

KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ MẠC TREO ĐẠI TRÀNG PHẢI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ ĐẠI TRÀNG PHẢI

Kim Văn Vụ^{1,2} và Hoàng Anh^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng phải điều trị ung thư biểu mô đại tràng phải tại Bệnh viện K, từ 01/2020 đến 12/2025. Nghiên cứu ghi nhận được 53 trường hợp đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả: độ tuổi trung bình $59,43 \pm 10,96$, nam chiếm 45,3%, triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng bên phải với 56,6%. Vị trí u chủ yếu ở đại tràng góc gan với 39,6%, dạng khối sùi 71,7%, 100% thực hiện phẫu thuật nội soi thành công với thời gian mổ trung bình $118,02 \pm 20,87$ phút, miệng nối được thực hiện ngoài cơ thể (94,3%), nối tay (86,8%), chảy máu trong mổ là 7,6%, biến chứng sau mổ 5,7% (nhiễm trùng vết mổ và hoại tử ruột do tắc mạch mạc treo), thời gian cho ăn đường miệng $2,54 \pm 0,8$ (ngày), thời gian hậu phẫu $7,44 \pm 0,89$ (ngày), số hạch nạo vét trung bình $26,98 \pm 8,6$ với tỷ lệ di căn hạch 47%.

Từ khoá: Phẫu thuật nội soi, toàn bộ mạc treo đại tràng, ung thư biểu mô đại tràng phải.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng là bệnh lý ác tính thường gặp của đường tiêu hoá. Theo thống kê của Globocan 2022, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 3 về tỷ lệ mắc mới và cũng là nguyên nhân thứ 2 gây tử vong liên quan đến ung thư. Tại Việt Nam, hàng năm có khoảng gần 17.000 ca mắc mới và hơn 8.400 ca tử vong do ung thư đại trực tràng, đứng hàng thứ 4 ở nam và thứ 3 ở nữ giới.¹

Điều trị ung thư đại tràng bằng đa mô thức, kết hợp phẫu thuật triệt căn và hoá chất bổ trợ, trong đó phẫu thuật là căn bản với nguyên tắc cắt bỏ rộng rãi u và nạo vét hạch dọc theo các mạch nuôi tương ứng. Theo hướng dẫn của Hiệp hội ung thư đại trực tràng Nhật Bản (JSCCR: Japanese Society for Cancer of the

Colon and Rectum) năm 2019, chỉ định nạo vét hạch D2 với những tổn thương T1, T2 và D3 với tổn thương T3, T4 hoặc có hạch nghi ngờ.² Năm 2009, Hohenberger và cộng sự dựa theo phôi thai học của mạc treo đại tràng, đã đưa ra khái niệm cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME: Complete Mesocolic Excision) và thất mạch máu tận gốc như là một tiêu chuẩn mới trong điều trị ung thư đại tràng.^{3,4} CME tập trung vào sự đảm bảo tính nguyên vẹn của mạc treo đại tràng được cắt bỏ bằng kỹ thuật phẫu tích dọc theo mặt phẳng phôi thai, lấy bỏ toàn bộ khối u kèm mạc treo chứa mạch máu, bạch huyết, thần kinh thành một khối. CME làm tăng khả năng vét hạch, giảm thiểu tỷ lệ tái phát tại chỗ, tại vùng, đặc biệt là tái phát hạch tại vị trí gốc bó mạch mạc treo tràng trên hoặc mạc treo tràng dưới. Một số tác giả đã nghiên cứu về CME và nhận thấy CME làm giảm tỷ lệ tái phát từ 6,5% xuống 3,6%, cải thiện thời gian sống thêm từ 82,1% lên 89,1%.³ Đối với ung thư đại tràng phải, mặc dù có nhiều ưu điểm về kết quả

Tác giả liên hệ: Hoàng Anh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: drhoanganh@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 05/05/2026

Ngày được chấp nhận: 22/06/2026

điều trị tuy nhiên phẫu thuật này đòi hỏi phải phẫu tích dọc theo bó mạch mạc treo tràng trên với diện phẫu tích rộng rãi nên có thể làm tăng nguy cơ biến chứng trong và sau mổ, đặc biệt đối với phẫu thuật nội soi.^{5,6} Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng phải trong điều trị ung thư biểu mô đại tràng phải*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến nguyên phát tại đại tràng phải, khẳng định bằng nội soi đại tràng ống mềm và giải phẫu bệnh.
- Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng bên phải, bao gồm cả PTNS thành công và chuyển mổ mở.
- Phẫu thuật đảm bảo diện cắt R0.
- Mức độ xâm lấn sau mổ từ pT1 đến pT4.
- Không có hạch Bulky, chưa di căn xa.
- Có hồ sơ lưu trữ thông tin đầy đủ cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- U đã có biến chứng Abscess, thủng ruột.
- Bệnh nhân có từ 2 bệnh lý ung thư trở lên/ ung thư 2 vị trí đại tràng trở lên.
- Ung thư đại tràng tái phát.
- Chuyển mổ mở ngay sau khi nội soi ổ bụng đánh giá tổn thương không cho phép thực hiện PTNS (chỉ định khi u xâm lấn tá tràng, tĩnh mạch mạc treo tràng trên).

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện và lấy mẫu toàn bộ, chọn toàn bộ những trường hợp đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

Thời gian: 01/2020 đến 12/2025.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K Trung ương.

Biến số trong nghiên cứu

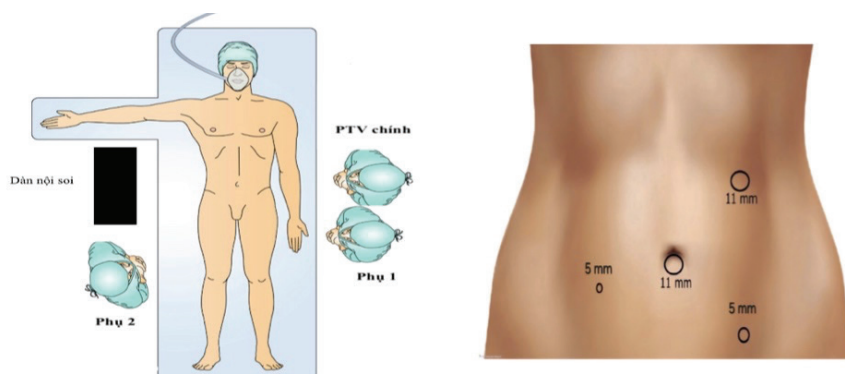
- Đặc điểm chung: tuổi, giới.
- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: triệu chứng lâm sàng, nội soi đại tràng, cắt lớp vi tính, CEA.
- Đặc điểm trong mổ: đặc điểm thất mạch, vị trí, kỹ thuật và hình thức miệng nối.
- Kết quả sớm của phẫu thuật: thời gian mổ, số hạch nạo được, tỷ lệ di căn hạch chung, tai biến trong mổ, thời gian hậu phẫu, thời gian rút sonde dạ dày, thời gian đánh hơi, thời gian cho ăn lại, biến chứng sau mổ.

Quy trình nghiên cứu

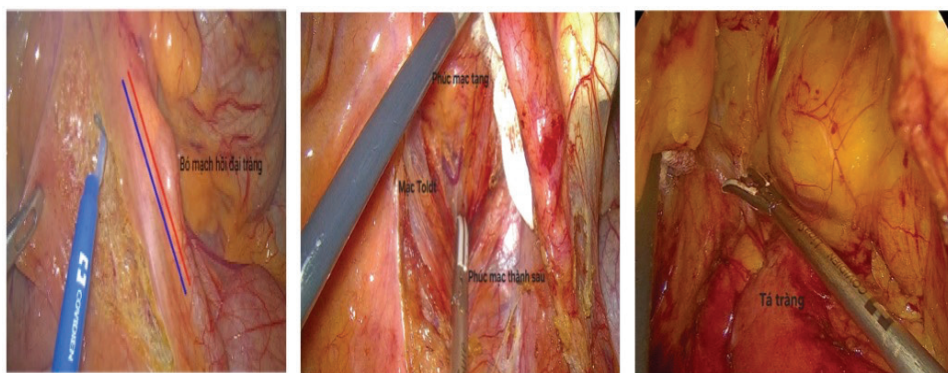
- Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân và thu thập thông tin trước phẫu thuật.
- Bước 2: Tham gia phẫu thuật, theo dõi hậu phẫu và ghi nhận thông tin sau phẫu thuật.

Quy trình phẫu thuật

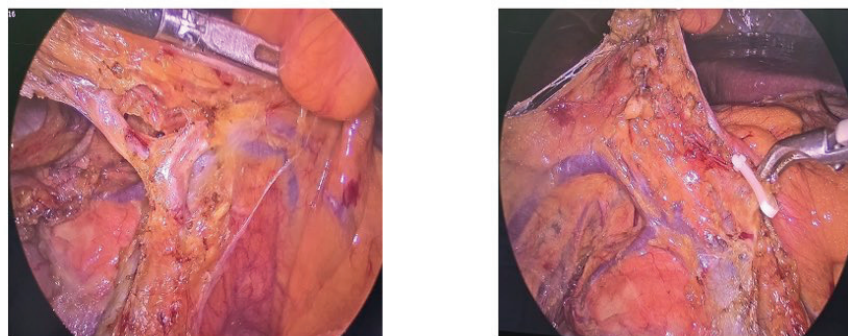
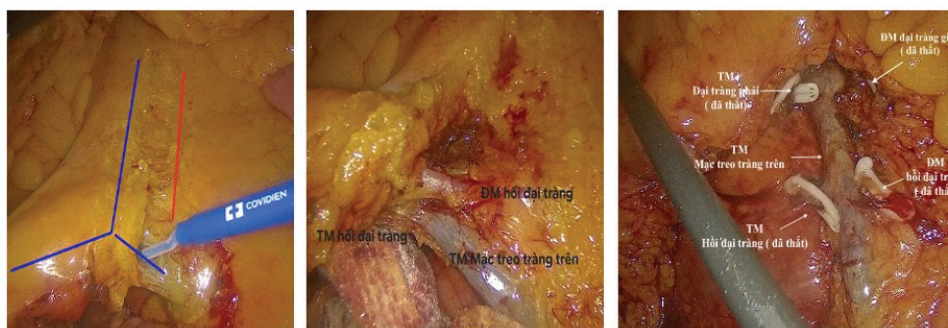
- Tư thế bệnh nhân và phẫu thuật viên: Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân khép. Phẫu thuật viên chính và phụ camera đứng bên trái bệnh nhân, phụ phẫu thuật đứng bên phải bệnh nhân.
- Bước 1: Đặt trocars: trocar 10 đặt tại rốn cho camera, 2 trocar 5 đặt tại hố chậu trái – phải, 1 trocar 12 đặt tại bờ ngoài cơ thẳng bụng trái – trên rốn.
- Bước 2: Quan sát toàn bộ ổ bụng, đánh giá vị trí u, độ xâm lấn u, di căn...
- Bước 3: Mở phúc mạc dọc theo bó mạch hồi manh đại tràng, phẫu tích vào lớp mạc Toldt, giải phóng mạc treo đại tràng phải khỏi phúc mạc sau, đầu tụy, tá tràng.
- Bước 4: Mở phúc mạc dọc theo bờ trái của tĩnh mạch mạc treo tràng trên, bộc lộ tĩnh mạch mạc treo tràng trên, vét hạch D3. Thất mạch hồi đại tràng, mạc đại tràng phải, đại tràng giữa, thất chọn lọc tĩnh mạch đại tràng phải trên.
- Bước 5: Cắt phúc mạc thành bên phải, cắt dây chằng gan đại tràng, cắt mạc nối lớn, di



Hình 1. Tư thế bệnh nhân, phẫu thuật viên và vị trí trocar



Hình 2. Phẫu tích vào lớp mạc Toldt, di động mạc treo đại tràng

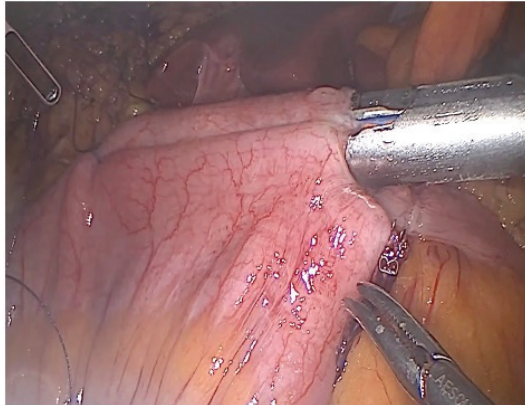


Hình 3. Thắt các mạch của đại tràng phải và vết hạch D3

động hoàn toàn đại tràng bên phải.

- Bước 6: Thực hiện miệng nối hoàn toàn

trong ổ bụng/ngoài cơ thể qua đường mổ nhỏ quanh rốn.



Hình 4. Làm miệng nối

Xử lý số liệu

- Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

- Dữ liệu được mô tả bằng những bảng hay biểu đồ.

- Đối với các biến số định tính hay định danh, trình bày dưới dạng tần suất hay tỷ lệ %. Mô tả biến định lượng: trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị max, min.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y học của Trường Đại học Y Hà Nội xét duyệt và thông qua theo quyết định số 1672/GCN-HMUIRB ngày 10 tháng 03 năm 2025.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, ghi nhận 53 trường hợp đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, thu được một số kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung và triệu chứng lâm sàng của đối tượng được nghiên cứu

	Đặc điểm (n = 53)	n	%
<i>Tuổi</i>	≤ 40	2	3,7
	(40 – 60]	25	47,2
	(60 – 80]	26	49,1
	> 80	0	0
	Mean ± SD (min – max)	59,32 ± 10,96 (34 – 80)	
<i>Giới</i>	Nam	24	45,3
	Nữ	29	54,7
<i>Triệu chứng lâm sàng</i>	Đau bụng bên phải	30	56,6
	Rối loạn tiêu hoá	18	34
	Đại tiện ra máu	14	26,4
	Bán tắc ruột	6	11,3
	Mệt mỏi chán ăn	9	17
	Đi khám định kỳ	17	32,1

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 59,32 tuổi, gặp hầu hết với độ tuổi trên 40 (96,3%), trường hợp nhỏ tuổi nhất là 34, cao tuổi nhất là 80. Tỷ lệ nữ cao hơn nam (54,7%).

Triệu chứng khiến bệnh nhân đi khám phát hiện bệnh thường gặp: đau bụng bên phải (56,6%), rối loạn tiêu hoá (34%). Số lượng bệnh nhân phát hiện bệnh qua khám định kỳ chiếm 32,1%.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm		n	%	
Mức độ CEA	Bình thường	35	77,8	
	Tăng	10	22,2	
	Tổng	45	100	
Nội soi đại tràng	Vị trí u	Manh tràng	3	5,7
		Đại tràng lên	18	34
		Đại tràng góc gan	21	39,6
		Đại tràng ngang	11	20,8
	Hình ảnh đại thể	Polyp	10	18,8
		U sùi	38	71,7
		Loét	2	3,8
		Thâm nhiễm	3	5,7
Cắt lớp vi tính	Không thấy u	10	18,9	
	Thấy u	T2 – T3	12	22,6
		T4	31	58,5

45 trường hợp được kiểm tra CEA trước mổ, 77,8% các bệnh nhân có nồng độ CEA huyết thanh ở ngưỡng bình thường. Tăng CEA gặp ở 22,2% bệnh nhân. Đánh giá u trên phim chụp

cắt lớp vi tính, phần lớn u được chẩn đoán cT4 với 58,5%, ngoài ra 10 trường hợp không thấy u.

100% bệnh nhân mổ nội soi thành công với kết quả.

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm		n	%
Thắt động mạch	ĐM hồi đại tràng	53	100
	ĐM đại tràng phải	48	90,6
	ĐM đại tràng giữa	45	84,9
Vị trí làm miệng nối	Trong ổ bụng	3	5,7
	Ngoài cơ thể	50	94,3
Kỹ thuật làm miệng nối	Nối tay	46	86,8
	Nối máy	7	13,2

	Đặc điểm	n	%
<i>Hình thức nối</i>	Tận – tận	12	22,6
	Tận – bên	1	1,9
	Bên - bên	40	75,5

Trong nghiên cứu, tỷ lệ thất động mạch hồi đại tràng, đại tràng phải và đại tràng giữa lần lượt là 100%/90,6%/84,9%. Hầu hết miệng nối

được làm ngoài cơ thể (94,3%), nối tay (86,8%), bên – bên (75,5%).

Bảng 4. Kết quả sớm phẫu thuật

Đặc điểm		Kết quả
Thời gian phẫu thuật (n = 53)		118,02 ± 20,87 (phút) (90 – 180 phút)
Thời gian trung tiện (n = 52)		2,46 ± 0,67 (ngày) (2 – 4 ngày)
Thời gian cho ăn (n = 52)		2,54 ± 0,8 (ngày) (2 – 5 ngày)
Thời gian hậu phẫu (n = 52)		7,44 ± 0,89 (ngày) (6 – 10 ngày)
<i>Tai biến trong mổ</i> (n = 53)	Chảy máu TM đại tràng phải trên	5,7%
	Chảy máu mạch mạc treo đại tràng	1,9%
<i>Biến chứng sau mổ</i> (n = 53)	Nhiễm trùng vết mổ	3,8%
	Tắc tĩnh mạch mạc treo tràng trên	1,9%

Thời gian mổ trung bình là 118,02 phút với thời gian nhanh nhất là 90 phút, lâu nhất 180 phút. Đối với các trường hợp không có biến chứng hậu phẫu nặng nề, thời gian trung tiện trung bình là 2,46 ngày, cho ăn đường miệng là 2,54 ngày, thời gian nằm hậu phẫu trung bình là 7,44 ngày.

Tai biến trong mổ là chảy máu, xảy ra khi tổn thương tĩnh mạch đại tràng phải trên và tổn thương mạch máu mạc treo đại tràng.

5,7% các trường hợp có biến chứng sau mổ, trong đó 1 trường hợp (1,9%) gặp biến chứng

nặng nề: hoại tử ruột do tắc tĩnh mạch mạc treo tràng trên dẫn tới mổ lại.

Kết quả ung thư học:

- Số hạch nạo vét được: 26,98 ± 8,6 hạch (14 – 54 hạch);

- Tỷ lệ di căn hạch chung: 47%.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư đại tràng là một gánh nặng bệnh lý phổ biến, đứng thứ 3 thế giới về tỷ lệ mắc và thứ 2 về tỷ lệ tử vong do ung thư. Tuổi là một yếu tố nguy cơ trong ung thư đại trực tràng rải

rác. Bệnh ít gặp ở tuổi dưới 40, tăng đáng kể xác suất trong độ tuổi 40 – 50 và tăng dần trong mỗi 10 năm về sau. Dữ liệu của SEER cho thấy ung thư đại trực tràng đang có xu hướng gia tăng ở độ tuổi dưới 50, tuy nhiên 90% các trường hợp vẫn được chẩn đoán ở độ tuổi trên 50. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, từ 34 đến 80, trong đó 96,3% thuộc lứa tuổi trên 40, trung bình 59,32. Kết quả này cũng cho thấy phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng hoàn toàn có thể thực hiện được ở những bệnh nhân cao tuổi.

Nghiên cứu cho thấy triệu chứng hay gặp nhất của bệnh nhân ung thư đại tràng phải là đau bụng bên phải (chiếm 56,6%), tiếp đến là rối loạn tiêu hoá (34%). 32,1% phát hiện ra bệnh qua khám sức khoẻ định kỳ, cao hơn các nghiên cứu khác, cho thấy xu hướng người dân quan tâm hơn tới các vấn đề sàng lọc ung thư ngày càng tăng, thay vì chỉ đi khám khi bệnh đã biểu hiện triệu chứng lâm sàng.⁶

Khảo sát chỉ số CEA được thực hiện trên 45/53 bệnh nhân được nghiên cứu, kết quả chỉ 22% có chỉ số CEA tăng. CEA được coi là kháng nguyên đặc hiệu và có vai trò trong theo dõi, đánh giá đáp ứng điều trị. CEA có thể tăng trong một số bệnh lý lành tính và không có bằng chứng ủng hộ sử dụng CEA như một xét nghiệm tầm soát, chẩn đoán ung thư đại trực tràng.

Đánh giá giai đoạn bệnh bằng chụp cắt lớp vi tính (CLVT), 18,9% không thấy u, 22,6% thấy đại tràng dày thành và 58,5% chẩn đoán u độ xâm lấn T4. Đối với các trường hợp không thấy u, thách thức trong phẫu thuật nội soi là phải định vị được chính xác vị trí của u, do đó cần thiết phải được đánh dấu u trước mổ bằng các chất chỉ thị màu (xanh metylen, ICG) hoặc bằng máu tự thân.

Trong nghiên cứu này, quy trình phẫu thuật được áp dụng tất toàn bộ hệ thống mạch của đại tràng phải, bao gồm: động mạch hồi

đại tràng, động mạch đại tràng phải và động mạch đại tràng giữa. Tuy nhiên, kết quả cho thấy tỷ lệ thất động mạch đại tràng phải và giữa lần lượt là 90,6% và 84,9% trong khi tỷ lệ thất động mạch hồi đại tràng là 100%. Nguyên nhân do sự xuất hiện của động mạch đại tràng phải, động mạch đại tràng giữa không hằng định như động mạch hồi đại tràng:

- Động mạch đại tràng phải có thể nguyên uỷ từ động mạch MTTT, từ động mạch đại tràng giữa, từ động mạch hồi đại tràng hoặc không tồn tại. Ứng dụng trong phẫu thuật, hầu hết các tác giả chỉ quan tâm đến trường hợp động mạch đại tràng phải xuất phát từ động mạch mạc treo tràng trên với tỷ lệ gặp theo nghiên cứu của Dương Bá Lập là 38,6%, của Dương Diệp Thiên Phú 44,2%.⁷⁻⁹ Tỷ lệ gặp động mạch đại tràng phải trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, có thể do cỡ mẫu còn ít, đồng thời các trường hợp biến thể mạch xuất hiện trong phẫu thuật cắt đại tràng phải mổ mở không được thống kê.

- So với động mạch đại tràng phải, động mạch đại tràng giữa hiện diện ổn định hơn. Nghiên cứu của Dương Bá Lập và Dương Diệp Thiên Phú đều báo cáo tỷ lệ xuất hiện động mạch đại tràng giữa đạt 100%.^{8,9}

Đối với miệng nối hồi – đại tràng ngang, đa số các trường hợp được nối tay (86,8%) bên – bên (75,5%) ngoài cơ thể (94,3%). Lựa chọn vị trí nối, kỹ thuật nối, hình thức nối phụ thuộc vào thói quen của phẫu thuật viên, thể trạng béo – gầy của bệnh nhân. Một nghiên cứu gộp năm 2024 trên 720 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải, cho thấy rò miệng nối không khác biệt giữa nối trong và ngoài cơ thể, nhưng nối trong cơ thể giảm liệt ruột sau mổ, giảm nhiễm khuẩn vết mổ.¹⁰ So sánh giữa nối máy và nối tay, sự khác biệt về hiệu quả của 2 kỹ thuật chưa thật sự rõ ràng. Kết quả từ nghiên cứu gộp năm 2011 của Choy PY cho kết quả tỷ lệ rò tiêu hoá của miệng nối hồi – đại

tràng ngang bằng tay cao hơn so với khi thực hiện bằng máy (6% so với 2,5%), tuy nhiên một nghiên cứu trên 1414 trường hợp ung thư đại tràng phải được phẫu thuật tại Đan Mạch, ghi nhận kết quả ngược lại với tỷ lệ rò cao hơn khi nối máy (5,4% so với 2,4%).^{11,12}

Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu là 118,02 phút, ngắn nhất là 90 phút, lâu nhất là 180 phút. Trong nghiên cứu CLASICC năm 2005 của Hội đồng y khoa Anh quốc, thời gian thực hiện là 180 phút (135 – 220 phút).¹³ Ngày nay với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, chất lượng dàn nội soi, dụng cụ nội soi tốt hơn cùng với sự tích lũy kinh nghiệm ngày một nhiều hơn của các phẫu thuật viên, thời gian mổ ngày càng có xu hướng được rút gọn.

Nghiên cứu ghi nhận 4 trường hợp gặp tai biến trong mổ, chiếm 7,6%, bao gồm 3 trường hợp chảy máu khi phẫu tích thất tĩnh mạch đại tràng phải trên, 1 trường hợp chảy máu mạc treo đại tràng. Tĩnh mạch đại tràng phải trên nhận máu từ đại tràng góc gan, hợp lưu với tĩnh mạch vị mạc nối phải, tĩnh mạch tá tụy trước trên thành thân chung tĩnh mạch Henle. Tĩnh mạch đại tràng phải trên không có động mạch đi kèm, thân chung tĩnh mạch Henle ngắn. Đây là khu vực nguy hiểm khi phẫu tích đại tràng phải, dễ xảy ra rách tĩnh mạch đại tràng phải trên, thân Henle hoặc rách tĩnh mạch mạc treo tràng trên, dẫn đến chảy máu khó kiểm soát, đặc biệt khi đưa đại tràng ra ngoài để thực hiện miệng nối mà chưa di động đủ mạc treo đại tràng ngang cũng như thất tĩnh mạch đại tràng phải trên.

Diễn biến phục hồi sau mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung tiện trung bình là 2,46 ngày, cho ăn đường miệng là 2,54 ngày, thời gian nằm hậu phẫu trung bình là 7,44 ngày. Các nghiên cứu trong nước cũng cho kết quả tương tự: Dương Bá Lập (thời gian trung tiện 2,23 ngày, thời gian cho ăn 2,24 ngày), Lê Huy Lưu (thời gian trung tiện: 2,3 ngày, cho ăn

2,7 ngày).^{6,14} Xu hướng hiện nay áp dụng phác đồ phục hồi sớm sau mổ, trong đó có cho ăn sớm bằng đường miệng.

Tỷ lệ biến chứng chung trong nghiên cứu là 5,7%, bao gồm: 2 ca nhiễm khuẩn vết mổ, 1 ca hoại tử ruột do tắc tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Tắc mạch mạc treo tràng trên là một biến chứng nguy hiểm, diễn biến từ từ, không đặc hiệu dẫn đến nguy cơ cao trong giai đoạn hậu phẫu cho bệnh nhân cũng như ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống sau này nếu đoạn ruột bị cắt bỏ quá lớn. Giả thuyết được đặt ra: kẹp Hem-o-lok sát thân tĩnh mạch gây hẹp một phần tĩnh mạch mạc treo tràng trên tại hai vị trí (vị trí thất của tĩnh mạch hồi đại tràng và tĩnh mạch đại tràng phải), làm thay đổi dòng chảy của máu, tạo điều kiện cho các yếu tố đông máu tập trung tạo huyết khối gây tắc lòng mạch, dẫn đến thiếu dưỡng ruột non.

Để khảo sát chính xác và đầy đủ nhất di căn hạch từ bệnh phẩm, NCCN khuyến cáo lấy tối thiểu 12 hạch.¹⁵ Trong CME không đề cập con số cụ thể hạch cần lấy bỏ. Về nguyên tắc CME, việc phẫu tích được thực hiện theo mặt phẳng phôi thai học giữa mạc treo đại tràng và mạc sau (mạc Toldt) để lấy trọn vẹn mạc treo đại tràng kèm thất mạch máu sát gốc, cắt ruột đủ rộng để nạo hạch rộng rãi. Theo tác giả Hohenberger, CME lấy bỏ nhiều mạc treo đại tràng hơn, đảm bảo phẫu tích toàn vẹn, nguyên khối do đó số hạch nạo vét hạch thường sẽ nhiều hơn so với phẫu thuật quy ước. Trong nghiên cứu, số hạch trung bình lấy bỏ được trong nghiên cứu là $26,98 \pm 8,6$ hạch (14 – 54 hạch) với tỷ lệ di căn hạch chung là 47%, cao hơn so với tiêu chuẩn 12 hạch của NCCN.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 53 trường hợp ung thư biểu mô đại tràng phải được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng phải từ 01/2020 đến 12/2025 tại Bệnh viện K cho kết quả bước đầu

khả quan với tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp, số lượng hạch được nạo vét lớn và thời gian hồi phục sớm. Tuy nhiên, phẫu thuật cần phải có những hiểu biết nhất định về giải phẫu học, kỹ năng phẫu thuật và không được làm hẹp động tĩnh mạch mạc treo tràng trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. GLOBOCAN 2022. Absolute numbers, Incidence, Both sexes, in 2022. gco.iarc.who.int. 2022. Accessed May 14, 2026. https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&cancers=8
2. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum. Japanese Classification of Colorectal, Appendiceal, and Anal Carcinoma: the 3d English Edition [Secondary Publication]. *J Anus Rectum Colon*. 2019;3(4):175-195. doi:10.23922/jarc.2019-018
3. Hohenberger W, Weber K, Matzel K, Papadopoulos T, Merkel S. Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and central ligation – technical notes and outcome. *Colorectal Dis*. 2009;11(4):354-364. doi:10.1111/j.1463-1318.2008.01735.x
4. West NP, Hohenberger W, Weber K, Perrakis A, Finan PJ, Quirke P. Complete Mesocolic Excision With Central Vascular Ligation Produces an Oncologically Superior Specimen Compared With Standard Surgery for Carcinoma of the Colon. *J Clin Oncol*. 2010;28(2):272-278. doi:10.1200/JCO.2009.24.1448
5. Conti C, Pedrazzani C, Turri G, et al. Comparison of Short-term Results after Laparoscopic Complete Mesocolic Excision and Standard Colectomy for Right-Sided Colon Cancer: Analysis of a Western Center Cohort. *Ann Coloproctology*. 2021;37(3):166-173. doi:10.3393/ac.2020.05.18
6. Lập DB, Tuấn PT, Tuấn TVM. Kết quả sớm sau phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng phải. *Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*. 2018;22(2):121-126.
7. Bắc NH, Thịnh NH. Khảo sát các dạng mạch máu đại tràng phải qua phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải. *Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*. 2010;14(1):99-103.
8. Dương DTP, Hồ LH, Phạm VN. Các dạng mạch máu của đại tràng phải và kết quả điều trị sớm ung thư biểu mô đại tràng phải bằng phẫu thuật nội soi. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023;(57):133-139. doi:10.58490/ctump.2023i57.606
9. Lập DB, Tiến BM. Các biến thể động mạch của đại tràng phải khảo sát qua phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng. *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế*. 2024;(94):43-47. doi:10.38103/jcmhch.94.7
10. Wei P, Li Y, Gao J, et al. Intracorporeal versus Extracorporeal Anastomosis in Laparoscopic Right Hemicolectomy: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Control Trials. *Dig Surg*. Published online September 27, 2024:1-21. doi:10.1159/000541373
11. Choy PYG, Bissett IP, Docherty JG, Parry BR, Merrie A, Fitzgerald A. Stapled Versus Handsewn Methods For Ileocolic Anastomoses. Cochrane Colorectal Cancer Group, ed. *Cochrane Database Syst Rev*. Published online September 7, 2011. doi:10.1002/14651858.CD004320.pub3
12. Nordholm-Carstensen A, Schnack Rasmussen M, Krarup PM. Increased Leak Rates Following Stapled Versus Handsewn Ileocolic Anastomosis in Patients with Right-Sided Colon Cancer: A Nationwide Cohort Study. *Dis Colon Rectum*. 2019;62(5):542-548. doi:10.1097/DCR.0000000000001289
13. Jayne DG, Guillou PJ, Thorpe H,

et al. Randomized Trial of Laparoscopic-Assisted Resection of Colorectal Carcinoma: 3-Year Results of the UK MRC CLASICC Trial Group. *J Clin Oncol*. 2007;25(21):3061-3068. doi:10.1200/JCO.2006.09.7758

14. Nghĩa PT, Anh NT, Lưu LH. Phẫu Thuật Nội Soi Cắt Đại Tr tràng Phải Nạo Hạch

D3. *Tạp Chí Học Y Thành Phố Hồ Chí Minh*. 2019;22(6):133-138.

15. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Colon Cancer (Version 2.2026 — Apr, 7 2026. NCCN.org. Accessed May 14, 2026. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf

Summary

INITIAL OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC COMPLETE MESOCOLIC EXCISION IN TREATING RIGHT-SIDED COLON ADENOCARCINOMA

This study is performed to evaluate the initial outcomes of laparoscopic complete mesocolic excision in treating right-sided colon adenocarcinoma at K Hospital, period 01/2020 – 12/2025. 53 cases met the selective criteria. Results: mean age 59.43 ± 10.96 years old, male 45.3%, the most common symptom is right-sided abdominal pain 56.6%. Most tumors were located at the hepatic flexure colon 39.6%, warty shape 71.7%. Laparoscopic surgery was successfully performed in 100% of patients, extracorporeal anastomosis 94.3%, handsewn anastomosis 86.8%. Mean operative time 118.02 ± 20.87 minutes, intraoperative bleeding 7.6%, postoperative complication 5.7% (wound infection and intestinal necrosis due to superior mesenteric vein occlusion), oral feeding time 2.54 ± 0.8 days, postoperative time 7.44 ± 0.89 days, mean number of harvested lymph nodes: 26.98 ± 8.6 with 47% metastasis rate.

Keywords: Laparoscopic, complete mesocolic excision, right-sided colon adenocarcinoma.