

Kết quả phẫu thuật nội soi cắt mạc treo trực tràng đặc hiệu theo u (TSME) điều trị ung thư trực tràng cao tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

Nguyễn Ngọc Sơn^{1,3}, Phạm Anh Vũ², Nguyễn Văn Hải Vân³, Nguyễn Phước Khánh³, Cao Xuân Thanh³, Nguyễn Thanh Hùng³

1. Nghiên cứu sinh Bộ môn Ngoại-Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế, 2. Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế, 3. Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

Địa chỉ liên hệ:

Phạm Anh Vũ,
Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế
Số 06 Ngô Quyền, Thành phố Huế
Điện thoại: 0914 007 457
Email: pavu@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 12/9/2025

**Ngày chấp nhận đăng:
22/10/2025**

Ngày xuất bản: 03/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đối với ung thư trực tràng (UTTT) cao, phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) là không cần thiết, thay vào đó là phẫu thuật cắt mạc treo trực tràng đặc hiệu theo u (TSME). Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật TSME qua nội soi ở người bệnh UTTT cao.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả các người bệnh UTTT cao được phẫu thuật TSME qua nội soi tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng trong thời gian từ tháng 1/2023 đến tháng 1/2025.

Kết quả: Có 48 người bệnh, trong đó, có 27 nam (56,2%) và 21 (43,8%) nữ. Tuổi trung bình là $63,4 \pm 10,1$ tuổi. Thời gian phẫu thuật trung bình là $175,3 \pm 33$ phút. Số lượng hạch nạo được trung bình là $19,8 \pm 6,8$ hạch. Có 01 người bệnh bị tai biến trong mổ (2,1%) là tổn thương mạch viền. Biến chứng sau mổ có bốn người bệnh (8,3%) gồm: ba người bệnh nhiễm trùng vết mổ (6,2%) và một người bệnh xì miêng nối (2,1%). Giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tuyến chiếm 100%. Tỷ lệ rìa diện cắt âm tính là 100%. Tỷ lệ giai đoạn I, II, và III lần lượt là 18,7%, 43,8% và 37,5%. Thời gian hậu phẫu trung bình là $8,0 \pm 3,3$ ngày. Không có trường hợp nào tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ. Thời gian theo dõi trung bình là $17,2 \pm 6,8$ tháng (6-31 tháng). Không có tái phát tại chỗ tại vùng, tỷ lệ di căn xa là 4,2%.

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi TSME điều trị ung thư trực tràng cao cho kết quả tốt với tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp. Kết quả ung thư học trung hạn là tốt.

Từ khóa: Ung thư trực tràng cao, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, cắt mạc treo trực tràng đặc hiệu theo u.

Outcome of laparoscopic tumor-specific mesorectal excision (TSME) for upper rectal cancer at Da Nang Oncology Hospital

Nguyen Ngoc Son^{1,3}, Pham Anh Vu², Nguyen Van Hai Van³, Nguyen Phuoc Khanh³, Cao Xuan Thanh³, Nguyen Thanh Hung³

1. PhD student, Department of Surgery-University of Medicine and Pharmacy – Hue University, 2. University of Medicine and Pharmacy – Hue University, 3. Da Nang Oncology Hospital

Abstract

Introduction: For upper rectal cancer, total mesorectal excision (TME) is often unnecessary and can be replaced by tumor-specific mesorectal excision (TSME). We conducted this study to evaluate the outcomes of laparoscopic TSME in patients with upper rectal cancer.

Patients and Methods: A prospective descriptive study was conducted on patients with upper rectal cancer undergoing laparoscopic TSME at Da Nang Oncology Hospital from January, 2023, to January, 2025.

Results: Forty-eight patients were included 27 males (56.2%) and 21 females (43.8%), mean age 63.4 ± 10.1 years. Mean operative time was 175.3 ± 33 minutes. Mean lymph node harvest was 19.8 ± 6.8 . One intraoperative complication (2.1%) occurred due to marginal artery injury. Postoperative morbidity was 8.3%, including surgical site infection (6.2%) and anastomotic leakage (2.1%). All cases were confirmed the adenocarcinoma by surgical specimen examination, with 100% negative resection margins. Pathological stages: I (18.7%), II (43.8%), III (37.5%). Mean postoperative stay was 8.0 ± 3.3 days. No 30-day mortality was recorded. Mean follow-up was 17.2 ± 6.8 months (range 6–31), with no local recurrence and 4.2% distant metastasis.

Conclusions: Laparoscopic TSME for upper rectal cancer is safe and effective, with low complication rates and favorable medium-term oncological outcomes.

Keywords: Upper rectal cancer, Total Mesorectal Excision, Tumor-Specific Mesorectal Excision

Đặt vấn đề

Phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (Total Mesorectal Excision -TME) được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị ung thư trực tràng (UTTT). TME, được tác giả Heald và cộng sự lần đầu giới thiệu năm 1982, đã góp phần làm giảm tỉ lệ tái phát tại chỗ tại vùng [1]. Tuy nhiên các nghiên cứu cũng cho thấy TME làm tăng nguy cơ xì rò miệng nối cũng như ảnh hưởng đến chất lượng sống của người

bệnh sau phẫu thuật. Những nghiên cứu gần đây trên thế giới cho thấy, đối với UTTT cao, việc thực hiện TME là không cần thiết, thay vào đó là kỹ thuật cắt mạc treo trực tràng đặc hiệu theo u (Tumor-Specific Mesorectal Excision-TSME) với đặc điểm là cắt bán phần mạc treo trực tràng (Partial Mesorectal Excision-PME) và đảm bảo rìa diện cắt dưới u tối thiểu 5cm [2]. Các hướng dẫn điều trị phẫu thuật của các hiệp hội chuyên ngành về điều trị ung thư

đại trực tràng hiện nay cũng đề nghị đối với UTTT cao thì chỉ cần cắt bán phần mạc treo trực tràng, đảm bảo diện cắt cách bờ dưới u tối thiểu 5cm [3],[4].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt mạc treo trực tràng đặc hiệu theo u ở người bệnh UTTT cao.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Các người bệnh UTTT cao được thực hiện phẫu thuật TSME qua nội soi tại Khoa Ngoại 1-Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2025.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Người bệnh có khối u trực tràng cao, cách rìa hậu môn 10-15cm trên nội soi

Người bệnh có kết quả giải phẫu bệnh trước phẫu thuật là ung thư.

Khối u ở giai đoạn cT1-3, N0, M0 dựa trên hình ảnh chụp cộng hưởng từ và/ hoặc chụp cắt lớp vi tính.

Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Người bệnh có tiền sử ung thư đại trực tràng đã điều trị

Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật nội soi
Người bệnh có chẩn đoán trong mổ là T4, M1.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả

Cỡ mẫu: Thiết kế cỡ mẫu nghiên cứu: Dựa vào công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

$$N = Z^2 (1-\alpha/2) P(1-P) / d^2$$

Trong đó:

Z: là trị số tùy thuộc mức tin cậy mong muốn của ước lượng, mức tin cậy mong muốn là 95% với $\alpha = 0,05$ thì $Z^2 (1 - \alpha/2) = 1,96^2$

P: tỉ lệ xì miệng nối ruột, phương pháp phẫu thuật nội soi cắt mạc treo trực tràng đặc hiệu theo u với việc cắt bán phần mạc treo trực tràng giúp làm giảm tỉ lệ xì miệng nối ruột, theo các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước thì tỷ lệ xì miệng nối trung vị là 3%, như vậy $P = 0,03$

d: độ chính xác mong muốn ở mức tin cậy 95% ($d = 0,05$)

Theo công thức trên, $N = 44,7$, như vậy cỡ mẫu tối thiểu là 45 người bệnh.

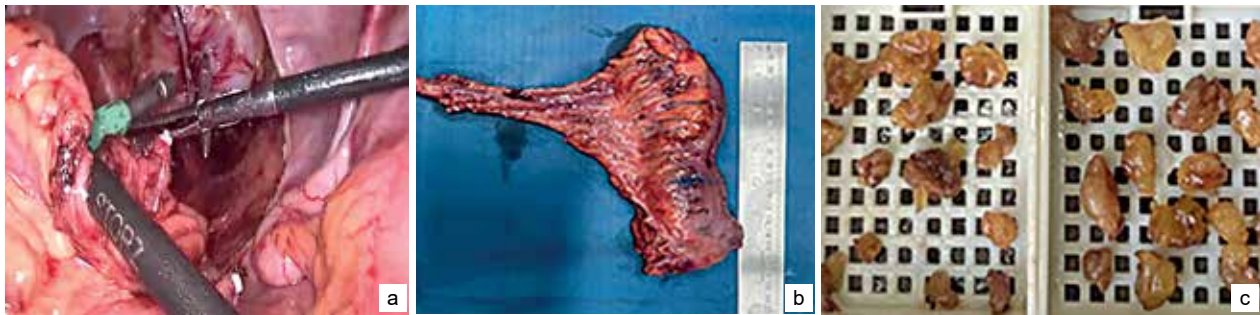
Hình minh họa các bước thực hiện



Hình 1. Tư thế người bệnh (a), vị trí trocar (b) và vị trí phẫu thuật viên (c) (NB Trần N. -Mã NB: 23003672)



Hình 2. Xác định diện cắt dưới u 5cm (a,b) và trên u 10cm (c) (NB Nguyễn Văn T.- Mã NB: 23014731)



Hình 3. Thực hiện miệng nối (a), lấy u (b) và hạch (c) gửi giải phẫu bệnh (NB Nguyễn K.-Mã NB: 23009283)

Nội dung biến số

Các đặc điểm người bệnh bao gồm: tuổi, giới .

Đặc điểm phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, số hạch nạo được, tỉ lệ hạch di căn, tỉ lệ rìa diện cắt âm tính, tỉ lệ làm hậu môn nhân tạo hồi tràng...

Kết quả sớm sau phẫu thuật: Thời gian nằm viện, tỉ lệ xì miệng nối, nhiễm trùng vết mổ, tỉ lệ tắc ruột sớm, tỉ lệ tử vong 30 ngày sau mổ.

Kết quả theo dõi: thời gian theo dõi, tỉ lệ tái phát, tỉ lệ di căn.

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y sinh học SPSS 20.0.

Dùng các phép thống kê tỉ lệ, tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn...

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế (giấy chấp thuận số H2023/032) và Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng (số 57/BVUBĐN-HĐĐĐ).

Kết quả nghiên cứu

Trong thời gian từ 1/2023 đến 1/2025 có 48 người bệnh UTTT cao thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh, được phẫu thuật TSME qua nội soi tại Khoa Ngoại 1, Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

Đặc điểm người bệnh

Tuổi trung bình là $63,4 \pm 10,1$, trẻ nhất là 33 tuổi và lớn nhất là 84 tuổi. Có 35 người bệnh trên 60 tuổi, chiếm 72,9% và 13 người bệnh dưới 60 tuổi, chiếm 27,1%. Có 27 nam (56,3%) và 21 nữ (43,7%), tỉ lệ nam/nữ là 1,3/1.

Bảng 1. Các đặc điểm liên quan phẫu thuật

Đặc điểm	N	Tỉ lệ %
Thời gian phẫu thuật TB (phút)	175,3 ± 33 (90-255)	
Chuyển mổ mở	Có	0
	Không	48
Rìa diện cắt	R0	48
	R1	0
	R2	0
HMNT hồi tràng	Có	0
	Không	48
Hạch nạo được (hạch)	19,8 ± 6,8 (12-44)	
Ngày nằm viện (ngày)	8,0 ± 3,3 (6-28)	

Bảng 2. Các kết quả sau phẫu thuật

Đặc điểm		N	Tỉ lệ%
GPB sau mổ	Ung thư biểu mô tuyến	48	100
	Khác	0	0
Độ biệt hóa	Biệt hóa tốt	21	43,7
	Biệt hóa vừa	26	54,2
	Biệt hóa kém	1	2,1
Giai đoạn T	T1	4	8,3
	T2	7	14,6
	T3	37	77,1
Di căn hạch hạch	N0	30	62,5
	N1	18	37,5
Giai đoạn bệnh sau mổ	I	9	18,7
	II	21	43,8
	III	18	37,5
Tai biến và biến chứng	Rách mạch viền	1	2,1
	Nhiễm trùng vết mổ	3	6,2
	Xi miệng nổi	1	2,1
	TV 30 ngày sau mổ	0	0
Di căn		2	4,2
Thời gian theo dõi TB (tháng)		17,2 ± 6,8 (6-31)	

Bàn luận

Đặc điểm người bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là 63,4 tuổi, trong đó độ tuổi 60 tuổi trở lên chiếm phần lớn (72,9%) và trẻ nhất là 33 tuổi. Điều này phù hợp với đặc điểm của ung thư đại trực tràng nói chung và UTTT nói riêng thường gặp ở người lớn tuổi [5].

Bệnh thường gặp ở nam hơn ở nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam/nữ là 1,3/1. Nghiên cứu của tác giả Ma và cộng sự cho thấy tỉ lệ nam/nữ là 1,7/1 [6]. Nghiên cứu của tác giả Trần Nguyễn Bảo Tuấn và cộng sự cho thấy tỉ lệ nam/nữ là 1,3/1 [7].

Nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Dũng và cộng sự cho thấy bệnh thường gặp ở nam với tỷ lệ nam/nữ là 1,65/1; tuổi trung bình là 63,7 ± 10,9, độ tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 69,6% [8]. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Mạnh Thắng có độ tuổi thấp hơn (tuổi trung bình là 53,6), nhóm tuổi 50-59 chiếm ưu thế [9]. Nghiên cứu của tác giả Kim S H. và tác giả Zhang cũng cho thấy nam thường gặp hơn nữ và độ tuổi trên 60 thường gặp hơn [10], [11].

Đặc điểm phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là 175,3 ± 33 phút (90–255 phút), tương tự nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Thông (171,1 ± 24,5 phút) [12]. Nghiên cứu của Ee Jin Kim cho thấy thời gian phẫu thuật PME ngắn hơn TME có ý nghĩa thống kê (164 ± 51 so với 182 ± 54 phút, $p < 0,001$) [5].

Chúng tôi không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, phù hợp với Zhang (TSME: 0%, TME: 0,7%) [11]. Tỷ lệ diện cắt âm tính (R0) đạt 100%, điều này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Grüter khi kết luận rằng, đối với UTTT cao thì diện cắt 5 cm là an toàn [13]. Carbone cũng ghi nhận không có khác biệt về diện cắt chu vi dương tính giữa PME và TME [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào phải làm hậu môn nhân tạo tạm thời. Số hạch nạo trung bình là 19,8 hạch, ít nhất là 12 hạch và nhiều nhất là 44 hạch, đảm bảo yêu cầu trên 12 hạch như khuyến cáo. Zhang cũng ghi nhận nhóm TSME có số hạch nạo được nhiều hơn nhóm TME (19,4 so với 18,0; $p = 0,02$) [11].

Thời gian nằm viện trung bình của chúng tôi là 8 ngày (6–28 ngày), thấp hơn Zhang (9,5 ngày) [11] và Trần Ngọc Thông (11,5 ngày) [12]. Trường hợp nằm viện dài nhất do biến chứng rò miệng nổi.

Kết quả sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu, tất cả trường hợp đều là ung thư biểu mô tuyến, trong đó biệt hóa vừa chiếm

nhiều nhất (54,2%), tiếp đến biệt hóa tốt (43,7%) và biệt hóa kém (2,1%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Kim (77,1% biệt hóa vừa) [10] và Trần Ngọc Thông (73,8% biệt hóa vừa; 25% biệt hóa tốt; 1,2% biệt hóa kém) [12].

Về giai đoạn T sau mổ, T3 chiếm đa số (77,1%), tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Thông (65,9%) [12]. Tỷ lệ di căn hạch là 37,5%, tương đương với giả Kim với tỷ lệ di căn hạch là 36,7%; thấp hơn tác giả Zhang (80,4%) [11], có thể do chúng tôi chọn người bệnh không có hạch nghi ngờ trên MRI trước mổ. Phân bố giai đoạn I, II, III lần lượt là 18,7%; 43,8% và 37,5%, trong khi nghiên cứu của Kim ghi nhận giai đoạn III chiếm nhiều nhất (45,1%) [10].

Tai biến trong mổ có 1 trường hợp tổn thương mạch viên, chúng tôi phải cắt thêm đoạn đại tràng trái, hạ đại tràng gốc lách, trường hợp này kéo dài thời gian phẫu thuật lên 255 phút. Tỷ lệ rò miệng nối là 2,1% (1 người bệnh), xử trí bằng nội soi đặt hút áp lực âm liên tục và miệng nối liền kín sau 2 tuần. Tỷ lệ này tương đương nghiên cứu của Kim (2,5% TSME, thấp hơn 4,3% TME) [5] và phân tích gộp của Carbone (PME có nguy cơ rò thấp hơn TME, OR 0,42) [2]. Ngoài ra có 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (6,2%), tất cả đáp ứng điều trị nội khoa. Tỷ lệ này ở nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng (1,5%) [8], Trần Ngọc Thông (14,1%) [12] và Zhang (4,3%) [11].

Chúng tôi không ghi nhận biến chứng tắc ruột sớm, viêm phổi hay tử vong trong 30 ngày. Kết quả này khẳng định tính an toàn của phẫu thuật nội soi TSME cho UTTT cao.

Kết quả theo dõi

Thời gian theo dõi trung bình là 17,2 tháng ngắn nhất là 6 tháng và dài nhất là 31 tháng. Trong thời gian theo dõi có 2 trường hợp di căn chiếm 4,2%, trong đó có một trường hợp di căn gan sau 10 tháng và một trường hợp di căn phổi sau 25 tháng. Không có trường hợp nào tái phát miệng nối hoặc tái phát tại chỗ tại vùng. Các nghiên cứu phân tích tổng hợp so sánh cho thấy tỷ lệ tái phát miệng nối hoặc tái phát tại chỗ tại vùng sau phẫu thuật TSME tương

đương với TME [2],[11]. Điều này cho thấy phẫu thuật TSME có kết quả về mặt ung thư học tương tự TME trong UTTT cao.

Kết luận

Qua nghiên cứu trên 48 người bệnh UTTT cao được phẫu thuật TSME qua nội soi cho thấy đây là phẫu thuật an toàn và khả thi với tỷ lệ tai biến biến chứng trong và sau mổ thấp, thời gian nằm viện ngắn. Trong thời gian theo dõi trung bình 17,2 tháng cho thấy chỉ có 4,2% trường hợp di căn, không có trường hợp nào tái phát miệng nối hay tái phát tại chỗ tại vùng. Điều này cho thấy phẫu thuật nội soi TSME là lựa chọn thay thế cho TME trong UTTT cao.

Tài liệu tham khảo

1. Heald, R.J., E.M. Husband, and R.D.H. Ryall The mesorectum in rectal cancer surgery—the clue to pelvic recurrence? BJS (British Journal of Surgery), 1982. 69, 613-616 DOI: <https://doi.org/10.1002/bjs.1800691019>.
2. Carbone, F., et al. Tumour-specific mesorectal excision for rectal cancer: Systematic review and meta-analysis of oncological and functional outcomes. European Journal of Surgical Oncology, 2023. 49, 107069 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2023.107069>.
3. You, Y.N., et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Rectal Cancer. Dis Colon Rectum, 2020. 63, 1191-1222 DOI: 10.1097/DCR.0000000000001762.
4. Glynne-Jones, R., et al. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology, 2017. 28, iv22-iv40 DOI: 10.1093/annonc/mdx224.
5. Kim, E.J., et al. Partial mesorectal excision can be a primary option for middle rectal cancer: a propensity-score matched retrospective analysis. Annals of Coloproctology, 2023. DOI: 10.3393/ac.2022.00689.0098.
6. Ma, Z., et al., Is radiotherapy necessary for upper rectal cancer underwent curative resection? A retrospective study of 363 patients. Radiation Oncology, 2024. 19(1).
7. Trần Nguyễn Bảo Tuấn và Nguyễn Đoàn Văn Phú, Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi triệt căn người bệnh ung thư trực tràng có mô thông hồi tràng ra da. Tạp chí Y Dược Huế, 2023. 13(5): p. 90-96.
8. Trần Ngọc Dũng, Lưu Quang Dũng, and N.M. Hùng

- Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2016-2020. Tạp chí Y Học Việt Nam, 2023. 522, 5-9 DOI: 10.51298/vmj.v522i1.4212.
9. Hoàng Mạnh Thắng, Đánh giá kết quả điều trị ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt, in Luận án tiến sĩ y học, Đại học y Hà Nội. 2022, Đại học y Hà Nội.
 10. Kim, S.H., et al. Oncologic Outcomes and Risk Factors for Recurrence after Tumor-specific Mesorectal Excision of Rectal Cancer: 782 Cases. Journal of the Korean Society of Coloproctology, 2012. 28, 100 DOI: 10.3393/jksc.2012.28.2.100.
 11. Zhang, C., et al. The feasibility of laparoscopic TSME preserving the left colic artery and superior rectal artery for upper rectal cancer. World J Surg Oncol, 2020. 18, 212 DOI: 10.1186/s12957-020-01986-6.
 12. Trần Ngọc Thông, Đánh giá kết quả, chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư trực tràng trên và giữa được điều trị bằng phẫu thuật nối soi cắt trực tràng trước thấp, in Luận án Tiến sĩ Y học. 2021.
 13. Grüter, A.A.J., et al. Required distal mesorectal resection margin in partial mesorectal excision: a systematic review on distal mesorectal spread. Techniques in Coloproctology, 2023. 27, 11-21 DOI: 10.1007/s10151-022-02690-1.