

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TRỰC TRÀNG GIỮA VÀ DƯỚI CỐ HÓA XẠ TRỊ DÀI NGÀY TRƯỚC MỔ

Vũ Ngọc Sơn¹, Triệu Triều Dương², Phạm Văn Thương³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô tuyến trực tràng giữa và dưới cố hóa xạ trị dài ngày trước mổ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu – tiến cứu trên 168 BN ung thư trực tràng 1/3 giữa và dưới, giai đoạn II–III, được điều trị bằng hóa xạ trị dài ngày (phác đồ Long course) kết hợp phẫu thuật nội soi triệt căn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (8/2018 – 8/2023, theo dõi xa đến tháng 5/2025). **Kết quả:** Hầu hết các trường hợp được phẫu thuật nội soi thành công (97,62), tỷ lệ chuyển mổ mở là 2,38%, tai biến trong mổ 5,36%. Biến chứng sớm thường gặp là bí tiểu (6,71%) và rò miệng nối (4,96%). Không có tử vong trong hoặc sau mổ. Đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học đạt 22,02%. Chức năng đại tiện cải thiện theo thời gian, đặc biệt ở nhóm bảo tồn cơ thắt. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm, 3 năm và 5 năm lần lượt là 99,4%, 91,1% và 82,7%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 1 năm, 3 năm và 5 năm là 95,7%, 85,6% và 80,7%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi sau hóa xạ trị dài ngày ở BN ung thư trực tràng giữa và dưới là phương pháp an toàn, khả thi và hiệu quả, giúp tăng khả năng bảo tồn cơ thắt, với tỷ biến tai biến - chứng thấp, cải thiện thời gian sống thêm. **Từ khóa:** Ung thư trực tràng; Hóa xạ trị dài ngày; Phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR MIDDLE AND LOW RECTAL ADENOCARCINOMA AFTER LONG-COURSE NEOADJUVANT CHEMORADIOTHERAPY

Objective: To evaluate the outcomes of laparoscopic surgery for middle and low rectal adenocarcinoma after long-course neoadjuvant chemoradiotherapy. **Methods:** A retrospective-prospective study was conducted on 168 patients with stage II–III rectal cancer of the middle and lower third who underwent long-course chemoradiotherapy combined with curative laparoscopic resection at the 108 Military Central Hospital (from August 2018 to August 2023, with follow-up until May 2025). **Results:** Laparoscopic procedures were successfully performed in most cases (97.62%), with a conversion rate of 2.38% and intraoperative complication rate of 5.36%. Early postoperative complications included urinary retention (6.71%) and anastomotic leakage

(4.96%). No perioperative mortality was recorded. Pathological complete response was achieved in 22.02% of patients. Bowel function gradually improved over time, especially in sphincter-preserving procedures. The 1-, 3-, and 5-year overall survival rates were 99.4%, 91.1% and 82.7%, while the disease-free survival rates were 95.7%, 85.6% và 80.7%, respectively. **Conclusions:** Laparoscopic surgery after long-course chemoradiotherapy for middle and low rectal cancer is safe, feasible, and effective. It increases the likelihood of sphincter preservation, ensures low complication rates, and improves long-term survival outcomes.

Keywords: Rectal cancer; Long-course chemoradiotherapy; Laparoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTTT) là bệnh lý ác tính đường tiêu hóa thường gặp. Điều trị phẫu thuật đơn thuần trước đây có tỷ lệ tái phát tại chỗ cao, tới 30–40%, và tỷ lệ sống 5 năm chỉ đạt khoảng 50%. Sự ra đời của kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng giúp cải thiện đáng kể kiểm soát tại chỗ, song ở nhóm UTTT giữa và dưới giai đoạn tiến triển, nguy cơ di căn chu vi dương tính và tái phát vẫn cao. Hiện nay, các hướng dẫn quốc tế khuyến cáo hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày cho BN UTTT giữa và dưới giai đoạn II–III, nhờ hiệu quả thu nhỏ u, tăng tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn bệnh lý, cải thiện khả năng bảo tồn cơ thắt và giảm tái phát tại chỗ. Đồng thời, nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên như COLOR II, COREAN chứng minh hóa xạ trị dài ngày kết hợp với phẫu thuật nội soi triệt căn là phương pháp an toàn và hiệu quả, với nhiều ưu điểm như thao tác phẫu tích nội soi thuận lợi trong phẫu trường tiểu khung chật hẹp, vết mổ nhỏ, BN phục hồi sớm, giảm tỷ lệ tai biến – biến chứng trong khi kết quả ung thư học tương đương so với mổ mở [1], [2]. Tại Việt Nam, dữ liệu về hiệu quả phối hợp LCCRT và phẫu thuật nội soi trong UTTT giữa và dưới còn hạn chế. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô tuyến trực tràng giữa và dưới cố hóa xạ trị dài ngày trước mổ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 168 BN UTTT 1/3 giữa và dưới, giai đoạn II–III, được hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày và phẫu thuật nội soi triệt căn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 8/2018 - 8/2023. Đánh giá kết quả sớm và theo dõi xa

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Sơn

Email: sonk33g@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

đến tháng 5/2025 ở 164 BN (do 4 trường hợp chuyển mổ mổ)

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Quy trình điều trị và theo dõi: BN được chẩn đoán xác định ung thư trực tràng 1/3 giữa và dưới, giai đoạn II – III. BN được điều trị phác đồ hóa xạ trị dài ngày trước mổ tổng liều xạ 45 – 50,4 Gy chia 25-28 phân liều, kết hợp hóa chất Capecitabine, sau đó phẫu thuật triệt căn.

Theo dõi, đánh giá kết quả tại các thời điểm trong mổ, sau mổ. Đánh giá kết quả xa thông qua việc lập kế hoạch theo dõi tại các thời điểm 1 tháng, 6 tháng, 1 năm, 2 năm, 3 năm,... sau mổ và thời điểm kết thúc nghiên cứu (tháng 5/2025)

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Kết quả phẫu thuật: Phương pháp phẫu thuật, tai biến trong mổ, tỷ lệ chuyển mổ mổ, thời gian phẫu thuật (phút), lượng máu mất trong mổ (ml)

- Kết quả sớm: Thời gian đau, thời gian nằm viện sau mổ,

- Kết quả xa: Tỷ lệ tái phát/ di căn xa/ tử vong, biểu đồ Kaplan Meier phân tích thời gian sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh 1 – 3 – 5 năm và các yếu tố liên quan

Thu thập và xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả trong mổ và đáp ứng sau hóa xạ

Bảng 3.1. Phương pháp phẫu thuật (n=168)

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng	81	48,21
Cắt trực tràng gian cơ thắt	42	25,00
Phẫu thuật Miles	39	23,21
Phẫu thuật Hartmann	6	3,57

Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng là phương pháp được thực hiện nhiều nhất với 48,21%. 6 BN (3,57%) được phẫu thuật Hartmann.

Bảng 3.2. Tai biến trong mổ (n=168)

Tai biến trong mổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương đám rối tĩnh mạch trước xương cùng	3	1,79
Tổn thương niệu quản trái	1	0,60
Tổn thương thần kinh bị bên trái	1	0,60
Tổn thương nhu mô lách	1	0,60
Rách tĩnh mạch chậu trái	1	0,60
Chảy máu diện phẫu tích do	2	1,19

u xâm lấn		
Tai biến chung	9	5,36

Tỷ lệ tai biến trong mổ là 5,36%, trong đó tổn thương tĩnh mạch trước xương cùng gặp nhiều nhất với tỷ lệ 1,79%

Bảng 3.3. Tỷ lệ chuyển mổ mổ, thời gian PT, lượng máu mất (n=168)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chuyển mổ mổ		4	2,38
Lý do chuyển mổ mổ	Do BN nam, thể trạng béo, khung chậu hẹp, không cắt được Stapler đầu dưới qua nội soi	1	0,6
	Do tai biến rách TM chậu trái	1	0,6
	Do tai biến tổn thương đám rối TM trước xương cùng	1	0,6
	Do u lớn, xâm lấn bàng quang, tiền liệt tuyến	1	0,6
Thời gian PT (phút)	Trung bình (Nhỏ nhất – lớn nhất)	133,4 ± 33,7 70 - 300	
Lượng máu mất (ml)	Trung bình (Nhỏ nhất – lớn nhất)	71,1 ± 107,8 10 - 1000	

Có 4 BN (2,38%) phải chuyển mổ mổ. Thời gian PT trung bình 133,4 phút. Lượng máu mất trung bình là 71,1 ml.

3.2. Kết quả sớm. Đánh giá kết quả sớm sau PTNS điều trị UTTT ở 164 BN (trừ 4 BN chuyển mổ mổ).

- Thời gian đau sau mổ trung bình 2,71 ± 1,0 ngày (nhỏ nhất 1 ngày, lớn nhất 7 ngày)

- Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 10,9 ± 5,5 ngày (nhỏ nhất 5 ngày, lớn nhất 37 ngày)

Bảng 3.4. Biến chứng sớm (n=164)

Biến chứng sớm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	2	1,22
Nhiễm khuẩn vết mổ	6	3,66
Rò miệng nối (n=121)*	6	4,96
Tắc ruột sớm	2	1,22
Bí tiểu	11	6,71
Rò niệu quản	2	1,22
Rò niệu đạo	1	0,60
Rò dưỡng chấp	1	0,60
Tử vong trong hoặc sau mổ	0	0

*Tính trên 121 BN có miệng nối

Biến chứng sớm thường gặp nhất là bí tiểu (6,71%), rò miệng nối 4,96%. Không ghi nhận trường hợp nào tử vong trong hoặc sau mổ.

3.3. Kết quả xa. Đánh giá kết quả xa sau PTNS điều trị UTTT ở 164 BN (trừ 4 BN chuyển mổ mở). Thời gian theo dõi xa trung bình 48,8 ± 15,3 tháng

Bảng 3.5. Biến chứng xa

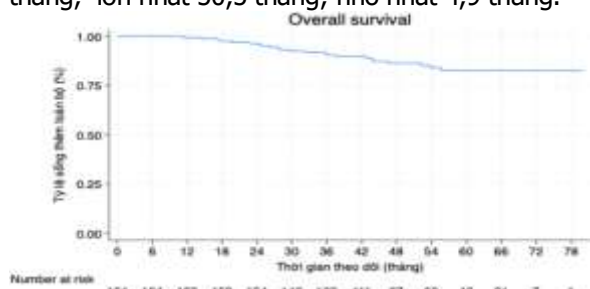
Biến chứng xa	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rò miệng nối ruột (n=121)**	4	3,31
Hẹp miệng nối (n=121)**	7	5,79
Bán tắc ruột do dính (n=164)*	3	1,83
Đờ bạng quang (n=164)*	1	0,60
Hẹp niệu quản trái, thận trái mất chức năng (n=164)*	1	0,60
Rò trực tràng – niệu đạo (n=164)*	1	0,60
Thoát vị hậu môn nhân tạo (n=43)***	4	9,30
Viêm hoại tử miệng nối (n=121)**	1	0,83

*Số BN còn lại; **Số BN có miệng nối;

***Số BN có hậu môn nhân tạo

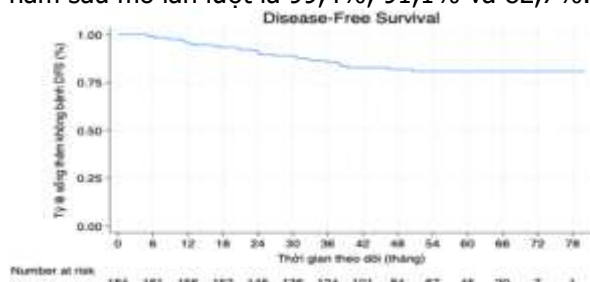
Biến chứng xa thường gặp là thoát vị hậu môn nhân tạo (9,3%), hẹp miệng nối (5,79%) và rò miệng nối ruột (3,31%)

Có 29 BN tái phát tại chỗ hoặc di căn xa. Thời gian tái phát/ di căn trung bình là 23,9 ± 12,47 tháng, lớn nhất 50,5 tháng; nhỏ nhất 4,9 tháng.



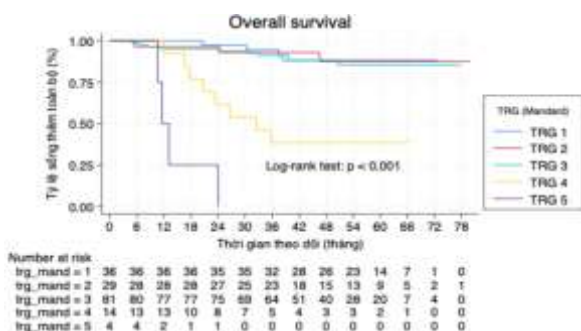
Biểu đồ 3.1. Kaplan meier phân tích tỷ lệ sống thêm toàn bộ (n=164)

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm, 3 năm và 5 năm sau mổ lần lượt là 99,4%, 91,1% và 82,7%.



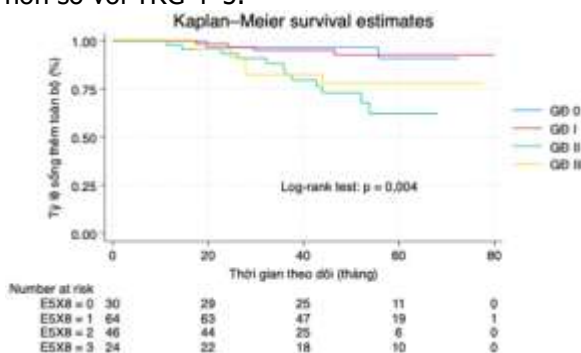
Biểu đồ 3.2. Kaplan meier phân tích tỷ lệ sống thêm không bệnh (n=164)

Tỷ lệ sống thêm không bệnh 1 năm, 3 năm và 5 năm sau mổ lần lượt là 95,7%, 85,6% và 80,7%.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo phân loại TRG của Mandard (n=164)

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ giảm theo mức TRG Mandard, nhóm TRG 1-2 có tiên lượng sống tốt hơn so với TRG 4-5.



Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo giai đoạn TNM bệnh sau mổ (n=164)

BN ở giai đoạn TNM sớm (GD 0-I) có tiên lượng sống tốt hơn rõ rệt so với các giai đoạn muộn (GD II-III).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả trong mổ. Ngày nay, PTNS đã được áp dụng rộng rãi trong điều trị ung thư đại trực tràng với nhiều ưu điểm nổi trội [3]. Đa phần BN của chúng tôi được PT bảo tồn cơ thắt 73,21%, bao gồm cắt toàn bộ mạc treo trực tràng 48,21% và cắt trực tràng gian cơ thắt 25,00%. Ngoài ra 23,21% PT Miles và 6 trường hợp (3,57%) PT Hartmann. Wang J. ghi nhận tỷ lệ PT bảo tồn cơ thắt ở nhóm hóa xạ tiền phẫu dài ngày là 63,04%, có 34,06% PT Miles và 2,90% PT Hartmann [4]. Park K.K. 82,6% cắt toàn bộ MTTT, 10,9% PT Miles và 2,2% PT Hartmann [3].

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tai biến là 5,36%, tổn thương tĩnh mạch trước xương cùng gặp nhiều nhất với tỷ lệ 1,79%. Tỷ lệ chuyển mổ mở trong PTNS điều trị UTTT dao động từ 1-33% [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 trường hợp chuyển mổ mở, chiếm 2,38%. Trong đó 2 trường hợp chuyển mổ mở để xử lý tai biến rách tĩnh mạch trước xương cùng và rách tĩnh mạch chậu

trái; 1 trường hợp chuyển mở do khối u lớn không đáp ứng với hóa xạ, thâm nhiễm bàng quang, tiền liệt tuyến, không thể xử lý qua nội soi. Park K.K. có 4 BN (4,3%) chuyển mổ mở [3].

4.2. Kết quả sớm. Tỷ lệ biến chứng sớm sau PTNS điều trị UTTT khoảng 21,9 - 27,0% [5]. Park K.K. ghi nhận 9,8%, bao gồm rò miệng nối 5,4%, hẹp hậu môn (1,1%), rò hậu môn (1,1%) và bí tiểu (2,2%) [3]. Nishikawa T. thấy tỷ lệ biến chứng sau PT 39,1% [6]. Tỷ lệ biến chứng sớm của chúng tôi là 18,90%, thường gặp là bí tiểu 6,71%, rò miệng nối 4,96%, nhiễm khuẩn vết mổ 3,66%, các biến chứng khác gặp với tỷ lệ thấp hơn bao gồm chảy máu vết mổ, tắc ruột sớm, rò niệu quản đều gặp với tỷ lệ 1,22%,... Tỷ lệ rò miệng nối sau PTNS UTTT trong các nghiên cứu từ 9,8-27%. Các yếu tố làm tăng nguy cơ rò bao gồm: BN nam giới, xạ trị trước mổ, BMI cao, albumin máu thấp, khối u lớn, miệng nối thấp dưới 5 cm, không có dẫn lưu hồi tràng bảo vệ,... [5]. Trong số 6 BN rò miệng nối sớm của chúng tôi, chủ yếu là rò độ C (5 BN), đều được PT khâu phục hồi miệng nối qua đường hậu môn, kết hợp PTNS lau rửa ổ bụng và làm dẫn lưu hồi tràng bảo vệ. Ngoài ra có 1 trường hợp rò độ B, triệu chứng lâm sàng không rõ ràng, nên đã được điều trị nội khoa bằng kháng sinh, nuôi dưỡng tĩnh mạch và lưu dẫn lưu ổ bụng, kết quả BN ra viện ổn định.

Nghiên cứu thấy thời gian nằm viện trung bình sau mổ 10,9 ± 5,5 ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình trong nghiên cứu của Park K.K. là 11,8 ngày (dao động từ 5-45 ngày) [3]. Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian nằm viện bao gồm biến chứng hậu phẫu (như rò miệng nối, bí tiểu, nhiễm khuẩn vết mổ,...).

4.3. Kết quả xa. Tất cả BN trong nghiên cứu của chúng tôi được theo dõi, đánh giá kết quả xa sau PT, với thời gian theo dõi trung bình 48,8 ± 15,3 (tháng), ngắn nhất là 5 tháng, lâu nhất là 80 tháng. Mục tiêu chính của theo dõi là phát hiện sớm tái phát tại chỗ, di căn xa, quản lý biến chứng muộn, đồng thời hỗ trợ phục hồi chức năng và nâng cao chất lượng sống lâu dài cho người bệnh.

Các biến chứng muộn thường xuất hiện sau 1-6 tháng hoặc thậm chí vài năm sau, chúng tôi ghi nhận biến chứng thường gặp là thoát vị hậu môn nhân tạo (9,3%), hẹp miệng nối (5,79%) và rò miệng nối muộn (3,31%), thoát vị HMNT 9,30%; bán tắc ruột do dính 1,83%, còn lại đờ bàng quang, hẹp niệu quản trái - thận trái mất chức năng, rò trực tràng - niệu đạo và viêm hoại tử miệng nối do xơ hóa mạch đều chiếm 0,60%. Rò miệng nối muộn là biến chứng ít gặp hơn so

với rò sớm, nhưng lại có hậu quả kéo dài, đặc biệt khi xuất hiện sau vài tháng đến vài năm. Theo định nghĩa, rò miệng nối được coi là "muộn" khi xảy ra sau 30 ngày hậu phẫu. Thử nghiệm COLOR II cũng ghi nhận tỷ lệ rò muộn là 2,5%, tác giả cho rằng xạ trị làm giảm khả năng hồi phục vi mạch tại vị trí miệng nối, dẫn đến hoại tử chậm và rò [1]. Chúng tôi ghi nhận 3,31% rò miệng nối muộn, chủ yếu biểu hiện bằng đau tức và chảy dịch đục hôi qua hậu môn, phát hiện trên nội soi và MRI thấy hình ảnh lỗ rò thường kèm theo ổ áp xe vùng tiểu khung cạnh miệng nối, ngoài ra có 1 trường hợp (0,6%) viêm hoại tử miệng nối do xơ hóa mạch. Các trường hợp này đều được PT lại để xử trí tổn thương, tuy nhiên do rò muộn dẫn đến xơ hóa rộng tổ chức xung quanh, không bảo tồn được, phải cắt bỏ miệng nối và làm hậu môn nhân tạo vĩnh viễn.

4.4. Đánh giá tái phát tại chỗ và di căn xa. Chúng tôi ghi nhận 29 BN tái phát tại chỗ hoặc di căn xa. Thời gian tái phát/ di căn trung bình là 23,9 ± 12,47 tháng. Park K.K. theo dõi trung bình là 28,4 tháng ghi nhận 8 BN (8,7%) di căn xa, vị trí gặp phổ biến nhất là phổi và gan. Tác giả kết luận PTNS là phương pháp an toàn, hiệu quả về mặt kỹ thuật và ung thư học đối UTTT giữa và dưới có hóa xạ trị dài ngày trước mổ [3]. Trần Ngọc Dũng với thời gian theo dõi trung bình 30,08 ± 16,8 tháng, ghi nhận 2 BN tái phát tại chỗ chiếm 3,2 %, di căn gan, phổi, phúc mạc lần lượt 9,7%, 6,7%, 1,6%, 1,6%. Trong đó, có 2 BN vừa di căn gan, vừa di căn phổi [7]. Tái phát tại chỗ thường liên quan chặt chẽ với kỹ thuật PT và đáp ứng với hóa xạ trị tiền phẫu. Nghiên cứu COREAN của Hàn Quốc báo cáo tỷ lệ tái phát tại chỗ sau PTNS là 2,6%, nhấn mạnh vai trò quan trọng của việc tuân thủ kỹ thuật nghiêm ngặt kỹ thuật cắt bỏ nguyên vẹn mạc treo trực tràng [2]

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm, 3 năm và 5 năm sau mổ lần lượt là 99,4%, 91,1% và 82,7%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 1 năm, 3 năm và 5 năm sau mổ lần lượt là 95,7%, 85,6% và 80,7%; tỷ lệ sống thêm toàn bộ giảm rõ rệt theo mức TRG Mandard, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$); nhóm TRG 1-2 có tiên lượng sống tốt hơn so với TRG 4-5, trong khi đó tỷ lệ sống thêm toàn bộ giảm dần theo giai đoạn TNM sau mổ, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm (Log-rank test: $p = 0,004$), BN ở giai đoạn TNM sớm (GD 0-I) có tiên lượng sống tốt hơn rõ rệt so với các giai đoạn muộn (GD II-III). Wang J. thấy tỷ lệ sống thêm toàn

bộ và sống thêm không bệnh 3 năm của nhóm BN có hóa xạ trị dài ngày trước mổ lần lượt là 72,4% và 87,2%, không có sự khác biệt có ý nghĩa so với nhóm xạ trị ngắn ngày [4]. Nguyễn Ngọc Dũng: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ thời gian sau 12 tháng - 24 tháng - 36 tháng - 60 tháng lần lượt là 100%, 98%, 98% và 81%, ước lượng thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 30,08 ± 16,79 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ thời gian sau 12 tháng - 24 tháng - 36 tháng - 60 tháng lần lượt là 90,3%, 86,1%, 82,9% và 78,1%; ước lượng thời gian sống thêm không bệnh trung bình 28,05 ± 17,70 tháng [7]. Các thử nghiệm COREAN [2] và COLOR II [1] thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm đạt từ 80% đến 86%, trong khi tỷ lệ sống thêm không bệnh dao động trong khoảng từ 70% đến 75%. Những kết quả này cho thấy việc ứng dụng PTNS kết hợp hóa xạ trị tiền phẫu mang lại lợi ích rõ rệt, với khả năng kiểm soát bệnh tốt hơn và cải thiện đáng kể thời gian sống thêm của BN.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi sau hóa xạ trị dài ngày ở BN ung thư trực tràng giữa và dưới là phương pháp an toàn, khả thi và hiệu quả, giúp tăng khả năng bảo tồn cơ thắt, với tỷ lệ biến tai biến - chứng thấp, cải thiện thời gian sống thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. van der Pas M.H., Haglind E., Cuesta M.A., et al (2013). Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer (COLOR II): short-term outcomes of a randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 14, 210-218.
2. Jeong S.Y., Park J.W., Nam B.H., et al (2014). Open versus laparoscopic surgery for mid-rectal or low-rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): survival outcomes of an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 15,767-74.
3. Park K.K., Lee S.H., Baek S.U., Ahn B.K. (2014). Laparoscopic resection for middle and low rectal cancer. *J Minim Access Surg.* 10(2), 68-71.
4. Wang J., Long Y., Liu K., et al (2021). Comparing neoadjuvant long-course chemoradiotherapy with short-course radiotherapy in rectal cancer. *BMC Gastroenterol.* 21(1), 277.
5. Leroy J., Jamali F., Forbes L., et al (2004). Laparoscopic total mesorectal excision (TME) for rectal cancer surgery: long-term outcomes. *Surg Endosc.* 18(2), 281-9.
6. Nishikawa T., Ishihara S., Emoto S., et al (2018). Multivisceral resections for locally advanced colorectal cancer after preoperative treatment. *Mol Clin Oncol.* 8(3), 493-498.
7. Trần Ngọc Dũng, Phạm Đức Hoàn, Lưu Quang Dũng, và cộng sự (2024). Kết quả xạ phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng giữa và thấp sau hóa xạ trị tiền phẫu. *Tạp chí nghiên cứu y học.* 185(12), 85-93.

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ HÓA MÔ MIỄN DỊCH LYMPHÔM TẾ BÀO LỚN THOÁI SẢN VỚI ALK DƯƠNG TÍNH: NGHIÊN CỨU ĐA TRUNG TÂM VÀ HỒI CỨU Y VẤN

Nguyễn Vũ Quý¹, Đặng Hoàng Minh², Thái Anh Tú⁴,
Trịnh Đình Thế Nguyên³, Phan Đặng Anh Thu²

TÓM TẮT

Tổng quan: Bướu lymphô tế bào lớn thoái sản (Anaplastic Large Cell Lymphoma – ALCL) dương tính với ALK là một thể lymphô tế bào T đặc trưng, thường gặp ở lứa tuổi trẻ và có sự đa dạng về hình thái cũng như kiểu hình miễn dịch. Việc mô tả đặc điểm mô học và biểu hiện miễn dịch của ALCL dương tính với ALK giúp củng cố chẩn đoán và định hướng điều trị.

Nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát đặc điểm mô bệnh học và kiểu hình miễn dịch của ALCL dương tính với ALK tại các cơ sở y tế ở TP. Hồ Chí Minh. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca được thực hiện trên các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ALCL dương tính với ALK trong giai đoạn từ 01/2020 đến 01/2025 tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM, Bệnh viện Nhi Đồng 1, và Bộ môn Mô phôi – Giải phẫu bệnh, Đại học Y Dược TP.HCM. **Kết quả:** Tổng cộng 38 trường hợp được ghi nhận, trong đó nhóm trẻ em (<16 tuổi) có tuổi trung bình 8,2 ± 3,8, nhóm vị thành niên và người lớn (≥16 tuổi) có tuổi trung bình 27, với tỷ lệ nam:nữ = 1,2:1. Tổn thương hạch chiếm 68,4%, và ngoài hạch 31,6%. Phân bố mô học gồm thể cổ điển (76,3%), thể lymphô mô bào (13,2%), thể tế bào nhỏ (7,9%) và thể khác (2,6%). Về kiểu hình miễn dịch, dấu ấn ALK-1 biểu hiện ở nhân và bào tương trong 78,9% trường hợp, chỉ bào tương trong 21,1%. Tỷ lệ dương tính của các dấu ấn dòng lymphô T gồm CD2 (31,6%), CD3 (36,1%), CD5

¹Trường Đại học Trà Vinh

²Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Nhi đồng 1

⁴Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phan Đặng Anh Thu

Email: phandanganhthu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025