

DOI: 10.58490/ctjump.2026i101.4647

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT MỞ CẮT ĐẠI TRÀNG NỘI NGAY TRÊN BỆNH NHÂN TẮC RUỘT DO UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

Trần Cát Minh¹, Trần Phước Hồng², Đặng Hồng Quân^{1*}

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Châu Đốc

*Email: dhquan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 04/3/2026

Ngày phản biện: 30/6/2026

Ngày duyệt đăng: 20/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư đại tràng là bệnh lý ác tính thường gặp, với biến chứng tắc ruột chiếm khoảng 15–30% trường hợp là tình trạng cấp cứu ngoại khoa nặng nề. Bệnh nhân thường nhập viện muộn, thể trạng suy kiệt, khiến việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật gặp nhiều khó khăn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả của phẫu thuật cắt đại tràng nội ngay trên bệnh nhân tắc ruột do ung thư đại tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả loạt ca trên 30 bệnh nhân. **Kết quả:** Có 30 trường hợp (TH) gồm 21 nam, 9 nữ, tuổi trung bình là $65,03 \pm 11,47$ tuổi. Thời gian mổ trung bình là $148,83 \pm 43,93$ phút. 100% trường hợp có diện cắt âm tính. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 10% (xì miệng nối 2 TH, nhiễm trùng vết mổ 1 TH), thời gian hậu phẫu trung bình là $8,47 \pm 2,47$ ngày. Không ghi nhận tử vong trong thời gian nằm viện. **Kết luận:** Phẫu thuật một thì cắt đại tràng nội ngay là phương pháp điều trị khả thi và bước đầu cho thấy tính an toàn trên những bệnh nhân tắc ruột do ung thư đại tràng được chọn lọc cẩn thận.

Từ khóa: Tắc ruột, ung thư đại tràng, nối ngay.

ABSTRACT

SHORT-TERM OUTCOMES OF OPEN COLECTOMY WITH PRIMARY ANASTOMOSIS FOR OBSTRUCTIVE COLON CANCER

Tran Cat Minh¹, Tran Phuoc Hong², Dang Hong Quan^{1*}

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Chau Doc General Hospital

Background: Colon cancer is a common malignancy, with bowel obstruction occurring in 15–30% of cases, representing a severe surgical emergency. Patients often present late with exhausted physical conditions, posing significant challenges in selecting the appropriate surgical approach. **Objective:** To evaluate the outcomes of one-stage colectomy with primary anastomosis in patients with obstructive colon cancer. **Materials and methods:** A prospective, descriptive case series study was conducted on 30 patients. **Results:** In total, there were 30 patients (21 men and 9 women) with a mean age was 65.03 ± 11.47 years. The mean operation time was 148.83 ± 43.93 minutes. 100% of cases had negative resection margins. The postoperative complication rate was 10% with 2 cases of anastomotic leak, 1 case of surgical site infection, and the mean postoperative hospital stay was 8.47 ± 2.47 days. There were no in-hospital mortalities. **Conclusion:** One-stage colectomy with primary anastomosis is a feasible treatment and has initially demonstrated safety in carefully selected patients with colon cancer obstruction.

Keywords: Bowel obstruction, colon cancer, primary anastomosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (UTĐT) là một trong những bệnh lý ác tính đường tiêu hóa thường gặp ở hầu hết các nước trên thế giới, gặp nhiều ở các nước phát triển và có xu hướng ngày

càng tăng. Theo GLOBOCAN 2022, tại Việt Nam hằng năm ghi nhận 16.835 trường hợp mới mắc, đứng hàng đầu trong các bệnh ung thư tiêu hóa và 8.454 người tử vong do ung thư đại trực tràng, chiếm 7% tỷ lệ tử vong do ung thư ở Việt Nam [1]. Tắc ruột là biến chứng cấp cứu thường gặp, chiếm khoảng 10–18% trường hợp, đe dọa trực tiếp tính mạng người bệnh [2]. Một số bệnh nhân UTĐT không có biểu hiện lâm sàng đến khi xảy ra biến chứng tắc ruột, UTĐT là nguyên nhân của 60% tắc ruột ở bệnh nhân lớn tuổi [3]. Trong bối cảnh này, phẫu thuật vừa phải giải quyết tình trạng tắc nghẽn, vừa đảm bảo nguyên tắc triệt căn ung thư. Trước đây, phẫu thuật nhiều thì hoặc làm hậu môn nhân tạo thường được ưu tiên nhằm giảm nguy cơ biến chứng. Tuy nhiên, cùng với tiến bộ trong gây mê hồi sức và kỹ thuật khâu nối, phẫu thuật mở cắt đại tràng nối ngay một thì ngày càng được áp dụng rộng rãi nhờ ưu điểm loại bỏ khối u, tái lập lưu thông tiêu hóa và tránh hậu môn nhân tạo [4]. Mặt khác, nguy cơ xì miệng nối và biến chứng sau mổ vẫn là thách thức lớn [5]. Vì vậy, việc đánh giá kết quả điều trị của phương pháp này trong điều kiện cấp cứu là cần thiết nhằm cung cấp thêm dữ liệu về kết quả sớm và tính khả thi của phương pháp, giúp định hướng lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật cắt đại tràng nối ngay trên bệnh nhân tắc ruột do ung thư đại tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là tắc ruột do UTĐT và được điều trị bằng phẫu thuật mở cắt đại tràng nối ngay tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ từ năm 2024 đến năm 2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột do UTĐT được phẫu thuật mở cắt đại tràng nối ngay. Tiêu chuẩn chẩn đoán trước mổ: dựa vào lâm sàng bệnh nhân có hội chứng tắc ruột và hình ảnh tắc ruột do u đại tràng trên phim X-Quang bụng, cắt lớp vi tính. Các tiêu chí lựa chọn để thực hiện nối ngay bao gồm: (1) Huyết động ổn định, không có tình trạng sốc nhiễm khuẩn, (2) Thành ruột không bị viêm, phù nề nhiều hoặc hoại tử, (3) Tình trạng tưới máu tại hai đầu diện cắt tốt, (4) Không có viêm phúc mạc. Bệnh án có đầy đủ dữ liệu cần nghiên cứu. Bệnh nhân và người thân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Ung thư cơ quan khác di căn đến đại tràng gây tắc ruột, có biến chứng thủng ruột, khối u không thể cắt bỏ được, bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện được 30 mẫu

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, hemoglobin (g/dL) <12, tiền sử nội soi đại tràng, X-Quang bụng đứng, cắt lớp vi tính ổ bụng có thuốc, vị trí u.

+ Đánh giá kết quả điều trị: Thời gian phẫu thuật, dụng cụ khâu nối ruột, kiểu miệng nối, giai đoạn theo TNM, số hạch nạo vét được, diện cắt, thời gian trung tiện, thời gian nằm viện sau mổ, biến chứng sau mổ, tử vong trong thời gian nằm viện.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Bộ câu hỏi thu thập dữ liệu, nghiên cứu hồ sơ bệnh án, hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0 và test thống kê y học.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua theo phiếu chấp thuận số 25.066.HV/PCT-HĐĐĐ-ĐC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

30 bệnh nhân tắc ruột do UTĐT được phẫu thuật mở cắt đại tràng nối ngay tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ từ năm 2024 đến năm 2026, trong đó có 21 bệnh nhân nam (70%) và 9 bệnh nhân nữ (30%).

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi		65,03 ± 11,47 tuổi
Hemoglobin (g/dL) < 12		16 (53,3%)
Tiền sử nội soi đại tràng		4 (13,3%)
X-Quang bụng đứng: hình ảnh mức nước hơi		27 (90%)
Cắt lớp vi tính ổ bụng có thuốc	Phát hiện u	29 (96,67%)
	Hình ảnh tắc ruột	27 (90%)
Vị trí u	Manh tràng	4 (13,3%)
	Đại tràng lên	11 (36,7%)
	Đại tràng góc gan	11 (36,7%)
	Đại tràng ngang bên phải	4 (13,3%)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 65,03 ± 11,47 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ hemoglobin (g/dL) < 12 chiếm 53,3%. Tiền sử đã từng nội soi đại tràng là 13,3%. X-quang bụng đứng có hình ảnh mực nước hơi là 90%. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có thuốc phát hiện u là 96,67% và có hình ảnh tắc ruột là 90%. Vị trí u ở manh tràng là 4 bệnh nhân (13,3%), đại tràng lên 11 bệnh nhân (36,7%), đại tràng góc gan 11 bệnh nhân (36,7%), đại tràng ngang 4 bệnh nhân (13,3%).

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật cắt đại tràng nối ngay

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm		Kết quả
Thời gian phẫu thuật trung bình		148,83 ± 43,93 phút
Dụng cụ khâu nối ruột	Khâu nối tự động	23 (76,7%)
	Khâu nối bằng tay	7 (23,3%)
Kiểu miệng nối	Bên- bên	25 (83,4%)
	Tận- tận	4 (13,3%)
	Tận- bên	1 (3,3%)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 148,83 ± 43,93 phút. Dụng cụ khâu nối ruột tự động chiếm đa số với 76,7% và kiểu miệng nối được thực hiện chủ yếu là bên-bên chiếm 83,4%.

Bảng 3. Đặc điểm giải phẫu bệnh và kết quả phẫu thuật

Đặc điểm		Kết quả
Giai đoạn	II	21 (70%)
	III	5 (16,7%)
	IV	4 (13,3%)
Số hạch nạo vét được trung bình		12,2 ± 13,78 hạch

Đặc điểm	Kết quả
Diện cắt âm tính	100%
Thời gian bắt đầu trung tiện	$3,8 \pm 1,16$ ngày
Thời gian hậu phẫu	$8,47 \pm 2,47$ ngày
Tử vong trong thời gian nằm viện	0%

Nhận xét: Theo phân loại TNM, giai đoạn II chiếm 70%, giai đoạn III chiếm 16,7% và giai đoạn IV chiếm 13,3%. Số hạch nạo vét được trung bình là $12,2 \pm 13,78$ hạch. 100% diện cắt âm tính. Thời gian bắt đầu trung tiện là $3,8 \pm 1,16$ ngày. Thời gian hậu phẫu trung bình là $8,47 \pm 2,47$ ngày. Không ghi nhận tử vong trong thời gian nằm viện.

Bảng 4. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhiễm trùng vết mổ	1	3,3
Xì miệng nổi	2	6,7
Chảy máu miệng nổi	0	0
Tụ dịch sau mổ	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 10%. Với 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ chiếm 3,3% và 2 trường hợp xì miệng nổi chiếm 6,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 21 bệnh nhân nam và 9 bệnh nhân nữ, tỷ lệ nam/nữ là 2,33/1, tỷ lệ này cao hơn của Nguyễn Minh Tuấn [6] là 1,67/1. Tuổi trung bình là $65,03 \pm 11,47$ tuổi (trẻ nhất là 43 tuổi và lớn nhất là 85 tuổi) tương đương với một số kết quả như: Nguyễn Trương Chinh [7] là 65,9 tuổi, Nguyễn Minh Tuấn [6] là 69,38 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ Hemoglobin (g/dL) < 12 chiếm 53,3%, kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Trần Mạnh Hùng [8] 44,7% và cao hơn của Nguyễn Trương Chinh [7] là 25,5%. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu chưa được nội soi tầm soát định kỳ, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử nội soi đại tràng trước khi nhập viện vì biến chứng tắc ruột chiếm 13,3%. Trong bối cảnh cấp cứu, X-quang bụng đứng không chuẩn bị vẫn giữ vai trò quan trọng với 90% trường hợp ghi nhận hình ảnh mức nước hơi, kết quả này tương đương với Trần Mạnh Hùng [8] là 100% và Nguyễn Trương Chinh [7] là 91,5%. Trong tiếp cận bệnh nhân tắc ruột cấp cứu, chẩn đoán xác định hiện nay chủ yếu dựa vào hình ảnh học, trong đó chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang được xem là phương tiện hữu hiệu nhất. Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ phát hiện u là 96,67% và phát hiện tắc ruột là 90%. Kết quả tương tự của Trần Mạnh Hùng [8] phát hiện u là 89,5% và Nguyễn Minh Tuấn [6] phát hiện u là 100%. Chụp cắt lớp vi tính cho phép đánh giá chính xác vị trí tắc, nguyên nhân, phát hiện di căn và đánh giá giai đoạn cũng như các biến chứng đi kèm. Việc nhận biết sớm các dấu hiệu này trên hình ảnh học giúp phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp, từ đó làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong và cải thiện tiên lượng cho người bệnh. Vị trí khối u, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận sự tập trung chủ yếu tại đại tràng lên và đại tràng góc gan với tỷ lệ tương đương nhau (cùng chiếm 36,7%), các vị trí còn lại bao gồm manh tràng và đại tràng ngang bên phải đều ghi nhận ở mức 13,3%. Kết quả này có sự khác biệt so với các dữ liệu dịch tễ học kinh điển trong và ngoài nước, phần lớn các báo cáo đều ghi nhận hơn 50% số trường hợp tắc ruột do ung thư đại tràng xảy ra ở đại tràng trái, thường gặp nhất là đại tràng sigma. Diễn hình theo nghiên cứu của Nguyễn Trương Chinh cho thấy

khối u ở đại tràng trái chiếm tỷ lệ đến 71,9%, trong đó vị trí tắc hay gặp nhất là đại tràng sigma chiếm tỷ lệ 44,7%, trong khi khối u ở đại tràng phải chỉ chiếm 28,1% [7]. Tuy nhiên, đặc điểm phân bố khu trú toàn bộ tổn thương tại đại tràng bên phải trong toàn bộ mẫu nghiên cứu của chúng tôi có thể được giải thích như sau: đối với các trường hợp tắc ruột do u đại tràng bên trái, tình trạng ứ đọng phân và dịch làm tăng áp lực lòng ruột nghiêm trọng, dẫn đến sự chênh lệch lớn về mặt khẩu kính giữa đoạn ruột phía trên và phía dưới tổn thương. Đồng thời, thành ruột vùng tắc thường bị viêm dày, phù nề nhiều và giảm tưới máu cục bộ. Trong bối cảnh cấp cứu đó, để đảm bảo an toàn cho người bệnh và tránh nguy cơ xì miệng nối, các phẫu thuật viên thường ưu tiên lựa chọn phương pháp phẫu thuật kiểu Hartmann hoặc mở hậu môn nhân tạo trên dòng để giải áp. Đặc điểm này có sự tương đồng với nghiên cứu của Thái Khắc Thảo [9] trên 65 bệnh nhân phẫu thuật cắt đại tràng phải, trong đó đại tràng góc gan và đại tràng lên cũng là hai vị trí chiếm ưu thế lần lượt là 46,15% và 23,08%, manh tràng và đại tràng ngang cùng chiếm 15,38%.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Trong nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân đều được thực hiện phẫu thuật cắt đại tràng nối ngay. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật cần được cá thể hóa, phụ thuộc vào đặc điểm khối u, mức độ xâm lấn, đánh giá kỹ lưỡng đoạn đại tràng phía trên, dưới chỗ tắc và thể trạng người bệnh. Thời gian phẫu thuật trung bình là $148,83 \pm 43,93$ phút. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Trương Chinh [7] ($142,5 \pm 38,4$ phút) và thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn [6] là 165 ± 45 phút. Thời gian mổ còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tình trạng ổ bụng, mức độ giãn của các quai ruột, vị trí khối u và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Sự phổ biến của các dụng cụ khâu nối tự động chiếm tỷ lệ cao với 76,7%, các ưu điểm của dụng cụ khâu nối tự động bao gồm: giảm thiểu sang chấn mô, tạo ra các mũi khâu có độ chính xác, đồng nhất cao và giảm thời gian phẫu thuật. Tuy nhiên, trong thực tế lâm sàng, dù nối máy chiếm ưu thế, kỹ thuật nối tay truyền thống vẫn giữ vai trò không thể thay thế, đặc biệt trong các trường hợp thành ruột viêm đỏ, phù nề do tình trạng tắc ruột kéo dài. Lúc này, phẫu thuật viên thường ưu tiên kỹ thuật nối tay chiếm 23,3% trong nghiên cứu của chúng tôi để có thể cảm nhận trực tiếp độ chắc của mô qua từng mũi khâu, từ đó đảm bảo tính an toàn tối đa cho miệng nối trong bối cảnh cấp cứu phức tạp. Nghiên cứu của tác giả Oliveira [10] khi phân tích trên 6.592 ca phẫu thuật nội soi cắt đại tràng đã không tìm thấy sự khác biệt đáng kể giữa hai kỹ thuật này. Đa số các trường hợp cắt đại tràng trong nghiên cứu được tái lập lưu thông bằng kiểu miệng nối bên – bên chiếm 83,4%, áp dụng cho cả miệng nối hồi - đại tràng và đại - đại tràng.

Phân loại giai đoạn theo TNM, giai đoạn II chiếm tỷ lệ 70%, giai đoạn III chiếm 16,7% và có 13,3% trường hợp giai đoạn IV với tình trạng di căn gan. Các bệnh nhân giai đoạn IV đều được đánh giá kỹ về tình trạng toàn thân và điều kiện tại chỗ trước khi quyết định nối ngay và chỉ định này mang tính chất phẫu thuật giảm nhẹ. Số hạch nạo vét được trung bình là $12,2 \pm 13,78$ hạch, kết quả này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Trương Chinh là $13,5 \pm 2,8$ hạch [7]. Số hạch nạo vét được phụ thuộc vào nhiều yếu tố: đặc điểm bệnh nhân (tuổi, giới, giai đoạn bệnh, vị trí u), kỹ năng của phẫu thuật viên và sự tỉ mỉ của bác sĩ giải phẫu bệnh khi tìm hạch từ bệnh phẩm. Đánh giá diện cắt về mặt vi thể là 100% âm tính, kết quả này tương đồng với Nguyễn Trương Chinh [7] là 100%. Thời gian bắt đầu có trung tiện trung bình là $3,8 \pm 1,16$ ngày, đây là chỉ số quan trọng đánh giá phục hồi nhu động ruột sau một phẫu thuật lớn. Kết quả này tương đương với kết quả của Trần Mạnh Hùng [8] tại bệnh viện Bạch Mai là $3,8 \pm 1,3$ ngày, Nguyễn Minh Tuấn [6] là 4 ngày. Thời

gian hậu phẫu có liên quan đến tình trạng phục hồi sau mổ đồng thời cũng liên quan chặt chẽ đến việc có hay không các tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ. Thời gian hậu phẫu trung bình là $8,47 \pm 2,47$ ngày, sớm nhất là 6 ngày và chậm nhất là 16 ngày. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự của Trần Mạnh Hùng [8] là 9,6 ngày, thấp hơn của tác giả Đỗ Duy Đạt [11] là $10,2 \pm 3,5$ ngày, Nguyễn Trương Chinh [7] là 10,2 ngày. Biến chứng sau mổ, chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp xì miệng nối chiếm 6,7%, tỷ lệ này cao hơn của Đỗ Duy Đạt [11] là 3,2% nhưng thấp hơn Mege [12] là 14%. Xì miệng nối là một trong những biến chứng nặng nề nhất sau phẫu thuật cắt đại tràng, đặc biệt trong bối cảnh phẫu thuật cấp cứu do tắc ruột. Tỷ lệ xì miệng nối dao động từ 0,5– 34% tùy theo vị trí nối, tình trạng bệnh nhân và kỹ thuật phẫu thuật [13]. Đây là biến chứng có thể đe dọa tính mạng, làm tăng tỷ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện và ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Trường hợp thứ 1, xì miệng nối ở bệnh nhân hậu phẫu tắc ruột do u đại tràng lên vào ngày thứ 7. Bệnh nhân được thực hiện miệng nối hồi- đại tràng ngang kiểu bên- bên bằng dụng cụ khâu nối tự động, bệnh nhân biểu hiện lâm sàng với dấu hiệu bụng đề kháng hố chậu (P), vết mổ rỉ dịch nghi dịch tiêu hóa, chúng tôi mở bụng lại, tìm thấy lỗ xì miệng nối hồi- đại tràng, chúng tôi tiến hành khâu lại kèm mở hồi tràng ra da. Trường hợp xì miệng nối còn lại xảy ra vào ngày hậu phẫu thứ 8 trên một bệnh nhân tắc ruột do u đại tràng ngang bên phải. Bệnh nhân đã được thực hiện miệng nối hồi- đại tràng kiểu bên- bên bằng khâu tay. Khi ghi nhận tình trạng xì miệng nối, chúng tôi đã tiến hành can thiệp lại bằng cách khâu phục hồi miệng nối kết hợp mở hồi tràng ra da để bảo vệ. Sau can thiệp, diễn tiến lâm sàng ổn định, bệnh nhân phục hồi tốt và xuất viện sau 7 ngày. Ngoài ra, có 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ 3,3%, thấp hơn các nghiên cứu của Trần Mạnh Hùng [8] là 8,9% và Nguyễn Minh Tuấn [6] là 12,5%. Tỷ lệ tử vong sớm sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 0%.

Nghiên cứu này có một số hạn chế bao gồm cỡ mẫu tương đối nhỏ ($n = 30$) và là nghiên cứu mô tả loạt ca, không có nhóm chứng đối chiếu với các phương pháp khác. Nghiên cứu chưa thu thập được các chỉ số dinh dưỡng trước mổ do tính chất mổ cấp cứu, dẫn đến hạn chế trong việc đánh giá mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và xì miệng nối. Bên cạnh đó, nghiên cứu mới chỉ đánh giá kết quả sớm sau mổ mà chưa đánh giá kết quả dài hạn sau mổ. Do đó, các kết quả về tỷ lệ biến chứng và tính an toàn mới chỉ mang tính chất ghi nhận bước đầu trên một nhóm bệnh nhân được chọn lọc cẩn thận, cần có các nghiên cứu với quy mô lớn hơn và kéo dài thời gian theo dõi để khẳng định.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt đại tràng nối ngay trên những bệnh nhân tắc ruột do ung thư đại tràng được chọn lọc cẩn thận bước đầu cho thấy tính khả thi và an toàn. Phương pháp này mang lại kết quả hậu phẫu khả quan, tỷ lệ biến chứng chấp nhận được (10%) trong thời gian nằm viện và giúp tránh tạo hậu môn nhân tạo ở những trường hợp có chỉ định phù hợp. Tuy nhiên, lựa chọn phương pháp phẫu thuật cần được cá thể hóa, cân nhắc cân trọng dựa trên đặc điểm của khối u, thể trạng bệnh nhân và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024. 74(3), 229-63, <https://doi.org/10.3322/caac.21834>.

2. Yoo RN, Cho HM, Kye BH. Management of obstructive colon cancer: Current status, obstacles, and future directions. *World J Gastrointest Oncol.* 2021. 13(12), 1850-1862, <https://doi.org/10.4251/wjgo.v13.i12.1850>.
3. Nguyễn Hữu Thịnh, La Minh Đức. Ung thư đại tràng. *Bệnh học Ngoại khoa Tiêu hoá.* 2023. 194-219.
4. Baer C, Menon R, Bastawrous S, Bastawrous A. Emergency Presentations of Colorectal Cancer. *Surg Clin North Am.* 2017. 97(3), 529-545, <https://doi.org/10.1016/j.suc.2017.01.004>.
5. Frago R, Ramirez E, Millan M. Current management of acute malignant large bowel obstruction : a systematic review. *Am J Surg.* 2014. 207(1), 127-138, <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.07.027>.
6. Nguyễn Minh Tuấn, Mai Tiến Dũng, Nguyễn Thành Luân, Nguyễn Đình Hợp, Trần Nhật Linh và cộng sự. Điều trị tắc ruột do ung thư đại trực tràng tại bệnh viện 19-8: giải pháp và kỹ thuật. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2025. 555(2), 375-379, DOI: 10.51298/vmj.v555i2.16074.
7. Nguyễn Trương Chinh, Phạm Minh Đức, Phan Đình Tuấn Dũng. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư đại tràng có biến chứng bán tắc ruột hoặc tắc ruột. *Tạp chí Y Dược Huế.* 2025. 15(7), 166-170, DOI: 10.34071/jmp.2025.7.22.
8. Trần Mạnh Hùng. Kết quả sớm điều trị phẫu thuật tắc ruột do ung thư biểu mô đại tràng phải tại bệnh viện Bạch Mai. *Tạp Chí Y Học Việt Nam.* 2022. 512(1), 171-175, 10.51298/vmj.v512i1.2223.
9. Thái Khắc Thảo, Nguyễn Trọng Hòe, Nguyễn Văn Quân, Trần Doanh Hiệu. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt nửa đại tràng phải điều trị ung thư biểu mô đại tràng phải tại bệnh viện quân y 103. *Tạp chí y dược học quân sự.* 2026.(2), 228-236, DOI: 10.56535/jmpm.v51i2.1760.
10. Oliveira A, Faria S, Gonçalves N. Surgical approaches to colonic and rectal anastomosis: systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2023. 38(1), 52, <https://doi.org/10.1007/s00384-023-04328-6>.
11. Đỗ Duy Đạt, Hồ Hữu Đức, Hoàng Anh Bắc, Nguyễn Văn Hưng. Đánh giá hiệu quả phẫu thuật cắt nửa phải đại tràng, nối một thì trong xử trí tắc ruột do u đại tràng tại bệnh viện thống nhất. *Tạp chí Sức khỏe và Lão hóa.* 2025. 1(2), 78-82, DOI: 10.63947/bvtn.v1i2.10.
12. Mege D, Manceau G, Beyer-Berjot L. Surgical management of obstructive right-sided colon cancer at a national level results of a multicenter study of the French Surgical Association in 776 patients. *Eur J Surg Oncol.* 2018. 44(10), 1522-1531, <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2018.06.027>.
13. Ramphal W, Boeding JRE, Gobardhan PD, Rutten HJT, de Winter LJMB, et al. Oncologic outcome and recurrence rate following anastomotic leakage after curative resection for colorectal cancer. *Surgical oncology.* 2018. 27(4), 730–736, <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2018.10.003>.