

hiệu nội soi ổn định và có độ tin cậy cao hơn trong dự đoán tình trạng *H. pylori*. Theo phân loại của Landis và Koch (1977), hệ số Kappa từ 0,21–0,40 thể hiện sự đồng thuận “khá”, và 0,41–0,60 là “trung bình đến tốt” [1]. Do đó, kết quả của chúng tôi chứng minh rằng RAC – dù là dấu hiệu quan sát chủ quan – vẫn có giá trị thống nhất đáng kể giữa các người đọc nội soi, trong khi IRAC có độ biến thiên lớn hơn do khó phân định ranh giới giữa “mất RAC” và “mất đều RAC” [2]. Các nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận kết quả tương tự. Yagi báo cáo Kappa = 0,43 cho RAC khi so sánh với kết quả mô bệnh học, chứng minh mức độ tái lập chẩn đoán tốt [3]. Trong khi đó, Anagnostopoulos và Yao nhận thấy các mô hình vi mạch không điển hình (như IRAC hoặc mất RAC hoàn toàn) có độ đồng thuận thấp hơn do phụ thuộc vào kinh nghiệm của bác sĩ nội soi [4],[8]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi củng cố giá trị thực hành của RAC như một chỉ điểm nội soi đơn giản, có tính tái lập tốt và độ đồng thuận cao, giúp tăng khả năng nhận diện tình trạng *H. pylori* trong nội soi thường quy. Trong khi đó, IRAC tuy cũng liên quan đến nhiễm khuẩn, nhưng cần được đánh giá cẩn trọng hơn hoặc kết hợp với các kỹ thuật hỗ trợ như NBI hoặc nội soi phóng đại để tăng độ tin cậy chẩn đoán.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy dấu hiệu RAC và IRAC trên nội soi có giá trị chẩn đoán đáng tin cậy đối với tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm loét dạ dày – tá tràng. RAC âm tính và IRAC dương tính liên quan chặt chẽ với nhiễm khuẩn ($p < 0,001$), trong khi RAC có độ nhạy, độ

đặc hiệu và mức độ đồng thuận cao hơn. Các dấu hiệu nội soi này có thể được sử dụng như công cụ hỗ trợ hữu ích, đơn giản và chi phí thấp trong dự đoán nhiễm *H. pylori*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **B. Marshall and J. R. Warren**, "Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration," (in ENG), *The Lancet*, vol. 323, no. 8390, pp. 1311-1315, 1984.
2. **N. Uemura et al.**, "Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer," (in eng), *New England journal of medicine*, vol. 345, no. 11, pp. 784-789, 2021.
3. **K. Yagi, Y. Aruga, A. Nakamura, and A. Sekine**, "Regular arrangement of collecting venules (RAC): a characteristic endoscopic feature of Helicobacter pylori-negative normal stomach and its relationship with esophago-gastric adenocarcinoma," (in eng), *Journal of gastroenterology*, vol. 40, no. 5, p. 443, 2005.
4. **G. Anagnostopoulos et al.**, "High-resolution magnification endoscopy can reliably identify normal gastric mucosa, Helicobacter pylori-associated gastritis, and gastric atrophy," (in eng), *Endoscopy*, vol. 39, no. 03, pp. 202-207, 2017.
5. **M. J. Blaser and J. C. Atherton**, "Helicobacter pylori persistence: biology and disease," (in eng), *The Journal of clinical investigation*, vol. 113, no. 3, pp. 321-333, 2024.
6. **K. Yao, G. Anagnostopoulos, and K. Ragnath**, "Magnifying endoscopy for diagnosing and delineating early gastric cancer," (in eng), *Endoscopy*, vol. 41, no. 05, pp. 462-467, 2019.
7. **M. Miftahussurur, Y. Yamaoka, and D. Y. J. E. r. i. m. m. Graham**, "Helicobacter pylori as an oncogenic pathogen, revisited," vol. 19, p. e4, 2017.
8. **M. La**, "Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults," (in eng), *Clin Infect Dis.*, vol. 44, pp. S27-S72, 2019.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Phạm Văn Thương¹, Đinh Văn Chiến², Nguyễn Văn Hương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng đang được thực hiện ngày càng phổ biến tại các bệnh viện trong cả nước. Nghiên cứu nhằm đánh

giá kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại tràng. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu tất cả bệnh nhân ung thư đại tràng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 6 năm 2025 tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Kết quả:** Gồm 152 bệnh nhân, gồm 89 nam, 63 nữ, tuổi trung bình $65,2 \pm 13,89$ (tuổi nhỏ nhất 24, lớn nhất 96). ASA 1 chiếm đa số với tỷ lệ 81,6%. Vị trí ung thư ở đại tràng phải chiếm nhiều nhất với 53,9%, đại tràng sigma 23,0%, đại tràng trái 14,5%, đại tràng ngang 8,6%. Ung thư giai đoạn I chiếm 11,8%, giai đoạn IIa chiếm 13,2%, giai đoạn IIb chiếm 39,5%; giai đoạn IIIa chiếm 28,3%; giai đoạn IIIb chiếm 7,2%. Biến chứng

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thương

Email: pvanthuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

niêm trùng vết mổ chiếm 9,9%, tràn khí dưới da chiếm 0,7%, bí tiểu chiếm 2,0%, rò miệng nổi chiếm 5,3%. Không có biến chứng lớn cần phẫu thuật lại và tử vong sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình $10,56 \pm 3,46$ ngày (5-27 ngày). Kích thước u trung bình $4,3 \pm 0,89$ cm. Số lượng hạch vét được trung bình $19,35 \pm 4,95$ hạch. Thời gian tái phát trung bình $12,17 \pm 5,71$ tháng; Thời gian sống thêm sau mổ $24,91 \pm 13,11$ tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng là khả thi, an toàn, hiệu quả, đảm bảo tính triệt căn ung thư, tỷ lệ tái biến trong mổ và biến chứng sau mổ thấp. **Từ khóa:** Đại tràng, ung thư đại tràng, phẫu thuật nội soi đại tràng.

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC COLECTOMY IN THE TREATMENT OF COLORECTAL CANCER AT NGHE FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Research Objective: Laparoscopic for the treatment of colorectal cancer is increasingly being performed at hospitals across the country. This study was conducted to evaluate the effectiveness of laparoscopic surgery in the treatment of colorectal cancer. **Methods:** A retrospective study was conducted on all colorectal cancer patients treated with laparoscopic from January 2020 to June 2025 at Nghe an Friendship General Hospital. **Results:** Include 152 patients, of which 89 are male and 63 are female, with an average age of 65.2 ± 13.89 (youngest age 24, oldest age 96). ASA 1 makes up the majority with a rate of 81.6%. The right colon is the most common site with 53.9%, the sigmoid colon is 23.0%, the left colon is 14.5%, and the transverse colon has the lowest rate at 8.6%. Surgical resection of the colon accounts for the majority at 53.9%. Postoperative stage I accounts for 11.8%, IIa 13.2%, IIb 39.5%; IIIa 28.3%; and IIIb 7.2%. The complication of surgical site infection 9.9%, subcutaneous emphysema 0.7%, urinary retention 2.0%, anastomotic leakage 5.3%. There were no major complications requiring reoperation and no short-term mortality. The average length of hospital stay was 10.56 ± 3.46 days. The average tumor size was 4.3 ± 0.89 cm. The average number of harvested lymph nodes was 19.35 ± 4.95 nodes. The average recurrence time was 12.17 ± 5.71 months. The average survival time after surgery was 24.91 ± 13.11 months. **Conclusion:** Laparoscopic in the treatment of for colon cancer is safe and effective with a low complication rate and ensure cancer eradication

Keywords: Colon, colon cancer, laparoscopic colon cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng là một trong những bệnh lý ác tính thường gặp trên toàn cầu, đứng hàng thứ ba về tỷ lệ mắc sau ung thư vú ở nữ và ung thư phổi, đồng thời xếp thứ hai về tỷ lệ tử vong sau ung thư phổi. Theo thống kê năm 2020, ung thư đại tràng chiếm khoảng 10% tổng số ca ung thư mới và 9,4% tổng số ca tử vong do ung thư [1]. Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở các nước phương

Tây và Úc, trong khi ở các quốc gia Đông Âu, Đông Nam Á, Nam Trung Á và Nam Mỹ cũng đang có xu hướng gia tăng. Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng chiếm khoảng 9% tổng số ca ung thư, đứng hàng thứ năm sau ung thư dạ dày, phổi, vú và vòm [1]. Trong điều trị, sự ra đời của kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (Total Mesorectal Excision – TME) đã được chứng minh giúp cải thiện tiên lượng đáng kể, làm giảm rõ rệt tỷ lệ tái phát tại chỗ và đồng thời nâng cao tỷ lệ sống thêm 5 năm. Từ kết quả tích cực này, phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (Complete Mesocolic Excision – CME) ngày càng được nghiên cứu và áp dụng rộng rãi nhằm đạt được hiệu quả điều trị tương tự trong ung thư đại tràng [2].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị ung thư đại tràng đã được triển khai ngày càng phổ biến ở nhiều cơ sở y tế. Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An đã ứng dụng PTNS điều trị ung thư đại tràng từ năm 2010 đến nay và đã ghi nhận được những kết quả khả quan cho người bệnh. Để đánh giá kết quả thực hiện PTNS điều trị ung thư đại tràng trong giai đoạn 2020 – 2025, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 152 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến đại tràng được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2025 tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu cắt ngang

* Các biến số nghiên cứu:

- Tuổi, giới tính, ASA, vị trí tổn thương, giai đoạn bệnh, độ biệt hóa, kích thước u.
- Phương pháp mổ, thời gian mổ, tai biến trong mổ, số hạch vét được, số hạch di căn.
- Biến chứng sau mổ, thời gian gian điều trị, thời gian tái phát và sống thêm sau mổ.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 22.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức và Ban Giám đốc Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An đồng ý thông qua, nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu khoa học, các thông tin bệnh nhân được đảm bảo bí mật, trung thực, khách quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2025, có 152 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng do ung thư biểu mô với kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu (n=152)

Tuổi trung bình		65,2 ± 13,89 (24 - 96) tuổi
Giới tính	Nam	89 (58,6%)
	Nữ	63 (41,4%)
ASA	1	124 (81,6%)
	2	23 (15,1%)
	3	5 (3,3%)
Vị trí khối u	Đại tràng phải	82 (53,9%)
	Đại tràng ngang	13 (8,6%)
	Đại tràng trái	22 (14,5%)
	Đại tràng Sigma	35 (23,0%)
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	18 (11,8%)
	Giai đoạn IIa	20 (13,2%)
	Giai đoạn IIb	60 (39,5%)
	Giai đoạn IIIa	43 (28,3%)
	Giai đoạn IIIb	11 (7,2%)
Độ mô học	Độ I	106 (69,7%)
	Độ II	35 (23,0%)
	Độ III	11 (7,2%)

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình 65,2 ± 13,89, thấp nhất là 24 tuổi và lớn tuổi nhất là 96 tuổi. nam chiếm 58,6% và nữ 41,4%. Tình trạng sức khỏe trước gây mê hồi sức chủ yếu là ASA1, chiếm 81,6%. Vị trí u gặp nhiều nhất ở đại tràng phải chiếm 53,9%, thứ 2 là đại tràng sigma 23%, tiếp đến đại tràng trái 14,5% và gặp ít nhất là đại tràng ngang 8,6%. Giai đoạn bệnh sau mổ gặp I, IIa, IIb, IIIa, IIIb lần lượt là 11,8%, 13,2%, 39,5%, 28,3%, 7,2%. Độ mô học trong nghiên cứu chủ yếu gặp độ 1, chiếm 69,7%.

Bảng 2. Các phương pháp phẫu thuật (n=152)

Phương pháp	n	Tỷ lệ %
Cắt đại tràng phải	82	53,9
Cắt đại tràng phải mở rộng	3	2,0%
Cắt đại tràng ngang	11	7,2%
Cắt đại tràng trái	21	13,8%
Cắt đại tràng sigma	30	19,7%
Cắt đại tràng sigma + trực tràng cao	5	3,3%

Nhận xét: Phẫu thuật cắt đại tràng phải nhiều nhất chiếm 53,9%, tiếp đến là đại tràng sigma chiếm 19,7%. Có 5 trường hợp chiếm 3,3% u phần thấp của đại tràng sigma nên phải cắt đại tràng sigma và trực tràng cao.

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật (n=152)

Tai biến chảy máu trong mổ	12 (7,9%)
-----------------------------------	-----------

Kích thước u trung bình	4,32 ± 0,89 (1 - 9) cm
Số hạch vét được trung bình	19,35 ± 4,95 (9 - 42) hạch
Số hạch di căn trung bình	2,11 ± 3,57 (0 - 18) hạch
Thời gian phẫu thuật trung bình	152,8 ± 36,95 (75 - 248) phút

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có kích thước khối u trung bình 4,32 ± 0,89 cm, nhỏ nhất là 1cm và lớn nhất là 9cm; 7,9% có tai biến chảy máu trong mổ và đều được xử lý cầm máu trong phẫu thuật nội soi, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở hoặc tử vong do tai biến trong mổ. Số hạch vét được trung bình 19,35 ± 4,95 hạch, số hạch di căn trung bình 2,11 ± 3,57 hạch. Thời gian phẫu thuật trung bình 152,8 ± 36,95 phút.

Bảng 4. Kết quả điều trị (n=152)

Biến chứng sau mổ	Nhiễm trùng vết mổ	
	Tràn khí dưới da	1 (0,7)
	Bí tiểu	3 (2,0)
	Rò miệng nối	8 (5,3)
Thời gian nằm viện sau mổ	10,56 ± 3,46 (5 - 27) ngày	
Thời gian tái phát trung bình	9,95 ± 2,81 (5 - 15) tháng	
Thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ	27,84 ± 16,41 (3 - 60) tháng	
Thời gian sống thêm không bệnh sau mổ	25,56 ± 17,76 (3 - 60) tháng	
Thời gian sống thêm có bệnh sau mổ	10,84 ± 4,63 (3 - 24) tháng	

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có tỷ lệ biến chứng chung là 17,9%, trong đó 9,9% nhiễm trùng vết mổ; 5,3% rò miệng nối; 2,0% bí tiểu và 0,7% tràn khí dưới da sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ 10,56 ± 3,46 ngày, ngắn nhất là 5 ngày và dài nhất là 27 ngày do có biến chứng dò tiêu hóa sau mổ. Thời gian tái phát sau mổ trung bình 12,17 ± 5,71 tháng, ngắn nhất là 4 tháng và dài nhất là 36 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ trung bình 27,84 ± 16,41 (3 - 60) tháng. Thời gian sống thêm không bệnh sau mổ 25,56 ± 17,76 (3 - 60) tháng. Thời gian sống thêm có bệnh sau mổ 10,84 ± 4,63 (3 - 24) tháng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi có kết quả nhân khẩu học không khác biệt về giới và phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi 65,2 ± 13,89, tuổi nhỏ nhất 24, lớn nhất 96. Kết quả này khá tương đồng khi so sánh với các nước ở châu Á như nghiên cứu của tác giả Cho Min Soo tại Hàn

Quốc trên 773 bệnh nhân có tuổi trung bình là $61,5 \pm 11,4$ tuổi [3]. Phẫu thuật đại tràng theo chương trình thường được chỉ định cho những bệnh nhân có ASA1 đến ASA3. Phân loại ASA cao có liên quan đến biến chứng sau mổ, như dò miệng nổi và tăng nguy cơ về các biến chứng liên quan đến thuốc gây mê. Các bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu là ASA1 và ASA2 chiếm gần 90,0% các trường hợp. Sau mổ có 8 BN rò miệng nổi chiếm 5,2%. Theo hướng dẫn của hiệp hội dinh dưỡng châu Âu trong phẫu thuật thì đối với những bệnh nhân $BMI \leq 18,5$ có tỷ lệ % sụt cân ($\geq 10\%$ /tối đa 6 tháng) SGA-C (suy dinh dưỡng nặng) hoặc $NRS \geq 5$ điểm thì nên thực hiện liệu pháp dinh dưỡng và trì hoãn phẫu thuật từ 7 - 14 ngày [4].

Về vị trí u thì u đại tràng phải chiếm nhiều nhất với 53,9% các trường hợp. Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải chiếm đa số với 53,9%. Về vấn đề không tương xứng giữa loại phẫu thuật và vị trí khối u, có sự khác biệt này vì trong thiết kế nghiên cứu thì chúng tôi thực hiện cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng phải cho các bệnh nhân u tại manh tràng và đại tràng lên; cắt $\frac{1}{2}$ đại tràng phải mở rộng cho u đại tràng ngang góc gan; cắt đại tràng ngang cho u nằm giữa đại tràng ngang; cắt đại tràng trái cho các khối u góc lách và đại tràng xuống; cắt sigma và trực tràng trên và/hoặc đại tràng xuống cho các vị trí u sigma theo nguyên tắc ung thư học của hội ung thư học Nhật Bản.

Giai đoạn I sau mổ chiếm 11,8%, giai đoạn IIa chiếm 13,2%, giai đoạn IIb chiếm 39,5%; giai đoạn IIIa chiếm 28,3%; giai đoạn IIIb chiếm 7,2%. Về các giai đoạn này được đánh giá sau mổ và dựa vào kết quả giải phẫu bệnh học. Độ mô học I chiếm đại đa số với 69,7%. Việc tiến hành nạo vét hạch trung tâm và mở rộng có thể làm cho việc chẩn đoán giải phẫu bệnh chính xác hơn. Cụ thể, với tiêu chuẩn giải phẫu bệnh chính xác phẫu thuật cắt đại tràng tiêu chuẩn để làm thước đo cho chất lượng phẫu thuật được đưa ra từ những năm 1990 và còn sử dụng cho tới hiện nay. Tuy nhiên, trong hơn 20 năm qua vẫn có hơn 25% bệnh nhân được cắt bỏ đại trực tràng nhưng không đảm bảo tiêu chuẩn này [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thì không phải 100% bệnh nhân có số lượng hạch vét được sau phẫu thuật đạt > 12 hạch bạch huyết. Số lượng hạch trung bình vét được là $19,35 \pm 4,95$ hạch. Có được số lượng hạch như vậy do quá trình vét hạch trung tâm và phẫu thuật cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo đại tràng. Có nhiều bằng chứng cho thấy, số lượng hạch vét được tương quan với yếu tố tiên lượng của bệnh nhân. Có thể cho rằng, đây là một yếu tố đại diện cho tiêu

chuẩn phẫu thuật. Thực tế thì bên cạnh tính triệt căn, giai đoạn và tình trạng nhập viện cấp cứu thì số lượng hạch vét được là dấu hiệu tiên lượng độc lập, bổ sung cho yếu tố hàng đầu là chất lượng phẫu thuật. Do đó, việc nạo vét hạch trung tâm có thể cần thiết tuy nhiên cần phải có nghiên cứu sâu hơn về tỷ lệ này để đánh giá hiệu quả của việc nạo vét hạch mở rộng nhưng vẫn đảm bảo tính an toàn cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 15 trường hợp nhiễm trùng vết mổ chiếm 9,9% và 1 trường hợp tràn khí dưới da, 3 trường hợp bí tiểu chiếm 2,0%, 8 trường hợp chiếm 5,3% rò miệng nổi, tất cả 8 trường hợp này đều được điều trị nội khoa thành công. Không có bệnh nhân nào tử vong sau mổ do các biến chứng. Một số tác giả khác có tỷ lệ biến chứng thấp hơn như Nguyễn Minh Hải và Lâm Việt Trung gặp biến chứng chung 6,2%, trong đó nhiễm trùng vết mổ 5% và tụ máu thành bụng lõ troca 1,2% (1/80 BN) [6]. Khi so với phẫu thuật mở, biến chứng hô hấp sau PTNS thấp hơn, dung tích sống và dung tích cặn chức năng giảm ít hơn sau PTNS so với mổ mở. Do đó, phẫu thuật nội soi cắt đại tràng nạo vét hạch trong ung thư đại tràng là một phẫu thuật an toàn, khả thi. Thời gian phẫu thuật được tính từ lúc đặt trocar rốn đến lúc khâu đóng xong vết mổ thành bụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là $152,8 \pm 36,95$ (75 - 248) phút, Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Như Hiệp là 165,4 phút (145-290 phút) [7]. Các tác giả thống nhất kết luận PTNS cắt đại tràng là khả thi và an toàn khi được thực hiện bởi những phẫu thuật viên nội soi có kinh nghiệm. Thời gian phẫu thuật quá dài sẽ ảnh hưởng đến hồi sức trong cũng như sau mổ. Việc rút ngắn thời gian mổ cần đến nhiều yếu tố, quan trọng nhất là trình độ phẫu thuật viên, người phụ cầm camera, dụng cụ và phối hợp ăn ý với nhóm gây mê, ngoài ra đòi hỏi phương tiện dụng cụ đồng bộ, phù hợp. Thời gian nằm viện có liên quan tình trạng phục hồi sau mổ cũng như có kèm hay không các tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện được tính từ ngày phẫu thuật đến ngày ra viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian nằm viện trung bình $10,56 \pm 3,46$ ngày (5-27 ngày), trong đó nhóm không có biến chứng $8,7 \pm 1,6$ ngày. Thời gian nằm viện của chúng tôi cao hơn của một số tác giả như Phạm Như Hiệp và Phạm Anh Vũ trung bình 7,8 ngày (6-16 ngày) [7]. Sự khác biệt về thời gian nằm viện trung bình có thể liên quan đến khả năng hồi phục, biến chứng sau mổ và theo các tác giả, thời gian hậu phẫu sau mổ

cắt đại tràng nội soi trung bình 8 ngày, nếu tiến triển thuận lợi bệnh nhân có thể xuất viện sớm sau 6 ngày, nếu có biến chứng thì thời gian hậu phẫu sẽ kéo dài hơn [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian tái phát trung bình $12,17 \pm 5,71$ tháng, ngắn nhất là 4 tháng và dài nhất là 36 tháng. Các yếu tố ảnh hưởng đến tái phát tại chỗ có thể kể đến như: giai đoạn u, vỡ u trong mổ, kỹ thuật mổ, độ biệt hóa tế bào, hóa xạ trị tiền phẫu... Trong đó, một trong những yếu tố quan trọng nhất là kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (TME) và đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu về khả năng giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ sau mổ. Hóa xạ trị tiền phẫu cũng góp phần làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ trung bình $27,84 \pm 16,41$ (3 - 60) tháng. Thời gian sống thêm không bệnh sau mổ $25,56 \pm 17,76$ (3 - 60) tháng. Thời gian sống thêm có bệnh sau mổ $10,84 \pm 4,63$ (3 - 24) tháng. Như vậy, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng góp phần làm tăng thời gian tái phát bệnh và làm tăng thêm chất lượng sống và thời gian sống cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng là an toàn, hiệu quả với tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, đảm bảo tính triệt căn về mặt ung thư học, thời gian phẫu thuật và điều trị ngắn, tăng thời gian sống thêm sau mổ và thời gian tái

phát sau mổ cho người bệnh. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế do nghiên cứu hồi cứu và thời gian nghiên cứu, thời gian theo sau mổ nên chưa đánh giá được kết quả dài hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Globocan, WHO**, and International Agency for Research on Cancer. Global cancer observatory. Mars (2020).
2. **Bertelsen CA, Neuenschwander AU, Jansen JE, et al.** 5-Year Outcome After Complete Mesocolic Excision for Right-Sided Colon Cancer: a Population-Based Cohort Study. *Lancet Oncol.* 2019; 20(11): p. 1556-1565.
3. **Cho MS, Baek SJ, Hur H, Min BS, Baik SH, Kim NK.** Modified complete mesocolic excision with central vascular ligation for the treatment of right-sided colon cancer: Long-term outcomes and prognostic factors. *Ann Surg.* 261(4) (2015): p. 708-715.
4. **Weimann A, Braga M, Carli F, et al.** ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical Nutrition.* 40(7) (2021): p. 4745-4761.
5. **Madoff Robert D.** Defining quality in colon cancer surgery. *Journal of Clinical Oncology* 30.15 (2012); p. 1738-1740.
6. **Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung.** Phẫu thuật đại trực tràng qua nội soi ổ bụng, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 14(2) (2010); tr. 177 - 181.
7. **Phạm Như Hiệp và cộng sự.** Phẫu thuật nội soi một lỗ điều trị ung thư đại tràng: Kinh nghiệm của bệnh viện Trung Ương Huế. Tạp chí y dược học quân sự, Số 2 (2014): tr. 128 - 135.
8. **Washington M.K et al.** Protocol for the examination of specimens from patients with primary carcinoma of the colon and rectum, *Arch Pathol Lab Med*, Vol.133(10) (2009): p. 1539-1551.

XÁC ĐỊNH KIỂU GEN THALASSEMIA Ở BỆNH NHÂN CÓ CÔNG THỨC MÁU NGHI NGỜ BẰNG REAL-TIME PCR ĐA KÊNH PHÂN TÍCH ĐƯỜNG CONG NÓNG CHẢY

Tạ Văn Thọ¹, Dương Kim Chi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ mang gen, phổ đột biến (24 biến thể) và đặc điểm huyết học ở bệnh nhân có công thức máu gợi ý thalassemia tại miền Bắc Việt Nam, sử dụng PCR đa kênh đường cong nóng chảy. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 116 bệnh nhân (01/2023-06/2025) tại Trung tâm Xét nghiệm Chemedic. DNA tách chiết từ máu ngoại vi, định kiểu gen bằng PCR thời gian thực đa kênh huỳnh

quang dựa trên phân tích đường cong nóng chảy (kit Thalassemia Gene Assay, Yaneng Bioscience, đạt chuẩn IVD) trên hệ thống CFX96 Touch/DTprime-5. Phân tích dữ liệu bằng OriginPro 2024; kiểm định Mann-Whitney U để so sánh chỉ số huyết học. **Kết quả:** Tỷ lệ mang gen 50,9% (59/116); α -thalassemia 29,3%, β -thalassemia 18,9%, đồng di truyền $\alpha\beta$ 2,6%. Tổng 66 biến cố đột biến: --SEA 37,9%, HbE 18,2%, CD41/42 12,1%. Nhóm mang gen có RBC cao hơn ($5,41 \pm 0,55$ vs $4,87 \pm 1,01 \times 10^{12}/L$; $p=0,006$), MCHC thấp hơn ($295 \pm 19,9$ vs $306 \pm 21,7$ g/L; $p=0,003$), RDW-CV cao hơn ($17,4 \pm 3,2$ vs $16,6 \pm 4,1$; $p=0,056$). **Kết luận:** Tỷ lệ mang gen thalassemia cao với --SEA và HbE chiếm ưu thế, phù hợp dịch tễ Đông Nam Á. PCR đa kênh đường cong nóng chảy chứng tỏ độ nhạy cao (>99%) trong phát hiện đồng thời 24 đột biến, hỗ trợ sàng lọc cộng đồng và tư vấn di truyền tiền hôn nhân.

¹Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Thọ

Email: tavanthao@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025