

Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng điều trị ung thư không dẫn lưu ổ bụng

Trần Văn Hội^{1,2}, Lê Huy Lưu^{1,2}, Nguyễn Hồng Sơn^{1,2}, Lý Hữu Tuấn^{1,2}, Nguyễn Tuấn Anh^{1,2}, Phạm Tiến Quang^{1,2}, Nguyễn Anh Dũng³, Đỗ Đình Công¹

1. Đại học Y Dược TP.HCM, 2. Bệnh viện Nhân dân Gia Định, 3. Sở Y tế TP.HCM

Từ khóa:

Phẫu thuật nội soi, cắt đại tràng, ung thư đại tràng, không dẫn lưu ổ bụng, chương trình phục hồi sớm sau mổ.

Địa chỉ liên hệ:

Trần Văn Hội
Đại học Y Dược TP.HCM
217 Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh
Điện thoại: 0949 424 994
Email: dr.tranvanhoi@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/01/2022

Ngày chấp nhận đăng:
12/02/2022

Ngày xuất bản: 15/3/2022

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng đã trở thành phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho bệnh ác tính của đại tràng tại các bệnh viện trên thế giới hiện nay. Chương trình phục hồi sớm sau mổ (ERAS) khuyến cáo không đặt dẫn lưu ổ bụng thường quy sau phẫu thuật cắt đại tràng. Tuy nhiên, khuyến cáo này vẫn chưa được áp dụng rộng rãi tại các cơ sở y tế.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu loạt ca. Người bệnh được phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng không dẫn lưu ổ bụng từ tháng 1/2018 đến tháng 5/2021 tại khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Nhân dân Gia Định.

Kết quả: Có 84 trường hợp cắt đại tràng nội soi điều trị ung thư và không dẫn lưu ổ bụng. Tỷ lệ Nam:Nữ là 0,95, tuổi trung vị 55 tuổi (18 - 83 tuổi). Cắt đại tràng phải 44 trường hợp (52,4%), cắt đại tràng trái 23 trường hợp (27,4%), cắt đại tràng chậu hông 17 trường hợp (20,2%). Tỷ lệ biến chứng sau mổ: tụ dịch ổ bụng (13,2%), nhiễm khuẩn vết mổ (8,3%), chảy máu tiêu hóa (1,2%), rò miệng nối (2,4%), không ghi nhận tử vong. Thời gian trung tiện trung vị 3 ngày, thời gian nằm viện sau mổ trung vị 5 ngày.

Kết luận: Việc không đặt dẫn lưu ổ bụng trong PTNS cắt đại tràng điều trị ung thư không ảnh hưởng tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ, làm giảm thời gian nằm viện sau mổ.

Early results of laparoscopic colectomy for colon cancer without prophylactic abdominal drainage

Tran Van Hoi^{1,2}, Le Huy Luu^{1,2}, Nguyen Hong Son^{1,2}, Ly Huu Tuan^{1,2}, Nguyen Tuan Anh^{1,2}, Pham Tien Quang^{1,2}, Nguyen Anh Dung³, Do Dinh Cong¹

1. Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy, 2. Gia Dinh People Hospital, 3. Ho Chi Minh City Department of Health

Abstract

Introduction: Nowadays, laparoscopic colectomy has become the standard treatment for malignancy of the

colon around the world. The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommended against routine drainage after colorectal surgery. However, the recommendation has not been widely applied at medical centers.

Patients and methods: Retrospective case series study. All patients underwent laparoscopic colectomy for colon cancer without abdominal drainage from 1/2018 to 5/2021 at Gia Dinh People Hospital.

Results: A total of 84 patients were included in the study. The male : female ratio was 0.95, median age was 55 years (from 18yrs to 83yrs). The study had 44 cases (52.4%) for right colectomy, 23 cases (27.4%) for left colectomy and 17 cases (20.2%) for sigmoid colectomy. The rate of postoperative complications included: Fluid collections (13.2%), wound infection (8.3%), intestinal bleeding (1.2%), anastomotic leak (2.4%) and postoperative mortality (0%). The median time to first flatus was 3 days and the median length of hospital stay was 5 days.

Conclusion: The laparoscopic colectomy for colon cancer without prophylactic abdominal drainage has no influence on postoperative morbidity and mortality rates, reduce length of hospital stay.

Keywords: Laparoscopic, colectomy, colon cancer, no abdominal drainage, enhanced recovery after surgery (ERAS)

Đặt vấn đề

Ung thư đại trực tràng là một trong những nhóm bệnh ác tính đường tiêu hóa thường gặp trên thế giới. Ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 5 trong các loại ung thư về xuất độ và tỉ lệ tử vong, đứng hàng thứ 2 trong các loại ung thư ống tiêu hóa sau ung thư dạ dày (Theo GLOBOCAN 2020).

Hiện nay, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu của ung thư đại tràng. Trong đó, phẫu thuật tiêu chuẩn bao gồm cắt đoạn đại tràng mang u, thắt mạch máu nuôi tận gốc và nạo vét hạch kèm theo lấy toàn bộ mạc treo. Nhờ phát triển không ngừng, phẫu thuật nội soi cắt đại tràng, trở thành một phương pháp tiêu chuẩn điều trị ung thư đại tràng [1].

Dựa trên các số liệu được công bố từ 20 năm gần đây [2], [3], [4], [5], chương trình hồi phục sớm sau mổ (ERAS) không khuyến cáo đặt dẫn lưu thường quy trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng [6], [7]. Việc áp dụng ERAS nói chung và không đặt dẫn lưu thường quy theo khuyến cáo của ERAS tại các cơ sở y tế, các trung tâm phẫu thuật trên thế giới vẫn chưa đạt được sự đồng thuận. Một báo cáo (năm 2018) ghi nhận vẫn còn đến 35% trường hợp đặt dẫn lưu dự phòng thường quy sau mổ đại trực tràng [8].

Tại Việt Nam hiện nay chưa có báo cáo về vấn

đề không đặt dẫn lưu ổ bụng trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng. Một số phẫu thuật viên vẫn còn lo lắng là không đặt dẫn lưu ổ bụng có thể làm tăng biến chứng và tử vong sau mổ, nên tiếp tục đặt dẫn lưu thường quy sau phẫu thuật, đặc biệt sau phẫu tích bóc tách toàn bộ mạc treo kèm nạo hạch mở rộng. Để có thêm chứng cứ ủng hộ cho việc không đặt dẫn lưu thường quy sau phẫu thuật cắt đại tràng, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng điều trị ung thư không dẫn lưu ổ bụng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả người bệnh được phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng, không dẫn lưu ổ bụng, từ tháng 1/2018 đến tháng 5/2021, tại khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Nhân dân Gia Định.

Phương pháp nghiên cứu

Hồi cứu loạt ca.

Biến số nghiên cứu.

Nghiên cứu chúng tôi thu thập các biến số: Tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI), tiền căn phẫu thuật vùng bụng, điểm ASA, điểm chỉ số bệnh phổi hợp Charlson, tình huống phẫu thuật, chuẩn bị ruột trước

mổ, đặc điểm trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian trung tiện sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ.

Các biến số được thu thập qua hồ sơ bệnh án, được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả được thể hiện: tỉ lệ cho các biến định tính, trung bình hoặc trung vị thể hiện cho các biến định lượng.

Kết quả

Từ tháng 1/2018 đến tháng 5/2021, chúng tôi ghi nhận 84 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt đại tràng do ung thư và không đặt dẫn lưu ổ bụng tại Khoa ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Nhân dân Gia Định.

Đặc điểm chung

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ nam: nữ là 0,95 với tuổi trung vị là 55 tuổi (18 - 83 tuổi), chỉ số khối cơ thể trung bình $22,2 \pm 3,46$ (kg/m²).

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm	Số người bệnh (n = 84)
Tuổi	62 (18 – 83) ^a
Giới tính (Nam/Nữ)	41/43
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	$22,2 \pm 3,46$ ^b
Tiền căn phẫu thuật vùng bụng n (%)	17 (20,2)
Điểm chỉ số phối hợp Charlson n (%)	< 3: 60 (71,4) ≥ 3: 24 (28,6)
Điểm ASA n (%)	1: 10 (11,9) 2: 34 (40,5) 3: 39 (46,4) 4: 1 (1,2)
Tình huống phẫu thuật n (%)	Cấp cứu: 13 (15,5) Chương trình: 71 (84,5)
Chuẩn bị ruột n (%)	9 (10,7)

^a Trung vị (nhỏ nhất - lớn nhất).

^b Trung bình ± độ lệch chuẩn.

Nghiên cứu của cho thấy có 17 người bệnh (20,2) có tiền căn phẫu thuật vùng bụng. Người bệnh có điểm chỉ số bệnh phối hợp tập trung chủ yếu ở nhóm dưới 3 điểm chiếm 71,4%. Người bệnh có điểm ASA

từ 1 đến 4, tập trung chủ yếu các trường hợp có điểm ASA là 2 và 3 điểm, lần lượt gặp 40,5%, 46,4%.

Các người bệnh trong nghiên cứu đa số được phẫu thuật chương trình với tỉ lệ 84,5%.

Đặc điểm trong mổ

Nghiên cứu cho thấy thực hiện các phẫu thuật đối với u ở mọi vị trí trên khung đại tràng. Trong đó, phẫu thuật cắt đại tràng phải chiếm 52,4%.

Kiểu miệng nối bên - bên là 95,2%, thời gian phẫu thuật trung vị là 197,5 phút.

Lượng máu mất trung vị là 50 ml, không có người bệnh cần truyền máu sau mổ do mất máu.

Bảng 2. Đặc điểm trong mổ

Đặc điểm	Số người bệnh (n = 84) (%)
Loại phẫu thuật	Cắt đại tràng phải: 44 (52,4)
	Cắt đại tràng trái: 23 (27,4)
	Cắt đại tràng Chậu hông: 17 (20,2)
Phương pháp khâu nối	Nối tay: 7 (8,3)
	Nối máy: 77 (91,7)
Kiểu miệng nối	Bên - bên: 80 (95,2)
	Tận - tận: 4 (4,8)
Vị trí thực hiện miệng nối	Trong ổ bụng: 73 (86,9)
	Ngoài ổ bụng: 11 (13,1)
Thời gian phẫu thuật	197,5 (120 - 325) ^a
Lượng máu mất	50 (20 - 200) ^a

^a Trung vị (nhỏ nhất - lớn nhất).

Kết quả sau mổ

Nghiên cứu cho thấy thời gian trung tiện sau mổ trung vị là 3 ngày trong đó sớm nhất là 1 ngày và muộn nhất là 5 ngày. Người bệnh có thời gian nằm viện trung vị sau mổ là 5 ngày.

Tỉ lệ biến chứng chung sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 28,6%. Trong đó chủ yếu là nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 8,3%. Ghi nhận 2 trường hợp rò miệng nối, người bệnh được phẫu thuật sửa chữa, giữ được miệng nối và xuất viện. Một trường hợp người bệnh chảy máu tiêu hóa, đi tiêu máu đỏ bầm,

được điều trị nội khoa thành công. Không ghi nhận trường hợp tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 3. Kết quả sau mổ

Đặc điểm	Số người bệnh (n = 84) (%)
Tụ dịch ổ bụng	10 (11,9)
Nhiễm khuẩn vết mổ	7 (8,3)
Rò miệng nối	2 (2,4)
Chảy máu tiêu hóa	1 (1,2)
Biến chứng khác	4 (4,8)
Thời gian trung tiện	3 (1 - 6) ^a
Thời gian nằm viện sau mổ	5 (4,25 - 6) ^c

^a Trung vị (nhỏ nhất - lớn nhất).

^c Trung vị (Khoảng tứ phân vị).

Bàn luận

Nghiên cứu cho thấy tuổi trung vị của người bệnh là 62 tuổi, thấp hơn so với các nghiên cứu của

Sagar [9], Merad [10] và Zhang [11] lần lượt là 70, 67 và 63 tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi phẫu thuật cắt đại tràng phải chiếm nhiều nhất, sau đó lần lượt là đại tràng trái và đại tràng chậu hông. Các nghiên cứu của tác giả Sagar [9] và Merad [10] các người bệnh sẽ được phân bố ngẫu nhiên do đó không có sự khác biệt về phân bố cắt đại tràng. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện việc không đặt dẫn lưu sau phẫu thuật và các phẫu thuật viên có xu hướng không đặt dẫn lưu đối với phẫu thuật ở ½ đại tràng phải bên phải nhiều hơn so với ½ đại tràng phải bên trái. Lí giải điều này, có thể do đại tràng bên phải được đánh giá sạch hơn, máu nuôi tốt hơn và ở đại tràng bên trái một số trường hợp cần bóc tách di động nhiều hơn để đảm bảo miệng nối không căng.

Tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,3%, thấp hơn nghiên cứu của Zhang [11] là 10% và cao hơn so với các nghiên cứu của Sagar [9], Merad [10], Solaini [12] lần lượt là 6%, 4,3%, 4,8%.

Bảng 4. So sánh các nghiên cứu

Năm	Tác giả	N	Tuổi trung bình	Giới tính (Nam/Nữ)	Tỉ lệ biến chứng sau mổ (%)			Tỉ lệ tử vong (%)	Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)
					Rò miệng nối	Nhiễm khuẩn vết mổ	Biến chứng khác		
1993	Sagar [9]	51	70	27/24	12	6	12	2	13
1998	Merad [10]	161	67	74/87	1,9	4,3	16,7	5,5	*
2011	Zhang [11]	50	63	29/21	2	10	*	0	10,6
2019	Solaini [12]	124	*	58/66	4	4,8	*	0,8	6
2021	Chúng tôi	84	62	41/43	2,4	8,3	6	0	5

Nghiên cứu của cho thấy có tỉ lệ rò miệng nối là 2,4 %. Tỉ lệ này tương tự các nghiên cứu trước đây về phẫu thuật đại tràng khoảng từ 1 - 5% [10], [11], [12]. Nghiên cứu của tác giả Sagar [9] thấy tỉ lệ rò miệng nối cao hơn khá nhiều so với các nghiên cứu khác (12%). Lí giải cho điều này, do thống kê của tác giả có nhiều trường hợp miệng nối thấp dưới nếp phúc mạc bao gồm cả miệng nối đại tràng ống hậu môn. Trong nghiên cứu của tác giả Hyman [13], miệng nối hồi - đại tràng có tỉ lệ rò khoảng 1 - 3%,

trong khi đó miệng nối ống hậu môn có tỉ lệ rò lên đến 10 - 20%.

Nghiên cứu cho thấy không có trường hợp nào tử vong.

Như vậy, việc không đặt dẫn lưu không ảnh hưởng đến tỉ lệ rò miệng nối và không làm tăng tỉ lệ tử vong trên các người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng do ung thư.

Thời gian nằm viện sau mổ trung vị trong nghiên cứu là 5 ngày ngắn hơn so với các nghiên cứu trước

đây (6 - 13 ngày). Điều này có thể do áp dụng các biện pháp phục hồi sớm sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi và theo dõi người bệnh ngoại viện tốt hơn so với các thống kê trước đây.

Kết luận

Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng điều trị ung thư không đặt dẫn lưu ổ bụng, không làm tăng tỉ lệ biến chứng và tử vong. Việc áp dụng không đặt dẫn lưu thường quy sau phẫu thuật giúp người bệnh phục hồi sớm sau phẫu thuật và rút ngắn thời gian nằm viện sau mổ.

Tài liệu tham khảo

1. Matthew G. M. (2019), "The surgical management of colon cancer", *The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery*, 3rd ed, Springer, Switzerland, pp. 349 - 375.
2. Hagmuller E., Lorenz D., Werthmann K., et al. (1990), "[Uses and risks of drainage following elective colon resection. A prospective, randomized and controlled clinical study]", *Chirurg*, 61 (4), pp. 266-71.
3. Hoffmann J., Shokouh-Amiri M. H., Damm P., et al. (1987), "A prospective, controlled study of prophylactic drainage after colonic anastomoses", *Dis Colon Rectum*, 30 (6), pp. 449-52.
4. Jesus E. C., Karliczek A., Matos D., et al. (2004), "Prophylactic anastomotic drainage for colorectal surgery", *Cochrane Database Syst Rev*, (4), CD002100.
5. Johnson C. D., Lamont P. M., Orr N., et al. (1989), "Is a drain necessary after colonic anastomosis?", *J R Soc Med*, 82 (11), pp. 661-4.
6. Carmichael J. C., Keller D. S., Baldini G., et al. (2017), "Clinical practice guidelines for enhanced recovery after colon and rectal surgery from the American society of colon and rectal surgeons and Society of American gastrointestinal and endoscopic surgeons", *Dis Colon Rectum*, 60 (8), pp. 761-784.
7. Gustafsson U. O., Scott M. J., Hubner M., et al. (2019), "Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society recommendations: 2018", *World J Surg*, 43 (3), pp. 659-695.
8. Chapman S. J. (2018), "Ileus management international (IMAGINE): protocol for a multicentre, observational study of ileus after colorectal surgery", *Colorectal Dis*, 20 (1), pp. O17-O25.
9. Sagar P. M., Couse N., Kerin M., et al. (1993), "Randomized trial of drainage of colorectal anastomosis", *Br J Surg*, 80 (6), pp. 769-71.
10. Merad F., Yahchouchi E., Hay J. M., et al. (1998), "Prophylactic abdominal drainage after elective colonic resection and suprapromontory anastomosis: a multicenter study controlled by randomization. French Associations for Surgical Research", *Arch Surg*, 133 (3), pp. 309-14.
11. Zhang W., Luo B., Pang M., et al. (2011), "Prophylactic abdominal drainage in patients with colorectal anastomosis: a prospective study", *Chin. J. Dig. Dis.*, 10 (6), pp. 427-429.
12. Solaini L., Cavaliere D., Pecchini F., et al. (2019), "The use of intra-abdominal drain in minimally invasive right colectomy: a propensity score matched analysis on postoperative outcomes", *Int J Colorectal Dis*, 34 (12), pp. 2137-2141.
13. Hyman N., Manchester T. L., Osler T., et al. (2007), "Anastomotic leaks after intestinal anastomosis: it's later than you think", *Ann Surg*, 245 (2), pp. 254-8.