

Kiến thức tốt về VST thường quy sẽ giúp tăng khả năng tuân thủ VST thường quy gấp 5,98 lần (95% KTC = 3,49 – 10,25) ở các NVYT. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây. Trong nghiên cứu của Nura Muhammed Abdella (2014) khẳng định kiến thức tốt sẽ dẫn tới tăng tuân thủ VST tay gấp 3,80 lần (95% KTC = 1,60 – 8,97) [6].

#### V. KẾT LUẬN

Các yếu tố ảnh hưởng tới tuân thủ vệ sinh tay thường quy của nhân viên y tế là giới, khối lượng việc và kiến thức về vệ sinh tay, nghiên cứu khuyến nghị tập huấn về vệ sinh tay thường quy cho nhân viên y tế, tăng cường công tác giám sát vệ sinh tay

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt Hùng. Vệ sinh tay trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện. Hà Nội: Nhà Xuất bản Y học Hà Nội; 2010.
2. Tiêu Chí Đức (2020). Thực trạng tuân thủ rửa tay thường quy của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng ngoại khoa của Bệnh viện Nhân dân Gia định năm 2019 và một số yếu tố ảnh hưởng. Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa Cấp 2 chuyên ngành

QUản lý y tế, trường Đại học Y tế Công Cộng.

3. Lê Thị Khánh Quy (2019). Thực trạng tuân thủ rửa tay thường quy của điều dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng tại 4 khoa lâm sàng, Bệnh viện Bà Rịa năm 2019, Luận văn Thạc sỹ Y tế Công cộng, trường Đại học Y tế Công cộng.
4. Zottele C, Magnago TSBdS, Dullius AldS, Kolankiewicz ACB, Ongaro JD (2017). Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency department. J Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2017;51.
5. Le CD, Lehman EB, Nguyen TH, Craig TJ (2019). Hand Hygiene Compliance Study at a Large Central Hospital in Vietnam. International journal of environmental research and public health;16(4).
6. Abdella NM, Tefera MA, Eredie AE, Landers TF, Malefia YD, Alene KA (2014). Hand hygiene compliance and associated factors among health care providers in Gondar University Hospital, Gondar, North West Ethiopia. BMC Public Health;14(1):96.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TRỰC TRÀNG TRÊN VÀ GIỮA BẰNG PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Trần Thái Phúc<sup>1\*</sup>, Lương Văn Nhật<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thị Phương<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, phẫu thuật cắt đoạn trực tràng ung thư, nổi đại trực tràng bằng máy nối tiêu hóa đã được chỉ định cho những bệnh nhân ung thư trực tràng trên và giữa trong những năm gần đây đã cho kết quả đáng khích lệ. NC nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật này.

**Phương pháp:** 76 bệnh nhân UTTT (có khoảng cách từ bờ dưới u đến rìa hậu môn từ 6cm trở lên) được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nổi đại

trực tràng bằng máy nối tiêu hóa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ 1/2019 đến 12/2020. Ghi nhận các số liệu về tuổi, giới, đặc điểm khối u, giai đoạn bệnh; Xạ trị trước mổ, thời gian mổ, số hạch lấy được, tai biến và biến chứng phẫu thuật; Tỷ lệ sống còn, tỷ lệ tái phát, thời gian sống thêm sau mổ và một số yếu tố liên quan.

**Kết quả:** 76 bệnh nhân UTTT được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng, nổi đại trực tràng bằng máy nối tiêu hóa. Tuổi trung bình là 63,6 tuổi. Nam 37,9% và nữ 62,1%. UTTT giữa 32,9%, UTTT trên 67,1%. Giai đoạn I, II và III tương ứng là 6,6%; 52,6% và 40,8%. Xạ trị trước mổ 38,2%. Thời gian mổ trung bình 157,0 phút. Phẫu thuật lấy tối thiểu 12 hạch 100%. Rò miệng nối 3,9%. Thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 18,4 tháng. Số lần đại tiện trung bình 1 năm sau phẫu thuật là 2,1 lần. Tỷ lệ tái phát 2,6%. Tỷ lệ sống còn là 98,7%. Thời gian sống

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Phúc

Email: phuctt@tbump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20/01/2022

Ngày phản biện: 21/02/2022

Ngày duyệt bài: 07/03/2022

thêm không bệnh và toàn bộ là 29,3 và 29,7 tháng. Giai đoạn bệnh và kích thước u liên quan đến thời gian sống thêm sau mổ ( $p < 0,05$ ). Kết luận: Phẫu thuật cắt đoạn trực tràng, nối đại trực tràng bằng máy nối tiêu hóa điều trị ung thư trực tràng trên và giữa là phương pháp an toàn, cho kết quả tốt.

**Từ khóa:** ung thư đại tràng, phẫu thuật, cắt đoạn trực tràng

#### ABSTRACT

#### ASSESSMENT OF THE RESULTS OF TREATMENT OF UPPER AND BETWEEN RECTAL CARCINOMA BY SURGICAL RESECTION OF RECTUM IN THAI BINH PROVINCE'S GENERAL HOSPITAL

**Objectives:** At Thai Binh Provincial General Hospital, rectal cancer surgery, colorectal anastomosis by gastrointestinal machine has been indicated for patients with upper and middle rectal cancer in recent years and got good results. The study evaluated the outcome of this surgery.

**Methods:** 76 rectal cancer patients (with the distance from the lower border of the tumor to the anal margin of 6cm or more) underwent rectal resection and colorectal anastomosis with a gastrostomy machine at Thai Binh Provincial General Hospital from January 2019 to December 2020. Record data on age, sex, tumor characteristics, disease stage; Preoperative radiotherapy, operation time, number of lymph nodes removed, complications and surgical complications; Survival rate, recurrence rate, survival time after surgery and some related factors.

**Results:** 76 colorectal cancer patients underwent rectal resection and colorectal anastomosis by gastrointestinal splicing machine. The mean age was 63.6 years old. Male 37.9% and female 62.1%. cervical cancer between 32.9%, cervical cancer over 67.1%. Phases I, II and III are equivalent to 6.6%; 52.6% and 40.8%. Preoperative radiotherapy 38.2%. The average surgery time was 157.0 minutes. Surgery to remove at least 12 lymph nodes 100%. Fistula anastomosis 3.9%. The mean follow-up time after surgery was 18.4 months. The average number of bowel movements 1 year after surgery was 2.1 times. Recurrence rate 2.6%. The survival rate is 98.7%. Overall and disease-free survival was 29.3 and 29.7 months respectively. Disease stage and tumor size related to survival time after surgery ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Rectal resection surgery, colorectal anastomosis by gastrointestinal tract for treatment

of upper and middle rectal cancer is a safe method with good results.

**Keywords:** colon cancer, surgery, rectal resection

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo NCCN 2019, điều trị UTTT theo công thức đa mô thức: Phẫu thuật, hóa chất và tia xạ. Trong đó phẫu thuật là cơ bản nhất [1].

UTTT trên và giữa, phương pháp phẫu thuật là cắt đoạn trực tràng có u, nối đại tràng với phần còn lại của trực tràng [1].

Ngày nay, với sự phát triển của các phương tiện hỗ trợ phẫu thuật máy nối tiêu hóa được áp dụng nhiều. Với UTTT trên và giữa, nối đại tràng với phần còn lại của trực tràng bằng máy nối tiêu hóa là lựa chọn tốt, rút ngắn thời gian phẫu thuật

Phẫu thuật cắt đoạn trực tràng, nối đại trực tràng bằng máy nối tiêu hóa, điều trị UTTT đã được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình trong những năm gần đây và đã đạt được những thành tựu nhất định.

**Mục tiêu của NC này nhằm:** Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô trực tràng trên và giữa bằng phẫu thuật cắt đoạn trực tràng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2020.

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

NC gồm 76 bệnh nhân UTTT trên và giữa (bờ dưới u cách rìa hậu môn từ 6cm trở lên) được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng, nối đại trực tràng bằng máy nối tiêu hóa tại trung tâm Ung bướu Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2020.

**Chọn vào NC những trường hợp:**

- UTTT trên và giữa giai đoạn I, II, III (Chẩn đoán trước mổ bằng nội soi trực tràng kèm sinh thiết u, chụp cắt lớp vi tính 128 dãy ổ bụng) [2].

- Xạ trị trước mổ với những bệnh nhân có u T4, N1, N2 cách rìa hậu môn từ 6-10cm

- Được phẫu thuật cắt trực tràng nối đại trực tràng bằng máy nối.

- Kết quả giải phẫu bệnh lý là ung thư biểu mô tuyến trực tràng.

Loại khỏi nghiên cứu những trường hợp ung thư tái phát và đã di căn xa.

NC theo phương pháp tiến cứu, mô tả can thiệp, không đối chứng.

- Phương pháp phẫu thuật trong NC:

- Cắt mạch mạc treo tràng dưới tận gốc.
- Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng.
- Cắt đầu trên trực tràng và đặt gối trên máy nối.
- Cắt đầu dưới trực tràng dưới u tối thiểu 2cm.
- Nối đại tràng ống hậu môn bằng máy nối tiêu hóa.
- Quy trình làm giải phẫu bệnh sau phẫu thuật:
- Phẫu tích tất cả các hạch lấy được cùng với trực tràng.
- Làm XN khối u trực tràng: Đánh giá xâm lấn của u với thành trực tràng, độ biệt hóa của tế bào ung thư.

- Làm XN hai đầu bệnh phẩm trực tràng: đánh giá vị trí cắt trực tràng trên và dưới u còn tế bào ung thư hay không.

- Làm XN tất cả các hạch lấy được để tìm hạch có di căn ung thư.

NC tuổi, giới, đặc điểm tổn thương của u trực tràng, thời gian mổ, tai biến, biến chứng; số lần đại tiện sau mổ, tỷ lệ tái phát, tỷ lệ sống còn, thời gian sống thêm sau mổ và một số yếu tố liên quan.

Kết quả NC được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

76 BN UTTT trên và giữa đã được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nối máy tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2019 thấy độ tuổi trung bình là  $63,6 \pm 12,8$  tuổi, thấp nhất 21 tuổi, cao nhất là 86 tuổi, tuổi thường gặp từ 61-80 tuổi (52,6%). Nam 37,9% và nữ 62,1%. 100% trường hợp là ung thư biểu mô tuyến.

**Bảng 3.1. Đặc điểm khối u trực tràng**

Đặc điểm khối u trực tràng		n	%
Vị trí u so với rìa hậu môn	6 - 10 cm	25	32,9
	> 10 cm	51	67,1
Kích thước u	< 5cm	52	68,4
	≥ 5cm	24	31,6
Xâm lấn u khối u	T <sub>1-2</sub>	5	6,6
	T <sub>3</sub>	17	22,7
	T <sub>4</sub>	54	71,1
Di căn hạch	N <sub>0</sub>	44	57,9
	N <sub>1-2</sub>	34	42,1
Giai đoạn bệnh	I	5	6,6
	II	40	52,6
	III	31	40,8

Trong NC, 32,9% trường hợp UTTT giữa và 67,1 % UTTT trên. 71,1% trường hợp khối u đã xâm lấn ra khỏi thành trực tràng và 42,1% trường hợp có di căn hạch. Giai đoạn I, II và III tương ứng là 6,6%; 52,6% và 40,8%. NC của Yang [3] giai đoạn III: 45,5%; NC của Rosenberg [4] giai đoạn III là 50,5%.

Trong NC này 39,2% được xạ trị trước mổ, gồm các trường hợp T4, N1 và N2.

**Bảng 3.2. Đặc điểm kỹ thuật mổ**

	Trung bình	Min	Max
Thời gian mổ	148,5 ± 14,1 phút	120 phút	180 phút
Số hạch lấy được	12,8 ± 2,1 hạch	12 hạch	22 hạch
Khoảng cách cắt dưới u	2,9 ± 0,7cm	2cm	5cm

Trong nghiên cứu này, 22,4% BN mổ nội soi và 77,6% BN thực hiện mổ mở, 100% bệnh nhân thực hiện nối đại trực tràng bằng máy nối.

Thời gian mổ trung bình là 148,5 phút, ngắn nhất là 120 phút và dài nhất là 180 phút. NC của Trần Anh Cường (2017) [5] thời gian phẫu thuật trung bình là 154 phút. NC của Huang C. (2015) [6] thời gian phẫu thuật trung bình là 143,9 phút.

Theo khuyến cáo của Hiệp hội ung thư Mỹ, phẫu thuật UTTT cần phải lấy và làm xét nghiệm tối thiểu là 12 hạch. Trong nghiên cứu này, số lượng hạch lấy được trung bình là  $12,8 \pm 2,1$  hạch, thấp nhất là 12 hạch và nhiều nhất là 22 hạch. 42,1% trường hợp trong nghiên cứu có di căn hạch [7].

Theo nghiên cứu của các tác giả về sự xâm lấn ung thư xuống phía dưới trực tràng thấy: sự xâm lấn không quá 1cm đối với u T1 và không quá 2cm đối với u T2, T3 và T4. Vì vậy diện cắt an toàn phía dưới u tối thiểu 2cm [1]. Trong nghiên cứu, khoảng cách cắt dưới u trung bình là  $2,9 \pm 0,7$ cm, thấp nhất là 2cm và cao nhất là 5cm. 100% trường hợp diện cắt không còn tế bào ung thư

**Bảng 3.3. Biến chứng sau mổ**

Tái phát	n	%
Bí tiểu	2	2,6
Rò miệng nối	3	3,9
Nhiễm trùng vết mổ	4	5,2
Tổng	9	11,7

Các dây thần kinh chi phối tự chủ của bàng quang nằm ở hai bên cánh trực tràng, trong phẫu thuật nếu làm tổn thương những thần kinh này sẽ gây tiểu tiện không tự chủ sau mổ. Trong NC không có trường hợp nào bị tiểu tiện không tự chủ sau phẫu thuật Theo các tác giả, miệng nối ống tiêu hóa ở vị trí càng xuống thấp thì tỷ lệ rò miệng nối càng tăng (từ 3% đến 11%) do mức độ giảm tưới máu miệng nối. Vì vậy, rò miệng nối đại trực tràng là biến chứng hay gặp. Trong NC có 3 trường hợp (3,9%) có rò miệng nối, cả 3 trường hợp này thấy dịch tiêu hóa qua dẫn lưu tại chỗ không nhiều, chúng tôi cho bệnh nhân nhịn ăn, rút dẫn lưu muộn, sau 7 ngày ổn định và không phải mổ lại.

Nhiễm trùng vết mổ đường bụng là biến chứng thường gặp trong phẫu thuật mở, trong nghiên cứu có 5,2% trường hợp có nhiễm trùng vết mổ.

Trong NC không có BN phải mổ lại cũng như tử vong trong vòng 30 ngày đầu sau phẫu thuật.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 10,6 ngày, thấp nhất 4 ngày và dài nhất là 32 ngày.

Tăng số lần đại tiện sau mổ là nỗi phiền muộn của những bệnh nhân UTTT được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn. Trong NC, tháng thứ nhất số lần đại tiện trung bình là 3,9 lần/ ngày. Có những BN đại tiện 6 lần/ ngày. Nhưng số lần đại tiện giảm dần theo thời gian và sau 1 năm số lần đại tiện trung bình chỉ còn 2,1 lần/ ngày. NC của chúng tôi cũng tương đương với các nghiên cứu trong và ngoài nước [8], [9], [10].

**Bảng 3.4. Tỷ lệ tái phát và sống còn**

	n	%
Tái phát	2	2,6
Còn sống	1	1,3

Trong NC này, thời gian theo dõi trung bình toàn bộ của nhóm NC là 18,4 tháng, ít nhất 8 tháng và nhiều nhất 30 tháng. Thời gian theo dõi đến khi có tái phát trung bình là 18,2 tháng. Có 2 BN (2,6%) xuất hiện di căn tạng sau phẫu thuật: 1 bệnh nhân xuất hiện di căn gan, phổi (14 tháng sau mổ) và 1 bệnh nhân xuất hiện nhân di căn gan (15 tháng sau mổ). NC của Yamano (2018) [8] trên 1953 bệnh nhân UTTT có tỷ lệ tái phát 19,9% trong đó tái phát tại chỗ chiếm 35,7%. NC của Farhat (2019) [9] cho thấy tỷ lệ tái phát 28,2%, trong đó tái phát tại chỗ chiếm 35,8%; tái phát miệng nối 18,7%; di căn xa 45,5%

Có 1/76 bệnh nhân tử vong (1,3%) tại thời điểm kết thúc nghiên cứu. Bệnh nhân này tử vong do tái phát di căn gan phổi. NC của Trần Thành Long (2020) [10] tỷ lệ tử vong là 13,2%.

**Bảng 3.5. Thời gian sống thêm sau mổ**

Thời gian sống thêm (tháng)	TB ± ĐLC	12 tháng	24 tháng	95%CI
Toàn bộ	29,7 ± 0,3	100%	97,4%	29,0 - 30,0
Không bệnh	29,3 ± 0,5	100%	96,0%	28,4 - 30,2

Kết quả NC của chúng tôi cho thấy 100% bệnh nhân sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh sau 12 tháng. Sau 24 tháng tỷ lệ bệnh nhân sống thêm không bệnh là 96,0%, sống thêm toàn bộ là 97,4%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 29,7 ± 0,3 tháng. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 29,3 ± 0,5 tháng. Do thời gian theo dõi sau mổ trong NC ngắn (dài nhất là 30 tháng) nên số liệu chưa có tính thuyết phục cao.

**Bảng 3.6. Một số yếu tố liên quan đến tiên lượng sống thêm toàn bộ (n=76)**

Đặc điểm	n (%)	Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 24 tháng (%)	p
Kích thước u	< 5cm	52 (68,4)	100
	≥ 5cm	24 (31,6)	88,9
Di căn hạch	Có	32 (42,1)	85,3
	Không	44 (57,9)	100

Khi tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm sau mổ chúng tôi thấy có 2 yếu tố ảnh hưởng nhiều đến thời gian sống thêm đó là kích thước của khối u và di căn hạch. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

#### IV - KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt trực tràng nối máy điều trị ung thư trực tràng cao và giữa tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình cho kết quả tốt.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- NCCN Guidelines (2019), "Rectal cancer", National Comprehensive Cancer Network, Inc.
- Jessup J.M., Goldberg R.M., Asareet E.A., et al. (2017), "Colon and rectum", AJCC (American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual, 8th ed, Springer New York, pp. 251-274.
- Yang S.Y., Kang J.H., et al (2019). Operative safety and oncologic outcomes in rectal cancer based on the level of inferior mesenteric artery ligation: a stratified analysis of a large Korean cohort. *Ann Surg Treat Res.*; 97(5), 254–260.
- Rosenberg R., Maak M., Schuster T., et al (2010). Does a rectal cancer of the upper third behave more like a colon or a rectal cancer?. *Dis Colon Rectum.*; 53(5): 761–770.
- Trần Anh Cường (2017). Nghiên cứu đặc điểm di căn hạch và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng tại bệnh viện K. Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
- Huang C., Shen J.-C., Zhang J (2015). Clinical comparison of laparoscopy vs open surgery in a radical operation for rectal cancer: A retrospective case-control study. *World J Gastroenterol.*; 21(48), 13532–13541.
- Rajput A., Romanus D. (2010), "Meeting the 12 lymph node (LN) benchmark in colon cancer", *J Surg Oncol* 102, p. 3
- Yamano T., Yamauchi S., Tsukamoto K., et al (2018). Evaluation of appropriate follow-up after curative surgery for patients with colorectal cancer using time to recurrence and survival after recurrence: a retrospective multicenter study. *Oncotarget.*; 9(39), 25474–25490.
- Farhat W., Azzaza M., Mizouni A., et al (2019). Factors predicting recurrence after curative resection for rectal cancer: a 16-year study. *World J Surg Oncol.*; 17(1), 173.
- Trần Thành Long (2020). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng và vét hạch điều trị ung thư biểu mô tuyến trực tràng cao tại bệnh viện K năm 2016 - 2018. Luận án bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội.