

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG  
CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG SIGMA  
TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ**

**Trần Như Ý<sup>1</sup>, Mai Văn Doi<sup>1\*</sup>, Nguyễn Văn Tuấn<sup>1</sup>,  
Nguyễn Văn Hiên<sup>1</sup>, Đoàn Tiến Mỹ<sup>2</sup>, Phạm Văn Năng<sup>1</sup>**

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Chợ Rẫy

\*Email: mvdoid@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01/3/2026

Ngày phản biện: 10/5/2026

Ngày duyệt đăng: 25/5/2026

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Ung thư đại trực tràng là một trong những bệnh thường gặp và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong bệnh lý ung thư. Trong đó, ung thư đại tràng sigma là vị trí thường gặp, chiếm tỷ lệ khoảng 25-36%. Chẩn đoán dựa vào các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư đại tràng sigma tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2024-2026. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả loạt ca trên 47 bệnh nhân ung thư đại tràng sigma được điều trị tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 04/2024-01/2026. **Kết quả:** Tỷ số nam/nữ là 1,24/1. Tuổi trung bình  $62,64 \pm 11,65$ . Có 36,17% bệnh nhân sụt cân; 34,04% thiếu máu và 42,55% CEA tăng. Siêu âm phát hiện khối u 40,43%, trong đó 4,26% có hạch nghi di căn. Nội soi cho thấy 74,47% tổn thương dạng u sùi. U đại tràng sigma chiếm 87,23% và tại chỗ nối sigma-trực tràng 12,77% trên chụp cắt lớp vi tính; 42,55% ở giai đoạn T3. 100% ung thư biểu mô tuyến và 78,72% giai đoạn III được ghi nhận trước mổ. **Kết luận:** Ung thư đại tràng sigma thường gặp ở người lớn tuổi và phát hiện bệnh ở giai đoạn tiến triển, trong đó tiêu máu, đau bụng và sụt cân là đặc điểm nổi bật.

**Từ khóa:** Ung thư đại tràng sigma, triệu chứng lâm sàng, giải phẫu bệnh.

**ABSTRACT**

**CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS  
WITH SIGMOID COLON CANCER AT CAN THO UNIVERSITY OF  
MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL**

**Tran Nhu Y<sup>1</sup>, Mai Van Doi<sup>1\*</sup>, Nguyen Van Tuan<sup>1</sup>,  
Nguyen Van Hien<sup>1</sup>, Doan Tien My<sup>2</sup>, Pham Van Nang<sup>1</sup>**

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Cho Ray Hospital

**Background:** Colorectal cancer is one of the most common malignancies and a leading cause of cancer-related mortality. Among colonic cancers, sigmoid colon cancer is a frequent site, accounting for approximately 25-36% of cases. Diagnosis is based on clinical manifestations, imaging findings, and histopathology. **Objective:** To investigate the clinical and paraclinical characteristics of patients with sigmoid colon cancer at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from 2024 to 2026. **Materials and methods:** A prospective descriptive case-series study was conducted on 47 patients with sigmoid colon cancer treated at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from April 2024 to January 2026. **Results:** The male-to-female

ratio was 1.24:1. The mean age was  $62.64 \pm 11.65$  years. Weight loss was observed in 36.17% of patients, anemia in 34.04%, and elevated CEA levels in 42.55%. Abdominal ultrasonography detected tumors in 40.43% of cases, including 4.26% with suspected metastatic lymph nodes. Colonoscopy revealed fungating lesions in 74.47% of patients. On computed tomography, tumors were located in the sigmoid colon in 87.23% and at the rectosigmoid junction in 12.77%; T3 lesions accounted for 42.55%. Preoperatively, adenocarcinoma was confirmed in 100% of cases, and stage III disease was recorded in 78.72%. **Conclusion:** Sigmoid colon cancer commonly occurs in older adults and is often diagnosed at an advanced stage. Hematochezia, abdominal pain, and weight loss are prominent clinical features at this stage.

**Keywords:** Sigmoid colon cancer, clinical symptoms, pathology.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là bệnh lý thường gặp và cũng là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong nhóm bệnh lý ung thư. Theo Globocan 2022, UTĐTT đứng hàng thứ 3 ở cả 2 giới, thứ 3 về tỷ lệ mới mắc và thứ 2 về tỷ lệ tử vong do bệnh lý ung thư trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, UTĐTT đứng hàng thứ 4 cả 2 giới, thứ 4 về tỷ lệ mới mắc, thứ 5 về tỷ lệ tử vong do bệnh lý ung thư [1]. Trong đó, ung thư đại tràng (UTĐT) sigma thường gặp nhất so với các vị trí khác trên khung đại tràng, chiếm tỷ lệ 25 – 36% trường hợp theo nhiều báo cáo của các tác giả khác nhau [2], [3]. Do đặc điểm lâm sàng của bệnh ở giai đoạn sớm thường nghèo nàn, không đặc hiệu, nhiều trường hợp chỉ được phát hiện khi bệnh đã tiến triển, làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị và tiên lượng. Để chẩn đoán xác định ung thư đại tràng sigma chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng, hình ảnh học, giải phẫu bệnh (GPB) và tại Việt Nam chưa có công trình nghiên cứu một cách hệ thống về đặc điểm riêng cho ung thư tại vị trí này. Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu (NC) này được thực hiện nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) UTĐT sigma từ đó rút ra các triệu chứng có giá trị giúp phát hiện sớm bệnh, nâng cao hiệu quả điều trị và cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán UTĐT sigma và điều trị bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 04/2024 - 01/2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi. Được chẩn đoán UTĐT sigma giai đoạn I, II, III. Có đầy đủ dữ liệu cận lâm sàng trước điều trị theo nội dung nghiên cứu. BN đồng ý tham gia NC.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** UTĐT sigma có biến chứng (tắc ruột, thủng). Bệnh giai đoạn IV, phẫu thuật cắt thêm tạng khác, có rối loạn đông máu hoặc suy giảm miễn dịch, mắc các bệnh ảnh hưởng đến sống còn: suy tim, suy gan, suy thận, suy hô hấp.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả loạt ca.

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 04/2024 đến tháng 01/2026.

- **Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện liên tiếp. Trong quá trình nghiên cứu thu thập được 47 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn bệnh.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung: Tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI). Đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng: CEA, siêu âm bụng, nội soi đại - trực tràng, chụp

CLVT xoang bụng có cản quang, giải phẫu bệnh và giai đoạn (AJCC 8th) trước mổ...

- **Quy trình tiến hành nghiên cứu:** Phiếu thu thập số liệu được xây dựng trước khi triển khai. BN thỏa tiêu chuẩn được thu nhận liên tiếp trong thời gian NC. Dữ liệu được ghi nhận từ khai thác bệnh sử, khám lâm sàng, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, kết quả GPB trước điều trị và hồ sơ bệnh án trong quá trình điều trị.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định lượng được trình bày bằng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh giữa các nhóm được thực hiện bằng kiểm định Chi bình phương hoặc Fisher's exact test (nếu có) khi phù hợp. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi  $p \leq 0,05$ .

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, số 24.431.HV/PCT-HĐĐĐ, ngày 28/06/2024.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian NC thu thập 47 BN UTĐT sigma và ghi nhận được một số kết quả sau:

#### 3.1. Đặc điểm chung

Tỉ số nam/nữ là 1,24/1. Nam chiếm tỷ lệ 55,32% so với nữ là 44,68%. Tuổi trung bình  $62,64 \pm 11,65$  tuổi (35 – 89 tuổi). Trong đó, BN > 60 tuổi chiếm tỷ lệ 63,83%. BMI trung bình là  $22,59 \pm 3,02$ . Nhóm BMI bình thường chiếm tỷ lệ 68,09%.

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

| Đặc điểm                         |                     | n (%)       |
|----------------------------------|---------------------|-------------|
| Thời gian khởi phát < 3 tháng    |                     | 30 (63,83%) |
| Triệu chứng cơ năng              | Đau bụng            | 16 (34,04%) |
|                                  | Tiêu máu            | 18 (38,30%) |
|                                  | Đau bụng + Tiêu máu | 7 (14,90%)  |
|                                  | Mót rặn             | 4 (8,51%)   |
|                                  | Táo bón             | 2 (4,25%)   |
|                                  | Sụt cân             | 17 (36,17%) |
| Sờ thấy khối u ở bụng            |                     | 1 (2,12%)   |
| Thăm trực tràng có máu dính gắng |                     | 11 (23,40%) |

Nhận xét: Đa số BN khởi phát triệu chứng dưới 3 tháng (63,83%). Các triệu chứng cơ năng thường gặp lần lượt là tiêu máu (38,30%), đau bụng (34,04%), sụt cân (36,17%) và mót rặn (8,51%). 2,12% sờ thấy khối u ở bụng và thăm trực tràng có máu dính gắng chiếm 23,40%.

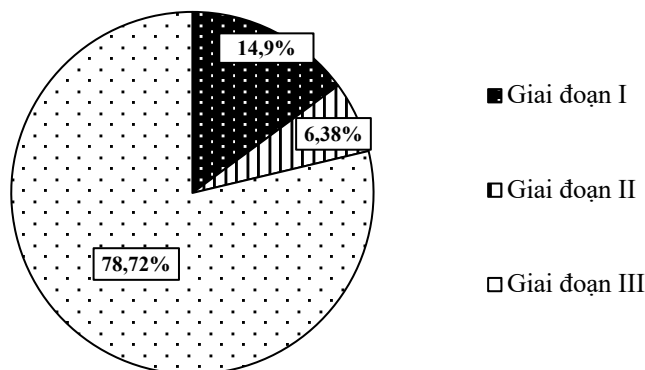
#### 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng

| Chỉ số CLS       |                                        | n (%)       |
|------------------|----------------------------------------|-------------|
| CEA              | $\geq 5$ ng/mL                         | 20 (42,55%) |
|                  | < 5 ng/mL                              | 27 (57,45%) |
| Mức độ thiếu máu | Bình thường ( $\geq 12$ g/dl)          | 31 (65,96%) |
|                  | Nhẹ ( $10$ g/dl $\leq$ Hb < $12$ g/dl) | 10 (21,28%) |
|                  | Vừa ( $8$ g/dl $\leq$ Hb < $10$ g/dl)  | 4 (8,51%)   |
|                  | Nặng ( $6$ g/dl $\leq$ Hb < $8$ g/dl)  | 2 (4,25%)   |

| Chỉ số CLS                                               |                                      | n (%)       |             |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------|-------------|
|                                                          | Rất nặng (Hb < 6g/dl)                | 0 (0,00%)   |             |
| Albumin                                                  | Bình thường                          | 44 (93,62)  |             |
|                                                          | Giảm Albumin                         | 3 (6.38%)   |             |
| Xquang ngực                                              | Bình thường                          | 40 (85,10%) |             |
|                                                          | Viêm phổi                            | 0 (0,00%)   |             |
|                                                          | Xơ hóa                               | 7 (14,90%)  |             |
| Siêu âm bụng                                             | Bình thường                          | 28 (59,57%) |             |
|                                                          | Phát hiện u                          | 17 (36,17%) |             |
|                                                          | Hạch nghi ngờ di căn                 | 2 (4,25%)   |             |
| CLVT (vị trí u, giai đoạn T và hạch (N) nghi ngờ di căn) | Đại tràng sigma                      | 41 (87,23%) |             |
|                                                          | Chỗ nối đại tràng sigma – trực tràng |             |             |
|                                                          | Giai đoạn T                          | T1          | 6 (12,77%)  |
|                                                          |                                      | T2          | 2 (4,25%)   |
|                                                          |                                      | T3          | 20 (42,55%) |
|                                                          |                                      | T4          | 19 (40,43%) |
|                                                          | Di căn hạch                          |             | 37 (78,72%) |
| Nội soi đại tràng                                        | Sùi                                  | 35 (74,47%) |             |
|                                                          | Loét                                 | 1 (2,12%)   |             |
|                                                          | Vòng nhẫn                            | 2 (4,25%)   |             |
|                                                          | Polyp                                | 9 (19,15%)  |             |
| GPB trước mổ                                             | Ung thư biểu mô tuyến                | 47 (100%)   |             |

Nhận xét: CEA tăng ( $\geq 5$  ng/mL) ở 42,55% BN. 34,04% BN thiếu máu, albumin trong giới hạn bình thường 93,62%. Siêu âm bụng phát hiện u ở 36,17% BN và 4,25% có hạch nghi di căn kèm theo. Trên CLVT, đa số u ở giai đoạn T3 (42,55%) và T4 (40,43%). Tổn thương dạng sùi (74,47%) thường gặp nhất qua nội soi.



**Biểu đồ 1. Giai đoạn trước mổ**

Nhận xét: 78,72% BN được chẩn đoán trước mổ giai đoạn III, 14,9% giai đoạn I.

## **IV. BÀN LUẬN**

### **4.1. Đặc điểm chung**

Trong NC của chúng tôi, tuổi trung bình mắc bệnh là  $62,64 \pm 11,65$  tuổi, nhóm >60 tuổi chiếm ưu thế (63,8%), cho thấy UTĐT sigma chủ yếu gặp ở người lớn tuổi. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ chung của UTĐTT, tương đồng với báo cáo của Brzački

(2025), tuổi trung bình  $65,1 \pm 8,9$  tuổi, nhóm tuổi 61–70 chiếm tỷ lệ cao nhất và Ren (2023), tuổi trung bình là  $64,64 \pm 11,67$  [3], [4]. Đáng chú ý, việc ghi nhận BN trẻ tuổi trong NC (35 tuổi) là điểm cần lưu ý, phù hợp với xu hướng UTĐTT khởi phát sớm ngày càng tăng. Dữ liệu NC cũng ghi nhận nam chiếm ưu thế hơn nữ với tỷ số nam/nữ = 1,24/1 (55,3% nam), phù hợp xu hướng chung của UTĐTT thường gặp ở nam nhiều hơn nữ trong dữ liệu quần thể của Chương trình giám sát Ung thư của Hoa Kỳ (SEER) [5]. Nhìn tổng thể, tuổi và giới trong mẫu NC của chúng tôi phản ánh mô hình dịch tễ điển hình: bệnh tập trung ở người cao tuổi và có ưu thế ở nam. Đồng thời, sự hiện diện BN trẻ tuổi do đó cần cảnh giác ở nhóm BN khởi phát sớm (<50 tuổi) khi có triệu chứng lâm sàng.

#### 4.2. Đặc điểm lâm sàng

Trong NC này, phần lớn BN đến khám trong vòng 3 tháng kể từ khi xuất hiện triệu chứng (63,83%), tương đồng với báo cáo của Madkhali (2025), thời gian khởi phát triệu chứng trung vị khoảng 90 ngày. Tuy nhiên, việc BN đến khám sớm không đồng nghĩa với phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, vì triệu chứng của UTĐT sigma thường biểu hiện rõ khi khối u đã tiến triển tại chỗ và/hoặc có di căn hạch [6]. Dữ liệu NC của chúng tôi ghi nhận, tiêu máu là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (38,3%) tương đồng với kết quả của Madkhali (2025) (36,9%) và nhóm khởi phát muộn ( $\geq 50$  tuổi) trong NC của Erdem (2025) (36,3%) [5], [6]. Qua đó nhận thấy vai trò của tiêu máu như một triệu chứng báo động của UTĐTT, đặc biệt tổn thương ở đoạn sigma–trực tràng. Có 34,04% BN đau bụng trong NC, tỷ lệ này thấp hơn so với NC của Madkhali (2025) (50,2%) và nhóm khởi phát sớm trong NC của Erdem (2025) (54,5–54,6%), nhưng cao hơn nhóm khởi phát muộn (25,2%). Sự khác biệt này có thể liên quan đến đối tượng NC, vị trí tổn thương trên đoạn đại tràng, giai đoạn bệnh [5], [6]. Mặc dù không đặc hiệu, đau bụng vẫn là triệu chứng có giá trị báo động UTĐT sigma, nhất là khi kèm tiêu máu hoặc thay đổi thói quen đại tiện.

Sụt cân là dấu hiệu bệnh ở giai đoạn tiến triển và chiếm 36,17% BN trong NC của chúng tôi, tỷ lệ này gần tương đồng với báo cáo của Madkhali (2025) (40%), nhưng cao hơn so với cả hai nhóm tuổi (khởi phát sớm và muộn) trong NC của Erdem (2025) dao động từ 16,2% đến 20,4% [5], [6]. Dấu hiệu này phù hợp với đặc điểm mẫu NC của chúng tôi khi có tới 78,72% BN được chẩn đoán ở giai đoạn III trước mổ. Theo Anshul Ramanathan (2024), khi các triệu chứng như sụt cân và tiêu máu xuất hiện đồng thời, các bác sĩ lâm sàng phải cẩn thận trong vấn đề chẩn đoán để loại trừ bệnh ác tính của đường tiêu hóa [7]. Nhìn chung, sự hiện diện đồng thời của tiêu máu, đau bụng, sụt cân trong NC của chúng tôi cho thấy NB UTĐT sigma chủ yếu đến khám khi có triệu chứng lâm sàng rõ rệt. Mặc dù phần lớn NB đến khám trong vòng <3 tháng từ khi khởi phát triệu chứng, tỷ lệ bệnh ở giai đoạn tiến triển (giai đoạn III) vẫn cao, gợi ý UTĐTT thường diễn tiến âm thầm, chỉ biểu hiện các triệu chứng khi khối u đã tiến triển tại chỗ và/hoặc có di căn hạch vùng [6].

Thăm trực tràng có máu dính găng chiếm 23,40% trong NC của chúng tôi, cho thấy đây là một dấu hiệu lâm sàng có giá trị trong tiếp cận BN nghi UTĐT sigma/trực tràng. Tỷ lệ này tương đương với báo cáo của Lê Minh Hằng (2022) là 25,8% [8]. Ramanathan (2024) nhấn mạnh rằng không thăm trực tràng có thể bỏ sót tổn thương ác tính của đại tràng sigma - trực tràng, kéo dài thời gian chẩn đoán và có dự hậu xấu [7].

#### 4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Nồng độ CEA huyết thanh trước mổ  $\geq 5$  ng/mL chiếm 42,55% trong NC này, cao hơn báo cáo của Lê Minh Hằng (2022) (12,9%) [8]. Sự khác biệt này có thể do giai đoạn III

trong NC của chúng tôi lên đến 78,72%. Tác giả Tong chứng minh rằng CEA tăng tỷ lệ thuận với giai đoạn bệnh, mức độ di căn hạch do đó có tiên lượng xấu [9].

Trong NC của chúng tôi, thiếu máu chiếm 34,04% tỷ lệ này phù hợp với y văn gần đây khi Tsokkou (2025) ghi nhận thiếu máu ở BN UTĐTT trước phẫu thuật dao động 23% - 60% [10]. Thiếu máu trước mổ cần được nhận diện sớm để tối ưu hóa chu phẫu. Tổng quan của Tsokkou cho thấy điều trị thiếu máu trước mổ, đặc biệt truyền sắt tĩnh mạch hoặc truyền máu có thể cải thiện kết quả phẫu thuật và hồi phục sau mổ tốt hơn so với chỉ bổ sung sắt đường uống [10]. Ngược lại, tỷ lệ albumin giảm trước mổ chỉ 6,38% cho thấy phần lớn BN có tình trạng dinh dưỡng tương đối tốt tại thời điểm phẫu thuật, đây là một điểm thuận lợi về mặt lâm sàng, vì phân tích gộp của Christina (2023) cho thấy albumin trước mổ thấp làm tăng biến chứng sau mổ và kéo dài thời gian nằm viện ở BN UTĐTT [11]. Như vậy, cần ưu tiên đánh giá và tối ưu hóa tình trạng thiếu máu trước phẫu thuật, đồng thời tiếp tục sàng lọc và hỗ trợ dinh dưỡng nhằm cải thiện kết quả điều trị [10].

Siêu âm bụng được thực hiện thường quy trong NC của chúng tôi, phát hiện tổn thương u 40,42% và hạch kèm theo 4,25% BN. Tỷ lệ này phù hợp với những hạn chế kỹ thuật vốn có của siêu âm qua thành bụng, do chịu ảnh hưởng bởi hơi trong lòng ruột, thể trạng người bệnh và kinh nghiệm của bác sĩ thực hiện. Do đó, siêu âm chủ yếu giữ vai trò hỗ trợ và sàng lọc ban đầu trong khảo sát nhanh ổ bụng, đặc biệt nhằm phát hiện tổn thương gan, dịch ổ bụng và các bất thường phối hợp trước mổ hơn là phương tiện chính để đánh giá đầy đủ giai đoạn UTĐT. NC của Lê Minh Hằng (2022) ghi nhận di căn gan chiếm 60% và nhận thấy cần phối hợp siêu âm với chụp CLVT và nội soi đại tràng để đánh giá giai đoạn và lập kế hoạch điều trị. Chụp CLVT bụng giữ vai trò trung tâm đánh giá giai đoạn trước điều trị, đặc biệt xác định vị trí tổn thương, mức độ xâm lấn, di căn và định hướng phẫu thuật [3]. Trong NC của chúng tôi, chụp CLVT bụng có cản quang giúp xác định rõ vị trí tổn thương, với khối u tập trung chủ yếu tại đại tràng sigma (87,23%) và chỗ nối sigma-trực tràng (12,76%). Bên cạnh đó, chụp CLVT còn là công cụ chủ lực để đánh giá giai đoạn trước mô (TNM) và chuẩn hóa kế hoạch điều trị. Tỷ lệ T3 (42,55%), T4 (40,43%) và hạch di căn (78,72%) trong NC của chúng tôi phù hợp với thực tế BN đến khám khi ở giai đoạn tiến triển (78,72% giai đoạn III), qua đó định hướng chiến lược điều trị đa mô thức và lập kế hoạch phẫu thuật triệt căn phù hợp. Về mặt kỹ thuật, chụp CLVT (đặc biệt có cản quang, tái tạo mạch máu) có ý nghĩa trong PTNS điều trị UTĐT sigma, nhất là khi cân nhắc chiến lược nạo vét hạch quanh động mạch (ĐM) mạc treo tràng dưới và bảo tồn ĐM trực tràng trên. Các NC về bảo tồn ĐM trực tràng trên cho thấy cách tiếp cận này khả thi và giảm biến chứng xì miệng nối [12].

Chúng tôi cũng ghi nhận u dạng sùi chiếm ưu thế (74,47%) qua nội soi đại – trực tràng, phù hợp với xu hướng hình thái của tổn thương trong y văn. Brzački (2025) cũng báo cáo polyp chiếm 67,95% trong NC loạt ca UTĐTT [3]. Hình thái sùi hoặc polyp dễ chảy máu khi cọ xát với phân, góp phần giải thích tỷ lệ tiêu máu tương đối cao trong nhóm NC. Kết quả này củng cố vai trò của thăm khám trực tràng và nội soi sớm ở BN có triệu chứng tiêu máu, như Ramanathan (2024) đã nhấn mạnh trong NC của mình [7]. Nhìn chung, siêu âm, CLVT và nội soi là các phương tiện bổ sung cho nhau trong tiếp cận UTĐTT, trong đó chụp CLVT và nội soi giữ vai trò quyết định trong lập kế hoạch cá thể hóa điều trị và tiên lượng.

NC của chúng tôi ghi nhận giai đoạn III trước mổ chiếm 78,72%, cho thấy phần lớn BN được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển tại chỗ và/hoặc có di căn hạch vùng. Tỷ lệ này cao hơn so với một số báo cáo như Madkhali (2025) (36,2% giai đoạn III) và Ren (2023)

(38,1-40,7% giai đoạn III) [4], [6]. Tuy nhiên, xu hướng chẩn đoán muộn cũng đã được ghi nhận trong NC của Brzački (2025) tại Serbia với khoảng 2/3 trường hợp ở giai đoạn tiến triển (III-IV) [3]. Kết quả này phù hợp với nhận định rằng BN được phát hiện qua biểu hiện triệu chứng lâm sàng có giai đoạn trễ hơn so với phát hiện qua sàng lọc [13]. NC của Erdem (2025) cũng ghi nhận thời gian trì hoãn chẩn đoán trung bình từ khi khởi phát triệu chứng là 4,2 đến 7,2 tháng, góp phần làm tăng khả năng phát hiện ở giai đoạn III-IV [5]. Như vậy, giai đoạn III chiếm ưu thế trong NC của chúng tôi nhấn mạnh tầm quan trọng của sàng lọc và phát hiện sớm các đối tượng có nguy cơ hoặc có triệu chứng cảnh báo, cùng với việc chuẩn hóa đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật và cá thể hóa chiến lược điều trị, qua đó góp phần cải thiện kết cục sống còn cho người bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư đại tràng sigma thường gặp ở người lớn tuổi và đa số được phát hiện khi bệnh đã ở giai đoạn tiến triển. Các biểu hiện lâm sàng nổi bật gồm tiêu máu, đau bụng và sụt cân. Những triệu chứng này cần được xem là dấu hiệu cảnh báo, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi. Vì vậy, cần tăng cường tầm soát, phát hiện sớm và đánh giá đầy đủ trước điều trị. Điều này góp phần cải thiện hiệu quả điều trị và tiên lượng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F., Laversanne M., Sung H., Ferlay J., Siegel R. L. *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, doi: 10.3322/caac.21834.
2. Al-Zoubi Mazhar, Alwraikat Nadeen, Swedan Qusai, Al-Atoom Sara, Al-Jarrah Marah, *et al.* The Impact of Age at Diagnosis and Tumor Location on Overall Survival Rates in Colon Cancer. *Journal of Cancer Biomoleculars and Therapeutics.* 2025. 2(63-72), doi: 10.62382/jcvt.v2i4.84.
3. Brzački Vesna, *et al.* Clinicopathological Characteristics and Synchronous Lesions in Colorectal Cancer: A Single-Center Retrospective Colonoscopy Study. *Journal of Clinical Medicine.* 2025. 14(19), 6715, doi: 10.3390/jcm14196715.
4. Ren H., Liu Y., Zhang M., An L. Feasibility of preservation of superior rectal artery plus dissection of lymph nodes around inferior mesenteric artery in laparoscopic resection for sigmoid colon cancer. *Front Surg.* 2023. 10(1086868), doi: 10.3389/fsurg.2023.1086868.
5. Erdem Suna *et al.* Snapshot cohort study on early-onset colorectal cancer in Northwestern Switzerland: are we doing enough or can we do more? *International Journal of Surgery.* 2025. 111(11), 7978-7986, doi: 10.1097/JS9.0000000000002964.
6. Madkhali A. M., Almozini M. A., Alaluan H. F., Ahmed M. M., Alnajeim M. H. *et al.* Symptoms and Outcomes in Colorectal Cancer Patients: A Saudi Tertiary Hospital's Five-Year Analysis. *J Cancer.* 2025. 16(12), 3746-3751, doi: 10.7150/jca.116682.
7. Ramanathan A., Smith B. The Importance of Digital Rectal Examination in Identifying Early-Onset Rectal Malignancies. *Cureus.* 2024. 16(5), e59458, doi: 10.7759/cureus.59458.
8. Lê Minh Hằng, Hồ Long Hiên, Lê Thanh Vũ. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả hóa – xạ trị đồng thời sau mổ ung thư trực tràng tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ năm 2020-2022. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2022. 49 (8), 126-132, doi: 10.58490/ctump.2022i49.225.
9. Tong G., Li H., Shen Y., Tan Z., Qian H. The combined evaluation of preoperative serum CEA and postoperative tissue CEA as a prognostic factor in stages 0-IV colorectal cancer: a retrospective cohort study. *Front Med (Lausanne).* 2024. 11(1447041), doi:10.3389/fmed.2024.1447041.
10. Tsokkou S. *et al.* Optimizing Preoperative Anemia in Non-Metastatic Colorectal Cancer: A Systematic Review on Surgical Recovery and Outcomes. *Cancers (Basel).* 2025. 17(22), doi:10.3390/cancers17223689.

11. Christina N. M., Tjahyanto T., Lie J. G., Santoso T. A., Albertus H. *et al.* Hypoalbuminemia and colorectal cancer patients: Any correlation?: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2023. 102(8), e32938, doi: 10.1097/MD.00000000000032938.
  12. Tang X., Zhang M., Wang C., He Q., Sun G. *et al.* Preservation of the left colic artery and superior rectal artery in laparoscopic surgery can reduce anastomotic leakage in sigmoid colon cancer. *J Minim Access Surg*. 2021. 17(2), 208-212, doi: 10.4103/jmas.JMAS\_15\_20.
  13. Agatsuma N., Utsumi T., Nishikawa Y., Horimatsu T., Seta T. *et al.* Stage at diagnosis of colorectal cancer through diagnostic route: Who should be screened? *World J Gastroenterol*. 2024. 30(10), 1368-1376, doi: 10.3748/wjg.v30.i10.1368.
-