

Đánh giá các kiểu thực hiện miệng nối ngoài ổ phúc mạc trong phẫu thuật nội soi cắt ½ đại tràng phải do ung thư

Phạm Minh Đức¹, Nguyễn Minh Thảo¹, Nguyễn Anh Tuấn¹, Nguyễn Thanh Xuân^{2,*}

(1) Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

(2) Khoa Ngoại Nhi và Cấp cứu bụng, Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phương pháp phẫu thuật nội soi cắt ½ đại tràng phải do ung thư hiện nay đa số các phẫu thuật viên vẫn ưu tiên chọn cách thực hiện miệng nối hồi-đại tràng ngoài ổ phúc mạc. Trong đó, miệng nối này có thể được thực hiện bằng cách nối tay hoặc nối máy. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá các kiểu thực hiện miệng nối hồi-đại tràng trong phẫu thuật nội soi cắt ½ đại tràng phải do ung thư. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mẫu nghiên cứu thu thập gồm 36 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt ½ đại tràng phải do ung thư có thực hiện miệng nối hồi-đại tràng ngoài ổ phúc mạc tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 12/2020 đến tháng 9/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình $65,6 \pm 14,9$, lớn tuổi nhất là 99 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 0,89/1. Lý do vào viện nhiều nhất là đau bụng 77,8%. Tăng CEA trước mổ 36,1%. Nội soi đại tràng ghi nhận tổn thương sùi là 86,1%. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng phát hiện dày thành đại tràng là 91,7%. U ở manh tràng chiếm đa số với 44,4%. Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm nối tay là $164,7 \pm 33,4$ phút và nối máy là $149,3 \pm 25,6$ phút ($p=0,13$). Thời gian sử dụng giảm đau nhóm nối tay là $4,9 \pm 0,7$ ngày và nối máy $4,7 \pm 0,4$ ngày ($p=0,76$). Thời gian trung tiện nhóm nối tay $3,4 \pm 2,2$ ngày và nhóm nối máy $2,9 \pm 1,0$ ngày ($p=0,19$). Biến chứng có 5,6% trường hợp nhiễm trùng vết mổ ở nhóm nối máy và một trường hợp (2,8%) rò miệng nối cần phẫu thuật lại ở nhóm nối tay. Thời gian nằm viện sau mổ của nhóm nối tay $9,7 \pm 7,9$ ngày và nối máy $8,7 \pm 2,5$ ngày ($p=0,60$). Tái khám trong vòng 30 ngày đầu có 1 trường hợp tử vong ở nhóm nối máy. **Kết luận:** Nghiên cứu ghi nhận không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật, thời gian dùng giảm đau, thời gian trung tiện sau mổ, thời gian hậu phẫu, tỷ lệ xuất hiện biến chứng giữa các phương pháp thực hiện miệng nối ngoài ổ phúc mạc bằng tay và bằng máy. Tuy nhiên, trường hợp có biến chứng nặng hơn được ghi nhận ở nhóm thực hiện miệng nối bằng tay.

Từ khóa: Ung thư đại tràng phải, phẫu thuật nội soi cắt ½ đại tràng phải, miệng nối ngoài ổ phúc mạc.

Result of extracorporeal anastomosis types in laparoscopic right hemicolectomy for right colon cancer

Phạm Minh Đức¹, Nguyễn Minh Thảo¹, Nguyễn Anh Tuấn¹, Nguyễn Thanh Xuân^{2,*}

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Department of Abdominal Emergency and Pediatric Surgery, Hue Central Hospital

Abstract

Background: Most surgeons prefer to perform extracorporeal ileocolic anastomosis in laparoscopic right hemicolectomy. The extracorporeal anastomosis can be made by conventional hand-sewn or stapler anastomosis. The study aims to evaluate the results of both anastomoses. **Materials and methods:** 36 patients performed laparoscopic right hemicolectomy due to right colon cancer with an extracorporeal anastomosis at Hue Central Hospital and Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from December 2020 to September 2022. **Results:** The mean age was 65.6 ± 14.9 ; the oldest was 99 years old. The male/female ratio was 0.89/1. The most common reason for hospitalization was abdominal pain, with 77.8%. The high level of CEA before surgery was 36.1%. Cecal tumors accounted for the majority, with 44.4%. The average operative time of the conventional hand-sewn group was 164.7 ± 33.4 minutes, and the stapler anastomosis was 149.3 ± 25.6 minutes ($p=0.13$). The duration of post-operative intravenous medication for pain control in the conventional hand-sewn group was 4.9 ± 0.7 days, and the stapler anastomosis group was 4.7 ± 0.4 days ($p=0.76$). The median time of the hand-sewn group was $3.4 \pm$

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thanh Xuân; Email: thanhxuanbvnh@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/5/2024; Ngày đồng ý đăng: 14/11/2024; Ngày xuất bản: 25/12/2024

DOI: 10.34071/jmp.2024.7.25

2.2 days, and the stapler anastomosis group was 2.9 ± 1.0 days ($p=0.19$). There were 5.6% surgical site infections in the stapler anastomosis group and 2.8% of anastomosis leakage requiring reoperation in the conventional hand-sewn group. The post-operative hospital stay of the hand-sewn and stapler group was 9.7 ± 7.9 days and 8.7 ± 2.5 days ($p=0.6$), respectively. There was one mortality related to pneumonia in the hand-sewn anastomosis group. **Conclusion:** No difference in operative time, intravenous medication time for pain control, post-operative time, or complication rate between anastomosis methods. However, a severe complication was reported in the hand-sewn anastomosis group.

Keywords: right colon cancer, laparoscopic right hemicolectomy, extracorporeal anastomosis.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan 2020 có hơn 1,9 triệu người mắc mới ung thư đại trực tràng, xếp thứ ba về tỷ lệ mắc nhưng thứ hai về tỷ lệ tử vong chiếm 9,4% [1]. Tại Việt Nam, Ung thư đại trực tràng chiếm hàng thứ năm với tỷ lệ mắc mới chiếm 9% [1]. Hiện nay, với sự phát triển về phương pháp phẫu thuật đã đa dạng các kỹ thuật thực hiện miệng nối sau cắt đại trực tràng. Thực hiện miệng nối hồi-đại tràng sau phẫu thuật cắt đại tràng phải là một trong những kỹ năng cơ bản của phẫu thuật viên (PTV). Không giống như phẫu thuật cắt đại tràng trái, miệng nối hồi-đại tràng bao gồm nhiều sự lựa chọn khác nhau về mặt kỹ thuật [2].

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng phải do ung thư có thể lựa chọn phương pháp thực hiện miệng nối trong hoặc ngoài ổ phúc mạc [3]. Mặc dù còn có nhiều tranh luận, một số tác giả nhận thấy rằng phương pháp nối trong sẽ khó khăn hơn nên thời gian phẫu thuật sẽ kéo dài hơn so với nối ngoài. Tuy nhiên, phương pháp nối trong vẫn có nhiều ưu điểm hơn về thời gian tái lập nhu động ruột hay biến chứng hậu phẫu [4],[5]. Tuy nhiên, đa số các PTV vẫn ưa thích lựa chọn cách tái lập lưu thông tiêu hóa bằng phương pháp thực hiện miệng nối hồi-đại tràng bên ngoài ổ phúc mạc do tính chất thuận tiện của phương pháp này. Bên cạnh đó, miệng nối có thể được thực hiện theo nhiều kỹ thuật như: miệng nối tận-tận, tận-bên hoặc bên-bên; thực hiện khâu nối bằng tay hoặc bằng máy [6],[7].

Mặc dù kỹ năng phẫu thuật đã được nâng cao, nhiều dụng cụ phẫu thuật mới đã được cải tiến công nghệ, tuy nhiên các kỹ thuật thực hiện miệng nối vẫn còn được quan tâm trong PTNS cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng phải. Có nhiều nghiên cứu đã được công bố, khi so sánh các kỹ thuật thực hiện miệng nối khác nhau trong phẫu thuật cắt đại tràng phải [2]. Tuy nhiên, các kết quả của các nghiên cứu vẫn còn mâu thuẫn và rất khó để đưa ra kết luận về kỹ thuật tốt nhất. Việc sử dụng kỹ thuật nào thường phụ thuộc vào sự lựa chọn theo kinh nghiệm của các PTV. Mục đích của nghiên cứu này là báo cáo các sở thích và tỷ lệ của các kỹ thuật được sử dụng để thực hiện miệng

nối ngoài ổ phúc mạc sau PTNS cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng phải do ung thư.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân ung thư đại tràng phải được điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng phải dựa trên lâm sàng, cận lâm sàng và được xác định bởi kết quả giải phẫu bệnh trước hoặc sau mổ.
- Bệnh nhân được chỉ định PTNS cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng phải và có thực hiện miệng nối ngoài ổ phúc mạc.
- Khối u chưa xâm lấn các tạng lân cận ($\leq T4a$) và chưa có di căn xa.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 12/2020 đến tháng 9/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu.

Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, BMI, triệu chứng vào viện, triệu chứng lâm sàng.
- Đặc điểm cận lâm sàng: công thức máu, CEA trước mổ, nội soi đại tràng, chụp CLVT ổ bụng.
- Kết quả phẫu thuật: vị trí khối u, số lượng trocar, kỹ thuật khâu nối hồi-đại tràng, kiểu miệng nối, số hạch vét được, giai đoạn TNM.
- Kết quả thực hiện miệng nối ngoài ổ phúc mạc: Thời gian phẫu thuật, chiều dài đường mở bụng, thời gian dùng giảm đau, thời gian trung tiện, thời gian ăn lại sau mổ, biến chứng, thời gian hậu phẫu.

Quy trình thực hiện nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng phải dựa trên đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng, giải phẫu bệnh và được chỉ định PTNS cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng phải.
- Quá trình PTNS, bệnh nhân được cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng phải và tái lập lưu thông đường tiêu hóa bằng miệng nối ngoài ổ phúc mạc. Miệng nối có thể được thực hiện bằng tay hoặc bằng máy (stapler). Kiểu miệng nối có thể là tận-tận, tận-bên, bên-bên tùy theo đánh giá PTV.

- Bệnh nhân được theo dõi sau mổ, 30 ngày đầu sau xuất viện.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được nhập và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0. Các biến định tính sẽ được mô tả bằng số lượng và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng sẽ được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Trong tất cả trường hợp, mức giá trị có ý nghĩa thống kê được quy ước là 5% ($p = 0,05$).

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu gồm có 36 bệnh nhân, trong đó có 47,2% bệnh nhân nam, tỷ lệ nam/nữ = 0,89/1. Tuổi trung bình là $65,6 \pm 14,9$ (33-99 tuổi). Chỉ số BMI trung bình là $20,9 \pm 2,7$, cao nhất $27,2 \text{ kg/m}^2$. Đa số bệnh nhân vào viện vì lý do đau bụng. Triệu chứng

lâm sàng ghi nhận đau bụng 91,7%, đi cầu phân đen 30,6%, tiêu chảy 25%, sờ thấy u vùng bụng 11,1%. Có 44,4% bệnh nhân thiếu máu. Tăng CEA trước mổ 36,1%. Hình ảnh đại thể trên nội soi đại tràng đa số là thể sùi chiếm 86,1%. Trên CLVT ghi nhận dày thành đại tràng chiếm 91,7%, hạch ổ bụng 66,7%.

Quá trình phẫu thuật ghi nhận, phần lớn khối u nằm ở manh tràng chiếm 44,4%, đại tràng lên 33,3%. Hầu hết các trường hợp dùng 4 trocar chiếm 88,9%. Kỹ thuật nối tay chiếm 44,4% và nối máy chiếm 55,6%. Miệng nối bên – bên chiếm đa số với 61,1%. Trung bình vết được 29,6 hạch trên mỗi bệnh nhân. Đa số bệnh nhân được xếp giai đoạn II, III dựa trên kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Tái khám trong vòng 30 ngày: có 17,1% bệnh nhân còn triệu chứng đau bụng, 11,4% tiêu chảy, 2,9% trường hợp nhiễm trùng vết mổ.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (n=36)

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi		$65,6 \pm 14,9$
Giới	Nam	47,2
	Nữ	52,8
BMI (kg/m^2)		$20,9 \pm 2,7$
Triệu chứng vào viện (%)	Đau bụng	77,8
	Đi cầu phân đen	13,9
	Rối loạn đại tiện	5,6
	Đi cầu phân lỏng	2,8
Triệu chứng lâm sàng (%)	Đau bụng	91,7
	Đi cầu phân máu	30,6
	Tiêu chảy	25
	Sụt cân	25
	Táo bón	25
	Nôn mửa	22,2
	Chán ăn	8,3
	Sờ thấy u vùng bụng	11,1
Công thức máu	Thiếu máu	44,4
CEA trước mổ	≤ 5	63,9
	> 5	36,1
Nội soi đại tràng	Thể sùi	86,1
	Thể loét	11,1
	Thâm nhiễm	2,8
Chụp CLVT ổ bụng	Dày thành đại tràng	91,7
	Thâm nhiễm xung quanh	75
	Hạch ổ bụng	66,7
	Khối lồng	11,1

BMI: Body mass Index

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật (n=36)

Đặc điểm		Tỷ lệ %
Vị trí khối u	Manh tràng	44,4
	Đại tràng lên	33,3
	Đại tràng góc gan	11,1
	Đại tràng ngang bên phải	11,1
Số lượng trocar	3 trocar	11,1
	4 trocar	88,9
Kỹ thuật khâu nối hồi-đại tràng	Nối tay	44,4
	Nối máy	55,6
Kiểu miệng nối	Tận - tận	2,8
	Tận - bên	36,1
	Bên - bên	61,1
Số hạch vét được trung bình		29,6
Giai đoạn TNM *	I	19,4
	Ila	36,1
	Ilb	11,1
	IIla	5,6
	IIlb	13,9
	IIlc	8,3

* n=34, vì có 2 trường hợp không vét đủ tối thiểu 12 hạch, nên không xếp loại TNM.

Bảng 3. Kết quả các kiểu thực hiện miệng nối hồi-đại tràng

Kỹ thuật nối hồi-đại tràng	Nối tay	Nối máy	p
Thời gian phẫu thuật (phút)	164,7 ± 33,4	149,3 ± 25,6	0,13
Chiều dài đường mở bụng (cm)	5,8 ± 1,3	6,1 ± 1	0,52
Thời gian dùng giảm đau (ngày)	4,9 ± 0,7	4,7 ± 0,4	0,76
Thời gian trung tiện (ngày)	3,4 ± 2,2	2,9 ± 1	0,19
Thời gian ăn lại (ngày)	3,8 ± 3	2,3 ± 1,2	0,04
Biến chứng (%)*	2,8	5,6	0,69
Thời gian hậu phẫu (ngày)	9,7 ± 7,9	8,7 ± 2,5	0,60

* Biến chứng theo phân loại Clavien-Dindo của 1 trường hợp (2,8%) nối tay là độ IV, 2 trường hợp (5,6%) nối máy phân loại độ I.

Bảng 4. Kết quả tái khám 30 ngày sau phẫu thuật (n=35) *

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	Có	6	17,1
	Không	29	82,9
Rối loạn tiêu hóa	Không	31	88,6
	Táo bón	0	0
	Tiêu chảy	4	11,4
Biến chứng sau mổ	Không	34	97,1
	Nhiễm trùng vết mổ	1	2,9

* Có 1 trường hợp tử vong trong vòng 30 ngày đầu sau mổ, các tỷ lệ được tính dựa trên cơ mẫu 35 bệnh nhân.

4. BÀN LUẬN

Phương pháp PTNS đã được chứng minh giúp làm giảm tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật cắt đại tràng[8]. PTNS cắt đại tràng có liên quan đến việc giảm căng thẳng về tâm lý sau phẫu thuật và giảm các phản ứng viêm [8]. Việc giảm thiểu các biến chứng sau phẫu thuật góp phần giúp bệnh nhân phục hồi nhanh chóng.

Kỹ thuật thực hiện miệng nối hồi-đại tràng cần được phân tích riêng biệt so với các miệng nối đại tràng khác, vì hai đầu miệng nối khác nhau về đường kính, cấu tạo của thành, vị trí trong ổ bụng và các đặc điểm của vi khuẩn [9]. Việc lựa chọn kiểu miệng nối hồi-đại tràng sau PTNS cắt ½ đại tràng phải thường tùy thuộc theo PTV, dựa vào kinh nghiệm và sở thích đối với nối tay hoặc nối máy. Phương pháp nối máy được chấp nhận rộng rãi trong phẫu thuật tiêu hóa vì đây là kỹ thuật đơn giản, đáng tin cậy và an toàn [2]. Một nghiên cứu tổng hợp của Puleo S và cộng sự [2] gồm có 999 trường hợp phẫu thuật cắt ½ đại tràng phải từ 14 trung tâm, trong đó các PTV thực hiện nối hồi-đại tràng có tỷ lệ gần tương đương giữa nối máy (53,3%) và nối tay (46,7%). Kết quả này cũng khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, với 55,6% trường hợp nối máy và 44,4% nối tay. Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm thực hiện nối máy là $149,3 \pm 25,6$ phút và của nhóm thực hiện miệng nối bằng tay là $164,7 \pm 33,4$ phút. Nhóm thực hiện miệng nối bằng máy có vẻ có lợi thế về mặt thời gian phẫu thuật hơn, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p=0,1$). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Trần Quyết Thắng [10].

Các kiểu miệng nối ngoài ổ phúc mạc, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân được thực hiện phục hồi lưu thông ống tiêu hóa bằng miệng nối bên-bên với 61,1% trường hợp (5,5% nối tay và 55,6% nối máy), có 36,1% bệnh nhân thực hiện miệng nối tận-bên (nối tay) và 2,8% trường hợp được thực hiện miệng nối tận-tận (nối tay). Nhiều PTV lựa chọn miệng nối bên-bên và được thực hiện bằng nối máy vì thuận tiện trong thao tác, miệng nối ít khi bị chít hẹp. Ngoài ra, miệng nối bên-bên có ưu điểm được lựa chọn nhiều trong các trường hợp khẩu kính 2 đầu ruột chênh lệch nhau nhiều, thành ruột phù nề, giúp giảm nguy cơ hẹp miệng nối và đảm bảo lưu thông tiêu hóa tốt sau mổ. Nghiên cứu của Lee KH[11] cho thấy nhóm thực hiện miệng nối tận-bên có kết quả thời gian nằm viện ngắn hơn, tỷ lệ biến chứng thấp hơn so với nhóm thực hiện miệng nối bên-bên (26,1% so với 4,6%), nghiên cứu không ghi nhận rò miệng nối ở cả 2 nhóm. Nghiên cứu của tác giả Baqar AR

và cộng sự[12] với 1040 trường hợp PTNS cắt ½ đại tràng phải thực hiện miệng nối máy ngoài ổ phúc mạc, trong đó có 625 trường hợp thực hiện miệng nối bên-bên và 415 trường hợp miệng nối tận-bên. Nghiên cứu cho thấy thời gian phẫu thuật ở nhóm miệng nối máy bên-bên ngắn hơn so với tận-bên. Tuy nhiên, thời gian phẫu thuật kéo dài liên quan đến nhiều yếu tố khác nhau. Một số nghiên cứu trước đây cho thấy kỹ thuật nối tận-bên có liên quan đến nguy cơ rò miệng nối cao nhất [3]. Ngoài ra, một số tác giả cũng ghi nhận kỹ thuật nối bên-bên có tỷ lệ rò miệng nối thấp nhất và có thể được xem là một yếu tố bảo vệ đối với rò miệng nối [3],[13].

Về biến chứng sau phẫu thuật trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 8,4% trường hợp, trong đó có 2 bệnh nhân chiếm 5,6% nhiễm trùng vết mổ (Clavien-Dindo 1) và có 1 trường hợp (2,8%) được chẩn đoán rò miệng nối. Trường hợp rò tiêu hóa được thực hiện bằng phương pháp khâu tay với miệng nối tận-bên. Trường hợp này đã được chỉ định phẫu thuật lần 2, làm lại miệng nối. Theo dõi sau 1 tháng, có 1 trường hợp tử vong chiếm 2,8% do tình trạng suy kiệt kèm viêm phổi nặng. Tỷ lệ biến chứng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thanh Xuân, Hồ Long Hiên [4],[5]. Một số nghiên cứu cho rằng việc thực hiện miệng nối bằng máy có tỷ lệ rò thấp hơn [13]. Các bài báo khoa học tương tự khẳng định rằng nối máy nên được ưu tiên hơn đối với thực hiện miệng nối hồi-đại tràng trong phẫu thuật cắt đại tràng phải [14],[15]. Nghiên cứu tổng quan của Choy và cộng sự [9], bao gồm 7 nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng với 1125 bệnh nhân, so sánh miệng nối máy khi sử dụng stapler thẳng so với các miệng nối bằng tay. Báo cáo tổng quan này đã kết luận rằng thực hiện miệng nối hồi-đại tràng bằng máy có tỷ lệ rò ít hơn có ý nghĩa so với nối bằng tay [9]. Một nghiên cứu tiến cứu ngẫu nhiên đa trung tâm so sánh tỷ lệ rò miệng nối hồi-đại tràng giữa nối tay và nối máy sau phẫu thuật cắt ½ đại tràng phải do ung thư ở 440 bệnh nhân [15]. Kết quả nghiên cứu cho thấy nối máy an toàn hơn so với các kỹ thuật nối tay với tỷ lệ rò miệng nối 2,8% so với 8,3%. Nghiên cứu của Puleo S và cộng sự [2] với 999 trường hợp thực hiện miệng nối hồi-đại tràng, tỷ lệ rò miệng nối ở nhóm nối tay cao hơn đáng kể so với những trường hợp nối máy. Tác giả đưa ra các yếu tố có thể giúp làm giảm tỷ lệ rò miệng nối ở nhóm nối máy là: giảm tỷ lệ gây nhiễm trùng trong quá trình phẫu thuật và tác động lên mô tối thiểu khi phẫu tích.

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật ở nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sử dụng giảm đau đường tĩnh mạch của nhóm thực hiện nối tay là $4,9 \pm 0,7$

ngày và nổi máy là $4,7 \pm 0,4$ ngày, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,7$. Sử dụng giảm đau đường tĩnh mạch dài nhất (13 ngày) là ở trường hợp có biến chứng rò miệng nối cần phẫu thuật lại. Kết quả tương đồng với Trần Quyết Thắng.[10] Thời gian trung tiện sau mổ trung bình của nhóm nối tay là $2,9 \pm 1$ ngày và nổi máy là $3,4 \pm 2,2$ ngày. Thời gian ở nhóm thực hiện miệng nối bằng máy có vẻ sớm hơn nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,2$). Thời gian ăn lại sau mổ của nhóm nối tay là $3,8 \pm 3$ ngày và nhóm nối máy là $2,3 \pm 1,2$ ngày. Trong nghiên cứu có 66,7% bệnh nhân được phục hồi nuôi dưỡng đường tiêu hóa sau khi đã trung tiện được và 33,3% bệnh nhân được cho phục hồi nuôi dưỡng đường tiêu hóa sớm theo quan điểm ERAS cho ăn sớm sau mổ không cần đợi trung tiện và theo

đổi. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình của nhóm nối máy là $8,7 \pm 2,5$ ngày và nhóm được thực hiện miệng nối bằng tay là $9,7 \pm 7,9$ ngày. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,6$.

5. KẾT LUẬN

Việc lựa chọn các kiểu miệng nối hồi-đại tràng ngoài ổ phúc mạc trong PTNS cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng phải điều trị ung thư thường phụ thuộc vào sự lựa chọn của phẫu thuật viên, điều kiện tại cơ sở và khả năng thành thạo kỹ thuật. Giữa nối máy và nối tay, nghiên cứu ghi nhận không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật, phục hồi sau phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng. Tuy nhiên, trường hợp có biến chứng nặng được ghi nhận ở nhóm thực hiện nối tay với miệng nối tận-bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2021;71:209–49. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>.
2. Puleo S, Sofia M, Trovato MA, Pesce A, Portale TR, Russello D, et al. Ileocolonic anastomosis: preferred techniques in 999 patients. A multicentric study. Surgery Today 2013;43:1145–9. <https://doi.org/10.1007/s00595-012-0381-8>.
3. Elöd EE, Cozlea A, Neagoe RM, Sala D, Darie R, Sárdi K, et al. Safety of Anastomoses in Right Hemicolectomy for Colon Cancer. Chirurgia (Bucharest, Romania: 1990) 2019;114:191–9. <https://doi.org/10.21614/chirurgia.114.2.191>.
4. Nguyễn Thanh Xuân. Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư đại tràng bằng phẫu thuật nội soi. Tạp Chí Y Học Lâm Sàng 2021;74:3–7.
5. Hồ Long Hiên. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng phải. Đại học Y Hà Nội, 2015.
6. Anania G, Tamburini N, Sanzi M, Schimera A, Bombardini C, Resta G, et al. Extracorporeal versus intracorporeal anastomosis in laparoscopic right hemicolectomy for cancer. Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies 2022;31:112–8. <https://doi.org/10.1080/13645706.2020.1757464>.
7. Kwiatkowski AP, Stępińska G, Stanowski E, Paśnik K, Janik MR. Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis in laparoscopic right hemicolectomy - single center experience. Wideochirurgia i Inne Techniki Maloinwazyjne = Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques 2019;14:381–6. <https://doi.org/10.5114/wiitm.2019.81725>.
8. European Society of Coloproctology Collaborating Group. Predictors for Anastomotic Leak, Postoperative Complications, and Mortality After Right Colectomy for Cancer: Results From an International Snapshot Audit. Diseases of the Colon & Rectum 2020;63:606–18. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001590>.
9. Choy PYG, Bissett IP, Docherty JG, Parry BR, Merrie A, Fitzgerald A. Stapled versus handsewn methods for ileocolic anastomoses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004320.pub3>.
10. Trần Quyết Thắng, Hà Văn Quyết, Đào Quang Minh. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi kết hợp nối máy bệnh nhân ung thư đại tràng phải tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Tạp Chí y Học Việt Nam 2022;513:43–6.
11. Lee K-H, Lee S-M, Oh H-K, Lee S-Y, Ihn MH, Kim D-W, et al. Comparison of anastomotic configuration after laparoscopic right hemicolectomy under enhanced recovery program: side-to-side versus end-to-side anastomosis. Surgical Endoscopy 2016;30:1952–7. <https://doi.org/10.1007/s00464-015-4420-6>.
12. Baqar AR, Wilkins S, Wang WC, Oliva K, Centauri S, Yap R, et al. A comparison of extracorporeal side to side or end to side anastomosis following a laparoscopic right hemicolectomy for colon cancer. ANZ Journal of Surgery 2022;92:1472–9. <https://doi.org/10.1111/ans.17701>.
13. Goulder F. Bowel anastomoses: The theory, the practice and the evidence base. World Journal of Gastrointestinal Surgery 2012;4:208–13. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v4.i9.208>.
14. Liu B-W, Liu Y, Liu J-R, Feng Z-X. Comparison of hand-sewn and stapled anastomoses in surgeries of gastrointestinal tumors based on clinical practice of China. World Journal of Surgical Oncology 2014;12:292. <https://doi.org/10.1186/1477-7819-12-292>.
15. Kracht M, Hay JM, Fagniez PL, Fingerhut A. Ileocolonic anastomosis after right hemicolectomy for carcinoma: stapled or hand-sewn? A prospective, multicenter, randomized trial. International Journal of Colorectal Disease 1993;8:29–33. <https://doi.org/10.1007/BF00341273>.