

2. **Smith I, Kranke P, Murat I, et al.** Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol.* 2011;28(8):556-569. doi:10.1097/EJA.0b013e3283495ba1
3. **Giang HTN, Duy DTT, Hieu LTM, et al.** Factors associated with the very high caesarean section rate in urban areas of Vietnam. *PLOS ONE.* 2022;17(8):e0273847. doi:10.1371/journal.pone.0273847
4. **Perlas A, Van de Putte P, Van Houwe P, Chan VWS.** I-AIM framework for point-of-care gastric ultrasound. *Br J Anaesth.* 2016;116(1):7-11. doi:10.1093/bja/aev113
5. **Roukhomovsky M, Zieleskiewicz L, Diaz A, et al.** Ultrasound examination of the antrum to predict gastric content volume in the third trimester of pregnancy as assessed by MRI: A prospective cohort study. *Eur J Anaesthesiol EJA.* 2018;35(5):379. doi:10.1097/EJA.0000000000000749
6. **Gal O, Rotshtein M, Feldman D, Mari A, Hallak M, Kopelman Y.** Estimation of Gastric Volume Before Anesthesia in Term-Pregnant Women Undergoing Elective Cesarean Section, Compared With Non-pregnant or First-Trimester Women Undergoing Minor Gynecological Surgical Procedures. *Clin Med Insights Womens Health.* 2019;12:1179562X19828372. doi:10.1177/1179562X19828372
7. **Arzola C, Perlas A, Siddiqui NT, Downey K, Ye XY, Carvalho JCA.** Gastric ultrasound in the third trimester of pregnancy: a randomised controlled trial to develop a predictive model of volume assessment. *Anaesthesia.* 2018;73(3):295-303. doi:10.1111/anae.14131
8. **Popivanov P, Irwin R, Walsh M, Leonard M, Tan T.** Gastric emptying of carbohydrate drinks in term parturients before elective caesarean delivery: an observational study. *Int J Obstet Anesth.* 2020;41:29-34. doi:10.1016/j.ijoa.2019.07.010
9. **Shi H, Zheng C, Zhu B.** Effects of Preoperative Oral Carbohydrate on Perioperative Maternal Outcomes Undergoing Cesarean Section: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Anesthesiol Res Pract.* 2024;2024:4660422. doi:10.1155/2024/4660422

ĐÁNH GIÁ TỔN THƯƠNG THỊ TRƯỜNG 10 ĐỘ TRUNG TÂM TRÊN BỆNH NHÂN GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT GIAI ĐOẠN SỚM

Nguyễn Phương Uyên¹, Đỗ Tấn²

TÓM TẮT

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 42 bệnh nhân (60 mắt) được chẩn đoán là glôcôm góc mở nguyên phát giai đoạn sớm. Đối tượng nghiên cứu được thử thị lực, nhãn áp, thăm khám lâm sàng, đo thị trường 10-2 và 24-2. Các chỉ số nghiên cứu: đặc điểm đối tượng nghiên cứu, đặc điểm ám điểm trên thị trường (số lượng, vị trí, hình dạng), so sánh 24-2 và 10-2. **Kết quả:** tuổi trung bình 44,12 ± 17,48; thị lực trung bình logMAR là 0,25 ± 0,24; C/D trung bình 0,61 ± 0,155; ám điểm dạng hình cung chiếm 34,2%; ám điểm tỏa lan 5%; 52,6% ám điểm nằm phía mũi; ám điểm hình cung có tương quan giữa độ sâu và độ rộng; 24-2 bỏ sót tổn thương 36 bán trường. **Kết luận:** Tổn thương thị trường 10-2 trong giai đoạn đầu chủ yếu là ám điểm dạng hình cung, có thể xuất hiện ám điểm khu trú sâu hoặc tỏa lan nông và 10-2 có thể phát hiện tổn thương 24-2 bỏ sót. **Từ khóa:** thị trường 10-2, glôcôm góc mở nguyên phát, ám điểm.

ABSTRACT

ASSESSMENT OF 10-DEGREE CENTRAL VISUAL FIELD DEFECTS IN PATIENTS WITH EARLY-STAGE PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA

Patients and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 42 patients (60 eyes) diagnosed with early-stage primary open-angle glaucoma. All subjects underwent visual acuity testing, intraocular pressure measurement, clinical examination, visual field testing, and SD-OCT imaging to evaluate retinal ganglion cells and peripapillary retinal nerve fiber layer. Study indicators included: characteristics of the study subjects; characteristics of visual field defects (number, location, shape); correlation of defect location on OCT; and correlation between the depth/width of visual field defects and OCT parameters (RNFL, GCIPL). **Results:** The mean age was 44.12 ± 17.48 years; mean logMAR visual acuity was 0.25 ± 0.24; mean C/D ratio was 0.61 ± 0.155. Arcuate scotomas accounted for 34.2%; diffuse defects for 5%; and 52.6% of defects were located nasally. Arcuate scotomas showed a correlation between defect depth and width. The 24-2 test missed defects in 36 hemifields. **Conclusion:** In early-stage glaucoma, 10-2 visual field defects are primarily arcuate scotomas, with the possibility of deep localized or shallow diffuse defects. The 10-2 test may detect

1Đại học Y Dược Đại học Quốc gia Hà Nội

2Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Uyên

Email: phuonguyenn1998@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2026

Ngày duyệt bài: 20.3.2026

defects missed by the 24-2 test. **Keywords:** 10-2 visual field, primary open-angle glaucoma, scotoma.

I. MỞ ĐẦU

Glôcôm là một nhóm bệnh lý đặc trưng bởi tổn thương thần kinh thị giác, tiến triển mạn tính, đặc trưng bởi sự chết dần của tế bào hạch võng mạc, biểu hiện bằng lõm đĩa thị và tổn thương thị trường tương ứng. Thị trường kế tự động hoạt động dựa trên nguyên lý chiếu một kích thích tĩnh với cường độ khác nhau để xác định giá trị ngưỡng tại các vị trí khác nhau trên thị trường. Thị trường 24-2 được khuyến nghị là phép đo thị trường mặc định trong chẩn đoán, đánh giá tiến triển tổn thương, nó đánh giá 54 điểm trong vòng 24° trung tâm, mỗi điểm cách nhau 6°. Trong khi đó thị trường 10-2 đánh giá 68 điểm trong vùng 10° trung tâm và mỗi điểm cách nhau 2°. Tế bào hạch đóng vai trò quan trọng trong việc truyền tín hiệu kích thích thị giác từ võng mạc đến não, hoàng điểm chứa khoảng 30% tế bào hạch với mật độ dày đặc và nó nằm cách trung tâm hoàng điểm khoảng 150-200µm. Khi xét tới sự di lệch về vị trí thực của tế bào hạch, thị trường 24-2 chỉ đánh giá 4 điểm trong vùng võng mạc trung tâm, trong khi đó 10-2 mỗi tương quan mạnh trong vòng 7,2° quanh hoàng điểm [5]. Tổn thương trên 10-2 được chia làm 3 loại: ám điểm dạng hình cung, ám điểm tỏa lan và ám điểm dạng khác. Các nghiên cứu gần đây cho rằng tổn thương do glôcôm có thể xuất hiện ở võng mạc trung tâm ở giai đoạn sớm của bệnh và thị trường 24-2 có thể bỏ sót chúng [6].

Ở Việt Nam, thị trường 10-2 vẫn được ưu tiên sử dụng trên bệnh nhân glôcôm giai đoạn muộn do không có nhiều nghiên cứu về vai trò của nó trong giai đoạn đầu của glôcôm góc mở nguyên phát. Việc phát hiện tổn thương trung tâm sớm rất quan trọng để theo dõi và lựa chọn phác đồ điều trị cho bệnh nhân. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá đặc điểm tổn thương trong vùng 10 độ trung tâm trên bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát giai đoạn sớm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm góc mở nguyên phát giai đoạn sớm tại Bệnh viện Mắt trung ương, nhãn áp > 21mmHg (nhãn áp kế Goldman), góc mở, có tổn thương trên chụp OCT lớp sợi thần kinh quanh gai (RNFL) và tế bào

hạch võng mạc (GCIPL), Chưa có tổn hại trên thị trường 24-2 hoặc có tổn hại giai đoạn sớm (theo Hodapp – Parrish – Anderson) và không có tổn hại điển hình trong 10 độ trung tâm. Loại trừ những trường hợp bệnh nhân không hợp tác, có các bệnh mắt hoặc toàn thân khác hoặc kết quả đo thị trường và OCT không đáng tin cậy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang
- Phương tiện nghiên cứu: bảng thị lực Snellen, nhãn áp kế Goldman, Sinh hiển vi, máy thị trường HFA, máy chụp SD OCT.
- Các bước nghiên cứu:
 - + Lựa chọn bệnh nhân có chẩn đoán phù hợp, giải thích, hỏi bệnh
 - + Khám lâm sàng bao gồm đo thị lực, nhãn áp, soi góc, soi đáy mắt
 - + Thu thập kết quả xét nghiệm : thị trường 24-2 và 10-2
 - Xử lý số liệu : nhập số liệu vào Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS.

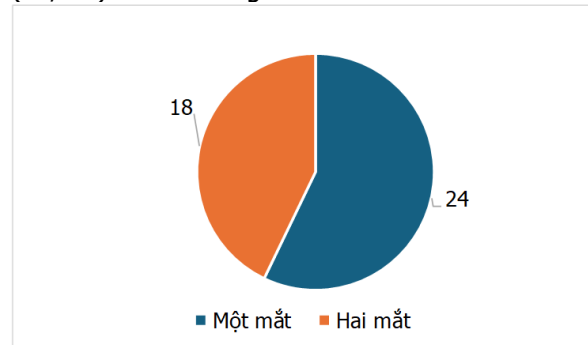
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố độ tuổi của đối tượng nghiên cứu

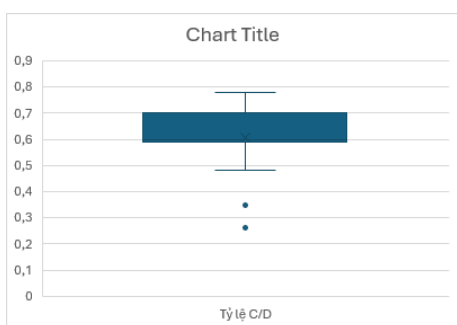
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	40-60 tuổi	>60 tuổi
n	16	19	7
%	38,1	45,2	16,7

Nhận xét: Có 42 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, độ tuổi trung bình 44,12 ± 17,48, nhỏ nhất là 18 và lớn nhất là 77. Về phân bố tuổi theo nhóm, nhóm 40-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 45,2% (19 bệnh nhân), sau đó là nhóm < 40 tuổi (38,1%) và cuối cùng là nhóm > 60 tuổi.



Biểu đồ 1. Đặc điểm mắt tổn thương

Nhận xét: 18 bệnh nhân có 2 mắt thỏa mãn điều kiện nghiên cứu, 24 bệnh nhân có 1 mắt thỏa mãn.



Biểu đồ 2. Phân bố tỷ lệ C/D của đối tượng nghiên cứu

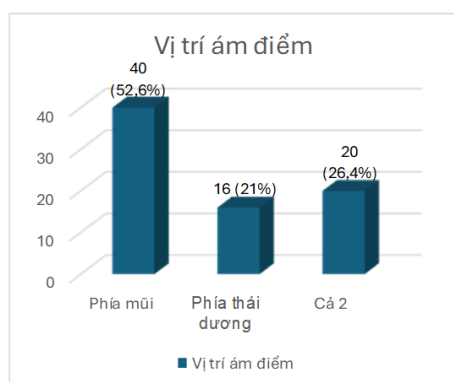
Nhận xét: Tỷ lệ C/D trung bình của đối tượng nghiên cứu là $0,61 \pm 0,155$, trong đó nhỏ nhất là 0,1 và lớn nhất là 0,82.

3.2. Đặc điểm tổn thương thị trường 10-2

Bảng 2. Phân bố loại ám điểm trong thị trường 10-2

	Loại ám điểm			Không có ám điểm	Tổng
	Dạng hình cung	Tòa lan	Khác		
Bán thị trường trên	18	3	12	27	60
Bán thị trường dưới	23	3	17	17	60
Tổng	41 (34,2%)	6 (5%)	29 (24,2%)	44 (36,6%)	120 (100%)

Nhận xét: Ám điểm dạng hình cung xuất hiện nhiều nhất 41 bán trường (34,2%), sau đó là ám điểm dạng khác (24,2%) và tỉ lệ thấp nhất là ám điểm tòa lan. Tổn thương xuất hiện trên 33 bán trường phía trên và 43 bán trường dưới.



Biểu đồ 3. Vị trí ám điểm trong bán trường 10-2

Nhận xét: 76/120 bán trường trong thị trường 10-2 có xuất hiện ám điểm. Trong đó 52,6% ám điểm nằm ở phía mũi của bán trường.

Bảng 3. Độ sâu và độ rộng trung bình từng loại ám điểm

Loại ám điểm	Độ sâu	Độ rộng	r	P
Dạng hình cung	$-8,31 \pm 6,87$	$5,58 \pm 4,17$	-0,662	0,000*
Tòa lan	$-10,5 \pm 4,82$	$25,3 \pm 4,51$	0,908	0,275
Dạng khác	$-5,65 \pm 3,91$	$3,96 \pm 1,4$	0,115	0,552

Nhận xét: Ám điểm dạng hình cung cho thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa độ sâu và độ rộng ($r = -0,662, p < 0,05$).

3.3. So sánh hai phép đo thị trường 24-2 và 10-2

Bảng 4. So sánh 2 phép đo thị trường

24-2	10-2		Tổng
	Không tổn thương	Tổn thương	
Không tổn thương	35 (29,2%)	36 (30%)	71 (59,2%)
Tổn thương	10 (8,3%)	39 (32,5%)	49 (40,8%)
Tổng	35 (37,5%)	75 (63,5%)	120 (100%)

Nhận xét: Tương đồng kết quả giữa 2 phép đo thị trường là 74/120 (61,7%). Phép đo 24-2 bỏ sót tổn thương trên 36 bán trường (30%).

IV. BÀN LUẬN

Không phải tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi đều mắc giai đoạn sớm cả 2 mắt, 2 mắt có thể khác nhau về giai đoạn bệnh. Theo nhiều nghiên cứu trên thế giới, glôcôm góc mở nguyên phát thường ảnh hưởng đến cả hai mắt nhưng phát triển không đối xứng nhau. Sự không đối xứng trong các kiểm soát thị trường, nhãn áp hay tỉ lệ C/D được coi như những dấu hiệu sớm để chẩn đoán và quản lý bệnh tăng nhãn áp [3]. Tỉ lệ C/D dao động trong khoảng 0,1 đến 0,82, độ biến thiên khá lớn, cho thấy tỉ lệ này không phản ánh chính xác tổn thương của bệnh. Theo nghiên cứu của McCalla (2025) tỉ lệ C/D có thể không phân biệt được các mức mất cấu trúc hoặc chức năng sớm, do nó có hiệu ứng trần, được hiểu là kết quả bão hòa ở cùng một mức đối với phạm vi C/D từ 0 đến một mức nhất định. Không chỉ vậy, tỉ lệ này còn có hiệu ứng sàn, khi thị trường đã mất hoàn toàn ở một tỉ lệ C/D thì mặc dù tỉ lệ này tăng nhưng chức năng của bệnh nhân không còn thay đổi được nữa [4].

Tổn thương thị trường trung tâm thường xuất hiện trước ở một bán trường, sau đó mới lan dần sang bên đối diện. Điều này phù hợp với

đường đi của lớp sợi thần kinh, tổn thương lan theo bó sợi và tôn trọng kinh tuyến ngang. Tỷ lệ ám điểm hình cung trong nghiên cứu của chúng tôi là 54%, tương đồng với Traynis (2014) và Chakravarti [6] [1]. Điều này cho thấy sự tương quan với giải phẫu về đường đi của các bó sợi thần kinh hình cung đi ra từ phía thái dương trên và dưới của gai thị. Ám điểm tỏa lan chiếm tỉ lệ 8%, mặc dù thấp nhưng không thể phủ nhận sự xuất hiện của nó trong giai đoạn đầu bệnh glôcôm. Vòng mạc trung tâm đóng vai trò quan trọng trong thị giác chi tiết cũng như sinh hoạt hằng ngày, vì vậy việc tổn thương trung tâm gây cản trở lớn tới chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trên mỗi bán thị trường, ám điểm xuất hiện nhiều hơn ở phía mũi với 52,6%, phía thái dương xuất hiện ít hơn với 21% và nằm ở cả 2 phía của bán trường là 26,4% tương đương với tổn thương của một hình cung đặc hiệu. Kết quả này phù hợp với mô hình tổn thương hoàng điểm của Hood, các điểm phía mũi, đặc biệt mũi trên dễ tổn thương nhất và vùng thái dương dưới thường được bảo tồn cho đến giai đoạn muộn của bệnh [2]. Nghiên cứu của Mengyu Wang (2020) cũng cho thấy sự khởi phát sớm của mất thị trường trung tâm là ở phía mũi, tương tự như ám điểm dạng bậc phía mũi của thị trường 24-2 [8].

Độ sâu của ám điểm phản ánh mức giảm độ nhạy cảm tại vùng khảo sát, được lấy trên bản đồ total deviation và tính theo đơn vị dB. Trong nghiên cứu này chúng tôi xác định độ sâu bằng trung bình cộng độ nhạy tại các điểm tạo nên ám điểm đó, độ sâu trung bình là $-7,34 \pm 5,91$ dB với ám điểm sâu nhất là -30dB. Hầu hết các ám điểm có độ sâu trong khoảng -7dB đến -1dB, trong đó ám điểm hình cung có nhiều điểm sâu nhất nằm trong khoảng -30dB đến -20dB. Không chỉ vậy, chúng tôi tìm thấy mối tương quan nghịch khá mạnh có ý nghĩa thống kê giữa độ sâu và độ rộng của ám điểm dạng hình cung ($r=-0,662$, $p< 0,05$), điều này có ý nghĩa khi ám điểm càng rộng thì độ sâu càng giảm và ngược lại. Kết quả này tương đồng với hai kiểu tổn thương hoàng điểm được xác định trong nghiên cứu của Hood (2014), bao gồm các tổn thương khu trú sâu và tổn thương lan tỏa nông, cho thấy tổn thương glôcôm không chỉ dừng ở việc mất tế bào hạch khu trú mà còn đi kèm suy giảm tỏa lan của lớp sợi thần kinh vòng mạc [7].

Theo kết quả trong bảng 4 cho thấy sự phù hợp về kết quả giữa 2 phép đo 10-2 và 24-2 là 74 bán trường (62,7%). Có 36 bán trường bình thường ở phép đo 24-2 nhưng phát hiện ra tổn thương ở 10-2, cho thấy tỉ lệ bỏ sót tổn thương

trong nghiên cứu của chúng tôi là 30%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của De Moraes (2018) với tỉ lệ bỏ sót tổn thương của 24-2 là 35%. Có thể thấy mặc dù sự tương đồng giữa hai phép đo thị trường là khá cao nhưng việc chỉ thực hiện thị trường 24-2 có thể bỏ sót tổn thương vùng trung tâm phát hiện được bởi 10-2. Việc chỉ bắt đầu điều trị dựa trên sự xuất hiện tổn thương trên phép đo 24-2 đã không còn phù hợp với thực tế lâm sàng. Câu hỏi khi nào sử dụng 10-2 và việc kết hợp 2 phép đo như nào cho hợp lý được đặt ra. Một số nghiên cứu đánh giá mối quan hệ giữa 4 điểm trung tâm và 8 điểm cận trung tâm ($p < 1\%$ hoặc $p < 0,5\%$) trong vùng 10 độ của 24-2 có liên quan đến các khiếm khuyết trên thị trường 10-2 [9], điều này cũng xuất hiện trong nghiên cứu của chúng tôi. Không phải tất cả các bán trường 10-2 có tổn thương đều có điểm bất thường trong vùng 10 độ ở 24-2 nhưng ngược lại, việc xuất hiện ít nhất một điểm $< 1\%$ hay $< 0,5\%$ trên biểu đồ PD hoặc TD của 24-2 đều gợi ý một ám điểm trung tâm trên 10-2.

V. KẾT LUẬN

Glôcôm góc mở nguyên phát thường xuất hiện ở hai mắt nhưng không phải lúc nào cũng có cùng một giai đoạn bệnh và tỉ lệ C/D không phản ánh chính xác mức độ tổn thương. Có thể xuất hiện tổn thương trong vùng 10 độ trung tâm ở giai đoạn đầu của bệnh, phổ biến nhất là ám điểm dạng hình cung và nằm phía mũi, tương ứng với đường đi của các bó sợi thần kinh quanh gai. Ám điểm trung tâm tỏa lan có thể xuất hiện từ giai đoạn rất sớm và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Mặc dù có tương đồng tốt trong chẩn đoán nhưng 24-2 có thể bỏ sót tổn thương trung tâm phát hiện được trên 10-2, từ đó cần kết hợp 2 phép đo thị trường để hỗ trợ chẩn đoán và điều trị tốt nhất cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. T. Chakravarti, S. Moghimi, C. G. De Moraes, R. N. Weinreb (2021), "Central-most Visual Field Defects in Early Glaucoma", *J Glaucoma*, 30(3), e68-e75.
2. D. C. Hood, A. S. Raza, C. G. de Moraes, J. M. Liebmann, R. Ritch (2013), "Glaucomatous damage of the macula", *Prog Retin Eye Res*, 32, 1-21.
3. H. Hou, S. Moghimi, L. M. Zangwill, T. Shoji, E. Ghahari, P. I. C. Manalastas, R. C. Pentead, R. N. Weinreb (2018), "Inter-eye Asymmetry of Optical Coherence Tomography Angiography Vessel Density in Bilateral Glaucoma, Glaucoma Suspect, and Healthy Eyes", *Am J Ophthalmol*, 190, 69-77.

4. A. McCalla, M. Wang, M. Eslami, S. Kazeminasab, Y. Luo, H. Rana, S. Saha, M. Shi, Y. Tian, N. Zebardast, T. Elze (2025), "Association Between Cup-to-Disc Ratio and Structural and Functional Damage Parameters in Glaucoma: Insights From Multiparametric Modeling", *Transl Vis Sci Technol*, 14(4), 17.
5. A. S. Raza, J. Cho, C. G. de Moraes, M. Wang, X. Zhang, R. H. Kardon, J. M. Liebmann, R. Ritch, D. C. Hood (2011), "Retinal ganglion cell layer thickness and local visual field sensitivity in glaucoma", *Arch Ophthalmol*, 129(12), 1529-36.
6. I. Traynis, C. G. De Moraes, A. S. Raza, J. M. Liebmann, R. Ritch, D. C. Hood (2014), "Prevalence and nature of early glaucomatous defects in the central 10° of the visual field", *JAMA Ophthalmol*, 132(3), 291-7.
7. Donald C. Hood, Anastasia Slobodnick, Ali S. Raza, Carlos Gustavo de Moraes, Christopher C. Teng, Robert Ritch (2014), "Early Glaucoma Involves Both Deep Local, and Shallow Widespread, Retinal Nerve Fiber Damage of the Macular Region", *Invest. Ophthalmol.*
8. Mengyu Wang, Jorjryt Tichelaar, Louis R. Pasquale, Lucy Q. Shen, Michael V. Boland, Sarah R. Wellik, Carlos Gustavo De Moraes, Jonathan S. Myers, Pradeep Ramulu, MiYoung Kwon, Osamah J. Saeedi, Hui Wang, Neda Baniasadi, Dian Li, Peter J. Bex, Tobias Elze (2020), "Characterization of Central Visual Field Loss in End-stage Glaucoma by Unsupervised Artificial Intelligence", *JAMA Ophthalmology*, 138(2), 190-198.
9. Darrell WuDunn, Hana L. Takusagawa, Jullia A. Rosdahl, Arthur J. Sit, Vikas Chopra, Yvonne Ou, Grace M. Richter, O'Rese J. Knight, David Solá-Del Valle, Stephen J. Kim (2024), "Central Visual Field Testing in Early Glaucoma: A Report by the American Academy of Ophthalmology", *Ophthalmology*, 131(2), 240-248.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRÀNG KÈM TOÀN BỘ MẠC TREO TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TRÁI

Trần Thị Thu Ngân¹, Đặng Hồng Quân¹, Nguyễn Văn Bi², Cao Quốc Việt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm và đặc điểm mô bệnh học sau mổ ở các bệnh nhân ung thư đại tràng trái được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, báo cáo loạt ca, thực hiện trên tất cả các bệnh nhân ung thư đại tràng trái được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 10 năm 2025. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 50 bệnh nhân, trong đó có 22 nam và 28 nữ; tuổi trung bình 60,08 ± 11,33. Vị trí khối u chủ yếu ở đại tràng chậu hông (74%), tiếp theo là đại tràng xuống (14%), đại tràng góc lách (8%) và đại tràng ngang đoạn 1/3 trái (4%). Giai đoạn bệnh chủ yếu là giai đoạn II (60%) và III (40%). Thời gian phẫu thuật trung bình là 186,37 ± 49,66 phút; không ghi nhận tai biến trong mổ. Biến chứng sau mổ gặp ở 8% trường hợp, chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 7,16 ± 0,97 ngày. Số hạch nạo vét trung bình là 9,3 ± 4,94 hạch; chiều dài mẫu bệnh phẩm trung bình 15,7 ± 5,27 cm; kích thước khối u trung bình 3,61 ± 1,32 cm. Tất cả các trường hợp đều đạt diện cắt R0. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo trong điều trị ung thư đại

tràng trái là phương pháp an toàn, hiệu quả, với tỷ lệ tai biến và biến chứng sớm thấp, đạt kết quả mô bệnh học tốt. **Từ khóa:** Ung thư đại tràng trái, cắt toàn bộ mạc treo đại tràng.

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC COLECTOMY WITH COMPLETE MESOCOLIC EXCISION FOR LEFT-SIDED COLON CANCER

Objective: To evaluate early outcomes and postoperative histopathological characteristics in patients with left-sided colon cancer treated by laparoscopic colectomy with complete mesocolic excision. **Materials and Methods:** A prospective case-series study was conducted on all patients with left-sided colon cancer who underwent laparoscopic colectomy with complete mesocolic excision at Can Tho Central General Hospital from September 2024 to October 2025. **Results:** The study included 50 patients, comprising 22 males and 28 females, with a mean age of 60.08 ± 11.33 years. Tumors were most commonly located in the sigmoid colon (74%), followed by the descending colon (14%), splenic flexure (8%), and the left third of the transverse colon (4%). Most patients were diagnosed at stage II (60%) and stage III (40%). The mean operative time was 186.37 ± 49.66 minutes, and no intraoperative complications were recorded. Postoperative complications occurred in 8% of cases, mainly surgical site infections. The mean postoperative hospital stay was 7.16 ± 0.97 days. The mean number of harvested lymph nodes was 9.3 ± 4.94; the mean specimen

¹Trường Đại học Y dược Cần Thơ,

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Hồng Quân

Email: dhquan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 9.2.2026

Ngày duyệt bài: 2.3.2026