

Nguyên nhân có thể là do sau khi đặt dẫn lưu khoang màng phổi, đau là yếu tố chính cản trở người bệnh tham gia vào quá trình phục hồi chức năng. Ở một khía cạnh khác, khi chúng tôi quan sát trên lâm sàng, gặp không ít trường hợp NB thổi hơi vào quả bóng sau đó lại hít lại chính hơi từ quả bóng căng. Vì vậy, khi nhân viên y tế hướng dẫn NB cần làm mẫu để NB hiểu được các bước của quy trình tập thổi bóng.

Tỷ lệ người bệnh thực hành tốt cả 3 liệu pháp tập thở chỉ chiếm 33,3%, điều này gợi mở nhân viên y tế cần hướng dẫn để người bệnh thực hiện tốt liệu pháp tập thở giúp cải thiện chức năng hô hấp và phòng tránh biến chứng.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về liệu pháp tập thở là 46,7%, kiến thức chưa tốt là 53,3%.

Tỷ lệ người bệnh thực hành đúng, đủ các thang tập thở trong liệu pháp tập thở là 33,3% và thực hành chưa tốt là 66,7%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh An (2023). Chăm sóc ngoại khoa các bệnh lý chấn thương. Nhà xuất bản Y học VN.
2. Đoàn Duy Hùng, Đoàn Quốc Hưng (2016).

Kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn Hà Nội giai đoạn 2012- 2014. Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực Việt Nam số 14- tháng 8/2016, 3-9.

3. Phạm Hữu Lưu, Dương Văn Minh (2021). Kết quả điều trị chấn thương ngực kèm theo chấn thương sọ não có dẫn lưu màng phổi đơn thuần tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam, 507 (1), 174- 178.
4. Phạm Hữu Lưu, Đoàn Văn Thủy (2021). Đánh giá thực trạng liệu pháp tập thở ở bệnh nhân chấn thương ngực có dẫn lưu màng phổi tại trung tâm tim mạch và lồng ngực- Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam, p. 255.
5. Phạm Đoàn Ngọc Tuấn và cộng sự (2023). Kết quả điều trị chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. Tạp chí Y dược Cần Thơ số 59/2023, 100- 109.
6. Nguyễn Xuân Vinh và cộng sự (2017). Đánh giá kiến thức và hành vi thực hiện lý liệu pháp hô hấp ở bệnh nhân chấn thương ngực, vết thương ngực tại Bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Y học Lâm sàng số 41/ 2017, 53-60.
7. Ashraf Abuejheisheh, Jamal A.S. Qaddumi, Muhammad W. Darawad (2021). Chest drains: prevalence of insertion and ICU nurses' knowledge of care, Heliyon 7 (8) e07719.
8. Helena van Aswegen (2020). Physiotherapy management of patients with trunk trauma: A state-of-the-art review. South African Journal of Physiotherapy, 76 (1), 1406: 1 –8.

# NGHIÊN CỨU TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU BẢO TỒN Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Cao Trung Nghĩa<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Vinh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ suy tim phân suất tổng máu (PSTM) bảo tồn và yếu tố liên quan trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên đối tượng bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ trong khoảng thời gian từ tháng 03 năm 2025 đến tháng 08 năm 2025. **Kết quả:** trên tổng số 65 bệnh nhân, nam giới là 76,9%. Có 25 bệnh nhân suy tim PSTM bảo tồn, chiếm tỷ lệ là 38,5%. Bệnh nhân STEMI có tỷ lệ suy tim PSTM bảo tồn là 70,0% cao hơn NSTEMI với chỉ là 24,4%. Tương tự, bệnh nhân có Killip  $\geq 02$  có tỷ lệ suy tim PSTM bảo tồn là 87,5% cao hơn nhóm Killip dưới 02 với 31,6%. Bệnh nhân đái tháo đường có tỷ lệ suy

tim PSTM bảo tồn cao hơn không đái tháo đường, với tỷ lệ là 63,2% so với 28,3%. **Kết luận:** suy tim PSTM bảo tồn xuất hiện với tỷ lệ khá cao ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Các yếu tố như nhồi máu cơ tim ST chênh lên, phân độ Killip từ 2 trở lên và tiền sử đái tháo đường có liên quan đến suy tim phân suất tổng máu bảo tồn. **Từ khóa:** nhồi máu cơ tim cấp, suy tim phân suất tổng máu bảo tồn, một số yếu tố liên quan.

## SUMMARY

**A STUDY ON THE PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF HEART FAILURE WITH PRESERVED EJECTION FRACTION IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL**

**Objectives:** To investigate the prevalence of heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF) and associated factors in patients with acute myocardial infarction (AMI). **Materials and methods:** a cross-sectional descriptive study was conducted on patients diagnosed with myocardial infarction who were admitted and treated at Can Tho

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Vinh

Email: nthevinh51@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 3.12.2025

City General Hospital from March 2025 to August 2025. **Results:** Among a total of 65 patients, 76.9% were male. There were 25 patients with HFpEF, accounting for 38.5%. The proportion of HFpEF was higher in patients with STEMI (70.0%) compared with those with NSTEMI (24.4%). Similarly, patients with Killip class  $\geq$  II had a higher HFpEF rate (87.5%) compared with those with Killip  $<$  II (31.6%). Patients with diabetes mellitus had a significantly higher prevalence of HFpEF compared to non-diabetic patients (63.2% vs 28.3%). **Conclusion:** HFpEF occurs at a relatively high rate among patients with acute myocardial infarction. Factors such as ST-segment elevation myocardial infarction, higher Killip class ( $\geq$  II), and a history of diabetes mellitus were found to be associated with the occurrence of HFpEF.

**Keywords:** myocardial infarction, heart failure preserved ejection fraction, associated factors.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế trên toàn cầu. Dù có những tiến bộ trong can thiệp mạch vành và điều trị nội khoa, một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân vẫn phát triển biến chứng rối loạn chức năng tim, trong đó có suy tim. Đáng chú ý, ngày càng nhiều bằng chứng cho thấy suy tim phân suất tống máu (PSTM) bảo tồn chiếm tỷ lệ không nhỏ trong nhóm các bệnh nhân nhồi máu sau giai đoạn cấp [1]. Suy tim PSTM bảo tồn đặc trưng bởi triệu chứng lâm sàng suy tim nhưng PSTM thất trái  $\geq$ 50%, cơ chế bệnh sinh không hoàn toàn giống với suy tim PSTM giảm, mà thường liên quan đến các yếu tố như rối loạn chức năng tâm trương, viêm mạn tính mức độ thấp, tổn thương vi mạch và tình trạng chuyển hóa như đái tháo đường, béo phì. Nhiều nghiên cứu gần đây ghi nhận tỷ lệ suy tim PSTM bảo tồn sau nhồi máu dao động từ 10-30%, tùy theo dân số và thời điểm đánh giá [2, 3]. Ngoài ra, suy tim PSTM bảo tồn sau nhồi máu không chỉ liên quan đến tăng nguy cơ nhập viện và tử vong, mà còn thách thức trong điều trị do thiếu các can thiệp đặc hiệu đã được chứng minh hiệu quả [4]. Tại Việt Nam, dữ liệu về tỷ lệ suy tim PSTM bảo tồn ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp còn hạn chế.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành với thiết kế mô tả cắt ngang kết hợp với phân tích trên đối tượng bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ trong khoảng thời gian từ tháng 03 năm 2025 đến tháng 08 năm 2025.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp theo tiêu

chẩn của Hội Tim mạch Châu Âu và loại trừ những trường hợp sau: (1) bệnh nhân tiền sử suy tim từ trước khi nhập viện; (2) bệnh nhân suy thận nặng; (3) bệnh tâm thần, sa sút trí tuệ không thể trả lời phỏng vấn [5].

**2.3. Biến số nghiên cứu.** Suy tim PSTM bảo tồn được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Châu Âu khi biểu hiện triệu chứng suy tim, tăng NT-proBNP  $>$ 125pg/mL, rối loạn chức năng tâm trương, tuy nhiên EF bảo tồn ( $\geq$ 50,0%). Ghi nhận tỷ lệ suy tim PSTM bảo tồn và tiến hành phân tích mối liên quan với thể lâm sàng nhồi máu cơ tim, đặc điểm nhân trắc học và các yếu tố nguy cơ [6].

**2.4. Xử lý và phân tích số liệu.** Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0; biến định tính trình bày tần số và tỷ lệ; biến định lượng phân phối chuẩn trình bày trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh hai tỷ lệ dùng kiểm định Chi-squared test hoặc Fisher's Exact test.

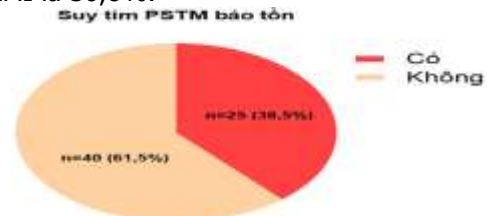
**2.5. Đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành đảm bảo tuân thủ đầy đủ nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y sinh, đối tượng tham gia hoàn toàn tự nguyện, được giải thích rõ ràng mục tiêu và lợi ích khi tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân có thể rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào, việc nghiên cứu này không làm chậm trễ chẩn đoán hay điều trị cho bệnh nhân.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Tần số (n=65)	Tỷ lệ (%)
Giới nam	50	76,9
Tuổi trung bình ( $\pm$ SD)	67,35 $\pm$ 10,44 tuổi	
BMI trung bình ( $\pm$ SD)	21,90 $\pm$ 2,02 Kg/m <sup>2</sup>	
Tăng huyết áp	48	73,8
Rối loạn lipid máu	39	60,0
Đái tháo đường	19	29,2
Hút thuốc lá	36	55,4
STEMI	20	30,8

**Nhận xét:** Trên 65 bệnh nhân, tuổi trung bình là 67,35  $\pm$  10,44 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân STEMI là 30,8%.



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ suy tim phân suất tống máu bảo tồn**

**Nhận xét:** Ghi nhận có 25 bệnh nhân suy tim PSTM bảo tồn, chiếm tỷ lệ là 38,5%.

**Bảng 2. Liên quan giữa đặc điểm nhân trắc học và suy tim phân suất tống máu bảo tồn**

Đặc điểm nhân trắc		Suy tim PSTM bảo tồn		p
		Có (n,%)	Không (n,%)	
Giới tính	Nam giới	16 (32,0)	34 (68,0)	0,051
	Nữ giới	09 (60,0)	06 (40,0)	
Nhóm tuổi	Tuổi ≥60	16 (42,1)	22 (57,9)	0,474
	Tuổi <60	09 (33,3)	18 (66,7)	
Thừa cân béo phì	Có	08 (61,5)	05 (38,5)	0,056
	Không	17 (32,7)	35 (67,3)	

**Nhận xét:** Không ghi nhận mối liên quan giữa đặc điểm nhân trắc học và suy tim PSTM bảo tồn.

**Bảng 3. Liên quan giữa đặc điểm nhồi máu cơ tim và suy tim phân suất tống máu bảo tồn**

Đặc điểm nhân trắc		Suy tim PSTM bảo tồn		p
		Có (n,%)	Không (n,%)	
Thể lâm sàng	STEMI	14 (70,0)	06 (30,0)	<0,001
	NTSEMI	11 (24,4)	34 (75,6)	
Phân độ Killip	Killip ≥2	07 (87,5)	01 (12,5)	0,004
	Killip dưới 2	18 (31,6)	39 (68,4)	

**Nhận xét:** Bệnh nhân STEMI có tỷ lệ suy tim PSTM bảo tồn là 70,0% cao hơn so với nhóm NSTEMI với chỉ 24,4%. Tương tự, bệnh nhân có Killip ≥02 có tỷ lệ suy tim PSTM bảo tồn là 87,5% cao hơn nhóm Killip dưới 2 với chỉ 31,6% ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 4. Liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và suy tim phân suất tống máu bảo tồn**

Yếu tố nguy cơ		Suy tim PSTM bảo tồn		p
		Có (n,%)	Không (n,%)	
Tăng huyết áp	Có	19 (39,6)	29 (60,4)	0,755
	Không	06 (35,3)	11 (64,7)	
Rối loạn lipid máu	Có	18 (46,2)	21 (53,8)	0,118
	Không	07 (26,9)	19 (73,1)	
Đái tháo đường	Có	12 (63,2)	07 (36,8)	0,009
	Không	13 (28,3)	33 (71,7)	
Hút thuốc lá	Có	17 (47,2)	19 (52,8)	0,106
	Không	08 (27,6)	21 (72,4)	

**Nhận xét:** Bệnh nhân đái tháo đường có tỷ lệ suy tim PSTM bảo tồn cao hơn nhóm không có đái tháo đường, với tỷ lệ là 63,2% so với 28,3% ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Mặc dù suy tim PSTM bảo tồn sau nhồi máu cơ tim có thể có tiên lượng tốt hơn PSTM giảm,

nhưng sự phát triển suy tim ở bệnh nhân ngay cả với EF bảo tồn, vẫn liên quan đến tăng nguy cơ nhập viện vì suy tim và tăng nguy cơ tử vong về lâu dài. Trên tổng số 65 bệnh nhân nhập viện, chúng tôi ghi nhận có 25 bệnh nhân suy tim PSTM bảo tồn, chiếm tỷ lệ là 38,5%. Theo nghiên cứu của tác giả Chris Lenselink và cộng sự khảo sát trên tổng số 1172 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp đã ghi nhận tỷ lệ xuất hiện suy tim chung là 10,9%, trong đó suy tim PSTM giảm là 52,1%; suy tim PSTM giảm nhẹ là 29,4% và suy tim PSTM bảo tồn là 18,5% trường hợp. Tác giả này ghi nhận các yếu tố dự báo độc lập phát triển suy tim PSTM bảo tồn là giới nữ ( $\beta=0,99$ ,  $p=0,029$ ), suy thận ( $\beta=1,95$ ,  $p=0,003$ ) và chỉ số thể tích nhĩ trái lớn ( $\beta=0,04$ ,  $p=0,033$ ) [3]. Javed Butler và cộng sự ghi nhận tỷ lệ suy tim nói chung ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim là 23,8%, trong đó tỷ lệ suy tim PSTM giảm, giảm nhẹ và bảo tồn lần lượt là 42,2%; 26,7% và 31,1%. Cũng theo tác giả này, những bệnh nhân suy tim PSTM bảo tồn mặc dù có lâm sàng nhẹ hơn PSTM giảm, tuy nhiên vẫn nguy cơ rất cao tái phát nhồi máu cơ tim cấp và suy tim phải nhập viện trong khoảng thời gian 03 tháng sau đó [2]. Tương tự, một nghiên cứu được thực hiện tại Trung Quốc của Xi Wu và cộng sự trên tổng số 458 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sau can thiệp động mạch vành qua da ghi nhận 107 trường hợp suy tim PSTM bảo tồn, những bệnh nhân này có tỷ lệ tăng huyết áp (51,4% và 49,6%); đái tháo đường (33,6% và 26,2%); tiền sử đột quỵ não (7,5% và 5,7%) và hút thuốc (57,9% và 50,4%) cao hơn so với nhóm không suy tim. Đặc biệt, trong mô hình đa biến xác định được các yếu tố bao gồm tăng D-dimer ( $>184,3$  ng/mL), tăng NT-proBNP ( $>2640,11$  pg/mL), tăng chỉ số khối cơ thất trái ( $>105,91$  g/m<sup>2</sup>), tổn thương tại LAD là các yếu tố độc lập có liên quan đến suy tim PSTM bảo tồn [7]. Mặc dù tỷ lệ suy tim PSTM bảo tồn báo cáo khá dao động giữa các nghiên cứu, nhưng nhìn chung tỷ lệ xuất hiện tương đối cao ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp.

#### V. KẾT LUẬN

Suy tim phân suất tống máu bảo tồn xuất hiện với tỷ lệ khá cao ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Các yếu tố như nhồi máu cơ tim ST chênh lên, phân độ Killip từ 2 trở lên và tiền sử mắc đái tháo đường có liên quan đến suy tim phân suất tống máu bảo tồn.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cunningham JW, et al. Myocardial infarction in heart failure with preserved ejection fraction:

- pooled analysis of 3 clinical trials. Heart Failure. 2020. 8(8), p.618-626.
2. **Butler J, et al.** Incident heart failure and recurrent coronary events following acute myocardial infarction. European Heart Journal. 2025. 46(16), p.1540-1550.
  3. **Lenselink C, et al.** Incidence and predictors of heart failure with reduced and preserved ejection fraction after ST-elevation myocardial infarction in the contemporary era of early percutaneous coronary intervention. European Journal of Heart Failure. 2024. 26(5), p.1142-1149.
  4. **Antonelli L, et al.** Heart failure with preserved left ventricular ejection fraction in patients with acute myocardial infarction. Arquivos brasileiros de cardiologia. 2015. 105(2), p.145-150.
  5. **Byrne RA, et al.** ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes: developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology. European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care. 2024. 13(1), p.55-161.
  6. **McDonagh TA, et al.** ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European heart journal. 2021. 42(36), p.3599-3726.
  7. **Wu X, et al.** A predictive model for heart failure with preserved ejection fraction following acute myocardial infarction: the HFpEF-AMI score. BMC Cardiovascular Disorders. 2025. 25(1), p.535.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HIỆU QUẢ CỦA HÓA XẠ TRỊ DÀI NGÀY TRƯỚC MỔ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TRỰC TRÀNG GIỮA VÀ DƯỚI

Vũ Ngọc Sơn<sup>1</sup>, Triệu Triều Dương<sup>2</sup>, Phạm Văn Thương<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả của hóa xạ trị dài ngày trước mổ ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến trực tràng giữa và dưới. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu – tiến cứu trên 168 bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn II–III được điều trị bằng hóa xạ trị dài ngày kết hợp phẫu thuật nội soi triệt căn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (8/2018 – 8/2023). **Kết quả:** Tuổi trung bình  $62,0 \pm 10,9$ ; nam giới chiếm 69,6%. Vị trí u 1/3 giữa là 50,6% và 1/3 dưới là 49,4%. MRI trước hóa xạ cT3 chiếm 71,4%, giai đoạn bệnh trước hóa xạ chủ yếu là giai đoạn III với 95,24%. 98,8% bệnh nhân hoàn thành đúng phác đồ hóa xạ trị. 41,1% BN hết hoàn toàn triệu chứng, MRI sau hóa xạ phần lớn BN (46,43%) đạt đáp ứng trung bình (mrTRG 3) và 14,88% đáp ứng hoàn toàn. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn TRG 1 trên giải phẫu bệnh là 22,02%. Có sự thay đổi về phân bố giai đoạn bệnh trước hoá xạ và sau mổ ( $p = 0,000$  - Chi-square test), giai đoạn III giảm còn 14,3%; có 18,5% đáp ứng hoàn toàn (giai đoạn 0). **Kết luận:** Hóa xạ trị dài ngày trước mổ giúp cải thiện rõ rệt tỷ lệ đáp ứng khối u, hạ giai đoạn bệnh, đồng thời bảo đảm độ an toàn và khả năng hoàn thành đúng phác đồ điều trị cao.

**Từ khóa:** Ung thư trực tràng; Hóa xạ trị dài ngày; Phẫu thuật nội soi.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF LONG-COURSE NEOADJUVANT CHEMORADIOTHERAPY IN PATIENTS WITH MID - AND LOW-RECTAL ADENOCARCINOMA

**Objective:** To describe clinical and paraclinical characteristics and evaluate the effectiveness of long-course neoadjuvant chemoradiotherapy (LCCRT) in patients with mid- and low-rectal adenocarcinoma. **Methods:** A retrospective-prospective study was conducted on 168 stage II–III rectal cancer patients treated with LCCRT followed by laparoscopic radical surgery at Military Central Hospital 108 (August 2018 – August 2023). **Results:** Mean age was  $62.0 \pm 10.9$  years; males accounted for 69.6%. Tumor location: mid-rectum 50.6%, low rectum 49.4%. MRI before treatment showed 71.4% cT3, and 95.24% were stage III. After LCCRT, 98.8% completed the regimen; 41.1% had complete symptom relief. Post-treatment MRI demonstrated 46.43% with moderate response (mrTRG 3) and 14.88% with complete response. Pathology confirmed a complete tumor regression rate of 22.02%. There was a significant stage distribution shift ( $p = 0.000$ ), with stage III reduced to 14.3% and 18.5% achieving complete response (stage 0). **Conclusion:** LCCRT prior to surgery significantly improved tumor regression and downstaging, while ensuring safety and high treatment compliance.

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

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là bệnh lý ác tính khá phổ biến với tỷ lệ ngày càng tăng trong những

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

<sup>3</sup>Trường 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: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025