SURGICAL OUTCOMES OF COLECTOMY FOR COLON ADENOCARCINOMA AT HA GIANG GENERAL HOSPITAL

Bui Quang Thai[1,2], Trinh Hong Son[2,3]

[1]*Ha Giang General Hospital*
[2]*Hanoi Medical University*
[3]*Viet Duc University Hospital*

Received: 10/08/2026
Reviced: 24/08/2026; Accepted: 18/10/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate early surgical outcomes of colectomy for colon adenocarcinoma at Ha Giang General Hospital.

Subjects and methods: A retrospective descriptive study of 62 patients with colon adenocarcinoma who underwent surgery at Ha Giang General Hospital from January 2023 to June 2025.

Results: The mean age was 62.4 ± 11.8 years, with a male-to-female ratio of 1:1. The main clinical symptoms were abdominal pain (82.3%), gastrointestinal disorders (43.5%) and weight loss (38.7%). All patients presented with symptomatic disease; none were diagnosed through screening programs. The sigmoid colon was the most common tumor location (48.4%). All tumors were adenocarcinomas; moderately differentiated tumors accounted for 74.2%. Stages T3-T4 accounted for 67.7% and nodal metastasis (N+) for 41.9%. All patients underwent open surgery, with emergency surgery accounting for 16.1%. The mean operative time was 149.5 ± 45.1 minutes and the mean number of lymph nodes harvested was 12.39 ± 7.28. Anastomotic leakage rate was 1.6%, surgical site infection rate 4.8%, and 30-day mortality rate 1.6%. Mean time to first flatus was 3.0 ± 0.7 days and mean postoperative hospital stay was 11.39 ± 2.8 days.

Conclusion: Open surgery for the treatment of colon cancer at Ha Giang Provincial General Hospital is a feasible and safe approach, yielding favorable short-term outcomes with acceptable rates of postoperative complications and early mortality in the study population. Further studies with larger sample sizes and long-term follow-up are warranted to comprehensively evaluate oncological outcomes.

Keywords: Colorectal cancer, colectomy, early surgical outcomes.

*Corresponding author
Email: drthai86@gmail.com **Phone**: (+84) 912042115 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT ĐẠI TRÀNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ GIANG

Bùi Quang Thái[1,2], Trịnh Hồng Sơn[2,3]

[1]Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang
[2]Trường Đại học Y Hà Nội
[3]Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Ngày nhận bài: 10/08/2026
Ngày chỉnh sửa: 24/08/2026; Ngày duyệt đăng: 18/10/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt đại tràng điều trị ung thư biểu mô đại tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu (NC) mô tả hồi cứu trên 62 bệnh nhân ung thư biểu mô đại tràng được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình 62,4 ± 11,8 tuổi, tỷ lệ nam/nữ 1:1. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau bụng (82,3%), rối loạn tiêu hóa (43,5%) và gầy sút cân (38,7%). 100% bệnh nhân nhập viện khi đã có triệu chứng lâm sàng, không có trường hợp nào phát hiện qua tầm soát. Vị trí u thường gặp nhất là đại tràng sigma (48,4%). 100% mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến, trong đó biệt hóa vừa chiếm 74,2%. Giai đoạn T3-T4 chiếm 67,7%, di căn hạch (N+) chiếm 41,9%. 100% bệnh nhân được phẫu thuật mở, mổ cấp cứu chiếm 16,1%. Thời gian phẫu thuật trung bình 149,5 ± 45,1 phút. Số hạch nạo vét trung bình 12,39 ± 7,28 hạch. Tỷ lệ rò miệng nối 1,6%, nhiễm trùng vết mổ 4,8%, tử vong trong 30 ngày 1,6%. Thời gian trung tiện trung bình 3,0 ± 0,7 ngày, nằm viện hậu phẫu 11,39 ± 2,8 ngày.

Kết luận: Phẫu thuật mở điều trị ung thư đại tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang là phương pháp khả thi, an toàn, cho kết quả sớm khả quan, với tỷ lệ biến chứng và tử vong sớm ở mức chấp nhận được trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi dài hạn để đánh giá đầy đủ kết quả ung thư học.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, phẫu thuật cắt đại tràng, kết quả sớm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (UTĐT) là một trong những ung thư phổ biến nhất trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2022, UTĐT đứng thứ ba về tỷ lệ mắc mới toàn cầu với 1.926.425 ca/năm và đứng thứ hai về tỷ lệ tử vong do ung thư [1]. Tại Việt Nam, năm 2022 ghi nhận 16.835 ca mới, xếp thứ tư về tỷ lệ mắc và thứ năm về tử vong do ung thư.

Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ đạo cho bệnh nhân UTĐT, đặc biệt khi kết hợp với hóa trị bổ trợ ở giai đoạn tiến xa. Kết quả phẫu thuật phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, mức độ triệt căn, tình trạng toàn thân người bệnh và kỹ năng phẫu thuật viên. Trong khi phẫu thuật nội soi ngày càng phổ biến ở các trung tâm lớn, phẫu thuật mở vẫn là lựa chọn chính tại nhiều bệnh viện tuyến tỉnh, đặc biệt trong bối cảnh cấp cứu.

Tại các tỉnh miền núi phía Bắc như Hà Giang, bệnh nhân (BN) thường đến viện ở giai đoạn muộn, tỷ lệ phẫu thuật cấp cứu cao và điều kiện cơ sở vật chất còn hạn chế. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô đại tràng được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang giai đoạn 2023–2025; (2) Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật của nhóm bệnh nhân trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm 62 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô đại tràng và phẫu thuật cắt đại tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được phẫu thuật cắt đoạn đại tràng tại bệnh viện, giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tuyến, hồ sơ bệnh án đầy đủ.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư trực tràng, ung thư tái phát hoặc thứ phát, bệnh nhân có bệnh lý nặng chống chỉ định phẫu thuật, hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu, lấy toàn bộ các trường hợp liên tiếp đáp ứng tiêu chuẩn.

Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: đặc điểm dịch tễ học (tuổi, giới, BMI); đặc điểm lâm sàng (lý do vào viện, triệu chứng, thời gian xuất hiện triệu chứng); đặc điểm cận lâm sàng (vị trí u, hình thái đại thể, mô bệnh học, giai đoạn TNM theo AJCC phiên bản 8); kết quả phẫu thuật (phương pháp mổ, thời gian mổ, lượng máu mất, số hạch nạo vét, kết quả diện cắt); kết quả sớm sau mổ: thời gian trung tiện, thời gian nằm viện (tính từ ngày mổ đến ngày ra viện), biến chứng, tử vong trong 30 ngày.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) khi phân bố không chuẩn; các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Mối liên quan giữa

*Tác giả liên hệ
Email: drthai86@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 912042115 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

tình trạng hoại tử khối u (biến phụ thuộc) với các yếu tố lâm sàng và mô bệnh học, cũng như giữa tình trạng hoại tử và biến chứng sau mổ, được đánh giá bằng kiểm định χ^2 hoặc kiểm định chính xác Fisher khi có trên 20% số ô có tần suất kỳ vọng <5 hoặc có ô có tần suất kỳ vọng <1. Kết quả được báo cáo bằng tỷ số chênh (OR) kèm khoảng tin cậy 95% (KTC95%) và giá trị p. Tất cả các kiểm định đều là hai phía, với ngưỡng ý nghĩa thống kê p < 0,05. Số lượng trường hợp được đưa vào từng phân tích được báo cáo tương ứng trong các bảng kết quả.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đề cương chuyên khoa 2 của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua (số 2542/QĐ-ĐHYHN ngày 30/05/2025) và được Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang chấp thuận cho phép thực hiện.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm dịch tễ học

Tổng số 62 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình 62,4 ± 11,8 tuổi (thấp nhất 36 tuổi, cao nhất 84 tuổi). Nhóm tuổi trên 60 chiếm ưu thế với 58,0%, trong đó nhóm trên 70 tuổi chiếm 30,6%. Tỷ lệ nam/nữ là 1:1. Tỷ lệ bệnh nhân thiếu cân (BMI < 18,5 kg/m^2) là 12,9%, béo phì 8,1%.

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới tính

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=62)	Tỷ lệ (%)
Tuổi < 40	2	3,2
Tuổi 40 – 59	24	38,7
Tuổi 60 – 69	17	27,4
Tuổi ≥ 70	19	30,6
Nam	31	50,0
Nữ	31	50,0
BMI < 18,5 (thiếu cân)	8	12,9
BMI 18,5 – 24,9 (bình thường)	49	79,0
BMI ≥ 25 (thừa cân/béo phì)	5	8,1

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng

100% bệnh nhân nhập viện khi đã có triệu chứng lâm sàng rõ rệt, không có trường hợp nào được phát hiện qua tầm soát. Triệu chứng đau bụng gặp ở 82,3% bệnh nhân. Thời gian xuất hiện triệu chứng trung bình trước khi vào viện là 2,4 ± 1,8 tháng, trong đó 71,0% đến viện trong 3 tháng đầu.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n=62)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	51	82,3
Rối loạn tiêu hóa	27	43,5
Đại tiện nhầy máu	16	25,8
Gầy sút cân	24	38,7
Tắc ruột cấp tính	10	16,1

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm tổn thương trên nội soi và giải phẫu bệnh

Đại tràng sigma là vị trí thường gặp nhất chiếm 48,4%, đại tràng phải chiếm 29,0%, đại tràng trái 3,2%, các vị trí khác 19,4%. Về hình thái đại thể, thể loét sùi chiếm 48,4%, thể sùi 25,8%, thể thâm nhiễm 16,1%, các thể khác 9,7%. Khối u chiếm trên một nửa chu vi lòng ruột gặp ở 45,2% bệnh nhân. 100% mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến, trong đó biệt hóa vừa chiếm 74,2%, biệt hóa cao 19,3%, biệt hóa kém 6,5%.

3.2.2. Giai đoạn bệnh theo TNM

Đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển: T3-T4 chiếm 67,7%, di căn hạch (N+) chiếm 41,9%. Phân bố giai đoạn: Giai đoạn I 27,4%, Giai đoạn II 27,4%, Giai đoạn III 30,6%, Giai đoạn IV 14,6%.

Bảng 3. Đặc điểm giải phẫu bệnh và giai đoạn TNM

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=62)	Tỷ lệ (%)
UTBM tuyến biệt hóa cao	12	19,3
UTBM tuyến biệt hóa vừa	46	74,2
UTBM tuyến biệt hóa kém	4	6,5
T1-T2 (chưa qua lớp cơ)	20	32,3
T3-T4 (xâm lấn qua lớp cơ)	42	67,7
N0 (chưa di căn hạch)	36	58,1
N+ (có di căn hạch)	26	41,9
Giai đoạn I	17	27,4
Giai đoạn II	17	27,4
Giai đoạn III	19	30,6
Giai đoạn IV	9	14,6

3.3. Kết quả phẫu thuật

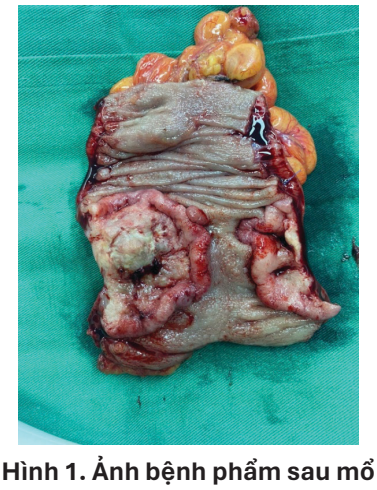
3.3.1. Đặc điểm trong phẫu thuật

100% bệnh nhân được phẫu thuật mở, trong đó mổ phiên chiếm 83,9% và mổ cấp cứu (do tắc ruột, thủng ruột) chiếm 16,1%. Thời gian phẫu thuật trung bình 149,5 ± 45,1 phút. Phương thức xử trí: cắt đại tràng kèm nối ngay thì đầu gặp ở 83,9%, đưa hậu môn nhân tạo không nối do tắc ruột chiếm 16,1%.

Số hạch nạo vét trung bình là 12,39 ± 7,28 hạch. Chất lượng nạo vét hạch cần được đánh giá thêm bằng tỷ lệ bệnh nhân đạt ngưỡng ≥12 hạch theo khuyến cáo của AJCC/NCCN; đây là chỉ số phản ánh đầy đủ hơn so với giá trị trung bình.

Bảng 4. Kết quả trong phẫu thuật

Chỉ số	Giá trị
Phương pháp mổ: mổ mở 100%	62/62 (100%)
Mổ phiên	52/62 (83,9%)
Mổ cấp cứu	10/62 (16,1%)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	149,5 ± 45,1
Số hạch nạo vét trung bình (hạch)	12,39 ± 7,28
Diện cắt R0	62/62 (100%)
Nối ngay thì đầu	52/62 (83,9%)
Hậu môn nhân tạo	10/62 (16,1%)



Hình 1. Ảnh bệnh phẩm sau mổ

3.3.2. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Thời gian trung tiện trung bình 3,0 ± 0,7 ngày. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình 11,39 ± 2,8 ngày (ngắn nhất 7 ngày, dài nhất 19 ngày). Tỷ lệ rò miệng nối 1,6% (1/62 ca), nhiễm trùng vết mổ 4,8% (3/62 ca), tử vong trong 30 ngày 1,6% (1/62 ca) do suy kiệt và bệnh lý nền nặng.

Bảng 5. Biến chứng và tử vong sớm sau phẫu thuật

Biến chứng	Số ca	Tỷ lệ (%)
Rò miệng nối	1/52	1,9
Nhiễm trùng vết mổ	3/62	4,8
Chảy máu sau mổ	0/62	0
Tắc ruột sau mổ	0/62	0
Tử vong trong 30 ngày	1/62	1,6
Thời gian trung tiện trung bình (ngày)	3,0 ± 0,7	
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	11,39 ± 2,8	

3.3.3. Mối liên quan giữa giai đoạn T và di căn hạch

Bảng 6 mô tả mối liên quan thuận chiều có ý nghĩa thống kê (p < 0,001) giữa mức độ xâm lấn khối u (T) và tỷ lệ di căn hạch (N+). Khi u ở giai đoạn T1-T2, tỷ lệ di căn hạch thấp; khi u đạt T3-T4, tỷ lệ di căn hạch tăng rõ rệt. Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa giữa giai đoạn T và tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ (p = 0,295).

Bảng 6. Mối liên quan giữa giai đoạn T và di căn hạch

Di căn hạch / Mức độ xâm lấn	Không	Có	Tổng
≤ T2	19	1	20
T3 +T4	17	25	42
Tổng	36	26	62
p <0,001			

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và dịch tễ học

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 62,4 ± 11,8 tuổi, phù hợp với xu hướng chung tại Việt Nam và thế giới khi bệnh thường gặp ở người trung niên và cao tuổi. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thành Trung tại Đà Nẵng (65,8 ± 16,07 tuổi) và Vũ Hoàng Hà (54,5 ± 12,5 tuổi) [2,3].

Tỷ lệ nam/nữ 1:1 trong nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với các trung tâm lớn như Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (nam/nữ = 1,81/1) [4]. Sự khác biệt này có thể phản ánh đặc điểm dân số học và thói quen sinh hoạt đặc thù của đồng bào các dân tộc thiểu số tại khu vực miền núi phía Bắc.

Đáng quan ngại, 100% bệnh nhân chỉ nhập viện khi đã có triệu chứng lâm sàng rõ rệt, không có trường hợp nào được phát hiện qua chương trình tầm soát. Đây là tình trạng phổ biến tại các vùng nông thôn, miền núi nơi thiếu hạ tầng tầm soát ung thư cộng đồng. Hậu quả là phổ giai đoạn bệnh chủ yếu tập trung ở giai đoạn tiến xa (Giai đoạn III và IV chiếm 45,1%), làm giảm cơ hội phẫu thuật triệt căn [5].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng và mô bệnh học

Đại tràng sigma là vị trí tổn thương thường gặp nhất (48,4%), phù hợp với các báo cáo trong nước và quốc tế [6]. Theo một số nghiên cứu trước đây, ung thư đại tràng trái thường liên quan đến các đặc điểm sinh học phân tử khác với ung thư đại tràng phải, bao gồm ưu thế của con đường bất ổn nhiễm sắc thể (chromosomal instability - CIN) và một số biến đổi gen thường gặp. Tuy nhiên, nghiên cứu hiện tại không đánh giá các đặc điểm sinh học phân tử, do đó chưa thể đưa ra nhận định về cơ chế bệnh sinh trong quần thể nghiên cứu [7].

100% mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến, phù hợp hoàn toàn với dữ liệu dịch tễ học quốc gia (ung thư biểu mô tuyến chiếm 95-97% các trường hợp UTĐT). Biệt hóa vừa chiếm ưu thế (74,2%). Tỷ lệ 6,5% biệt hóa kém (high-grade) có ý nghĩa lâm sàng quan trọng vì theo hướng dẫn NCCN 2024, đây là tiêu chuẩn bổ sung để chỉ định hóa trị bổ trợ ngay cả ở Giai đoạn II [8].

Tỷ lệ T3-T4 chiếm 67,7% và di căn hạch N+ chiếm 41,9% phản ánh thực trạng bệnh nhân đến viện muộn. Tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình, tỷ lệ chẩn đoán ở giai đoạn tiến xa thường từ 67-80% do thiếu mạng lưới sàng lọc [9].

4.3. Kết quả phẫu thuật

Toàn bộ 62 bệnh nhân được phẫu thuật mở. Trong kỷ nguyên ngoại khoa hiện đại, phẫu thuật nội soi được các hướng dẫn NCCN và EAES khuyến cáo với ưu điểm vượt trội về phục hồi ngắn hạn [10]. Tuy nhiên, việc áp dụng 100% phẫu thuật mở tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang hoàn toàn có thể biện luận hợp lý: (1) Các thử nghiệm ngẫu nhiên đa trung tâm (COST, COLOR, CLASICC) đã khẳng định mổ mở và mổ nội soi có kết quả ung thư học dài hạn tương đương, miễn là nguyên tắc cắt bỏ triệt căn được tuân thủ [10]; (2) Tỷ lệ mổ cấp cứu cao (16,1%), bệnh nhân thường có khối u lớn viêm dính phức tạp (T3-T4 chiếm 67,7%), không phù hợp cho phẫu thuật nội soi [11]; (3) Phẫu thuật mở tại Hà Giang đạt thời gian mổ trung bình 149,5 ± 45,1 phút, ngắn hơn nhiều so với phẫu thuật nội soi D3 tại Bệnh viện Việt Đức (171,1 ± 46,9 phút), phản ánh tính hiệu quả kỹ thuật.

Số hạch nạo vét trung bình 12,39 ± 7,28 hạch vừa đạt ngưỡng chuẩn tối thiểu ≥ 12 hạch theo khuyến cáo AJCC và NCCN, đảm bảo phân giai đoạn chính xác và tiêu diệt vi di căn hạch [8]. Mặc dù còn khoảng cách so với 20,97 hạch tại Bệnh viện Việt Đức, kết quả này là nỗ lực đáng ghi nhận trong bối cảnh bệnh viện tuyến tỉnh, đặc biệt khi bệnh nhân trên 70 tuổi chiếm 30,6% (hạch bạch huyết teo nhỏ theo tuổi).

Trong nhóm 52 bệnh nhân được nối ngay thì đầu, ghi nhận 1 trường hợp rò miệng nối (1,9%), thấp hơn đáng kể so với y văn thế giới (4,5–8,4%) [12] và tỷ lệ tử vong trong 30 ngày 1,6% nằm trong giới hạn chấp nhận được (1,3–4,9%) [13]. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ 4,8%, thấp hơn nhiều so với báo cáo quốc tế về mổ mở đại tràng (6,5–18,2%) [14]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật ở mức thấp. Tuy nhiên, do nghiên cứu có thiết kế hồi cứu, không có nhóm đối chứng và cỡ mẫu còn hạn chế, kết quả này chỉ phản ánh đặc điểm của quần thể nghiên cứu và chưa đủ cơ sở để xác định vai trò của các yếu tố như kỹ thuật phẫu thuật, quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn hoặc chăm sóc hậu phẫu.

Thời gian nằm viện hậu phẫu 11,39 ± 2,8 ngày dài hơn so với 8,0 ngày tại tuyến trung ương, liên quan đến đường mổ dài gây đau hạn chế vận động sớm và tỷ lệ mổ cấp cứu cao đòi hỏi hồi sức tích cực sau mổ.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu được thực hiện tại một trung tâm với cỡ mẫu còn hạn chế, do đó tính khái quát của kết quả còn giới hạn. Thứ hai, nghiên cứu chỉ bao gồm các trường

hợp đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và có hồ sơ bệnh án đầy đủ, nên không loại trừ hoàn toàn khả năng sai lệch chọn mẫu. Thứ ba, nghiên cứu không có nhóm đối chứng hoặc nhóm phẫu thuật nội soi để so sánh kết quả điều trị. Thứ tư, nghiên cứu chỉ đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật, chưa theo dõi tái phát, thời gian sống thêm hoặc các kết cục ung thư học dài hạn. Do đó, cần có các nghiên cứu tiền cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định thêm các kết quả của nghiên cứu này.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 62 bệnh nhân ung thư biểu mô đại tràng được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang từ 01/2023 đến 06/2025, kết quả nghiên cứu khẳng định phẫu thuật cắt đại tràng điều trị ung thư biểu mô đại tràng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Giang là phương pháp khả thi, an toàn, cho kết quả sớm khả quan, với tỷ lệ biến chứng và tử vong sớm ở mức chấp nhận được trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi dài hạn để đánh giá đầy đủ kết quả ung thư học.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263.

[2] Nguyễn Thành Trung và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật ung thư đại tràng tại Bệnh viện Đà Nẵng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2018;462(1):58-62.

[3] Vũ Hoàng Hà. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư đại tràng. Tạp chí Y học Thực hành. 2023;(3):45-49.

[4] Nguyễn Minh Hiệp. Nghiên cứu kết quả điều trị ngoại khoa ung thư đại tràng trên bệnh nhân thiếu máu và một số yếu tố tiên lượng. Luận án Tiến sĩ Y học. Học viện Quân y; 2016.

[5] Adelstein BA, Macaskill P, Chan SF, et al. Most bowel cancer symptoms do not indicate colorectal cancer and polyps: a systematic review. BMC Gastroenterology. 2011;11(65):1-10.

[6] Watanabe T, Muro K, Ajioka Y, et al. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2016 for the treatment of colorectal cancer. Int J Clin Oncol. 2018;23:1-34.

[7] Chen K, Collins G, Wang H, Toh JWT. Pathological features and prognostication in colorectal cancer. Current Oncology. 2021;28(6):5356-5383.

[8] Benson AB, Venook AP, Adam M, et al. Colon cancer, version 3.2024, NCCN clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2024;22(2D).

[9] Mroczkowski P, Kim S, Otto R, et al. Prognostic value of metastatic lymph node ratio and identification of factors influencing the lymph node yield in patients undergoing curative colon cancer resection. Cancers. 2024;16(1):218.

[10] Guillou PJ, Quirke P, Thorpe H, et al. Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial). Lancet. 2005;365(9472):1718-1726.

[11] Vogel JD, Felder SI, Bhama AR, Hawkins AT, Langenfeld SJ, Shaffer VO, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of colon cancer. Diseases of the Colon & Rectum. 2022;65(2):148-177. DOI: 10.1097/DCR.0000000000002323.

[12] Rahbari NN, Weitz J, Hohenberger W, Heald RJ, Moran B, Ulrich A, et al. Definition and grading of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum: a proposal by the International Study Group of Rectal Cancer. Surgery. 2010;147(3):339-351. DOI: 10.1016/j.surg.2009.10.012.

[13] Marra F, Steffen T, Kalak N, Warschkow R, Tarantino I, Lange J, et al. Anastomotic leakage after colon cancer surgery: a predictor of significant morbidity and hospital mortality, and diminished tumour-free survival. European Journal of Surgical Oncology. 2010;36(2):120-124. DOI: 10.1016/j.ejso.2009.09.011.

[14] Smith RL, Bohl JK, McElearney ST, Friel CM, Barclay MM, Sawyer RG, et al. Wound infection after elective colorectal resection. Annals of Surgery. 2004;239(5):599-605. DOI: 10.1097/01.sla.0000124292.21605.99.