

- Trương Công Đạt có 2/290 BN biến chứng sau mổ là nhiễm trùng, không gặp trường hợp nào gãy nẹp và gãy xương sau tháo nẹp⁵.

4.4. Kết quả điều trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật là phương pháp hiệu quả trong điều trị gãy Galeazzi, với tỷ lệ thành công cao và ít biến chứng. So với nghiên cứu của Trương Công Đạt (2004), tỷ lệ liền xương trong nghiên cứu này cao hơn (96,2% so với 86%). Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của Mikic (1975), trong đó 84,9% bệnh nhân đạt kết quả tốt sau phẫu thuật.

So với các nghiên cứu quốc tế như của Moore TM (1985), tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu này thấp hơn. Điều này có thể giải thích do việc áp dụng các kỹ thuật phẫu thuật hiện đại và chăm sóc sau phẫu thuật tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật là phương pháp điều trị ưu việt cho gãy Galeazzi, đặc biệt khi can thiệp sớm và đúng kỹ thuật. Việc chú trọng đến khớp quay trụ dưới trong phẫu thuật giúp cải thiện đáng kể chức năng vận động sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Azar FM, Canale ST, Beaty JH.** Campbell's operative orthopaedics e-book. Elsevier Health Sciences; 2016.
2. **Schatzker J, Tile M, Axelrod TS.** The rationale of operative fracture care. Springer; 2005.
3. **Mikic ZD.** Galeazzi fracture-dislocations. The Journal of bone and joint surgery American volume. 1975;57(8):1071-80.
4. **Vũ Trọng Tùng.** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật kết hợp xương gãy kín Galeazzi. Đại học Y Hà Nội; 2004.
5. **Trương Công Đạt.** Điều trị phẫu thuật gãy trật Galeazzi. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh; 2002.
6. **Nguyễn Quang Quyền.** Giải phẫu học. vol 1.; 2013:28-106.
7. **Nguyễn Đức Phúc NTS, Nguyễn Xuân Thùy, Ngô Văn Toàn;.** Chấn thương chỉnh hình. Nhà xuất bản y học; 2013:252 - 260.
8. **Nguyễn Đức Phúc PNH, Nguyễn Quang Trung, Phạm Gia Khải;.** Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình. NXB Y học Hà Nội; 2010:275 -300.
9. **Mohan K, Gupta AK, Sharma J, Singh A, Jain AJAoS.** Internal fixation in 50 cases of Galeazzi fracture. 1988;59(3):318-320.
10. **Moore TM, Lester DK, Sarmiento AJCo, research r.** The stabilizing effect of soft-tissue constraints in artificial Galeazzi fractures. 1985;(194):189-194.

KẾT QUẢ NỘI SOI TÁN SỎI ĐIỆN THỦY LỰC QUA ĐƯỜNG HẦM KEHR TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Sengsavanh Vonpachan¹, Trần Bảo Long^{1,2},
Trịnh Quốc Đạt^{1,2}, Nguyễn Đức Anh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị 35 người bệnh (NB) được tán sỏi qua đường hầm Kehr tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2019 đến tháng 03/2024. Kết quả: NB nhóm tuổi 40 - 80 tuổi chiếm 85,7%, tỉ lệ nam (57,1%) cao hơn nữ (41,9%); tỉ lệ hẹp đường mật khi soi là 25,7%; kết quả sạch sỏi sau tán lần đầu là 91,4%, không có tai biến. Kết luận: Nội soi tán sỏi điện thủy lực qua đường hầm Kehr là kỹ thuật hiệu quả và an toàn, với 91,4% NB có kết quả điều trị ở mức tốt, 8,6% ở mức độ trung bình.

Từ khóa: Sỏi mật, nội soi tán sỏi điện thủy lực, đường hầm Kehr, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

SUMMARY

RESULTS OF ELECTROHYDRAULIC

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Sengsavanh Vonpachan

Email: drseng9@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

LITHOTRIPSY THROUGH KEHR'S T-TUBE TRACT AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

A descriptive, retrospective study was conducted on 35 patients treated with lithotripsy through the Kehr's (T-tube) tract at Hanoi Medical University Hospital from October 2019 to March 2024 to evaluate the results of electrohydraulic lithotripsy through Kehr's tract. The results showed that the majority of patients were aged 40 - 80 (85.7%), with a higher percentage of males (57.1%) compared to females (41.9%). The incidence of bile duct stricture was 25.7%. After the first lithotripsy session, the stone clearance rate was 91.4%, with no recorded complications. Conclusion: Electrohydraulic lithotripsy through Kehr's T-tube tract yielded good treatment outcomes in most patients (91.4%), with 8.6% having moderate treatment outcomes. **Keywords:** Biliary stone, electrohydraulic lithotripsy, Kehr's T-tube tract, Hanoi Medical University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật là bệnh lý phổ biến ở Việt Nam, điều trị sỏi đường mật hiện nay đã có nhiều tiến bộ tuy nhiên vẫn còn những khó khăn, đặc biệt là sỏi đường mật trong gan vì nguy cơ

sốt sỏi, tái phát và thường kèm hẹp đường mật.¹

Do tính chất phức tạp của sỏi đường mật trong gan: nhiều sỏi, hẹp và viêm đường mật... nên tỉ lệ sỏi sót, sỏi tồn dư tới 60%.² Vì vậy, lấy sỏi đường mật qua đường hầm Kehr có thể thực hiện nhiều lần sau mổ là rất quan trọng nhằm tối ưu hiệu quả lấy sỏi. Đây là phương pháp ít xâm lấn, hiệu quả cao, tỉ lệ tái biến thấp và có thể sử dụng các công cụ tán sỏi bằng điện thủy lực hay laser giúp giải quyết sỏi và nâng cao tỉ lệ sạch sỏi. Cho đến nay, các báo cáo trong nước về lấy sỏi đường mật qua đường hầm Kehr với kết quả lấy sạch sỏi 81,7- 91,1%, và tỉ lệ tái biến thấp 4,5-7,4%.^{1,2,3}

Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, can thiệp tán sỏi qua đường hầm Kehr đã được tiến hành thường quy từ năm 2016. Đề tài được thực hiện với mục tiêu: Mô tả kết quả nội soi tán sỏi điện thủy lực qua đường hầm Kehr tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** NB sau mổ còn Kehr, còn sỏi đường mật; NB được điều trị tán sỏi qua đường hầm Kehr tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2019 đến tháng 03/2024; Hồ sơ bệnh án có đủ các thông tin cơ bản cho nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** NB được sử dụng đồng thời các phương pháp can thiệp đường mật khác (nội soi mật tụy ngược dòng, tán sỏi qua da...).

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, hồi cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2022 - tháng 8/2024. Chọn mẫu thuận tiện bao gồm 35 NB đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Công cụ thu thập số liệu sử dụng bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn. Số liệu được xử lý, phân tích và diễn giải bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Quy trình được sử dụng trong nghiên cứu. Quy trình tán sỏi qua đường hầm Kehr thống nhất theo quy định của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, bao gồm quy trình đánh giá NB trước mổ và các quy trình tiến hành trong mổ tại khoa Gây mê hồi sức.

Kỹ thuật thực hiện: - Kehr kích thước $\geq 16\text{Fr}$ (5,3mm): Rút Kehr, soi đường mật, tán sỏi điện thủy lực, bơm rửa và lấy sỏi bằng rọ. Sau thủ thuật, dẫn lưu đường mật bằng ống thông cỡ 16-18 Fr. Nếu còn sỏi thì sẽ tiếp tục lấy sỏi qua đường hầm mỗi 1-2 ngày cho đến khi hết sỏi.

- Kehr $< 16\text{Fr}$ (5,3mm): Nong đường hầm

bằng đầu ống thông Foley hai chạc được bôi trơn bằng dầu parafin kích thước lớn dần (12 Fr - $> 18\text{Fr}$). Các bước sau tương tự như trên.

2.4. Điều trị sau tán sỏi

- Kháng sinh đường tĩnh mạch nhóm cephalosporin thế hệ 3, liều điều trị các nhiễm trùng đường tiêu hóa.

- Giảm đau: dựa trên bậc thang giảm đau của WHO.⁴

* Các tiêu chuẩn được sử dụng

- Sạch sỏi khi đáp ứng cả ba tiêu chí: sỏi đường mật trong mổ, chụp đường mật và siêu âm sau mổ không còn sỏi/ hình ảnh nghi ngờ sỏi.

- Sốt sỏi: Không đáp ứng tiêu chí trên.

- Tái biến, biến chứng:

+ Liên quan phẫu thuật: Nhiễm trùng chân dẫn lưu, chảy máu tiêu hóa, rò mật, viêm phúc mạc.

+ Liên quan điều trị: Viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu,...

- Ra viện: lâm sàng không sốt, không đau, ăn uống bình thường; cận lâm sàng: bilirubin, bạch cầu, CRP trở về gần bình thường.

- Kết quả điều trị: 4 mức độ theo phân loại của Trần Bảo Long, bao gồm: Tốt, trung bình, xấu và rất xấu.¹

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 35 NB có tuổi trung bình $56,46 \pm 14,69$ tuổi (dao động từ 24 - 88 tuổi). Nhóm tuổi 40 - 80 tuổi chiếm 85,7%. Tỉ lệ nam/nữ là 4/3. 74,3% NB được gây mê nội khí quản, còn lại được tê tại chỗ, không trường hợp nào gây mê tĩnh mạch.

100% NB có đường hầm ống Kehr được thành lập tốt khi soi, không có tái biến trong mổ.

Bảng 3.1. Thời gian từ khi đặt dẫn lưu Kehr đến khi tán sỏi

Thời gian từ khi đặt dẫn lưu Kehr đến khi tán sỏi	n (%)
≤ 3 tuần	02 (5,7)
4-6 tuần	26 (74,3)
7-9 tuần	05 (14,3)
≥ 10 tuần	02 (5,7)
Tổng cộng	35 (100)

Nhận xét: 74,3% NB có thời gian từ khi đặt dẫn lưu Kehr đến khi tán sỏi từ 4-6 tuần.

Lâm sàng trước khi tán sỏi: triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn phải 34,2%, triệu chứng vàng da, sốt đều chiếm 2,9%. Theo tiêu chuẩn viêm đường mật cấp Tokyo Guidelines 2018, 8,6% NB có viêm đường mật cấp, bao gồm 5,7% viêm đường mật độ I và 2,9% viêm đường mật độ II.

Tất cả NB nghiên cứu đều làm xét nghiệm bilirubin máu toàn phần trước tán sỏi, có 4 NB

(11,4%) tăng bilirubin máu.

Bảng 3.2. Vị trí sỏi

Vị trí	n (%)
Trong gan	23 (65,7)
Ngoài gan	7 (20,0)
Trong và ngoài gan	5 (14,3)
Tổng	35 (100)

Nhận xét: Có 23 NB (65,7%) có sỏi trong gan và 7 NB (20%) sỏi ở ngoài gan. Tỷ lệ ghi nhận có hẹp đường mật khi soi là 25,7%.

Bảng 3.3. Số lần thực hiện thủ thuật (n=35)

Số lần	n (%)
1 lần	32 (91,4)
2 lần	01 (2,9)
3 lần	02 (5,7)
≥4 lần	0
Tổng cộng	35 (100)

Nhận xét: 91,4% NB thực hiện thủ thuật 1 lần.

Bảng 3.4. Kết quả tán sỏi (n=35)

Kết quả	n (%)
Sau tán lần 1 (n=35)	Sạch sỏi 32 (91,4)
	Còn sỏi 03 (8,6)
Sau tán lần 2 (n=3)	Sạch sỏi 01 (2,9)
	Còn sỏi 02 (5,7)
Sau tán lần 3 (n=2)	Sạch sỏi 02 (5,7)
	Còn sỏi 0

Nhận xét: Sau tán sỏi lần đầu tiên, 8,6% còn sỏi ở trong gan và 5,7% NB sạch sỏi sau tán lần 2.

Bảng 3.5. Kết quả điều trị (n=35)

Kết quả	n (%)
Tốt	32 (91,4)
Trung bình	03 (8,6)
Xấu hoặc rất xấu	0
Tổng cộng	35 (100)

IV. BÀN LUẬN

Bệnh sỏi đường mật có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi là $56,46 \pm 14,69$ tuổi (24 – 88 tuổi), phần lớn NB nhóm tuổi 40 - 80 tuổi (85,7%).

Tỷ lệ hẹp đường mật khi soi là 25,7%, thường gặp ở NB có sỏi trong gan, kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Lê Quan Anh Tuấn (2019) với 34,8% hẹp đường mật.⁵ Park (Hàn Quốc) báo cáo 74 trường hợp sỏi trong gan được lấy sỏi qua đường hầm Kehr dưới hướng dẫn X quang, tỷ lệ thành công 67,6%, trong đó 36 trường hợp (48,6%) sạch sỏi hoàn toàn.⁶ Phương pháp lấy sỏi này kém hiệu quả đối với sỏi đường mật trong gan nên hiện nay, với sự phát triển của kỹ thuật nội soi mềm và kỹ thuật tán sỏi trong cơ thể, người ta gần như không còn dùng phương pháp lấy sỏi qua da dưới

hướng dẫn X quang đơn thuần.

Đánh giá tán sạch sỏi dựa vào nội soi, siêu âm bụng và X quang đường mật sau tán sỏi. Kết quả sạch sỏi sau tán lần đầu (Bảng 3.4) cao (91,4%), 3 NB xác định còn sỏi và không thể tán (8,6%) đều là còn sỏi trong gan. Các nghiên cứu cũng cho kết quả sạch sỏi tương tự, dao động từ 76,7-91,1%^{1,2,3}.

Tất cả NB nghiên cứu không có tai biến hay biến chứng trong hoặc sau can thiệp. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của Lê Quan Anh Tuấn (2009) đã ghi nhận 8 trường hợp chảy máu nhẹ từ niêm mạc ống mật khi tán sỏi điện thủy lực, các chảy máu này tự cầm và không cần can thiệp.⁵ Ngoài ra, chúng tôi không gặp tai biến, biến chứng khác liên quan đến điều trị. Sỏi nằm ngoài gan sẽ dễ tiếp cận xử lý hơn sỏi trong gan, đặc biệt những trường hợp sỏi trong gan lớn kèm hẹp đường mật. Sỏi nằm sâu, kích thước lớn, hẹp đường mật được cho là các yếu tố nguy cơ xảy ra tai biến chảy máu trong quá trình tán sỏi. Bên cạnh đó, thời gian để đường hầm Kehr thành lập chắc chắn cũng là một yếu tố quan trọng nhằm tránh nguy cơ vỡ đường hầm trong quá trình nong và tán sỏi. Một khi đường hầm Kehr bị vỡ có thể gây chảy máu ổ bụng hoặc viêm phúc mạc, đều là những tai biến nặng nề và thường cần phải mổ lại. Thời gian trung bình từ khi đặt dẫn lưu Kehr đến khi tán sỏi là $5,57 \pm 2,10$ tuần (ngắn nhất là 2 tuần và dài nhất là 12 tuần).

Thời điểm phù hợp để tiến hành tán sỏi qua đường hầm Kehr luôn luôn là vấn đề được quan tâm trước khi chỉ định can thiệp. Nếu can thiệp quá sớm nguy cơ đường hầm chưa thành lập tốt, dễ xảy ra tai biến vỡ đường hầm. Hiện tại vẫn chưa có sự thống nhất về con số này trong các báo cáo quốc tế cũng như trong nước. Theo bảng 3.1, đa số NB được tán sỏi sau khi đường hầm Kehr được thành lập từ 4-6 tuần (74,3%), thời gian trung bình từ khi đặt dẫn lưu Kehr đến khi tán sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi là $5,57 \pm 2,10$ tuần (ngắn nhất là 2 tuần và dài nhất là 12 tuần), không có trường hợp nào gặp tai biến liên quan vỡ đường hầm. Lê Quan Anh Tuấn (2019) báo cáo nhóm NB có thời gian từ khi đặt Kehr đến khi tán sỏi qua đường hầm từ 21- 30 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất, thời gian trung vị là 28 ngày (4 tuần).⁵ Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự.^{3,4} Theo cơ chế sinh lý liên thương, 3 tuần là thời gian tối thiểu để đường hầm Kehr thành lập vững chắc. Bên cạnh đó, trên cái đối tượng NB đặc biệt có bất thường về sinh lý liên thương (đái tháo đường, suy giảm miễn dịch,...), thời gian an toàn để tán sỏi qua

đường hầm nên được kéo dài hơn.

Tỉ lệ còn sỏi ở trong gan sau khi tán lần đầu tiên là 8,6%, trong đó 2,9% NB sạch sỏi sau tán lần 2 và 5,7% NB sạch sỏi sau tán lần 3 (số lần tán sỏi trung bình $1,1 \pm 0,5$ lần). Trong các báo cáo liên quan, Nguyễn Hoàng Bắc (2007) lấy sỏi sót sau phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi có số lần lấy sỏi trung bình qua đường hầm ống Kehr là 2,2 lần (1 - 6 lần), trong đó, sỏi đường mật trong gan chiếm 77,4%.⁷ Phạm Như Hiệp 2,6 lần³, Lê Quan Anh Tuấn 4,5 lần⁵. Trong khi đó tỉ lệ sỏi sót ở các nước Âu Mỹ sau khi soi đường mật bằng ống soi mềm thấp hơn nhiều so với các báo cáo trong nước ta.⁸ Nguyên nhân là do sỏi đường mật ở Châu Âu chủ yếu là sỏi ống mật chủ và thường là sỏi thứ phát từ túi mật rơi xuống.⁸ Từ các nghiên cứu trong nước, khu vực và thế giới nêu trên cho ta thấy rằng với sỏi trong gan, đặc biệt nằm ở hai bên gan là yếu tố quan trọng để tiên lượng hiệu quả tán sỏi cũng như số lần tán sỏi. Vì vậy, chúng tôi, cũng như nhiều tác giả khác, khuyến cáo chụp phim cộng hưởng từ gan mật ở tất cả bệnh nhân sỏi sỏi đường mật trước khi can thiệp điều trị sỏi sỏi nhằm đánh giá vị trí, số lượng, kích thước và nhiều yếu tố quan trọng khác.^{3,4,5,7,8}

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện sau thủ thuật trung bình là $3,03 \pm 1,68$ ngày (ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 7 ngày), kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Như Hiệp và cộng sự (2005) với thời gian nằm viện trung bình là $8,2 \pm 7,4$ ngày.³

Hầu hết NB có kết quả điều trị ở mức tốt (91,4%), có 8,6% NB có kết quả điều trị ở mức độ trung bình.

V. KẾT LUẬN

Nội soi tán sỏi điện thủy lực qua đường hầm Kehr là phẫu thuật an toàn và hiệu quả với 91,4% NB sạch sỏi sau tán sỏi lần 1. Tất cả NB đều có đường hầm ống Kehr được thành lập tốt khi soi và không xảy ra tai biến trong hoặc sau mổ. 91,4% NB có kết quả điều trị tốt, không gặp trường hợp nào có kết quả xấu hoặc rất xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Bảo Long, Phạm Đức Huân và Trịnh Quốc Đạt** (2020). Vị trí hiện nay của phẫu thuật trong điều trị sỏi mật, những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị sỏi mật, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Đoàn Thanh Tùng, Trần Bảo Long và Đỗ Kim Sơn** (1995). Sỏi mật sỏi ở Việt Nam: Kinh nghiệm của Bệnh viện Việt Đức qua 136 trường hợp trong hai năm 1990-1991.
3. **Phạm Như Hiệp, Nguyễn Thanh Nguyên, Phạm Văn Đóm và cộng sự** (2005). Lấy sỏi đường mật qua đường hầm ống Kehr, Báo cáo tổng kết khoa học và kỹ thuật đề tài Nghiên cứu ứng dụng khoa học công nghệ trong chẩn đoán và điều trị sớm bệnh sỏi mật, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 232-252.
4. **Anekar AA, Hendrix JM, Cascella M.** (2023). WHO analgesic ladder. In StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/>.
5. **Lê Quan Anh Tuấn** (2019). Lấy sỏi mật qua đường hầm ống Kehr bằng ống soi mềm. Tạp chí Ngoại khoa và phẫu thuật nội soi Việt Nam, 2(9), 170-176.
6. **Park JH, Choi BI, Han MC, et al.** (1987). Percutaneous removal of residual intrahepatic stones. Radiology, 163(3), 619-623.
7. **Nguyễn Hoàng Bắc** (2007). Chỉ định của phẫu thuật nội soi trong điều trị sỏi đường mật chính, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 1-63.
8. **Oleaga JA, Perez MR, Freiman DB, et al.** (1979). Removal of a Distal Common Bile Duct Stone Through Percutaneous Transhepatic Catheterization. JAMA Surgery, 114(1), 107-109.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U TRUNG MÔ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2015-2021

Nguyễn Văn Phúc¹, Hoàng Minh Đức²,
Lê Văn Lập², Lê Tư Hoàng², Quách Văn Kiên^{1,2}

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Quách Văn Kiên

Email: quachvankien@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024

Đặt vấn đề: Các khối u trung mô trực tràng là một loại hiếm gặp của ung thư đường tiêu hóa, chiếm dưới 5% tổng số ung thư đường tiêu hóa. Biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị cũng như tiên lượng của những loại u này có nhiều điểm khác biệt với u biểu mô. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu; 30 bệnh nhân có khối u trung mô trực tràng được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Trong số 30 bệnh nhân, tỷ lệ giới tính là 43,3% nữ và 56,7% nam, với tuổi trung bình là 58,9 tuổi (32-