

Kết quả phẫu thuật cắt đại trực tràng điều trị ung thư biểu mô trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc, giai đoạn 2023-2024

Results of colorectal resection surgery for rectal adenocarcinoma treatment at Vinh Phuc Provincial General Hospital, 2023-2024

Chu Văn Toán*, Thái Trung Kiên và Phạm Văn Hùng

Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt đại trực tràng điều trị ung thư biểu mô trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc, giai đoạn 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 32 người bệnh ung thư biểu mô trực tràng, được phẫu thuật cắt đại trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ 07/2023 đến 10/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình $67,6 \pm 12,1$; nam/nữ = 1,5. Triệu chứng thường gặp: Đau bụng (68,8%), đi ngoài máu đỏ (65,6%). U chủ yếu ở trực tràng trên (46,9%), thể sùi 50%. Mổ mở chiếm 65,6%, nội soi 34,4%. Thời gian mổ trung bình 192,3 phút. Biến chứng: Xi rò miệng nối 6,2%, nhiễm trùng vết mổ 12,5%. Nằm viện sau mổ $14,3 \pm 3,6$ ngày. Giải phẫu bệnh: 100% ung thư biểu mô tuyến, biệt hóa vừa 96,9%. Giai đoạn I: 43,7%; II: 18,8%; III: 34,4%; IV: 3,1%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt đại trực tràng điều trị ung thư biểu mô trực tràng tại tuyến tỉnh khả thi, an toàn, biến chứng chấp nhận được, kết quả sớm khả quan.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, phẫu thuật cắt đại trực tràng, ung thư biểu mô tuyến.

Summary

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the early outcomes of colorectal resection surgery for rectal adenocarcinoma at Vinh Phuc Provincial General Hospital from July 2023 to October 2024. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study involving 32 patients diagnosed with rectal adenocarcinoma, who underwent colorectal resection at Vinh Phuc Provincial General Hospital from July 2023 to October 2024. **Result:** Mean age 67.6 ± 12.1 years; male-to-female ratio 1.5. Common symptoms: Abdominal pain (68.8%), rectal bleeding (65.6%). Tumors mainly in the upper rectum (46.9%), polypoid type 50%. Open surgery 65.6%, laparoscopic 34.4%. Mean operative time 192.3 minutes. Complications: Anastomotic leakage 6.2%, wound infection 12.5%. Mean postoperative stay 14.3 ± 3.6 days. Histopathology: 100% adenocarcinoma, mostly moderately differentiated (96.9%). Stage I: 43.7%; II: 18.8%; III: 34.4%; IV: 3.1%. **Conclusion:** Colorectal resection for rectal adenocarcinoma at a provincial hospital is feasible, safe, with acceptable complication rates and favorable short-term outcomes.

Keywords: Rectal cancer, colorectal resection, adenocarcinoma, surgical outcomes.

Ngày nhận bài: 24/9/2025, ngày chấp nhận đăng: 9/10/2025

* Tác giả liên hệ: vantoan.ydtn@gmail.com - Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là bệnh lý ác tính phổ biến trên thế giới, có xu hướng gia tăng, đứng thứ ba về tỷ lệ mắc mới và đứng thứ hai về tỷ lệ tử vong do bệnh ung thư. Theo Globocan 2022, ước tính toàn cầu mỗi năm có 1.926.118 ca mắc mới và có 903,859 ca tử vong do ung thư đại trực tràng (UTĐTT). Tại Việt Nam, vẫn theo Globocan năm 2022, UTĐTT đứng hàng thứ tư ở cả hai giới, có 16.835 ca mắc mới và 8.454 ca tử vong¹. Điều trị UTĐTT là điều trị đa mô thức với sự phối hợp của phẫu thuật, tia xạ và các phương pháp toàn thân, trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng hàng đầu ở cả giai đoạn sớm và giai đoạn muộn. Ở giai đoạn rất sớm, sớm phẫu thuật có vai trò đơn trị liệu (cT1N0M0, pT1,2N0M0) ở những giai đoạn muộn hơn phẫu thuật là thành tố quan trọng trong các mô thức phối hợp đa mô thức điều trị ung thư trực tràng². Xu hướng hiện nay là tăng cường phẫu thuật cắt trước thấp và rất thấp bảo tồn cơ tròn nhằm cải thiện chất lượng sống người bệnh. Tuy nhiên, xu hướng điều trị triệt căn này đã ảnh hưởng đến tâm lý và sinh hoạt của người bệnh là mất đi đường tiêu hoá tự nhiên, việc phải mang hậu môn nhân tạo (HMNT) suốt đời là một điều đáng sợ và đại đa số các bệnh nhân khó chấp nhận điều này. Trên thế giới và ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về điều trị UTĐTT. Tuy nhiên các nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện tuyến tỉnh còn ít và cỡ mẫu còn nhỏ. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc, số lượng bệnh nhân UTĐTT cũng ngày càng gia tăng, thực hiện điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng vẫn đang song hành cùng với hóa chất và xạ trị. Xuất phát từ yêu cầu thực tiễn cũng như góp phần làm phong phú các nghiên cứu về UTĐTT tại tuyến tỉnh chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt đại trực tràng điều trị ung thư biểu mô trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc, giai đoạn 2023-2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu 32 bệnh nhân ung thư biểu mô trực tràng, được phẫu thuật cắt đại trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 10 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân ung thư biểu mô trực tràng có xác chẩn mô bệnh học sau mổ.

Có đầy đủ hồ sơ bệnh án với các thông tin cần cho nghiên cứu.

Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật cắt đại trực tràng.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh ung thư khác phối hợp.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 7/2023 đến tháng 10/2024 tại Khoa Ngoại Ung bướu. Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện, 32 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu: Đặc điểm chung của người bệnh. Tuổi (Tính theo dương lịch): Tính bằng năm, biến liên tục. Giới tính (Nam, Nữ): Nhị phân. Tiền sử bệnh: Danh mục. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Lý do vào viện: Danh mục. Triệu chứng toàn thân: Danh mục. Triệu chứng cơ năng: Danh mục. Triệu chứng thực thể: Danh mục.

Chất chỉ điểm ung thư: CEA $\leq$ 3,4ng/ml (giá trị bình thường), CEA $>$ 10ng/ml là có giá trị, CEA từ 5 - 10ng/ml là nghi ngờ. CA 19-9 $\leq$ 39U/ml (giá trị bình thường), CA 19-9 $>$ 39U/ml là có giá trị.

Nội soi đại trực tràng: Vị trí u: Danh mục. Hình thái tổn thương: Danh mục. Kích thước u: Danh mục. Sinh thiết u: Nhị phân. Kết quả sinh thiết: Nhị phân.

Kết quả CT scanner bụng: Danh mục.

Kết quả điều trị. Đặc điểm sau mổ: Danh mục. Biến chứng sau mổ: Biến Danh mục bao gồm: Xi dò miệng nối: Dẫn lưu ổ bụng ra dịch tiêu hóa hoặc dịch phân. Nhiễm trùng vết mổ: Vết mổ có dịch đục, dịch mủ, giả mạc hoặc có kết quả nuôi cấy xác định có sự hiện diện vi khuẩn. Chảy máu trong ổ phúc mạc: Bệnh nhân có da và niêm mạc nhợt, bụng chướng, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, dẫn lưu ổ bụng có ra máu đỏ khá nhiều.

Tắc ruột sớm sau mổ: Bệnh nhân xuất hiện bụng chướng, nôn, bí trung đại tiện, có hình ảnh tắc ruột trên phim cắt lớp vi tính ổ bụng sau mổ.

Chảy máu miệng nối: Bệnh nhân đại tiện ra máu cục và máu tươi, thăm trực tràng thấy có máu cục lẫn máu tươi ở vùng trực tràng cạnh miệng nối và dính theo găng.

Phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo:

Độ I: Bất kỳ biến chứng hậu phẫu không cần phải điều trị bằng thuốc đặc trị hay phẫu thuật hay can thiệp qua nội soi hay qua da. Chỉ sử dụng các loại thuốc như thuốc thông thường như chống nôn, hạ sốt, giảm đau, lợi tiểu, dịch truyền điện giải, và vật lý trị liệu. Bao gồm nhiễm trùng vết mổ được mở vết mổ tại giường bệnh.

Độ II: Các biến chứng cần được điều trị với các thuốc đặc trị hơn trong độ I. Bao gồm truyền máu và nuôi ăn đường tĩnh mạch hoàn toàn.

Độ III: Cần phẫu thuật, nội soi hoặc can thiệp qua hình ảnh học. Trong đó IIIa: Can thiệp không

cần gây mê toàn thân và IIIb: Can thiệp cần gây mê toàn thân.

Độ IV: Các biến chứng đe dọa mạng sống (bao gồm biến chứng thần kinh trung ương) cần hồi sức tích cực. Trong đó Iva: Suy một cơ quan (bao gồm thẩm phân phúc mạc) và IVb: Suy đa tạng.

Độ V: Tử vong.

Giải phẫu bệnh sau mổ: Danh mục.

Điều trị hỗ trợ sau mổ: Danh mục.

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0. Các biến liên tục được mô tả dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến rời rạc được trình bày dưới dạng %.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Khoa học Bệnh viện, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc tại quyết định số QĐ số 342/QĐ-BVĐK ngày 16/6/2024. Mọi thông tin của người bệnh đều được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 32 người bệnh với Tuổi trung bình của ĐTNC $67,6 \pm 12,1$, nhóm tuổi hay gặp nhất là 61-80, tỷ lệ 56,3%; Nam/nữ = 1,5 và thu được các kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm tiền sử, lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm tiền sử bản thân

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Phẫu thuật vùng bụng	4	12,5
Bệnh lý nội khoa mạn tính	10	31,3
Bình thường	18	56,2
Tổng số	32	100

Nhận xét: Trong số 14 NB có tiền sử bệnh, bệnh nội khoa chiếm tỷ lệ cao nhất 31,3%.

Bảng 2. Lý do vào viện

Lý do vào viện	n	Tỷ lệ %
Đại tiện phân lẫn máu đỏ	21	65,6
Đau bụng	22	68,7
Rối loạn đại tiện	3	9,4

Nhận xét: Đa số bệnh nhân vào viện với lý do đại tiện phân lẫn máu đỏ chiếm tỷ lệ 65,6% và đau bụng chiếm tỷ lệ 68,7%.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Thời gian từ khi có dấu hiệu bệnh cho đến khi vào viện		
< 1 tháng	25	78,1
1 - 3 tháng	5	15,6
> 3 tháng	2	6,3
Triệu chứng toàn thân		
Sụt cân	4	12,5
Thiếu máu	4	12,5
Chán ăn	0	0
Bình thường	24	75,0
Triệu chứng cơ năng		
Đau bụng	22	68,8
Đại tiện phân nhầy mũi	4	12,5
Đại tiện ra máu tươi	21	68,7
Rối loạn đại tiện	9	28,1
Triệu chứng thực thể		
Bụng mềm	22	68,7
Bụng chướng	6	18,7
Bán tắc	6	18,7
Thăm trực tràng sờ thấy u	12	37,5

Nhận xét: 78,1% phát hiện bệnh dưới 01 tháng; 75,0% triệu chứng toàn thân hầu như không thay đổi; 68,7% đau bụng. Thăm trực tràng sờ được khối u có 12 trường hợp chiếm tỷ lệ 37,5%; có 6 trường hợp bán tắc ruột chiếm tỷ lệ 18,7%.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
CEA		
< 5	23	71,9
≥ 5	9	28,1
CA19.9		
< 39	9	100
≥ 39	0	0
Vị trí u		
Trực tràng trên	18	56,3
Trực tràng giữa	9	28,1
Trực tràng dưới	5	15,6
Hình thái tổn thương		
Sùi	21	65,6
Loét sùi	4	12,5
Loét	1	3,1
Polyp thoái hóa	6	18,8
Kích thước u		
1/4 - 1/2	14	43,8
> 1/2 - 3/4	5	15,6
Toàn bộ chu vi	13	40,6
Sinh thiết u		
Có	32	100
Không	0	0
Kết quả sinh thiết		
Lành tính	7	21,9
Ung thư	25	78,1
Siêu âm		
Thấy u	0	0
Không thấy u	32	100
Kết quả CT scanner bụng		
Trực tràng trên	16	50,0
Trực tràng giữa	12	37,5

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Trực tràng dưới	4	12,5
Không thấy u	0	0
Kích thước		
T2	4	12,5
T3	5	15,6
T4	2	6,3
Không mô tả	21	65,6
Hình dạng u		
Dày thành tạo khối	27	84,4
Thâm nhiễm	4	12,5
Polype thoái hóa	1	3,1

Nhận xét: CEA tăng chiếm tỷ lệ 28,1% và CA19.9 được làm trong 09 trường hợp và đều không tăng. Vị trí hay gặp nhất trực tràng trên (56,3%). Hình thái hay gặp nhất là sùi (65,6%) và thể loét ít gặp nhất (3,1%). Đa số khối u chiếm hơn 1/2 chu vi trực tràng, trong đó chiếm toàn bộ chu vi là (40,6%). Tất cả các ca nội soi trực tràng đều sinh thiết u làm mô bệnh học và tỷ lệ có tế bào ung thư là 78,1%. 100% trường hợp không thấy u trên siêu âm nhưng thấy u trên CT scanner. Vị trí u hay gặp nhất trên CT scanner là trực tràng trên (50%). Và hình dạng dày thành tạo khối hay gặp nhất (84,4%); đặc biệt có 1 trường hợp (3,1%) polype thoái hóa ác tính.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 5. Kích thước và tính chất khối u

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Vị trí u		
Trực tràng trên	15	46,9
Trực tràng giữa	12	37,5
Trực tràng dưới	5	15,6
Kích thước u		
< 3cm	4	12,5
3 - 5cm	17	43,1
> 5cm	11	34,4
Tính chất di động		
Có	31	96,9
Không	1	3,1

Nhận xét: Vị trí u trong mổ chủ yếu là trực tràng trên (46,9%). Kích thước u trong mổ chủ yếu từ 3-5cm (43,1%); u di động hay gặp nhất (96,9%).

Bảng 6. Nghiên cứu đặc điểm sau mổ

Đặc điểm	TB $\pm$ SD	Trung vị (Min-Max)
Thời gian mổ (phút)	192,34 $\pm$ 28,9	150 - 280
Thời gian dùng giảm đau sau mổ (ngày)	2	2
Thời gian rút sonde tiểu (ngày)	3,4 $\pm$ 0,6	2-4
Thời gian trung tiện sau mổ (ngày)	2,69 $\pm$ 0,7	1-5
Thời gian ăn uống lại sau mổ (ngày)	3,09 $\pm$ 0,7	2-4
Thời gian rút dẫn lưu ổ mổ (ngày)	8,7 $\pm$ 3,5	6-21
Thời gian nằm viện (ngày)	20,8 $\pm$ 4,5	14-32
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	14,3 $\pm$ 3,6	7-21

Nhận xét: Thời gian mổ TB 192,34 $\pm$ 28,9. Thời gian nằm viện TB 20,8 $\pm$ 4,5 ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 14,3 $\pm$ 3,6.

Bảng 7. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Xì rò miệng nối	2	6,2
Nhiễm trùng vết mổ, trocar	4	12,5

Nhận xét: Biến chứng chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ cao nhất (12,5%). Biến chứng rò miệng nối có 2 trường hợp tỷ lệ 6,2%. Phân độ biến chứng đều là Clavien – Dindo độ I.

Bảng 8. Đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Thể sùi	16	50,0
Thể loét	1	3,1
Loét sùi	14	43,8
Polyp ung thư hóa	1	3,1
UTBM tuyến	32	100
Biệt hóa vừa	31	96,9
Biệt hóa kém	1	3,1
Xâm nhập mạch máu	2	6,3
Xâm nhập thần kinh	5	15,6
T1	4	12,5
T2	10	31,3
T3	13	40,6

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
T4	5	15,6
N0	20	62,5
N1	7	21,9
N2	5	15,6
M0	31	96,9
M1	1	3,1
Giai đoạn I	14	43,7
Giai đoạn II	6	18,8
Giai đoạn III	11	34,4
Giai đoạn IV	1	3,1

Nhận xét: Thể sùi chiếm cao nhất (50,0%). Toàn bộ đặc điểm vi thể là UTBM tuyến. Tế bào ung thư đa số biệt hóa vừa (96,9%); biệt hóa kém chỉ có 1 trường hợp (3,1%). Xâm nhập mạch máu có 2 trường hợp (6,3%). Xâm nhập thần kinh có 5 trường hợp (15,6%). U xâm lấn T3 là chủ yếu (40,6%); Không có di căn hạch chiếm tỷ lệ cao nhất (N0 = 62,5%) và Có 1 trường hợp di căn xa tỷ lệ 3,1%. Ung thư giai đoạn I chiếm tỷ lệ cao nhất 43,7%; giai đoạn IV là (3,1%).

Bảng 9. Điều trị bổ trợ sau mổ

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Không	15	46,9
Có	17	53,1
Xạ + Hóa trị	1	3,1
Hóa trị đơn thuần	16	50

Nhận xét: 17 trường hợp là có điều trị bổ trợ sau mổ tỷ lệ 53,1%, hóa và xạ trị là 3,1%; hóa trị đơn thuần là 50%, không có trường hợp nào xạ trị đơn thuần.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Hơn 90% bệnh nhân ung thư trực tràng xuất hiện ở độ tuổi trên 50. Tuy nhiên hiện nay, bệnh lý ung thư đại trực tràng có xu hướng trẻ hóa. Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình $67,6 \pm 12,1$; nhóm tuổi hay gặp nhất là 61 - 80, tỷ lệ 56,3%. Kết quả này cũng tương đương nghiên cứu

của các tác giả khác như Trần Ngọc Dũng tuổi trung bình là 56,8, Nguyễn Hoàng Bắc tuổi trung bình là 60, Mai Đình Diệu tuổi trung bình là 59^{3,4,5}.

So với nữ giới khung chậu ở nam giới hẹp hơn, bên cạnh đó có tiền liệt tuyến ở phía trước trực tràng đặc biệt đối với những bệnh nhân bị phì đại tiền liệt tuyến sẽ làm khó khăn cho phẫu thuật viên trong quá trình mổ, khi đó việc áp dụng phẫu thuật nội soi giúp cho phẫu thuật viên tiếp cận phía dưới dễ hơn và mang lại kết quả tốt hơn. Hầu hết các nghiên cứu có tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới. Nghiên cứu của Đình Quang Tâm cỡ mẫu 132 BN, tỷ lệ nam/nữ là 1,2. Tác giả Mai Đình

Điều cỡ mẫu 146 BN, tỷ lệ nam/nữ là 1,08. Tác giả Trần Minh Đức cỡ mẫu 100, tỷ lệ nam/nữ là 1,77. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ là 1,5. Tuy nhiên khi so về cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi ($n = 32$) nhỏ hơn khá nhiều so với các tác giả trên.

Đa số bệnh nhân đến khám với triệu chứng đi ngoài phân nhày máu. Khi bệnh tiến triển, khối u lớn thì bệnh nhân có biểu hiện đại tiện khó, đau bụng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: Triệu chứng cơ năng đi cầu ra máu tươi hay gặp nhất (68,7%), đau bụng 68,8%, điều này cũng phù hợp với các tác giả khác như Trần Minh Đức ghi nhận triệu chứng đi cầu ra máu 90,1%; đau bụng 35,6%. Theo Lê Quốc Tuấn ghi nhận đi cầu máu tươi 92,9% và cảm giác mót rặn đi cầu không hết phân là 71,4%^{6,7}.

Về thực thể thăm trực tràng sờ thấy u 12 (37,5%) và 6 (18,7%) có dấu hiệu bán tắc ruột. Thăm trực tràng là thủ thuật đơn giản, dễ thực hiện và là một thăm khám bắt buộc trước phẫu thuật, có vai trò quan trọng việc chẩn đoán, tiên lượng phẫu thuật và đưa ra thái độ xử trí đúng đắn với bệnh lý ung thư trực tràng. Chúng tôi thăm trực tràng cho tất cả bệnh nhân (32 trường hợp) và chỉ sờ được u 12 trường hợp như vậy 20 trường hợp không chạm được u do u ở vị trí khá cao > 9cm và được xác định u nhờ vào cận lâm sàng nội soi trực tràng. Tỷ lệ này thấp hơn khi so với một số nghiên cứu của Mai Đình Điều 56,2%, Lê Quốc Tuấn 78,6%, Indar A. cho rằng có thể sờ được bờ dưới khối u cách rìa hậu môn 8cm đến 50% tất cả trường hợp^{5,7,8}.

Nồng độ CEA không phải để chẩn đoán bệnh mà chủ yếu để theo dõi phẫu thuật triệt căn, tái phát và di căn sau mổ. Nghiên cứu của chúng tôi có CEA ≥ 5 ng/ml chiếm 28,1% và nồng độ CA $19,9 \geq 39$ U/ml là 0%. Theo nghiên cứu của Wu với nồng độ CEA cao thì tỷ lệ tái phát tại chỗ là 23,1% và nồng độ bình thường là 3,3%^{9,10}.

Nội soi đại trực tràng ống mềm là một tiêu chuẩn trong việc tầm soát các bệnh lý đại trực

tràng. Bên cạnh đó, nội soi đại trực tràng có thể can thiệp cắt polype, sinh thiết u và cắt u ở giai đoạn sớm. Nghiên cứu này có vị trí trực tràng trên chiếm nhiều hơn (56,3%), u trực tràng giữa chiếm 28,1%. Thể sùi chiếm cao nhất là 65,6% và có 6 trường hợp polype thoái hóa ác tính chiếm 18,8%; u đa số chiếm hơn 1/2 chu vi trực tràng (56,2%). Có sự khác biệt khi so sánh với nghiên cứu của Đinh Quang Tâm, Mai Đình Điều ghi nhận chỉ có 3,4% có kích thước khối u dưới 1/4 chu vi trực tràng và 67,1% người bệnh có khối u chiếm hơn 1/2 chu vi trực tràng^{9,5}.

Trong nghiên cứu này, 100% các trường hợp có chụp CT scanner bụng trong đó có 21 trường hợp không mô tả tổn thương tại chỗ ở trực tràng trên CT scanner bụng (65,6%). Sự xâm lấn khối u: T2 chiếm tỷ lệ 12,5% và T3 là 15,6%; di căn hạch 25%, không di căn hạch 68,8%, không mô tả là 6,3%. Trần Ngọc Dũng và cộng sự ghi nhận u trực tràng trên CT và MRI trong tổng số 62 trường hợp thì có T2 (8,1%), T3 (59,7%), T4 (32,2%)³.

4.2. Kết quả sớm

Nghiên cứu của chúng tôi có 11 trường hợp PTNS, tỷ lệ 31,3%, tỷ lệ mổ mở là 65,6%. Trong đó đa số là phẫu thuật cắt trực tràng cùng toàn bộ mạc treo trực tràng 81,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $192,34 \pm 28,9$ phút (150 - 280 phút). Kết quả này cũng gần tương đương so với các tác giả trong nước như: Trần Minh Đức (2014), PTNS cắt trước thấp và nối máy có kết quả thời gian phẫu thuật 180 ± 32 phút. Đinh Quang Tâm (2012), Thời gian mổ trung bình 178,14 phút (65 - 360 phút); Nguyễn Hoàng Bắc (2010), PTNS cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng có thời gian mổ 190 ± 43 phút (120 - 320 phút). Nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng, thời gian mổ trung bình $190,5 \pm 25$ phút^{6,9,4,3}.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có tai biến nào xảy ra trong mổ. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc (2010), phẫu thuật cắt nối máy điều trị ung thư trực tràng gồm 98 trường hợp có những tai biến: 1 trường hợp rách niệu quản trái ở vị trí bất

chéo mạch chậu; 1 trường hợp cắt đứt thần kinh hạ vị trái, và 1 trường hợp bị kẹt dao cắt Endo GIA không thể cắt hết trực tràng và phải gỡ bằng tay và khâu tăng cường môm cắt bằng nội soi. Đinh Quang Tâm và cộng sự (2012), gồm 132 bệnh nhân PTNS điều trị ung thư trực tràng cách bờ hậu môn từ 5cm trở lên thì không gặp phải tai biến trong mổ^{4,9}.

Những biến chứng hay gặp trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng là: Xì rò miệng nối, chảy máu trong ổ phúc mạc, tắc ruột sớm sau mổ, chảy máu miệng nối... Trong đó biến chứng hay gặp nhất là xì rò miệng nối, là mối quan tâm lớn nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng xì rò miệng nối có 2 trường hợp tỷ lệ 6,2% và được điều trị nội khoa bảo tồn thành công. Có 4 trường hợp nhiễm trùng vết mổ tỷ lệ 12,5% được điều trị nội khoa, chăm sóc thay băng vết mổ. Cả 2 biến chứng khi phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo đều là độ I. Không có trường hợp nào phải mổ lại và không có tử vong sau mổ thấp hơn khá nhiều khi so sánh với nghiên cứu của Đinh Quang Tâm: Nhiễm trùng vết mổ 28,8%, rò miệng nối 9,1% tuy nhiên lại cao hơn so với các nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng: Nhiễm trùng vết mổ 6,5%, rò miệng nối 4,8%, Nguyễn Hoàng Bắc: Nhiễm trùng vết mổ 1,9%; rò miệng nối 11,3%^{3,6,4}.

Về mô bệnh học sau mổ: Thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất 50,0%, thể loét sùi chiếm 43,8%; polype thoái hóa ác tính chiếm 3,1%. Về vi thể 100% là ung thư biểu mô tuyến. Trong bệnh lý ung thư nói chung và ung thư trực tràng nói riêng thì tế bào biệt hóa kém có tiên lượng xấu nhất vì mức độ xâm lấn và di căn nhanh trong loại tế bào này. Nghiên cứu của chúng tôi biệt hóa vừa là 96,9%, tế bào biệt hóa kém chỉ có 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 3,1%. Theo tác giả Trần Minh Đức, PTNS 100 bệnh nhân ung thư trực tràng có tỷ lệ UTBM tuyến là 100%, Đinh Quang Tâm, kết quả ghi nhận: UTBM tuyến biệt hóa tốt (26,5%), vừa (65,9%) và kém (6,8%), carcinome tế bào nhẵn là 0,8%^{6,9}.

Ung thư giai đoạn I chiếm tỷ lệ cao nhất (43,7%); giai đoạn II (18,8%) và giai đoạn III (34,4%), giai đoạn IV là 3,1%. Như vậy đa số nhóm

bệnh nhân của chúng tôi là ở giai đoạn (I, II, III), đối với bệnh nhân giai đoạn II, III, IV sau mổ triệt căn về mặt ung thư bệnh nhân được điều trị hóa xạ trị phối hợp khi u ở giai đoạn u xâm lấn T3, T4 hoặc hạch di căn N1, N2. Do đó khi mổ cho những bệnh nhân ở giai đoạn càng sớm thì tiên lượng về tỷ lệ tái phát và tỷ lệ sống thêm sau mổ cao hơn so với u ở giai đoạn tiến triển. Tỷ lệ phân bố này của chúng tôi có sự khác biệt khá lớn khi so sánh với kết quả của Đinh Quang Tâm tuy nhiên lại khá tương đồng với một số tác giả nước ngoài như Zihai Ding, Park EJ^{11,12}.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt đại trực tràng điều trị ung thư biểu mô trực tràng tại tuyến tỉnh khả thi, an toàn, biến chứng chấp nhận được, kết quả sớm khả quan. Trong 32 trường hợp nghiên cứu của chúng tôi, thời gian theo dõi còn ngắn, nên chưa phát hiện tỷ lệ tái phát sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. The International Agency for Research on Cancer (IARC) (2025) *704-viet-nam-fact-sheet.pdf*. Accessed August 20, 2025. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/fact-sheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf>.
2. Bộ Y tế (2018) *Quyết định 2549/QĐ-BYT 2018 tài liệu Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư đại trực tràng*. Thư viện pháp luật. June 1, 2018. Accessed August 20, 2025.
3. Trần Ngọc Dũng (2014) *Đánh giá kết quả sớm của phương pháp phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng*. Y học Thực hành số 2, tr. 35-38.
4. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh, Nguyễn Quốc Thái (2010) *Tai biến và biến chứng phẫu thuật nội soi cắt nối máy điều trị ung thư trực tràng*. Y học TP. Hồ Chí Minh, 14(1), tr. 119-123.
5. Mai Đình Diệu (2014) *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng*. Luận án tiến sĩ y học.

6. Trần Minh Đức, Nguyễn Cao Cương (2014) *Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt trước thấp nối máy trong điều trị ung thư trực tràng*. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 18 (1), tr. 62-69.
7. Lê Quốc Tuấn (2020) *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy trong điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp*. Luận án Tiến sĩ y học.
8. Indar A, Efron J (2009) *Laparoscopic Surgery for Rectal Cancer*. Perm J 13(1): 47-52. doi:10.7812/tpp/08-058.
9. Đinh Quang Tâm, Trần Thiện Hòa (2012) *Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng, cách bờ hậu môn từ 5cm trở lên*. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh 16 (1), tr. 161-167.
10. Wu WX, Sun YM, Hua YB, Shen LZ (2004) *Laparoscopic versus conventional open resection of rectal carcinoma: A clinical comparative study*. World J Gastroenterol 10(8): 1167-1170. doi:10.3748/wjg.v10.i8.1167.
11. Kim YS, Kim MJ, Park SC et al (2016) *Robotic Versus Laparoscopic Surgery for Rectal Cancer after Preoperative Chemoradiotherapy: Case-Matched Study of Short-Term Outcomes*. Cancer Res Treat 48(1):225-231. doi:10.4143/crt.2014.365.
12. Park EJ, Baik SH, Kang J, Hur H, Min BS, Lee KY, Kim NK (2016) *The Impact of Postoperative Complications on Long-term Oncologic Outcomes After Laparoscopic Low Anterior Resection for Rectal Cancer*. Medicine (Baltimore) 95(14): 3271. doi: 10.1097/MD.00000000000003271. PMID: 27057884; PMCID: PMC4998800.