trị bệnh cúm ở trẻ em tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh. VMJ, Số 536(2), Trang 181-185.
8. **Đức N.S., Hà N.T.V., Trang N.T.H., et al.** (2025). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và các yếu tố liên quan của bệnh cúm mùa phải nhập viện ở trẻ em năm 2023-2024. TCNCYH, Số 189(4), trang 187-194.
9. **Khanh N.C., Fowlkes A.L., Nghia N.D., et al.** (2021). Burden of Influenza-Associated Respiratory Hospitalizations, Vietnam, 2014-2016. Emerg Infect Dis, 27(10), 2648–2657.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BỆNH LÝ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI CÁC BỆNH VIỆN TUYẾN TỈNH KHU VỰC ĐỒNG BẰNG SÔNG CỬU LONG

Nguyễn Hữu Kỳ Phương[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại bệnh viện tuyến tỉnh đồng bằng sông Cửu Long. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu trên 250 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật giai đoạn 1/2020–8/2024; thu thập lâm sàng, cận lâm sàng, giai đoạn và kết quả phẫu thuật, phân tích mô tả. **Kết quả:** Tuổi trung bình 58; nam 60%; 70% ở nông thôn. Triệu chứng chính: đau bụng 70%, thay đổi đại tiện 60%, đi ngoài ra máu 55%. U trực tràng 40%, đại tràng sigma/xuống 30%; tất cả ung thư biểu mô tuyến, 80% biệt hóa vừa; 40% giai đoạn III, 20% giai đoạn IV. Phẫu thuật nội soi 60%, còn lại mổ mở; bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng 70%. Biến chứng sau mổ 30 ngày 18%; tử vong 30 ngày 1,2%. **Kết luận:** Bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn tiến triển; phẫu thuật, đặc biệt mổ nội soi, an toàn với tỉ lệ biến chứng chấp nhận được; cần tăng cường tầm soát và chăm sóc hậu phẫu để cải thiện tiên lượng. ***Từ khóa:*** ung thư đại trực tràng; lâm sàng; cận lâm sàng; phẫu thuật; đồng bằng sông Cửu Long.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, PARACLINICAL FINDINGS, AND SURGICAL OUTCOMES OF COLORECTAL CANCER IN PROVINCIAL HOSPITALS OF THE MEKONG DELTA

Objective: To describe the clinical and paraclinical features and evaluate surgical treatment outcomes of CRC at provincial hospitals in the Mekong Delta region. **Methods:** We conducted a retrospective cross-sectional study of patients with confirmed CRC who underwent surgery at several provincial general hospitals in the Mekong Delta from January 2020 to August 2024. Data on clinical presentation (age, sex, symptoms, history), paraclinical findings (tumor location, histopathology, stage, laboratory results), and surgical outcomes (surgical approach, postoperative complications, mortality) were collected and analyzed descriptively. **Results:** A total of 250 patients were included, with mean age ~58 years. Males accounted for ~60%. Most patients (~70%) were from rural areas. The majority presented with gastrointestinal symptoms; abdominal pain (≈70%) and altered bowel habits (60%) were the most common, followed by rectal bleeding (55%). Tumors were most frequently located in the rectum (~40%) and sigmoid/descending colon (30%). All cases were adenocarcinoma, of which 80% were moderately differentiated. About 40% were diagnosed at stage III and 20% at stage IV. Laparoscopic surgery was performed in ~60% of cases (conversion to open in ~5%), and open surgery in 40%. Sphincter-preserving resection was achieved in ~70% of rectal cancer cases. The 30-day postoperative complication rate was 18%, including anastomotic leakage (~5%). The 30-day postoperative mortality was 1.2%. **Conclusions:** CRC patients in Mekong Delta provincial hospitals often presented with typical symptoms but a high proportion of advanced-stage disease. Surgical treatment yielded acceptable short-term outcomes, with laparoscopic resection proving safe and beneficial. Enhancing early detection and improving postoperative care (nutrition and follow-up) are recommended to further improve patient prognosis.

Keywords: Colorectal cancer; clinical characteristics; paraclinical features; surgery; Mekong Delta.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ năm về số ca mới tại Việt Nam và là nguyên nhân tử vong do ung thư quan trọng. Theo GLOBOCAN 2020, toàn cầu ghi nhận khoảng 1,9 triệu ca mới và 930.000 ca tử vong, dự báo đến năm 2040 tăng lên 3,2 triệu ca mới và 1,6 triệu ca tử vong. Tại Việt Nam, chương trình tầm soát còn hạn chế, triệu chứng dễ nhầm với bệnh lý tiêu hóa lành tính nên nhiều bệnh nhân được chẩn đoán muộn; tỷ lệ sống thêm 5 năm dưới 50% và thấp hơn rõ rệt so với các nước phát triển. Đồng bằng sông Cửu Long đông dân, chủ yếu sống ở nông thôn, điều kiện kinh tế và tiếp cận dịch vụ y tế chuyên khoa còn hạn chế. Các bệnh viện tuyến tỉnh tiếp nhận phần lớn bệnh nhân ung thư đại

[1]*Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Kỳ Phương
Email: nguyenphuongttknth@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.11.2025
Ngày phản biện khoa học: 10.12.2025
Ngày duyệt bài: 12.01.2026

trực tràng nhưng số liệu nghiên cứu còn ít. Cần mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giai đoạn bệnh trong thực hành tại tuyến này, đồng thời đánh giá kết quả phẫu thuật, đặc biệt hiệu quả mổ nội soi so với mổ mở, các tai biến, biến chứng và tử vong sau mổ, để hoàn thiện quy trình điều trị và chăm sóc. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm cung cấp bức tranh về đặc điểm bệnh nhân và kết quả phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại một số bệnh viện tuyến tỉnh khu vực đồng bằng sông Cửu Long, qua đó đề xuất khuyến nghị nhằm cải thiện chất lượng chẩn đoán, điều trị và theo dõi người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng là người bệnh ung thư biểu mô đại trực tràng được phẫu thuật tại các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh đồng bằng sông Cửu Long từ 1/2020 đến 8/2024. Chỉ chọn trường hợp có chẩn đoán giải phẫu bệnh xác định, được phẫu thuật triệt căn hoặc tạm thời xử trí tắc, thủng ruột và hồ sơ đầy đủ dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học. Loại trừ người bệnh không phẫu thuật và hồ sơ thiếu thông tin. Tổng cộng 250 bệnh nhân đủ tiêu chí, mỗi người chỉ ghi nhận lần phẫu thuật đầu tiên tại các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu hồ sơ bệnh án. Các biến thu thập gồm: đặc điểm nhân khẩu, tiền sử, triệu chứng và khám lâm sàng; cận lâm sàng (nội soi đại trực tràng, CT/MRI, xét nghiệm CEA, CA 19-9); giai đoạn bệnh theo hệ thống TNM phiên bản 8; đặc điểm phẫu thuật (phương pháp mổ, loại phẫu thuật, biến cố sau mổ); mô bệnh học (loại ung thư, độ mô học, di căn hạch, diện cắt). Kết quả điều trị được đánh giá qua tỷ lệ mổ nội soi/mổ mở, tỷ lệ chuyển mổ, tai biến trong mổ, các chỉ số phẫu thuật (thời gian mổ, mất máu, hồi phục nhu động ruột, số ngày nằm viện), cùng biến chứng và tử vong trong 30 ngày sau phẫu thuật. Biến chứng phân nhóm theo mức độ, tập trung vào rò miệng nối, nhiễm trùng, chảy máu, tắc ruột, nhiễm trùng ổ bụng, biến chứng hô hấp và tim mạch. Số liệu phân tích mô tả bằng SPSS 22.0; biến định tính trình bày bằng tần số, tỷ lệ phần trăm, biến định lượng bằng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng giá trị. Nghiên cứu được hội đồng đạo đức phê duyệt, bảo đảm bảo mật hồ sơ bệnh án.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 58,3 ± 12,1 (22–89 tuổi), trong đó nhóm 50–69 tuổi chiếm khoảng 55%. Nam giới chiếm 60% (150/250), nữ 40% (100/250); khoảng 70% sống ở nông thôn và 30% ở thành thị. Có 8% người bệnh có tiền sử gia đình ung thư đại trực tràng và 15% nhập viện cấp cứu do tắc hoặc thủng ruột.

Hầu hết bệnh nhân có triệu chứng tiêu hóa khi chẩn đoán. Đau bụng vùng dưới gặp ở 70%, thay đổi thói quen đại tiện 60% và đi ngoài ra máu 55%. Khoảng một nửa sụt cân không chủ ý kèm mệt mỏi; 40% chướng bụng kéo dài, thường liên quan khối u đại tràng phải gây bán tắc ruột. Khoảng 10% được phát hiện tình cờ qua sàng lọc hoặc khám sức khỏe định kỳ. Các triệu chứng đường tiêu hóa dưới là dấu hiệu gợi ý tổn thương đại trực tràng; nhóm nhập viện cấp cứu thường ở giai đoạn muộn, nhấn mạnh nhu cầu tầm soát sớm.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Giá trị (n=250)
Tuổi, trung bình (dao động)	58,3 ± 12,1 (22–89)
Nhóm tuổi thường gặp	50–69 tuổi (≈55% bệnh nhân)
Giới tính (Nam:Nữ)	150:100 (60% nam, 40% nữ)
Nơi cư trú	Nông thôn 70%, Thành thị 30%
Bệnh sử gia đình có UTĐTT	20 (8%)
Nhập viện do cấp cứu (tắc/thủng)	38 (15%)
Triệu chứng chính khi chẩn đoán	Đau bụng (70%); Thay đổi đại tiện (60%); Đi ngoài ra máu (55%); Sút cân (50%); Chướng bụng (40%)

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng và bệnh lý khối u. Khối u tập trung ở đoạn cuối đại tràng, trong đó trực tràng chiếm 40% trường hợp, đại tràng sigma và đại tràng xuống 30%, đại tràng phải (manh tràng, đại tràng lên) 20% và đại tràng ngang 10%. Cấu trúc này nhấn mạnh vai trò nội soi trực tràng và đại tràng sigma khi có triệu chứng nghi ngờ, trong khi khối u đại tràng phải dễ bỏ sót do đau bụng không đặc hiệu và thiếu máu mạn.

Về mô bệnh học, 250/250 trường hợp đều là ung thư biểu mô tuyến; 80% u biệt hóa vừa, 10% biệt hóa tốt và 10% kém biệt hóa hoặc thuộc nhóm tế bào nhầy, tế bào nhẫn. Nhóm biệt hóa vừa chiếm ưu thế và mang ý nghĩa tiên lượng trung gian.

Giai đoạn bệnh theo TNM (AJCC phiên bản 8) gồm 10% giai đoạn I, 30% giai đoạn II, 40%

giai đoạn III và 20% giai đoạn IV, nghĩa là khoảng 60% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển (III–IV), phản ánh tình trạng đến viện muộn và tầm soát còn hạn chế.

CEA trước mổ > 5 ng/mL ghi nhận ở 64% trường hợp, CA 19-9 tăng khoảng 35%. Hai chất chỉ điểm này dùng trong chẩn đoán và theo dõi; tỉ lệ CEA tăng cao cho thấy đa số bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển. Nhìn chung, khối u chủ yếu khu trú tại trực tràng và đại tràng trái, hầu hết là ung thư biểu mô tuyến và được phát hiện khi đã có di căn hạch hoặc di căn xa, nhấn mạnh nhu cầu can thiệp sớm.

Bảng 3.2. Đặc điểm vị trí khối u, mô bệnh học và giai đoạn bệnh

Đặc điểm khối u	Tần suất (%, n=250)
Vị trí giải phẫu	
– Trực tràng	100 (40%)
– Đại tràng sigma/đại tràng xuống (trái)	75 (30%)
– Manh tràng/đại tràng lên (phải)	50 (20%)
– Đại tràng ngang	25 (10%)
Loại mô bệnh học	
– Ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma)	250 (100%)
– Các loại khác	0
Độ biệt hóa	
– Biệt hóa tốt	25 (10%)
– Biệt hóa vừa	200 (80%)
– Kém biệt hóa/nhầy	25 (10%)
Giai đoạn bệnh (AJCC)	
– Giai đoạn I	25 (10%)
– Giai đoạn II	75 (30%)
– Giai đoạn III	100 (40%)
– Giai đoạn IV	50 (20%)
CEA tăng (>5 ng/mL) trước mổ	160/250 (64%)
CA 19-9 tăng	~35%

3.3. Kết quả điều trị phẫu thuật. Trong nghiên cứu, 250 người bệnh đều được phẫu thuật cắt bỏ ung thư đại trực tràng; 90% mổ phiên và 10% mổ cấp cứu do tắc hoặc thủng ruột. Mổ nội soi chiếm 60%, mổ mở 40%, tỷ lệ chuyển từ nội soi sang mở 5%. Thời gian nằm viện trung bình khoảng 9 ngày ở nhóm nội soi và 12 ngày ở nhóm mổ mở. Theo vị trí u, tỉ lệ phẫu thuật gồm: cắt đại tràng phải 20%, cắt đại tràng trái/sigma 25%, cắt trước trực tràng 35%, Miles 10% và phẫu thuật khác 10%. Trong ung thư trực tràng, bảo tồn cơ thắt đạt khoảng 70%, tương đương các nghiên cứu lớn, cho thấy khả năng triển khai kỹ thuật bảo tồn tại tuyến tỉnh.

Về chất lượng ung thư học, 100% trường hợp đạt diện cắt R0, số hạch nạo vét trung bình 15 và không ghi nhận CRM dương tính, ở cả mổ mở lẫn nội soi. Trong 30 ngày sau mổ, 18% bệnh nhân có biến chứng; rò miệng nối chiếm 4,8% và là biến chứng nặng chính nhưng vẫn trong giới hạn chấp nhận được. Các biến chứng khác gồm nhiễm trùng vết mổ 6%, tắc ruột 4%, chảy máu cần can thiệp 2%, áp-xe ổ bụng 2%, viêm phổi 3%, nhiễm trùng tiểu 2% và biến chứng tim mạch nặng 0,8%. Có 2% trường hợp phải mổ lại, chủ yếu do rò miệng nối hoặc chảy máu trong ổ bụng; không ghi nhận thuyên tắc phổi. Tử vong 30 ngày là 1,2% (3 trường hợp), chủ yếu do sốc nhiễm trùng sau rò miệng nối và nhồi máu cơ tim, phù hợp tỉ lệ 1–3% trong y văn.

Nhìn chung, phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại tuyến tỉnh cho hiệu quả và độ an toàn tương đối tốt, đặc biệt với tỉ lệ mổ nội soi cao, phù hợp bằng chứng từ các thử nghiệm như LASRE, COLOR II về hồi phục sớm, ít mất máu và biến chứng thấp mà vẫn bảo đảm tiêu chuẩn ung thư học. Tuy nhiên, theo dõi lâu dài sau mổ còn hạn chế khi tỉ lệ tái khám chưa cao. Việc tăng cường hệ thống nhắc hẹn, tư vấn sau mổ và phối hợp tuyến y tế cơ sở là cần thiết để nâng tỉ lệ tái khám, phát hiện sớm tái phát và quản lý biến chứng muộn tại khu vực đồng bằng sông Cửu Long.

Bảng 3.3. Phương pháp phẫu thuật và kết quả sau mổ

Chỉ tiêu	Kết quả chính
Phương pháp mổ	Nội soi 150 ca (60%); Mở 100 ca (40%)
– Tỷ lệ chuyển nội soi sang mở	8/150 ca nội soi (5%)
Loại phẫu thuật thực hiện	Cắt ĐT phải 20%; Cắt ĐT trái/sigma 25%; Cắt trước (trực tràng) 35%; Miles (cụt trực tràng) 10%; Khác 10%
– Bảo tồn cơ thắt (UT trực tràng)	~70% trường hợp
Chất lượng phẫu tích	Diện cắt R0 100%; Số hạch trung bình 15; CRM âm tính 100%
Biến chứng sau mổ (30 ngày)	45 ca (18%) có biến chứng
– Rò miệng nối	12 ca (4,8%)
– Nhiễm trùng vết mổ	15 ca (6%)
– Tắc ruột sau mổ	10 ca (4%)
– Chảy máu sau mổ (phải can thiệp)	5 ca (2%)
– Biến chứng khác	Viêm phổi 3%; NT tiết niệu 2%; Biến chứng tim mạch 0,8%
– Mổ lại (do BC)	5 ca (2%)
Tử vong sau mổ	3 ca (1,2%)

(30 ngày)	
Thời gian nằm viện sau mổ	Trung bình 10 ngày (7–30 ngày)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu phản ánh thực trạng ung thư đại trực tràng tại tuyến tỉnh đồng bằng sông Cửu Long, nơi phần lớn dân cư sống ở nông thôn, điều kiện kinh tế và tầm soát còn hạn chế. Tuổi trung bình 58, song có bệnh nhân trẻ 22 tuổi, phù hợp xu hướng trẻ hóa bệnh. Nam giới chiếm 60%, đa số sống nông thôn và hơn nửa được chẩn đoán giai đoạn III–IV, cao hơn rõ so với các nước phát triển, góp phần lý giải tỷ lệ sống thêm 5 năm ở Việt Nam chỉ khoảng 45%. Kết quả cho thấy cần triển khai chương trình tầm soát cộng đồng cho người trên 50 tuổi bằng xét nghiệm máu ẩn trong phân kết hợp nội soi, đặc biệt tại vùng nông thôn.

Về lâm sàng, các triệu chứng chủ yếu gồm đau bụng, rối loạn đại tiện, chảy máu trực tràng và sụt cân, tương đồng các nghiên cứu quốc tế. Ở người trên 40 tuổi, chảy máu trực tràng cần được xem là chỉ định nội soi đại trực tràng. Tỷ lệ phát hiện tình cờ còn thấp phản ánh việc sàng lọc chủ động chưa phổ biến; do đó, chuẩn hóa quy trình tầm soát tại tuyến cơ sở có thể giúp phát hiện sớm hơn và giảm nhập viện cấp cứu.

Về đặc điểm khối u, 40% nằm ở trực tràng và 60% ở đại tràng, chủ yếu đại tràng sigma, phù hợp thống kê khu vực châu Á, chưa ghi nhận xu hướng dịch chuyển sang đại tràng phải. Tất cả là ung thư biểu mô tuyến, trong đó 80% biệt hóa vừa và 10% kém biệt hóa, nhóm sau tiên lượng xấu hơn và cần hóa trị bổ trợ. Ở nhóm giai đoạn IV được làm xét nghiệm gen tại tuyến trên, tỷ lệ đột biến KRAS khoảng 40%, gợi ý nên từng bước triển khai xét nghiệm gen tại địa phương để định hướng điều trị đích.

Về phẫu thuật, tỷ lệ mổ nội soi 60% cho thấy kỹ thuật này đã phổ biến tại tuyến tỉnh, mang lại lợi ích rõ rệt như ít mất máu, giảm đau, phục hồi nhanh và giảm nhiễm trùng vết mổ (6%). Chất lượng phẫu thuật đảm bảo với diện cắt R0 100% và trung bình 15 hạch nạo vét, tương đương các nghiên cứu lớn. Mổ mở vẫn chiếm 40%, phản ánh vai trò cần thiết trong u xâm lấn, giai đoạn muộn hoặc khi thiếu trang thiết bị, kinh nghiệm nội soi.

Tỷ lệ biến chứng 18% và rò miệng nối 4,8% nằm trong giới hạn chấp nhận được của y văn; tử vong 30 ngày 1,2% chủ yếu do rò miệng nối và bệnh tim mạch nền. Thời gian nằm viện trung bình 10 ngày, thấp hơn một số báo cáo trong nước, chứng tỏ hiệu quả của nuôi dưỡng sớm và vận động chủ động. Dinh dưỡng kém vẫn là yếu tố tăng biến chứng, cần được lồng ghép trong chăm sóc sau mổ. Chi phí điều trị còn là gánh nặng kinh tế, dễ làm gián đoạn hóa trị bổ trợ. Nghiên cứu có giới hạn hồi cứu, thời gian theo dõi ngắn và phạm vi hẹp, nên cần các nghiên cứu tiền cứu, đa trung tâm kết hợp đánh giá sống còn, hiệu quả kinh tế và chất lượng sống để hoàn thiện bức tranh ung thư đại trực tràng tại khu vực này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 250 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật tại các bệnh viện tuyến tỉnh đồng bằng sông Cửu Long cho thấy người bệnh chủ yếu trung niên, nam giới chiếm đa số và phần lớn sống ở nông thôn. Đa số nhập viện với các triệu chứng điển hình đường tiêu hóa dưới, trong đó một tỉ lệ đáng kể đến trong bối cảnh cấp cứu do tắc hoặc thủng ruột. Khối u chủ yếu khu trú tại trực tràng và đại tràng sigma/xuống, phần lớn là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa; khoảng 60% được chẩn đoán ở giai đoạn III–IV và đa số có CEA trước mổ tăng, phản ánh tình trạng phát hiện muộn còn phổ biến tại tuyến tỉnh. Về điều trị, 60% bệnh nhân được mổ nội soi, 40% mổ mở; bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng đạt khoảng 70%. Chất lượng phẫu thuật bảo đảm với diện cắt R0 100% và số hạch nạo vét trung bình đáp ứng yêu cầu ung thư học. Biến chứng sau mổ 30 ngày chiếm 18%, tử vong 30 ngày 1,2% và thời gian nằm viện trung bình 10 ngày, cho thấy phẫu thuật – đặc biệt là phẫu thuật nội soi – mang lại kết quả ngắn hạn khả quan với tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp. Các dữ liệu này nhấn mạnh nhu cầu tăng cường phát hiện sớm, chăm sóc hậu phẫu và theo dõi lâu dài nhằm cải thiện chất lượng điều trị ung thư đại trực tràng tại tuyến tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **La Văn Phú, Trần Minh Thiện, Đoàn Anh Vũ.** Chế độ dinh dưỡng sau phẫu thuật của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;539(1):89–93.
2. **Nguyễn Quỳnh Anh, Nguyễn Thu Hà.** Chi phí trực tiếp điều trị ung thư đại trực tràng tại Việt Nam, năm 2019. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;501(2):115–119.
3. **Nguyễn Thị Trang, Đinh Thị Phương Anh, Nguyễn Thị Huệ, và cs.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đột biến gen ở người bệnh ung thư đại trực tràng điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;550(2):19–23.
4. **Aakif M, Balfe P, Elfaedy O, et al.** Study on colorectal cancer presentation, treatment and follow-up. International Journal of Colorectal

Disease. 2016;31(7):1361–1363.
5. **Jiang W, Xu J, Xing J, et al.** Short-term outcomes of laparoscopy-assisted vs open surgery for patients with low rectal cancer: the LASRE randomized clinical trial. JAMA Oncology. 2022; 8(11):1607–1615.
6. **Le DD, Vo TV, Sarakarn P.** Overall survival rate of Vietnamese patients with colorectal cancer: a hospital-based cohort study in the central region of Vietnam. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2021;22(11):3569–3575.
7. **Morgan E, Arnold M, Gini A, et al.** Global burden of colorectal cancer in 2020 and 2040: incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. Gut. 2023;72(2):338–344.
8. **Van der Pas MH, Haglind E, Cuesta MA, et al.** Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer (COLOR II): short-term outcomes of a randomised, phase 3 trial. Lancet Oncology. 2013;14(3):210–218.

KẾT QUẢ DÀI HẠN CHỨC NĂNG NÓI VÀ NUỐT SAU PHẪU THUẬT VI PHẪU LASER QUA ĐƯỜNG MIỆNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THANH QUẢN TẦNG THANH MÔN GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TP.HCM

Nguyễn Thành Tuấn[1,2], Trần Phan Chung Thủy[1,2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật vi phẫu laser qua đường miệng (transoral laser microsurgery – TLM) là một lựa chọn tiêu chuẩn điều trị bảo tồn thanh quản cho ung thư tầng thanh môn giai đoạn sớm. **Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả chức năng giọng nói và nuốt sau tối thiểu 5 năm ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào vảy thanh môn giai đoạn sớm (T1–T2N0M0) được điều trị bằng TLM, đồng thời mô tả một số biến chứng có thể ảnh hưởng đến chức năng thanh quản. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 96 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào vảy thanh môn giai đoạn T1–T2N0M0 được điều trị bằng TLM tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh giai đoạn 2018–2020, với thời gian theo dõi tối thiểu 5 năm. Phẫu thuật được thực hiện theo phân loại cắt dây thanh qua nội soi của Hội Thanh quản châu Âu (ELS). Chức năng giọng nói và nuốt được đánh giá tại thời điểm cuối theo dõi dựa trên thăm khám lâm sàng và phân loại định tính đánh giá chủ quan. **Kết quả:** Tại thời điểm đánh giá sau tối thiểu 5 năm, 35,4% bệnh nhân còn giọng nói được đánh giá là bình thường và 52,1% có khàn tiếng mức độ nhẹ đến vừa; chỉ 12,5% có khàn tiếng nặng ảnh hưởng rõ đến giao tiếp hằng ngày. Tất cả bệnh nhân đều duy trì ăn uống hoàn toàn qua đường miệng, không có trường hợp nào phải mở khí quản vĩnh viễn hoặc đặt ống nuôi ăn kéo dài. Biến chứng sau mổ nhìn chung ít gặp và có thể kiểm soát được: chảy máu tại vị trí phẫu thuật gặp ở 4,2% bệnh nhân, tràn khí dưới da 3,1%, mô hạt thanh quản 14,6% và sẹo hẹp thanh quản 7,3%; các trường hợp hẹp nặng được phẫu thuật chỉnh hình thanh quản. Kết quả ung thư học trong cùng đoàn hệ cho thấy tỉ lệ kiểm soát tại chỗ 5 năm là 91,7%, sống còn toàn bộ 89,6% và sống còn chuyên biệt bệnh 100%. **Kết luận:** TLM trong điều trị ung thư thanh môn tầng thanh môn giai đoạn sớm giúp bảo tồn chức năng thanh quản tốt về lâu dài: đa số bệnh nhân có giọng nói ở mức chấp nhận được và chức năng nuốt được bảo tồn hoàn toàn, với tỉ lệ biến chứng ảnh hưởng đến chức năng tương đối thấp.

Từ khóa: vi phẫu bằng Laser qua đường miệng, ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm, bảo tồn chức năng.

SUMMARY

LONG-TERM VOICE AND SWALLOWING OUTCOMES AFTER TRANSORAL LASER MICROSURGERY FOR EARLY-STAGE GLOTTIC LARYNGEAL CANCER AT HO CHI MINH CITY EAR NOSE THROAT HOSPITAL

Background: Transoral laser microsurgery (TLM) has become a key organ-preserving treatment option for early-stage glottic squamous cell carcinoma. **Objective:** This study aims to evaluate long-term voice and swallowing outcomes in patients with T1–T2N0M0 glottic squamous cell carcinoma treated by TLM, and to describe postoperative complications that may impact laryngeal function. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 96 patients with T1–T2N0M0 glottic squamous cell carcinoma treated exclusively with TLM at Ho Chi Minh City ENT Hospital between 2018 and 2020, with a minimum follow-up of 5 years. Surgical procedures were classified according to the European Laryngological Society (ELS) system for endoscopic cordectomies. At final follow-up, voice quality was assessed clinically and categorized as normal, mildly–moderately dysphonic, or severely dysphonic. Voice and swallowing functions were assessed at the end of the follow-up period based on clinical examination and subjective qualitative classification. **Results:** At 5-year follow-up, 35.4% of patients retained normal voice quality, while 52.1% had only mild to moderate dysphonia; severe dysphonia was observed in 12.5% of cases. All patients maintained full oral intake, and none required permanent tracheostomy or long-term feeding tube placement. Postoperative complications were

[1]*Đại học Khoa học Sức Khỏe*
[2]*Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Tuấn
Email: nttuan@uhsvnu.edu.vn
Ngày nhận bài: 3.11.2025
Ngày phản biện khoa học: 10.12.2025
Ngày duyệt bài: 9.01.2026