

## PHẪU THUẬT BẢO TỒN HẬU MÔN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU TPHCM

Phạm Hùng Cường<sup>1\*</sup>

DOI: 10.38103/jcmhch.2020.65.11

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Phân tích các thay đổi về điều trị ung thư trực tràng thấp bằng các phẫu thuật bảo tồn hậu môn tại bệnh viện Ung Bướu TPHCM trong 15 năm qua (2004-2019).

**Bệnh nhân và phương pháp:** Hồi cứu hồ sơ 17 trường hợp ung thư trực tràng thấp loại carcinôm tuyến được điều trị tại Khoa Ngoại 2, Bệnh viện Ung Bướu TP HCM từ 01/2019 đến 06/2019. So sánh với các bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Ung Bướu TPHCM 01/2000-12/2004.

**Kết quả:** So với năm 2004, tỉ lệ phẫu thuật bảo tồn hậu môn điều trị ung thư trực tràng thấp tăng đáng kể (53% so với 4%,  $p<0,001$ ); tuy tỉ lệ nam giới cao hơn (77% so với 36%,  $p=0,003$ ) và điều trị ở giai đoạn sớm hơn (29% giai đoạn I so với 4%,  $p=0,001$ )

+ Tỉ lệ bệnh nhân ung thư trực tràng thấp làm phẫu thuật bảo tồn hậu môn là 53% (KTC 95%: 28-77%).

+ Phẫu thuật bảo tồn hậu môn có thể thực hiện khi bướu cách bờ hậu môn >3cm.

**Kết luận:** Điều trị ung thư trực tràng thấp bằng các phẫu thuật bảo tồn hậu môn tại bệnh viện Ung Bướu TPHCM trong 15 năm qua (2004-2019) đã tăng đáng kể, tương tự với xu thế của thế giới.

### ABSTRACT

#### SPHINCTER-SAVING RESECTION FOR LOW RECTAL CANCER IN HCMC ONCOLOGY HOSPITAL

Pham Hung Cuong<sup>1\*</sup>

**Purpose:** To analyse changes in performing sphincter-saving resection procedures for low rectal cancer in HCMC Oncology Hospital in the last 15 years (2004-2019).

**Patients and Methods:** Medical records of 17 cases of low rectal carcinoma operated on from January through June, 2019 in Surgery Department No 2, HCMC Oncology Hospital were studied retrospectively. Data were compared to that of cases of low rectal carcinoma also operated on in HCMC Oncology Hospital from January, 2000 through December, 2004 (2004 group).

**Results:** Compared with 2004 group, the sphincter-saving resection rate significantly increased (53% vs 4%,  $p<0.001$ ); although there were higher proportions of men (77% vs 36%,  $p=0.003$ ) and of early stage patients (29% stage I vs 4%,  $p<0.001$ ).

1 Bộ môn Ung thư Đại học Y Dược - Ngày nhận bài (Received): 1/10/2020; Ngày phản biện (Revised): 06/10/2020; TP.HCM - Ngày đăng bài (Accepted): 04/12/2020  
- Người phản hồi (Corresponding author): Phạm Hùng Cường  
- Email: phcuongvn@yahoo.com; ĐT: 0905 922 299

## Phẫu thuật bảo tồn hậu môn điều trị ung thư trực tràng thấp...

+ *Sphincter-saving resection procedures were performed for 53% low rectal cancer patients (95% CI: 28-77%).*

+ *All patients with tumors more than 3cm from the anal verge were operated on with sphincter-saving resection procedures.*

**Conclusion:** *There was a significant increment of sphincter-saving resection for low rectal cancer in HCMC Oncology Hospital in the last 15 years (2004-2019). It was not different from worldwide trends.*

**Keywords:** *sphincter-saving resection, low rectal cancer.*

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan năm 2018, ung thư đại-trực tràng là ung thư thường gặp hàng thứ năm tại Việt Nam với 14.733 ca mới [8]. Theo kết quả ghi nhận ung thư quần thể tại TP.HCM năm 2014, ung thư đại-trực tràng là ung thư thường gặp đứng hàng thứ hai (tính chung cả hai giới) với xuất độ chuẩn theo tuổi là 21,3/100.000 dân; chỉ sau ung thư phổi [9].

Phẫu thuật, cho đến nay, vẫn là vũ khí điều trị duy nhất có khả năng điều trị khỏi ung thư đại-trực tràng [17], các phương pháp điều trị khác chỉ có giá trị hỗ trợ.

Trước năm 1990, Fry [7] đã nhận định: Từ rất lâu phẫu thuật cắt cụt trực tràng qua đường bụng và tầng sinh môn (phẫu thuật Miles) đã được coi là phương pháp điều trị quy ước dành cho ung thư trực tràng, tuy nhiên sau mổ phẫu thuật này bệnh nhân phải chấp nhận mang một hậu môn nhân tạo vĩnh viễn ở bên hông, một điều phiền toái mà một số bệnh nhân không thể chấp nhận được. Gần đây với những hiểu biết rõ hơn về sinh học của ung thư trực tràng, việc phát hiện chẩn đoán bệnh ở những giai đoạn sớm hơn, sự tiến bộ của các dụng cụ phẫu thuật (các stapler) và các vũ khí điều trị khác (xạ, hóa,...) mà tỉ lệ các trường hợp ung thư trực tràng được điều trị bảo tồn hậu môn ngày một nhiều hơn.

Tuy nhiên, trong một nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM 01/2000-12/2004, tỉ lệ các bệnh nhân ung thư trực tràng thấp làm phẫu thuật bảo tồn hậu môn chỉ là 4% [12]. Mười lăm năm đã trôi qua (2004-2019), tình hình điều trị ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật bảo tồn hậu môn tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM có gì thay đổi?

Chúng tôi thực hiện công trình này nhằm mục

tiêu: *Phân tích các thay đổi về điều trị ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật bảo tồn hậu môn tại bệnh viện Ung Bướu TP.HCM trong 15 năm qua (2004-2019).*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân ung thư trực tràng thấp loại carcinôm tuyến điều trị phẫu thuật tại Khoa Ngoại 2, Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2019.

#### 3. Phương pháp nghiên cứu

+ Hồi cứu, mô tả cắt ngang.

+ Theo dõi bệnh nhân dựa vào hồ sơ bệnh án.

+ Các biến số chính:

❖ Ung thư trực tràng thấp:

Bướu trực tràng cách bờ hậu môn 0-5cm khi nội soi.

❖ Các loại phẫu thuật điều trị tận gốc ung thư trực tràng:

- Phẫu thuật cắt đoạn trực tràng - nối ngay (hoặc phẫu thuật cắt trước): Cắt đoạn trực tràng qua đường bụng trước, nối ngay đại tràng sigma-trực tràng bằng tay hoặc bằng stapler.

- Phẫu thuật Miles: Cắt cụt trực tràng qua đường bụng và tầng sinh môn, đưa đại tràng sigma ra da làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

- Phẫu thuật Hartmann: Cắt đoạn trực tràng qua đường bụng trước, đóng kín đầu dưới (trực tràng), đưa đầu trên (đại tràng sigma) ra da làm hậu môn nhân tạo.

- Cắt rộng bướu ngã hậu môn: Banh hậu môn, cắt rộng và sâu quanh bướu.

## Bệnh viện Trung ương Huế

+ Số liệu được ghi nhận vào bảng thu thập số liệu. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 for Windows.

+ So sánh số liệu từng cặp giữa các bệnh nhân trong nghiên cứu này và các bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Ung Bướu TPHCM năm 2000-2004 [9].

+ Giá trị  $p < 0,05$  được chọn là có ý nghĩa thống kê, với độ tin cậy 95%.

Mối tương quan giữa hai biến số định lượng được kiểm định bằng phép kiểm  $t$ .

Mối tương quan giữa hai biến số định tính được kiểm định bằng phép kiểm Chi bình phương ( $\chi^2$ ).

+ Bàn luận và so sánh với y văn.

### III. KẾT QUẢ

Các đặc điểm của các bệnh nhân trong nghiên cứu này và các bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu TPHCM 2000-2004 được trình bày trong Bảng 1:

Bảng 1: Các đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng.

Đặc điểm	Nghiên cứu này	Nghiên cứu 2000-2004 [9]	P
Thời gian nghiên cứu	6 tháng (01 – 06/2019)	5 năm (01/2000 – 12/2004)	
Số bệnh nhân	17	93	
Tuổi	Tuổi trung bình $59 \pm 12$ (nhỏ nhất 26, lớn nhất 77 tuổi)	Tuổi trung bình $57 \pm 16$ (nhỏ nhất 19, lớn nhất 87 tuổi)	0,625
Giới			<b>0,003</b>
Nam	13 (77%)	33 (36%)	
Nữ	4	60	
Giai đoạn			<b>0,001</b>
I	5 (29%)	4 (4%)	
II	4 (24%)	52 (56%)	
III	8 (47%)	37 (40%)	
Phẫu thuật			<b>&lt;0,001</b>
Cắt đoạn trực tràng - nối ngay	8 (47%)	0	
PT Miles	8 (47%)	85 (92%)	
PT Hartmann	0	4 (4%)	
Cắt rộng bướu ngã hậu môn	1 (6%)	4 (4%)	

+ Không có sự khác biệt về tuổi giữa hai nhóm nghiên cứu ( $p > 0,05$ ).

+ Các bệnh nhân trong nghiên cứu này có tỉ lệ nam giới cao hơn (77% so với 36%,  $p = 0,003$ ), điều trị ở giai đoạn sớm hơn (29% giai đoạn I so với 4%,  $p = 0,001$ ) và có tỉ lệ phẫu thuật bảo tồn hậu môn tăng đáng kể (53% so với 4%,  $p < 0,001$ ).

Chi tiết vị trí bướu cách bờ hậu môn và các loại phẫu thuật được trình bày trong Bảng 2.

## Phẫu thuật bảo tồn hậu môn điều trị ung thư trực tràng thấp...

Bảng 2: Vị trí bướu cách bờ hậu môn và các loại phẫu thuật.

Vị trí bướu cách bờ hậu môn	Cắt đoạn trực tràng - nối ngay	PT Miles	Cắt rộng bướu ngã hậu môn
0cm	0	1	0
1cm	0	3	0
2cm	0	3	0
3cm	1	1	0
4cm	1	0	0
5cm	6	0	1

+ Có sự khác biệt đáng kể về vị trí bướu cách bờ hậu môn giữa các loại phẫu thuật ( $p=0,002$ ).

+ Phẫu thuật bảo tồn hậu môn có thể thực hiện được khi bướu cách bờ hậu môn  $>3$ cm.

### IV. BÀN LUẬN

Để điều trị khối ung thư trực tràng, phẫu thuật là vũ khí điều trị đầu tiên đối với phần lớn bệnh nhân. Kết quả điều trị phẫu thuật có thể được cải thiện hơn nhờ sự hỗ trợ của xạ trị và hóa trị [17].

#### 1. Xác định ung thư trực tràng thấp

Ung thư trực tràng thấp được xác định thay đổi tùy theo các tác giả. Có tác giả xác định ung thư trực tràng thấp khi bướu cách bờ hậu môn  $\leq 6$ cm [10, 14], nhưng nhiều tác giả lại lấy mốc là  $\leq 5$ cm [1],[3],[5],[11],[17],[20].

Phương pháp xác định khoảng cách từ bờ hậu môn đến bướu thường không được nêu rõ dựa vào soi trực tràng ống cứng hay ống mềm, mặc dù soi trực tràng ống cứng giúp định chính xác hơn [20]. MRI vùng chậu cũng là phương pháp đáng tin cậy trong việc xác định vị trí bướu [20].

Trong nghiên cứu này, vì là hồi cứu, nên chúng tôi xác định ung thư trực tràng thấp khi bướu cách bờ hậu môn  $\leq 5$ cm dựa vào nội soi ống mềm.

#### 2. Phẫu thuật ung thư trực tràng thấp những năm 1990 và 2000

Theo Cohen A.M. [3], 1989 : Ung thư trực tràng ở 1/3 dưới ( $\leq 5$ cm) hầu hết cần phải được làm phẫu

thuật Miles. Các phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn có thể thực hiện được nếu bướu còn nhỏ và chưa xâm lấn sâu. Các phương pháp điều trị khu trú như cắt rộng bướu, cắt đốt, xạ trị tiếp cận cũng có thể được chọn lựa đối với một số bệnh nhân chọn lọc.

Theo Tabbarah H.J. [17], 1995, các khối ung thư của trực tràng có thể điều trị khỏi bằng cách cắt rộng khối bướu và nối ngay mà không cần phải làm hậu môn nhân tạo dù là tạm thời nếu bờ dưới của sang thương cách bờ hậu môn  $>8$ cm nếu ở nữ hoặc  $>9-10$  cm nếu ở nam. Các loại phẫu thuật được chọn lựa khi bướu ở 1/3 dưới trực tràng là:

+ Các phẫu thuật cắt nối đại tràng-hậu môn bằng các đường xuyên hậu môn, xuyên cơ vòng hoặc cạnh xương cụt.

+ Phẫu thuật Miles (cắt cụt trực tràng qua đường bụng và tăng sinh môn).

+ Các loại điều trị khu trú bao gồm: cắt rộng bướu, cắt đốt điện hoặc laser, xạ trị tiếp cận.

Tỉ lệ các loại phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng thấp những năm 1990 và 2000 theo y văn được trình bày trong Bảng 3.

Bảng 3: Tỉ lệ các loại phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng thấp những năm 1990 và 2000 theo y văn.

Tác giả, quốc gia, năm công bố, thời gian nghiên cứu, cỡ mẫu	Cắt đoạn trực tràng - nối ngay	PT Miles
VT Long, Việt Nam, 1998 [13], 1986-1993, 36 bn	0%	94% [(*) 100%]
PH Cường, Việt Nam, 1999 [13], 1993-1997, 77 bn	0%	100%
Nagtegaal, Hà Lan, 2005 [11], 1996-1999, 382 bn	20%	80%
Anderin, Thụy Điển, 2012 [1], 1995-2003, 616 bn	19%	72% [(*) 81%]
Sun, Trung Quốc, 2015 [16], 2006-2009, 124 bn	9%	91%
Silberfein, Hoa Kỳ, 2010 [15], 1993-2003, 304 bn	58%	42%

(\*): phẫu thuật Miles và phẫu thuật Hartmann.

## Bệnh viện Trung ương Huế

Tỉ lệ mổ phẫu thuật bảo tồn hậu môn của các tác giả Âu-Mỹ trong giai đoạn này là 19 - 20%, trong khi tại Việt Nam chỉ là 0%. Nghiên cứu của Silberfein [15] có tỉ lệ mổ cắt đoạn trực tràng – nối ngay đạt 58% nhờ thực hiện thường quy hóa-xạ trị tiền phẫu và nối đại tràng-hậu môn.

Có sự khác biệt này, theo chúng tôi, có thể vì hai lý do sau:

+ Tại thời điểm này, quan điểm diện cắt xa của trực tràng tối thiểu phải cách bờ dưới khối bướu 5cm thì mới an toàn về mặt ung thư học vẫn còn phổ biến. Quan điểm này dựa trên lời khuyên của Dukes sau khi đã phân tích hàng loạt bệnh phẩm ung thư trực tràng mà không tìm thấy sự xâm lấn dưới niêm mạc hoặc hạch bạch huyết ở vị trí cách bướu 4,5cm [7].

+ Mặt khác, hoàn cảnh chung của Việt Nam tại thời điểm này, việc khâu nối trực tràng trong vùng chậu chỉ thực hiện bằng tay mà không có sự trợ giúp của máy khâu (stapler). Do vậy các trường hợp ung thư trực tràng thấp, nếu không thể cắt rộng bướu ngã hậu môn, đều phải làm phẫu thuật Miles hoặc phẫu thuật Hartmann.

Trong nghiên cứu năm 2004 (Bảng 1), vì thế, không có trường hợp nào làm phẫu thuật cắt đoạn trực tràng - nối ngay.

### 3. Phẫu thuật ung thư trực tràng thấp những năm 2010

Theo một đồng thuận năm 2016 [20],

+ Cắt bỏ trực tràng qua đường bụng là phẫu thuật tiêu chuẩn dành cho ung thư trực tràng, bất kể là giai đoạn nào.

+ Các loại phẫu thuật có thể chọn lựa là: cắt trước (cắt đoạn trực tràng – nối ngay), cắt gian cơ thắt, phẫu thuật Miles (cắt cụt trực tràng đường bụng và tăng sinh môn), cắt rộng bướu qua đường hậu môn.

+ Chọn lựa loại phẫu thuật nào tùy thuộc chủ yếu vào vị trí của bướu nguyên phát.

Đối với những trường hợp ung thư trực tràng có bướu ở đoạn dưới trực tràng [5, 20].

\* Khi phần trực tràng cách bờ dưới bướu >1cm

không liên quan đến phần lớn cơ thắt ngoài hậu môn, các phẫu thuật được chỉ định là: cắt trước cực thấp nối máy (stapler) hoặc nối đại tràng-hậu môn, cắt gian cơ thắt.

\* Phẫu thuật Miles được chỉ định khi phần trực tràng cách bờ dưới bướu >1cm liên quan đến phần lớn cơ thắt ngoài hậu môn.

\* Cắt rộng bướu qua đường hậu môn được chỉ định cho những trường hợp bướu T1, nhỏ <3cm, chiếm <1/3 chu vi trực tràng, không muốn mổ cắt bỏ trực tràng đường bụng. Cần cắt bỏ toàn bộ thành trực tràng và mỡ quanh trực tràng với diện cắt tối thiểu 3mm. Nếu diện cắt còn bướu hoặc giải phẫu bệnh sau mổ là loại biệt hóa kém hoặc có xâm lấn mạch máu hoặc xâm lấn quanh thần kinh; cần phải mổ lại, cắt bỏ trực tràng đường bụng.

Tỉ lệ các loại phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng thấp những năm 2010 theo y văn được trình bày trong Bảng 4.

Bảng 4: Tỉ lệ các loại phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng thấp những năm 2010 theo y văn.

Tác giả, quốc gia, năm công bố, thời gian nghiên cứu, cỡ mẫu	Phẫu thuật bảo tồn hậu môn	PT Miles
Rullier, Pháp, 2013 [14], 404 bn	79%	21%
VN Phương, Việt Nam, 2017 [18], 2014-2015, 65 bn	57%	43%
ĐQ Minh, Việt Nam, 2018 [6], 2016-2018, 29 bn	90%	10%
Mehraj, Ấn Độ, 2018 [10], 2014-2016, 110 bn	74%	26%

Tỉ lệ mổ phẫu thuật bảo tồn hậu môn tại Việt Nam trong giai đoạn này không khác biệt đáng kể so với các tác giả nước ngoài. Các nghiên cứu của Rullier [14] và ĐQ Minh [6] có tỉ lệ mổ bảo tồn hậu môn cao, chủ yếu nhờ dùng kỹ thuật mổ gian cơ thắt và nối đại tràng-hậu môn, 79% và 72%.

Trong nghiên cứu này (Bảng 1 và 2), tỉ lệ bệnh

nhân ung thư trực tràng thấp làm phẫu thuật bảo tồn hậu môn là 53% (KTC 95%: 28-77%), khác biệt không nhiều so với y văn. Phẫu thuật bảo tồn hậu môn có thể thực hiện được khi bướu cách bờ hậu môn >3cm.

Sự gia tăng tỉ lệ phẫu thuật bảo tồn hậu môn trong nghiên cứu này, theo chúng tôi, có được vì:

+ Quan điểm diện cắt xa của trực tràng tối thiểu phải cách bờ dưới khối bướu chỉ cần 1-2cm, với điều kiện phải có điều trị hóa-xạ trước hoặc sau mổ.

+ Các máy nối (stapler) có sẵn và được dùng phổ biến trong phẫu thuật.

**4. Các nguyên nhân góp phần làm tăng tỉ lệ phẫu thuật bảo tồn hậu môn trong điều trị ung thư trực tràng thấp**

Quyết định làm phẫu thuật Miles hay phẫu thuật bảo tồn hậu môn phụ thuộc vào nhiều yếu tố [19]:

1. Vị trí của bướu trực tràng (quan trọng nhất là khoảng cách bướu so với cơ thắt hậu môn).

2. Bướu nguyên phát ở giai đoạn muộn (T4), nam giới có khung chậu hẹp.

3. Chức năng cơ vòng hậu môn kém.

Các nguyên nhân sau đã góp phần làm tăng tỉ lệ phẫu thuật bảo tồn hậu môn trong điều trị ung thư trực tràng thấp:

+ Diện cắt xa của trực tràng tối thiểu phải cách bờ dưới khối bướu 5cm thì mới an toàn về mặt ung thư học từ những năm 1930 của Dukes đã thay đổi chỉ còn là 1cm.

Trong một nghiên cứu hậu kiểm năm 2012 [2], với 5574 bệnh nhân trong 17 nghiên cứu, các tác giả kết luận diện cắt trong thành ruột chỉ cần 1cm là đủ an toàn về mặt ung thư học. Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều có xạ trị trước hoặc sau mổ.

Theo Dumont [5], trong một bài tổng quan năm 2015, đối với ung thư trực tràng thấp diện cắt xa trực tràng chỉ cần 1cm là đủ.

+ Hóa-xạ tiền phẫu các trường hợp ung thư trực tràng giữa và thấp giai đoạn II và III giúp giảm tái phát sau mổ. Phác đồ dài ngày (50,4 Gy với 28 phân

liều) giúp giảm kích thước bướu và giúp giảm giai đoạn bệnh [20].

Theo Dumont [5], các bệnh nhân có bướu T4 hoặc hạch di căn nếu không được hóa-xạ tiền phẫu, với diện cắt xa trực tràng 1cm có thể vẫn còn tế bào ung thư.

+ Các kỹ thuật mổ mới như phẫu thuật cắt gian cơ thắt và nối đại tràng-hậu môn bằng tay [4].

+ Các máy khâu (stapler) giúp khâu nối trực tràng trong vùng chậu dễ dàng hơn khâu nối tay, đặc biệt là các bệnh nhân nam có khung chậu hẹp [19].

Trong nghiên cứu này, chỉ có 2 trường hợp hóa-xạ tiền phẫu (12%) và 2 trường hợp nối đại tràng-hậu môn bằng tay (12%).

So sánh với công trình nghiên cứu cũng thực hiện tại Khoa Ngoại 2, Bệnh viện Ung Bướu TP HCM với 100% các bệnh nhân ung thư trực tràng được hóa-xạ tiền phẫu (Bảng 5), chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa (p=0,768).

*Bảng 5: Tỉ lệ các loại phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng thấp tại Bệnh viện Ung Bướu TP HCM.*

Tác giả, năm công bố, thời gian nghiên cứu, cỡ mẫu	Cắt đoạn trực tràng - nối ngay	PT Miles	Cắt rộng bướu ngã hậu môn
VN Phương, 2017 [18], 2014-2015, 65 bn	37 (57%)	28	0
NC này	8 (47%)	8	1 (6%)

Nếu số bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được hóa-xạ tiền phẫu tăng hơn, mọi phẫu thuật viên đều nắm vững kỹ thuật mổ cắt gian cơ thắt và nối đại tràng-hậu môn bằng tay thì tỉ lệ phẫu thuật bảo tồn hậu môn có thể còn tăng hơn nữa.

**V. KẾT LUẬN**

Điều trị ung thư trực tràng thấp bằng các phẫu thuật bảo tồn hậu môn tại bệnh viện Ung Bướu TP HCM trong 15 năm qua (2004-2019) đã tăng đáng kể, tương tự với xu thế của thế giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anderin C. (2012). “Low rectal cancer: Aspects of surgical techniques and treatment results”. Karolinska Institutet thesis.
2. Bujko K., Rutkowski A., Chang G.J., Michalski W. et al (2012). “Is the 1-cm Rule of Distal Bowel Resection Margin in Rectal Cancer Based on Clinical Evidence? A Systematic Review”. *Ann Surg Oncol*, 19:801–808.
3. Cohen A.M., Shank B., Friedman M.A. (1989). “Colorectal cancer”. In: Devita V.T., Jr.Hellman S., Rosenberg S.A. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, 3<sup>rd</sup> edition. J.B.Lippincott Company:895-964.
4. Deijen C.L., van den Broek J.J., Poelman M.M., Schreurs W.H. et al (2016). “State of the Art in Rectal Cancer Surgery: Historical Overview and New Perspectives After the COLOR II Trial”. *Cir Esp*, 94:1–3.
5. Dumont F., Mariani A., Elias D., Goéré D. (2015). “Surgical strategy for low rectal cancers”. *J Visc Surg*, 152(1):23-31.
6. Đào Quang Minh, Nguyễn Văn Trường (2018). “Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp tại Bệnh viện Thanh Nhàn – Hà Nội”. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, số 4, tr.259-263.
7. Fry R.D., Fleshman F.W., Kodner I.J. (1990). “Sphincter-saving procedures for rectal cancer”. In: Schwartz S.I., Ellis H. *Maingot’s Abdominal Operations*, 9<sup>th</sup> edition. Appleton & Lange: 1119-1130.
8. Globocan 2018. (<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-factsheets.pdf>)
9. Lê Hoàng Minh, Phạm Xuân Dũng, Đặng Huy Quốc Thịnh, Bùi Đức Tùng và cs (2016). “Kết quả ghi nhận ung thư quàn thể thành phố Hồ Chí Minh năm 2014”. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, số 3, tr.13- 21.
10. Mehraj A. (2018). “Low Rectal Cancers: Evolution from Abdominoperineal Resection (APR) to Sphincter Saving Procedures (SSP)”. *Adv Res Gastroentero Hepatol*, 10(3): 555788.
11. Nagtegaal I.D., van de Velde C.J.H., Marijnen C.A.M., van Krieken J.H.J.M. et al (2005). “Low rectal cancer: A call for a change of approach in abdominoperineal resection”. *J Clin Oncol*, 23:9257-9264.
12. Nguyễn Bá Trung (2005). “Ung thư trực tràng: chẩn đoán và điều trị”. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Luận án Bác sĩ Chuyên khoa cấp II.
13. Phạm Hùng Cường, Vương Nhất Phương (1999). “Điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng tại Trung tâm Ung Bướu TPHCM”. *Y học TPHCM*, 3(4), tr.216-225.
14. Rullier E., Denost Q., Vendrely V., Rullier A. et al (2013). “Low rectal cancer: classification and standardization of surgery”. *Dis Colon Rectum*, 56(5):560-567.
15. Silberfein E.J., Kattepogu K.M., Hu C-Y., Skibber J.M. et al (2010). “Long-Term Survival and Recurrence Outcomes Following Surgery for Distal Rectal Cancer”. *Ann Surg Oncol*, 17(11): 2863–2869.
16. Sun Z., Yu X., Wang H., Ma M. et al (2015). “Factors affecting sphincter-preserving resection treatment for patients with low rectal cancer”. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 10:484-490.
17. Tabbarah H.J. (1995). “Gastrointestinal tract cancers”. In: Casciato D.A., Lowitz B.B. *Manual of Clinical Oncology*, 3<sup>rd</sup> edition. Little, Brown and Company:152-164.
18. Vương Nhất Phương và cs (2017). “Kết quả bước đầu hóa-xạ tiền phẫu kết hợp phẫu thuật trong điều trị ung thư trực tràng giai đoạn II-III”. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 459(Tháng 10, Số đặc biệt), tr.445- 451.
19. Warschkow R., Ebinger S.M., Brunner W., Schmied B.M. et al (2017) “Survival after Abdominoperineal and Sphincter-Preserving Resection in Nonmetastatic Rectal Cancer: A Population-Based Time-Trend and Propensity Score-Matched SEER Analysis”. *Gastroent Res Pract*, vol. 2017, Article ID 6058907, 12 pages.
20. Xynos E., Tekkis P., Gouvas N., Vini L. et al (2016). “Clinical practice guidelines for the surgical treatment of rectal cancer: a consensus statement of the Hellenic Society of Medical Oncologists (HeSMO)”. *Ann Gastroenterol*, 29 (2):103-126.