

## TREATMENT OUTCOMES AND QUALITY OF LIFE OF RECTAL CANCER PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC LOW ANTERIOR RESECTION AT E HOSPITAL

Nguyen Quoc Dat\*, Huu Hoai Anh, Nguyen Khac Diep, Phung Van Quyen, Do Van Minh

*Faculty of Gastrointestinal Surgery, E Hospital - 89 Tran Cung, Nghia Do ward, Hanoi, Vietnam*

Received: 20/01/2026

Revised: 20/02/2026; Accepted: 22/03/2026

### ABSTRACT

**Objective:** To describe patient characteristics, treatment outcomes, and postoperative quality of life assessed by EORTC QLQ-CR29 in rectal cancer patients undergoing laparoscopic low anterior resection.

**Methods:** A descriptive study on rectal cancer patients treated with laparoscopic low anterior resection at E Hospital, from 2021 to 2024. Data included baseline characteristics, disease stage, operative outcomes, short- and long-term postoperative results. Quality of life was evaluated at 3 months post-operation using EORTC QLQ-CR29.

**Results:** Forty-eight patients were included, mean age was  $67.27 \pm 10.18$  years (40-85 years old), and 60.42% were male. Mean operative time was  $201.04 \pm 44.25$  minutes (110-290 minutes) with a 2.08% conversion rate. Common postoperative complications included bowel sub-obstruction (6.25%), surgical site infection (4.17%), and anastomotic leak/dehiscence (4.17%). Mean follow-up was  $15.38 \pm 8.92$  months; local recurrence occurred in 6.25%, distant metastasis in 20.83%, and mortality in 6.25%. QLQ-CR29 highlighted clinically relevant burdens in urinary, anorectal, stoma-related, and sexual domains, with differences between stoma and non-stoma groups.

**Conclusion:** Laparoscopic low anterior resection yielded favorable outcomes with low conversion and acceptable morbidity. Quality of life assessment by QLQ-CR29 suggests the need for early screening and targeted management of urinary, anorectal, stoma-related, and sexual dysfunction after surgery.

**Keywords:** Rectal cancer, laparoscopy, low anterior resection, outcomes, EORTC QLQ-CR29, quality of life.

---

\*Corresponding author

**Email:** datnq.smp@gmail.com **Phone:** (+84) 964089402 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4582**



# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRƯỚC THẤP TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Quốc Đạt\*, Hữu Hoài Anh, Nguyễn Khắc Điệp, Phùng Văn Quyên, Đỗ Văn Minh

Khoa Phẫu thuật tiêu hóa, Bệnh viện E - 89 Trần Cung, phường Nghĩa Đô, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 20/02/2026; Ngày duyệt đăng: 22/03/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm bệnh nhân, kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật nội soi cắt trước thấp ở ung thư trực tràng.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả. Bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt trước thấp tại Bệnh viện E từ năm 2021-2024. Thu thập đặc điểm chung, giai đoạn bệnh, kết quả phẫu thuật, kết quả gần và xa sau mổ. Chất lượng cuộc sống đánh giá sau mổ 3 tháng bằng thang EORTC QLQ-CR29.

**Kết quả:** Nghiên cứu gồm 48 bệnh nhân, tuổi trung bình  $67,27 \pm 10,18$  (40-85 tuổi). Nam chiếm 60,42%. Thời gian mổ trung bình  $201,04 \pm 44,25$  phút (110-290 phút). Tỷ lệ chuyển mổ mở 2,08%. Biến chứng sau mổ thường gặp: bán tắc ruột 6,25%, nhiễm trùng vết mổ 4,17%, rò/bục miệng nối 4,17%. Theo dõi trung bình  $15,38 \pm 8,92$  tháng, tái phát tại chỗ 6,25%, di căn xa 20,83%, tử vong 6,25%. Điểm CR29 ghi nhận gánh nặng triệu chứng đáng kể ở một số lĩnh vực (rụng tóc, lo lắng sức khỏe tương lai...), đồng thời phản ánh khác biệt giữa nhóm có và không có hậu môn nhân tạo.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt trước thấp cho kết quả khả quan với tỷ lệ chuyển mổ mở thấp, biến chứng chấp nhận được; chất lượng cuộc sống theo CR29 cho thấy các vấn đề tiết niệu, hậu môn, tình dục cần được theo dõi và can thiệp sớm.

**Từ khóa:** Ung thư trực tràng, nội soi, cắt trước thấp, kết quả điều trị, EORTC QLQ-CR29, chất lượng cuộc sống.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là bệnh lý ác tính thường gặp, có xu hướng gia tăng theo tuổi và chịu ảnh hưởng bởi chế độ ăn, lối sống và yếu tố di truyền. Trong điều trị triệt căn, phẫu thuật cắt trước thấp là phương pháp chủ đạo cho các u trực tràng trên và giữa, đồng thời mục tiêu hiện nay không chỉ là kiểm soát ung thư mà còn là bảo tồn chức năng và cải thiện chất lượng cuộc sống sau mổ.

Phẫu thuật nội soi trong ung thư trực tràng đã được ứng dụng rộng rãi nhờ ưu điểm ít xâm lấn, phục hồi sớm. Tuy nhiên, kết quả thực hành phụ thuộc đặc điểm bệnh nhân (tuổi, giai đoạn ung thư, u cao/thấp), kỹ thuật, biến chứng sớm (đặc biệt rò miệng nối), và các vấn đề chức năng - chất lượng cuộc sống về tiết niệu, hậu môn, hậu môn nhân tạo, và tình dục.

Trong bối cảnh đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm 3 mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm chung của bệnh nhân; (2) Đánh giá kết quả phẫu thuật; (3) Đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ bằng EORTC QLQ-CR29.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại Khoa Phẫu thuật tiêu hóa, Bệnh viện E từ năm 2021-2024.

### 2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng và được phẫu thuật nội soi cắt trước thấp.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: ung thư trực tràng có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt trước thấp; có đầy đủ dữ liệu trước mổ, trong mổ, sau mổ và theo dõi; có đánh giá QLQ-CR29 sau mổ 3 tháng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: không đủ dữ liệu theo dõi hoặc không hoàn tất bộ câu hỏi CR29 tại thời điểm quy định; các trường hợp không phù hợp mục tiêu đánh giá.

### 2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện toàn bộ các trường hợp đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu; cỡ mẫu 48 bệnh nhân.

### 2.5. Quy trình thu thập số liệu

Trích xuất hồ sơ bệnh án, phiếu mổ, diễn biến sau mổ, và thu thập bộ câu hỏi QLQ-CR29 theo quy trình chuẩn.

\*Tác giả liên hệ

Email: datnq.smp@gmail.com Điện thoại: (+84) 964089402 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4582>

**2.6. Xử lý và phân tích số liệu**

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

**2.7. Đạo đức nghiên cứu**

Công trình được thực hiện nhằm mục đích khoa học, nâng cao chất lượng điều trị người bệnh, không nhằm mục đích nào khác.

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

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

**Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu (n = 48)**

Biến số		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	67,27 ± 10,18	
	Min-max (tuổi)	40-85	
	21-40 tuổi	1	2,08
	41-60 tuổi	10	20,83
	61-80 tuổi	34	70,83
> 80 tuổi	3	6,25	
Giới	Nam	29	60,42
	Nữ	19	39,58

**3.2. Kết quả phẫu thuật**

**Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật nội soi cắt trước thấp (n = 48)**

Biến số		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Thời gian mổ	$\bar{X} \pm SD$ (phút)	201,04 ± 44,25	
	Min-max (phút)	110-290	
Chuyển mổ mở (do tiền sử mổ cũ, tái phát tại miệng nổi)		1	2,08
Khoảng cắt dưới u	2 cm đến dưới 5 cm	12	25,0
	5 cm	33	68,75
	> 5 cm	3	6,25
Phẫu tích mạc treo trực tràng	Cắt bán phần mạc treo	35	72,92
	Cắt toàn bộ mạc treo	13	27,08
Mở thông hồi tràng bảo vệ		20	41,67

**3.3. Kết quả gần sau mổ**

**Bảng 3. Phục hồi sau mổ (n = 48)**

Chỉ số	$\bar{X} \pm SD$	Min-max
Thời gian dùng thuốc giảm đau (ngày)	2,35 ± 0,97	1-8
Thời gian trung tiện sau mổ (ngày)	3,08 ± 1,20	2-6
Thời gian rút sonde tiểu (ngày)	5,23 ± 2,26	3-13
Thời gian rút dẫn lưu ổ mổ (ngày)	9,32 ± 4,62	1-27
Thời gian nằm viện (ngày)	15,10 ± 4,71	9-30

**Bảng 4. Biến chứng sau mổ (n = 48)**

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Bán tắc ruột	3	6,25
Nhiễm trùng vết mổ	2	4,17

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Rò, bực miệng nổi	2	4,17
Bí tiểu	2	4,17
Hẹp miệng nổi	2	4,17
Chảy máu mở thông hồi tràng	1	2,08
Hẹp mở thông hồi tràng	1	2,08

**3.4. Kết quả xa (theo dõi)**

**Bảng 5. Kết quả theo dõi xa (n = 48)**

Biến số		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Thời gian theo dõi	$\bar{X} \pm SD$ (tháng)	15,38 ± 8,92	
	Min-max (tháng)	2,79-36,34	
Tái phát tại chỗ		3	6,25
Di căn xa (gan, phổi)		10	20,83
Tử vong		3	6,25

**Bảng 6. Chất lượng cuộc sống sau mổ 3 tháng theo EORTC QLQ-CR29 (điểm chuẩn hóa 0-100)**

Lĩnh vực (CR29)		Giá trị
Thường xuyên đi tiểu ban ngày	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	40,29 ± 15,57
	Min-max (điểm)	0-67,20
Thường xuyên đi tiểu ban đêm	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	16,96 ± 19,39
	Min-max (điểm)	0-65,45
Són nước tiểu	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	13,25 ± 17,08
	Min-max (điểm)	0-31,36
Đau khi đi tiểu	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	9,15 ± 13,77
	Min-max (điểm)	0-34,82
Đau bụng	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	34,42 ± 18,22
	Min-max (điểm)	0-66,22
Đau quanh vùng hậu môn	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	18,25 ± 18,50
	Min-max (điểm)	0-67,03
Chướng bụng, đầy bụng	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	27,63 ± 20,90
	Min-max (điểm)	0-70,44
Máu trong phân	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	0,73 ± 4,83
	Min-max (điểm)	0-32,36
Chất nhầy trong phân	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	30,10 ± 22,71
	Min-max (điểm)	0-69,27
Khô miệng	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	33,04 ± 19,86
	Min-max (điểm)	0-71,69
Rụng tóc	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	58,15 ± 34,31
	Min-max (điểm)	0-100
Vấn đề về vị giác	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	35,48 ± 17,00
	Min-max (điểm)	0-70,55
Lo lắng về sức khỏe tương lai	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	56,85 ± 17,39
	Min-max (điểm)	32,04-100

Lĩnh vực (CR29)		Giá trị
Lo lắng về cân nặng	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	10,42 ± 17,18
	Min-max (điểm)	0-62,15
Cảm giác kém năng động hơn	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	17,32 ± 20,60
	Min-max (điểm)	0-69,93
Ham muốn tình dục (mục chung)	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	16,31 ± 23,82
	Min-max (điểm)	0-67,56
Hài lòng về cơ thể	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	56,68 ± 15,28
	Min-max (điểm)	30,06-69,43

**Bảng 7. CR29 theo hậu môn nhân tạo và vấn đề tình dục (nhóm < 60 tuổi)**

Nhóm, lĩnh vực			Giá trị	
Nhóm có hậu môn nhân tạo (n = 20)	Hơi thoát ra không tự chủ	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	59,71 ± 15,07	
		Min-max (điểm)	30,61-66,09	
	Ra phân ở hậu môn nhân tạo	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	69,76 ± 15,32	
		Min-max (điểm)	31,66-100	
	Viêm da quanh hậu môn nhân tạo	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	25,23 ± 17,51	
		Min-max (điểm)	0-36,49	
	Cảm giác mặc cảm	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	45,47 ± 16,73	
		Min-max (điểm)	31,59-62,47	
	Khó khăn chăm sóc hậu môn nhân tạo	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	45,42 ± 16,54	
		Min-max (điểm)	35,21-71,46	
Nhóm không có hậu môn nhân tạo (n = 28)	Trung tiện không tự chủ	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	34,19 ± 12,38	
		Min-max (điểm)	0-70,29	
	Són phân	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	22,69 ± 18,65	
		Min-max (điểm)	0-66,13	
Tình dục (điểm thô)	Nam (n = 9)	Ham muốn	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	53,36 ± 18,57
			Min-max (điểm)	31,81-60,23
		Cường cứng	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	46,37 ± 17,14
			Min-max (điểm)	34,25-68,37
	Nữ (n = 2)	Ham muốn	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	43,54 ± 22,54
			Min-max (điểm)	0-65,39
		Đau, không thoải mái khi quan hệ tình dục	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	42,68 ± 29,52
			Min-max (điểm)	0-91,33

**4. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 67,27 ± 10,18, nhỏ nhất 40 tuổi, lớn nhất 85 tuổi,

chiếm tỷ lệ cao nhất là các bệnh nhân trên 60 tuổi với 34 bệnh nhân (70,83%). Tỷ lệ này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Quách Văn Kiên, Mai Đình Điểu và Trần Ngọc Thông [1-3]. Việc bệnh nhân lớn tuổi chiếm đa số có thể lý giải bởi tích lũy phổi nhiễm yếu tố nguy cơ theo thời gian, cùng suy giảm miễn dịch và tăng nguy cơ đột biến DNA theo tuổi.

Trong tổng số 48 bệnh nhân ung thư trực tràng, có 29 bệnh nhân (60,4%) là nam và 19 bệnh nhân (39,6%) là nữ. Nhiều nghiên cứu khác cho kết quả tương tự: Quách Văn Kiên có tỷ lệ nam/nữ là 67,5%/32,5% [1], Kim H.S và cộng sự (2016) có tỷ lệ nam/nữ là 61,3%/38,7% [4]. Khác biệt về tỷ lệ nam/nữ giữa các nghiên cứu thường liên quan đến đặc điểm dân số tiếp cận bệnh viện, thói quen hút thuốc, uống rượu bia, chế độ ăn, và yếu tố nghề nghiệp.

**4.2. Kết quả phẫu thuật (thời gian mổ, chuyển mổ mở và kỹ thuật)**

Thời gian mổ trung bình 201,04 ± 44,25 phút (110-290 phút). Khi đối chiếu, các nghiên cứu trong nước báo cáo thời gian mổ thấp hơn hoặc tương đương: Trần Ngọc Thông (2021) 171,06 ± 24,45 phút [3]; Mai Đình Điểu (2014) 202 phút (60-410 phút) [2]; Quách Văn Kiên (2019) 216,4 ± 39,2 phút (150-320 phút) [1]; Trương Vĩnh Quý (2018) 144,8 ± 46,7 phút (70-240 phút) [5]; Muldoon R.L và cộng sự báo cáo khoảng 150 phút [6]. Sự khác biệt có thể do tỷ lệ giai đoạn tiến triển, dính do mổ cũ, đường cong học tập, quy trình gây mê - hồi sức và chuẩn hóa phẫu trường.

Tỷ lệ chuyển mổ mở của chúng tôi là 2,08% (1/48 bệnh nhân) do bệnh nhân có tiền sử mổ cũ và tái phát tại miệng nối. Tỷ lệ của Mai Đình Điểu là 10,3% [2], phản ánh khác biệt về chọn lựa bệnh nhân, mức độ xâm lấn u và kinh nghiệm ekip mổ. Một số nghiên cứu quốc tế cũng ghi nhận chuyển mổ mở khoảng 10% trong các chuỗi ca lớn, như báo cáo của Fleshma J và cộng sự trên 240 bệnh nhân có chuyển mổ mở là 11,3% [7].

Về kỹ thuật, cắt bán phần mạc treo chiếm 72,92% và cắt toàn bộ mạc treo chiếm 27,08%. Đây là phân bố hợp lý khi phần lớn u nằm ở 1/3 trên và 1/3 giữa (97,91%), thường phù hợp với chỉ định cắt bán phần mạc treo trong các trường hợp u cao, trong khi cắt toàn bộ mạc treo cần thiết hơn ở u thấp để đảm bảo nguyên tắc ung thư học. Theo Trần Ngọc Thông, tỷ lệ cắt bán phần mạc treo là 40% [3].

Khoảng cắt dưới u đa số đạt mức “an toàn thực hành” với nhóm cắt dưới u 5 cm chiếm 68,75%, cắt dưới u 2 cm đến dưới 5 cm chiếm 25%, và cắt dưới u trên 5 cm chiếm 6,25%. Theo nghiên cứu của Muldoon R.L và cộng sự tại Mỹ, việc đạt khoảng cách cắt an toàn 5 cm được khuyến khích nhằm giảm tỷ lệ tái phát cục bộ, nhưng thường khó đạt được ở bệnh nhân có khung chậu hẹp hoặc béo phì, do đó khoảng cách này có thể dao động từ 3-5 cm [6]. Các khác biệt so với chuỗi ca khác thường đến từ vị trí u (cao/thấp), mức độ co kéo mạc treo, và chiến lược bảo tồn cơ thắt.

Trong nghiên cứu này, mở thông hồi tràng bảo vệ được thực hiện ở 41,67% bệnh nhân. Theo nghiên cứu của Kevin Phan và cộng sự (2019), mở thông hồi tràng bảo vệ có thể giúp giảm rò miệng nối và nhu cầu mổ lại mà không làm tăng tử vong và các biến chứng khác [8]. Ngoài ra, nghiên cứu cũng ghi nhận vị trí u liên quan có ý nghĩa với chỉ định

mở thông ( $p = 0,009$ ), gợi ý quyết định mở thông phụ thuộc nhiều vào mức “thấp” của miệng nối; trong khi Trần Ngọc Thông báo cáo vị trí u và giai đoạn không liên quan có ý nghĩa ( $p = 0,436$  và  $p = 0,588$ ), khác biệt có thể do tiêu chí chỉ định và cấu trúc nguy cơ giữa các trung tâm [3].

#### 4.3. Kết quả gần sau mổ (phục hồi và biến chứng)

Sau mổ, thời gian trung tiện trung bình  $3,08 \pm 1,20$  ngày, thời gian nằm viện trung bình  $15,10 \pm 4,71$  ngày. Một số tác giả báo cáo thời gian nằm viện ngắn hơn: Fleshma J và cộng sự có thời gian nằm viện sau mổ trung bình 7,3 ngày ở nhóm mổ nội soi [7]. Chênh lệch này có thể do khác biệt mô hình chăm sóc (chăm sóc ERAS so với chăm sóc truyền thống), tiêu chuẩn ra viện, điều kiện theo dõi ngoại trú và thói quen thực hành tại từng cơ sở.

Tỷ lệ rò miệng nối (4,17%), được điều trị bảo tồn thành công. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Trần Ngọc Thông là 8,2% (7 ca, trong đó có 3 ca mổ lại) [3]. Ở nghiên cứu Hybrid NOTES, Chen C.C và cộng sự báo cáo 10% rò miệng nối (2/20 bệnh nhân) kèm áp xe tiểu khung nhưng điều trị nội khoa ổn định và 17/20 bệnh nhân được làm hậu môn nhân tạo bảo vệ [9]. Sự khác biệt có thể liên quan đến vị trí u thấp, tưới máu miệng nối, căng miệng nối, và chiến lược làm hậu môn nhân tạo bảo vệ.

#### 4.4. Kết quả xa (tái phát, di căn và thời gian sống thêm)

Thời gian theo dõi của chúng tôi trung bình  $15,38 \pm 8,92$  tháng, còn tương đối ngắn để kết luận chắc chắn về sống thêm 5 năm, tuy nhiên đã ghi nhận tái phát tại chỗ 6,25%, di căn xa 20,83%, tử vong 6,25%. Khi so sánh tái phát tại chỗ, các tác giả báo cáo dao động theo thời gian theo dõi: Mai Đình Diệu tái phát tại chỗ 7,8% (5 năm) [2]; Trần Ngọc Thông tái phát tại chỗ 5,9%, trong đó tái phát tại chỗ đơn thuần 3,5% và vừa tái phát tại chỗ vừa di căn gan 2,4% [3].

Tỷ lệ tái phát của nghiên cứu này nằm trong khoảng báo cáo của nhiều tác giả, nhưng cần diễn giải thận trọng do khác biệt thời gian theo dõi, giai đoạn bệnh, tỷ lệ điều trị hỗ trợ và tiêu chuẩn ghi nhận tái phát [1-3].

Về thời gian sống thêm, các nghiên cứu khác cho thấy sự biến thiên. Nghiên cứu này ghi nhận tỷ lệ sống thêm ước tính là 3 năm 93,5%, có thể liên quan đến chọn lọc bệnh nhân phù hợp phẫu thuật nội soi, chất lượng phẫu thuật, chăm sóc hậu phẫu, và chiến lược điều trị hỗ trợ; đồng thời cũng chịu ảnh hưởng bởi số ca và thời gian theo dõi thực tế.

#### 4.5. Chất lượng cuộc sống theo EORTC QLQ-CR29

Nghiên cứu sử dụng QLQ-CR29 tập trung vào triệu chứng chuyên biệt đại - trực tràng. Một số lĩnh vực có điểm trung bình đáng chú ý: rụng tóc  $58,15 \pm 34,31$  điểm, lo lắng sức khỏe tương lai  $56,85 \pm 17,39$  điểm, tiểu tiện ban ngày  $40,29 \pm 15,57$  điểm, khô miệng  $33,04 \pm 19,86$  điểm, chướng bụng  $27,63 \pm 20,90$  điểm. Các kết quả này phản ánh gánh nặng triệu chứng hậu điều trị, đặc biệt ở bệnh nhân có thể đã và đang điều trị hỗ trợ (hóa trị), vốn liên quan đến rụng tóc, khô miệng và thay đổi vị giác.

Khi so sánh với các tác giả khác trong, sự khác biệt theo từng lĩnh vực. Ví dụ, về tiểu tiện, nghiên cứu của Silva và cộng sự là 33,3 điểm [10], trong khi nghiên cứu này là 40,29 điểm. Về sốn tiểu, nghiên cứu của Sliva và cộng sự là 0 điểm

[10], nghiên cứu này ghi nhận 13,25 điểm (ở mục sốn nước tiểu). Khác biệt có thể do thời điểm đánh giá (1-3 tháng so với dài hơn), khác biệt kỹ thuật bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu, và cấu trúc tuổi cao của mẫu nghiên cứu [3].

Phân tích theo nhóm cho thấy bệnh nhân có hậu môn nhân tạo phải chịu gánh nặng rõ rệt về chất lượng cuộc sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm các vấn đề liên quan đến hậu môn nhân tạo đạt  $69,76 \pm 20,12$  điểm, cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Sliva và cộng sự ( $33,3 \pm 19,5$  điểm). Tương tự, điểm cảm giác xấu hổ trong nghiên cứu này là  $59,71 \pm 24,53$  điểm, cao hơn so với nghiên cứu của Sliva ( $38,9 \pm 29,7$ ) điểm [10]. Những khác biệt này có thể được lý giải bởi thời điểm đánh giá sớm (3 tháng sau phẫu thuật), tỷ lệ bệnh nhân còn mang hậu môn nhân tạo cao tại thời điểm khảo sát, cũng như sự khác biệt trong hệ thống tư vấn và chăm sóc hậu môn nhân tạo, bao gồm vai trò của điều dưỡng chuyên trách, khả năng tiếp cận vật tư và công tác theo dõi, chăm sóc da quanh hậu môn nhân tạo.

Về chức năng tình dục, ở nam giới, điểm ham muốn tình dục của nghiên cứu này là  $53,36 \pm 25,14$  điểm, thấp hơn rõ so với nghiên cứu của Trần Ngọc Thông ( $85,4 \pm 19,6$  điểm); đồng thời điểm bất lực ( $46,37 \pm 25,03$  điểm) cũng thấp hơn Trần Ngọc Thông ( $75,2 \pm 22,9$ ) [3]. Sự khác biệt có thể liên quan đánh giá ở mốc sớm sau mổ, ảnh hưởng tâm lý và hình ảnh cơ thể (đặc biệt khi có mở thông hồi tràng), và mức độ tổn thương/bảo tồn thần kinh tự chủ vùng chậu trong phẫu tích mạc treo.

### 5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt trước thấp trong điều trị ung thư trực tràng nghiên cứu này cho kết quả khá quan với thời gian mổ chấp nhận được, tỷ lệ chuyển mổ mở thấp và biến chứng sau mổ ở mức phù hợp. Theo dõi xa ghi nhận tái phát và di căn vẫn hiện diện, nhấn mạnh vai trò của phân tầng nguy cơ, điều trị hỗ trợ và theo dõi lâu dài. Chất lượng cuộc sống theo EORTC QLQ-CR29 cho thấy các vấn đề tiết niệu, hậu môn, hậu môn nhân tạo và tình dục cần được đánh giá hệ thống và can thiệp sớm nhằm tối ưu hóa phục hồi chức năng và nâng cao chất lượng sống sau mổ.

### 6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Quách Văn Kiên. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt trong điều trị ung thư trực tràng giữa và dưới. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2019.
- [2] Mai Đình Diệu. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế, 2014.
- [3] Trần Ngọc Thông. Đánh giá kết quả, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư đại trực tràng trên và giữa được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt trước thấp. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế, 2021.
- [4] Kim H.S, Ko S et al. Long-term results of extended intersphincteric resection for very low rectal cancer: a retrospective study. BMC Surgery, 2016, 16: 21. doi: 10.1186/s12893-016-0133-6.

- [5] Trương Vĩnh Quý. Đánh giá kết quả điều trị triệt căn ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi có bảo tồn cơ thắt. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế, 2018.
- [6] Muldoon R.L et al. Comparison of outcomes of abdominoperineal resection vs low anterior resection in very-low rectal cancer. *J Gastrointest Surg*, 2024, 28 (9): 1450-1455. doi: 10.1016/j.gassur.2024.06.008.
- [7] Fleshma J, Branda M. Surgical outcomes for rectal cancer: Importance of early detection and treatment. *Annals of Surgical Oncology*, 2015, 22: 3679-3685. doi: 10.1245/s10434-015-4703-0.
- [8] Phan K, Oh L et al. Does a stoma reduce the risk of anastomotic leak and need for re-operation following low anterior resection for rectal cancer: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gastrointest Oncol*, 2019, 10 (2): 179-187. doi: 10.21037/jgo.2018.11.07.
- [9] Chen C.C, Lai Y.L et al. The evolving practice of hybrid natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) for rectal cancer. *Endosc*, 2015, 29 (1): 119-126. doi: 10.1007/s00464-014-3659-7.
- [10] Silva M.M.R.L, Junior S.A. Late assessment of quality of life in patients with rectal carcinoma: comparison between sphincter and definitive colostomy. *International Journal of Colorectal Disease*, 2018, 33 (8): 1039-1045. doi: 10.1007/s00384-018-3044-4.