

Đánh giá kết quả của miệng nối bên tận sau phẫu thuật cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng

Evaluating effect after side-to-end anastomosis in low anterior resection for rectal cancer

Nguyễn Tiến Quang, Chữ Quốc Hoàn

Bệnh viện K

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả thực hiện miệng nối bên tận sau phẫu thuật cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng thông qua kết quả sớm phẫu thuật và chức năng đại tiện sau mổ. **Đối tượng và phương pháp:** 42 bệnh nhân chẩn đoán sau mổ là ung thư trực tràng, được phẫu thuật cắt trước thấp tại Bệnh viện K và thực hiện miệng nối bên tận. Phương pháp nghiên cứu tiến cứu can thiệp không đối chứng. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,4 tuổi; nam chiếm 35,7%. Khoảng cách trung bình từ cực dưới u đến rìa hậu môn là 7,7cm. Thời gian phẫu thuật trung bình 105 phút và nằm viện trung bình 9,6 ngày. Không có bệnh nhân gặp tai biến trong mổ hoặc phải làm hậu môn nhân tạo bảo vệ và tử vong trong vòng 30 ngày đầu sau mổ. Có 1 bệnh nhân xuất hiện biến chứng viêm phổi được điều trị nội khoa ổn định ra viện sau 12 ngày. 90% bệnh nhân không cần sử dụng thuốc giảm nhu động ngay cả khi tiêu chảy tại thời điểm 1 tháng. 100% bệnh nhân không cần sử dụng thuốc giảm nhu động sau 6 tháng và khả năng nhịn đại tiện với phân rắn > 15 phút tại thời điểm sau phẫu thuật 6 tháng. **Kết luận:** Miệng nối bên tận là kĩ thuật đơn giản, an toàn và khả thi.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, miệng nối bên tận

Summary

Objective: To evaluate the outcome of side-to-end anastomosis after low anterior resection in rectal cancer patients. **Subject and method:** A prospective study included 42 patients, all patients with pathologically confirmed rectal cancer who underwent low anterior resection with side to end anastomosis. **Result:** The mean age of patients was 58.4 years old, the male rate was 35.7%. The average distance from the pole to the edge of the anus was 7.7cm. The mean operative time was 105 minutes. The average hospital stay was 9.6 days. All patients in the study did not experience complications during surgery. No patient underwent artificial anal protection. 100% of patients in the study had a negative section biopsy. No patient died within the first 30 days after surgery. In the study, 1 patient with pneumonia who had stable medical treatment and discharged from the hospital after 12 days. 90% of patients did not need to reduce peristalsis even after 1 month of diarrhea, and 100% of patients do not need to reduce peristalsis after 6 months. 100% of patients had the ability to stop defecation with solid stool > 15 minutes at the time of 6 months after surgery. **Conclusion:** Side-to-end anastomosis is a simple method, safety and feasibility.

Keywords: Rectal cancer, side-to-end anastomosis.

1. Đặt vấn đề

Ngày nhận bài: 26/03/2020, ngày chấp nhận đăng: 2/4/2020

Người phản hồi: Nguyễn Tiến Quang,

Email: ntienquangbvk@gmail.com - Bệnh viện K

Ung thư trực tràng (UTTT) chiếm gần một phần ba bệnh lý ung thư đại trực tràng (UTĐTT). Tỷ lệ mắc và tử vong UTTT trên thế giới ngày càng gia tăng. Điều trị UTTT theo đa mô thức có sự phối hợp của phẫu thuật, tia xạ và các phương pháp toàn thân, trong đó phẫu thuật đóng vai trò chính và quan trọng nhất. Trong phẫu thuật, nhờ có sự phát triển của các máy cắt nối tự động, tỷ lệ bảo tồn hậu môn và thực hiện miệng nối đường bụng ngày càng tăng, chức năng đại tiện của bệnh nhân ngày càng được cải thiện, tỷ lệ rò miệng nối cũng như tỷ lệ phải làm hậu môn nhân tạo bảo vệ có xu hướng giảm. Tuy nhiên, khi thực hiện miệng nối thấp đường bụng, tỷ lệ rò miệng nối sau mổ còn cao và thường gặp hội chứng sau cắt trước thấp, chức năng đại tiện kém, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân (BN). Hiện nay, phục hồi lưu thông sau phẫu thuật cắt đoạn trực tràng có nhiều phương pháp khác nhau, nối tận tận, nối bên tận hay tạo túi J-pouch. Theo các nghiên cứu (NC) đa trung tâm lớn trên thế giới cho thấy, sau phẫu thuật cắt đoạn trực tràng miệng nối tận tận có tỷ lệ rối loạn chức năng đại tiện nặng nhất. Tạo túi J-pouch mang lại kết quả chức năng tốt nhưng kỹ thuật khó thực hiện, qua đó về cơ bản có thể tiềm ẩn nhiều nguy cơ rủi ro hơn. Miệng nối bên tận đơn giản hơn J-pouch, dễ thực hiện và an toàn đồng thời mang lại kết quả chức năng đại tiện cũng không kém so với miệng nối J-pouch sau thời gian theo dõi dài (> 3 - 6 tháng) [2]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành NC nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả thực hiện miệng nối bên tận sau phẫu thuật cắt trước thấp điều trị UTTT thông qua kết quả sớm phẫu thuật và chức năng đại tiện sau mổ.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến trực tràng, phẫu thuật mở cắt đoạn trực tràng, vét hạch và thực hiện miệng nối đại trực tràng thấp bên tận qua đường bụng. Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ và được theo dõi sau điều trị.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Nghiên cứu

Tiến cứu can thiệp không đối chứng.

2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu

Chẩn đoán xác định UTTT bằng: Nội soi tổn thương u trực tràng và có giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô trực tràng nguyên phát.

Đánh giá giai đoạn: Sử dụng cộng hưởng từ MRI 1.5 Tesla đánh giá giai đoạn tại chỗ. Đánh giá di căn gan và hạch ổ bụng bằng siêu âm ổ bụng hoặc CT. Đánh giá di căn phổi bằng cắt lớp vi tính lồng ngực. Xét nghiệm chỉ điểm khối u CEA.

Chỉ định điều trị:

Với trực tràng trung bình T1- 2N0: Phẫu thuật cắt đoạn trực tràng ngay thì đầu.

Ghi nhận các thông tin cần thiết sau mổ và theo dõi chức năng đại tiện tại các thời điểm ngay sau mổ, 1, 3 và 6 tháng sau mổ.

Bảng 1. Thang điểm Kirwan

Tiêu chuẩn Kirwan	Các chỉ tiêu cụ thể
Độ I (rất tốt)	Tự chủ hoàn toàn cả với phân đặc, lỏng và hơi
Độ II (tốt)	Không tự chủ được hơi
Độ III (khá)	Thỉnh thoảng són ít
Độ IV (xấu)	Thường xuyên són nhiều nhưng không đòi hỏi làm hậu môn nhân tạo
Độ V (rất xấu)	Đòi hỏi làm hậu môn nhân tạo

3. Kết quả

3.1. Kết quả phẫu thuật

3.1.1. Đặc điểm chung: Độ tuổi trung bình trong NC là $58,4 \pm 11,1$ tuổi. Tuổi cao nhất là 84 tuổi, và thấp nhất là 42 tuổi. Nữ giới chiếm đa số trong nhóm NC với tỷ lệ 64,3%. 33,3% BN có các bệnh lý phụ kèm theo như tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý tim mạch hoặc hô hấp. 38% BN có tình trạng nội soi chít hẹp hoàn toàn, máy soi không đi qua được. Khoảng cách từ cực dưới khối u tới rìa hậu

môn trung bình: $7,7 \pm 1,9$ cm. Trong số đó thấp nhất là 5 cm và cao nhất 10 cm.

3.1.2. Phác đồ điều trị: 45,2% BN được hóa xạ trị tiền phẫu, 19% BN được xạ trị hậu phẫu 66,7% BN được hóa trị hậu phẫu.

Thời gian mổ trung bình: $105 \pm 9,6$ phút.

Thời gian trung tiện trung bình là 3,6 ngày.

Thời gian cho ăn trung bình là 6,9 ngày.

Thời gian nằm viện trung bình là 9,6 ngày.

100% cắt nối 1 thì không làm hậu môn nhân tạo bảo vệ.

Tỷ lệ hạ đại tràng góc lách là 47,6%.

Sinh thiết diện cắt trên và dưới thường quy, 100%. 100% diện cắt không còn tế bào ung thư.

Tỷ lệ biến chứng sau mổ: Không gặp BN nào có các biến chứng như: Chảy máu trong và sau mổ, tổn thương các tạng trong mổ. Không gặp các biến chứng rò miệng nối, chảy máu miệng nối, hẹp miệng nối hay áp xe tiểu khung. Không gặp trường hợp nào tử vong trong 30 ngày đầu, rò bàng quang trực tràng, rò trực tràng âm đạo. Có 1 trường hợp chiếm 2,4% viêm phổi sau mổ được điều trị nội khoa ổn định.

3.2. Phục hồi chức năng đại tiện sau mổ

Bảng 2. Số lần đại tiện trung bình 1 ngày tại thời điểm 1 - 3 - 6 tháng

Đặc điểm	tháng	3 tháng	6 tháng
Số lần đại tiện trung bình 1 ngày	$4,1 \pm 0,8$	$3,5 \pm 0,7$	$2,6 \pm 0,6$

Nhận xét: Số lần đại tiện trung bình giảm dần sau 3 và 6 tháng.

Bảng 3. Phân độ theo thang điểm Kirwan

Tiêu chuẩn Kirwan	1 tháng		3 tháng		6 tháng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Độ I (rất tốt)	38	90,5	40	95,2	42	100
Độ II (tốt)	3	7,1	2	4,8	0	0
Độ III (khá)	1	2,3	0	0	0	0
Độ IV (xấu)	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Điểm Kirwan độ 1 chiếm trên 90% ở cả 3 thời điểm 1, 3 và 6 tháng.

Bảng 4. Mức độ rối loạn đại tiện đánh giá theo nhu cầu sử dụng thuốc giảm nhu động ruột

Chức năng đường tiêu hóa theo nhu cầu sử dụng thuốc giảm nhu động	1 tháng		3 tháng		6 tháng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Nhẹ (Không cần sử dụng thuốc)	38	90,5	41	97,4	42	100
Trung bình (Cần sử dụng thuốc không thường xuyên)	4	9,5	1	2,6	0	0
Nặng (Cần sử dụng thuốc thường xuyên)	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Trên 90% bệnh nhân không cần sử dụng thuốc ở cả 3 thời điểm nghiên cứu.

4. Bàn luận

4.1. Kết quả phẫu thuật

Thời gian mổ trong NC trung bình là 105 phút. Kết quả này thấp hơn một số NC khác. Do chúng tôi thực hiện phẫu thuật mở, kĩ thuật thực hiện miệng nối là khá đơn giản, hoàn toàn sử dụng máy cắt nối. Thời gian thực hiện miệng nối trong NC là khá nhanh, hầu hết chỉ mất khoảng chừng 10 - 15 phút. So với nhóm nối tận tận, việc khâu túi đầu trên và chuẩn bị vị trí làm miệng nối khá mất thời gian, với nhóm J-pouch thì thời gian tạo túi J-pouch cũng phức tạp hơn.

Tỷ lệ tai biến trong mổ: Toàn bộ BN trong nhóm NC không gặp tai biến trong mổ, không có chảy máu do tổn thương các mạch máu lớn, không có tổn thương các tạng lân cận. Hầu hết BN sau khi thực hiện miệng nối, bằng kinh nghiệm và ước lượng các yếu tố nguy cơ, chúng tôi đánh giá nhóm BN này nguy cơ rò miệng nối là rất thấp, do đó không tiến hành làm hậu môn nhân tạo bảo vệ miệng nối. Thực tế qua nhiều NC cũng như thực hành lâm sàng cho thấy, hầu hết rò miệng nối là do tình trạng thiếu máu nuôi dưỡng cho miệng nối ở đầu đại tràng. Khi thực hiện miệng nối bên tận, vị trí thực hiện miệng nối nằm rất sâu cách xa móm cắt đại tràng 5-6cm, vị trí này rất giàu mạch máu, do đó hầu hết BN nhóm nối bên tận nguy cơ rò miệng nối là rất thấp. Trong nhóm NC không có BN nào xuất hiện chảy máu miệng nối sau phẫu thuật. Việc chảy máu miệng nối, 1 phần có thể do khi đóng máy nối tròn, máy nối sẽ cắt đi 1 mảng ruột có đường kính 19mm, nếu vị trí cắt đi này có 1 nhánh mạch trong mạc treo có thể gây chảy máu miệng nối. Kĩ thuật nối tận tận, khi cắt đầu trên sẽ có 1 phần mạc treo ruột bị cắt đi, đôi khi có thể cắt vào 1 mạch mạc treo nào đó, khi đinh ghim không chặt có thể gây chảy máu miệng nối. Miệng nối bên tận, toàn bộ đầu trên là bờ tự do, vùng này không có mạch nuôi lớn do đó nguy cơ chảy máu miệng nối thấp hơn. Nghiên cứu của Trương Vĩnh Quý, Bệnh viện Trung ương Huế, tỷ lệ rò miệng nối điều trị ung thư trực tràng với miệng nối thấp là 7,7%, chảy máu miệng nối là 1,9% và tắc

ruột sớm sau mổ là 3,8% [1]. Nghiên cứu của Enker cho thấy tỷ lệ rò miệng nối với miệng nối đại trực tràng thấp là 5%, Baren là 2,7%, Moran là 9%, Redmond là 2,8% và Laxaman là 7,3%. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ biến chứng thấp hơn có thể do số lượng BN trong NC còn thấp.

4.2. Phục hồi chức năng đại tiện

Sau phẫu thuật cắt trước thấp, BN thường bị hội chứng sau cắt trước thấp, được mô tả đặc trưng bởi các triệu chứng rối loạn liên quan đến đại tiện như đại tiện không tự chủ, đại tiện vội, mất hoặc giảm khả năng nhìn hoặc kiểm soát đại tiện, đại tiện nhiều lần trong ngày, đại tiện xong vẫn có cảm giác đại tiện không hết, hoặc cảm giác mót rặn nhiều, liên tục. Các triệu chứng đại tiện không tự chủ theo các NC lớn trên thế giới, thì hầu hết là không nặng, miệng nối càng sâu về phía hậu môn thì mức độ rối loạn càng nặng, các yếu tố khác cũng có thể liên quan như việc ung thư càng xâm lấn tại chỗ, tại vùng rộng, phẫu thuật càng rộng ở vùng này bao nhiêu thì mức độ rối loạn đại tiện càng nặng bấy nhiêu. Ngoài ra, kĩ thuật phẫu tích cũng là yếu tố quan trọng, các kĩ thuật phẫu tích càng làm tổn thương các mô lân cận và thần kinh tự động nhiều thì càng làm ảnh hưởng đến chức năng cơ thắt. Một yếu tố rất quan trọng có ảnh hưởng lớn tới chức năng đại tiện sau cắt trước thấp đó là kĩ thuật phục hồi lưu thông tiêu hóa. Kĩ thuật nối tận tận là rất phổ thông, được sử dụng đại trà. Tuy nhiên, có 1 số hạn chế như toàn bộ bóng trực tràng đã mất, được thay bằng 1 ống đại tràng có thể tích rất nhỏ, do đó áp lực trong lòng đoạn ruột sát ống hậu môn rất dễ tăng nhanh, gây cảm giác kích thích mót rặn liên tục. Toàn bộ nhu động theo chu vi lòng ruột kích thích trực tiếp vào ống hậu môn. Sau đó kĩ thuật tạo túi J-pouch được thực hiện. Tuy nhiên, kĩ thuật này có vẻ phức tạp hơn, thời gian phẫu thuật lâu hơn nhưng cải thiện chức năng đại tiện tốt. Kĩ thuật của chúng tôi, làm miệng nối bên tận có móm cắt đại tràng cách miệng nối khoảng 5 - 6cm, rất đơn giản, thời gian thực hiện miệng nối nhanh, khá an toàn và theo nhiều NC lớn trên thế giới, chức năng đại tiện

tốt hơn nối tận tận ngay sau mổ và sau 6 tháng, chức năng đại tiện tương đương với nhóm nối J-pouch. Kết quả này tương tự các NC khác trên thế giới và đều thống nhất đưa tới kết quả: Việc thực hiện miệng nối bên tận cải thiện chức năng đại tiện so với nối tận tận tại thời điểm 1 ngay sau mổ 1 tháng, trong 6 tháng đầu có thể chức năng đại tiện kém nhóm nối J-pouch, nhưng sau 6 tháng, chức năng đại tiện 2 nhóm tương đương nhau [2].

So sánh với một số NC khác trong nước, hầu hết thực hiện miệng nối tận tận, do đó kết quả của chúng tôi có vẻ tốt hơn ở các thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Nghiên cứu của Trương Vĩnh Quý cho thấy, điểm Kirwan ở mức tốt 75% [1]. Tần suất đại tiện tại thời điểm 3 tháng là 5,1 lần 1 ngày, 6 tháng là 3,5 lần. Nghiên cứu của Lijen Kuo, điểm Kirwan I chiếm 60%, và tần suất đại tiện trung bình 4,7 lần 1 ngày sau 3 tháng. So sánh với một số NC khác trên thế giới thực hiện miệng nối bên tận, kết quả của chúng tôi cũng đạt tương tự. Nghiên cứu của Machado, số lần đại tiện trung bình tại thời điểm 3 tháng là 3,5 lần và 6 tháng là 2,4 lần [3]. Nghiên cứu của Jang tại thời điểm 6 tháng là 2,0 lần (với nhóm trực tràng cao) và Huber là 3,1 lần [4]. Nghiên cứu của Rybakov (2016) cho thấy, miệng nối bên tận, cải thiện tỷ lệ phải sử dụng thuốc giảm nhu động tại các thời điểm 1, 3 và 6 tháng sau phẫu thuật. Tại thời điểm 1 tháng là 25%, 3 tháng là 15% và 6 tháng là 7,5% cần sử dụng thuốc giảm nhu động không thường xuyên [5]. Ngoài ra, NC còn cho thấy, việc làm miệng nối bên tận, còn làm giảm áp lực trong lòng ống tiêu hóa tại đoạn trực tràng thấp, và làm tăng dung tích của trực tràng thấp. Chính vì vậy, làm giảm số lần đại tiện, giảm cảm giác mót rặn và tăng khả năng nhịn đại tiện [2], [5].

5. Kết luận

Miệng nối bên tận là kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện, thời gian mổ ngắn hơn so với nối tận tận và J-pouch, tỷ lệ biến chứng thấp. Không cần làm hậu môn nhân tạo bảo vệ miệng nối và không gặp các tai biến biến chứng đáng kể. Chất lượng cuộc sống ngắn hạn tương đối tốt, và được cải thiện rõ rệt sau mổ 3 - 6 tháng.

Tài liệu tham khảo

1. Trương Vĩnh Quý (2018) *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 sỹ y học, Trường Đại học Y dược Huế.
2. Jiang JK, Yang SH and Lin JK (2005) *Transabdominal anastomosis after low anterior resection: A prospective, randomized, controlled trial comparing long-term results between side-to-end anastomosis and colonic J-pouch*. Dis Colon Rectum 48: 2100-2110.
3. Macchado M, Nygren J, Goldman S and Ljungqvist O (2003) *Similar outcome after colonic pouch and side-to-end anastomosis in low anterior resection for rectal cancer. A prospective randomized trial*. Ann Surg 238: 214-220.
4. [FT Huber, B Herter, JR Siewert](#) (1999) *Colonic pouch vs. side-to-end anastomosis in low anterior resectio*. Dis Colon Rectum 42(7): 896-902.
5. EG Rybakov, DY Pikunov, OY Fomenko, SV Chernyshov, YA Shelygin (2016) *Side-to-end vs. straight stapled colorectal anastomosis after low anterior resection: Results of randomized clinical trial*. Int J Colorectal Dis 31: 1419-1426.