

8. **Hussen MS, Tekle Y, Ibrahim AF, et al.** Etiology, clinical profile, management and outcome of acute pancreatitis at public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: A prospective observational study. *Ann Med Surg.* 2024; 86(5): 2494-2502. Doi:10.1097/MS9- 0000000000001967.
9. **Gao W., Yang H.X., Ma C.E.** (2015). The value of BISAP score for predicting mortality and severity in acute pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 10(6):e0130412.
10. **Bùi Thị Minh Phương** (2024). Mối liên quan giữa tăng triglycerid máu với mức độ nặng theo Atlanta sửa đổi và tình trạng hoại tử tụy theo Balthazar. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;543(3).

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Lương Thị Hương Loan², Nguyễn Trọng Hiếu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 107 bệnh nhân UTĐTT thể ung thư biểu mô tuyến được chẩn đoán dựa vào lâm sàng, nội soi và mô bệnh học qua nội soi sinh thiết, được đánh giá hội chứng chuyển hoá tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 06/2024 – 06/2025. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $55,83 \pm 5,26$ (năm). Tỷ lệ không đưa được ống nội soi qua khối u là 53,3%; nồng độ CEA trung bình là $55,09 \pm 168,34$ ng/ml. Tỷ lệ bệnh nhân có CEA ≤ 5 ng/ml 52,3%. Kích thước khối u trung bình là $36,53 \pm 34,14$ (mm). Trong đó, khối u có kích thước < 20 mm 41,1%. Về giải phẫu bệnh, ung thư biểu mô tuyến là loại mô học chủ yếu, chiếm 94,4%, với chỉ 1 trường hợp là ung thư biểu mô tế bào nhẵn; nhóm độ ác tính thấp (68,2%), độ ác tính cao chiếm 31,8%. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ung thư đại trực tràng chủ yếu ở độ tuổi trung niên, với đặc điểm mô học thường gặp là ung thư biểu mô tuyến và độ ác tính thấp chiếm ưu thế. Tuy nhiên, nhiều trường hợp có khối u lớn hoặc không thể nội soi qua được, cần tăng cường phát hiện sớm và tầm soát định kỳ.

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng, cận lâm sàng, mô bệnh học

SUMMARY

PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF COLORECTAL CANCER PATIENTS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To describe the paraclinical characteristics of patients with colorectal cancer at Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 107 patients diagnosed with colorectal adenocarcinoma based on clinical presentation, endoscopy, and histopathological evaluation through

endoscopic biopsy. The study population was assessed for metabolic syndrome at Thai Nguyen National Hospital from June 2024 to June 2025. **Results:** The mean age was 55.83 ± 5.26 years. The rate of unsuccessful endoscopic intubation due to tumor obstruction was 53.3%. The average carcinoembryonic antigen (CEA) level was 55.09 ± 168.34 ng/mL, with 52.3% of patients having a CEA level ≤ 5 ng/mL. The mean tumor size was 36.53 ± 34.14 mm, with 41.1% of tumors measuring less than 20 mm. Histopathologically, adenocarcinoma accounted for the majority (94.4%), with only one case of signet-ring cell carcinoma. Low-grade malignancy was observed in 68.2% of cases, while high-grade malignancy was present in 31.8%. **Conclusion:** The findings indicate that colorectal cancer predominantly affects middle-aged individuals, with adenocarcinoma being the most common histological subtype and low-grade malignancy prevailing. However, a considerable number of patients presented with large tumors or tumors that impeded endoscopic passage, underscoring the need for enhanced early detection and routine screening efforts. **Keywords:** Colorectal cancer, paraclinical, histopathology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những loại ung thư phổ biến và có tỷ lệ tử vong cao trên toàn cầu [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), UTĐTT đứng hàng thứ ba về mức độ phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng thứ hai, chỉ sau ung thư phổi. Trong khi tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm người cao tuổi có xu hướng giảm nhờ các chương trình tầm soát và sàng lọc định kỳ, thì tỷ lệ mắc UTĐTT ở nhóm người trẻ tuổi hơn lại đang có xu hướng gia tăng đáng báo động tại nhiều quốc gia, bao gồm cả Việt Nam [1]. Tại Việt Nam, theo ghi nhận ung thư quốc gia, mỗi năm có hàng nghìn ca mắc mới và tử vong do UTĐTT [2, 3]. Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, số lượng bệnh nhân UTĐTT đến khám và điều trị có xu hướng tăng, phần lớn được phát hiện ở giai đoạn muộn, khi triệu chứng đã rõ ràng, làm hạn chế hiệu quả điều trị và tiên lượng sống. Trong bối

¹Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Hương Loan

Email: luonghuongloan1976@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

cảnh đó, việc đánh giá đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân UTĐTT có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng. Các xét nghiệm như nội soi đại tràng, đo marker CEA, mô bệnh học sau sinh thiết giúp không chỉ chẩn đoán xác định, mà còn đánh giá mức độ lan rộng của khối u, phân loại mô học và mức độ ác tính, từ đó hỗ trợ lập kế hoạch điều trị phù hợp. Ngoài ra, một số dấu hiệu cận lâm sàng có thể gợi ý giúp phát hiện sớm bệnh ở nhóm bệnh nhân chưa có triệu chứng điển hình. Tuy nhiên, hiện nay còn ít nghiên cứu mô tả hệ thống các đặc điểm này trong thực tế lâm sàng tại tuyến bệnh viện đa khoa khu vực. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *"Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 107 bệnh nhân UTĐTT thể ung thư biểu mô tuyến được chẩn đoán dựa vào lâm sàng, nội soi và mô bệnh học qua nội soi sinh thiết, được đánh giá hội chứng chuyển hoá tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến của đại trực tràng theo phân loại của WHO 2019 [4]; giai đoạn chưa có di căn hạch, di căn xa; đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc các bệnh ung thư khác trước khi được chẩn đoán là ung thư đại trực tràng; được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật, hoá trị, xạ trị; có biến chứng cơ quan đích do tăng huyết áp, đái tháo đường; không có hồ sơ nghiên cứu đầy đủ.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 06/2024 – 06/2025 tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu một tỷ lệ sử dụng độ chính xác tuyệt đối. Theo nghiên cứu của Vaidehi Ulaganathan năm 2018 tại Malaysia $p = 0,707$. d : là khoảng sai lệch cho phép. Chọn $d = 0,1$. Vậy số mẫu tính được: $n = 80$. Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên; có 107 bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Công cụ thu thập số liệu: Thu thập số liệu dựa vào bệnh án nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung: Tuổi, giới; Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng; Xét nghiệm máu: CEA; mô bệnh học; độ ác tính của khối u.

Xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Excel; Sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để phân tích số liệu theo mục tiêu nghiên cứu.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học và Y đức của trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu, tuổi trung bình bệnh nhân $55,83 \pm 5,26$ (năm), tỷ lệ bệnh nhân 45 - 59 tuổi trở lên chiếm đa số 94,4%; nam giới chiếm đa số với tỷ lệ 70,1%.

Bảng 3.1. Tỷ lệ phát hiện u trên cận lâm sàng (n=107)

Phương pháp	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nội soi	107	100,0
CLVT	92	86,0
Siêu âm	0	0,0

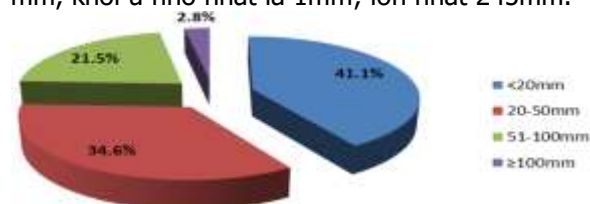
Nhận xét: Không phát hiện được khối u trên siêu âm; tỷ lệ phát hiện u trên CLVT là 86,0%; phát hiện trên nội soi 100,0%.

Bảng 3.2. Nồng độ CEA huyết thanh bệnh nhân u (n=107)

CEA	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
> 5 ng/ml	51	47,7
≤ 5 ng/ml	56	52,3
$X \pm SD$	$55,09 \pm 168,34$	
Min - Max	0,01 - 1033	
25 – 50 - 75	2,23 - 4,60 - 13,1	

Nhận xét: Nồng độ CEA trung bình là $55,09 \pm 168,34$ (ng/ml); tỷ lệ bệnh nhân có CEA ≤ 5 ng/ml chiếm đa số 52,3%

Kích thước khối u trung bình $36,53 \pm 34,14$ (mm); Mức thấp nhất trong tứ phân vị của kích thước khối u là 13,0mm; mức cao nhất là 50,0 mm, khối u nhỏ nhất là 1mm; lớn nhất 245mm.



Biểu đồ 3.1. Phân bố kích thước khối u (n=107)

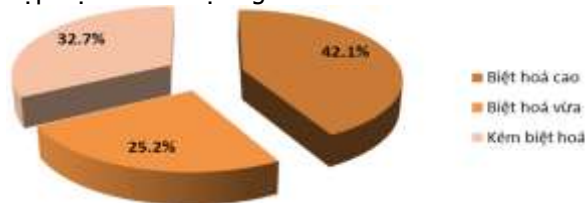
Nhận xét: Kích thước của khối u thường gặp là dưới 20mm chiếm 41,1%; tiếp đến là từ 20 - 50mm chiếm 34,6%; ít gặp là khối u từ 100mm trở lên chiếm 2,8%.

Bảng 3.3. Đặc điểm thể mô bệnh học (n=107)

Thể mô bệnh học	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
UTBM tuyến	101	94,4
UTBM tuyến chế nhày	5	4,7

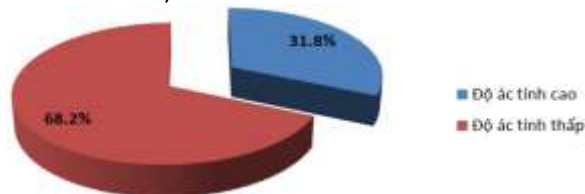
UTBM tế bào nhân	1	0,9
Tổng	107	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, ung thư biểu mô tuyến chiếm đa số 94,4%. Chỉ có 1 trường hợp bệnh nhân bị ung thư biểu mô tế bào nhân.



Biểu đồ 3.2. Phân bố mức độ biệt hoá khối u (n=107)

Nhận xét: Mức độ biệt hoá của khối u chủ yếu là biệt hoá cao 42,1%; ít nhất là kém biệt hoá chiếm 32,7%.



Biểu đồ 3.3. Độ ác tính của ung thư đại trực tràng (n=107)

Nhận xét: Trong nghiên cứu, độ ác tính cao chiếm 31,8%; độ ác tính thấp 68,2%

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, không phát hiện được khối u trên siêu âm; tỷ lệ phát hiện u trên CLVT là 86,0%; phát hiện trên nội soi 100,0%. Nghiên cứu của Trần Đình Phương Trân năm 2025 thấy hình ảnh trên chụp CLVT vùng bụng chậu cũng ghi nhận tỉ lệ vị trí tương tự như nội soi với hệ số Kappa là 0,573 tương ứng với mức độ tương đồng [5]. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các báo cáo y văn hiện nay, tuy nhiên cũng có một số điểm khác biệt nhẹ về tỷ lệ phát hiện qua CLVT, phản ánh rõ vai trò và giới hạn của từng phương pháp chẩn đoán. Về nguyên tắc, siêu âm ổ bụng không phải là phương pháp hiệu quả để phát hiện u đại trực tràng, do cấu trúc đại tràng chứa khí, thành mỏng và dễ bị che khuất bởi hơi trong ruột. Hơn nữa, siêu âm chủ yếu khảo sát được gan, thận, tụy và các tạng đặc, còn đại tràng chỉ được quan sát rõ khi có khối u lớn hoặc lan rộng. Theo nghiên cứu của Aljebreen và cộng sự tỷ lệ phát hiện UTĐTT qua siêu âm chỉ đạt dưới 10%, chủ yếu trong các trường hợp có biến chứng hoặc u lớn lan ra ngoài thành ruột [6]. Do đó, việc không phát hiện được khối u trên siêu âm trong nghiên cứu này là phù hợp và không bất thường. Đối với CLVT, tỷ lệ phát hiện u đạt 86,0% trong nghiên cứu là tương đối cao, tuy

nhiên vẫn thấp hơn so với một số báo cáo quốc tế, nơi con số này có thể dao động từ 90–95% nếu sử dụng kỹ thuật CLVT đa lát cắt với thuốc cản quang. Theo Neri và cộng sự độ nhạy của CLVT trong phát hiện khối u đại trực tràng là 94%, đặc biệt hiệu quả với u ở đại tràng sigma và trực tràng [7]. Sự khác biệt có thể đến từ các yếu tố kỹ thuật như: chất lượng máy CT, khả năng sử dụng cản quang, kinh nghiệm bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, hoặc bệnh nhân không chuẩn bị đại tràng đúng cách (ví dụ: còn phân, khí trong ruột). Ngược lại, nội soi đại tràng vẫn là phương pháp phát hiện UTĐTT hiệu quả và tiêu chuẩn vàng, với độ nhạy và độ đặc hiệu gần như tuyệt đối khi được thực hiện đầy đủ. Việc phát hiện u đạt 100% trong nghiên cứu phù hợp với các nghiên cứu trước, vì đây là phương pháp trực tiếp quan sát niêm mạc, đồng thời có thể sinh thiết xác định mô bệnh học.

Trong nghiên cứu, nồng độ CEA trung bình là $55,09 \pm 168,34$ (ng/ml); tỷ lệ bệnh nhân có $CEA \leq 5$ ng/ml chiếm đa số 52,3%. Nghiên cứu của Trần Đình Phương Trân năm 2025 thấy nồng độ CEA và CA 19 - 9 chỉ ghi nhận tăng cao ở ít hơn 1/2 và 1/5 số bệnh nhân ung thư đại trực tràng [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Cương thấy nồng độ $CEA \leq 5$ ng/ml chiếm 61,6% [8]. Nghiên cứu của Linfang Li năm 2021 thấy nồng độ CEA là 3,28 (1,75 – 9,92) ng/ml. Nghiên cứu của Park năm 2022 tại Hàn Quốc, khoảng 65 – 70% bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn II–IV có CEA tăng > 5 ng/mL tại thời điểm chẩn đoán. Mặc dù CEA là marker phổ biến trong UTĐTT, nhưng nó không tăng ở tất cả các bệnh nhân. Khoảng 30 – 50% bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn sớm có CEA trong giới hạn bình thường. Điều này có thể phản ánh rằng phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu được phát hiện ở giai đoạn sớm hoặc trung bình, khi khối u chưa tiết nhiều CEA vào tuần hoàn. Nồng độ CEA có thể bị tăng ở người hút thuốc lá, viêm đại tràng mạn, bệnh gan, và ngược lại có thể bình thường trong các u tuyến biệt hóa tốt. Nếu CEA được đo sớm khi bệnh chưa tiến triển hoặc sau điều trị hỗ trợ (ví dụ: sau sinh thiết, thực tháo), giá trị có thể thấp hơn thực tế. Ngoài ra, sự biến thiên sinh học của CEA rất lớn, và giá trị trung bình cao kèm độ lệch chuẩn lớn cho thấy có một số ít ca tăng đột biến, kéo giá trị trung bình lên.

Trong nghiên cứu, kích thước khối u trung bình $36,53 \pm 34,14$ (mm). Kích thước dưới 20mm chiếm 41,1%; tiếp đến là từ 20 - 50mm chiếm 34,6%; ít gặp là khối u từ 100mm trở lên chiếm 2,8%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Học và cộng sự năm 2021 kích thước u trung bình là

52,7 ± 28,1 mm, trong đó hơn 60% các khối u có kích thước ≥ 40 mm. Tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Nguyễn Hoàng Phi năm 2019 cũng ghi nhận kích thước u trung bình trên 45 mm, và tỷ lệ u < 20 mm chỉ chiếm khoảng 12%. Nghiên cứu của Falihi Soliman N và cộng sự năm 2022 thấy kích thước trung bình trong các trường hợp ác tính được đánh giá theo ba kích thước dưới 5 cm 67,0%, 5 - 10cm là 29,0% và trên 10 cm chiếm 4,0%. Nếu nghiên cứu được thực hiện ở cơ sở có chương trình tầm soát thường xuyên, hoặc bệnh nhân có yếu tố nguy cơ được theo dõi định kỳ (ví dụ: tiền sử polyp, viêm đại tràng mạn), thì khối u sẽ được phát hiện khi còn nhỏ, chưa xâm lấn nhiều, dẫn đến tỷ lệ u < 20 mm cao. Đặc điểm mô bệnh học biệt hóa tốt hoặc u tuyến: Một số khối u biệt hóa tốt hoặc tổn thương tiền ung thư như u tuyến nghịch sản cao có thể được ghi nhận như ung thư giai đoạn rất sớm (Tis, T1), với kích thước nhỏ, thậm chí chỉ vài mm [4]. Phương pháp đo lường khác biệt: Nếu kích thước u được ghi nhận qua nội soi (kích thước ước lượng trực tiếp) thay vì đo từ mẫu phẫu thuật, thì có thể đánh giá kích thước thấp hơn thực tế, do hình ảnh nội soi không phản ánh hết độ sâu và lan rộng của u.

Trong nghiên cứu, ung thư biểu mô tuyến chiếm đa số 94,4%. Chỉ có 1 trường hợp bệnh nhân bị ung thư biểu mô tế bào nhẵn. Nghiên cứu của Trần Đình Phương Trân năm 2025 về mặt mô bệnh học thấy u carcinoma tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (98,8%), còn lại là ung thư không từ biểu (sarcoma, lymphoid, carcinoid) chiếm 1,2% [5]. Nghiên cứu của Phạm Văn Hùng năm 2022 thấy ung thư biểu mô tuyến NOS, chiếm tỉ lệ nhiều nhất là 90,4%. Chỉ 9,6% là ung thư biểu mô tuyến nhầy. Một nghiên cứu quy mô lớn tại Nhật Bản của Watanabe năm 2018 cũng ghi nhận UTBM tuyến chiếm hơn 95%, trong đó thể biệt hóa vừa là phổ biến nhất. Việc UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao có thể được giải thích hợp lý về mặt sinh lý học và giải phẫu bệnh, bởi vì niêm mạc đại trực tràng chủ yếu được lót bởi biểu mô tuyến, và quá trình ung thư hóa thường bắt nguồn từ sự chuyển sản – nghịch sản – ung thư hóa các tế bào tuyến này, đặc biệt trong bối cảnh viêm mạn, polyp tuyến hoặc yếu tố di truyền. Ngoài ra, các thể mô học khác như u lympho, u carcinoid, sarcoma... hiếm gặp hơn rất nhiều và thường chỉ chiếm dưới 5% tổng số trường hợp.

Trong nghiên cứu, mức độ biệt hóa của khối u chủ yếu là biệt hóa cao 42,1%; ít nhất là kém biệt hóa chiếm 32,7%. Nghiên cứu của Phạm Hiền Đình Nghi năm 2024 thấy độ biệt hóa cao

1,1%; biệt hóa vừa 73,9%; kém 23,9%. Theo nghiên cứu của Đinh Văn Tập năm 2024 cho thấy ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao và vừa chiếm tới 96,1% bệnh nhân. Nghiên cứu của Phạm Văn Hùng năm 2022 thấy tỉ lệ bệnh nhân UTĐTT biệt hóa vừa (cấu trúc tuyến chiếm từ 50 - 95%) là cao nhất (94,8%); 5,2% bệnh nhân ung thư biểu mô kém biệt hóa (cấu trúc tuyến chiếm dưới 50%) và không có bệnh nhân nào ở mức độ biệt hóa cao (cấu trúc tuyến chiếm trên 95%). Nghiên cứu của Falihi Soliman N và cộng sự năm 2022 có 21% trường hợp biệt hóa tốt, 67% biệt hóa vừa và 12% biệt hóa kém. Theo y văn, ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa thường chiếm tỷ lệ cao nhất, từ 50–60%; trong khi biệt hóa cao chiếm khoảng 10 – 25%, và kém biệt hóa chiếm khoảng 10 – 20% trong đa số nghiên cứu. Điều này là do số lượng mẫu không đủ lớn hoặc dân số có đặc điểm riêng biệt (ví dụ, bệnh nhân được tầm soát sớm, hoặc có tỷ lệ polyp chuyển dạng cao), thì tỷ lệ khối u biệt hóa cao có thể cao hơn mức trung bình. Sự khác biệt trong phân loại mô học giữa các trung tâm cũng có thể dẫn đến sai lệch tỷ lệ. Một số bệnh viện có thể xếp các trường hợp "biệt hóa vừa nghiêng về tốt" vào nhóm biệt hóa cao, làm thay đổi cơ cấu tỷ lệ.

Trong nghiên cứu, độ ác tính cao chiếm 31,8%; độ ác tính thấp 68,2% Theo y văn, độ ác tính của UTĐTT thường được đánh giá gián tiếp qua mức độ biệt hóa mô học, mức độ xâm lấn, sự hiện diện của di căn hạch và các yếu tố mô học đặc biệt (như u thể nhầy, vòng nhẵn...). Trong đó, các khối u biệt hóa tốt và vừa (G1, G2) được xem là có độ ác tính thấp đến trung bình, còn kém biệt hóa (G3) hoặc không biệt hóa (G4) được xem là có độ ác tính cao. Nghiên cứu tại Bệnh viện K năm 2021 ghi nhận tỷ lệ độ ác tính cao khoảng 17 – 22%, trong khi nghiên cứu của Watanabe năm 2018 tại Nhật Bản báo cáo độ ác tính cao chiếm khoảng 20 – 25%, phần lớn còn lại là độ ác tính thấp hoặc trung bình. Sự khác biệt này là do sự khác nhau trong tiêu chuẩn phân loại độ ác tính: Nếu nghiên cứu sử dụng hệ tiêu chuẩn đánh giá gộp nhiều yếu tố (như: mức độ biệt hóa, xâm lấn mạch máu, di căn hạch, mô học đặc biệt), thì khả năng ghi nhận độ ác tính cao sẽ nhiều hơn so với chỉ dựa vào mức độ biệt hóa đơn thuần. Tỷ lệ u thể mô học đặc biệt cao hơn: Các thể như ung thư tế bào nhẵn, ung thư nhầy, thể kém biệt hóa thường có tiên lượng xấu và được phân loại là có độ ác tính cao, dù kích thước u có thể nhỏ. Bệnh nhân đến khám ở giai đoạn muộn: Khi u đã xâm nhập lớp thanh mạc, có di căn hạch hoặc tổn

thương mạch máu, dù mô học là biệt hoá vừa thì độ ác tính vẫn được phân loại cao. Điều này phản ánh một phần thực trạng bệnh được phát hiện trễ trong cộng đồng. Khác biệt về đặc điểm dân số học, di truyền: Một số nghiên cứu cho rằng đột biến gen liên quan đến UTĐTT ở người châu Á có xu hướng liên quan đến thể mô học tiến triển nhanh, đặc biệt trong các quần thể chưa được tầm soát sớm

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ung thư đại trực tràng chủ yếu ở độ tuổi trung niên, với đặc điểm mô học thường gặp là ung thư biểu mô tuyến và độ ác tính thấp chiếm ưu thế. Tuy nhiên, nhiều trường hợp có khối u lớn hoặc không thể nội soi qua được, cần tăng cường phát hiện sớm và tầm soát định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. R. L. Siegel, K. D. Miller, and A. Jemal, "Cancer statistics, 2020," (in vi), CA: a cancer journal for clinicians, vol. 68, no. 1, pp. 7-30, 2020.

2. GLOBOCAN (2012), <http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx>, 2012.
3. Nguyễn Bá Dzức, Bùi Diệu, and T. V. Thuấn, "Tình hình mắc ung thư tại Việt Nam qua số liệu 6 vùng ghi nhận giai đoạn 2004-2008," Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 1, 73-80., 2010.
4. I. D. Nagtegaal et al., "The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system," Histopathology, vol. 76, no. 2, p. 182, 2020.
5. T. Đ. P. Trần et al., "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại khoa Ngoại tiêu hóa-Bệnh viện Chợ Rẫy," (in vi), 2025.
6. A. M. Aljebreen et al., "The accuracy of multi-detector row computerized tomography in staging rectal cancer compared to endoscopic ultrasound," (in eng), J Saudi Journal of Gastroenterology, vol. 19, no. 3, pp. 108-112, 2013.
7. E. Neri et al., "Colorectal cancer: role of CT colonography in preoperative evaluation after incomplete colonoscopy," (in eng), J Radiology, vol. 223, no. 3, pp. 615-619, 2002.
8. N. T. Cường, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mối liên quan giữa tình trạng nhiễm một số chủng vi khuẩn đường tiêu hóa với ung thư đại trực tràng," (in vi), Tạp chí Khoa học tiêu hóa Việt Nam, vol. 12, no. 77, %04/%24 2025.

KHẢO SÁT HÌNH THÁI VÀ CHỨC NĂNG NHĨ TRÁI BẰNG SIÊU ÂM TIM Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI TRƯỚC VÀ SAU GHEP THẬN

Trần Đức Hùng¹, Trần Tuấn Anh², Phạm Vũ Thu Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự biến đổi hình thái và chức năng nhĩ trái bằng siêu âm tim ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối trước và sau ghép thận. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, gồm 63 BN được chẩn đoán bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối và đã được điều trị ghép thận tại bệnh viện Quân y 103 từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025. **Kết quả:** kích thước nhĩ trái (LAD, LAVi) giảm rõ rệt sau ghép thận (LAD: $35,11 \pm 6,72$ và $30,95 \pm 4,83$ mm, $p < 0,01$) (LAVi: $29,09 \pm 13,12$ và $21,35 \pm 7,90$ ml/m², $p < 0,01$). Chức năng nhĩ trái bao gồm sức căng trữ máu (LASr), tổng máu (LAScd) và dẫn máu (LASct) trên mặt cắt 2 buồng và 4 buồng sau ghép đều có cải thiện so với trước ghép ($p < 0,01$). Các chỉ số này đánh giá sau ghép ở nhóm điều trị bảo tồn trước ghép thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm lọc máu chu kỳ ($p < 0,01$). LASr ở nhóm lọc máu dưới 12 tháng giảm hơn so với nhóm lọc máu trên 12 tháng

($45,1 \pm 7,1$ và $47,2 \pm 3,4$, $p < 0,01$). Chưa nhận thấy sự khác biệt về sức căng tổng máu, dẫn máu hay kích thước nhĩ trái với thời gian lọc máu trước ghép ($p > 0,05$). **Kết luận:** Hình thái nhĩ trái (LAD, LAVi) và chức năng nhĩ trái (LASr, LAScd, LASct) sau ghép thận giảm có ý nghĩa so với trước ghép. Các chỉ số này sau ghép có liên quan với phương pháp điều trị cũng như thời gian lọc máu trước ghép.

Từ khóa: hình thái nhĩ trái, chức năng nhĩ trái, bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối, ghép thận

SUMMARY

ECHOCARDIOGRAPHY OF THE LEFT ATRIAL MORPHOLOGY AND FUNCTION IN PATIENTS WITH END-STAGE CHRONIC KIDNEY DISEASE BEFORE AND AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

Objective: To investigate the changes in left atrial morphology and function by echocardiography in patients with end-stage chronic kidney disease before and after kidney transplantation. **Subjects and methods:** Prospective, descriptive study, including 63 patients diagnosed with end-stage chronic kidney disease and treated with kidney transplantation at Military Hospital 103 from October 2024 to April 2025. **Results:** The left atrial morphology (LAD, LAVi) decreased significantly after kidney transplantation

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Quân y 354

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Vũ Thu Hà

Email: phamvuthuha293@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025