

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH



PHẠM NGỌC TRƯỜNG VINH

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI

**ĐẶT LƯỚI DỰ PHÒNG THOÁT VỊ CẠNH HẬU MÔN NHÂN TẠO
THEO KỸ THUẬT SUGARBAKER Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ
TRỰC TRÀNG CÓ PHẪU THUẬT MILES**

NGÀNH: NGOẠI KHOA

MÃ SỐ: 9720104

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH – Năm 2026

Công trình được hoàn thành tại:

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học: **PGS TS BS Nguyễn Hữu Thịnh**

Phản biện 1:

Phản biện 2

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường
họp tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
vào lúc giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu Luận án tại thư viện:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP. Hồ Chí Minh
- Thư viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

1. GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

a. Lý do và tính cần thiết của nghiên cứu

Ung thư đại trực tràng là bệnh lý có tỷ lệ mắc mới và tử vong cao ở trên thế giới cũng như tại Việt Nam^{1,2,3}. Hiện nay, mô hình điều trị đa chuyên khoa trong ung thư đại trực tràng đã trở nên phổ biến và được triển khai rộng rãi trên thế giới. Trong đó, phẫu thuật đóng vai trò trung tâm trong toàn bộ quá trình điều trị^{4,5,6}. Đối với các trường hợp ung thư trực tràng (UTTT) thấp - ống hậu môn, phẫu thuật Miles nội soi là phương pháp điều trị triệt căn hiệu quả^{7,8}. Tuy nhiên, phẫu thuật này đi kèm với biến chứng đáng kể: thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo (HMNT), ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng sống của người bệnh. Biến chứng này thường gặp hơn ở người bệnh có bệnh lý ác tính, béo phì hoặc rối loạn chuyển hóa^{9,10}, với tỷ lệ có thể lên đến 50%¹¹. Tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT sau phẫu thuật Miles dao động từ 18,1% đến 38,5%, trong đó HMNT ngoài phúc mạc không giúp làm giảm biến chứng so với HMNT trong phúc mạc¹². Một số trường hợp thoát vị cạnh HMNT chưa điều trị có thể dẫn đến biến chứng nghiêm trọng như hoại tử ruột¹³. Ngoài ra, thoát vị cạnh HMNT còn gây khó khăn trong việc dán túi và chăm sóc HMNT hàng ngày. Điều trị thoát vị cạnh HMNT không chỉ có kỹ thuật phức tạp mà còn đi kèm với tỷ lệ tái phát cao, từ 11,6% đến 34,6%¹³. Do đó, việc chủ động dự phòng biến chứng này trong quá trình tạo HMNT là cần thiết.

Trong số các biện pháp dự phòng thoát vị cạnh HMNT, hai kỹ thuật đặt lưới trong phúc mạc thường được sử dụng là Keyhole và Sugarbaker. Với kỹ thuật Keyhole, đại tràng sẽ đi xuyên qua vị trí trung tâm lưới trước khi ra ngoài thành bụng để làm HMNT¹⁴, là điểm yếu nhất của thành bụng, do đó thoát vị cạnh HMNT dễ xuất hiện ở vị trí này¹⁵. Kỹ thuật Sugarbaker khắc phục được điểm yếu của kỹ thuật Keyhole, lỗ mở cân cơ ở thành bụng được che phủ bằng lưới đặt trong phúc mạc. Những báo cáo đầu tiên về kỹ thuật này là nghiên cứu mô tả loạt ca, cho thấy tính khả thi, an toàn, cũng như tránh các biến chứng liên quan đến phẫu tích thành bụng khi đặt lưới sau cơ thẳng bụng^{16,17}. Một số báo cáo cho thấy kỹ thuật Sugarbaker có hiệu quả giảm biến chứng thoát vị cạnh HMNT ở người bệnh ung thư trực tràng, tuy nhiên các nghiên cứu phân tích gộp vẫn chưa chứng minh được điều này^{5,18}.

Cho đến nay, tại Việt Nam vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của kỹ thuật Sugarbaker trong dự phòng thoát vị cạnh HMNT sau phẫu thuật Miles nội soi. Xuất phát từ thực tiễn nêu trên, nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá kết quả về phương diện phẫu thuật và phương diện dự phòng thoát vị cạnh HMNT giữa nhóm phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới theo kỹ thuật Sugarbaker và nhóm phẫu thuật Miles nội soi kinh điển trong điều trị UTTT thấp - ống hậu môn với các mục tiêu sau:

b. Mục tiêu nghiên cứu

- Xác định tỷ lệ tai biến trong mổ, tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ của nhóm phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới theo kỹ thuật Sugarbaker và của nhóm phẫu thuật Miles nội soi kinh điển.
- Xác định thời gian phục hồi lưu thông ruột sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ của nhóm phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới theo kỹ thuật Sugarbaker và của nhóm phẫu thuật Miles nội soi kinh điển.
- Xác định tỷ lệ biến chứng thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo sau 1 năm của nhóm phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới theo kỹ thuật Sugarbaker và của nhóm phẫu thuật Miles nội soi kinh điển.

c. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, can thiệp loạt ca, theo dõi dọc.

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh UTTT ống hậu môn có chỉ định phẫu thuật Miles.

d. Những đóng góp mới của nghiên cứu về mặt lý luận và thực tiễn

Cho đến nay tại Việt Nam chỉ có vài nghiên cứu báo cáo loạt ca về các loại biến chứng liên quan đến HMNT và tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT sau phẫu thuật Miles, về kết quả sớm điều trị thoát vị cạnh HMNT theo kỹ thuật Sugarbaker, chưa có nghiên cứu nào đề cập về hiệu quả của phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh HMNT theo kỹ thuật Sugarbaker. Đây là nghiên cứu đầu tiên với cỡ mẫu đủ lớn về vấn đề này.

Ngoài ra, đến thời điểm này trên y văn thế giới và trong nước, số lượng nghiên cứu về phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh HMNT theo kỹ thuật Sugarbaker còn chưa nhiều, nên lợi ích thật sự của phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh HMNT theo kỹ thuật Sugarbaker so với phẫu thuật Miles nội soi kinh điển vẫn còn nhiều điểm không thống nhất, do đó kết quả của nghiên cứu này có đóng góp nhất định vào y văn thế giới.

e. Bố cục của luận án

Luận án gồm 103 trang, trong đó; Đặt vấn đề: 02 trang; Tổng quan 28 trang; Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 19 trang; Kết quả nghiên cứu: 20 trang; Bàn luận: 31 trang; Kết luận: 01 trang; Những đóng góp mới và kiến nghị: 01 trang. Luận án có 38 bảng, 2 biểu đồ, 13 hình, 01 sơ đồ, 115 tài liệu tham khảo trong đó có 10 tài liệu tiếng Việt và 105 tài liệu tiếng Anh.

2. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

a. Cơ sở khoa học dự phòng thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo

Tần suất

Thoát vị là biến chứng thường gặp sau làm HMNT, tỷ lệ có thể đến 76%, thường xảy ra trong 2 năm đầu tiên, một số trường hợp xảy ra sau 20-30 năm⁴³. Mặc dù có những tiến bộ trong kỹ thuật làm HMNT, phẫu thuật Miles có tỷ lệ biến chứng thoát vị cạnh HMNT cao, lên đến 50%¹¹.

Tần suất biến chứng thoát vị cạnh HMNT dao động, phụ thuộc vào thời gian theo dõi và phương tiện chẩn đoán. Peter Ihnát (2019) nghiên cứu 148 trường hợp phẫu thuật Miles ghi nhận tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT tăng dần theo thời gian và tỷ lệ phát hiện biến chứng này qua chụp X quang cắt lớp điện toán cao hơn so với khám lâm sàng⁴⁴.

Yếu tố nguy cơ

Nguy cơ thoát vị cạnh HMNT liên quan đến yếu tố kỹ thuật và người bệnh. Những người bệnh có nguy cơ cao được mô tả trong y văn gồm: lớn tuổi (> 60), BMI > 30 kg/m², vòng bụng > 100cm, bệnh đái tháo đường, hút thuốc lá, nhiễm trùng, vận động

thể lực mạnh, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), sử dụng corticoid, rối loạn chuyển hoá collagen, bệnh Crohn, ung thư, thiếu máu, mổ cấp cứu^{9,10,45,46}.

Kỹ thuật làm HMNT cũng là yếu tố nguy cơ được nhiều tác giả kể đến. Biến chứng thoát vị cạnh HMNT ở đại tràng gặp nhiều hơn so với ruột non, HMNT kiểu tận nhiều hơn kiểu quai, HMNT trong phúc mạc nhiều hơn so với ngoài phúc mạc^{47,48}. Đường kính vết mổ thành bụng tối ưu khi làm HMNT bằng 2/3 đường kính ruột. Nguy cơ thoát vị cạnh HMNT tăng lên mỗi 10% cho 1mm đường kính vết mổ tăng thêm. Tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT tăng theo thời gian, từ 32% trong năm đầu tiên, 46%-58% cho các năm tiếp theo⁴⁹. Nguy cơ tương đối thoát vị cạnh HMNT tăng thêm 4% sau mỗi năm^{50,51}.

Điều trị thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo

Thoát vị cạnh HMNT là một trong những biến chứng thường gặp ở người bệnh phẫu thuật Miles⁵⁴. Thoát vị gây khó khăn việc dán túi và chăm sóc HMNT, một số trường hợp có thể gây ra biến chứng nặng như tắc ruột, hoại tử ruột⁵⁵.

Hiện nay, phẫu thuật là lựa chọn chủ yếu để điều trị thoát vị cạnh HMNT. Xu thế gần đây ủng hộ việc đặt lưới vì giảm tỷ lệ thoát vị tái phát so với khâu cân cơ đơn thuần. Mặc dù có nhiều cải tiến trong phẫu thuật, tỷ lệ thoát vị tái phát¹³ vẫn còn cao 11,6-34,6%. Các nghiên cứu gần đây tập trung vào các hướng nhằm giảm tần suất biến chứng thoát vị cạnh HMNT, đặc biệt ở người bệnh ung thư trực tràng^{56,54}.

b. Chẩn đoán thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo

Định nghĩa

Theo hội thoát vị châu Âu (EHS), thoát vị cạnh HMNT là hiện tượng các tạng trong ổ bụng thoát ra bất thường qua điểm khuyết ở thành bụng tại vị trí HMNT^{57,58}. Cần phân biệt thoát vị cạnh HMNT với các vấn đề tại chỗ khác mà không có túi thoát vị thật sự, như sa niêm mạc HMNT.

Lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của thoát vị cạnh HMNT rất đa dạng, có thể không triệu chứng cho đến bệnh cảnh cấp cứu như tắc ruột. Thoát vị cạnh HMNT không có triệu

chứng thường gặp ở người bệnh có thành bụng dày, túi thoát vị nhỏ. Triệu chứng thường gặp nhất là biến dạng da quanh HMNT. Một số trường hợp khác có triệu chứng đau, xoá mồn da, hoặc biểu hiện cấp tính dưới dạng thoát vị nghẹt cần phải mổ cấp cứu.

Khám lâm sàng ghi nhận khối phồng cạnh HMNT xuất hiện khi tăng áp lực ổ bụng, biến mất khi nghỉ ngơi (nghiệm pháp Valsalva), sờ được chỗ khuyết cân cơ.

Cận lâm sàng

X Quang cắt lớp điện toán bụng chậu là phương pháp được sử dụng phổ biến nhất trong chẩn đoán thoát vị cạnh HMNT. X quang cắt lớp điện toán có thể giúp phát hiện thoát vị cạnh HMNT kích thước nhỏ, thoát vị nhiều vị trí, định danh tạng thoát vị, tình trạng tưới máu ruột trong túi thoát vị, ngoài ra còn giúp phân biệt các trường hợp sa HMNT.

Phân loại

Năm 2014, hội thoát vị châu Âu (EHS) dựa trên phân loại của Szczepkowski, đã đề xuất một bảng phân loại mới nhằm sử dụng đồng nhất trong các nghiên cứu sau này⁵⁸. Phân loại này cũng ghi nhận thoát vị lần đầu (P) hay tái phát (R).

c. Dự phòng thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo

Cho đến nay, phẫu thuật là lựa chọn chủ yếu để điều trị thoát vị cạnh HMNT. Xu thế gần đây ủng hộ việc đặt lưới trong điều trị thoát vị cạnh HMNT vì giảm tỷ lệ thoát vị tái phát so với khâu cân cơ đơn thuần. Tuy vậy, việc điều trị biến chứng thoát vị cạnh HMNT vẫn còn một số thách thức, trong đó là tỷ lệ thoát vị tái phát¹³ vẫn còn cao 11,6-34,6%. Do đó, việc chủ động tìm biện pháp giúp giảm biến chứng thoát vị cạnh HMNT là quan trọng ở người bệnh phẫu thuật Miles.

Hậu môn nhân tạo ngoài phúc mạc

Năm 1958, Goligher³⁵ là người đầu tiên khởi xướng ý tưởng làm HMNT ngoài phúc mạc nhằm giảm biến chứng thoát vị. Sau đó, một số nghiên cứu của tác giả khác cho thấy HMNT ngoài phúc mạc giúp giảm tỷ lệ biến chứng thoát vị cạnh HMNT mà không làm tăng các biến chứng khác so với HMNT trong phúc mạc. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu đều là hồi cứu, có nhiều yếu tố gây sai lệch kết quả⁶⁶.

Tại Bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh, Nguyễn Hữu Thịnh (2021)¹² nghiên cứu 107 trường hợp phẫu thuật Miles nội soi giai đoạn 2015-2020, so sánh tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT giữa hai nhóm HMNT ngoài phúc mạc và HMNT trong phúc mạc. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT giữa hai nhóm.

d. Đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo

Đặt lưới trong phúc mạc

Phẫu thuật Miles nội soi ngày càng được áp dụng rộng rãi và trở thành phẫu thuật tiêu chuẩn trong UTĐT thấp - ống hậu môn. Việc đặt lưới trong phúc mạc giúp tránh các tai biến, biến chứng liên quan đến phẫu tích thành bụng. Do đó, việc đặt lưới trong phúc mạc thường được sử dụng để dự phòng thoát vị cạnh HMNT trong phẫu thuật Miles nội soi.

Năm 1977, J. Rosin và R. Bonardi⁷⁵ thực hiện kỹ thuật Keyhole đặt lưới trước cân cơ thẳng bụng trong mổ mở điều trị thoát vị cạnh HMNT. Năm 2003, Hansson thực hiện kỹ thuật Keyhole nội soi điều trị các trường hợp thoát vị cạnh HMNT. Lưới được đặt trong phúc mạc, xẻ ở trung tâm và bao quanh đại tràng ở vị trí HMNT. Bất lợi của kỹ thuật này là vị trí xẻ lưới ở trung tâm sẽ làm tăng nguy cơ thoát vị tái phát⁷⁶.

López-Cano (2012) thực hiện những ca phẫu thuật nội soi đặt lưới trong phúc mạc theo kỹ thuật Keyhole cùng thời điểm làm hậu môn nhân tạo của phẫu thuật Miles. López-Cano sử dụng lưới kích thước 12cm x 12cm. Sau thời gian theo dõi 1 năm, tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT ở nhóm đặt lưới có giảm so với nhóm không đặt lưới, nhưng tỷ lệ này vẫn còn cao 50%¹⁵. Nghiên cứu khác của Vierimaa (2015)⁷⁷ cho thấy đặt lưới trong phúc mạc theo kỹ thuật Keyhole không giúp giảm tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT so với không đặt lưới.

e. Kỹ thuật Sugarbaker dự phòng thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo

Kỹ thuật Sugarbaker

Kỹ thuật Sugarbaker trong dự phòng thoát vị cạnh HMNT được Hauters(2012)¹⁷, López-Cano(2013)¹⁸ giới thiệu với các đặc điểm sau:

- Sau khi kết thúc thì cắt đứt trực tràng ngã bụng và tầng sinh môn, phúc mạc chậu được khâu kín. HMNT kiểu tận có thể được làm trong phúc mạc hoặc ngoài phúc mạc ở hông trái (vị trí được đánh dấu sẵn).
- Lưới chống dính được chọn có đường kính tối thiểu 15cm. Lưới được đánh dấu bằng một đường thẳng đi qua trung tâm. Mục đích để đặt lưới sao cho đường đánh dấu này song song với đại tràng.
- Lưới chống dính được xếp gọn và đưa vào trong phúc mạc qua trocar 11mm, tránh tổn thương lớp chống dính của lưới. Sau khi lưới nằm trong phúc mạc, lưới sẽ được trải rộng và cố định vào thành bụng theo kỹ thuật Sugarbaker, với trung tâm lưới trùng với lỗ mở cân cơ và đường vẽ đi qua trung tâm lưới song song với đại tràng.
- Lưới được cố định vào thành bụng bằng 2 lớp ghim bấm hình vòng tròn (double crown), khoảng cách giữa 2 ghim bấm khoảng 1-2cm. Lưới sẽ choàng rộng ra xung quanh lỗ hở cân cơ thành bụng khoảng 5cm, trong đó phần đại tràng đi giữa lưới và thành bụng cũng tối thiểu 5cm.
- Ưu điểm của kỹ thuật Sugarbaker so với kỹ thuật Keyhole là lưới không bị xê ở trung tâm, đảm bảo lưới được cố định chắc chắn nhờ vào cơ chế van (áp lực ổ bụng giúp giữ cho đoạn ruột đem ra làm HMNT luôn nằm phía trên tấm lưới). Nhược điểm chính của kỹ thuật này là diện tích tiếp xúc giữa tấm lưới và đoạn ruột lớn, có thể gây dính ruột, rò tiêu hóa về sau.

Kết quả về dự phòng thoát vị cạnh HMNT của kỹ thuật Sugarbaker

Hiện nay hầu hết các phẫu thuật Miles được thực hiện bằng phẫu thuật nội soi. Do đó, các phẫu thuật dự phòng thoát vị cạnh HMNT thường sử dụng những kỹ thuật đặt lưới trong phúc mạc như Sugarbaker, Keyhole.

López-Cano (2012)¹⁵, Vierimaa (2015)⁷⁷ là những tác giả thực hiện nghiên cứu đầu tiên về phẫu thuật nội soi đặt lưới trong phúc mạc theo kỹ thuật Keyhole dự phòng thoát vị cạnh HMNT. Kết quả ban đầu cho thấy tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT ở nhóm đặt lưới dự phòng thấp hơn so với nhóm không đặt lưới. Tuy nhiên, tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT ở nhóm đặt lưới dự phòng theo kỹ thuật Keyhole vẫn còn cao 50%.

Trái ngược với hai tác giả trên, Hauters (2016)⁵⁶ thực hiện phẫu thuật nội soi đặt lưới trong phúc mạc theo kỹ thuật Sugarbaker trên 29 người bệnh phẫu thuật Miles do ung thư trực tràng. Sau 48 tháng theo dõi, thoát vị cạnh HMNT xảy ra ở 2 trường hợp, chiếm tỷ lệ 7%. Nghiên cứu này có tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT thấp hơn so với các nghiên cứu phẫu thuật nội soi sử dụng kỹ thuật Keyhole trước đó. Nhược điểm trong nghiên cứu của Hauters là không có nhóm chứng so sánh.

Năm 2016, López-Cano⁵ nghiên cứu so sánh 24 trường hợp phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh HMNT theo kỹ thuật Sugarbaker với 28 trường hợp phẫu thuật Miles nội soi đơn thuần (không đặt lưới). Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật này an toàn và hiệu quả, giảm tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT có ý nghĩa sau 26 tháng theo dõi. Tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT ở nhóm đặt lưới theo kỹ thuật Sugarbaker là 25% thấp hơn so với 64,3% của nhóm không đặt lưới.

Năm 2017, trong một phân tích gộp các thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng, López-Cano nhận thấy việc đặt lưới dự phòng ở người bệnh có HMNT kiểu tận giảm được tần suất thoát vị cạnh HMNT và không làm tăng tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ⁷¹. Nhiều báo cáo khác cũng đồng quan điểm khi cho biết việc đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh HMNT đều an toàn, hiệu quả cho cả lỗ mở hồi tràng và lỗ mở đại tràng^{94,95}.

f. Tình hình nghiên cứu trong và ngoài nước

Thế giới

Cũng như bất cứ kỹ thuật điều trị mới nào ra đời, câu hỏi đầu tiên là tính an toàn, khả thi và lợi ích của việc đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh HMNT theo kỹ thuật Sugarbaker trong phẫu thuật Miles nội soi mang lại cho người bệnh so với những kỹ thuật trước đó như thế nào.

Nhóm nghiên cứu tìm trong Thư viện Y khoa Quốc gia Hoa Kỳ (www.pubmed.com) ghi nhận một báo cáo đầu tiên trên thế giới về phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh HMNT theo kỹ thuật Sugarbaker của Hauters¹⁷, đây là báo cáo loạt ca lâm sàng. Những năm sau đó, số lượng các báo cáo về vấn đề này tăng lên và bắt đầu có những nghiên cứu tiên cứu có so sánh với phẫu thuật Miles nội soi kinh điển cũng như nghiên cứu tổng quan Y văn hệ thống và phân tích gộp. Các nghiên

cứu tập trung vào các vấn đề chủ yếu như: tai biến, biến chứng, phục hồi lưu thông ruột sau mổ, kết quả về dự phòng thoát vị cạnh HMNT.

Trong một nghiên cứu tổng quan hệ thống của Mohiuddin (2021)⁶⁰ gồm 13 nghiên cứu về đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh HMNT, có 6 nghiên cứu thực hiện PTNS và chỉ có 4 nghiên cứu thực hiện PTNS đặt lưới trong phúc mạc dự phòng thoát vị cạnh HMNT của López-Cano^{5,15}, Vierimaa⁵⁶, Hauters⁴². Nghiên cứu về phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh HMNT theo kỹ thuật Sugarbaker được ghi nhận trong 2 báo cáo của López-Cano⁵ và Hauters⁴², các nghiên cứu PTNS còn lại về kỹ thuật Keyhole^{15,56}.

Trong các nghiên cứu về PTNS dự phòng thoát vị cạnh HMNT sử dụng kỹ thuật Sugarbaker, kết quả về sự an toàn của phẫu thuật đặt lưới và hoạt động của HMNT chưa được mô tả chi tiết. Cụ thể, López-Cano⁵ và Hauters⁴² có đề cập đến biến chứng tắc ruột sau mổ, nhưng không mô tả chi tiết nguyên nhân, và cũng không đề cập đến việc đặt lưới có làm xấu đi hoạt động của HMNT hay không.

Trong nước

Theo đà phát triển của PTNS trên thế giới, tại Việt Nam cũng bắt đầu các nghiên cứu về phẫu thuật Miles nội soi trong điều trị UTTT thấp - ống hậu môn, nghiên cứu về biến chứng của HMNT, nghiên cứu về ứng dụng kỹ thuật Sugarbaker trong điều trị và dự phòng thoát vị cạnh HMNT. Các nghiên cứu trong nước hầu hết là hồi cứu. Kết quả các nghiên cứu cho thấy thoát vị cạnh HMNT là biến chứng thường gặp, HMNT ngoài phúc mạc không giúp giảm biến chứng thoát vị so với HMNT trong phúc mạc.

Đỗ Bá Hùng (2008,2013)^{74,75} cho rằng HMNT ngoài phúc mạc có ưu điểm hơn so với HMNT trong phúc mạc là có thể tránh được các biến chứng nặng cần phải mổ lại như: xoắn ruột quanh chân HMNT, thoát vị nội do khoảng hở giữa phần đại tràng đi ra ngoài làm HMNT và thành bụng bên.

Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thịnh¹² cho thấy thoát vị cạnh HMNT là biến chứng thường gặp nhất trong các biến chứng liên quan đến HMNT và không có sự khác biệt về tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT giữa hai nhóm HMNT trong và ngoài phúc mạc.

Các báo cáo về ứng dụng kỹ thuật Sugarbaker trong điều trị và dự phòng thoát vị cạnh HMNT còn ít, chỉ được thực hiện ở một số trung tâm lớn. Năm 2021, Nguyễn Hữu Thịnh⁷⁶ báo cáo kết quả điều trị 15 trường hợp thoát vị cạnh HMNT bằng kỹ thuật Sugarbaker cho thấy đây là phẫu thuật khả thi và an toàn, có thời gian phục hồi lưu thông ruột sớm.

Khoảng trống nghiên cứu

Tổng quan y văn trong và ngoài nước cho thấy vẫn còn những khoảng trống quan trọng trong lĩnh vực dự phòng thoát vị cạnh HMNT. Trước hết, tại Việt Nam hầu như chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của kỹ thuật Sugarbaker trong dự phòng thoát vị cạnh HMNT, đặc biệt trong bối cảnh phẫu thuật Miles nội soi ngày càng được áp dụng rộng rãi. Bên cạnh đó, phần lớn các nghiên cứu hiện có đều có thời gian theo dõi ngắn, trong khi thoát vị cạnh HMNT là biến chứng tích lũy và thường xuất hiện muộn; do đó, dữ liệu theo dõi dài hạn từ 3 đến 5 năm trở lên còn rất hạn chế.

Đặc điểm dân số Việt Nam cũng chưa được phân tích đầy đủ, nhất là các yếu tố như BMI thấp hoặc các bệnh nền khác biệt so với dân số phương Tây, vốn có thể ảnh hưởng đến nguy cơ hình thành thoát vị và hiệu quả của các kỹ thuật dự phòng. Ngoài ra, ít nghiên cứu trong nước đánh giá toàn diện tính khả thi, an toàn của việc đặt lưới theo kỹ thuật Sugarbaker, bao gồm tắc ruột hay nhiễm trùng liên quan đến lưới....

Cuối cùng, vẫn chưa có công trình nào chuẩn hóa quy trình đặt lưới theo kỹ thuật Sugarbaker trong phẫu thuật Miles nội soi, dẫn đến khoảng trống trong việc xác định và thống nhất các bước kỹ thuật tối ưu trong điều kiện thực hành tại Việt Nam.

Trên cơ sở những khoảng trống nêu trên, luận án này được thiết kế nhằm đánh giá tính an toàn của việc đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh HMNT theo kỹ thuật Sugarbaker trong phẫu thuật Miles nội soi, đồng thời xác định tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT sớm trong quần thể người Việt Nam.

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

a. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, can thiệp loạt ca, theo dõi dọc.

Từ 01/2018 – 11/2021 nhóm nghiên cứu hồi cứu lại hồ sơ bệnh án điện tử.

Từ 12/2021 – 12/2024 nghiên cứu được thực hiện tiến cứu, lựa chọn người bệnh phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh

b. Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu

Người bệnh UTTT ống hậu môn có chỉ định phẫu thuật Miles nội soi..

Dân số nghiên cứu

Người bệnh UTTT ống hậu môn có chỉ định phẫu thuật Miles nội soi tại Bệnh viện trong thời gian từ năm 01/2018 đến năm 12/2024.

Tiêu chí chọn vào của nhóm nghiên cứu hồi cứu

- Phương pháp phẫu thuật là phẫu thuật Miles nội soi
- ≥ 18 tuổi
- Chẩn đoán xác định ung thư bằng mô bệnh học
- Ung thư chưa xâm lấn các tạng lân cận (xác định bằng X quang cắt lớp điện toán, cộng hưởng từ, tường trình phẫu thuật)
- Giai đoạn ung thư: I, II, III hoặc IV (di căn gan, phẫu thuật cắt gan đồng thời phẫu thuật Miles hoặc RFA u gan)
- Theo dõi sau mổ đủ 12 tháng
- Có hình ảnh X quang cắt lớp điện toán đánh giá sau 1 năm
- Tường trình phẫu thuật mô tả rõ kiểu làm hậu môn nhân tạo (trong phúc mạc, ngoài phúc mạc)

Tiêu chí loại ra của nhóm nghiên cứu hồi cứu

- Không thu thập đủ thông tin theo phiếu thu thập số liệu (phụ lục 1)

Tiêu chí chọn vào của nhóm nghiên cứu tiến cứu

- ≥ 18 tuổi
- Chẩn đoán xác định ung thư bằng mô bệnh học

- Ung thư chưa xâm lấn các tạng lân cận (xác định bằng X quang cắt lớp điện toán, cộng hưởng từ)
- Giai đoạn ung thư: I, II, III hoặc IV (di căn gan, phẫu thuật cắt gan đồng thời phẫu thuật Miles hoặc RFA u gan)
- Phương pháp phẫu thuật là phẫu thuật Miles nội soi
- Theo dõi sau mổ đủ 12 tháng
- Đối với người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu sẽ tư vấn người bệnh đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh HMNT theo kỹ thuật Sugarbaker.
 - Nếu người bệnh đồng ý đặt lưới, sẽ được đưa vào danh sách của nhóm I (có dự phòng thoát vị cạnh HMNT bằng kỹ thuật Sugarbaker).
 - Nếu người bệnh không đồng ý đặt lưới, sẽ được đưa vào danh sách của nhóm II (không dự phòng thoát vị cạnh HMNT bằng kỹ thuật Sugarbaker).

Tiêu chí loại ra của nhóm nghiên cứu tiến cứu

- Không có hình ảnh X quang cắt lớp điện toán đánh giá sau 1 năm
- Có tiền căn thoát vị thành bụng, tiền căn cắt toàn bộ đại tràng
- Ung thư đồng phát ở đại tràng bên trái và phải
- Chuyển mổ mở
- Khối u đã vỡ hay gây tắc ruột
- Người bệnh không đủ tiêu chuẩn gây mê để PTNS, ASA IV, V hoặc VI

c. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ năm 01/2018 đến năm 12/2024, tại 01 bệnh viện.

d. Cỡ mẫu của nghiên cứu

Nghiên cứu đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh HMNT theo kỹ thuật Sugarbaker là nghiên cứu can thiệp loạt ca, theo dõi dọc. Kết quả nghiên cứu mô tả tỷ lệ tai biến, biến chứng sớm trong vòng 30 ngày sau mổ và kết quả thoát vị cạnh HMNT sau 12 tháng.

Chúng tôi có so sánh kết quả này với nhóm chứng lịch sử, không phân bố ngẫu nhiên, do đó chúng tôi không tính cỡ mẫu trong nghiên cứu này.

e. Xác định các biến số độc lập, phụ thuộc và định nghĩa biến số

Các biến số độc lập trong nghiên cứu được định nghĩa như sau:

- Tuổi: là biến liên tục, đơn vị tính là năm, căn cứ vào thời điểm phẫu thuật
- Giới: là biến nhị giá, gồm nam và nữ
- ASA: thang điểm đánh giá tình trạng sức khỏe trước mổ theo Hội gây mê Hoa Kỳ¹⁰³.
- BMI = cân nặng (kg)/ chiều cao² (m): là biến liên tục, xếp hạng theo phân loại BMI của Tổ chức Y tế Thế giới dành cho người châu Á¹⁰⁴.
- Bệnh đồng mắc: là biến định danh, là bệnh khác ung thư trực tràng, vừa mới phát hiện qua thăm khám hoặc đã phát hiện trước đó, được ghi nhận theo ICD 10 gồm các bệnh đái tháo đường, phì đại tuyến tiền liệt, táo bón, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen.
- Vị trí u: được xác định trên hình cộng hưởng từ, là biến liên tục, đơn vị tính là cm, là khoảng cách từ bờ dưới khối u đến khối cơ thắt hậu môn.
- Phương pháp phẫu thuật: là biến định danh, gồm 2 giá trị là phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh HMNT theo kỹ thuật Sugarbaker và phẫu thuật Miles nội soi kinh điển.
- Phân giai đoạn TNM sau mổ: là biến định danh, gồm năm giai đoạn chính là: 0, I, II, III, IV theo AJCC 2018; xác định dựa trên X quang cắt lớp điện toán ngực bụng chậu và cộng hưởng từ vùng chậu, giải phẫu bệnh của bệnh phẩm phẫu thuật.
- Loại tế bào ung thư: là biến định danh, gồm các giá trị: Carcinôm tuyến, Melanoma, Carcinôm tế bào gai, dựa theo kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

Các biến số phụ thuộc trong nghiên cứu được định nghĩa như sau:

- Lượng máu mất: biến liên tục, tổng lượng máu chảy vào các dụng cụ hút và lượng máu thấm trên gạc, đơn vị tính: mL

- Thời gian mổ: là biến liên tục, đơn vị là phút, tính từ lúc rạch da cho đến lúc khâu da kết thúc phẫu thuật.
- Thời gian đặt lưới: là biến liên tục, đơn vị là phút, tính từ lúc đánh dấu các vị trí trong phúc mạc cho đến lúc cố định lưới xong.
- Tai biến trong mổ: là biến định tính, là tình trạng tổn thương cấu trúc, tạng hay mạch máu không mong muốn trong quá trình thực hiện phẫu thuật. Lượng máu mất trong mổ >200mL được xem là tai biến chảy máu nhiều trong mổ.
- Thời gian phục hồi lưu thông ruột sau mổ: là biến liên tục, đơn vị tính là ngày, là thời gian từ lúc mổ cho đến lúc HMNT ra hơi hoặc phân.
- Thời gian nằm viện sau mổ: là biến liên tục, đơn vị tính là ngày. Ngày thực hiện phẫu thuật được tính là ngày hậu phẫu 0, ngày tiếp theo sau ngày phẫu thuật là ngày hậu phẫu 1.
- Biến chứng sớm sau mổ: là biến định tính, là các biến chứng xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật; được xác định là tình trạng bệnh liên quan đến phẫu thuật như: chảy máu sau phẫu thuật, nhiễm trùng vết mổ, tắc ruột, biến chứng liên quan đến HMNT như sa, tụt..., bung thành bụng, thoát vị vết mổ, thoát vị lỗ trocar, các biến chứng tiết niệu, hô hấp, tim mạch...
- Thoát vị cạnh HMNT: là biến định tính, được định nghĩa là tình trạng trồi ra của tạng qua cân cơ thành bụng ở vị trí HMNT và có túi thoát vị, chẩn đoán bằng X quang cắt lớp điện toán, theo phân loại của EHS⁵⁸.
- Ung thư tái phát: là tình trạng tái phát tại chỗ hoặc di căn xa dựa vào thăm khám lâm sàng, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (CT scan, PET/CT, MRI, nội soi, xạ hình) hoặc giải phẫu bệnh.

f. Phương pháp và công cụ đo lường, thu thập số liệu

Thu thập số liệu

Thông tin trước mổ

Thông tin trong mổ

Thông tin sau mổ

i. Công cụ thu thập số liệu

Hồ sơ bệnh án điện tử

Phiếu thu thập số liệu

Phần mềm lưu trữ SPSS 20.0

j. Quy trình nghiên cứu

Từ 2021 – 2024 nghiên cứu được thực hiện tiến cứu

Những trường hợp có chỉ định phẫu thuật Miles nội soi (thỏa tiêu chí chọn vào ở mục 2.2.5 và không thuộc nhóm loại ra ở mục 2.2.6) sẽ được tư vấn đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh HMNT theo kỹ thuật Sugarbaker.

Nếu người bệnh đồng ý đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh HMNT theo kỹ thuật Sugarbaker sẽ thuộc nhóm I (nhóm can thiệp).

Nếu người bệnh không đồng ý đặt lưới dự phòng sẽ vào nghiên cứu ở nhóm II (nhóm chứng).

Từ 2018 – 2021 nghiên cứu hồi cứu lại hồ sơ bệnh án điện tử

Trong giai đoạn này, nghiên cứu thu thập số liệu của phẫu thuật Miles nội soi kinh điển (nhóm II – nhóm chứng).

Những trường hợp thỏa tiêu chí chọn vào (mục 2.2.3) sẽ được đưa vào nghiên cứu. Những trường hợp không đủ thông tin theo phiếu thu thập số liệu sẽ loại ra khỏi nghiên cứu.

k. Phương pháp phân tích dữ liệu

Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, những thống kê bao gồm:

- Tần số, tỷ số, tỷ lệ %
- Trung bình và độ lệch chuẩn của các biến số định lượng nếu tuân theo phân phối bình thường hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu số liệu không tuân theo phân phối bình thường.

- Phép kiểm t để so sánh 2 trung bình nếu số liệu tuân theo phân phối bình thường. Phép kiểm phi tham số Mann – Whitney U dùng để so sánh 2 trung vị của 2 nhóm độc lập nếu số liệu không tuân theo phân phối bình thường.
- Phép kiểm Chi bình phương dùng để so sánh tỷ lệ giữa các nhóm nghiên cứu hoặc phép kiểm chính xác Fisher (Fisher's exact test) khi có > 20% tần số mong đợi trong bảng < 5.
- Tìm mối tương quan của hai biến số bằng phép kiểm Chi bình phương và thống kê relative risk (RR).
- Phương pháp Kaplan-Meier được dùng để ước lượng tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT tích lũy.
- Phép kiểm logrank được dùng để so sánh tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT tích lũy của 2 nhóm.
- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

1. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài được thông qua hội đồng y đức.

4. KẾT QUẢ

Bảng 1 Các loại tai biến trong mổ và biến chứng sớm

Tai biến và biến chứng sớm	Nhóm I (n=38)	Nhóm II (n=44)	p
Tai biến thủng bàng quang	1 (2,6%)	0	
Tai biến chảy máu trong mổ	2 (5,3%)	2 (4,5%)	
Tắc ruột cơ học	0	2 (4,5%)	0,7*
Chảy máu sau mổ	1 (2,6%)	1 (2,3%)	
Nhiễm trùng vết mổ	1 (2,6%)	1 (2,3%)	
Bí tiểu	2 (5,3%)	2 (4,5%)	
Tổng	7 (18,4%)	8 (18,1%)	

* phép kiểm chính xác Fisher

Không có sự khác biệt về tỷ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sớm giữa hai nhóm nghiên cứu ($p = 0,7$, phép kiểm Chi bình phương).

Thời gian trung bình HMNT hoạt động trở lại sau mổ của người bệnh ở nhóm I là $2,0 \pm 0,5$ ngày, của nhóm II là $2,1 \pm 0,5$ ngày.

Bảng 2 Thời gian hậu môn nhân tạo hoạt động trở lại

Đặc điểm	Nhóm I (n=38)	Nhóm II (n=44)	p
Thời gian HMNT hoạt động trở lại (ngày)	$2,0 \pm 0,5$	$2,1 \pm 0,5$	0,7*

*phép kiểm t

Khác biệt về thời gian HMNT hoạt động trở lại sau mổ là không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,7$, phép kiểm t).

Có 13 trường hợp gặp biến chứng thoát vị cạnh HMNT sau mổ 12 tháng của cả nghiên cứu, chiếm 15,9% (13/82 trường hợp). Tất cả các trường hợp thoát vị cạnh HMNT phát hiện qua chụp X quang cắt lớp điện toán vùng bụng.

Bảng 3 So sánh tỷ lệ thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo

Thoát vị cạnh HMNT	Đặt lưới theo kỹ thuật Sugarbaker (nhóm I)	Không đặt lưới (nhóm II)		P
		HMNT ngoài phúc mạc	HMNT trong phúc mạc	
Có	0	6 (28,6%)	7 (30,4%)	0,001*
Không	38 (100%)	15 (71,4%)	16 (69,6%)	

*phép kiểm Chi bình phương

Thoát vị cạnh HMNT ở nhóm I là 0%, thấp hơn so với nhóm II là 29,5% (13/44) ($p=0,001$). Trong đó, tỷ lệ thoát vị ở nhóm HMNT trong phúc mạc cao hơn nhóm HMNT ngoài phúc mạc.

Để đánh giá ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ khác đến khả năng biến chứng thoát vị cạnh HMNT, chúng tôi so sánh tỷ lệ người bệnh có biến chứng này ở các nhóm có đặc điểm khác nhau (bảng 4).

Bảng 4 Thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo và các yếu tố liên quan

Đặc điểm	<i>Thoát vị cạnh HMNT</i>		P
	Có	Không	
Tuổi < 60 tuổi	2 (5,7%)	33 (94,3%)	0,03*
≥ 60 tuổi	11 (24,3%)	36 (76,7%)	
Giới Nam	7 (14%)	43 (86%)	0,5**
Nữ	6 (18,8%)	26 (81,2%)	
BMI < 18,5	2 (18,2%)	9 (81,8%)	0,4*
18,5-22,9	4 (10,5%)	34 (89,5%)	
≥ 23	7 (21,2%)	26 (78,8%)	
Giai đoạn bệnh			
0	0	5 (100%)	0,8*
I	4 (13,8%)	25 (86,2%)	
II	2 (14,3%)	12 (85,7%)	
III	7 (23,3%)	23 (76,7%)	
IV	0	4 (100%)	
Hóa xạ tân hỗ trợ			
Có	3 (8,6%)	32 (91,4%)	0,1*
Không	10 (21,3%)	37 (78,7%)	
Bệnh đồng mắc			
Đái tháo đường	1 (10%)	9 (90%)	0,7*
Phi đại tuyến tiền liệt	1 (25%)	3 (75%)	
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	0	3 (100%)	
Không	11 (16,9%)	54 (83,1%)	

* phép kiểm chính xác Fisher, ** phép kiểm Chi bình phương

Tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT ở người bệnh từ 60 tuổi trở lên là 24,3% (11/47), cao hơn so với người bệnh nhỏ hơn 60 tuổi là 5,7% (2/35), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,03$, phép kiểm chính xác Fisher).

Tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT không khác nhau giữa giới nam và nữ, giữa các nhóm BMI, giữa các giai đoạn bệnh, giữa các nhóm hóa xạ tân hỗ trợ và giữa các bệnh đồng mắc khác nhau.

5. BÀN LUẬN

a. Tai biến trong mổ

Với bất kỳ kỹ thuật mổ mới nào thì một trong những câu hỏi đầu tiên là tính an toàn của phương pháp. Ngoài những ưu điểm thì kỹ thuật mới phải có độ an toàn cao, tỷ lệ tai biến, biến chứng không cao hơn phương pháp trước đó và không tăng tỷ lệ các tai biến hay biến chứng nặng. Đây cũng là thước đo về tính khả thi của phương pháp.

Trong nghiên cứu này không có các tai biến nặng như tổn thương tạng, mạch máu chính trong khi phẫu tích, khi cố định lưới vào thành bụng, không có tử vong trong mổ.

Tỷ lệ tai biến trong mổ của cả nghiên cứu là 6,1%, trong đó của nhóm I là 7,8% cao hơn so với nhóm II là 4,5%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu này, các tai biến đã xảy ra bao gồm chảy máu (4,9%) và thủng bàng quang (1,2%), liên quan chủ yếu đến thì phẫu tích và nạo hạch của kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, không liên quan đến kỹ thuật Sugarbaker.

Trong nghiên cứu đoàn hệ của López-Cano¹¹² gồm 3 nghiên cứu lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên về phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới dự phòng thoát vị theo kỹ thuật Sugarbaker cũng không ghi nhận các tai biến nặng, cũng như các tai biến liên quan đến kỹ thuật đặt lưới và cố định lưới vào thành bụng.

Phẫu thuật nội soi đặt lưới theo kỹ thuật Sugarbaker không làm tăng thêm tai biến cuộc mổ. Hauters⁵⁶ nghiên cứu 29 trường hợp phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới dự phòng theo kỹ thuật Sugarbaker không ghi nhận tai biến trong mổ liên quan đến kỹ thuật này.

b. Phục hồi hoạt động ruột sau mổ

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian HMNT hoạt động trở lại của người bệnh ở nhóm I trung bình là 2,0 ngày không khác biệt so với nhóm II là 2,1 ngày. Trong nghiên cứu này cũng không ghi nhận trường hợp tắc đại tràng nào ở nhóm phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh HMNT theo kỹ thuật Sugarbaker.

Nguyễn Hữu Thịnh⁹⁹ nghiên cứu 15 trường hợp phẫu thuật nội soi đặt lưới theo kỹ thuật Sugarbaker trong điều trị thoát vị cạnh HMNT cho thấy 87% HMNT hoạt động trở lại trong vòng 3 ngày.

Trong nghiên cứu khác so sánh 28 trường hợp phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh HMNT theo kỹ thuật Sugarbaker, thời gian HMNT hoạt động trở lại trung bình là 2,6 ngày không khác biệt so với 2,7 ngày của nhóm phẫu thuật Miles nội soi kinh điển¹²⁶.

Thời gian gần đây, chương trình phục hồi sớm sau mổ (enhanced recovery after surgery - ERAS) đã chứng minh được hiệu quả trong rút ngắn thời gian liệt ruột sau mổ, thời gian nằm viện và giảm tỷ lệ biến chứng trong PTNS đại trực tràng^{127,128}. Tại Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh đã áp dụng chương trình phục hồi sớm sau mổ vào thực hành. Chương trình ERAS được áp dụng trước mổ, trong mổ và sau mổ.

c. Nguy cơ tương đối bị tai biến và biến chứng

Tính chung tất cả những trường hợp tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ của nhóm I là 7 trường hợp (18,4%) và của nhóm II là 8 trường hợp (18,1%).

Nguy cơ tương đối bị tai biến và biến chứng sớm sau mổ của phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới theo kỹ thuật Sugarbaker so với phẫu thuật Miles nội soi kinh điển là 1,02 (với khoảng tin cậy 95% là 0,33 – 3,12). Như vậy phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới theo kỹ thuật Sugarbaker không làm tăng nguy cơ tai biến và biến chứng so với phẫu thuật Miles nội soi kinh điển.

d. Kết quả về thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo

Tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT tích lũy là tiêu chí quan trọng nhất để đánh giá hiệu quả một phương pháp dự phòng thoát vị. Do điều kiện hạn hẹp về thời gian nên chúng

tôi chỉ đánh giá kết quả ngắn hạn sau 1 năm theo dõi. Tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT tích lũy khác nhau giữa các nghiên cứu. Tỷ lệ này chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố chi phối bao gồm đặc điểm nền của người bệnh (tuổi, BMI), thời điểm đánh giá, công cụ đánh giá, kỹ thuật đặt lưới dự phòng.

So với các nghiên cứu gần đây về dự phòng thoát vị cạnh HMNT, nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tốt hơn^{5,56}. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT tích lũy của nhóm I tốt hơn so với các nghiên cứu khác, điều này có thể do khác biệt về thời điểm đánh giá và kỹ thuật đặt lưới dự phòng⁵.

Thời gian nghiên cứu từ lúc phẫu thuật cho đến lúc đánh giá càng dài, tỷ lệ thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo tích lũy càng tăng.

Cho đến hiện nay, hầu hết các nghiên cứu về dự phòng thoát vị cạnh HMNT đều có thời gian theo dõi tối thiểu 12 tháng và có vài nghiên cứu thời gian theo dõi kéo dài đến 60 tháng^{15,134}.

Jane (2009)⁷² thực hiện nghiên cứu dự phòng thoát vị cạnh HMNT bằng cách đặt lưới sau cơ thẳng bụng theo kỹ thuật Keyhole. Nghiên cứu này gồm 27 trường hợp đặt lưới dự phòng (nhóm I) so sánh với 27 trường hợp không đặt lưới (nhóm II) cho thấy tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT tích lũy sau 12 tháng ở nhóm I là 4,8% thấp hơn so với nhóm II là 50%. Tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT tích lũy của cả 2 nhóm đều tăng lên gần gấp hai lần sau 5 năm, lần lượt của nhóm I là 9,5% và nhóm II là 81%.

Do sự khác biệt về thời gian nghiên cứu, kết quả tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT tích lũy rất khác nhau giữa các nghiên cứu và tỷ lệ này có xu hướng tăng dần theo thời gian. Một số tác giả nghiên cứu về lĩnh vực thoát vị đã đề xuất nên theo dõi hiệu quả dự phòng thoát vị tối thiểu 5 năm.

Tỷ lệ thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo tích lũy trong phẫu thuật nội soi ở nhóm đặt lưới theo kỹ thuật Sugarbaker thấp hơn so với các phương pháp Keyhole.

Dự phòng thoát vị cạnh HMNT là vấn đề quan trọng khi thực hiện các phẫu thuật có làm HMNT vĩnh viễn.

Ở phẫu thuật Miles nội soi, kỹ thuật Sugarbaker trong dự phòng thoát vị cạnh HMNT được đánh giá trong hai nghiên cứu của Hauters⁴² và López-Cano⁵. Nghiên cứu của Hauters (2016)⁴² báo cáo loạt ca 29 người bệnh sử dụng lưới polyester kích thước 15 cm × 15 cm có lớp chống dính một mặt; sau 48 tháng, tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT là 7%, thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu dùng kỹ thuật Keyhole^{15,56}. Tuy nhiên, nghiên cứu này không có nhóm chứng, hạn chế khả năng so sánh.

Nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên của López-Cano (2016)⁵ khắc phục được hạn chế trên khi so sánh 24 trường hợp phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới Sugarbaker với 28 trường hợp không đặt lưới. Lưới sử dụng là polypropylene hình bầu dục kích thước 15 cm × 20 cm có lớp phủ chống dính. Sau thời gian theo dõi trung bình 26 tháng, tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT giảm còn 25% so với 64,3% ở nhóm không đặt lưới (RR=0,39; 95% CI: 0,18–0,82; p=0,005).

Tỷ lệ thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo tích lũy khác nhau ở các nhóm dân số nghiên cứu chuyên biệt.

Lớn tuổi đã được chứng minh là một yếu tố nguy cơ độc lập của thoát vị cạnh HMNT¹²³. Trong hầu hết các nghiên cứu, độ tuổi từ 60–70 ghi nhận có tỷ lệ của thoát vị cạnh HMNT cao. Điều này xảy ra là do sức mạnh của các cơ thành bụng có xu hướng giảm đi khi lớn tuổi. Năm 2011, một nghiên cứu quy mô lớn với thời gian theo dõi 10,5 năm đã cho thấy độ tuổi >60 là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với thoát vị cạnh HMNT. Trên thực tế, một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu đã phát hiện ra rằng nguy cơ xảy ra thoát vị cạnh HMNT tăng 4% cho mỗi năm¹³⁶.

Ngược lại, người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có BMI thấp và tỷ lệ bệnh nền thấp, tạo điều kiện thuận lợi để kỹ thuật Sugarbaker phát huy hiệu quả tối đa. Lực căng thành bụng giảm, mô mỡ thành bụng mỏng hơn, đường hầm đại tràng ít bị biến dạng và nguy cơ di lệch lưới thấp. Điều này giúp lý giải tại sao không có trường hợp thoát vị cạnh HMNT nào được ghi nhận trong 12 tháng theo dõi, thấp hơn rõ rệt so với kết quả của Hauters và López-Cano, dù áp dụng cùng kỹ thuật.

Những dữ liệu này cho thấy hiệu quả của kỹ thuật Sugarbaker không chỉ phụ thuộc vào bản thân kỹ thuật mà còn chịu ảnh hưởng đáng kể bởi đặc điểm người bệnh,

đặc biệt là tuổi, BMI và các bệnh nền làm tăng áp lực ổ bụng. Kết quả nghiên cứu hiện tại cho thấy kỹ thuật Sugarbaker có khả năng hoạt động hiệu quả trong nhóm người bệnh có BMI thấp và ít bệnh nền, đặc điểm thường gặp ở dân số Việt Nam.

6. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết luận

Qua nghiên cứu 82 trường hợp UTTT có phẫu thuật Miles từ năm 2018 đến năm 2024, gồm 38 trường hợp phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới dự phòng theo kỹ thuật Sugarbaker và 44 trường hợp phẫu thuật Miles nội soi kinh điển, chúng tôi rút ra những kết luận sau:

1. Tỷ lệ tai biến và biến chứng chung của nhóm phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới dự phòng theo kỹ thuật Sugarbaker là 18,4% không khác biệt so với 18,1% của nhóm phẫu thuật Miles nội soi kinh điển. Không có các tai biến nặng trong mổ như tổn thương các tạng, mạch máu chính, không có ca nào mổ lại vì biến chứng, không có tử vong trong mổ và 30 ngày sau mổ. Các kết quả trong mổ như: thời gian mổ, lượng máu mất của hai nhóm cũng không khác biệt có ý nghĩa.
2. Thời gian phục hồi lưu thông ruột sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ của nhóm phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới dự phòng theo kỹ thuật Sugarbaker và nhóm phẫu thuật Miles nội soi kinh điển là tương đương nhau.
3. Kết quả về tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT sau 12 tháng của nhóm phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới dự phòng theo kỹ thuật Sugarbaker là 0% thấp hơn so với 29,5% của nhóm phẫu thuật Miles nội soi kinh điển, khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p=0,001$.

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới dự phòng theo kỹ thuật Sugarbaker an toàn về phương diện kỹ thuật, không tăng tỷ lệ tai biến và biến chứng sớm, không làm chậm phục hồi lưu thông ruột, không kéo dài thời gian nằm viện và giúp giảm tỷ lệ thoát vị cạnh HMNT so với phẫu thuật Miles nội soi kinh điển.

Kiến nghị

1. Có thể thực hiện phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới dự phòng theo kỹ thuật Sugarbaker ở người bệnh ung thư trực tràng một cách an toàn với mục đích giảm biến chứng thoát vị cạnh HMNT, đặc biệt ở nhóm người bệnh ung thư trực tràng từ 60 tuổi trở lên.

2. Cần tiếp tục thực hiện nghiên cứu này với thời gian theo dõi dài hơn để xác định hiệu quả lâu dài của phẫu thuật Miles nội soi kèm đặt lưới theo kỹ thuật Sugarbaker trong dự phòng thoát vị cạnh HMNT.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ

LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Phạm Ngọc Trường Vinh, Nguyễn Hữu Thịnh, Hoàng Danh Tấn, Lê Minh Triết, Trần Đức Huy, Lê Trung Kiên, Lê Trịnh Ngọc An, Ung Văn Việt (2021). “Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo theo kỹ thuật Sugarbaker ở người bệnh ung thư trực tràng có phẫu thuật Miles”. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 25(6), tr.309-315

2. Vinh Ngoc Truong, Pham*; Nguyen, Thinh Huu; Le, Triet Minh; Tran, Huy Duc. Effectiveness of placing prophylactic mesh with the Sugarbaker technique via laparoscopic abdominoperineal resection for rectal cancer: 1-year results. *Formosan Journal of Surgery* 57(2):p 59-62, Mar-Apr 2024. | DOI: 10.1097/FS9.000000000000

3. Phạm Ngọc Trường Vinh, Hoàng Danh Tấn, Lê Minh Triết, Trần Đức Huy, Nguyễn Hữu Thịnh. Phẫu thuật nội soi đặt lưới dự phòng thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo theo kỹ thuật Sugarbaker ở người bệnh ung thư trực tràng có phẫu thuật Miles. *VMJ*. 2024;542(3). doi:10.51298/vmj.v542i3.11164