

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO ỦY BAN NHÂN DÂN TP.HCM

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH

-----o0o-----

NGUYỄN PHÚ HỮU

**SO SÁNH KẾT QUẢ NGẮN HẠN PHẪU THUẬT
ROBOT VỚI PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU
TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG**

CHUYÊN NGÀNH: NGOẠI KHOA

Mã số: 972 01 04

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

Thành Phố Hồ Chí Minh - Năm 2025

Công trình được hoàn thành tại:

Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS.BS. TRẦN VĨNH HƯNG

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường họp tại Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch vào hồi giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu Luận án tại thư viện:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP. Hồ Chí Minh
- Thư viện Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Lý do và tính cần thiết của nghiên cứu

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một bệnh lý ác tính rất thường gặp của đường tiêu hóa và tỉ lệ UTĐTT trên thế giới chiếm hàng thứ 3 ở cả hai giới. Theo GLOBOCAN năm 2022, thế giới có khoảng 1.926.118 trường hợp mới và 903.859 trường hợp tử vong. Tại Việt Nam theo GLOBOCAN năm 2020, UTĐTT đứng hàng thứ năm (tính chung cả hai giới) sau ung thư: gan, phổi, dạ dày và vú. Điều trị ung thư đại trực tràng là điều trị đa mô thức bao gồm phẫu thuật, xạ trị và hóa trị tuy nhiên phương pháp điều trị chủ yếu vẫn là phẫu thuật và khả năng phẫu thuật triệt căn vẫn chiếm tỉ lệ cao.

Ngày nay, phẫu thuật Robot (PTRB) là một sự chọn lựa mới để phẫu trị ung thư trực tràng (UTTT). Hệ thống Robot da Vinci được sử dụng trong nghiên cứu này có tầm nhìn ba chiều (3D), độ chi tiết được phóng đại lên 12 lần, hệ thống cánh tay Robot tinh tế cung cấp cho phẫu thuật viên có thao tác tự nhiên và một loạt các chuyển động xa lớn hơn so với bàn tay con người. Những trường hợp cắt đại tràng đầu tiên dùng hệ thống da Vinci được báo cáo sớm nhất năm 2002 bởi tác giả Weber PA và cộng sự. Pigazzi và cộng sự đã lần đầu tiên thực hiện phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME: Total Mesorectal Excision) trong điều trị UTTT bằng hệ thống Robot vào năm 2006. Do UTTT nằm sâu trong vùng chậu, phẫu thuật Robot tỏ ra lợi thế so với phẫu thuật mở và PTNS với kỹ thuật TME. Một số lợi thế bao gồm: PTRB nhìn cấu trúc rõ hơn PTNS, các thao tác tương tự thao tác của tay người nhờ hệ thống cánh tay linh hoạt. Hệ thống Robot giúp phẫu thuật viên có thể phẫu tích nhưng tránh được các dây thần kinh, niệu quản, bó mạch sinh dục ở vùng chậu và khâu nối chính xác, máu

mất ít hơn. Phẫu thuật Robot thời gian nằm viện trung bình ngắn hơn so với PTNS, các biến chứng sau phẫu thuật cũng ít xảy ra hơn, kết quả lâu dài về mặt ung thư học cũng tương tự như PTNS.

Tại Việt Nam, ứng dụng hệ thống Robot trong phẫu thuật trên người bệnh trưởng thành triển khai đầu tiên tại Bệnh viện Bình Dân năm 2016, hiện tại chỉ có một số báo cáo của tác giả Trần Vĩnh Hưng và cs vào các năm 2018, 2019, 2021, nghiên cứu báo cáo về phẫu thuật Robot trong ung đại thư trực tràng cho thấy rằng PTRB ưu thế hơn về thời gian phẫu thuật nhanh hơn, ít mất máu hơn so với PTNS. Tuy nhiên, vấn đề tồn tại là chưa có nghiên cứu chuyên sâu nào về so sánh kết quả trực tiếp của PTRB với PTNS trong điều trị ung thư trực tràng có tái lập lưu thông đường tiêu hóa. Câu hỏi nghiên cứu được đặt ra là: PTRB so với PTNS trong ung thư trực tràng có tái lập lưu thông đường tiêu hóa sẽ như thế nào về tính an toàn, tính hiệu quả cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh? Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi thực hiện đề tài: “So sánh kết quả ngắn hạn phẫu thuật Robot với phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng” với 03 mục tiêu:

2. Mục tiêu nghiên cứu

1. *So sánh tính an toàn dựa trên tỉ lệ biến chứng sớm, lượng máu mất, thời gian nằm viện giữa PTRB và PTNS trong điều trị ung thư trực tràng.*
2. *So sánh tính hiệu quả dựa trên số hạch nạo vét được, chất lượng bao mạc treo và diện cắt vòng quanh giữa PTRB và PTNS trong điều trị UTTT.*
3. *So sánh tỉ lệ mắc hội chứng cắt trước thấp, chất lượng cuộc sống theo QLQ-CR29 sau 6 tuần, 12 tuần giữa PTRB và PTNS trong điều trị UTTT.*

3. Những đóng góp mới của nghiên cứu về mặt lý luận và thực tiễn

- Đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam so sánh có theo dõi dọc giữa hai nhóm phẫu thuật Robot và phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng có tái lập lưu thông đường tiêu hóa.
- Phẫu thuật Robot trong điều trị ung thư trực tràng có tái lập lưu thông đường tiêu hóa là kỹ thuật mới ở Việt Nam và được triển khai tại Bệnh viện Bình Dân từ 2016.
- Nghiên cứu đưa ra quy trình phẫu thuật Robot điều trị ung thư trực tràng có tái lập lưu thông đường tiêu hóa. Tạo tiền đề cho nhiều nghiên cứu tiếp theo về lĩnh vực phẫu thuật Robot trong ung thư đại trực tràng.

4. Bố cục của luận án

- Luận án viết 141 trang bao gồm: đặt vấn đề - mục tiêu nghiên cứu 2 trang, tổng quan tài liệu 30 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 33 trang, kết quả nghiên cứu 27 trang, bàn luận 47 trang, kết luận và kiến nghị 2 trang.
- Luận án có tổng cộng 52 bảng, 03 biểu đồ, 26 hình, 4 sơ đồ.
- Có 156 tài liệu tham khảo (trong đó có 17 tài liệu tiếng Việt và 139 tài liệu tiếng Anh).

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Chỉ định điều trị ung thư trực tràng

Điều trị ung thư biểu mô tuyến trực tràng (adenocarcinoma) hiện nay là điều trị đa mô thức, bao gồm: phẫu thuật, xạ trị, hóa trị và các liệu pháp khác như miễn dịch, liệu pháp gen..., trong đó phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính, mục tiêu của điều trị phẫu thuật là kéo dài cuộc sống, giảm tối đa tỉ lệ tái phát bệnh, bảo tồn tối đa chức năng cũng như cải thiện chất lượng sống của người bệnh, còn với ung thư tế bào vảy ống hậu môn (squamous cell carcinoma) thì điều trị chủ yếu là hóa trị và xạ trị. Chỉ định điều trị dựa trên vị trí u, giai đoạn bệnh, đặc điểm khối u và đặc điểm người bệnh.

1.2. Phẫu thuật cắt trước thấp và phẫu thuật cắt trước

Có nhiều phương pháp phẫu thuật ung thư trực tràng bao gồm: phẫu thuật cắt trước, phẫu thuật cắt trước thấp, phẫu thuật cắt trực tràng nối ống hậu môn (Pull-through), phẫu thuật cắt trực tràng ngã bụng và ngã tăng sinh môn (PT Miles). Chúng tôi xin giới thiệu phẫu thuật cắt trước thấp (LAR: Low anterior resection) và phẫu thuật cắt trước (AR: Anterior resection) do có liên quan luận án này, đây là phẫu thuật kinh điển trong điều trị ung thư trực tràng với giới hạn phía trên cắt hết hoặc gần hết đại tràng sigma, phía dưới cách rìa khối u 2 cm. Theo bề rộng lấy hết toàn bộ mạc treo sát xương cùng tới cơ nâng hậu môn (phẫu thuật cắt trước thấp) hoặc lấy một phần bao mạc treo trực tràng qua khối khối u 5cm trong những trường hợp ung thư trực tràng cao (phẫu thuật cắt trước). Trong quá trình bóc tách phải bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu, một số trường hợp phải cắt một phần bàng quang hoặc tử cung, phần phụ kèm theo nếu bị xâm lấn. Giải

phóng mạc treo, di động đại tràng trái và hạ đại tràng góc lách khi cần thiết, tái lập lưu thông đường tiêu hóa bằng cách nối ruột tận tận hoặc tận bên cho kết quả lâu dài như nhau.

Về mặt kỹ thuật, phẫu thuật cắt trước thấp có thể dùng phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi truyền thống hoặc phẫu thuật Robot tùy theo điều kiện cơ sở vật chất trang thiết bị cũng như tay nghề của phẫu thuật viên. Miệng nối có thể thực hiện bằng tay hoặc bằng máy nối. Hiện nay đối với các miệng nối thấp đa số dùng máy nối vòng vì nối tay thường gặp khó khăn, đặc biệt ở những người bệnh khung chậu hẹp.

1.3. Các nghiên cứu so sánh PT Robot với PTNS điều trị ung thư trực tràng trên thế giới

Pigazzi và cộng sự đã lần đầu tiên thực hiện phẫu thuật TME trong điều trị UTTT thấp bằng Robot vào năm 2006. Sau đó, nhiều trung tâm trên thế giới đã có báo cáo cho thấy kết quả đều thuận lợi. Với UTTT giữa và thấp, thì PT Robot tỏ ra lợi thế so với phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi với kỹ thuật (TME: Total mesorectal excision). Một số lợi thế bao gồm: phẫu thuật qua Robot nhìn cấu trúc rõ hơn phẫu thuật qua nội soi, các thao tác tương tự thao tác của tay người nhờ hệ thống cánh tay Robot tinh tế. Hệ thống Robot khiến phẫu thuật viên có thể phẫu tích mà tránh được dây thần kinh, niệu quản, bó mạch sinh dục và khâu nối chính xác, lấy được toàn bộ bao mạc treo tốt hơn PTNS, máu mất ít hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, với phẫu thuật Robot tỉ lệ chuyển mổ mở thấp hơn so với PTNS nhờ đó các biến chứng sau phẫu thuật cũng ít thấy hơn. Kết quả lâu dài về mặt ung thư học cũng tương tự PTNS.

Tại Nhật Bản theo Tomohiro Yamaguchi và cộng sự (2016), nghiên cứu hồi cứu 203 trường hợp cắt trực tràng PT Robot với kỹ

thuật TME so sánh với 239 trường hợp PTNS, tỉ lệ chuyển phẫu thuật mở nhóm PT Robot là 0% và nhóm PTNS là 3,3%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,009$, nhóm PT Robot có lượng máu mất ít hơn cũng như thời gian nằm viện ngắn hơn nhóm PTNS có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỉ lệ bí tiểu sau phẫu thuật ở nhóm PT Robot ít hơn nhóm PTNS có ý nghĩa thống kê với $p = 0,018$, tác giả ghi nhận thời gian phẫu thuật giữa hai nhóm không có sự khác biệt.

Tác giả Kamil Safiejko và cs (2022) nghiên cứu phân tích gộp nhiều báo cáo tổng hợp so sánh PTRB với PTNS với tổng cộng 19.731 NB ung thư trực tràng tỉ lệ chuyển PT mở nhóm PTRB 2,6% thấp hơn nhóm PTNS là 7,3% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Thời gian phẫu thuật nhóm PTRB ($297,4 \pm 99,3$ phút) ngắn hơn nhóm PTNS ($339,5 \pm 359,2$ phút) đáng kể với $p < 0,001$. Tỉ lệ rò miệng nối ở hai nhóm tương đương nhau với nhóm PTRB là 5,2% và nhóm PTNS là 5,1% và sự khác biệt không ý nghĩa thống kê với $p = 0,16$. Tác giả Rosaria Scarpinata và cs (2013) nghiên cứu phân tích gộp nhiều báo cáo tổng hợp so sánh PTRB với PTNS với tổng cộng 1.549 người bệnh ung thư trực tràng chia làm 2 nhóm, 1148 PTRB và 401 PTNS, tác giả ghi nhận tỉ lệ rò miệng nối ở hai nhóm tương đương nhau với nhóm PTRB là 7,6% và nhóm PTNS là 7,3%, thời gian phẫu thuật nhóm PTRB (290,5 phút) kéo dài hơn nhóm PTNS (228 phút), chất lượng bao mạc treo TME hoàn chỉnh nhóm PTRB 92,8% tốt hơn nhóm PTNS 75,4% có ý nghĩa thống kê với $p = 0,033$.

Tác giả Hol J. C. và cs (2021) tại Hà Lan nghiên cứu 344 người bệnh phẫu thuật Robot so với 490 người bệnh phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng nhận thấy rằng tỉ lệ chuyển phẫu thuật mở nhóm PTRB là 4,6% và nhóm PTNS là 3,7% với sự khác biệt không ý nghĩa thống kê với $p = 0,518$, tuy nhiên tác giả nhận thấy rằng nhóm PTRB

tỉ lệ tái lập lưu thông đường tiêu hóa (89,8%) cao nhóm PTNS 66,7%) một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Thời gian phẫu thuật nhóm PTRB (186 ± 59 phút) kéo dài hơn nhóm PTNS (149 ± 53 phút) đáng kể với $p < 0,001$. Tỉ lệ rò miệng nối ở hai nhóm nghiên cứu khá cao với nhóm PTRB là 21,6% và nhóm PTNS là 23,6% và sự khác biệt không ý nghĩa thống kê với $p = 0,619$. Phân độ các biến chứng theo Clavien-Dindo ... đa số biến chứng mức độ nhẹ grade I, II nhóm PTRB là 82,4% và nhóm PTNS là 77,8% và sự khác biệt không ý nghĩa thống kê với $p = 0,776$.

Nhiều nghiên cứu (NC) trên thế giới cho thấy rằng một ưu điểm của PT Robot so với PTNS trong ung thư trực tràng là ít đau hơn sau phẫu thuật và người bệnh hồi phục sau mổ sớm hơn cũng như nằm viện ngắn hơn. Tác giả Hàn Quốc Hanbyul Lee và cs (2017) nghiên cứu trên 90 người bệnh ung thư trực tràng bao gồm 70 NB PTNS truyền thống và 20 NB PTRB, tác giả nhận thấy rằng mức độ đau sau mổ nhóm PTRB/PTNS là $3,30 \pm 1,17/4,25 \pm 1,59$ và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,038$. Tác giả David Jayne và cs (2019) nghiên cứu ngẫu nhiên đa trung tâm (29 trung tâm tại 10 quốc gia với 40 phẫu thuật viên có kinh nghiệm phẫu thuật Robot trung bình 50 trường hợp) 237 người bệnh phẫu thuật Robot so với 234 người bệnh phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng nhận thấy rằng tỉ lệ chuyển mổ mở ở nhóm PT Robot là 8,1% so với 12,2% ở nhóm PTNS, nhóm PT Robot tổng thời gian phẫu thuật là trung bình $298,5 \pm 88,7$ phút lâu hơn nhóm PTNS là $261 \pm 83,2$ phút, số lượng hạch thu được ở nhóm PT Robot là 24,1 so với 23,2 ở nhóm PTNS, tỉ lệ diện cắt vòng quanh CRM (+) nhóm PT Robot là 6,3% trong khi nhóm PTNS là 5,1%.

1.4. Các nghiên cứu so sánh PT Robot với PTNS điều trị ung thư trực tràng trên tại Việt Nam

Ứng dụng Robot trong phẫu thuật trên người bệnh trưởng thành bắt đầu triển khai từ cuối năm 2016 tại Thành phố Hồ Chí Minh bao gồm: Bệnh viện Bình Dân (2016), Bệnh viện Chợ Rẫy (2017), Bệnh viện Vinmec Hà Nội (2018), Bệnh viện K Hà Nội (2019). Theo tác giả Trần Vĩnh Hưng, Lê Quang Nghĩa, Nguyễn Phú Hữu và cộng sự (2018) là những người đầu tiên tại Việt Nam báo cáo loạt ca 44 trường hợp ung thư đại trực tràng ứng dụng hệ thống Robot da Vinci Si để phẫu thuật nhận thấy an toàn và khả thi, không có biến chứng trong phẫu thuật liên quan đến Robot, sau phẫu thuật có 4 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 1 trường hợp bí tiểu. Năm 2023, tác giả Trần Vĩnh Hưng và cs báo cáo 130 trường hợp phẫu thuật cắt trước thấp có tái lập lại lưu thông đường tiêu hóa sử dụng hệ thống Robot da Vinci tại Bệnh viện Bình Dân với kết quả đáng khích lệ bao gồm: thời gian phẫu thuật trung bình là 180 phút, biến chứng chung sau phẫu thuật là 13,1% trong đó 3,1% xì miệng nổi, số hạch trung bình thu được là $14,6 \pm 5,8$, thời gian nằm viện trung bình 7,5 ngày (6-16 ngày), không có trường hợp nào tái phát tại vị trí các port đặt cánh tay Robot, thời gian theo dõi trung bình 29,3 tháng (12–72 tháng), tỉ lệ sống còn toàn bộ (OS: overall survival) sau 3 năm 90,7% và tỉ lệ sống không bệnh (DFS: disease free survival) sau 3 năm là 78,5%. Tác giả Nguyễn Phú Hữu (2023) báo cáo 45 trường hợp phẫu thuật cắt trước thấp do ung thư trực tràng sau điều trị tân hỗ trợ, có tái lập lại lưu thông đường tiêu hóa sử dụng hệ thống Robot da Vinci tại Bệnh viện Bình Dân với kết quả: thời gian phẫu thuật trên Robot (console time) trung bình là 110 phút, tổng thời gian phẫu thuật 210 phút, tổng số hạch thu được $15,3 \pm 3,8$, số hạch di căn $2,3 \pm 1,7$, lượng máu mất trung bình $35,3 \pm$

14,8 ml, tỉ lệ biến chứng chung sau phẫu thuật là 24,4% trong đó 4,4% xì miệng nổi và 2,2% sa chỗ mở hồi tràng, tỉ lệ diện cắt vòng quanh (CRM +) dương tính là 2,2%, chất lượng bao mạc treo hoàn chỉnh (TME) là 95,6%, thời gian nằm viện trung bình 7,9 ngày (6-15 ngày).

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu theo dõi dọc so sánh tiến cứu không ngẫu nhiên (a prospectively non-randomized comparative longitudinal study).

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán ung thư trực tràng (có giải phẫu bệnh là adenocarcinoma qua nội soi tiêu hóa + sinh thiết), bờ dưới của khối u cách rìa hậu môn từ 4 đến ≤ 12 cm theo ESMO.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu này được tiến hành tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2022 đến tháng 01/2024.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính dựa vào thời gian trung bình nằm viện của phương pháp phẫu thuật Robot và phương pháp phẫu thuật nội soi.

$$n_1 \geq \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2/r)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n_2 = n_1 \times r$$

Với: $\alpha = 0,05$ thì $Z_{\alpha/2} = 1,96$

$\beta = 0,20$ hay độ mạnh (power) = 0,80 thì $Z_{\beta} = 0,842$

μ_1, σ_1 : Thời gian trung bình nằm viện (ngày) sau phẫu thuật và độ lệch chuẩn trong nhóm phẫu thuật dùng nội soi, theo nghiên cứu của Seung Hyuk Baik $\mu_1 = 7,6, \sigma_1 = 3,0$.

μ_2, σ_2 : Thời gian trung bình nằm viện (ngày) sau phẫu thuật và độ lệch chuẩn trong nhóm phẫu thuật Robot, theo nghiên cứu của Park E. J. và cs $\mu_2 = 5,86, \sigma_2 = 1,43$.

r: Tỷ số mẫu trong 2 nhóm ($r = n_2 / n_1 = 1$).

Thay các giá trị vào công thức tính cỡ mẫu chúng tôi tính được $n = 30$ người bệnh cho mỗi nhóm phẫu thuật Robot và phẫu thuật nội soi

2.5. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Người bệnh được chẩn đoán xác định là ung thư trực tràng nguyên phát theo Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ (AJCC8th) 2018.

Khối ung thư trực tràng có bờ dưới của khối ung thư đến rìa hậu môn từ 4 đến ≤ 12 cm, được xác định khi thăm khám trực tràng và nội soi tiêu hóa.

Khối ung thư trực tràng được xác định trước và trong phẫu thuật chưa có xâm lấn xung quanh (giai đoạn T3 trở xuống chưa điều trị tân hỗ trợ hoặc từ T4a/T4b đã điều trị tân hỗ trợ (hóa trị và/hoặc xạ trị) giảm kích thước của bướu, đánh giá T dựa vào MRI chậu có cản từ.

Tất cả những người bệnh ung thư trực tràng được thực hiện phẫu thuật cắt trước thấp (LAR: Low Anterior Resection) theo tiêu chuẩn lấy trọn bao mạc treo trực tràng (TME: Total Mesorectal Excision) với những trường hợp ung thư trực tràng giữa và thấp hoặc phẫu thuật cắt trước (AR: Anterior Resection) trong những trường hợp ung thư trực tràng cao bằng PT Robot hoặc PTNS và có tái lập lưu thông đường tiêu hóa bằng stapler vòng.

2.6. Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh có nhiều bệnh mạn tính không cho phép thực hiện cuộc phẫu thuật nội soi.

Người bệnh được chẩn đoán, phẫu thuật do ung thư trực tràng tái phát hoặc có biến chứng của ung thư trực tràng hoặc có phổi hợp với các ung thư khác.

Người bệnh sau khi điều trị tân hỗ trợ mà khối ung thư vẫn còn cT4a/T4b hoặc hạch xâm lấn mạch máu trên lâm sàng và cận lâm sàng (MRI).

Người bệnh có tái lập lưu thông đường tiêu hóa bằng khâu tay.

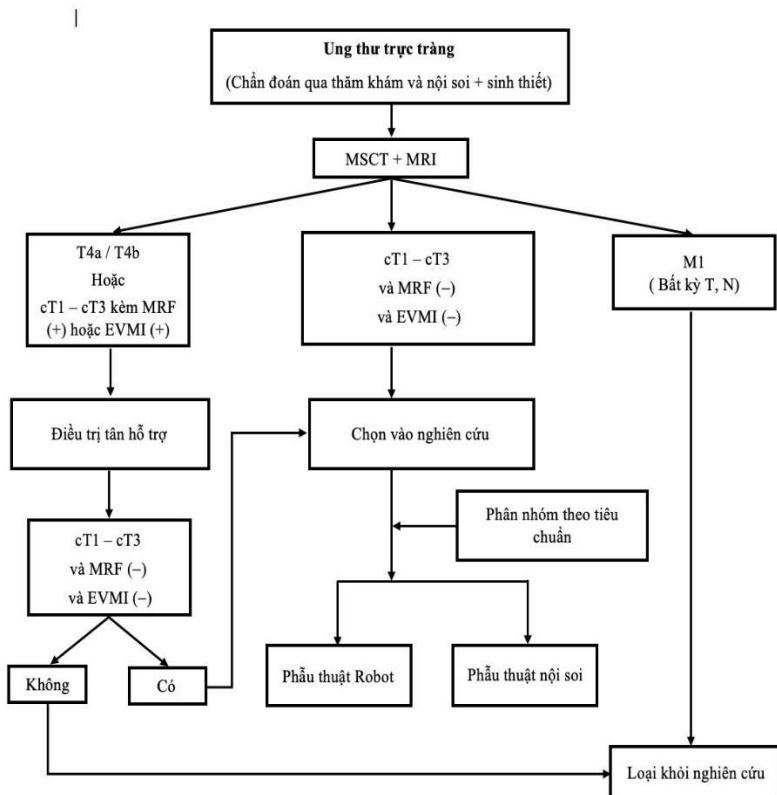
2.7. Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu

Các người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi được chẩn đoán và điều trị theo phác đồ điều trị ung thư trực tràng hiện hành tại Bệnh viện Bình Dân, TP.HCM. Người bệnh được chẩn đoán ung thư trực tràng bằng nội soi đại trực tràng và sinh thiết làm giải phẫu bệnh (adenocarcinoma), được đánh giá giai đoạn bằng chụp CT scan ngực – bụng có bơm thuốc cản quang và MRI vùng chậu có cản từ. Sau đó, người bệnh được hội chẩn Tumor board bao gồm các bác sĩ thuộc các lĩnh vực phẫu thuật ngoại tiêu hóa, chẩn đoán hình ảnh và bác sĩ ung thư chuyên hóa trị và xạ trị tại khoa Ngoại Tiêu hóa – Bệnh viện Bình Dân, TP.HCM để được đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật, lựa chọn phương pháp điều trị bao gồm: hóa và/hoặc xạ trị tân hỗ trợ trước hoặc phẫu thuật trước tùy theo giai đoạn ung thư trực tràng của người bệnh. Việc chọn mẫu sẽ được thực hiện thuận tiện (lấy theo kiểu liên tiếp những người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn vào và tiêu chuẩn loại ra) cho đến khi đủ số lượng của cỡ mẫu.

Tiến trình thực hiện như sau: người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn vào được giải thích để tham gia nghiên cứu. Những người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được đưa vào nghiên cứu. Người bệnh ung thư trực tràng trong nghiên cứu được phân thành hai nhóm: nhóm phẫu thuật Robot và phẫu thuật nội soi.

Việc phân nhóm là chưa ngẫu nhiên hoàn toàn vì sẽ có những người bệnh chọn phẫu thuật Robot theo khả năng chi trả chi phí về tài chính và sẽ có người bệnh chọn phẫu thuật nội soi sau khi nghe bác sĩ tư vấn cụ thể trước phẫu thuật.

Chúng tôi chọn mẫu nhóm phẫu thuật Robot cũng như phẫu thuật nội soi cùng một kíp phẫu thuật để đảm bảo tính đồng nhất của dân số nghiên cứu.



Sơ đồ 2.1. Lưu đồ chọn bệnh trong nghiên cứu.

2.8. Phân tích xử lý số liệu

Phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0, STATA 18.5.

Các biến định tính: Tính tỉ lệ %, trình bày bảng phân phối tần số, biểu đồ.

Các biến định lượng: Phân phối bình thường thì sử dụng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn để mô tả phân bố. Không phải phân phối bình thường thì tính giá trị trung vị và một số giá trị lượng giá độ phân tán để mô tả phân bố (median, min, max, range).

Phép kiểm so sánh: Kiểm định bằng T-test đối với biến số định lượng có phân phối bình thường và kiểm định phi tham số Mann-Whitney đối với biến số định lượng không có phân phối bình thường. Sử dụng phép kiểm Chi-square đối với các biến số định tính, nếu có ô có tần suất kỳ vọng nhỏ hơn 5 thì sử dụng phép kiểm Fisher's exact test.

Giá trị ngưỡng sai lầm là 0,05 trong các trường hợp so sánh và ước lượng. Giá trị $p \leq 0,05$ nghĩa là có ý nghĩa thống kê.

2.9. Vấn đề y đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi: Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học ngày 04 tháng 04 năm 2023, quyết định số: 857/TĐHYKPNT- HĐĐĐ và hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học ngày 10 tháng 10 năm 2022, quyết định số: 885/HĐĐĐ-BVBD.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung hai nhóm nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 100 người bệnh thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu bao gồm 50 người bệnh thuộc nhóm phẫu thuật Robot và 50 người bệnh thuộc nhóm phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng có tái lập lưu thông đường tiêu hóa tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2022 đến tháng 01/2024.

Bảng 3.1. Tuổi của hai nhóm nghiên cứu

Tuổi	Nhóm PTRB	Nhóm PTNS	<i>p</i>
Trung bình	60,1 ± 9,8	59,6 ± 12,2	0,50
Nhỏ nhất	36	25	
Lớn nhất	83	84	

Kiểm định T-test

Tỉ lệ Nam/nữ của 2 nhóm nghiên cứu 1/1

3.2. Đặc điểm kết quả phẫu thuật của hai nhóm nghiên cứu

Bảng 3.2. Tổng thời gian phẫu thuật (phút) của hai nhóm NC

Thời gian phẫu thuật (phút)	Nhóm PTRB	Nhóm PTNS	<i>p</i>
Trung bình	187,6 ± 48,5	217,3 ± 77,9	0,039
Nhanh nhất	110	105	
Chậm nhất	360	480	

Kiểm định Mann-Whitney

Bảng 3.3. Lượng máu mất (ml) của hai nhóm nghiên cứu

Lượng máu mất (ml)	Nhóm PTRB	Nhóm PTNS	<i>p</i>
Trung bình	44,4 ± 36	63,1 ± 44	< 0,001
Ít nhất	10	20	
Nhiều nhất	225	300	

Kiểm định Mann-Whitney

Bảng 3.4. Các biến chứng hậu phẫu của hai nhóm nghiên cứu.

Biến chứng sau mổ	Nhóm PTRB	Nhóm PTNS	<i>p</i>
Liệt ruột	1 (2%)	3 (6%)	<i>0,60*</i>
Rò miệng nối	1 (2%)	1 (2%)	<i>1,00*</i>
Tắc/bán tắc ruột sau mổ	0 (0%)	2 (4%)	<i>0,495*</i>
Tụ dịch nhiễm trùng	0 (0%)	2 (4%)	<i>0,495*</i>
Nhiễm trùng vết mổ	1 (2%)	2 (4%)	<i>1,00*</i>
Biến chứng chung	3 (6%)	10 (20%)	<i>0,03**</i>

* *Kiểm định chính xác Fisher*** *Kiểm định Chi bình phương*

Bảng 3.5. Phân độ nặng biến chứng hậu phẫu theo Clavien-Dindo

Phân độ	Nhóm PTRB	Nhóm PTNS	<i>p</i>
Độ I	0 (0%)	0 (0%)	<i>1,00</i>
Độ II	3 (100%)	9 (90%)	
Độ III	0 (0%)	1 (10%)	
Độ IV	0 (0%)	0 (0%)	
Tổng cộng	3 (100%)	10 (100%)	

Kiểm định chính xác Fisher

Bảng 3.6. Thời gian nằm viện (ngày) của hai nhóm nghiên cứu

Số ngày nằm viện sau phẫu thuật	Nhóm PTRB	Nhóm PTNS	<i>p</i>
Trung bình	7,18 ± 1,5	7,52 ± 1,5	<i>0,039</i>
Nhanh nhất	5	5	
Chậm nhất	13	14	

Kiểm định Mann-Whitney

3.3. Đặc điểm kết quả giải phẫu bệnh của hai nhóm nghiên cứu

Bảng 3.7. Tổng số hạch nạo vét được của hai nhóm nghiên cứu

Số lượng hạch thu được	Nhóm PTRB	Nhóm PTNS	<i>p</i>
Trung bình	15,3 ± 4,4	14,9 ± 4,6	0,67
Ít nhất	4	8	
Nhiều nhất	28	28	

Kiểm định Mann-Whitney

Bảng 3.8. Tổng số hạch di căn của hai nhóm nghiên cứu

Số hạch bị di căn	Nhóm PTRB	Nhóm PTNS	<i>p</i>
Trung bình	1,5 ± 3	1,77 ± 2,9	0,35
Ít nhất	0	0	
Nhiều nhất	12	13	

Kiểm định Mann-Whitney

Bảng 3.9. Chất lượng bao mạc treo TME của hai nhóm nghiên cứu

Chất lượng bao mạc treo	Nhóm PTRB	Nhóm PTNS	<i>p</i>
Tốt	36 (87,8%)	27 (67,5%)	0,043
Trung bình	5 (12,2%)	10 (25%)	
Xấu	0 (0%)	3 (7,5%)	
Tổng cộng	41 (100%)	40 (100%)	

Kiểm định chính xác Fisher

Bảng 3.10. Tỷ lệ thực hiện TME của hai nhóm nghiên cứu

Thực hiện TME	Nhóm PTRB	Nhóm PTNS	<i>p</i>
Có	41 (82%)	40 (80%)	0,78
Không	9 (18%)	10 (20%)	
Tổng	50 (100%)	50 (100%)	

Kiểm định Chi bình phương

Bảng 3.11. Diện cắt vòng quanh (CRM) của hai nhóm nghiên cứu

CRM	Nhóm PTRB	Nhóm PTNS	<i>p</i>
Âm tính	50 (100%)	49 (98%)	1,00
Dương tính	0 (0%)	1 (2%)	
Tổng cộng	50 (100%)	50 (100%)	

Kiểm định Fisher

Bảng 3.12. Đặc điểm giai đoạn ung thư sau phẫu thuật pTNM

Giai đoạn	Nhóm PTRB	Nhóm PTNS	<i>p</i>
0	1(2%)	1(2%)	0,50
I	8(16%)	5(10%)	
IIA	26(52%)	19(38%)	
IIB	1(2%)	1(2%)	
IIIA	2(4%)	6(12%)	
IIIB	9(18%)	14(28%)	
IIIC	3(6%)	4(8%)	
Tổng cộng	50(100%)	50(100%)	

Kiểm định chính xác Fisher

3.4. Đặc điểm chất lượng cuộc sống sau mổ hai nhóm nghiên cứu

Bảng 3.13. CLCS theo thang điểm hội chứng cắt trước thấp ở thời điểm 12 tuần sau phẫu thuật

Mức độ	Nhóm PTRB	Nhóm PTNS	<i>p</i>
Không mắc	35 (70%)	20 (40%)	0,003
Nhẹ	14 (28%)	22 (44%)	
Nặng	1 (2%)	8 (16%)	
Tổng cộng	50 (100%)	50 (100%)	

Kiểm định Chi bình phương

Bảng 3.14. Điểm triệu chứng sau khi phẫu thuật 12 tuần của hai nhóm NC theo bộ câu hỏi QLQ-CR29: Quality of life questionnaire for colorectal cancer 29

Yếu tố đánh giá	Nhóm PTNS	Nhóm PTRB	<i>p</i> *
<i>Triệu chứng</i>			
Tần suất đi tiểu	38,7	12,7	0,03
Tiểu không tự chủ	44,0	8,7	< 0,001
Tiểu khó	33,3	16,7	0,01
Đau bụng	33,3	16,5	0,02
Đau hậu môn	44,0	8,7	< 0,001
Chướng bụng	44,0	16,7	0,01
Phân nhầy máu	27,7	24,7	< 0,001
Khô miệng	44,0	41,3	0,21
Rụng tóc	44,0	32,7	0,19
Mất vị giác	33,3	33,3	0,03

Yếu tố đánh giá	Nhóm PTNS	Nhóm PTRB	p^*
<i>Triệu chứng</i>			
Đầy hơi	44,0	17,3	0,04
Tiêu không tự chủ	44,7	8,0	< 0,001
Đau da quanh hậu môn	44,7	16,0	< 0,001
Tần suất đi tiêu	49,7	20,7	< 0,001
Mặc cảm	33,3	8,0	< 0,001
Mất khả năng tình dục	44,0	8,0	< 0,001
Đau khi giao hợp	44,0	8,0	< 0,001
<i>Chức năng</i>			
Sự lo âu	65,3	80,0	0,01
Lo lắng về trọng lượng	63,3	70,0	0,02
Hình ảnh cơ thể	50,4	64,0	0,02
Hứng thú tình dục	64,0	84,0	0,04

* Kiểm định T-test

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung hai nhóm nghiên cứu

Bảng 4.1. So sánh tuổi trung bình, tỉ lệ nam/nữ với các tác giả khác.

Tác giả	Phương pháp PT	Tuổi TB	Tỉ lệ Nam/nữ
Trần Vĩnh Hưng	Robot (n=130)	61	2,4/1
Bùi Chí Viết	Nội soi (n=58)	52,3 ± 13,2	1,14/1
Mai Đình Diệu	Nội soi (n=146)	59	1,1/1
David Jayne	Nội soi (n=234)	65,5 ± 11,9	2,1/1

David Jayne	Robot (n=237)	64,4 ± 10,9	2,1/1
Yong Sok Kim	Nội soi (n=66)	58,2 ± 9,8	2,3/1
Yong Sok Kim	Robot (n=33)	57 ± 9,6	2,3/1
Feng Qingyang	Nội soi (n=585)	60,7 ± 9,8	1,5/1
Feng Qingyang	Robot (n=586)	59,1 ± 11	1,5/1
Chúng tôi	Nội soi (n=50)	59,2 ± 12,6	1/1
Chúng tôi	Robot (n=50)	61,1 ± 9,8	1/1

4.2. Đặc điểm kết quả phẫu thuật của hai nhóm nghiên cứu

Tổng thời gian phẫu thuật của hai nhóm nghiên cứu

Thời gian phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá ưu điểm của mỗi loại phương pháp phẫu thuật. Trong hai thập niên gần đây, sự phát triển của PT Robot với những kỹ thuật ngày càng được chuẩn hóa thì thời gian của phẫu thuật Robot ngày càng được rút ngắn. Ưu điểm của PT Robot là phục hồi sức khỏe sớm, ít đau cùng với rút ngắn thời gian phẫu thuật giúp giảm những tai biến cũng như chi phí cho cuộc phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật còn tùy thuộc vào kỹ năng của phẫu thuật viên, đường cong học tập của từng phẫu thuật viên, phương pháp phẫu thuật cũng như tính chất của khối u

Bảng 4.2. So sánh tổng thời gian phẫu thuật với các tác giả khác

Tác giả	Phương pháp PT	Thời gian (phút)
Nguyễn Cao Cương	Nội soi (n=100)	180 ± 32
Hà Văn Quyết	Nội soi (n=62)	190 ± 25
Trần Vĩnh Hưng	Robot (n=130)	180 ± 62,6
David Jayne	Nội soi (n=234)	261 ± 83
David Jayne	Robot (n=237)	298 ± 88

Huang	Robot (n=38)	492 ± 11
Yong Sok Kim	Robot (n=33)	441,0 ± 90,2
Yong Sok Kim	Nội soi (n=66)	277 ± 83,2
Park E. J.	Robot (n=133)	205,7 ± 67,3
Park E. J.	Nội soi (n=84)	208,8 ± 81,2
Chúng tôi	Robot (n=50)	187,6 ± 48,5
Chúng tôi	Nội soi (n=50)	217,3 ± 77,9

Lượng máu mất trong phẫu thuật

Lượng máu mất trong quá trình PT là yếu tố quan trọng giúp tiên lượng cho quá trình hồi phục của NB cũng như trong đánh giá ưu điểm của mỗi loại phương pháp PT. Với những ưu điểm của PT Robot (màn hình 3D, độ phóng đại có thể lên đến 12 lần, khả năng chống rung, dụng cụ linh hoạt trong không gian chật hẹp vùng chậu) trong phẫu thuật cắt trước thấp với kỹ thuật TME điều trị UT TT làm giảm lượng máu mất ở mức tối thiểu cũng như giúp người bệnh hồi phục tốt.

Bảng 4.3. So sánh lượng máu mất trong phẫu thuật với tác giả khác

Tác giả	Phương pháp PT	Lượng máu mất (ml)
Nguyễn Cao Cương	Nội soi (n=100)	96,7 ± 13,2
Trần Vĩnh Hưng	Robot (n=130)	39
Huang	Robot (n=38)	150
Park E. J.	Robot (n=133)	205 ± 163,8
Park E. J.	Nội soi (n=84)	232 ± 180
Yong Sok Kim	Robot (n=33)	77,6 ± 153,2
Yong Sok Kim	Nội soi (n=66)	82,3 ± 185,8
Ahmed J.	Robot (n=99)	10
Ahmed J.	Nội soi (n=85)	100

Chúng tôi	Robot (n=50)	44,4 ± 36
Chúng tôi	Nội soi (n=50)	63,1 ± 44

Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 4.4. So sánh tỉ lệ biến chứng hậu phẫu với các tác giả khác

Tác giả	Phương pháp PT	Biến chứng chung	Xì miệng nổi
Trần Vĩnh Hưng	Robot (n=130)	13,1%	3,1%
Hà Văn Quyết	Nội soi (n=62)	25,6%	4,8%
David Jayne	Robot (n=237)	15,3%	3%
David Jayne	Nội soi (n=234)	14,8%	2,6%
Huang	Robot (n=38)	38,8%	2,5%
Luca Morelli	Robot (n=160)	15%	0%
Yong Sok Kim	Robot (n=33)	45,6%	3%
Feng Qingyang	Nội soi (n=585)	23,1%	8,2%
Feng Qingyang	Robot (n=586)	16,2%	5,1%
Chúng tôi	Nội soi (n=50)	20%	2%
Chúng tôi	Robot (n=50)	6%	2%

Bảng 4.5. Thời gian nằm viện (ngày) của hai nhóm nghiên cứu

Tác giả	Phương pháp PT	Thời gian (ngày)
Nguyễn Cao Cương	Nội soi (n=100)	8,1 ± 3,6
Trần Vĩnh Hưng	Robot (n=130)	7,5
Baik SH	Robot (n=16)	6,9 ± 1,3
David Jayne	Robot (n=237)	8
David Jayne	Nội soi (n=234)	8,2
P. Rouanet	Robot (n=91)	8
Park E. J.	Nội soi (n=84)	6,54 ± 2,65
Park E. J.	Robot (n=133)	5,86 ± 1,43

Chúng tôi	Nội soi (n=50)	7,52 ± 1,5
Chúng tôi	Robot (n=50)	7,18 ± 1,5

4.3. Đặc điểm phẫu thuật giải phẫu bệnh của hai nhóm nghiên cứu

Tổng số hạch thu được sau phẫu thuật cũng như số lượng hạch di căn là yếu tố tiên lượng rất quan trọng, nó đánh giá chất lượng về mặt ung thư của phương pháp phẫu thuật cũng như đưa ra yếu tố N(Node) để xếp giai đoạn ung thư pTNM sau phẫu thuật, quyết định phác đồ hóa trị và tiên lượng thời gian sống của người bệnh sau phẫu thuật

Bảng 4.6. So sánh số hạch nạo vét được với các tác giả khác

Tác giả	Phương pháp PT	Số hạch nạo vét
Trần Vĩnh Hưng	Robot (n=130)	14,6
Lâm Việt Trung	Robot (n=15)	12
David Jayne	Nội soi (n=237)	23,2
David Jayne	Robot (n=234)	24,1
Park E. J.	Nội soi (n=84)	16,63 ± 10,24
Park E. J.	Robot (n=133)	16,34 ± 8,79
E. Barzola	Robot (n=100)	27,5
Seung Hyuk Baik	Nội soi (n=56)	18,7 ± 12
Seung Hyuk Baik	Robot (n=57)	18,4 ± 9,2
Chúng tôi	Nội soi (n=50)	14,9 ± 4,6
Chúng tôi	Robot (n=50)	15,3 ± 4,4

Bảng 4.7. So sánh chất lượng bao mạc treo TME với các tác giả khác

Tác giả	Tốt	Trung bình	Xấu
David Jayne (NS)	75,4%	14%	9,3%
David Jayne (Robot)	75,2%	16,5%	3,1%
Yong Sok Kim (NS)	91%	9%	0%
Yong S. Kim (Robot)	97%	3%	0%

Baik SH (NS)	83,3%	16,7%	0%
Baik SH (Robot)	94,4%	5,6%	0%
E. Barzola (NS)	72%	11%	14%
E. Barzola (Robot)	92%	1%	5%
Chúng tôi (NS)	72%	22%	6%
Chúng tôi (Robot)	90%	10%	0%

4.4. Đặc điểm chất lượng cuộc sống sau mổ hai nhóm nghiên cứu

CLCS theo thang điểm hội chứng cắt trước thấp ở thời điểm 12 tuần sau phẫu thuật

Tại thời điểm 12 tuần sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận đã có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu. Cụ thể, nhóm PTRB có tới 70% NB không mắc HCCTT. Con số này ở nhóm PTNS là 40%. Tỷ lệ mắc HCCTT mức độ nhẹ và nặng trong nhóm PTRB lần lượt là 28% và 2%, thấp hơn rất nhiều con số 44% và 16% bên nhóm PTNS. Có thể nói, 12 tuần sau mổ là mốc thời gian ta có thể thấy được hiệu quả của nhóm PTRB lên người bệnh mắc UTTT. Với những sự linh hoạt trong động tác, sự bóc tách tỉ mỉ, cũng như độ phóng đại lớn, những cấu trúc thần kinh vùng chậu được bảo tồn chính xác, giúp NB có chất lượng cuộc sống tốt hơn sau phẫu thuật.

Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật 12 tuần theo EORTC QLQ-CR29.

Mốc 12 tuần sau PT được chúng tôi lựa chọn để đánh giá CLCS người bệnh vì tại thời điểm này đa số người bệnh đã hồi phục sau cuộc mổ lớn, ngay cả với những người bệnh được phẫu thuật đóng hồi tràng. Theo đó, tất cả các triệu chứng trong hai nhóm người bệnh PTNS và PT Robot đều cải thiện rõ rệt, nhất là những triệu chứng liên quan hệ tiêu hóa và tiết niệu. Khi so sánh hai nhóm, chúng tôi ghi

nhận hầu hết các triệu chứng và chức năng đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa PTNS và PT Robot. Tại thời điểm này, tình trạng “phân ly” giữa PTNS và PT Robot rõ ràng hơn ở các khía cạnh trong bảng EORTC QLQ-CR29. Có thể nói rằng tại thời điểm 12 tuần sau phẫu thuật, các ưu thế của PT Robot trong điều trị ung thư trực tràng đã được thể hiện rõ nét và người bệnh trong nhóm này đã có chất lượng cuộc sống cải thiện rất đáng kể so với trước phẫu thuật.

KẾT LUẬN

1. Phẫu thuật Robot trong điều trị ung thư trực tràng có tái lập lưu thông đường tiêu hóa an toàn hơn PTNS với tỉ lệ biến chứng chung của nhóm PT Robot là 6% thấp hơn nhóm PTNS là 20% ($p=0,03$), lượng máu mất nhóm PT Robot là $44,4 \pm 36$ ml thấp hơn nhóm PTNS là $63,1 \pm 44$ ml ($p=0,001$), thời gian phẫu thuật nhóm PT Robot $187,6 \pm 48,5$ phút nhanh hơn nhóm PTNS $217,3 \pm 77,9$ phút, thời gian nằm viện nhóm PT Robot là $7,18 \pm 1,5$ ngày ngắn hơn nhóm PTNS là $7,52 \pm 1,5$ ngày ($p=0,039$).
2. Phẫu thuật Robot trong điều trị ung thư trực tràng có tái lập lưu thông đường tiêu hóa hiệu quả hơn PTNS với tổng số hạch nạo vét được nhóm PT Robot là $15,3 \pm 4,4$ hạch nhiều hơn so với nhóm PTNS là $14,9 \pm 4,6$ hạch, chất lượng bao mạc treo (TME) tốt nhóm PTRB là 87,8% cao hơn nhóm PTNS là 67,5% ($p=0,043$), diện cắt vòng quanh (CRM) âm tính nhóm PT Robot là 100% cao hơn nhóm PTNS là 98%.
3. Chất lượng cuộc sống của người bệnh nhóm PT Robot trong điều trị ung thư trực tràng có tái lập lưu thông đường tiêu hóa tốt hơn nhóm PTNS với tỉ lệ mắc hội chứng cắt trước thấp nhóm ở PT Robot là 60% thấp hơn nhóm PTNS là 80% sau 6 tuần phẫu thuật và sau 12 tuần

nhóm PT Robot là 30% thấp hơn nhóm PTNS là 60% ($p=0,003$). Chất lượng cuộc sống của người bệnh tính theo thang điểm EORTC QLQ-CR29 vào hai thời điểm sau phẫu thuật 6 tuần và 12 tuần ở nhóm PT Robot tốt hơn nhóm PTNS.

KIẾN NGHỊ

1. Nên có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, do tiềm lực nghiên cứu của chúng tôi có hạn nên cỡ mẫu chúng tôi chỉ 50 cho mỗi nhóm phẫu thuật Robot và phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng có tái lập lưu thông đường tiêu hóa. Nên lấy số liệu tại nhiều trung tâm có phẫu thuật Robot cũng như phẫu thuật nội soi tại Việt Nam và thời gian theo dõi lâu dài (thường 3 – 5 năm) để đánh giá về mặt ung thư học bao gồm: thời gian sống còn toàn bộ (OS: Overall Survival), thời gian sống không bệnh (DFS: Disease Free Survival) cũng như tỉ lệ tái phát, tỉ lệ tử vong.
2. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật Robot tỏ ra lợi thế hơn phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng. Nên trang bị cho các trung tâm phẫu thuật lớn trong cả nước hệ thống phẫu thuật Robot da Vinci cũng như có chương trình đào tạo căn bản và nâng cao các bác sĩ phẫu thuật để sử dụng hệ thống Robot một cách ưu việt nhất trong quá trình phẫu thuật người bệnh. Thông tin, truyền thông cho người bệnh biết được thông tin cũng như tiếp cận được phẫu thuật Robot.

CÁC BÀI BÁO KHOA HỌC ĐÃ THỰC HIỆN VÀ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Trần Vĩnh Hưng, **Nguyễn Phú Hữu**. So sánh phẫu thuật Robot với nội soi cắt trước thấp trong ung thư trực tràng tại Bệnh viện Bình Dân - kết quả sớm. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023;525(1):39-47.
2. Trần Vĩnh Hưng, **Nguyễn Phú Hữu**. Kết quả dài hạn phẫu thuật Robot cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023;525(1):48-56.
3. Tran Vinh Hung, Nguyen Phuc Minh, Hoang Vinh Chuc, Vu Khuong An, **Nguyen Phu Huu**, Pham Vinh Phu, Duong Van Hai. The Learning Curve of Robot-Assisted Rectal Surgery by Cumulative Sum Analysis in Binh Dan Hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam - A Preliminary Study. *Annals of Surgical Education*, 2022;(3):25-30.
4. **Nguyễn Phú Hữu**. Kết quả ngắn hạn phẫu thuật Robot điều trị ung thư trực tràng sau hóa xạ trị tiền phẫu tại Bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;527(1B):332-336.
5. **Nguyễn Phú Hữu**. Chất lượng cuộc sống bệnh nhân ung thư trực tràng sau phẫu thuật: So sánh giữa nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi và phẫu thuật Robot. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023;533(1):152-156.

6. **Nguyễn Phú Hữu.** Kết quả dài hạn phẫu thuật nội soi cắt trước thấp trong ung thư trực tràng tại Bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023;525(1):253-243.