EARLY SURGICAL OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC RECTAL RESECTION WITH CIRCULAR STAPLED ANASTOMOSIS AFTER NEOADJUVANT CHEMORADIOTHERAPY

Dinh Tan Tran[1], Huu Huynh Phan[1], Tuan Anh Nguyen[1], Viet Tuan Tran[2], Chi Thanh Nguyen[2]

[1]K Hospital, Campus 3, 30 Cau Buou Street, Thanh Liet Ward, Hanoi, Vietnam
[2]Hanoi Medical University, No. 1 Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Dong Da District, Hanoi, Vietnam

Received 25/05/2026
Revised 19/07/2026; Accepted 18/11/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the early outcomes of laparoscopic low anterior resection using a circular stapler in patients with middle and low rectal cancer following neoadjuvant chemoradiotherapy.

Materials and Methods: This retrospective descriptive case-series study included the medical records of 49 patients with middle or low rectal cancer who completed neoadjuvant chemoradiotherapy followed by laparoscopic low anterior resection using a circular stapler at Vietnam National Cancer Hospital between January 2024 and September 2025. The collected variables included clinical characteristics, operative characteristics, histopathological findings, and early postoperative complications.

Results: The mean age of the patients was 61.2 ± 10.0 years; 69.7% were aged 50–70 years, and 57.1% were male. The most common presenting symptom was blood- and mucus-stained stool, reported in 73.5% of patients. A four-trocar approach was used in 71.4% of cases. The mean operative time was 150 ± 16 minutes. A diverting stoma was created in 65.3% of patients. The mean number of harvested lymph nodes was 7.73 ± 4.30. Nine of the 49 patients achieved a pathological complete response, defined as ypT0N0, corresponding to a rate of 18.4%. The overall postoperative complication rate was 6.1%, including anastomotic leakage in 4.1% and pneumonia in 2.0%. No deaths occurred within 30 days after surgery.

Conclusion: This study describes the operative, histopathological, and early postoperative outcomes of 49 selected patients with middle and low rectal cancer who completed laparoscopic low anterior resection using a circular stapler following neoadjuvant chemoradiotherapy. Given the absence of a comparator group and the lack of data on technical failures, functional outcomes, and long-term oncological outcomes, these findings do not permit conclusions regarding the overall feasibility, safety, or long-term effectiveness of the procedure.

Keywords: Rectal cancer; laparoscopic surgery; preoperative chemoradiotherapy.

*Corresponding author
Email: nct300393@gmail.com **Phone**: (+84) 843300393 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7119

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG SỬ DỤNG MÁY NỐI TRÒN SAU HÓA XẠ TRỊ TIỀN PHẪU

Trần Đình Tân[1], Phan Hữu Huỳnh[1], Nguyễn Tuấn Anh[1], Trần Viết Tuấn[2], Nguyễn Chí Thanh[2]

[1]Bệnh viện K, cơ sở 3, số 30 Cầu Bươu, phường Thanh Liệt, Hà Nội, Việt Nam
[2]Trường Đại học Y Hà Nội, số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25/05/2026
Ngày chỉnh sửa: 19/07/2026; Ngày duyệt đăng: 18/11/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng sử dụng máy nối tròn ở bệnh nhân ung thư trực tràng giữa và thấp sau hóa xạ trị tân bổ trợ.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu quan sát mô tả hồi cứu dạng loạt ca được thực hiện trên hồ sơ của 49 người bệnh ung thư trực tràng giữa và thấp đã hoàn tất hóa xạ trị tân bổ trợ và phẫu thuật nội soi cắt trước thấp sử dụng máy nối tròn tại Bệnh viện K từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2025. Các biến số nghiên cứu gồm đặc điểm lâm sàng, đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật, kết quả mô bệnh học và biến chứng hậu phẫu sớm.

Kết quả: Tuổi trung bình của người bệnh là 61,2 ± 10,0 tuổi; nhóm tuổi 50–70 chiếm 69,7% và nam giới chiếm 57,1%. Triệu chứng thường gặp nhất là đại tiện phân lẫn nhầy máu, chiếm 73,5%. Phẫu thuật sử dụng bốn trocar trong 71,4% trường hợp. Thời gian phẫu thuật trung bình là 150 ± 16 phút. Hậu môn nhân tạo bảo vệ được thực hiện ở 65,3% người bệnh. Số hạch nạo vét trung bình là 7,73 ± 4,30 hạch. Có 9/49 người bệnh đạt đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học ypT0N0, tương ứng 18,4%. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 6,1%, gồm rò miệng nối 4,1% và viêm phổi 2,0%. Không ghi nhận tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật.

Kết luận: Nghiên cứu mô tả các kết quả phẫu thuật, mô bệnh học và biến chứng hậu phẫu sớm ở 49 người bệnh ung thư trực tràng giữa và thấp được lựa chọn và đã hoàn tất phẫu thuật nội soi cắt trước thấp sử dụng máy nối tròn sau hóa xạ trị tân bổ trợ. Do không có nhóm so sánh và chưa đánh giá các trường hợp thất bại kỹ thuật, kết quả chức năng hoặc kết quả ung thư học dài hạn, nghiên cứu chưa cho phép kết luận về tính khả thi, độ an toàn chung hoặc hiệu quả lâu dài của phương pháp.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, phẫu thuật nội soi, hóa xạ trị tiền phẫu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một trong những ung thư phổ biến nhất trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2022, mỗi năm có khoảng 1,9 triệu ca mắc mới và 935.000 ca tử vong. Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng đứng thứ năm về tỷ lệ mắc, trong đó ung thư trực tràng chiếm hơn một phần ba số trường hợp.[1]

Điều trị ung thư trực tràng là điều trị đa mô thức với phẫu thuật giữ vai trò trung tâm. Hóa xạ trị tiền phẫu hiện được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho ung thư trực tràng trung bình và thấp giai đoạn tiến triển tại chỗ, giúp hạ thấp giai đoạn bệnh và tăng khả năng phẫu thuật triệt căn.[2]

Phẫu thuật nội soi ngày càng được áp dụng rộng rãi nhờ ưu điểm ít xâm lấn và phục hồi nhanh. Ngày nay cùng với sự tiến bộ khoa học công nghệ sự ra đời các máy cắt và máy nối ruột hiện đại được ứng dụng ngày càng nhiều trong phẫu thuật ung thư trực tràng bước đầu đã mang lại các hiệu quả thiết thực, đặc biệt là tăng khả năng thực hiện cắt nối thấp trong khung chậu hẹp tránh cho người bệnh phải mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn và rút ngắn thời gian phẫu thuật. Mặc dù vậy, trong thực tiễn lâm sàng, phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng trung bình và thấp bảo tồn cơ tròn vẫn còn tỷ lệ nhỏ biến chứng nhất là rò miệng nối là thách thức đối với phẫu thuật viên, tăng lên khi càng xuống thấp trong khung chậu. Đặc biệt là những trường hợp đã hoá xạ trị tiền phẫu. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng và sử dụng máy nối tròn trong điều trị ung thư trực tràng trung bình và thấp đã hoá xạ trị tiền phẫu, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng sử dụng máy nối tròn sau hoá xạ trị tiền phẫu"*.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là hồ sơ bệnh án của 49 người bệnh ung thư trực tràng trung bình hoặc thấp đã được hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu, sau đó hoàn tất phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng và phục hồi lưu thông tiêu hóa bằng miệng nối sử dụng máy nối tròn tại Bệnh viện K trong khoảng thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 9/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Ung thư trực tràng nguyên phát, có bờ dưới khối u cách rìa hậu môn từ 3–10 cm, được xác định bằng nội soi trực tràng trước điều trị và đối chiếu với MRI tiểu khung.

*Tác giả liên hệ
Email: nct300393@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 843300393 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7119

- Có kết quả mô bệnh học trước điều trị xác định ung thư biểu mô tuyến trực tràng.

- Giai đoạn lâm sàng trước điều trị là cT3–cT4 và/hoặc cN1–cN2, cM0 theo phân loại TNM của AJCC phiên bản 8. Giai đoạn tại chỗ được đánh giá bằng MRI tiểu khung; di căn xa được đánh giá bằng CT ngực và bụng.

- Hoàn tất hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu theo phác đồ áp dụng tại Bệnh viện K.

- Được đánh giá lại sau điều trị tân bổ trợ và được hội chẩn đa chuyên khoa thống nhất chỉ định phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng bảo tồn cơ thắt, dự kiến phục hồi lưu thông tiêu hóa bằng miệng nối sử dụng máy nối tròn.

- Đã hoàn tất phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng và miệng nối bằng máy nối tròn.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Tổn thương trực tràng là di căn hoặc xâm lấn thứ phát từ một ung thư nguyên phát tại cơ quan khác.

- Có ung thư nguyên phát thứ hai đồng thời làm thay đổi chiến lược điều trị hoặc ảnh hưởng đến việc đánh giá kết quả nghiên cứu.

- Hồ sơ bệnh án thiếu một trong các nhóm thông tin chính: đặc điểm trước điều trị, điều trị tân bổ trợ, phẫu thuật, mô bệnh học sau mổ hoặc biến cố hậu phẫu trong vòng 30 ngày.

2.2. Thiết kế, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu quan sát mô tả hồi cứu dạng loạt ca, được thực hiện tại Bệnh viện K từ tháng 01/2024 đến tháng 9/2025. Việc trình bày nghiên cứu được thực hiện theo các nội dung phù hợp của hướng dẫn PROCESS dành cho loạt ca phẫu thuật.[3]

2.3. Điều trị tân bổ trợ, đánh giá lại và lựa chọn phẫu thuật

Người bệnh được hội chẩn đa chuyên khoa trước điều trị và được hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu theo phác đồ của Bệnh viện K. Phác đồ gồm xạ trị tổng liều 50,4 Gy trong 28 phân liều, 1,8 Gy mỗi phân liều, kết hợp capecitabine 825 mg/m^2/lần, uống hai lần mỗi ngày trong các ngày xạ trị.

Người bệnh được đánh giá lại khoảng 6 tuần sau khi kết thúc hóa xạ trị bằng thăm khám lâm sàng, thăm trực tràng, nội soi trực tràng và MRI tiểu khung. CT ngực và bụng được sử dụng để đánh giá bệnh tiến triển hoặc di căn xa. Trên MRI sau điều trị, các đặc điểm được đánh giá gồm giai đoạn khối u và hạch vùng, mối liên quan với cân mạc treo trực tràng, xâm nhập mạch máu ngoài thành và mức độ thoái triển khối u.

Khả năng phẫu thuật được xem xét tại hội chẩn đa chuyên khoa. Người bệnh được lựa chọn phẫu thuật với mục tiêu điều trị triệt căn khi không có tiến triển hoặc di căn xa, tổn thương được đánh giá có khả năng cắt bỏ hoàn toàn về mặt kỹ thuật, có thể thực hiện cắt toàn bộ mạc treo trực tràng với chủ đích đạt diện cắt âm tính, đồng thời có khả năng bảo tồn cơ thắt và phục hồi lưu thông tiêu hóa.

Người bệnh có đáp ứng lâm sàng hoàn toàn chỉ được đưa vào nghiên cứu nếu sau hội chẩn vẫn được chỉ định và thực tế đã trải qua phẫu thuật. Các trường hợp được quản lý theo chiến lược theo dõi không phẫu thuật, bệnh tiến triển hoặc không còn khả năng cắt bỏ sau điều trị tân bổ trợ không thuộc quần thể nghiên cứu.

Khoảng thời gian từ ngày kết thúc xạ trị đến ngày phẫu thuật được tính theo tuần cho từng người bệnh và được trình bày bằng trung vị và khoảng tứ phân vị hoặc trung bình và độ lệch chuẩn, tùy theo phân bố của số liệu.

2.4. Kỹ thuật phẫu thuật và các biến số nghiên cứu

Phẫu thuật được thực hiện bằng phương pháp nội soi cắt đoạn trực tràng bảo tồn cơ thắt. Mạc treo trực tràng được phẫu tích theo nguyên tắc cắt toàn bộ mạc treo trực tràng. Đầu dưới trực tràng được cắt bằng stapler thẳng và miệng nối được thực hiện bằng máy nối tròn theo kỹ thuật nối kép. Quyết định hạ đại tràng góc lách và làm hậu môn nhân tạo bảo vệ được phẫu thuật viên đưa ra dựa trên vị trí miệng nối, mức độ căng của miệng nối, tưới máu mô và các yếu tố nguy cơ của người bệnh.

Các biến số phẫu thuật được thu thập gồm số trocar, hạ đại tràng góc lách, số lần sử dụng stapler để cắt đầu dưới trực tràng, làm hậu môn nhân tạo bảo vệ, thời gian phẫu thuật và tai biến trong mổ. Thời gian phẫu thuật được tính từ thời điểm bắt đầu rạch da đến khi kết thúc đóng vết mổ.

Các biến số mô bệnh học gồm giai đoạn ypT, ypN, số hạch nạo vét được, khoảng cách từ diện cắt dưới đến bờ dưới khối u và tình trạng diện cắt dưới.

2.5. Định nghĩa

Kết cục chính của nghiên cứu là tỷ lệ người bệnh có ít nhất một biến chứng hậu phẫu trong vòng 30 ngày, trong đó rò miệng nối là biến cố được quan tâm chính. Một người bệnh có nhiều biến chứng chỉ được tính một lần khi xác định tỷ lệ biến chứng chung; từng loại biến chứng được trình bày riêng.

Rò miệng nối được xác định là sự mất toàn vẹn tại vị trí miệng nối, tạo thông thương giữa lòng ống tiêu hóa và khoang ngoài lòng ruột. Chẩn đoán được xác lập dựa trên biểu hiện lâm sàng kết hợp với hình ảnh học, nội soi, dẫn lưu, can thiệp hoặc phát hiện trong quá trình phẫu thuật lại. Áp xe vùng chậu liên quan trực tiếp đến vị trí miệng nối cũng được xem là rò miệng nối.

Viêm phổi sau mổ được xác định theo chẩn đoán ghi nhận trong hồ sơ bệnh án, dựa trên biểu hiện lâm sàng và tổn thương mới xuất hiện trên hình ảnh học phù hợp với viêm phổi. Tử vong hậu phẫu được xác định là tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào trong vòng 30 ngày kể từ ngày phẫu thuật.

Tai biến trong mổ được xác định là biến cố không mong muốn xảy ra từ thời điểm bắt đầu đến khi kết thúc phẫu thuật và được ghi nhận trong biên bản phẫu thuật.

Giai đoạn mô bệnh học sau điều trị tân bổ trợ được ký hiệu bằng tiền tố "yp" và xác định theo hệ thống TNM của AJCC phiên bản 8. Đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn được xác định là không còn tế bào ung thư sống tại khối u nguyên phát và hạch vùng, tương ứng ypT0N0. Diện cắt dưới được xem là dương tính khi phát hiện tế bào ung thư tại bề mặt diện cắt trên mô bệnh học.

2.6. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu không thực hiện tính cỡ mẫu trước do có thiết kế hồi cứu và mục tiêu chủ yếu là mô tả kết quả phẫu thuật sớm. Tất cả hồ sơ bệnh án đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong khoảng thời gian nghiên cứu được đưa vào phân tích. Tổng cộng có 49 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

Cỡ mẫu được xác định bởi số trường hợp đủ điều kiện trong giai đoạn nghiên cứu, không dựa trên tỷ lệ rò miệng nối hoặc biến chứng dự kiến. Vì vậy, các kết quả được xem là những ước tính thăm dò và được trình bày kèm khoảng tin cậy 95% để phản ánh độ chính xác cũng như mức độ bất định của các ước tính.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được kiểm tra, mã hóa và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics phiên bản 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, Hoa Kỳ). Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Mẫu số sử dụng để tính tỷ lệ được ghi rõ đối với từng biến. Trừ khi có ghi chú khác, các tỷ lệ được tính trên tổng số 49 người bệnh. Đối với các kết cục nhị phân, bao gồm tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, rò miệng nối và tử vong trong vòng 30 ngày, tỷ lệ được trình bày kèm khoảng tin cậy 95% hai phía theo phương pháp nhị thức chính xác Clopper–Pearson. Đối với kết cục không ghi nhận biến cố, giới hạn trên của khoảng tin cậy 95% vẫn được báo cáo. Phân bố của các biến định lượng được đánh giá bằng biểu đồ histogram, biểu đồ Q–Q và kiểm định Shapiro–Wilk. Biến có phân bố gần chuẩn được trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn; biến có phân bố lệch được trình bày bằng trung vị và khoảng tứ phân vị. Giá trị nhỏ nhất và lớn nhất được bổ sung khi có ý nghĩa mô tả.

Không thực hiện thay thế dữ liệu thiếu. Đối với các biến không phải kết cục chính, phân tích được thực hiện trên số người bệnh có dữ liệu và mẫu số thực tế được ghi rõ. Số trường hợp thiếu dữ liệu của từng biến, nếu có, được báo cáo. Do nghiên cứu chỉ gồm một nhóm, cỡ mẫu nhỏ và số biến cố ít, nghiên cứu không thực hiện kiểm định giả thuyết về tính an toàn, phân tích hồi quy hoặc phân tích đa biến. Kết quả được diễn giải theo hướng mô tả và thăm dò; việc không ghi nhận biến cố không được sử dụng để khẳng định phương pháp không có nguy cơ.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện phù hợp với các nguyên tắc của Tuyên bố Helsinki. Đề cương nghiên cứu được Hội đồng đề tài NCKH cấp cơ sở năm 2025 của Bệnh viện K xem xét và chấp thuận theo Quyết định số 3099/QĐ-BVK ngày 10 tháng 12 năm 2025. Do nghiên cứu hồi cứu, không can thiệp vào quá trình điều trị, yêu cầu lấy đồng thuận bằng văn bản được miễn. Dữ liệu người bệnh được mã hóa, loại bỏ thông tin định danh và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (n = 49)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (trung bình ± SD)	61,2 ± 10
Giới	
Nam	28 (57,1%)
Nữ	21 (42,9 %)
Lý do vào viện	
Đại tiện phân lẫn nhầy máu	36 (73,5%)
Thay đổi thói quen đại tiện	8(16,3%)
Thay đổi khuôn phân	2 (4,1%)
Mót rặn	1 (2%)
Đau bụng	2(4,1%)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 61,2 ± 10 tuổi, nam chiếm 57,1%. Triệu chứng thường gặp nhất là đại tiện phân lẫn nhầy máu (73,5%).

Bảng 2. Một số đặc điểm phẫu thuật và tai biến, biến chứng của phẫu thuật

Một số đặc điểm của phẫu thuật	Giá trị
Thời gian phẫu thuật (phút)	150 ± 16
Số trocar	
4 trocar	35 (71,4%)
5 trocar	14 (28,6%)
Hạ đại tràng góc lách	12 (24,5%)
Hậu môn nhân tạo bảo vệ	32 (65,3%)
Số stapler cắt đầu dưới	
1	6 (12,2%)
2	40 (81,6%)
3	3 (6,1%)
Tai biến, biến chứng phẫu thuật	
Tai biến trong mổ	0 (0%)
Biến chứng sau mổ	
Xì rò miệng nối	2 (4,1%)
Viêm phổi	1 (2%)
Tử vong 30 ngày	0 (0%)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 150 ± 16 phút. Phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật với 4 trocar, chiếm 71,4%. Hạ đại tràng góc lách được thực hiện ở 24,5% trường hợp và hậu môn nhân tạo bảo vệ được làm ở 65,3% bệnh nhân. Hầu hết bệnh nhân sử dụng 2 stapler để cắt đầu dưới trực tràng, chiếm 81,6%. Không ghi nhận tai biến trong mổ và không có tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. Biến chứng sau mổ gồm xì rò miệng nối ở 2 trường hợp, chiếm 4,1%, và viêm phổi ở 1 trường hợp, chiếm 2,0%.

Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học sau phẫu thuật

Đặc điểm	Phân nhóm	Giá trị
Giai đoạn mô bệnh học của khối u	ypT0	9 (18,4)
	ypT1	4 (8,2)
	ypT2	17 (34,7)
	ypT3	15 (30,6)
	ypT4	4 (8,2)
Giai đoạn mô bệnh học của hạch vùng	ypN0	41 (83,7)
	ypN1	5 (10,2)
	ypN2	3 (6,1)
Số hạch nạo vét được	Trung bình ± ĐLC, min–max	7,73 ± 4,30 (2–24)
	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	7 (5–10)
	≥12 hạch	7 (14,3%)
Khoảng cách từ bờ dưới khối u đến diện cắt dưới, cm	Trung bình ± ĐLC, min–max	2,28 ± 1,38 (1–6)
Diện cắt dưới	Âm tính	49 (100,0)
	Dương tính	0 (0,0)

Nhận xét: Giai đoạn ypT2 và ypT3 chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 34,7% và 30,6%; có 18,4% người bệnh đạt ypT0. Phần lớn người bệnh không còn di căn hạch vùng sau điều trị, với ypN0 chiếm 83,7%. Số hạch nạo vét trung bình là 7,73 ± 4,30 hạch, trung vị 7 hạch (khoảng tứ phân vị: 5–10), dao động từ 2 đến 24 hạch; chỉ 14,3% người bệnh có từ 12 hạch trở lên. Khoảng cách trung bình từ bờ dưới khối u đến diện cắt dưới là 2,28 ± 1,38 cm. Tất cả người bệnh đều có diện cắt dưới âm tính.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 61,2 ± 10,04 tuổi, trong đó nhóm tuổi 50–70 chiếm tỷ lệ cao nhất (69,7%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Quốc Ái trên 94 bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình được phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng điều trị ung thư biểu mô trực tràng tại bệnh viện Thanh Nhàn, với tuổi trung bình 63 + 11,8 tuổi.[4]

Tỷ lệ nam giới chiếm 57,1%, cao hơn so với nữ (42,9%), tương ứng tỷ lệ nam/nữ là 1,33/1. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Vương Xuân Hồng Quang, trong đó nam giới chiếm khoảng 63%.[5]

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đại tiện phân lẫn nhầy máu (73,5%). Đây là biểu hiện điển hình của ung thư trực tràng do khối u gây loét niêm mạc và chảy máu khi phân đi qua. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây, trong đó đại tiện ra máu là triệu chứng khởi phát phổ biến nhất của bệnh.[5]

4.2. Đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật và biến chứng sau phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là 150 ± 16 phút, gần với kết quả của Vương Xuân Hồng Quang, với thời gian phẫu thuật trung bình 140,8 ± 28,5 phút.[5] Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm người bệnh, vị trí khối u, mức độ khó của phẫu tích tiểu khung, yêu cầu hạ đại tràng góc lách và kinh nghiệm của ê-kíp phẫu thuật

Phẫu thuật được thực hiện chủ yếu bằng bốn trocar, chiếm 71,4%. Trocar thứ năm được sử dụng chọn lọc khi cần tăng khả năng bộc lộ hoặc hỗ trợ thao tác, đặc biệt trong những trường hợp phải hạ đại tràng góc lách, tiểu khung hẹp, béo phì hoặc khối u lớn. Tuy nhiên, do nghiên cứu không so sánh kết quả giữa các phương án bố trí trocar, chưa thể kết luận số lượng trocar ảnh hưởng đến hiệu quả hoặc độ an toàn của phẫu thuật.

Tỷ lệ hạ đại tràng góc lách trong nghiên cứu là 24,5%, thấp hơn tỷ lệ 94,4% được Vương Xuân Hồng Quang báo cáo.[5] Hạ đại tràng góc lách có thể làm tăng chiều dài đoạn đại tràng đưa xuống và hỗ trợ tạo miệng nối không căng. Tuy nhiên, chỉ định thực hiện kỹ thuật này phụ thuộc vào chiều dài đại tràng, mức độ căng của miệng nối, vị trí khối u và đánh giá trong mổ. Vì vậy, từ dữ liệu hiện có chưa thể xác định mối liên quan giữa việc hạ đại tràng góc lách với rò miệng nối hoặc chỉ định làm hậu môn nhân tạo bảo vệ.

Trong phẫu thuật cắt trước thấp, việc cắt trực tràng ở vùng tiểu khung hẹp có thể cần nhiều hơn một lần bấm stapler tuyến tính. Một số nghiên cứu cho thấy số lần bấm stapler nhiều, đặc biệt trên hai lần, có thể liên quan với tăng nguy cơ rò miệng nối.[6] Trong nghiên cứu của chúng tôi, 81,6% người bệnh được cắt trực tràng bằng hai lần bấm stapler. Tuy nhiên, do số trường hợp biến chứng nhỏ và nghiên cứu không được thiết kế để phân tích yếu tố nguy cơ, chưa thể xác định mối liên quan giữa số lần bấm stapler và rò miệng nối trong quần thể nghiên cứu.

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 6,1%, gồm hai trường hợp rò miệng nối, tương ứng 4,1%, và một trường hợp viêm phổi, tương ứng 2,0%. Vương Xuân Hồng Quang ghi nhận tỷ lệ rò miệng nối là 5,56% và tỷ lệ biến chứng chung là 9,3%.[5] Tuy nhiên, việc so sánh trực tiếp giữa các nghiên cứu cần thận trọng do sự khác biệt về tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh, đặc điểm khối u, kỹ thuật phẫu thuật và cách xác định biến chứng.

Không ghi nhận tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật, tương ứng 0/49 trường hợp; khoảng tin cậy 95% chính xác của tỷ lệ này là 0,0–7,3%. Kết quả này chỉ phản ánh tình trạng tử vong sớm trong nhóm người bệnh được lựa chọn và đã hoàn tất phẫu thuật, không đủ để khẳng định độ an toàn chung của phương pháp. Số trường hợp biến chứng nặng theo phân loại Clavien–Dindo và số trường hợp cần can thiệp hoặc phẫu thuật lại cần được báo cáo riêng nếu các thông tin này có trong dữ liệu gốc.

4.3. Đặc điểm mô bệnh học sau điều trị tân bổ trợ và phẫu thuật

Hóa xạ trị tân bổ trợ có thể làm giảm kích thước khối u, giảm mức độ xâm lấn tại chỗ và tạo ra sự thoái triển mô bệnh học ở cả khối u nguyên phát và hạch vùng.[7] Trong nghiên cứu này, ypT2 và ypT3 là hai giai đoạn thường gặp nhất, lần lượt chiếm 34,7% và 30,6%. Phần lớn người bệnh có ypN0, chiếm 83,7%; ypN1 và ypN2 lần lượt chiếm 10,2% và 6,1%.

Sau khi đối chiếu đồng thời giai đoạn khối u và hạch vùng, cả chín trường hợp ypT0 đều có ypN0. Do đó, có 9/49 người bệnh đạt đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học, được xác định là ypT0N0, tương ứng tỷ lệ 18,4%. Tỷ lệ này gần với kết quả của một số nghiên cứu trước, trong đó pCR sau hóa xạ trị tân bổ trợ được báo cáo trong khoảng 18–25%.[8] Tại Việt Nam, Vương Xuân Hồng Quang cũng ghi nhận tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học đạt 20,4%.[5] Tuy nhiên, sự khác biệt về phác đồ tân bổ trợ, thời gian từ kết thúc điều trị đến phẫu thuật, đặc điểm giai đoạn ban đầu và tiêu chuẩn đánh giá mô bệnh học cần được xem xét khi so sánh giữa các nghiên cứu.

Số hạch nạo vét trung bình trong nghiên cứu là 7,73 ± 4,30 hạch, dao động từ 2 đến 24 hạch. Kết quả này thấp hơn ngưỡng 12 hạch thường được sử dụng để đánh giá mức độ đầy đủ của khảo sát hạch trong ung thư đại trực tràng. Số lượng hạch thu được sau hóa xạ trị tân bổ trợ có thể giảm do xơ hóa mô, teo nhỏ hạch và đáp ứng mô bệnh học sau điều trị, làm tăng khó khăn trong quá trình nhận diện và phân lập hạch.[9] Tương tự, Vương Xuân Hồng Quang[5] báo cáo số hạch trung bình là 7,63 ± 3,51 (dao động 4–15 hạch) và Yang H (2022)[7] ghi nhận trung bình 7–13 hạch. Mặc dù một số nghiên cứu cho thấy việc thu được dưới 12 hạch sau điều trị tân bổ trợ không nhất thiết liên quan với kết quả sống còn kém hơn, dữ liệu hiện có chưa thống nhất và không loại bỏ được ảnh hưởng của kỹ thuật phẫu thuật, quy trình xử lý bệnh phẩm và chất lượng khảo sát mô bệnh học.[7] Vì vậy, số hạch thấp trong nghiên cứu này không nên được sử dụng để khẳng định việc nạo vét hạch đã bảo đảm yêu cầu ung thư học. Đây cần được xem là một hạn chế khi diễn giải giai đoạn ypN và kết quả phẫu thuật.

Khoảng cách trung bình từ bờ dưới khối u đến diện cắt dưới là 2,28 ± 1,38 cm, dao động từ 1 đến 6 cm. Tất cả 49 trường hợp đều có diện cắt dưới âm tính. Tuy nhiên, do nghiên cứu chưa có dữ liệu đầy đủ về diện cắt chu vi, không thể từ kết quả diện cắt dưới đơn thuần suy ra tỷ lệ phẫu thuật R0.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu mô tả không có nhóm đối chứng và chỉ bao gồm 49

người bệnh được lựa chọn, đã hoàn tất phẫu thuật nội soi cắt trước thấp và thực hiện miệng nối bằng máy nối tròn. Những trường hợp phải chuyển mổ mở, không thực hiện được miệng nối, chuyển sang phẫu thuật Miles hoặc gặp thất bại kỹ thuật trong mổ không có trong nguồn dữ liệu. Do đó, tỷ lệ biến chứng quan sát được có thể thấp hơn tỷ lệ trong toàn bộ quần thể ban đầu được dự kiến phẫu thuật bảo tồn cơ thắt.

Thứ hai, nghiên cứu không cho phép xác định tỷ lệ chuyển mổ, tỷ lệ thất bại kỹ thuật hoặc so sánh tính an toàn và hiệu quả với các phương pháp phẫu thuật khác. Thứ ba, nghiên cứu chưa đánh giá chức năng đại tiện, hội chứng cắt trước thấp, chất lượng cuộc sống và kết quả đóng hậu môn nhân tạo bảo vệ. Thứ tư, thời gian theo dõi chưa đầy đủ và không đồng nhất nên chưa thể đánh giá tái phát tại chỗ, tái phát xa, sống thêm không bệnh hoặc sống thêm toàn bộ. Cuối cùng, một số chỉ số mô bệnh học quan trọng như diện cắt chu vi, mức độ thoái triển khối u, xâm nhập mạch máu và xâm nhập thần kinh chưa được ghi nhận đầy đủ.

Các nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu, đa trung tâm, có nhóm so sánh và thời gian theo dõi dài hơn là cần thiết để đánh giá kết quả chức năng, chất lượng sống và hiệu quả ung thư học dài hạn của phương pháp.

5. KẾT LUẬN

Ở 49 người bệnh ung thư trực tràng giữa và thấp đã hoàn tất hóa xạ trị tân bổ trợ và phẫu thuật nội soi cắt trước thấp sử dụng máy nối tròn tại Bệnh viện K, thời gian phẫu thuật trung bình là 150 ± 16 phút. Hậu môn nhân tạo bảo vệ được thực hiện ở 65,3% trường hợp. Số hạch nạo vét trung bình là 7,73 ± 4,30 hạch. Có 9 người bệnh đạt đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học ypT0N0, chiếm 18,4%.

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 6,1%, gồm rò miệng nối 4,1% và viêm phổi 2,0%. Không ghi nhận tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật.

Các kết quả trên chỉ mô tả kết quả phẫu thuật và mô bệnh học sớm ở nhóm người bệnh được lựa chọn đã hoàn tất phẫu thuật. Do nghiên cứu không có nhóm so sánh, không ghi nhận đầy đủ các trường hợp chuyển mổ hoặc thất bại kỹ thuật và chưa đánh giá diện cắt chu vi, chất lượng cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, tình trạng R0, chức năng đại tiện, chất lượng sống, tái phát và sống còn, chưa thể kết luận về tính khả thi, độ an toàn chung, tính đầy đủ ung thư học hoặc hiệu quả dài hạn của phương pháp. Cần có các nghiên cứu đoàn hệ so sánh với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá toàn diện các kết quả này.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834.

[2] Li Y, Wang J, Ma X, et al. A review of neoadjuvant chemoradiotherapy for locally advanced rectal cancer. Int J Biol Sci. 2016;12(8):1022-1031. doi:10.7150/ijbs.15438.

[3] Mathew G, Sohrabi C, Franchi T, et al; PROCESS Group. Preferred Reporting Of Case Series in Surgery (PROCESS) 2023 guidelines. Int J Surg. 2023;109(12):3760-3769. doi:10.1097/JS9.0000000000000940.

[4] Đặng Quốc Ái, Phạm Văn Biên. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng điều trị ung thư biểu mô trực tràng tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;526(2):327-331. doi:10.51298/vmj.v526i2.5582.

[5] Vương Xuân Hồng Quang, Trịnh Lê Huy, Đoàn Trọng Tú. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng sau hóa xạ trị tiền phẫu tại Bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;542(2). doi:10.51298/vmj.v542i2.11052.

[6] Otsuka K, Kimura T, Matsuo T, et al. Laparoscopic low anterior resection with two planned stapler fires. JSLS. 2019;23(1).00112. doi:10.4293/JSLS.2018.00112.

[7] Yang H, Xing J, Zhang C, et al. Lymph node yield less than 12 is not a poor predictor of survival in locally advanced rectal cancer after laparoscopic total mesorectal excision following neoadjuvant chemoradiotherapy. Front Oncol. 2022;12:1080475. doi:10.3389/fonc.2022.1080475.

[8] Smith KD, Tan D, Das P, et al. Clinical significance of acellular mucin in rectal adenocarcinoma patients with a pathologic complete response to preoperative chemoradiation. Ann Surg. 2010;251(2):261-264. doi:10.1097/SLA.0b013e3181bdfc27.

[9] Amajoyi R, Lee Y, Recio PJ, Kondylis PD. Neoadjuvant therapy for rectal cancer decreases the number of lymph nodes harvested in operative specimens. Am J Surg. 2013;205(3):289-292; discussion 292. doi:10.1016/j.amjsurg.2012.10.020.