

thứ 2 (SAVY 2) vào năm 2010, tỉ lệ thanh niên có ý định tự tử trong cuộc đời của họ là 4,1% [10].

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy các hành vi bạo lực ở lứa tuổi VTN và TN tại thành phố Chí Linh, tỉnh Hải Dương tuy không cao và đang có xu hướng giảm nhẹ. Tuy nhiên xét trên mức độ cộng đồng thì đây vẫn là một vấn đề cần được quan tâm nhiều hơn, đặc biệt là các vấn đề về tâm lý, sức khỏe tinh thần của VTN & TN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **United Nations Children's Fund (UNICEF).** A familiar face Violence in the lives of children and adolescents. 2017; Division of Data, Research and Policy.
2. **WHO.** Key facts: Youth violence 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence#:~:text=Youth%20violence%20is%20a%20global,of%20homicides%20globally%20each%20year>].
3. **Giáo dục và Đào tạo Bộ Công an.** Báo cáo thực hiện Thông tư liên tịch số 06/2015/TTLT/BCA-BGDĐT về việc phối hợp triển khai nhiệm vụ bảo vệ an ninh tổ quốc, trật tự an toàn xã hội, đấu tranh phòng chống tội phạm, vi phạm pháp luật khác trong ngành giáo dục. 2019.
4. The Center for Injury Policy and Prevention Research-Hanoi School of Public Health. VietNam National Injury Survey 2010. 2010.

5. **Nguyễn Thanh Lương.** Đánh giá các hành vi nguy cơ tai nạn thương tích không chủ đích và bạo lực của vị thành niên tại Hà Nội, năm 2019. Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển, Tập 04, Số 04-2020. 2020.

6. **AKM Fazlur và Aminur Rahman Kamran Baset.** Dịch tễ học chấn thương không chủ định của trẻ em tại Thủ đô Dhaka. Báo cáo tóm tắt Hội nghị châu Á - Thái Bình Dương lần thứ 2 về phòng chống TNTT, tr 74. 2008.

7. **Nguyễn Thị Khánh Huyền.** Thực trạng hành vi tự tử ở học sinh trung học phổ thông và một số yếu tố liên quan tại quận Cầu Giấy, Hà Nội năm 2019. Luận văn Thạc sĩ Trường Đại học Y tế Công cộng. 2020.

8. **Nguyễn Thị Bích Hạnh.** Mối liên hệ giữa các vấn đề sức khỏe tâm thần và bất nạt trực tuyến ở học sinh Trung học phổ thông tại thành phố Đà Nẵng. Luận văn Thạc sĩ Tâm lý học lâm sàng trẻ em và vị thành niên. 2017.

9. **B. McKinnon, G. Garipey, M. Sentenac, F. J. Elgar.** Adolescent suicidal behaviours in 32 low-and middle-income countries. Bulletin of the World Health Organization. 2016;94(5): 340 - 50f.

10. **General Statistics Office Of Vietnam (GSO).** Survey Assessment of Vietnamese Youth (SAVY) 2020 [Available from: <https://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=411&idmid=4&ItemID=4150>].

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA 85 BỆNH NHÂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP, TRUNG BÌNH GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN TẠI CHỖ TẠI BỆNH VIỆN K TỪ 2013-2019

VÕ QUỐC HƯNG, BÙI CÔNG TOÀN
Bệnh viện K

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của 85 bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn tiến triển tại chỗ tại Bệnh viện K từ năm 2013-2019.

Phương pháp: Nghiên cứu lâm sàng trước, sau không có nhóm chứng trên 85 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, trung bình giai đoạn tiến triển tại chỗ điều trị bằng xạ trị gia tốc kết hợp với capecitabine.

Kết quả: Triệu chứng cơ năng chủ yếu là ở bệnh nhân ung thư trực tràng là đi ngoài nhầy máu 95,3%; rối loạn lưu thông ruột 87,1%. Về triệu chứng toàn thân thì gầy sút chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,0%; suy nhược 23,5% và thiếu máu 23,5%. Bệnh nhân ung thư trực tràng có khối u >3/4 chu vi chiếm tỷ lệ cao và đa số ở trạng thái sùi loét với 74,1%. Có 47,9% bệnh nhân có nồng độ CEA > 5ng/ml. Đa số u ở vị trí thấp và xâm lấn vào cấu trúc, cơ quan khác.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, Bệnh viện K.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, CLOSURE OF LOW COLORECTAL CANCER, MEDIUM PERIOD IN DEVELOPMENT IN K HOSPITAL FROM 2013-2019

Chịu trách nhiệm: Võ Quốc Hưng
Email: hungthanh2000@gmail.com
Ngày nhận: 21/6/2021
Ngày phản biện: 19/7/2021
Ngày duyệt bài: 28/7/2021

Objectives: Description some sub-clinical of patients with locally advanced rectal cancer patients in K hospital from 2013-2019.

Methods: Clinical research before, after witness group on 85 patients with low rectal cancer, on average, locally advanced stage of accelerated radiation therapy combined with capecitabine.

Results: The functional predominant symptom in rectal cancer patients is bloody mucus 95.3%; intestinal circulation disorders 87.1%. In terms of systemic symptoms, thinning accounted for the highest proportion with 40.0%; asthenic 23.5% and anemia 23.5%. People with rectal cancer who have tumors more than 3/4 of the circumference account for a high proportion and most of them have ulcerative state with 74.1%. There are 47.9% of patients with CEA concentrations > 5ng / ml. Most tumors are low in position and invade other structures and organs.

Keywords: Rectal cancer, K hospital

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là một trong những bệnh ung thư phổ biến ở nước ta và các nước trên thế giới. Tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng (trong đó hơn 50% là ung thư trực tràng) trên thế giới ngày càng tăng.

Theo GLOBOCAN 2018, cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế ước tính sẽ có khoảng 18,1 triệu ca ung thư mới và 9,6 triệu ca tử vong do ung thư trong năm 2018. Trong đó, ung thư đại trực tràng có tỷ lệ mắc 9,2%, và tỷ lệ tử vong là 6,1%^[1].

Ở những nước phát triển, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 2 trong số các bệnh ung thư ở cả 2 giới, chỉ sau ung thư phổi ở nam giới và ung thư vú ở nữ giới. Tại Pháp, hàng năm có khoảng 34.500 ca ung thư đại trực tràng mới và khoảng 16.800 ca tử vong. Bệnh chiếm vị trí thứ nhất trong các loại ung thư^[2].

Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng nằm trong số các bệnh ung thư hay gặp, đứng vị trí thứ 5 trong các bệnh ung thư^[3]. Hiện nay, tỷ lệ bệnh nhân ung thư trực tràng thấp và trung bình đến viện ở giai đoạn muộn khi tổn thương đã xâm lấn tổ chức xung quanh còn cao nên tỷ lệ các bệnh nhân được điều trị phẫu thuật triệt căn và phẫu thuật bảo tồn cơ tròn hậu môn thấp, (đặc biệt khó khăn khi khối u xâm lấn vào mặt trước xương cụt), vì vậy thời gian sống thêm và chất lượng sống không cao. Trong vài năm gần đây, ở một số cơ sở điều trị ung thư với những bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn xâm lấn vào tổ chức xung quanh, không thể phẫu thuật triệt căn ngay từ đầu thì đang được điều trị xạ trị tiên phẫu. Tuy nhiên, vẫn còn các trường hợp kháng

tia, đáp ứng kém với xạ trị tiên phẫu, dẫn đến tỷ lệ bệnh nhân ung thư trực tràng không thể điều trị phẫu thuật triệt căn mà chỉ điều trị triệu chứng thăm dò làm hậu môn nhân tạo còn cao.

Điều trị UTTT là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật đóng vai trò chính. Những tiến bộ trong điều trị đa mô thức bao gồm kết hợp hóa, xạ trị hỗ trợ đã giúp kéo dài thời gian sống thêm và giảm tái phát tại chỗ. Với tiến bộ trong những năm gần đây trong lĩnh vực ung thư: dùng capecitabin đường uống giúp bệnh nhân chỉ cần uống thuốc, thoải mái hơn, dễ sử dụng hơn. Đặc biệt các tiến bộ trong lĩnh vực xạ trị khi áp dụng xạ trị gia tốc trong điều trị giúp nâng cao hơn nữa hiệu quả điều trị hóa, xạ trị trước mổ đối với bệnh nhân ung thư trực tràng thấp và trung bình.

Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: “Đánh giá và nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, trung bình giai đoạn tiến triển tại chỗ tại Bệnh viện K từ năm 2013 - 2019”.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, trung bình giai đoạn tiến triển tại chỗ được điều trị hoá xạ trị đồng thời tại Bệnh viện K từ 2013- 2019 với các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sau:

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư trực tràng thấp, trung bình mà:

- + Có chẩn đoán giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến của trực tràng.
- + Có chỉ định hoá xạ trị: Giai đoạn T3,T4 theo phân loại của AJCC lần thứ 7- 2010.
- + Bệnh nhân chưa có di căn xa.
- Bệnh nhân được điều trị lần đầu.
- Thể trạng chung còn tốt: Chỉ số toàn trạng từ 0-2 theo thang điểm ECOG.
- Chức năng tuỷ xương còn tốt, chức năng gan thận còn tốt.
- BN không mắc các bệnh cấp và mạn tính trầm trọng.
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán là:
 - + Ung thư trực tràng cao (u cách rìa hậu môn ≥ 8 cm).
 - + U di động (giai đoạn T1,T2 theo phân loại của Y.Mason).
 - + Bệnh nhân có di căn xa.
 - + Bệnh nhân bỏ dở điều trị.
 - Ung thư ống hậu môn:
 - Thể trạng chung yếu: Chỉ số toàn trạng từ 3-4 theo thang điểm ECOG, hoặc chỉ số.
 - Bệnh nhân có nguy cơ tử vong gần do các

bệnh trầm trọng khác.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng trước sau không có nhóm đối chứng.

2.2. Thu thập số liệu

Sau khi các bệnh nhân được chẩn đoán là UTTR thấp có đầy đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.3. Quản lý và phân tích dữ liệu

Số liệu được mã hóa, nhập và làm sạch bằng phần mềm Access 2013.

Số liệu được phân tích bằng phần mềm STATA 14.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Quyền lợi và mọi thông tin của bệnh nhân trong dữ liệu được đảm bảo theo đúng các quy định của Hội đồng đạo đức, nghiên cứu được sự chấp thuận của Ban giám đốc, được Hội đồng Khoa học Công nghệ của Bệnh viện K thông qua.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân tham gia nghiên cứu

- Nhóm tuổi của các đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là ≥ 60 tuổi trở lên (chiếm 44,7%) và từ 50 - 59 tuổi chiếm (41,2%), tuổi trung bình là $57,8 \pm 10,2$ tuổi. Bệnh nhân dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ 4,7% và tuổi thấp nhất trong số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 27 tuổi.

- Về giới tính, phân bố bệnh ở nam (70,6%), nữ (29,4%).

2. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị

Bảng 1. Một số triệu chứng cơ năng trước điều trị (n = 85)

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Triệu chứng cơ năng		
Rối loạn lưu thông ruột	74	87,1
Đi ngoài nhầy máu	81	95,3
Thay đổi khuôn phân	70	82,4
Tắc ruột	8	9,4
Bán tắc ruột	3	3,5

- Các triệu chứng thường gặp nhất ở ung thư trực tràng thấp và trung bình lần lượt là: đi ngoài nhầy máu (95,3%), rối loạn lưu thông ruột

(87,1%), thay đổi khuôn phân (82,4%).

- Triệu chứng toàn thân: gầy sút (40,0%), tiếp theo là thiếu máu (23,5%) và suy nhược (23,5%). Có 5 bệnh nhân đã được phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo.

Chỉ số toàn trạng của bệnh nhân trước điều trị: Số bệnh nhân có thể trạng chung trước điều trị Ecog = 0 là 36 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 42,4%, ECOG = 1 là 37 bệnh nhân chiếm 43,5%, Ecog = 2 là 12 bệnh nhân chiếm 14,1%.

3. Đặc điểm hình thái u trước điều trị qua thăm khám trực tràng

Bảng 2. Đặc điểm của khối u qua thăm khám thực thể (n = 85)

Đặc điểm khối u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sờ thấy u trực tràng	85	100,0
Vị trí u		
Trung bình	26	30,6
Thấp	59	69,4
Đặc điểm u (theo nội soi)		
Sùi	17	20,0
Loét	2	2,3
Sùi loét	65	76,5
Thâm nhiễm	1	1,2
Kích thước so với chu vi		
< 1/4 chu vi	1	1,2
1/4 - 1/2 chu vi	1	1,2
1/2 - 3/4 chu vi	20	23,5
Toàn bộ	63	74,1
Tính chất		
Di động hạn chế	4	4,7%
Cố định	81	95,3%

Qua thăm khám thực thể 100% bệnh nhân đều sờ thấy u, trong đó: 69,4% bệnh nhân có khối u ở vị trí thấp, 30,6% khối u ở vị trí trung bình. Kết quả nội soi cho thấy: Thể kết hợp sùi loét chiếm tỷ lệ cao nhất (76,5%), tiếp theo là thể sùi (20,0%), thể loét (2,3%), 1,2% u thể thâm nhiễm. 74,1% bệnh nhân có kích thước u chiếm toàn bộ chu vi lòng ruột, 23,5% có kích thước u chiếm từ $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ chu vi lòng ruột. 95,3% bệnh nhân có u cố định, 4,7% bệnh nhân có khối u di động hạn chế.

Bảng 3. Đặc điểm và kích thước u trước điều trị (n = 85)

Kích thước u \ Đặc điểm u	Sùi		Loét		Sùi loét		Thâm nhiễm		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
<1/4 chu vi	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	1,2
1/4 - 1/2 chu vi	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2
1/2 - 3/4 chu vi	2	2,4	0	0,0	18	21,2	0	0,0	20	23,5
Toàn bộ	14	16,5	2	2,4	46	54,1	1	1,2	63	74,1
Tổng	17	20,0	2	2,4	65	76,5	1	1,2	85	100,0

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ u sùi loét và kích thước u lớn chiếm toàn bộ chu vi lòng ruột chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 54,1%. 21,2% bệnh nhân có u sùi loét, kích thước u chiếm từ $\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ chu vi lòng ruột. Tiếp đến là u sùi có kích thước chiếm toàn bộ chu vi lòng ruột: 16,5%. Chỉ có duy nhất 1 bệnh nhân u thể thâm nhiễm có kích thước chiếm toàn bộ chu vi lòng ruột.

Bảng 4. Giai đoạn bệnh của bệnh nhân trước điều trị theo T (n=85)

Giai đoạn bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giai đoạn T3	28	32,9
Giai đoạn T4	57	67,1
Tổng	85	100

67,1% số bệnh nhân tham gia nghiên cứu khi đang ở giai đoạn T4. 32,9% số bệnh nhân ở giai đoạn T3.

4. Đặc điểm cận lâm sàng trước điều trị

Bảng 5. Hình thái u qua nội soi

Đặc điểm u	Sùi	%	Loét	%	Sùi loét	%	Thâm nhiễm	%	Tổng	%
1/4-1/2 chu vi	1	1,17	0	0	1	1,17	0	0	2	2,35
1/2-3/4 chu vi	2	2,35	0	0	14	11,9	1	1,17	17	20,0
>3/4 chu vi	14	11,9	2	2,35	49	57,65	1	1,17	66	77,65
Tổng	17	20,0	2	2,35	64	75,29	2	2,35	85	100

Kết quả nội soi về hình thái và kích thước: 64 bệnh nhân có u thể sùi loét, trong đó 49 bệnh nhân có kích thước u chiếm trên 3/4 chu vi lòng ruột, 14 bệnh nhân có kích thước u chiếm từ 1/2 - 3/4 chu vi lòng ruột, thể sùi có 17 bệnh nhân, trong đó 14 bệnh nhân có kích thước u lớn hơn 3/4 chu vi lòng ruột. Có 64 bệnh nhân có u thể kết hợp sùi loét và 66 bệnh nhân có kích thước u > 3/4 chu vi lòng ruột.

Có tổng số 71/85 bệnh nhân có kết quả xét nghiệm chất chỉ điểm CEA, trong đó 47,9% có nồng độ CEA > 5ng/ml và 52,1% có nồng độ CEA ≤ 5ng/ml.

Bảng 6. Một số đặc điểm u theo MRI (n = 31)

Đặc điểm u theo MRI	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Xâm lấn		
Có	30	96,8
Không	1	3,2
Tính chất xâm lấn		
Lớp dưới niêm mạc	0	0,0
Lớp cơ	0	0,0
Lớp dưới thanh mạc	10	32,3
Cấu trúc, cơ quan khác	21	67,7
Hình ảnh hạch		
Có	21	67,7
Không	10	32,3

Có 31 trên tổng số 85 bệnh nhân làm MRI trước điều trị. 96,8% bệnh nhân làm MRI u có xâm lấn. Trong đó hầu hết mức độ xâm lấn đến cấu trúc, cơ quan khác, 32,3% xâm lấn ở lớp dưới thanh mạc. Có 21 trên tổng số 30 bệnh nhân có hình ảnh hạch.

Đặc điểm thể mô bệnh học: Ung thư biểu mô tế bào biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 78,8%; Ung thư biểu mô tế bào biệt hóa cao 11,8%, ung thư biểu mô tế bào không biệt hoá là 5,9% và ung thư biểu mô tế bào kém biệt hoá là 3,5%.

BÀN LUẬN

1. Tuổi và giới

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu tuổi trung bình: 57,5 ± 10,4 tuổi; Tuổi thấp nhất 27; Tuổi cao nhất 79. Đa số các bệnh nhân trên 40 tuổi (92,0%). Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ. Về giới tính, ở nam (70,1%) cao hơn gấp 2 lần so với nữ (34,5%). Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Bệnh ung thư trực tràng chủ yếu gặp ở những người trên 40 tuổi và nam mắc nhiều hơn nữ.

Tác giả Võ Văn Xuân (2012) khi nghiên cứu trên 56 BN UTTT được xạ trị gia tốc tăng phân liều trước mổ cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh có tuổi trên 40 tuổi là 96,4%, tuổi trung bình 60,7; Tỷ lệ nam/nữ: 1,33/1^[7]. Tác giả Phạm Cẩm Phương khi nghiên cứu trên 87 bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình, thấp được điều trị hóa + tia xạ trước mổ tại Bệnh viện K cho thấy đa số các bệnh nhân trên 40 tuổi (92,0%). Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ; Tỷ lệ nam/nữ: 1,3/1^[6]. Tác giả Joshua D.I Ellenhom (2006) nghiên cứu cho thấy bệnh gặp chủ yếu ở người trên 40 tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ: 1,7/1^[8]. Theo tác giả Thomas J. George (2010), bệnh gặp chủ yếu ở người trên 50 tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ^[4].

2. Lý do vào viện

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 95,4% số BN đến khám và điều trị bệnh UTTT là do đại tiện phân nhầy máu, các trường hợp còn lại là do rối loạn lưu thông ruột 87,4%, thay đổi khuôn phân 82,8%.

Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác: Theo nghiên cứu của tác giả Phạm Cẩm Phương 90,9% số BN đến khám và điều trị bệnh UTTT là do đại

tiện phân nhầy máu [6]. Theo Hoàng Minh Thắng ghi nhận, lý do vào viện chủ yếu là đại tiện phân nhầy máu chiếm 83% [9].

3. Thời gian từ lúc có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện

Thời gian từ lúc bắt đầu xuất hiện triệu chứng nghi ngờ đến khi nhập viện trung bình là $5,8 \pm 4,0$ tháng 41,4%. Theo Võ Văn Xuân, thời gian phát hiện bệnh ≤ 3 tháng là 48,2% [7]. Theo Phạm Cẩm Phương, 78,1% BN đến khám bệnh sau khi có triệu chứng đầu tiên ≤ 6 tháng trong đó 49,4% số BN đến khám bệnh trong 3 tháng đầu tiên khi có các triệu chứng bất thường [6].

4. Phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo trên u trước điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 bệnh nhân được phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo trước điều trị. Những bệnh nhân này được điều trị HXT sau đó đánh giá đáp ứng và tiến hành phẫu thuật lần 2. Trong số bệnh nhân này có 20% được phẫu thuật triệt căn bảo tồn cơ thắt và 80% được phẫu thuật triệt căn phá hủy cơ thắt. Nghiên cứu của Phạm Cẩm Phương cũng cho kết quả tương tự. Trong số 10 bệnh nhân Phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo trước điều trị có 6 bệnh nhân (60%) đã phẫu thuật cắt bỏ được khối u [6], đây là một trong những yếu tố cho thấy sự thành công của phương pháp điều trị HXT trước mổ nhằm thu nhỏ kích thước u giúp cho phẫu thuật dễ dàng hơn.

5. Đặc điểm mô bệnh học trước điều trị

Trong nghiên cứu này có 100% BN có mô bệnh học là UTBM tuyến trong đó chủ yếu là UTBM tuyến biệt hóa vừa (77,0%), Nghiên cứu cho kết quả phù hợp với các tác giả khác trong và ngoài nước. Tác giả Võ Văn Xuân (2012) nghiên cứu thấy rằng: UTBM tuyến chiếm tỷ lệ 83,9% [7]. Nghiên cứu của tác giả Phạm Cẩm Phương cho thấy UTBM tuyến chiếm tỷ lệ 89,6% [6]. Theo nghiên cứu của tác giả Phạm Quốc Đạt (2002), UTBM tuyến chiếm tỷ lệ 87,5% [5].

6. Kết quả cộng hưởng từ tiểu khung 1.5 tesla trước điều trị

Từ trước đến nay việc thăm khám bằng tay những bệnh nhân UTTT trung bình, thấp vẫn giữ vị trí quan trọng trong việc đánh giá tính chất của khối u (sùi, loét, thâm nhiễm, cố định hay di động, có máu hay không...) để qua đó lựa chọn phác đồ điều trị ban đầu. Hạn chế khác của phương pháp thăm trực tràng là còn mang tính chủ quan và phụ thuộc vào kinh nghiệm, trình độ người thăm khám. Một hạn chế nữa của thăm trực tràng là không thể phát hiện được di

căn hạch, do đó nếu chỉ dựa vào tính chất di động của u để quyết định xạ trị trước mổ hay không thì sẽ bỏ sót những trường hợp u di động nhưng đã có di căn hạch khu vực.

Chính vì vậy, việc đánh giá mức xâm lấn của ung thư trực tràng và tình trạng di căn hạch phải được bổ sung bằng cộng hưởng từ tiểu khung. Chụp cộng hưởng từ tiểu khung là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh rất có giá trị trong đánh giá giai đoạn bệnh UTTT [10,11].

Phân loại mức độ xâm lấn trên MRI theo Franco gồm 4 giai đoạn [89]

T1	Xâm lấn lớp niêm mạc và lớp dưới niêm
T2	Xâm lấn lớp cơ vòng và cơ dọc
T3	Xâm lấn ra tổ chức mỡ xung quanh
T4	Xâm lấn vào các tạng xung quanh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cho kết quả: U ở vị trí thấp 61,3% u ở vị trí trung bình 35,5%. U kích thước $>3/4$ chu vi chiếm 80,6%, u có kích thước từ $1/2 - 3/4$ chu vi chiếm 12,9%. 93,5% bệnh nhân có u xâm lấn. Trong đó, hầu hết mức độ xâm lấn đến cấu trúc, cơ quan khác, 29% xâm lấn ở lớp dưới thanh mạc. 21/31 bệnh nhân có hình ảnh hạch.

Theo Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng tỷ lệ di căn hạch là 46,9. Tỷ lệ di căn hạch tăng dần theo mức xâm lấn ung thư trong thành trực tràng: T1: 0%., T2: 12,9%., T3: 58,9%., T4: 85,7. Tỷ lệ di căn hạch tăng dần theo mức xâm lấn ung thư theo chu vi lòng trực tràng: $1/4$ chu vi: 0%., $2/4$ chu vi: 13,9%., $3/4$ chu vi: 76,5%., toàn chu vi là 93,1%. Chụp cộng hưởng từ giúp chẩn đoán đúng 83,9% hạch di căn có kích thước $< 5 - 10$ mm và 93,9% hạch di căn có kích thước > 10 mm [10]. Qua so sánh tổn thương u và hạch trên hình ảnh cộng hưởng từ tiểu khung 1,5 Tesla có thể đánh giá được một cách khách quan về tỷ lệ đáp ứng sau điều trị. Tác giả Sun Ys Fau - Li và cs khi nghiên cứu trên 97 BN UTTT được điều trị HXT trước mổ và được đánh giá giai đoạn trước và sau điều trị bằng MRI 1,5 Tesla cho thấy sự phù hợp trong chẩn đoán giai đoạn T và mô bệnh học là 73,2% [12].

7. Nồng độ CEA trước điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ số CEA trung bình trước điều trị là $10,9 \pm 17,82$ mmol/l. Nghiên cứu của các tác giả Florianello F, Gorla C, Biraghi T, Caron R, Scortecchi V theo dõi nồng độ CEA trên 133 bệnh nhân trước và sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng nhận xét nồng độ CEA trước phẫu thuật có liên quan đến giai đoạn Dukes của bệnh [13]. Sau phẫu thuật chỉ số CEA cao hơn bình thường ở 36 bệnh nhân, 91% trong số đó bị tái phát; giá trị sau phẫu

thuật bình thường đã được quan sát thấy ở 90 bệnh nhân và chỉ 21% trong số này tái phát bệnh. Nghiên cứu của Hoàng Mạnh Thắng, tỷ lệ CEA > 5ng/ml ở nhóm T4 cao hơn nhóm T3^[14]. Tác giả Koca D Fau và cs (2012) nghiên cứu trên 221 BN UTTT giai đoạn II, III cho thấy nồng độ CEA sau phẫu thuật cao là yếu tố tiên lượng xấu của bệnh^[15].

Các tác giả trên thế giới đều cho thấy để đánh giá đáp ứng sau điều trị có thể dựa vào nồng độ CEA trước và sau điều trị, ở những bệnh nhân có nồng độ CEA tăng cao trong máu thì giá trị nồng độ CEA này có ý nghĩa tiên lượng bệnh và theo dõi hiệu quả điều trị^[10,11,14,16].

KẾT LUẬN

Kết quả: Triệu chứng cơ năng chủ yếu là ở bệnh nhân ung thư trực tràng là đi ngoài nhầy máu 95,3%; rối loạn lưu thông ruột 87,1%. Về triệu chứng toàn thân thì gầy sút chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,0%; suy nhược 23,5% và thiếu máu 23,5%. Bệnh nhân ung thư trực tràng có khối u >3/4 chu vi chiếm tỷ lệ cao và đa số ở trạng thái sùi loét với 74,1%. Có 47,9% bệnh nhân có nồng độ CEA > 5ng/ml. Kết quả MRI trước điều trị: U ở vị trí thấp 61,3%, u ở vị trí trung bình 35,5%, 80,6% kích thước u >3/4 chu vi lòng ruột, 12,9% kích thước u chiếm từ 1/2 -3/4 chu vi lòng ruột. 93,5% có xâm lấn. Trong đó, hầu hết mức độ xâm lấn đến cấu trúc, cơ quan khác, 29% xâm lấn ở lớp dưới thanh mạc. 21/31 bệnh nhân có hình ảnh hạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2018;68(6):394 - 424.
2. **Phillips R, Spigelman A, Bjors J.** Can we safely delay or avoid prophylactic colectomy in familial adenomatous polyposis? *1996;83(6):769 - 770.*
3. **Nguyễn Bá Đức; Trần Văn Thuán; Nguyễn Tuyết Mai.** Ung thư đại trực tràng. Nhà xuất bản Y học, tr.153 - 161; 2010.
4. **George TJ.** Colorectal Cancer. *Clinical Oncology, Third Edition, Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.* 2010;pp. 96 - 112.
5. **Phạm Quốc Đạt.** Đánh giá kết quả điều trị tia xạ kết hợp phẫu thuật trong ung thư biểu mô tuyến trực tràng, Trường Đại học Y Hà Nội; 2002.

6. **Phượng PC.** Nghiên cứu 87 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp giai đoạn tiến triển tại chỗ được điều trị xạ trị gia tốc liều 46 Gy kết hợp Capecitabine trước mổ tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai và Khoa xạ 4, Bệnh viện K từ 6/2009-12/2012, Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.

7. **Võ Văn Xuân, Nguyễn Đại Bình, Ngô Văn Dũng.** Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật xạ trị gia tốc tăng phân liều tiền phẫu kết hợp với phẫu thuật ung thư trực tràng. Tạp chí Ung thư học Việt nam, Hội phòng chống Ung thư Việt nam. 2012; số 2-2012:tr. 57-66.

8. **Joshua D.I Ellenhorn CAC, and L.R.C.e. al.** "Colon, rectal and anal cancers", *Cancer Management: A Multidisciplinary Approach. Oncology News International.* 2006;pp. 343-375.

9. **Hoàng Mạnh Thắng.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư trực tràng giai đoạn T3-T4 tại Bệnh viện K, Trường Đại học Y Hà Nội; 2009.

10. **Nguyễn Hoàng Minh.** Nghiên cứu 96 BN ung thư trực tràng được chụp cộng hưởng từ 1.5 Tesla và phẫu thuật triệt căn cắt trực tràng và nạo vét hạch tại Bệnh viện K từ 10/2009 đến tháng 04/2012. Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.

11. **Patel UB, Brown G, Rutten H, et al.** Comparison of magnetic resonance imaging and histopathological response to chemoradiotherapy in locally advanced rectal cancer. *2012;19(9):2842 - 2852.*

12. **Sun Y, Li X, Zhang X, Tang L, Cui Y, Zhang X.** Preoperative staging of rectal carcinoma with high-resolution MRI: correlation with histopathologic findings. *Zhonghua wai ke za zhi [Chinese Journal of Surgery].* 2012;50(3):207 - 210.

13. **Hoàng Mạnh Thắng.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư trực tràng giai đoạn T3-T4 tại Bệnh viện K, Trường Đại học Y Hà Nội, 2009.

14. **Florianello F, Gorla C, Biraghi T, Caron R, Scortecci VJMm.** Prognostic value of postoperative determination of CEA in carcinoma of the large intestine. *1986;77(18):739 - 741.*

15. **Koca D, Binicier C, Oztop I, Yavuzsen T, Ellidokuz H, Yilmaz UJJJoBOjotBUJoO.** Prognostic factors affecting recurrence and survival in patients with locally advanced rectal cancer. *2012;17(2):291 - 298.*