

- và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ, Luận án tiến sĩ Y học, Huế 2018.
4. **Catena. F** (2011): Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of adhesive small bowel obstruction(ASBO):2010 Evidence-Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery,World J Emerg Surg,6(5),pp 1749-9992..
 5. **Cox.M.R.**, (1993), The safety and duration of non operative treatment for adhesive small bowel obstruction,Aust N Z J Surg,63(5),pp.367-371.10.
 6. **Maglante D.D, Kelvin. F.M., Kelvin. F.M., Sandrasegaran K., et al** (2005) Radiology of small bowel obstruction:Contemporary approach and controversies.Abdom Imaging, 30(2), pp 160-178.12.
 7. **Miller.G., Boman.J., Shrier., et al** (2000), Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction,Br J Surg,87(9),pp.1240-1247.
 8. **Ogata M., Mateer , J., Con Don. R.E** (1996), Prospective evaluation of abdominal sonography for the diagnosis of bowel obstruction, Ann Surg,223(3), pp.237-241
 9. **Hayakawa. K., Tanikake** (2013): CT findings of small bowel strangulation: the importance of contrast enhancement, Emergency Radiology, 20(1),pp.3-9.
 10. **Wang, Q.C** (2012), Utility of CT in the diagnosis and management of small bowel obstruction in children,Pediatric Radiology, 42(12), pp.1441-1448.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRỰC TRÀNG BẢO TỒN CƠ THẮT KIỂU SCHIESSEL.R ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN - HÀ NỘI

Nguyễn Văn Trường¹, Đào Quang Minh¹, Nguyễn Lam Hòa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp kiểu Schiessel.R tại bệnh viện Thanh Nhàn- Hà Nội từ tháng 01/2018 đến 03/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả hồi cứu, tiến cứu theo dõi dọc, không đối chứng. **Kết quả và bàn luận:** Nghiên cứu 68 trường hợp ung thư trực tràng thấp được thực hiện phẫu thuật nội soi. Tỷ lệ nam/nữ = 1.125, tuổi trung bình là 65,8 ±10,4, hay gặp nhất trong nhóm trên 63,3-68,3 tuổi (CI95%). Triệu chứng lâm sàng đa dạng, không đặc hiệu. Chất chỉ điểm ung thư CEA tăng ở 67,7%; CA 199 tăng ở 22,1% số trường hợp. Tỷ lệ u ≤ ½ chu vi chiếm đa số 77,9%, MSCT và MRI có khả năng xác định khoảng cách u tới rìa hậu môn tương tự như xác định trong mổ. Số lượng hạch nạo vét trung bình là 15,2 ± 2,5. Tạo hình đại tràng 85,3% các trường hợp, điểm Wexner sau mổ trung bình là 7,01 ± 1,14. Tỷ lệ tái phát, di căn 10,3%; Xác suất sống thêm toàn bộ tại thời điểm 48 tháng là 87,2%. **Kết luận:** phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt kiểu Schiessel.R điều trị ung thư trực tràng thấp là khả thi và ưu điểm.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, trực tràng thấp, tạo hình đại tràng, vét hạch

SUMMARY

LAPAROSCOPIC FOR LOW RECTAL CANCER BY SCHIESSEL.R TYPE AT THANH NHAN-HA NOI HOSPITAL

¹Bệnh viện Thanh Nhàn – Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trường

Email: quoctruongf@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022

Objectives: To evaluate the results of laparoscopic for low rectal cancer by Schiessel.R type at Thanh Nhan hospital from June 2017 to March 2022. **Research method:** descriptive, prospective longitudinal follow-up, no control. **Results and Discussion:** Research has 68 cases of low rectal cancer that have been performed laparoscopically. Male/female ratio = 1,125, mean age was 65.8 ± 10.4, CI95% is 63.3-68.3 years old. Clinical symptoms are varied and non-specific. Cancer marker CEA increased at 67.7%; CA 199 increased in 22.1% of cases. The percentage of tumors ≤ ½ circumference accounted for the majority of 77.9%, MSCT and MRI were able to determine the tumor distance to the anal margin similar to those determined in surgery. The average number of dredged lymph nodes was 15.2 ± 2.5. Colon reconstruction in 85.3% of cases, the average Wexner score after surgery was 7.01 ± 1.14. The rate of recurrence and metastasis was 10.3%; The probability of overall survival at 48 months was 87.2%. **Conclusion:** laparoscopic for low rectal cancer by Schiessel.R types is feasible and beneficial.

Keywords: laparoscopic, rectum, lymph node, pouch, Schiessel.R

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng thấp là bệnh lý ung thư nằm ở 1/3 dưới trực tràng, trong khoảng 5cm từ rìa hậu môn hoặc dưới nếp phúc mạc túi cùng Douglas, chiếm khoảng 20-25% ung thư trực tràng. Trên thế giới ung thư trực tràng có tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ 2 sau ung thư phổi (Globocall 2018), tại Việt Nam đứng hàng thứ 5, tỷ lệ sống trên 5 năm cao nếu phát hiện và điều trị sớm. [1] Chỉ định phẫu thuật ung thư trực tràng thấp phụ thuộc vào khoảng cách u tới rìa hậu môn, mức độ xâm lấn u, giai đoạn u chiều

dài diện cắt dưới. Phẫu thuật bảo tồn cơ thắt kiểu Schiessel.R được thực hiện lần đầu năm 1984 với kiểu duy nhất là cắt gian cơ thắt. Năm 2006 tác giả Shirouzu phát triển thành 4 kiểu là bảo tồn, cắt một phần, cắt bán phần và toàn bộ cơ thắt trong và kiểu thứ 5 là cắt toàn bộ cơ thắt trong và bó sâu cơ thắt ngoài. Năm 2013 Rullier hoàn thiện tiêu chuẩn chỉ định phẫu thuật bảo tồn cơ thắt và chỉ định kỹ thuật tạo hình đại tràng nhằm giảm triệu chứng của hội chứng sau cắt thấp – LARS. Bệnh viện Thanh Nhàn - Hà Nội đã triển khai phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp trong từ 2015, đã đạt được kết quả đáng khích lệ. Trong nghiên cứu này chúng tôi thực hiện phẫu thuật Schiessel.R bảo tồn cơ thắt cho các trường hợp u thực tràng thấp tại bệnh viện, với mục tiêu: "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt kiểu Schiessel.R điều trị ung thư trực tràng thấp tại bệnh viện Thanh Nhàn - Hà Nội"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng:** gồm 68 trường hợp chẩn đoán ung thư trực tràng thấp, được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Thanh Nhàn – Hà Nội, từ 01/2018 đến 06/2022.

- **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, theo dõi dọc không đối chứng.

- **Các chỉ số nghiên cứu:** đặc điểm chung, triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, các phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, biến chứng trong mổ, biến chứng sau mổ, số hạch di lấy được, tỷ lệ di căn hạch, tỷ lệ tái phát...

- Kết quả tái khám sau mổ: các trường hợp được điều trị hỗ trợ sau mổ, tái khám 3 tháng một lần, đánh giá các chỉ số theo mẫu nghiên cứu.

Bảng 3: Các phương pháp xác định khoảng cách u

	n	Mean	SD	Min	Max	p
Thăm TT	68	4,56	0,63	3,0	5,0	0,00
NSĐTT	68	4,12	0,75	2,0	5,0	0,00
MSCT	68	4,40	0,47	3,0	5,0	0,48
MRI	68	4,52	0,46	3,0	5,0	0,29
Trong mổ	68	4,48	0,49	3,0	5,0	

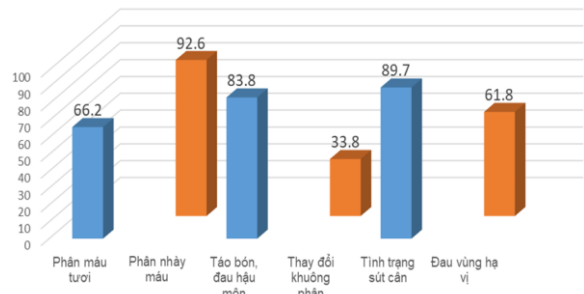
Nhận xét: khoảng cách u được xác định trong phẫu thuật không có sự khác biệt với khoảng cách u được xác định qua MRI và MSCT.

Bảng 4: Liên quan giai đoạn T qua MRI và GPBL

Giai đoạn u - MRI	Giai đoạn u trên GPBL					
	pT1		pT2		pT3	
mT1	00	00	00	00	00	00
mT2	01	1,5	14	20,6	06	8,8
mT3	00	00	02	2,9	45	69,1
Σ	01	1,5	16	23,5	51	75,0

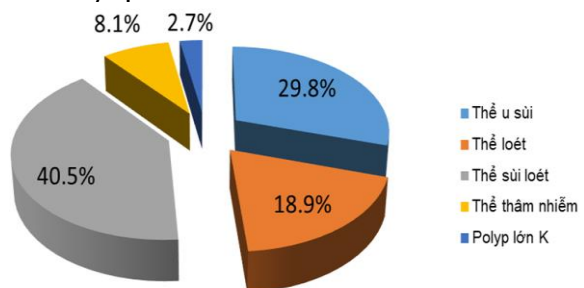
Kiểm định Phi-Cramer's giá trị 0,717, không có sự khác biệt

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng ung thư trực tràng thấp

Nhận xét: dấu hiệu đi ngoài phân nhày máu chiếm tỷ lệ cao nhất 92.6%



Biểu đồ 2: Tỷ lệ thương tổn qua NS đại tràng

Nhận xét: Tổn thương thể sùi và thể loét chiếm đa số với 70,3%

Bảng 1: Liên quan tuổi và giới

Giới	N	%	Mean	SD	Min	Max
Nam	36	52,9	64,7	7,2	54	85
Nữ	32	47,1	67,0	13,0	31	85
Tuổi TB	65,8 ± 10,4 tuổi, CI95% = 63,3-68,3; p = 0,37					

Nhận xét: không có sự khác biệt về tuổi giữa 2 nhóm nam và nữ, p = 0,37

Nhận xét: Mức độ xâm lấn u trước mổ qua MRI và giải phẫu bệnh sau mổ có quan hệ mật thiết với nhau, kiểm định Phil-Cramer's T=0,717

Bảng 5: Phương pháp tạo hình đại tràng

Tạo hình đại tràng	Chiều dài đại tràng sau cắt				Tổng		p
	2-5 cm (n/%)		> 5 cm (n/%)				
EE	07	10,3	03	4,4	10	14,7	<0,01
SE	05	7,4	04	5,9	09	13,2	
JP	00	0,0	46	67,6	46	67,7	
CP	02	2,9	01	1,5	03	4,4	
Tổng	14	20,6	54	79,4	68	100,0	

Nhận xét: có 67,7% trường hợp được tạo hình kiểu "J", có sự liên quan giữa chiều dài đại tràng sau cắt với phương pháp tạo hình đại tràng.

Bảng 6: Biến chứng sau mổ

BCSM	N (%)	ĐT nội (n/%)	Mổ lại(n/%)
Chảy máu MN	2 (2,95%)	0 (0%)	2 (100%)
Rò tiêu hóa	5(7,35%)	3 (60,0%)	2(40,0%)
Hoại tử niêm mạc	1(1,47%)	1 (100%)	0 (0%)
Áp xe tồn dư	3 (4,4%)	3 (100%)	0 (0%)
Tắc ruột / bán tắc	06 (8,8%)	06 (100%)	0 (0%)

Nhận xét: có 5 (7,35%) trường hợp rò tiêu hóa, mổ làm HMNT 2 trường hợp, các biến chứng còn lại không có trường hợp nào phải mổ lại.

Bảng 7. Số lần đại tiện sau mổ liên quan đến phẫu thuật

Số lần đại tiện (lần/ngày)	Loại phẫu thuật			p
	Cắt một phần	Cắt bán phần	Cắt toàn bộ	
Sau mổ	4,0 ± 0,7	4,2 ± 0,9	5,1 ± 0,3	<0,01
3 tháng	2,5 ± 0,7	2,7 ± 0,7	3,5 ± 0,5	<0,01
6 tháng	1,8 ± 0,5	2,2 ± 0,6	2,6 ± 0,5	<0,01
12 tháng	1,0 ± 0,3	1,3 ± 0,5	2,0 ± 0,5	<0,01

Nhận xét: Tần xuất đi ngoài sau mổ tăng dần theo mức độ cắt cơ thắt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Bảng 8. Liên quan giữa loại phẫu thuật và tình trạng són phân sau mổ

Són phân	Loại phẫu thuật			p
	Cắt một phần	Cắt bán phần	Cắt toàn bộ	
Không	37 (54,4)	04 (5,9)	06 (8,8)	<0,01
Có	04 (5,9)	10 (14,7)	07 (11,3)	
Σ	41(60,3)	14(20,6)	13(19,1)	
OR	OR = 3,69; CI95% = 1,79 – 7,60			

Nhận xét: Tình trạng són phân sau mổ có liên quan tới mức độ cắt cơ thắt trong, liên quan có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Khả năng bị són phân tăng lên 3,69 lần khi tăng tỷ lệ cắt cơ thắt trong, OR = 3,69.

Bảng 9: Phương pháp phẫu thuật theo phân loại TNM

Giải phẫu bệnh lý	Phương pháp phẫu thuật			p
	Cắt một phần	Cắt bán phần	Cắt toàn bộ	
Giai đoạn bệnh	I	11 (26,8)	1 (7,1)	0,79
	II	11 (26,8)	4 (28,6)	
	III	19 (46,3)	9 (64,3)	
Mức độ xâm lấn u	T1	01 (2,4)	00 (00)	0,85
	T2	10 (24,4)	04 (28,6)	
	T3	30 (73,2)	10 (71,4)	

Nhận xét: có 14 trường hợp u phát hiện sớm ở giai đoạn I, và có 19 (27,9%) trường hợp u dưới T2 được thực hiện phẫu thuật.

Bảng 10: Kết quả theo dõi xa (3-54 tháng)

Sống	Tình trạng	n	%	Σ
	Bình thường	59	86,7	
Tái phát hoặc di căn	04	5,9		

Chết	Tái phát hoặc di căn	03	4,5	7,4%
	NN Khác (Covid, BL nền)	02	2,9	
TDSM	Theo dõi liên tục	65	95,6%	
	Theo dõi bị gián	03	4,4%	

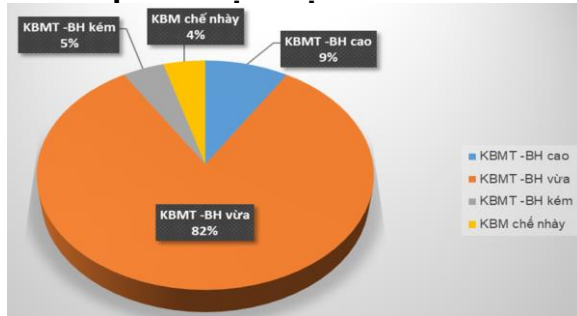
Nhận xét: Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 65 trường hợp (95,6%) được theo dõi, có 05 trường hợp tử vong do tái phát, di căn và bệnh lý toàn thân- 7,4%, tỷ lệ tái phát, di căn tính chung là 13,3%.

Bảng 12: Thang điểm Wexner theo dõi xa của từng loại phẫu thuật

Điểm Wexner	Trung bình	Cắt một phần	Cắt bán phần	Cắt toàn bộ	P
Trước mổ	1,0 ± 0,2	1,0 ± 0,0	1,1 ± 0,4	1,1 ± 0,3	0,07
Sau mổ	7,0 ± 1,1	6,7 ± 1,0	7,5 ± 1,2	7,6 ± 1,1	0,05
3 tháng	5,1 ± 1,0	4,9 ± 0,9	5,4 ± 1,0	5,6 ± 0,9	0,02
6 tháng	3,4 ± 1,0	3,0 ± 1,0	3,8 ± 0,8	4,2 ± 0,8	0,01
12 tháng	1,8 ± 0,9	1,4 ± 0,7	2,2 ± 0,7	2,8 ± 0,4	0,00
24 tháng	1,2 ± 0,4	1,0 ± 0,2	1,3 ± 0,6	1,5 ± 0,5	0,08

Nhận xét: điểm Wexner của các phương thức phẫu thuật tăng mạnh sau mổ và giảm dần theo thời gian, tại thời điểm 24 tháng thì ổn định. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa với p < 0,05.

Kết quả mô bệnh học



Biểu đồ 3: Mô bệnh học và độ biệt hóa

Nhận xét: 95,65 các trường hợp là UTBM tuyến, 82,4% là biệt hóa vừa.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư trực tràng thấp hay gặp ở nhóm trên 60 tuổi, nam giới hay mắc hơn nữ với tỷ lệ 1: 1.125. Nghiên cứu của chúng tôi nhóm trên 60 tuổi chiếm 62.1%, tuổi trung bình của nhóm là 65,8 ± 10,4. Tác giả Trương Vĩnh Quý nghiên cứu 52 trường hợp tại Bệnh viện TW Huế tỷ lệ trên 60 tuổi là 65.4% và nam/nữ là 1.17; [1]. Khoảng tin cậy 95% từ 63,3-68,3 và không có sự khác biệt về độ tuổi giữa hai giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng đi ngoài phân nhày máu, thay đổi khôn phân có tỷ lệ tương ứng 92.6% - 33.8% đây là triệu chứng quan trọng, có tính chỉ điểm trong tầm soát ung thư trực tràng. Mặt khác triệu chứng lâm sàng có tác động lớn tới quyết định nội soi đại trực tràng của người bệnh vì nội soi vẫn là thăm dò có xâm lấn và cần chuẩn bị, thường gây tâm lý ngại thực hiện ở người bệnh. Hiện nay nội soi được thực hiện gây mê, người bệnh đỡ kích thích, đỡ đau và giảm lo âu, sợ hãi khi soi, thuận lợi cho thủ thuật sinh thiết; điều này làm gia tăng tỷ lệ nội

soi rất có ích trong tầm soát ung thư. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Minh, NC 96 trường hợp tại bệnh viện K, tỷ lệ phân nhày máu 80.2%, thay đổi khuôn phân 87.5%. [2]. MSCT và MRI được thực hiện thường quy nhằm đánh giá các chỉ số như khoảng cách, mức độ xâm lấn của khối u và dự tính phương pháp phẫu thuật. Trong nghiên cứu này Phẫu thuật Schiessel.R được chỉ định cho trường hợp u dưới 5cm, giai đoạn T3 trở xuống, chưa xâm lấn cơ thắt ngoài. Khoảng cách u tới rìa hậu môn là một trong những tiêu chí để lựa chọn phương thức phẫu thuật, trong nghiên cứu này khoảng cách xác định qua MRI và MSCT không có sự khác biệt so với khoảng cách được xác định trong mổ, (4,52 cm và 4,40 cm so với 4,48 cm, P = 0,29 và 0,48). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Minh nghiên cứu 96 trường hợp UTTT cho thấy khoảng cách xác định trong phẫu thuật và MRI là tương đương nhau, p= 0,003. [2] So sánh mức độ xâm lấn khối u trước mổ qua MRI (mT) và kết quả giải phẫu bệnh lý sau mổ (pT) cho thấy có 21 (30,9%) trường hợp u mT2, 47 (69,1%) trường hợp mT3 trước phẫu thuật, không có mT1 nhưng sau mổ có 01 trường hợp pT1. So sánh kết quả xâm lấn u qua MRI và giải phẫu bệnh là không có sự khác biệt. Trần Anh Cường nghiên cứu 116 trường hợp UTTT, kết luận có sự tương quan trong đánh giá mức độ xâm lấn khối u qua MRI và GPBL, u trực tràng cao có mức xâm lấn, di căn hạch tăng 3.6 lần so với thấp. [3] Các nghiên cứu cho thấy u trực tràng hiếm khi di căn xuống dưới 2cm, di căn ngang nhiều và mức độ xâm lấn cơ thắt sẽ quyết định phương pháp phẫu thuật. Akasu.T và Cs trong nghiên cứu công bố 2008 tại Nhật Bản cho rằng khoảng cách

1cm vẫn đảm bảo về ung thư học, và mục tiêu bảo tồn chức năng tối đa giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh, đã đến lúc nói không với hậu môn nhân tạo. Tác giả Schissel.R lại dẫn ra những trường hợp làm hậu môn nhân tạo cơ học nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống. [4,5] Do đó vấn đề bảo tồn cơ thắt, bảo tồn chức năng hậu môn tự nhiên dần trở thành mục tiêu ưu tiên được xét tới trong chỉ định phẫu thuật. Tác giả Schiessel.R nghiên cứu 20 trường hợp cắt u trực tràng thấp khi đã di căn bó sâu cơ thắt ngoài, theo dõi chức năng đại tiện sau mổ 2 năm. Kết quả cho thấy hoàn toàn có thể lấy bỏ bó sâu cơ thắt cơ thắt ngoài mà vẫn đảm bảo chức năng cơ thắt, vì bó nông cơ thắt ngoài là bó chính trong chức năng co thắt của hậu môn, [6]. Trong nghiên cứu này phương pháp phẫu thuật được chỉ định dựa vào mức độ xâm lấn khối vào cơ thắt trong chúng tôi lựa chọn các phương pháp khác nhau. Kết quả có 41 trường hợp được bảo tồn hoàn toàn hoặc cắt một phần cơ thắt trong, 14 trường hợp phẫu thuật bán phần cơ thắt trong và 13 trường hợp cắt toàn bộ cơ thắt trong. Bảng 5 cho thấy khoảng cách u tới rìa hậu môn của 3 phương pháp là khác biệt nhau, với mức ý nghĩa $p < 0,01$. [7] Yếu tố rất quan trọng đánh giá chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật Schiessel.R là tình trạng đi ngoài của người bệnh, bao gồm số lần đi ngoài, tình trạng són phân, đại tiện gấp – Hội chứng sau cắt thấp LARS. Ảnh hưởng đến tình trạng này có nhiều yếu tố cần cân nhắc trước mổ như tần số đi ngoài trước phẫu thuật, áp lực cơ thắt lúc nghỉ hay lúc hoạt động và áp lực trong đại tràng sigmoid. Số lần đi ngoài là yếu tố ảnh hưởng nhiều tới tâm lý người bệnh, do đó Schiessel.R đưa ra khuyến cáo chủ động tạo hình đại tràng để giảm số lần đi ngoài sau mổ, nâng cao chất lượng cuộc sống ngay sau mổ. Tác giả đưa ra 10 yếu tố tác động tới việc tạo hình đại tràng: chiều dài của đại tràng, khả năng tưới máu, chiều dài ống hậu môn, độ dày mạc treo, đường kính khung chậu, áp lực cơ đại tràng, đường kính đại tràng, chức năng cơ thắt trước mổ, kết quả của các phẫu thuật pull-through. [4] Trong nghiên cứu của chúng tôi có 14,7% trường hợp không tạo hình đại tràng, 67,7% trường hợp tại hình kiểu "J", có 13,2% tạo hình kiểu tận bên (side to end) và 3 trường hợp tạo hình kiểu Coloplasty. Với các trường hợp dưới 60 tuổi, có tần suất đi ngoài dưới 1 lần một ngày chúng tôi không thực hiện tạo hình đại tràng mà nối thẳng đại tràng với ống hậu môn. Các trường hợp tại hình đại tràng được chia thành 3 nhóm, tạo hình kiểu "J",

side to end và kiểu CP. Một số yếu tố như chiều dài đại tràng sau cắt, độ dày mạc treo và đường kính khung chậu tác động tới chỉ định tạo hình đại tràng. Khi mắc ung thư trực tràng ít nhiều sẽ xảy ra ứ đọng dòng lưu động đại tràng, với hầu hết các trường hợp chúng tôi nhận thấy đường kính đại tràng đều giãn trên 5cm do đó yếu tố đường kính đại tràng ít tác động tới phương pháp tạo hình trong nghiên cứu của chúng tôi. Tác giả Schissel.R chủ trương tạo hình đại tràng dựa vào chiều dài đại tràng sau cắt so với rìa hậu môn, trên 5cm thì tạo hình "J", dưới 5cm thường tạo hình kiểu "C-pouch" rạch dọc khâu ngang. [4]

Biến chứng sau mổ: thường gặp các biến chứng như bán tắc ruột (06 trường hợp), và dịch tồn dư (03 trường hợp) và biến chứng rò miệng nối (05 trường hợp). Biến chứng rò miệng nối là biến chứng rất quan ngại, làm cho người bệnh đối mặt với nguy cơ phải phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo, biến chứng này thường xảy ra ở các trường hợp có dịch tồn dư dẫn lưu không tốt. Chúng tôi xử trí bằng xoay ống dẫn lưu, chọc hút dịch qua siêu âm, tăng cường kháng sinh và hút liên tục dẫn lưu trước xương cụt do cung lượng rò thấp. Tuy vậy có 2/5 trường hợp phải mổ lại, 1 trường hợp bảo tồn miệng nối, 1 trường hợp phải làm HMNT. Biến chứng hiếm gặp sau nối đại tràng ống hậu môn là hoại tử niêm mạc đại tràng tại vị trí nối, chúng tôi gặp 1 trường hợp, phải xử trí làm hậu môn nhân tạo hồi tràng và lấy tổ chức hoại tử. [8]

Kết quả mô bệnh học: đa số là ung thư biểu mô tuyến, với các thể biệt hóa khác nhau, chiếm đa số là thể biệt hóa vừa 95,65%. Các trường hợp đều lấy được trên 12 hạch, số hạch trung bình lấy được là $15,2 \pm 2,5$, số hạch di căn là $3,4 \pm 1,7$. Nghiên cứu của Trần Anh Cường, hạch trên 10mm tỷ lệ di căn 84,4% [3]. Phân giai đoạn I, II, III theo giải phẫu bệnh sau mổ lần lượt là 20,5% - 33,8% - 35,7%; với $p = 0,79$, tỷ lệ phát hiện sớm trong nghiên cứu chiếm tới 54,3%. [3]

Kết quả theo dõi xa: các trường hợp đều được điều trị bổ trợ sau mổ và tái khám 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng sau mổ. Tái khám bao gồm đánh giá lâm sàng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh, MRI hoặc MSCT sẽ được thực hiện ở tháng thứ 12 hoặc khi có nghi ngờ về tái phát hoặc di căn. Thời gian theo dõi lâu nhất là 54 tháng sau mổ chúng tôi đã ghi nhận 04 trường hợp tái phát tại chỗ và 03 trường hợp xâm lấn di căn. Thang điểm Wexner, Kirwan được sử dụng để đánh giá khả năng tự chủ cơ thắt; các trường hợp đều có điểm Kirwan dưới 3 và tốt lên theo

thời gian. Điểm Wexner 6 tháng là $3,4 \pm 1,0$ và 12 tháng là $1,8 \pm 0,9$. Thời điểm 24 tháng không có sự khác biệt giữa nhóm tạo hình và không tạo hình. [8]

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 68 trường hợp u trực tràng thấp, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt nối đại tràng- ống hậu môn qua nội soi đảm bảo các yêu cầu của phẫu thuật ung thư. Tỷ lệ tạo hình đại tràng chiếm 85,3% giúp làm giảm số lần đi ngoài sau mổ, thang điểm Wexner rất thuận tiện cho đánh giá tình trạng đi ngoài sau mổ của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Vĩnh Quý** "Đánh giá kết quả điều trị triệt căn ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt", luận án tiến sĩ, Đại học Y Huế - 2018.
2. **Nguyễn Hoàng Minh** "Di căn hạch trong ung thư trực tràng đối chiếu với mô bệnh học và MRI", luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội - 2017.
3. **Trần Anh Cường** "Đặc điểm di căn hạch và kết quả phẫu thuật ung thư trực tràng tại bệnh viện K", luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội - 2017.
4. **Akasu T, Takawa M, Yamamoto S.** (2008) "Intersphincteric resection for very low rectal adenocarcinoma: Univariate and Multivariate analyses of risk factors for recurrence". Annals of surgical oncology; 15(10): 2668-2676.
5. **Portier G, Ghouti L, Kirzin S.** (2017) "Oncological outcome of the ultra-low coloanal anastomosis with and without intersphincteric resection for low rectal adenocarcinoma". British journal of surgery; 94: 341-435.
6. **Rullier E, Cunha A. SA, Couderc P.** (2013) "Laparoscopic intersphincteric resection with coloplasty and conoanal anastomosis for mid and low rectal cancer". British journal of surgery. 90: 445-451.
7. **Yamada K, Ogata S, Saiki Y.** (2007) "Functional results of intersphincteric resection for low rectal cancer". British journal of surgery; 94: 1272-1277.
8. **Calin Molnar, Butiurca Vlad-Olimpiu.** (2018) "Survival and functional and oncological outcomes following intersphincteric resection for low rectal cancer: short-term results". Journal of International Medical Research, Vol. 46(4) 1617-1625

HIỆU QUẢ LÂM SÀNG CỦA PHƯƠNG PHÁP CẤY CHỈ TRONG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM DA CƠ ĐỊA

Ngô Thị Bạch Yến¹, Trịnh Thị Diệu Thường^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm da cơ địa (AD) là tình trạng viêm da mãn tính, không thể chữa khỏi hoàn toàn. Sử dụng thuốc lâu dài hoặc không đúng cách có thể dẫn đến các biến chứng khác. Các phương pháp điều trị thay thế cần được phát triển để đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân (BN). Cây chỉ được phát triển từ chàm cứu với ưu điểm thời gian kích thích huyết lâu, số lần điều trị ít, chu kỳ điều trị ngắn, an toàn, hiệu quả, giúp giảm chi phí điều trị. Nhiều nghiên cứu đã xác định tính an toàn của cây chỉ trong điều trị các bệnh lý da liễu, nhưng hiệu quả của nó với AD vẫn đang được khám phá. Tổng quan này sẽ thảo luận về tác dụng lâm sàng của phương pháp cấy chỉ trong hỗ trợ điều trị AD. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của phương pháp cấy chỉ trong hỗ trợ điều trị AD. **Đối tượng và phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, từ tháng 09/2021 đến tháng 05/2022 trên 92 người tham gia (28 nam, 64 nữ) từ 18 tuổi trở lên

có AD từ nhẹ - trung bình. Nhóm nghiên cứu điều trị kết hợp cấy chỉ 2 tuần/lần và dùng bài thuốc Tiêu phong tán hàng ngày. Nhóm chứng dùng bài Tiêu phong tán hàng ngày. Kết quả chính là những thay đổi trong chỉ số Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), Chỉ số Chất lượng Cuộc sống Da liễu (DLQI) sau 4 tuần điều trị. Đánh giá được thực hiện trước khi điều trị, tuần thứ 2 và 4 của điều trị. **Kết quả:** Sự thay đổi trung bình tổng điểm DLQI khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm ở 4 tuần sau điều trị ($p < 0,05$). Tại T2 và T4, điểm khô da của nhóm nghiên cứu thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điểm ngứa, mất ngủ của nhóm nghiên cứu thấp hơn nhóm chứng ở T2 và T4, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự khác biệt đáng kể giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng ở tuần thứ 2, 4 về DLQI tương ứng. Có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng về sự thay đổi của điểm số VAS (Ngứa), VAS (Mất ngủ), DLQI trước và sau điều trị. Trong thời gian điều trị không ghi nhận tác dụng phụ trên 2 nhóm nghiên cứu. **Kết luận:** Điều trị cấy chỉ 2 tuần/lần có hiệu quả giảm các triệu chứng khách quan ở bệnh nhân AD nhẹ đến trung bình, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống, không có các tác dụng phụ.

Từ khóa: Viêm da cơ địa, điều trị, cấy chỉ, thử nghiệm lâm sàng, SCORAD, DLQI

SUMMARY

CLINICAL EFFECT OF ACUPOINT CATGUT

¹Bệnh viện Y Học Cổ Truyền TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Bạch Yến

Email: yenngo1080@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2022

Ngày duyệt bài: 10.11.2022