

KẾT QUẢ NẠO VẾT HẠCH TRONG PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2015 -2022

Quách Văn Kiên^{1,2}, Đào Trường Minh^{1,3}, Nguyễn Thanh Thuý⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả nạo vét hạch trong phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư biểu mô đại tràng và xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến nạo vét hạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu (NC) hồi cứu mô tả 409 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến đại tràng và phẫu thuật triệt căn tại khoa Phẫu thuật tiêu hóa – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2015 – 2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $61,48 \pm 13,50$, nhóm tuổi thường gặp là ≥ 65 tuổi (61,6%), 56,5% là nam giới, tỷ lệ nam/nữ: 1,3; vị trí u đại tràng trái (61,6%) thường gặp hơn đại tràng phải (38,4%), u chủ yếu ở giai đoạn T3-T4 (88,8%). Số hạch nạo vét trung bình là $14,64 \pm 8,75$; số hạch di căn trung bình là $1,13 \pm 2,26$; tỷ lệ di căn hạch là 40,1% (N1: 29,1%, N2: 11%), có 58,9% bệnh nhân có số lượng hạch nạo vét đầy đủ (≥ 12 hạch). Việc nạo vét hạch đầy đủ có liên quan đến tuổi < 65 , vị trí khối u bên phải, kích thước ≥ 5 cm, mức độ xâm lấn thành T3 – T4, giai đoạn TNM II – III. Thời gian sống thêm 5 năm ước tính là 72,1%, tổng số hạch nạo vét < 9 liên quan đến thời gian sống thêm thấp hơn. **Kết luận:** Tình trạng hạch bạch huyết là yếu tố tiên lượng quan trọng trong ung thư đại tràng giai đoạn I–III. Việc nạo vét hạch đầy đủ không chỉ hỗ trợ phân giai đoạn chính xác mà còn liên quan đến thời gian sống còn của bệnh nhân. Nghiên cứu cho thấy việc nạo vét dưới 9 hạch có thể làm giảm tỷ lệ sống thêm 5 năm. Do đó, cần nạo vét và kiểm tra càng nhiều hạch càng tốt. Vị trí khối u ở đại tràng phải và kích thước khối u ≥ 5 cm là hai yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến khả năng nạo vét ≥ 12 hạch. **Từ khóa:** Ung thư đại tràng, nạo vét hạch, phẫu thuật triệt căn

SUMMARY

OUTCOMES OF LYMPH NODE DISSECTION IN CURATIVE SURGERY FOR COLORECTAL ADENOCARCINOMA AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL (2015–2022)

Objective: To evaluate the outcomes of lymph node dissection in curative surgery for colon adenocarcinoma and identify factors influencing adequate lymph node retrieval. **Subjects and**

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 409 patients diagnosed with colon adenocarcinoma who underwent curative surgery at the Department of Gastrointestinal Surgery, Viet Duc University Hospital, from 2015 to 2022. **Results:** The mean age was 61.48 ± 13.50 years, with the majority aged ≥ 65 years (61.6%). Male patients accounted for 56.5% (male-to-female ratio: 1.3). Left-sided colon tumors were more prevalent (61.6%) compared to right-sided tumors (38.4%). Most tumors were at the T3–T4 stage (88.8%). The mean number of lymph nodes retrieved was 14.64 ± 8.75 , with a mean of 1.13 ± 2.26 metastatic nodes. Lymph node metastasis was observed in 40.1% of patients (N1: 29.1%, N2: 11%). Adequate lymphadenectomy, defined as retrieval of ≥ 12 lymph nodes, was achieved in 58.9% of cases. Adequate dissection was significantly associated with age < 65 years, right-sided tumors, tumor size ≥ 5 cm, invasion depth T3–T4, and TNM stage II–III. The estimated 5-year overall survival rate was 72.1%. Patients with fewer than 9 lymph nodes retrieved had significantly lower survival ($p = 0.005$). **Conclusion:** Lymph node status is a critical prognostic factor in stage I–III colon cancer. Adequate lymphadenectomy not only ensures accurate staging but is also associated with improved survival. Harvesting fewer than 9 lymph nodes may reduce the 5-year survival rate. Therefore, maximal lymph node retrieval and pathological assessment should be encouraged. Right-sided tumor location and tumor size ≥ 5 cm were identified as independent predictors of adequate lymph node dissection (≥ 12 nodes).

Keywords: colon cancer, lymph node dissection, curative surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (UTĐT) là một trong những ung thư thường gặp của đường tiêu hóa. Theo thống kê của GLOBOCAN 2022 trên thế giới mỗi năm có khoảng 1.142.286 ca mới mắc và 538.167 ca tử vong do ung thư đại tràng, đứng hàng thứ 5 trên thế giới.¹

Điều trị ung thư đại tràng là điều trị đa mô thức, tùy thuộc vào giai đoạn bệnh khi được phát hiện như: phẫu thuật, hóa trị, miễn dịch, điều trị đích..., trong đó phẫu thuật triệt căn đóng vai trò quan trọng nhất. Nguyên tắc căn bản trong phẫu thuật triệt căn là đảm bảo cắt rộng rãi khối u và nạo vét hạch. Việc nạo vét hạch nhằm xác định tình trạng hạch bạch huyết, từ đó phân loại chính xác giai đoạn bệnh giúp cho tiên lượng cũng như chỉ định điều trị bổ trợ sau mổ. Hiện nay Hệ thống phân loại TNM là công cụ phổ biến nhất để đánh giá và phân giai

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đa khoa Nam Định

⁴Trường Đại học Sư phạm Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Quách Văn Kiên

Email: drqvkien@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025

đoạn bệnh. Trong đó, thành phần N thể hiện số lượng hạch bạch huyết di căn. Theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) và Mạng lưới quản lý toàn diện Ung thư Quốc gia Hoa Kỳ (NCCN) ² để việc phân loại này chính xác cần phải thu được tối thiểu 12 hạch. Việc đánh giá dưới con số này có thể dẫn đến chẩn đoán sai giai đoạn và ảnh hưởng đến quyết định điều trị hỗ trợ.

Số lượng hạch nạo vét phụ thuộc vào nhiều yếu tố như các đặc điểm riêng của bệnh nhân và khối u, cũng như mức độ phẫu thuật, kỹ thuật phẫu tích bệnh phẩm của bác sĩ giải phẫu bệnh. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về những vấn đề này. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả nạo vét hạch trong phẫu thuật triệt căn ung thư đại tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2015 – 2022 và xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến việc nạo vét hạch đầy đủ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 409 bệnh nhân ung thư biểu mô đại tràng được phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật tiêu hóa – Bệnh viện Việt Đức trong thời gian 1/2015 – 12/2022.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô đại tràng dựa vào nội soi đại trực tràng ống mềm kèm sinh thiết và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

- Tại thời điểm chẩn đoán trước mổ cũng như sau mổ, người bệnh được xác định chưa có di căn xa.

- Người bệnh được phẫu thuật triệt căn cắt đại tràng, nạo vét hạch tại khoa Phẫu thuật tiêu hóa – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án về các chỉ tiêu nghiên cứu và thông tin sau mổ.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh được chẩn đoán ung thư đại tràng tái phát hoặc di căn xa hoặc ung thư từ nơi khác di căn đến đại tràng.

- Người bệnh có tiền sử mắc hoặc mắc mới bệnh ung thư khác trong quá trình theo dõi.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu với các thông số dựa trên hồ sơ bệnh án lưu tại phòng lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Các thông số nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới tính, vị trí khối u (đại tràng phải, đại tràng trái), kích thước u (<5cm và ≥ 5cm), số lượng hạch nạo vét chia thành 2 nhóm (nạo vét hạch đầy đủ (≥ 12 hạch) và nạo vét hạch không đầy đủ (< 12 hạch)), số lượng hạch di căn, pN (N0, N1, N2), mức độ xâm lấn u (< T2, T3-4), phân loại TNM (giai đoạn I, II, III).

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 409 bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn I – III đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình	61,48 ± 13,50	
Nhóm tuổi	< 65	157 38,4
	≥ 65	252 61,6
Giới tính	Nam	231 56,5
	Nữ	178 43,5
Vị trí u	Đại tràng phải	157 38,4
	Đại tràng trái, sigma	252 61,6
Kích thước u	< 5cm	164 40,1
	≥ 5cm	245 59,9
Mức độ xâm lấn u	T1 – T2	46 11,2
	T3 – T4	363 88,8
pN	N0	245 59,9
	N1	119 29,1
	N2	45 11,0
TNM	I	41 10,0
	II	204 49,9
	III	164 40,1

Nhận xét: Tuổi trung bình: 61,48 ± 13,50; tỷ lệ nam/ nữ = 1,3/1; đại tràng trái chiếm đa số (61,6%); đa số khối u ở giai đoạn T3-T4 (88,8%), kích thước ≥ 5cm (59,9%), tỷ lệ di căn hạch là 40,1%.

3.2. Kết quả nạo vét hạch

Bảng 2. Số lượng hạch nạo vét và số hạch di căn theo vị trí u

Vị trí u	Số BN	Số lượng hạch nạo vét (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	Số lượng hạch di căn (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)
Đại tràng phải	157	17,43 ± 10,40	1,22 ± 2,44
Đại tràng trái	252	12,90 ± 7,03	1,07 ± 2,14
Tổng	409	14,64 ± 8,75	1,13 ± 2,26
p		0,000	0,459

Nhận xét: số lượng hạch nạo vét trung bình ở đại tràng phải cao hơn đại tràng trái nhưng số lượng hạch di căn trung bình ở đại tràng phải và đại tràng trái không có sự khác biệt (p = 0,459 > 0,05).

Bảng 3. Số lượng hạch nạo vét theo hình thức và tính chất mô

Hình thức và tính chất mô	Số lượng hạch nạo vét		p
	≥ 12 hạch n (%)	< 12 hạch n (%)	

PTNS	128 (56,4)	99 (43,6)	0,244
PT mở	113 (62,1)	69 (37,9)	
Mổ cấp cứu	13 (54,2)	11 (45,8)	0,625
Mổ phiên	228(59,2)	157 (40,8)	
Tổng	241 (58,9)	168 (41,1)	

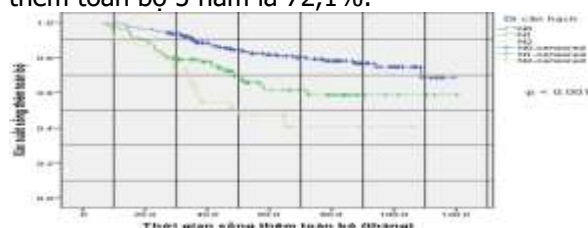
Nhận xét: Có 241 bệnh nhân (chiếm 58,9%) có số lượng hạch nạo vét ≥ 12 , tỷ lệ nạo vét hạch đầy đủ (≥ 12 hạch) giữa PTNS và phẫu thuật mở, giữa mổ cấp cứu và mổ phiên là như nhau ($p > 0,005$).

Bảng 4. Các yếu tố ảnh hưởng đến việc nạo vét hạch đầy đủ

Biến số	OR thô (CI95%)	p	OR đa biến (CI95%)	p
Tuổi	≥ 65	1		
	< 65	1,97 (1,30 – 2,99)	0,001	
Vị trí u	ĐT trái	1	1	
	ĐT phải	2,37 (1,55 – 3,63)	0,000	2,21 (1,26 – 3,87) 0,005
Kích thước u	$< 5\text{cm}$	1		
	$\geq 5\text{cm}$	2,60 (1,73 – 3,92)	0,000	2,49 (1,46 – 4,26) 0,001
pT	$< \text{T2}$	1		
	T3-4	2,48 (1,32 – 4,65)	0,004	
TNM	0 - I	1		
	II	2,33 (1,17 – 4,62)	0,014	
	III	2,64 (1,31 – 5,33)	0,006	

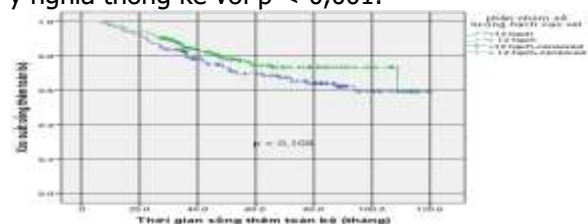
Nhận xét: Những bệnh nhân có ≥ 12 hạch được kiểm tra có xu hướng trẻ tuổi hơn, kích thước u lớn hơn, khối u ở giai đoạn T3 – T4 và vị trí khối u ở bên phải. Khi phân tích đa biến thì vị trí khối u và kích thước u là yếu tố tiên lượng độc lập đối với việc nạo vét từ 12 hạch trở lên.

3.3. Kết quả xa. Có 367/409 bệnh nhân có đủ thông tin theo dõi được đưa vào nghiên cứu thời gian sống còn. Thời gian theo dõi trung bình là $56,6 \pm 28,03$ tháng, ngắn nhất là 7 tháng, dài nhất 120 tháng. Trong thời gian theo dõi có 96 trường hợp tử vong (26,2%). Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $93,08 \pm 2,35$ tháng, khoảng tin cậy 95 %: 88,47 – 97,70. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 72,1%.



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ theo pN

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ 5 năm ước tính giảm dần theo giai đoạn pN: N0: 80,8%, N1: 59,4%, N2: 43,0%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm toàn bộ

theo số lượng hạch nạo vét

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm của nhóm < 12 hạch là 68,6%, trong khi của nhóm có từ 12 hạch trở lên được kiểm tra là 73,5%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Yếu tố tiên lượng quan trọng nhất trong ung thư đại tràng là tình trạng hạch, di căn hạch là yếu tố chính dự đoán khả năng sống sót của bệnh nhân UTĐT cũng như quyết định điều trị hóa chất bổ trợ. Tỷ lệ sống sót sau 5 năm là trên 75% ở những bệnh nhân không có di căn hạch nhưng giảm xuống dưới 30% ở những bệnh nhân có di căn hạch.³ Do đó việc nạo vét hạch và kiểm tra đủ số lượng hạch bạch huyết là rất quan trọng để phân loại chính xác tình trạng hạch, nhưng vẫn chưa có sự thống nhất về số lượng hạch tối thiểu cần nạo vét để được coi là đủ. Trong các nghiên cứu được Chang và cộng sự⁴ xem xét, số lượng hạch bạch huyết được khuyến cáo dao động từ 6 đến 40. Các hướng dẫn thực hành lâm sàng hiện nay đều thống nhất cần kiểm tra tối thiểu 12 hạch để đánh giá chính xác tình trạng di căn hạch. Goldstein⁵ và cộng sự phát hiện ra rằng số lượng bệnh nhân di căn hạch tiếp tục tăng cho đến khi 17-20 hạch được kiểm tra, dẫn đến kết luận rằng cần phân tích tối thiểu 17 hạch. Wong⁶ phát hiện ra rằng cần kiểm tra ít nhất 14 hạch. Le Voyer đề xuất ở những bệnh nhân không có di căn hạch cần lấy tối thiểu 20 hạch.³ Trong nghiên cứu của chúng tôi số hạch nạo vét trung bình là $14,64 \pm 8,75$ (2- 57 hạch, trung vị là 13) hoàn toàn phù hợp với các khuyến cáo. Đại tràng phải có số lượng hạch trung bình cao hơn bên trái (17,43 so với

12,90 với $p < 0,001$). Tỷ lệ di căn hạch là 40,1% (N1: 29,1%, N2: 11%) với số hạch di căn trung bình là $1,13 \pm 2,26$ (0 – 17 hạch). Số lượng hạch di căn trung bình trong nhóm ≥ 12 hạch cao hơn đáng kể so với nhóm < 12 hạch được kiểm tra (sự khác biệt gần có ý nghĩa thống kê với $p = 0,059$).

Số lượng hạch được thu hoạch tăng lên làm tăng tỷ lệ phát hiện hạch di căn. Nhiều nghiên cứu cho thấy mối liên hệ giữa số lượng hạch bạch huyết cao và hạch di căn. Goldstein⁷ nghiên cứu trên 2427 bệnh nhân UTĐT pT3 và thấy rằng tỷ lệ di căn hạch là 15,2% trong nhóm có ít hơn 12 hạch đã tăng lên 79,2% trong nhóm có từ 12 hạch trở lên. Với mỗi hạch được nạo vét thêm, khả năng phát hiện di căn hạch bạch huyết tăng lên 1,2 lần ($p < 0,01$). Nghiên cứu của Frasson⁸ và cộng sự nhận thấy khi nạo vét trên 12 hạch, khả năng tìm thấy hạch di căn cao hơn so với nhóm dưới 12 hạch (số hạch di căn trung bình là 3,89 so với 1,29, $p = 0,001$). Một phân tích thứ cấp ở thử nghiệm INT – 0089 của 3561 bệnh nhân ung thư giai đoạn II và III cũng xác nhận điều này.³ Tuy nhiên, một nghiên cứu dựa trên dân số ở Ontario, Canada với 960 bệnh nhân lại cho thấy điều ngược lại, tác giả nhận thấy rằng số lượng hạch bạch huyết cao hơn không tương quan với tỷ lệ tình trạng hạch di căn tăng lên.⁹ Baxter và cộng sự đã chứng minh rằng ở những bệnh nhân ung thư đại tràng pT3 (11.044 bệnh nhân), những người kiểm tra 7 hạch có khả năng phát hiện di căn hạch bằng với những người kiểm tra 30 hạch. Ngoài ra họ còn phát hiện những bệnh nhân có số lượng hạch bạch huyết cao (> 18) có khả năng phát hiện hạch di căn thấp hơn những bệnh nhân có số lượng hạch từ 12 – 17 hạch.^{9 10}

Việc nạo vét hạch đầy đủ là quan trọng để phân loại UTĐT đúng và đã được chứng minh là có liên quan đến sự sống còn của bệnh nhân. Tuy nhiên rất khó để đạt được 100% nạo vét trên 12 hạch. Theo một nghiên cứu đa trung tâm của Kanemitsu và cộng sự, chỉ có 50% – 81,8% bệnh nhân được kiểm tra hạch đầy đủ. Trong nghiên cứu này chỉ có 58,9% được kiểm tra đủ số lượng hạch bạch huyết. Việc nạo vét hạch đầy đủ phụ thuộc vào nhiều yếu tố: trình độ bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ giải phẫu bệnh và các đặc điểm riêng của bệnh nhân. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy việc nạo vét ≥ 12 hạch có liên quan đến tuổi (< 65 tuổi), vị trí u ở đại tràng phải, kích thước khối u ≥ 5 cm, mức độ xâm lấn thành T3 – T4 và giai đoạn TNM II-III ($p < 0,01$). Khi phân tích hồi quy Logistic đa biến, chỉ có vị trí khối u đại tràng phải (OR: 2,21;

95% CI: 1,26 – 3,87; $p = 0,005$) và kích thước u trên 5cm (OR: 2,49; 95% CI: 1,46 – 4,26; $p = 0,001$) là các yếu tố có ảnh hưởng nhất đến việc nạo vét hạch đầy đủ.

Có 367 bệnh nhân có đủ thông tin theo dõi được đưa vào nghiên cứu thời gian sống còn, thời gian theo dõi trung bình $56,6 \pm 28,03$ tháng, có 96 trường hợp tử vong chiếm 26,2%. Thời gian sống thêm trung bình ước tính là 93,08 tháng. Thời gian sống 5 năm ước tính phân loại theo pN (N0, N1, N2) lần lượt là 80,8%; 59,4%; 43,0% ($p < 0,001$). Thời gian sống thêm 5 năm của nhóm nạo vét ≥ 12 hạch cao hơn nhóm < 12 hạch, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Do đó chúng tôi thử chọn điểm cut – off của số lượng hạch nạo vét là 9 thì thời gian sống thêm 5 năm của nhóm có từ 9 hạch trở lên cao hơn nhóm dưới 9 hạch (75,3% so với 63,8%, $p = 0,005$). Kết quả này giống với nghiên cứu của Luke Bui (n = 960), tỷ lệ sống thêm cải thiện khi ≥ 10 hạch được nạo vét.⁹ Nhiều nghiên cứu đã chứng minh khả năng sống thêm được cải thiện ở những bệnh nhân ung thư đại tràng có số lượng hạch nạo vét cao hơn. Goldstein⁷, Lykke và cộng sự nhận thấy mối liên hệ giữa việc đánh giá số lượng hạch bạch huyết đủ (≥ 12 hạch) và khả năng sống sót được cải thiện. Le Voyer³ cho rằng số lượng hạch nạo vét là một biến số quan trọng ảnh hưởng đến thời gian sống còn ở bệnh nhân UTĐT cả khi có di căn hay không di căn hạch. Một nghiên cứu tổng quan của Chang và cộng sự⁴ đã xem xét liệu số lượng hạch bạch huyết được nạo vét có liên quan đến sự sống còn hay không, 16/17 nghiên cứu bao gồm tổng cộng 61.371 bệnh nhân đã chỉ ra mối liên hệ tích cực giữa số lượng hạch bạch huyết được kiểm tra và sự sống còn ở bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II và III. Mặc dù vậy thì cơ chế tác động của số lượng hạch đến thời gian sống còn vẫn chưa rõ ràng. Do đó cần phải nạo vét càng nhiều hạch càng tốt.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng hạch bạch huyết là yếu tố tiên lượng quan trọng trong ung thư đại tràng giai đoạn I–III. Việc nạo vét hạch đầy đủ không chỉ hỗ trợ phân giai đoạn chính xác mà còn liên quan đến thời gian sống còn của bệnh nhân. Nghiên cứu cho thấy việc nạo vét dưới 9 hạch có thể làm giảm tỷ lệ sống thêm 5 năm. Do đó, cần nạo vét và kiểm tra càng nhiều hạch càng tốt. Vị trí khối u ở đại tràng phải và kích thước khối u ≥ 5 cm là hai yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến khả năng nạo vét ≥ 12 hạch. Kết quả này có thể hỗ trợ định hướng cải tiến kỹ thuật phẫu

thuật và kiểm tra bệnh phẩm tại cơ sở điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-263.
2. **Weiser MR.** AJCC 8th Edition: Colorectal Cancer. *Ann Surg Oncol.* 2018;25(6):1454-1455.
3. **Voyer TE, Sigurdson ER, Hanlon AL.** Colon cancer survival is associated with increasing number of lymph nodes analyzed: a secondary survey of intergroup trial INT-0089. *J Clin Oncol.* 2003;21.
4. **Chang GJ, Rodriguez-Bigas MA, Skibber JM, Moyer VA.** Lymph node evaluation and survival after curative resection of colon cancer: systematic review. *J Natl Cancer Inst.* 2007;99(6):433-441.
5. **Goldstein NS, Sanford W, Coffey M, Layfield LJ.** Lymph node recovery from colorectal resection specimens removed for adenocarcinoma. Trends over time and a recommendation for a minimum number of lymph nodes to be recovered. *Am J Clin Pathol.* 1996;106(2):209-216.
6. **Wong SL.** Lymph node counts and survival rates after resection for colon and rectal cancer. *Gastrointest Cancer Res GCR.* 2009;3(2 Suppl):S33-35.
7. **Goldstein NS.** Lymph node recoveries from 2427 pT3 colorectal resection specimens spanning 45 years: recommendations for a minimum number of recovered lymph nodes based on predictive probabilities. *Am J Surg Pathol.* 2002;26(2):179-189.
8. **Frasson MZ, Kock KS, Monteiro LF, Romagna JV.** Number of lymph nodes dissected in colorectal cancer and probability of positive nodes, angiolymphatic/perineural invasion, and intracellular mucin in a referral service. *J Coloproctology.* 2021;36:220-226.
9. **Bui L, Rempel E, Reeson D, Simunovic M.** Lymph node counts, rates of positive lymph nodes, and patient survival for colon cancer surgery in Ontario, Canada: a population-based study. *J Surg Oncol.* 2006;93(6):439-445.
10. **Baxter NN, Ricciardi R, Simunovic M, Urbach DR, Virnig BA.** An evaluation of the relationship between lymph node number and staging in pT3 colon cancer using population-based data. *Dis Colon Rectum.* 2010;53(1):65-70.

PHẪU THUẬT THAY TOÀN BỘ QUAI ĐỘNG MẠCH CHỦ BẰNG DỤNG CỤ THORAFLEX TRONG ĐIỀU TRỊ LÓC ĐỘNG MẠCH CHỦ

Nguyễn Thành Luân¹, Lê Tuấn Vũ¹, Trương Đình Đức Anh¹,
Nguyễn Thị Thắm¹, Nguyễn Đoàn Ngọc Bách¹, Lê Tất Cường¹,
Nguyễn Văn Bảo¹, Trịnh Trần Vỹ¹, Trương Hoài Bảo¹, Nguyễn Thái An¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả phẫu thuật thay toàn bộ quai động mạch chủ (ĐMC) bằng dụng cụ thoraflex điều trị lóc ĐMC tại BV Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca. **Kết quả:** Từ 9/2021 đến 6/2025 có 44 bệnh nhân (BN) lóc ĐMC được phẫu thuật thay quai ĐMC bằng dụng cụ Thoraflex. 72,7% lóc ĐMC type A, 27,3% lóc ĐMC type B. 6,8% có kèm PT Tirone David, 6,8% CABG. Thời gian: kẹp ĐMC 121,80±40,03 phút, ngưng tuần hoàn 42,51±12,62 phút, phẫu thuật trung bình 6, giờ. 4,5% đột quỵ mới, 6,8% tổn thương tủy, 11,4% suy thận cần chạy thận sau mổ, 4,5% tử vong. Vị trí đầu xa stent graft 93,2% từ T8 trở lên, 97,7% đoạn A huyết khối toàn bộ, 72,7% đoạn B huyết khối bán phần, 86,4% đoạn C không huyết khối. 100% tái cấu trúc ĐMC dương tính trên CTScan. **Kết luận:** PT thay toàn bộ quai ĐMC bằng dụng cụ Thoraflex điều trị lóc ĐMC tại BV Chợ Rẫy cho thấy an toàn với 4,5% tử vong và hiệu

quả với 100% tái cấu trúc ĐMC thuận lợi sau PT.

Từ khóa: Thay quai ĐMC, Thoraflex, lóc ĐMC, vòi voi đồng cứng

SUMMARY

TOTAL AORTIC ARCH REPLACEMENT USING THORAFLEX DEVICES IN THE TREATMENT OF AORTIC DISSECTION

Objective: To evaluate the clinical characteristics, imaging diagnostics, and surgical outcomes of total aortic arch replacement using Thoraflex devices for the treatment of aortic dissection at Chợ Rẫy Hospital. **Methods:** A retrospective case series. **Results:** From September 2021 to June 2025, 44 patients with aortic dissection underwent aortic arch replacement using Thoraflex devices. 72,7% Stanford type A and 27,3% Stanford type B aortic dissection. Concomitant procedures included 6,8% with Tirone David operation and 6,8% with CABG. The average aortic cross-clamp time was 121.8 ± 40.03 minutes, Circulation arrest time was 42.51 ± 12.62 minutes, and operative time was 6.1 hours. Postoperative complications included new stroke (4,5%), spinal cord injury (6,8%), renal failure requiring dialysis (11,4%), and mortality (4,5%). The distal end of the stent graft was positioned at or above T8 in 93,2%, with complete thrombosis in segment A (97,7%), partial thrombosis in segment B (72,7%), and no thrombosis in segment C (86,4%).

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Luân

Email: tluan.yak36@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.7.2025

Ngày duyệt bài: 29.8.2025