MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG GIAI ĐOẠN 2019-2025

LÊ TUẤN ANH[1], ĐÀO THỊ NGUYỆT[1], NGUYỄN THỊ NGÂN[1], NGUYỄN THỊ THU HƯƠNG[1]

[1]Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

Tác giả liên hệ: **Lê Tuấn Anh**

Email: tuananhgpbdg@gmail.com; SĐT: 0987372288

Ngày nhận bài báo: 12/10/2025

Ngày nhận phản biện khoa học: 17/12/2025

Ngày duyệt đăng: 22/12/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học của ung thư đại trực tràng; đối chiếu kết quả mô bệnh học giữa bệnh phẩm sinh thiết và bệnh phẩm sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 76 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang từ 01/2019 đến 06/2025. Thu thập các chỉ số: tuổi, giới, vị trí u, CEA, CA19-9, típ mô bệnh học, độ biệt hóa, giai đoạn bệnh. Đối chiếu típ mô học và độ biệt hóa giữa sinh thiết và bệnh phẩm phẫu thuật. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Nhóm tuổi ≥70 chiếm 65,8%, nam chiếm 54%. Vị trí u thường gặp nhất là đại tràng phải (29,3%), đại tràng sigma (24,4%) và trực tràng (19,5%). CEA tăng trước phẫu thuật ở 28%, giảm còn 6,7% sau phẫu thuật (p=0,032). Ung thư biểu mô tuyến chiếm 87,8%, thể nhầy 10,8%. Đa số u biệt hóa vừa (94,6%). Giai đoạn II chiếm 44,6%, giai đoạn III chiếm 43,2%. Tỷ lệ phù hợp giữa mô bệnh học sinh thiết và bệnh phẩm sau mổ về típ mô học và độ biệt hóa đạt 100%. **Kết luận:** Ung thư đại trực tràng tại BVĐK Đức Giang chủ yếu gặp ở người cao tuổi, đa số ở giai đoạn II–III. Ung thư biểu mô tuyến là típ mô học chủ yếu. Sinh thiết trước mổ có độ tin cậy cao, có giá trị quan trọng trong chẩn đoán và định hướng điều trị.

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical, paraclinical and histopathological characteristics of colorectal cancer and to compare histopathological findings between preoperative biopsy specimens and postoperative surgical specimens at Duc Giang General Hospital. **Materials and methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 76 patients with pathologically confirmed colorectal cancer who underwent surgery at Duc Giang General Hospital from January 2019 to June 2025. Data on age, sex, tumor location, serum CEA and CA19-9 levels, histological type, tumor differentiation, and disease stage were collected. Histopathological results of biopsy specimens were compared with postoperative surgical specimens. Data were analyzed using SPSS 20.0.**Results:** Patients aged ≥70 years accounted for 65.8%, and males represented 54%. The most common tumor locations were the right colon (29.3%), sigmoid colon (24.4%), and rectum (19.5%). Elevated preoperative CEA levels were observed in 28% of patients and significantly decreased after surgery to 6.7% (p=0.032). CA19-9 showed no significant change. Adenocarcinoma was the predominant histological type (87.8%), followed by mucinous adenocarcinoma (10.8%). Most tumors were moderately differentiated (94.6%). Stage II and stage III accounted for 44.6% and 43.2%, respectively. A 100% concordance rate was found between biopsy and surgical specimens regarding histological type and tumor differentiation. **Conclusions:** Colorectal cancer at Duc Giang General Hospital mainly affects elderly patients and is commonly diagnosed at stage II–III. Adenocarcinoma is the predominant histological type. Preoperative biopsy demonstrates high reliability and plays an important role in diagnosis and treatment planning.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Ung thư đại trực tràng là một trong những ung thư thường gặp và là nguyên nhân tử vong hàng đầu do ung thư trên thế giới cũng như tại Việt Nam [1,2]. Tiên lượng bệnh phụ thuộc chặt chẽ vào giai đoạn phát hiện, trong đó chẩn đoán sớm giúp nâng cao khả năng điều trị triệt căn và kéo dài thời gian sống cho người bệnh. Trên thực tế, phần lớn bệnh nhân vẫn được phát hiện ở giai đoạn tiến triển do triệu chứng ban đầu nghèo nàn và không đặc hiệu [9]. Các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, phân giai đoạn và lựa chọn phương pháp điều trị [14,15]. Tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, chưa có nghiên cứu hệ thống đánh giá đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học ung thư đại trực tràng cũng như đối chiếu kết quả giữa sinh thiết và bệnh phẩm phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm cung cấp số liệu thực tế tại đơn vị.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng:

76 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật từ 01/2019–06/2025, có sinh thiết trước mổ và bệnh phẩm sau mổ.

2.2. Thiết kế:

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.3. Chỉ số nghiên cứu:

Các biến số nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới, vị trí u, CEA, CA19-9, típ mô bệnh học (WHO 2019), độ biệt hóa, giai đoạn bệnh, đối chiếu sinh thiết trước phẫu thuật – bệnh phẩm sau phẫu thuật.

2.4. Xử lý số liệu:

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn; các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

3. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới

Tuổi	Nam		Nữ		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
< 40	0	0.0	2	5.7	2	2.6
40-49	0	0.0	4	11.4	4	5.3
50-59	0	0.0	1	2.9	1	1.3
60-69	10	24.4	9	25.7	19	25.0
≥ 70	31	75.6	19	54.3	50	65.8
Tổng	41	100.0	35	100.0	76	100.0

Nhận xét: Trong nghiên cứu 76 bệnh nhân, đa số bệnh nhân ung thư đại trực tràng gặp ở nhóm tuổi ≥70 (65,8%) và 60–69 tuổi (25%), chủ yếu là nam giới (54%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của ung thư đại trực tràng, thường gặp ở người cao tuổi và có xu hướng phổ biến hơn ở nam giới.

Bảng 2. Đặc điểm các chất chỉ điểm khối u trước điều trị

Chất chỉ điểm u		Trước PT		Sau PT	
		n	%	n	%
CEA	≤5ng/mL	18	72.0	14	93.3
	>5ng/ml	7	28.0	1	6.7
Tổng		25	100.0	15	100.0
CA 19-9	≤37U/ml	20	95.2	12	92.3
	> 37U/ml	1	4.8	1	7.7
Tổng		21	100.0	13	100.0

Nhận xét: Trong tổng số 76 bệnh nhân nghiên cứu chỉ có 21 bệnh nhân được làm xét nghiệm CEA và CA19-9 trước phẫu thuật, và chỉ có 13 bệnh nhân được làm sau phẫu thuật.

Về kháng nguyên CEA: Trước phẫu thuật, có 28,0% bệnh nhân có CEA tăng > 5 ng/mL. Sau phẫu thuật, tỷ lệ tăng giảm còn 6,7%, cho thấy nồng độ CEA giảm rõ rệt sau phẫu thuật. Giá trị trung bình CEA giảm từ 6,3 ± 16,2 ng/mL xuống 2,3 ± 1,0 ng/mL, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,032) → Điều này chứng tỏ phẫu thuật đã làm giảm đáng kể khối lượng tế bào ung thư tiết CEA, phản ánh hiệu quả điều trị.

Về kháng nguyên CA19-9: Tỷ lệ bệnh nhân tăng CA19-9 trước phẫu thuật chỉ 4,8%, sau phẫu thuật 7,7%, hầu như không thay đổi có ý nghĩa (p = 0,064). Giá trị trung bình giảm nhẹ từ 53,0 ± 158,6

U/mL xuống 12,3 ± 9,0 U/mL, song biến thiên rất lớn (SD cao) → cho thấy CA19-9 ít nhạy trong theo dõi ung thư đại trực tràng so với CEA. CEA có giá trị hơn CA19-9 trong theo dõi sau phẫu thuật và phát hiện tái phát sớm.

Bảng 3. Đặc điểm vị trí khối u

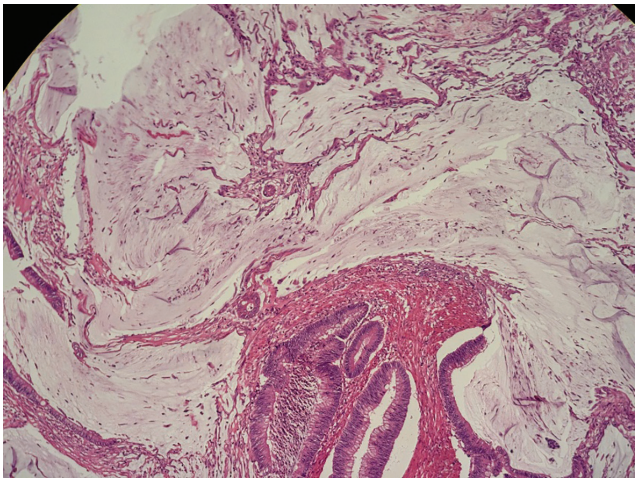
Vị trí	Số BN	Tỉ lệ (%)
Đại tràng phải	23	29.3
Đại tràng trái	9	12.2
Đại tràng ngang	11	14.6
Đại tràng Sigma	19	24.4
Trực tràng	14	19.5
Tổng	76	100.0

Nhận xét: Vị trí khối u thường gặp nhất là đại tràng phải (29,3%), tiếp theo là đại tràng Sigma (24,4%) và trực tràng (19,5%). Tổn thương tập trung chủ yếu ở vùng đại tràng Sigma và đại tràng phải, chiếm hơn 50% tổng số trường hợp.

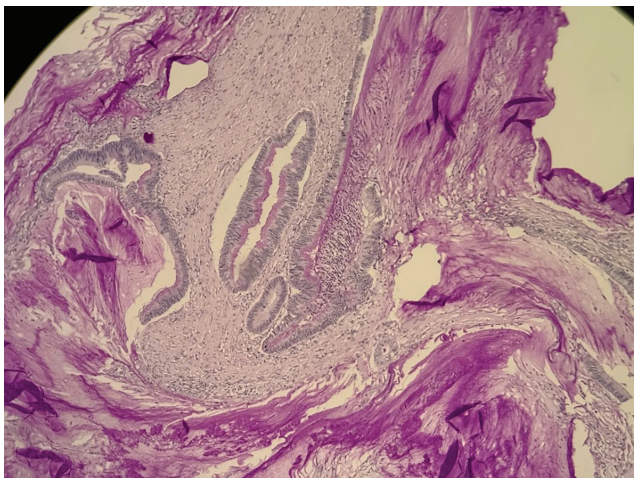
Bảng 4. Phân bố BN theo phân loại mô bệnh học của WHO 2019

Tip mô bệnh học	Số BN	Tỉ lệ (%)
Ung thư biểu mô tuyến	67	87.8
Ung thư biểu mô tuyến nhầy	8	10.8
Ung thư biểu mô tuyến nhú	1	1.4
Tổng	76	100.0

Nhận xét: Kết quả phân loại theo tip mô bệnh học cho thấy Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất – 87,8%, là thể mô bệnh học chủ yếu trong ung thư đại trực tràng. Ung thư biểu mô tuyến nhầy (mucinous adenocarcinoma) chiếm 10,8%, trong khi thể tuyến nhú chỉ chiếm 1,4%, rất hiếm gặp. Không ghi nhận các thể đặc biệt khác như tế bào nhẫn, tủy, không biệt hoá hoặc thần kinh nội tiết.

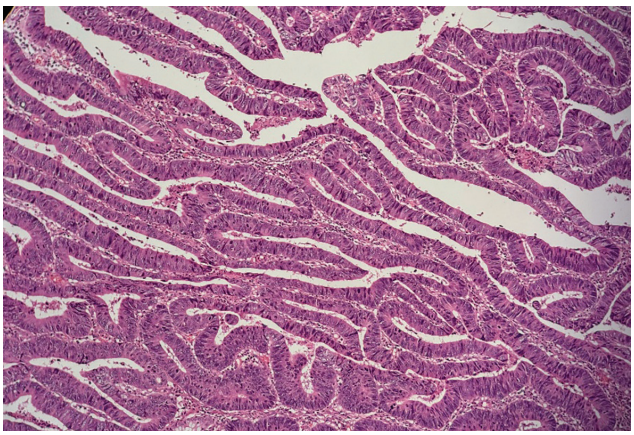


Ung thư biểu mô tuyến nhầy (Nhuộm H.E, BN Nguyễn.T.L.T, khoa GPB-BVĐK Đức Giang)



Ung thư biểu mô tuyến nhầy (Nhuộm P.A.S, BN Nguyễn.T.L.T, khoa GPB-BVĐK Đức Giang)

Ung thư biểu mô tuyến nhú (Nhuộm H.E, BN Kim.S.L, khoa GPB-BVĐK Đức Giang)

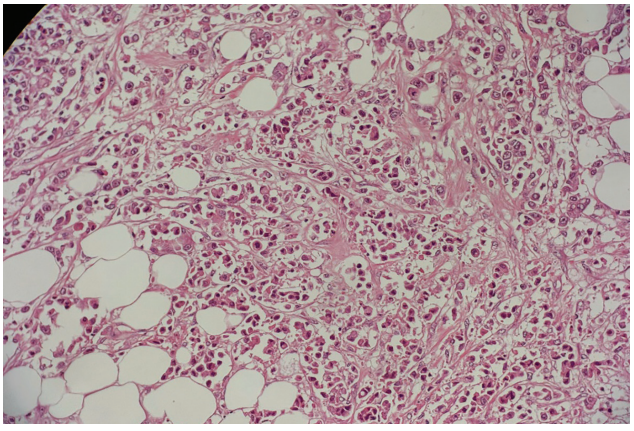


Ung thư biểu mô tuyến (Nhuộm H.E, BN Nguyễn.Đ.Q, khoa GPB-BVĐK Đức Giang)

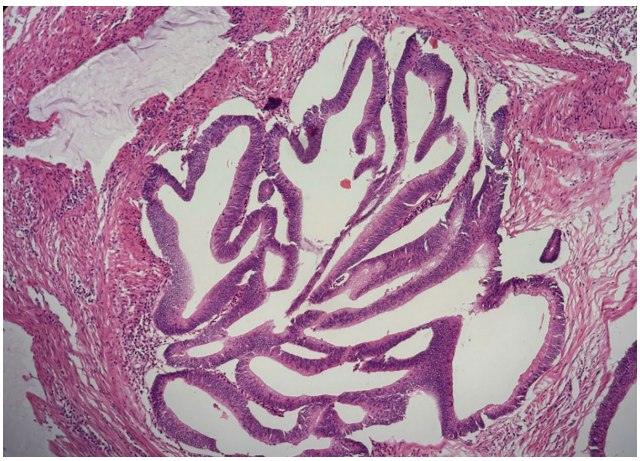
Bảng 5. Phân bố BN theo độ biệt hóa

Độ biệt hóa	Số BN	Tỉ lệ (%)
Biệt hóa cao	1	1.4
Biệt hóa vừa	72	94.6
Kém biệt hóa	3	4.1
Không biệt hóa	0	0.0
Tổng	76	100.0

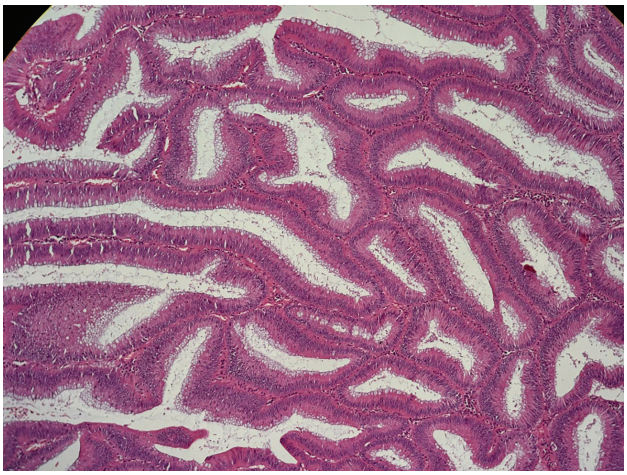
Nhận xét: Trong tổng số 76 bệnh nhân kết quả cho thấy đa số bệnh nhân ung thư đại trực tràng có mức độ biệt hoá vừa (94,6%), tiếp theo là kém biệt hoá (4,1%), và biệt hoá cao chỉ chiếm 1,4%. Không có trường hợp không biệt hoá được ghi nhận trong mẫu nghiên cứu. Kết quả này cho thấy phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm ung thư biểu mô tuyến biệt hoá vừa, phù hợp với đặc điểm mô học phổ biến của ung thư đại trực tràng trong thực tế lâm sàng.



Ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa (Nhuộm H.E, bn Nguyễn.V.D, khoa GPB-BVĐK Đức Giang)



Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao (Nhuộm H.E, bn Lê.Đ.T, khoa GPB-BVĐK Đức Giang)



Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa (Nhuộm H.E, bn Nguyễn.V.H, khoa GPB-BVĐK Đức Giang)

Bảng 6. Giai đoạn bệnh của nhóm đối tượng nghiên cứu

Giai Đoạn	Số BN	%
Giai đoạn I	8	10.8
Giai đoạn II	34	44.6
Giai đoạn III	33	43.2
Giai đoạn IV	1	1.4
Tổng	76	100.0

Nhận xét: Trong tổng số 76 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn phân loại cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn sớm (I–II) chiếm 55,4%, trong đó giai đoạn II là phổ biến nhất (44,6%).Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn muộn (III–IV) là 44,6%, trong đó giai đoạn III chiếm 43,2%, và chỉ 1,4% ở giai đoạn IV.

3.2. Đối chiếu trước và sau phẫu thuật:

Bảng 7. Đối chiếu típ mô bệnh học trước và sau phẫu thuật

So sánh típ mô bệnh học	Phù hợp	Không phù hợp
Trước phẫu thuật và Sau phẫu thuật	76 (100%)	0 (0%)

Nhận xét: Tỷ lệ phù hợp giữa kết quả típ mô bệnh học trước mổ và sau mổ đạt 100%. Đặc biệt là 1 số típ ít gặp như ung thư biểu mô tuyến nhầy và ung thư biểu mô tuyến nhú. Không có trường hợp nào sai lệch về chẩn đoán mô bệnh học. Điều này cho thấy độ chính xác cao trong chẩn đoán mô bệnh học trước phẫu thuật, góp phần hỗ trợ hiệu quả cho công tác điều trị và tiên lượng sau mổ.

Bảng 8. Đối chiếu độ biệt hóa trước và sau phẫu thuật

So sánh độ biệt hóa	Phù hợp	Không phù hợp
Trước phẫu thuật và Sau phẫu thuật	76 (100%)	0 (0%)

Nhận xét: Tỷ lệ phù hợp 100% giữa độ biệt hoá trước và sau mổ cho thấy chẩn đoán mô bệnh học trước mổ có độ chính xác và tin cậy cao**.** Đặc biệt là 1 số tip khó chẩn đoán như biệt hóa cao cũng đã được chẩn đoán trên sinh thiết và không có sự sai khác trên bệnh phẩm sau mổ.

4. BÀN LUẬN:

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học

Kết quả nghiên cứu cho thấy ung thư đại trực tràng gặp chủ yếu ở nhóm người cao tuổi, với độ tuổi trung bình trên 60 tuổi, trong đó nhóm ≥70 chiếm 65,8%, phù hợp với đặc điểm dịch tễ học toàn cầu. Theo Globocan 2022, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ tư về tỷ lệ mắc mới và thứ năm về tử vong tại Việt Nam, chủ yếu ở người trên 60 tuổi. SEER (2012–2018) cũng ghi nhận tỷ lệ sống 5 năm ở bệnh nhân giai đoạn sớm đạt 90,9%, nhưng giảm mạnh xuống 15,1% ở giai đoạn di căn xa – nhấn mạnh tầm quan trọng của phát hiện sớm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm tỷ lệ 54%, tương đồng với kết quả của Koo HY (2013) tại Hàn Quốc (nam 56,2%)[16], và Phạm Xuân Dũng (2022) (nam 52,7%)[4]. Sự khác biệt giới tính này có thể liên quan đến yếu tố nguy cơ như hút thuốc, rượu bia và chế độ ăn giàu chất béo động vật – những yếu tố được khẳng định trong các nghiên cứu của Otani (2003)[10] và Fedirko (2011)[12].

Kết quả nghiên cứu cho thấy vị trí khối u thường gặp nhất là đại tràng phải (29,3%), tiếp theo là đại tràng Sigma (24,4%) và trực tràng (19,5%). Tổn thương tập trung chủ yếu ở vùng đại tràng Sigma và đại tràng phải, chiếm hơn 50% tổng số trường hợp. Phân bố này phù hợp với Phạm Xuân Dũng (2022)[4] khi trực tràng chiếm 45,3%, đại tràng phải 34,2%. Rahadiani (2022)[3] lại ghi nhận xu hướng gia tăng ung thư đại tràng phải ở người trẻ tuổi (<50 tuổi), trong khi nhóm lớn tuổi vẫn gặp nhiều ở trực tràng. Điều này gợi ý sự thay đổi mô hình bệnh tật tại châu Á, trong đó Việt Nam đang chuyển dịch dần giống các nước phát triển – tỷ lệ ung thư đại tràng phải tăng lên do thay đổi lối sống và dinh dưỡng.

Trước phẫu thuật, 28% bệnh nhân có CEA tăng >5ng/mL, sau phẫu thuật chỉ còn 6,7%, với p=0,032, chứng tỏ CEA giảm có ý nghĩa thống kê. CA19-9 tăng nhẹ (4,8% trước và 7,7% sau mổ) nhưng không có ý nghĩa thống kê (p=0,064). Kết quả này phù hợp với Forones & Tanaka (1999)[21] và Reiter (2000)[22], khẳng định CEA là chỉ điểm khối u có giá trị cao nhất trong theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật. CEA tăng phản ánh khối lượng tế bào ung thư tiết glycoprotein cao, giảm sau mổ chứng tỏ đã loại bỏ phần lớn khối u nguyên phát.

Trong 74 bệnh nhân, giai đoạn II chiếm 44,6%, giai đoạn III chiếm 43,2%, chỉ 1,4% ở giai đoạn IV. Kết quả này gần tương tự Phạm Xuân Dũng (2022)[4] (giai đoạn III–IV chiếm 46,8%) và Rahadiani (2022)[3] (III: 41%, IV: 7%). Tỷ lệ bệnh nhân phát hiện ở giai đoạn muộn vẫn cao, phản ánh việc chưa tầm soát định kỳ bằng nội soi hoặc test máu ẩn trong phân. Tuy nhiên, tỷ lệ phát hiện ở giai đoạn II (44,6%) là điểm tích cực, cho thấy năng lực chẩn đoán và tiếp cận bệnh sớm tại BVĐK Đức Giang đang được cải thiện.

4.2. Đối chiếu chẩn đoán mô bệnh học giữa bệnh phẩm sinh thiết và bệnh phẩm phẫu thuật

Theo phân loại của WHO 2019, trong nghiên cứu này chúng ta thấy ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma NOS) chiếm 87,8%, thể nhầy chiếm 10,8%, và thể tuyến nhú 1,4%, phù hợp với phân bố mô học của ung thư đại trực tràng trên thế giới. Tỷ lệ này cũng phù hợp với báo cáo quốc tế: Fleming (2012)[24] nêu ung thư biểu mô tuyến chiếm 90–95%, thể nhầy 5–10%, thể đặc biệt hiếm gặp. Tại Việt Nam, Phạm Xuân Dũng (2022)[4] ghi nhận tỷ lệ tương tự (adenocarcinoma 88,5%, mucinous 8,3%).

Trong 76 bệnh nhân có mô tả độ biệt hóa trong kết quả mô bệnh học, biệt hoá vừa chiếm 94,6%, kém biệt hoá 4,1%, biệt hóa cao 1,4%, không có trường hợp không biệt hoá. Đây là mô hình phổ biến, tương đồng với Fleming (2012)[24], Phạm Xuân Dũng (2022)[4] (biệt hoá vừa 84,3%) và Rahadiani (2022)[3] (78%). Theo WHO 2019, độ biệt hoá có giá trị tiên lượng quan trọng, phản ánh mức độ ác tính của tế bào: biệt hoá cao/vừa tiên lượng tốt, đáp ứng phẫu trị và hoá trị cao, trong khi kém hoặc không biệt hoá dễ di căn hạch và tái phát sớm. Do đó, kết quả cho thấy phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tiên lượng trung bình – tốt.

Một kết quả nổi bật của nghiên cứu là sự tương hợp 100% giữa mô bệnh học sinh thiết và mô bệnh học sau phẫu thuật, bao gồm típ mô bệnh học, độ biệt hóa. Cấu trúc mô học của u trên mảnh sinh thiết tương đồng với mô bệnh học của u sau phẫu thuật. Điều này khẳng định độ tin cậy cao của công tác giải phẫu bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

Trong thực hành, sự khác biệt giữa sinh thiết và bệnh phẩm phẫu thuật có thể xảy ra do số lượng mảnh sinh thiết hạn chế hoặc tính không đồng nhất của khối u. Tuy nhiên, nghiên cứu này cho thấy khi quy trình lấy mẫu và xử lý được thực hiện đầy đủ, kết quả sinh thiết hoàn toàn có thể đại diện cho bệnh phẩm sau mổ. Đây là cơ sở quan trọng trong quyết định điều trị tiền phẫu và đánh giá tiên lượng.

5. KẾT LUẬN

Ung thư đại trực tràng chủ yếu gặp ở người cao tuổi, trong đó nhóm ≥70 tuổi chiếm 65,8%, nam giới chiếm 54%, tương đồng với xu hướng dịch tễ học trong nước và quốc tế.

Kết quả nghiên cứu cho thấy vị trí khối u thường gặp nhất là đại tràng phải (29,3%), tiếp theo là đại tràng Sigma (24,4%) và trực tràng (19,5%).

Chất chỉ điểm khối u: CEA tăng trước phẫu thuật ở 28% bệnh nhân và giảm rõ sau phẫu thuật ($p = 0,032$), chứng tỏ phẫu thuật triệt căn làm giảm đáng kể khối lượng tế bào ung thư. CA19-9 thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). CEA có giá trị theo dõi điều trị và tiên lượng hơn CA19-9.

Giai đoạn bệnh khi chẩn đoán chủ yếu là giai đoạn II (44,6%) và III (43,2%), chỉ 1,4% ở giai đoạn IV, cho thấy phần lớn bệnh nhân đến viện khi bệnh đã tiến triển, tuy nhiên tỷ lệ phát hiện ở giai đoạn sớm (I–II) đã được cải thiện. Có sự phù hợp 100% giữa kết quả sinh thiết và bệnh phẩm phẫu thuật về típ mô bệnh học, độ biệt hóa.

Kết quả này cho thấy có thể định hướng được độ ác tính của u trên mảnh sinh thiết u, đồng thời cho thấy chất lượng mảnh sinh thiết và chẩn đoán mô bệnh học tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang khá tốt. Nghiên cứu này góp phần cung cấp dữ liệu mô bệnh học có hệ thống về ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, giúp đánh giá xu hướng mô học theo chuẩn WHO 2019 và AJCC 7. Kết quả nghiên cứu là cơ sở xây dựng chuẩn báo cáo mô bệnh học và quy trình đối chiếu sinh thiết–phẫu thuật phục vụ nội kiểm ISO 15189:2022 của khoa Giải phẫu bệnh BVĐK Đức Giang. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang được chẩn đoán ở giai đoạn II–III, chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến biệt hoá vừa. Sự giảm rõ rệt nồng độ CEA sau phẫu thuật chứng minh hiệu quả điều trị phẫu thuật triệt căn. Các đặc điểm mô bệnh học và phân bố vị trí khối u phù hợp với xu hướng chung trong nước và thế giới, góp phần khẳng định tính đại diện và giá trị thực tiễn của nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2022: Viet Nam fact sheet. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2024.

2. Pham DX, Phung AHT, Nguyen HD, et al. Trends in colorectal cancer incidence in Ho Chi Minh City, Vietnam (1996–2015): joinpoint regression and age-period-cohort analyses. Cancer Epidemiol. 2022;77:102113. doi:10.1016/j.canep.2022.102113.

3. Fuchs CS, Giovannucci EL, Colditz GA, Hunter DJ, Speizer FE, Willett WC. A prospective study of family history and the risk of colorectal cancer. N Engl J Med. 1994;331(25):1669-1674. doi:10.1056/NEJM199412223312501.

4. Pariente A, Milan C, Lafon J, Faivre J. Colonoscopic screening in first-degree relatives of patients with "sporadic" colorectal cancer: a case-control study. Gastroenterology. 1998;115(1):7-12. doi:10.1016/S0016-5085(98)70358-0.

5. Cross AJ, Pollock JRA, Bingham SA. Haem, not protein or inorganic iron, is responsible for endogenous intestinal N-nitrosation arising from red meat. Cancer Res. 2003;63(10):2358-2360.

6. Otani T, Iwasaki M, Yamamoto S, et al. Alcohol consumption, smoking, and subsequent risk of colorectal cancer in middle-aged and elderly Japanese men and women: Japan Public Health Center-based Prospective Study. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2003;12(12):1492-1500.

7. Fedirko V, Tramacere I, Bagnardi V, et al. Alcohol drinking and colorectal cancer risk: an overall and dose-response meta-analysis of published studies. Ann Oncol. 2011;22(9):1958-1972. doi:10.1093/annonc/mdq653.

8. Lynch HT, Smyrk TC, Watson P, et al. Genetics, natural history, tumor spectrum, and pathology of hereditary nonpolyposis colorectal cancer: an updated review. Gastroenterology. 1993;104(5):1535-1549. doi:10.1016/0016-5085(93)90368-M.

9. Johnson CD, Chen MH, Toledano AY, et al. Accuracy of CT colonography for detection of large adenomas and cancers. N Engl J Med. 2008;359(12):1207-1217. doi:10.1056/NEJMoa0800996.

10. Soetikno RM, Kaltenbach T, Rouse RV, et al. Prevalence of nonpolypoid (flat and depressed) colorectal neoplasms in asymptomatic and symptomatic adults. JAMA. 2008;299(9):1027-1035. doi:10.1001/jama.299.9.1027.

11. Fleming M, Ravula S, Tatishchev SF, Wang HL. Colorectal carcinoma: pathologic aspects. J Gastrointest Oncol. 2012;3(3):153-173. doi:10.3978/j.issn.2078-6891.2012.030.

12. Edge SB, Compton CC. The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC Cancer Staging Manual and the future of TNM. Ann Surg Oncol. 2010;17(6):1471-1474. doi:10.1245/s10434-010-0985-4.

13. WHO. Classification of Tumours Editorial Board. Digestive System Tumours. 5th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2019.