

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

length was 15.7 ± 5.27 cm; and the mean tumor size was 3.61 ± 1.32 cm. R0 resection was achieved in all cases. **Conclusion:** Laparoscopic colectomy with complete mesocolic excision for the treatment of left-sided colon cancer is a safe and effective procedure, associated with low rates of intraoperative events and early postoperative complications, and yields favorable histopathological outcomes. **Keywords:** *Left colon cancer; complete mesocolic excision.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê GLOBOCAN năm 2022, ung thư đại trực tràng chiếm khoảng 9,6% tổng số ca mắc mới và 9,3% tổng số ca tử vong do ung thư toàn cầu. Bệnh đứng thứ ba về tỷ lệ mắc sau ung thư phổi và ung thư vú, đồng thời xếp thứ hai về tỷ lệ tử vong ở cả hai giới sau ung thư phổi. Tỷ lệ mắc cao được ghi nhận tại châu Âu, Úc và Bắc Mỹ, trong khi thấp hơn rõ rệt ở châu Phi, Nam Á và Trung Á. Tại Việt Nam, cũng theo GLOBOCAN 2022, ung thư đại trực tràng chiếm 9,3% tổng số ca ung thư, xếp thứ tư sau ung thư vú (13,6%), ung thư gan (13,6%) và ung thư phổi (13,5%). Tỷ lệ tử vong ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ năm sau ung thư gan, ung thư phổi ung thư vú và ung thư dạ dày [3].

Hiện nay, điều trị ung thư đại trực tràng theo hướng đa mô thức được xem là phương pháp tối ưu, kết hợp giữa phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, liệu pháp miễn dịch và liệu pháp nhắm trúng đích nhằm cải thiện kết quả dài hạn. Tuy nhiên, phẫu thuật triệt căn vẫn được coi là phương pháp điều trị có hiệu quả cao. Dựa trên nguyên lý TME của Heald cùng với hiểu biết về giải phẫu và phôi thai học, năm 2009, Hohenberger và cộng sự đã công bố kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME) kết hợp với thắt mạch máu trung tâm (CVL) xem như tiêu chuẩn mới trong điều trị ung thư đại tràng, giúp giảm tỷ lệ tái phát từ 6,5% xuống 3,6% và nâng tỷ lệ sống sau 5 năm từ 82,1% lên 89,1% [4],[6]. Để khẳng định rõ hơn về hiệu quả của phương pháp này, cần có thêm nhiều nghiên cứu được thực hiện trong tương lai.

Ở Việt Nam, chưa có nhiều công trình nghiên cứu về kỹ thuật này. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá tính khả thi và an toàn cũng như kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo trong điều trị ung thư đại tràng trái.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân ung thư đại tràng trái được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 09 năm 2024 đến tháng 10 năm 2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng trái, tổn thương thuộc giai đoạn I, II, III.

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái chương trình.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Ung thư đại tràng trái quá chỉ định phẫu thuật.

Ung thư đại tràng trái tái phát.

Ung thư đại tràng trái có biến chứng cần mổ cấp cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu, không đối chứng.

Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu liên tục.

2.3. Phương pháp phẫu thuật

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái kèm toàn bộ mạc treo theo nguyên tắc CME. Bệnh nhân được gây mê nội khí quản. Các trocar được đặt theo tiêu chuẩn phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái. Tiến hành phẫu tích mạc treo theo đúng mặt phẳng giải phẫu, clip và cắt các mạch máu nuôi tại gốc, cắt đoạn đại tràng mang khối u với diện cắt an toàn. Bệnh phẩm được lấy ra ngoài qua đường mổ nhỏ giữa dưới rốn, miệng nối ruột được thực hiện ngoài ổ bụng.

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới tính, BMI, bệnh lý kèm theo.

Đặc điểm khối u: vị trí khối u, giai đoạn bệnh theo TNM.

Kết quả sớm phẫu thuật: phương pháp phẫu thuật, thời gian mổ, thời gian nằm viện sau mổ, tai biến trong mổ, biến chứng sớm sau mổ (phân loại theo Clavien-Dindo), tỷ lệ tử vong trong thời gian nằm viện, đánh giá kết quả chung.

Kết quả mô bệnh học: số hạch lấy được, chiều dài mẫu bệnh phẩm, tình trạng diện cắt, diện cắt mạc treo, kích thước khối u, phân giai đoạn TNM, độ mô học.

Sau phẫu thuật, bệnh nhân sẽ được theo dõi và đánh giá tình trạng hậu phẫu cho đến khi xuất viện. Bệnh nhân được tái khám 1 tuần sau xuất viện và được theo dõi trong 1 tháng tiếp theo.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được thu thập theo phiếu nghiên cứu thống nhất và xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 26.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn, các biến định tính được biểu diễn bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y dược Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có 50 bệnh nhân ung thư đại tràng trái được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo, thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (n = 50)

Đặc điểm	Giá trị
Giới tính, n (%)	
Nam	22 (44)
Nữ	28 (56)
Tuổi (năm)	60,08 ± 11,33 (33 – 84)
BMI (kg/m²)	22,35 ± 2,63
<18,5	3 (6)
18,5-22,9	26 (52)
≥23	21 (42)
ASA, n (%)	
I	21 (42)
II	25 (50)
III	4 (8)
Vị trí khối u, n (%)	
Đại tràng ngang (1/3 trái)	2 (4)
Đại tràng góc lách	4 (8)
Đại tràng xuống	7 (14)
Đại tràng chậu hông	37 (74)
Giai đoạn bệnh, n (%)	
I	0 (0)
II	30 (60)
III	20 (40)
Phương pháp phẫu thuật, n (%)	
Cắt đại tràng trái	12 (24)
Cắt đại tràng trái mở rộng	2 (2)
Cắt đại tràng chậu hông	27 (54)
Cắt trước	9 (18)

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam (56% so với 44%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là 60,08 ± 11,33 tuổi. Phần lớn bệnh nhân có BMI trong giới hạn bình thường. Đa số bệnh nhân thuộc nhóm ASA I-II (92%). Vị trí khối u chủ yếu ở đại tràng chậu hông (74%). Không ghi nhận trường hợp nào ở giai đoạn I; giai đoạn II và III lần lượt chiếm 60% và 40%. Phẫu thuật được thực hiện nhiều nhất là cắt đại tràng chậu hông (54%).

3.2. Kết quả sớm của phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả sớm của phẫu thuật (n = 50)

Chỉ tiêu	Giá trị
Thời gian phẫu thuật (phút)	186,37 ± 49,66 (65 – 290)
Tai biến trong mổ	0 (0)
Biến chứng sau mổ, n (%)	
Nhiễm trùng vết mổ	4 (8)
	0 (0)

Chỉ tiêu	Giá trị
Biến chứng khác	
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	7,16 ± 0,97 (5 – 10)
Đánh giá kết quả chung, n (%)	46 (92)
Tốt	4 (8)
Trung bình	0 (0)
Kém	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 186,37 ± 49,66 phút, dao động từ 65 phút đến 290 phút. Không ghi nhận trường hợp tai biến trong mổ. Sau phẫu thuật, có 4 trường hợp biến chứng nhẹ là nhiễm trùng vết mổ (8%) và không có biến chứng khác. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 7,16 ± 0,97 ngày. Đánh giá kết quả điều trị chung cho thấy đa số bệnh nhân đạt kết quả tốt (92%).

3.3. Kết quả mô bệnh học

Bảng 3. Kết quả mô bệnh học (n = 50)

Chỉ tiêu	Giá trị
Số hạch nạo vét (hạch)	9,3 ± 4,94 (3 – 25)
Chiều dài mẫu bệnh phẩm (cm)	15,7 ± 5,27 (8 – 28)
Tương quan chiều dài bệnh phẩm – số hạch nạo vét	r = 0,489; p < 0,001
Kích thước khối u (cm)	3,61 ± 1,32 (2 – 9)
Diện cắt mạc treo, n (%)	
Mạc treo đại tràng còn nguyên vẹn	38 (76)
Trong mạc treo đại tràng	12 (24)
Tình trạng diện cắt T, n (%)	R0: 50 (100)
T1	0 (0)
T2	0 (0)
T3	23 (46)
T4a	27 (54)
T4b	0 (0)
N, n (%)	
N0	30 (60)
N1a	14 (28)
N1b	5 (10)
N2a	0 (0)
N2b	1 (2)
Độ mô học, n (%)	
Tốt	0 (0)
Vừa	49 (98)
Kém	1 (2)

Nhận xét: Kết quả mô bệnh học cho thấy số hạch nạo vét trung bình là 9,3 ± 4,94 hạch, với số lượng dao động từ 3 đến 25 hạch. Chiều dài mẫu bệnh phẩm trung bình đạt 15,7 ± 5,27 cm. Phân tích tương quan cho thấy chiều dài

mẫu bệnh phẩm và số hạch nạo vét có mối tương quan thuận mức trung bình ($r = 0,489$; $p < 0,001$), cho thấy khi chiều dài bệnh phẩm tăng thì số hạch nạo vét được có xu hướng tăng. Kích thước khối u trung bình $3,61 \pm 1,32$ cm (2 – 9). Diện cắt mạc treo đại tràng còn nguyên vẹn chiếm 76% và 100% trường hợp đạt R0. Về giai đoạn T, tất cả bệnh nhân thuộc T3–T4a, trong đó T4a chiếm 54% và T3 chiếm 46%. Tỷ lệ bệnh nhân N0 là 60%; độ mô học chủ yếu biệt hoá vừa (98%).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của bệnh nhân

Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của bệnh nhân là $60,08 \pm 11,33$ tuổi, phù hợp với đặc điểm dịch tễ của ung thư đại tràng khi bệnh thường gặp ở nhóm tuổi trung niên và cao tuổi. Tỷ lệ nữ cao hơn nam (56% so với 44%), tương tự với một số nghiên cứu trong nước ghi nhận sự khác biệt giới không rõ rệt ở ung thư đại tràng trái [2].

Vị trí khối u chủ yếu nằm ở đại tràng chậu hông (74%), phù hợp với đặc điểm giải phẫu và sinh bệnh học của ung thư đại tràng trái. Không ghi nhận trường hợp nào ở giai đoạn I, trong khi giai đoạn II và III chiếm lần lượt 60% và 40%, cho thấy đa số bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn đã tiến triển tại chỗ hoặc có di căn hạch vùng.

Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là $186,37 \pm 49,66$ phút, nằm trong khoảng chấp nhận được đối với phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái kèm CME. Không ghi nhận bất kỳ tai biến nào trong mổ, khẳng định tính khả thi và độ tin cậy của phương pháp. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Minh Tuấn không ghi nhận trường hợp nào tai biến trong mổ [2]. So với nghiên cứu của Sarli (2006) khi tác giả ghi nhận 4% ca chảy máu phải chuyển mổ mở và 2% tổn thương ruột non. Sarli nhấn mạnh nguy cơ tai biến phụ thuộc đáng kể vào trọng lượng bệnh nhân ($p = 0,049$) và độ xâm lấn của khối u ($p = 0,046$) [7]. Nhiễm trùng vết mổ được phân theo ba mức độ dựa trên độ sâu của tổn thương: (1) nhiễm khuẩn ở lớp da hoặc tổ chức dưới da tại vị trí rạch da; (2) nhiễm khuẩn tại lớp cân và/hoặc cơ tại vị trí rạch da; (3) nhiễm khuẩn cơ quan/ khoang cơ thể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiễm trùng vết mổ là biến chứng sau mổ thường gặp nhất với 4 trường hợp (chiếm 8%), nhiễm trùng vết mổ ở độ 1 hoặc độ 2, được điều trị chăm sóc tại chỗ

hiệu quả. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Văn Minh Tuấn tỉ lệ biến chứng sau mổ là 13,23% (chủ yếu là biến chứng nhiễm trùng nông vết mổ chiếm 7,35%, xì miệng nổi mức độ B chiếm 4,41%, tắc ruột sớm sau mổ do thoát vị ruột non qua lỗ mạc treo đại tràng chiếm 1,47%) [2]. Nhìn chung, đây là phẫu thuật an toàn, tỉ lệ tai biến trong mổ thấp và hiếm khi phải chuyển mổ mở để xử lý.

Về kết quả sớm, tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi đều được tái khám sau phẫu thuật một tháng. Ghi nhận lâm sàng cho thấy hầu hết các trường hợp đều cải thiện triệu chứng rõ rệt, không có biến chứng muộn, phản ánh kết quả phẫu thuật tốt và tính khả thi của kỹ thuật cắt đại tràng kèm CME.

Kết quả mô bệnh học và chất lượng phẫu thuật

Số lượng hạch bạch huyết nạo vét được xem là một chỉ số quan trọng để đánh giá chất lượng phẫu thuật và độ chính xác của phân chia giai đoạn bệnh. Kể từ năm 1990, các nghiên cứu đã đồng thuận về việc cần khảo sát tối thiểu 12 hạch trong bệnh phẩm để đảm bảo giá trị tiên lượng. Mặc dù cơ sở sinh học xác định con số này vẫn còn là chủ đề tranh luận, nhưng các hướng dẫn lâm sàng uy tín hiện nay, điển hình là của Mạng lưới Ung thư Quốc gia Hoa Kỳ (NCCN), đều quy định đây là tiêu chuẩn bắt buộc trong phẫu thuật triệt căn ung thư đại tràng nhằm tránh tình trạng sai lệch giai đoạn [5]. Nhưng ở nhóm đại tràng trái, trong nghiên cứu của chúng tôi con số này chỉ đạt $9,3 \pm 4,94$ hạch, thấp hơn phần lớn các tác giả khác: nghiên cứu Trần Văn Minh Tuấn số hạch nạo vét trung bình là $17,42 \pm 4,52$ hạch [2], nghiên cứu của Nguyễn Minh Thảo số lượng hạch trung bình $59,1 \pm 19,7$ hạch [1]. Lý giải cho điều này, chúng tôi nhận thấy ở những trường hợp khối u giai đoạn muộn, kích thước u thường to và xâm lấn rộng. Tình trạng hạch vùng di căn to, dính hoặc xâm lấn vào các cấu trúc lân cận có thể gây khó khăn cho việc phẫu tích, làm hạn chế khả năng cắt rộng mạc treo đại tràng và nạo vét hạch tận gốc đã dẫn đến số lượng hạch nạo vét giảm. Chiều dài mẫu bệnh phẩm trung bình $15,7 \pm 5,27$ cm, thấp hơn so với nghiên cứu Nguyễn Minh Thảo (chiều dài trung bình là $30,9 \pm 8,0$ cm) [1]. Cắt được đoạn ruột có chiều dài thích hợp nhằm lấy được các hạch cạnh đại tràng. Nghiên cứu chỉ ra mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa chiều dài mạc treo bệnh phẩm và số lượng hạch nạo vét được ($p < 0,01$). Chiều dài mẫu bệnh phẩm càng dài thì số hạch nạo vét được sẽ càng

hiều. Chúng tôi nhận thấy số lượng hạch nạo vét được sẽ phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố: tuổi, giới tính, vị trí khối u, phương pháp phẫu thuật, giai đoạn bệnh, kỹ năng của phẫu thuật viên và quy trình giải phẫu bệnh.

Đánh giá chất lượng mô bệnh phẩm sau mổ, chúng tôi không ghi nhận trường hợp chất lượng mô bệnh phẩm kém (diện cắt đến lớp thanh cơ đại tràng). Chất lượng mô bệnh phẩm tốt là 38 trường hợp (76%), chất lượng trung bình là 12 trường hợp (24%). Việc đảm bảo độ nguyên vẹn của mạc treo có ý nghĩa tiên lượng lớn, theo nghiên cứu của West và cộng sự, nhóm có mạc treo đại tràng còn nguyên vẹn có tỷ lệ sống thêm 5 năm cao hơn 15% so với các nhóm còn lại [8]. Điều này một lần nữa khẳng định vai trò của kỹ thuật CME không chỉ giúp tối ưu hóa diện cắt mạc treo để thu được số lượng hạch tối đa mà còn đảm bảo tính nguyên khối của bệnh phẩm, từ đó nâng cao độ chính xác trong phân chia giai đoạn và tiên lượng sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Dù cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế và chưa đánh giá được kết quả ung thư học dài hạn, nhưng bước đầu cho thấy phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm cắt 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, thời gian nằm viện ngắn, đạt kết quả mô bệnh học tốt và đảm bảo tính triệt căn với 100% diện cắt R0. Do đó, có thể áp dụng hiệu quả trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở có đủ điều kiện và kinh nghiệm.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ NỀN TẢNG TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HOÁ

Lê Thế Anh¹, Nguyễn Hồng Cường¹, Lê Thị Thắng¹, Hồ Thanh Thủy^{1,2}, Dương Quang Hiệp^{1,2}, Lê Văn Cường³

TÓM TẮT

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá

²Trường đại học Y Hà Nội, phân hiệu Thanh Hoá

³Sở Y tế Thanh Hoá

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quang Hiệp

Email: Duongquanghieptm@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 3.2.2026

Ngày duyệt bài: 9.3.2026

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Thảo, Đào Thị Minh Hà, Giáp Bạch Kim Tuyên và cộng sự (2023). Kết quả sơ bộ phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo trong điều trị bệnh lý ung thư đại tràng. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 163(2), 89-99.
2. Trần Văn Minh Tuấn, Lý Minh Hùng, Bùi Minh Tín và cộng sự (2022). Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng trái. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 515(1), 275-279.
3. Bray F, Laversanne M, Sung H et al (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 74(3), 229-263.
4. Hohenberger W, Weber K, Matzel K et al (2009). Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and central ligation--technical notes and outcome. *Colorectal Disease*, 11(4), 354-364.
5. National comprehensive cancer network Version (NCCN) (2022). Clinical Practical Guidelines in Oncology: Colon Cancer. *The Journal of the Medical Library Association*.
6. Negoii I, Hostiuc S, Negoii R.I et al (2017). Laparoscopic vs open complete mesocolic excision with central vascular ligation for colon cancer: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Gastrointestinal Oncology*, 9(12), 475.
7. Sarli L, Lusco D.R, Regina G et al (2006). Predicting Conversion to Open Surgery in Laparoscopic Left Hemicolectomy. *Surgery Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 16(4), 212-216.
8. West N.P, Morris E.J, Rotimi O et al (2008). Pathology grading of colon cancer surgical resection and its association with survival: a retrospective observational study. *The Lancet Oncology*, 9(9), 857-865.

Mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa (BVĐK) tỉnh Thanh Hóa. (2) Đánh giá kết quả sử dụng các thuốc nền tảng trong điều trị suy tim có phân suất tổng máu giảm tại phòng khám ngoại trú của BVĐK tỉnh Thanh Hóa. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 1100 bệnh nhân suy tim trong đó có 50 bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm đang điều trị ngoại trú từ