

HỒ HỮU ĐỨC

**NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ
PHẪU THUẬT NỘI SOI BẢO TỒN CƠ THẮT
ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG
NGƯỜI CAO TUỔI**

Ngành: Ngoại tiêu hoá

Mã số: 62720125

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học: PGS.TS.BS. Lê Văn Quang

Phản biện 1:.....

Phản biện 2:.....

Phản biện 3:.....

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án
họp tại.....

Vào hồi.....giờ.....ngày.....tháng.....

Có thể tìm hiểu Luận án tại thư viện:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp
- Thư viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

1. Đặt vấn đề

Ung thư trực tràng là một trong những ung thư phổ biến. Theo Globocan 2020 trên thế giới mỗi năm có khoảng trên 730.000 bệnh nhân mới mắc và gần 340.000 bệnh nhân tử vong do ung thư trực tràng. Tại Việt Nam, ung thư trực tràng đứng hàng thứ năm trong số những trường hợp ung thư mới mắc (5,1%) và đứng hàng thứ sáu trong số những ung thư gây tử vong (3,9%).

Phẫu thuật người cao tuổi không phải là lĩnh vực mới nhưng dân số người cao tuổi liên tục tăng cao và nhu cầu phẫu thuật ở đối tượng bệnh nhân này cũng tăng theo. Phẫu thuật vẫn là tiêu chuẩn vàng trong điều trị triệt để ung thư trực tràng. Đặc điểm của người cao tuổi là có nhiều bệnh lý đi kèm, các biến chứng và tỷ lệ tử vong lại tăng theo tuổi. Tuy vậy, việc điều trị bệnh nhân cao tuổi bị ung thư trực tràng, phẫu thuật viên phải dựa vào hướng dẫn mà chứng cứ chưa được đồng thuận của nhóm bệnh nhân cao tuổi này.

Phẫu thuật ung thư trực tràng người cao tuổi đã được quan tâm trong nhiều năm gần đây. Các nghiên cứu cho thấy biến chứng sau mổ và tỷ lệ tử vong tăng theo tuổi. Ngoài ra, những bệnh nhân cao tuổi thường bị loại khỏi các thử nghiệm, nên có ít bằng chứng trong quần thể này. Chính vì vậy mà vẫn còn một số bất đồng ý kiến trong phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt điều trị ung thư trực tràng ở người cao tuổi. Với đặc điểm người cao tuổi, kết quả phẫu thuật nội soi

phẫu thuật.

2- Xác định tỉ lệ sống còn sau phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt điều trị ung thư trực tràng người cao tuổi.

2. Tính cấp thiết của đề tài:

Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc ung thư trực tràng chiếm 5,1% trong tổng số ung thư mới mắc. Cùng với tốc độ già hoá dân số của Việt Nam ngày càng tăng, đến số lượng bệnh nhân ung thư trực tràng cần được điều trị triệt để ngày càng tăng. Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị triệt để cho ung thư trực tràng. Do đó, phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt điều trị ung thư trực tràng trên đối tượng người cao tuổi, có nhiều ý nghĩa lâm sàng là điều cần thiết và cấp bách.

3. Những đóng góp mới của luận án

Tại Việt Nam có nhiều nghiên cứu về điều trị ung thư trực tràng. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về PTNS điều trị ung thư trực tràng trên người cao tuổi.

4. Bố cục luận án

Luận án gồm 108 trang: phần Đặt vấn đề 2 trang, Tổng quan tài liệu 30 trang, Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 25 trang, Kết quả nghiên cứu 25 trang, Bàn luận 30 trang, Kết luận và khuyến nghị 2 trang. Có 59 bảng, 13 biểu đồ, 1 sơ đồ, 12 hình và 147 tài liệu tham khảo (24 tiếng Việt và 123 tiếng Anh).

1.1. Dịch tễ học ung thư trực tràng người cao tuổi

Ung thư là nguyên nhân phổ biến gây tàn tật và tử vong ở người cao tuổi, hơn 50% khối u ác tính xảy ra ở người trên 70 tuổi. Mối quan hệ giữa lão hóa và ung thư chưa rõ ràng, nhiều tranh cãi về chế độ dẫn đến gia tăng tỷ lệ mắc bệnh ung thư ở người cao tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân bị ung thư trực tràng từ 75 tuổi trở lên tăng từ 28% ở thập niên 1980 lên đến 37% trong những năm gần đây tại châu Âu.

1.2. Sinh lý người cao tuổi

Những thay đổi giải phẫu và sinh lý theo tuổi làm suy giảm khả năng hoạt động. Giảm dự trữ sinh lý không phải lúc nào cũng rõ ràng ngay lập tức đối với bệnh nhân cao tuổi khỏe mạnh. Tuy nhiên, trong thời gian bị bệnh, dự trữ chức năng giảm dần dẫn đến bệnh nhân cao tuổi không đáp ứng đầy đủ với tác động, các môi nguy từ môi trường, biến chứng, chấn thương và các phẫu thuật lớn. Khi biến chứng xảy ra, chúng thường có tác động nghiêm trọng với bệnh nhân cao tuổi và dẫn đến kết quả xấu hơn. Những thay đổi sinh lý ở bệnh nhân cao tuổi có thể biểu hiện lâm sàng không điển hình, hoặc rất kín đáo gây chẩn đoán chậm hoặc không đánh giá được mức độ nghiêm trọng của bệnh.

1.3. Phẫu thuật điều trị người cao tuổi

Trước Thế chiến thứ hai, cao tuổi là chống chỉ định phổ biến đối với các phẫu thuật cơ bản. Từ năm 1957 đến 1960, số ca phẫu thuật ở người 65 tuổi trở lên đã tăng 15% (từ 49,1% lên 56,4%) và

Các tác giả trình bày đánh giá chi tiết lý thuyết cơ học thay đổi sinh lý, tình trạng sức khỏe người cao tuổi và đặc biệt liên quan đến bệnh nhân cao tuổi. Phiên bản này giảm tỷ lệ tử vong do phẫu thuật ở người cao tuổi, “trong phẫu thuật và gây mê” đã làm giảm “nguy cơ phẫu thuật. . . ít quan tâm hơn so với nhu cầu điều trị tr

1.4. Phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng cao tuổi:

Mạng lưới ung thư quốc gia Anh chứng minh bệnh nhân cao tuổi mắc ung thư trực tràng được phẫu thuật ít hơn so với trẻ. Do hạn chế nhận thức khác biệt giữa tuổi và lão hóa về tuổi thọ ngăn cản các chuyên gia ung thư đưa ra quyết định tốt nhất cho người cao tuổi. Thiếu kiến thức vững chắc bằng chứng cấp độ một do bệnh nhân trên 70 tuổi đã bị thử nghiệm lâm sàng. Tuy nhiên, nghiên cứu đã chứng minh bệnh nhân cao tuổi phù hợp có thể trải qua phẫu thuật và như những bệnh nhân trẻ tuổi.

Theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư trực tràng Bộ Y tế năm 2018, chỉ định phẫu thuật cắt trực tràng thuộc vào vị trí khối ung thư, cũng như giai đoạn. Đối với ung thư trực tràng giai đoạn rất sớm (cT1N0M0), người bệnh phẫu thuật cao, nguy cơ gây mê hồi sức cao có thể cắt u qua tại chỗ. Tuy nhiên, trong phác đồ không nêu rõ nguy

có chỉ định phẫu thuật ngay hoặc sau hoá xạ đồng thời hoặc xạ ~~thể~~ chữa khỏi. Một khía cạnh khác của lão hóa là khác biệt ngắn ngày như với cT3N0M0. U ở trực tràng cao chỉ cắt một phần ~~lái~~ bình thường và bình thường: trạng thái bình thường mạc treo trực tràng. Số hạch cạnh và trong mạc treo trực tràng ~~đến~~ chức năng sinh lý liên quan đến tuổi sinh học; bình thường được tối thiểu 12 hạch, điều này cũng suy từ ung thư đại tràng. khái niệm thống kê đề cập đến các mức độ hoạt động th

1.5. Những khái niệm cần lưu ý khi phẫu thuật người cao tuổi: Một khái niệm lão khoa khác liên quan đến khác biệt g

Phẫu thuật là nền tảng điều trị ung thư trực tràng. Tuy nhiên ~~sinh~~ lý và tình trạng bệnh lý. Trong khi ranh giới giữa chưa không có đồng thuận về điều trị phẫu thuật tối ưu cho người cao ~~tuổi~~ rõ ràng ở bệnh nhân trẻ tuổi, nhưng nó bị mờ ở ~~tuổi~~ tuổi, là những bệnh nhân không đồng nhất, từ những người rất khỏe và mang tính định tính hơn là định lượng. Điều này đưa mạnh đến những người rất yếu. Tỷ lệ BN được phẫu thuật theo ~~đơn~~ về sự khác biệt giữa tuổi theo niên đại và tuổi sinh ~~tuổi~~ tuổi và tỷ lệ thành công thấp hơn đáng kể ở BN lớn tuổi. Khi phẫu ~~Qua~~ các nghiên cứu được thực hiện trong nước, phẫu thuật chương trình, liệu pháp xạ trị tân bổ trợ hoặc hóa xạ trị ít ~~đưa~~ hiệu quả và an toàn của phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ th thảo luận và sử dụng hơn. Thông thường, các phẫu thuật không ~~phẫu~~ trực tràng trên nhóm bệnh nhân có tuổi trung bình ~~hỏi~~ lưu thông tiêu hoá như phẫu thuật Hartmann, phẫu thuật Miles ~~Nhóm~~ nhóm người cao tuổi chỉ chiếm một phần trong nghiên hoặc cắt tại chỗ thường được thực hiện trên BN cao tuổi. Phẫu ~~đang~~ nghiên cứu nhóm bệnh nhân đặc biệt này. Có ng cắt trước ít được thực hiện hơn ở bệnh nhân cao tuổi mặc dù vị trí ~~hạ~~ trên người cao tuổi nhưng chọn nhóm bệnh nhân k giai đoạn khối u không khác nhau ở BN cao tuổi và trẻ tuổi. Những ~~đặc~~ kèm đặc biệt chiếm trên 90%. Ngoài ra, những ngh khác biệt này có thể được giải thích bởi lựa chọn của BN hoặc bởi ~~ở~~ tuổi đều là hồi cứu và ở mức đánh giá kết quả sớm kiến của bác sĩ phẫu thuật về BN tuổi cao. mức độ an toàn của PTNS bảo tồn cơ thắt điều trị ung

Duy trì chức năng độc lập được coi là mục tiêu có ý nghĩa ~~Đó~~ đó, chúng tôi tập trung nghiên cứu vào đối tượng r là thời gian sống không bệnh. Xác định các yếu tố tiên lượng duy ~~có~~ nhiều bệnh lý đi kèm để đánh giá mức độ an toàn c tình trạng chức năng có tầm quan trọng thiết yếu trong chăm sóc ~~tiền~~ cơ thắt để điều trị ung thư trực tràng. Bên cạnh đó, khỏe người cao tuổi. Thuật ngữ “khác thời trị” mô tả các cơ quan ~~đánh~~ đánh giá hiệu quả về mặt ung thư như thời gian sống c

2.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng sử dụng dữ liệu sơ cấp và thứ cấp.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân cao tuổi (≥ 65 tuổi) nhập Bệnh viện Thống Nhất được chẩn đoán xác định ung thư trực tràng và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ tháng 1/2015 – 12/2018.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Có chẩn đoán xác định ung thư trực tràng biểu mô tuyến
- Chỉ định PTNS bảo tồn cơ thắt điều trị ung thư trực tràng
- Bệnh nhân được khám tiền mê với nguy cơ gây mê nội tạng
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có bệnh lý ác tính đã được chẩn đoán trước đó.
- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt phẫu thuật trực tràng.
- Bệnh nhân ung thư giai đoạn IV, không phẫu thuật triệt

2.3. Cơ mẫu

Dân số mục tiêu của chúng tôi là những bệnh nhân ≥ 65 tuổi có chẩn đoán ung thư trực tràng nhập bệnh viện Thống Nhất trong thời gian tiến hành nghiên cứu. Dân số chọn mẫu là những bệnh nhân

cỡ mẫu lớn nhất làm đại diện để thực hiện nghiên cứu

ngong tối thiểu để thực hiện trong nghiên cứu này là 62

2.4. Công cụ thu thập và xử lý số liệu

2.4.1. Công cụ thu thập: Phiếu thu nhận thông tin

2.4.2. Tiến trình thu thập

Tiến hành thu thập các biến số có trong phiếu thu nhận những bệnh nhân thoả tiêu chuẩn chọn bệnh.

- Chúng tôi mã hóa tất cả các biến định tính. Với nh

lượng lấy đúng giá trị tuyệt đối.

Sau đó, chúng tôi sử dụng phần mềm Epidata để nhập

2.4.3. Xử lý số liệu:

- Sử dụng phần mềm Stata để phân tích và xử lý số liệu.

- Sử dụng thuật toán thống kê như mô tả trung bình, trung vị, c

giá trị min, max. So sánh các tỷ lệ: sử dụng test Chi bình

so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ hoặc Fisher. S

trung bình trước và sau điều trị bằng test t ghép cặp

Wilcoxon. Tính các giá trị sống còn theo Kaplan-Meier

điều tổ ảnh hưởng đến sống thêm: đơn biến sử dụng test

so sánh đường cong sống thêm giữa các nhóm, đa biến

lưu hình hồi qui Cox với độ tin cậy 95% ($p=0,05$), tỷ suất r

2.5. Định nghĩa một số biến số:

Người cao tuổi: là công dân Việt Nam từ đủ 60 tuổi

người cao tuổi là từ 65 tuổi trở lên.

Trong thời gian từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2015

- Chỉ số bệnh đi kèm Charlson được điều chỉnh theo tuổi: ngoài các bệnh đi kèm được tính điểm thì mỗi thập kỷ trên 40 tuổi cộng thêm điểm, tối đa chỉ được 4 điểm.

- Các biến chứng được đánh giá theo Clavien-Dindo cải biên.

2.6. Chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật:

- Bệnh nhân được đo công năng hô hấp và khám tim mạch trước khi khám tiền mê. Những bệnh nhân có kết quả không nằm trong giới hạn bình thường được hội chẩn với chuyên khoa để điều chỉnh trước khi khám tiền mê.

- Trường hợp tăng huyết áp hoặc huyết áp không ổn định được điều trị về mức tâm thu ≤ 140 mmHg, tâm trương ≤ 90 mmHg.

- Bệnh nhân điều chỉnh đường huyết ở mức ≤ 8 mmol/L.

- Những bệnh nhân có dùng thuốc chống đông hoặc kháng kết tập tiểu cầu được yêu cầu ngưng dùng thuốc ít nhất 5 ngày.

- Trường hợp có nguy cơ dinh dưỡng mời bác sĩ dinh dưỡng khám và cho can thiệp dinh dưỡng trước phẫu thuật.

- Bệnh nhân có lọc thận định kỳ được lên lịch phối hợp cùng bác sĩ nội thận ngày lọc thận trước mổ 1 ngày, cách sử dụng thuốc kháng đông và lịch lọc thận sau mổ chủ động.

- Chuẩn bị ruột: cách phẫu thuật 2 ngày cho bệnh nhân chế độ ít chất xơ. Cho bệnh nhân uống 3 gói Fortrans 1g, ngày trước mổ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $73,1 \pm 5,6$ (65-88), 68,4 %, tỷ lệ nam/nữ 2,2/1. Nữ có tuổi trung bình cao hơn nam, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Hơn 70% bệnh nhân có ít nhất 1 bệnh đi kèm, chủ yếu là tăng huyết áp chiếm 46,7% và đái tháo đường (23,7).

Bảng 3.1. Chẩn đoán trước phẫu thuật

Chẩn đoán lâm sàng trước phẫu thuật	Số lượng BN (n=76)	
Khối u	T2	5
	T3	43
	T4	28
Hạch	N0	20
	N1	36
	N2	20
Di căn xa	M0	76
	M1	0
Giai đoạn trước phẫu thuật	I	5
	II	15
	III	56

3.2. Kết quả ngắn hạn

Thời gian phẫu thuật: trung bình $226,9 \pm 49,1$ phút (1

- Đa số bệnh nhân (85,5%) có điểm ASA=2.
- Chúng tôi không ghi nhận tai biến trong lúc phẫu thuật.

Bảng 3.2. Một số đặc điểm của miệng nổi

Đặc điểm miệng nổi	Trung bình ± Độ lệch chuẩn (cm)	Tối thiểu – Tối đa (cm)
Miệng nổi cách rìa hậu môn	6,61 ± 2,76	2 – 10
Khoảng cách bờ dưới u	4,62 ± 1,50	2 – 9
Khoảng cách bờ trên u	10,59 ± 1,49	10 – 15

Chúng tôi sử dụng máy khâu nối vòng cho tất cả bệnh nhân. Các miệng nổi đều thực hiện trong ổ bụng và đều được kiểm tra sau khi thực hiện. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị xì lúc kiểm tra miệng nổi trong mổ.

Bảng 3.3. Biểu chứng sớm theo Clavien-Dindo cải tiến

Theo Clavien-Dindo cải tiến	Số bệnh nhân (n=7)	Tỉ lệ %
Độ II	6	7,9
Độ IIIb	1	1,3
Tổng cộng	7	9,2

- Trong 4 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, thì chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp đồng mắc viêm phổi (viêm phổi bệnh viện). Tỷ lệ biến chứng sớm của chúng tôi là 9,2%. Bao gồm: 2 trường hợp (2,6%) liệt ruột, 1 trường hợp (1,3%) xì miệng nổi, 2 trường hợp (2,6%) vừa nhiễm

- Có 6 trường hợp (7,9%) biến chứng được phát hiện trong mổ. Có 1 trường hợp phải phẫu thuật lại, kết quả không tốt. Không trường hợp nào tử vong trong và sau phẫu thuật.

Bảng 3.4. Đặc điểm khối u, hạch và giai đoạn trước-sau phẫu thuật

- Có khác biệt có ý nghĩa thống kê trước và sau phẫu thuật về yếu tố di căn hạch đều có sự khác biệt có ý nghĩa giữa trước và sau phẫu thuật. Đây có thể là đặc điểm của bệnh nhân cao tuổi. Chính thay đổi này dẫn đến thay đổi giai đoạn lâm sàng trước và sau phẫu thuật, đặc biệt giai đoạn II-III.

Bảng 3.4. Đặc điểm khối u, hạch và giai đoạn trước-sau phẫu thuật

Chẩn đoán	Trước phẫu thuật n (%)	Sau phẫu thuật n (%)
Khối u	T1	2 (2,9)
	T2	26 (20,3)
	T3	43 (56,6)
	T4	38 (44,9)
Hạch	N0	51 (67,1)
	N1	21 (27,6)
	N2	4 (5,3)
Giai đoạn	I	5 (6,6)
	II	44 (57,9)
	III	27 (35,5)

Trong nghiên cứu, 82,9% có chỉ định điều trị tân hỗ trợ

3.4. Một số mối liên quan

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và bệnh đi kèm

Bệnh đi kèm		Nhóm tuổi		Tổng
		65-75 tuổi	≥ 75 tuổi	
Tim mạch	Có	13	22	35
	Không	32	9	41
ĐTĐ	Có	12	6	18
	Không	33	25	58
Tiêu hoá	Có	11	7	18
	Không	34	24	58

Những bệnh nhân nhóm < 75 tuổi có tỷ lệ không có bệnh đi kèm nhiều hơn nhóm ≥ 75 tuổi, có ý nghĩa thống kê ($p = 0,003$). Trong khi đó, xét toàn bộ hai nhóm tuổi với số lượng bệnh đi kèm thì sự khác biệt lại không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa số lần cắt đầu dưới u

Vị trí u	Số lần cắt		Tổng	p
	≤ 2 lần	> 2 lần		
Thấp	3	5	8	0,001
Giữa	18	9	27	
Cao	38	3	41	
Nhóm tuổi				
65-75 tuổi	30	15	45	0,006
≥ 75 tuổi	29	2	31	

- Thời gian phẫu thuật: u càng thấp thì thời gian phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên, thời gian phẫu thuật và nhóm tuổi có khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê.
- Số lần cắt theo vị trí u đều khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Đối với u nằm thấp số lần cắt nhiều hơn, ngược lại với u cao số lần cắt ít hơn. Số lần cắt theo nhóm tuổi khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,006$). Trong nhóm > 2 lần cắt, số bệnh nhân ≥ 75 tuổi nhiều hơn số bệnh nhân trong nhóm < 75 tuổi.

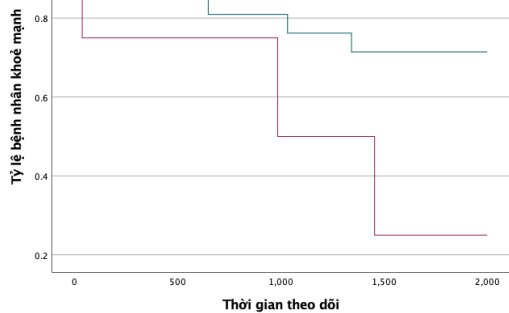
3.5. Kết quả dài hạn

Bảng 3.7. Thời gian theo dõi toàn bộ trung tâm

	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	T
Thời gian theo dõi (tháng)	54,4 ± 21,7	
Thời gian sống trung bình	72 ± 3,5	65,3
Số lần tái khám	16 (trung vị)	

Bảng 3.8. Phân độ LARS

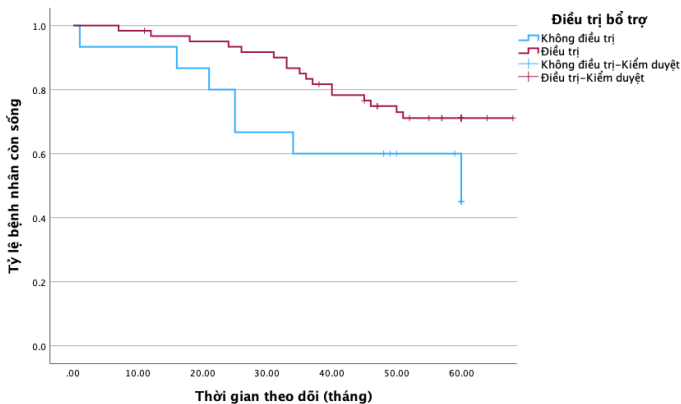
Độ LARS	Số bệnh nhân (n = 76)	T
Nhẹ	70	
Nặng	5	



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân tái phát theo tình trạng hạch.(p=0,02).

Bảng 3.10. Kết quả điều trị

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tốt	48	63,2
Dị căn	4	5,2
Tử vong	24	31,6
Tổng	76	100



điều trị hỗ trợ (46,7%).

Bảng 3.11. Các nguyên nhân tử vong

Nguyên nhân	Số bệnh nhân (n = 24)
Ung thư trực tràng	12
Bệnh đi kèm	7
Covid-19	5

Bảng 3.12. Tỷ lệ sống còn toàn bộ theo thời gian

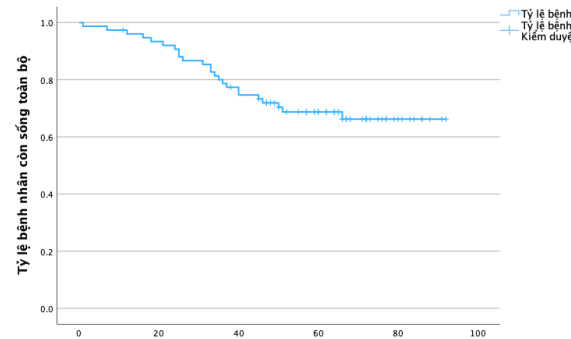
	1 năm	2 năm	3 năm	4 năm
Tỷ lệ sống còn thêm (%)	96,1	88,2	79,6	69,2

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sống còn

có liên quan tới số lượng bệnh đi kèm của bệnh nhân với

lệ sống còn của bệnh nhân có liên quan tới số lượng tổn

phát hiện của bệnh nhân với (p<0,001).



Người cao tuổi bị ung thư trực tràng có khả năng được đánh đến xì miệng nổi nhưng vị trí miệng nổi thì không nghị điều trị dưới mức tối ưu, chủ yếu do:

- Nhiều chuyên gia chưa phân biệt giữa tuổi và lão hóa. Nghiên cứu ung thư trực tràng. Số lượng hạch lấy được thay PREOP đã chỉ ra Đánh giá Lão khoa toàn diện tốn nhiều thời gian giới tính của bệnh nhân, loại khối u hoặc vị trí. Các nghiên cứu đã chỉ ra đánh giá Lão khoa toàn diện tốn nhiều thời gian giới tính của bệnh nhân, loại khối u hoặc vị trí. Các nghiên cứu đã chỉ ra đánh giá Lão khoa toàn diện tốn nhiều thời gian giới tính của bệnh nhân, loại khối u hoặc vị trí. Các nghiên cứu đã chỉ ra đánh giá Lão khoa toàn diện tốn nhiều thời gian giới tính của bệnh nhân, loại khối u hoặc vị trí.

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

- Chính những khác biệt về độ tuổi cũng như các kết quả nghiên cứu ngoại suy đối với ung thư trực tràng là điều không chấp nhận được trên độ tuổi khác nhau giúp đưa ra những chiến lược điều trị thích hợp. Nghiên cứu thấy số lượng hạch tối thiểu cần thiết tạo ra sự khác biệt cho bệnh nhân. Bệnh nhân cao tuổi có tỷ lệ mắc bệnh nội khoa cao hơn là 8. Nghiên cứu của Yuki cho thấy bệnh nhân cao tuổi có tỷ lệ mắc bệnh nội khoa cao hơn là 8. Nghiên cứu của Yuki cho thấy bệnh nhân cao tuổi có tỷ lệ mắc bệnh nội khoa cao hơn là 8. Nghiên cứu của Yuki cho thấy bệnh nhân cao tuổi có tỷ lệ mắc bệnh nội khoa cao hơn là 8.

- Trong nghiên cứu Tokuhara, tỷ lệ mắc bệnh, đặc biệt đối với bệnh không vẫn còn là một vấn đề gây tranh cãi. Có ba tác nhân tim mạch và đại tháo đường, cũng như điểm ASA, ở những bệnh nhân sử dụng ống dẫn lưu vùng chậu. Đầu tiên, dẫn lưu vùng chậu cao tuổi (≥ 75) cao hơn so với những bệnh nhân tương đối trẻ (< 75) về loại bỏ dịch sau phẫu thuật. Thứ hai, dẫn lưu vùng chậu cao tuổi (≥ 75) cao hơn so với những bệnh nhân tương đối trẻ (< 75) về loại bỏ dịch sau phẫu thuật. Thứ hai, dẫn lưu vùng chậu cao tuổi (≥ 75) cao hơn so với những bệnh nhân tương đối trẻ (< 75) về loại bỏ dịch sau phẫu thuật.

- Đa số bệnh nhân đến khám với triệu chứng tiêu ra máu. Theo phép phát hiện sớm xì miệng nổi. Thứ ba, dẫn lưu vùng chậu cao tuổi (≥ 75) cao hơn so với những bệnh nhân tương đối trẻ (< 75) về loại bỏ dịch sau phẫu thuật. Thứ hai, dẫn lưu vùng chậu cao tuổi (≥ 75) cao hơn so với những bệnh nhân tương đối trẻ (< 75) về loại bỏ dịch sau phẫu thuật. Thứ hai, dẫn lưu vùng chậu cao tuổi (≥ 75) cao hơn so với những bệnh nhân tương đối trẻ (< 75) về loại bỏ dịch sau phẫu thuật.

4.2. Kết quả ngắn hạn

- Kỹ thuật làm miệng nổi có ảnh hưởng mạnh đối với sự an toàn của bệnh nhân. Mặc dù ống trực tràng có thể bảo vệ miệng nổi thông qua miệng nổi hơn cả tình trạng bệnh nhân. Năm 2008, Ito chứng minh rằng giúp chuyển dòng phân không đi qua miệng nổi. Tuy nhiên, mối liên quan giữa số lần bấm máy để cắt đầu dưới trực tràng và tỷ lệ biến chứng của Hội Hậu môn trực tràng Anh và Ireland sử dụng kỹ thuật làm miệng nổi có ảnh hưởng mạnh đối với sự an toàn của bệnh nhân. Mặc dù ống trực tràng có thể bảo vệ miệng nổi thông qua miệng nổi hơn cả tình trạng bệnh nhân. Năm 2008, Ito chứng minh rằng giúp chuyển dòng phân không đi qua miệng nổi. Tuy nhiên, mối liên quan giữa số lần bấm máy để cắt đầu dưới trực tràng và tỷ lệ biến chứng của Hội Hậu môn trực tràng Anh và Ireland sử dụng kỹ thuật làm miệng nổi có ảnh hưởng mạnh đối với sự an toàn của bệnh nhân.

theo dõi nếu tổng lượng ra < 120ml trong vòng 3 ngày thì sẽ được rút trong một thử nghiệm đa trung tâm, 50% tắc ruột non ở ngày thứ 3, nếu số lượng ra nhiều hơn thì được lưu lại đến ngày thứ 6, với 30% xảy ra trong vòng 30 ngày sau mổ. 5 mới được rút. Ngay cả những trường hợp được mở hồi tràng ra để theo y văn, biến chứng nội khoa sau phẫu thuật xảy ra chúng tôi vẫn đặt ống dẫn lưu lòng trực tràng.

4.3. Kết quả phẫu thuật

- Phẫu thuật nội soi điều trị xi miệng nổi không phổ biến vì phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc có nguy cơ nhiễm khuẩn huyết. Đặc điểm bệnh nhân ung thư cao tuổi là có nhiều bệnh kèm theo, do đó phẫu thuật nội soi điều trị xi miệng nổi không đầy đủ có thể dẫn đến tái phát bệnh, liên quan đến chế độ dinh dưỡng nghiêm trọng hơn và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Theo Valery, tái phát bệnh nhân. Chỉ vài nghiên cứu về lợi ích của phẫu thuật nội soi điều trị xi miệng nổi. Rotholtz báo cáo kinh nghiệm trong điều trị các biến chứng sau phẫu thuật nội soi trực tràng tiên phát.

- Các nghiên cứu báo cáo tỷ lệ nhiễm trùng phẫu thuật là 3,7-14%. Nhiễm trùng vết mổ 2,7-7,6% và nhiễm trùng cơ quan hay khoảng phẫu thuật 1,01-2,4%. Nguyễn Ngọc Thiện ghi nhận 3,1% nhiễm trùng vết mổ, tuy nhiên một nửa là nhiễm trùng vết mổ vùng tầng sinh môn. Những phát hiện của Mizunori chỉ ra vết mổ rốn không gây tăng tỷ lệ nhiễm trùng phẫu thuật. Theo Platon, bệnh nhân COPD có tỷ lệ hở vết thương hoặc thậm chí là bung thành bụng.

- Các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn đối với tắc ruột sớm sau mổ gồm có, giảm tưới máu thận do chèn ép gây giải phóng angiotensin II, giảm tưới máu thận do chèn ép gây giải phóng angiotensin II, giảm tưới máu thận do chèn ép gây giải phóng angiotensin II.

nhân cao tuổi. Tác động bơm hơi ổ bụng đối với sinh lý của phổi và LARS nhẹ chiếm 19,5% (p=0,58). LARS có thể do LARS được làm rõ, đặc biệt đối với bệnh nhân cao tuổi. Về lý thuyết, bệnh nhân trực tràng giảm, cùng với rối loạn chức năng cơ thắt nhân lớn tuổi thường có nguy cơ cao hơn so với bệnh nhân trẻ tuổi chức năng đại tràng. Các nghiên cứu quan sát về LARS khi PTNS trực tràng, nhưng bằng chứng trực tiếp vẫn còn thiếu. Sau khi cắt đại tràng sigma hoặc cắt đại tràng phải và Sigmoid - Kết quả sau phẫu thuật và tử vong chắc chắn sẽ cải thiện ở bệnh nhân LARS nặng mà không có tiền sử phẫu thuật vùng bụng nhân cao tuổi trải qua phẫu thuật ung thư trực tràng. Nghiên cứu của một nghiên cứu từ năm 2015 điều trị ung thư trực tràng Yen đã xác định khác biệt về kết quả sớm sau phẫu thuật giữa hai nhóm ở những bệnh nhân cao tuổi và phát hiện hơn một nhóm bệnh nhân, với 90,3% của nhóm > 75 và 74,1% của < 75 nhóm nhân này chỉ được điều trị bằng phẫu thuật và 34% được cần ở lại khoa chăm sóc tích cực sau phẫu thuật và tổng thời gian nằm viện hỗ trợ trước sau đó phẫu thuật. Tại những quốc gia bệnh viện trung bình dài hơn trong nhóm > 75 nhóm (13 so với 8) được điều trị hỗ trợ hoặc tân bổ trợ (đặc biệt là xạ trị ngày). Bệnh nhân của chúng tôi đều lưu lại hậu phẫu trung bình 3,5 bệnh nhân có chỉ định là không thể. Ngoài ra, nhiều bệnh nhân (2-7). Thời gian nằm viện khá dài chủ yếu do bệnh nhân được đánh giá vai trò của tân bổ trợ đã loại những bệnh nhân nằm ở các khoa khác, sau khi có chẩn đoán mới đến khoa ngoại được đại diện trong dân số nghiên cứu. Tuy nhiên, khám và điều chỉnh các bệnh đi kèm cũng làm kéo dài thời gian điều trị được áp dụng trong các nghiên cứu đó lại được chuẩn bị trước mổ, làm tăng thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện tăng số lớn tuổi. Khi so sánh những bệnh nhân được của bệnh nhân chúng tôi cũng dài do tâm lý bệnh nhân Việt Nam điều trị hỗ trợ, tân bổ trợ có lợi thế sống còn đáng kể chung, muốn thật sự ổn định mới xuất viện. - Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân đều được

4.5. Kết quả dài hạn

- Người cao tuổi thường coi các kết quả liên quan chất lượng cuộc sống bệnh nhân đều từ chối tham gia với nhiều lý do khác sống và phục hồi chức năng cũng quan trọng như sống còn. Hội chứng yếu là nguyên nhân tuổi cao. Một nguyên nhân khác qu cắt trước thấp (LARS) có liên quan mật thiết đến chất lượng cuộc sống nhân khi được chẩn đoán là ung thư thường có tâm lý sống. Nghiên cứu Stijn và cộng sự với 440 người cao tuổi sống còn mật sớm. Ngay cả những bệnh nhân sau phẫu thuật cũng

cũng như ít đồng ý điều trị tân bổ trợ hay bổ trợ.

Qua 76 bệnh nhân cao tuổi bị ung thư trực tràng

4.6. Những hạn chế của nghiên cứu

bảo tồn cơ thắt tại bệnh viện Thống Nhất, chúng tôi rút

- Thứ nhất là thiết kế nghiên cứu là can thiệp lâm sàng không nhóm **Kết luận**

chúng nên khó đánh giá hiệu quả của can thiệp. Tuy nhiên, trên đó Tuổi trung bình là $73,1 \pm 5,6$, nam chiếm 68,4%. Hầu tượng bệnh nhân cao tuổi khá khó khăn trong ngẫu nhiên và có thể cao tuổi có bệnh đi kèm, chủ yếu tim mạch và đái tháo đ lệch trong lựa chọn dẫn đến chỉ có một số cá nhân phù hợp với các Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng an toàn hoạt động tốt được xem xét. Do đó cần có nhiều nghiên cứu để hiều. Biến chứng chung sau phẫu thuật 9,2%. Kết quả đ rõ hơn về mối quan hệ giữa các biến số. không có tử vong trong thời gian nằm viện sau phẫu th

- Thứ hai, đa số bệnh nhân có chỉ định điều trị tân bổ trợ không đồng T thời gian theo dõi $54,4 \pm 21,7$ tháng. Tỷ lệ tử vong ý có thể gây ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Thời điểm nghi 30%. Khoảng 80% bệnh nhân tham gia điều trị bổ trợ s cứu việc xạ trị phải chờ đợi, đăng ký mất thời gian, tâm lý bệnh nh Số còn trong năm đầu tiên chiếm 96% và sau 5 năm muốn điều trị sớm. Bên cạnh đó, các hướng dẫn phải hoàn toàn đ **Kiến nghị**

vào nghiên cứu chung của các nhóm tuổi, mà không có nghiên cứu B Bệnh nhân cao tuổi bị ung thư trực tràng sẽ tiếp tục tăng riêng cho đối tượng người cao tuổi. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng đầ đến tới và sẽ là một trong những bệnh thường gặp ở n cung cấp dữ liệu bệnh nhân cao tuổi bị ung thư trực tràng được đầ phối hợp đa chuyên khoa để tối ưu hoá tình trạng b định phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt để đưa ra các khuyến cáo gi **phân** có kết quả phẫu thuật, cũng như sống còn tốt hơn nâng cao chất lượng điều trị bệnh nhân.

- Số lượng hạch thu được ở bệnh nhân cao tuổi ít h chuẩn hiện tại. Do đó, không nên xem là yếu tố nguy những nghiên cứu tập trung vào tiêu chí này để đưa ra t nhóm đối tượng đặc biệt này.

- Cần đánh giá chính xác giai đoạn bệnh để đưa ra ph thích hợp.

1. **Hồ Hữu Đức**, Nguyễn Lương Bằng, Trần Ngọc Thạch, Nguyễn Bách, Bùi Tấn Dũng, Trần Văn Quảng (2018). Nhân một trường hợp PTNS điều trị ung thư trực tràng ở bệnh nhân cao tuổi lọc máu định kỳ do suy thận giai đoạn cuối. Tạp chí Y học TPHCM, Phụ bản tập 22, số 6, trang 272-276.
2. **Hồ Hữu Đức**, Trần Ngọc Thạch, Lê Văn Quang (2020). Đánh giá kết quả sớm PTNS điều trị ung thư trực tràng ở người cao tuổi. Tạp chí Y học TPHCM, Phụ bản tập 24, số 5, trang 243-2247.
3. **Hồ Hữu Đức**, Lê Văn Quang (2021). Phẫu thuật ở người cao tuổi. Tạp chí Y học TPHCM, Tập 25, số 6, trang 1-7.
4. **Hồ Hữu Đức**, Trần Ngọc Thạch, Nguyễn Thanh Huy Phát, Nguyễn An Ninh, Nguyễn Lực Sỹ, Nguyễn Tuấn Kha, Nguyễn Công Phương (2023). Thang điểm REAL trong tiên lượng nguy cơ xì miệng nối trong phẫu thuật cắt nối thấp ung thư trực tràng. Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế, số 90, trang 5-12.
5. **Hồ Hữu Đức**, Trần Ngọc Thạch, Vũ Trí Lộc (2023). Kết quả dài hạn phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng ở người cao tuổi. Tạp chí Y tế Công cộng, tập 8, số 64, trang 199-204.