

DOI: 10.58490/ctjump.2026i98.4598

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Đặng Quang Tùng, Hồ Long Hiên*, Huỳnh Thảo Luật

Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ

*Email: hienholong@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/3/2026

Ngày phản biện: 13/4/2026

Ngày duyệt đăng: 25/5/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng là phương pháp ít xâm lấn, giúp giảm đau và hạn chế biến chứng hậu phẫu, đặc biệt có lợi cho người cao tuổi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị ung thư trực tràng ở người cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 46 bệnh nhân ung thư trực tràng được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại - trực tràng tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ từ tháng 01/2025 đến tháng 02/2026. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận bệnh nhân có tuổi trung bình là $68,4 \pm 5$; với tỷ lệ nam/nữ 1,42. Bệnh lý đi kèm nhiều nhất là đái tháo đường (52,2%). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu ở bệnh nhân là đau bụng (45,7%) và đại tiện phân có máu (69,6%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $134,2 \pm 40,1$ phút. Biến chứng sau mổ được ghi nhận 15,2% bao gồm nhiễm trùng vết mổ (4,3%), viêm phổi (2,2%), chảy máu miệng nối (2,2%) và xì miệng nối (6,5%). Không có trường hợp tử vong trong 30 ngày sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là $7,5 \pm 2,2$ ngày. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng ở người cao tuổi mang lại kết quả khả quan, với tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Người cao tuổi, ung thư trực tràng, phẫu thuật nội soi.

ABSTRACT

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR RECTAL CANCER IN ELDERLY PATIENTS

Dang Quang Tung, Ho Long Hien*, Huynh Thao Luat

Can Tho Oncology Hospital

Background: Laparoscopic surgery in the treatment of rectal cancer is a minimally invasive method that helps reduce pain and limit postoperative complications, particularly beneficial for elderly patients. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical features, and evaluate the treatment outcomes of rectal cancer in elderly patients. **Materials and methods:** A cross-sectional description, non-controlled clinical intervention, with the study group consisting of 46 rectal cancer patients who were indicated for laparoscopic colorectal resection at Can Tho Oncology Hospital from January 2025 to February 2026. **Results:** The mean age was 68.4 ± 5 years, with a male-to-female ratio of 1.42. The most common comorbidity was diabetes mellitus (52.2%). The predominant clinical symptoms were abdominal pain (45.7%) and hematochezia (69.6%). The mean operative time was 134.2 ± 40.1 minutes. Postoperative complications occurred in 15.2% of patients, including surgical site infection (4.3%), pneumonia (2.2%), anastomotic bleeding (2.2%) and anastomotic leakage (6.5%). No cases of 30-day postoperative mortality were recorded. The average length of hospital stay was 7.5 ± 2.2 days. **Conclusion:** This study shows that laparoscopic surgery for the treatment of rectal cancer in elderly patients yields favorable outcomes.

Keywords: Elderly patients, rectal cancer, laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại - trực tràng là một trong những loại ung thư phổ biến nhất trên toàn cầu, đứng thứ ba về tỷ lệ mắc mới, với hơn 1,9 triệu ca mắc mỗi năm, chiếm khoảng 9,6% tổng số ca ung thư mới. Số ca tử vong do ung thư đại - trực tràng ước tính khoảng 900.000 ca mỗi năm. Ung thư trực tràng (UTTT) chiếm khoảng 35-40% trong tổng số ca ung thư đại - trực tràng [1]. Hiện nay, điều trị UTTT là một chiến lược điều trị đa mô thức, bao gồm phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, điều trị nhắm trúng đích, liệu pháp miễn dịch và điều trị giảm nhẹ. Phẫu thuật đóng vai trò then chốt, với nguyên tắc cắt rộng đoạn đại - trực tràng chứa tổn thương, nạo vét hạch triệt để và tái lập lưu thông tiêu hóa nếu điều kiện cho phép [2].

Người cao tuổi là đối tượng cần được đặc biệt quan tâm trong việc điều trị ung thư, vì họ có nhiều biến đổi tâm sinh lý và chức năng cơ thể suy giảm, đồng thời dễ mắc các bệnh lý mạn tính. Do đó, việc chuẩn bị phẫu thuật cho người cao tuổi cần được sàng lọc kỹ lưỡng và dự đoán các tình huống có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật [3]. Phẫu thuật nội soi (PTNS) là phương pháp ít xâm lấn, giúp giảm đau và ít gây sang chấn, từ đó giúp bệnh nhân (BN) phục hồi nhanh chóng và giảm nguy cơ biến chứng sau mổ. Đây là phương pháp rất quan trọng trong việc điều trị UTTT ở người cao tuổi, khi mà các biến chứng như tắc mạch, huyết khối, nhiễm trùng phổi hay tắc ruột có thể nghiêm trọng hơn. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy PTNS giúp giảm biến chứng tim phổi, giảm đau, phục hồi chức năng phổi và các chức năng khác của cơ thể nhanh chóng, đồng thời giúp BN ăn uống và vận động trở lại sớm sau phẫu thuật [4].

Tại Việt Nam, phương pháp PTNS đã được áp dụng từ năm 2002-2003, mang lại nhiều lợi ích trong điều trị ung thư đại - trực tràng, đặc biệt tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ, nơi phương pháp này được triển khai từ năm 2015. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của UTTT ở người cao tuổi, đồng thời đánh giá hiệu quả của PTNS trong điều trị UTTT cho nhóm BN này tại Bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

BN cao tuổi (≥ 60 tuổi) mắc UTTT được chỉ định PTNS cắt đoạn trực tràng.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** BN có tình trạng sức khỏe ASA I, II, III; có kết quả mô bệnh học là carcinôm tuyến, xếp giai đoạn lâm sàng là UTTT giai đoạn I - III. BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Khối u gây tắc ruột hoặc thủng và UTTT tái phát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu:**

$$n = \left(\frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times (1-p)}{d^2} \right)$$

Trong đó:

+ n: là cỡ mẫu tối thiểu

+ α : là sai số loại 1, chúng tôi chọn $\alpha=5\%$, hệ số tin cậy $(1-\alpha)=95\%$, $Z_{1-\alpha/2}=1,96$.

+ d: là sai số cho phép, chúng tôi chọn $d=0,05$

+ p: tỷ lệ thành công trong phẫu thuật. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn tỷ lệ thành công trong phẫu thuật là 97,8% theo nghiên cứu của Zhang Q và cs (2021). Chọn $p=0,978$. Dựa theo công thức trên, cỡ mẫu tính được $n \geq 34$. Thực tế chúng tôi ghi nhận được 46 BN.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu liên tục, không xác suất. Chọn tất cả BN thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** tại Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Cần Thơ, thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2025 đến tháng 02/2026.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm UT TT ở người cao tuổi: tuổi, giới tính, BMI và các bệnh lý đi kèm, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.

+ Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị UT TT ở người cao tuổi: thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tai biến trong mổ, thời gian có nhu động, biến chứng sau mổ, kết quả giải phẫu bệnh, giai đoạn bệnh, thời gian nằm viện.

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Thu thập các thông tin từ hồ sơ bệnh án, trong quá trình phẫu thuật, phẫu tích bệnh phẩm, theo dõi sau mổ. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Thống kê mô tả được sử dụng để tính tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên cơ sở tôn trọng các vấn đề đạo đức y học, được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua theo phiếu chấp thuận số 25.494.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30 tháng 06 năm 2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng UT TT ở người cao tuổi

Bảng 1. Đặc điểm BN

Đặc điểm BN		Kết quả
Nhóm tuổi	60-69	25 (54,3%)
	70-79	21 (45,7%)
	≥ 80	0 (0%)
Giới tính	Nam	27 (58,7%)
	Nữ	19 (41,3%)
Tình trạng sức khỏe	ASA I	2 (4,3%)
	ASA II	39 (84,8%)
	ASA III	5 (10,9%)
Tiền sử bệnh lý	Đái tháo đường	24 (52,2%)
	Tăng huyết áp	7 (15,2%)
	Đái tháo đường và tăng huyết áp	3 (6,5%)
	Xơ gan	1 (2,2%)
	Lao phổi	1 (2,2%)
	Không	10 (21,7%)

Nhận xét: Trong nghiên cứu, BN chủ yếu thuộc nhóm tuổi 60-69 (54,3%) với tuổi trung bình là $68,4 \pm 5$. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới với tỷ lệ nam/nữ là 1,42. Tình trạng sức khỏe ASA 84,8% BN ở mức ASA II, cho phép thực hiện phẫu thuật. Đái tháo đường là bệnh lý phổ biến nhất (52,2%), tiếp theo là tăng huyết áp (15,2%).

Triệu chứng cơ năng như đau bụng và đại tiện phân có máu chiếm tỷ lệ cao, đặc biệt là triệu chứng đại tiện phân có máu (69,6%) là dấu hiệu điển hình của UT TT giúp chẩn đoán sớm. Về triệu chứng thực thể có 8,7% BN có u ổ bụng khi khám. Đa số BN trong nghiên cứu có các chỉ số xét nghiệm bình thường. Trong đó, có 10 BN có chỉ số bạch cầu

tăng (21,7%). Chức năng gan và thận bình thường chiếm 95,7%; protein toàn phần bình thường chiếm 93,5%. BN có chỉ số CEA >5 ng/ml chiếm tỷ lệ 65,2%.

Bảng 2. Kết quả nội soi đại - trực tràng

Nội soi đại – trực tràng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Vị trí u		
Đại tràng sigma – trực tràng	25	54,3
Trực tràng giữa	19	41,3
Trực tràng dưới	2	4,3
Dạng đại thể		
Sùi	45	97,8
Loét	1	2,2
Kích thước u theo chu vi lòng trực tràng		
<1/4	5	10,9
1/4 - <1/2	14	30,4
1/2 - <3/4	12	26,1
≥ 3/4	15	32,6
Tổng số	46	100

Nhận xét: Khối u ở đại tràng sigma - trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (54,3%), chủ yếu có dạng sùi (97,8%), có 15 trường hợp u có kích thước ≥ 3/4 chu vi lòng trực tràng chiếm 32,6%.

Chụp cắt lớp vi tính vùng chậu ghi nhận có 23,9% trường hợp có di căn hạch vùng.

3.2. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng ở người cao tuổi

Bảng 3. Kỹ thuật PTNS

Kỹ thuật PTNS	Trung bình	Ngắn nhất	Dài nhất
Thời gian phẫu thuật (phút)	134,2 ± 40,1	55	240
Lượng máu mất trong mổ (ml)	37,7 ± 24,2	10	110
Kết quả nạo vét hạch	14,9 ± 5,2	3	29
Diện cắt trên (cm)	14,6 ± 4,1	10	25
Diện cắt dưới (cm)	4,3 ± 2,1	2	10

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 134,2 phút, dao động từ 55 phút đến 240 phút. Lượng máu mất trung bình là 37,7 ml, dao động từ 10 ml đến 110 ml.

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy, phần lớn BN có loại mô học carcinôm tuyến không đặc hiệu (97,8%). Về u nguyên phát, phần lớn BN ở giai đoạn T3 (71,7%), tiếp theo là T2 (15,2%). Tỷ lệ di căn hạch 34,8%. Giai đoạn bệnh chủ yếu là II (41,3%) và III (34,8%).

Bảng 4. Kết quả sau mổ

Kết quả sau mổ		Kết quả
Thời gian có nhu động ruột sau mổ	1 ngày	1 (2,2%)
	2 ngày	29 (63%)
	≥ 3 ngày	16 (34,8%)
Biến chứng sau mổ	Nhiễm trùng vết mổ	2 (4,3%)
	Viêm phổi	1 (2,2%)
	Chảy máu miệng nối	1 (2,2%)
	Xì miệng nối	3 (6,5%)
	Không	39 (84,8%)
Thời gian nằm viện trung bình: 7,5 ± 2,2		

Nhận xét: Sau mổ, phần lớn BN có nhu động ruột sau 2 ngày (63%). Biến chứng sau mổ ít gặp (15,2%). Trong đó, có 2 BN bị nhiễm trùng vết mổ mức độ nhẹ (4,3%) và được chăm sóc tại chỗ, 1 BN bị viêm phổi (2,2%) được điều trị bằng kháng sinh phối hợp, 1 BN bị chảy máu miệng nổi (2,2%) phải tiến hành nội soi cầm máu và 3 BN bị xì miệng nổi (6,5%) phải phẫu thuật lại, lau rửa ổ bụng, khâu lỗ xì, mở hồi tràng ra da.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng UT TT ở người cao tuổi

Về đặc điểm phân bố BN theo nhóm tuổi, chúng tôi ghi nhận nhóm tuổi từ 60-69 chiếm ưu thế với 54,3% và tuổi trung bình là $68,4 \pm 5$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Lê Huy và cộng sự (cs) (2022), ghi nhận tỷ lệ BN từ 60-69 tuổi chiếm đa số (65,2%) với tuổi trung bình là $67,9 \pm 5,8$ [5]. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 1,42 với nam giới chiếm ưu thế, tương tự với nghiên cứu của Zhang và cs (2021) [6].

Trong nghiên cứu chúng tôi có 78,3% BN có bệnh lý đi kèm, trong đó bệnh lý đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất 52,2%. Kết quả trên có khác với nghiên cứu của Zhang và cs (2021), khi 80% BN cao tuổi có bệnh lý đi kèm, trong đó tăng huyết áp là bệnh lý phổ biến nhất [6]. Nghiên cứu của Keller và cs (2020) ghi nhận bệnh lý tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất với 70,25%; đái tháo đường (27,21%) [7].

Chúng tôi ghi nhận BN có triệu chứng đau bụng (45,7%) và đại tiện phân có máu (69,6%). Nghiên cứu của Passuello N. và cs (2023) ghi nhận BN đau bụng (28%), thay đổi thói quen đại tiện (24%), sụt cân (14%), đại tiện phân có máu (25%) [8]. Kết quả nội soi đại - trực tràng chúng tôi ghi nhận khối u chủ yếu ở chỗ nối đại tràng sigma và trực tràng (54,3%) với dạng đại thể là sùi (97,8%). Kết quả này tương tự với Trịnh Lê Huy và cs (2022) ghi nhận rằng phần lớn BN có u ở vị trí cao và trung bình (48,6% và 38,9%) [5].

4.2. Kết quả PTNS điều trị UT TT ở người cao tuổi

Kết quả phẫu thuật

Trong 46 BN, có 25 BN được áp dụng phương pháp phẫu thuật cắt trước và 21 BN áp dụng phương pháp phẫu thuật cắt trước thấp. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $134,2 \pm 40,1$ phút. Kết quả này có sự tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước như Trịnh Lê Huy và cs (2022) hay Passuello N. và cs (2023), đều ghi nhận thời gian trung bình khoảng 133,6 phút. Nghiên cứu của Zhang và cs (2021) ghi nhận thời gian PTNS dài hơn $160,1 \pm 28,2$ phút. Điều này có thể được lý giải bởi sự cải tiến về trang thiết bị phẫu thuật và kinh nghiệm của phẫu thuật viên ngày càng được nâng cao. Tuy nhiên, phẫu thuật trên BN cao tuổi vẫn là một thách thức, đôi khi kéo dài hơn so với nhóm trẻ tuổi do các đặc điểm về bệnh lý nền và biến đổi giải phẫu. Khoảng dao động rộng trong nghiên cứu của chúng tôi (từ 55 đến 240 phút) cũng phản ánh sự đa dạng về mức độ phức tạp của từng ca mổ trên BN cao tuổi [5], [6], [8].

Trong nghiên cứu lượng máu mất trung bình là 37,7 ml dao động từ 10 ml đến 110 ml. Nghiên cứu của Zhang và cs (2021) thì ghi nhận lượng máu mất $80,5 \pm 20,9$ ml so với phẫu thuật mở ($160,3 \pm 42,4$ ml), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,002$) [6]. Điều này cho thấy PTNS giúp giảm thiểu lượng máu mất trong mổ.

Kết quả sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu số lượng hạch mạc treo trung bình nạo vét được là 14,9 hạch, dao động từ 3 hạch đến 29 hạch. Kết quả tương tự với các nghiên cứu khác về nạo vét hạch trong PTNS: Zhang và cs (2021) số lượng hạch mạc treo nạo vét được trung bình là $18,5 \pm 5,5$ hạch

và Passuello N và cs (2023) là 15-26 hạch [6], [8]. Diện cắt trên trong nghiên cứu có giá trị trung bình là $14,6 \pm 4,1$ và diện cắt dưới $4,3 \pm 2,1$; không ghi nhận trường hợp diện cắt có tế bào ung thư. Nghiên cứu của Zhang và cs (2021) ghi nhận chỉ 1 trường hợp có diện cắt dưới dương tính (2,2%) [6]. Điều này cho thấy PTNS đảm bảo tính triệt để về mặt ung thư học.

Nghiên cứu ghi nhận kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật có 97,8% BN có loại mô học carcinôm tuyến không đặc hiệu. Nghiên cứu của Trịnh Lê Huy và cs (2022) cũng ghi nhận kết quả tương tự, với tỷ lệ cao BN có mô học carcinôm tuyến. Điều này phản ánh rằng carcinôm tuyến không đặc hiệu là loại mô học chủ yếu trong UTTT [5]. Trong nghiên cứu cũng ghi nhận 91,3% BN có độ biệt hóa u vừa; 6,5% biệt hóa cao và 2,2% carcinôm tuyến dạng nhầy. Zhang và cs (2021) thì có phần khác khi ghi nhận khối u có độ biệt hóa kém nhiều nhất với 44,4%; biệt hóa vừa (26,7%), biệt hóa cao (17,8%) và carcinôm tuyến dạng nhầy là 2,6% [6].

Chúng tôi ghi nhận 71,7% BN ở giai đoạn T3 và 34,8% BN có di căn hạch. Như vậy BN trong nghiên cứu chủ yếu ở giai đoạn II và III với tổng tỷ lệ lên đến 76,1%. BN được chẩn đoán ở giai đoạn sớm chiếm tỷ lệ thấp hơn với 23,9%. Nghiên cứu của Trịnh Lê Huy và cs (2022) ghi nhận BN ở giai đoạn I (44,4%); II (19,4%) và III (4,2%) [5]. Nghiên cứu của Zhang và cs (2021) thì ghi nhận giai đoạn I (11,1%); II (62,2%) và III (26,7%) [6]. Phần lớn BN cao tuổi thường được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển, điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của sàng lọc và phát hiện sớm ở nhóm tuổi này.

Hầu hết BN trong nghiên cứu (63%) có nhu động ruột sau mổ vào ngày thứ 2; 34,8% BN có nhu động ruột sau mổ từ ngày thứ 3 trở đi. Thời gian trung bình có nhu động ruột là 2,5 ngày cho thấy quá trình phục hồi chức năng ruột sau mổ diễn ra trong khoảng thời gian từ 2 đến 3 ngày. Zhang và cs (2021) ghi nhận thời gian có nhu động ruột ở PTNS là $2,5 \pm 1,5$ ngày; phẫu thuật mở là $4,9 \pm 1,1$ ngày; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,015$ [6]. Nghiên cứu của Trịnh Lê Huy và cs (2022) ghi nhận thời gian có nhu động ruột là $2,8 \pm 0,6$ ngày [5]. Điều này cho thấy rằng PTNS giúp hồi phục chức năng ruột nhanh hơn.

Chúng tôi ghi nhận biến chứng sau mổ là 15,2%. Trong đó, có 2 BN bị nhiễm trùng vết mổ mức độ nhẹ (4,3%) và được chăm sóc tại chỗ, 1 BN bị viêm phổi (2,2%) được điều trị bằng kháng sinh phối hợp, 1 BN bị chảy máu miệng nối (2,2%) phải tiến hành nội soi cầm máu và 3 BN bị xì miệng nối (6,5%) phải phẫu thuật lại, lau rửa ổ bụng, khâu lỗ xì, mở hồi tràng ra da. Các biến chứng được điều trị ổn định và không có trường hợp nào tử vong. Trịnh Lê Huy và cs (2022) tỷ lệ biến chứng chung là 8,4% với nhiễm trùng vết mổ là 2,8%; viêm phổi 2,8%; rò miệng nối (1,4%) và tắc ruột (1,4%) [5]. Seishima R và cs (2021) ghi nhận nhiễm trùng vết mổ 7% và rò miệng nối là 8,8% [9]. Nghiên cứu của Zhang và cs (2021) ghi nhận tỷ lệ biến chứng ở nhóm PTNS là 8,9% so với nhóm phẫu thuật mở là 20,5%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,017$. Trong đó, nhiễm trùng vết mổ là khác biệt lớn nhất khi phẫu thuật mở có tỷ lệ nhiễm trùng (10,2%) cao gấp đôi so với nội soi (4,4%) [6]. Như vậy, PTNS ở BN UTTT cao tuổi nhanh phục hồi nhu động ruột hơn, ít biến chứng tổng thể và nhiễm trùng vết mổ hơn.

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu là $7,5 \pm 2,2$ ngày, cho thấy quá trình phục hồi ổn định và nhanh chóng. Nghiên cứu Trịnh Lê Huy và cs (2022) ghi nhận thời gian nằm viện trung bình là $8,7 \pm 1,9$ ngày [5]. Zhang và cs (2021) thời gian nằm viện trung bình là $7,5 \pm 4,5$ ngày. Trong khi BN phẫu thuật mở có thời gian nằm viện dài hơn, trung bình là khoảng 10-14 ngày [6]. Nguyễn Tuấn Cảnh và cộng sự (2023) ghi nhận: $8,4 \pm 1,5$ ngày đối

với PTNS UTTT [10]. Các nghiên cứu này đều nhấn mạnh rằng PTNS giúp BN hồi phục nhanh hơn và giảm thiểu thời gian nằm viện so với phẫu thuật mở.

KẾT LUẬN

PTNS điều trị UTTT ở người cao tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kết quả khả quan với tỷ lệ biến chứng thấp và quá trình phục hồi ổn định. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ và xì miệng nổi lên lượt là 4,3% và 6,5% cho thấy phương pháp này hiệu quả trong việc giảm thiểu biến chứng sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là $7,5 \pm 2,2$ ngày, phản ánh quá trình hồi phục nhanh chóng và ổn định. Các kết quả về thời gian phẫu thuật ($134,2 \pm 40,1$ phút), lượng máu mất ($37,7 \pm 24,2$ ml) và số lượng hạch nạo vét ($14,9 \pm 5,2$) đều cho thấy hiệu quả tốt về mặt kỹ thuật và tính triệt để của phẫu thuật. PTNS không chỉ giúp BN phục hồi nhanh hơn mà còn giảm thiểu các biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện, đảm bảo chất lượng điều trị ung thư và an toàn cho người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Bray F. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2024.
 2. 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(2 D), e240029, doi: 10.6004/jnccn.2024.0029
 3. Nguyễn Văn Tân, Nguyễn Văn Trí, Nguyễn Thanh Huân. Đánh giá tiền phẫu ở người cao tuổi. Trong: Bệnh học người cao tuổi – Tập 1 và 2. TP Hồ Chí Minh. Nhà xuất bản Y học. Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. 2025, 589-605.
 4. Li X, Zhang H, Hou X. Laparoscopic versus open surgical management in elderly patients with rectal cancer aged 70 and older. *J Minim Access Surg.* 2023. 19(4), 504-510, doi: 10.4103/jmas.jmas_243_22.
 5. Trịnh Lê Huy, Phạm Đức Tuấn. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi 3D cắt đoạn trực tràng điều trị ung thư trực tràng ở người cao tuổi. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022. 514(1), 49-51, doi: 10.51298/vmj.v514i1.2512.
 6. Zhang Q, Yang F, Liu G, *et al.* The application of laparoscopic surgery in elderly patients with colorectal cancer: a meta-analysis. *J Geriatr Oncol.* 2021.12(2), 269-276, doi: 10.1016/j.jgo.2020.08.005
 7. Keller DS, Reif de Paula T, Qiu J, Kiran RP. The trends in adoption, outcomes, and costs of laparoscopic surgery for colorectal cancer in the elderly population. *J Gastrointest Surg.* 2021.25(3), 766-774, doi: 10.1007/s11605-020-04517-6
 8. Passuello N, Polese L, Ometto G, *et al.* Outcomes of laparoscopic surgery in very elderly patients with colorectal cancer: A survival analysis and comparative study. *J Clin Med.* 2023. 12(22), 7122, doi: 10.3390/jcm12227122.
 9. Seishima R, Miyata H, Okabayashi K, *et al.* Safety and feasibility of laparoscopic surgery for elderly rectal cancer patients in Japan: a nationwide study. *BJS Open.* 2021. 5(2), zrab007, doi:10.1093/bjsopen/zrab007.
 10. Nguyễn Tuấn Cảnh, Trần Hoàng Anh, Trần Đỗ Thanh Phong, Cao Trần Thanh Phong, Nguyễn Văn hóa, Nguyễn Tường Anh, Nguyễn Văn Út. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sớm ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2023. 69, 50-57, doi: 10.58490/ctump.2023i69.1910.
-