

có thể do trong quá trình soi buồng tử cung, phẫu thuật viên dựa vào kinh nghiệm và mật độ mềm hay chắc của polyp mà lựa chọn phương pháp xử trí phù hợp. Thường polyp nội mạc có mật độ mềm nên dễ xoắn và nạo, còn mật độ polyp xơ khá chắc nên cắt bằng dụng cụ sẽ giải quyết tổn thương tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

- Phương pháp xử trí: chủ yếu là xoắn polyp và nạo BTC (58,2%); cắt polyp bằng dụng cụ nội soi chiếm 39,4% và xoắn polyp + đốt cầm máu (2,4%).

- Tai biến gặp trong phẫu thuật là thủng tử cung với 1,6%.

- Nghiên cứu đã tìm thấy mối liên quan giữa phương pháp xử trí polyp BTC và loại polyp với $P = 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thị Minh Nguyệt**, Soi buồng tử cung và các bệnh lý buồng tử cung, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2009.
2. **Lê Duy Toàn**, Nghiên cứu phương pháp siêu âm có bơm nước buồng tử cung trong chẩn đoán u xơ dưới niêm mạc và

polyp buồng tử cung, Luận văn thạc sỹ Y khoa, Trường đại học Y Hà Nội, Hà nội, 2007. p 71

3. **Tổng Thị Hồng Duyên**, Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và cách xử trí polyp buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, Luận văn thạc sỹ Y khoa, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2011.

4. **Polyp niêm mạc tử cung**, Bộ Môn Phụ Sản, Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2011.

5. **Cravello L., Stolla V., Bretelle F., et al.** Hysteroscopic resection of endometrial polyps: a study of 195 cases. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. 2000; 93(2), 131–134.

6. **Dương Thị Cường, Nguyễn Đức Hình**, Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2004. p 232.

7. **Bergamo A.M., Depes D. de B., Pereira A.M.G., et al.** Hysteroscopic endometrial polypectomy: outpatient versus conventional treatment. Einstein (São Paulo). 2012;10(3): 323–328.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ ĐẠI TRÀNG PHẢI

TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH

Trần Thái Phúc^{1*}, Bùi Văn Ngọc²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định, phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng (UTĐT) đã được triển khai thường quy và cho kết quả đáng khích lệ. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô đại tràng (ĐT) phải giai đoạn 2016 - 2020.

Phương pháp nghiên cứu: 47 bệnh nhân ung thư đại tràng phải (UTĐTTP) được điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định từ 1/2016 đến 12/2020. Ghi nhận các số liệu về tuổi, giới, đặc điểm khối u, giai đoạn

bệnh; phương pháp mổ, kỹ thuật mổ, thời gian mổ; khả năng hồi phục sau mổ; tai biến và biến chứng phẫu thuật, kết quả sớm và một số yếu tố liên quan.

Kết quả nghiên cứu: 47 bệnh nhân UTĐTTP được điều trị bằng phẫu thuật. Tuổi trung bình là 63,5 tuổi. Nam 36,2% và nữ 63,8%. Vị trí u ở manh tràng 42,6%, ĐT lên 21,3%, ĐT góc gan 31,8%, ĐT ngang 4,3%. Giai đoạn I, II, III và IV tương ứng là 4,9%; 48,8%; 42,4% và 5,3%. Mổ cấp cứu 51,1%; mổ có kế hoạch 48,9%. 87,2% mổ mở; 12,8% mổ nội soi. 95,8% mổ cắt nửa đại tràng phải, lập lại lưu thông tiêu hoá ngay; 2,1% cắt đoạn đại tràng có u làm hậu môn nhân tạo (HMNT) và 2,1% nối tắt. Thời gian mổ trung bình 124,0 phút. Không có tai biến trong mổ. Thời gian phải dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình là 3,9 ngày; Thời gian rút sonde tiểu trung bình là 2,6 ngày; Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng trung bình

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

*Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Phúc

Email: phuctbmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 09/11/2021

Ngày phản biện KH: 22/11/2021

Ngày duyệt bài: 03/12/2021

là 6,3 ngày; Thời gian rút thông tiểu, rút dẫn lưu ổ bụng và dùng giảm đau sau mổ ở nhóm mổ nội soi ngắn hơn mổ mở ($p < 0,05$). Thời gian có nhu động ruột trở lại là 3,1 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 10,6 ngày. Không có biến chứng rò miệng nối. Không có BN tử vong 30 ngày đầu sau mổ

Kết luận: Phẫu thuật ung thư biểu mô đại tràng phải tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 2016 - 2020 cho kết quả ban đầu tốt.

Từ khoá: Ung thư biểu mô đại tràng phải, Cắt nửa đại tràng phải

ABSTRACT

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF TREATMENT OF HIGH AND MIDDLE RECTAL CARCINOMA BY SURGICAL RESECTION OF RECTUM IN THAI BINH PROVINCE'S GENERAL HOSPITAL

Background: In Nam Dinh Provincial General Hospital, surgery for colon cancer has been performed with good results. This study aimed to evaluate the outcome of surgical treatment of right-sided colon carcinoma from 2016 to 2020.

Methods: 47 patients with right-sided colon carcinoma were treated by surgery at Nam Dinh Provincial General Hospital from 1/2016 to 12/2020. Record data on age, sex, tumor characteristics, disease stage; Surgical method, surgical technique, operation time; The ability to recover after surgery; Surgical complications and complications, early results and some related factors.

Results: 47 patients with colorectal cancer were treated by surgery. The mean age is 63,5 years old. Male 36,2% and female 63,8%. Tumor location was in the cecum 42,6%, ascending colon 21,3%, hepatic flexure 31,8%, transverse colon 4,3%. Stages I, II, III and IV are 4,9%; 48,8%; 42,4 and 5,3%. Emergency surgery 51,1%; planned surgery 48,9%. 87,2% open surgery; 12,8% laparoscopic surgery. 95,8% right-colectomy and re-establishment of gastrointestinal circulation; 2,1% colectomy with colostomy and 2,1% bypass surgery. The average operation time was 124,0 minutes. There were no complications during surgery. The time to take pain medication after surgery is 3,9 days; Time to withdraw urinary catheter is 2.6 days; Time to withdraw abdominal drainage is 6,3 days. Time to return of bowel movements is

3,1 days. The mean hospital stay was 10,6 days. There were no complications of anastomosis. No patient died in the first 30 days after surgery.

Conclusion: The surgery of right-sides colon carcinoma cancer in Nam Dinh Provincial General Hospital from 2016 to 2020 have been good initial results.

Keyword: Right-sided conlon carcinoma, Right-colectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Siegel R.L. (2021), mỗi năm ở Mỹ có khoảng 104.000 trường hợp ung thư đại tràng mắc mới. Tỷ lệ mắc và tử vong ở nam cao đáng kể hơn nữ [1].

Tỷ lệ mắc UTĐT trái là 69,4% và UTĐT phải là 30,6% [2].

Theo hướng dẫn của mạng ung thư quốc gia Mỹ (NCCN) 2015, điều trị ung thư đại trực tràng theo công thức đa mô thức: Phẫu thuật, hóa chất và tia xạ... Trong đó phẫu thuật là cơ bản nhất [3]. Đối với UTĐTTP, phương pháp phẫu thuật là cắt nửa đại tràng phải có khối u, vét hạch vùng, đánh giá giai đoạn sau mổ để có phương án điều trị bổ trợ hợp lý [3].

Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định, phẫu thuật UTĐTTP đã được thực hiện nhiều năm nay và thu được kết quả đáng khích lệ.

Mục tiêu của NC: Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư biểu mô đại tràng phải tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu (NC) gồm 47 bệnh nhân UTĐTTP được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2020.

Chọn vào NC những trường hợp:

- UTĐTTP được điều trị bằng phẫu thuật.
- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô.

Loại khỏi nghiên cứu những trường hợp ung thư tái phát.

NC theo phương pháp mô tả hồi cứu.

NC về: Tuổi, giới, đặc điểm khối u, giai đoạn bệnh; phương pháp mổ, kỹ thuật mổ, thời gian mổ; Khả năng hồi phục sau mổ; tai biến và biến chứng phẫu thuật, kết quả sớm và một số yếu tố liên quan.

Kết quả NC được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

47 bệnh nhân UTĐTP đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2020 có độ tuổi trung bình là $63,5 \pm 17,6$ tuổi, thấp nhất 24 tuổi, cao nhất là 96 tuổi, tuổi thường gặp từ 70-79 tuổi (31,9%). Nam 36,2% và nữ 63,8%. 97,9% ung thư biểu mô tuyến; 2,1% ung thư biểu mô tuyến nhày.

Bảng 1. Đặc điểm khối u trực tràng

Đặc điểm khối u trực tràng		n	%
Vị trí u so với rìa hậu môn	Manh tràng	20	42,6
	Đại tràng lên	10	21,3
	Đại tràng góc gan	15	31,8
	Đại tràng ngang	2	4,3
Xâm lấn u khối u	T ₂	3	6,4
	T ₃	6	12,8
	T ₄	38	80,8
Di căn hạch	N ₀	27	57,4
	N ₁	19	40,5
	N ₂	1	2,1
Di căn xa	M ₀	44	93,6
	M ₁	3	6,4
Giai đoạn bệnh	I	2	4,2
	II	23	48,9
	III	19	40,5
	IV	3	6,4

Trong NC 42,6% u ở manh tràng, 21,3% u ở ĐT lên; 31,8% u ĐT góc gan và 4,3% u ĐT ngang. NC của Egi H. u manh tràng 50,0%, ĐT lên 40,0% và ĐT ngang 10,0%

Phân chia giai đoạn (GD) bệnh theo AJCC 2017 [5]. GD I có 4,2%; GD II có 48,9%; GD III có 40,5% và GD IV có 6,4%. NC của Yang cũng ghi nhận nhóm UTĐTP có khối u chủ yếu thuộc giai đoạn II với 59,6% và giai đoạn III là 20,9% [6].

Bảng 2. Đặc điểm kỹ thuật mổ

Đặc điểm		n	%
Tính chất phẫu thuật	Mổ cấp cứu	24	51,1
	Mổ có kế hoạch	23	48,9
Phương pháp mổ	Mổ mở	41	87,2
	Mổ nội soi	6	12,8
Kỹ thuật mổ	Cắt ½ đại tràng phải, vét hạch	40	85,1
	Cắt ½ đại tràng phải mở rộng, vét hạch	5	10,7
	Cắt ½ đại tràng phải, vét hạch, làm HMNT	1	2,1
Phương nối tiêu hoá	Nối tắt	1	2,1
	Tận - tận	26	56,5
	Bên - bên	20	43,5

Có 51,1% phẫu thuật cấp cứu và 48,9% phẫu thuật có kế hoạch. Trong 24 trường hợp phẫu thuật cấp cứu thì có 13 trường hợp tắc ruột, 8 trường hợp áp xe quanh u và 3 trường hợp viêm phúc mạc. NC của Bayar B (2015) tỷ lệ phẫu thuật cấp cứu là 28,1% và phẫu thuật có kế hoạch là 77,2% [7].

Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định PTNS mới được triển khai trong ung thư đại trực tràng vì vậy tỷ lệ PTNS trong NC còn thấp chỉ có 12,8%, còn lại là phẫu thuật mở với 87,2%.

95,8% các trường hợp thực hiện cắt nửa đại tràng phải, vét hạch và thực hiện miệng nối ngay. 01 trường hợp nối tắt và 01 trường hợp cắt đại tràng có khối u làm hậu môn nhân tạo.

Các trường hợp mổ cấp cứu chúng tôi thực hiện miệng nối bên - bên. Miệng nối tận - tận chỉ được thực hiện trong mổ có kế hoạch.

Bảng 3. Đặc điểm sau phẫu thuật

Đặc điểm		TB $\pm$ ĐLC	Min	Max	p
Thời gian mổ (phút)	Chung	124 $\pm$ 28,9	80	180	0,9
	Nội soi	123,3 $\pm$ 27,1	80	150	
	Mở	124,1 $\pm$ 29,5	80	180	
Thời gian dùng thuốc giảm đau (ngày)	Chung	3,9 $\pm$ 0,6	2	5	0,001
	Nội soi	2,8 $\pm$ 0,4	2	3	
	Mở	4,1 $\pm$ 0,5	4	5	
Thời gian có nhu động ruột trở lại (ngày)	Chung	3,1 $\pm$ 0,5	2	4	0,1
	Nội soi	2,8 $\pm$ 0,4	2	3	
	Mở	3,2 $\pm$ 0,5	2	4	
Thời gian rút sonde tiêu (ngày)	Chung	2,6 $\pm$ 0,8	2	6	0,04
	Nội soi	2,0 $\pm$ 0,0	2	2	
	Mở	2,7 $\pm$ 0,8	2	6	
Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng (ngày)	Chung	6,3 $\pm$ 1,1	4	10	0,04
	Nội soi	5,4 $\pm$ 0,8	4	6	
	Mở	6,5 $\pm$ 1,1	4	10	
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	Chung	10,6 $\pm$ 2,8	6	21	0,3
	Nội soi	9,5 $\pm$ 1,7	7	21	
	Mở	10,8 $\pm$ 2,9	6	11	

Thời gian mổ trung bình trong NC là 124 $\pm$ 28,9 phút. Không thấy có sự khác biệt giữa mổ mở và mổ nội soi. Nghiên cứu của Adair J và cs là 139 $\pm$ 29,7 phút (96-215 phút) [8]

Thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình là 3,9 $\pm$ 0,6 ngày; Thời gian có nhu động ruột trở lại là 3,1 $\pm$ 0,5 ngày; Thời gian rút son tiêu là 2,6 $\pm$ 0,8 ngày và thời gian rút dẫn lưu ổ bụng là 6,3 $\pm$ 1,1 ngày. Cả 4 yếu tố này đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mổ nội soi và mổ mở với $p < 0,05$. NC của chúng tôi cũng phù hợp với NC của các tác giả khác [7], [8], [9], [10].

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 10,6 $\pm$ 2,8 ngày. Dài nhất là 21 ngày. Tuy nhiên không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mổ mở và mổ nội soi.

Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Chung		PT mở		PT nội soi		p
	n	%	n	%	n	%	
Không biến chứng	40	85,1	34	82,9	6	100	0,6*
Nhiễm trùng vết mổ	6	12,8	6	14,6	0	0	
Bí tiểu	1	2,1	1	2,4	0	0	
Tổng	47	100	41	100	6	100	

Trong NC có 01 BN nhiễm trùng toác vết mổ phải mổ lại. Tỷ lệ biến chứng chung là 14,9%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mổ nội soi và mổ mở. 100% BN ổn định ra viện không có BN tử vong 30 ngày đầu sau mổ. NC của Rio P.D và cs có tỷ lệ biến chứng 15,5% [9]. NC của Chen W.T.L và cs tỷ lệ biến chứng 16,0% [10]

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt trực tràng nối máy điều trị ung thư trực tràng cao và giữa tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **NCCN Guidelines (2019)**, "Rectal cancer", National Comprehensive Cancer Network, Inc.
2. **Jessup J.M., Goldberg R.M., Asareet E.A., et al. (2017)**, "Colon and rectum", AJCC (American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual, 8th ed, Springer New York, pp. 251-274.
3. **Yang S.Y., Kang J.H., et al (2019)**. Operative safety and oncologic outcomes in rectal cancer based on the level of inferior mesenteric artery ligation: a stratified analysis of a large Korean cohort. *Ann Surg Treat Res.*; 97(5), 254–260.
4. **Rosenberg R., Maak M., Schuster T., et al (2010)**. Does a rectal cancer of the upper third behave more like a colon or a rectal cancer?. *Dis Colon Rectum.*; 53(5): 761–770.
5. **Trần Anh Cường (2017)**. Nghiên cứu đặc điểm di căn hạch và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng tại bệnh viện K. Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Huang C., Shen J.-C., Zhang J (2015)**. Clinical comparison of laparoscopy vs open surgery in a radical operation for rectal cancer: A retrospective case-control study. *World J Gastroenterol.*; 21(48), 13532–13541.
7. **Rajput A., Romanus D. (2010)**, "Meeting the 12 lymph node (LN) benchmark in colon cancer", *J Surg Oncol* 102, p. 3
8. **Yamano T., Yamauchi S., Tsukamoto K., et al (2018)**. Evaluation of appropriate follow-up after curative surgery for patients with colorectal cancer using time to recurrence and survival after recurrence: a retrospective multicenter study. *Oncotarget.*; 9(39), 25474–25490.
9. **Farhat W., Azzaza M., Mizouni A., et al (2019)**. Factors predicting recurrence after curative resection for rectal cancer: a 16-year study. *World J Surg Oncol.*; 17(1), 173.
10. **Trần Thành Long (2020)**. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng và vét hạch điều trị ung thư biểu mô tuyến trực tràng cao tại bệnh viện K năm 2016 - 2018. Luận án bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội.