều bắt buộc phải làm để phát hiện các tổn thương phối hợp ở đại tràng như: polyp, u, vùng nghi ngờ tổn thương.

+ Sinh thiết khối u: luôn phải sinh thiết u khi nội soi trực tràng. Kết quả sinh thiết giúp chẩn đoán xác định ung thư trực tràng về mặt mô học.

+ Xét nghiệm hóa mô miễn dịch mẫu bệnh phẩm: là xét nghiệm lấy một chất như kháng thể, chất nhuộm hay đồng vị phóng xạ gắn kết với mẫu mô để xác định kháng nguyên. Qua đó tìm thấy được sự khác biệt giữa các loại ung thư khác nhau.

- Xét nghiệm RT- PCR (Reverse transcription polymerase chain reaction): xác định chính xác sự thay đổi cấu trúc hoặc chức năng của gen, qua đó xác định đột biến gen là nguyên nhân gây nên bệnh lý ung thư đại trực tràng do di truyền không phải đa polyp (HNPCC) [68],[70].



**Hình 1.13. Loét sùi trực tràng trên hình ảnh nội soi [96]**

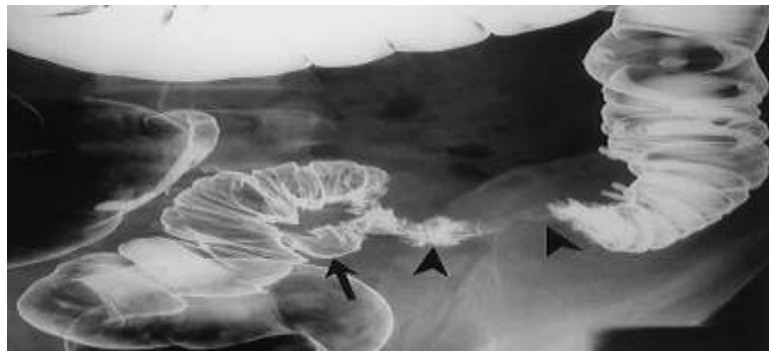


- Chụp đại - trực tràng với Baryt:

+ Trên phim chụp cản quang đại tràng, nhất là đối quang kép, ung thư trực tràng được thể hiện hình khuyết nham nhỡ hoặc một đoạn chít hẹp không đều, hình ảnh thuốc cản quang dừng lại như ngọn nến khi ung thư chít hẹp hoàn toàn, với ung thư trực tràng có thể thấy hình ảnh cắt cụt trực tràng.

+ Trên phim nghiên chụp bóng trực tràng có thể xác định được khoảng cách từ bờ dưới u đến bờ trên cơ nâng hậu môn.

+ Chụp khung đại tràng còn để phát hiện các tổn thương phối hợp ở đại tràng như polyp, u [24], [52].



**Hình 1.14. Xquang u đại trực tràng có baryte [55].**

- Định lượng kháng nguyên ung thư CEA (Carcinoembryonic antigen):

+ Độ nhạy và độ đặc hiệu của CEA thấp trong UTTT, do đó việc định lượng kháng nguyên này không phải để chẩn đoán bệnh mà chủ yếu theo dõi phẫu thuật triệt căn, tái phát và di căn sau mổ (CEA bình thường < 5 ng/ml).

+ CEA cũng tăng trong các bệnh lý gan mật, tụy, hút thuốc lá...[19],[82].

- Các thăm dò đánh giá mức độ lan tràn của ung thư trực tràng:

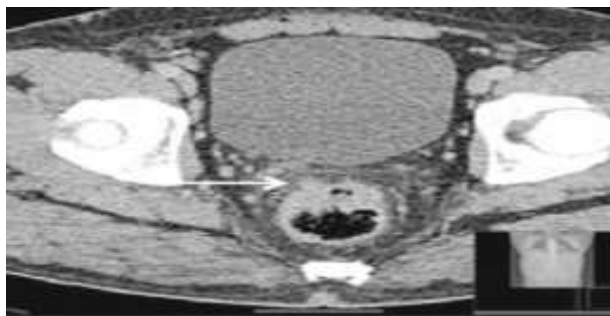
**Chụp CT scan bụng (Computed Tomography):** đánh giá tổn thương u ở trực tràng như vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn u đến các tạng lân cận. Đánh giá di căn hạch vùng ở tiểu khung và di căn gan.

Năm 1972 Hounsfield G.N giới thiệu máy chụp cắt lớp vi tính (CLVT), cho thấy khả năng khảo sát trong lĩnh vực chẩn đoán. Vị trí thương tổn được xác định qua giải phẫu của CLVT qua các mặt phẳng tái tạo, qua mặt phẳng tái

tạo có thể thấy các hình khuyết, hình lõm hay hình thâm nhiễm. Tổn thương hạch có thể phát hiện đối với hạch > 1 cm hoặc nhóm 3 hạch trở lên, tổn thương hạch thường giảm tỷ trọng, ít ngấm thuốc cản quang.

Trên phim CT-Scanner cho chúng ta hình ảnh của khối u, mức độ xâm lấn các cơ quan lân cận, các hạch vùng của trực tràng, các biến chứng của khối u như: thủng, dò khối u vào các cơ quan lân cận. Đánh giá sự xâm lấn của u có độ chính xác khá cao, giai đoạn T trên CT scanner từ 86 – 87% nhưng vẫn còn thấp hơn so với MRI và siêu âm nội soi. UTĐTT được phân giai đoạn trên CLVT như sau:

- + T1: khối u nằm trong lòng, không làm biến dạng thành trực tràng.
- + T2: khối u lõm ra khỏi thành trực tràng nhưng không phá vỡ lớp cơ niêm, lớp mỡ quanh trực tràng còn nguyên vẹn.
- + T3: khối u xâm lấn rộng vào lớp cơ, chưa có sự xâm lấn rõ ràng của u vào trong lớp mỡ quanh trực tràng.
- + T4: có sự phá vỡ trực tràng và xâm lấn các cơ quan quanh trực tràng.



**Hình 1.15. Giai đoạn T3 trên cắt lớp vi tính [30]**

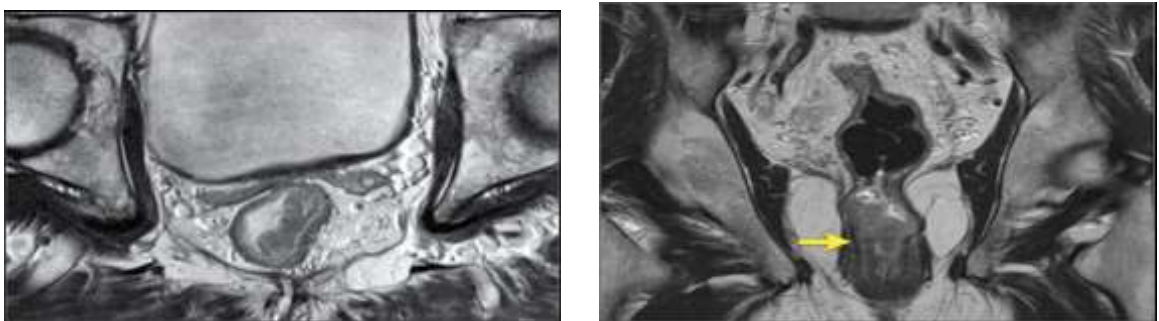
Trong chẩn đoán giai đoạn hạch thì chụp cắt lớp vi tính không phải là thể mạnh so với MRI và siêu âm nội soi. CT không thể phân biệt chính xác hạch lành tính hay ác tính khi những hạch di căn < 5 mm, trong khi đó theo các nhà chẩn đoán hình ảnh thì hạch > 8 mm mới được xem là hạch di căn [30],[52].

**Chụp cộng hưởng từ (MRI: Magnetic resonance imaging):** đánh giá mức độ xâm lấn u vào trong thành trực tràng và di căn khu vực, đồng thời phát hiện di căn tạng trong ổ bụng, độ nhạy cao hơn CT scan trong việc đánh giá

xâm lấn u trực tràng đến các tạng lân cận. Ngoài ra, Chụp cộng hưởng từ qua ngả trực tràng (endorectal surface-coil MRI): Có giá trị tương đương hay cao hơn siêu âm qua ngả trực tràng trong việc đánh giá mức độ xâm lấn qua thành trực tràng và đánh giá di căn hạch vùng [55],[85].

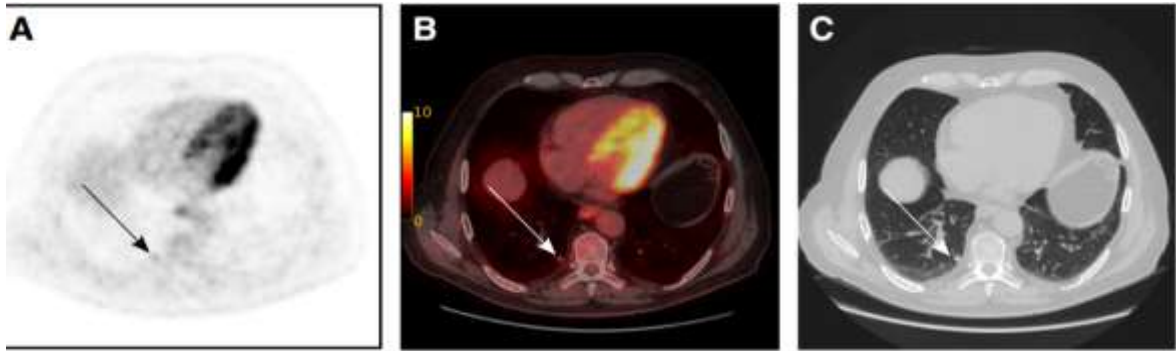
MRI trở nên một tiêu chuẩn trong đánh giá giai đoạn trước mổ trong ung thư trực tràng. Với độ phân giải và độ chính xác cao thì MRI cho những thông tin hữu ích về giai đoạn T và N cũng như bờ cắt phía xa của khối u, đặc biệt là mặt bên và bờ chu vi của u. Ngoài ra, MRI có thể đánh giá lại giai đoạn của khối u sau khi hóa xạ trị. Độ chính xác trong dự đoán chu vi thương tổn trên MRI có độ nhạy 60 - 88% và độ đặc hiệu 73 - 100% [2],[68],[85].

Giá trị chẩn đoán hạch của MRI có thể nhận biết được những hạch có kích thước đến 3 mm. Tuy nhiên, vẫn có một số trung tâm dùng 5 mm là chuẩn xác định hạch dương tính trong UTTT. Điều quan trọng ở đây, nếu trên MRI không thấy hạch thì độ mạnh của dự đoán âm tính với hạch có độ chính xác cao. Tóm lại, trong UTTT về độ chính xác trong dự đoán giai đoạn T thì siêu âm qua nội soi trực tràng chỉ chính xác cho u giai đoạn T1 – T2 và u kích thước nhỏ. Tuy nhiên, dự đoán về chu vi và độ xâm lấn vào mạc treo trực tràng thì MRI có ưu thế hơn [30], [85].



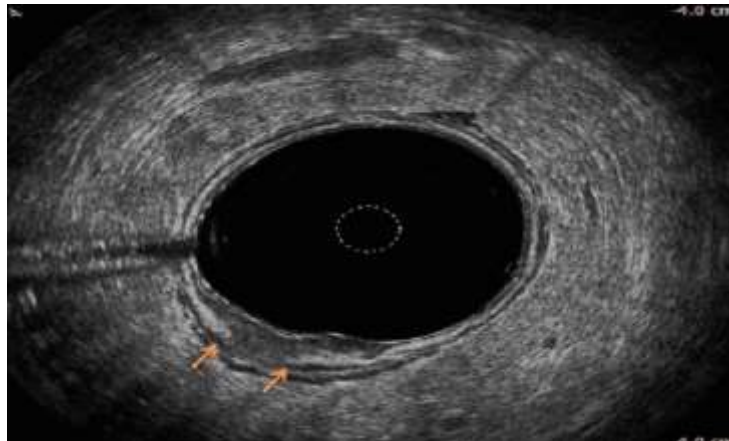
**Hình 1.16. U trực tràng giai đoạn T2 và T3 (MRI) [85].**

**Chụp PET scan (Positron emission tomography scan):** dùng đường găng phóng xạ đưa vào tĩnh mạch, các tế bào ung thư sẽ bắt nhiều đường hơn và hiện rõ trên hình ảnh PET scan. Thường được chỉ định sau phẫu thuật để xác định ung thư tái phát hay di căn hạch vào các cơ quan khác [52],[125].



**Hình 1.17. U trực tràng di căn phổi: (A) FDG-PET; (B) FDG-PET/CT; (C) CT scan phổi [125].**

**Siêu âm qua soi trực tràng (EUS: Endoscopic ultrasound):** là phương pháp rất có giá trị trong đánh giá mức độ xâm lấn u vào trong thành trực tràng và có thể phát hiện các hạch di căn quanh trực tràng, hạch khu vực trước phẫu thuật. Độ chính xác từ 72 – 94% đối với xâm lấn thành (T) và 73 - 84% đối với di căn hạch vùng (N).



**Hình 1.18. U giai đoạn T2: khối u phá vỡ lớp dưới niêm mạc trực tràng [85]**

Độ nhạy cao trong khối u ở giai đoạn T1 và T2 với sự chính xác 69 - 97%. Tuy nhiên, tình trạng viêm quanh u có thể dẫn đến chẩn đoán sai về giai đoạn của khối u. Một sự trở ngại do sự phóng đại của các lớp cơ và tổ chức mỡ xung quanh gây ra khó khăn trong phân biệt giai đoạn T2 và T3. Có 20% trường hợp giai đoạn T3, T4 nhưng mô học thì chỉ giai đoạn T2 [1],[52],[85].

Tuy nhiên, giới hạn của kỹ thuật này là khó phân biệt một cách rõ ràng các lớp của trực tràng khi có sự viêm quanh khối u. Khi khối u lớn gây tắc

ngheñ trực tràng thì có thể khó có thể quét quanh khối u để đánh giá [82].

- Siêu âm bụng: là phương pháp đơn giản dễ thực hiện để phát hiện tổn thương nghi ngờ di căn gan. Chụp X quang phổi: tìm tổn thương nghi ngờ di căn phổi. Qua đó các nhà lâm sàng khi nghi ngờ tổn thương di căn đến các tạng sẽ cho chụp CT scanner phổi hay bụng để xác định chính xác các tổn thương đó.

#### **1.4. ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG**

Hiện nay điều trị ung thư trực tràng là sự phối hợp phẫu thuật với hóa xạ trị gọi là điều trị theo phương pháp đa mô thức, trong đó phẫu thuật triệt căn đóng vai trò chủ yếu. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng phẫu thuật triệt căn kết hợp điều trị hỗ trợ (hóa và xạ trị) trước và sau mổ (đặc biệt đối với những ung thư trực tràng giai đoạn II và III) làm giảm nguy cơ tái phát tại chỗ rất có ý nghĩa (từ 50% - 70%) và cải thiện thời gian sống thêm sau mổ. Thời gian gần đây với những tiến bộ về di truyền và sinh học phân tử đã đưa thêm phương pháp điều trị hỗ trợ mới gọi là điều trị đích làm tăng thêm thời gian sống thêm sau mổ có ý nghĩa.

Tùy theo vị trí u, kích thước, sự biệt hóa của tế bào ung thư và mức độ xâm lấn u (giai đoạn ung thư) mà chúng ta có những phương pháp phẫu thuật khác nhau [23],[53],[75],[82],[132].

##### **1.4.1. Phẫu thuật**

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính trong ung thư trực tràng, phẫu thuật triệt căn cần đảm bảo các nguyên tắc sau:

- Cắt bỏ đoạn trực tràng có u vượt quá bờ dưới khối u ít nhất 2 cm, phía trên u ít nhất 10 cm nhưng thường phải cắt bỏ rộng rãi hơn so với yêu cầu.
- Lấy bỏ rộng tổ chức tế bào xung quanh trực tràng.
- Nạo vét hạch rộng rãi bao gồm: nhóm hạch mạc treo trực tràng, dọc động mạch trực tràng trên, lên đến gốc động mạch mạc treo tràng dưới. Do vậy phía trên u, phần trực tràng và đại tràng thường phải cắt rộng rãi hơn so với yêu cầu.

### 1.4.1.1. Phẫu thuật cắt khối u

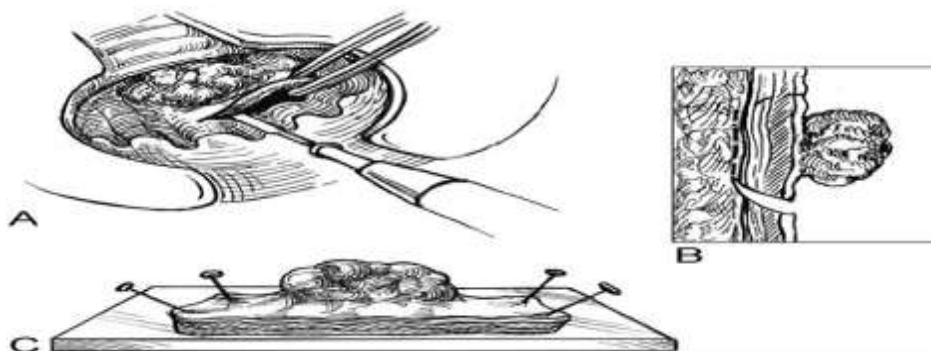
Phẫu thuật cắt khối u là loại phẫu thuật bảo tồn trực tràng. Phẫu thuật có thể thực hiện qua ngã hậu môn hay qua ngã xương cụt (tiếp cận trực tràng từ phía sau).

- Chỉ định:

- + Khối u giai đoạn T1, ở 1/3 dưới trực tràng.
- + Không chiếm quá 1/3 chu vi thành trực tràng.
- + Độ biệt hóa tốt hay vừa.
- + Có siêu âm qua nội soi không phát hiện di căn hạch (T1N0).

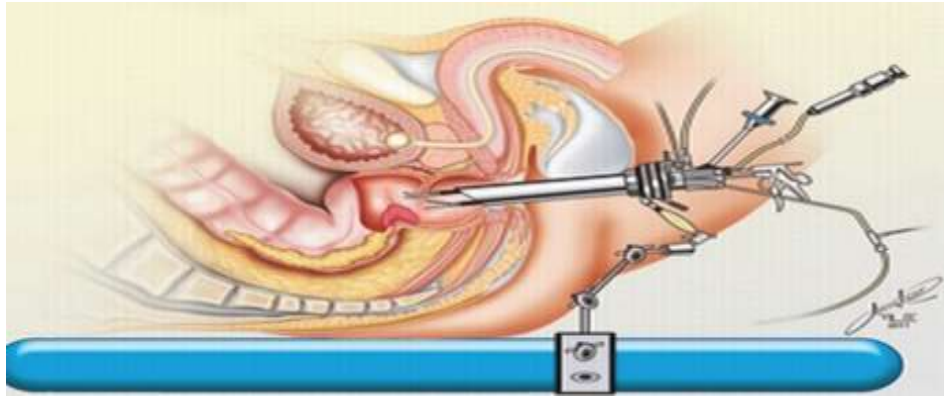
- Kỹ thuật:

- + Cắt toàn bộ thành trực tràng có khối u, cách bờ ngoài khối u 1 cm.
- + Khâu lại thành trực tràng. Nếu cắt khối u qua ngã hậu môn có thể để hở mép cắt. Kết quả tỷ lệ tái phát tại chỗ 0 – 40% [19], [53],[101].



**Hình 1.19. Cắt u tại chỗ qua hậu môn; (A): chu vi cắt quanh u 1 - 2 cm, (B): độ sâu hết lớp dưới niêm mạc, (C): bệnh phẩm sau khi cắt [53].**

Ngoài ra đối với những u trực tràng ở vị trí 2/3 trên trực tràng có thể cắt u qua ngã hậu môn qua nội soi (Transanal Endoscopic Microsurgery). Phẫu thuật này được thực hiện đầu tiên vào năm 1984 do tác giả người Đức (Gerhard Buess), sử dụng dụng cụ nội soi cắt trực tràng đặc biệt cho phép cắt khối u trực tràng giai đoạn sớm (T1N0) mà không thể tiếp cận được qua hậu môn hay qua ngã xương cụt. Bờ cắt an toàn cách khối u từ 1 - 1,5 cm và được khâu lại bằng chỉ tiêu 3.0 [27], [70], [102].

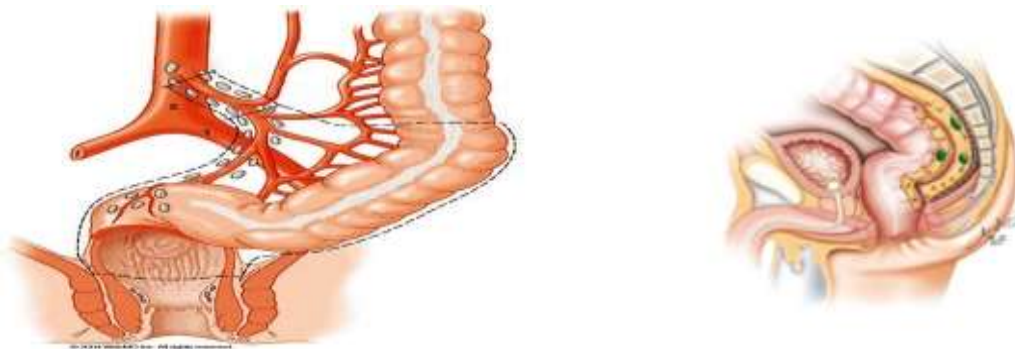


**Hình 1.20. Phẫu thuật cắt u trực tràng nội soi qua ngã hậu môn [96].**

#### **1.4.1.2. Phẫu thuật cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt**

Phẫu thuật này còn gọi là phẫu thuật cắt trước thấp.

- Chỉ định: khối u ở đoạn trên và giữa của trực tràng, cách bờ hậu môn  $\geq 6$  cm.
- Một số nguyên tắc chính về mặt kỹ thuật:
  - + Di động trực tràng, đại tràng sigma, lên tới đại tràng góc lách.
  - + Thắt và cắt động mạch mạc treo tràng dưới.
  - + Phía trên u cắt tại nơi tiếp giáp đại tràng sigma và đại tràng xuống.
  - + Phía dưới khối u:
    - Khối u 1/3 trên trực tràng: giới hạn dưới (để cắt trực tràng và mạc treo trực tràng) cách bờ dưới khối u ít nhất 5 cm.
    - Khối u 1/3 giữa trực tràng: giới hạn dưới để cắt trực tràng cách bờ dưới khối u ít nhất 2 cm và cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME: Total mesorectal excision) để giảm tỷ lệ tái phát miệng nối sau mổ [18],[97].

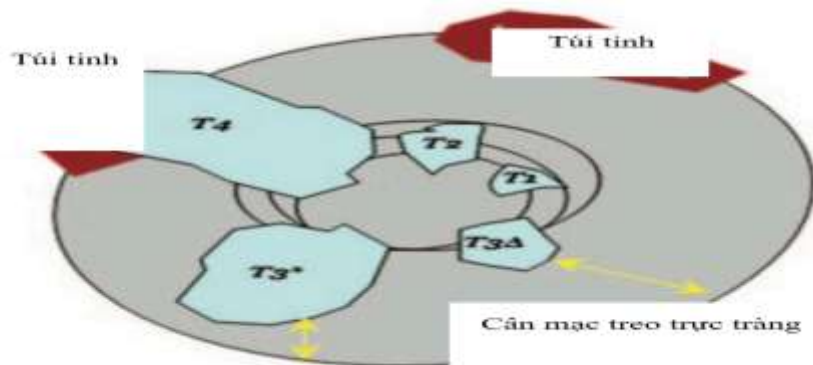


**Hình 1.21. Giới hạn cắt đoạn đại - trực tràng và vị trí cắt mạc treo trực tràng ở mặt sau [18],[96].**



### - Chu vi của mặt cắt an toàn

Mặc dù, đường lan tràn của tế bào ung thư chủ yếu là lên trên theo đường bạch huyết, những khối u trực tràng nằm dưới nếp phúc mạc thì khối u lan rộng theo thành của trực tràng vẫn được duy trì [51]. Trong những thập niên trở lại đây các nhà nghiên cứu trên thế giới chú ý nhiều hơn về vấn đề chu vi của mặt cắt trong ung thư trực tràng. Chu vi của mặt cắt quanh u liên quan mật thiết đến kỹ thuật phẫu tích và cắt toàn bộ mạc treo trực tràng. Một chu vi mặt cắt không an toàn thì làm tăng tỷ lệ tái phát tại chỗ, di căn xa và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống [52],[62],[70].



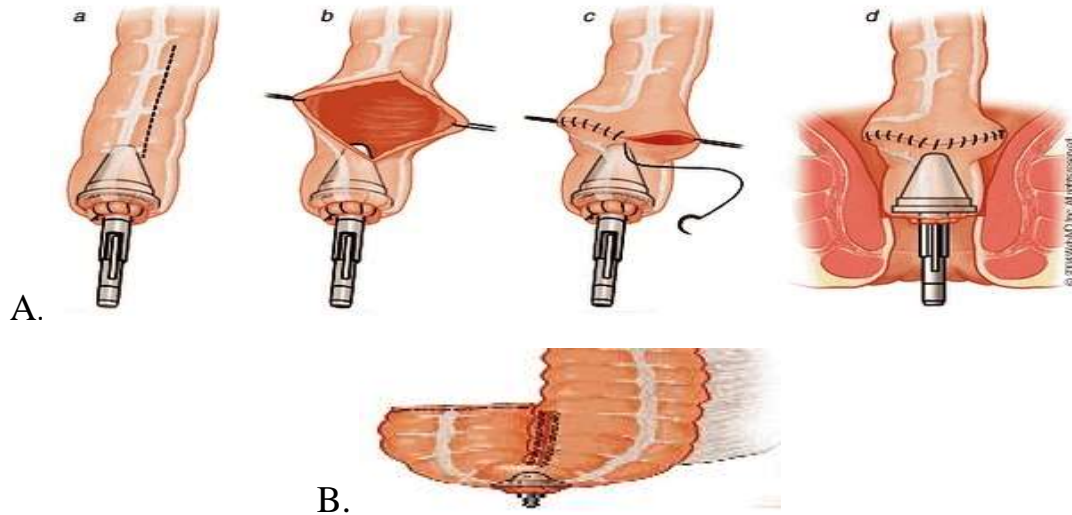
**Hình 1.22. Liên quan giữa chu vi bờ cắt mạc treo trực tràng với các giai đoạn khối u trực tràng [85].**

Việc xác định phạm vi bờ an toàn phải được xác định trước mổ bằng mô tả của MRI hoặc CT Scanner đa lát cắt. Nghiên cứu mô học của tác giả người Hàn Quốc thì phạm vi tế bào ung thư dương tính dưới 1 mm [115]. Tuy nhiên, nghiên cứu của các tác giả người Anh thì trong phạm vi 1 mm thì tỷ lệ dương tính từ 6 đến 27%. Một nghiên cứu khác của tác giả cho thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ 5% trong nhóm phạm vi cắt > 1 mm và 20% trong nhóm phạm vi cắt < 1 mm. Do vậy, nếu trên MRI phạm vi của khối u hơn 2 mm thì chu vi bờ cắt an toàn phải được ít nhất 2 mm tính từ bờ ngoài của khối u [52],[89],[110].

Nếu miệng nối nằm bên dưới ngách trực tràng - bàng quang, có thể cần tạo hình đại tràng để làm giảm số lần đi tiêu hằng ngày. Tạo hình đại tràng có

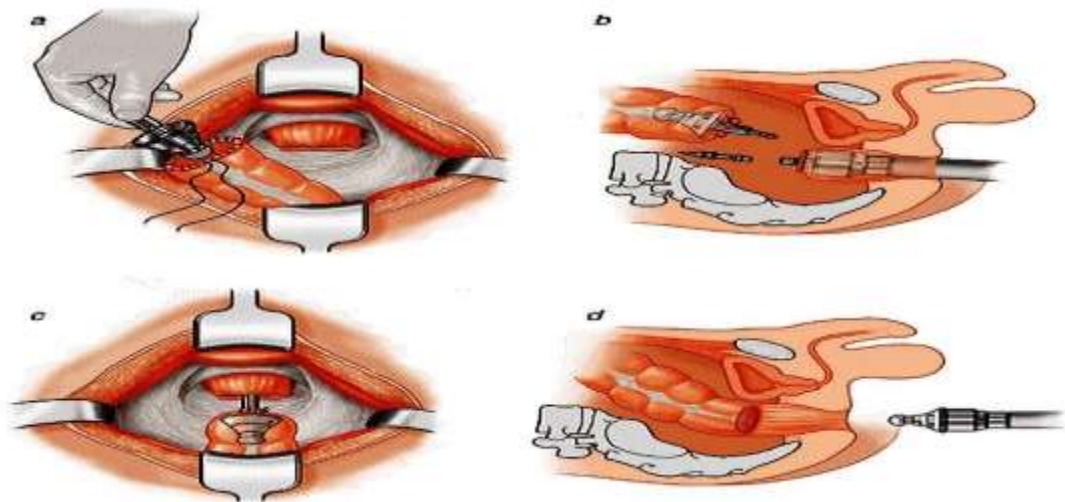


thể tạo túi chữ J (J pouch) hay xẻ dọc khâu ngang đoạn đại tràng cách miệng nối 6 cm [18],[141].



**Hình 1.23. Kỹ thuật tạo hình đại tràng (A-xẻ dọc khâu ngang, B-tạo túi đại tràng hình chữ J) trong phẫu thuật cắt trước thấp [18].**

Nối đại tràng – trực tràng còn lại bằng tay hay bằng máy (staplers). Nhờ những tiến bộ về máy khâu nối, các khối u ở thấp có thể được cắt bỏ và nối lại được mà khâu nối bằng tay không thể thực hiện. Người ta dùng máy TA cắt trực tràng đoạn thấp (hay dùng endo GIA trong phẫu thuật nội soi) và nối tận-tận bằng máy nối EEA.



**Hình 1.24. Kỹ thuật nối đại trực tràng bằng stapler trong phẫu thuật cắt trước thấp [18].**

+ Biến chứng sau mổ:

Quan trọng nhất là xì rò miệng nói. Tỷ lệ xì rò miệng nói sau phẫu thuật bảo tồn cơ thắt khá cao: 15% (3 - 11% nếu miệng nói ở 1/3 giữa trực tràng, 20% nếu miệng nói ở 1/3 dưới trực tràng). Vì lý do này, nhiều phẫu thuật viên đã mở thông hồi tràng tạm thời nếu miệng nói ở 1/3 dưới, đặc biệt nếu bệnh nhân đã được xạ trị hay xạ hoá trước mổ. Không có sự khác biệt về xì rò miệng nói giữa nói bằng máy hay bằng tay [18],[59],[67],[83].

#### **1.4.1.3. Phẫu thuật Hartmann**

Phẫu thuật được Hartmann thực hiện năm 1921.

- Chỉ định:

+ Các khối u nằm ở đoạn trực tràng giữa mà không thể khâu nối được. Hiện nay phẫu thuật này ít được áp dụng kể từ khi có máy khâu nối.

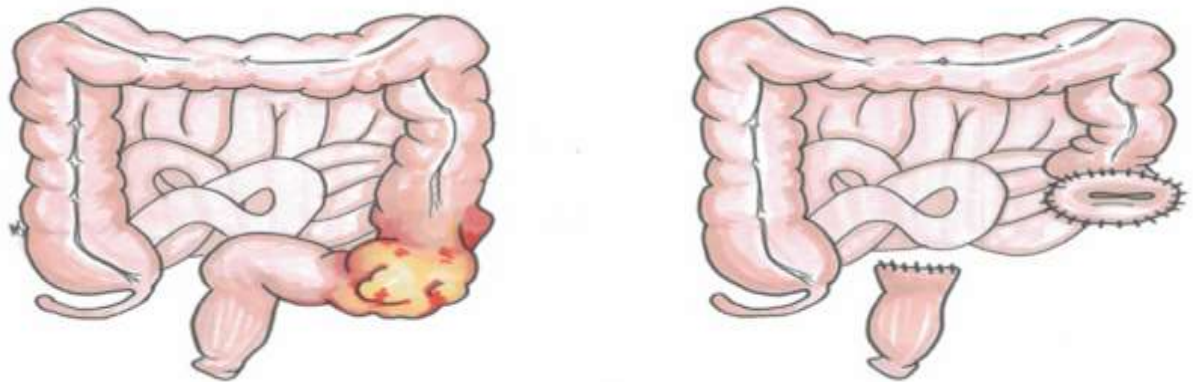
+ Thường áp dụng trong cấp cứu, bệnh nhân bị tắc ruột và thể trạng kém.

- Kỹ thuật:

+ Cắt đoạn đại tràng sigma và trực tràng kèm u, đóng mồm trực tràng đầu dưới và đưa đầu trên đại tràng sigma ra hố chậu trái làm hậu môn nhân tạo.

+ Ưu điểm: Phẫu thuật còn giữ lại cơ vòng hậu môn và không sợ biến chứng xì rò, tỷ lệ tử vong thấp.

+ Nhược điểm: bệnh nhân phải mang hậu môn nhân tạo suốt đời mặc dù hậu môn thật vẫn còn và trực tràng đoạn dưới còn bài tiết ra chất nhầy [19], [116].



**Hình 1.25. Phẫu thuật Hartmann [148]**

#### 1.4.1.4. *Phẫu thuật Pull-through*

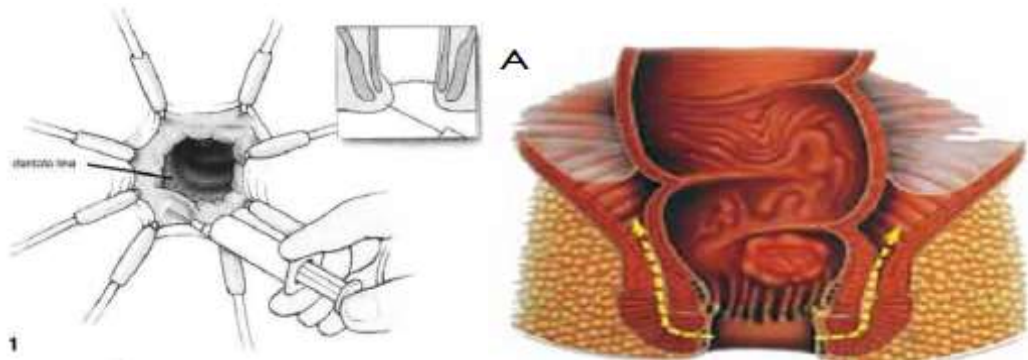
Phẫu thuật được Babcock và Bacon thực hiện vào năm 1956.

- Chỉ định:

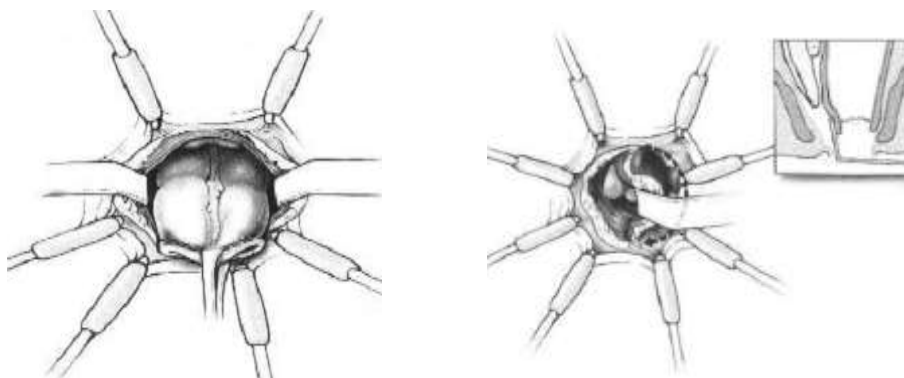
- + Các khối u ở đoạn trực tràng thấp cách bờ hậu môn 3 – 6 cm
- + Ung thư giai đoạn sớm (Dukes A, B) và kích thước khối u < 2 cm.
- + Không xâm lấn cơ vòng hậu môn.

- Kỹ thuật:

- + Cắt bỏ toàn bộ trực tràng, kéo tuột đại tràng chậu hông qua lỗ hậu môn.
- + Nối đại tràng với hậu môn qua ngã tầng sinh môn.
- + Ưu điểm: cắt bỏ khối u và tái lập lưu thông tiêu hóa, bảo đảm chức năng sinh lý hậu môn.
- + Nhược điểm: phẫu thuật khó vì u ở thấp, biến chứng bực miệng nối và ung thư tái phát tại chỗ [17],[148].



**Hình 1.26. Phẫu tích vào giữa cơ thắt ngoài và cơ thắt trong [148]**



**Hình 1.27. Kéo tuột đại tràng qua đường hậu môn – tái lập lưu thông [148]**

#### 1.4.1.5. *Phẫu thuật cắt trực tràng lấy cả cơ vòng hậu môn (phẫu thuật Miles)*

Phẫu thuật cắt cụt trực tràng theo hai ngã bụng và tầng sinh môn (phẫu thuật Miles): phẫu thuật này được tác giả Miles thực hiện năm 1908.

- Chỉ định:

- + Ung thư trực tràng 1/3 dưới (cách bờ hậu môn < 6 cm).
- + U xâm lấn cơ vòng hậu môn hay vào vùng chậu, rối loạn cơ vòng có sẵn trước phẫu thuật.

- Kỹ thuật:

+ Cắt bỏ đại tràng sigma và toàn bộ trực tràng, các cơ vòng hậu môn, cơ nâng hậu môn và lấy luân hậu môn theo 2 ngã bụng và tầng sinh môn.

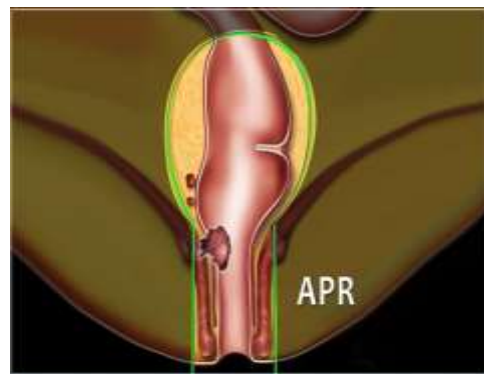
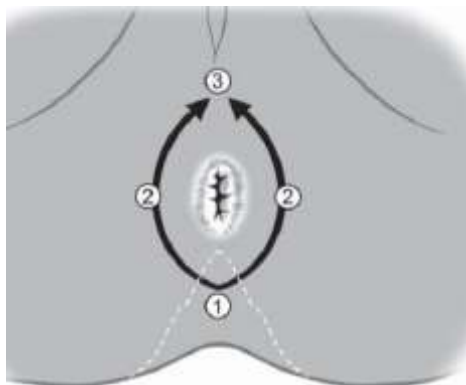
+ Đưa đại tràng xuống làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn ở hố chậu trái.

+ Ưu điểm:

- Cắt bỏ rộng rãi triệt để lấy hết khối u ung thư và hạch vùng
- Kết hợp cắt bỏ rộng rãi các tạng xâm lấn vùng chậu: tử cung, âm đạo hay bàng quang.

+ Nhược điểm:

- Phẫu thuật nặng với nhiều tai biến trong mổ và biến chứng hậu phẫu.
- Tai biến chảy máu từ đám rối trước xương cùng hay gặp nhất, tổn thương bàng quang, niệu đạo, túi tinh.
- Biến chứng nhiễm trùng vết mổ.
- Bệnh nhân phải mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.



**Hình 1.28. Phẫu thuật Miles [148].**

Trong nhiều năm gần đây, việc lựa chọn phương pháp này còn có nhiều bàn cãi vì tai biến và không chấp nhận mang hậu môn nhân tạo suốt đời của bệnh nhân. Nhiều bài nghiên cứu đã chỉ rõ những vấn đề liên quan đến tái phát tại chỗ, thời gian sống thêm, chất lượng cuộc sống của phẫu thuật bảo tồn cơ thắt và không bảo tồn cơ thắt [3], [13], [21], [23], [139].

#### **1.4.1.6. Phẫu thuật đoạn chậu**

Phẫu thuật đoạn chậu: là phẫu thuật cắt bỏ trực tràng kèm các tạng lân cận (bàng quang, tiền liệt tuyến, tử cung, buồng trứng, thành sau âm đạo) trong trường hợp ung thư trực tràng xâm lấn các tạng lân cận.

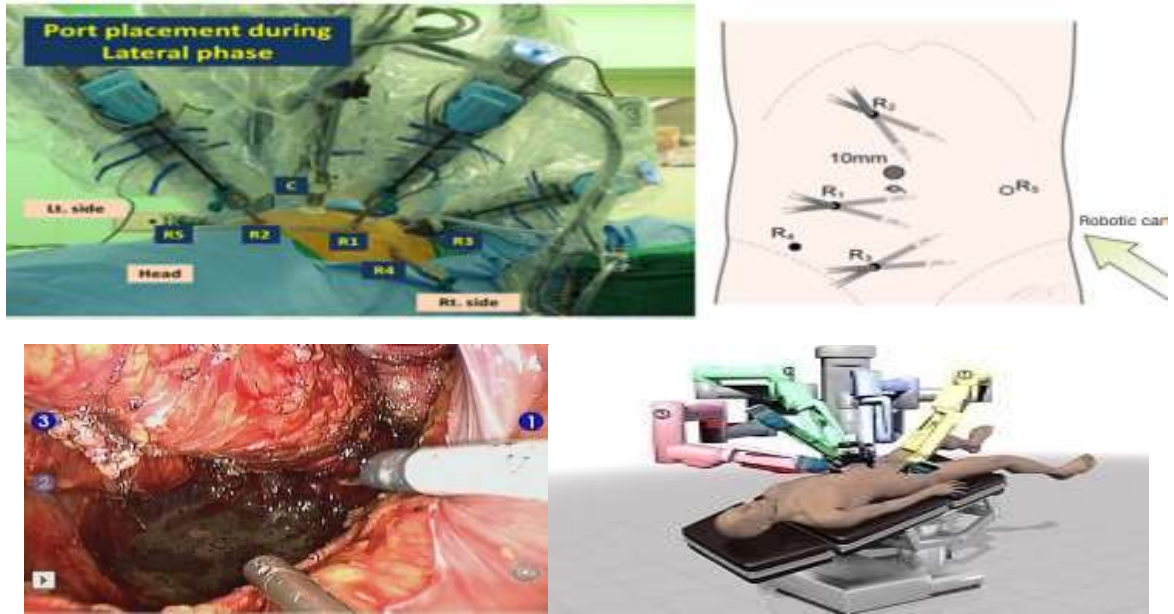
#### **1.4.2. Phẫu thuật nội soi hiện đại**

Hiện nay, trên thế giới cũng như trong nước ngoài phẫu thuật Miles nội soi còn có những phẫu thuật khó hơn như: phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp, cắt trực tràng trước cực thấp và bảo tồn cơ thắt. Những phương pháp điều trị ung thư trực tràng mới như: Phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bằng Robotic, phẫu thuật Hybrid Notes, Phẫu thuật NOTES, Phẫu thuật TaTME...[3],[26],[32],[57],[61]. Đây là những phương pháp phẫu thuật đang được áp dụng và trong giai đoạn đánh giá kết quả nghiên cứu.

#### **- Phẫu thuật nội soi Robotic:**

Hệ thống nội soi bằng robot da Vinci có những lợi điểm hơn phẫu thuật nội soi truyền thống là: hình ảnh không gian ba chiều, hệ thống camera và phẫu trường ổn định, có dụng cụ phẫu thuật có khớp nên khả năng hoạt động của các dụng cụ này rất linh hoạt, phẫu tích sâu vào trong vùng tiểu khung để phẫu tích tốt hơn cũng như làm giảm tối đa tỷ lệ các biến chứng xảy ra trong quá trình phẫu thuật như: giảm mất máu, tỷ lệ chuyển mổ mở và đặc biệt tỷ lệ cắt mạc treo trực tràng theo chu vi bờ cắt và bờ dưới u an toàn cao hơn so với phẫu thuật nội soi truyền thống theo một số nghiên cứu so sánh vì vậy làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ [93],[99],[112],[121],[140].



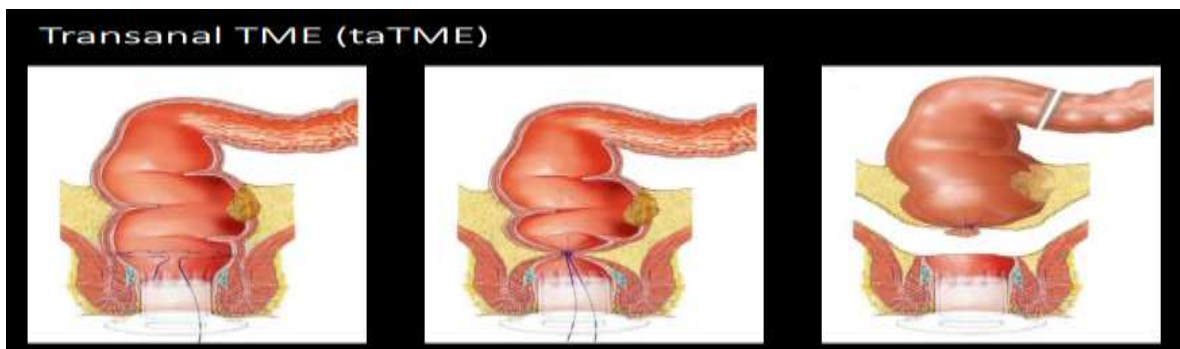


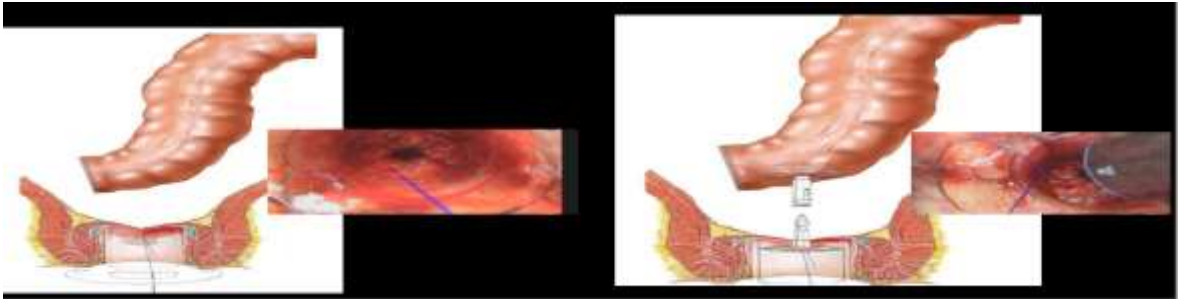
**Hình 1.29. Hệ thống mổ nội soi bằng robot và cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bằng robot (nguồn từ da Vinci) [74].**

**- Phẫu thuật TaTME (Transanal Total Mesorectal Excision):**

Phẫu thuật này là kết hợp phẫu thuật nội soi ổ bụng và phẫu thuật cắt mạc treo trực tràng bằng đường hậu môn, thường được chỉ định với ung thư trực tràng giữa và dưới ở bệnh nhân béo phì, nam giới khung chậu hẹp. Mục đích để đảm bảo bờ cắt phần xa khối u an toàn và cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, đảm bảo chu vi bờ cắt mạc treo trực tràng CRM (-), làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ và tránh được phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn [58],[87].

Bệnh phẩm có thể lấy qua đường hậu môn hoặc thành bụng với đường mổ nhỏ nếu u lớn, miệng nối đại tràng - ống hậu môn bằng khâu tay hoặc khâu máy [32],[37],[61],[114].





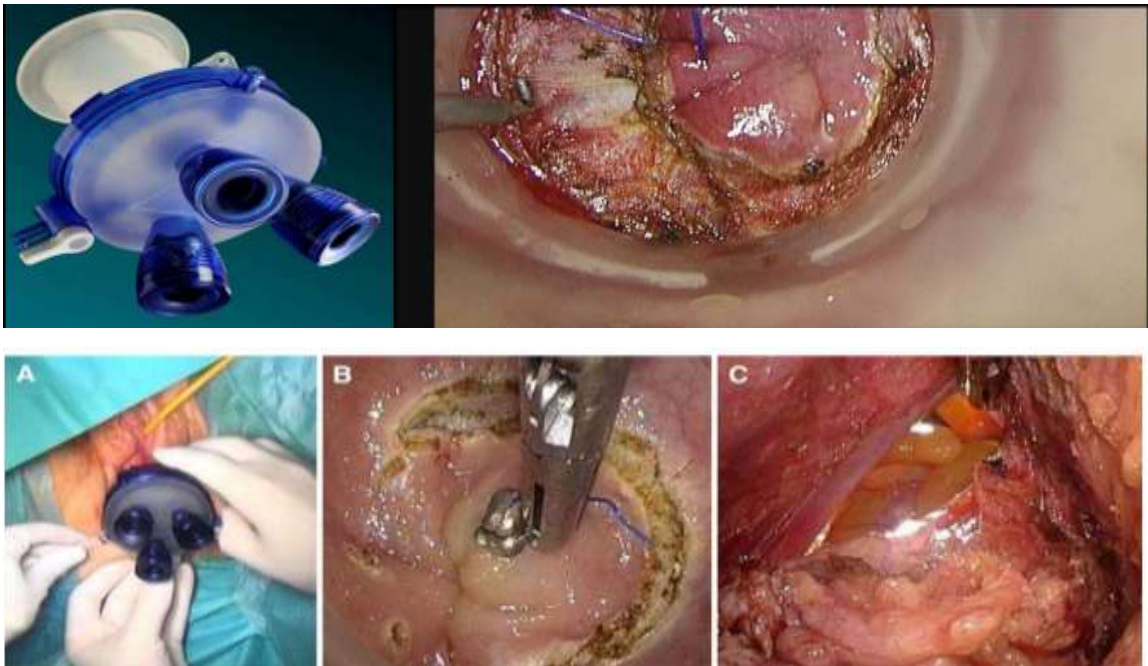
**Hình 1.30. Phẫu thuật TaTME trong ung thư trực tràng [61]**

**- Phẫu thuật NOTES (Natural orifice transluminal endoscopic surgery):**

Phẫu thuật nội soi qua đường tự nhiên và Phẫu thuật Hibrid NOTES là có thêm sự hỗ trợ của nội soi ổ bụng.

Đối với ung thư trực tràng thì phẫu thuật NOTES được áp dụng từ năm 2007 do tác giả Whiteford mô tả lần đầu tiên. Những nghiên cứu của tác giả Whiteford và Rieder trên mẫu xác cho thấy khả năng phẫu tích mạc treo trực tràng là đạt tiêu chuẩn về ung thư học và phạm vi an toàn quanh u.

Tác giả Antonio M. Lacy et al (năm 2013) có báo cáo kết quả sớm trong 20 trường hợp phẫu thuật NOTES trong ung thư trực tràng. Phẫu thuật này còn nhiều bàn cãi và chưa có các nghiên cứu với số lượng lớn và đánh giá kết quả dài hạn về mặt ung thư học [46],[126].



**Hình 1.31. Phẫu thuật NOTES trong ung thư trực tràng [89].**

### 1.4.3. Xạ trị

Xạ trị có vai trò khá quan trọng trong điều trị ung thư trực tràng. Xạ trị hỗ trợ trước mổ và sau mổ đã làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ một cách có ý nghĩa, nhưng không kéo dài thời gian sống sau mổ. Điều trị xạ trị thường kết hợp với hóa trị [113],[153].

#### - Xạ trị trong lòng trực tràng:

+ Chỉ định tương tự như cắt khối u qua ngã hậu môn.

+ Mục tiêu: sử dụng tia xạ có cường độ cao, tập trung vào một vùng nhỏ trên thành trực tràng nơi có khối u. Quá trình điều trị được chia thành vài đợt, thời gian điều trị trung bình của phương pháp này là 60 ngày, với tổng liều chiếu xạ 9 – 15 Gy. Kết quả: tỷ lệ tái phát tại chỗ 30%, tỷ lệ sống 5 năm là 76%.

#### - Xạ trị hỗ trợ trước mổ:

+ Ưu điểm: giảm giai đoạn khối u, tăng khả năng phẫu thuật, tăng khả năng bảo tồn cơ thắt, giảm nguy cơ tái phát sau mổ.

+ Nhược điểm: trì hoãn cuộc phẫu thuật, làm việc đánh giá giai đoạn ung thư trở nên khó chính xác hơn và làm tăng nguy cơ biến chứng sau mổ.

+ Xạ trị ngắn ngày (Short course): Xạ 25 Gy chia 5 lần trong 1 tuần, sau đó phẫu thuật trong vòng 1 – 2 tuần. Xạ trị dài ngày (Long course): Xạ 45 Gy chia 25 lần, 5 lần/1 tuần mỗi lần 1,8 Gy và phẫu thuật sau 4 – 8 tuần.

#### - Xạ trị hỗ trợ sau mổ:

+ Ưu điểm: bệnh nhân được phẫu thuật kịp thời, việc đánh giá giai đoạn ung thư được chính xác, giảm nguy cơ tái phát sau mổ.

+ Nhược điểm: không kiểm soát được sự gieo rắc tế bào ung thư trong thời gian phẫu thuật, mô u sót bị thiếu máu sẽ ít nhạy với tia xạ; nếu có biến chứng sau phẫu thuật thì xạ trị hỗ trợ sẽ bị trì hoãn [70],[113].

### 1.4.4. Hóa trị

Hóa trị là phương pháp điều trị hỗ trợ bằng hóa chất, được đưa vào cơ thể bằng đường uống, đường tĩnh mạch. Hóa chất có tác dụng ngăn chặn sự



phát triển tế bào ung thư bằng cách tiêu diệt tế bào ung thư hoặc ngăn chặn sự phân chia tế bào ung thư. Hóa trị làm giảm được tỷ lệ tái phát tại chỗ và cải thiện được thời gian sống thêm 5 năm sau mổ. Sử dụng hóa trị cần chú ý đến tác dụng phụ và phải có chỉ định cụ thể, chỉ hóa trị cho ung thư trực tràng giai đoạn Dukes C và D hay giai đoạn III và IV.

Theo Mạng lưới ung thư toàn quốc Hoa kỳ (Nation Comprehensive Cancer Network): NCCN guidelines Rectal cancer (version 1.2014). Điều trị hỗ trợ ung thư trực tràng bao gồm hóa xạ trị đồng thời và hóa trị sau mổ, tổng liều là 6 tháng trong quá trình điều trị [12], [36], [65], [113].

- Hóa trị sau mổ (các phác đồ): FOLFOX 6, sLV5FU2, Capecitabine, CapeOx.

- Bảng liều lượng cho xạ hóa đồng thời:

- Xạ trị + truyền 5-FU: 5-FU 225mg/m<sup>2</sup> trong 24 giờ, 5 hoặc 7 ngày/tuần, liên tục trong quá trình xạ trị.

- Xạ trị + 5-FU/leucovorin: 5-FU 400mg/m<sup>2</sup> TM bolus + leucovorin 20mg/m<sup>2</sup> TM bolus trong 4 ngày suốt tuần thứ 1 và thứ 5 của quá trình xạ trị.

- Xạ trị + Capecitabine: Capecitabine 825 mg/m<sup>2</sup>, hai lần/ngày trong 5 ngày/tuần + Xạ trị x 5 tuần.

## **1.5. NHỮNG KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRƯỚC THẤP TRONG VÀ NGOÀI NƯỚC.**

Các nghiên cứu của tác giả nước ngoài về PTNS cắt trước thấp trong điều trị ung thư trực tràng:

- Nghiên cứu đa trung tâm về PTNS cắt trước thấp trong 3 năm, The New England Journal of Medicine (2015): tỷ lệ tái phát tại chỗ 5%, thời gian sống không bệnh 74,8% và kết quả sống sau mổ là 86,7% [50].

- Tác giả Jeams Fleshma, Megan Branda: 240 bệnh nhân được PTNS cắt trước thấp điều trị UTTT cách bờ hậu môn 12 cm giai đoạn II và III, tỷ lệ chuyển mổ mở (11,3%), thời gian mổ 220,6 phút và thời gian nằm viện TB: 7 ngày [81].

- Tác giả Goutaro Katsuno et al: phẫu thuật 20 ca (10 ca ung thư đại tràng sigma và 10 ca ung thư tràng) bằng phương pháp Hybrid Notes với kết quả tỷ lệ chuyển mổ mở (0%), biến chứng trong mổ (0%) và tử vong (0%). Thời gian mổ trung bình  $222 \pm 69$  phút, thời gian ăn sau mổ  $1,8 \pm 1,1$  và thời gian nằm viện  $10,2 \pm 3,2$  [95].

- Chen CC et al: phẫu thuật Hybrid Notes 20 trường hợp UTTT, tuổi trung bình  $57,8 \pm 10,1$ ; chuyển mổ mở 1 ca (0,5%), 2 ca (10%) dò miệng nối tạo áp xe tiểu khung nhưng điều trị nội khoa ổn định và 17 trường hợp làm hậu môn nhân tạo bảo vệ. Thời gian phẫu thuật TB:  $200,8 \pm 47,7$  phút [72].

- Kuroyanagi H, Oya M, Ueno M, Muto T (2011): 78 bệnh nhân bị ung thư trực tràng điều trị bằng PTNS cắt trước thấp, kết quả không có ca nào chuyển mổ mở, 6 ca mở thông hồi tràng, dò miệng nối 2 ca (2,6%) và dò trực tràng âm đạo 1 ca (1,3%).

- Okuda J, Tanaka K, Tanigawa N (2011), có 101 bệnh nhân ung thư trực tràng được PTNS cắt trước thấp, tỷ lệ dò miệng nối là chỉ 1% (1/101) và 1,3% (1/78) khi không bao gồm bệnh nhân được làm hậu môn nhân tạo bảo vệ.

- Những nghiên cứu mới đã được thống kê và so sánh các phẫu thuật cắt TME trực tràng với 3 loại phẫu thuật: Phẫu thuật nội soi (La TME), phẫu thuật bằng robotic (Ro TME) và Transanal TME (Ta TME) [54],[112],[137].

Tác giả	Năm NC	Phương pháp	n	Chảy máu	Rò miệng nối	Áp xe ổ bụng
Park et al	2015	RoTME	133	0	6	0
Lacy et al	2015	TaTME	140	5	12	0
Freshman et al	2015	LaTME	240	8	5	0
Cho et al	2015	RoTME	278	3	32	3
Penna et al	2016	TaTME	634		35	15
Yamamoto et al	2013	LaTME	490	3	40	3
Van der Pas	2013	LaTME	699	22	58	51

Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi trong ung thư đại trực tràng được áp dụng từ năm 2000, từ đó đến nay có rất nhiều công trình nghiên cứu ứng dụng phương pháp phẫu thuật nội soi trong điều trị UTTT.

- Phạm Như Hiệp (2015), nghiên cứu đánh giá kết quả PTNS cắt đại – trực tràng hoàn toàn qua trực tràng và âm đạo (NOTES), gồm có 20 bệnh nhân ung thư đại trực tràng (16 ca trực tràng, 3 đại tràng sigma và 1 đại tràng trái) từ 12/2013 – 9/2015; kết quả: thời gian mổ trung bình  $258 \pm 40$  phút; không có chuyển mổ mở; thời gian nằm viện  $8 \pm 2,6$  ngày; đánh giá chức năng cơ thắt theo Kirwan (giai đoạn 1: 16) [16].

- Lâm Việt Trung và cộng sự (2013), đã phẫu thuật 21 trường hợp Hybrid Notes (1ca cắt đại tràng phải và 20 ca cắt đoạn đại tràng sigma – trực tràng) : chuyển mổ mở (0%), tử vong (0%), Thời gian mổ  $210 \pm 42$  phút, thời gian trung tiện 1 – 2 ngày, thời gian nằm viện 7 ngày [34].

- Đỗ Đình Công (2011), nghiên cứu theo dõi trong vòng 3 năm với 46 trường hợp bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi. Theo dõi kết quả dài hạn trong 3 năm với tỷ lệ tái phát tại chỗ 13%, di căn xa 13%, tỷ lệ sống sót tích lũy 76,1%, không có trường hợp nào có di căn lỗ trocar [8].

- Trần Minh Đức (2014), đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt trước thấp nối máy trong điều trị ung thư trực tràng. Theo dõi trong 2 năm với 100 bệnh nhân được phẫu thuật, ghi nhận kết quả: Thời gian mổ trung bình:  $180 \pm 32$  phút; biến chứng sau mổ 8 ca; xì miệng nối 4 ca, 1 ca chảy máu miệng nối; Thời gian nằm viện trung bình 8,1 ngày [11].

## **1.6. KHÁI NIỆM VỀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG**

### **1.6.1. Định nghĩa chất lượng cuộc sống**

Kể từ năm 1948, Tổ chức Y tế Thế giới đưa ra định nghĩa về sức khỏe: “Sức khỏe là một trạng thái hoàn toàn thoải mái cả về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không đơn thuần là không có bệnh và tật”, thì CLCS đã trở nên quan trọng hơn trong chăm sóc sức khỏe và nghiên cứu. Tuy nhiên cho đến nay, chưa có một

định nghĩa thống nhất về khái niệm cũng như các tiêu chí để đánh giá CLCS, do đó việc sử dụng khái niệm CLCS như là một yếu tố để đánh giá khía cạnh sức khỏe cũng chưa được thống nhất. Từ năm 1998, Tổ chức Y tế thế giới đã định nghĩa CLCS là: “Sự nhận thức của mỗi cá nhân về tình trạng hiện tại của mỗi cá nhân đó theo những chuẩn mực về văn hóa và sự thẩm định về giá trị xã hội mà cá nhân đó đang sống; những nhận thức này gắn liền với mục tiêu, kỳ vọng và những mối quan tâm của cá nhân đó”.

Bên cạnh đó, Tổ chức y tế thế giới cũng đã đưa ra định nghĩa CLCS liên quan sức khỏe là: “Sự đo lường các mối quan hệ kết hợp về thể chất, tinh thần, sự tự hài lòng và mức độ hoạt động độc lập của cá nhân cũng như sự tác động của các mối quan hệ này với các đặc tính nổi bật trong hoàn cảnh sống của người đó”.

Như vậy, CLCS chính là một khái niệm chủ quan, thay đổi với từng cá nhân và môi trường sống. Chúng bao gồm sức khỏe thể chất và các triệu chứng, tình trạng chức năng và hoạt động của cuộc sống hằng ngày, tình trạng tinh thần và sức khỏe xã hội bao gồm cả chức năng vai trò xã hội [42],[43],[88],[154].

### **1.6.2. Các bộ câu hỏi đo lường chất lượng cuộc sống**

Hiện nay, để đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân ung thư đại trực tràng trước và sau điều trị, một số các nhóm nghiên cứu đã đưa ra các thang điểm nhằm phục vụ xác định hiệu quả của các phương pháp điều trị [91],[92],[130]. Các bộ câu hỏi có thể chia ra làm 4 nhóm:

1. Các bộ câu hỏi chung: Short Form – 36, Spitzer quality of life index, EuroQol 5-D,...

2. Bộ câu hỏi về ung thư: EORTC QLQ-C30, Quality of life – cancer of survivors, Cancer problems in living scale, Cancer – related health worries.

3. Bộ câu hỏi các bệnh lý đặc biệt: EORTC QLQ – CR38; CR29,...

4. Bộ câu hỏi các triệu chứng đặc biệt: Wexner incontinence scale, Fecal incontinence Senverity index (FISI), Kirwan...[145].

Ngoài ra, để đánh giá chức năng đại tiện sau phẫu thuật cắt trước thấp các tác giả trên thế giới đã đánh giá dựa trên thang điểm của hội chứng cắt trước thấp LARS – score [64],[124].

Thang điểm LARS: Đánh giá chức năng đại tiện sau phẫu thuật cắt trực tràng trước thấp, chủ yếu dựa vào các triệu chứng chủ quan của bệnh nhân là chính như: tần suất đại tiện, đại tiện khẩn cấp, thời gian khả năng nhịn đại tiện, đại tiện phân lỏng khẩn cấp. Tính tổng số điểm và chia thành 3 mức độ: 1. (0 - 20 điểm): không có hội chứng cắt trước thấp; 2. (21 - 29 điểm): có hội chứng cắt trước thấp trung bình; 3. (30 - 42 điểm): hội chứng cắt trước thấp nặng [30], [49], [62],[66], [80].

### **1.6.3. Bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống theo hiệp hội Châu Âu về nghiên cứu và điều trị ung thư EORTC QLQ- C30 và EORTC QLQ- CR29**

#### ***1.6.3.1. Sơ lược lịch sử ra đời và phát triển của hiệp hội Châu Âu về nghiên cứu và điều trị ung thư (EORTC)***

- Hiệp hội Châu Âu về nghiên cứu và điều trị về ung thư được thành lập năm 1962 với tư cách là một tổ chức phi lợi nhuận. Mục đích của EORTC là hợp tác, phát triển, quản lý và thúc đẩy nghiên cứu về ung thư ở Châu Âu bởi các nhóm nghiên cứu đa chuyên khoa về ung thư và khoa học cơ bản. Công việc nghiên cứu được thử nghiệm chủ yếu thông qua các thử nghiệm lâm sàng về ung thư với quy mô lớn, tiến cứu, ngẫu nhiên và đa trung tâm. Vào năm 1980, EORTC đã thành lập nhóm nghiên cứu chất lượng cuộc sống. Đến năm 1986, nhóm nghiên cứu này lần đầu tiên đã đưa ra một chương trình nghiên cứu để phát triển một phương pháp tiếp cận riêng lẻ, thống nhất để đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân tham gia và thử nghiệm lâm sàng ung thư.

- Kết quả của sự phát triển này đã hình thành nên một hệ thống liên kết về đánh giá chất lượng cuộc sống bao gồm: bộ câu hỏi chung (EORTC QLQ - C30), bộ câu hỏi này đánh giá những vấn đề chung để phân biệt vị trí và điều trị bệnh ung thư và bộ câu hỏi bổ sung được thiết kế để đánh giá những bệnh lý đặc biệt tùy thuộc vào cách thức điều trị hoặc vị trí bệnh lý, hoặc các triệu

chúng. Năm 1999, nhóm nghiên cứu này đã phát triển ra bộ câu hỏi EORTC QLQ-CR38, một đơn vị giáo trình đặc biệt về ung thư đại trực tràng và đã được sử dụng rộng rãi trong các thử nghiệm lâm sàng. Trong thời gian gần đây, bộ câu hỏi EORTC QLQ-CR38 được nâng cấp thành một phiên bản mới là EORTC QLQ-CR29 và đã được chứng minh rộng rãi để vừa có đủ hiệu lực và đáng tin cậy để cung cấp những thông tin hữu ích bổ sung cho thang điểm EORTC QLQ-C30 trong việc đánh giá kết quả quá trình điều trị bệnh nhân ung thư đại trực tràng ở các nghiên cứu lâm sàng [33], [43],[107], [129],[133].

### ***1.6.3.2. Thang điểm EORTC QLQ-C30***

Đây là bộ câu hỏi gồm 30 câu hỏi, là một hệ thống hợp nhất để đánh giá chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân tham gia trong các thử nghiệm lâm sàng trên toàn thế giới. Sau khi ra đời năm 1993, thang điểm này đã được sử dụng ở trong các thử nghiệm lâm sàng ung thư trên toàn thế giới.

Nguyên tắc tính thang điểm EORTC QLQ-C30: thang điểm này bao gồm 5 thang điểm chức năng, 3 thang điểm triệu chứng, 1 tình trạng sức khỏe chung và 6 triệu chứng đơn lẻ. Một thang điểm đa triệu chứng bao gồm nhiều triệu chứng khác nhau, không có sự trùng lặp triệu chứng ở các thang điểm khác nhau. Tất cả các thang điểm và các triệu chứng đơn lẻ được tính từ 0 – 100 điểm. Tổng số điểm trong thang điểm tỷ lệ thuận với mức độ đáp ứng, vì thế:

Số điểm càng cao ở thang điểm chức năng biểu hiện một chức năng tốt. Số điểm cao ở thang điểm tình trạng sức khỏe chung sẽ phản ánh CLCS tốt, nhưng số điểm cao ở thang điểm TC lại biểu hiện tình trạng bệnh lý xấu [41], [128].

### ***1.6.3.3. Thang điểm EORTC QLQ-CR29***

Đây là bảng gồm 29 câu hỏi để đánh giá các triệu chứng (tiêu hóa, đường niệu, mức đau và các triệu chứng khác) và chức năng (tình dục, thể hình và các chức năng khác) của bệnh nhân UTĐTT cũng như phương pháp điều trị. Có thể chia thang điểm này ở các bệnh nhân có hoặc không có hậu môn nhân tạo và chia các triệu chứng để đánh giá chức năng tình dục của cả 2 giới [42],[45],[107],[109].

## CHƯƠNG 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Gồm những bệnh nhân ung thư trực tràng trên và giữa, được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp tại Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 2 năm 2013 đến tháng 9 năm 2019.

##### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân ung thư trực tràng trên và giữa, có đầy đủ hồ sơ bệnh án với các thông tin hành chính, bệnh sử, tiền sử, thăm khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và xác chẩn mô bệnh học qua sinh thiết khối u.

- U trực tràng trên ( cách rìa hậu môn từ 11 – 15 cm) và u trực tràng giữa (từ 6 – 10 cm) qua nội soi trực tràng; giai đoạn khối u:  $T \leq T_{4a}$ ,  $N_{0-2}$ ,  $M_0$ .

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

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

- Bệnh nhân được theo dõi sau phẫu thuật, có đầy đủ phần trả lời các bộ câu hỏi ở các thời điểm: sau điều trị phẫu thuật 3 tháng, 12 tháng, 24 tháng.

##### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

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

- Bệnh nhân UTĐT mà tại thời điểm phát hiện bệnh đã di căn xa hoặc có đồng thời khối ung thư nguyên phát trong đại tràng thứ hai.

- Bệnh nhân quá mệt mỏi suy kiệt, không đủ khả năng hiểu và tự trả lời các câu hỏi trong bộ câu hỏi.

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

#### 2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu mô tả lâm sàng, tiến cứu theo dõi dọc không so sánh đối chứng.

- Thiết kế cỡ mẫu nghiên cứu: Dựa vào công thức tính cỡ mẫu cho một

tỷ lệ:

$$N = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} P(1-P)}{d^2}$$

$$N = 73$$

Trong đó:

- Z: là trị số tùy thuộc mức tin cậy mong muốn của ước lượng, mức tin cậy mong muốn là 95% với  $\alpha = 0,05$  thì  $Z^2 (1 - \alpha/2) = 1,96^2$

- P: tỷ lệ chuyển mổ mở trong phẫu thuật nội soi cắt trước thập điều trị ung thư trực tràng, theo các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước thì tỷ lệ chuyển mổ mở dao động từ 0% đến 15%; trung bình là 5%, như vậy  $P = 0,05$  [4],[11],[94],[143].

- d: độ chính xác mong muốn ở mức tin cậy 95% ( $d = 0,05$ )

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi:  $N = 85$ .

### 2.2.1. Nghiên cứu đặc điểm chung

- Tuổi: chia làm các nhóm: < 40; 40 – 60; 61 – 80; > 80.

- Giới: nam, nữ

- Nghề nghiệp: lao động trí óc, công nhân, nông dân, buôn bán, già và hưu trí.

- Địa dư: thành thị, nông thôn, miền núi.

### 2.2.2. Nghiên cứu một số đặc điểm về tiền sử

- **Tiền sử bản thân:**

+ Polyp trực tràng, polype đại tràng

+ Viêm loét trực tràng chảy máu

+ Bệnh Crohn đại – trực tràng

+ Hội chứng FAP (Familial adenomatous polyposis): hội chứng đa polyp tuyến có tính cách gia đình

+ Hội chứng LYNCH: còn gọi là UTĐTT do di truyền không phải đa polyp (HNPCC- Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer).

+ Phẫu thuật vùng bụng trước đó (bệnh lý gì)

+ Bệnh lý nội khoa mạn tính



### 2.2.3. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng

#### - Lý do vào viện:

Là triệu chứng xuất hiện khi nhập viện: đại tiện phân lẫn máu, thay đổi khuôn phân; mót rặn; đại tiện khó; đau bụng; rối loạn đại tiện; phát hiện tình cờ.

#### - Thời gian từ khi có dấu hiệu bệnh cho đến khi vào viện

Là thời gian từ khi bắt đầu có triệu chứng đầu tiên của bệnh cho đến khi vào viện, tính bằng tháng và được chia thành 4 nhóm:

< 1 tháng; từ 1 – 3 tháng; > 3 tháng – 6 tháng; > 6 tháng.

#### - Triệu chứng toàn thân

+ Sụt cân      + Thiếu máu      + Sốt kéo dài      + Chán ăn

#### - Triệu chứng cơ năng

+ Đau bụng: đau tức âm ỉ vùng hạ vị và hậu môn, đau quặn bụng từng cơn hoặc liên tục, đau có thể kèm theo bí trung và đại tiện...

+ Đi cầu phân nhầy mũi: đại tiện ít phân kèm theo chất nhầy trắng

+ Đi cầu ra máu tươi: phát hiện khi đại tiện thì máu tươi kèm theo phân

+ Mót rặn: bệnh nhân mới đại tiện xong thì bị kích thích vùng hậu môn trực tràng và muốn đại tiện tiếp.

+ Đi lỏng: bệnh nhân đi phân lỏng sệt và nhiều lần trong ngày

+ Táo bón: bệnh nhân 2 - 3 ngày mới đại tiện và phân cứng nhỏ

+ Đau hậu môn: bệnh nhân có cảm giác đau vùng hậu môn trực tràng

+ Thay đổi khuôn phân: khuôn phân nhỏ, dẹt hay hình lòng máng.

+ Rối loạn đại tiện: đại tiện táo bón và lỏng xen kẽ nhiều lần trong ngày và thay đổi giờ đại tiện.

#### - Triệu chứng thực thể

+ Bụng mềm hay chướng

+ Bụng cổ trướng

+ Gan lớn

+ Hạch ngoại biên: hạch thượng đòn, hạch bẹn

+ Tắc ruột hay bán tắc ruột

+ Thăm trực tràng:

Bệnh nhân nằm tư thế sản khoa, bác sĩ sẽ mang găng và bôi dầu vaseline vào ngón trỏ và tiến hành thăm khám nhẹ nhàng từ hậu môn lên đến trực tràng trong quá trình đó có thể bảo bệnh nhân rặn nhẹ để có thể khám dễ dàng hơn.

- Sờ thấy u ( đối với u cách rìa hậu môn khoảng  $< 9$  cm):
  - Vị trí u: so với chu vi trực tràng (mặt trước, mặt sau, mặt bên, dạng vòng)
  - Tính chất di động của u: u di động dễ dàng, u di động ít, u không di động
  - Có máu trong phân hay dính găng.
- Không sờ thấy u

#### 2.2.4. Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng

- **Xét nghiệm công thức máu:** hồng cầu, bạch cầu (đánh giá tình trạng thiếu máu và nhiễm trùng).

+ Hồng cầu bình thường:  $4 - 5,8 \times 10^{12}$ .

+ Bạch cầu bình thường:  $4 - 10 \times 10^9$ .

#### - **Chất chỉ điểm ung thư : CEA, CA19.9**

+  $CEA \leq 3,4$  ng/ml (giá trị bình thường),  $CEA > 10$  ng/ml là có giá trị, CEA từ  $5 - 10$  ng/ml là nghi ngờ.

+  $CA\ 19-9 \leq 39$  U/ml (giá trị bình thường),  $CA\ 19-9 > 39$  U/ml là có giá trị.

#### - **Nội soi trực tràng và sinh thiết u:**

+ Xác định vị trí khối u bằng cách đo khoảng cách từ rìa hậu môn đến bờ dưới khối u ( từ  $6 - 10$  cm: u trực tràng giữa và từ  $11 - 15$  cm: u trực tràng trên).

+ Hình ảnh đại thể u: hình dạng sùi, dạng loét sùi, nhiễm cứng, dạng loét, dạng polyp thoái hóa

+ U có gây hẹp lòng trực tràng và có thể đưa máy nội soi mềm qua khối u được hay không.

+ Mức độ xâm lấn chu vi lòng trực tràng của u: chiếm  $\frac{1}{4}$  chu vi, chiếm  $\frac{1}{4}$  đến  $\frac{1}{2}$  chu vi, chiếm  $\frac{1}{2}$  đến  $\frac{3}{4}$  chu vi, và chiếm toàn bộ chu vi.

+ Sinh thiết u để cho kết quả giải phẫu bệnh trước mổ: mô bệnh học và độ biệt hóa.

- **Siêu âm bụng:** đánh giá các đặc điểm sau

+ Thấy hình ảnh tổn thương u trực tràng hay không: vị trí khối u, kích thước u, mức độ dày thành trực tràng.

+ Đánh giá mức độ tiến triển của ung thư: di căn hạch, phúc mạc, di căn gan và các tạng, dịch ổ phúc mạc.

+ Xâm lấn các tạng lân cận hay không.

- **Siêu âm nội soi qua ngã trực tràng:**

+ Vị trí khối u

+ Mức độ xâm lấn u vào thành trực tràng

+ Di căn hạch vùng quanh trực tràng.

- **CT scanner bụng:** dùng máy cắt lớp vi tính 32 hoặc 64 dãy có bơm thuốc cản quang tự động, ghi nhận:

+ Vị trí u tính từ bờ dưới u đến rìa hậu môn.

+ Kích thước khối u: Được tính kích thước lớn nhất khi đo theo chiều trước sau, trái phải, trên dưới theo đơn vị centimet và chia thành các nhóm:

< 5 cm; 5 – 10 cm; > 10 cm.

+ Hình dạng u: trên hình ảnh chụp cắt lớp có tiêm thuốc cản quang, u sẽ bắt thuốc mạnh hơn tổ chức xung quanh, có các dạng sau:

- Sùi vào lòng trực tràng
- Thâm nhiễm
- Dạng khuyết

+ Mức độ xâm lấn của khối u, tổn thương hạch và di căn theo phân độ

TNM của UICC 2010:

Xâm lấn các lớp thành trực tràng trên chụp CT scanner bụng bằng cách

quan sát cấu trúc giữa lớp cơ và thanh mạc, không thể phân biệt được lớp niêm mạc và lớp dưới niêm mạc:

- T1: u xâm lấn lớp niêm mạc và dưới niêm mạc.
- T2: u xâm lấn lớp cơ.
- T3: u xâm lấn đến lớp dưới thanh mạc.
- T4: u vượt qua lớp thanh mạc, xâm lấn trực tiếp các cấu trúc lân cận.

Chẩn đoán di căn hạch: khi có hạch kích thước  $> 1$  cm hình tròn hoặc hình bầu dục, giảm tỷ trọng ít hoặc không thuộc cản quang và nhiều hạch nhỏ tập trung thành từng đám được xem như là một hạch lớn:

- N0: không có di căn hạch vùng.
- N1: có di căn 1 đến 3 hạch vùng.
- N2: di căn 4 hạch vùng trở lên.

#### - Chụp Cộng hưởng từ (MRI):

- + Vị trí khối u trực tràng:
- + Mức độ xâm lấn thành trực tràng (T)
- + Hạch di căn vùng (N)
- + Di căn các tạng khác (M)

#### - Xquang phổi:

+ Xem có hình ảnh nghi ngờ di căn phổi hay không: đó là những nốt tròn mờ ở phế trường hay hình bong bóng bay.

+ Nếu nghi ngờ tổn thương di căn phổi thì phải chụp CT scanner phổi có thuốc để đánh giá chính xác bệnh lý về phổi và loại trừ di căn.

### 2.2.5. Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu bệnh trước mổ

- **Đại thể:** xác định dựa vào hình ảnh của nội soi trực tràng kết hợp thăm trực tràng:

- + Sùi
- + Loét sùi
- + Loét
- + Nhiễm cứng
- + Polyp thoái hóa

- **Vi thể:** dựa vào kết quả giải phẫu bệnh đã được sinh thiết khối u qua nội soi trực tràng, bao gồm:

+ Loại tế bào:

- Ung thư biểu mô tuyến
- Ung thư biểu mô tuyến chế nhầy
- Ung thư biểu mô tế bào nhẵn
- Ung thư biểu mô không biệt hóa
- Ung thư biểu mô vảy
- Sarcome, Carcinoid...

+ Độ biệt hóa của ung thư biểu mô tuyến:

- Biệt hóa tốt.
- Biệt hóa kém.
- Biệt hóa vừa.
- Không biệt hóa.

## **2.2.6. Nghiên cứu về phẫu thuật**

### **2.2.6.1. Trang thiết bị**

Hệ thống trang thiết bị mổ nội soi hãng Storz của Đức:

- Thiết bị hình ảnh: hệ thống telecom tiêu cự 25 đến 50 mm, màn hình 21 inch, ống kính quang học Hopkin, đầu ghi và lưu hình ảnh video và máy tính, nguồn sáng lạnh Xenon 300W, ánh sáng được dẫn qua sợi cáp quang cỡ 4.8mm nối trực tiếp với ống soi.

- Ống kính soi đường kính 10mm, góc 30<sup>0</sup>.

- Máy bơm CO2 tự động.

- Dụng cụ phẫu thuật:

+ Dao điện đơn cực, lưỡng cực, dao siêu âm, dao hàn mạch.

+ Trocar 5, 10 và 12 mm.

+ Các loại kẹp phẫu thuật, các loại kéo, kìm kẹp kim, Endo GIA Stapler loại 45 mm, máy nối vòng (EEA loại 29 – 33 mm), clip 10 mm, hemolock, máy tưới hút nước có van điều khiển hai chức năng.



**Hình 2.1. Hệ thống dàn nội soi và dụng cụ mổ.**

### **2.2.6.2. Chuẩn bị bệnh nhân**

- Giải thích phương pháp điều trị cho bệnh nhân
- Chuẩn bị làm sạch đại- trực tràng như mổ mở
- Vệ sinh thân thể, vệ sinh vùng mổ.
- Đặt sond dạ dày, sond tiểu cho bệnh nhân.
- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản.

### **2.2.6.3. Phương pháp phẫu thuật**

- **Chỉ định:** ung thư trực tràng trên và giữa giai đoạn  $T \leq T_{4a}$ ,  $N_{0-2}$ ,  $M_0$ .
  - + Ung thư trực tràng trên (u cách rìa hậu môn từ 11 – 15 cm): giới hạn dưới để cắt trực tràng và mạc treo trực tràng là cách khối u ít nhất 5 cm.
  - + Ung thư trực tràng giữa (u cách rìa hậu môn từ 6 – 10 cm): giới hạn dưới để cắt thành trực tràng ít nhất 2 cm và cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME: total mesorectal excision), giới hạn trên là ngay vị trí nối giữa đại tràng xuống và đại tràng sigma [19],[82].

#### **- Kỹ thuật:**

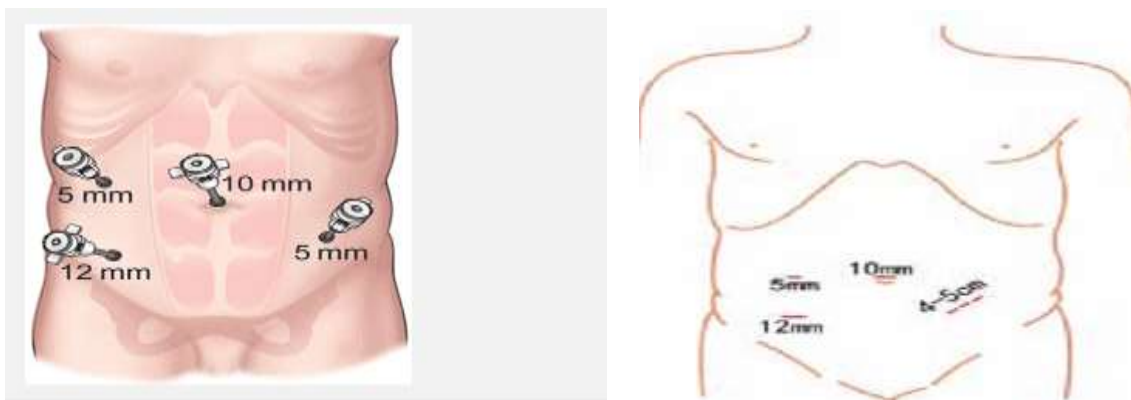
- + Bệnh nhân nằm tư thế ngửa, hai chân dang ra và gấp lại theo tư thế Lloyd Davies. Sau khi đặt trocar đầu tiên cạnh dưới rốn, bệnh nhân sẽ được nghiêng qua phải và đầu hơi thấp theo tư thế Trendelenburg.
- + Phẫu thuật viên đứng bên phải bệnh nhân, người phụ cầm đèn soi đứng bên tay trái của phẫu thuật viên và người phụ còn lại đứng bên trái bệnh nhân. Màn hình đặt ở phía bên trái bệnh nhân.



**Hình 2.2. Tư thế bệnh nhân và vị trí của phẫu thuật viên.**

+ Các vị trí đặt trocar:

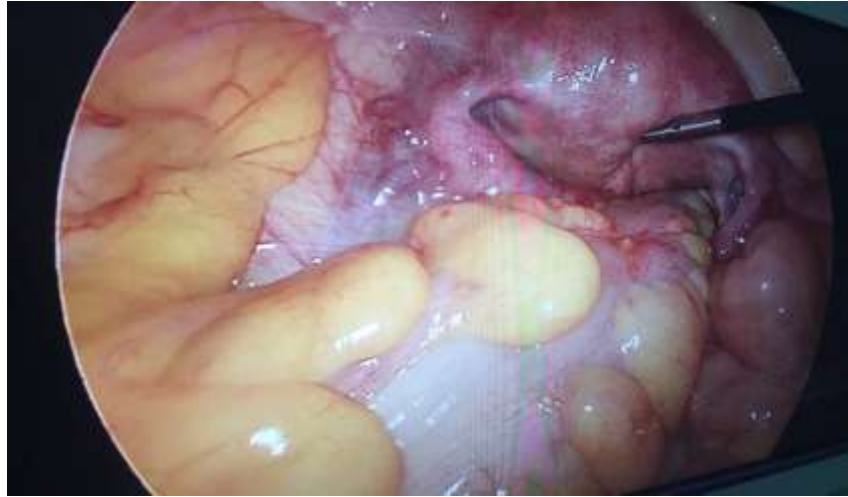
- Đặt trocar 10mm đầu tiên ở vị trí cạnh dưới rốn theo phương pháp mở Hasson: Lộn rốn ra ngoài, kẹp nâng thừng rốn lên, rạch da theo đường thẳng dọc hoặc đường ngang dưới rốn dài 1 – 1,2 cm; dùng Kelly tách lớp tổ chức mỡ dưới da cho tới đường trắng giữa. Dùng dao rạch cân và phúc mạc, đưa trocar 10mm có nòng đầu tù vào ổ phúc mạc và tiến hành bơm hơi CO<sub>2</sub> với tốc độ 2 - 3 lít/phút và đặt áp lực ổ phúc mạc 12 mmHg.
- Trocar 12 mm đặt ở hố chậu phải: là trocar thao tác chính của phẫu thuật viên.
- Trocar 5 mm đặt ở vị trí trên đường dọc vú bên phải cạnh rốn: trocar phẫu thuật.
- Trocar 5 mm đặt ở hố chậu trái: trocar hỗ trợ trong phẫu thuật.



**Hình 2.3. Vị trí trocar trong phẫu thuật cắt trực tràng trước thấp [155]**

**- Tiến hành phẫu thuật:**

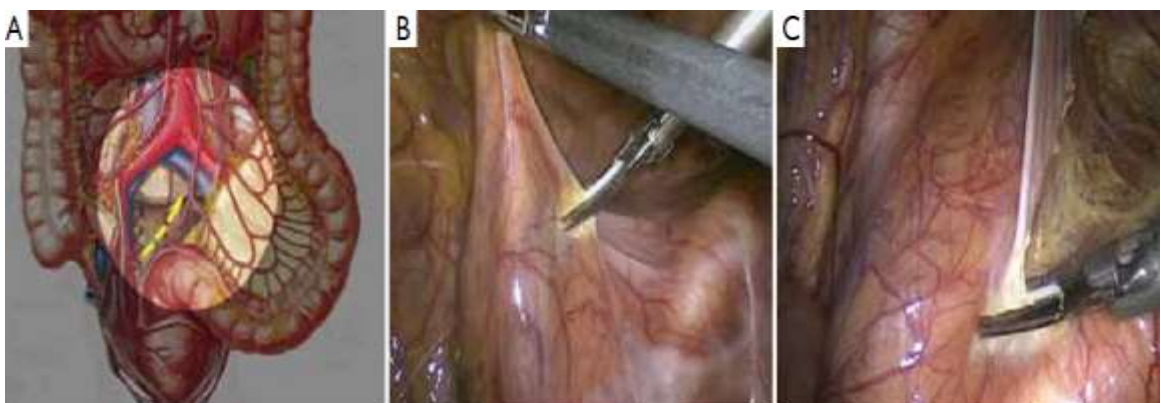
Sau khi đặt trocar 10 mm đầu tiên ở cạnh rốn, đưa ống soi vào ổ phúc mạc, ta tiến hành quan sát đánh giá khối u trực tràng: vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn của khối u trực tràng. Sự di căn hạch mạc treo, phúc mạc và các tạng trong ổ phúc mạc như gan, lách, mạc nối, đại tràng, ruột non...



**Hình 2.4. Vị trí u trực tràng giữa T3 (Lê Thị Th., 49t, B.án: 28386)**

+ Phẫu tích mạc treo đại tràng sigma và đại tràng trái, thắt bó mạch mạc treo tràng dưới (IMA/IMV) tận gốc:

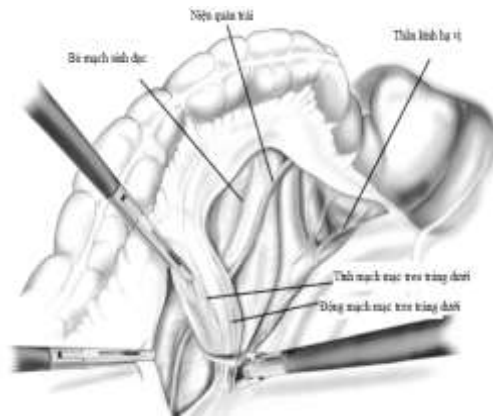
- Dùng dao siêu âm hoặc dao đơn cực phẫu tích mở phúc mạc thành sau ngay bên trái ụ nhô, cạnh động mạch chủ bụng, tiếp tục đi lên trên và mở mạc treo đại tràng sigma.



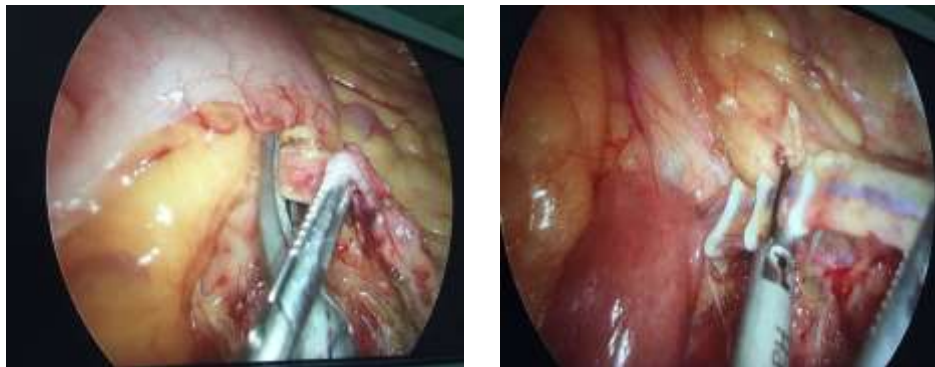
**Hình 2.5. Phẫu tích lên trên từ vị trí chia đôi động mạch chậu lên đến động mạch chủ bụng [155].**



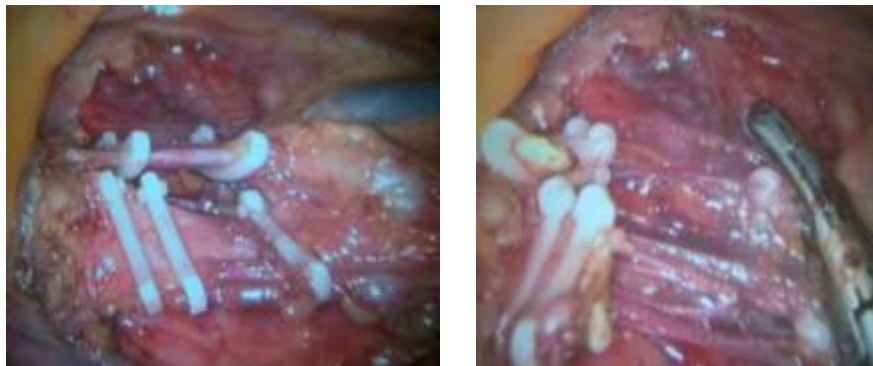
- Xác định động mạch, tĩnh mạch mạc treo tràng dưới và thắt mạch máu tận gốc bằng hemalock (hay clips), bóc hạch mạc treo ngay gốc IMA (nếu có hạch). Trong quá trình phẫu tích chúng ta sẽ thấy và tránh gây tổn thương thân đám rối thần kinh giao cảm hạ vị (thần kinh này chạy ở phía trước động mạch chủ bụng).



**Hình 2.6. Phẫu tích và thắt bó mạch mạc treo tràng dưới [150].**



**Hình 2.7. Phẫu tích tận gốc bó mạch MTTD (Lê Thị Th., 49t)**



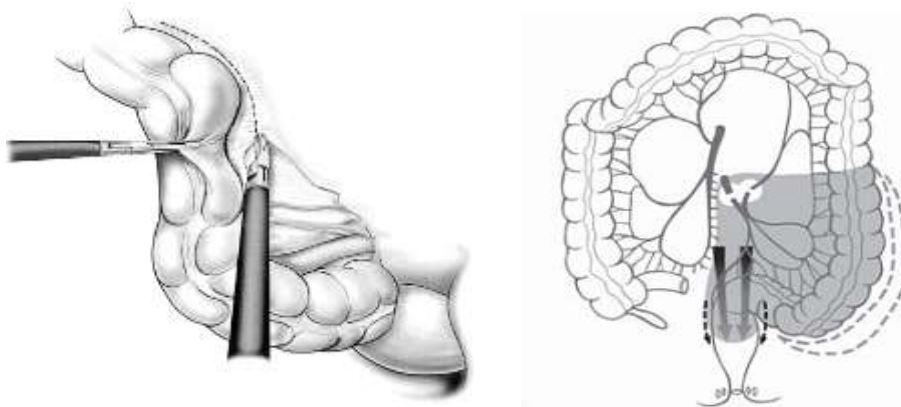
**Hình 2.8 Kẹp và cắt động mạch và tĩnh mạch MTTD tận gốc (Đặng Công H., 54t, B.án: 60937).**

- Phẫu tích từ giữa ra ngoài vi (median-lateral): xác định được niệu quản trái và bó mạch sinh dục trái.

+ Di động hoàn toàn từ đại tràng sigma đến đại tràng góc lách.

- Dùng dao siêu âm (hay dao đơn cực) cắt dây chằng bên (mạc Toldt) từ đại tràng sigma đến đại tràng góc lách.

- Phẫu tích này là rất quan trọng khi di động toàn bộ đại tràng trái để sau này khi nối đại tràng – trực tràng dưới sẽ không bị căng.



**Hình 2.9. Phẫu tích cắt mạc dính (mạc Toldt) đại tràng sigma đến đại tràng góc lách [148].**

+ Phẫu tích trực tràng: di động toàn bộ trực tràng, bảo tồn thần kinh tự động (hạ vị) và không phá vỡ mạc treo trực tràng.

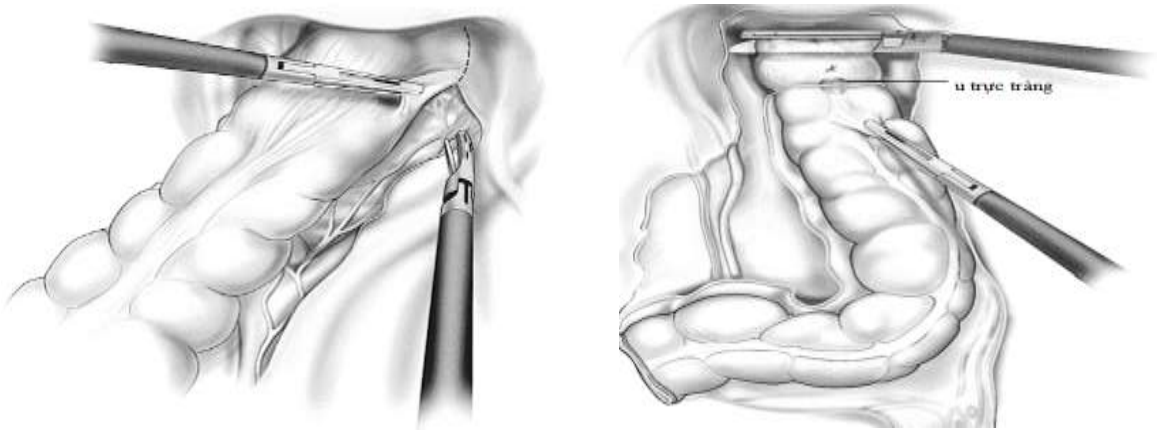
- Phức mạc được cắt và mở dọc từ ụ nhô đi xuống hai bên thành trực tràng đến nếp gấp phức mạc.

- Mạc treo trực tràng được phẫu tích từ ụ nhô đi xuống dưới và ra sau, đúng lớp tổ chức xơ trắng (plane) nằm giữa mạc treo trực tràng phía trước và xương cùng cụt phía sau, không làm phá vỡ cấu trúc mạc treo (giảm tỷ lệ ung thư tái phát tại chỗ), không gây tổn thương đám rối thần kinh tự động hạ vị (tránh biến chứng bàng quang và sinh dục) và đám rối tĩnh mạch trước xương cùng (nếu chảy máu là một tai biến rất nguy hiểm vì khó cầm máu).

- Tiếp theo phẫu tích phía trước thành trực tràng ngay vị trí túi cùng Douglas (chú ý không gây tổn thương túi tinh 2 bên ở nam giới hay thành sau âm đạo ở nữ giới).

+ Cắt trực tràng

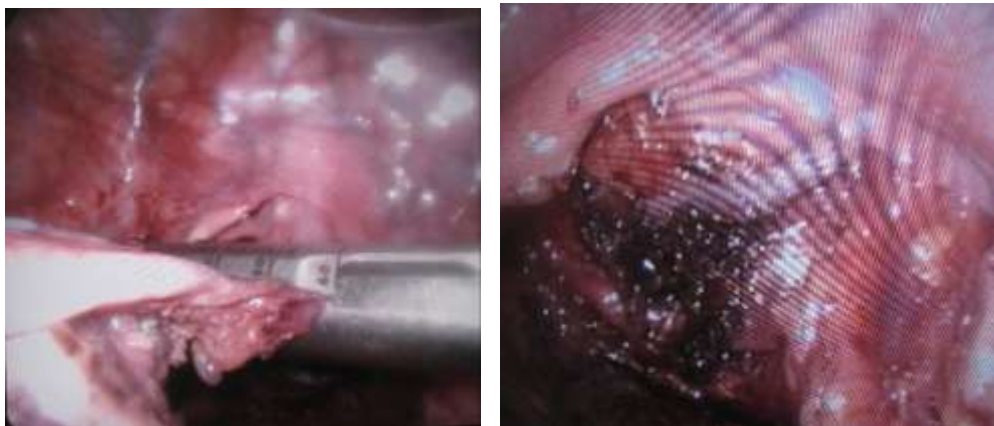
- U ở trực tràng trên: cắt thành trực tràng và mạc treo trực tràng dưới u ít nhất 5 cm.
- U ở trực tràng giữa: cắt thành trực tràng dưới u ít nhất 2 cm (bằng Endo GIA) và cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME).



**Hình 2.10. Di động và Cắt trực tràng bằng Endo GIA [150]**



**Hình 2.11. Cắt trực tràng dưới u 2 cm (Lê Văn Th., 49t, B.án: 56098)**



**Hình 2.12. Cắt trực tràng dưới u = 5 cm (Đặng Công H., 54t).**

- Rạch mở đường mổ nhỏ ở hố chậu trái (ngay vị trí trocar 5 mm) dài 3 – 5 cm hoặc đường mổ nhỏ ngay trên xương mu, hố chậu phải; lấy đại trực tràng kèm u qua đường mổ đó và giới hạn trên để cắt bỏ là ngay vị trí chỗ nối đại tràng xuống và đại tràng sigma.



**Hình 2.13. Mở bụng hố chậu trái, lấy đoạn đại trực tràng kèm u ra ngoài (Lê Văn Th., 49t).**

- Ngoài ra, bệnh phẩm đoạn đại trực tràng kèm u được lấy qua ngã hậu môn hay ngã âm đạo (nữ giới) khi u ở giai đoạn sớm (T1, T2) và u kích thước  $\leq 3$  cm.

- Gửi đoạn đại trực tràng kèm hạch mạc treo làm giải phẫu bệnh lý.



**Hình 2.14. Lấy đoạn đại trực tràng kèm u ra ngã hậu môn (Trần Thị Tr., 63t, B.án: 32674).**

+ Thực hiện miệng nối đại tràng – trực tràng dưới

- Sau khi cắt bỏ đại tràng ngay vị trí nối đại tràng xuống và sigma, phần đe của stapler EEA (anvil) được đặt vào lòng đại tràng xuống và khâu



buộc vòng tròn ở miệng đại tràng bằng chỉ prolene 2.0, đưa đại tràng vào lại trong ổ phúc mạc, đóng cân cơ vết mổ và tiến hành bơm hơi CO<sub>2</sub> vào ổ phúc mạc để thực hiện miệng nối đại tràng – trực tràng.

- Sử dụng stapler EEA 31-33 mm để nối đại tràng xuống với trực tràng dưới theo kiểu tận – tận.

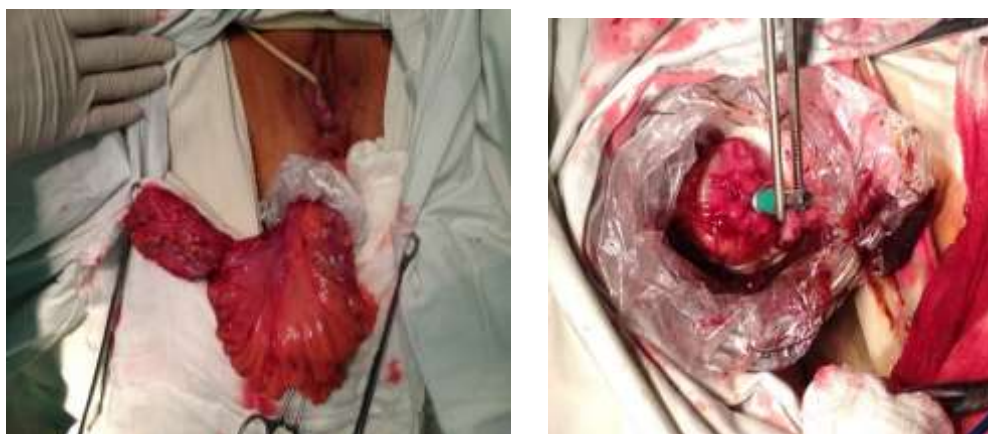
- Đưa stapler EEA qua ngã hậu môn đến đầu dưới trực tràng, dưới sự hướng dẫn của nội soi để đưa đầu nhọn của stapler đi xuyên qua vị trí trung tâm của móm cắt trực tràng và nối với phần đe ở đại tràng xuống đúng khớp, kiểm tra và bấm máy nối stapler.

- Kiểm tra miệng nối: lấy máy ra và kiểm tra mảnh cắt của đầu trên và dưới nếu tròn đều là đúng kỹ thuật, gởi mảnh cắt đó làm giải phẫu bệnh lý. Đánh giá chu vi miệng nối xem có vị trí nào bị xì hay không, có thể đưa nước muối sinh lý vào tiểu khung, sau đó bơm hơi qua ngã hậu môn để kiểm tra.

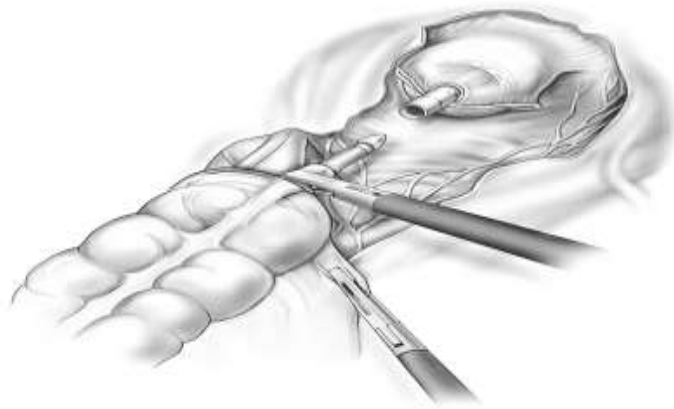
- Đặt dẫn lưu ở tiểu khung cạnh miệng nối và đưa ra vị trí trocar ở hố chậu trái.

+ Mở thông hồi tràng chủ động: khi bệnh nhân bị bán tắc ruột nên đại tràng chưa chuẩn bị sạch, thể trạng bệnh nhân kém và miệng nối thấp  $\leq 4$  cm.

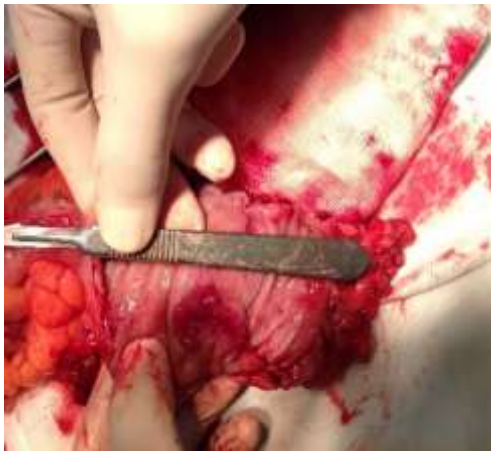
+ Khâu đóng cân và da các vị trí trocar và vết mổ nhỏ ở thành bụng.



**Hình 2.15. Cắt đoạn đại trực tràng và đặt đầu đe (EEA) vào đầu trên đại tràng (Trần Thị Tr., 63t, B.án: 32674).**



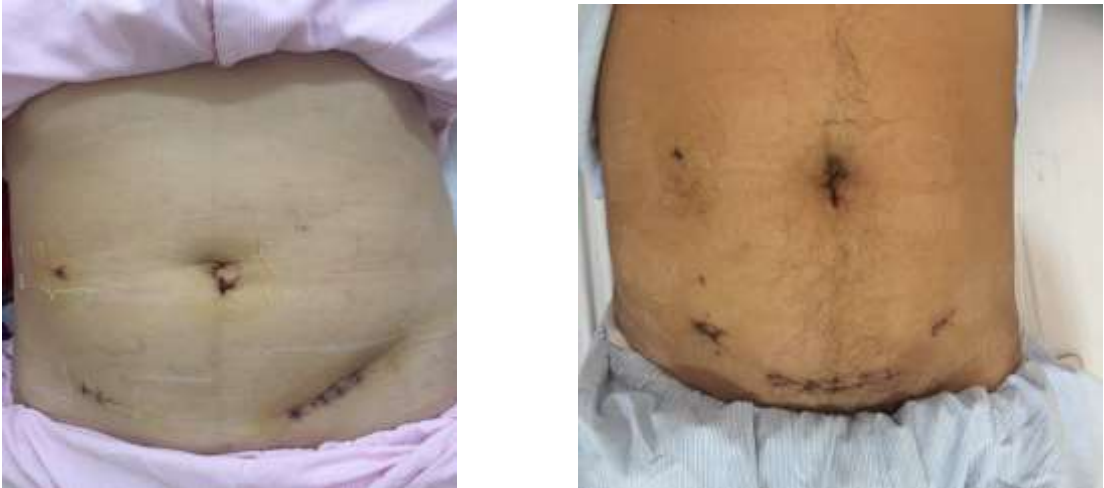
**Hình 2.16. Nối đại – trực tràng bằng stapler EEA [148].**



**Hình 2.17. Xác định kích thước u và khoảng cách bờ dưới u đến diện cắt (Trần Thị Tr., 63t, B.án: 32674).**



**Hình 2.18. Các lỗ trocar trên bụng (Hybrid Notes) (Trần Thị Tr., 63t).**



**Hình 2.19.** Vị trí vết mổ lấy bệnh phẩm u: đường hố chậu trái và đường ngang trên xương mu (Lê Thị Th., 49t và Đặng Công H.,54t).

### **2.2.7. Nghiên cứu kết quả trong mổ**

#### **2.2.7.1. Vị trí khối u**

- U trực tràng trên
- U trực tràng giữa

#### **2.2.7.2. Kích thước khối u (theo đường kính lớn nhất của khối u)**

- U < 3 cm
- U từ 3 – 5 cm
- U > 5 cm

#### **2.2.7.3. Tính chất di động khối u**

- U di động
- U không còn di động

#### **2.2.7.4. Mức độ xâm lấn khối u : Đánh giá theo hệ thống TMN ( UICC 2010)**

- Khối u (T)

+ T1: u xâm lấn đến lớp dưới niêm mạc

+ T2: u xâm lấn lớp cơ

+ T3: u xâm lấn qua lớp cơ vào lớp dưới thanh mạc

+ T4: u xâm lấn qua lớp thanh mạc vào các tạng, cấu trúc lân cận và

hoặc thủng vào phúc mạc tạng

T4a : U xâm lấn qua thanh mạc và thủng vào phúc mạc tạng

T4b : U xâm lấn tạng kế cận

- Di căn hạch vùng
  - + No: Chưa có di căn tại hạch vùng.
  - + N1: Di căn 1 đến 3 hạch tại vùng.
  - + N2: Di căn từ 4 hạch trở lên.
- Di căn xa
  - + Mo: chưa di căn xa

#### **2.2.7.5. Nghiên cứu đặc điểm phẫu thuật nội soi cắt trước thấp**

- Kỹ thuật xử lý bó mạch MTTD:
  - + Thất và cắt tận gốc động mạch và tĩnh mạch MTTD
  - + Thất và cắt bó mạch đại tràng sigma và động mạch trực tràng trên
- Cắt dưới u bao nhiêu centimet (cm)
- Cắt mạc treo trực tràng:
  - + Bán phần mạc treo
  - + Toàn bộ mạc treo (TME)
- Mở đường nhỏ để lấy bệnh phẩm:
  - + Hố chậu trái
  - + Trên xương mu
  - + Hố chậu phải
  - + Giữa dưới rốn
- Hoạch lấy bệnh phẩm qua ngã tự nhiên:
  - + Hậu môn
  - + Âm đạo
- Bóc toàn bộ hạch mạc treo trực tràng và làm giải phẫu bệnh lý hạch.
- Cắt trực tràng bằng Endo GIA và khâu nối ống tiêu hóa bằng EEA
- Mở thông hồi tràng chủ động (nếu có).

#### **2.2.7.6. Nghiên cứu thời gian mổ**

- Tính từ lúc bắt đầu đặt trocar đầu tiên đến khi kết thúc cuộc mổ (tính bằng phút).

#### **2.2.7.7. Tỷ lệ chuyển mổ mở:**

- Lý do:
  - + Do tai biến trong mổ.
  - + Do giai đoạn tiến triển của khối u.



### **2.2.7.8. Nghiên cứu tai biến trong mổ**

- Chảy máu trong mổ: tổn thương các mạch máu lớn hoặc chảy máu từ đám rối tĩnh mạch trước xương cụt.
- Tổn thương niệu quản phải, trái.
- Thủng ruột: do dao điện hay cầm nắm ruột bằng kẹp mềm
- Tổn thương các tạng khác trong ổ phúc mạc: bàng quang, tiền liệt tuyến, niệu đạo, túi tinh (nam), tử cung âm đạo (nữ)
- Vỡ khối u: nguy cơ lan tràn ung thư trong ổ phúc mạc.
- Tràn khí dưới da.

### **2.2.7.9. Tử vong trong mổ :**

- Được định nghĩa là chết trước khi kết thúc cuộc mổ.
- Nguyên nhân tử vong: do tai biến trong mổ hoặc tử vong do gây mê, do bệnh lý khác.

## **2.2.8. Nghiên cứu một số đặc điểm sau mổ**

### **2.2.8.1. Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ bằng đường chuyển tĩnh mạch (paracetamol 1g x 2 lần / ngày)**

Dùng 1 ngày, 2 ngày, 3 ngày, 4 ngày và 5 ngày.

### **2.2.8.2. Thời gian trung tiện sau mổ**

- Trung tiện  $\leq$  24h
- Trung tiện từ 24h – 48h
- Trung tiện > 48h - 72h
- Trung tiện > 72h

### **2.2.8.3. Thời gian ăn uống lại sau mổ (tính bằng ngày)**

### **2.2.8.4. Thời gian rút dẫn lưu ổ mổ (tính bằng ngày)**

### **2.2.8.5. Thời gian nằm viện sau mổ:** tính từ ngày mổ cho đến ngày ra viện.



**- Vi thể:**

- |                         |                              |
|-------------------------|------------------------------|
| + Ung thư biểu mô tuyến | + Ung thư biểu mô tuyến nhầy |
| + Ung thư tế bào nhân   | + Sarcome                    |
| + U lympho              | + Khác:                      |

**- Độ biệt hóa của ung thư biểu mô tuyến:**

- |                |                  |
|----------------|------------------|
| + Biệt hóa tốt | + Biệt hóa vừa   |
| + Biệt hóa kém | + Không biệt hóa |

**- Giai đoạn ung thư theo TNM:**

Xác định giai đoạn ung thư dựa vào mô tả khối u theo (TNM) trong mô kết hợp với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ theo UICC 2010:

**- Khối u nguyên phát (T):**

- + Tx: khối u không xác định
- + T0: không có bằng chứng về khối u nguyên phát
- + Tis: ung thư tại chỗ
- + T1: u xâm lấn lớp dưới niêm mạc
- + T2: u xâm lấn lớp cơ
- + T3: u xâm lấn qua lớp cơ vào lớp dưới thanh mạc hoặc vùng mô quanh trực tràng không được phúc mạc phủ
- + T4: u vượt qua lớp thanh mạc, xâm lấn vào tạng hoặc cấu trúc kế cận và hoặc thủng vào phúc mạc tạng
  - T4a: u xâm lấn qua thanh mạc và thủng vào phúc mạc tạng
  - T4b: u xâm lấn tạng kế cận

**- Hạch vùng (N):**

- + Nx: không đánh giá được di căn hạch vùng
- + N0: không có di căn hạch vùng
- + N1: di căn 1 đến 3 hạch vùng
  - N1a: di căn 1 hạch vùng
  - N1b: di căn 2 – 3 hạch vùng

- N1c: nhân lắng đọng dưới thanh mạc hoặc vùng mô cạnh trực tràng không có phúc mạc che phủ và không có di căn hạch vùng
  - + N2: di căn trên 4 hạch vùng
    - N2a: di căn 4 – 6 hạch
    - N2b: di căn 7 hạch trở lên
- Di căn xa (M):
  - + Mx: không thể đánh giá được di căn xa
  - + M0: không có di căn xa
- **Phân chia giai đoạn bệnh theo TNM:**
  - + Giai đoạn 0: Tis, No, Mo.
  - + Giai đoạn I: T1 hoặc T2, No, Mo.
  - + Giai đoạn II: T3 hoặc T4, No, Mo.
  - + Giai đoạn III: T bất kỳ; N1, N2; Mo.

### **2.2.9. Nghiên cứu điều trị bổ trợ sau mổ**

#### **2.2.9.1. Xạ trị sau mổ**

Liều và phương thức xạ trị kết hợp: tổng liều 45 – 54 Gy.

- Pha 1: 45 Gy chia 25 lần/ mỗi lần 1,8 Gy/ trong 5 tuần/ mỗi tuần tia 5 lần.
- Pha 2 (cân nhắc): tia thêm 5,4 – 9,0 Gy chia 3 – 5 lần/ mỗi lần 1,8 Gy.

#### **2.2.9.2. Hóa trị sau mổ**

Điều trị hóa trị trong 6 tháng và chỉ áp dụng cho ung thư giai đoạn II và giai đoạn III. Hóa trị bổ trợ nên được điều trị càng sớm càng tốt, sau mổ khoảng 4 tuần. Sử dụng một trong các phác đồ sau:

- FOLFOX6: 12 chu kỳ (14 ngày) hoặc 6 chu kỳ (28 ngày).
- CapeOx: 6 chu kỳ (28 ngày); Capecitabine đơn thuần.

### **2.2.10. Đánh giá kết quả tái khám sau mổ**

#### **- Hình thức tái khám:**

+ Bệnh nhân tái khám theo định kỳ sau 1 tháng - 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng, 48 tháng, 60 tháng hoặc bất kỳ thời gian nào nếu

bệnh nhân có triệu chứng bất thường.

+ Gọi bệnh nhân vào tái khám theo lịch hẹn: thăm khám trực tiếp và làm các xét nghiệm cận lâm sàng.

+ Thăm khám trực tiếp tại nhà, nếu bệnh nhân không đến tái khám thì thông tin được lấy qua phiếu điều tra gửi đến gia đình kèm theo phong bì trả lời có dán tem sẵn hoặc gọi điện thoại đến tận nơi cho bệnh nhân và thân nhân.

+ Lấy số liệu thông qua các khoa: Ngoại Tiêu hóa, Ngoại Nhi Cấp cứu Bụng, Khoa Ung Bướu Bệnh viện TW Huế.

**- Thăm khám và ghi nhận các dấu hiệu lâm sàng:**

+ Tình trạng toàn thân, cân nặng, thiếu máu, ăn uống.

+ Bụng báng, tình trạng bán tắc ruột hay tắc ruột sau mổ.

+ Đau vùng hậu môn và trước xương cùng cụt

+ Theo dõi đại tiện: số lần đi cầu/ngày, tình trạng phân

+ Thăm trực tràng: kiểm tra miệng nối và để phát hiện những trường hợp tái phát tại chỗ như u sùi, nhiễm cứng và chạm vào dễ chảy máu.

+ Khám để phát hiện di căn gan, hạch bẹn và hạch thượng đòn.

+ Biến chứng về bàng quang và sinh dục

+ Tình trạng ung thư tái phát tại chỗ và di căn

**- Các xét nghiệm cận lâm sàng:**

+ Công thức máu: HC, BC

+ CEA: tất cả bệnh nhân đều định lượng CEA mỗi lần tái khám, giá trị CEA để theo dõi tình trạng ung thư tái phát sau mổ (CEA > 5ng/ml).

+ Nội soi đại trực tràng, sinh thiết tại vị trí miệng nối làm giải phẫu bệnh khi nghi ngờ ung thư tái phát tại chỗ.

+ Siêu âm bụng: kiểm tra di căn gan, hạch ổ bụng, dịch ổ bụng.

+ Chụp CT scanner bụng (vùng tiểu khung) có thuốc khi nghi ngờ tái phát tại chỗ.

+ Chụp CT scanner toàn thân, chụp PET - scan nếu nghi ngờ di căn xa.

+ Chụp Xquang phổi.

**- Ghi nhận thời gian tái phát, di căn và các phương pháp điều trị**

+ Thời gian tái phát, di căn được tính bằng tháng từ ngày phẫu thuật cho đến khi phát hiện tái phát, di căn.

+ Các phương pháp điều trị sau khi phát hiện tái phát:

- Phẫu thuật cắt bỏ khối u tái phát, tạng di căn
- Điều trị hỗ trợ không phẫu thuật: liệu xạ trị, phác đồ hóa trị
- Phẫu thuật tạm thời: làm hậu môn nhân tạo

**- Phân tích khả năng sống còn:**

- + Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh theo thời gian
- + Tỷ lệ sống thêm sau mổ toàn bộ nhóm theo thời gian
- + Tỷ lệ sống thêm từng giai đoạn bệnh theo thời gian
- + Tỷ lệ ung thư tái phát và di căn

**- Phân tích nguyên nhân tử vong:**

- + Do bệnh ung thư trực tràng      + Do các bệnh lý khác
- + Do già yếu                                      + Không rõ nguyên nhân

**- Phân tích các yếu tố liên quan với kết quả điều trị**

+ Vị trí u, mức độ xâm lấn u, mô bệnh học với tái phát tại chỗ và di căn hạch

+ Giai đoạn bệnh với thời gian sống thêm sau mổ.

**2.2.11. Đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ**

- Tất cả bệnh nhân được đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ khi đã thực hiện đóng hồi tràng, đóng hậu môn nhân tạo và ghi nhận tại các thời điểm: 03 tháng, 12 tháng và 24 tháng sau mổ.

- Chúng tôi đánh giá CLCS sau mổ dựa theo thang điểm của hội chứng cắt trước thấp (LARS score) và sử dụng bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR29 là bộ câu hỏi được soạn sẵn gốc bằng tiếng Anh và được dịch sang tiếng Việt.

**2.2.11.1. Đánh giá CLCS dựa trên thang điểm của hội chứng cắt trước thấp (LARS score).**

**Bảng 2.1. Thang điểm LARS**

<b><i>Không thể nhịn được trung tiện</i></b>	
Không bao giờ	<b>0</b>
Ít hơn một lần / tuần	<b>4</b>
Ít nhất một lần / tuần	<b>7</b>
<b><i>Són phân lỏng</i></b>	
Không bao giờ	<b>0</b>
Ít hơn một lần / tuần	<b>3</b>
Ít nhất một lần / tuần	<b>3</b>
<b><i>Số lần đại tiện trong ngày</i></b>	
Hơn 7 lần / ngày	<b>4</b>
4-7 lần / ngày	<b>2</b>
1-3 lần / ngày	<b>0</b>
Ít hơn 1 lần / ngày	<b>5</b>
<b><i>Muốn đại tiện sau lần đại tiện cuối ít hơn 1 giờ</i></b>	
Không bao giờ	<b>0</b>
Ít hơn một lần / tuần	<b>9</b>
Ít nhất một lần / tuần	<b>11</b>
<b><i>Muốn đại tiện khẩn phải vào nhà vệ sinh gấp</i></b>	
Không bao giờ	<b>0</b>
Ít hơn một lần / tuần	<b>11</b>
Ít nhất một lần / tuần	<b>16</b>

**Cách tính điểm:** 1. Tổng số điểm đánh giá (0 - 20 điểm): không có hội chứng cắt trước thấp; 2. (21 - 29 điểm): có hội chứng cắt trước thấp trung bình; 3. (30 - 42 điểm): hội chứng cắt trước thấp nặng.

**2.2.11.2. Bảng điểm chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi EORTC QLQ-C30 và EORTC QLQ-CR29 (phụ lục 1)**

**Cách tính điểm trong thang điểm EORTC QLQ-C30 và CR29.**

**- Điểm thô:**

Từ câu 1 đến câu 28, từ câu 31 đến câu 59 (chỉ sử dụng các câu hỏi thuộc phần không có hậu môn) thang điểm từ 1 đến 4:

- |                        |                 |
|------------------------|-----------------|
| + Không có : 1 điểm    | + Ít: 2 điểm    |
| + Thỉnh thoảng: 3 điểm | + Nhiều: 4 điểm |

Câu 29 và câu 30: thang điểm từ 1 – 7 tương ứng với mức độ từ rất kém đến tuyệt hảo.

Kết quả phân tích điểm trung bình từ câu 1 đến câu 28:

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| + Không ảnh hưởng: 4 | + Ít ảnh hưởng: 3    |
| + Thỉnh thoảng: 2    | + Ảnh hưởng nhiều: 1 |

Kết quả phân tích điểm trung bình từ câu 31 đến 54 trừ câu 47 tính ngược lại.

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| + Không ảnh hưởng: 4 | + Ít ảnh hưởng: 3    |
| + Thỉnh thoảng: 2    | + Ảnh hưởng nhiều: 1 |

Câu 56 đến 59 liên quan đến hoạt động tình dục nên chỉ áp dụng cho những bệnh nhân dưới 60 tuổi.

**- Điểm chuẩn hóa:**

Dữ liệu của QLQ – C30 và QLQ – CR29 được thể hiện là con số từ 1 – 100, áp dụng theo công thức của EORTC QLQ – C30 Scoring Manual ( 3rd edition) 2001. Đối với tình trạng sức khỏe tổng quát và 5 thước đo chức năng với điểm số tốt nhất là 100, các thước đo triệu chứng ung thư điểm số tốt nhất là 0.

- Điểm thô: Raw scores = RS = (I1 + I2 + I3 + ... + In)/n
- Điểm chức năng: Functional scales/itemsz: S= [1- (RS – 1)/range] x 100
- Điểm tình trạng sức khỏe tổng quát:

Global Health Status: S = [(RS – 1)/range] x 100



### **Sau khi chuẩn hóa điểm:**

- Tình trạng sức khỏe tổng quát và chức năng cao điểm nghĩa là tốt, điểm số dưới ngưỡng 80/100 bắt đầu được xem là có ảnh hưởng đến CLCS.
- Triệu chứng ung thư và triệu chứng UTTT thấp điểm nghĩa là tốt, điểm số trên ngưỡng 20/100 bắt đầu được xem là có ảnh hưởng đến CLCS.

### **2.2.12. Xử lý số liệu**

- Thu thập số liệu từ khám bệnh, theo dõi và đánh giá kết quả, hồ sơ bệnh án. Dữ liệu được điền vào phiếu điều tra nghiên cứu và được mã hóa, làm sạch.

- Mô tả dữ liệu các biến số định tính: tần số, tỷ lệ % và biến số định lượng: Trung bình  $\pm$  Độ lệch chuẩn; trung vị; nhỏ nhất – lớn nhất.

- So sánh các giả thuyết thông kê bằng Chisquare ( $X^2$ ) test hoặc hiệu chỉnh Fisher exact test đối các biến định tính. T- test hoặc Anova – test được sử dụng so sánh giữa 2 mẫu hoặc trên 2 mẫu trong trường hợp biến số định lượng có phân bố chuẩn và Mann-Whitney test hoặc Kruskal-Wallis test được sử dụng trong biến số định lượng có phân bố không chuẩn, với mức có ý nghĩa thống kê là  $p < 0,05$ .

- Thời gian sống thêm toàn bộ, thời gian sống thêm không mắc bệnh được ước lượng theo phương pháp Kaplan – Meier.

- Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS19.0.

### **2.2.13. Đạo đức nghiên cứu trong y học**

- Nghiên cứu được tiến hành dưới sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học y dược Huế và Bệnh viện TW Huế.

- Tất cả bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu đều có sự đồng thuận nghiên cứu của bệnh nhân. Thực hiện việc đảm bảo quyền Người bệnh tự nguyện đồng ý tham gia. Bệnh nhân sẽ được giải thích một cách rõ ràng về ưu điểm và nhược điểm của phương pháp phẫu thuật, cũng như cách theo dõi và đánh giá kết quả nghiên cứu.

- Luôn cập nhật kiến thức mới trong y học để áp dụng điều trị cho bệnh nhân nhằm mang lại kết quả tốt nhất có thể.

### CHƯƠNG 3

#### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA BỆNH NHÂN

##### 3.1.1. Nhóm tuổi

**Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi**

Tuổi (năm)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 40	4	4,7
40 – 60	30	35,3
61 – 80	43	50,6
> 80	8	9,4
<b>Tổng</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>
TB ± SD	62,95 ± 13,13	

- Tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,95 ± 13,13; tuổi nhỏ nhất là 23 và tuổi lớn nhất là 89. Nhóm tuổi từ 61 – 80 chiếm tỷ lệ cao nhất (50,6%).

##### 3.1.2. Giới tính, địa dư và nghề nghiệp

**Bảng 3.2. Đặc điểm giới tính, địa dư (n = 85)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Giới</b>		
Nam	40	47,1
Nữ	45	52,9
<b>Địa dư</b>		
Nông thôn	61	71,8
Thành thị	24	28,2

- Tỷ lệ giới tính nam/nữ = 0,89.

- Bệnh hay gặp ở Nông thôn (71,8%) hơn thành thị (28,2%).

**Bảng 3.3. Phân loại nghề nghiệp**

<b>Nghề nghiệp</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Lao động trí óc	1	1,2
Công nhân	2	2,4
Nông dân	22	25,9
Buôn bán	10	11,7
Già, hưu trí	50	58,8
<b>Tổng</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

- Bệnh hay gặp ở người già và hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất (58,8%); tầng lớp lao động trí óc chiếm tỷ lệ thấp nhất (1,2%).

### 3.1.3. Tiền sử bản thân và lý do vào viện

**Bảng 3.4. Tiền sử bản thân (n = 85)**

<b>Đặc điểm</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Polyp trực tràng	3	3,5
Polyp đại tràng	2	2,4
Tiền sử phẫu thuật bụng	14	16,5
Cắt u qua ngã hậu môn	1	1,2
K vú	1	1,2
Bệnh lý nội khoa (đái tháo đường, cao HA, viêm phế quản...)	13	15,3
Trĩ	4	4,7

- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng bụng chiếm tỷ lệ cao nhất (16,5%); Thấp nhất là có tiền sử K vú (1,2%) và cắt u qua ngã hậu môn (1,2%).

**Bảng 3.5. Lý do vào viện (n = 85)**

<b>Lý do vào viện</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Phân lẫn máu	69	81,2
Đại tiện khó	11	12,9
Đau bụng	19	22,4
Đi cầu lỏng nhiều lần	1	1,2
Rối loạn đại tiện	1	1,2

- Đa số bệnh nhân vào viện với lý do đi cầu phân có máu (81,2%).

## 3.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG

### 3.2.1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng

#### 3.2.1.1. Thời gian từ khi có dấu hiệu bệnh cho đến khi vào viện

**Bảng 3.6. Thời gian từ khi có dấu hiệu bệnh cho đến khi vào viện**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 1 tháng	42	49,4
1 - 3 tháng	30	35,3
> 3 - 6 tháng	6	7,1
> 6 tháng	7	8,2
<b>Tổng</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

- Thời gian phát hiện bệnh hay gặp nhất là < 1 tháng (49,4%) và 1- 3 tháng (35,3%).

#### 3.2.1.2. Triệu chứng toàn thân

**Bảng 3.7. Triệu chứng toàn thân (n = 85)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sụt cân	24	28,2
Thiếu máu	17	20,0
Chán ăn	17	20,0

- Triệu chứng toàn thân hay gặp nhất là sụt cân (28,2%).

#### 3.2.1.3. Triệu chứng cơ năng

**Bảng 3.8. Triệu chứng cơ năng (n = 85)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	64	75,3
Mót rặn	35	41,2
Đi lỏng	23	27,1
Đi cầu phân nhầy mũi	27	31,8
Đi cầu ra máu tươi	75	88,2
Thay đổi khuôn phân	11	12,9
Táo bón	22	25,9
Đau hậu môn	4	4,7

- Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đi cầu ra máu tươi (88,2%) và đau bụng (75,3%); ít gặp nhất là triệu chứng đau vùng hậu môn (4,7%).

### 3.2.1.4. Triệu chứng thực thể

**Bảng 3.9. Triệu chứng thực thể (n = 85)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bụng mềm	81	95,3
Bụng chướng	1	1,2
Bán tắc	5	5,9
Thăm trực tràng sờ thấy u	29	34,1

- Thăm trực tràng sờ được khối u có 29 trường hợp chiếm tỷ lệ 34.1%; có 5 trường hợp bán tắc ruột (5,9%).

### 3.2.2. Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng

#### 3.2.2.1. Xét nghiệm công thức máu: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu

**Bảng 3.10. Giá trị công thức máu: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu**

Công thức máu	Trung bình $\pm$ SD	Trung vị (min – max)
Hồng cầu ( $\times 10^{12}$ )	4,35 $\pm$ 0,58	4,32 (3,05 – 5,91)
Bạch cầu ( $\times 10^{12}$ )	8,17 $\pm$ 3,70	7,35 (2,76 – 22,10)
Tiểu cầu	255,09 $\pm$ 59,41	251,0 (138 – 431)

- Số lượng Hồng cầu trung bình là  $4,35 \times 10^{12}$ ; bệnh nhân có hồng cầu thấp nhất là  $3,05 \times 10^{12}$  và cao nhất là  $5,91 \times 10^{12}$ .

- Số lượng Bạch cầu trung bình là  $8,17 \times 10^9$ . Nhưng có trường hợp bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng nặng với bạch cầu lớn nhất là  $22,10 \times 10^9$ .

#### 3.2.2.2. Xét nghiệm chất chỉ điểm ung thư CEA, CA19.9

**Bảng 3.11. Chất chỉ điểm ung thư CEA, CA19.9**

Chất chỉ điểm	n (%)	TB $\pm$ SD	Trung vị (min – max)
<b>CEA (n = 63)</b>		8,74 $\pm$ 13,45	4,37 (0,91-91,33)
< 5	33 (52,4%)	2,86 $\pm$ 0,95	2,93 (0,91-4,55)
$\geq$ 5	30 (47,6%)	15,19 $\pm$ 17,42	9,07 (5,11-91,33)
<b>CA19.9 (n = 47)</b>		19,06 $\pm$ 20,90	13,5 (0,59-99,51)
< 39	42 (89,4%)	13,17 $\pm$ 10,56	12,35 (0,59-35,37)
$\geq$ 39	5 (10,6%)	68,50 $\pm$ 21,47	68,0 (42,12-99,51)

- CEA  $\geq$  5: tăng trong 47,6% trường hợp và CA19.9  $\geq$  39: tăng trong 10,6% trường hợp.

### 3.2.2.3. Kết quả nội soi trực tràng

**Bảng 3.12. Kết quả nội soi trực tràng (n = 85)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Vị trí u</b>		
Trực tràng trên	56	65,9
Trực tràng giữa	29	34,1
<b>Hình thái tổn thương</b>		
Sùi	74	87,1
Loét sùi	4	4,7
Nhiễm cứng	4	4,7
Loét	1	1,2
Polyp thoái hóa	6	7,1
Hẹp lòng trực tràng	35	41,2
<b>Kích thước u</b>		
1/4 - 1/2	25	29,4
> 1/2 – 3/4	38	44,7
Toàn bộ chu vi	22	25,9

- U ở vị trí trực tràng trên hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 65,9%. Trong đó hình thái Sùi chiếm cao nhất (87,1%) và thể Loét ít gặp nhất (1,2%).
- Đa số khối u chiếm hơn 1/2 chu vi trực tràng, chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 1/2 - 3/4 chu vi (44,7%).
- Tất cả các ca nội soi trực tràng đều sinh thiết u làm mô bệnh học và có tế bào ung thư.

### 3.2.2.4. Kết quả siêu âm nội soi

**Bảng 3.13. Kết quả siêu âm nội soi (n = 37)**

<b>Siêu âm nội soi</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Có	37	43,5
Không	48	56,5
<b>Vị trí u</b>		
Không thấy tổn thương	1	2,7
Trực tràng cao	25	67,6
Trực tràng giữa	11	29,7
<b>Mức độ xâm lấn (n = 36)</b>		
T1	2	5,6
T2	6	16,7
T3	25	69,4
T4	3	8,3
<b>Di căn hạch (n = 36)</b>		
N0	8	22,2
N1	22	61,1
N2	6	16,7

- Có 37 trường hợp làm siêu âm nội soi trực tràng (với tỷ lệ 43,5%). Trong đó xâm lấn u T3 (69,4%) và di căn hạch N1 (61,1%) là chiếm tỷ lệ cao nhất.

- Có 1 trường hợp không thấy tổn thương trên siêu âm nội soi (2,7%).

### 3.2.2.5. Kết quả CT scanner bụng

**Bảng 3.14. Kết quả CT scanner bụng (n = 76)**

<b>CT scanner</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Có	76	89,4
Không	9	10,6
<b>Vị trí</b>		
Trực tràng trên	47	61,8
Trực tràng giữa	26	34,2
Không thấy u	3	3,9
<b>Kích thước</b>		
< 5 cm	50	68,5
5 - 10 cm	20	27,4
> 10 cm	3	4,1
<b>Hình dạng u</b>		
Sùi vào lòng	67	91,8
Thâm nhiễm	5	6,8
Polype thoái hóa	4	5,5
Hẹp lòng	39	53,4

- Trong 85 trường hợp thì có 76 ca chụp CT scanner bụng (89,4%); nhưng có 3 ca không thấy được u trên CT scanner chiếm 3,9%.

- Kích thước u hay gặp nhất là < 5 cm chiếm 68,5%. Và hình dạng sùi vào lòng chiếm cao nhất (91,8%); đặc biệt có 4 ca (5,5%) là polype thoái hóa ác tính.



**Bảng 3.15. Đánh giá TNM theo CT scanner bụng**

<b>CT scanner</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Xâm lấn khối u</b>		
T2	15	20,5
T3	58	79,5
<b>Di căn hạch</b>		
N0	38	52,1
N1	35	47,9
<b>Di căn</b>		
M0	70	95,9
Mx	3	4,1

- Trên CT scanner đánh giá u theo TMN: xâm lấn u T3 (79,5%); N0 (52,1%).

### 3.2.2.6. Kết quả MRI chậu

**Bảng 3.16. Kết quả MRI chậu (n = 22)**

<b>MRI chậu</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Có	22	25,9
Không	63	74,1
<b>Vị trí</b>		
Trực tràng trên	13	59,1
Trực tràng giữa	9	40,9
<b>Xâm lấn u</b>		
T2	4	18,2
T3	18	81,8
<b>Hạch di căn</b>		
N0	19	86,4
N1	3	13,6
<b>Di căn</b>		
M0	18	81,8
Mx	4	18,2

- Có 22 trường hợp chụp MRI chậu chiếm 25,9%; u xâm lấn ở T3 là cao nhất (81,8%); hạch N0 (86,4%) chiếm tỷ lệ cao nhất.

### 3.3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

#### 3.3.1. Phương pháp phẫu thuật

**Bảng 3.17. Đặc điểm phương pháp phẫu thuật**

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cắt dưới khối u (cm)		
2 - < 5	48	56,5
= 5	29	34,1
> 5	8	9,4
Cắt bán phần mạc treo TT	34	40,0
Cắt toàn bộ mạc treo TT (TME)	51	60,0
Mở đường lấy bệnh phẩm		
<i>Hố chậu trái</i>	42	49,4
<i>Hố chậu phải</i>	9	10,6
<i>Trên xương mu</i>	22	25,9
<i>Đường giữa dưới rốn</i>	2	2,4
<i>Hậu môn (Hybrid Notes)</i>	8	9,4
<i>Âm đạo (Hybrid Notes)</i>	2	2,4
Mở thông hồi tràng chủ động	8	9,4
Khâu nối ống tiêu hóa (= EEA)	85	100

- Cắt trực tràng dưới u từ 2 – < 5 cm là hay gặp nhất (56,5%). Trong đó cắt TME là nhiều nhất: 51 ca chiếm tỷ lệ 60%.

- Lấy bệnh phẩm qua đường mở bụng hố chậu trái là chủ yếu (49,4%). Có 10 ca lấy bệnh phẩm qua đường tự nhiên (Hybrid Notes) trong đó đường hậu môn là 9,4% và âm đạo là 2,4%.

- Có 8 ca (9,4%) là mở thông hồi tràng chủ động và khâu nối bằng máy (EEA) là 100%. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 0%.

### 3.3.2. Nghiên cứu kết quả trong mổ

**Bảng 3.18. Kích thước và tính chất khối u**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Kích thước u</b>		
< 3 cm	12	14,1
3 - 5 cm	54	63,5
> 5 cm	19	22,4
<b>Tính chất di động</b>		
Có	83	97,6
Không	2	2,4

- Kích thước u trong mổ chủ yếu từ 3 – 5 cm (63,5%); u di động hay gặp nhất (97,6%).

### 3.3.3. Nghiên cứu sau mổ

**Bảng 3.19. Nghiên cứu đặc điểm sau mổ**

Đặc điểm	n (%)	TB ± SD	Trung vị Min - max
Thời gian mổ (phút)		171,06 ± 24,45	120 - 270
Thời gian dùng giảm đau sau mổ (ngày)		3,64 ± 0,61	4 (3 - 5)
Thời gian trung tiện sau mổ			
< 24 giờ	1 (1,2)		
24 - 48 giờ	54 (63,5)		
> 48 - 72 giờ	27 (31,8)		
> 72 giờ	3 (3,5)		
Thời gian đại tiện lần đầu (ngày)		4,13 ± 1,56	4 (2 - 10)
Thời gian rút sonde tiêu (ngày)		2,89 ± 0,79	3 (2 - 7)
Thời gian ăn uống lại sau mổ (ngày)		4,85 ± 1,13	5 (3 - 9)
Thời gian rút dẫn lưu ổ mổ (ngày)		5,65 ± 3,88	5 (3 - 29)
Thời gian nằm viện (ngày)		11,55 ± 5,17	11 (6 - 29)

- Thời gian mở ngắn nhất là 120 phút và dài nhất 270 phút.
- Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ TB là :  $3,64 \pm 0,61$  ngày; tối đa là 5 ngày.
- Trung tiện sau mổ hay gặp vào ngày thứ 2 (24 – 48 giờ) chiếm tỷ lệ cao nhất 63,5%. Trung tiện sớm nhất vào ngày thứ 1 có 1 ca (1,2%).
- Thời gian đại tiện sớm nhất là ngày thứ 2; và chậm nhất vào ngày thứ 10 do bệnh nhân có dấu hiệu tắc ruột sớm sau mổ.
- Bệnh nhân ăn sớm nhất vào ngày thứ 3, và ăn chậm nhất vào ngày thứ 9 (do tắc ruột sớm sau mổ).
- Thời gian nằm viện TB là  $11,55 \pm 5,17$  ngày; ngắn nhất là 6 ngày và dài nhất là 29 ngày (do có biến chứng rò xì miệng nối đại – trực tràng).

**Bảng 3.20. Biến chứng sau mổ**

<b>Biến chứng</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
XHTH dưới	2	2,4
Tràn khí dưới da	2	2,4
Xì rò miệng nối	7	8,2
Tắc ruột sớm sau mổ	1	1,2
Bí tiểu	2	2,4
Nhiễm trùng vết mổ, trocar	12	14,1
Nhiễm trùng đường tiểu	2	2,4
Viêm phế quản, phổi	1	1,2
Viêm phúc mạc do thủng hồng tràng	1	1,2

- Trong 85 trường hợp, biến chứng chủ yếu và quan trọng: xì rò miệng nối (8,2%), thủng hồng tràng (1,2%) và tắc ruột sớm sau mổ (1,2%).
- XHTH dưới gặp 2 ca (2,4%): chảy máu ở vị trí miệng nối ngay đường dính ghim (EEA).
- Nhiễm trùng vết mổ, trocar chiếm tỷ lệ cao nhất (14,1%).

**Bảng 3.21. Nghiên cứu đặc điểm mổ lại**

Đặc điểm mổ lại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Không</b>	81	95,3
<b>Có</b>	4	4,7
Bục miệng nối	2	2,3
Xì rò miệng nối	1	1,2
Thủng hồng tràng	1	1,2

- Có 4 trường hợp mổ lại (4,7%); trong đó 3 ca mổ lại do xì rò miệng nối: 2 ca làm phẫu thuật đóng đầu dưới và đưa đầu trên làm HMNT; 1 ca khâu lại vị trí xì rò và mở thông hồi tràng bảo vệ.

- 1 ca thủng hồng tràng gây viêm phúc mạc vào ngày thứ 3: do trong quá trình gỡ dính ruột non gây tổn thương thành ruột và rò thủng muộn ở vị trí ruột non dính vết mổ cũ ở hố chậu phải (do mổ hở ruột thừa viêm).

### 3.3.4. Đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ

**Bảng 3.22. Đại thể của u (n = 85)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thở sùi	38	44,7
Thở loét	8	9,4
Loét sùi	34	40,0
Polyp ung thư hóa	4	4,7
Thở nhiễm cứng	1	1,2

- Thở sùi chiếm cao nhất (44,7%); thở nhiễm cứng ít gặp nhất (1,2%).

**Bảng 3.23. Mô tả vi thể (n = 85)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
UTBM tuyến	81	95,2
UTBM tuyến nhày	2	2,4
Sarcome	1	1,2
UTBM tuyến nhú	1	1,2

- UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (95,2%); có 1 trường hợp sarcome (1,2%).

**Bảng 3.24. Độ biệt hóa (n = 84)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Biệt hóa tốt	62	73,8
Biệt hóa vừa	21	25,0
Biệt hóa kém	1	1,2

- Tế bào ung thư đa số biệt hóa tốt (73,8%); biệt hóa kém chỉ có 1 trường hợp (1,2%).

### 3.3.5. Giai đoạn ung thư

**Bảng 3.25. Đánh giá mức độ xâm lấn, di căn hạch và di căn xa của u**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Mức độ xâm lấn</b>		
T1	1	1,2
T2	27	31,8
T3	56	65,9
T4	1	1,2
<b>Di căn hạch</b>		
N0	59	69,4
N1	23	27,1
N2	3	3,5
<b>Di căn xa</b>		
M0	85	100,0

- U xâm lấn T3 là chủ yếu (65,9%); Không có di căn hạch chiếm tỷ lệ cao nhất (N0 = 69,4%) và 100% không có di căn xa.

**Bảng 3.26. Phân chia giai đoạn theo TNM**

Giai đoạn TNM	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn I	17	20,0
Giai đoạn II	42	49,4
Giai đoạn III	26	30,6

- Ung thư giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất 49,4%; giai đoạn I là (20,0%).

### 3.3.6. Điều trị bổ trợ sau mổ

**Bảng 3.27. Điều trị bổ trợ sau mổ**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Không</b>	28	32,9
<b>Có</b>	57	67,1
Xạ trị đơn thuần	2	2,4
Xạ + Hóa trị	55	64,7

- 55 trường hợp là có hóa và xạ trị (67,1%); có 2 trường hợp chỉ xạ trị chiếm tỷ lệ 2,4%.

## 3.4. PHÂN TÍCH TỶ LỆ SỐNG KHÔNG MẮC BỆNH VÀ SỐNG THÊM CỦA BỆNH NHÂN

### 3.4.1. Đặc điểm theo dõi bệnh nhân

**Bảng 3.28. Đặc điểm theo dõi bệnh nhân**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Thời gian TB $\pm$ SD (tháng) (min – max)
Tái phát	5	5,9	37,8 $\pm$ 9,50 (29 – 54)
Di căn (gan)	2	2,4	44 $\pm$ 14,14 (34 – 54)
Tử vong	8	9,4	48 $\pm$ 11,5 (30 – 61)

- Có 5 trường hợp tái phát tại chỗ chiếm tỷ lệ 5,9%; trong đó tái phát tại chỗ đơn thuần là 3 trường hợp (3,5%);

- 2 trường hợp vừa tái phát tại chỗ và di căn gan (2,4%).

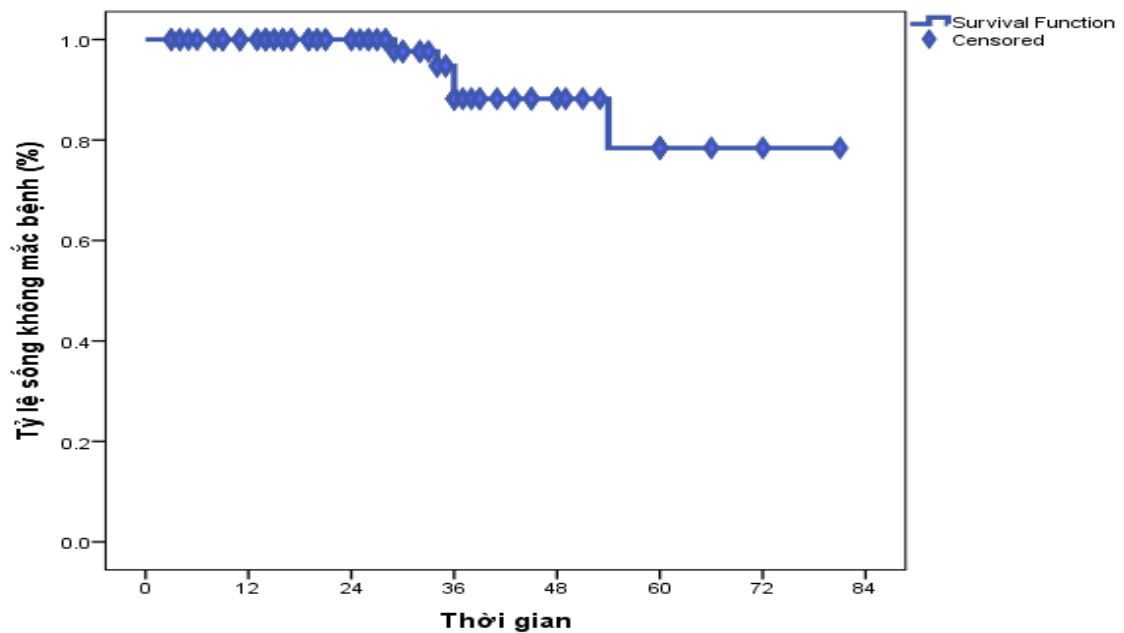
- Thời gian tái phát trung bình: 37,8 tháng; tái phát sớm nhất là 29 tháng và muộn nhất là 54 tháng sau mổ.

- Tỷ lệ tử vong là 9,4%.

### 3.4.2. Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh

**Bảng 3.29. Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh theo thời gian**

Thời gian (tháng)	N	N (tái phát)	Mất theo dõi	Tỷ lệ tái phát cộng dồn	Tỷ lệ sống không mắc bệnh	KTC 95%
0	85	0	5	0,0	1,00	-
6	80	0	9	0,0	1,00	-
12	71	0	20	0,0	1,00	-
24	51	2	20	0,05	0,95	0,82 - 0,99
36	29	2	13	0,13	0,87	0,67 - 0,95
48	14	1	5	0,21	0,79	0,53 - 0,92
60	8	0	6	0,21	0,79	0,53 - 0,92



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh của bệnh nhân**

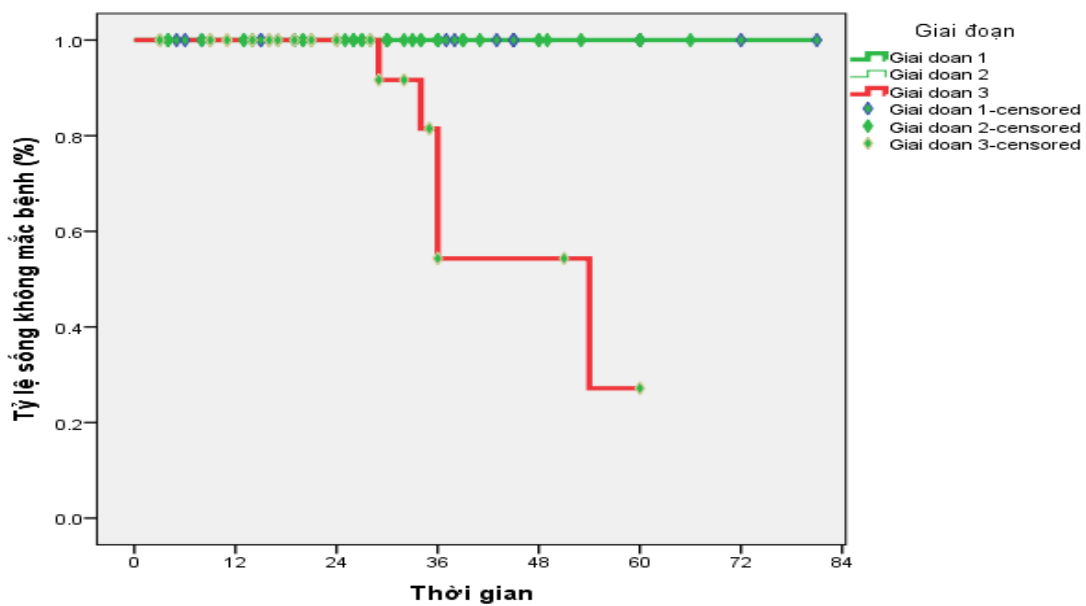
- Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh dự đoán sau 1 năm là 100%.
- Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh dự đoán sau 3 năm là 87%.
- Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh dự đoán sau 5 năm là 79%.



**Bảng 3.30. Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh theo giai đoạn bệnh***Đơn vị: tháng*

Đặc điểm	Giai đoạn I (n = 17)	Giai đoạn II (n = 42)	Giai đoạn III (n = 26)
n (tái phát)	0	0	5
Tổng thời gian quan sát	610	1215	676
Trung vị (min – max)	38 (5 - 81)	27,5 (3 - 66)	26 (3 - 60)
TB ± SD	35,88 ± 23,70	28,93 ± 15,56	26,0 ± 14,74

- Thời gian sống thêm không mắc bệnh trung bình của giai đoạn I là cao nhất (35,88 tháng); và thấp nhất là ở giai đoạn III (26 tháng).

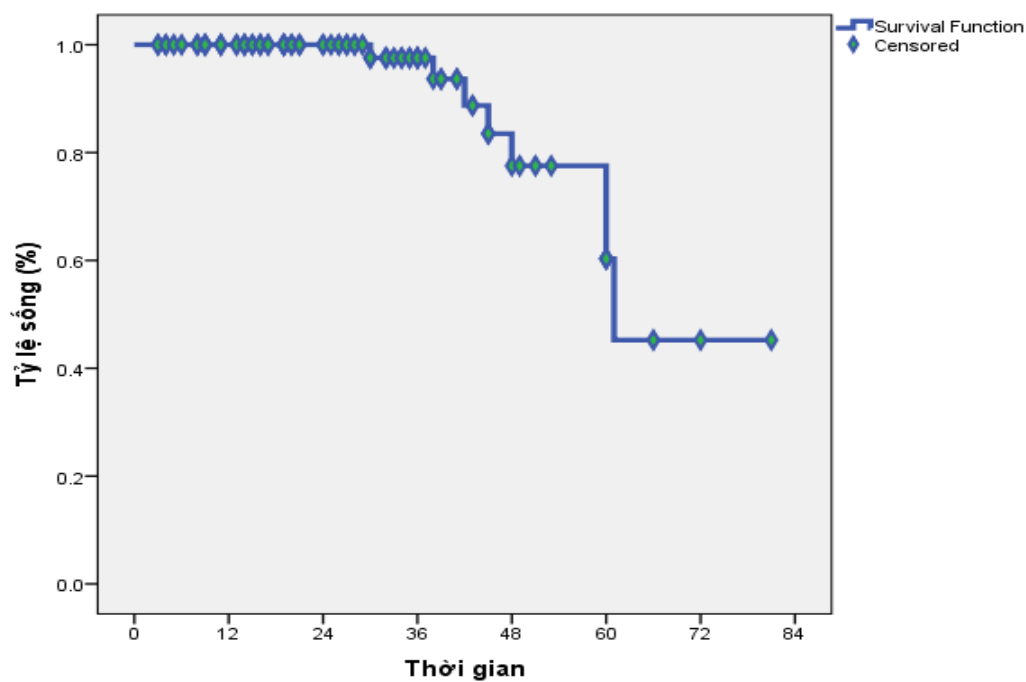
**Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh theo giai đoạn bệnh**

- Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh dự đoán theo các giai đoạn sau 1 năm là: giai đoạn I (100%); giai đoạn II (100%) và giai đoạn III (100%).
- Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh dự đoán theo các giai đoạn sau 3 năm là: giai đoạn I (100%); giai đoạn II (100%) và giai đoạn III (52%).
- Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh dự đoán theo các giai đoạn sau 5 năm là: giai đoạn I (100%); giai đoạn II (100%) và giai đoạn III (31%).

### 3.4.3. Tỷ lệ sống thêm của bệnh nhân

**Bảng 3.31. Tỷ lệ sống thêm của bệnh nhân**

Thời gian (tháng)	N	N (tử vong)	Mất theo dõi	Tỷ lệ tử vong cộng dồn	Tỷ lệ sống tích lũy	KTC 95%
0	85	0	5	0.00	1.00	-
6	80	0	9	0.00	1.00	-
12	71	0	20	0.00	1.00	-
24	51	1	20	0.02	0.98	0.839-0.997
36	30	3	13	0.15	0.85	0.644-0.942
48	14	1	4	0.22	0.78	0.527-0.908
60	9	3	4	0.55	0.45	0.152-0.707



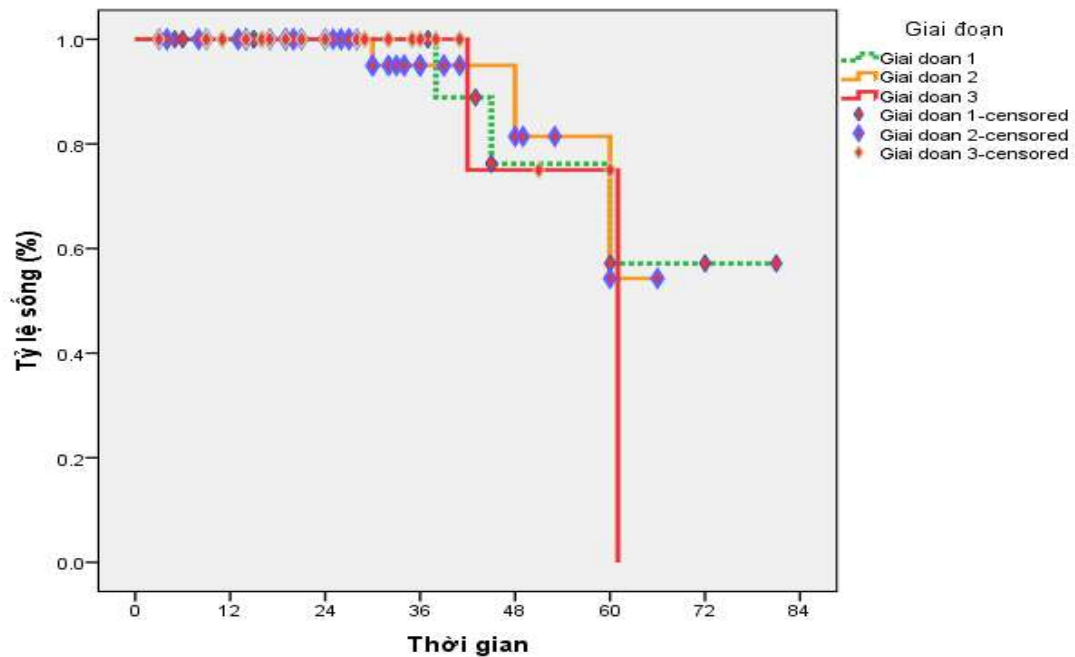
**Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ sống thêm của bệnh nhân**

- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ dự đoán sau 1 năm là 100%.
- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ dự đoán sau 3 năm là 85%.
- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ dự đoán sau 5 năm là 45%.

**Bảng 3.32. Thời gian sống thêm theo giai đoạn bệnh***Đơn vị: tháng*

Đặc điểm	Giai đoạn I (n = 17)	Giai đoạn II (n = 42)	Giai đoạn III (n = 26)
n (Tử vong)	3	3	2
Tổng thời gian quan sát	610	1215	676
Trung vị (Min – max)	38 (5 - 81)	27,5 (3 - 66)	26 (3 - 61)
Trung bình	35,88 ± 23,70	28,93 ± 15,56	26,96 ± 15,80

- Thời gian sống thêm trung bình của giai đoạn I là cao nhất (35,88 tháng) và thấp nhất nhất là ở giai đoạn III (26,96 tháng).

**Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ sống thêm theo giai đoạn bệnh**

- Tỷ lệ sống thêm dự đoán theo các giai đoạn sau 1 năm là: giai đoạn I (100%); giai đoạn II (100%) và giai đoạn III (100%).
- Tỷ lệ sống thêm dự đoán theo các giai đoạn sau 3 năm là: giai đoạn I (75%); giai đoạn II (95%) và giai đoạn III (82%).
- Tỷ lệ sống thêm dự đoán theo các giai đoạn sau 5 năm là: giai đoạn I (54%); giai đoạn II (39%) và giai đoạn III (27%).

### 3.5. PHÂN TÍCH CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI MÔ BỆNH HỌC VÀ GIAI ĐOẠN UNG THƯ

**Bảng 3.33. Liên quan tuổi, xì rò miệng nổi, vị trí u, tái phát với giai đoạn bệnh**

Đặc điểm	Giai đoạn bệnh theo TNM						p
	GD I (n = 17)		GD II (n = 42)		GD III (n = 26)		
Tuổi	n	%	n	%	n	%	
≤ 60 tuổi	6	17,6	14	41,2	14	41,2	0,222
> 60 tuổi	11	21,6	28	54,9	12	23,5	
Xì rò miệng nổi							
Có	1	14,3	4	57,1	2	28,6	1,000*
không	16	20,3	38	48,1	24	38,9	
Vị trí u							
Trực tràng trên	7	12,5	28	50,0	21	37,5	0,027
Trực tràng giữa	10	34,5	14	48,3	5	17,2	
Tái phát							
Có	0	0,0	0	0,0	5	19,2	<0,001*
Không	17	100,0	42	100,0	21	80,8	

- Sự khác biệt giữa độ tuổi ≤ 60 và > 60 tuổi với giai đoạn bệnh là không có ý nghĩa thống kê (p = 0,222).

- Sự khác biệt giữa xì rò miệng nổi (có, không) với giai đoạn bệnh là không có ý nghĩa thống kê (p = 1,00).

- Sự khác biệt giữa vị trí u với giai đoạn bệnh: u trực trên ở giai đoạn II (50%), giai đoạn III (37,5%) cao hơn u trực tràng giữa ở giai đoạn II (48,3%) và giai đoạn III (17,2%) là có ý nghĩa thống kê (p = 0,027 < 0,05).

- Sự khác biệt giữa tái phát bệnh ở giai đoạn III (19,2%) cao nhất là có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

**Bảng 3.34. Liên quan đại thể, vị trí u với di căn hạch của u**

Đặc điểm	Di căn hạch				P
	N0 (n = 59)		N1, N2 (n = 26)		
<b>Đại thể</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Thở sùi	25	65,8	13	34,2	38
Thở loét	7	87,5	1	12,5	8
Polyp ung thư hóa	3	75,0	1	25,0	4
Thở nhiễm cứng	1	100,0	0	0,0	1
Loét sùi	23	67,6	11	32,4	34
<b>Vị trí u</b>					
Trực tràng trên	35	62,5	21	37,5	56
Trực tràng giữa	24	82,8	5	17,2	29

- Sự khác biệt giữa đại thể khối u với di căn hạch là không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,733 > 0,05$ ).

- Sự khác biệt giữa vị trí u trực tràng và di căn hạch là không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,055 > 0,05$ ).

**Bảng 3.35. Liên quan giữa vị trí u, giai đoạn bệnh với mở thông hồng tràng**

Đặc điểm	Mở thông hồng tràng				P
	Có		Không		
	n	%	n	%	
<b>Vị trí u</b>					
Trực tràng trên	4	7,1	52	92,9	0,436*
Trực tràng giữa	4	13,8	25	86,2	
<b>Giai đoạn</b>					
I	1	5,9	16	94,1	0,588*
II	3	7,1	39	92,9	
III	4	15,4	22	84,6	

- Sự khác biệt giữa vị trí u (trực tràng trên và trực tràng giữa) với việc mở thông hồng tràng chủ động là không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,436$ ).

- Các giai đoạn ung thư với việc mở thông hồng tràng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,588$ ).

### 3.6. ĐÁNH GIÁ LARS-SCORE VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN THEO THANG EORTC QLQ-C30 VÀ CR29

#### 3.6.1. Đánh giá thang điểm hội chứng cắt trước thấp LARS score (sau mổ 3 tháng)

**Bảng 3.36. Đánh giá thang điểm hội chứng trước thấp LARS score (n=84)**

Điểm LARS	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không có hội chứng cắt trước thấp (0 - 20)	49	58,3
Hội chứng cắt trước thấp trung bình (21 - 29)	35	41,7
<i>Điểm trung bình ± SD</i>	20,73 ± 6,03	
<i>Trung vị (min - max)</i>	18 (7 - 29)	

- Tỷ lệ bệnh nhân không có hội chứng cắt trước thấp là cao nhất (58,3%); và không có trường hợp nào có hội chứng cắt trước thấp nặng (0%).

- Điểm trung bình của LARS score: 20,73 ± 6,03 điểm. Thấp nhất là 7 điểm và cao nhất là 29 điểm.

**Bảng 3.37. Liên quan giữa vị trí u, phương pháp mổ với điểm LARS**

Đặc điểm	Điểm LARS		p
	TB ± SD	Hiệu TB (95% CI)	
<b>Vị trí u</b>			
Trực tràng trên	19,16 ± 5,40	4,70 (2,10 - 7,29)	0,001
Trực tràng giữa	23,86 ± 6,09		
<b>Phương pháp mổ</b>			
Cắt bán phần mạc treo	17,35 ± 3,89	5,67 (3,29 - 8,04)	< 0,001
Cắt toàn bộ mạc treo	23,02 ± 6,18		

- Vị trí u ở trực tràng trên có điểm LARS thấp hơn vị trí u trực tràng giữa là có ý nghĩa thống kê (p = 0,001).

- Phương pháp mổ cắt bán phần mạc treo trực tràng có điểm LARS thấp hơn cắt toàn bộ mạc treo là có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

### 3.6.2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân theo thang đo EORTC QLQ-C30

**Bảng 3.38. Bảng điểm chuẩn hóa chất lượng cuộc sống theo thang đo EORTC QLQ-C30 (n = 85) (sau mổ 3 tháng)**

<b>Chất lượng cuộc sống</b>	<b>Điểm TB <math>\pm</math> SD</b>	<b>Min</b>	<b>max</b>
<b>Sức khỏe TQ</b>	52,84 $\pm$ 8,29	33,33	66,67
<b>Chức năng</b>			
Thể chất	56,63 $\pm$ 14,24	33,33	80,00
Hoạt động	54,12 $\pm$ 12,83	33,33	83,33
Cảm xúc	64,41 $\pm$ 13,20	25,00	91,67
Nhận thức	84,71 $\pm$ 16,71	33,33	100,00
Xã hội	49,41 $\pm$ 12,72	16,67	66,67
<b>Triệu chứng</b>			
Mệt mỏi	56,21 $\pm$ 11,80	33,33	77,78
Buồn nôn/ nôn	12,94 $\pm$ 10,72	0,00	50,00
Đau	41,18 $\pm$ 11,67	16,67	66,67
Khó thở	5,49 $\pm$ 12,44	0,00	33,33
Mất ngủ	38,04 $\pm$ 21,91	0,00	66,67
Chán ăn	27,84 $\pm$ 19,14	0,00	66,67
Táo bón	43,92 $\pm$ 16,44	0,00	66,67
Tiêu chảy	45,49 $\pm$ 16,14	33,33	66,67
Khó khăn kinh tế	49,80 $\pm$ 18,98	33,33	100,00

- Điểm SKTQ ở mức khá cao > 50 điểm (TB: 52,84  $\pm$  8,29 điểm).
- Trong lĩnh vực CN: CN nhận thức là cao điểm nhất (84,71  $\pm$  16,71) và thấp nhất là CN xã hội (49,41  $\pm$  12,72).
- Trong lĩnh vực TC: TC khó thở là thấp điểm nhất (5,49  $\pm$  12,44); và TC mệt mỏi là cao điểm nhất (56,21  $\pm$  11,80).

### 3.6.3. Chất lượng cuộc sống theo thang đo EORTC QLQ-CR29

**Bảng 3.39. Điểm chuẩn hóa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân theo thang đo EORTC QLQ-CR29 (n = 85) (sau mổ 3 tháng)**

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

- Điểm số TC thấy máu trong phân là thấp nhất ( $0,78 \pm 5,08$ ).

- Điểm số TC Lo lắng sức khỏe tương lai là cao nhất ( $55,29 \pm 18,22$ ), tiếp theo là TC bị rụng tóc ( $52,94 \pm 31,41$ ).



### 3.6.4. Chất lượng chuẩn hóa theo thang đo EORTC QLQ- CR29 ở 2 nhóm có HMNT và không có HMNT

**Bảng 3.40. Chất lượng chuẩn hóa theo thang đo EORTC CR29 ở 2 nhóm có HMNT và không có HMNT (sau mổ 1 – 3 tháng).**

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

- Nhóm có HMNT: TC ra phân ở HMNT có điểm số cao nhất ( $66,67 \pm 14,21$ ); thấp nhất là TC thay bao HMNT ban đêm ( $0,00 \pm 0,00$ ).

- Nhóm không có HMNT: TC đại tiện ban ngày là cao điểm nhất ( $42,06 \pm 14,74$ ); TC viêm da quanh hậu môn là thấp điểm nhất ( $3,57 \pm 10,37$ ).

### 3.6.5. Bảng điểm thô chức năng tình dục ở người < 60 tuổi

**Bảng 3.41. Bảng điểm thô CN tình dục ở người < 60 tuổi (sau mổ 3 tháng)**

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

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

### 3.7. CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI CLCS CỦA BỆNH NHÂN

**Bảng 3.42. Chất lượng cuộc sống đo theo thang điểm EORTC QLQ-C30 với điều trị bổ trợ sau mổ (sau mổ 3 tháng)**

Chất lượng cuộc sống	Điều trị bổ trợ (n = 57)	Không (n = 28)	p
	TB ± SD	TB ± SD	
<b>Sức khỏe TQ</b>	54,24 ± 7,73	50,00 ± 8,78	0,026
<b>Chức năng</b>			
Thể chất	58,60 ± 13,20	52,62 ± 15,64	0,069
Hoạt động	54,39 ± 13,19	53,57 ± 12,30	0,785
Cảm xúc	62,72 ± 13,83	67,86 ± 11,28	0,092
Nhận thức	85,09 ± 17,45	83,93 ± 15,37	0,766
Xã hội	48,25 ± 12,47	51,79 ± 13,10	0,230
<b>Triệu chứng</b>			
Mệt mỏi	54,58 ± 11,36	59,52 ± 12,18	0,069
Buồn nôn/ nôn	14,04 ± 11,26	10,71 ± 9,31	0,181
Đau	41,52 ± 11,84	40,48 ± 11,50	0,701
Khó thở	1,75 ± 7,51	13,10 ± 16,58	0,002
Mất ngủ	36,26 ± 21,16	40,48 ± 24,61	0,415
Chán ăn	28,66 ± 19,35	26,19 ± 18,94	0,580
Táo bón	43,27 ± 15,38	45,24 ± 18,62	0,608
Tiêu chảy	45,61 ± 16,22	45,24 ± 16,27	0,920
Khó khăn kinh tế	49,12 ± 19,01	51,19 ± 19,21	0,640

- Các điểm số CN theo QLQ-C30 giữa 2 nhóm (có điều trị bổ trợ và không) khác biệt không có ý nghĩa ( $p > 0,05$ ).

- Khác biệt về điểm số TC khó thở giữa nhóm điều trị bổ trợ ( $1,75 \pm 7,51$ ) thấp hơn nhóm không điều trị bổ trợ ( $13,10 \pm 16,58$ ) là có ý nghĩa ( $p = 0,002 < 0,01$ ).

- Khác biệt về điểm số SKTQ giữa 2 nhóm: nhóm điều trị bổ trợ ( $54,24 \pm 7,73$ ) và nhóm không điều trị bổ trợ ( $50,00 \pm 8,78$ ) có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,026$ ).

**Bảng 3.43. Liên quan giữa chất lượng cuộc sống theo thang đo EORTC CR29 với điều trị bổ trợ sau mổ (n = 85) (sau mổ 3 tháng)**

Chất lượng cuộc sống EORTC CR29	Điều trị bổ trợ		p
	Có (n = 57)	Không (n =28)	
	TB ± SD	TB ± SD	
Thường xuyên đi tiểu ngày	39,77 ± 15,98	47,62 ± 16,8	0,045
Thường xuyên đi tiểu đêm	15,2 ± 17,9	20,24 ± 18,9	0,235
Són nước tiểu	11,7 ± 16,05	16,67 ± 16,97	0,191
Bị đau khi đi tiểu	10,53 ± 15,63	5,95 ± 13	0,159
Bị đau bụng	35,67 ± 16,5	35,71 ± 17,98	0,992
Đau quanh vùng TT hậu môn	16,96 ± 17,95	25 ± 19,51	0,063
Cảm giác chướng bụng đầy bụng	25,73 ± 20,91	25 ± 19,51	0,877
Thấy máu trong phân	0,58 ± 4,42	1,19 ± 6,3	0,609
Thấy chất nhầy trong phân	31,58 ± 23,08	21,43 ± 20,72	0,052
Cảm giác khô miệng	43,27 ± 18,86	22,62 ± 15,85	0,000
Bị rụng tóc	70,18 ± 16,29	17,86 ± 24,82	0,000
Vấn đề về vị giác	32,16 ± 17,78	34,52 ± 14,29	0,543
Lo lắng về sức khỏe	54,97 ± 18,36	55,95 ± 18,27	0,817
Lo lắng về cân nặng	14,04 ± 19,87	5,95 ± 13	0,028
Cảm giác kém năng động hơn	18,71 ± 21,84	14,29 ± 21,14	0,377
Cảm giác ham muốn tình dục	20,47 ± 25,78	11,9 ± 22,62	0,138
Hài lòng về cơ thể	53,22 ± 16,5	52,38 ± 16,8	0,828
Trung tiện tự chủ	33,33 ± 10,91	38,27 ± 12,07	0,077
Són phân	19,3 ± 16,6	25,93 ± 19,25	0,109
Viêm da quanh hậu môn	3,51 ± 10,32	3,7 ± 10,68	0,936
Đại tiện ban ngày	41,52 ± 14,48	43,21 ± 15,51	0,627
Đại tiện ban đêm	7,02 ± 13,71	9,88 ± 15,51	0,395
Mặc cảm đại tiện nhiều lần	22,02 ± 18,29	24,69 ± 17,52	0,530
Ham muốn tình dục (nam)	52,08 ± 17,08	66,67 ± 0	0,42
Cương cứng dương vật	45,83 ± 16,67	66,67 ± 0	0,244
Ham muốn tình dục (nữ)	42,42 ± 26,21	44,44 ± 17,21	0,868
Đau hoặc không thoải mái khi QHTD	51,52 ± 22,92	16,67 ± 18,26	0,006

- Điểm số TC thường xuyên tiểu ngày ở nhóm điều trị bổ trợ (39,77) thấp hơn ở nhóm không điều trị bổ trợ (47,62) có ý nghĩa với  $p = 0,045 < 0,05$ .
- Điểm số về TC cảm giác khô miệng và TC bị rụng tóc ở nhóm có điều trị bổ trợ (43,27 và 70,18) cao hơn ở nhóm không điều trị bổ trợ (22,62 và 17,86) có ý nghĩa thống kê (với  $p = 0,000$ ).
- Điểm số Đau hoặc không thoải mái khi QHTD ở nhóm điều trị bổ trợ (51,52) cao hơn nhóm không điều trị bổ trợ (16,67) có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,006$ ).

**Bảng 3.44. Đánh giá thang điểm hội chứng cắt trước thấp LARS - score theo thời gian**

Điểm LARS	3 tháng (n = 84)		12 tháng (n = 69)		24 tháng (n = 50)		p*
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Không có hội chứng cắt trước thấp (0 - 20)	49	58,3	59	85,5	50	100,0	<0,001
Hội chứng cắt trước thấp trung bình (21 - 29)	35	41,7	10	14,5	0	0,0	
<i>TB ± SD</i>	20,73 ± 6,03		15,03 ± 4,74		12,14 ± 2,78		
<i>Trung vị (min - max)</i>	18 (7 - 29)		13 (3 - 27)		13 (3 - 18)		

- Bệnh nhân không có hội chứng cắt trước thấp sau 3 tháng chiếm tỷ lệ 58,3 %; 12 tháng chiếm tỷ lệ 85,5 % và sau 24 tháng là 100 %.
- Bệnh nhân có hội chứng cắt trước thấp trung bình giảm dần theo thời gian: 3 tháng là 41,7 %; 12 tháng là 14,5% và 24 tháng là 0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Bảng 3.45. Liên quan giữa chất lượng sống theo thang đo EORTC QLQ-C30 theo thời gian**

Chất lượng cuộc sống	Thời điểm			
	3 tháng (n = 85)	12 tháng (n = 70)	24 tháng (n = 50)	p
<b>Sức khỏe TQ</b>	52,84 ± 8,29	56,90 ± 7,90	57,83 ± 7,42	0,001
<b>Chức năng</b>				
Thể chất	56,63 ± 14,24	60,19 ± 18,12	58,53 ± 19,34	0,343
Hoạt động	54,12 ± 12,83	64,29 ± 15,09	63,67 ± 17,4	0,014
Cảm xúc	64,41 ± 13,2	72,02 ± 7,64	72,17 ± 7,83	0,001
Nhận thức	84,71 ± 16,71	71,9 ± 22,97	67,67 ± 25,51	<0,001
Xã hội	49,41 ± 12,72	56,43 ± 11,8	59 ± 9,65	<0,001
<b>Triệu chứng</b>				
Mệt mỏi	56,21 ± 11,8	46,19 ± 16,99	47,78 ± 16,07	<0,001
Buồn nôn/ nôn	12,94 ± 10,72	4,52 ± 7,47	3,67 ± 6,97	<0,001
Đau	41,18 ± 11,67	31,9 ± 17,2	38 ± 16,16	0,001
Khó thở	5,49 ± 12,44	13,33 ± 18,3	14 ± 17,93	0,001
Mất ngủ	37,65 ± 22,29	41,43 ± 21,56	39,33 ± 19,85	0,191
Chán ăn	27,84 ± 19,14	24,29 ± 17,88	21,33 ± 16,16	0,306
Táo bón	43,92 ± 16,44	33,33 ± 15,01	28,67 ± 13,49	<0,001
Tiêu chảy	45,49 ± 16,14	16,19 ± 16,78	12 ± 16,16	<0,001
Khó khăn kinh tế	49,8 ± 18,98	42,86 ± 15,17	40 ± 13,47	<0,001

- Điểm số Chức năng thể chất theo thời gian (3 tháng, 12 tháng, 24 tháng) có khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,343 > 0,05$ .
- Điểm số Triệu chứng mất ngủ và chán ăn theo thời gian (3 tháng, 12 tháng, 24 tháng) khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .
- Các điểm số Sức khỏe Tổng quát, Chức năng, Triệu chứng khác có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và  $p < 0,01$ .

**Bảng 3.46. Liên quan giữa chất lượng cuộc sống đo theo thang EORTC CR29 theo thời gian**

Chất lượng cuộc sống EORTC CR29	Thời điểm			
	3 tháng (n = 85)	12 tháng (n = 70)	24 tháng (n = 50)	P
Thường xuyên đi tiểu ngày	42,35 ± 16,58	35,71 ± 14,27	33,33 ± 17,82	0,004
Thường xuyên đi tiểu đêm	16,86 ± 18,27	13,81 ± 18,38	14,67 ± 16,71	0,886
Són nước tiểu	13,33 ± 16,43	13,33 ± 16,45	17,33 ± 16,82	0,268
Bị đau khi đi tiểu	9,02 ± 14,9	13,33 ± 16,45	8,67 ± 14,77	0,198
Bị đau bụng	35,69 ± 16,89	15,71 ± 16,76	22 ± 17,31	< 0,001
Đau quanh vùng TT hậu môn	19,61 ± 18,75	0,95 ± 5,59	1,33 ± 6,6	< 0,001
Cảm giác chướng, đầy bụng	25,49 ± 20,35	23,33 ± 17,35	24 ± 17,87	0,474
Thấy máu trong phân	0,78 ± 5,08	0 ± 0	0 ± 0	0,159
Thấy chất nhầy trong phân	28,24 ± 22,72	14,76 ± 20,17	16,67 ± 19,34	0,001
Cảm giác khô miệng	36,47 ± 20,33	21,43 ± 18,85	12,67 ± 17,68	< 0,001
Bị rụng tóc	52,94 ± 31,41	0,48 ± 3,98	0 ± 0	< 0,001
Vấn đề về vị giác	32,94 ± 16,66	23,81 ± 18,94	21,33 ± 18,76	0,010
Lo lắng về sức khỏe	55,29 ± 18,22	48,57 ± 16,73	49,33 ± 16,82	0,659
Lo lắng về cân nặng	11,37 ± 18,22	15,71 ± 17,69	12 ± 16,16	0,369
Cảm giác kém năng động hơn	17,25 ± 21,59	20 ± 18,3	18,67 ± 18,02	0,014
Cảm giác ham muốn tình dục	17,65 ± 24,98	20,95 ± 27,9	21,33 ± 27,57	0,593
Hài lòng về cơ thể	52,94 ± 16,5	58,57 ± 14,4	61,33 ± 15,59	0,265
Trung tiện tự chủ	34,92 ± 11,46	17,62 ± 17,69	11,33 ± 17,31	< 0,001
Són phân	21,43 ± 17,66	4,29 ± 11,24	4 ± 10,94	< 0,001
Viêm da quanh hậu môn	3,57 ± 10,37	0 ± 0	0 ± 0	0,024

Đại tiện ban ngày	42,06 ± 14,74	37,14 ± 12,1	38,67 ± 14,06	0,679
Đại tiện ban đêm	7,94 ± 14,28	1,9 ± 7,79	0,67 ± 4,71	0,001
Mặc cảm đại tiện nhiều lần	22,89 ± 17,98	0 ± 0	0 ± 0	< 0,001
Ham muốn tình dục (nam)	52,94 ± 16,91	62,22 ± 11,73	63,64 ± 10,05	0,167
Cương cứng dương vật	47,06 ± 6,91	51,11 ± 17,21	42,42 ± 15,57	0,239
Ham muốn tình dục (nữ)	43,14 ± 22,87	47,62 ± 17,12	47,22 ± 22,29	0,911
Đau hoặc không thoải mái khi QHTD (nữ)	39,22 ± 26,97	42,86 ± 27,51	47,22 ± 26,43	0,621

- Điểm số về TC thường xuyên tiểu ngày; Bị đau bụng; Đau quanh vùng trực tràng hậu môn; Thấy chất nhầy trong phân; Cảm giác khô miệng; Bị rụng tóc; Trung tiện tự chủ; Són phân; Đại tiện ban đêm: có sự khác biệt theo thời gian (3 tháng, 12 tháng, 24 tháng) là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

- Điểm số TC ham muốn tình dục theo thời gian (3 tháng, 12 tháng, 24 tháng) tương ứng ở nam (52,94; 62,22; 63,64) và nữ (43,14; 47,62; 47,22) có tăng dần nhưng sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

- Điểm số TC cương cứng dương vật ở nam và đau khi QHTD ở nữ có sự khác biệt theo thời gian (3 tháng, 12 tháng, 24 tháng) nhưng không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

## CHƯƠNG 4

### BÀN LUẬN

#### 4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG

Qua nghiên cứu 85 bệnh nhân ung thư trực tràng trên và giữa được phẫu thuật nội soi cắt trước thấp tại Bệnh viện Trung Ương Huế, chúng tôi ghi nhận một số đặc điểm chung như sau:

- **Tuổi**

Trong nghiên cứu chúng tôi, tuổi bệnh nhân được phẫu thuật lớn nhất là 89 tuổi và nhỏ nhất là 23 tuổi, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 62,95. Kết quả này cũng tương đương nghiên cứu của các tác giả khác như Trần Ngọc Dũng [9], tuổi cao nhất là 81 tuổi, thấp nhất là 28 tuổi và tuổi trung bình của cả nhóm nghiên cứu là 56,8. Nghiên cứu Nguyễn Hoàng Bắc [4], tuổi trung bình là 60 tuổi, tuổi cao nhất là 88 và thấp nhất là 30; Mai Đình Điều tuổi trung bình là 59, cao nhất là 89 tuổi và thấp nhất là 14 tuổi [10]. Nghiên cứu của tác giả Kang et al có tuổi trung bình 57,8; Lujan et al là 67,8 [143].

Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là từ 61 – 80 tuổi chiếm tỷ lệ 50,6 và thấp nhất là nhỏ hơn 40 tuổi chiếm 4,7 %. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác như: Mai Đình Điều lứa tuổi ung thư trực tràng hay gặp nhất là 60 - 80 tuổi chiếm 43,8% và ít gặp nhất là dưới 20 tuổi chiếm 2,1 % [10], Trần Ngọc Dũng độ tuổi hay gặp nhất trong ung thư trực tràng là 51 – 70 tuổi [9]. Nghiên cứu của Đinh Quang Tâm thì tuổi trung bình là 58 tuổi, lớn nhất là 86 và tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 26 [31]. Nakagote T nghiên cứu 184 bệnh ung thư trực tràng được phẫu thuật thì có độ tuổi trung bình là  $63,4 \pm 10,8$  [143]. Trong thời gian gần đây, chúng ta thấy bệnh ung thư trực tràng cũng xuất hiện ở lứa tuổi trẻ hơn < 30 tuổi mà không có liên quan đến yếu tố gia đình, điều này cảnh báo về yếu tố môi trường sống và thói quen ăn uống thực phẩm.



- **Giới**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bệnh nhân nam thấp hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 0,89; tương đương với nghiên cứu tác giả Trần Ngọc Dũng có tỷ lệ nam/nữ là 0,77 và Đỗ Đình Công có tỷ lệ nam/nữ là 0,84 [8], [9]. Nhưng có tỷ lệ khác so với các nghiên cứu các tác giả khác [10], [11], [25], [143].

**Bảng 4.1. Tỷ lệ nam/nữ theo các tác giả khác**

Tác giả	Số mẫu	Tỷ lệ nam/nữ
Đình Quang Tâm	132	1,2
Mai Đình Điều	146	1,08
Võ Tấn Long	60	1,1
Trần Minh Đức	100	1,77
Bragal et al	83	1,9
Ng SS et al	76	0.95

Trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thì ở nam giới gặp khó khăn hơn so với nữ trong quá trình phẫu tích ở vùng tiểu khung vì khung chậu ở nam nhỏ hơn, bên cạnh đó có tiền liệt tuyến ở phía trước trực tràng đặc biệt đối với những bệnh nhân bị phì đại tiền liệt tuyến sẽ làm khó khăn cho phẫu thuật viên trong quá trình mổ. Ngày nay với những trang thiết bị và dụng cụ mổ nội soi hiện đại như màn hình 4K, 3D và dao siêu âm, dụng cụ khâu nối tự động nên làm dễ dàng hơn cho phẫu thuật viên trong quá trình phẫu thuật.

## **4.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG**

### **4.2.1. Đặc điểm lâm sàng**

#### **Triệu chứng cơ năng và thực thể**

Trong bệnh ung thư trực tràng, ở giai đoạn sớm bệnh nhân thường được phát hiện khi đi khám định kỳ hay tình cờ nội soi đại tràng trực tràng phát hiện tổn thương ở trực tràng. Nhưng ở giai đoạn muộn thì bệnh nhân thường có các triệu chứng điển hình như đại tiện phân máu tươi, phân nhày mũi và mót rặn,

thay đổi khuôn phân. Khi đó u đã phát triển khá lớn và gây ra một số triệu chứng điển hình trên kèm có thể gây bán tắc ruột và đôi khi bệnh nhân đến muộn trong tình trạng tắc ruột cấp do u trực tràng, lúc này tiên lượng bệnh thường ở giai đoạn tiến triển nên phẫu thuật triệt căn thường khó hơn và tỷ lệ tái phát sau mổ cao hơn.

Quá trình thăm khám lâm sàng đóng vai trò cực kỳ quan trọng, ngoài việc khám toàn thân, khám bụng, khám hạch ngoại biên... thì thăm trực tràng là một thủ thuật rất quan trọng trong việc chẩn đoán, tiên lượng phẫu thuật và đưa ra thái độ xử trí đúng đắn với bệnh lý ung thư trực tràng. Mặc dù trong thăm trực tràng chỉ có thể xác định những khối u trực tràng cách bờ hậu môn nhỏ hơn 10 cm nhưng qua đó xác định được tính chất di động khối u, vị trí u, mức độ xâm lấn u xuống cơ thắt vùng hậu môn, điều này đôi khi có giá trị thực tế hơn là nội soi trực tràng, đặc biệt là những u di động bị sa xuống do trọng lực nên khi soi trực tràng thấy u ở vị trí thấp nhưng thực tế u ở cao hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi về triệu chứng cơ năng thì đi cầu ra máu tươi hay gập nhất (88,2%), đau bụng chiếm 75,3% điều này cũng phù hợp với các tác giả khác như Trần Minh Đức ghi nhận triệu chứng đi cầu ra máu 90,1%; đau bụng là 35,6%. Theo Lê Quốc Tuấn ghi nhận đi cầu máu tươi 92.9% và cảm giác mót rặn đi cầu không hết phân là 71,4% [11],[38]. Về thực thể thì thăm trực tràng sờ thấy u là 29 ca chiếm 34,1%; và có 5 ca (5,9%) có dấu hiệu bán tắc ruột. Chúng tôi thăm trực tràng cho tất cả bệnh nhân (85 ca) và chỉ sờ được u 29 ca như vậy 56 ca không chạm được u do u ở vị trí khá cao > 9 cm, và được xác định u nhờ vào cận lâm sàng nội soi trực tràng.

Theo nghiên cứu các tác giả khác như: Mai Đình Điều thăm trực tràng sờ được u là 82 ca chiếm tỷ lệ 56,2%; Lê Quốc Tuấn ghi nhận sờ được u là 44 ca chiếm tỷ lệ 78,6%; Indar A, cho rằng có thể sờ được bờ dưới khối u cách rìa hậu môn 8 cm đến 50% tất cả trường hợp [10],[38],[90].

Trong ung thư trực tràng một trong những biến chứng muộn là tắc ruột,

bán tắc ruột vì khi đó u đang tiến triển gây hẹp lòng trực tràng gần như hoàn toàn. Biến chứng này làm ảnh hưởng đến lựa chọn phương pháp mổ mở hay nội soi. Ngày nay với những tiến bộ về trình độ của phẫu thuật viên và trang thiết bị nội soi tốt thì các trường hợp có dấu hiệu bán tắc ruột cũng có thể mổ nội soi hoàn toàn thành công.

#### **4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng**

##### **Chất chỉ điểm ung thư CEA, CA19.9**

Kháng nguyên phôi CEA và kháng nguyên ung thư CA 19.9 là một trong những chất chỉ điểm được xét nghiệm rộng rãi trong ung thư đường tiêu hóa, trong đó CEA có độ đặc hiệu và độ nhạy về ống tiêu hóa trực tràng cao hơn CA 19.9 nhưng định lượng kháng nguyên này không phải để chẩn đoán bệnh mà chủ yếu để theo dõi phẫu thuật triệt căn, tái phát và di căn sau mổ.

Theo hướng dẫn của Hiệp hội ung thư lâm sàng Hoa kì (ASCO), nồng độ CEA trước mổ trên bệnh nhân ung thư trực tràng góp phần đánh giá giai đoạn bệnh, định hướng điều trị và tiên lượng. Mặc dù độ nhạy và độ đặc hiệu của nó chưa đủ để trở thành một tiêu chuẩn chẩn đoán nhưng nồng độ CEA trước mổ lớn hơn 5 ng/ml thì tiên lượng bệnh nhân kém. Nồng độ CEA trước mổ không trở về bình thường sau mổ chứng tỏ còn tế bào ung thư, tiên lượng tái phát u rất cao [68].

Nghiên cứu của chúng tôi có CEA  $\geq 5$  ng/ml chiếm 47,6% và nồng độ CA 19.9  $\geq 39$  U/ml là 10,6 %. Theo Đinh Quang Tâm [31], nồng độ CEA trong máu là yếu tố giúp hướng đến tìm kiếm ung thư trực tràng, Nghiên cứu của Wu với nồng độ CEA cao thì tỷ lệ tái phát tại chỗ là 23,1% và nồng độ bình thường là 3,3% [152].

##### **Nội soi đại trực tràng và siêu âm nội soi**

Ngày nay nội soi đại trực tràng bằng ống soi mềm là một xét nghiệm tiêu chuẩn trong việc tầm soát các bệnh lý đại trực tràng, cho phép chúng ta đánh giá các thương tổn từ hậu môn đến manh tràng bao gồm các bệnh lý từ

lành tính như: polype, viêm đại trực tràng, trĩ chảy máu... và bệnh ác tính ung thư. Bên cạnh đó, nội soi đại trực tràng có thể giúp can thiệp cắt polype hay sinh thiết u, và đặc biệt có thể giúp cắt u ở giai đoạn rất sớm [29],[70]. Vị trí khối u so với rìa hậu môn được xác định qua nội soi là tiêu chí quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật và khi kết hợp thăm trực tràng đánh giá tính chất khối u là một cách thông dụng và hiệu quả trong đánh giá tình trạng bệnh lý ban đầu. Ngoài ra qua nội soi chúng ta có thể đánh giá hình ảnh đại thể của u như u sùi, loét sùi, nhiễm cứng... và kích thước khối u chiếm bao nhiêu chu vi của lòng trực tràng, và có gây hẹp lòng trực tràng bán phần hay toàn phần.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì u ở vị trí trực tràng trên chiếm nhiều hơn (65,9%), u trực tràng giữa chiếm 31,7%. Thở sùi chiếm cao nhất là 87,1% và có 6 ca polype thoái hóa ác tính chiếm 7,1%; u đa số chiếm hơn 1/2 chu vi trực tràng (70,6%). Kết quả nghiên cứu các tác giả khác: Phạm Như Hiệp [14] qua 221 trường hợp ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi thì có 106 ca (47,9%) trường hợp u dưới 6 cm và 115 ca (52,1%) u cách rìa hậu môn lớn hơn 6 cm. Tác giả Đinh Quang Tâm [31], ghi nhận 132 trường hợp u trực tràng gồm có u trực giữa 59 ca (44,7%) và trực tràng trên là 68 ca (51,5%); và kích thước u lớn hơn 3/4 chu vi chiếm 45,5% và thể sần sùi chiếm 126/132 (96,5%) cao hơn so với kết quả của Nguyễn Minh An (79,4%). Đỗ Đình Công [8] ghi nhận tỷ lệ ung thư trực tràng trên và giữa chiếm 76,1%. Mai Đình Điều ghi nhận chỉ có 3,4% có kích thước khối u dưới 1/4 chu vi trực tràng và 67,1% bệnh nhân có khối u chiếm hơn 1/2 chu vi trực tràng. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Uneo H. trong 556 bệnh nhân ung thư trực tràng có u chiếm hơn 3/4 chu vi là 47% [10].

Về vấn đề siêu âm nội soi qua ngã trực tràng là một phương tiện xét nghiệm hiện đại mới được áp dụng trong thời gian gần đây, rất có giá trị trong việc đánh giá mức độ xâm lấn u vào thành trực tràng và có thể phát hiện hạch

quanh trực tràng, mạc treo trực tràng. Độ chính xác 72- 94 % đối với xâm lấn thành (T) và 73 – 84 % đối với di căn hạch vùng (N) [1],[82]. Vì thế càng ngày chúng ta càng thực hiện xét nghiệm thường quy để đưa ra phương hướng phẫu thuật cho bệnh nhân một cách triệt để và an toàn nhất.

Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi, thực hiện được 37/85 ca có siêu âm nội soi trực tràng và đã đánh giá được thương tổn u, mức độ xâm lấn T: có 25 ca T3 (69,4%) và 2 ca T1 (5,6%); di căn hạch chủ yếu N1 chiếm 61,1%; N2 chiếm 16,7%. Qua đó chúng ta nhận thấy rằng đa số bệnh nhân vào viện cũng khá muộn chủ yếu giai đoạn II và III nên tiên lượng bệnh sau mổ không được tốt. Đỉnh Quang Tâm ghi nhận có 27/132 ca chiếm 20,5% có thực hiện siêu âm nội soi qua ngã trực tràng [31].

### **Chụp cắt lớp vi tính và Chụp cộng hưởng từ**

Chụp cắt lớp vi tính là một xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh rất có giá trị trong việc xác vị trí khối u ở trực tràng, mức độ xâm lấn thành trực tràng và các tạng lân cận, các hạch vùng và di căn xa (gan, phổi...) cũng như các biến chứng liên quan khối u như: tắc ruột, thủng, dò khối u vào các tạng lân cận... Sự xâm lấn thành trên CT scanner có độ chính xác khá cao nhưng vẫn còn thấp hơn so với MRI và siêu âm nội soi qua ngã trực tràng. Việc xác định vị trí u trên hình ảnh CT scanner, MRI so với nội soi đại trực tràng cũng có một số trường hợp khác nhau và cho đến nay trên thế giới chưa tồn tại sự đồng thuận phương tiện nào giúp chẩn đoán chính xác vị trí khối u. Theo nghiên cứu của Lotte Jacobs (2018) so sánh mức độ chính xác về chẩn đoán vị trí u giữa MRI và nội soi đại tràng của cùng nhóm bác sỹ đã chỉ ra rằng một số lượng lớn nội soi cho kết quả UTTT vị trí trên và giữa nhưng lại thấp trên MRI, điều này có ảnh hưởng đến dự đoán chiến lược điều trị [20]. Kết quả chụp CLVT trước mổ sẽ cung cấp nhiều thông tin giúp ích cho chẩn đoán, nhưng điều đó không quyết định hoàn toàn khả năng cắt bỏ cũng như phương pháp phẫu thuật. Để quyết định thực hiện phương pháp phẫu thuật thì đánh

giá trong mổ mang tính chất quyết định. Theo các tác giả trên thế giới, độ nhạy của phương tiện trong phát hiện di căn xa từ 75 – 87%, di căn hạch vùng từ 45 – 73 % và xâm lấn thành trực tràng khoảng 50% [52],[82].

Trong nghiên cứu này, có 76/85 trường hợp có chụp CT scanner bụng chiếm tỷ lệ 89,4%; trong đó có 3 trường hợp không phát hiện được u trực tràng trên CT scanner bụng (3,9%). Về kích thước u đa phần < 5 cm (68,5%) và hình dạng u trên CT scanner thì u sùi vào lòng trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (91,8%) và có 4 trường hợp (5,5%) phát hiện polype thoái hóa ở trực tràng. Sự xâm lấn khối u: T2 chiếm tỷ lệ 20,5% và T3 là 79,5%; di căn hạch N0 (52,1%) và N1 (47,9%). Trên kết quả chụp MRI chậu ghi nhận 22 trường hợp thì có xâm lấn thành: T2 chiếm 18,2% và T3 là 81,8%; di căn hạch N0 (86,4%) và N1 (13,6%). Nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn [36] đánh giá giai đoạn trước mổ trên MRI 3.0 tesla: giai đoạn II (T3 – 4, N0): 6 ca; giai đoạn III (T1- 4, N1- 2): 53 ca. Trần Ngọc Dũng và cộng sự ghi nhận u trực tràng trên CT và MRI trong tổng số 62 ca thì có T2 (8,1%), T3 (59,7%), T4 (32,2%) [9].

### **4.3. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT**

#### **4.3.1. Phương pháp và kỹ thuật tiến hành phẫu thuật**

Phẫu thuật nội soi ổ bụng nói chung và phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng nói riêng có nhiều ưu điểm và đã có nhiều công trình nghiên cứu trong và ngoài nước công nhận: giảm đau, giảm liệt ruột, thời gian phục hồi nhanh, rút ngắn thời gian nằm viện, thẩm mỹ và đặc biệt vẫn đảm bảo về mặt ung thư học. Ngoài ra phẫu thuật nội soi trực tràng còn giúp tạo phẫu trường rộng rãi, độ phóng đại tổ chức tăng lên gấp 3 – 4 lần làm cho phẫu thuật viên quan sát tốt các cấu trúc mạch máu thần kinh và các tạng ở vùng tiểu khung, điều này khiến cho việc phẫu tích được chính xác và thuận lợi. Bên cạnh đó PTNS còn giúp xác định chẩn đoán, giai đoạn bệnh và giúp sinh thiết chẩn đoán nếu cần thiết [25],[40],[56],[138].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật nội soi cắt trước thấp có cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) là 51 ca chiếm tỷ lệ 60% và cắt bán phần

mạc treo là 40%; tỷ lệ cắt dưới u từ 2 – 5 cm chiếm cao nhất 90,8%. PTNS kinh điển (lấy bệnh phẩm qua đường mở bụng: đường hố chậu, đường giữa dưới rốn và đường trên xương mu...) chiếm 88,2%; lấy bệnh phẩm qua đường tự nhiên (Hybrid NOTES): đường hậu môn 8 ca (9,4%) và đường âm đạo 2 ca (2,4%). Những trường hợp u ở vị trí trực tràng giữa chúng tôi cắt dưới u ít nhất là 2 cm và cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME), u ở vị trí trực tràng trên thì cắt bán phần mạc treo và dưới u ít nhất 5 cm để đảm bảo về mặt ung thư học. Tuy nhiên trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có những trường hợp u ở vị trí trực tràng trên ( $u > 10$  cm) nhưng cũng tiến hành cắt TME vì u có kích thước lớn  $> 5$  cm, giai đoạn xâm lấn T3 và có hạch mạc treo trực tràng nhằm để giảm tỷ lệ ung thư tái phát tại chỗ. Những nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cho thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ đối với ung thư trực tràng là do chúng ta cắt mạc treo trực tràng và bờ dưới khối u không đảm bảo ung thư học [70], [90], [100].

Kể từ năm 1982, Heald đã đưa ra khái niệm mạc treo trực tràng với kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) trong điều trị ung thư trực tràng và kỹ thuật này đem lại kết quả ngoạn mục, nhiều báo cáo các trung tâm lớn cho thấy kiểm soát tái phát tại chỗ xuống còn dưới 10% [56]. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Minh Đức [11], PTNS cắt trước thấp trong 100 ca ung thư trực tràng trên và giữa thì diện cắt dưới u là  $2,3 \pm 0,7$  cm.

Trong phẫu thuật nội soi cắt trước thấp thông thường đòi hỏi một đường mở bụng từ 4 – 6 cm (ở hố chậu trái, hoặc đường giữa hay đường ngang trên xương mu) để lấy bệnh phẩm và hỗ trợ thực hiện miệng nối đại trực tràng bằng stapler EEA. Tuy nhiên chính đường mổ này gây nên một số các biến chứng như nhiễm trùng, thoát vị vết mổ, tăng chỉ số đau sau mổ... cũng như bị ảnh hưởng về mặt thẩm mỹ [50], [85], [100].

Kể từ khi một số tác giả đã thực hiện thành công phẫu thuật nội soi cắt túi mật, ruột thừa... qua ngã tự nhiên (âm đạo, dạ dày) gọi là phẫu thuật NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) và năm 2007, Whiteford et

al đã báo cáo ca đầu tiên phẫu thuật NOTES qua ngã hậu môn cắt đại tràng sigma trên tử thi người, từ đó có một vài nghiên cứu đã chứng minh được tính khả thi và an toàn của phẫu thuật NOTES trong cắt đại trực tràng hay phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) trong ung thư trực tràng sử dụng kỹ thuật Hybrid [95],[136],[144]. Do đó một số tác giả nước ngoài đã thực hiện phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt đại tràng, trực tràng và lấy bệnh phẩm qua ngã tự nhiên (hậu môn hoặc âm đạo) gọi là Hybrid NOTES. Phương pháp này giúp phát huy được một phẫu thuật nội soi truyền thống và tránh được đường mở bụng, qua đó làm giảm các tai biến và biến chứng liên quan đến vết mổ, đem lại tính thẩm mỹ cao cho bệnh nhân [34], [72], [136].

Nghiên cứu của Lâm Việt Trung (2013), đã phẫu thuật 21 trường hợp Hybrid Notes: 1 ca cắt đại tràng phải và 20 ca cắt đoạn đại trực tràng [34]; Tác giả Goutaro Katsuno et al đã phẫu thuật 20 ca Hybrid Notes: 10 ca ung thư đại tràng sigma và 10 ca ung thư trực tràng; Chen CC et al phẫu thuật Hybrid Notes 20 trường ung thư trực [72],[95]. Tác giả Phạm Như Hiệp và cộng sự đã tiến hành PTNS cắt đại trực tràng hoàn toàn qua trực tràng và âm đạo (NOTES) gồm 16 ca trực tràng, 3 ca đại tràng sigma và 1 ca đại tràng trái và một nghiên cứu khác của tác giả là điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi một lỗ (Single Port) ghi nhận có 9 trường hợp cắt trực tràng trước thấp [15],[16]. Tuy nhiên, ở Việt nam hiện nay các bệnh viện lớn vẫn chưa có các trang thiết bị hiện đại và đồng bộ, đặc biệt là các dụng cụ mổ có thể gấp góc và xoay chuyển dễ dàng nên việc phát triển loại phẫu thuật Notes và Single Port trong việc điều trị các bệnh lý khó và phức tạp không được áp dụng rộng rãi. Bên cạnh đó, để thực hiện lấy bệnh phẩm qua ngã tự nhiên các giả điều đưa ra quan điểm nếu kích thước khối u > 4 cm và giai đoạn u > T3 thì khả năng vỡ khối u trong quá trình phẫu tích và lấy bệnh phẩm qua đó làm phát tán tế bào ung thư ở phẫu trường vì vậy làm tăng nguy cơ tái phát tại chỗ.



### **Chỉ định đưa hồi tràng ra da**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 8 trường hợp có mở thông hồi tràng ra da (4 ca u ở vị trí trực tràng trên và 4 ca u ở vị trí trực tràng giữa). Hiện nay, việc chỉ định đưa hồi tràng ra da hoàn toàn trong phẫu thuật nội soi cắt trước thấp vẫn còn nhiều tranh luận, chưa có chỉ định rõ ràng và chặt chẽ trong việc mở thông hồi tràng sau phẫu thuật này, điều này tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên khi đánh giá khối u trong mổ. Một số tác giả đề nghị chỉ định đưa hồi tràng ra da cần được xem xét khi miệng nối trực tràng thấp hơn 4 cm kể từ rìa hậu môn, đại tràng chưa được chuẩn bị sạch, miệng nối khá căng và nhất là khi phẫu thuật viên chưa có nhiều kinh nghiệm. Nghiên cứu của Võ Tấn Long, PTNS cắt trước thấp có 8 ca (13%) mở thông hồi tràng ra da và trong mổ mở là 15 ca (50%) có mở thông hồi tràng [25]. Theo nghiên cứu của Đỗ Đình Công về vai trò của mở thông hồi tràng trong phẫu thuật nội soi cắt trước thấp, trong 63 trường hợp thì có 29 ca có mở thông hồi tràng ra da và ghi nhận tỷ lệ xì rò của nhóm có mở thông hồi tràng là 10,3 %; nhóm không mở thông có tỷ lệ xì rò là 11,7% và sự khác biệt về tỷ lệ xì rò giữa 2 nhóm này là không có ý nghĩa thống kê [7]. Tác giả Nguyễn Hoàng Bắc, khi nghiên cứu nhóm 53 trường hợp PTNS cắt trước thấp có nối máy trong điều trị ung thư trực tràng thì có 26 trường hợp mở thông hồi tràng ra da và nhóm cắt trước (45 ca) thì có 3 ca có mở thông hồi tràng ra da [4]. Nguyễn Anh Tuấn (2017), PTNS cắt trước thấp 36 ca thì gồm có dẫn lưu hồi tràng ra da 19 ca chiếm tỷ lệ 52,8% [36]. Một nghiên cứu của Eun Jung Park (2016), PTNS cắt trước thấp thì nhóm không có biến chứng (511 ca) có mở thông hồi tràng là 140 ca (27,4%) và nhóm có biến chứng (175 ca) thì có mở thông hồi tràng là 53 ca (30,3%) [120]. Tác giả Fakhry Hussein (2017), nghiên cứu sự tác động mở thông hồi tràng trong PTNS cắt trước thấp ghi nhận trong 203 trường hợp thì có 61 ca có làm mở thông hồi tràng, và tỷ lệ biến chứng toàn bộ nhóm nghiên cứu là 34,5%, trong

đó nhóm có mở thông hồi tràng có tỷ lệ biến chứng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có mở thông hồi tràng (21,3% so với 38,7% với  $p = 0,023$ ) [86]. Tác giả Bakker I.S (2014), nghiên cứu 2585 bệnh nhân phẫu thuật cắt trước thấp thì có tỷ lệ mở thông hồi tràng bảo vệ là 51% và có đưa ra kết luận việc mở thông hồi tràng bảo vệ đưa đến tỷ lệ rò miệng nối thấp hơn, mặc dù vậy là có liên quan tỷ lệ biến chứng cao hơn, thời gian nằm viện kéo dài và tử vong. Một quyết định làm hậu môn nhân tạo bảo vệ nên được tập trung vào những nghiên cứu trong tương lai [48].

Tóm lại, qua nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước thì việc mở thông hồi tràng hay đại tràng trên dòng không làm giảm tỷ lệ xì rò miệng nối nhưng giúp làm giảm các biến chứng do xì rò miệng nối, giảm tỷ lệ mổ lại do xì rò miệng nối vì vậy giảm được hậu quả của xì rò miệng nối. Bên cạnh đó việc mở thông hồi tràng cũng có nhiều biến chứng như viêm da quanh hậu môn nhân tạo, mất nước điện giải, tổn thương thận cấp, nằm viện kéo dài, có thể gặp tắc ruột non và bệnh nhân phải chịu thêm một lần mổ lại để đóng hậu môn nhân tạo điều này sẽ làm tăng thời gian nằm viện và chi phí điều trị [10], [105], [106]. Vì vậy, việc mở thông hồi tràng không nên thực hiện thường quy cần cân nhắc giữa nguy cơ xì rò miệng nối và những vấn đề gặp phải khi mở thông hồi tràng. Những bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ như bệnh nền nặng hay thể trạng kém, ruột được chuẩn bị sạch và đảm bảo các yếu tố an toàn của miệng nối thì không cần mở thông hồi tràng bảo vệ.

### **Cắt trực tràng bằng Endo GIA và Khâu nối máy tự động bằng EEA**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 85 trường hợp đều sử dụng máy cắt tự động Endo-Gia (dùng 1 – 2 băng đạn) để thực hiện cắt thành trực tràng dưới u, trong đó cắt dưới u từ 2 – 5 cm chiếm tỷ lệ cao nhất: 56,5%, đặc biệt những khối u ở vị trí trực tràng giữa cách rìa hậu môn 7 – 8 cm chúng tôi đều phẫu thuật cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt. Trong đó có 10 ca lấy bệnh phẩm qua đường

tự nhiên (hậu môn, âm đạo), thì chúng tôi tiến hành khâu vòng tròn thành trực tràng phía dưới u bằng chỉ vicryl và sau đó dùng dao siêu âm cắt trực tràng dưới mũi khâu đó, mục đích là để dịch phân và tế bào u không rơi vào phẫu trường mổ, rồi dùng pince qua ngã hậu môn hay thành sau âm đạo để lấy u kèm trực tràng ra ngoài. Sau khi cắt bỏ đoạn đại trực tràng kèm u thì và đưa đầu trên đại tràng vào ổ phúc mạc, đầu dưới trực tràng sẽ được cắt lại bằng Endo Gia 60mm. Và tất cả các trường hợp nghiên cứu của chúng tôi đều dùng máy khâu nối tự động bằng EEA (31 mm hoặc 28 mm), không có trường hợp nào chúng tôi khâu tay qua đường hậu môn. Điều này theo chúng tôi vì các khối u trong nghiên cứu đều ở vị trí trực tràng trên và giữa, những u ở vị trí trực tràng giữa không xâm lấn vào cơ thắt hậu môn trực tràng.

Nghiên cứu hồi cứu của Nguyễn Hoàng Bắc, 98 trường hợp ung thư trực tràng được PTNS cắt nối máy, ghi nhận 45 trường hợp cắt trước và 53 trường hợp cắt trước thấp với kết quả là: tỷ lệ biến chứng chung là 21,4 %; xì miệng nối 11,2%, không có trường hợp nào diện cắt có tế bào ác tính, kết luận PTNS cắt nối máy điều trị ung thư trực tràng là phẫu thuật an toàn, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp [4]. Đinh Quang Tâm nghiên cứu hồi cứu 132 trường hợp ung thư trực tràng cách bờ hậu môn từ 5 cm trở lên, thì PTNS cắt trực tràng nối máy là 116 trường hợp (87,8%), 16 trường hợp nối tay (12,2%) có kết quả xì dò miệng nối 9,1%; tỷ lệ tử vong là 0,8% [31]. Tác giả Lê Quang Uy, khi so sánh kỹ thuật cắt nối máy và nối tay trong điều trị ung thư trực tràng thấp và giữa đã đưa ra kết luận không có sự khác biệt nhau về biến chứng và tỷ lệ tử vong giữa khâu nối máy và nối tay. Điều này cho thấy khâu nối máy vẫn có tính an toàn và giúp cho bệnh nhân ung thư trực tràng đoạn thấp có chất lượng cuộc sống tốt hơn sau phẫu thuật [39],[139].

Võ Tấn Long và cộng sự (2011), nghiên cứu 60 ca PTNS và 30 ca phẫu thuật mở cắt đoạn trực tràng nối máy cho các trường hợp ung thư trực tràng cách rìa hậu môn từ 6 – 15 cm, kết quả tỷ lệ biến chứng chung của nhóm PTNS

là 21,6% và mổ mở 30%, tỷ lệ sống còn chung nhóm PTNS và nhóm mổ mở lần lượt là 96,7% và 93,3% [25]. Tác giả Shailesh V Shrikhande (2007), đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư trực tràng ở Ấn Độ (phẫu thuật cắt trước thấp): ảnh hưởng của việc sử dụng dụng cụ cắt và khâu nối tự động (Endo Gia và EEA), qua đó làm tăng khả năng phẫu thuật cắt nối trực tràng đối với những u ở vị trí từ 4 – 15 cm từ bờ hậu môn và bảo tồn cơ thắt làm cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, đặc biệt ung thư trực tràng hay gặp ở người trẻ Ấn Độ thì việc đặt ra phẫu thuật bảo tồn cơ thắt là một sự lựa chọn nhiều hơn trong nhóm này [118],[134].

Như vậy, ngày nay với trang thiết bị và các dụng cụ phẫu thuật nội soi hiện đại giúp cho phẫu thuật viên dễ dàng thao tác, quan sát các cấu trúc giải phẫu vùng tiểu khung một cách rõ ràng, phẫu tích chính xác mạc treo trực tràng theo TME và bờ cắt mạc treo trực tràng đảm bảo về mặt ung thư học, dùng các dụng cụ cắt nối máy tự động ( Endo Gia, EEA) qua đó các khối u ở vị trí trực tràng giữa cách rìa hậu môn 7 – 8 cm được phẫu thuật cắt trước thấp bảo tồn cơ thắt và nối máy giúp cho bệnh nhân được phẫu thuật có chất lượng cuộc sống tốt hơn so với phẫu thuật cắt bán phần cơ thắt hay phẫu thuật Hartmann.

### **Thời gian mổ**

Thời gian mổ phụ thuộc nhiều yếu tố như: vị trí và kích thước khối u, mức độ xâm lấn khối u, độ rộng hẹp của phẫu trường (nam giới thường có khung chậu hẹp hơn nữ giới vì vậy khi phẫu tích trực tràng ở nam thường khó khăn hơn nhiều, đặc biệt những u ở vị trí thấp và xâm lấn), có sử dụng dụng cụ các dụng cụ trang thiết bị màn hình hiện đại hay không (dao siêu âm, dao ligasure, máy cắt và khâu nối tự động, màn hình độ phân giải cao như 4K, 3D...) và điều quan trọng nhất là kinh nghiệm của phẫu thuật viên và ê kíp phẫu thuật [60].

Nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là  $171.06 \pm 24,45$  phút (120 – 270 phút). Kết quả này cũng gần tương đương so với các tác giả trong nước như: Trần Minh Đức (2014), PTNS cắt trước thấp và nối máy

có kết quả thời gian phẫu thuật  $180 \pm 32$  phút [11]. Đinh Quang Tâm (2012), Thời gian mổ trung bình 178,14 phút (65 – 360 phút); Nguyễn Hoàng Bắc (2010), PTNS cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng có thời gian mổ là  $190 \pm 43$  phút (120 – 320 phút). Nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng, thời gian mổ trung bình  $190,5 \pm 25$  phút [4],[9],[31]. Tác giả Võ Tấn Long, có thời gian mổ PTNS dài hơn:  $217 \pm 67$  phút (110 – 360 phút) so với mổ mở là  $176 \pm 48$  phút (90 – 265 phút) sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0.05$ ) [25]. Tác giả nước ngoài như: Zihai Ding ( $271,2 \pm 56,2$  phút); Sheidbach là 208 phút; theo Chen C.C và cộng sự là 175 phút (105 – 305 phút) [5], [77]; Ramiz S. Mukhtar (2017) có thời gian mổ trung bình là  $126 \pm 18$  phút [111]. Một nghiên cứu của Qian Lin Zhu, 132 trường hợp PTNS cắt trước thấp ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình  $106,33 \pm 42,45$  phút (55 – 210 phút), và lượng máu mất trong mổ  $49,02 \pm 56,5$  ml (5 – 200 ml) [156].

Theo nghiên cứu của một số tác giả, không có sự tương quan giữa kích thước khung chậu và thời gian mổ mà những yếu tố chủ yếu là u lớn, BMI cao, kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Nhưng một nghiên cứu khác của tác giả Chu Wang và cộng sự (2014), các yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến thời gian PTNS cắt trước thấp bao gồm: kích thước ngang của khung chậu, BMI, khoảng cách giữa xương cùng và khớp mu [71],[115],[147].

### **4.3.2. Kết quả sau mổ**

#### ***4.3.2.1. Đau sau mổ, thời gian trung tiện, thời gian ăn uống lại sau mổ, thời gian nằm viện***

Những nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước đều cho rằng trong PTNS trong điều trị ung thư trực tràng thì có những ưu điểm như giảm đau sau mổ, thời gian trung tiện và ăn uống lại sau mổ cũng như thời gian nằm viện ngắn ngày hơn so với mổ mở. Điều này cũng phù hợp vì với những tiến bộ về trang thiết bị cũng như các dụng cụ PTNS và các trocar kích thước nhỏ: 3 mm,

5 mm, 10 mm chúng ta chỉ mở những lỗ nhỏ trên thành bụng nhưng phẫu trường mở trong ổ bụng lớn hơn và dưới quan sát của camera có độ phóng đại từ 3 – 5 lần giúp cho phẫu thuật viên phẫu tích một cách chính xác và tránh làm tổn thương các tạng lân cận và giúp làm giảm các tai biến và biến chứng sau mổ so với mổ mở. Ngoài ra với những trường hợp lấy bệnh phẩm qua ngã tự nhiên (hậu môn, âm đạo) thì bệnh nhân không có vết mổ nhỏ trên thành bụng để lấy bệnh phẩm, qua đó giúp bệnh nhân giảm đau nhiều, giảm tắc ruột sớm do dính sau mổ, hồi phục nhanh hơn và làm giảm thời gian nằm viện [127].

Khi so sánh với các tác giả khác chúng tôi có kết quả gần tương đương:

**Bảng 4.2. Thời gian trung tiện, thời gian ăn uống lại và thời gian nằm viện**

Tác giả	Thời gian trung tiện (ngày)	Thời gian ăn uống lại (ngày)	Thời gian nằm viện (ngày)
Trần Minh Đức [11]	2,09 ± 0,21	3,23 ± 0,16	8,1 ± 3,6
Nguyễn Hoàng Bắc [4]	2,4 ± 0,8		8,5 ± 3,1
Lâm Việt Trung [34]	1 -2		7,2 ± 3
NC Chúng tôi	1 – 2	4,85 ± 1,13	11,5 ± 5,17

Thời gian nằm viện là một trong những vấn đề quan trọng đối với bệnh nhân và thầy thuốc nói riêng cũng như đối với xã hội nói chung. Đó là một trong những mục tiêu quan trọng mà tất cả các phương pháp phẫu thuật mới áp dụng trong điều trị bệnh điều phải đặt ra ngoài vấn đề đảm bảo ung thư học vì nó ảnh hưởng đến kinh phí nằm viện, sức lao động của mỗi bệnh nhân và đóng góp vào kinh tế của xã hội. Vì lẽ đó, ngày càng đặt ra cho phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp điều trị mới, hiện đại ngoài đảm bảo về mặt ung thư học nhưng phải làm giảm thời gian nằm viện cho bệnh nhân. Nhiều nghiên cứu đều cho thấy nhóm PTNS cắt trước thấp đều có thời gian nằm viện ngắn hơn so với mổ mở, sự khác biệt này là có ý

nghĩa thống kê [77],[103]. Nghiên cứu của Võ Tấn Long (2011), thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $8 \pm 2$  ngày (5 – 14 ngày) trong nhóm PTNS, với nhóm mổ mở là  $8,3 \pm 1,6$  ngày (4 – 16 ngày) [25]. Kang et al, thời gian nằm viện 8 ngày (PTNS) và 9 ngày (mổ mở); Zhou et al, thời gian nằm viện 8,1 ngày (PTNS) và 13,3 ngày (mổ mở); Lujan et al, thời gian nằm viện là 8,2 ngày (PTNS) và 9,9 ngày (mổ mở); Braga et al, thời gian nằm viện là 10 ngày (PTNS) và 13 ngày (mổ mở); Staudacher et al, thời gian nằm viện 10 ngày (PTNS) và 12 ngày (mổ mở) [143].

#### ***4.3.2.2. Tai biến và các biến chứng trong phẫu thuật, tỷ lệ chuyển mổ mở và mổ lại***

Trong phẫu thuật nói chung và phẫu thuật ung thư trực tràng nói riêng đều có thể xảy ra những tai biến và biến chứng trong và sau mổ. Trước đây khi các phẫu thuật vùng trực tràng chưa có PTNS thì những tai biến xảy ra với tỷ lệ và mức độ trầm trọng cao hơn nhiều so với PTNS. Ngày nay, nhờ có sự hỗ trợ hệ thống nội soi hiện đại phóng đại các cấu trúc giải phẫu lên nhiều lần và các dụng cụ trong mổ nội soi có thể thao tác dễ dàng ở vùng khung chậu hẹp, các dao cắt đốt cầm máu tốt như dao siêu âm, dao ligasure nhờ vậy trong quá trình phẫu tích chính xác các vị trí nên tránh tổn thương các mạch máu như đám rối tĩnh mạch trước xương cùng, bó mạch thần kinh vùng hạ vị, niệu quản vùng chậu và đặc biệt giữ được mạc riêng của trực tràng trong quá trình phẫu tích cắt toàn bộ mạc treo trực tràng. Những tai biến thường gặp trong mổ PTNS cắt trực tràng điều trị ung thư như: chảy máu đám rối tĩnh mạch trước xương cùng, tổn thương niệu quản vùng chậu, bàng quang, niệu đạo tiền liệt tuyến, tổn thương đám rối thần kinh chậu hạ vị gây rối loạn niệu dục...

##### **- Tai biến trong mổ:**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có tai biến nào xảy ra trong mổ mà phải chuyển mổ mở, lượng máu mất trong mổ là không đáng kể (tối đa là

100 ml). Các nghiên cứu của các tác giả khác về tai biến trong PTNS cắt trước thấp trong ung thư trực tràng:

Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc (2010), PTNS cắt nối máy điều trị ung thư trực tràng gồm 98 trường hợp có những tai biến: 1 ca rách niệu quản trái ở vị trí bất chéo mạch chậu; 1 ca cắt đứt thần kinh hạ vị trái; và 1 trường hợp bị kẹt dao cắt endo Gia không thể cắt hết trực tràng và phải gỡ bằng tay và khâu tăng cường mồm cắt bằng nội soi [4]. Đinh Quang Tâm và cộng sự (2012), gồm 132 bệnh nhân PTNS điều trị ung thư trực tràng cách bờ hậu môn từ 5 cm trở lên thì không gặp phải tai biến trong mổ [31]. Nghiên cứu của Lê Quang Ly về kỹ thuật khâu nối máy trong ung thư trực tràng cách bờ hậu môn từ 5 – 10 cm gồm 26 ca thì có tai biến 2 ca: 1 ca vòng cắt trực tràng không toàn vẹn, 1 ca bị xoắn vặn đại tràng sau khi nối (chuyển nối tay) [39]. Theo nghiên cứu của Phạm Như Hiệp (2014) về PTNS cắt ung thư trực tràng ghi nhận 11 ca tai biến trong mổ: tổn thương niệu quản (1 ca), tổn thương niệu đạo (4 ca), bàng quang (1 ca) và chảy máu (5 ca) nhưng các tai biến thương gặp chủ yếu trong phẫu thuật Miles nội soi do u to và giai đoạn xâm lấn T4 [14]. Noel J và cộng sự tổng hợp các nghiên cứu ở Mỹ, châu Âu, châu Á nhận thấy lượng máu mất và truyền máu trong mổ nội soi thấp hơn mổ mở [4].

**- Biến chứng sau mổ, tỷ lệ mổ lại và tỷ lệ tử vong.**

Chúng ta biết rằng PTNS cắt trước thấp trong điều trị ung thư trực tràng là một phẫu thuật khó và phức tạp, đòi hỏi phẫu thuật viên có trình độ kỹ thuật cao và là phẫu thuật viên chuyên về đại trực tràng, khi đó sẽ làm giảm các biến chứng sau mổ. Những biến chứng hay gặp trong loại phẫu thuật này như: xì dò miệng nối, chảy máu trong ổ phúc mạc, tắc ruột sớm sau mổ, chảy máu miệng nối... Trong đó biến chứng hay gặp nhất là xì rò miệng nối, là mối quan tâm lớn nhất trong phẫu thuật ung thư trực tràng quyết định thành công hay thất bại của phẫu thuật. Đặc biệt là trong phẫu thuật nội soi cắt trước thấp, biến chứng này có thể dẫn đến tình trạng nặng nề cho bệnh nhân như: áp xe tiêu khung, viêm



phức mạc, sóc nhiễm trùng và có thể gây tử vong cho bệnh nhân nếu không xử trí kịp thời [35],[98].

Xì rò miệng nối đại trực tràng là một trong những yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ tái phát tại chỗ, tái phát vùng và làm giảm thời gian sống thêm của bệnh nhân. Ngoài ra còn làm tăng chi phí và thời gian điều trị, kéo dài thời gian nằm viện của bệnh nhân. Tỷ lệ xì rò miệng nối khác nhau giữa các tác giả, điều này cũng có thể lý giải tùy thuộc vị trí u, giai đoạn u, kỹ thuật mổ, có xạ trị trước mổ hay không, và quan trọng nhất là kinh nghiệm của phẫu thuật viên đánh giá trong quá trình mổ và thực hiện miệng nối. Miệng nối phải đảm bảo các tiêu chuẩn như không căng, miệng nối tưới máu tốt và kiểm tra đánh giá không xì. Trong trường hợp cần thiết phải đưa hồi tràng ra da để bảo vệ miệng nối đặc biệt là những miệng nối thấp, có xạ trị trước mổ, bệnh nhân không được chuẩn bị đại tràng sạch và thể trạng dinh dưỡng không tốt [44],[59],[86].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng xì rò miệng nối có 7 ca và 1 ca thủng hồng tràng ở vị trí gờ dính ruột non ngay vết mổ cũ hố chậu phải do ruột thừa viêm nhưng chỉ có 4 ca là mổ lại chiếm tỷ lệ (4,7%) do viêm phúc mạc toàn thể: trong đó 2 ca mổ phá miệng nối đại trực tràng, đóng đầu dưới và làm hậu môn nhân tạo đầu trên (phẫu thuật Hartmann); 1 ca khâu lại vị trí rò miệng nối và mở thông hồi tràng ra da; 1 ca xì rò hồng tràng được khâu lại vị trí xì rò; còn 4 ca xì rò miệng nối được điều trị nội khoa bảo tồn thành công. Chúng tôi có 1 ca tắc ruột sớm sau mổ và được điều trị nội khoa. Không có ca nào tử vong sau mổ với tỷ lệ 0% và tỷ lệ chuyển mổ mở là 0%. Khi so sánh các biến chứng và tỷ lệ mổ lại, tử vong của các tác giả trong và ngoài nước:

**Tác giả trong nước:**

**Bảng 4.3. Biến chứng và tỷ lệ mổ lại tử vong**

Tác giả	Nhiễm trùng vết mổ (%)	Xi rò miệng nối (%)	Tắc ruột sau mổ (%)	Mổ lại (%)	Tử vong (%)
Trần Ngọc Dũng [9]	6,5	4,8	1,6	1,6	0
Trần Minh Đức [11]	8	4		4	0
Võ Tấn Long [25]	3,3	1,7	1,7	3,3	0
Đình Quang Tâm [31]	28,8	9,1	0,8	6,8	0,8
Nguyễn Hoàng Bắc [4]	1,9	11,3	3,8	5,1	1
Chúng tôi	14,1	8,2	1,2	4,7	0

**Tác giả nước ngoài**

**Bảng 4.4. Biến chứng và tỷ lệ chuyển mổ mở và tử vong [143]**

Tác giả	Rò miệng nối (%)	Nhiễm trùng vết mổ (%)	Chuyển mổ mở (%)	Tử vong (%)
Kang et al	1,2	1,2	1,2	0
Braga et al	9,6	7,2	7,2	1,2
Lujan et al	6	0	7,9	1,9
Ng et al	1,3	6,6	9,8	2,6

**Bảng 4.5. Biến chứng rò miệng nối, tỷ lệ chuyển mổ mở [90],[94].**

Tác giả	Chuyển mổ mở (%)	Rò miệng nối (%)	Mổ lại (%)	Tử vong (%)
Lelong et al (104 ca)	15	11	8,7	1
Braga et al (83 ca)	7,2	9,6	7,2	1,2
Staudacher et al (226 ca)	6,1	14,8	6,6	0
Rezvani (60 ca)	6,6		3,2	1,6

Một nghiên cứu của tác giả Shubang Cheng (2019), phân tích các yếu tố nguy cơ gây xì rò miệng nối trong phẫu thuật cắt trước thấp do ung thư (188 ca) ghi nhận: hóa xạ trị trước mổ ( $p = 0,04$ ), vị trí u ở giữa ( $p = 0,04$ ); phương pháp nối (khâu tay, khâu máy) với  $p < 0,01$ ; chảy máu trong mổ  $\geq 400$  ml ( $p < 0,01$ ); hút thuốc ( $p < 0,01$ ); bệnh đái đường ( $p < 0,01$ ) là có ý nghĩa thống kê liên quan với dò miệng nối [67]. Tác giả Kevin Phan và cộng sự (2019), nghiên cứu đa trung tâm về vấn đề làm hậu môn nhân tạo có làm giảm rò miệng nối và cần mổ lại sau PTNS cắt trước thấp hay không? Kết luận của nghiên cứu: có thể giảm tỷ lệ rò miệng nối và mổ lại nhưng không làm tăng nguy cơ tử vong và các biến chứng khác [67], [119]. Nghiên cứu của chúng tôi khi phân tích các yếu tố liên quan với việc mở thông hồi tràng sau phẫu thuật thì kết quả là vị trí u và giai đoạn bệnh liên quan đến việc mở thông hồi tràng là không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,436$  và  $p = 0,588$ ).

### **Thái độ xử trí xì rò miệng nối đại trực tràng**

Biến chứng xì rò miệng nối là một biến chứng nặng, có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân. Việc đánh giá đúng tình trạng dò miệng nối, mức độ và biến chứng của nó có gây tình trạng viêm phúc mạc toàn thể hay không. Chúng ta cần dựa vào khám lâm sàng và theo dõi sát tình trạng của bệnh nhân và các thông số mạch, nhiệt, huyết áp và xét nghiệm công thức máu, siêu âm bụng, CT scanner bụng... để quyết định điều trị nội khoa bảo tồn hay phẫu thuật cấp cứu. Nếu bệnh nhân có biến chứng viêm phúc mạc thì phải quyết định mổ lại ngay, không để bệnh nhân bị dấu hiệu choáng do nhiễm trùng nhiễm độc vì lúc này bệnh nhân tử vong rất cao ngay cả khi tiến hành mổ cấp cứu lúc này [78].

Một nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc, về vai trò của PTNS trong xử trí biến chứng của PTNS trực tràng ghi nhận: trong 5 trường hợp mổ lại thì thực hiện thành công PTNS 4 trường hợp; trường hợp còn lại do vì chẩn đoán muộn và ruột chướng nhiều hơi nên phải chuyển mổ mở. Trong đó các trường hợp mổ lại khi tiếp cận được miệng nối, khâu lại miệng nối kết hợp mở thông hồi tràng hoặc đại tràng ngang ra da. Các nghiên cứu cũng cho thấy nếu xì miệng nối mà huyết động ổn định, miệng nối bị khiếm khuyết ít ( $< 1$ cm hoặc

1/3 chu vi ruột) thì có thể khâu phục hồi và mở thông hồi tràng hoặc làm hậu môn nhân tạo trên dòng [5],[151].

Nghiên cứu của Trần Minh Đức (2014), có 4 trường hợp (4%) bị xì rò miệng nối trong 100 bệnh nhân được PTNS cắt trước thấp và nối máy. Các trường hợp này đều được mổ lại để rã miệng nối đưa ra làm hậu môn nhân tạo [11]. Đinh Quang Tâm và cộng sự (2012), trong 132 ca PTNS điều trị ung thư trực tràng cách bờ hậu môn trên 5 cm có 12 ca xì rò miệng nối trong đó: 3 ca điều trị nội khoa thành công, 9 ca phải mổ lại (5 ca phải rã miệng nối và đưa 2 đầu ra làm hậu môn nhân tạo, 3 ca làm phẫu thuật Hartmann và 1 ca làm phẫu thuật Miles) [31]. Tác giả Arezzo và cộng sự nghiên cứu điều trị xì miệng nối không cần phẫu thuật và ông báo cáo 3 trường hợp điều trị thành công [11].

Như vậy theo chúng tôi, khi bệnh nhân có tình trạng viêm phúc mạc nặng và có dấu hiệu huyết động thay đổi thì phải tiến hành mổ lại rã miệng nối và làm hậu môn nhân tạo, rửa sạch ổ phúc mạc. Chúng ta cần phải rút ngắn thời gian mổ cho bệnh nhân và hồi sức tích cực sau mổ, một điều quan trọng là cần một phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

#### **4.3.3 Kết quả mô bệnh học sau mổ**

**Về đại thể:** Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất 44,7 %, thể loét sùi chiếm 40,0 %; đặc biệt chúng tôi có 4 trường hợp polype thoái hóa ác tính chiếm 4,7%. Như vậy, đối với những bệnh nhân bị polype trực tràng cần phải phát hiện sớm qua nội soi và tiến hành cắt polype qua nội soi và làm giải phẫu bệnh. Những polype không có cuống và chân đế rộng, bề mặt sần sùi thì nguy cơ ác tính hóa cao, ngoài nội soi trực tràng chúng ta cần làm thêm các xét nghiệm khác như CT scanner trực tràng, MRI tiểu khung để đánh giá sự xâm lấn của polype.

**Về vi thể và độ biệt hóa của u:** Trong nhóm của chúng tôi gặp chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến (95,2%); UTBM tuyến nhầy 2,4% và tuyến nhú 1,2%; và độ biệt hóa của tế bào ung thư hay gặp là biệt hóa tốt (73,8%), tế bào biệt hóa kém chỉ có 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 1,2%.

Trong bệnh lý ung thư nói chung và ung thư trực tràng nói riêng thì tế

bào biệt hóa kém có tiên lượng xấu nhất vì mức độ xâm lấn và di căn nhanh trong loại tế bào này. Khi so sánh các nghiên cứu về mô bệnh học trong bệnh lý ung thư trực tràng được phẫu thuật của các tác giả khác thì tương đương với kết quả của chúng tôi. Theo tác giả Trần Minh Đức, PTNS 100 bệnh nhân ung thư trực tràng có tỷ lệ UTBM tuyến là 100% [11]. Võ Tấn Long (2011), gồm 60 ca PTNS cắt đoạn trực tràng nối máy trong ung thư trực tràng có kết quả giải phẫu bệnh: UTBM tuyến (96,7%); UTBM tuyến nhầy (3,3%). Nghiên cứu của Đỗ Đình Công, trong PTNS điều trị ung thư trực tràng ghi nhận kết quả về độ biệt hóa của khối u: Tốt (30,4%); Vừa (63,0%) và Kém (6,5%) [8]. Đinh Quang Tâm, kết quả ghi nhận: UTBM tuyến biệt hóa tốt (26,5%), vừa (65,9%) và kém (6,8%), carcinome tế bào nhầy là 0,8% [31].

Nghiên cứu của Qian-Lin Zhu và cộng sự (2010), PTNS cắt trước thấp 132 bệnh nhân ung thư trực tràng, có giải phẫu bệnh: UTBM tuyến 42,4%; tuyến nhú 23,5%; tuyến ống 27,3%; và tuyến nhầy là 6,8% [156]. Tác giả Eun Jung Park (2016), nghiên cứu 686 bệnh nhân được PTNS ung thư trực tràng có kết quả ghi nhận về độ biệt hóa tế bào ung thư: Tốt (24,6%); Vừa (72,2%); Kém (1,2%) và nhầy (2%) [120].

#### **4.3.4. Giai đoạn bệnh sau mổ**

Chúng tôi chia giai đoạn bệnh theo phân loại giai đoạn ung thư của UICC (2010). Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, ung thư giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất (49,4%); giai đoạn III (30,6%) và giai đoạn I (20,0%). Như vậy đa số nhóm bệnh nhân của chúng tôi là ở giai đoạn tiến triển (II,III) nên sau mổ triệt căn về mặt ung thư bệnh nhân được điều trị hóa xạ trị phối hợp khi u ở giai đoạn u xâm lấn T3, T4 hoặc hạch di căn N1, N2. Do đó khi mổ cho những bệnh nhân ở giai đoạn càng sớm thì tiên lượng về tỷ lệ tái phát và tỷ lệ sống thêm sau mổ cao hơn so với u ở giai đoạn tiến triển.

So sánh các nghiên cứu của các tác giả khác về giai đoạn bệnh ung thư trực tràng được PTNS:

**Bảng 4.6. Giai đoạn bệnh ung thư trực tràng theo các tác giả**

<b>Tác giả</b>	<b>Giai đoạn I</b>	<b>Giai đoạn II</b>	<b>Giai đoạn III</b>	<b>Giai đoạn IV</b>
Đình.Q. Tâm [31]	2,6%	14,5%	72,7%	9,1%
Võ Tấn Long [25]	16,7%	40%	43,3%	0%
Phạm Như Hiệp [14]	6,79%	28,51%	61,09%	3,61%
Đỗ Đình Công [8]	2,2%	71,7%	26,1%	0%
Park E.J [120]	43,2%	25,9%	30,9%	0%
Bonjer H.jaap [50]	33%	25,6%	33,3%	0,6%
Zihai Ding [77]	40%	30%	25%	0%

Ngày nay, với sự phát triển trang thiết bị hiện đại và trình độ phẫu thuật viên ngày càng hoàn thiện thì những hợp khối u xâm lấn T4 nhưng vẫn PTNS thành công. Theo các tác giả nước ngoài vẫn áp dụng PTNS điều trị ung thư trực tràng trong giai đoạn T4 mà trước đây chống chỉ định mổ nội soi. Nghiên cứu của Tác giả C.A. Sartori: tỷ lệ mổ nội soi u T4 là 12,1%; tỷ lệ PTNS cao nhất là ở T2 (39,3%), T3 (29,9%), T1 (18,7%) [31].

#### **4.3.5. Tái phát tại chỗ - tại vùng và điều trị hỗ trợ sau mổ**

Trong 85 trường hợp nghiên cứu của chúng tôi, qua theo dõi sau phẫu thuật có 5 trường hợp tái phát tại chỗ với tỷ lệ 5,9%. Một trong những yếu tố để đánh giá thành công của phương pháp mổ là tỷ lệ tái phát thấp và tỷ lệ sống thêm sau mổ tốt hơn, có nhiều yếu tố liên quan đến tỷ lệ tái phát tại chỗ - tại vùng trong PTNS cắt trực tràng điều trị ung thư như: mức độ xâm lấn u, độ biệt hóa của tế bào ung thư, và yếu tố quan trọng liên quan đến kỹ thuật mổ là cắt toàn bộ mạc treo trực tràng theo TME và bờ cắt chu vi mạc treo an toàn > 1mm. Đối với những khối u ở vị trí trực trên thì phải cắt mạc treo trực tràng dưới u ít nhất là 5 cm và cắt trực tràng dưới u ít nhất 2 cm để đảm bảo về mặt ung thư học, qua đó giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ - tại vùng [146]. Ngoài ra một vấn đề cần được chú ý quan tâm là đối với ung thư trực tràng thì giai đoạn nào cần được xạ hóa trước mổ hay xạ trị ngăn ngày trước mổ và lợi ích đạt được gì so với phẫu thuật rồi xạ hóa sau mổ. Trên thực tế những trung tâm lớn nghiên cứu về ung thư học như của Châu Âu hay Mỹ có những chiến lược và quan điểm điều

trị cũng khác nhau. Theo Hiệp hội ung thư học châu Âu (ESMO) những u trực tràng vị trí trên và giữa, giai đoạn u T2 - T3; N1 - N2; mạc cân mạc treo trực tràng còn rõ ràng và u không xâm lấn mạch máu ngoại biên thì chọn lựa phẫu thuật TME trong hầu hết các trường hợp và quan trọng là chất lượng TME tốt và sẽ dựa vào giải phẫu bệnh sau mổ để có chỉ định xạ hóa trị đúng giai đoạn. Những u trực tràng cách bờ hậu môn  $> 12$  cm (u ở trên nếp phúc mạc) thì chiến lược điều trị giống như bệnh lý ung thư đại tràng vì khi đó xạ trị trước mổ hay xạ hóa trước mổ không có hiệu quả, và kết quả tốt (tỷ lệ sống không mắc bệnh và thời gian sống thêm sau mổ) là phụ thuộc phẫu thuật đảm bảo về mặt ung thư học như chất lượng tốt của TME và bờ cắt chu vi mạc treo trực tràng âm tính, diện cắt dưới u âm tính, tỷ lệ vét hạch mạc treo tối thiểu là 12 hạch [82]. Nhưng theo mạng lưới ung thư học quốc gia Mỹ, thì không phân biệt u trực tràng ở vị trí nào, nếu đánh giá chính xác giai đoạn u trước mổ T3, T4 hoặc N+: tất cả bệnh nhân phải chụp CT scanner ngực - bụng và MRI tiểu khung để đánh giá chính xác mức độ xâm lấn u (T), xâm lấn mạch máu và di căn hạch mạc treo vùng, chu vi bờ cắt mạc treo trực tràng (CRM). Khi đó mới có chỉ định hóa xạ trước mổ hoặc xạ trị ngắn ngày trước mổ và đánh giá lại giai đoạn của khối u (CT và MRI) trước khi phẫu thuật để chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp. Nếu phẫu thuật cắt bỏ được u, căn cứ vào giải phẫu bệnh sau mổ, kết quả u ở giai đoạn T3, T4 hoặc N+ thì dùng phác đồ hóa trị liệu để tiếp tục điều trị cho bệnh nhân sau mổ. Và theo nghiên cứu của Hiệp hội ung thư học Châu Âu và Mỹ thì xạ hóa trước mổ có thể làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ nhưng không làm thay đổi thời gian sống thêm sau mổ, ngoài ra xạ trị trước mổ dễ làm tổn thương ruột non cũng như gây rối loạn chức năng đại tiện sau mổ [82],[113]. Nghiên cứu của chúng tôi là điều trị đối với ung thư trực tràng trên, giữa và áp dụng chiến lược điều trị theo ESMO. Trong đó chúng tôi có 1 ca u ở giai đoạn sau mổ là T4a nhưng trước mổ bệnh nhân vào viện với triệu chứng bán tắc ruột, nội soi trực tràng và CT scanner bụng xác định u ở vị trí trực tràng cao giai đoạn T3 gây hẹp lòng hoàn toàn trực tràng, chúng tôi tiến hành được PTNS cắt

trực tràng trước thấp và sau đó hóa xạ trị sau mổ. Kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước về tỷ lệ tái phát tại chỗ trong PTNS điều trị UTTT:

**Bảng 4.7. Tỷ lệ tái phát tại chỗ của các tác giả**

Tác giả	Tỷ lệ tái phát tại chỗ (%)/ thời gian
Võ Tấn Long [25]	3,3 (2 năm)
Đỗ Đình Công [8]	13 (3 năm)
Mai Đình Điều [10]	7,8 (5 năm)
Leroy.J [100]	6 (5năm)
Staudacher et al [90]	6,1 (5 năm)
Gillou et al [90]	9,7 ( 3 năm)
Ng et al [143]	5 (7 năm)
Jayne et al [143]	9,4 (5 năm)

Nghiên cứu tổng hợp của tác giả Shigeo Toda và cộng sự đã thống kê tỷ lệ tái phát tại chỗ giữa PTNS và mổ mở trong điều trị ung thư trực tràng: Araujo et al ( 0% so với 13%); Bragal et al (4% so với 5,2%); Lujan et al (4,8% so với 5,3%), Jayne et al (9,4% so với 7,6%) [143]. Và một nghiên cứu ngẫu nhiên khi so sánh giữa PTNS và mổ mở trong ung thư trực tràng, kết quả là tỷ lệ tái phát tại chỗ trong PTNS (4,3%) thấp hơn trong mổ mở (6,3%); nhưng tỷ lệ này khác nhau tùy thuộc vị trí u: u ở trực tràng trên (3,0% so với 3,9%); u trực tràng giữa (5,7% so với 4,1%) và u trực tràng dưới (3,8% so với 12,7%) [50],[104]. Ngày nay với những ưu thế trong PTNS nhờ trang thiết bị dàn nội soi 4K, 3D và các dụng cụ mổ nội soi tốt, giúp cho phẫu thuật viên phẫu tích vùng mạc treo trực tràng và bờ cắt chu vi mạc treo chính xác tránh phá vỡ mạc treo trực tràng và giới hạn cắt an toàn về mặt ung thư học nên tỷ lệ tái phát trong PTNS thấp hơn so với mổ mở.

#### **4.3.6. Thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ và sống thêm theo giai đoạn bệnh**

##### **- Thời gian sống thêm toàn bộ nhóm**

Đối với một phương pháp điều trị trong bệnh lý ung thư thì thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ là một tiêu chuẩn rất quan trọng để đánh giá sự



thành công hay thất bại của phương pháp đó. Thời gian theo dõi sau mổ càng dài thì sự nghiên cứu của phương pháp đó càng có giá trị, đặc biệt khi đánh giá thời gian sống thêm sau mổ sau 3 năm, 5 năm... Trong PTNS cắt trực tràng trước thấp có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm như: giai đoạn bệnh, độ biệt hóa tế bào ung thư, kỹ thuật đúng của phương pháp mổ, phẫu thuật triệt căn hay không và một yếu tố cũng quan trọng là điều trị hỗ trợ hóa xạ trị sau mổ (đối những bệnh nhân mà giai đoạn sau mổ có chỉ định điều trị hỗ trợ phối hợp).

Qua nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sống thêm dự đoán toàn bộ nhóm (phân tích theo Kaplan Meier): sau 3 năm là 85% và sau 5 năm là 45%. Vì trong nhóm bệnh nhân của nghiên cứu thì đa phần là người lớn tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ 60% trong đó độ tuổi từ 61 – 80 chiếm 50,6% và > 80 tuổi là 9,4%. Bệnh nhân thường có các bệnh lý mạn tính kèm theo, do đó sau 5 năm bệnh nhân có thể tử vong không phải do bệnh ung thư mà có thể do sức khỏe già yếu và bệnh mạn tính khác. Khi so sánh thời gian sống thêm toàn bộ của các tác giả khác, thì chúng ta có kết quả như sau:

**Bảng 4.8. Thời gian sống thêm toàn bộ của các tác giả**

Tác giả	Thời gian sống thêm	
	3 năm (%)	5 năm (%)
Đỗ Đình Công [8]	76,1	
Mai Đình Điều [10]		84,2
Leroy [100]		65
Jayne et al [131]	74,6	60,3
Gillou [124]	74,6	
Lujan et al [143]		72,1
Bianchi [47]	81,4	
Chúng tôi	85	45

**- Thời gian sống thêm theo giai đoạn bệnh**

Giai đoạn bệnh là yếu tố rất quan trọng ảnh hưởng trực tiếp đến thời gian sống thêm sau mổ của nhóm. Nếu bệnh nhân ở giai đoạn bệnh tiến triển và

muộn thì tiên lượng sống thêm sau mổ sẽ ngắn hơn so với nhóm bệnh ở giai đoạn sớm. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả sống thêm theo giai đoạn là: sau 3 năm (giai đoạn I: 75%; giai đoạn II: 95%; giai đoạn III: 82%) gần tương đương với các tác giả khác và sau 5 năm (giai đoạn I: 54%; giai đoạn II: 39% và giai đoạn III: 27%). So sánh với các nghiên cứu với các tác giả khác: Phạm Đức Huân [20] thời gian sống thêm sau 3 năm (giai đoạn I: 100%; giai đoạn II: 94,1% và giai đoạn III: 70,9%). Strohleim [124] có kết quả sau 3 năm (giai đoạn I: 85,4%; giai đoạn II: 66,7% và giai đoạn III: 60,1%). Tác giả Park E.J, có kết quả sau 3 năm (giai đoạn I: 98,1%; giai đoạn II: 89% và giai đoạn III: 83%) [120]. Nghiên cứu của Đỗ Đình Công (2011), tỷ lệ sống thêm tích lũy theo thời gian sau 3 năm là giai đoạn II: 72,7% và giai đoạn III: 66,7% [8].

#### **4.3.7. Sống thêm không mắc bệnh sau mổ**

Thời gian sống thêm không mắc bệnh sau mổ là thời gian mà bệnh nhân sau khi điều trị không có tái phát tại chỗ - tại vùng và di căn xa. Qua nghiên cứu của chúng tôi, có 85 trường hợp thì có 5 ca tái phát tại chỗ và 2 ca di căn gan, tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh (được tính theo Kaplan Meier) sau 3 năm là 87% và sau 5 năm là 79%. Một nghiên cứu tổng hợp của Charles Thorn C.C và cộng sự (2011) cho kết quả tỷ lệ sống không mắc bệnh sau PTNS cắt trực tràng do ung thư: Jayne et al là 70,9% (3 năm) và Leung et al là 75,3% (5 năm); Lujan et al là 84, 8% (5 năm) [69].

### **4.4. CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN SAU MỔ**

#### **4.4.1. Thang điểm hội chứng cắt trước thấp LARS score**

Kết quả điều trị ung thư trực tràng có những tiến bộ đáng kể trong vòng 20 năm qua với việc tăng tỷ lệ sống thêm sau mổ và tái phát và đặc biệt là tái phát tại chỗ. Ngày nay với những tiến bộ khoa học kỹ thuật và trang thiết bị hiện đại đã áp dụng những phương pháp phẫu thuật bảo tồn cơ thắt, cắt cơ thắt bán phần, cắt gian cơ thắt trong điều trị ung thư trực tràng và đặc biệt là ung thư trực tràng dưới, tránh việc phẫu thuật Miles làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn nhưng bên cạnh đó chúng ta chấp nhận một thực tế đó là rối loạn chức năng ruột như là kết quả tất yếu [145]. Các triệu chứng về chức năng ruột xuất

hiện sau phẫu thuật cắt trước thấp bảo tồn cơ thắt tập hợp lại tạo thành hội chứng cắt trước thấp và được đánh giá theo thang điểm của hội chứng này (với bộ câu hỏi theo LARS score). Hội chứng cắt trước thấp bao gồm gia tăng vận động của ruột: tần suất thường xuyên, đi lỏng liên tục, sự đóng khuôn phân, sự khẩn cấp trong đại tiện, không kiềm chế được đại tiện [49],[62],[66],[73].

Nhiều nghiên cứu của các tác giả thế giới về những yếu tố ảnh hưởng làm xuất hiện hội chứng cắt trước thấp và mức độ của hội chứng này được đánh giá theo thang điểm: 0 - 20 điểm (không có hội chứng trước thấp); 21 – 29 điểm (hội chứng trước thấp nhẹ); 30 – 42 điểm (hội chứng trước thấp nặng) [63],[84].

Tác giả Rajendra S. (2019), Dulskas Audrius (2020) nghiên cứu về những yếu tố gây nên hội chứng cắt trước thấp bao gồm: tổn thương cấu trúc và chức năng của cơ thắt trong và ngoài ống hậu môn, vùng chuyển tiếp hậu môn, mất chức năng chứa phân của trực tràng, làm tăng vận động của đại tràng, tổn thương hệ thống thần kinh tự động vùng hạ vị, xạ trị trước mổ vùng trực tràng ...[76],[123].

Miacci F.L.C và cộng sự (2019), nghiên cứu về những yếu tố nhận biết được hội chứng trước thấp, qua đó giúp chẩn đoán và điều trị sớm hội chứng này. Trong 64 bệnh nhân nghiên cứu thì có 20 bệnh nhân (32,26%) có LARS, triệu chứng phổ biến nhất được ghi nhận là đại tiện không hoàn toàn (60%) và khẩn cấp (55%). Trong phân tích đơn biến: khoảng cách miệng nối đến bờ hậu môn < 6,5 cm ( $p < 0,001$ ), hóa xạ trước mổ ( $p = 0,0014$ ), mở thông hồi tràng ( $p = 0,0023$ ) là một dự báo của hội chứng cắt trước thấp [110]. Theo Alberto Carrillo (2015), chất lượng cuộc sống của bệnh nhân là có ảnh hưởng khi bệnh nhân có hội chứng cắt trước thấp, phương pháp mổ cắt toàn bộ trực tràng kèm TME và loại miệng nối (nối tận – tận, tận – bên, nối kiểu J pouch) là yếu tố chính liên quan điểm số của hội chứng cắt trước thấp [63],[91].

**Bảng 4.9. So sánh thang điểm LARS giữa các kỹ thuật mổ**

Đặc điểm	Điểm LARS			
	Không	Nhẹ	Nặng	P
<b>Kỹ thuật</b>				< 0,001
LAR + PME	22	7	6	
LAR + TME	23	18	56	
<b>Tạo hình miệng nối</b>				0,017
Colonplasty hoặc J pouch	7	8	6	
Nối tận - bên	34	21	56	
<b>Xạ trị</b>				0.019
Không	29	10	26	
Xạ trị ngắn hạn	8	5	6	
Xạ trị dài hạn	8	10	30	
<b>Hậu môn nhân tạo</b>				0.003
Không	26	14	19	
Có	19	11	43	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân không có hội chứng trước thấp là 49 trường hợp chiếm 58,3%; nhóm có hội chứng trước thấp trung bình là 35 trường hợp chiếm 41,7 %; không có trường hợp nào có hội chứng trước thấp nặng. Có thể lý giải điều này vì các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có ung thư trực tràng vị trí trên và giữa cho nên khi tiến hành phẫu thuật cắt trước thấp đều bảo tồn cơ thắt vì vậy rối loạn chức năng đại tiện nặng thì không gặp. Khi tìm hiểu mối liên quan giữa vị trí u và phương pháp mổ so với điểm số LARS, chúng tôi nhận thấy vị trí u trực tràng trên có điểm số trung bình cao hơn u trực tràng giữa; phương pháp cắt toàn phần mạc treo có điểm số cao hơn cắt bán phần mạc treo, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0.001$ ).

Nghiên cứu của Hupkens B.J.P (2018), về sự công nhận có giá trị về thang điểm hội chứng cắt trước thấp ở Hà Lan, có kết quả: trong tổng số 165 bệnh nhân nghiên cứu có tỷ lệ hồi đáp là 62%, trong đó bệnh nhân có hội chứng cắt trước thấp nặng là 59,4%; điểm trong hội chứng cắt trước thấp có sự khác nhau giữa bệnh nhân có hay không có xạ hóa trước mổ ( $p = 0,003$ ), giữa cắt toàn bộ mạc treo trực tràng và cắt bán phần ( $p = 0,008$ ); giữa nhóm tuổi ( $p = 0,039$ ). Và sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hội chứng cắt trước thấp nặng với thang điểm chức năng thấp trong đánh giá CLCS theo EORTC – C30 [88].

Nghiên cứu của Carpelan. A (2020), sự công nhận về thang điểm hội chứng cắt trước thấp ở bệnh nhân Phần lan, với kết quả là: trong 104 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu gồm có 56 bệnh nhân (54%) có hội chứng cắt trước thấp nặng; 26 (25%) có hội chứng cắt trước thấp nhẹ và 22 (21%) không có hội chứng cắt trước thấp. Những bệnh nhân có hội chứng cắt trước thấp nặng thì có CLCS (theo thang EORTC QLQ) thấp hơn nhóm không có hội chứng cắt trước thấp và bệnh nhân có phẫu thuật cắt TME thì có điểm số cao hơn nhóm cắt bán phần mạc treo (PME) [66]. Tác giả Croese A. (2020), phân tích đa biến của hội chứng cắt trước thấp về thang điểm và hệ thống các yếu tố nguy cơ có kết quả được thống kê theo bảng sau: [62]

**Bảng 4.10. Thang điểm LARS của các tác giả nước ngoài**

Tác giả	N	Điểm LARS		
		Nặng	Nhẹ	Không
Emmertsen	478	40%	25%	35%
Juul et al	579	47%	23%	30%
Bondeyen et al	125	35%	24%	35%
Bregendahl	1087	41%	23,5%	35,5%
Ekkarat et al	129	17,8%	17%	65,4%

**Bảng 4.11. Bảng các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến thang điểm hội chứng cắt trước thấp**

Tác giả	Nguy cơ (có ý nghĩa thống kê)	Nguy cơ (không có ý nghĩa thống kê)
Bondeven et al (2015), Denmark	Hóa xạ dài ngày trước mổ Miệng nói < 4 cm	Tuổi Giới Loại miệng nói
Hain (2016), France	Dò miệng nói Loại miệng nói Xạ trị dài ngày Khoảng cách miệng nói	Tuổi Giới
Hughes (2017), UK	Thời gian đóng hồi tràng > 1 năm Xạ trị trước mổ	Tuổi Giới Dò miệng nói Khoảng cách miệng nói
Ekkarrat et al (2016), Thailand	Xạ trị sau mổ Miệng nói < 5 cm Có HMNT > không HMNT	Tuổi Giới Loại miệng nói

#### 4.4.2. Thang điểm CLCS theo EORTC QLQ-C30

Thang điểm EORTC QLQ-C30 là thang điểm đánh giá chung về CLCS của bệnh nhân sau phẫu thuật bệnh lý ung thư, bao gồm các dấu hiệu chức năng và dấu hiệu triệu chứng và đặc biệt khi phối hợp với thang điểm EORTC QLQ-CR29 sẽ cho phép đánh giá một cách hoàn thiện về CLCS sau phẫu thuật ung thư trực tràng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm số về chức năng đa số khá cao (> 50 điểm) trong đó điểm chức năng về xã hội là thấp nhất (điểm TB: 49,41) và cao nhất là nhận thức (điểm TB: 84,71). Về thang điểm triệu chứng, thì triệu chứng khó thở nhẹ và buồn nôn/nôn có điểm số thấp lần lượt là (5,49 và 12,94) triệu chứng mệt mỏi là cao nhất (56,21). Qua đó chúng ta nhận thấy các điểm số về chức năng càng cao là càng tốt, ngược lại điểm số về triệu chứng các thấp là

càng tốt. Như vậy ngày nay, đa số các bệnh nhân có trình độ nhận thức bệnh lý cao hơn và họ hợp tác hoàn toàn với thầy thuốc, cũng như tìm hiểu rõ ràng bệnh lý mà họ mắc phải. Vì phẫu thuật cắt trước thắp trong điều trị bệnh ung thư trực tràng là phẫu thuật khó và phức tạp, kéo dài thời gian mổ, hậu phẫu nặng nề. Bên cạnh đó bệnh nhân ăn uống trở lại chậm, cảm giác ăn uống không ngon, ăn ít và tâm lý bệnh ung thư nên các triệu chứng về ung thư thường xuất hiện sau này như: mệt mỏi, buồn nôn khi ăn, chán ăn...

**Bảng 4.12. Tổng hợp các nghiên cứu khác về thang điểm EORTC QLQ C-30 khi đánh giá CLCS sau PTNS cắt trước thắp.**

CLCS	Lĩnh vực	Điểm trung bình			
		Arraras [43]	Silva [131]	Mrabiti [108]	Chúng tôi
<b>SKTQ</b>	Tổng quát	70,9	75,0	62,8	52,84
<b>CN</b>	CN thể chất	87,8	86,7	71	56,63
	CN hoạt động	87,2	83,3	67	54,12
	CN cảm xúc	81,8	66,7	65,65	64,41
	CN nhận thức	87,8	83,3	86	84,71
	CN xã hội	83,9	100,0	81	49,41
<b>TC</b>	Mệt mỏi	15,3	22,2	38,2	56,21
	Buồn nôn/nôn	5,2	0,0	11,3	12,94
	Đau	17,9	16,7	30,15	41,18
	Khó thở	2,9	0,0	15,26	5,49
	Mất ngủ	25,1	33,3	32,3	38,04
	Chán ăn	13,7	0,0	32,6	27,84
	Táo bón	26,8	0,0	20,4	43,92
	Tiêu chảy	21,4	0,0	18,3	45,49
	Khó khăn kinh tế	11,5	0,0	61,7	49,80

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả về SKTQ và chức năng gần tương đương với các tác giả trên, điều này nói lên được về nhận thức và xã hội của bệnh nhân có những tiến bộ hơn nhiều so với thời kỳ trước, họ và người nhà tìm hiểu kỹ bệnh lý mình trên các phương tiện và các phương pháp điều trị khác nhau, ưu và nhược điểm mỗi phương pháp, từ đó họ có tinh thần lạc quan và tin tưởng thầy

thuốc trong điều trị bệnh, đặc biệt bệnh về ung thư. Qua đây, chúng tôi nhận thấy rằng, đất nước càng phát triển và văn minh thì những dấu hiệu về SKTQ và chức năng có điểm số cao hơn so với đất nước đang phát triển, có thể do kinh tế và trình độ nhận thức của các bệnh nhân ở nước phát triển cao hơn. Như trong nghiên cứu của tác giả Silva ở Sao paulo Brazil, thì có CN xã hội đạt điểm tối đa 100,0; có thể đây là thành phố phát triển và giàu có ở Brazil [131].

Nhưng khi so sánh về dấu hiệu triệu chứng theo thang điểm EORTC QLQ C-30, các điểm số trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với các tác giả khác (đặc biệt là các nước phát triển). Điểm số càng cao trong triệu chứng thì tiên lượng càng xấu, điều này cho thấy đa số các bệnh nhân của chúng tôi nói riêng và các nước đang phát triển nói chung họ đến khám bệnh thường khá muộn khi các triệu chứng lâm sàng rõ ràng và khá nặng, khi đó họ mới đi khám bệnh. Ngoài ra, việc tầm soát bệnh ung thư và thăm khám định kỳ đối với những người có yếu tố nguy cơ và lớn tuổi > 50 chưa được triển khai một cách thường quy ở nước ta. Những dấu hiệu về triệu chứng ung thư như mệt mỏi và chán ăn sau điều trị phẫu thuật kết hợp với hóa xạ trị thường gặp ở bệnh nhân giai đoạn tiến triển và khá muộn làm cho thể trạng và hệ miễn dịch của bệnh nhân không tốt, ngoài ra nhóm bệnh nhân của chúng tôi đa số người già trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 60,5%; do đó bệnh nhân sẽ chậm hồi phục hơn sau quá trình điều trị.

#### **4.4.3. Thang điểm CLCS theo EORTC QLQ-CR29**

Trong việc đánh giá chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật ung thư và đặc biệt là ung thư trực tràng thì việc sử dụng thang điểm đặc hiệu EORTC QLQ – CR29 là rất quan trọng, thang điểm này phát triển dựa trên thang điểm EORTC QLQ-CR38, để đánh giá các triệu chứng đặc hiệu sau phẫu thuật ung thư trực tràng như rối loạn đại tiện, có vấn đề về niệu dục hay không đó là do quá trình phẫu thuật vùng trực tràng có bị tổn thương hệ thống thần kinh hạ vị và chậu vị gây ảnh đến vấn đề niệu dục. Ngoài ra kỹ thuật mổ bảo tồn cơ thắt hay cắt cơ thắt bán phần, cắt gian cơ thắt (cơ thắt trong và cơ thắt ngoài hậu môn)... sẽ ảnh hưởng đến vấn đề chức năng đại tiện của bệnh nhân.



Theo các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, khi chọn lựa phương pháp điều trị ung thư trực tràng thì vấn đề CLCS sau mổ nên được xem xét cùng với tỷ lệ sống sau mổ, tái phát và các biến chứng sau mổ. Việc đánh giá CLCS của bệnh nhân thì nên phối hợp cả 2 thang điểm EORTC QLQ-CR29 với thang điểm EORTC QLQ-C30. [122],[154].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, trong thang điểm EORTC QLQ-CR29 các điểm số về triệu chứng ung thư trực tràng đa số ở mức thấp (< 50 điểm), trong đó điểm thấp nhất là triệu chứng thấy máu trong phân (0.78 điểm) và điểm cao nhất là triệu chứng lo lắng về sức khỏe trong tương lai (55,29 điểm). Với thang điểm triệu chứng này thì triệu chứng nào có điểm số càng thấp là càng tốt hơn so với triệu chứng có điểm số cao, triệu chứng lo lắng về sức khỏe của bệnh nhân là vấn đề mà bệnh nhân luôn nghĩ đến, đó là diễn biến tâm lý của bệnh nhân ung thư bao giờ cũng lo lắng việc điều trị như vậy đã tốt chưa, bệnh sống được bao lâu và khối u có bị tái phát hay di căn không. Để giải quyết vấn đề này thì phải có sự kết hợp giữa bệnh nhân và thầy thuốc, quan trọng nhất là bệnh phải đi khám định kỳ theo lịch hẹn.

Nghiên cứu của tác giả Peng Juniji (năm 2011): Kết quả sớm của chất lượng cuộc sống trong điều trị ung thư trực tràng ở bệnh nhân người Trung Quốc với thang điểm EORTC QLQ-CR29. Trong 154 bệnh nhân có thời gian hoàn thiện bảng câu hỏi trung bình là 10 tháng, với kết quả là: đại tiện không tự chủ và đại tiện phân lỏng là cao hơn trong nhóm xạ trị so với nhóm không xạ trị là có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,002$  và  $p = 0,001$ ); nhưng chức năng sinh dục của nam và nữ ở hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê. Giữa 2 nhóm có hậu môn nhân tạo và không có hậu môn nhân tạo, thì QLQ CR-29 cho thấy triệu chứng đại tiện và trung tiện là cao hơn trong nhóm hậu môn nhân tạo. Và tác giả nghiên cứu kết luận rằng: Với sự bổ sung cho QLQ-C30, thì EORTC QLQ-CR29 là bảng câu hỏi rất hữu dụng trong việc đánh giá bệnh nhân điều trị ung thư trực tràng. Chức năng ruột (đi lỏng và đại tiện không tự chủ) là vấn đề ảnh hưởng chính trong CLCS với hóa xạ trị trước và sau mổ [122]. Wojciech Nowak và cộng sự (2011), nghiên cứu về sự thích hợp trong việc đánh giá CLCS theo EORTC QLQ-CR29 đối với ung thư

trực tràng ở Ba lan. Kết quả ghi nhận là: sự khác biệt về CLCS giữa nam và nữ là không có ý nghĩa thống kê; có điểm số cao hơn ở những bệnh nhân không có hậu môn nhân tạo như: cảm giác hình thể, dò tiêu hóa trong các triệu chứng về đại tiện. Nghiên cứu có kết luận là: thang điểm này có giá trị và đáng tin cậy, là công cụ tiêu chuẩn đánh giá CLCS của bệnh nhân trong điều trị ung thư trực tràng [149].

**Bảng 4.13. Thống kê nghiên cứu của các tác giả về thang điểm EORTC QLQ-CR29.**

CLCS	Lĩnh vực	Điểm trung bình			
		Arraras [41]	Sadighi [129]	Silva [131]	Chúng tôi
TC	Tiêu tiện	38,4	26,9	33,3	42,35
	Són tiêu	12,5	11,6	0	13,33
	Cảm giác cơ thể	85,4	67,4	88,9	52,94
	Đau khi tiêu	6,1	16,0	0	9,02
	Đau bụng	12,5	29,2	0	35,69
	Đau hậu môn	16,7	33,3	0	19,61
	Chướng bụng	15,2	32,2	0	25,49
	Phân nhày máu	5,2	15,1	0	0,78
	Khô miệng	15,5	30,9	0	36,47
	Bị rụng tóc	4,2	34,6	0	52,94
	Vị giác	4,8	15,3	0	32,94
	Lo lắng sức khỏe	79,4	72,2	66,7	55,29
	Lo lắng cân nặng	83,7	79,4	66,7	11,37
	Trung tiện tự chủ	34,0	23,3	33,3	34,92
	Són phân	28,0	20,8	33,3	21,43
	Viêm da quanh hậu môn	12,0	16,1	0	3,57
	Mặc cảm đại tiện nhiều	12,3	20,3	0	22,89
	Ham muốn tình dục (nam)	31,2	85,4	33,3	52,94
	Cương cứng dương vật (nam)	70,0	37,0	66,7	47,06
	Ham muốn tình dục (nữ)	3,5	87,3	66,7	43,14
Đau khi QHTD (nữ)	21,1	35,2	0	39,22	

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đa số các lĩnh vực về triệu chứng trong CLCS có kết quả gần tương đương với các tác giả Arraras và Sadighi; nhưng theo nghiên cứu của Silva thì có kết quả về CLCS theo EORTC QLQ-CR29 đa phần các điểm số về triệu chứng tốt hơn các tác giả khác như: són tiểu, đau hậu môn, phân nhầy máu, khô miệng, rụng tóc, vị giác, mặc cảm đại tiện nhiều lần, viêm da quanh hậu môn.

Nghiên cứu của tác giả Magaji Bello Arkilla (2015), nghiên cứu về sự đáng tin cậy và có giá trị của thang điểm EORTC QLQ-CR29 trong ung thư đại trực tràng ở Malaysia; có 93 trường hợp được nghiên cứu và đánh giá theo công cụ QLQ-C30 và QLQ-CR29. Kết quả, bệnh nhân có hậu môn nhân tạo thì có dấu hiệu về triệu chứng cao hơn bao gồm: phân nhầy máu, bụng chướng, đại tiện không tự chủ, viêm da quanh hậu môn và mặc cảm nhiều khi thay túi hậu môn nhân tạo so với bệnh nhân không có hậu môn nhân tạo ( $p < 0,05$ ); và không có sự chồng chéo nhau giữa 2 thang điểm QLQ-C30 và QLQ-CR29. Với kết luận là thang điểm này là có giá trị và đáng tin cậy nhất trong các thang điểm đánh giá khác [109],[130].

#### **4.4.4. Liên quan giữa CLCS và quá trình điều trị**

##### **Liên quan giữa CLCS với điều trị bổ trợ (hóa xạ trị)**

Những nghiên cứu cho thấy rằng những bệnh nhân có hóa xạ trị thường có ảnh hưởng trên một số dấu chứng chức năng và triệu chứng ung thư khi đánh giá theo các thang điểm về CLCS. Theo nghiên cứu của chúng tôi có kết quả là:

- Theo thang đo EORTC QLQ-C30: giữa 2 nhóm có điều trị bổ trợ và không điều trị bổ trợ thì có sự khác biệt có ý nghĩa ở SKTQ ( $p = 0,026 < 0,05$ ) và triệu chứng khó thở ( $p = 0,002$ ). Theo thang đo EORTC QLQ-CR29: giữa 2 nhóm có điều trị bổ trợ và không điều trị bổ trợ thì có sự khác biệt có ý nghĩa ở các triệu chứng: thường xuyên tiểu ngày ( $p = 0,045$ ); cảm giác khô miệng ( $p = 0,000$ ), rụng tóc ( $p = 0,00$ ) và đau khi QHTD ở nữ ( $p = 0,006$ ).

Chúng ta đều nhận thấy rằng, bệnh nhân có điều trị hỗ trợ hóa xạ trị thì sẽ có một số tác dụng phụ, đặc biệt TC rụng tóc và cảm giác khô miệng là xuất hiện thường xuyên trong nhóm điều trị hỗ trợ. Ngoài ra, đối với nữ giới trong độ tuổi sinh hoạt tình dục mà có điều trị hỗ trợ, đặc biệt là xạ trị vùng tiểu khung sẽ gây ảnh hưởng đến tạng xung quanh như âm đạo, buồng trứng, tử cung qua đó gây ảnh hưởng đến vấn đề sinh hoạt tình dục đối với nhóm bệnh nhân nữ này.

Theo nghiên cứu của tác giả Arrarass J.I, thì chỉ có triệu chứng về vấn đề vị giác là có khác nhau giữa nhóm điều trị hỗ trợ và không hỗ trợ có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,04$ ); điểm số TC vị giác ở nhóm không điều trị hỗ trợ (16,7 điểm) cao hơn nhóm có hỗ trợ (5,9 điểm) [42].

Nghiên cứu của Shen M.H (2018), giữa nhóm không điều trị hỗ trợ và có điều trị hỗ trợ theo EORTC QLQ-C30: CN xã hội sự khác biệt có ý nghĩa ( $p = 0,009$ ); EORTC QLQ-CR29: TC rụng tóc sự khác biệt có ý nghĩa với  $p = 0,00$ ; do dùng hóa trị nên nhóm bệnh có điều trị hỗ trợ bị rụng tóc [128].

Nghiên cứu của tác giả Mrabti H. (2016), về CLCS của giai đoạn sớm ung thư đại trực tràng ở bệnh nhân người Morocco. Đánh giá CLCS theo thang điểm EORTC QLQ-C30, có kết quả: theo các giai đoạn ung thư I, II, III thì có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm số của chức năng SKTQ ( $p = 0,003$ ) và triệu chứng nôn với  $p = 0,006$ , triệu chứng khó khăn tài chính ( $p = 0,033$ ) [108].

Theo nghiên cứu của Peng Junije, gồm 154 bệnh nhân có thời gian theo dõi trung bình 10 tháng sau mổ, những bệnh nhân với phương pháp điều trị khác nhau gồm nhóm chỉ phẫu thuật và nhóm có điều trị hỗ trợ hóa xạ trị sau mổ. Kết quả: triệu chứng đại tiện không tự chủ có điểm cao hơn trong nhóm xạ trị ( $p = 0,006$ ), triệu chứng chướng bụng có điểm cao hơn trong nhóm không có điều trị hỗ trợ (với  $p = 0,003$ ) theo thang điểm QLQ-CR29. Và theo thang điểm QLQ-C30, đa số không có sự khác biệt về điểm số của các chức năng và triệu chứng, ngoại trừ triệu chứng đi lỏng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm có điều trị hỗ trợ sau mổ (với  $p = 0,001$ ) [122].

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 85 bệnh nhân ung thư trực tràng trên và giữa được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 2/2013 đến tháng 9/2019, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

### 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp điều trị ung thư trực tràng trên và giữa

#### - Đặc điểm lâm sàng:

+ Tuổi trung bình:  $62,95 \pm 13,13$ ; Tỷ lệ giới tính nam/nữ = 0,89.

+ Triệu chứng cơ năng: Đi cầu ra máu tươi (88,2%); đau vùng hậu môn (4,7%). Triệu chứng thực thể: Bán tắc ruột (5,9%); thăm trực tràng sờ được khối u (34,1%).

#### - Đặc điểm cận lâm sàng:

+ Nội soi trực tràng: vị trí u trực tràng trên 65,9%; u trực tràng giữa 34,1%. Hình thái tổn thương u: thể sùi 87,1%; polyp thoái hóa 7,1% và thể loét 1,2%.

+ Siêu âm nội soi trực tràng (37 ca): xâm lấn thành trực tràng T3 (69,4%); T2 (16,7%); T4 (8,3%); T1 (5,6%) và di căn hạch mạc treo N1 (61,1%); N2 (16,7%).

+ Chụp CT scanner bụng (76 ca): kích thước u < 5 cm (68,5%); u > 10 cm là 4,1%; xâm lấn khối u T3 (79,5%) và T2 (20,5%); di căn hạch N1 (47,9%); N0 (52,1%). Chụp MRI chậu (22 ca): xâm lấn khối u T2 (18,2%); u T3 (81,2%) và hạch di căn N1 (13,6%) và N0 (86,4%).

#### - Kết quả phẫu thuật:

- Tỷ lệ cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) 60% và cắt bán phần mạc treo trực tràng 40%.

- Phẫu thuật nội soi cắt trước thấp kinh điển là 75 trường hợp (88,2%). Có 10 trường hợp lấy bệnh phẩm qua đường tự nhiên (Hybrid Notes): 8 ca qua đường hậu môn (9,4%) và 2 ca qua đường âm đạo (2,4%). Tỷ lệ xì rò miệng nối (8,2%) và tỷ lệ mổ lại trong thời gian hậu phẫu (4,7%).

- Thời gian nằm viện trung bình:  $11,55 \pm 5,17$  ngày. Tỷ lệ tái phát tại chỗ 5,9 % và di căn gan 2,4 %; tỷ lệ tử vong 9,4%. Tỷ lệ sống thêm không mắc bệnh sau 5 năm là 79% và tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm là 45%.

## **2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật**

### **- Theo thang điểm hội chứng cắt trước thấp (LARS – score):**

+ Tỷ lệ bệnh nhân không có hội chứng cắt trước thấp 58,3% và có hội chứng cắt trước thấp trung bình 41,7%. Điểm trung bình:  $20,73 \pm 6,03$  (sau 3 tháng).

+ Thang điểm này cải thiện theo thời gian (3 tháng, 12 tháng, 24 tháng) với không có hội chứng cắt trước thấp tương ứng: 58,3%; 85,5% và 100% ( $p < 0,001$ ).

### **- Theo thang điểm EORTC QLQ-C30:**

+ Điểm số Sức khỏe Tổng quát tăng dần theo thời gian (3 tháng, 12 tháng, 24 tháng) tương ứng là 52,84; 56,90; 57,83 và có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,001$ .

+ Các điểm số Chức năng và Triệu chứng (ngoại trừ chức năng thể chất và Triệu chứng mất ngủ, chán ăn) theo thời gian có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  và  $p < 0,05$ .

### **- Theo thang điểm EORTC QLQ-CR29:**

+ Điểm số Triệu chứng: Thường xuyên tiêu ngày; Bị đau bụng; Thấy chất nhầy trong phân; Cảm giác khô miệng; Bị rụng tóc; Trung tiện tự chủ; Són phân; Đại tiện ban đêm; Mặc cảm đại tiện nhiều lần; có sự khác biệt theo thời gian và có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## **KIẾN NGHỊ**

### **Dựa vào kết quả nghiên cứu, chúng tôi kiến nghị:**

- Ung thư trực tràng là một bệnh lý ác tính thường gặp, bệnh nhân vào viện thường ở giai đoạn tiến triển nên ảnh hưởng nhiều đến chiến lược điều trị và kết quả. Vì vậy, cần có một chương trình sàng lọc bằng khám lâm sàng và nội soi đại trực tràng định kỳ đối với những đối tượng có yếu tố nguy cơ cao như tiền sử polype đại trực tràng, đại tiện phân nhầy máu, tuổi > 50...nhằm phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm để có kết quả điều trị tốt hơn.
- Phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp trong điều trị ung thư trực tràng trên và giữa là phẫu thuật an toàn, hiệu quả, có tính thẩm mỹ và đảm bảo về mặt ung thư học. Bên cạnh đó, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được cải thiện và tốt hơn theo thời gian qua sự đánh giá của các thang điểm chuẩn như: thang điểm LARS và thang điểm EORTC-QLQ C30 và EORTC-QLQ CR29.

## **DANH SÁCH CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Trần Ngọc Thông, Lê Mạnh Hà, Phạm Anh Vũ, Phạm Như Hiệp, Lê Lộc (2017), “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp trong điều trị ung thư trực tràng trên và giữa”, *Tạp chí y dược học*, Trường đại học y dược Huế, tập 7 (05), tr. 182-189.

2. Trần Ngọc Thông, Đặng Ngọc Hùng, Lê Mạnh Hà, Phạm Anh Vũ, Phạm Như Hiệp, Lê Lộc (2017), “Evaluation the results of laparoscopic low anterior resection for treatment upper and middle rectal cancer”, *Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*, Hội phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, số 4, tập 7, tr 51 – 57.

3. Trần Ngọc Thông, Đặng Ngọc Hùng, Lê Mạnh Hà, Phạm Như Hiệp (2020), “Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư trực tràng trên và giữa được điều trị phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trước thấp”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, Bệnh viện Trung ương Huế, số 66, tr. 29 – 38.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TIẾNG VIỆT

1. Lê Phước Anh, Phạm Như Hiệp (2016), “Nhận xét bước đầu triển khai siêu âm nội soi chẩn đoán ung thư trực tràng tại bệnh viên TW Huế”, *Tạp chí y học lâm sàng*, số 37, tr: 47-50.
2. Nguyễn Ngọc Anh, Lê Đức Anh và CS (2015), “Đánh giá tỉ lệ tái phát sớm tại chỗ của ung thư trực tràng giai đoạn xâm lấn ( $T_{3-4} N_{0-1} M_x$ ) sau điều trị đa mô thức có xạ trị”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, số 29, tr: 311- 315.
3. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh (2009), “Kết quả bước đầu phẫu thuật cắt gian cơ thắt điều trị ung thư trực tràng thấp”, *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 3 (1), tr: 29-31.
4. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh, Nguyễn Quốc Thái (2010), “Tai biến và biến chứng phẫu thuật nội soi cắt nối máy điều trị ung thư trực tràng”, *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14 (1), tr: 119-123.
5. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh (2010), “Vai trò của phẫu thuật nội soi trong xử trí biến chứng của phẫu thuật nội soi trực tràng”, *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14 (1), tr: 124-126.
6. Nguyễn Văn Bằng (2014), “Nghiên cứu giải phẫu bệnh ung thư đại – trực tràng ở Bệnh viện Trung ương Huế”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, số 21, tr: 64 – 68.
7. Đỗ Đình Công, Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh và CS (2010), “Vai trò của mở thông hồi tràng trong phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng”, *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14 (4), tr: 289-292.
8. Đỗ Đình Công, Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh và CS (2010), “Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng: kết quả 3 năm”, *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 15 (1), tr: 56-60.
9. Trần Ngọc Dũng, Hà Văn Quyết (2014), “Đánh giá kết quả sớm của phương pháp phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng”, *Y học thực hành*, số 2, tr: 35-38.
10. Mai Đình Điều (2014), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng”, Luận án tiến sĩ y học.

11. Trần Minh Đức, Nguyễn Cao Cường (2014), “Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt trực tràng nối máy trong điều trị ung thư trực tràng”, *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 18 (1), tr: 62-69.
12. Nguyễn Thị Kỳ Giang, Phạm Nguyên Tường và CS (2014), “Hóa trị ung thư đại trực tràng bằng phác đồ FOLFOX6 tại Bệnh viện Trung ương Huế”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, số 21, tr: 87-90.
13. Nguyễn Minh Hải, Võ Tấn Long (2010), “Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt đoạn trực tràng thấp qua nội soi với miệng nối đại tràng – hậu môn bằng tay qua đường hậu môn có bảo tồn cơ thắt cho ung thư trực tràng thấp”, *Ngoại khoa số đặc biệt 4-5-6*, tr:119-125.
14. Phạm Như Hiệp, Mai Đình Điều, Hồ Hữu Thiện và CS (2014), “Phẫu thuật nội soi cắt ung thư trực tràng kinh nghiệm tại bệnh viện TW Huế”, *Tạp chí y học lâm sàng*, số 21, tr: 105-111.
15. Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện, Phạm Anh Vũ và CS (2016), “Điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi một lỗ”, *Tạp chí y học lâm sàng*, số 37, tr: 36 – 40.
16. Phạm Như Hiệp và CS (2015), “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt đại – trực tràng hoàn toàn qua trực tràng và âm đạo (NOTES)”, *Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*, tập 5- số đặc biệt, 53-57.
17. Trần Thiện Hòa, Đỗ Minh Hùng, Nguyễn Hải Đăng và CS (2012), “Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt trực tràng thấp với miệng nối đại tràng – hậu môn khâu tay qua đường hậu môn có bảo toàn cơ thắt trong ung thư trực tràng thấp”, *Ngoại khoa*, số 1-2-3, tập 61, tr: 126-131.
18. Lê Hùng (2007), “Ung thư đại trực tràng”, *Ngoại Khoa Lâm Sàng*, [www.Slideshare.net](http://www.Slideshare.net); tr: 223-256.
19. Phạm Đức Huân (2006), “Ung thư trực tràng”, *Bệnh học ngoại khoa sau đại học, Bộ môn Ngoại*, Đại học Y Hà Nội, tập 1, tr: 317 - 325.
20. Phạm Đức Huân, Quách Văn Kiên và CS (2016), “Điều trị phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng giữa và dưới”, *Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*, số 4, tập 6; 15-22.
21. Đỗ Bá Hùng, Đinh Hoài Thanh (2013), “Phẫu thuật Miles nội soi ổ bụng trong điều trị ung thư trực tràng thấp”, *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 17(3), tr: 86 – 90.

22. Phạm Văn Linh (2008), "Ung thư đại trực tràng", *Bài giảng Ngoại bệnh lý*, Tập 1, Nxb Y học, tr: 144 – 150.
23. Võ Tấn Long (2017), "Điều trị ngoại khoa ung thư đại trực tràng", *Điều trị ngoại khoa tiêu hóa*, Bộ môn ngoại Đại học Y dược TP.HCM, Nhà xuất bản Y học, tr.175- 190.
24. Võ Tấn Long (2011), "Ung thư trực tràng", *Bài Giảng Bệnh học ngoại khoa*, Bộ môn ngoại Trường Đại học Y dược TP.HCM, tr.271-277.
25. Võ Tấn Long, Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung và CS (2011), "Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại trực tràng nối máy so với mổ mở trong điều trị ung thư trực tràng", *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 15 (1), tr: 43-55.
26. Văn Tiến Nhân, Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện (2016), "Phẫu thuật nội soi một công cắt trực tràng trước và trước thấp do ung thư", *Tạp chí y học lâm sàng*, số 33, tr: 92 – 97.
27. Nguyễn Thúy Oanh, Nguyễn Phúc Minh, Lê Quang Nhân (2012), "Kết hợp phẫu thuật và nội soi trong điều trị polyp, ung thư sớm đại –trực tràng", *Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*, tập 2, số 01; 130-134.
28. Nguyễn Quang Quyền (2011), "Ruột già", *Bài giảng giải phẫu học*, Tập 2, Nhà xuất bản Y học, Tp. HCM, tr: 168 – 180.
29. Nguyễn Tạ Quyết, Lê Quang Nhân, Nguyễn Thúy Oanh (2012), "Cắt niêm mạc điều trị polype không cuống và ung thư sớm đại trực tràng qua nội soi", *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 6(1), tr: 79 – 83.
30. Trương Vĩnh Quý (2018), "Đánh giá kết quả điều trị triệt căn ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi có bảo tồn cơ thắt", Luận án Tiến sỹ y học.
31. Đinh Quang Tâm, Trần Thiện Hòa, Nguyễn Trần Uyên và CS (2012), "Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng, cách bờ hậu môn từ 5cm trở lên", *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 16 (1), tr: 161-167.
32. Hồ Hữu Thiện, Phạm Như Hiệp và CS (2019), "Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt trực tràng phối hợp cắt mạc treo trực tràng qua lỗ hậu môn", *Tạp chí y học lâm sàng*, số 55, tr: 120-125.
33. Hồ Hữu Thiện, Huỳnh Nghiêm Minh (2016), "Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được điều trị bằng phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt", *Tạp chí y học lâm sàng*, số 38, tr: 38-45.

34. Lâm Việt Trung, Trần Vũ Đức và CS (2013), “Phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng lấy bệnh phẩm qua ngã tự nhiên”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 17, số 1, tr: 282-287.
35. Đinh Khắc Trường, Nguyễn Đức Chinh (2017), “Nghiên cứu kết quả điều trị biến chứng miệng nối sau phẫu thuật đại trực tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức”, *Tạp chí ngoại khoa Việt Nam*, tập 67, số 1, tr: 26 – 30.
36. Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Tô Hoài (2018), “Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng có xạ trị ngăn ngày trước mổ”, *Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*, số 1, tập 8; 31-39.
37. Nguyễn Anh Tuấn, Ngô Tiến Khương và CS (2018), “Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng qua đường hậu môn (TaTME): tương lai của phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư trực tràng”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, số 50, tr: 56-61.
38. Lê Quốc Tuấn (2020), “Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy trong điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp”, Luận án Tiến sĩ y học.
39. Lê Quang Uy, Châu Hoàng Quốc Chương, Trần Phùng Dũng Tiến và CS (2003), ”So sánh kỹ thuật cắt nối máy và nối tay trong ung thư trực tràng đoạn thấp”, *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 7 (1), tr: 161-165.

## **TIẾNG ANH**

40. Akiyoshi T. (2016), “Technical feasibility of laparoscopic extended surgery beyond total mesorectal excision for primary or recurrent rectal cancer”, *World journal of gastroenterology*; 22(2): pp.718 – 726.
41. Arraras Juan Ignacio, Suarez Javier (2013), “Quality of life assesment by applying EORTC questionnaires to rectal cancer patients after surgery and neoadjuvant and adjuvant treatment”, *Rev Esp Dig Marid*; Vol.105.N 5.pp255-261.
42. Arras Juan Ignacio (2011), “The EORTC Quality of Life Questionnaire for patients with colorectal cancer: EORTC QLQ-CR29 Validation Study for Spanish patients”, *Clin Transl Oncol* 13:50-56 DOI 10.1007/sl 12094.

43. Arraras J.I, Suarez Javier (2013), “Quality of life assessment by applying EORTC questionnaires to rectal cancer patients after surgery and neoadjuvant and adjuvant treatment”, *Rev Esp Enferm Dig Madrid*, vol 105. N 5 pp. 255-261.
44. Asteria C.R, Gagliardi G, Pucciarelli S (2008), “Anastomotic leaks after anterior resection for mid and low rectal cancer: survey of the Italian Society of Colorectal Surgery”, *Springer- Verlag, Tech Coloproctol*, 12: 103-110.
45. Alotabi S.M et al (2015), “Functional assessment of quality of life using EORTC QLQ-CR29 in patients with colon cancer at King Abdulaziz University Hospital”, *J integr Oncol*, volume 4.
46. Antoni M.L, David W.R., Adelsdorfer .C, Tasende M.M (2013),“Transanal natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) rectal resection: "down-to-up" total mesorectal excision (TME)--short-term outcomes in the first 20 cases”, *Surg Endosc* 2013 Sep 22;27(9):3165-72. Epub 2013 Mar 22.
47. Bianchi P. P., Rottoli M., Rosati. R., Elmore U (2008), “Laparoscopic surgery in rectal cancer: a prospective analysis of patient survival and outcomes”, *Diseases of the Colon & Rectum*; 00; pp 1-7.
48. Bakker I.S, Snijders H.S, Wouter M.W., et al, (2014), “High complication rate after low anterior resection for mid and high rectal cancer, results of population-based study”, *Eur J Surg Oncol*, Chapter 4, 40 (6): pp.692 – 698.
49. Bogacki P, Krzak J. et al (2019), “Can the POLARS tool accurately predict low anterior resection syndrome in rectal cancer patients undergoing laparoscopic resection”, *Arch Med Sci*, Doi:<https://doi.org/10.5114/aoms>, pp.1-6.
50. Bonjer H. J., Deijen C., Abis G. A., (2015), “A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer”, *The New England journal of medicine*, 372; 14; pp.1324 – 1332.
51. Bianchi P. P, Luca F., Petz W. (2013), “The role of the robotic technique in minimally invasive surgery in rectal cancer”, *Ecancermedicalscience*, 7: 357.

52. Bamba Yoshiko, Itabashi Michio, Kameoka Shingo (2010), "Management of local recurrence of colorectal cancer : the role of PET/CT", *Springer Science*, pp.1-5.
53. Bleday R, Aguilar J.G. (2007), "Surgical treatment of rectal cancer", *The ASCRS text book colon and rectal surgery*, *Spinger*, chapter. 30, pp. 413-436.3.
54. Benjamin Sejr Thinggaard, Sharaf Karim Perdawood (2017), "Complications of minimal invasive surgery for rectal cancer – A systematic Review", Slageles Hospital, Denmark, Vol 2, pp.1-7.
55. Brunnicardi F.C, Dana K.Andersen, Timothy R.Billiar (2007), "Colon, Rectum and Anus", *Schwartz's Principles of Surgery*, Chapter 28.
56. Chand M., Heald R. J., (2011), "Laparoscopic rectal cancer surgery", *Bristish journal of surgery*; 98: 166 – 167.
57. Chung Mak T. W., Lee J. F. Y., et al (2014), "Robotic surgery for rectal cancer: a systematic review of current practice", *World journal of gastrointestinal oncology*; 6(6): 184 – 193.
58. Chen C. C., Lai Y. L., et al, (2019), "Transanal total mesorectal excision for rectal cancer: hype or new hope?", *Journal of gastrointestinal oncology*; 10(6): 1193 – 1199.
59. Caulfied H., Hyman N. H., (2013), "Anastomotic leak after low anterior resection", *Journal of American medical association*; Vol. 48 (No 2): 177 – 182.
60. Chen W., Li Q., Fan W., et al, (2016), "Factors predicting difficulty of laparoscopic low anterior resection for rectal cancer with total mesorectal excision and double stapling technique", *Journal PLOS ONE* 11(3): e0151773.
61. Cassinotti E., Palazzini G., et al, (2017), "Transanal total mesorectal excision (TaTME): tips and tricks of a new surgical technique", *Annals of laparoscopic and endoscopic surgery*; 2:111.
62. Croese Alexander, Zubairs Omar, (2018), "A Meta-analysis of the prevalence of low anterior resection syndrome and systemic review of risk factors", *Institute of Surgery*, The Townsville Hospital, Queensland, Australia.

63. Carrillo A., Navascues J. M (2016), "Incidence and Characterization of the Anterior Resection Syndrome through the use of the LARS Scale (Low Anterior Resection Score)", *Cirugia Esp*, 94:137 – 143.
64. Chen T.Y., Emmertsen K. (2014), "Bowel dysfunction after rectal cancer treatment: a study comparing the specialist s versus patient' s perspective", *BMJ Open* , 4 e 003374. Doi: 10.1136, pp.1-7.
65. Chen T.Y., Lisette M. et al (2015), " Bowel Function 14 Years after preoperative short-course radiotherapy and total mesorectal excision for rectal cancer: Report of a multicenter randomized trial", *Clinical Colorectal Cancer*, Vol 14, No.2. 106-14.
66. Capelan A., Elamo E. (2020), "Validation of the low anterior resection syndrome score in finish patients: Preliminary results on quality of life in different Lars severity groups", *Scandinavian Journal of Surgery*, pp: 1-6.
67. Cheng S., He B., Zeng X. (2019), "Prediction of anastomotic leakage after anterior rectal resection", *Pak J Med Sci*, 35 (3): 830 – 835.
68. Ceelen W. P (2012), "Progress in Rectal Cancer Treatment", *ISRN Gastroenterology*, Volume 2012, Article ID 648183, 15 pages.
69. Charles Thorn C.C, Mathur Pawan , Elton Colin (2011), "The feasibility and role of laparoscopic surgery in rectal cancer", *Springer, Curr Colorectal Cancer Rep* 7: pp.80-88.
70. Coss Howard, Mahmoud Nehal (2005), " The current management of rectal cancer"; *Curr probl surg*, 42, pp.78-131.
71. Chen C.C, Huang I.P (2011), "Is it appropriate to apply the enhanced recovery program to patients undergoing laparoscopic rectal surgery?", *Surg Endosc*, 25: 1477 – 1483.
72. Chen C. C, Lai Y.L, Jiang J.K, Chu C.H (2014), "The evolving practice of hybrid natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) for rectal cancer", *Surg endocs*; Springer.
73. De Palma G., Luglio G., (2015), "Quality of life in rectal cancer surgery: what do the patient ask? ", *World J Gastrointest Surg* 2015; 7(12): 349 – 355.

74. Debakey Y., Zaghloul A., Farag A., et al, (2018), “Robotic-Assisted versus conventional laparoscopic approach for rectal cancer surgery, first Egyptian academic center experience, RCT”, *Hindawi Minimally invasive surgery*, Vol. 201 ; article ID 5836562, 11 pages.
75. Deijen CL, Van de Broek J. J., et al (2016), “State of art in rectal cancer surgery: Historical overview and new perspective after the color II trial ”, *CIR. ESP*, 94(1): pp. 1 – 3.
76. Dulskas A., Kavaliauskas P. (2020), “Long – term bowel dysfunction following low anterior resection”, *Scientific Reports*, 10:11882.
77. Ding Z., Wang Z., Huang S. (2017), “Comparison of laparoscopic vs. open surgery for rectal cancer”, *Molecular And Clinical Oncology*, 6: 170 – 176.
78. Doeksen A., Tanis P.J et al (2008), “Radiological evaluation of colorectal anastomoses”, *Int J Colorectal Dis*, 23:pp. 863 – 868.
79. Daniels I.R, Woodward S., Taylor F.GM. (2006), “Female urogenital dysfunction following total mesorectal excision for rectal cancer”, *World Journal of Surgical Oncology*, 4:6, pp 1-4.
80. Ekkarat P., Boonpipattanapong T. (2015), “Factors determining low anterior resection syndrome after rectal cancer resection: A study in Thai patients”, *Asian Journal of Surgery*, 39, pp.225 – 231.
81. Flesfman J., Branad M. (2015), “Effect of laparoscopic- assisted resection vs open resection of stage II or III rectal cancer on pathologic outcomes”, *JAMA*, 314 (13): pp. 1346-1355
82. Glynne J.R., Wyrwicz L., Tiret E., (2017), “Rectal cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up”, *Annals of Oncology* 28 (Supplement 4): iv22 – iv40.
83. Gundes E., Cetin D. A., Aday U., et al (2018), “Risk factors in anastomotic leaks after low anterior resection for rectal cancer and the effects of diverting stoma on clinical results ”, *The Turk journal of colorectal Dis*; 28: 114 – 120.
84. Grosek J., Kosir J. A. (2019), “Validation of the Slovenian version of the low anterior resection syndrome score for rectal cancer patients after surgery”, *Zdr Varst* ; 58 (4): 148-154. Doi 10.2478/siph.



85. Gimeno M.G, Otero.J, Pavel.O, et al (2012), “Diagnostic management of rectal cancer: MRI vs EUS”, *European Society of Radiology*, pp 1- 44.
86. Hussein F, Murad J., Gamal A., (2017), “Impact of diverting stoma in low anterior resection for rectal cancer on short-term surgical outcomes and reoperation”, *Annal of oncology*; Vol 28; Supplement 3: 134.
87. Hyun E., Cottreau J., et al (2016), “Treatment of rectal cancer with trans-anal mesorectal excision: a mini-review of the literature ”, *iMedPub journals*; Vol. 2; No. 3: 20.
88. Hupkens B.J.P, Breukink S.O. (2018), “Dutch validation of the low anterior resection syndrome score”, The Association of Coloproctology of Great Britian and Ireland, <http://doi.org>.
89. Hoore A.D, Wolthuis A. ( 2018), “Innovations in Rectal Cancer Surgery”, University Hospitals Leuven, Belgium.
90. Indar A., Efron J. (2009), “Laparoscopic surgery for rectal cancer ”, *The Permanente Journal*, Vol 13 No.1.: 47 – 51.
91. Juul Therese; Ahlberg Madelene (2014), “Internatonal validation of the low anterior resection syndrome score”, *Annals of Surgery*, 259 (4): 728-734.
92. Kornmann V. N. N., Walma S. M, et al, (2016), “Quality of life after a low anterior resection for rectal cancer in elderly patients ”, *Annal of coloproctology*; 32(1): 27 – 32.
93. Kim Y.S, Kim M.J, Park S.C (2016), “Robotic versus laparoscopic surgery for rectal cancer after preoperative chemoradiotherapy: case-matched study of short-term outcomes”, *Cancer Res Treat*; 48 (1): pp.225-231.
94. Krane M.K, Fichera A (2012), “Laparoscopic rectal cancer surgery: Where do we stand?”, *World Gastroenterol*, December 14; 18(46): 6747-6755.
95. Katsuno G, Fukunaga M, Nagakari K (2011), “Incisionless laparoscopic colectomy for colorectal cancer: Hybrid NOTES technique applied to traditional laparoscopic colorectal resection”, *J Gastroint Dig Syst*.
96. Kosinski L., Gama A.H., Ludwig K. (2012), “Shifting concepts in rectal cancer management”, *Ca Cancer J Clin*, Vol. 62, pp. 173-202.23
97. Khreiss M., Tsikitis V., (2012), “Laparoscopic low anterior resection ”, *Operative dictations in general and vascular surgery*, *Springer Science + Bussiness Media*, Chapter 45: 225

98. Kockerling F., Rose J. (1999), "Laparoscopic colorectal anastomosis: risk of postoperative leakage", *Surg Endosc*, 13: 639-644.
99. Lee H., Kim B. G., Park Y. G., Kang H. (2016), "The effect of laparoscopic versus robotic low anterior resection of rectum on postoperative pain: a propensity score matching analysis", *Korean Journal of Clinical Oncology*; 12, pp. 124 – 128.
100. Leroy J., Jamali F., Forbes L., et al, (2003), "Laparoscopic total mesorectal excision (TME) for rectal cancer surgery: long-term outcomes", *Surgical endoscopy and other interventional techniques*; Vol 18, page 281 – 289.
101. Lirici M. M., Cristiano G. S. Huscher, (2016), "Techniques and technology evolution of rectal cancer surgery: a history of more than a hundred years", *Minimally invasive therapy & allied technologies*; Vol. 25; No. 5: 226 – 233.
102. Lee K.Y, Shin J.K et al (2018), "Transanal Endoscopic and Transabdominal Robotic Total Mesorectal Excision for Mid – to- Low rectal Cancer: Comparison of Short-term postoperative and Oncologic Outcomes by Using a Case-Matched Analysis", *Annals of Coloproctology*, 34 (1), 29-35.
103. Leung A.M, Gibbons R.L, Vu H.N (2009), "Predictors of Length of Stay Following Colorectal Resection for Neoplasm in 183 Veterans Affairs Patients", *World J Surg*, 33: pp. 2183-2188.
104. Lee D. J. K, Sagar P. M et al (2017), "Advances in surgical management for locally recurrent rectal cancer: How far have we come?", *World J Gastroenterol*, (23): pp 4170 – 4180.
105. Larson D.W, Boostrom S.Y, Cima R.R (2010), "Laparoscopic surgery of rectal cancer: short term benefits and oncologic outcomes using more than one technique", *Springer, Techcoloproctol*,14:pp 125-131.
106. Maroney S., Chavez De Paz C., et al (2016), "Complications of diverting ileostomy after low anterior resection for rectal carcinoma", *The American surgeon*; Vol 82: 1033 – 1037.

107. Maslyankov .S, Penchev .D (2015), “A Meta – Analysis of Quality of Life by Questionnaires of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) after Rectal cancer surgery”, *Chirurgia* 110: 356-361.
108. Mrabiti Hind, Amziren Mounia (2016), “Quality of life of early stage colorectal cancer patients in Morocco”, *BMC Gastroenterology* 16:131 Doi 10.1186/s12876-016.
109. Magaji Bello Arkilla, Moy Foong Ming (2015), “Psychometric Validation of the Bahasa Malaysia Version of the EORTC QLQ-CR29”, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol 16.
110. Miacci F. L. C, Guetter C. R (2019), “Predictive factors of low anterior resection syndrome following anterior resection of the rectum”, *Rev Col Bras Cir* 46(6):e20192361.
111. Mukhtar R.S, Abdul Jabbar M.Q. (2017), “Laparoscopic Low Anterior Resection using Endo GIA Radial Reload Stapler: early results (case series)”, *Fac Med Baghdad*, Vol.59, No.3, pp.209-213.
112. Min J.K, Sung C.P, et al (2018), “Robot-assisted versus laparoscopic surgery for rectal cancer A phase II open label prospective randomized controlled trial”, *Annals of Surgery*, Vol 267, No 2, pp. 243-251.
113. NCCC Clinical Practice Guidelines in Oncology (2018), “Rectal Cancer”, *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, Version 2, Vol 16, No 7, pp. 874-901.
114. National Institute for Health and Care Excellence NICE (2015), “Transanal total mesorectal excision of the rectum”, [nice.org.uk/guidance/jpg514](http://nice.org.uk/guidance/jpg514).
115. Nam Kyu Kim (2005), “Anatomic basis of sharp pelvic dissection for curative resection of rectal cancer”, *Yonsei Medical Journal*, Vol.46, No.6, pp.737-749.
116. Osian Gelu (2012), “Emergency Surgery for Colorectal Cancer Complications: Obstruction, Perforation, Bleeding”, *Contemporary Issues in Colorectal Surgical Practice*, pp 75 – 86.

117. Ong E.J.S, Andrew R.L.S. (2011), “Current state of laparoscopic rectal cancer surgery in Australia”, *ANZ Journal of Surgery*, Royal Australasian College of Surgeons; 81, pp 281-286.
118. Oyasiji Tolutope , Baldwin Keith, Katz S.C (2012), “Feasibility of purely laparoscopic resection of locally advanced rectal cancer in obese patients”, *World Journal of Surgical Oncology*, 10:147, pp.1-5.
119. Phan K., Oh L., Ctercteko G., et al (2019) “Does a stoma reduce the risk of anastomotic leak and need for re-operation following low anterior resection for rectal cancer: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials ”, *Journal of Gastrointestinal Oncology*; 10 (2): 179 – 187.
120. Park E. J., Baik S. H, Kang J. et al, (2016), “The impact of postoperative complications on long-term oncologic outcomes after laparoscopic low anterior resection for rectal cancer”, *Medicine Journal*; Vol 95; No 14: 1 – 9.
121. Park Yoon Ah, Kim Jung Man et al (2010), “Totally robotic surgery for rectal cancer: from splenic flexure to pelvic floor in one setup”, *Springer, Surg Endosc*, 24, pp.715-720.
122. Peng J., Shi D., Goodman K.A., et al (2011), “Early results of quality of life for curatively treated rectal cancers in Chinese patients with EORTC QLQ-CR29”, *Radiation oncology*, 6: 93 – 100.
123. Rajendra S. (2019), “Low anterior resection syndrome (LARS)”, *The Sri Lanka Journal of Surgery*; 37(1): 31 – 36.
124. Ridolfi T.J, Berger N., Ludwig K.A (2016), “Low Anterior Resection Syndrome: Current Management and Future Directions”, *Clin Colon Rectal Surg*, 29: pp.239 – 245.
125. Rutegard M.K., Batsman M., Axelsson J. (2019), “PET/MRI and PET/CT hybrid imaging of rectal cancer – description and initial observations from the RECTOPET (Rectal Cancer trial on PET/MRI/CT) study, *BMC*, pp. 1-9.
126. Stevenson A.R.L. (2017), “The future for laparoscopic rectal cancer surgery”, *BJS*; 104: pp. 643-645.

127. Shoar S., et al, (2017) “Laparoscopic options for surgical treatment of rectal cancer” *EC gastroenterology and digestive system* 3.1: pp.01 – 03.
128. Shen M. H., Chen L. P., et al, (2018), “Validation of the Taiwan Chinese version of the EORTC QLQ-CR29 to assess quality of life in colorectal cancer patients”, *BMC Cancer*; 18: 353.
129. Sadighi S., Emami A. H., et al (2017), “Psychometric properties of the Iranian version of colorectal cancer specific quality of life questionnaire (EORTC QLQ-CR29)” *World congress on gastrointestinal cancer*.
130. Stiggelboul A. M., Kunnerman M., Baas-Thijssen M. C. M., et al, (2016), “The EORTC QLQ-CR29 quality of the life questionnaire for colorectal cancer: validation of the Dutch version”, *Qual Life Res*, 25:1853 – 1858.
131. Sliva M. R. L, Junior S. A (2018), “Late assesment of quality of life in patients with rectal carcinoma: comparision between sphincter and definitive colostomy”, *Intemational Journal of Colorectal Disease*, 33:1039-1045.
132. Siegel R., Cuesta M.A, Targaroma E. (2011), “Laprosopic extraperitoneal rectal cancer surgery: the clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery”, *Surg Endosc Springer*.
133. Simunovic M., Goldsmith C. et al (2008), “The Quality Initiative in Rectal Cancer (QIRC) trial: study protocol of a cluster randomized controlled trial in surgery”, *BMC Surgery*, 8:4.
134. Shrikhande S.V, Saoji R.R, Barreto Savio G et al (2007), “Outcomes of resection for rectal cancer in India: The impact of the double stapling technique”, *World Journal of Surgical Oncology*, 5:35.
135. Skandalakis / Surgical Anatomy (2004), “Large intestine and Anorectum: Chapter 18”, The McGraw-Hill Companies.
136. Sylla P., Lacy A.M (2011), “NOTES transanal rectal cancer resection using transanal endoscopic microsurgery”, *Eur Surg* 43/3: 146-152.
137. Seungwan Park and Nam Kuy Kim (2015), “ The role of robotic surgery for rectal cancer: Overcoming technical challenges in laparoscopic surgery by advanced techniques”, *J Korean Med Sd*,30: 837-846.

138. Stevenson A.R.L, Slomon M. J et al (2015), “Effect of laparoscopic – assisted resection vs open resection on pathological outcomes in rectal cancer”, *JAMA*, 314 (13): pp 1356 – 1363.
139. Turan M. I, Yigit D. (2019), “Comparision of Quality of Life Scores in Patients Who Underwent Low Anterior Resection and Abdominoperineal Resection for Tumors of The Rectum”, *Journal of Scientific and Technical Research*, Biomedical, Volume 20-Issue 5.
140. Tang X., Wang Z., Wu X. (2018), “Robotic versus laparoscopic surgery for rectal cancer in male urogenital function preservation, a meta – analysis”, *World Journal of Surgical Oncology*, 16:196.
141. Tsang W.W.C, Chung C.C., Li M.K.W (2003), “Prospective evaluation of laparoscopic total mesorectal excision with colonic J-pouch reconstruction for mid and low rectal cancers”, *British Journal of Surgery*; 90: 867-871.
142. Townsend, Beauchamp, Mattox (2007), “Colon and Rectum”, *Sabiston Textbook of Surgery*, Chapter 50, Saunders, An Imprint of Elsevier.
143. Toda Shigeo, Kuroyanagi Hiroya (2014), “Laparoscopic surgery for rectal cancer: Current status and future perspective”, *Asian J Endoc Surg* 7, 2-10.
144. Telem D.A, Berger D.L, Liliana G et al (2012), “Update on transanal NOTES for rectal cancer: Transitioning to human trials”, *Hindawi Publishing Corporation*, article ID 287613, 6 pages.
145. Verena N. K. K, Marieke S. W, Marnix A.J R (2016), “Quality of Life After a Low Anterior Resection for Rectal Cancer in Elderly Patients”, *Ann Coloproctol*, 32(1): 27 -32.
146. Vironen J.H, Halme L, Sainio P et al (2002), “New approaches in the management of rectal carcinoma result in reduced local recurrence rate and improved survival”, *Eur J Surg*; 168; 158 – 164.
147. Wang C., Xiao Y., et al (2014), “Factors affecting operating time in laparoscopic anterior resection of rectal cancer”, *Wolrd journal of surgical oncology*; 12: 44.
148. Watanabe M (2005), “Laparoscopic Anterior Resection for Rectal Cancer”, *Laparoscopic Colorectal Surgery*, Springer, chapter 8.5, pp.170 – 187.

149. Wojciech Nowak, Beata Tobiasz Adamczyk (2011), "Adaptation of quality of life module EORTC QLQ-CR29 for Polish patients with rectal cancer – initial assessment of validity and reliability", *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 83,9, 502-510.
150. Weiser M.R, Milsom J.W (2000), "Laparoscopic total mesorectal excision with autonomic nerve preservation", *Seminars in surgical oncology*; 19:396-403.
151. Wind J, Koopman A.G et al (2007), "Laparoscopic reintervention for anastomotic leakage after primary laparoscopic colorectal surgery", *British Journal of Surgery*, 94: 1562-1566.
152. Wu W.X, Hua Y.B, Shen L.Z (2004), "Laparoscopic versus conventional open resection of rectal carcinoma : A clinical comparative study", *World J Gastroenterol*; 10(8): 1167-1170.
153. Yoshihiro Moriya (2006) "Treatment strategy for locally recurrent rectal cancer", *Jpn J Clin Oncol*; 36 (3) 127 – 131.
154. Yassine E., Bouvier V., Dejardin O., et al, (2020), "French LARS score: validation of the French version of the low anterior resection syndrome (LARS) score for measuring bowel dysfunction after sphincter-preserving surgery among rectal cancer patients: a study protocol", *BMJ open*; 10: e034251, pp.1-7.
155. Yang X, Zhu C (2012), "Laparoscopic radical resection for rectal cancer", *Transl Gastrointest Cancer*, 1(3), pp.255-271.
156. Zhu Qian Lin, Feng Bo, Lu Ai-Guo et al (2010), "Laparoscopic low anterior resection for rectal carcinoma: Complications and management in 132 consecutive patients", *World Journal of Gastroenterology*; 16(36): 4605-4610.

# PHỤ LỤC



## PHỤ LỤC 1

### Bộ câu hỏi EORTC QLQ- C30 (chuẩn hóa Tiếng Việt)

	Không có	Ít	Thỉnh thoảng	Nhiều
1. Bạn có thấy khó khăn khi thực hiện những công việc gắng sức, ví dụ như xách một túi đồ nặng hay một vali?	1	2	3	4
2. Bạn có thấy khó khăn khi đi bộ một khoảng dài?	1	2	3	4
3. Bạn có thấy khó khăn khi đi bộ một khoảng ngắn bên ngoài nhà mình?	1	2	3	4
4. Bạn cần nằm nghỉ ngơi trên giường hay trên ghế suốt ngày?	1	2	3	4
5. Bạn cần giúp đỡ khi ăn, mặc, tắm rửa hay đi vệ sinh?	1	2	3	4
6. Bạn đã có bị hạn chế thực hiện trong việc làm của bạn hoặc trong các công việc hàng ngày khác?	1	2	3	4
7. Bạn đã có hạn chế trong theo đuổi các sở thích của bạn hay trong các hoạt động giải trí khác?	1	2	3	4
8. Bạn đã có bị thở nhanh không?	1	2	3	4
9. Bạn đã có đau gì không?	1	2	3	4
10. Bạn đã cần phải nghỉ ngơi không?	1	2	3	4
11. Bạn có bị mất ngủ?	1	2	3	4
12. Bạn có cảm thấy yếu sức?	1	2	3	4
13. Bạn có bị ăn mất ngon?	1	2	3	4
14. Bạn có cảm giác buồn nôn?	1	2	3	4
15. Bạn có bị nôn?	1	2	3	4
16. Bạn có bị bón?	1	2	3	4

17. Bạn có bị tiêu chảy?	1	2	3	4			
18. Bạn đã có bị mệt không?	1	2	3	4			
19. Con đau có cản trở sinh hoạt hằng ngày của bạn?	1	2	3	4			
20. Bạn đã có bị khó khăn khi tập trung vào công việc gì, như khi đọc báo hay xem truyền hình?	1	2	3	4			
21. Bạn đã có cảm thấy căng thẳng?	1	2	3	4			
22. Bạn đã có lo lắng?	1	2	3	4			
23. Bạn đã có cảm thấy dễ bực tức?	1	2	3	4			
24. Bạn đã có cảm thấy buồn chán?	1	2	3	4			
25. Bạn đã gặp khó khăn khi phải nhớ lại một sự việc?	1	2	3	4			
26. Tình trạng thể lực của bạn hoặc việc điều trị bệnh gây cản trở cuộc sống gia đình của bạn?	1	2	3	4			
27. Tình trạng thể lực của bạn hoặc việc điều trị bệnh gây cản trở cho các hoạt động xã hội của bạn?	1	2	3	4			
28. Tình trạng thể lực của bạn hoặc việc điều trị bệnh tạo ra khó khăn tài chính của bạn?	1	2	3	4			
<b>Đối với các câu hỏi sau đây xin khoanh tròn các số từ 1-7</b>							
29. Bạn tự đánh giá như thế nào về sức khỏe tổng quát của bạn trong tuần qua?	1	2	3	4	5	6	7
30. Bạn tự đánh giá như thế nào về chất lượng cuộc sống tổng quát của bạn trong tuần qua?	1	2	3	4	5	6	7

**Bộ câu hỏi EORTC QLQ- CR29**

31. Bạn có thường xuyên đi tiểu trong ngày không?	1	2	3	4
32. Bạn có thường xuyên đi tiểu trong đêm không?	1	2	3	4
33. Bạn có bị són nước tiểu không?	1	2	3	4
34. Bạn có bị đau khi đi tiểu không?	1	2	3	4
35. Bạn có bị đau bụng không?	1	2	3	4
36. Bạn có đau quanh vùng trực tràng hậu môn không?	1	2	3	4
37. Bạn có cảm giác chướng bụng đầy bụng không?	1	2	3	4
38. Bạn có thấy máu trong phân không?	1	2	3	4
39. Bạn có thấy chất nhầy trong phân không?	1	2	3	4
40. Bạn có cảm giác khô miệng không?	1	2	3	4
41. Bạn có bị rụng tóc không?	1	2	3	4
42. Bạn có vấn đề về vị giác hay không?	1	2	3	4
43. Bạn có lo lắng về sức khỏe trong tương lai hay không?	1	2	3	4
44. Bạn có lo lắng về cân nặng của bạn không?	1	2	3	4
45. Bạn có cảm giác kém năng động hơn sau khi điều trị?	1	2	3	4
46. Bạn có cảm giác ham muốn tình dục không?	1	2	3	4
47. Bạn có hài lòng về cơ thể của mình hay không?	1	2	3	4
48. Hậu môn nhân tạo	Có		Không	
<b>Hậu môn nhân tạo</b>				
49. Hơi thoát ra không tự chủ từ hậu môn nhân tạo	1	2	3	4
50. Ra phân ở hậu môn nhân tạo	1	2	3	4
51. Bạn có bị viêm da quanh hậu môn không?	1	2	3	4
52. Bạn ngày bạn thay bao hậu môn nhân tạo bao nhiêu lần?	1	2	3	4
53. Bạn đêm bạn thay bao hậu môn nhân tạo bao nhiêu lần?	1	2	3	4

54. Cảm giác mặc cảm do hậu môn nhân tạo	1	2	3	4
55. Khó khăn của bạn khi chăm sóc hậu môn nhân tạo	1	2	3	4
<b>Không có hậu môn nhân tạo</b>				
49. Bạn có bị trung tiện không tự chủ?	1	2	3	4
50. Bạn có bị són phân không tự chủ?	1	2	3	4
51. Bạn có bị viêm da quanh hậu môn	1	2	3	4
52. Bạn có thường xuyên đại tiện vào ban ngày	1	2	3	4
53. Bạn thường xuyên có đại tiện vào ban đêm	1	2	3	4
54. Bạn có mặc cảm vì đi đại tiện nhiều lần	1	2	3	4
<b>Nam giới</b>				
56. Ham muốn tình dục	1	2	3	4
57. Cương cứng dương vật	1	2	3	4
<b>Nữ giới</b>				
58. Ham muốn tình dục	1	2	3	4
59. Đau khi quan hệ tình dục	1	2	3	4

**Bảng: Mô hình cấu trúc bộ câu hỏi**

Lĩnh vực	Vấn đề	Số lượng câu hỏi	Số thứ tự câu hỏi	Phạm vi
<b>Bộ câu hỏi EORTC QLQ - C30</b>				
<b>Tình trạng sức khỏe (TTSK)</b>	<b>Sức khỏe tổng quát</b>	2	29, 30	3
<b>Chức năng (CN)</b>	Chức năng thể chất	5	1 - 5	3
	Chức năng hoạt động	2	6,7	3
	Chức năng cảm xúc	4	21 - 24	3
	Chức năng nhận thức	2	20, 25	3
	Chức năng xã hội	2	26,27	3
<b>Triệu chứng (TC)</b>	Mệt mỏi	3	10,12,18	3
	Buồn nôn/ Nôn	2	14, 15	3

	Đau	2	9, 19	3
	Thở nhanh	1	8	3
	Mất ngủ	1	11	3
	Chán ăn	1	13	3
	Táo bón	1	16	3
	Tiêu chảy	1	17	3
	Khó khăn tài chính	1	28	3
<b>Bộ câu hỏi EORTC QLQ-CR29</b>				
<b>Triệu chứng</b>	Tiểu tiện	2	31, 32	3
	Tính chất phân	2	38, 39	3
	Tần suất đại tiện	2	52, 53	3
	Cảm giác cơ thể	3	45 – 47	3
	Són tiểu	1	33	3
	Đau khi tiểu	1	34	3
	Đau bụng	1	35	3
	Đau hậu môn	1	36	3
	Chướng bụng	1	37	3
	Khô miệng	1	40	3
	Rụng tóc	1	41	3
	Vị giác	1	42	3
	Lo lắng sức khỏe	1	43	3
	Lo lắng cân nặng	1	44	3
	Trung tiện	1	49	3
	Són phân	1	50	3
	Viêm da quanh hậu môn	1	51	3
	Mặc cảm đại tiện nhiều	1	54	3

**PHỤ LỤC 2**  
**PHIẾU NGHIÊN CỨU**

Số hồ sơ:

Số B/A:

**I. Phần hành chính**

- **Họ và tên bệnh nhân:**.....**Tuổi:**... **Giới:** 1. Nam. 2. Nữ

- Địa chỉ:.....Số ĐT: .....

- Nghề Nghiệp: .....

- Số bệnh án:.....

- Ngày vào viện:.....Ngày mổ:.....Ngày ra viện:.....

- Số ngày điều trị: .....

**Nghề nghiệp:** 1. Lao động trí óc      2. Công nhân      3. Nông dân

4. Buôn bán      5. Già, Hưu trí

**Lý do vào viện:**

1. Mệt mỏi, gầy sút      2. Phân nhầy, máu      3. Phân nhỏ, đẹt      4. Mót rặn

5. Đại tiện khó      6. Đau bụng      7. Tình cờ      8. Khác

**II. Phần tiền sử:**

1. Polyp trực tràng

2. Viêm loét trực tràng chảy máu:

3. Viêm trực tràng mãn tính

4. Bệnh Crohn đại – trực tràng:

5. Hội chứng FAP:.....

6. Hội chứng LYNCH

6. Tiền sử phẫu thuật bụng:

7. Khác

**Thói quen sinh hoạt:**

1. Ăn nhiều thịt

2. Ăn ít rau xanh

3. Uống rượu

4. Hút thuốc

**Thời gian từ khi có dấu hiệu bệnh đến khi vào viện:**

1. < 1 tháng

2. 1 – 3 tháng

3. > 3 - 6 tháng

4. > 6 tháng

### III. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

#### Triệu chứng toàn thân

1. Sụt cân                      2. Thiếu máu                      3. Sốt kéo dài                      4. Chán ăn

#### Triệu chứng cơ năng

1. Đau bụng                      2. Mót rặn                      3. Đi lỏng  
4. Đi cầu phân nhầy mũi      5. Đi cầu ra máu tươi      6. Thay đổi khuôn phân  
7. Táo bón                      8. Đau hậu môn

#### Triệu chứng thực thể

1. Bụng mềm                      2. Bụng chướng                      3. Tắc ruột  
4. Bán tắc                      5. Hạch ngoại biên                      4. Gan lớn

**Thăm trực tràng:** sờ thấy u:                      1. không:                      2. có: (mô tả)

- Tính chất di động:

1. Di động dễ dàng                      2. Di động ít                      3. Không di động

- vị trí:

1. Mặt trước                      2. Mặt sau                      3. Mặt bên                      4. Dạng vòng

#### Xét nghiệm cận lâm sàng

- Nhóm máu:                      1. A                      2. B                      3. AB                      4. O

- CTM:

HC:

BC:

TC:

- CEA:

CA19.9:

- **Nội soi trực tràng:**

+ Vị trí u:

1. Trực tràng trên                      2. Trực tràng giữa  
3. u mặt trước                      4. U mặt sau                      5. U mặt bên                      6. U vòng

+ Hình thái tổn thương: 1. Sùi                      2. Loét sùi                      3. Nhiễm cứng

4. Loét                      5. Polyp thoái hóa                      6. Hẹp lòng trực tràng

+ Kích thước u: 1.  $U < \frac{1}{4}$  chu vi                      2.  $\frac{1}{4} \leq u \leq \frac{1}{2}$  chu vi                      3.  $\frac{1}{2} < u < \frac{3}{4}$  chu vi

4. u toàn bộ chu vi

+ Kết quả sinh thiết u:

- **Siêu âm bụng:**

+ Tồn thương trực tràng: Có (mô tả) Không  
Vị trí khối u: kích thước u:  
Mức độ dày thành trực tràng: Dịch ổ phúc mạc: Di căn hạch:

**- Siêu âm nội soi trực tràng (nếu có):**

Vị trí: Xâm lấn u: Hạch mạc treo TT:

**- CT scanner bụng:**

+ Vị trí khối u: 1. Trực tràng trên 2. Trực tràng giữa

+ kích thước u: 1. < 5 cm 2. 5 cm – 10 cm 3. > 10 cm

+ Hình dạng u: 1. Sùi vào lòng 2. Thâm nhiễm 3. Khuyết

4. Polyp thoái hóa 5. Hẹp lòng

+ Xâm lấn của khối u: 1. T1 2. T2 2. T3 3. T4

+ Di căn hạch:

1. Không thấy hạch 2. Hạch mạc treo trực tràng 3. Hạch động mạch chính

+ Dịch ổ PM:

+ Di căn xa:

**- MRI chậu (nếu có):**

+ vị trí u: + xâm lấn u: + hạch di căn:

**- Xquang Phổi:**

**IV. Nghiên cứu trong mổ**

- Vị trí khối u: 1. Trực tràng trên 2. Trực tràng giữa

- Kích thước u: u < 3 cm u: 3 – 5 cm u > 5 cm

- Tính chất di động khối u: Di động Không di động

- Mức độ xâm lấn khối u (T): Di căn hạch (N): Di căn xa (M):

- Giai đoạn TNM:

**- Phương pháp mổ:**

+ Số lượng trocar:

+ Kỹ thuật xử lý cuống mạch MTTD:

+ Cắt dưới khối u bao nhiêu cm:

+ Sinh thiết bờ diện cắt (nếu có):

+ Cắt bán phần mạc treo TT:

+ Cắt toàn bộ mạc treo TT (TME):



+ Khâu nối ống tiêu hóa: EEA: Endo GIA:

Khâu tay:

+ Mở đường nhỏ thành bụng lấy bệnh phẩm:

1. Hố chậu trái 2. Trên xương mu

Hoặc lấy bệnh phẩm qua ngã tự nhiên: 3. Hậu môn: 4. Âm đạo

+ Mở thông hồi tràng chủ động: + HMNT đại tràng:

+ Bóc hạch mạc treo:

+ GPBL hạch:

+ Khoảng cách từ miệng nối TT- rìa hậu môn (cm):

- Chuyển mổ mở (nguyên nhân):

- Thời gian mổ (phút):

- Tai biến trong mổ:

1. Chảy máu 2. Thủng ruột 3. Tổn thương niệu quản

4. Vỡ khối u 5. Tràn khí dưới da 6. Tổn thương tạng khác

## V. Nghiên cứu đặc điểm sau mổ

- Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ: paracetamol 1g x 2 lần/ngày chuyển tĩnh mạch:

Ngày 1: Ngày 2: Ngày 3: Ngày 4: Ngày 5:

- Thời gian trung tiện sau mổ:

≤ 24h

24h – 48h

> 48h - 72h

> 72h

- Thời gian đại tiện lần đầu sau mổ (ngày):

- Thời gian rút sonde bàng quang (ngày)

- Thời gian ăn uống lại sau mổ (ngày):

- Thời gian rút dẫn lưu ổ mổ (ngày):

- Thời gian nằm viện (ngày):

## Biến chứng sau mổ

- Chảy máu trong ổ PM

- XHTH dưới:

- Tràn khí dưới da:

- Xì rò miệng nối:

- Tắc ruột sớm sau mổ:

- Bí tiểu:

- Áp xe tồn lưu:

- Nhiễm trùng vết mổ, trocar:

- Tử vong:

## **Nghiên cứu lý do mổ lại**

- Chảy máu
- Xì rò miệng nói
- Áp xe tồn lưu
- Tắc ruột
- lý do khác:

## **11. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ**

- **Đại thể:** Kích thước u (cm):

- 1. Thở sùi
- 2. Thở loét
- 3. Thở nhiễm cứng
- 4. Polyp ung thư hóa
- 5. Thở Loét sùi

- **Vi thể:**

- 1. UTBM tuyến
- 2. UT tế bào nhân
- 3. UTBM tuyến nhày
- 4. U lympho
- 5. Sarcome
- 6. Khác:

- **Độ biệt hóa của ung thư biểu mô tuyến:**

- 1. Biệt hóa tốt
- 2. Biệt hóa vừa
- 3. Biệt hóa kém
- 4. Không biệt hóa

- **Giai đoạn ung thư theo TNM:**

+ Mức độ xâm lấn T: 1. T1 2. T2 3. T3 4. T4

+ Di căn hạch: 1. N0 2. N1 3. N2

- **Giai đoạn ung thư theo UICC:**

- Giai đoạn 0: Tis, No, Mo.
- Giai đoạn I: T1 hoặc T2, No, Mo.
- Giai đoạn II: T3 hoặc T4, No, Mo.
- Giai đoạn III: T bất kỳ, N1, N2, Mo.
- Giai đoạn IV: T bất kỳ, N bất kỳ, M1.

## **12. Nghiên cứu điều trị hỗ trợ sau mổ**

- Phác đồ xạ trị:
- Phác đồ hóa trị:
- Tác dụng phụ sau xạ và hóa trị:

## PHIẾU TÁI KHÁM

Họ và tên bệnh nhân:.....Giới: .....1. Nam 2. Nữ

Địa chỉ: .....

Ngày tháng năm sinh: .....

**1. Thời gian khám hiện tại: tháng.....sau mổ**

**2. Các thăm khám và xét nghiệm đã được làm**

- Khám bụng:

- Thăm trực tràng:

- Theo dõi đại tiện:

Số lần đi cầu/ngày:.....Tình trạng phân: .....

- Biện chứng về bàng quang:

Tiểu thường:

Tiểu đêm về đêm:

Tiểu không tự chủ:

- Biện chứng về sinh dục:

Tình dục bình thường

Giảm ham muốn

Liệt

- Các xét nghiệm:

Cận lâm sàng	Ngày làm	Kết quả
CEA		
Siêu âm bụng		
Nội soi đại trực tràng		
CT scan bụng		
Chụp Xq phổi		

- Chẩn đoán tái phát tại chỗ

Vị trí	Thời gian (tháng)	Mô tả
Miệng nối		
Vùng chậu		
Vết mổ lấy u		
Vết mổ trocar		
Vết mổ HMNT		

- Chẩn đoán di căn

Vị trí	Thời gian (tháng)	Mô tả
Gan		
Phổi		
Xương		
Cơ quan khác		

### 3. Các biện pháp điều trị hỗ trợ

+ Hóa chất:                      Phác đồ:

+ Tia xạ:                              Tổng liều

+ Phẫu thuật lại:                      Nguyên nhân mổ:                                      Ngày mổ:

Phương pháp mổ:

Kết quả:

### 4. Bệnh nhân tử vong

- Thời gian tử vong:.....tháng sau mổ

- Nguyên nhân tử vong:

1. Do bệnh lý ung thư

2. Bệnh lý khác

3. Già yếu

### Đánh giá dựa trên thang điểm của hội chứng trước thấp LARS-scores

<b><i>Không thể nhìn được trung tiện</i></b>	
Không bao giờ	<b>0</b>
Ít hơn một lần / tuần	<b>4</b>
Ít nhất một lần / tuần	<b>7</b>
<b><i>Són phân lỏng</i></b>	
Không bao giờ	<b>0</b>
Ít hơn một lần / tuần	<b>3</b>
Ít nhất một lần / tuần	<b>3</b>
<b><i>Số lần đại tiện trong ngày</i></b>	
Hơn 7 lần / ngày	<b>4</b>
4-7 lần / ngày	<b>2</b>
1-3 lần / ngày	<b>0</b>
Ít hơn 1 lần / ngày	<b>5</b>

<b><i>Muốn đại tiện sau lần đại tiện cuối ít hơn 1 giờ</i></b>	
Không bao giờ	<b>0</b>
Ít hơn một lần / tuần	<b>9</b>
Ít nhất một lần / tuần	<b>11</b>
<b><i>Muốn đại tiện khẩn phải vào nhà vệ sinh gấp</i></b>	
Không bao giờ	<b>0</b>
Ít hơn một lần / tuần	<b>11</b>
Ít nhất một lần / tuần	<b>16</b>

Tổng số điểm đánh giá:

1. (0 - 20 điểm): không có hội chứng trước thấp; 2. (21 - 29 điểm): có hội chứng trước thấp trung bình; 3. (30 - 42 điểm): hội chứng trước thấp nặng.

**Bảng điểm chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi EORTC QLQ - C30 và EORTC QLQ - CR29 (phụ lục 1)**

*Người thực hiện*

**Ths. Bs. Trần Ngọc Thông**

**PHỤ LỤC 3**  
**DANH SÁCH BỆNH NHÂN**

<b>Stt</b>	<b>Mã bệnh án</b>	<b>Họ tên</b>	<b>Tuổi</b>	<b>Giới</b>	<b>Địa chỉ</b>	<b>Ngày vào viện</b>
1	60973	Dang Cong H.	54	Nam	Trieu Phong, Quang Tri	25.07.2018
2	36684	Nguyen Quang C.	60	Nam	Hai Lang, Quang Tri	08.05.2018
3	180026584	Le Quang L.	66	Nam	Le Thuy, Quang Binh	04.04.2018
4	37072	Phan Thi Th.	36	Nữ	Quang Dien, T T Hue	09.05.2018
5	1312253	Nguyen Thi Ng.	76	Nữ	Phu Loc, T.T. Hue	22.02.2013
6	1312872	Truong Thi B.	46	Nữ	Phu Loc, T.T. Hue	28.02.2013
7	18966	Hoang Thi Nh.	63	Nữ	Xuan Phu, T.p. Hue	06.09.2019
8	1796461	Le Thi H.	58	Nữ	Huong Thuy, T.T. Hue	25.09.2017
9	79975	Tran Thi H.	64	Nữ	Quang Ninh, Quang Binh	23.09.2018
10	27919	Le Minh Ng.	91	Nam	Dong Ha, Quang Tri	25.03.2019
11	1763932	Le Duc H.	49	Nam	Kon Tum	13.06.2017
12	1683424	Nguyen Thi M.	41	Nữ	Da Lat, Lam Dong	15.09.2016
13	1707479	Bui Thi M.	52	Nữ	Dong Hoi, Quang Binh	30.11.2016
14	86221	Doan Van Th.	61	Nam	Phu Thuan, Tp Hue	10.09.2019
15	1624830	Ngo Thi C.	64	Nữ	Gio Linh, Quang Tri	04.03.2016
16	1714614	Nguyen Ngh.	46	Nam	Phu Vang, T.T. Hue	26.12.2016
17	36593	Hoang Minh X.	85	Nam	Phu Vang, T.T. Hue	19.04.2017
18	1621837	Nguyen Thi A.	64	Nữ	Hai Lang, Quang Tri	23.02.2016
19	19944	Nguyen Ngoc T.	39	Nam	Dong Ha, Quang Tri	29.12.2017
20	16059	Ho Thi Kim A.	57	Nữ	Thanh Khe, Da Nang	23.12.2015
21	17018	Nguyen Phi N.	85	Nam	Bo Trach, Quang Binh	24.09.2018
22	1676880	Tran Thi Kim Tr.	86	Nữ	Xuan Phu, Tp Hue	24.08.2016
23	84324	Cao Thi H.	61	Nữ	Huong Thuy, T.T. Hue	05.10.2018

<b>Stt</b>	<b>Mã bệnh án</b>	<b>Họ tên</b>	<b>Tuổi</b>	<b>Giới</b>	<b>Địa chỉ</b>	<b>Ngày vào viện</b>
24	1738229	Hoang Ngoc S.	68	Nam	Phu Cat, Tp Hue	20.03.2017
25	1703129	Do Thi L.	77	Nữ	Le Thuy, Quang Binh	16.11.2016
26	1658220	Nguyen Thi Th.	56	Nữ	Gio Linh, Quang Tri	23.06.2016
27	1791936	Nguyen Thi S.	68	Nữ	Dong Hoi, Quang Binh	11.09.2017
28	1574	Hoang Thi H.	51	Nữ	Ba Don, Quang Binh	06.01.2019
29	84095	Pham Thi B.	64	Nữ	Vinh Linh, Quang Tri	04.10.2018
30	18605	Hoàng Van Ch.	65	Nam	Quang Trach, Quang Binh	23.08.2019
31	1728356	Nguyen Xuan L.	54	Nam	Phuoc Son, Quang Nam	15.02.2017
32	17101	Ho Thi M.	67	Nữ	Vinh Ninh, Tp Hue	09.12.2016

**Xác nhận của Ban chủ nhiệm khoa  
Ngoại nhi - Cấp cứu Bụng**

**Xác nhận của phòng KHTH  
Bệnh Viện Trung ương Huế**

## DANH SÁCH BỆNH NHÂN

Stt	Mã bệnh án	Họ tên	Tuổi	Giới	Địa chỉ	Ngày vào viện
33	1781862	Nguyen Thi Ng.	56	Nữ	Huong Tra, T.T. Hue	09.08.2017
34	36559	Nguyen Thanh A.	76	Nam	Phu Vang, T T. Hue	08.05.2018
35	56098	Le Van Th.	49	Nam	Gio Linh, Quang Tri	09.07.2018
36	56297	Pham Van K.	51	Nam	Dong Ha, Quang Tri	10.07.2018
37	1801905	Dong Van T.	53	Nam	Cam Xuyen, Ha Tinh	11.10.2017
38	1799281	Vu Thi L.	77	Nữ	Tay Loc, T.T Hue	04.10.2017
39	1693902	Le N.	54	Nam	Dong Ha, Quang Tri	17.10.2016
40	21016	Tran Xuan H.	83	Nam	Quang Trach, Quang Binh	05.03.2019
41	1452383	Tran H.	67	Nam	Ky Anh, Ha Tinh	10.06.2014
42	1645395	Hoang Thi T.	67	Nam	Huong Thuy, T.T. Hue	11.05.2016
43	1506224	Nguyen Thi H.	35	Nữ	Phu Ninh, Quang Nam	11.12.2014
44	3057	Nguyen Vo Th.	54	Nam	Thuan Hoa, T.T. Hue	29.11.2017
45	1743161	Nguyen Quang L.	54	Nam	T.T. Hue	04.04.2017
46	1403490	Nguyen .T. Hong H	68	Nữ	Le Thuy, Quang Binh	24.12.2013
47	64862	Phan Hong Nh.	64	Nam	Hai Lo, Quang Tri	07.08.2018
48	22740	Tran D.	76	Nam	Phu Vang, T. T. Hue	23.03.2018
49	32674	Tran Thi Tr.	63	Nữ	Thuan Hoa, Tp Hue	24.04.2018
50	1399677	Le Thi T.	71	Nữ	Phong Dien, T.T. Hue	10.12.2013
51	1709954	Nguyen Thi G.	63	Nữ	Quang Dien, T.T. Hue	09.12.2016
52	1420491	Ngo Thi A.	68	Nữ	Vinh Linh, Quang Tri	24.02.2014
53	1774995	Tran Thi D.	53	Nữ	Huong Long, Tp Hue	18.07.2017
54	28386	Le Thi Th.	49	Nữ	Cam Lo, Quang Tri	26.03.2019
55	1558198	Vo Cong C.	55	Nam	Ky Anh, Ha Tinh	06.07.2015
56	1499905	Vo Thi L.	41	Nữ	Huong Thuy, T.T. Hue	19.11.2014
57	1580138	Vo Thi Th.	63	Nữ	Le Thuy, Quang Binh	24.09.2015
58	1452583	Tran Van M.	78	Nam	Thuy Xuan, Tp Hue	10.06.2014
59	1501723	Pham Thi H.	66	Nữ	Son Tra, Da Nang	25.11.2014
60	1588915	Cao Duc Th.	71	Nam	Minh Hoa, Quang Binh	25.10.2015
61	1544048	Nguyen Xuan Ng.	81	Nam	Phu Hoi, Tp Hue	13.05.2015
62	1501516	Mai Huu Nh.	48	Nam	Tien Phuoc, Quang Nam	25.11.2014



Stt	Mã bệnh án	Họ tên	Tuổi	Giới	Địa chỉ	Ngày vào viện
63	1422850	Tran Thi Y.	89	Nữ	Hai Lang, Quang Tri	03.03.2014
64	1786271	Nguyen Thi Th.	23	Nữ	Hai Lang, Quang Tri	23.08.2017
65	963	Le Thi Ng.	78	Nữ	Hai Lang, Quang Tri	04.01.2019
66	1661943	Doan M.	69	Nam	Trieu Phong, Quang Tri	06.07.2016
67	45904	Dang Thi M.	55	Nữ	Thuan Thanh, Tp Hue	18.05.2019
68	21807	Luong Huu Th.	65	Nam	Dong Ha, Quang Tri	08.03.2019
69	91579	Hoang Van L.	71	Nam	Le Thuy, Quang Binh	26.10.2018
70	59109	Vo Dinh B.	65	Nam	Dong Ha, Quang Tri	25.06.2019
71	1704827	Duong Thi H.	55	Nữ	Huong Thuy, T.T. Hue	12.11.2016
72	1714090	Nguyen Huong Ph.	56	Nam	Phu Loc, T.T. Hue	24.12.2016
73	172559	Le Thi M.	47	Nữ	Phu Vang, T.T. Hue	07.02.2017
74	19579	Nguyen Thi Ch.	75	Nữ	Huong Thuy, T.T. Hue	01.03.2019
75	20490	Phan Thi H.	80	Nữ	Gio Linh, Quang Tri	13.03.2018
76	19357	Nguyen Thi Ng.	75	Nữ	Huong Trach, Ha Tinh	13.03.2018
77	70482	Le Thi L.	78	Nữ	Hai Lang, Quang Tri	24.08.2018
78	1314	Phan Phuoc H.	59	Nam	Phu Vang, T.T. Hue	05.01.2019
79	63381	Phan Van C.	83	Nam	Le Duan, Tp Hue	11.08.2019
80	1806602	Tran Thi Th.	64	Nữ	Quang Trach, Quang Binh	25.10.2017
81	67798	Bui Thi S.	65	Nữ	Huong Tra, T.T. Hue	15.08.2018
82	1766421	Van Viet V.	52	Nam	Phu Loc, T.T. Hue	20.06.2017
83	1794002	Doan Quang U.	75	Nam	Huong Hoa, Quang Tri	18.09.2017
84	91337	Nguyen Q.	78	Nam	Dong Ha, Quang Tri	25.10.2018
85	1720132	Nguyen Thị Minh Th.	73	Nữ	Duy Tan, Tp Hue	16.01.2017

**Xác nhận của Ban chủ nhiệm khoa  
Ngoại Tiêu hóa**

**Xác nhận của phòng KHTH  
Bệnh Viện Trung ương Huế**