

ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Về khoa phòng làm việc, phòng hành chính có mức độ hài lòng cao nhất với  $102,75 \pm 23,014$ , kế đến là khối ngoại với  $93,71 \pm 18,642$ , khối nội  $89,91 \pm 17,492$  và thấp nhất là  $87,19 \pm 20,149$ . Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với nghiên cứu của Hồ Thị Thu Hằng, khi nhân viên phòng hành chính có mức độ hài lòng cao nhất, kế đến là khoa ngoại lâm sàng và khoa nội lâm sàng, thấp nhất là các khoa/phòng khác [2].

Nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với nghiên cứu của Lambrou P. (2010) đã tiến hành đánh giá những yếu tố động lực làm việc ảnh hưởng đến các bác sĩ và y tế tại bệnh viện Nicosia tại Cyprus, đồng thời xác định mối liên quan giữa động lực làm việc và sự hài lòng đối với công việc. Kết quả của nghiên cứu cho thấy tiền lương có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ, khu vực làm việc trong bệnh viện, bác sĩ nữ với y tá nữ và bác sĩ cấp cứu có số điểm hài lòng về tiền lương cao hơn ( $p < 0,005$ ). Bác sĩ có mức độ hài lòng về công việc thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với y tá, điều dưỡng. Điều dưỡng trong vai trò phẫu thuật và những người trên 55 tuổi có điểm hài lòng về công việc cao hơn những đối tượng khác [7].

## V. KẾT LUẬN

Nhân viên y tế trong nghiên cứu của chúng tôi có sự hài lòng cao về bản chất công việc, môi trường công việc, lãnh đạo, đồng nghiệp, động lực làm việc. Tuy nhiên, nhân viên y tế cũng có sự không hài lòng cao về vấn đề sự công nhận, thu nhập và phúc lợi, cơ hội đào tạo và thăng tiến.

Mức độ hài lòng chung về tất cả các yếu tố

động lực làm việc của nhân viên khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các độ tuổi và khoa phòng làm việc. Độ tuổi 41-50 tuổi có mức độ hài lòng cao nhất  $102,65 \pm 22,573$  và thấp dần theo độ tuổi giảm dần. Về khoa phòng làm việc, phòng hành chính có mức độ hài lòng cao nhất với  $102,75 \pm 23,014$ , kế đến là khối ngoại với  $93,71 \pm 18,642$ , khối nội  $89,91 \pm 17,492$  và thấp nhất là khoa/phòng khác với  $87,19 \pm 20,149$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2016)** "Quyết định số 6858/QĐ-BYT ban hành "Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện 2016"".
2. **Hồ Thị Thu Hằng, Đỗ Thị Lệ Thu, Nguyễn Kiều Trinh (2015)** "Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc của nhân viên y tế tại bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Long năm 2015".
3. **Trịnh Xuân Long (2016)** "Các yếu tố tác động đến động lực làm việc của công chức trong cơ quan chuyên môn thuộc ủy ban nhân dân tỉnh Bình Định".
4. **Nguyễn Thị Thùy Quyên (2017)** Các yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc của nhân viên y tế ngành lao tỉnh Tây Ninh,
5. **Kovach, Kenneth A (1987)** "What motivates employees? Workers and supervisors give different answers". J Business Horizons, 30 (5), 58-65.
6. **Nelson, Bob (1996)** "Dump the cash, load on the praise". PERSONNEL JOURNAL-BALTIMORE THEN COSTA MESA, 75, 65-70.
7. **Lambrou Persefoni, Kontodimopoulos Nick, Niakas Dimitris (2010)** "Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital". J Human resources for health, 8(1), 1-9.
8. **C. C. Pinder (2014)** "Work motivation in organizational behavior". Psychology Press,
9. **Safiullah, Ayesha Binte (2015)** "Employee motivation and its most influential factors: A Study on the telecommunication industry in Bangladesh". World Journal of Social Sciences, 5 (1), 79-92.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRÀNG TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHÍA BÊN TRÁI

Đặng Quốc Ái<sup>1,2</sup>, Trần Ngọc Dũng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư đại tràng phía bên trái có nhiều đặc điểm khác với phía bên phải cả về mặt bệnh học và mô bệnh học. Phẫu thuật nội soi điều trị ung

thư đại tràng phía bên trái cũng có những đặc điểm riêng cần được nghiên cứu và thảo luận. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là một nghiên cứu hồi cứu trên nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phía bên trái để điều trị ung thư biểu mô tuyến nguyên phát tại đại tràng và chưa di căn xa. **Kết quả:** Trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2022 chúng tôi thu thập được 72 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là  $62,72 \pm 12,35$  tuổi. Trong đó có 61,1% là nam giới và 38,9% là nữ giới. Vị trí khối u gồm có 13 (18,1%) đại tràng góc lách, 11 (15,3%) đại tràng xuống và 48 (66,6%) đại tràng

<sup>1</sup> Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup> Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023

sigma. Thời gian phẫu thuật trung bình là  $154,79 \pm 38,57$  phút. Kỹ thuật mổ bao gồm 12 (16,7%) cắt đại tràng trái cao, (22,2%) cắt  $\frac{1}{2}$  đại tràng phía bên trái và 44 (61,1%) cắt đại tràng sigma. Lượng máu mất trung bình là  $25,3 \pm 8,1$ ml, tỷ lệ tai biến trong mổ là 2,8%. Có 16,7% nối đại tràng ngang và đại tràng bằng tay và 60 (83,3%) nối đại tràng với trực tràng bằng máy khâu nối tròn. Số hạch vét được trung bình là  $14,6 \pm 3,5$  hạch và 42 bệnh nhân có di căn hạch. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 19,4% bao gồm rò miệng nối, chảy máu miệng nối, tắc ruột, viêm tụy, viêm phổi và nhiễm trùng vết mổ. Có 79,2% bệnh nhân ra viện kết quả tốt. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ ước tính tại thời điểm 48 tháng là 96,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phía bên trái điều trị ung thư đại tràng cho thấy ngoài những ưu điểm của kết quả sớm thì đã đáp ứng được yêu cầu về mặt ung thư học.

**Từ khóa:** phẫu thuật nội soi cắt đại tràng, ung thư đại tràng trái.

## SUMMARY

### THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC LOLECTOMY FOR TREATMENT OF LEFT-SIDED COLON CANCER

**Background and Objectives:** Left-sided colon cancer has many features that differ from right-sided colon cancer in both pathology and histopathology. Laparoscopic surgery for left-sided colon cancer also has its own characteristics that need to be studied and discussed. **Methods:** This is a retrospective study of patients undergoing laparoscopic left-sided colectomy for the treatment of primary adenocarcinoma of the colon with no distant metastases. **Results:** During the period from January 2017 to December 2022, we collected on 72 patients who were eligible for the study. The mean age of the study group was  $62.72 \pm 12.35$  years old. Of these, 61.1% are male and 38.9% are female. Tumor locations included 13 (18.1%) splenic flexure colon, 11 (15.3%) descending colon and 48 (66.6%) sigmoid colon. The average surgery time was  $154.79 \pm 38.57$  minutes. Surgical techniques included 12 (16.7%) left high colectomy, (22.2%) left-sided colectomy and 44 (61.1%) sigmoidectomy. The average blood loss was  $25.3 \pm 8.1$ ml, the rate of intraoperative complications was 2.8%. There were 16.7% anastomosis of the transverse colon and sigmoid colon by hand sutures and 60 (83.3%) anastomosis of the colon and rectum by EEA instrument. The average number of lymph nodes removed was  $14.6 \pm 3.5$  lymph nodes and 42 patients had lymph node metastasis. The rate of postoperative complications was 19.4%, including anastomosis fistula, anastomosis bleeding, intestinal obstruction, pancreatitis, pneumonia and surgical site infection. There were 79.2% of patients discharged from the hospital with good results. The estimated overall survival after surgery at 48 months was 96.8%. **Conclusion:** Laparoscopic left-side colectomy for colon cancer has shown that in addition to the advantages about early results, it has met the oncological requirements.

**Keywords:** Laparoscopic left-side colectomy, left-side colon cancer

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng là bệnh lý phổ biến của đường tiêu hóa. Theo thống kê của Globocan năm 2020 trên toàn thế giới thì ung thư đại tràng xếp hàng thứ năm về tỷ lệ mắc mới trong tất cả các loại ung thư. Số lượng mắc mới ung thư đại tràng năm 2020 là 1.148.515 ca và số lượng ca tử vong là 576.858 ca, chiếm 5,8% trong tổng số nguyên nhân chết do ung thư trên toàn cầu.<sup>1</sup> Chẩn đoán ung thư đại tràng và chiến lược trong phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng là khác nhau tùy thuộc vào vị trí của khối u. Đối với các khối u nằm vị đại tràng phía bên trái thì có những đặc điểm bệnh học, mô bệnh học, phương pháp điều trị có phần khác nhau so với các vị trí khác của khung đại tràng và kết quả điều trị cũng cũng như tiên lượng là khác nhau.<sup>2</sup> Đặc biệt gần đây lý thuyết "Hai đại tràng hai loại ung thư" đã được nhắc đến và chứng minh một cách nghiêm túc từ phôi thai học, sinh lý học và sinh học phân tử.<sup>3</sup>

Ung thư đại tràng phía bên trái trong nghiên cứu của chúng tôi được định nghĩa là bao gồm các khối u ác tính nằm ở đại tràng góc lách hoặc đại tràng xuống hoặc đại tràng sigma.<sup>2-4</sup> Đối với ung thư đại tràng phía bên trái đặc điểm lâm sàng và tổn thương mô bệnh học được ghi nhận trong y văn là khác nhau với đại tràng phía bên phải. Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu của ung thư đại tràng phía bên trái thường là triệu chứng tắc ruột, do thứ nhất là tổn thương giải phẫu bệnh thường là khối u phát triển theo kiểu vòng nhẫn và thứ hai là phân khí đi đến đại tràng trái cũng đã được hấp thụ nước làm cô đặc hơn vì vậy lòng đại tràng dễ có nguy cơ tắc hơn so với bên phải. Trong khi khối u đại tràng phải bên phải thường gây bán tắc ruột khi nhập viện.<sup>5</sup>

Hiện nay việc chẩn đoán ung thư đại tràng đã có nhiều thay đổi và tiến bộ. Một số lượng lớn bệnh nhân đã được phát hiện ở giai đoạn sớm hơn thông qua việc thăm khám khi có các biểu hiện lâm sàng sớm như rối loạn tiêu hóa, đau âm ỉ dọc khung đại tràng hoặc bệnh nhân được chỉ định khám sàng lọc ở những đối tượng nguy cơ cao. Chẩn đoán ung thư đại tràng hiện nay là đơn giản với các trang thiết bị hiện đại và phổ biến đó là chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, nội soi đại tràng sinh thiết tổn thương làm giải phẫu bệnh lý. Tuy nhiên không phải trường hợp nào cũng nội soi và sinh thiết ngay được vì nhiều trường hợp vẫn nhập viện muộn trong tình trạng bán tắc ruột hoặc tắc ruột hoàn toàn.<sup>5</sup>

Điều trị phẫu thuật ung thư đại tràng phía bên trái có chiến lược khác với ung thư đại tràng

phái bên phải. Đặc biệt trong bối cảnh nhập viện cấp cứu với bệnh cảnh tắc ruột thì lại càng khác biệt nhau. Đối với ung thư đại tràng phía bên trái việc cắt bỏ đoạn đại tràng vét hạch và lập lại lưu thông tiêu hóa phụ thuộc rất nhiều đến tính chất cuộc mổ, mổ phiến có chuẩn bị sạch đại tràng hay là mổ cấp cứu. Hiện nay, để đảm bảo tính chất triệt căn về mặt ung thư học và giảm tỷ lệ biến chứng do phải thực hiện một cuộc mổ cấp cứu thì quan điểm xử lý hai thì đối với bệnh nhân ung thư đại tràng trái có tắc ruột đang là được lựa chọn (thì một làm hậu môn nhân tạo trên u và thì hai cắt đại tràng lập lại lưu thông tiêu hóa). Một số trung tâm cũng đã tiến hành đặt stent nhằm làm tái thông tạm thời trước mổ đối với ung thư đại tràng phía bên trái gây tắc ruột, nhưng điều này đang là chủ đề tranh luận chưa có hồi kết về hiệu quả và tính an toàn mặc dù đã có rất nhiều các nghiên cứu.<sup>6</sup> Với sự phát triển sâu rộng của phẫu thuật nội soi, phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phía bên trái, vét hạch điều trị ung thư đại tràng phía bên trái đã được áp dụng tại nhiều cơ sở phẫu thuật trên thế giới cũng như Việt Nam. Tuy nhiên phẫu thuật nội soi cắt đại tràng điều trị ung thư đại tràng phía bên trái tại Việt Nam với điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị cũng như đặc điểm về nhân trắc học khác với các quốc gia khác. Cho nên cũng cần có những nghiên cứu để đánh giá về tính an toàn, hiệu quả và đặc biệt là đánh giá hiệu quả về mặt ung thư học sau phẫu thuật.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành trên nhóm đối tượng bệnh nhân ung thư đại tràng phía bên trái. Bao gồm các khối u ác tính nằm tại các vị trí đại tràng góc lách, đại tràng xuống và đại tràng sigma. Những bệnh nhân này được phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại tràng vét hạch để điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện E trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 10 năm 2022.

### **Tiêu chuẩn chọn bệnh:**

+ Các bệnh nhân có chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến nguyên phát của đại tràng trái chưa di căn qua thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng theo tiêu chuẩn lâm sàng và bệnh học của hiệp hội ung thư Hoa Kỳ (AJCC) 2018.

+ Được phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại tràng và vét hạch để điều trị.

+ Hồ sơ bệnh án có đầy đủ dữ liệu cần nghiên cứu.

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Ung thư từ vị trí khác của đại tràng hoặc

các cơ quan khác di căn đến.

+ Ung thư đại tràng phía bên trái tái phát.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu.

**2.3. Kỹ thuật mổ.** Trong nghiên cứu này tùy thuộc vào vị trí khối u mà chúng tôi sử dụng một trong 3 kỹ thuật mổ như sau.

**Phẫu thuật nội soi cắt 1/2 đại tràng phía bên trái:** là phẫu thuật cắt bỏ từ 1/3 đại tràng ngang phía bên trái đến hết ĐT sigma (ngang ụ nhô – nơi tiếp nối với trực tràng). Thắt bó mạch mạc treo tràng dưới sát gốc cùng với nạo vét hạch, nối đại tràng ngang với trực tràng bằng miệng nối bên – tân bằng máy khâu nối tròn 29 mm của Johnson & Johnson hoặc máy khâu nối tròn EEA 28mm của Covidien.

**Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái cao:** là phẫu thuật cắt 1/3 phần trái đại tràng ngang phía bên trái và đại tràng xuống. Thắt và cắt động mạch đại tràng trái trên sát gốc cùng với vét hạch, nối đại tràng ngang với đại tràng sigma bằng máy khâu nối tròn hoặc bằng nối tay thông qua đường mổ nhỏ kết hợp lấy bệnh phẩm.

**Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng Sigma:** là phẫu thuật cắt toàn bộ đại tràng sigma cùng với một phần trực tràng cao. Thắt và cắt động mạch sigma ngay dưới vị trí chia động mạch đại tràng trái trên kèm vét hạch gốc động mạch mạc treo tràng dưới. Nối đại tràng trái với trực tràng bằng miệng nối bên – tân bằng máy khâu nối tròn 29 mm của Johnson & Johnson hoặc máy khâu nối tròn EEA 28mm của Covidien.

### **2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu**

+ Các chỉ tiêu về đặc điểm chung: tuổi, giới tính, BMI, các bệnh lý đi kèm.

+ Các chỉ tiêu về kết quả trong mổ: thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tai biến trong mổ, chuyển mổ mở.

+ Các chỉ tiêu về kết quả sau mổ: thời gian trung tiện, thời gian cho ăn, các biến chứng sau mổ, thời gian hậu phẫu, kết quả giải phẫu bệnh lý, phân loại giai đoạn bệnh, thời gian sống thêm không bệnh, thời gian sống thêm toàn bộ.

**2.5. Phương pháp xử lý số liệu.** Tất cả số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án và được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

**2.6. Đạo đức nghiên cứu.** Tất cả các số liệu thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và sử dụng dưới dạng ẩn danh.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2022 có 72 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của đại tràng phía bên trái đủ tiêu chuẩn nghiên cứu

cứu. Trong đó bao gồm 44 (61,1%) bệnh nhân nam và 28 (38,9%) bệnh nhân nữ. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $62,72 \pm 12,35$  tuổi, tuổi nhỏ nhất trong nhóm nghiên cứu là 22 tuổi

và tuổi lớn nhất là 85 tuổi. Các bệnh nhân có các đặc điểm chung trình bày trong bảng 1, đặc điểm phẫu thuật trình bày trong bảng 2 và kết quả điều trị trong bảng 3 phía bên dưới.

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật**

Tuổi trung bình (năm)	$62,72 \pm 12,35$ , nhỏ nhất 22 và lớn nhất 85
Giới tính	Nam: 44 (61,1%) và Nữ: 28 (38,9%)
BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )	$20,41 \pm 2,82$ (16,61 - 28,34)
Bệnh lý mạn tính nội khoa	35 (48,6%) bệnh nhân có 1 hoặc nhiều bệnh lý nội khoa kèm theo
Tiền sử mổ cũ ổ bụng	8 (11,1%) trường hợp
Triệu chứng lâm sàng	65 (90,3%) mệt mỏi; 49(68,1%) chán ăn; 44(61,1%) sút cân; 64 (88,9%) đau bụng; 20(27,8%) rối loạn phân; 38(52,7%) phân có máu; 4(5,6%) sờ thấy u; 8(11,1%) thiếu máu phải truyền máu.
Nội soi trực tràng sinh thiết tổn thương làm giải phẫu bệnh lý	100% các trường hợp nội soi phát hiện khối u và giải phẫu bệnh tổn thương là ung thư biểu mô tuyến
Vị trí khối u trên phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng	100% được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng đánh giá trước mổ: Đại tràng góc lách: 13 (18,1%) trường hợp Đại tràng xuống: 11(15,3%) trường hợp Đại tràng sigma: 48 (66,6%) trường hợp
Phân loại ASA trước mổ	I: 13 (18,1%) trường hợp II: 49 (68,1%) trường hợp III: 10 (13,8%) trường hợp
Hóa xạ trị trước mổ	Không có trường hợp nào dùng hóa xạ trị tiền phẫu

**Bảng 2: Kết quả trong phẫu thuật**

Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	$154,79 \pm 38,57$ (60 – 360)
Kỹ thuật mổ	Cắt đại tràng trái cao: 12 (16,7%) Cắt ½ đại tràng bên trái: 16 (22,2%) Cắt đại tràng sigma: 44 (61,1%)
Số lượng trocar	<b>100% sử dụng 5 trocar</b>
Lượng máu mất trung bình (ml)	$25,3 \pm 8,1$ (20 – 50)
Số lượng dẫn lưu đặt trong mổ	100% đặt 2 dẫn lưu rãnh đại tràng trái và douglas
Tai biến trong mổ	2(2,8%) tổn thương lách
Chuyển mổ mở	0(0,0%) trường hợp
Kỹ thuật làm miệng nối	12 (16,7%) nối đại tràng ngang và đại tràng bằng tay 60 (83,3%) nối đại tràng với trực tràng bằng máy khâu nối tròn

**Bảng 3: Kết quả sau phẫu thuật**

Thời gian rút dẫn lưu trung bình (ngày)	$6,9 \pm 2,3$ (5 – 10)
Thời gian cho ăn lại sau mổ (ngày)	$5,1 \pm 1,5$ (3 – 10)
Thời gian đại tiện sau mổ	$4,9 \pm 1,3$ (4 – 11)
Biến chứng sau mổ	Tổng số biến chứng 14 (19,4%) bao gồm: Rò miệng nối 1 (1,4%) mổ lại Chảy máu miệng nối 1 (1,4%) điều trị nội Tắc ruột 2 (2,8%) trong đó 1 mổ lại Viêm tụy 1 (1,4%) điều trị nội Viêm phổi 4 (5,6%) điều trị nội Nhiễm trùng vết mổ 5 (6,9%) điều trị nội
Phân độ biến chứng theo Clavien – Dindo	Mức độ I: 5 (6,9%); Mức độ II: 7 (9,7%) Mức độ III: 2 (2,8%); IIIa: 0 (0,0%) IIIb: 2 (2,8%); Mức độ IV: 0; Mức độ V: 0
Giải phẫu bệnh sau mổ Số lượng hạch trung bình (hạch)	Các thông số: $14,6 \pm 3,5$ (ít nhất 10, nhiều nhất 21 hạch)

Số bệnh nhân có di căn hạch Loại tế bào trên vi thể Độ biệt hóa	42 (58,3%) trường hợp 63(87,5%) tuyến ống, 9(12,5%) tuyến nhầy 3(4,2) thấp, 67(93,1%) vừa, 2(2,8%) cao
Phân loại giai đoạn bệnh sau mổ theo AJCC 2018	I: 12 (16,7%) trường hợp IIa: 27 (37,5%) trường hợp IIb: 2 (2,8%) trường hợp IIIa: 2 (2,8%) trường hợp IIIb: 12 (16,7%) trường hợp IIIc: 15 (20,8%) trường hợp IV: 2 (2,8%) trường hợp
Số ngày nằm viện sau mổ trung bình (ngày)	12,53 ± 6,76 (5 - 14)
Kết quả ra viện	Tốt: 70 (97,2%) bệnh nhân ổn định ra viện đúng kế hoạch Trung bình: 2 (2,8%) bệnh nhân gặp các biến chứng nghiêm trọng làm kéo dài thời gian nằm viện nhưng không để lại di chứng Xấu: 0 (0%) bệnh nhân tử vong hoặc để lại di chứng lâu dài do các biến chứng.
Điều trị hóa xạ trị bổ trợ sau mổ	60 (83,3%) điều trị hóa xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật

**Thời gian sống thêm toàn bộ.** Chúng tôi liên lạc và thu thập thông tin được 65 trên tổng số 72 bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu. Thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là  $17,06 \pm 9,4$  tháng. Tỷ lệ sống thêm sau mổ giảm dần và ước tính sau 48 tháng là 96,8% (KTC 95% là 49% - 96,1%).

**Thời gian sống thêm không bệnh.** Thời gian sống thêm không bệnh tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu trung bình là  $16,8 \pm 8,7$  tháng. Tỷ lệ sống không bệnh ước tính sau 48 tháng là 84,6% (KTC 95% là 49% - 96,1%).

#### IV. BÀN LUẬN

Kể từ báo hai báo cáo đầu tiên về cắt đại tràng nội soi của Jacobs ở Miami, Florida và Fowler và cộng sự ở Kansas vào năm 1991. Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng ngày càng được nhiều phẫu thuật viên trên thế giới thực hiện. Tuy nhiên, ở giai đoạn này vẫn đề tranh cãi về sự an toàn, tính hiệu quả của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng so với mổ mở diễn ra quyết liệt vì có một số bằng chứng cho thấy tỷ lệ di căn vết mổ trong mổ nội soi là cao hơn nhiều so với mổ mở. Phải đến nhiều năm sau đó khi các nghiên cứu so sánh kết quả giữa phẫu thuật nội soi và mổ mở cắt đại tràng được thực hiện ở quy mô cỡ mẫu lớn thì mới xóa đi được những câu hỏi và sự hoài nghi này.<sup>7</sup> Ngày nay, phẫu thuật nội soi cắt đại tràng điều trị bệnh lý ung thư đại tràng ngày càng được chỉ định rộng rãi tại nhiều trung tâm phẫu thuật. Ngoài việc nói rộng chỉ định cho những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng thì còn nói rộng chỉ định cho các giai đoạn khối u muộn hơn.

Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng điều trị ung thư đại tràng phía bên trái là bao gồm các kỹ

thuật cắt bỏ đại tràng để điều trị các khối u nằm từ đại tràng góc lách cho đến đại tràng sigma kèm vết hạch. Các kỹ thuật này bao gồm "cắt đại tràng trái cao", "cắt đại tràng sigma" và "cắt 1/2 đại tràng về phía bên trái". Trong nghiên cứu của chúng tôi có 16,7% bệnh nhân cắt đại tràng trái cao, 61,1% bệnh nhân cắt đại tràng sigma và 22,2% cắt 1/2 đại tràng phía bên trái. Những chỉ định này ngoài tùy thuộc vào vị trí khối u còn phụ thuộc vào mức độ xâm lấn của khối u. Đối với các khối u giai đoạn muộn chúng tôi chủ trương cắt bỏ 1/2 đại tràng trái vì sẽ lấy bỏ được toàn bộ mạc treo và vết hạch được tốt hơn. Tuổi trung bình, chỉ số BMI trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới là thấp hơn, nhưng tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới lại có sự đồng thuận.<sup>2,4</sup> Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $154,79 \pm 38,57$  phút là ngắn hơn và lượng máu mất ít hơn trong báo cáo của các tác giả Zhixiang Huang và cộng sự. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Zhixiang Huang và cộng sự thực hiện quy trình cắt 1/2 đại tràng trái cho toàn bộ số bệnh nhân của mình, khác với chúng tôi chỉ có 22,2% là thực hiện kỹ thuật này. Nhưng khi xét về số lượng hạch nạo vét được thì nghiên cứu của chúng tôi lại có số lượng hạch nhiều hơn tuy không đáng kể.<sup>8</sup>

Với sự phát triển của các trang thiết bị ngày càng hiện đại cùng với trình độ và kỹ năng của đội ngũ phẫu thuật viên ngày một hoàn thiện hơn. Phẫu thuật nội soi nói chung và phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái nói riêng hiện nay được thực hiện một cách an toàn và thời gian nhanh chóng hơn trước đây. Thậm chí một số các nghiên cứu còn cho thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ

đối với mổ nội soi cắt đại tràng trái còn thấp hơn so với mổ mở.<sup>8</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp hai trường hợp tổn thương lách trong quá trình giải phóng đại tràng góc lách và không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Hai trường hợp tổn thương lách chỉ tổn thương chảy máu nhẹ do khi gỡ dính mạc nối lớn với lách đã làm rách bao lách, cả hai đều cầm máu qua nội soi dễ dàng bằng giao điện lưỡng cực.

Tỷ lệ biến chứng chung trong nghiên cứu chúng tôi là 19,4%. Đa phần các biến chứng nhẹ, nằm ở mức độ I và II theo phân độ Clavien – Dindo, điều trị khỏi bằng nội khoa và không ảnh hưởng đến kết quả khi ra viện. Chỉ có 2 bệnh nhân chiếm 2,8% gặp biến chứng nặng sau mổ và cần can thiệp lại bằng ngoại khoa. Trong đó 1 bệnh nhân nữ rò miệng nối sau mổ 8 ngày, bệnh nhân này sau khi đã ổn định rút hết dẫn lưu và cho ăn lại ở ngày thứ 4 sau mổ. Bệnh nhân bị một tai nạn ngã và đập hông trái xuống thành giường bệnh. Sau ngã bệnh nhân có dấu hiệu đau bụng và theo dõi thấy có triệu chứng thủng tạng rỗng nên đã được mổ cấp cứu. Trong mổ phát hiện vị trí miệng nối đại tràng ngang - đại tràng sigma bằng máy khâu nối trong EEA bị vỡ một lỗ kích thước khoảng 1cm và được khâu lại do ổ bụng sạch. Thực tế theo diễn biến và tổn thương thì trường hợp này là một vỡ tạng rỗng do chấn thương thì chính xác hơn. Trường hợp thứ hai là một bệnh nhân nam sau mổ ngày thứ 4 có hiện tượng tắc ruột cao, điều trị nội khoa nhiều ngày không đáp ứng nên được mổ lại. Trong mổ kiểm tra thấy quai ruột đầu tiên của hồng tràng chui ra phía sau thông qua khe hở bờ dưới mạc treo của đại tràng ngang và đại tràng sigma (trường hợp này cắt đại tràng trái cao) gây tắc như một thoát vị nội. Tiến hành gỡ dính, giải phóng quai ruột và đóng lại khe hở. Qua ca bệnh này chúng tôi đã rút kinh nghiệm cần cố định lại bờ dưới mạc treo của đoạn đại tràng phía bên trái sau khi thực hiện miệng nối. Động tác này chúng tôi thường thực hiện đơn giản bằng cặp bờ dưới mạc treo với gỗ mép phúc mạc của đại tràng trái đã cắt trước đó ngay cạnh động mạch chủ bụng.

Phân loại giai đoạn bệnh sau mổ theo hiệp hội phòng chống ung thư Mỹ AJCC phiên bản thứ 8 thì đa số bệnh nhân nằm ở giai đoạn II, III và 87,5% là u tuyến ống. Những bệnh nhân giai đoạn II trở lên đều được chỉ định điều trị hóa chất sau mổ. Kết quả ra viện có 97,2% có kết quả tốt và không có trường hợp nào để lại di chứng lâu dài. Kết quả này cũng tương đương với kết quả của các báo cáo gần. Trong tổng số

65 bệnh nhân còn liên lạc thì thời gian sống thêm toàn bộ tại thời điểm nghiên cứu là  $17,06 \pm 9,4$  tháng và tỷ lệ sống thêm toàn bộ ước tính sau 48 tháng là 96,8%. Điều này cho thấy kết quả phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái điều trị ung thư đại tràng trong nhóm nghiên cứu chúng tôi là đáp ứng tốt về mặt ung thư học. Tuy nhiên, đây là một nghiên cứu hồi cứu, thời gian theo dõi sau mổ còn ngắn, nên trong tương lai cần có các nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc, trên cỡ mẫu lớn và thời gian đủ dài để khẳng định.

## V. KẾT LUẬN

Với kết quả thu được trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy phẫu thuật nội soi cắt đại tràng điều trị ung thư đại tràng trái là an toàn, hiệu quả và đảm bảo về mặt ung thư học.

## 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: a cancer journal for clinicians*. May 2021;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660
2. **Wang S, Xu X, Guan J, et al.** Better survival of right-sided than left-sided stage II colon cancer: a propensity scores matching analysis based on SEER database. *The Turkish journal of gastroenterology : the official journal of Turkish Society of Gastroenterology*. Nov 2020; 31(11):805-813. doi:10.5152/tjg.2020.19531
3. **Gervaz P, Bucher P, Morel P.** Two colons-two cancers: paradigm shift and clinical implications. *Journal of surgical oncology*. Dec 15 2004; 88(4):261-6. doi:10.1002/jso.20156
4. **Yang CY, Yen MH, Kiu KT, Chen YT, Chang TC.** Outcomes of right-sided and left-sided colon cancer after curative resection. *Scientific reports*. Jul 5 2022;12(1):11323. doi:10.1038/s41598-022-15571-2
5. **Cappell MS.** Pathophysiology, clinical presentation, and management of colon cancer. *Gastroenterology clinics of North America*. Mar 2008; 37(1):1-24. v. doi: 10.1016/j.gtc.2007.12.002
6. **Arezzo A, Passera R, Lo Secco G, et al.** Stent as bridge to surgery for left-sided malignant colonic obstruction reduces adverse events and stoma rate compared with emergency surgery: results of a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastrointestinal endoscopy*. Sep 2017;86(3):416-426. doi: 10.1016/j.gie.2017.03.1542
7. **Blackmore AE, Wong MT, Tang CL.** Evolution of laparoscopy in colorectal surgery: an evidence-based review. *World journal of gastroenterology*. May 7 2014; 20(17):4926-33. doi: 10.3748/wjg.v20.i17.4926
8. **Huang Z, Li T, Zhang G, et al.** Comparison of open, laparoscopic, and robotic left colectomy for radical treatment of colon cancer: a retrospective analysis in a consecutive series of 211 patients. *World journal of surgical oncology*. Oct 18 2022; 20(1):345. doi:10.1186/s12957-022-02796-8