

SHORT-TERM OUTCOMES OF INTRACORPOREAL ANASTOMOSIS IN LAPAROSCOPIC COLECTOMY SURGERY

Dao Minh Nhat*, Tran Thuan Phat, Lam Quoc Hung

*University of Health Sciences, Vietnam National University at Ho Chi Minh City - Hai Thuong Lan Ong Street,
Ho Chi Minh City National University Urban Area, Dong Hoa Ward, Di An City, Binh Duong Province, Vietnam*

Received: 30/10/2024

Revised: 18/11/2024; Accepted: 27/11/2024

ABSTRACT

Purpose: The intracorporeal anastomosis technique in laparoscopic colectomy surgery has advantages such as relatively less invasiveness, faster recovery after surgery, and shorter hospital stays and preserve the oncologic principles. The aim of this study was to evaluate the short-term outcomes of intraoperative anastomosis in laparoscopic colectomy surgery in Thong Nhat hospital.

Method: We retrospectively reviewed all elective laparoscopic hemicolectomies with complete intracorporeal anastomosis performed at Thong Nhat Hospital between January 2021 and August 2023.

Results: There were 22 men (56.41%) and 17 women (43.59%) with an mean age of 71 years (45-89 years). Mean BMI is 20.65 Kg/m² (16.9 - 23.6 Kg/m²). There were no conversion to open surgery. Average operating time, estimated blood loss, and hospital stay were 262 minutes (120 - 480 minutes), 44 ml (20 - 100 ml), 13 days (7 - 48 days), respectively. The mean incision length is 4.8 cm (3 - 9 cm). The average time to restore intestinal circulation is 2.44 days (2 - 3 days). There were no complications during surgery. Postoperative complications accounted for 7.7%: 1 case of surgical wound infection (2.6%), 2 cases of anastomosis leak (5.1%). The mean number of harvested lymph nodes was 9 lymph nodes (8 - 41 lymph nodes), 79.5% of patients had lymph node metastasis. All cases had R0 resection. The average specimen length is 28 cm (20 -40 cm).

Conclusion: The intraoperative anastomosis in laparoscopic colectomy surgery could be considered a safe and feasible technique for treatment of malignant tumor diseases with low complications rate, short incision length for extraction, faster recovery after surgery.

Keywords: Colon cancer, laparoscopic surgery, intraoperative anastomosis.

*Corresponding author

Email: dmnhat@medvnu.edu.vn **Phone:** (+84) 935812023 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD12.1848**

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG VỚI KỸ THUẬT THỰC HIỆN MIỆNG NỔ HOÀN TOÀN TRONG Ổ BỤNG

Đào Minh Nhật*, Trần Thuận Phát, Lâm Quốc Hưng

Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh - Đường Hải Thượng Lãn Ông, Khu đô thị Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, P. Đông Hòa, Tp. Dĩ An, Tỉnh Bình Dương, Việt Nam

Ngày nhận bài: 30/10/2024

Chỉnh sửa ngày: 18/11/2024; Ngày duyệt đăng: 27/11/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Kỹ thuật thực hiện miệng nối trong ổ bụng trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng đã có nhiều ưu điểm như vết mổ ngắn hơn, tăng tính thẩm mỹ nhưng vẫn đảm bảo về mặt ung thư học. Đây là kỹ thuật an toàn và khả thi. Nghiên cứu này đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt đại tràng với kỹ thuật nối trong ổ bụng.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu mô tả hồi cứu. Tất cả bệnh nhân ung thư đại tràng được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng nối trong ổ bụng từ 01/2021 đến 08/2023.

Kết quả: Có 22 nam (56,41%) và 17 nữ (43,59%) với độ tuổi trung bình là 71 tuổi (45-89 tuổi). BMI trung bình là 20,65 Kg/m² (16,9 – 23,6 Kg/m²). Không có trường hợp chuyển mô mỡ. Thời gian mổ trung bình, lượng máu mất ước tính, thời gian nằm viện lần lượt là 262 phút (120 – 480 phút), 44 ml (20 – 100 ml), 13 ngày (7 – 48 ngày). Chiều dài vết mổ trung bình 4,8 cm (3 – 9 cm). Thời gian phục hồi lưu thông ruột trung bình là 2,44 ngày (2 – 3 ngày). Không có tai biến trong mổ. Biến chứng sau mổ chiếm 7,7%: 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (2,6%), 2 trường hợp xì miệng nối (5,1%). Số hạch phẫu tích được trung bình là 9 hạch (8 – 41 hạch), có 79,5% bệnh nhân có di căn hạch. Tất cả trường hợp đều có diện cắt trên, dưới không có tế bào ung thư. Chiều dài mẫu bệnh phẩm trung bình là 28 cm (20 -40 cm).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt đại nối trong ổ bụng là phương pháp an toàn và khả thi cho phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng với tỷ lệ biến chứng thấp, đường mổ lấy bệnh phẩm ngắn hơn, thời gian phục hồi lưu thông ruột ngắn.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, phẫu thuật nội soi, kỹ thuật nối trong ổ bụng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong vòng 10 năm trở lại đây, phẫu thuật nội soi được chấp nhận rộng rãi và thực hiện ở khá nhiều cơ sở lớn nhỏ tại Việt Nam để điều trị cho bệnh nhân ung thư đại trực tràng. PTNS đã được nghiên cứu khá lâu cho việc đánh giá tiên lượng sống và thời gian sống sót không bệnh tương tự như mổ mở nhưng mang lại nhiều lợi điểm hơn như: thời gian hồi phục sau mổ sớm, ít đau, thời gian nằm viện ngắn kèm với giảm rõ các biến chứng liên quan đến vết mổ như: chảy máu, nhiễm trùng v.v. Tuy nhiên việc tiêu chuẩn hóa về mặt kỹ thuật nội soi cắt đại tràng vẫn còn nhiều điểm chưa hoàn thiện trong đó có kỹ thuật làm miệng nối bên ngoài hay bên trong ổ bụng. Các nghiên cứu trên thế giới về việc so sánh giữa hai kỹ thuật nối còn khá mơ hồ và chưa rõ ràng. Tại Việt Nam có rất ít nghiên cứu đánh giá rõ ràng cho việc thực hiện miệng nối trong ổ bụng do đây cũng là kỹ thuật khá

mới mẻ cần những phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm trong việc khâu nối đại tràng. Bên cạnh những khó khăn về mặt kỹ thuật, những lợi ích của việc thực hiện miệng nối trong ổ bụng khá rõ ràng như: vết mổ nhỏ, thời gian hồi phục sớm, ít đau, giảm nhiễm trùng cũng như rơi vãi tế bào ung thư, v.v. Tại bệnh viện Thống Nhất với đặc trưng là điều trị những bệnh nhân lớn tuổi và nhiều bệnh nội khoa đi kèm, để giúp bệnh nhân hồi phục sớm sau mổ, chúng tôi đã tiến hành triển khai kỹ thuật thực hiện miệng nối hoàn toàn trong ổ bụng. Sau 3 năm thực hiện, với mục đích đánh giá lại kết quả điều trị trên bệnh nhân sau một thời gian triển khai, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *Kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng với kỹ thuật thực hiện miệng nối hoàn toàn trong ổ bụng.*

*Tác giả liên hệ

Email: dmnhat@medvnu.edu.vn Điện thoại: (+84) 935812023 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD12.1848>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: bệnh viện Thống Nhất

- Thời gian: 01/2021 – 09/2023

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư đại tràng trái hoặc phải được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng với kỹ thuật nối trong ổ bụng

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Cỡ mẫu: 36 bệnh nhân

- Chọn mẫu:

+ *Tiêu chuẩn chọn bệnh:*

++ Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng, có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt đại tràng và thực hiện miệng nối trong ổ bụng tại bệnh viện Thống Nhất

++ Bệnh nhân có bệnh án lưu trữ đầy đủ tại phòng hồ sơ bệnh viện gồm: hành chánh, lâm sàng, cận lâm sàng, tường trình phẫu thuật và ghi chú điều trị rõ ràng.

+ *Tiêu chuẩn loại trừ:*

++ Bệnh nhân trong quá trình phẫu thuật có vỡ và thủng u.

+ Bệnh nhân phải chuyển mổ mở trong quá trình phẫu thuật.

2.5. Biến số

Các thông tin chính trong nghiên cứu bao gồm: đặc điểm chung của bệnh nhân, tai biến trong mổ, kết quả sớm của phẫu thuật, biến chứng sau mổ, kết quả ung thư học (số hạch nạo vét, tỷ lệ hạch di căn, chiều dài bệnh phẩm, diện cắt trên dưới)

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Kỹ thuật mổ:

+ Các bước nối trong ổ bụng trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải:

++ Dùng dụng cụ khâu nối thẳng (EndoGIA 60mm hay Echenlon Flex 60mm) cắt đoạn đại tràng dưới u, cách u 10cm và đoạn cuối hồi tràng. Kéo gần đoạn hồi tràng còn lại với đại tràng ngang, đặt theo chiều nhu động ruột.

++ Dùng dao đốt hoặc dao siêu âm mở lỗ nhỏ khoảng 1cm ở bờ trên của hồi tràng cách đầu tận 2-3cm và trên bờ đại tràng ngang cách đầu tận 8-10cm.

++ Đặt 2 đầu của dụng cụ khâu thẳng nối vào 2 lỗ mổ đã tạo và bấm máy.

++ Lỗ mổ nhỏ cạnh miệng nối được khâu lại bằng chỉ V-loc 3.0

++ Lấy bệnh phẩm qua đường mổ dọc giữa qua rốn.

+ Các bước nối trong ổ bụng trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái:

++ Dùng dụng cụ khâu nối thẳng (EndoGIA 60mm hay Echenlon Flex 60mm) cắt 2 đoạn đại tràng trên và dưới u, mỗi đoạn cách u 10cm. Kéo gần 2 đoạn đại tràng còn lại, đặt theo chiều nhu động ruột

++ Dùng dao đốt hoặc dao siêu âm mở lỗ nhỏ khoảng 1cm ở bờ trên của đại tràng ngang cách đầu tận 2-3cm và trên bờ đại tràng còn lại cách đầu tận 8-10cm

++ Đặt 2 đầu của dụng cụ khâu nối thẳng vào 2 lỗ mổ đã tạo và bấm máy

++ Lỗ mổ nhỏ cạnh miệng nối được khâu lại bằng chỉ V-loc 3.0

++ Lấy bệnh phẩm qua đường mổ dọc giữa qua rốn.

Sau mổ bệnh nhân được theo dõi, đánh giá sinh hiệu, tình trạng bụng. Bệnh nhân được thực hiện các xét nghiệm như công thức máu, điện giải đồ, đánh giá dinh dưỡng sau mổ, siêu âm bụng cho đến khi xuất viện.

Số liệu thu thập dựa vào phần mềm quản lý bệnh viện Hsoft của bệnh viện Thống Nhất và hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Các dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Chúng tôi xin cam đoan đề án này là do bản thân thực hiện cùng sự hỗ trợ, tham khảo từ các tài liệu liên quan đến nghiên cứu, không có sự đạo văn các tài liệu đó dưới bất kỳ hình thức nào

Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều là tự nguyện. Bệnh nhân được giải thích rõ về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu. Tên đầy đủ và tất cả thông tin bệnh nhân sẽ được mã hóa trong quá trình thực hiện nghiên cứu này.

Nghiên cứu này chỉ đánh giá chức năng và quá trình điều trị của bệnh nhân, không can thiệp vào quá trình điều trị nên không làm ảnh hưởng đến sức khỏe của người tham gia nghiên cứu. Dữ liệu thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu có 39 bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn để đưa vào trong nghiên cứu. Đặc điểm chung của bệnh nhân được trình bày trong bảng 1 và kết quả phẫu thuật trình bày trong bảng 2.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi	
Trung bình	71,13 ± 11,23 tuổi
Nhỏ nhất – lớn nhất	45 tuổi – 89 tuổi
Giới	
Nam	22 trường hợp (56,41%)
Nữ	17 trường hợp (43,59%)
BMI	
Trung bình	20,65 ± 1,71 Kg/m ²
<18,5	2 trường hợp (5.13%)
18,5 - 22,9	33 trường hợp (84.62%)
≥23	4 trường hợp (10.26%)
Vị trí u	
Đại tràng trái	10 trường hợp (25,64%)
Đại tràng phải	29 trường hợp (74,36%)
Giai đoạn bệnh	
0	0
I	9 (23.1%)
II	13 (33%)
III	12 (30.8%)
IV	5 (12.8%)
Bệnh lý nội khoa đi kèm	
Tim mạch	29
Hô hấp	4
Thận	3
Đái tháo đường	12

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	
Trung bình	261,64 ± 85,67 phút
Ngắn nhất – dài nhất	120 phút – 480 phút
Lượng máu mất	
Trung bình	43,59 ± 19,67 ml
Ít nhất – nhiều nhất	20 ml – 100 ml
Tai biến trong phẫu thuật	0
Biến chứng sau phẫu thuật	
Nhiễm trùng vết mổ	1 trường hợp
Xi miệng nối	2 trường hợp
Tắc ruột	0
Áp-xe tồn lưu	0
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật	
Trung bình	13,6 ± 7,2 ngày
Ngắn nhất – dài nhất	7 ngày - 48 ngày

Về kết quả phẫu thuật, không ghi nhận tai biến trong mổ. Biến chứng sau mổ là 7,7% (3 trường hợp). Có 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ độ 2. 2 trường hợp xi miệng nối, trong đó 1 trường hợp phải mổ lại vào hậu phẫu ngày 4. Về kết quả ung thư học, số hạch nạo vét được trung bình là 9,2± 8,8 hạch (9-41 hạch), có 31 trường hợp có hạch di căn, chiếm 79,5%.

4. BÀN LUẬN

Trong thời gian qua, chủ yếu là do sự gia tăng của phẫu thuật nội soi, sự đầy đủ của trang thiết bị nên kỹ thuật nối trong ổ bụng trong cắt đại tràng đã trở nên phổ biến và được quan tâm nhiều hơn. Đề tiên hành miệng nối bên trong ổ bụng trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng, chúng tôi đã cố gắng cải thiện kỹ thuật qua từng ca mổ về vị trí vào trocar, kỹ năng khâu nội soi nhằm rút ngắn thời gian mổ v.v. Những lợi ích của kỹ thuật nối trong đã được chứng minh như đường mổ ngắn, tỷ lệ chuyển mổ mở thấp, chức năng ruột phục hồi sớm, thời gian nằm viện giảm. Những điểm bất lợi được kể đến như thời gian mổ mở kéo dài hơn, nhiễm trùng ổ bụng gia tăng hơn do việc chuẩn bị ruột chưa được tốt, diện cắt trên dưới chưa được xác định thật chính xác v.v.

Các đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu được tóm tắt trong bảng 1. Qua số liệu cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 71,13 ± 11,23 tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất trong nghiên cứu là 45 tuổi và bệnh nhân lớn tuổi nhất là 89 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các khác như Nguyễn Văn Hải với tuổi trung bình 56,7 ± 15,5 tuổi và Bùi Đức Thịnh với tuổi trung bình 60,69 ± 12,68 tuổi là do đặc trưng của bệnh viện Thống Nhất là những bệnh nhân cao tuổi và nhiều bệnh lý nội khoa. 66,67% bệnh nhân tuổi từ 60 đến 80 tuổi và có 20,51% bệnh nhân trên 80 tuổi. Đây là nhóm tuổi thường đi kèm với nhiều bệnh lý nội khoa, ảnh hưởng đến việc chuẩn bị trước phẫu thuật, quá trình gây mê khó khăn cũng như điều trị sau mổ diễn ra khó khăn hơn.

BMI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 20,65 ± 1,71 Kg/m². Số lượng người có thể trạng thừa cân, béo phì là 4, chiếm 10,26%. Các nghiên cứu cho thấy không có sự tương quan giữa BMI và tổng thời gian mổ khi thực hiện miệng nối bên trong ổ bụng. Raftopoulos phân tích kết quả của 54 trường hợp cho thấy việc thực hiện miệng nối bên trong ổ bụng giúp giảm chiều dài vết mổ và giảm tỷ lệ chuyển mổ mở, đặc biệt đối với những bệnh nhân béo phì.

Về vị trí khối u, trong nghiên cứu của chúng tôi có 74,36% u ở đại tràng bên phải và 25,64% là nằm ở bên trái. Trong đó về mặt kỹ thuật nối trong ổ bụng những trường hợp cắt đại tràng phải, thường đơn giản hơn khi ruột non khá là di động mạc treo ít bị căng sau mổ và máu nuôi cũng tốt hơn so với bên trái. Trong khi phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái thường khó hơn do việc di động góc lách và mạc treo đại tràng sigma cộng với đó và việc quản lý mạch máu nuôi khó khăn hơn nhiều.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 29 bệnh nhân mắc bệnh tim mạch, 4 bệnh nhân mắc bệnh đường hô hấp, 3 bệnh nhân mắc bệnh thận và có 12 bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường, trong đó có 16 bệnh nhân mắc từ hai bệnh nội khoa trở lên. Kết quả trên cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý nội khoa đi kèm khá cao và bên cạnh đó có nhiều bệnh nhân phối hợp từ 2-3 bệnh lý nội khoa, điều này ảnh hưởng không nhỏ đến quá trình hồi phục sau mổ của bệnh nhân. Để giảm thiểu những biến chứng về hô hấp, tim mạch của bệnh nhân sau mổ, chúng tôi tiến hành đánh giá nguy cơ tim mạch, chức năng hô hấp và ổn định đường huyết trước khi mổ kèm với đó giúp bệnh nhân đánh giá dinh dưỡng và can thiệp dinh dưỡng trước phẫu thuật.

Về kết quả phẫu thuật, thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $261,64 \pm 85,67$ phút. Kết quả này tương đối dài hơn so với một số tác giả trong nước. 39 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi là những trường hợp đầu tiên chúng tôi tiến hành triển khai các kỹ thuật nên chưa thuần thục trong thao tác. Bệnh nhân có nhiều bệnh nền, đặc biệt bệnh tăng huyết áp chiếm đa số trường hợp nên việc chảy máu trong mổ rất dễ xảy ra.

Tác giả	Awad	Chaves	Đào Văn Cam	Chúng tôi
Thời gian (phút)	229,35 phút	226,24 phút	199,5 phút	261,64 phút

Lượng máu mất trung bình là 43,59 ml, không có bệnh nhân thiếu máu phải truyền máu trước mổ và cũng không có bệnh nhân phải truyền máu trong và sau mổ. Chúng tôi phẫu tích theo hướng tiếp cận từ trong ra, thắt các mạch máu trung tâm trước, bảo tồn toàn bộ mạc treo đại tràng cho nên hạn chế được lượng máu mất trong mổ. Không có bệnh nhân nào có tình trạng xuất huyết tiêu hóa sau mổ.

Có 2 trường hợp xì miệng nối, chiếm tỷ lệ 5,12%. Tỷ lệ rò tiêu hóa trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng là 4,6%-8,3%. Cả hai trường hợp được phát hiện vào ngày thứ 5 sau mổ do tình trạng đau âm ỉ vùng bụng (P) và kèm với xét nghiệm nghi ngờ nhiễm trùng huyết đều được phẫu thuật lại cắt lại miệng nối và đưa hậu môn nhân tạo hồi tràng. Cả hai đều đã xuất viện sau mổ 20 ngày, không ghi nhận tử vong sau mổ. Cả hai trường hợp đều do kỹ thuật khâu nối bằng chỉ chưa được tốt. Trong thời gian gần đây chúng tôi cố gắng thay chỉ bằng Stapler để giúp giảm thời gian mổ và an toàn cho bệnh nhân hơn.

Một lợi ích trong việc thực hiện miệng nối bên trong ổ bụng là chiều dài vết mổ ngắn hơn so với thực hiện miệng nối bên ngoài ổ bụng. Chiều dài vết mổ để lấy bệnh phẩm trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,8 \pm 1,3$ cm. Kết quả này tương đồng với một số tác giả nước ngoài như Bergamaschi 4,4 cm, Hellan 4,5 cm. Việc thực hiện miệng nối trong còn cho phép phẫu thuật viên

lấy bệnh phẩm ra từ nhiều vị trí khác nhau như đường mổ dọc qua rốn, dọc trên xương mu, qua âm đạo, sẹo mổ cũ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, chiếm 2,6%.

Thời gian bệnh nhân có trung tiện sau mổ phản ánh sự phục hồi lưu thông ruột, đây là một tiêu chí lâm sàng quan trọng đánh giá chất lượng cuộc mổ. Bệnh nhân có trung tiện càng sớm thì càng giảm đau bụng, cảm giác căng tức sau mổ. Thời gian bắt đầu trung tiện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,44 ngày. Kết quả này ngắn hơn so với kết quả nghiên cứu của Anania (3 ngày). Việc phục hồi lưu thông ruột phụ thuộc vào nhiều yếu tố như BMI, tuổi, vị trí u. Tuy độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao, có thể vào việc ít cầm nắm ruột khi thực hiện miệng nối bên trong cơ thể, thời gian phục hồi lưu thông ruột ngắn hơn. Có 1 trường hợp thời gian có trung tiện dài nhất là 4 ngày, đây là trường hợp phẫu thuật đại tràng trái, chúng tôi gặp khó khăn trong việc di động góc lách.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này còn nhiều hạn chế như thiết kế nghiên cứu hồi cứu với số lượng bệnh nhân ít và việc đánh giá lâu dài cũng chưa được tiến hành rõ ràng trong bệnh cảnh ung thư. Nhưng từ những kết quả đã cho thấy lợi ích bước đầu của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng nối trong ổ bụng là phẫu thuật an toàn và khả thi với tỷ lệ biến chứng sau mổ trong giới hạn cho phép thời gian phục hồi lưu thông ruột sớm. Bệnh nhân có nhiều bệnh nền vẫn có thể thực hiện an toàn.

LỜI CẢM ƠN

Cảm ơn bệnh viện Thống Nhất đã hỗ trợ thực hiện đề tài
Cảm ơn các bệnh nhân đã đồng ý cho chúng tôi lấy số liệu thực hiện đề tài

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Emile SH, Elfeki H, Shalaby M, et al (2019). In-tracorporeal versus extracorporeal anastomosis in minimally invasive right colectomy: an updated systematic review and meta-analysis. *Techniques in coloproctology*, 23(11):1023-1035.
- [2] Wu Q, Jin C, Hu T, et al (2017). Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis in laparoscopic right colectomy: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 27(4):348-357.
- [3] Mari GM, Crippa J, Costanzi A, et al (2018). In-tracorporeal anastomosis reduces surgical stress response in laparoscopic right hemicolectomy: a prospective randomized trial. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 28(2):77-81.

- [4] Vignali A, Bissolati M, De Nardi Paola, et al (2016). Extracorporeal vs. intracorporeal ileocolic stapled anastomoses in laparoscopic right colectomy: an interim analysis of a randomized clinical trial. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 26(5):343-348.
- [5] Allaix ME, Degiuli M, Bonino MA, et al. (2019), Intracorporeal or extracorporeal ileocolic anastomosis after laparoscopic right colectomy: a double-blinded randomized controlled trial. *Annals of Surgery*, 270(5):762-767.
- [6] Bollo J, Turrado V, Rabal A, et al (2020). “Randomized clinical trial of intracorporeal versus extracorporeal anastomosis in laparoscopic right colectomy (IEA trial)”. *Journal of British Surgery*, 107(4):364-372
- [7] Nguyễn Hoàng Bắc, Đỗ Minh Đại, Từ Đức Hiền (2003), Cắt đại tràng nội soi. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 7(1):127-131.
- [8] Nguyễn Anh Dũng, Đỗ Đình Công, Phạm Hữu Thông (2003), Kết quả ban đầu của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 7(2):121-124.
- Đào Văn Cam, Lê Huy Lưu, Hàn Thế Cơ (2019), Kết quả sớm điều trị ung thư đại tràng bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 23(1):207-213.