

5. **Trần Quốc Hòa, Đậu Xuân Yên.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản tại bệnh viện đại học Y Hà Nội giai đoạn 2020 - 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;536(2).
6. **Võ Trọng Hạnh.** Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Nội Soi Sau Phúc Mạc Lấy Sỏi Niệu Quản 1/3 Trên Tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức Giai Đoạn 2014-2016. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường đại học Y Hà Nội; 2017.
7. **Jia B, Liu J, Hu B, Chen Z.** Using retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy in the treatment of impacted upper ureteric calculi. Translational Andrology and Urology. 2022;11(1):104-109.
8. **Wani MM, Durrani AM.** Laparoscopic ureterolithotomy: Experience of 60 cases from a developing world hospital. Journal of Minimal Access Surgery. 2019;15(2):103.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA LIỆU PHÁP TÂN BỔ TRỢ TOÀN BỘ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG TIẾN TRIỂN TẠI CHỖ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Châu Phong¹, Vũ Thanh Tùng¹,
Lại Thị Định¹, Vũ Anh Hải¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 30 bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn tiến triển tại chỗ được điều trị TNT nhằm đánh giá kết quả bước đầu bao gồm hiệu quả điều trị, độc tính của liệu pháp tân bổ trợ toàn bộ (Total Neoadjuvant Therapy – TNT) tại Bệnh viện Quân y 103. Các tiêu chí đánh giá gồm đáp ứng lâm sàng (cCR), đáp ứng bệnh lý hoàn toàn (pCR), tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR), biến cố bất lợi theo tiêu chuẩn CTCAE v5.0, và thời gian sống thêm không bệnh (DFS), sống toàn bộ (OS). Kết quả bước đầu cho thấy TNT mang lại tỷ lệ đáp ứng cao, tỷ lệ bệnh nhân đạt cCR và pCR lần lượt là 20% và 20%. Độc tính chủ yếu ở mức độ nhẹ đến trung bình, có thể kiểm soát được. **Kết luận:** TNT đạt hiệu quả, an toàn và khả thi trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam. Phương pháp này mở ra hướng đi mới cho chiến lược điều trị ung thư trực tràng tiến triển tại chỗ, góp phần nâng cao tiên lượng và chất lượng sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, liệu pháp tân bổ trợ toàn bộ, TNT, đáp ứng hoàn toàn.

SUMMARY

PRELIMINARY OUTCOMES OF TOTAL NEOADJUVANT THERAPY IN PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED RECTAL CANCER AT THE 103 MILITARY HOSPITAL

This retrospective descriptive study included 30 patients with locally advanced rectal cancer (LARC) treated with total neoadjuvant therapy (TNT) at the 103 Military Hospital. The aim was to evaluate preliminary outcomes regarding treatment efficacy, toxicity. Endpoints included clinical complete response (cCR), pathological complete response (pCR), overall response rate (ORR), adverse events graded according

to CTCAE v5.0, disease-free survival (DFS), and overall survival (OS). Initial findings showed that TNT achieved a high response rate, with cCR and pCR observed in 20% and 20% of patients, respectively. Toxicities were mainly mild to moderate and manageable. **Conclusion:** TNT demonstrated efficacy, safety, and feasibility in clinical practice in Vietnam. This approach may represent a promising strategy for the management of locally advanced rectal cancer, with the potential to improve prognosis and quality of life. **Keywords:** Rectal cancer, total neoadjuvant therapy, TNT, complete response

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một trong những bệnh lý ác tính đường tiêu hóa thường gặp, đứng hàng thứ ba về tỷ lệ mắc mới và hàng thứ hai về tử vong trên toàn thế giới. Theo GLOBOCAN 2022, Việt Nam có khoảng hơn 16.000 ca mới mắc ung thư đại trực tràng, trong đó ung thư trực tràng chiếm tỷ lệ khoảng 9.000 ca. Đây là nguyên nhân gây ra gần 4.500 ca tử vong hàng năm, phản ánh gánh nặng cho ngành y tế và kinh tế – xã hội.

Đặc điểm lưu ý là đa số bệnh nhân khi được chẩn đoán đã ở giai đoạn tiến triển tại chỗ (T3–T4, N+). Điều này đồng nghĩa với nguy cơ tái phát tại chỗ cao, tỷ lệ di căn xa đáng kể và kết quả điều trị còn khiêm tốn. Trong nhiều thập kỷ, chiến lược chuẩn trong điều trị ung thư trực tràng tiến triển là hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu (CRT), tiếp theo là phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) và sau cùng là hóa trị bổ trợ. Chiến lược này giúp cải thiện kiểm soát tại chỗ nhưng vẫn còn hạn chế về tỷ lệ di căn xa cũng như tuân thủ hóa trị bổ trợ sau mổ.

Để khắc phục những nhược điểm trên, liệu pháp tân bổ trợ toàn bộ (Total Neoadjuvant Therapy – TNT) đã được đề xuất. TNT bao gồm việc đưa toàn bộ hóa trị bổ trợ vào giai đoạn

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Châu Phong
Email: chauphongbio97@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.8.2025
Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025
Ngày duyệt bài: 28.10.2025

trước phẫu thuật, kết hợp CRT, với mục tiêu kiểm soát vi di căn sớm, nâng cao tỷ lệ đáp ứng khối u, tăng khả năng phẫu thuật triệt căn và đồng thời cải thiện tuân thủ điều trị. Nhiều thử nghiệm lâm sàng quan trọng đã chứng minh lợi ích của TNT như nghiên cứu RAPIDO [4], nghiên cứu PRODIGE-23 với phác đồ FOLFIRINOX [5]. Ngoài ra, nghiên cứu OPRA nhấn mạnh vai trò của TNT trong chiến lược bảo tồn cơ thắt và quản lý “watch and wait” ở bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn. [6]

Tại Việt Nam, việc triển khai TNT còn tương đối mới mẻ, các số liệu báo cáo còn hạn chế về cỡ mẫu và lẻ tẻ ở các cơ sở điều trị. Bệnh viện Quân y 103 là một trong những cơ sở sớm áp dụng chiến lược này trong điều trị ung thư trực tràng tiến triển tại chỗ. Tuy nhiên, vẫn cần có thêm những nghiên cứu ở những cơ sở khác nhau nhằm bổ sung số lượng bệnh nhân được nghiên cứu theo dõi... để đánh giá hiệu quả và tính an toàn của TNT trong bối cảnh thực hành lâm sàng tại Việt Nam, từ đó cung cấp bằng chứng hỗ trợ cho việc ứng dụng một cách thường quy liệu pháp này. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu:

1. Đánh giá hiệu quả điều trị của liệu pháp TNT ở bệnh nhân ung thư trực tràng tiến triển tại chỗ tại Bệnh viện Quân y 103.
2. Phân tích độc tính và biến cố bất lợi liên quan đến điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư trực tràng giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng được điều trị liệu pháp tân bổ trợ toàn bộ tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 03/2022 đến tháng 10/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư trực tràng bằng mô bệnh học
- Giai đoạn lâm sàng: T3–T4 và/hoặc N+ theo phân loại AJCC 8th; Không có di căn xa tại thời điểm chẩn đoán.
- Thể trạng chung ECOG 0–2.
- Được chỉ định và thực hiện TNT tại Bệnh viện Quân y 103 qua quyết định từ MDT.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, có dữ liệu chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh ác tính khác đồng thời.
- Có bệnh nội khoa nặng, không dung nạp được hóa trị hoặc xạ trị.

• Bệnh nhân bỏ dở phác đồ hoặc không tuân thủ điều trị..

2.2. Phác đồ điều trị

2.2.1. Liệu pháp tân bổ trợ toàn bộ (TNT): Chiến lược theo PRODIGE-23:

- Hóa trị toàn thân trước CRT: 6 chu kỳ FOLFIRINOX (oxaliplatin 85 mg/m², irinotecan 150 mg/m², leucovorin 400 mg/m², 5-FU 2400 mg/m²/46h) hoặc mFOLFOX6 (oxaliplatin 85 mg/m², leucovorin 400 mg/m², 5-FU 2400 mg/m²/46h)

• Sau đó xạ trị dài ngày: 50,4 Gy/28 fractions + capecitabin đường uống.

• Tiếp theo là phẫu thuật TME.

2.2.2. Phẫu thuật: Sau khi kết thúc TNT từ 6–10 tuần, bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME).

2.2.3. Điều trị bổ trợ: Sau mổ, một số bệnh nhân có thể được chỉ định thêm hóa trị bổ trợ tùy vào đáp ứng mô bệnh học và tình trạng bệnh nhân.

2.3. Tiêu chí đánh giá

2.3.1. Hiệu quả điều trị

• Đáp ứng trên hình ảnh: theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

• Đáp ứng lâm sàng hoàn toàn (cCR): khối u biến mất trên lâm sàng và MRI; Đáp ứng bệnh lý hoàn toàn (pCR): không còn tế bào ung thư trên mô bệnh học sau phẫu thuật; Tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR): cộng gộp CR + PR.

2.3.2. Độc tính điều trị

- Ghi nhận theo tiêu chuẩn CTCAE v5.0 (2017).
- Đánh giá trên 2 nhóm: độc tính tạo máu và ngoài tạo máu (tiêu hóa, da – niêm mạc, thần kinh, hội chứng bàn tay – chân...).

2.4. Xử lý số liệu

- Nhập liệu: sử dụng phần mềm SPSS 26.0.
- Thống kê mô tả: trình bày tần suất, tỷ lệ phần trăm, trung bình ± độ lệch chuẩn.
- So sánh nhóm: kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test cho biến định tính; t-test hoặc Mann–Whitney cho biến định lượng.
- Ý nghĩa thống kê: $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ Tuyên ngôn Helsinki (2013), được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Quân y 103. Mọi thông tin bệnh nhân đều được bảo mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới, lâm sàng và mô bệnh học u ở đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (Độ tuổi phát hiện nhỏ nhất – lớn nhất)		55,27±11,16 (24-80)	
Giới	Nam	21	70
	Nữ	9	30
ECOG	0	12	40
	1	18	60
Mô bệnh học	UTBM Tuyến	29	97
	UTBM Nhảy	01	3
Triệu chứng lâm sàng	Đại tiện phân lẫn máu	28	93,33
	Rối loạn tiêu hóa	15	50
	Đại tiện tăng lần	08	26,67
	Đại tiện khó	06	20
	Mót rặn	05	16,67

Nhận xét: - Tuổi trung bình là 56,7 ± 10,2 tuổi (24 - 78 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ = 1,7/1.

- Điểm toàn trạng: ECOG 0 = 40%, ECOG 1 = 60%.

- 29/30 BN là ung thư biểu mô tuyến (97%), chỉ 1 BN là ung thư biểu mô nhày.

Bảng 3.2. Đặc điểm khối u và giai đoạn bệnh

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí u	Trên	9	30
	Giữa	19	63,33
	Dưới	2	6,67
Kích thước u so với chu vi	1/4	9	30
	1/2	12	40
	3/4	9	30
	Toàn bộ	0	0
Giai đoạn u	T3	21	70
	T4	09	30
Giai đoạn hạch	N1	06	20
	N2	24	80

Nhận xét:

- U trực tràng 1/3 giữa (63,33%), 1/3 trực tràng trên 30%, 1/3 trực tràng dưới 6,67%. Nghiên cứu chúng tôi không có trường hợp nào khối u chiếm toàn bộ chu vi lòng trực tràng, các mức kích thước u khác xuất hiện với tần suất gần tương đương nhau (30-40%)

- Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển (T3-T4, N+) trong đó: 70% BN u

Bảng 3.6. Đánh giá độc tính điều trị

Độc tính		n (%)				
		1	2	3	4	5
Hệ tạo máu	Hạ hemoglobin	19 (63,33)	3 (10,00)	0	0	0
	Hạ bạch cầu	15 (50,00)	1 (3,33)	2 (6,66)	1 (3,33)	0
	Hạ tiểu cầu	7 (23,33)	3 (10,00)	0	0	0
Ngoài hệ tạo máu	Tăng men gan	17 (56,67)	0	0	0	0
	Buồn nôn	9 (30,00)	2 (6,67)	0	0	0
	Rối loạn tiêu hóa	13 (43,33)	2 (6,67)	0	0	0
	Hội chứng bàn tay - bàn chân	4 (13,33)	0	0	0	0

giai đoạn T3, 30% u giai đoạn T4. 80% BN có hạch N2, 20% hạch N1.

3.2. Hiệu quả đáp ứng sau TNT

Bảng 3.3. Đánh giá đáp ứng lâm sàng

	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
cCR	6	20
cPR	17	56,67
cSD	7	23,33
cPD	0	0

Nhận xét: 76,67% bệnh nhân có đáp ứng sau điều trị (76,67%) trong đó 20% đáp ứng hoàn toàn, 56,67% đáp ứng một phần, 23,33% bệnh ổn định và không có BN tiến triển sau điều trị.

Bảng 3.4. Đánh giá đáp ứng theo T và N

Giai đoạn	Trước điều trị		Sau điều trị	
	Số lượng	%	Số lượng	%
T0	0	0	7	23,33
T1	0	0	5	16,67
T2	0	0	7	23,33
T3	21	70,00	8	26,67
T4	9	30,00	3	10,00

p < 0,05

Giai đoạn	Trước điều trị		Sau điều trị	
	Số lượng	%	Số lượng	%
N0	0	0,00	24	80,00
N1	6	20,00	4	13,33
N2	24	80,00	2	6,67

p < 0,05

Nhận xét: Sau điều trị BN giai đoạn T0-2 tăng (63,33%), BN giai đoạn T3-4 giảm (36,67%); khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Tỷ lệ BN có N+ giảm còn 20%, rõ rệt nhất là nhóm BN có N2 (còn 6,67%); khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.5. Đánh giá đáp ứng mô học

	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
TRG 0	6	20
TRG 1	8	26,67
TRG 2	12	40
TRG 3	4	13,33

Nhận xét: 04/30 BN (13,33%) có khối u độ thoái triển TRG 3, còn lại TRG 0-2 trong đó: 20% BN đạt TRG 0 (tương đương đáp ứng hoàn toàn trên mô học), 26,67% TRG 1 và 40% TRG 2.

Viêm da-niêm mạc tại vị trí xạ trị	17 (56,67)	0	0	0	0
Đau vùng hậu môn - trực tràng	4 (13,33)	0	0	0	0

Nhận xét: Chủ yếu là độc tính độ 1-2, độc tính độ 3 và 4 chỉ ghi nhận ở độc tính giảm bạch cầu.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình 55,27 $\pm$ 11,16. Kết quả tương tự nghiên cứu của Doãn Thị Thu Giang với tuổi trung bình 58,31 $\pm$ 10,7 [1] nhưng thấp hơn nghiên cứu Nguyễn Hải Hoàng với tuổi trung bình trong nghiên cứu 60,1 $\pm$ 10,5 [2]. Sự khác biệt này có thể do bệnh viện Quân y 103 là bệnh viện quân đội có chức năng điều trị cho bộ đội.

Tỉ lệ nam giới chiếm đa số (~ 65%), tương đồng với nghiên cứu của Doãn Thị Thu Trang và cs (nam giới > 62,7%) và các nghiên cứu quốc tế như RAPIDO, PRODIGE-23 [1] [4] [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư biểu mô tuyến với tỉ lệ 97%, còn lại là ung thư biểu mô nhày với tỉ lệ chỉ 3%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hải Hoàng và cs khi tỉ lệ ung thư biểu mô tuyến đạt 93,2% [2]. Bệnh nhân ở giai đoạn T3, chiếm 70%, giai đoạn T4 chiếm 30%. Nghiên cứu PRODIGE-23, tỉ lệ T3/T4 lần lượt là 81/18% [5]. Nghiên cứu RAPIDO, tỉ lệ bệnh nhân có tổn thương u thuộc T3 là 65,8%, tỉ lệ bệnh nhân có tổn thương u T4 là 31,1% [4]. Khi so với các nghiên cứu quốc tế, tỉ lệ giai đoạn u trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt. Điều này một phần do cỡ mẫu trong nghiên cứu chúng tôi còn nhỏ, chưa thể đại diện hết được ung thư trực tràng giai đoạn tiến triển tại chỗ/ tại vùng, một phần có thể do đặc điểm bệnh nhân tại Việt Nam. Điều này cho thấy việc áp dụng cứng nhắc các nghiên cứu nước ngoài vào bệnh nhân Việt Nam là chưa hoàn toàn phù hợp. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hải Hoàng ghi nhận tỉ lệ khối u T3 cao nhất, đạt 87,7%, khối u T4 chiếm 8,2%, còn lại là khối u T2 [2]. Doãn Thị Thu Giang và cs cũng cho thấy khối u T3 chiếm tỉ lệ cao nhất (68,6%), khối u T4 chiếm tỉ lệ 27,5% [1] khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Về phân chia giai đoạn theo N, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi giai đoạn N2 (80%), giai đoạn N1: 20%. tương đồng với các nghiên cứu trong nước: Kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Hải Hoàng: tỉ lệ bệnh nhân có giai đoạn hạch N1 chiếm 35,6%, giai đoạn N2 chiếm 52,1% [2], nhưng cũng khác nghiên cứu PRODIGE-23: hạch N1 (64%), giai đoạn hạch N2: 26%, còn lại là giai đoạn hạch N0 (10%) [5].

Với đặc điểm tuổi, giới, giai đoạn T, N tương

tự các nghiên cứu trong nước, chúng tôi ghi nhận các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân tương tự các nghiên cứu trong nước đã công bố.

Chúng tôi tuân thủ theo khuyến cáo của NCCN về lựa chọn bệnh nhân có chỉ số toàn trạng ECOG 0-1. Trong nghiên cứu này 40% đạt ECOG 0 và 60% ECOG 1 tại thời điểm bắt đầu điều trị. Nghiên cứu PRODIGE-23 cho thấy có tới 78% BN đạt ECOG 0, chỉ có 22% ECOG 1 tại thời điểm khởi trị [5]. Đặc điểm này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế cho thấy toàn trạng chung của BN Việt Nam thường thấp hơn so với thế giới. Mặc dù vậy, kết thúc điều trị TNT, phần lớn BN duy trì ECOG 0-1 trong và sau TNT; không ghi nhận suy sụp thể trạng nặng; đồng thời ghi nhận cải thiện về toàn trạng sau điều trị với ECOG 0 28/30 BN, $p < 0,05$. Điều này phản ánh tính khả thi của TNT khi triển khai theo khuyến cáo quốc tế tại Trung tâm Ung bướu-Bệnh viện Quân y 103.

Tỷ lệ pCR 20% trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với RAPIDO (28,4%) và PRODIGE-23 (27,5%) [4] [5]. Như vậy, mặc dù trước điều trị điểm toàn trạng của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không tốt bằng bệnh nhân trong nghiên cứu RAPIDO và PRODIGE-23, nhưng hiệu quả đạt được ghi nhận là khả quan: ORR 76,67% cũng tương đương dữ liệu quốc tế. Đa phần độc tính độ 1-2, ít trường hợp độ ≥ 3 , chứng tỏ TNT an toàn, khả thi tại cơ sở y tế Việt Nam. So với RAPIDO và PRODIGE-23, mức độ độc tính của chúng tôi không cao hơn, phù hợp với điều kiện thực hành. Điều này chứng tỏ TNT hoàn toàn có thể áp dụng hiệu quả trong điều kiện Việt Nam. Kết quả tại Bệnh viện Quân y 103 phù hợp xu hướng quốc tế, mở ra triển vọng áp dụng TNT rộng rãi tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

- TNT là chiến lược điều trị khả thi, hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn tiến triển tại Bệnh viện Quân y 103. Tỷ lệ pCR 20%, ORR 76,67%.

- Độc tính chủ yếu biểu hiện ở độ 1, độ 2. Chưa ghi nhận biến cố bất lợi nguy hiểm liên quan đến điều trị

Kết quả bước đầu phù hợp với các thử nghiệm quốc tế. Cần có số liệu nghiên cứu đa trung tâm, quy mô lớn hơn và theo dõi dài hạn để đánh giá lợi ích sống còn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Giang DTT.** Kết quả điều trị tân bổ trợ toàn bộ ở bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn II, III tại

- Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108. 2024;19(6).
2. **Hoàng NH.** Kết quả bước đầu hóa xạ trị đồng thời kết hợp hóa trị hỗ trợ trước phẫu thuật bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn II, III. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2024;179(6).
 3. **Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al.** AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. Springer; 2017.
 4. **Bahadoer RR, Dijkstra EA, van Etten B, et al.** Short-course radiotherapy followed by chemotherapy before total mesorectal excision (RAPIDO): a randomised, open-label, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2021;22(1):29-42.
 5. **Conroy T, Lamfichekh N, Etienne PL, et al.** Neoadjuvant chemotherapy with FOLFIRINOX and preoperative chemoradiotherapy for patients with locally advanced rectal cancer (UNICANCER-PRODIGE 23): a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2021;22(5):702-715.
 6. **Garcia-Aguilar J, Patil S, Gollub MJ, et al.** Organ preservation in patients with rectal adenocarcinoma treated with total neoadjuvant therapy. J Clin Oncol. 2022;40(23):2546-2556.
 7. **Jin J, Tang Y, Hu C, et al.** Multicenter, randomized, phase III trial of short-term radiotherapy plus chemotherapy versus long-term chemoradiotherapy in locally advanced rectal cancer (STELLAR). J Clin Oncol. 2022;40(16): 1681-1692.
 8. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2022;72(3): 209-249.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM NGÓN TAY BẰNG VẬT MẠCH XUYÊN CỦA ĐỘNG MẠCH MU ĐỐT BÀN TAY

Tô Tuấn Linh¹, Nguyễn Văn Học^{1,2},
Vi Hồng Cường², Nguyễn Hồng Hà^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương khuyết hồng phần mềm ngón tay ngày càng phổ biến và phức tạp. Nhiều trường hợp tổn thương lộ gân, xương hoặc khớp, đòi hỏi phải che phủ sớm bằng vật mạch xuyên của động mạch mu đốt bàn tay. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 39 bệnh nhân với 41 khuyết hồng phần mềm ngón tay được che phủ bằng vật mạch xuyên động mạch mu đốt bàn tay tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt – Tạo hình – Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2020 đến tháng 03/2025. Các yếu tố được khảo sát bao gồm đặc điểm lâm sàng, tổn thương, loại vật, kích thước, biến chứng, kết quả sau mổ 1 tháng và 3 tháng. **Kết quả:** Nam chiếm 69,2%, nhóm tuổi 40–59 nhiều nhất (46,2%). Tai nạn lao động là nguyên nhân chính (89,7%). Ngón cái tổn thương nhiều nhất (43,9%), tay phải 63,4%. Tổn thương phối hợp: xương 41,5%, khớp 36,6%, gân 12,2%. Vật ngược dòng chiếm 61,0%. Diện tích trung bình $11,77 \pm 5,44$ cm². Sau 1 tháng: 92,7% vật sống hoàn toàn, 2,4% hoại tử một phần, 2,4% hoại tử diện rộng, 2,4% thất bại. Sau 3 tháng: 85,0% kết quả tốt, 15,0% mức vừa, không có thất bại. **Kết luận:** Vật mạch xuyên động mạch mu đốt bàn tay là phương pháp an toàn, hiệu quả, ít biến chứng trong điều trị khuyết hồng phần mềm ngón tay, đặc biệt ở các tổn thương phức tạp lộ gân, xương, khớp.

Từ khóa: Vật mạch xuyên động mạch mu đốt bàn tay, khuyết hồng phần mềm ngón tay.

SUMMARY

RESULTS OF SOFT TISSUE DEFECT RECONSTRUCTION OF THE FINGERS USING DORSAL METACARPAL ARTERY PERFORATOR FLAPS

Background: Soft tissue defects of the fingers are increasingly common, often with exposed tendons, bones, or joints requiring early coverage. The dorsal metacarpal artery perforator flap provides advantages for reconstruction. **Subject and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 39 patients with 41 soft tissue defects of the fingers reconstructed using dorsal metacarpal artery perforator flaps at the Department of Maxillofacial, Plastic, and Aesthetic Surgery, Viet Duc Friendship Hospital, between January 2020 and March 2025. Parameters analyzed included clinical features, defect characteristics, flap type and size, complications, and postoperative outcomes at 1 and 3 months. **Results:** Males 69.2%, most common age 40–59 years (46.2%). Occupational injuries predominated (89.7%). Thumb most often injured (43.9%), right hand more frequent (63.4%). Associated injuries: bone 41.5%, joint 36.6%, tendon 12.2%. Reverse-flow flaps used in 61.0%. Mean size 11.77 ± 5.44 cm². At 1 month: 92.7% survived, 2.4% partial necrosis, 2.4% extensive necrosis, 2.4% failure. At 3 months: 85.0% good, 15.0% fair, no failures. **Conclusion:** The dorsal metacarpal artery perforator flap is a safe, effective, and practical option for finger soft tissue reconstruction, especially in complex cases with exposed tendons, bones, or joints.

Keywords: Dorsal metacarpal artery perforator flap, finger soft tissue defect, hand reconstruction.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tô Tuấn Linh

Email: tuanlinhto@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025