

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nakayama T, Nakamura Y, Yasumoto Y, et al.** Early and mid-term outcomes of minimally invasive mitral valve repair via right mini-thoracotomy: 5-year experience with 129 consecutive patients. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2021;doi:10.1007/s11748-020-01573-2. doi:10.1007/s11748-020-01573-2
2. **Le Hong Quan, Nguyen Quoc Kinh, Phung Duy Hong Son.** Initial results of video-assisted thoracoscopic minimally invasive mitral valve replacement with fast tract cardiac anesthesia at Viet Duc University Hospital. *jcmhch.* 2022;(78). doi:10.38103/jcmhch.78.4
3. **Goeddel LA, Hollander KN, Evans AS.** Early Extubation After Cardiac Surgery: A Better Predictor of Outcome than Metric of Quality? *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia.* 2018;32(2):745-747. doi:10.1053/j.jvca.2017.12.037
4. **Itô T.** Minimally invasive mitral valve surgery through right mini-thoracotomy: recommendations for good exposure, stable cardiopulmonary bypass, and secure myocardial protection. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2015; 63(7):371-378. doi:10.1007/s11748-015-0541-z
5. **Barbero C, Marchetto G, Ricci D, et al.** Steps Forward in Minimally Invasive Cardiac Surgery: 10-Year Experience. *The Annals of Thoracic Surgery.* 2019;108(6):1822-1829. doi:10.1016/j.athoracsur.2019.04.109
6. **Abu-Omar Y, Fazmin IT, Ali JM, Pelletier MP.** Minimally invasive mitral valve surgery. *J Thorac Dis.* 2021;13(3):1960-1970. doi:10.21037/jtd-20-2114
7. **Nishi H, Miyata H, Motomura N, et al.** Which Patients Are Candidates for Minimally Invasive Mitral Valve Surgery? — Establishment of Risk Calculators Using National Clinical Database —. *Circulation Journal.* 2019;83(8):1674-1681. doi:10.1253/circj.CJ-19-0175
8. **Krzych Ł, Wybraniec MT, Krupka-Matuszczyk I, et al.** Complex Assessment of the Incidence and Risk Factors of Delirium in a Large Cohort of Cardiac Surgery Patients: A Single-Center 6-Year Experience. *BioMed Research International.* 2013;2013:e835850. doi:10.1155/2013/835850
9. **Giltay EJ, Huijskes RVHP, Kho KH, Blansjaar BA, Rosseel PMJ.** Psychotic symptoms in patients undergoing coronary artery bypass grafting and heart valve operation. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery.* 2006; 30(1):140-147. doi:10.1016/j.ejcts.2006.03.056
10. **Lê Văn Hùng.** Kết quả phẫu thuật nội soi thay van hai lá sinh học tại bệnh viện E. Luận văn bác sĩ nội trú Đại học y Hà Nội. Published online 2022.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2016-2020

Trần Ngọc Dũng<sup>1</sup>, Lưu Quang Dũng<sup>1</sup>, Nguyễn Mạnh Hùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc trên 69 bệnh nhân chẩn đoán ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong khoảng thời gian từ năm 2016 đến năm 2020. **Kết quả:** Bệnh nhân ở giai đoạn III chiếm tỷ lệ lớn nhất với 58%. Có 36,2% bệnh nhân được áp dụng phương pháp cắt đoạn trực tràng, miệng nối thấp; 30,4% bệnh nhân được áp dụng phương pháp cắt đoạn trực tràng, miệng nối cao. Phẫu thuật Miles chiếm 11,6%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 140,2 ± 30,6. Số trường hợp xảy ra biến chứng là 5 trường hợp, chiếm 7,2%. Thời gian theo dõi trung bình là 38,9 tháng, tỷ lệ tử vong là 13%. Tỷ lệ tái phát là 17,4%. Thời gian sống còn không bệnh trung bình là 60,9 ± 2,9 tháng. Tỷ lệ sống còn không bệnh 5 năm là 82,6%. Thời gian sống còn toàn bộ

trung bình là 62,7 ± 2,8 tháng. Tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm là 87%. Phân tích đa biến cho thấy độ xâm lấn của khối u và nồng độ CEA là yếu tố tiên lượng độc lập đối với thời gian sống còn không bệnh, độ xâm lấn của khối u là yếu tố tiên lượng độc lập đối với thời gian sống còn toàn bộ. **Kết luận:** Với những kết quả về ngắn hạn và dài hạn đã đạt được, phẫu thuật nội soi để điều trị ung thư trực tràng có thể tiếp tục thực hiện nếu điều kiện bệnh nhân thuận lợi và phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

**Từ khóa:** ung thư trực tràng, phẫu thuật nội soi, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

### SUMMARY

#### RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR RECTAL CANCER AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL, 2016-2020

**Objective:** To evaluate the results of laparoscopic surgery for rectal cancer at Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and methods:** a retrospective descriptive study with longitudinal follow-up on 69 patients diagnosed with rectal cancer undergoing laparoscopic surgery at Hanoi Medical University Hospital between 2016 and 2020. **Results:** Patients in stage III accounted for the largest proportion with 58%. There were 36.2% of patients applied rectal resection method, low anastomosis;

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

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Hùng

Email: hungnm1211@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 6.12.2022

Ngày duyệt bài: 19.12.2022

30.4% of patients were applied rectal resection method, high anastomosis. Miles surgery accounted for 11.6%. The mean surgical time was 140.2 ± 30.6. The number of cases of complications was 5 cases, accounting for 7.2%. The mean follow-up time was 38.9 months, the mortality rate was 13%. The recurrence rate was 17.4%. The mean disease-free survival time was 60.9 ± 2.9 months. The 5-year disease-free survival rate was 82.6%. The mean overall survival was 62.7 ± 2.8 months. The 5-year overall survival rate is 87%. Multivariate analysis showed that tumor invasiveness and CEA levels were independent prognostic factors for disease-free survival, tumor invasiveness was independent prognostic factors for survival. remaining whole. **Conclusion:** With the short-term and long-term results achieved, laparoscopic surgery for rectal cancer can continue to be performed if the patient's conditions are favorable and the surgeon is experienced.

**Keywords:** rectal cancer, laparoscopic surgery, Hanoi Medical University Hospital.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư trực tràng là ung thư thường gặp của đường tiêu hoá. Theo Globocan 2020, ước tính mỗi năm có 732.210 ca mắc mới và 339.022 ca tử vong do ung thư trực tràng<sup>1</sup>. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã chỉ ra rằng phẫu thuật nội soi đem lại nhiều lợi ích hơn so với phẫu thuật mở kinh điển như giảm đau tốt hơn, tính thẩm mỹ cao hơn, hồi phục lưu thông đường tiêu hoá nhanh hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, đồng thời vẫn đảm bảo về mặt ung thư học, bảo tồn được chức năng tình dục cho bệnh nhân<sup>2,3</sup> và thời gian sống 5 năm sau mổ giữa phẫu thuật nội soi và mổ mở là tương đương<sup>4,5</sup>. Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng đã được áp dụng trong khoảng 20 năm trở lại đây và ngày càng được ứng dụng rộng rãi, nhưng hiện nay đối với ung thư trực tràng thấp thì chưa có nhiều trung tâm thực hiện được kỹ thuật này, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng từ năm 2014 và đã đạt được những kết quả rất khả quan. Nhằm đánh giá lại kết quả kỹ thuật này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2016-2020.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân chẩn đoán ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ năm 2016 đến năm 2020.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Được chẩn đoán xác định ung thư trực

tràng với kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến, được điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Có đầy đủ thông tin và theo dõi sau điều trị

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Phối hợp với ung thư khác

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

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

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:** sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Tổng số đối tượng nghiên cứu trong khoảng thời gian nghiên cứu là 69 bệnh nhân.

**2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu:** hồi cứu hồ sơ bệnh án các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, gọi điện hoặc hẹn bệnh nhân tái khám lấy thông tin vào bệnh án.

**2.2.4. Xử lý số liệu:** số liệu được làm sạch, mã hóa, nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Số liệu phân tích thống kê mô tả biểu thị bằng tần số, phần trăm.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong tổng số 69 bệnh nhân nghiên cứu: Nam chiếm 62,3%, nữ chiếm 37,7%, tỷ lệ nam/nữ là 1,65/1; tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 63,7 ± 10,9, nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 69,6%, tuổi thấp nhất là 20, tuổi cao nhất là 90 tuổi. Bệnh nhân ở giai đoạn III chiếm tỷ lệ lớn nhất với 58%. Có 20 trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn II chiếm 29%. Có 3 trường hợp bệnh nhân ở giai đoạn IV đã có nhân di căn gan nhưng vẫn được phẫu thuật cắt u trực tràng.

**3.2. Đặc điểm phẫu thuật**

**Bảng 3.1. Các phương pháp phẫu thuật**

Loại phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cắt đoạn, miệng nối cao	21	30,4
Cắt đoạn, miệng nối thấp	25	36,2
Cắt đoạn, miệng nối rất thấp	2	2,9
Hartmann	2	2,9
Miles	8	11,6
Nối ĐT-OHM, bảo tồn toàn bộ cơ thắt	6	8,7
Nối ĐT-OHM, cắt bán phần cơ thắt	5	7,2
<b>Tổng</b>	<b>69</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Có 36,2% bệnh nhân được áp dụng phương pháp cắt đoạn trực tràng, miệng nối thấp; 30,4% bệnh nhân được áp dụng phương pháp cắt đoạn trực tràng, miệng nối cao. PT Miles được sử dụng trên 8 bệnh nhân chiếm 11,6%.

**3.3. Kết quả điều trị**

**3.3.1. Kết quả sớm**

**Bảng 3.2. Biến chứng sau mổ**

Tai biến/ biến chứng	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Rò miệng nổi	1	1,5
Tắc ruột	1	1,5
Nhiễm trùng vết mổ	1	1,5
Bí tiểu	2	2,9

**Nhận xét:** Số trường hợp xảy ra biến chứng là 5 trường hợp, chiếm 7,2%. Biến chứng rò miệng nổi có 1 trường hợp chiếm 1,5% được điều trị ngoại khoa. Có 1 trường hợp tắc ruột sau mổ được điều trị nội khoa thành công.

**3.3.2. Kết quả xa**

**Bảng 3.3. Tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật**

Kết quả xa		n	%
Tử vong	Còn sống	60	87%
	Do bệnh tái phát	2	2,9%
	Do nguyên nhân khác	7	10,1%
Bệnh tái phát (n=64)			
Có	Tái phát tại chỗ	6	8,7%
	Di căn xa	6	8,7%
<b>Thời gian tái phát trung bình: 22,9 tháng</b>			

**Nhận xét:** Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 9 trường hợp tử vong (chiếm 13%). Trong đó có 02 trường hợp tử vong do tái phát và 7 trường hợp tử vong do tuổi cao, suy kiệt, suy tim, suy hô hấp. Tỷ lệ tái phát là 17,4%.

**\*Kết quả sống còn không bệnh.** Thời gian sống còn không bệnh (SCKB) trung bình đến khi kết thúc nghiên cứu là 60,9 ± 2,9 tháng. Tỷ lệ sống còn không bệnh 5 năm là 82,6%.

**Bảng 3.5. Tỷ lệ sống còn không bệnh 5 năm theo các yếu tố dịch tễ, bệnh học**

Đặc điểm	n	Tỷ lệ SCKB 5 năm	p
Tuổi	≤ 45	66,7%	0,584
	46 - 60	77,8%	
	> 60	85,4%	
Giới	Nam	76,7%	0,083
	Nữ	92,3%	
Giai đoạn T	T2	93,3%	0,022
	T3	88,6%	
	T4	63,2%	
Giai đoạn N	N0	92,7%	0,048
	N1	73,3%	
	N2	61,5%	
CEA	Bình Thường	90,2%	0,002
	Tăng	61,1%	
CA 19-9	Bình Thường	81,8%	0,417
	Tăng	100%	

**Nhận xét:** Các yếu tố ảnh hưởng đến sống còn không bệnh bao gồm: độ xâm lấn khối u (giai đoạn T), tình trạng di căn hạch và nồng độ CEA.

**Bảng 3.6. Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến sống còn không bệnh**

Yếu tố	Phân tích đa biến	
	Đơn biến	Đa biến
Giai đoạn T	0,022	0,014
Di căn hạch	0,048	0,242
CEA	0,002	0,026

**Nhận xét:** Phân tích đa biến cho thấy độ xâm lấn của khối u và nồng độ CEA là yếu tố tiên lượng độc lập đối với thời gian sống còn không bệnh.

**\*Kết quả sống còn toàn bộ.** Thời gian sống còn toàn bộ (SCTB) trung bình đến khi kết thúc nghiên cứu là 62,7 ± 2,8 tháng. Tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm là 87%.

**Bảng 3.7. Tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm theo các yếu tố dịch tễ, bệnh học**

Đặc điểm	n	Tỷ lệ SCKB 5 năm	p
Tuổi	≤ 45	100%	0,515
	46 - 60	94,4%	
	> 60	83,3%	
Giới	Nam	88,4%	0,833
	Nữ	84,6%	
Giai đoạn T	T2	93,3%	0,018
	T3	94,3%	
	T4	68,4%	
Giai đoạn N	N0	92,6%	0,036
	N1	91,7%	
	N2	72,2%	
CEA	Bình Thường	90,2%	0,049
	Tăng	77,8%	
CA 19-9	Bình Thường	86,4%	0,539
	Tăng	100%	

**Nhận xét:** Các yếu tố ảnh hưởng đến sống còn toàn bộ bao gồm: giai đoạn T, tình trạng di căn hạch và nồng độ CEA.

**Bảng 3.9. Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến sống còn toàn bộ**

Yếu tố	Phân tích đa biến	
	Đơn biến	Đa biến
Giai đoạn T	0,018	0,042
Di căn hạch	0,036	0,167
CEA	0,049	0,296

**Nhận xét:** Phân tích đa biến cho thấy độ xâm lấn của khối u là yếu tố tiên lượng độc lập đối với thời gian sống còn toàn bộ.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Về tuổi:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có độ tuổi trung bình là  $63,7 \pm 10,96$ . Nhóm tuổi hầu hết là trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 69,6%, tuổi cao nhất là 90 tuổi và thấp nhất là 20 tuổi. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Hữu Minh, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $62,73 \pm 10,61$  tuổi<sup>6</sup>. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thế Bắc, tuổi trung bình bệnh nhân là  $60,9 \pm 15,2$ , bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 50,7%<sup>7</sup>; trong nghiên cứu của tác giả Quách Văn Kiên, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $58,16 \pm 10,28$ .

**Về giới tính:** Số bệnh nhân nam gấp 1,65 lần số bệnh nhân nữ, tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Quách Văn Kiên (1,67), cao hơn so với tác giả Nguyễn Thế Bắc (1,44), Trần Hữu Minh (1,4) (1,43)<sup>6-8</sup>.

**Về giai đoạn bệnh:** Trong nghiên cứu này, chúng tôi xếp giai đoạn dựa trên dữ kiện của các phương tiện cận lâm sàng trước phẫu thuật hoặc kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật. Nhìn chung, khi so sánh với các nghiên cứu trong nước và trên thế giới, nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ phân bố các giai đoạn là khá tương đồng. Các nghiên cứu đều ghi nhận phần lớn các trường hợp là ung thư trực tràng tiến triển tại chỗ-tại vùng.

**4.2. Đặc điểm phẫu thuật.** Về mặt lý thuyết, loại phẫu thuật chọn lựa đối với các u nằm trong khoảng 5 cm cách bờ hậu môn thường phải hy sinh hậu môn. Tuy nhiên theo một số tác giả thì chỉ định bảo tồn cơ thắt sẽ không căn cứ trên khoảng cách u-bờ hậu môn mà căn cứ chủ yếu vào khoảng cách từ u đến bờ trên của phức hợp cơ thắt do chiều dài của ống hậu môn sẽ thay đổi nên không thể lấy bờ hậu môn làm mốc. Theo Laurent, khi u cách bờ trên cơ thắt dưới 2 cm thì không thể cắt trước thấp được. Với các u nằm thấp như vậy, bác sĩ phẫu thuật có thể tránh mở hậu môn nhân tạo vĩnh viễn bằng phẫu thuật cắt bán phần cơ thắt<sup>9</sup>. Trên thực tế, có nhiều yếu tố khác ảnh hưởng đến khả năng thực hiện miệng nối như tổng trạng bệnh nhân, tình trạng tại chỗ của u, tình trạng khung chậu, đáp ứng với điều trị trước phẫu thuật (HXĐT hoặc xạ trị) và việc sử dụng các công cụ hỗ trợ. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thế Bắc và Trần Hữu Minh mặc dù tỷ lệ u trực tràng 1/3 dưới đều chiếm 39,6% nhưng tỷ lệ phẫu thuật Miles tương ứng chỉ là 14,3% và 27,1%<sup>6,7</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ phẫu thuật Miles thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thế Bắc và Trần Hữu Minh có thể là do tỉ lệ vị trí u ở 1/3 dưới của trực tràng thấp hơn

và tỉ lệ đáp ứng với điều trị tân bổ trợ cao hơn.

### 4.3. Kết quả điều trị

**4.3.1. Kết quả sớm.** Khi so sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước, ưu điểm về kết quả sớm sau phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi là tỉ lệ biến chứng chung thấp hơn (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê chỉ khi so sánh với hai nghiên cứu COLOR II và ACOSOG Z6051 với  $p = 0,000$ )<sup>10</sup>, đặc biệt là không có trường hợp nào xảy ra biến chứng chảy máu sau mổ. Thời gian hậu phẫu tương đương mặc dù thời điểm có trung tiện muộn hơn. Tỉ lệ rò miệng nối cũng tương đương với các nghiên cứu.

**4.3.2. Kết quả xa.** Tỉ lệ tái phát tại chỗ-tại vùng trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,7%, thấp hơn nghiên cứu CLASSIC (9,7%), cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Bắc (6,3%) và Quách Văn Kiên (1,22%)<sup>7,8</sup>. Những khác biệt về sự phân bố điều trị tân bổ trợ và hỗ trợ có thể đã dẫn đến sự khác biệt về tỉ lệ tái phát-tại chỗ tại vùng giữa các nghiên cứu. Nghiên cứu của tác giả Vincenzo Valentini và cộng sự cho thấy rằng ngoài điều trị hỗ trợ, độ tuổi, độ xâm lấn của u và số lượng hạch di căn cũng là những yếu tố tiên lượng cho khả năng tái phát tại chỗ.

Mặc dù sự kết hợp giữa xạ trị hoặc hóa-xạ trị đồng thời trước mổ với phẫu thuật TME đã làm giảm đáng kể tỉ lệ tái phát tại chỗ-tại vùng nhưng tỉ lệ di căn xa vẫn còn cao dẫn đến tỉ lệ sống còn không bệnh cũng như sống còn toàn bộ vẫn không được cải thiện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tử vong do nguyên nhân bệnh tái phát chỉ có 2 trường hợp chiếm 2,9%, do các nguyên nhân khác chiếm 10,1%. Nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng sự khác biệt về kết quả giữa các nghiên cứu như tỉ lệ bệnh nhân đáp ứng với hóa-xạ trị đồng thời trước mổ, tỉ lệ bệnh nhân được điều trị hỗ trợ, đặc điểm tái phát, di căn xa và cách thức điều trị cũng như khả năng dung nạp với điều trị của bệnh nhân sau khi bệnh tái phát, di căn.

Khi phân tích riêng từng yếu tố bước (T) hoặc yếu tố hạch (N), nghiên cứu của tác giả Vincenzo Valentini cho thấy hai yếu tố trên không những liên quan đến tỉ lệ kiểm soát tại chỗ, tỉ lệ kiểm soát di căn xa và tỉ lệ sống còn toàn bộ mà còn là các yếu tố tiên lượng độc lập. Nghiên cứu của tác giả Ben Huang còn cho thấy yếu tố T có giá trị tiên lượng nhiều hơn yếu tố N<sup>15</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ xâm lấn của bướu và tình trạng di căn hạch đều ảnh hưởng đến tỉ lệ SCKB và tỉ lệ SCTB 5 năm nhưng chỉ có độ xâm lấn của bướu là yếu tố tiên lượng

độc lập khi phân tích đa biến. Tương ứng với nồng độ CEA tăng và nồng độ CEA bình thường, tỉ lệ SCKB 5 năm lần lượt là 90,2% và 61,1%; tỉ lệ SCTB 5 năm lần lượt là 90,2% và 77,8%. Khi phân tích đơn biến sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê, khi phân tích đa biến, nồng độ CEA là yếu tố tiên lượng độc lập đối với thời gian sống còn không bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Với những kết quả về ngắn hạn và dài hạn đã đạt được, phẫu thuật nội soi để điều trị ung thư trực tràng có thể tiếp tục thực hiện nếu điều kiện bệnh nhân thuận lợi và phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Hà Văn Quyết, Phạm Đức Huân, Trần Bình Giang.** Kết quả bước đầu áp dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng. Kỷ Ủy Tóm Tắt Các Đề Tài Khoa Học Đại Hội Hội Ngoại Khoa Việt Nam Lần Thứ XI. Published online 2004:36-37.
3. **Bonjer HJ, Deijen CL, Abis GA, et al.** A Randomized Trial of Laparoscopic versus Open Surgery for Rectal Cancer. *N Engl J Med.* 2015; 372(14):1324-1332. doi:10.1056/NEJMoa1414882
4. **Patankar SK, Larach SW, Ferrara A, et al.** Prospective comparison of laparoscopic vs. open resections for colorectal adenocarcinoma over a ten-year period. *Dis Colon Rectum.* 2003; 46(5):601-611. doi:10.1007/s10350-004-6616-z
5. **Pocard M, Zinzindohoue F, Haab F, Caplin S, Parc R, Turet E.** A prospective study of sexual and urinary function before and after total mesorectal excision with autonomic nerve preservation for rectal cancer. *Surgery.* 2002;131(4):368-372. doi:10.1067/msy.2002.122371
6. **Trần Hữu Minh** (2020). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng tại Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. **Nguyễn Thế Bắc** (2021). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô trực tràng tại Bệnh viện Việt Đức. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. Hà Nội.
8. **Quách Văn Kiên** (2019). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng giữa và dưới. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. Hà Nội.
9. **Laurent C, Rullier E.** La résection intersphinctérienne du rectum. *J Chir (Paris).* 2007;144(3):225-230. doi:10.1016/S0021-7697(07) 89520-2
10. **Fleshman J, Branda M, Sargent DJ, et al.** Effect of Laparoscopic-Assisted Resection vs Open Resection of Stage II or III Rectal Cancer on Pathologic Outcomes. *JAMA.* 2015;314(13):1346-1355. doi:10.1001/jama.2015.10529

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỔ ĐỊNH THỂ THUYẾT TINH NHÂN TẠO KHÔNG DÙNG CHỈ KHẪU TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN MẮT Ở HÀ NỘI

Ninh Quang Hưng<sup>1</sup>, Cung Hồng Sơn<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật cổ định thể thủy tinh (TTT) nhân tạo không dùng chỉ khâu tại một số Bệnh viện Mắt ở Hà Nội. Đối tượng và phương pháp: 32 mắt có chỉ định cổ định thể thủy tinh nhân tạo không dùng chỉ khâu của 29 bệnh nhân đến khám bệnh trong thời gian từ tháng 08/2021 đến tháng 08/2022. Nghiên cứu lâm sàng mô tả tiến cứu tất cả các bệnh nhân cổ định thể thủy tinh nhân tạo không dùng chỉ khâu trong thời gian ít nhất 1 tháng. **Kết quả:** Tỷ lệ giới nam/ nữ trong nghiên cứu xấp xỉ

5,4/1. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 54,72 ± 14,2 tuổi (nhỏ tuổi nhất là 20 tuổi và lớn tuổi nhất là 72 tuổi). Đa số các trường hợp có hoàn cảnh chấn thương chiếm tỷ lệ 71,86%, chấn thương nhãn cầu kín (62.5%), chấn thương nhãn cầu hở (9.38%), bệnh lý TTT (15.63%), phaco biến chứng (12.50%). Tỷ lệ mắt phải/ mắt trái là tương đương nhau (43.75%/ 56.25%). Sau phẫu thuật và thời gian theo dõi 01 tháng, không phát hiện các biến chứng nặng như: bong võng mạc, viêm mủ nội nhãn, xuất huyết dịch kính, phù hoàng điểm dạng nang. Các biến chứng xảy ra với tỉ lệ rất nhỏ: tăng nhãn áp 1/32 (3,13%). Tất cả các mắt cổ định TTT nhân tạo không dùng chỉ khâu đều cải thiện thị lực sau phẫu thuật. Kết quả thị lực LogMAR chỉnh kính tối đa trung bình sau phẫu thuật 1 tháng là 0,36 ± 0,13 (mức thị lực thấp nhất là 20/60, cao nhất là 20/25). Nhãn áp trung bình giảm nhẹ từ 17,97 ± 7,66 mmHg đến sau phẫu thuật một tháng là 15,03 ± 5,55 mmHg. **Kết luận:** Kỹ thuật cổ định thể thủy tinh nhân tạo không dùng chỉ khâu khá an toàn, mặc dù có một tỷ lệ tai biến, biến

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Quang Hưng

Email: hungytn8893@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2022

Ngày duyệt bài: 7.12.2022