

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH



LÝ HỮU PHÚ

**ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG
CỦA BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT CẮT TRƯỚC THÁP
ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG**

**NGÀNH: NGOẠI KHOA
MÃ SỐ: 9720104**

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH - NĂM 2025

Công trình được thực hiện tại

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. NGUYỄN TRUNG TÍN

2. TS. UNG VĂN VIỆT

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng đánh giá luận án cấp
Trường

Hợp tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Vào lúc: ... giờ ... phút, ngày ... tháng ... năm

Có thể tìm luận án tại:

1. Thư viện Quốc Gia Việt Nam
2. Thư viện Khoa học Tổng hợp Thành phố Hồ Chí Minh
3. Thư viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTTT), đặc biệt là UTTT thấp là một trong những loại ung thư tiêu hóa phổ biến, với tỷ lệ mắc đang có xu hướng gia tăng tại cả Việt Nam và trên toàn thế giới. Trong điều trị, phẫu thuật cắt trước thấp (LAR) với cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) giúp bảo tồn cơ thắt hậu môn ngày càng được thực hiện nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân (BN). Tuy nhiên, hậu quả thường gặp sau LAR là hội chứng cắt trước thấp (LARS), với các biểu hiện như đi tiêu nhiều lần, tiêu khẩn cấp, són phân và tiêu không tự chủ... ảnh hưởng nặng nề đến sinh hoạt thường ngày và chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân. Nhiều bệnh nhân mắc LARS thể nặng kéo dài có CLCS suy giảm trầm trọng, thậm chí tệ hơn cả những BN mang hậu môn nhân tạo. Một số trường hợp không đáp ứng với các biện pháp điều trị bảo tồn buộc phải chấp nhận phẫu thuật chuyển sang HMNT vĩnh viễn.

Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) và tỷ lệ LARS ở bệnh nhân ung thư trực tràng sau phẫu thuật cắt trước thấp, đồng thời phân tích các yếu tố liên quan đến LARS thể nặng và suy giảm CLCS. Kết quả nghiên cứu hướng đến việc cá thể hóa điều trị và đề xuất các biện pháp can thiệp phù hợp nhằm cải thiện CLCS cho bệnh nhân.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Xác định tỷ lệ mắc hội chứng cắt trước thấp, hội chứng cắt trước thấp thể nặng ở bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật cắt trước thấp.
- Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng tại 1, 3, 6, 9 và 12 tháng.

- Xác định mối liên quan của một số yếu tố gây LARS thể nặng, suy giảm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân sau phẫu thuật cắt trước thấp.

TÍNH CẦN THIẾT CỦA ĐỀ TÀI

Trong bối cảnh tỷ lệ mắc UTTT ngày càng gia tăng tại Việt Nam và kỳ vọng sống của BN được cải thiện, việc đánh giá hiệu quả điều trị không chỉ dừng lại ở yếu tố sống còn mà cần mở rộng sang các khía cạnh CLCS. Phẫu thuật cắt trước thấp bảo tồn cơ thắt hậu môn, dù giúp duy trì hình thái giải phẫu, vẫn tiềm ẩn nguy cơ gây rối loạn chức năng đại tiện, đặc biệt là hội chứng cắt trước thấp – một biến chứng phổ biến nhưng chưa được quan tâm đúng mức trong thực hành lâm sàng.

Nghiên cứu tập trung đánh giá toàn diện CLCS của bệnh nhân cả trước và các thời điểm sau phẫu thuật, đồng thời phân tích mối liên hệ giữa LARS và các yếu tố nguy cơ liên quan, nhằm cung cấp cơ sở khoa học cho việc tối ưu hóa chăm sóc, phục hồi chức năng và nâng cao chất lượng điều trị. Đây là hướng nghiên cứu mang tính nhân văn, thời sự và ứng dụng cao trong ngoại khoa hiện nay.

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

- Cung cấp số liệu cập nhật tại Việt Nam về LARS và CLCS của BN ung thư trực tràng trước và sau phẫu thuật.

- Phát hiện các yếu tố nguy cơ giúp cá thể hóa điều trị và dự phòng LARS thể nặng.

- Đề xuất các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao CLCS.

BỐ CỤC LUẬN ÁN

Luận án gồm 120 trang, bao gồm: Đặt vấn đề 2 trang; Chương 1 Tổng quan tài liệu 36 trang; Chương 2 Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 16 trang; Chương 3 Kết quả nghiên cứu 29 trang; Chương 4 Bàn luận 34 trang; Kết luận và kiến nghị 3 trang. Có 30 bảng, 9 biểu đồ, 2 sơ đồ, 8 hình, 128 tài liệu tham khảo (12 trong nước, 116 nước ngoài).

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Chất lượng cuộc sống và chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới: CLCS là một khái niệm rộng, phản ánh sự đánh giá chủ quan của một cá nhân về vị trí của mình trong cuộc sống, xét trong bối cảnh văn hóa, hệ giá trị xã hội cũng như các mục tiêu, kỳ vọng và quan tâm cá nhân.

Đặc điểm quan trọng bao gồm: mang tính chủ quan, đa chiều và thay đổi theo thời gian

Các lĩnh vực chính của chất lượng cuộc sống: Hoạt động thể lực, trạng thái tâm lý – cảm xúc, mức độ độc lập và khả năng tự chăm sóc, quan hệ xã hội và hỗ trợ từ cộng đồng, Môi trường sống và tài chính, niềm tin cá nhân và giá trị sống.

CLCS đã trở thành một thước đo khách quan về mức độ hài lòng của BN với tình trạng sức khỏe hiện tại, phản ánh tác động của bệnh lý và điều trị lên các lĩnh vực thể lực, tâm lý và xã hội. Việc đánh giá CLCS không chỉ giúp cá nhân hóa điều trị, mà còn cung cấp dữ liệu quan trọng cho các nghiên cứu so sánh hiệu quả điều trị, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc BN ung thư. Đặc biệt, trong phẫu thuật UTTT thấp, việc cân nhắc giữa bảo tồn cơ thắt hậu môn và nguy cơ LARS là một bài toán quan trọng. Việc nghiên cứu CLCS giúp bác sĩ và BN có cái nhìn toàn diện hơn về hậu quả lâu dài của các lựa chọn điều trị, từ đó đưa ra quyết định tối ưu.

1.2. Giải phẫu và sinh lý chức năng của hậu môn trực tràng

Chức năng của HMTT là duy trì sự giữ phân và giải phóng phân, hơi qua HMTT. Đây là một hoạt động phức tạp, nhiều yếu tố tham gia và được kiểm soát bởi hệ thần kinh trung ương. Sự toàn vẹn của hệ thống này phụ thuộc vào các yếu tố giải phẫu như thể tích khoang chứa,

khả năng giãn nở của trực tràng, hệ thống cơ thắt hậu môn, thần kinh vùng chậu, cũng như phối hợp vận động của cơ sàn chậu và cơ nâng hậu môn.

1.3. Điều trị ung thư trực tràng

Điều trị UT TT là một quá trình đa mô thức, bao gồm phẫu thuật, hóa trị và xạ trị, nhằm mục tiêu loại bỏ triệt để khối u, kiểm soát tái phát và cải thiện thời gian sống của BN.

1.3.1. Phẫu thuật

Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) được Heald mô tả lần đầu năm 1982, là "tiêu chuẩn vàng" trong điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng. TME toàn bộ được áp dụng cho các khối u 1/3 dưới hoặc 1/3 giữa trực tràng, yêu cầu bóc tách toàn bộ mạc treo trực tràng đến tận cơ nâng hậu môn.

Trong phẫu thuật điều trị UT TT, các mức độ cắt thấp khác nhau, đặc biệt là cắt trước cực thấp hoặc cắt gian cơ thắt có thể làm gia tăng đáng kể nguy cơ rối loạn chức năng HMTT sau mổ, được biểu hiện dưới dạng Hội chứng cắt trước thấp (LARS). Những can thiệp này thường dẫn đến giảm hoặc mất thể tích dự trữ của trực tràng, tổn thương các nhánh thần kinh giao cảm và phó giao cảm vùng chậu trong quá trình bóc tách toàn bộ mạc treo trực tràng, suy giảm trương lực và khả năng co bóp của cơ thắt hậu môn, cũng như rối loạn phản xạ ức chế HMTT. Hệ quả là áp lực hậu môn giảm và khả năng phân biệt giữa khí, lỏng và rắn bị suy giảm. Theo Machado, mất đi khoang chứa phân và tính co giãn sinh lý của trực tràng là hai yếu tố nguy cơ chính góp phần vào cơ chế bệnh sinh của LARS. Đặc biệt, khi vị trí miệng nối càng thấp, nguy cơ són phân và đi tiêu không tự chủ càng gia tăng. Vì vậy, LARS cần được xem xét như một biến chứng chức năng quan trọng, song song với các chỉ số đánh giá hiệu quả điều trị ung thư như tỷ lệ sống còn và tái phát.

1.3.2. Xạ trị

Là một phần quan trọng của điều trị đa mô thức, chỉ định cho bệnh nhân UTTT tiến triển. Xạ trị giúp giảm đáng kể tỷ lệ tái phát tại chỗ, hiệu quả cải thiện thời gian sống thêm còn chưa đồng thuận.

Xạ trị trước mổ giúp giảm kích thước u, giảm giai đoạn ung thư, tạo thuận lợi cho phẫu thuật, và nhất là tăng khả năng bảo tồn cơ thất trong phẫu thuật UTTT thấp. Điều trị tân bổ trợ có thể là xạ trị đơn thuần hoặc phối hợp hóa xạ. Phẫu thuật triệt căn thường thực hiện sau 6-8 tuần.

Xạ sau mổ: với ưu điểm là BN được phẫu thuật kịp thời, có kết quả giải phẫu bệnh nên đánh giá giai đoạn chính xác, giúp giảm nguy cơ tái phát.

Tuy nhiên, tia xạ có thể gây tổn thương mô dẫn đến đi tiêu nhiều lần, tiêu phân nhầy máu, tiêu không tự chủ, rối loạn chức năng niệu dục, viêm bàng quang, viêm trực tràng chảy máu. Tia xạ còn làm các triệu chứng của rối loạn đại tiện, tiểu tiện nặng nề hơn, tăng nguy cơ xì rò, chít hẹp miệng nối sau mổ, ảnh hưởng nghiêm trọng đến CLCS của bệnh nhân. Do đó, cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ khi chỉ định.

1.3.3. Hóa trị

Là phương pháp điều trị bổ trợ bằng hóa chất, được đưa vào cơ thể bằng đường tĩnh mạch hoặc đường uống, nhằm ngăn chặn ung thư tái phát và cải thiện được thời gian sống còn cho BN. Tuy hóa trị đóng vai trò quan trọng trong điều trị hỗ trợ UTTT, nhưng có thể gây ra các tác dụng không mong muốn như tiêu chảy, mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, nôn, rối loạn cảm giác ngoại biên, mất ngủ, lo âu và trầm cảm, qua đó ảnh hưởng tiêu cực đến trạng thái tâm lý – xã hội và CLCS của bệnh nhân.

1.4. Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật cắt trước thấp

1.4.1. Hội chứng cắt trước thấp

Định nghĩa LARS gồm các triệu chứng rối loạn chức năng đại tiện xảy ra sau cắt trực tràng như tiêu không tự chủ, tiêu nhiều lần, tiêu gấp,

són phân, mót rặn, tiêu khó, thay đổi tính chất phân và các triệu chứng này có ảnh hưởng đến CLCS của bệnh nhân

Chẩn đoán: thang điểm LARS score: đề xuất năm 2012, được biết đến là công cụ đánh giá đơn giản, dễ sử dụng và hiệu quả để đánh giá LARS sau LAR. Thang điểm này tập trung vào 5 triệu chứng chính của LARS và phân loại chúng thành các mức độ nặng, trung bình, và không có, nhằm đánh giá tác động lên CLCS của bệnh nhân. Thang điểm LARS đã được chứng minh là đáng tin cậy và có giá trị trong thực hành lâm sàng, giúp nhanh chóng chẩn đoán và lên kế hoạch điều trị phù hợp

Các yếu tố nguy cơ: nghiên cứu POLARS được Battersby thực hiện, các yếu tố nguy cơ được xác định gồm: tuổi cao, TME, hóa xạ trị, chiều cao miệng nối thấp (cách bờ hậu môn ≤ 5 cm), HMNT tạm thời. Vài nghiên cứu cho thấy các kiểu nối ruột như J-pouch hoặc ngang, hiệu quả hơn kiểu nối thẳng trong việc giảm triệu chứng tiêu gấp và tiêu không tự chủ. Có nghiên cứu ghi nhận xì rò miệng nối là yếu tố nguy cơ gây LARS thể nặng. Ashburn kết luận BN có xì rò miệng nối CLCS kém hơn BN không có, họ đi tiêu thường xuyên cả ngày lẫn đêm, tiêu không tự chủ cả với phân rắn nhiều hơn. Hiện, có rất ít nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ này và đa số là hồi cứu. Do đó, những bệnh nhân UTTT thấp có nguy cơ cao mắc LARS thể nặng thì việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, tối ưu vẫn chưa được khuyến cáo rõ ràng.

Ảnh hưởng của LARS đến CLCS

Nhìn chung, hơn 60% BN mắc LARS sau cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt, 60-80% là thể nặng. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng LARS thể nặng ảnh hưởng nghiêm trọng đến CLCS của bệnh nhân, gây suy giảm sức khỏe về thể chất, hình dáng cơ thể, hoạt động xã hội, và gây rối loạn lo âu, cảm xúc và trầm cảm. BN có xu hướng cô lập bản thân, hạn chế tham gia vào các hoạt động xã hội, thậm chí từ bỏ công việc hiện tại để thích nghi với tình trạng sức khỏe của mình.

Nhiều nghiên cứu cho thấy các tác động tiêu cực của LARS lên CLCS có khi kéo dài và diễn tiến mạn tính. Do đó, hiểu biết sâu sắc về

LARS cũng như CLCS của bệnh nhân UTTT thấp, đặc biệt là sự biến đổi ở các khía cạnh của CLCS trong năm đầu phẫu thuật là cần thiết để phát triển các chiến lược điều trị hiệu quả và cải thiện CLCS cho bệnh nhân UTTT.

Thế giới đã có nhiều nghiên cứu về LARS, CLCS của bệnh nhân UTTT thấp cũng như các chiến lược quản lý và phục hồi chức năng cho BN mắc LARS thể nặng. Tuy nhiên, số lượng nghiên cứu quốc tế đồng thời khảo sát và phân tích mối liên quan giữa LARS và CLCS còn hạn chế, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân LARS thể nặng. Thiếu các nghiên cứu tiến cứu đánh giá CLCS của BN tại nhiều thời điểm trước và sau phẫu thuật, nhằm cung cấp bằng chứng mạnh mẽ hơn trong hướng dẫn thực hành.

Tại Việt Nam, dữ liệu về LARS và CLCS còn rời rạc, đa số chỉ dừng ở khảo sát đơn lẻ với cỡ mẫu nhỏ, chưa có nghiên cứu hệ thống theo dõi dọc, càng thiếu nghiên cứu phân tích đa yếu tố xác định nguy cơ LARS thể nặng, cũng như các yếu tố liên quan đến suy giảm CLCS. Hơn nữa, phần lớn các công trình này được thực hiện tại các quốc gia có hệ thống chăm sóc hỗ trợ toàn diện sau phẫu thuật, do đó kết quả khó khái quát cho bối cảnh thực hành tại các nước đang phát triển như Việt Nam, nơi còn thiếu các chương trình phục hồi chức năng và hỗ trợ tâm lý – xã hội sau điều trị. Điều này cho thấy sự cần thiết của các nghiên cứu tiến cứu tại Việt Nam, nhằm vừa mô tả diễn tiến LARS, vừa lượng hóa tác động đến CLCS, từ đó cung cấp bằng chứng khoa học cho chiến lược tư vấn, điều trị cá thể hóa và xây dựng chương trình phục hồi chức năng hậu phẫu.

CHƯƠNG 2:

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu, đoàn hệ không nhóm chứng.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng vị trí 1/3 giữa hoặc dưới (khối u cách bờ hậu môn từ 3-9cm) và được phẫu thuật cắt trước thấp với cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bảo tồn cơ thắt hậu môn.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Tất cả BN không phân biệt tuổi, giới và nơi cư ngụ, được phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư trực tràng thấp.
- Phân loại ASA từ I-III
- Có hoặc không điều trị hỗ trợ trước và/hoặc sau mổ.
- Các BN được mở hồi tràng hoặc HMNT và được phục hồi lưu thông ruột trong vòng 6 tháng sau phẫu thuật cắt trước thấp.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu và ký cam kết.
- Đủ năng lực nhận thức để trả lời chính xác câu hỏi.
- BN được theo dõi và khảo sát ít nhất 1 lần sau phẫu thuật (1 tháng nếu không có mở hồi tràng hoặc 1 tháng sau đóng hồi tràng)

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư tái phát tại chỗ trong vòng 12 tháng theo dõi, gây ảnh hưởng đến đánh giá CLCS.
- BN có bệnh lý thần kinh gây rối loạn nhận thức hoặc yếu liệt trong quá trình theo dõi, bao gồm: tai biến mạch máu não gây di chứng rối loạn nhận thức, sa sút trí tuệ.
- BN có bệnh lý HMTT mạn tính trước mổ như: rò hậu môn, sa trực tràng hay các tiền căn phẫu thuật vùng HMTT có thể gây nhiễu khi đánh giá LARS và CLCS.
- BN không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu hoặc không liên lạc được.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

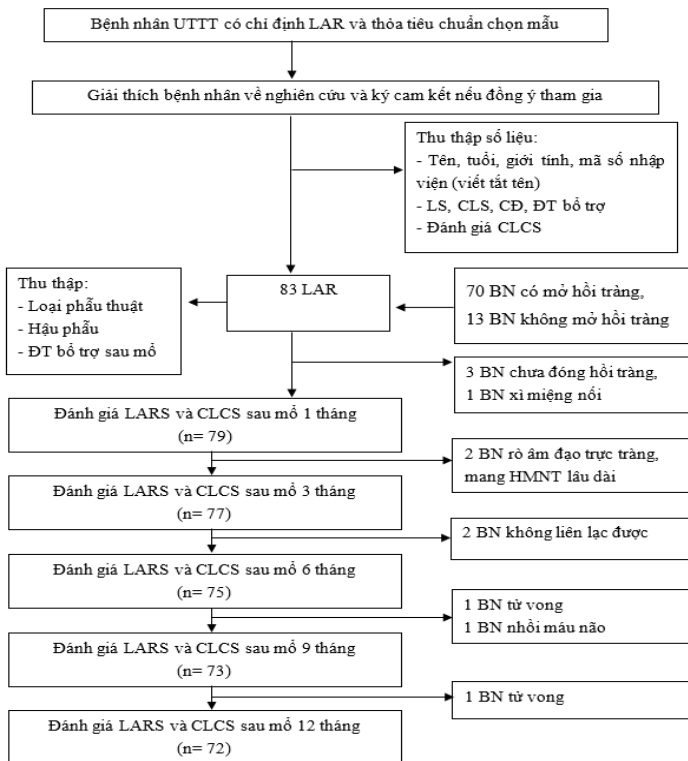
Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 3/2022 đến hết 3/2024
tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM.

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

- Bộ câu hỏi LARS score: đánh giá mức độ hội chứng cắt trước thấp, phân loại không có, trung bình, thể nặng.
- EORTC QLQ-C30: bộ câu hỏi đánh giá CLCS tổng thể của bệnh nhân ung thư, đã được chuẩn hóa và sử dụng phổ biến.

Đánh giá tại các thời điểm: trước phẫu thuật, sau phẫu thuật tại các mốc 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng và 12 tháng.

2.7. Quy trình nghiên cứu



Sơ đồ 2.1. Quy trình nghiên cứu

2.8. Phương pháp phân tích dữ liệu

Phân tích mô tả:

- Biến định lượng: trình bày dưới dạng trị số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn nếu dữ liệu có phân phối chuẩn. Trình bày dưới dạng trung vị, khoảng tứ phân vị hoặc khoảng giá trị (Min – Max) nếu dữ liệu không có phân phối chuẩn.

- Biến định tính: tính tần suất (n) và tỷ lệ phần trăm (%), sử dụng bảng tần số để mô tả đặc điểm mẫu nghiên cứu .

Kiểm định giả thuyết giữa các nhóm nghiên cứu:

- Biến định lượng: nếu phân phối chuẩn: Sử dụng kiểm định t-test độc lập khi so sánh hai nhóm, hoặc ANOVA một chiều khi so sánh từ ba nhóm trở lên. Nếu không có phân phối chuẩn: sử dụng kiểm định Mann-Whitney U test, Wilcoxon test và kiểm định Kruskal Wallis.

- Biến định tính: so sánh tỷ lệ giữa các nhóm bằng kiểm định Chi-square. Nếu số quan sát nhỏ, sử dụng kiểm định chính xác Fisher.

- Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến: xác định các yếu tố liên quan đến suy giảm CLCS.

- Phân tích hồi quy logistic: xác định các yếu tố tiên đoán độc lập liên quan LARS thể nặng.

Tiêu chuẩn có ý nghĩa thống kê: $p < 0,05$

2.9. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được xem xét và phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh vào ngày 10/03/2022, theo Quyết định số 295/HĐĐĐ-ĐHYD.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $61,5 \pm 11,2$ (25–84 tuổi), trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm ưu thế. Nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ (tỷ lệ nam:nữ = 1,2:1).

Tất cả BN có khối u trực tràng giữa (67,5%) hoặc dưới (32,5%), trong đó gần 1/3 có khối u cực thấp (≤ 5 cm cách bờ hậu môn). Khoảng cách trung bình từ u đến cơ thắt hậu môn là $4,2 \pm 1,1$ cm

Trước phẫu thuật, 92,7% bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển (cTNM II–IV); sau mổ, 65,1% ở giai đoạn pTNM II–III. Có 72,3% bệnh nhân được điều trị bổ trợ, trong đó 69,9% hóa trị, 51,8% xạ trị và 50,6% hóa xạ trị. Điều trị tân bổ trợ được áp dụng cho 24,1% bệnh nhân.

3.2. Hội chứng cắt trước thấp (LARS), mức độ nặng và diễn tiến

Bảng 3.10. Tỷ lệ bệnh nhân mắc LARS và mức độ nặng

Đặc điểm	1 tháng (n=79)	3 tháng (n=77)	6 tháng (n=75)	9 tháng (n=73)	12 tháng (n=72)
Điểm LARS	40,3 $\pm$ 2,3	38,4 $\pm$ 4,2	35,1 $\pm$ 7,1	32,5 $\pm$ 6,9	31,3 $\pm$ 6,5
Phân độ nặng LARS					
Không	0 (0,0)	1 (1,3)	2 (2,7)	7 (9,6)	6 (8,3)
LARS trung bình	0 (0,0)	3 (3,9)	12 (16,0)	13 (17,8)	24 (33,3)
LARS thể nặng	79 (100,0)	73 (94,8)	61 (81,3)	53 (72,6)	42 (58,3)

3.3. Chất lượng cuộc sống

3.3.1. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trước phẫu thuật

Bảng 3.11. CLCS của bệnh nhân trước phẫu thuật theo EORTC-C30

Đặc điểm	N=83
Chất lượng cuộc sống chung	46,3 $\pm$ 10,4
Lĩnh vực chức năng	
Hoạt động thể lực	91,2 $\pm$ 15,3
Vai trò xã hội	80,7 $\pm$ 24,2
Hòa nhập xã hội	49,4 $\pm$ 22,2

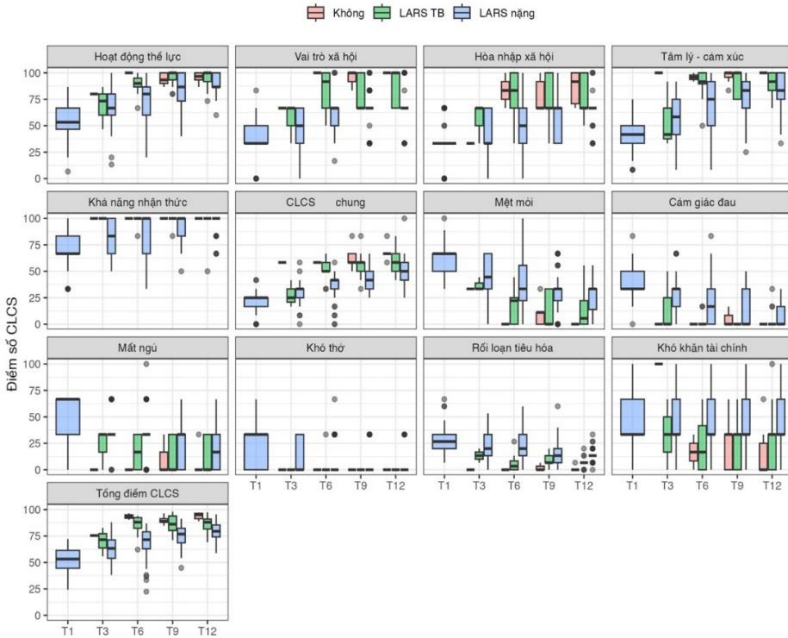
Tâm lý – cảm xúc	52,9 ± 20,8
Khả năng nhận thức	91,2 ± 15,0
Lĩnh vực triệu chứng	
Mệt mỏi	18,1 ± 19,1
Cảm giác đau	12,2 ± 17,9
Mất ngủ	22,1 ± 23,4
Khó thở	6,0 ± 14,9
Rối loạn tiêu hóa	11,6 ± 10,9
Khó khăn tài chính	34,5 ± 29,7
Tổng điểm CLCS	75,5 ± 11,5

3.3.2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật

Bảng 3.12. CLCS của bệnh nhân sau phẫu thuật theo EORTC-C30

Đặc điểm	1 tháng (n=79)	3 tháng (n=77)	6 tháng (n=75)	9 tháng (n=73)	12 tháng (n=72)
CLCS chung	21,7±8,7	30,2±10,7	40,0±13,6	47,7±13,0	55,2±12,7
Lĩnh vực chức năng					
Hoạt động thể lực	55,7±17,5	68,1±16,1	77,9±18,3	86,8±13,3	91,8±8,8
Vai trò xã hội	40,5±16,8	50,4±16,9	64,4±20,4	70,8±20,2	76,9±19,7
Hòa nhập xã hội	37,6±17,0	45,7±17,0	56,2±23,1	62,8±19,9	70,4±16,6
Tâm lý - cảm xúc	41,8±16,3	57,9±20,8	73,1±26,3	81,5±19,3	87,2±15,1
Khả năng nhận thức	69,6±18,2	85,3±15,0	87,3±19,5	93,8±12,3	97,0±9,4
Lĩnh vực triệu chứng					
Mệt mỏi	57,7±14,9	46,0±15,3	34,2±21,0	24,7±18,8	18,8±16,8
Cảm giác đau	40,7±14,8	24,7±17,9	15,3±19,9	10,3±14,9	6,0±11,6
Mất ngủ	48,9±19,1	36,4±15,5	29,8±20,9	20,5±19,7	14,8±18,5
Khó thở	20,3±18,8	8,2±14,5	7,6±15,1	3,2±9,9	2,3±8,5
Rối loạn tiêu hóa	30,0±10,9	23,6±12,1	18,9±14,3	13,2±10,2	10,4±6,8
Khó khăn tài chính	37,6±27,9	36,8±26,8	37,8±27,0	34,7±26,3	33,8±27,7
Tổng điểm CLCS	52,6±11,5	63,5±10,7	71,3±15,5	78,1±11,3	82,7±9,4

3.3.4. Ảnh hưởng của hội chứng cắt trước thấp đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân



Biểu đồ 3.9. So sánh điểm số ở các lĩnh vực CLCS của bệnh nhân mắc LARS

3.4. Các yếu tố liên quan đến LARS thể nặng, suy giảm chất lượng cuộc sống

3.4.1. Các yếu tố liên quan đến LARS thể nặng

Bảng 3.17. Các yếu tố liên quan đến LARS thể nặng

Đặc điểm	OR	KTC 95%	P
Tuổi (năm)	1,02	0,98–1,06	0,385
Nhóm tuổi			
- 41-50	23,28	1,17–463,82	0,039
- 51-60	2,46	0,39–15,46	0,336
- 61-70	3,66	0,62–21,67	0,153
- >70	6,20	0,81–47,47	0,079

Đặc điểm	OR	KTC 95%	P
Giới tính			
- Nam	1,00	Ref	
- Nữ	1,72	0,65–4,55	0,276
cTNM trước mổ			
- I	1,00	Ref	
- II	4,21	0,47–37,80	0,200
- III	3,09	0,61–15,61	0,171
- IV	1,76	0,07–43,52	0,730
Xâm lấn khối u (T)			
- T1	1,00	Ref	
- T2	13,27	0,71–248,37	0,084
- T3	18,77	1,44–244,05	0,025
- T4	12,34	0,96–159,20	0,054
Điều trị hỗ trợ trước mổ			
- Không	1,00	Ref	
- Có	1,83	0,55–6,13	0,328
Chiều cao miệng nối			
- Cách bờ hậu môn 4-5cm	1,00	Ref	
- Cách bờ hậu môn 2-3 cm	1,95	0,73–5,22	0,181
- Cắt gian cơ thắt – nối ống hậu môn		0,00–Inf	1,000
Mở hồi tràng	1,59	0,44–5,72	0,479
Biến chứng sau mổ			
- Không biến chứng	1,00	Ref	
- Có biến chứng	2,28	0,41–12,78	0,347
Xạ trị			
- Không	1,00	Ref	
- Có	2,88	1,14–7,28	0,026
Hoá trị			
- Không	1,00	Ref	
- Có	3,25	1,28–8,22	0,013

Bảng 3.18. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan LARS thể nặng

Đặc điểm	OR	KTC 95%	Giá trị p
Nhóm tuổi			
- ≤40	1,00	Ref	
- 41-50	14,46	0,8–262,91	0,071
- 51-60	1,30	0,21–8,19	0,781
- 61-70	2,31	0,42–12,82	0,338
- >70	6,45	0,99–42,1	0,051
U xâm lấn trên CT scan			
- T1	1,00	Ref	
- T2	7,5	0,56–100,09	0,127
- T3	4,01	0,35–45,8	0,264
- T4	2,17	0,18–26,0	0,540
Xạ trị			
- Không	1,00	Ref	
- Có	2,02	0,66–6,19	0,220
Hoá trị			
- Không	1,00		
- Có	2,76	0,84–9,05	0,094

3.4.2. Các yếu tố liên quan đến suy giảm CLCS của bệnh nhân sau phẫu thuật cắt trước thấp

Bảng 3.19. Các yếu tố liên quan đến suy giảm CLCS sau phẫu thuật

Đặc điểm	Hiệu số TB	KTC 95%	Giá trị p
Tuổi (năm)	0,04	-0,15; 0,23	0,705
Nhóm tuổi			
- ≤40			
- 41-50	-9,21	-21,00; 2,59	0,130

Đặc điểm	Hiệu số TB	KTC 95%	Giá trị p
- 51-60	-4,26	-13,86; 5,33	0,387
- 61-70	-3,80	-13,03; 5,44	0,423
- >70	-3,50	-13,54; 6,55	0,497
Giới tính			
- Nam			
- Nữ	-3,64	-7,80; 0,52	0,090
BMI (kg/m ²)	0,00	-0,82; 0,82	0,996
Phân loại ASA			
- I			
- II	-0,10	-6,99; 6,78	0,976
- III	-1,20	-8,63; 6,23	0,753
Bệnh mạn tính	1,51	-2,71; 5,73	0,486
Hút thuốc lá	5,31	0,47; 10,14	0,035
Sử dụng thức uống có cồn	6,57	1,47; 11,67	0,014
Vị trí u			
- Trục tràng giữa			
- Trục tràng dưới	-0,04	-4,48; 4,40	0,986
cTNM trước mổ			
- I			
- II	-9,52	-19,60; 0,56	0,068
- III	-5,25	-13,09; 2,59	0,194
- IV	-8,38	-24,09; 7,33	0,299
U xâm lấn			
- T1			
- T2	-17,18	-31,62; -2,73	0,023
- T3	-15,50	-28,58; -2,42	0,023
- T4	-14,78	-27,94; -1,62	0,031
Điều trị hỗ trợ trước mổ			
- Không			
- Có	1,27	-3,81; 6,35	0,625
Chiều cao miệng nối			

Đặc điểm	Hiệu số TB	KTC 95%	Giá trị p
- Cách bờ hậu môn 4-5 cm			
- Cách bờ hậu môn 2-3 cm	-1,44	-5,66; 2,78	0,507
- Cắt gian cơ thắt – nối ống hậu môn	-14,16	-27,14; -1,17	0,036
Mở hồi tràng	2,34	-3,42; 8,09	0,429
Biến chứng sau mổ			
- Không biến chứng			
- Có biến chứng	-7,43	-14,14; -0,72	0,033
LARS sau mổ			
- Không			
- LARS TB	-5,82	-13,38; 1,74	0,132
- LARS nặng	-25,30	-32,23; -18,36	<0,001
Xạ trị			
- Không			
- Có	-2,32	-6,51; 1,86	0,280
Hoá trị			
- Không			
- Có	-6,25	-10,56; -1,94	0,006

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 83 BN ung thư trực tràng thấp được phẫu thuật cắt trước thấp với TME bảo tồn cơ thắt hậu môn, với tuổi trung bình $61,5 \pm 11,2$ (25–84 tuổi); nhóm >60 tuổi chiếm đa số. Nam giới chiếm 54,2%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trong nước và quốc tế. Tuổi cao có thể ảnh hưởng đến phục hồi hậu phẫu, nguy cơ biến chứng, suy giảm chức năng cơ thắt hậu môn và chất lượng cuộc sống.

Tất cả BN có khối u ở trực tràng thấp, với khoảng cách trung bình từ u đến rìa hậu môn là $6,9 \pm 1,3$ cm và đến cơ thắt hậu môn là $4,2 \pm 1,1$ cm. Kết quả phù hợp với các nghiên cứu trong nước của Hồ Hữu Thiện,

Phạm Quang Vũ và quốc tế của Ekkarat, Emmertsen. Đáng chú ý, gần 1/3 BN có khối u ở vị trí cực thấp (≤ 5 cm từ bờ hậu môn), làm tăng độ khó của phẫu thuật bảo tồn cơ thắt và nguy cơ rối loạn đại tiện, từ đó ảnh hưởng đáng kể đến CLCS sau mổ. Điều này phù hợp với nhận định của Sirouzu về mối liên hệ giữa vị trí khối u và suy giảm CLCS.

Tỷ lệ BN được hóa xạ trị bổ trợ trong nghiên cứu cao hơn so với một số nghiên cứu trong và ngoài nước, có thể do đa số BN thuộc giai đoạn tiến triển. Điều trị bổ trợ, đặc biệt hóa xạ trị kết hợp, đóng vai trò quan trọng trong giảm tái phát và cải thiện tiên lượng sau phẫu thuật. Tuy nhiên, cần cân nhắc giữa lợi ích điều trị và nguy cơ ảnh hưởng đến CLCS, đặc biệt ở BN có thể trạng yếu, biến chứng hậu phẫu hoặc mắc hội chứng LARS.

4.2. Hội chứng cắt trước thấp, mức độ nặng và diễn tiến

Tỷ lệ LARS cao trong 3 tháng đầu sau mổ phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế như nghiên cứu của Emmertsen và Bryant. Sự cải thiện theo thời gian này phản ánh khả năng phục hồi sinh lý và thích nghi dần với thay đổi giải phẫu sau mổ.

Kết quả phù hợp với xu hướng ghi nhận trong nhiều nghiên cứu. So với mức 30–50% được báo cáo của các nghiên cứu quốc tế, tỷ lệ trong nghiên cứu này cao hơn có thể do:

Đặc điểm dân số: lớn tuổi, tỷ lệ bệnh mạn tính cao, góp phần làm trầm trọng rối loạn đại tiện.

Kỹ thuật phẫu thuật: nhiều bệnh nhân có UTTT cực thấp, thực hiện TME với nạo hạch D3, tỷ lệ mở hồi tràng tạm thời cao, miệng nối kiểu thẳng – các yếu tố này làm tăng nguy cơ LARS.

Điều trị bổ trợ: tỷ lệ hóa xạ trị bổ trợ cao hơn, ảnh hưởng thần kinh và nhu động ruột.

Chiến lược phục hồi: tư vấn dinh dưỡng, luyện tập sàn chậu và điều chỉnh lối sống có thể giúp cải thiện dần chức năng đại tiện.

4.3. Chất lượng cuộc sống

Trước phẫu thuật, CLCS của bệnh nhân UTTT thấp trong nghiên cứu suy giảm đáng kể ở nhiều lĩnh vực: điểm CLCS chung thấp (46,3): thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu trước Nguyễn Tô Quỳnh Châu: 51,96; Kimman: 66,2; Kinoshita: 71 cho thấy sự suy giảm rõ rệt về tâm lý và tinh thần. Sự khác biệt có thể do bối cảnh hậu COVID-19, ảnh hưởng từ kinh tế và hệ thống y tế, cũng như sự khác biệt về hỗ trợ xã hội giữa các quốc gia. Điểm hòa nhập xã hội (49,4) và tâm lý – cảm xúc (52,9): phản ánh rõ ảnh hưởng tiêu cực từ lo lắng bệnh tật, sợ hãi kết quả điều trị và nguy cơ sống với hậu môn nhân tạo. Phù hợp với các nghiên cứu của Moseholm và Cheng: lo âu, trầm cảm là yếu tố làm giảm CLCS và tăng nguy cơ tử vong hậu phẫu.

Sau phẫu thuật

- Sự suy giảm CLCS ngay sau phẫu thuật, đặc biệt ở các lĩnh vực:
- + Hoạt động thể lực: giảm mạnh từ 91,6 xuống 55,7 điểm, phản ánh khó khăn rõ rệt trong sinh hoạt hằng ngày.

- + Vai trò xã hội: giảm từ 80,4 xuống 40,5 điểm, cho thấy sự suy giảm trong tương tác xã hội và vai trò gia đình.

- + Tâm lý – cảm xúc: giảm từ 53,3 xuống 41,8 điểm, thể hiện mức độ lo âu và căng thẳng gia tăng.

- + Triệu chứng: mệt mỏi (57,7 điểm), đau đớn kéo dài (40,7 điểm), ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống. Nguyên nhân chủ yếu là do tác động trực tiếp từ phẫu thuật, trong đó phần lớn bệnh nhân được mở hồi tràng tạm thời và phải trải qua lần mổ thứ hai. Quá trình này không chỉ kéo dài thời gian nằm viện và chi phí điều trị, mà còn tạo gánh nặng về thể chất và tinh thần.

- Sự phục hồi CLCS qua thời gian: Dù suy giảm mạnh ở giai đoạn sớm, CLCS của bệnh nhân cho thấy xu hướng cải thiện dần theo thời gian. Sau 12 tháng, điểm CLCS chung đạt 55,2, tiến gần mức trước mổ, Chỉ số hoạt động thể lực, tâm lý – cảm xúc và hòa nhập xã hội cải thiện

rõ rệt. Tuy nhiên, vai trò xã hội, rối loạn tiêu hóa vẫn chưa phục hồi hoàn toàn, và khó khăn tài chính vẫn dai dẳng.

Kết quả phù hợp với xu hướng phục hồi CLCS ghi nhận trong các nghiên cứu trước: Trần Ngọc Thông: CLCS cải thiện theo thời gian, nhưng ở mức thấp hơn (84 điểm sau 12 tháng). Juul: CLCS giảm mạnh trong 1–3 tháng đầu, cải thiện dần đến tháng 12; phục hồi tâm lý và xã hội nhanh hơn so với nghiên cứu hiện tại. Arraras, Battersby: CLCS giảm rõ sau mổ, nhưng sau 12 tháng đạt trung bình 85 điểm, cao hơn nghiên cứu này. Kinoshita: CLCS sau 12 tháng đạt 88,5 điểm, một mối chỉ chiếm 42%, trong khi nghiên cứu hiện tại ghi nhận mức cao hơn.

CLCS suy giảm mạnh trong giai đoạn hậu phẫu sớm, chủ yếu do ảnh hưởng chức năng thể chất, đau và các triệu chứng tiêu hóa. Điều này tương đồng với các nghiên cứu của van der Valk và Kim. Sự phục hồi CLCS từ tháng thứ 6 là điểm tích cực, tuy nhiên vẫn chưa đạt ngưỡng như trước mổ ở nhiều mặt.

- CLCS suy giảm nghiêm trọng ở bệnh nhân mắc LARS thể nặng, đặc biệt ở các lĩnh vực: hoạt động thể lực, tâm lý – cảm xúc, hòa nhập xã hội và vai trò xã hội.

So với các nghiên cứu quốc tế như của Juul, Battersby, Homma, mức CLCS ở nhóm LARS thể nặng trong nghiên cứu hiện tại thấp hơn đáng kể, có thể do hệ thống chăm sóc hậu phẫu và phục hồi tại Việt Nam còn nhiều hạn chế.

- Xu hướng phục hồi CLCS ở nhóm không LARS hoặc LARS trung bình: ngược lại, bệnh nhân không mắc LARS hoặc chỉ mắc LARS mức độ trung bình có xu hướng phục hồi CLCS rõ rệt theo thời gian, đặc biệt sau 12 tháng: CLCS tiệm cận mức trước phẫu thuật, đặc biệt ở lĩnh vực hoạt động thể lực và tâm lý – cảm xúc. Phù hợp với các nghiên cứu của Hồ Hữu Thiện, Trần Ngọc Thông, Juul, Kinoshita, Arraras. Tuy nhiên, mức độ phục hồi ở hòa nhập xã hội tại Việt Nam vẫn thấp hơn so với các nghiên cứu tại Nhật Bản, châu Âu. Nguyên nhân có thể do sự khác

biệt trong hệ thống an sinh, hỗ trợ tâm lý xã hội và khả năng tiếp cận các chương trình phục hồi chức năng sau mổ.

- Sự suy giảm kéo dài CLCS ở nhóm mắc LARS thể nặng: Tỷ lệ LARS thể nặng duy trì ở mức cao trong suốt thời gian theo dõi, đặc biệt 6 tháng đầu sau mổ. Dù có xu hướng cải thiện sau 12 tháng, CLCS của nhóm này vẫn thấp, nhất là ở hoạt động thể lực và hòa nhập xã hội. Kết quả phù hợp với các nghiên cứu của Phạm Quang Vũ, Arraras, Baojia, Homma, Pieniowski, Liu.

Tuy nhiên, tín hiệu tích cực từ nghiên cứu hiện tại là: CLCS ở nhóm LARS thể nặng vẫn có xu hướng cải thiện sau 12 tháng, dù không đạt mức nhóm không mắc. Điều này cho thấy hiệu quả tiềm năng của các biện pháp phục hồi chức năng, nếu được triển khai đúng cách.

4.4. Các yếu tố liên quan đến LARS thể nặng, suy giảm chất lượng cuộc sống

4.4.1. Các yếu tố nguy cơ liên quan LARS thể nặng

- Tuổi: dù tuổi cao thường được xem là yếu tố nguy cơ, nghiên cứu này ghi nhận nhóm tuổi 41–50 có tỷ lệ LARS thể nặng cao hơn ($p < 0,05$), phù hợp với nghiên cứu của Homma. Điều này cho thấy LARS không chỉ ảnh hưởng ở người già, mà còn ở nhóm tuổi lao động, đòi hỏi can thiệp sớm và rộng rãi hơn.

- Xâm lấn khối u T3: là yếu tố nguy cơ mạnh, đặc biệt khi vị trí u cực thấp. Khối u xâm lấn sâu đòi hỏi phẫu thuật rộng rãi, làm tăng nguy cơ tổn thương thần kinh vùng chậu, gây rối loạn kiểm soát đại tiện.

- Xạ trị: tỷ lệ LARS thể nặng sau xạ trị trong nghiên cứu là 72,6% ($p = 0,026$). Xạ trị gây tổn thương cơ sàn chậu và thần kinh hậu môn. Các biến chứng như viêm loét hậu môn và xuất huyết đại tràng làm tăng nặng LARS và giảm CLCS.

- Hóa trị: làm tăng nguy cơ LARS thể nặng do độc tính trên đường tiêu hóa và hệ thần kinh ruột. Trong nghiên cứu này, 75,9% bệnh nhân

hóa trị mắc LARS thể nặng ($p=0,013$), tương đồng với các nghiên cứu quốc tế.

- Phẫu thuật: tất cả BN đều thực hiện TME và miệng nối ≤ 5 cm từ bờ hậu môn – yếu tố nguy cơ cao cho LARS.

- Các yếu tố không có liên quan đáng kể: giới tính, bệnh mạn tính, BMI, phân loại ASA, hút thuốc và rượu không có mối liên quan ý nghĩa thống kê với LARS trong nghiên cứu này ($p>0,05$).

4.4.2. Các yếu tố liên quan đến suy giảm CLCS sau phẫu thuật

- LARS thể nặng: là yếu tố tác động mạnh nhất, làm giảm trung bình 25,3 điểm CLCS ($p<0,001$), ảnh hưởng toàn diện đến thể lực, tâm lý và hòa nhập xã hội. Kết quả phù hợp với các nghiên cứu quốc tế.

- Biến chứng hậu phẫu: đặc biệt là xì rò miệng nối, làm giảm CLCS trung bình 7,43 điểm ($p=0,033$), kéo dài thời gian hồi phục và làm tăng gánh nặng điều trị.

- Hút thuốc lá: có liên quan đến giảm CLCS ($p<0,05$) do làm tăng biến chứng và chậm hồi phục chức năng tiêu hóa.

- Mức độ xâm lấn khối u (T3–T4): làm giảm CLCS trung bình 15–17 điểm so với khối u T1–T2, do liên quan đến phẫu thuật mở rộng và tăng nguy cơ LARS.

- Hóa trị bổ trợ: làm giảm CLCS trung bình 6,25 điểm ($p=0,006$), chủ yếu do tác dụng phụ kéo dài như mệt mỏi, rối loạn tiêu hóa và lo âu – trầm cảm sau điều trị.

- Khó khăn tài chính: là yếu tố nguy cơ gián tiếp nhưng có ảnh hưởng sâu rộng đến CLCS, làm hạn chế tiếp cận điều trị, gây căng thẳng tinh thần và giảm tuân thủ điều trị.

- Các yếu tố như tuổi, giới tính, nơi cư trú, trình độ học vấn, nghề nghiệp, bệnh mạn tính, phân độ ASA và xạ trị không cho thấy mối liên hệ đáng kể với suy giảm CLCS ($p>0,05$).

KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân mắc hội chứng cắt trước thấp (LARS) tại các thời điểm sau mổ lần lượt là: 1 tháng (100%), 3 tháng (98,7%), 6 tháng (97,3%), và 12 tháng (91,6%). Tỷ lệ mắc LARS thể nặng cao nhất vào tháng thứ 1 sau mổ (100%) và giảm dần theo thời gian, còn 58,3% ở tháng thứ 12. Điểm LARS trung bình giảm từ 40,3 điểm xuống 31,3 điểm.

Trước phẫu thuật, CLCS của bệnh nhân đã bị suy giảm đáng kể với điểm trung bình CLCS chung là 46,3; điểm hòa nhập xã hội là 49,4; điểm tâm lý – cảm xúc là 52,9 và khó khăn tài chính là 34,5 theo thang điểm EORTC QLQ-C30.

CLCS của bệnh nhân suy giảm nặng ngay sau mổ, với tổng điểm CLCS trung bình giảm từ 75,5 trước mổ xuống 52,6 tại thời điểm 1 tháng, sau đó tăng dần qua các mốc 3 tháng (63,5), 6 tháng (71,3), 9 tháng (78,1) và 12 tháng sau mổ (82,7). Các lĩnh vực chức năng như hoạt động thể lực, tâm lý-cảm xúc, xã hội, vai trò đều có xu hướng hồi phục, tuy nhiên một số lĩnh vực vai trò xã hội, hòa nhập xã hội và rối loạn đại tiện vẫn bị ảnh hưởng kéo dài đến 12 tháng.

Bệnh nhân mắc LARS thể nặng có điểm CLCS thấp hơn rõ rệt so với nhóm không LARS hoặc LARS trung bình. Sự suy giảm ghi nhận ở hầu hết các lĩnh vực như hoạt động thể lực, cảm xúc, xã hội và khó khăn tài chính, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sinh hoạt hàng ngày và CLCS tổng thể của bệnh nhân.

Phẫu thuật nội soi cắt trước thấp, kết hợp cắt toàn bộ mạc treo trực tràng và bảo tồn cơ thắt hậu môn điều trị UTTT thấp là phương pháp an toàn và hiệu quả, với tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp (14,5%) và tỷ lệ tử vong 0%.

Các yếu tố liên quan đến LARS thể nặng bao gồm: tuổi trung niên, xâm lấn khối u T3, xạ trị, hóa trị bổ trợ, chiều cao miệng nối $\leq 5\text{cm}$ cách bờ hậu môn và cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME).

Các yếu tố liên quan độc lập đến suy giảm CLCS sau mổ gồm: LARS thể nặng, biến chứng hậu phẫu, và hóa trị bổ trợ.

KIẾN NGHỊ

LARS, đặc biệt thể nặng, là biến chứng chức năng phổ biến và có ảnh hưởng sâu sắc đến CLCS của bệnh nhân sau phẫu thuật cắt trước thấp. Cần sớm đưa việc đánh giá và theo dõi LARS trở thành một phần thường quy trong chăm sóc hậu phẫu.

CLCS của bệnh nhân sau phẫu thuật bị suy giảm rõ rệt, đặc biệt ở nhóm mắc LARS thể nặng. Cần đánh giá định kỳ CLCS bằng các thang điểm chuẩn hóa như EORTC QLQ-C30 và LARS score để kịp thời phát hiện và hỗ trợ bệnh nhân

Cần cân nhắc kỹ lưỡng khi chỉ định phẫu thuật cắt trước thấp với TME bảo tồn cơ thắt hậu môn, và theo dõi chặt chẽ sau mổ để can thiệp kịp thời ở các BN có các yếu tố nguy cơ liên quan đến mắc LARS thể nặng như u xâm lấn T3, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, chiều cao miệng nối $\leq 5\text{cm}$ cách bờ hậu môn, có xạ trị, hóa trị bổ trợ.

Nghiên cứu tiếp theo nên tập trung vào các biện pháp can thiệp cải thiện LARS thể nặng và nâng cao CLCS cho bệnh nhân sau mổ. Đồng thời, cần mở rộng nghiên cứu đoàn hệ theo dõi dài hạn để đánh giá tiến triển và hiệu quả các can thiệp chức năng sau phẫu thuật ung thư trực tràng thấp.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU

1. Lý Hữu Phú, Hoàng Danh Tấn, Ung Văn Việt, Trần Anh Minh, Nguyễn Việt Bình, Nguyễn Trung Tín. Đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh trước điều trị ung thư trực tràng thấp. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 531(1): 332-336. <https://doi.org/10.51298/vmj.v531i1.6981>
2. Ly Huu Phu, Ho Tat Bang, Nguyen Viet Binh, Hoang Danh Tan, Ung Van Viet, Nguyen Trung Tin. Major Low Anterior Resection Syndrome (LARS) and Quality of Life in Patients With Low Rectal Cancer: A Preoperative Survey Using LARS Score and European Organisation for Research and Treatment of Cancer's 30-Item Core Quality of Life Questionnaire. *Cureus*. 2023. 15(12): e50074. doi:10.7759/cureus.50074
3. Ly Huu Phu, Ho Tat Bang, Ung Van Viet, Hoang Danh Tan, Nguyen Trung Tin. Complications Rate and Related Factors After Laparoscopic Sphincter-Preserving Total Mesorectal Excision for Low Rectal Cancer: A Single-Center Study in Vietnam. *Cureus*. 2024. 16(5): e60734. doi:10.7759/cureus.60734
4. Ly Huu Phu, Ho Tat Bang, Nguyen Viet Binh, Hoang Danh Tan, Nguyen Trung Tin, Ung Van Viet. Quality of life after laparoscopic sphincter-preserving total mesorectal excision for low rectal cancer: a single-center prospective cohort study in Vietnam. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. The manuscript (APJCP-2506-11713) is scheduled to be published. 2025 (December). Volume 26, Issue 12.