

KẾT QUẢ SỚM ỨNG DỤNG KỸ THUẬT SỬ DỤNG MÁY CẮT THẲNG THỰC HIỆN MIỆNG NỐI TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

Nguyễn Ngọc Hùng¹

Nguyễn Huy Du¹

Vũ Xuân Vinh^{1,2}

¹ Trung tâm Phẫu thuật tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai

² Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội

***Tác giả chịu trách nhiệm:**

Nguyễn Ngọc Hùng

Bệnh viện Bạch Mai

Email: hungchir@yahoo.fr

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đại tràng với miệng nối trong sử dụng máy cắt thẳng (linear stapler) trong điều trị ung thư đại tràng tại Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 100 bệnh nhân ung thư đại tràng phải, ngang và trái, thực hiện phẫu thuật nội soi hoàn toàn với kỹ thuật nối trong ổ bụng bằng máy cắt thẳng từ 01/2023 đến 12/2024. Các dữ liệu thu thập bao gồm đặc điểm bệnh nhân, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian làm miệng nối, thời gian trung tiện, thời gian nằm viện, số lượng hạch nạo vét và biến chứng sớm sau mổ.

Kết quả: Thời gian phẫu thuật trung bình là 173 ± 12 phút, thời gian làm miệng nối $22,3 \pm 2,3$ phút, lượng máu mất trung bình 34 ± 9 ml. Thời gian trung tiện trung bình $1,68 \pm 0,5$ ngày, thời gian nằm viện trung bình $6,5 \pm 1$ ngày. Số hạch nạo vét trung bình 22 ± 10 hạch, tất cả ≥ 12 hạch theo tiêu chuẩn AJCC. Không ghi nhận rò miệng nối; tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ 3%, chảy máu sau mổ 1%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đại tràng với miệng nối trong sử dụng máy cắt thẳng an toàn, hiệu quả và đạt kết quả ung thư học tốt, rút ngắn thời gian hồi phục so với phẫu thuật mở truyền thống.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, phẫu thuật nội soi, miệng nối trong, máy cắt thẳng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (UTĐT) là bệnh lý ác tính phổ biến của đường tiêu hóa, trong đó khoảng 95% là ung thư biểu mô tuyến. Phẫu thuật triệt căn vẫn là phương pháp điều trị chủ đạo nhằm đạt kết quả chữa khỏi bệnh. Từ khi Jacobs thực hiện thành công ca phẫu thuật nội soi cắt đại tràng đầu tiên năm 1991, phẫu thuật nội soi ngày càng được áp dụng rộng rãi nhờ ưu điểm giảm đau sau mổ, phục hồi chức năng tiêu hóa sớm, rút

ngắn thời gian nằm viện và chất lượng sống tốt hơn, đồng thời kết quả ung thư học lâu dài tương đương phẫu thuật mở.

Hầu hết các phẫu thuật nội soi hiện nay thực hiện miệng nối ngoài cơ thể, còn tồn tại hạn chế như khó chọn vị trí mở bụng, tăng nguy cơ xoắn ruột, nhiễm trùng và thoát vị thành bụng. Gần đây, phẫu thuật nội soi hoàn toàn với miệng nối trong cơ thể (IA - Intracorporeal Anastomosis) nhận được nhiều quan tâm nhờ giảm biến chứng, hạn

chế nhiệm trùng vết mổ, rút ngắn thời gian trung tiện và nằm viện. Việc sử dụng máy cắt thẳng (linear stapler) trong IA giúp chuẩn hóa kỹ thuật, tăng độ chính xác và an toàn, đặc biệt trong thao tác phức tạp và trường mổ hẹp.

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị UTĐT đã được triển khai tại một số bệnh viện lớn và đạt kết quả bước đầu khả quan. Tuy nhiên, nghiên cứu về kết quả sớm của IA bằng máy cắt thẳng còn hạn chế. Tại Bệnh viện Bạch Mai, sau một thời gian ứng dụng kỹ thuật làm miệng nối trong cơ thể với phẫu thuật ung thư đại tràng, chúng tôi đã thu được một số kết quả khả quan.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: bệnh viện Bạch Mai

- Thời gian: 01/2023 – 12/2024

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư đại tràng phải, đại tràng ngang hoặc đại tràng trái được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng với kỹ thuật nối trong ổ bụng có sử dụng máy nối thẳng (Linear stapler).

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Cỡ mẫu: 100 bệnh nhân

- Chọn mẫu:

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là ung thư đại tràng

+ Tổn thương ung thư có thể cắt bỏ (Chưa xâm lấn tổ chức xung quanh, chưa di căn xa trên phim CLVT)

+ Thăm dò trong mổ có thể cắt bỏ được (chưa di căn phúc mạc, chưa xâm lấn các tạng xung quanh, ...)

+ Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đoạn đại tràng, thực hiện miệng nối hồi đại tràng hoặc đại - đại tràng bằng máy cắt thẳng nội soi (Linear stapler).

+ Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Ung thư đại tràng tái phát hoặc ung thư từ nơi khác di căn tới đại tràng

+ Bệnh nhân có ung thư khác phối hợp.

+ Phẫu thuật mở hoặc nội soi chuyển mở

2.5. Biến số

Các thông tin chính trong nghiên cứu bao gồm: đặc điểm chung của bệnh nhân, tai biến trong mổ, kết quả sớm của phẫu thuật, biến chứng sau mổ, kết quả ung thư học (số hạch nạo vét).

2.6. Kỹ thuật và quy trình nghiên cứu

2.6.1. Kỹ thuật mổ:

- Các bước nối trong ổ bụng trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải:

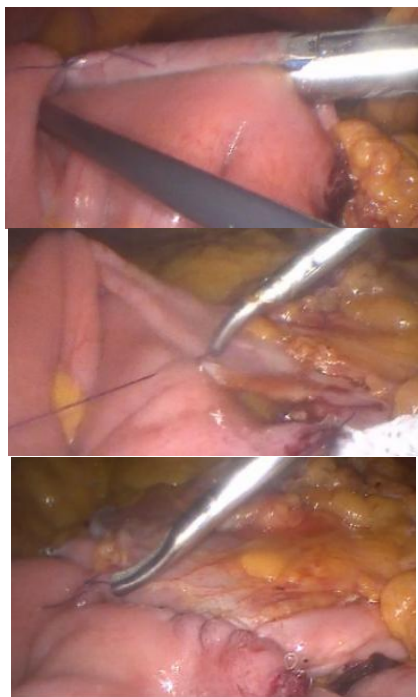
+ Dùng dụng cụ khâu nối thẳng (Linear stapler 60mm cắt đoạn đại tràng dưới u, cách u 10cm và đoạn cuối hồi tràng. Kéo gần đoạn hồi tràng còn lại với đại tràng ngang, đặt theo chiều nhu động ruột.

+ Dùng dao đốt điện mở lỗ nhỏ khoảng 1cm ở bờ tự do của hồi tràng cách đầu tận 2cm và bờ tự do đại tràng ngang cách đầu tận 7cm.

+ Đặt 2 đầu của dụng cụ khâu nối thẳng vào 2 lỗ mở đã tạo và bấm máy.

+ Lỗ mở nhỏ cạnh miệng nối được khâu lại bằng chỉ Vicryl 3.0

+ Lấy bệnh phẩm qua đường mở ngang trên xương mu dài khoảng 5-6cm



Hình 1: Thực hiện miệng nối đại tràng ngang – hông tràng kiểu bên - bên

(PTNS cắt đại tràng phải)

- Các bước nối trong ổ bụng trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái và đại tràng ngang:

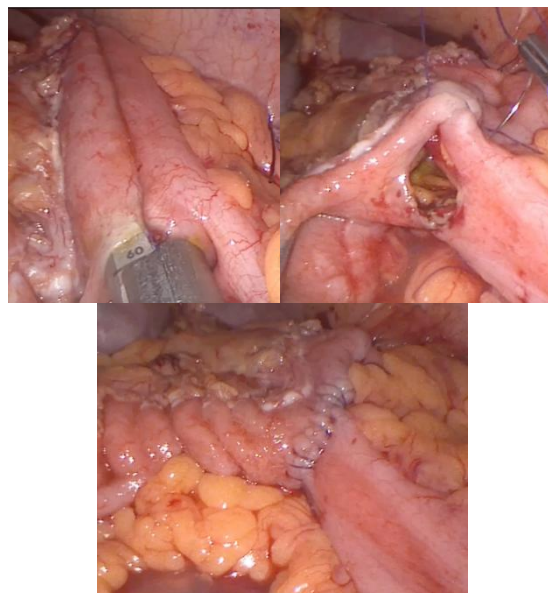
+ Dùng dụng cụ khâu nối thẳng (Linear staler 60mm) cắt 2 đoạn đại tràng trên và dưới u, mỗi đoạn cách u 10cm. Kéo gần 2 đoạn đại tràng còn lại, tạo miệng nối tận chức năng.

+ Dùng dao đốt điện mở lỗ nhỏ khoảng 1cm ở bờ tự do của 2 đầu đại tràng cách đầu tận 7cm.

+ Đặt 2 đầu của dụng cụ khâu nối thẳng vào 2 lỗ mở đã tạo và bấm máy

+ Lỗ mở nhỏ cạnh miệng nối được khâu lại bằng chỉ Vicryl 3.0

+ Lấy bệnh phẩm qua đường mở ngang trên xương mu dài khoảng 5-6cm



Hình 2: Thực hiện miệng nối đại tràng – đại tràng (tận chức năng)

(PTNS cắt đoạn đại tràng trái)

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Các dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành 1 cách khoa học, dựa trên những phương pháp đã được chứng minh và áp dụng trên thế giới. Thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo bí mật.

3. KẾT QUẢ

Chúng tôi có 100 bệnh nhân thoả mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu từ 01/2023 đến

12/2024. Đặc điểm chung được trình bày ở bảng 1 và kết quả phẫu thuật được trình bày ở bảng 2.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm về tuổi		Giới tính	
Trung bình	63,3 ± 14,7 tuổi	Nam	46 bệnh nhân(46%)
Nhỏ nhất - Lớn nhất	32 tuổi - 95 tuổi	Nữ	54 bệnh nhân(54%)
BMI		Chỉ số ASA	
< 18,5	30 bệnh nhân (30%)	ASA 1	44 bệnh nhân (44%)
18,5 - 22,9	57 bệnh nhân (57%)	ASA 2	52 bệnh nhân (52%)
≥23	13 bệnh nhân (13%)	ASA 3	4 bệnh nhân (4%)
Vị trí U	Đại tràng phải	75 bệnh nhân (75%)	
	Đại tràng ngang	7 bệnh nhân (7%)	
	Đại tràng trái	15 bệnh nhân (15%)	

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật			
	Trung bình (phút)	Ngắn nhất (phút)	Dài nhất (phút)
Thời gian phẫu thuật	173 ± 12	150	220
Đại tràng phải	170	150	180
Đại tràng ngang	210	200	220
Đại tràng trái	165	150	180
Thời gian làm miệng nối	22,3 ± 2,3 phút	20 phút	30 phút
Lượng máu mất trong mổ	34 ± 9 ml	15ml	80ml
Thời gian trung tiện và nằm viện sau mổ			
Trung tiện	1,68 ± 0,5 ngày	1 ngày	4 ngày
Nằm viện sau mổ	6,5 ± 1 ngày	5	13 ngày
Số lượng hạch nạo vét			
	Trung bình	Ít nhất	Nhiều nhất
Số hạch	22 ± 10 hạch	11 hạch	70 hạch

Đại tràng phải	25	12	70
Đại tràng ngang	16	12	25
Đại tràng trái	15	11	25
Tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ			
Tai biến và biến chứng	Số lượng (N = 100)	Tỷ lệ %	
Nhiễm trùng vết mổ	3	3%	
Chảy máu sau mổ	1	1%	
Tắc ruột sau mổ	0	0%	
Áp xe tồn dư sau mổ	0	0%	
Rò miệng nối	0	0%	

Về kết quả phẫu thuật: không có trường hợp nào tai biến trong mổ. Có 1 trường hợp (1%) chảy máu miệng nối sau mổ được điều trị nội khoa ổn. Có 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (3%). Không có trường hợp nào bị rò miệng nối. Số hạch trung bình nạo vét được là 22 ± 10 hạch, ít nhất 11 hạch và nhiều nhất 70 hạch.

4. BÀN LUẬN

Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi và phẫu thuật robot, xu hướng thực hiện miệng nối trong cơ thể (Intracorporeal Anastomosis - IA) trong phẫu thuật cắt đại tràng ngày càng gia tăng và dần trở thành lựa chọn ưu tiên tại nhiều trung tâm ngoại khoa lớn [1,2,6]. Nhiều nghiên cứu cho thấy miệng nối trong giúp giảm sang chấn phẫu thuật, hạn chế di động ruột quá mức và cải thiện hồi phục sớm sau mổ so với miệng nối ngoài cơ thể [1,6,10]. Việc ứng dụng máy cắt thẳng trong thực hiện miệng nối nội soi góp phần chuẩn hóa kỹ thuật, rút ngắn thời gian mổ và giảm biến chứng miệng nối [2,8,9]. Tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu và báo cáo lâm sàng về kỹ thuật này còn hạn chế nhưng nó là xu

hướng tiếp cận kỹ thuật tiên tiến phù hợp với thực hành ngoại khoa hiện đại [3–5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 173 ± 12 phút, thay đổi theo vị trí khối u. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế gần đây về phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đại tràng có thực hiện miệng nối trong. Buchs và cộng sự (2020), trong nghiên cứu hồi cứu trên 189 bệnh nhân phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đại tràng với miệng nối trong bằng máy cắt thẳng, ghi nhận thời gian mổ trung bình 165 ± 35 phút đối với đại tràng phải và 178 ± 40 phút đối với đại tràng trái [1]. Tương tự, Van Oostendorp và cộng sự (2021) báo cáo thời gian mổ trung bình 170–185 phút, không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm nối trong và nối ngoài sau khi vượt qua đường cong học tập [4].

Theo vị trí khối u, Vignali và cộng sự (2019) ghi nhận thời gian mổ trung bình cho phẫu thuật nội soi hoàn toàn là 150–180 phút đối với đại tràng phải, 160–190 phút đối với đại tràng trái và 200–230 phút đối với đại tràng ngang [2]. Các số liệu này phù hợp với kết quả của chúng tôi (170 phút ở đại tràng phải, 165 phút ở đại tràng

trái và 210 phút ở đại tràng ngang), phản ánh ảnh hưởng của đặc điểm giải phẫu và mức độ phức tạp kỹ thuật. Theo tác giả Đào Minh Nhật và cộng sự (2024) báo cáo thời gian mổ trung bình 175 ± 15 phút trong phẫu thuật nội soi hoàn toàn điều trị ung thư đại tràng [9]. Đào Văn Cam (2019) ghi nhận thời gian mổ trung bình 170 phút, trong khi Hoàng Anh Bắc và cộng sự (2025) báo cáo 180 ± 20 phút ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi. Những kết quả này cho thấy thời gian mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp và có tính tái lập trong điều kiện thực hành tại Việt Nam.

Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 34 ± 9 ml, thấp hơn đáng kể so với phẫu thuật mở truyền thống. Theo Buchs và cộng sự (2020), lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật nội soi hoàn toàn với miệng nối trong là 30–50 ml, thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm nối ngoài (60–90 ml) [1]. Wu và cộng sự (2020), trong phân tích gộp gồm 11 nghiên cứu với 1.843 bệnh nhân, cho thấy nhóm miệng nối trong có lượng máu mất trung bình ít hơn 25 ml so với nhóm nối ngoài ($p < 0,01$) [6]. Tại Việt Nam, Đào Minh Nhật (2024) ghi nhận lượng máu mất trung bình 35 ± 10 ml, Đào Văn Cam (2019) là 32 ml, và Hoàng Anh Bắc (2025) là 36 ± 12 ml, hoàn toàn tương đồng với kết quả của chúng tôi. Điều này cho thấy phẫu thuật nội soi hoàn toàn với miệng nối trong bằng máy cắt thẳng giúp giảm sang chấn mô và kiểm soát chảy máu hiệu quả.

Thời gian thực hiện miệng nối trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $22,3 \pm 2,3$ phút. Kết quả này nằm ở mức thấp so với nghiên cứu của Allaix và cộng sự (2015) báo cáo thời gian làm miệng nối trong bằng máy cắt thẳng trung bình 25 ± 6 phút, trong khi nhóm khâu tay nội soi là 38 ± 8 phút ($p < 0,001$) [3]. Van Oostendorp (2021) ghi nhận

thời gian nối trung bình 23–28 phút, giảm đáng kể sau khoảng 30–40 ca đầu tiên trong đường cong học tập [4]. Các nghiên cứu trong nước cho kết quả tương đồng: Đào Minh Nhật (2024) ghi nhận 23 ± 3 phút, Đào Văn Cam (2019) là 22 phút, và Hoàng Anh Bắc (2025) là 24 ± 4 phút. Khoảng dao động hẹp trong nghiên cứu của chúng tôi (20–30 phút) cho thấy kỹ thuật nối trong bằng máy cắt thẳng có tính ổn định và chuẩn hóa cao [8 – 10].

Thời gian trung tiện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $1,68 \pm 0,5$ ngày. Theo Vignali (2019), bệnh nhân được phẫu thuật nội soi hoàn toàn với miệng nối trong trung tiện sau 1,5–2,0 ngày, sớm hơn có ý nghĩa so với mổ mở (2,5–3,5 ngày) [2]. Buchs et al. (2020) cũng ghi nhận thời gian trung tiện trung bình 1,6 ngày ở nhóm nối trong [1].

Thời gian nằm viện trung bình $6,5 \pm 1$ ngày trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các báo cáo của Van Oostendorp (2021) ghi nhận 5–7 ngày, trong khi Wu (2020) cho thấy nhóm nối trong giảm trung bình 1,2 ngày nằm viện so với nối ngoài [4,6]. Nghiên cứu của Đào Minh Nhật (2024), Đào Văn Cam (2019) và Hoàng Anh Bắc (2025) đều ghi nhận thời gian nằm viện trung bình 6–7 ngày, phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [8 – 10].

Số hạch lympho nạo vét trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 22 ± 10 hạch, tất cả các trường hợp đều đạt tiêu chuẩn ≥ 12 hạch theo AJCC. Theo Yamamoto và cộng sự (2022), số hạch trung bình trong phẫu thuật nội soi hoàn toàn dao động 20–28 hạch, không thấp hơn mổ mở [7]. Buchs et al. (2020) ghi nhận trung bình 24 hạch, đặc biệt cao ở đại tràng phải [1]. Các nghiên cứu trong nước cũng cho kết quả tương

đồng: Đào Minh Nhật (2024) trung bình 24 hạch, Đào Văn Cam (2019) 23 hạch, và Hoàng Anh Bắc (2025) 16–25 hạch tùy vị trí. Điều này khẳng định giá trị ung thư học của kỹ thuật nội soi hoàn toàn với miệng nối trong [8 – 10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận rò miệng nối, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 3% và chảy máu sau mổ 1%. Chúng tôi có 1 trường hợp chảy máu sau mổ 2 tuần. Trường hợp này bệnh nhân có stent mạch vành, sau mổ những ngày đầu bệnh nhân ổn định, đi ngoài phân vàng nên chúng tôi đã cho dùng lại chống đông. Tuy nhiên, sau 2 tuần, bệnh nhân có tình trạng xuất huyết tiêu hoá, và được điều trị cầm máu bằng phương pháp nội khoa. Bệnh nhân sau đó ổn định và ra viện. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ của chúng tôi là 3%, tương đối thấp, bởi vì chúng tôi thực hiện miệng nối hoàn toàn trong ổ bụng nên chỉ mổ nhỏ vết mổ qua đường ngang trên xương mu để lấy bệnh phẩm. Theo phân tích gộp của Wu (2020), tỷ lệ rò miệng nối ở nhóm miệng nối trong bằng máy cắt thẳng là 1,2%, không cao hơn nối ngoài [6]. Allaix (2015) báo cáo tỷ lệ rò <2%, trong khi Buchs (2020) ghi nhận 0–1,5% [1,3]. Theo một số nghiên cứu của Đào Văn Cam (2019), Đào Minh Nhật (2024) và Hoàng Anh Bắc (2025) đều không ghi nhận rò miệng nối, các biến chứng nhẹ được điều trị nội khoa. Điều này cho thấy kỹ thuật an toàn, ổn định và phù hợp triển khai rộng rãi [8 – 10].

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế: (i) thiết kế hồi cứu tại một trung tâm có thể không đại diện cho thực hành đa trung tâm; (ii) cỡ mẫu cần được mở rộng và theo dõi dài hạn để đánh giá kết quả ung thư học (R0, sống còn không tái phát); (iii) không có nhóm so sánh với kỹ thuật miệng nối khác (extracorporeal,

circular stapler); (iv) BMI < 18,5 chiếm tỷ lệ cao (30%) phản ánh đặc trưng dân số Việt Nam — cần thận trọng khi áp dụng kết quả cho dân số khác; (v) tỷ lệ NTVM 3% cần được đánh giá theo định nghĩa CDC trong nghiên cứu tiếp theo.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đại tràng với miệng nối trong sử dụng máy cắt thẳng an toàn, hiệu quả và đạt kết quả ung thư học tốt, rút ngắn thời gian hồi phục so với phẫu thuật mở truyền thống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Buchs NC, Pugin F, Azagury DE, Jung M, Volonte F, Hagen ME, et al. Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis in laparoscopic right colectomy. *Surg Endosc.* 2012;26(8):2205-2211.
2. Vignali A, Di Palo S, Tamburini A, Radaelli G, Orsenigo E, Staudacher C. Totally laparoscopic colectomy for colon cancer: feasibility and early outcomes. *Ann Surg Oncol.* 2008;15(5):1345-1351.
3. Allaix ME, Rebecchi F, Famiglietti F, Arolfo S, Morino M. Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis for right colon cancer: a systematic review and meta-analysis. *Colorectal Dis.* 2015;17(8):O104-O115.
4. Van Oostendorp S, Elfrink A, Borstlap WAA, Schoonmade LJ, Sietjes C. Clinical outcomes of intracorporeal anastomosis in laparoscopic colectomy: a systematic review. *Surg Endosc.* 2021;35(6):3006-3015.
5. Wu Z, van Oostendorp S, Stassen LPS, Bemelman WA, Tanis PJ. Learning curve and outcomes of intracorporeal anastomosis in laparoscopic colectomy: a meta-analysis. *Surg Endosc.* 2019;33(11):3768-3777.

6. Yamamoto S, Inomata M, Katayama H, et al. Short-term outcomes of totally laparoscopic colectomy with intracorporeal anastomosis for colon cancer. *Ann Gastroenterol Surg.* 2022;6(2):198-206.
7. Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al., editors. *AJCC cancer staging manual*. 8th ed. New York: Springer; 2017.
8. Đào Văn Cam, Trần Quang H, Nguyễn Văn D, et al. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng. *Tạp chí Y học Thực hành.* 2019;12(3):112-119.
9. Đào Minh Nhật, et al. Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đại tràng với miệng nối trong điều trị ung thư đại tràng. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;78(4):45-53.
10. Hoàng Anh Bắc, Lê Quang H, Phạm Minh T, et al. Kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đại tràng ở bệnh nhân cao tuổi. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam.* 2025;10(1):22-30.

ABSTRACT

EARLY OUTCOMES OF A LINEAR STAPLER TECHNIQUE FOR INTRACORPOREAL ANASTOMOSIS IN TOTALLY LAPAROSCOPIC SURGERY FOR COLON CANCER

Objective: To evaluate early outcomes of totally laparoscopic colectomy with intracorporeal anastomosis using linear stapler in the treatment of colon cancer at Bach Mai Hospital.

Participants and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 100 patients with right, transverse, or left colon cancer who underwent totally laparoscopic colectomy with intracorporeal anastomosis using a linear stapler from January 2023 to December 2024. Data collected included patient characteristics, operative time, blood loss, anastomosis time, time to first flatus, length of hospital stay, number of lymph nodes harvested, and early postoperative complications.

Results: The mean operative time was 173 ± 12 minutes, mean anastomosis time 22.3 ± 2.3 minutes, and mean blood loss 34 ± 9 ml. Time to first flatus was 1.68 ± 0.5 days, and mean hospital stay was 6.5 ± 1 days. The mean number of lymph nodes harvested was 22 ± 10 , all ≥ 12 nodes according to AJCC criteria. No anastomotic leak occurred; wound infection rate was 3%, postoperative bleeding 1%.

Conclusions: Totally laparoscopic colectomy with intracorporeal anastomosis using a linear stapler is safe, effective, and provides good oncological outcomes, with faster recovery compared to conventional open surgery.

Keywords: *Colon cancer, laparoscopic surgery, intracorporeal anastomosis, linear stapler.*