

EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR MID-RECTAL CANCER AFTER LONG-COURSE NEOADJUVANT CHEMORADIO THERAPY AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Pham Van Thuong*, Trieu Trieu Duong**, Vu Ngoc Son***

* Hai Phong University of Medicine and Pharmacy-No. 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong City, Vietnam

** Tam Anh Hospital-108 Hoang Nhu Tiep Street, Bo De Ward, Hanoi City, Vietnam

***108 Military Central Hospital-No. 1 Tran Hung Dao, Hai Ba Trung Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 05/11/2025

Revised: 06/01/2026; Accepted: 04/06/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the early outcomes of laparoscopic surgery for mid-rectal cancer after long-course neoadjuvant chemoradiotherapy at 108 Military Central Hospital.

Subjects and methods: This was a retrospective descriptive study conducted on 85 patients with mid-rectal cancer who underwent long-course neoadjuvant chemoradiotherapy followed by radical laparoscopic surgery at 108 Military Central Hospital from August 2018 to August 2023.

Results: The main surgical procedure was total mesorectal excision (85.9%), followed by intersphincteric resection (8.2%). Lateral pelvic lymph node dissection was performed in 9.4% of cases. Intraoperative complications occurred in 4.8% of patients. The conversion rate to open surgery was 3.5%. The mean operative time was 126.3 ± 29.4 minutes. Early postoperative complications occurred in 12.9% of cases, most commonly urinary retention (4.7%), anastomotic leakage (2.4%). No early postoperative mortality. The mean postoperative hospital stay was 10.4 ± 5.4 days.

Conclusion: Laparoscopic surgery for mid-rectal cancer after long-course neoadjuvant chemoradiotherapy is feasible and safe, with acceptable rates of conversion to open surgery, intraoperative complications, and early postoperative complications.

Keywords: mid-rectal cancer, long-course neoadjuvant chemoradiotherapy, laparoscopic surgery, early outcomes.

*Corresponding author

Email: pvanthuong@hpmu.edu Phone: (+84) 904289260 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5615



KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG 1/3 GIỮA CÓ HÓA XẠ TRỊ DÀI NGÀY TRƯỚC MỔ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Phạm Văn Thương*, Triệu Triều Dương**, Vũ Ngọc Sơn***

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng-Số 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

**Bệnh viện Tâm Anh Hà Nội-108 Phố Hoàng Như Tiếp, phường Bồ Đề, thành phố Hà Nội, Việt Nam

***Bệnh viện Trung ương Quân đội 108-Số 1 Trần Hưng Đạo, phường Hai Bà Trưng, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 06/01/2026; Ngày duyệt đăng: 04/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng 1/3 giữa có hóa xạ trị dài ngày trước mổ tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả 85 bệnh nhân ung thư trực tràng 1/3 giữa được hóa xạ trị dài ngày trước mổ, sau đó phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 8/2018 đến tháng 8/2023.

Kết quả: Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (85,9%), cắt trực tràng gian cơ thắt (8,2%). Vết hạch chậu bên 9,4%. Tai biến 4,8%. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 3,5%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $126,3 \pm 29,4$ phút. Biến chứng sớm 12,9%; thường gặp là bí tiểu (4,7%), rò miệng nối (2,4%). Không có tử vong sớm. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $10,4 \pm 5,4$ ngày.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng 1/3 giữa sau hóa xạ trị dài ngày trước mổ có tính khả thi và an toàn, với tỷ lệ chuyển mổ mở, tai biến trong mổ và biến chứng sớm ở mức chấp nhận được.

Từ khóa: ung thư trực tràng 1/3 giữa, hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày, phẫu thuật nội soi, kết quả sớm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng 1/3 giữa là những khối u nằm trong khoảng từ 5-10cm tính từ rìa hậu môn. Ngày nay, hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày và phẫu thuật theo nguyên tắc cắt toàn bộ mạc treo trực tràng đã trở thành chiến lược điều trị tiêu chuẩn đối với các trường hợp ung thư trực tràng 1/3 giữa tiến triển tại chỗ hoặc có hạch vùng nghi ngờ. Các cập nhật gần đây của NCCN 2024 và ESMO 2025 tiếp tục khẳng định vai trò của điều trị đa mô thức trong ung thư trực tràng giai đoạn II-III, đặc biệt ở các khối u trực tràng giữa và thấp, nhằm tăng khả năng phẫu thuật triệt căn, cải thiện kiểm soát tại chỗ và tối ưu kết cục điều trị [1], [2]

Trong xu thế chung, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng ngày càng được áp dụng rộng rãi nhờ ưu điểm ít xâm lấn, trường mổ được quan sát tốt hơn qua hệ thống Camera và hỗ trợ thao tác tinh tế trong tiểu khung hẹp. Thử nghiệm COREAN cho thấy phẫu thuật nội soi sau hóa xạ trị tiền phẫu ở ung thư trực tràng giữa và thấp là an toàn và có lợi ích ngắn hạn, trong khi COLOR II cho thấy phẫu thuật nội soi đạt mức an toàn và chất lượng bệnh phẩm tương đương mổ mở, đồng thời cải thiện phục hồi sau mổ ở bệnh nhân được lựa chọn phù hợp [3], [4]

Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, phẫu thuật nội soi sau hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày đã được triển khai thường quy trong điều trị ung thư trực tràng. Việc đánh giá riêng

kết quả sớm ở nhóm ung thư trực tràng 1/3 giữa có ý nghĩa thực tiễn, giúp làm rõ tính khả thi, độ an toàn của phương pháp trong điều kiện thực hành lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng 1/3 giữa sau hóa xạ trị dài ngày trước mổ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 85 bệnh nhân ung thư trực tràng 1/3 giữa được hóa xạ trị dài ngày trước mổ, sau đó phẫu thuật nội soi triệt căn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 8/2018 đến tháng 8/2023. Trong nghiên cứu này, ung thư trực tràng 1/3 giữa được xác định là khối u có bờ dưới nằm cách rìa hậu môn từ 5 đến 10 cm, dựa trên cộng hưởng từ tiểu khung, nội soi trực tràng và thăm khám lâm sàng trước điều trị

- Tiêu chuẩn lựa chọn: có chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến trực tràng; khối u nằm ở đoạn 1/3 giữa trực tràng; được đánh giá giai đoạn trước điều trị bằng thăm khám lâm sàng, nội soi đại trực tràng, sinh thiết, MRI tiểu khung; được chỉ định hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày; sau điều trị tân bổ trợ được phẫu thuật nội soi với mục đích triệt căn (giải phẫu bệnh sau mổ đạt diện cắt R1,

*Tác giả liên hệ

Email: pvanthuong@hpmu.edu Điện thoại: (+84) 904289260 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5615

diện cắt chu vi âm tính); có hồ sơ bệnh án, dữ liệu phẫu thuật và theo dõi hậu phẫu 30 ngày tương đối đầy đủ.

- Tiêu chuẩn loại trừ: ung thư trực tràng không phải biểu mô tuyến; u ở 1/3 trên hoặc 1/3 dưới trực tràng; bệnh nhân không hoàn thành phác đồ hóa xạ trị tiền phẫu hoặc không được phẫu thuật nội soi triệt căn; có di căn xa không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn tại thời điểm mổ; hồ sơ bệnh án thiếu các thông tin thiết yếu phục vụ phân tích.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca lâm sàng.

Bệnh nhân được hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày theo phác đồ chuẩn của bệnh viện trong giai đoạn nghiên cứu, với tổng liều xạ vùng chậu 45–50,4 Gy, chia thành 25–28 phân liều, phối hợp đồng thời capecitabine đường uống (Xeloda) trong thời gian xạ trị. Sau kết thúc hóa xạ trị, bệnh nhân được nghỉ chờ phẫu thuật trong khoảng 6–8 tuần, sau đó được đánh giá lại để quyết định phẫu thuật triệt căn.

Tất cả bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi với mục tiêu triệt căn theo nguyên tắc phẫu thuật ung thư học. Phương pháp phẫu thuật được lựa chọn tùy theo mức độ đáp ứng sau hóa xạ trị, đặc điểm tại chỗ của khối u, mối liên quan với cơ thắt và điều kiện trong mổ. Các phương pháp phẫu thuật bao gồm:

- + Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng có bảo tồn cơ thắt và nối đại tràng–trực tràng hoặc đại tràng–ống hậu môn
- + Cắt trực tràng gian cơ thắt
- + Phẫu thuật Hartmann
- + Phẫu thuật Miles

Vết hạch chậu bên được thực hiện ở một số trường hợp có chỉ định theo đánh giá hình ảnh MRI và nhận định trong mổ.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, BMI, khoảng cách khối u đến rìa hậu môn

- Kết quả trong mổ: phương pháp phẫu thuật, phương pháp thực hiện miệng nối, tỷ lệ vết hạch chậu bên, tỷ lệ chuyển mổ mở, tai biến, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất.

- Kết quả sớm: biến chứng sớm sau mổ, mức độ nặng biến chứng theo Clavien–Dindo từ vòng trong 30 ngày đầu và thời gian nằm viện sau mổ. Biến chứng sớm được định nghĩa là các biến cố xảy ra trong thời gian nằm viện hoặc trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật.

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị khi phân bố không chuẩn. Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Khi so sánh các chỉ số trước và sau điều trị ở cùng một bệnh nhân, sử dụng kiểm định Wilcoxon hoặc McNemar tùy theo bản chất biến số. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Chỉ tiêu	Kết quả
Tuổi trung bình (năm)	62,9 $\pm$ 10,4

Chỉ tiêu	Kết quả
Tỷ lệ nam giới	62 (72,9%)
BMI trung bình (kg/m ²)	22,21 $\pm$ 2,97
Khoảng cách u tới rìa hậu môn (cm)	7,51 $\pm$ 1,69

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình 62,9, nam giới chiếm ưu thế. Khoảng cách u tới rìa hậu môn trung bình 7,51 $\pm$ 1,69 cm

Bảng 2. Kết quả trong mổ

Chỉ tiêu	n	%
Phương pháp phẫu thuật		
Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng	73	85,9
Cắt trực tràng gian cơ thắt	7	8,2
Phẫu thuật Hartmann	5	5,9
Phương pháp thực hiện miệng nối (n=80)		
Nối tay	6	10,0
Nối máy	74	90,0
Vết hạch chậu		
Không thực hiện	77	90,6
Bên trái	3	3,5
Hai bên	5	5,9
Chuyển mổ mở	3	3,5

Phẫu thuật chủ yếu là cắt toàn bộ mạc treo trực tràng có miệng nối (85,9%), chỉ 5,9% phẫu thuật Hartmann và không trường hợp nào phẫu thuật Miles. Tỷ lệ vết hạch chậu bên là 9,4%. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 3,5%.

Bảng 3. Tai biến trong mổ và thời gian phẫu thuật

Chỉ tiêu	Kết quả
Tai biến	4 (4,8%)
Tổn thương đám rối trước xương cùng	2 (2,4%)
Tổn thương thần kinh bịt trái	1 (1,2%)
Tổn thương nhu mô lách	1 (1,2%)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	126,3 $\pm$ 29,4
Lượng máu mất trung bình (ml)	75,13 $\pm$ 16,5

Bảng 4. Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng	n	%
Bí tiểu	4	4,7
Rò miệng nối	2	2,4
Tắc ruột	2	2,4
Nhiễm trùng vết mổ	1	1,2
Rò niệu quản	1	1,2
Rò niệu đạo	1	1,2
Tổng số	11	12,9

Tỷ lệ biến chứng chung là 12,9%, chủ yếu là bí tiểu (4,7%), rò miệng nối (2,4%)

Không ghi nhận tử vong sớm trong 30 ngày đầu sau mổ.

Bảng 5. Mức độ nặng biến chứng và thời gian nằm viện sau mổ

Chỉ tiêu	Kết quả	Tỷ lệ %
Clavien-Dindo độ I	3	3,5

Chỉ tiêu	Kết quả	Tỷ lệ %
Clavien-Dindo độ IIIa	4	4,7
Clavien-Dindo độ IIIb	4	4,7
Thời gian nằm viện sau mổ trung bình (ngày)	10,4 ± 5,4	

Biến chứng sớm chủ yếu ở mức độ có thể kiểm soát được; tuy vậy vẫn có 4,7% cần can thiệp phẫu thuật lại.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng 1/3 giữa sau hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày là khả thi và an toàn, thể hiện qua tỷ lệ chuyển mổ mở thấp (3,5%), tỷ lệ tai biến trong mổ 4,8%, biến chứng sớm sau mổ 12,9%, không có tử vong trong 30 ngày đầu và thời gian nằm viện sau mổ trung bình 10,4 ngày. Đây là những kết quả quan trọng phản ánh chất lượng điều trị ở nhóm bệnh nhân vốn có mức độ khó kỹ thuật cao do xơ hóa sau xạ trị, phẫu trường hẹp trong tiểu khung và yêu cầu tuân thủ nghiêm ngặt nguyên tắc cắt toàn bộ mạc treo trực tràng.

Về vấn đề lựa chọn phương pháp phẫu thuật, nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân được cắt toàn bộ mạc treo trực tràng có miệng nối (85,9%), trong khi cắt trực tràng cơ thắt chiếm 8,2% và Hartmann 5,9%. Điều này phản ánh xu hướng ưu tiên bảo tồn cơ thắt khi điều kiện ung thư học cho phép, ngay cả sau hóa xạ trị tiền phẫu. Trong bối cảnh hiện nay, các khuyến cáo quốc tế vẫn xem phẫu thuật triệt căn theo nguyên tắc TME là nền tảng của điều trị ung thư trực tràng giai đoạn tiến triển tại chỗ, trong khi đó, việc lựa chọn kỹ thuật bảo tồn hay không bảo tồn cơ thắt phụ thuộc vào vị trí u, đáp ứng sau điều trị tân bổ trợ, diện cắt dự kiến và kinh nghiệm phẫu thuật viên [2].

Tỷ lệ chuyển mổ mở trong nghiên cứu là 3,5% - một kết quả đáng khích lệ so với các nghiên cứu đã công bố. Trong thử nghiệm COREAN, phẫu thuật nội soi sau hóa xạ trị tiền phẫu cho ung thư trực tràng giữa và thấp được xác nhận là an toàn và có lợi ích ngắn hạn so với mổ mở [3]. Trong COLOR II, phẫu thuật nội soi cho thấy khả năng thực hiện tốt với ưu thế về mất máu, hồi phục ruột và thời gian nằm viện. Các tổng quan và phân tích gộp sau đó cũng nhất quán khi cho thấy nội soi trực tràng thường ít mất máu hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, dù đôi khi kéo dài thời gian mổ hơn so với mổ mở [4], [5].

Điểm đáng chú ý là thời gian phẫu thuật trung bình của nghiên cứu chỉ 126,3 ± 29,4 phút, ngắn hơn so với nhiều báo cáo trong nước gần đây về phẫu thuật nội soi cắt trực tràng, như nghiên cứu của Nguyễn Quang Huy ghi nhận thời gian mổ trung bình 241,84 ± 65,66 phút [6], hay Trịnh Văn Thảo tại Bệnh viện Quân y 175 là 166,7 ± 50,7 phút [7]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến tính chọn lọc của nhóm bệnh nhân, phạm vi phẫu thuật, chuẩn hóa quy trình, cũng như kinh nghiệm của ê-kíp tại trung tâm có lượng phẫu thuật lớn.

Ngoài ra, nghiên cứu thấy lượng máu mất trung bình 75,13 ml. Kết quả này tương đồng với các tổng quan quốc tế, vốn ghi nhận nội soi có ưu thế về lượng máu mất so với mổ mở. Xạ trị tiền phẫu thường gây phù nề và xơ hóa mô, làm mất các khoang giải phẫu tự nhiên, từ đó có thể gia tăng khó khăn kỹ thuật và nguy cơ chảy máu. Tuy vậy, với vai trò của phẫu thuật nội soi, thao tác tỉ mỉ trong khoang chậu hẹp và việc tuân thủ đúng mặt phẳng TME có thể giúp hạn chế mất máu [8], [9].

Tỷ lệ tai biến trong mổ của nghiên cứu là 4,8%, gồm tổn thương đám rối tĩnh mạch trước xương cùng, thần kinh bị trái khi vét hạch chậu và nhu mô lách khi hạ đại tràng góc lách. Đây đều là các tai biến gặp trong phẫu thuật trực tràng khó, nhất là sau hóa xạ trị. Tổn thương đám rối tĩnh mạch trước xương cùng thường liên quan bóc tách sâu mặt sau trực tràng trong điều kiện xơ dính, chúng tôi tiến hành khâu cầm máu qua nội soi mà không phải chuyển mổ mở. Tổn thương thần kinh bị trái và niệu quản, dù ít gặp, gợi ý rằng ở những trường hợp có xâm lấn rộng hoặc cần vét hạch chậu bên, việc nhận diện mốc giải phẫu và tuân thủ mặt phẳng bóc tách chuẩn có ý nghĩa quyết định. Tỷ lệ vết hạch chậu bên 9,4% trong nghiên cứu cũng cho thấy một bộ phận bệnh nhân có mức độ tiến triển tại chỗ cao hơn, từ đó làm tăng độ khó phẫu thuật.

Nghiên cứu ghi nhận 12,9% bệnh nhân có biến chứng sớm sau mổ, trong đó bí tiểu là thường gặp nhất (4,7%), tiếp theo là rò miệng nối và tắc ruột, cùng 2,4%. Tỷ lệ này cao hơn một số báo cáo trong nước như nghiên cứu tại Bệnh viện Nhân dân 115 (5,9%) và Quân y 175 (7,0%), nhưng vẫn nằm trong khoảng chấp nhận được của phẫu thuật trực tràng sau điều trị tân bổ trợ [6], [7]. Sự khác biệt có thể được giải thích bởi đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân đều được hóa xạ trị trước mổ, trong khi nhiều nghiên cứu trong nước bao gồm cả các trường hợp không tân bổ trợ hoặc hỗn hợp vị trí u. Hơn nữa, xạ trị tiền phẫu vốn có thể làm tăng nguy cơ phù nề mô, rối loạn lành thương, rối loạn chức năng bàng quang tạm thời và biến chứng vùng chậu sớm.

Đối với rò miệng nối, tỷ lệ 2,4% của nghiên cứu là khá thấp khi so sánh với các nghiên cứu ung thư trực tràng được hóa xạ trị tiền phẫu. Đây là biến chứng quan trọng nhất sau phẫu thuật ung thư trực tràng vì ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả ngắn hạn, kéo dài thời gian nằm viện, tăng nguy cơ phải phẫu thuật lại và có thể tác động bất lợi lên kết cục ung thư học lâu dài. 2 trường hợp rò miệng nối của chúng tôi đều được phát hiện sau mổ 3-4 ngày, phân loại rò độ C và phải can thiệp phẫu thuật lau rửa ổ bụng, khâu miệng nối qua đường hậu môn là làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ, sau mổ diễn biến ổn định. Điểm lại y văn, tỷ lệ rò miệng nối sau phẫu thuật nội soi được báo cáo trong các nghiên cứu từ 9,8-27%. Các yếu tố làm tăng nguy cơ rò bao gồm: BN nam giới, xạ trị trước mổ, BMI cao, albumin máu thấp, khối u lớn, miệng nối thấp dưới 5 cm, không có dẫn lưu hồi tràng bảo vệ,.... [10]. Như vậy tỷ lệ rò miệng nối của chúng tôi nằm trong giới hạn chấp nhận được. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Huy về phẫu thuật nội soi cắt trước thấp báo cáo tỷ lệ rò miệng nối khoảng 3,9% [6].

Tỷ lệ bí tiểu 4,7% cho thấy rối loạn chức năng tiết niệu sớm vẫn là vấn đề hậu phẫu đáng chú ý ở phẫu thuật trực tràng sau hóa xạ trị. Điều này phù hợp với cơ chế tổn thương thần kinh tự chủ vùng chậu do bóc tách sâu trong tiểu khung kết hợp với xơ hóa sau xạ trị.

Ngoài ra, nghiên cứu không ghi nhận tử vong sớm trong 30 ngày đầu sau mổ là một kết quả tích cực. Điều này cho thấy tính an toàn của quy trình điều trị đa mô thức tại trung tâm nghiên cứu, từ khâu lựa chọn bệnh nhân, hóa xạ trị tiền phẫu, đánh giá lại trước mổ, cho tới kỹ thuật phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu. Kết quả này cũng tương đồng với nhiều báo cáo trong nước gần đây về phẫu thuật nội soi trực tràng, nơi tỷ lệ tử vong sớm thường rất thấp hoặc không ghi nhận.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $10,4 \pm 5,4$ ngày của nghiên cứu ngắn hơn so với một số báo cáo nội địa như Bệnh viện Nhân dân 115 (16,18 ngày), nhưng dài hơn nghiên cứu tại Quân y 175 (7,62 ngày) [6], [7]. Sự khác biệt này nhiều khả năng chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố ngoài kỹ thuật mổ, bao gồm đặc điểm người bệnh, tiêu chuẩn xuất viện, chiến lược giảm đau, khả năng triển khai đầy đủ ERAS, cách ghi nhận ngày ra viện và tỷ lệ biến chứng cần theo dõi kéo dài. Dù vậy, xét trong bối cảnh phẫu thuật ung thư trực tràng sau hóa xạ trị, thời gian nằm viện 10,4 ngày vẫn là kết quả chấp nhận được.

Một điểm cần bàn luận thêm là mối quan hệ giữa kết quả ngắn hạn chấp nhận được của nghiên cứu và bằng chứng ung thư học dài hạn từ y văn quốc tế. Dữ liệu 10 năm của COREAN cho thấy phẫu thuật nội soi sau hóa xạ trị tiền phẫu có kết quả sống còn dài hạn, DFS và tái phát tại chỗ tương đương mổ mở [3].

Từ góc độ thực hành lâm sàng tại Việt Nam, nghiên cứu này có ý nghĩa vì tập trung vào một nhóm tương đối đồng nhất: ung thư trực tràng 1/3 giữa, đã hóa xạ trị dài ngày, được phẫu thuật nội soi triệt căn tại một trung tâm chuyên sâu. So với nhiều báo cáo trong nước còn gộp chung các vị trí u, các giai đoạn hoặc cả bệnh nhân không tân bổ trợ, thiết kế này giúp phản ánh sát hơn độ khó thực tế của phẫu thuật sau xạ trị. Tuy nhiên, hạn chế của nghiên cứu là hồi cứu, đơn trung tâm, cỡ mẫu chưa lớn và chủ yếu đánh giá kết quả sớm; do đó chưa thể phân tích đầy đủ các yếu tố tiên lượng độc lập đối với tái biến, biến chứng hay chất lượng sống lâu dài. Đây sẽ là hướng nghiên cứu tiếp theo có giá trị, đặc biệt nếu kết hợp đánh giá TRG, mrTRG, CRM, tỷ lệ bảo tồn cơ thắt, tái phát và sống thêm.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng 1/3 giữa sau hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày là phương pháp khả thi và kết quả sớm chấp nhận được trong nhóm bệnh nhân chọn lọc. Trong nghiên cứu trên 85 bệnh nhân, tỷ lệ chuyển mổ mở thấp, tái biến trong mổ và biến chứng sớm sau mổ ở mức chấp nhận được, không ghi nhận tử vong trong 30 ngày đầu. Kết quả này tương đồng với xu hướng chung của y văn trong nước và quốc tế, cho thấy phẫu thuật nội soi sau hóa xạ trị có thể được áp dụng hiệu quả tại các trung tâm có kinh nghiệm, với điều kiện tuân thủ chặt chẽ nguyên tắc phẫu thuật ung thư học và lựa chọn chỉ định phù hợp.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Benson A.B., Venook A.P., Adam M., et al (2024). NCCN Guidelines Insights: Rectal Cancer, Version 3.2024. *J Natl Compr Canc Netw*. 22(6), 366-375.
- [2] Hofheinz R.D., Fokas E., Benhaim L., et al (2025). Localised rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 36(9), 1007-1024.
- [3] Park J.W., Kang S.B., Hao J., et al (2021). Open versus laparoscopic surgery for mid or low rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): 10-year follow-up of an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 6(7), 569-577.
- [4] van der Pas M.H., Haglind E., Cuesta M.A., et al (2013). Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer (COLOR II): short-term outcomes of a randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 14, 210-218.
- [5] Kang S.B., Park J.W., Jeong S.Y., et al (2010). Open versus laparoscopic surgery for mid or low rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): short-term outcomes of an open-label randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 11, 637-45.
- [6] Nguyễn Quang Huy, và cộng sự (2024). SHORT-TERM OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC LOW ANTERIOR RESECTION SURGERY IN THE TREATMENT OF RECTAL CANCER. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 544(2 (tháng 11 2024)).
- [7] Trịnh Văn Thảo, và cộng sự (2025). VALUATION OF EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC LOW ANTERIOR RESECTION WITH STAPLED ANASTOMOSIS FOR RECTAL CANCER AT MILITARY HOSPITAL 175. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 66.
- [8] Song X.J., Liu Z.L., et al (2019). A meta-analysis of laparoscopic surgery versus conventional open surgery in the treatment of colorectal cancer. *Medicine (Baltimore)*. 98(17).
- [9] Martínez-Pérez A., et al (2017). Short-term clinical outcomes of laparoscopic vs open rectal excision for rectal cancer: A systematic review and meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 23(44), 7906-7916.
- [10] Leroy J., Jamali F., Forbes L., et al (2004). Laparoscopic total mesorectal excision (TME) for rectal cancer surgery: long-term outcomes. *Surg Endosc*. 18(2), 281-9.