

Đánh giá kết quả thực hiện miêng nối đại-trực tràng bằng kỹ thuật stapler đơn trong phẫu thuật nội soi cắt trước điều trị ung thư đại trực tràng

Nguyễn Quốc Vinh^{1,2}, Tạ Ngọc Tiên², Võ Quang Dũng², Nguyễn Hải Sơn²

1. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 2. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh Cơ sở 2

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Hải Sơn,
Bệnh viện Đại học Y Dược Thành
phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2
201 Nguyễn Chí Thanh, Phường
Chợ Lớn, TP. Hồ Chí Minh
Điện thoại: 0976 448 060
Email: son.nh1@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 08/04/2025

Ngày chấp nhận đăng:

06/10/2025

Ngày xuất bản: 01/12/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Biến chứng xì rò miêng nối đại-trực tràng trong phẫu thuật nội soi cắt trước điều trị ung thư đại trực tràng vẫn còn là vấn đề thách thức đối với phẫu thuật viên tiêu hoá. Dù có nhiều cải tiến nhằm tối ưu hoá miêng nối nhưng tỉ lệ xì rò vẫn còn tương đối cao với 5-19% trường hợp. Chúng tôi thực hiện miêng nối đại-trực tràng với kỹ thuật stapler đơn bằng cách khâu mũi túi trực tràng.

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá tính khả thi và kết quả của kỹ thuật miêng nối stapler đơn trong phẫu thuật nội soi cắt trước điều trị ung thư đại trực tràng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu những trường hợp ung thư đại tràng chậu hông hoặc trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt trước với miêng nối đại-trực tràng bằng kỹ thuật đơn stapler tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh Cơ sở 2 từ 01/2023 đến tháng 1/2025.

Kết quả: Chúng tôi hồi cứu được 42 trường hợp ung thư đại trực tràng thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu. Tất cả các trường hợp đều được thực hiện thành công kỹ thuật khâu mũi túi và cắt trực tràng sau đó tạo miêng nối với máy khâu bấm vòng. Không trường hợp nào mũi khâu bị bung, hư hỏng hay vấy bẩn phân vào phẫu trường. Thời gian của thì khâu 2 mũi túi và cắt ngang trực tràng trung bình là 19 phút. Sau phẫu thuật không có trường hợp nào xì rò miêng nối. Có 13 trường hợp (30,9%) có tiêu phân đen ở ngày 2-6 sau mổ và tất cả các trường hợp này đều tự khỏi mà không cần truyền máu hay can thiệp cầm máu. Tất cả các diện cắt dưới an toàn trên kết quả mô bệnh học. Thời gian nằm viện trung bình 7,2 ngày. Không trường hợp nào hẹp miêng nối trong thời gian theo dõi.

Kết luận: Kỹ thuật đơn stapler với việc khâu mũi túi trực tràng trong phẫu thuật nội soi cắt trước khả thi, an toàn và có thể khắc phục được một số yếu điểm của kỹ thuật hai stapler thường được sử dụng.

Từ khoá: Phẫu thuật nội soi cắt trước, kỹ thuật miêng nối stapler đơn, kỹ thuật miêng nối stapler đôi, biến chứng miêng nối.

Evaluation of outcomes of colorectal anastomosis using single-stapling technique in laparoscopic anterior resection for colorectal cancer

Nguyen Quoc Vinh^{1,2}, Ta Ngoc Tien², Vo Quang Dung², Nguyen Hai Son²

1. University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, 2. University Medical Center Ho Chi Minh City-Branch 2

Abstracts

Introduction: Anastomotic leakage in laparoscopic anterior resection for colorectal cancer remains a challenging complication for gastrointestinal surgeons. Despite numerous advancements aimed at optimizing the anastomosis, the leakage rate remains relatively high, ranging from 5% to 19% of cases. We performed colorectal anastomosis using the single-stapling technique by applying a purse-string suture to the rectum.

Research aims: This study aims to evaluate the feasibility and outcomes of the single-stapled anastomosis technique in laparoscopic anterior resection for colorectal cancer.

Patients and Methods: This is a retrospective study for patients with sigmoid colon or rectal cancer who underwent laparoscopic anterior resection with colorectal anastomosis using the single-stapling technique at the University Medical Center Ho Chi Minh City, Campus 2, from January 2023 to January 2025.

Results: There were 42 patients with colorectal cancer that met the study criteria. All cases successfully employed the purse-string suture technique for the rectum, followed by anastomosis using a circular stapler. No cases of suture dehiscence, damage, or contamination of the surgical field occurred. The average time for performing purse-string sutures and transecting the rectum was 19 minutes. Postoperatively, no cases of anastomotic leakage were recorded. There were 11 cases (30,9%) of melena occurred on 2nd day and 6th day post-surgery; all resolved spontaneously without requiring blood transfusion or hemostatic intervention. All surgical margins were clear on histopathological examination. The average hospital stay was 7.2 days, and no cases of anastomotic stenosis were recorded during the follow-up period.

Conclusions: The single-stapling technique with a purse-string suture for the rectum in laparoscopic anterior resection is feasible, safe, and can overcome some of the drawbacks associated with the commonly used double-stapling technique.

Keywords: Laparoscopic anterior resection, single-stapling technique, double-stapling technique, anastomotic complications.

Đặt vấn đề

Ung thư đại trực tràng là bệnh ác tính thường gặp hàng đầu trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Phẫu thuật cắt đại trực tràng kèm nạo hạch đóng vai trò là điều trị then chốt trong điều trị đa mô thức cùng với hoá trị, xạ trị, nhắm trúng đích hay miễn dịch. Hiện nay, phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng ngã trước là kỹ thuật tiêu chuẩn được ứng dụng rộng rãi nhất trong phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng chậu hông và trực tràng. Những lợi điểm của phẫu thuật nội soi mang lại đã được chứng minh như: ít xâm lấn, ít đau sau mổ, nhanh hồi phục, thuận lợi hơn trong phẫu tích, nạo hạch đặc biệt các khối u nằm sâu ở vùng chậu khó tiếp cận bằng phẫu thuật mở [1]. Mặc dù đã có nhiều cải tiến trong thiết kế máy cắt nối tự động như thiết kế nhỏ gọn, cải tiến cấu tạo ghim bấm, máy cắt nối thẳng có khớp gập góc linh hoạt... Tuy nhiên, kỹ thuật cắt trực tràng bằng stapler thẳng sau đó thực hiện miêng nối đại trực tràng bằng stapler vòng (kỹ thuật stapler đôi) vẫn còn những yếu điểm có thể gây tăng nguy cơ xì rò miêng nối [2]. Tỷ lệ xì rò miêng nối đại trực tràng nhìn chung vẫn còn khá cao với 5-19% khiến xì rò là vẫn còn là vấn đề lớn trong phẫu thuật cắt trước [1,2,3].

Nhằm khắc phục một số vấn đề còn tồn đọng của kỹ thuật stapler đôi, chúng tôi không dùng stapler thẳng để cắt ngang trực tràng mà thực hiện khâu mũi túi và cắt ngang trực tràng và sau đó dùng stapler vòng để thực hiện miêng nối đại trực tràng (kỹ thuật stapler đơn).

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi gồm hai mục tiêu. Thứ nhất là đánh giá tính khả thi thực hiện miêng nối đại trực tràng stapler đơn bằng kỹ thuật khâu mũi túi trực tràng. Thứ hai là xác định tỷ lệ tai biến, biến chứng của kỹ thuật cắt nối đại trực tràng áp dụng khâu mũi túi trực tràng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu

Hồi cứu, báo cáo loạt ca.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Những người bệnh được chẩn đoán ung thư đại tràng chậu hông hoặc trực tràng có chỉ định phẫu

thuật và được thực hiện phẫu thuật nội soi cắt trước/ trước thấp sử dụng kỹ thuật đơn stapler bằng khâu mũi túi trực tràng tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh Cơ sở 2.

Loại trừ các trường hợp

Phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở không do thất bại của việc khâu mũi túi (u to xâm lấn, tổn thương tạng khác...)

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 1/2023 đến 8/2024. (1/2025)

Kỹ thuật thực hiện miêng nối bằng khâu mũi túi trực tràng

Phẫu thuật được tiến hành với các bước gồm: phẫu tích và thắt mạch máu mạc treo tràng dưới tận góc (gốc), di động đại tràng-trực tràng và mạc treo như trong phẫu thuật nội soi cắt trước kinh điển. Sau khi phẫu tích mạc treo trực tràng qua khối u đến mức diện cắt an toàn (≥ 5 cm đối với khối u ở đại tràng chậu hông hoặc trực tràng trên và ≥ 2 cm đối với khối u ở trực tràng giữa hoặc dưới). Kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) được thực hiện nếu bờ dưới u trực tràng dưới nếp phúc mạc.

Sau khi xác định vị trí sẽ cắt ngang trực tràng. Chúng tôi thực hiện 2 mũi túi như sau:

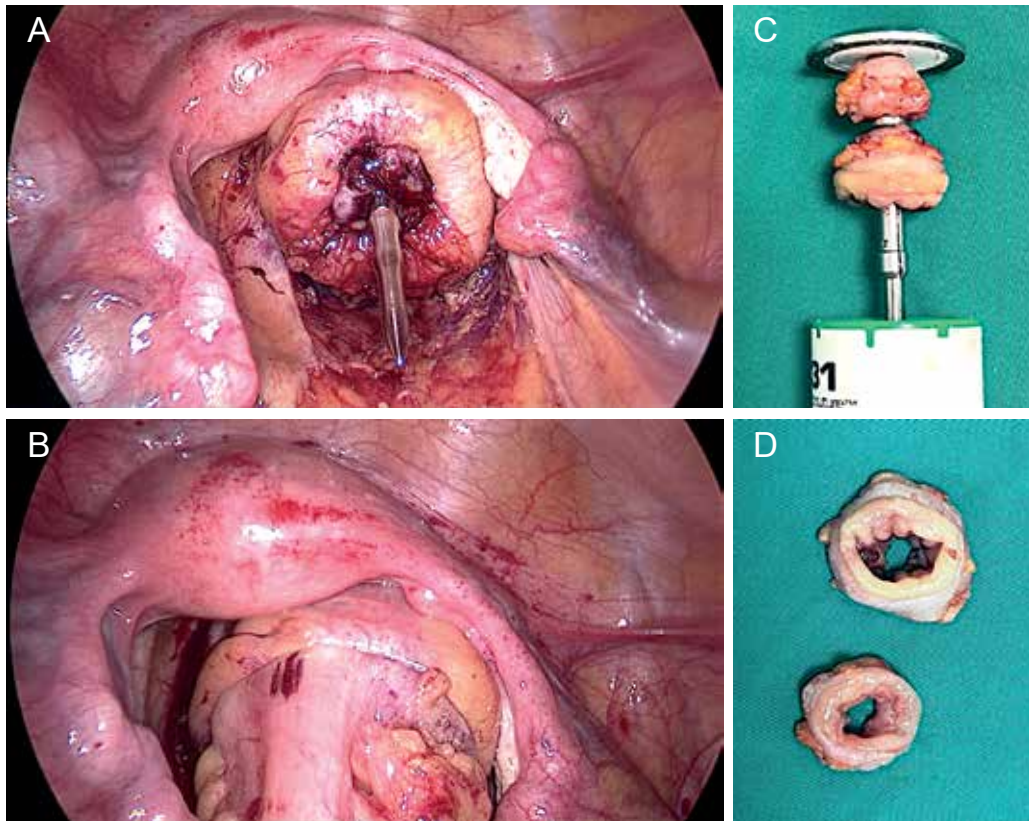
Mũi túi thứ nhất, chúng tôi khâu trực tràng ở 2 vị trí 12 giờ và 6 giờ bằng chỉ Vicryl 0 (1) và cột chặt mục đích để tránh chảy dịch/phân từ lòng ruột ra phẫu trường sau khi cắt ngang trực tràng. Sau khi khâu cột mũi túi thứ nhất, bóng trực tràng được bơm rửa sạch qua ống hậu môn.

Mũi túi thứ hai, chúng tôi sử dụng prolene 2.0 khâu về phía xa và cách mũi túi thứ nhất khoảng 1-1,5 cm với 2 vòng khâu: vòng khâu thứ nhất khâu các vị trí 12-9-6-3 giờ và vòng khâu thứ 2 với 4 mũi khâu xen kẽ với vòng khâu thứ nhất. Nơ chỉ được cột thật chặt.

Trực tràng được cắt ngang giữa 2 vòng chỉ mũi túi thứ nhất và thứ hai. Đoạn đại-trực tràng mang u được đưa ra ngoài ổ bụng, cắt đại tràng và đặt Anvil sau đó đưa vào lại ổ bụng để thực hiện miêng nối. Miêng nối đại-trực tràng được thực hiện bằng máy khâu nối tự động vòng (EEA 31, Covidien®). Máy khâu nối sau khi đưa qua ống hậu môn vào

trực tràng đến mồm trực tràng, mũi túi được điều chỉnh đến vị trí trung tâm của máy. Trocar của máy khâu bấm được mở ra và đưa qua trung tâm mũi túi. Chúng tôi đưa Anvil đầu trên khớp vào trocar, điều

chỉnh đại tràng để không bị xoắn và thực hiện đóng máy và bấm máy để tạo miệng nối. Các quy trình kiểm tra 2 vòng cắt và miệng nối được thực hiện thường quy.



Hình 1. Phẫu thuật nội soi cắt trước với kỹ thuật khâu mũi túi trực tràng. A: mồm trực tràng sau khi khâu mũi túi, cắt ngang và đặt máy khâu bấm vòng qua hậu môn chuẩn bị thực hiện miệng nối; B: Miệng nối đại trực tràng sau khi bấm máy khâu nối vòng; C và D: 2 vòng cơ-niêm mạc ruột sau khi bấm máy.

Các biến số nghiên cứu được ghi nhận gồm: thời gian phẫu thuật toàn bộ, thời gian thực hiện khâu mũi túi, ghi nhận tai biến trong mổ, máu mất, thất bại làm miệng nối phải chuyển phương pháp (mở mổ, chuyển kỹ thuật 2 stapler), tỉ lệ 2 vòng cắt toàn vẹn, biến chứng miệng nối sau mổ gồm: chảy máu miệng nối, xì rò miệng nối, hẹp miệng nối. Tất cả các trường hợp được tái khám vào các thời điểm 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng trong năm đầu tiên

Kết quả

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2023 đến tháng 1/2025, chúng tôi có 42 trường hợp thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình mẫu nghiên cứu là 65,06,4 tuổi, trẻ nhất là 50 tuổi và lớn nhất là 81 tuổi. Tỉ lệ nam/nữ = 0,43. Chỉ số BMI trung bình là 21,3 kg/cm². Tiền căn bệnh lý gồm tăng huyết áp 54,7%, đái tháo đường 26,2%, suy thận mạn 4,8%, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 9,5%. Phân độ ASA trước phẫu thuật gồm 69,0% độ II và 31,0% độ III.

Đặc điểm thương tổn

Vị trí u

Bảng 1. Vị trí khối u

Vị trí u	Số TH	Tỉ lệ (%)
Đại tràng chậu hông	24	57,1
Trực tràng trên	12	28,6
Trực tràng giữa	6	14,3
Tổng	42	100

Độ mô học

Bảng 2. Giải phẫu bệnh

Phân loại mô bệnh học	Số TH	Tỉ lệ (%)
Carcinoma tuyến biệt hoá tốt	8	19,0
Carcinoma tuyến biệt hoá vừa	18	42,9
Carcinoma tuyến biệt hoá kém	16	38,1
Tổng	42	100

Giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh	Số TH	Tỉ lệ (%)
I	8	19,1
II	12	28,6
III	22	52,3
IV	0	0
Tổng	42	100

Vị trí miệng nối

Vị trí miệng nối	Số TH	Tỉ lệ (%)
Miệng nối đại trực tràng (trên nếp phúc mạc)	24	57,1
Miệng nối đại trực tràng cao	12	28,6
Miệng nối đại trực tràng thấp	6	14,3
Miệng nối đại trực tràng cực thấp		
Tổng		100

Chúng tôi có 3 trường hợp ung thư trực tràng giữa được xạ trị tân hỗ trợ với liệu trình dài. Cả 3 người bệnh đều có đáp ứng 1 phần và được phẫu thuật sau xạ trị 7-8 tuần. Ba trường hợp này được thực hiện cắt trước thấp có thực hiện TME kèm mở hồi tràng ra da. Miệng nối được kiểm tra kín và người bệnh được đóng hồi tràng 2 tuần sau phẫu thuật.

Đặc điểm phẫu thuật và kết quả sau phẫu thuật

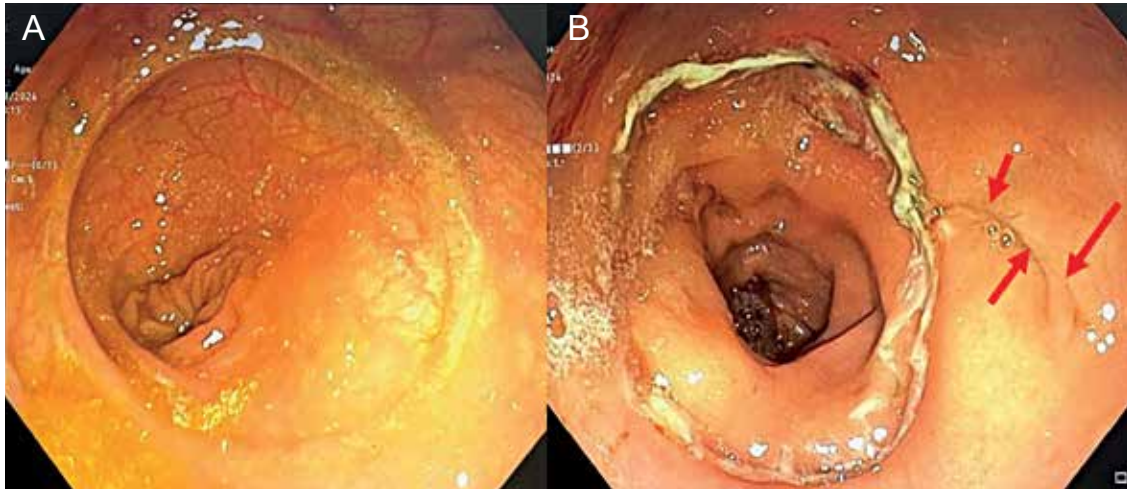
Thời gian phẫu thuật: thời gian thực hiện thì khâu hai mũi túi và cắt ngang trực tràng trung bình là 19 phút. Trong đó, thời gian thực hiện khâu mũi túi và cắt trực tràng lần lượt là 16 phút với nhóm miệng nối trên nếp phúc mạc và 25 phút với nhóm miệng nối dưới nếp phúc mạc. Thời gian phẫu thuật toàn bộ trung bình là 172 phút với nhóm miệng nối trên nếp phúc mạc và 240 phút đối với nhóm miệng nối dưới nếp phúc mạc.

Máu mất trong mổ: Tất cả trường hợp đều không ghi nhận có mất máu đáng kể. Không trường hợp nào mất máu trên 100 ml.

Đặc điểm trong mổ: Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có tai biến trong mổ. Tất cả các trường hợp đều thực hiện thành công khâu mũi túi trực tràng. Không trường hợp nào phải chuyển sang cắt trực tràng bằng máy khâu bấm hay chuyển mổ mở do thất bại của khâu mũi túi, không trường hợp nào bị vấy bẩn phân vào ổ bụng do lỏng hay tụt mũi khâu. Diện cắt dưới cách khối u > 2 cm đối với ung thư trực tràng giữa và tối thiểu 5 cm đối với ung thư trực tràng trên và đại tràng chậu hông. Tất cả các trường hợp đều ghi nhận mạc quanh trực tràng của phần mạc treo trực tràng cắt bỏ không bị tổn thương rách/vỡ. Sau khi thực hiện miệng nối với máy khâu bấm vòng, tất cả các trường hợp đều được ghi nhận 2 vòng cơ-niêm mạc toàn vẹn.

Kết quả sớm sau mổ: Chúng tôi ghi nhận không có trường hợp nào xì rò miệng nối đại trực tràng. Có 13 trường hợp (30,9%) có tiêu phân đen ở ngày 2-6 sau mổ và tất cả các trường hợp này đều tự khỏi mà không cần truyền máu hay can thiệp cầm máu. Tất cả các trường hợp đều ghi nhận diện cắt dưới không có tế bào ác tính trên kết quả mô bệnh học. Thời gian nằm viện trung bình 7,2 ngày

Kết quả trung hạn sau mổ: Không trường hợp nào ghi nhận biến chứng hẹp miệng nối, rò miệng nối.



Hình 2. Miệng nối đại trực tràng quan sát qua nội soi. A: miệng nối sau phẫu thuật cắt nối đại-trực tràng với kỹ thuật khâu mũi túi trực tràng; B: miệng nối đại trực tràng với kỹ thuật 2 stapler sử dụng máy khâu nối thẳng để cắt trực tràng. Mũi tên đỏ chỉ đường cắt stapler thẳng tạo “tai chó” ở phần trực tràng.

Bàn luận

Cho đến nay, biến chứng miệng nối đại-trực tràng vẫn là vấn đề lớn trong phẫu thuật điều trị ung thư đại trực tràng. Trong đó, xì miệng nối là biến chứng thường gặp có thể để lại những hậu quả nặng nề thậm chí tử vong. Dù có nhiều cải tiến trong chuẩn bị tiền phẫu, kỹ thuật phẫu thuật, dụng cụ khâu nối máy cũng như chăm sóc sau mổ, tỉ lệ xì miệng nối đại-trực tràng vẫn còn tương đối cao từ 5-19% [1,2,3]. Cải thiện tỉ lệ xì miệng nối đại-trực tràng cần đánh giá toàn diện và xác định đầy đủ các yếu tố nguy cơ trước, trong và sau mổ. Thực hiện một miệng nối đại trực tràng tối ưu là rất quan trọng trong việc giảm nguy cơ xì rò miệng nối.

Năm 1980, Knight và Griffen mô tả phương pháp thực hiện miệng nối đại trực tràng bằng kỹ thuật cắt ngang trực tràng bằng stapler thẳng. Sau đó, ông dùng stapler vòng đưa qua hậu môn đến mồm trực tràng để thực hiện miệng nối bằng cách chọc trocar của máy khâu nối vòng qua mồm trực tràng để khớp với anvil ở đầu gần [4]. Năm 1983, Cohen đặt tên cho kỹ thuật này là kỹ thuật stapler đôi (Double stapling technique-DST) [5]. Từ đó đến nay, kỹ thuật này được sử dụng rộng rãi nhất vì tính khả thi, được thực

hiện tương đối dễ và nhanh chóng. Tuy nhiên, kỹ thuật stapler đôi vẫn còn tồn đọng một số vấn đề có thể gây tăng nguy cơ xì rò miệng nối như: (1) rất khó có thể đặt được stapler thẳng góc với trục của trực tràng đặc biệt đối với các diện cắt thấp nằm ở trực tràng giữa hay dưới hoặc người bệnh có khung chậu hẹp, do đó sau khi cắt trực tràng sẽ có 2 “tai chó” với 1 góc tù và 1 góc nhọn; (2) có thể phải dùng nhiều băng đạn để cắt ngang trực tràng, việc dùng nhiều băng đạn để cắt trực tràng liên quan tăng tỉ lệ xì miệng nối [6,7,8]; và (3) khi thực hiện miệng nối đại-trực tràng với stapler vòng sẽ xuất hiện 2 vị trí giao cắt giữa đường kim bấm thẳng và vòng, đây là những điểm yếu của miệng nối.

Để khắc phục những vấn đề của kỹ thuật stapler đôi, một số tác giả đã mô tả các phương pháp khác nhau. Tác giả Ban B. khâu tăng cường tại 2 điểm giao cắt đường khâu bấm máy [9]. Zhang L. mô tả kỹ thuật dùng chỉ khâu hai “tai chó” sau đó luồn chỉ qua hậu môn và kéo hai tai chó vào lòng máy khâu bấm vòng để cắt bỏ hai “tai chó” này [10]. Brunner M. và sau đó Yang Y. báo cáo kỹ thuật khâu kéo hai “tai chó” vào trung tâm máy khâu bấm vòng để cắt bỏ [11,12]. Hay tác giả Kitaguchi D. cũng mô tả kỹ

thuật đính trực tiếp hai “tai chó” vào trocar của máy khâu bấm vòng [2]. Tất cả các cải tiến này có điểm chung là đưa hai “tai chó” vào khoang chứa của máy cắt nối vòng để cắt bỏ. Các kỹ thuật này có thể gặp khó khăn khi bóng trực tràng to và 2 “tai chó” quá lớn để có thể nằm trọn vẹn trong khoang chứa của máy. Nếu không được kiểm soát tốt, đường kim bấm stapler thẳng nằm chèn vào giữa đường kim bấm của stapler vòng sẽ rất nguy hiểm vì 2 mô của đại tràng phía trên và trực tràng phía dưới không được tiếp xúc trực tiếp với nhau ảnh hưởng đến quá trình lành miệng nối. Mặt khác, việc cố ép hai “tai chó” vào khoang máy có thể tạo các nếp gấp thành trực tràng làm cho đường khâu nối có những chỗ dày mỏng khác nhau có thể ảnh hưởng máu tưới miệng nối.

Trong kỹ thuật khâu mũi túi của chúng tôi, chúng tôi khắc phục được các nhược điểm như: (1) không xuất hiện điểm giao cắt kim bấm vì chỉ dùng stapler vòng; (2) nhờ thực hiện khâu mũi túi nên miệng nối không có hai “tai chó” như trong kỹ thuật stapler đôi; (3) không có nguy cơ chèn mô/kim bấm giữa hai thành ruột đảm bảo mô đại tràng và trực tràng tiếp xúc tốt nhất. Trong kỹ thuật khâu mũi túi, chúng tôi khâu qua toàn thành và lấy đến lớp niêm mạc để đảm bảo sau khi cắt ngang trực tràng niêm mạc không bị tụt vào trong mũi khâu sẽ dẫn đến miệng nối bị thiếu lớp niêm mạc phía trực tràng. Với kỹ thuật khâu mũi túi với hai vòng xen kẽ đảm bảo mũi túi sau khi cột chặt sẽ đủ nhỏ để nằm hoàn toàn trong khoang chứa của máy khâu bấm. Miệng nối đại-trực tràng với kỹ thuật của chúng tôi luôn tròn đều và thẳng trục nhau. Tất cả các trường hợp sau khi thực hiện bấm máy được kiểm tra 2 vòng cắt đều ghi nhận 2 vòng cơ-niêm mạc rất tròn đều. Một ưu điểm khác của kỹ thuật này là lợi ích về mặt kinh tế vì chỉ dùng 1 máy khâu bấm vòng thay vì phải dùng thêm máy khâu bấm thẳng với một hoặc vài băng đạn như trong kỹ thuật stapler đôi. Tuy nhiên, việc thực hiện kỹ thuật khâu mũi túi cần kỹ năng khâu cột nội soi tốt, đặc biệt khi vị trí mũi túi ở trực tràng thấp và khung chậu hẹp hoặc khối u quá to. Vì cách thực hiện phức tạp hơn nên kỹ thuật này cũng mất nhiều thời gian hơn so với kỹ thuật stapler đôi

và tùy thuộc nhiều vào kỹ năng của phẫu thuật viên. Nếu mũi túi thực hiện không tốt hoặc cột không đủ chặt thì có nguy cơ đầu dưới miệng nối không đủ lớp hoặc bị hở. Tuy nhiên, đối với các trường hợp u kích thước lớn, miệng nối thấp hoặc cực thấp, hoặc những trường hợp sau hoá xạ trị, kỹ thuật khâu mũi túi thực hiện rất khó khăn, hoặc gần như không khả thi. Do đó trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp miệng nối thấp hoặc cực thấp nào áp dụng được kỹ thuật khâu mũi túi này.

Qua kết quả tổng hợp 42 trường hợp thực hiện kỹ thuật stapler đơn, chúng tôi chưa ghi nhận biến chứng xì rò nào. Cũng với kỹ thuật này, Ân Thái Hoàng Anh qua nghiên cứu 38 trường hợp được thực hiện tại bệnh viện Triều An cũng cho kết quả khả quan với không có trường hợp xì rò miệng nối nào.

Kết luận

Thực hiện miệng nối đại trực tràng với kỹ thuật stapler đơn bằng khâu mũi túi trực tràng khả thi, an toàn, khắc phục được một số vấn đề của kỹ thuật stapler đôi cũng như có lợi ích về mặt chi phí. Tuy nhiên, kỹ thuật này đòi hỏi phẫu thuật viên có kỹ năng phẫu thuật nội soi tốt và thời gian phẫu thuật kéo dài hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Poon J.T., Law W.L. (2009). Laparoscopic resection for rectal cancer: a review. *Ann Surg Oncol*, 16, 3038-3047.
2. Kitaguchi D., Ito M. (2023). Optimal anastomotic technique in rectal surgery to prevent anastomotic leakage. *Ann Coloproctol*, 39(2), 97-105. doi:10.3393/ac.2022.00787.0112
3. McDermott F.D., Heeney A., Kelly M.E., Steele R.J., Carlson G.L., Winter D.C. (2015). Systematic review of preoperative, intraoperative and postoperative risk factors for colorectal anastomotic leaks. *Br J Surg*, 102(5), 462-479. doi:10.1002/bjs.9697
4. Knight C.D., Griffen F.D. (1980). An improved technique for low anterior resection of the rectum using the EEA stapler. *Surgery*, 88, 710-714.
5. Cohen Z., Myers E., Langer B., Taylor B., Railton R.H., Jamieson C. (1983). Double stapling technique for low anterior resection. *Dis Colon Rectum*, 26, 231-235.
6. Braunschmid T., Hartig N., Baumann L., Dauser B., Herbst F. (2017). Influence of multiple stapler firings

- used for rectal division on colorectal anastomotic leak rate. *Surg Endosc*, 31, 5318–5326.
7. Balciscueta Z., Uribe N., Caubet L., López M., Torrijo I., Tabet J., et al. (2020). Impact of the number of stapler firings on anastomotic leakage in laparoscopic rectal surgery: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol*, 24, 919–925.
 8. Ito M., Sugito M., Kobayashi A., Nishizawa Y., Tsunoda Y., Saito N. (2008). Relationship between multiple numbers of stapler firings during rectal division and anastomotic leakage after laparoscopic rectal resection. *Int J Colorectal Dis*, 23, 703–707.
 9. Ban B., Shang A., Shi J. (2022). Efficacy of staple line reinforcement by barbed suture for preventing anastomotic leakage in laparoscopic rectal cancer surgery. *World J Gastrointest Surg*, 14(8), 821-832. doi:10.4240/wjgs.v14.i8.821
 10. Zhang L., Xie Z., Zhang W., et al. (2018). Laparoscopic low anterior resection combined with “dog-car” invagination anastomosis for mid- and distal rectal cancer. *Tech Coloproctol*, 22, 65–68. doi:10.1007/s10151-017-1727-4
 11. Brunner M., Zubi A., Weber K., Denz A., Langheinrich M., Kersting S., Weber G.F., Gr#tzmann R., Krautz C. (2022). The use of single stapling techniques reduces anastomotic complications in minimally invasive rectal surgery. *Int J Colorectal Dis*, 37, 1601–1609.
 12. Yang Y., Ding F., Xu T., Pan Z., Zhuang J., Liu X., Guan G. (2023). Double-stapled anastomosis without “dog-ears” reduces the anastomotic leakage in laparoscopic anterior resection of rectal cancer: A prospective, randomized, controlled study. *Front Surg*, 9, 1003854. doi:10.3389/fsurg.2022.1003854
 13. Ân Thái Hoàng Anh., Nguyễn Quốc Vinh, Trần Phùng Dũng Tiến. (2022). Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại trực tràng với phương pháp khâu mũi túi mỡ trực tràng. *Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh*.