

p < 0,01.

Hình ảnh xương khớp bị thoái hóa: 69,70% và gai: 16,90%, các dạng tổn thương khác: 6,70%, p < 0,01.

Số đốt sống bị thương tổn: 5 đốt (48,30%) > 4 đốt (10,10%) > 3 đốt (7,90%) > 6 đốt (5,60%) > 2 đốt = 9 đốt = 10 đốt (2,20%), p < 0,01.

#### 4. Các mối tương quan lâm sàng , cận lâm sàng

Tương quan thuận , nhưng yếu giữa tuổi và số ngày nằm viện . Phương trình hồi quy biểu diễn sự tương quan:  $y = 67,47 + 0,46x$ ; với  $r = 0,17$ ;  $p > 0,05$ .

Tương quan nghịch giữa tuổi và cân nặng cơ thể . Phương trình hồi quy biểu diễn sự tương quan :  $y = 91,77 - 0,38x$ ; với  $r = - 0,38$ ;  $p < 0,01$ .

Tương quan thuận , nhưng yếu giữa cân nặng và số loại thuốc điều trị . Phương trình hồi quy biểu diễn sự tương quan:  $y = 40,67 + 1,58x$ ; với  $r = 0,18$ ;  $p > 0,05$ .

#### ĐỀ NGHỊ

Giáo dục các tư thế đúng của cột sống trong sinh hoạt và lao động, đặc biệt chú trọng ở trẻ nhỏ để có một cột sống phát triển hoàn chỉnh.

Tăng cường thông tin tuyên truyền những kiến thức cần bản về bệnh lý xương khớp nói chung và bệnh thoái hóa cột sống nói riêng.

Hướng dẫn cách tránh cho xương khớp nói chung và cột sống nói riêng bị quá tải bởi sự tác động của trọng lượng nặng một cách đột ngột, nhất tránh là vận động sai tư thế. Huấn luyện các bài tập tốt cho xương khớp, sửa chữa các tư thế xấu.

Phát hiện và điều trị kịp thời các dị tật của xương

khớp, nhất là cột sống.

Định hướng nghề nghiệp cho tuổi lao động phù hợp với tình trạng sức khỏe. Những người lao động nặng cần khám sức khỏe định kỳ, chụp X quang để phát hiện sớm những biến đổi của xương khớp và nhất là cột sống.

Chú ý rèn luyện sức khỏe người cao tuổi qua các phương pháp thể dục buổi sáng, thể dục dưỡng sinh, Yoga, tập khiêu vũ... để có một bộ xương khớp luôn luôn chắc khỏe.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (1998), *Hướng dẫn sử dụng biểu mẫu báo cáo thống kê bệnh viện, bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ mười (ICD-10)*, Anh - Việt, Nxb Y học, Hà Nội.

2. Hội Nội khoa Việt Nam (2009), *Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học - Đại hội và Hội nghị Nội khoa Toàn quốc lần thứ VI - tháng 4/2009*, Tổng hội Y học Việt Nam, Hà Nội.

3. Hội thấp khớp học Việt Nam (2012), *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Tổng hội Y học, Hà Nội.

4. Lưu Thị Hiệp, *Khảo sát đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống*.

5. Nguyễn Đức Liên (2005), *Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ tại Bệnh viện Việt Đức*.

6. <http://en.wikipedia.org/wiki/Spondylosis>.

7. <http://moh.gov.vn> (Website Bộ Y tế).

8. <http://soyte.danang.gov.vn> (Website Sở Y tế Đà Nẵng)

9. <http://lyhtt.vn> (Website tạp chí Y học thực hành).

## GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG THỜI GIAN SỐNG THÊM 5 NĂM CỦA NỒNG ĐỘ CEA TRƯỚC MỔ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP HÓA CHẤT THEO PHÁC ĐỒ FOLFOX4 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ NAM

LÊ QUANG MINH<sup>1</sup>, TRẦN THỊ NHƯ QUỲNH<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sở Y tế tỉnh Hà Nam, <sup>2</sup>Bộ môn Nội, Đại học Y Dược Thái Bình

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư đại tràng đang trở thành một vấn đề của y tế cộng đồng, ngày càng được quan tâm bởi tỷ lệ mắc và tử vong cao trên toàn thế giới. Đối với bệnh nhân ung thư đại tràng từ sau giai đoạn II có nguy cơ cao, phẫu thuật kết hợp với phác đồ hoá chất hỗ trợ FOLFOX4 được xem là điều trị tiêu chuẩn. Chúng tôi đánh giá giá trị tiên lượng thời gian

sống thêm 5 năm của nồng độ CEA trước mổ ở bệnh nhân ung thư đại tràng điều trị bằng phẫu thuật kết hợp hóa chất theo phác đồ FOLFOX4 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả có theo dõi phân tích sau can thiệp.

**Kết quả:** Nghiên cứu 69 bệnh nhân ung thư đại tràng điều trị bằng phẫu thuật kết hợp hóa chất theo phác đồ FOLFOX4 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam từ 3/2011 đến 3/2016 có tuổi mắc bệnh trung bình  $60,5 \pm 9,7$ . Nam giới chiếm 55,1%. Khối u ở đại tràng phải 47,8%, đại tràng trái 52,2%. Kích thước khối u trên 5cm chiếm 62,3%, dưới 5cm 37,7%. Tỷ lệ bệnh nhân u giai đoạn III chiếm 71%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm 30,5%. Thời gian sống trung

Chịu trách nhiệm: Lê Quang Minh  
Email: drlequangminh@gmail.com  
Ngày nhận: 23/3/2017  
Ngày phản biện: 10/4/2017  
Ngày duyệt bài: 24/4/2017  
Ngày xuất bản: 20/5/2017

bình của nhóm nghiên cứu  $36,7 \pm 3,2$  tháng. Khi nồng độ CEA trước mổ  $>10\text{ng/l}$  thì khả năng của bệnh nhân ung thư đại tràng có thời gian sống thêm toàn bộ  $<5$  năm cao hơn gấp 23,14 lần và thời gian sống thêm không bệnh  $<5$  năm cao hơn gấp 22,54 lần bệnh nhân có nồng độ CEA  $<10\text{ng/l}$ .

**Kết luận:** Nồng độ CEA trước mổ có giá trị trong tiên lượng thời gian sống thêm trên 5 năm của bệnh nhân ung thư đại tràng.

**Từ khóa:** Ung thư đại tràng, thời gian sống thêm 5 năm, tiên lượng, CEA.

#### SUMMARY

**EVALUATED THE 5-YEAR SURVIVAL TIME PRONOSTIC VALUE OF PREOPERATIVE CEA LEVEL OF COLON CANCER PATIENTS WAS TREATED WITH SURGERY AND ADJUVANT FOLFOX4 REGIMENT AT GENERAL HOSPITAL OF HANAM PROVINCE**

*Background: Colon cancer is becoming a matter of public health, is increasingly concerned by the incidence and mortality worldwide. For colon cancer patients after high risk phase II, surgery combined with FOLFOX4-assisted chemotherapy regimen is considered standard treatment. We evaluated of the 5-year survival time prognostic value of preoperative CEA levels in patients with colon cancer treated with surgical and FOLFOX4 regimen.*

*Method: The study describes the analysis of follow-up after the intervention. Results: 69 colon cancer patients was treated with surgery and FOLFOX4 regimen at General Hospital of Hanam Province between March, 2011 and March, 2016: average age  $60.5 \pm 9.7$ . The proportion accounted for 55.1% of men. Tumor location: 47.8% on the right colon and 52.2% on the left. Above 5cm tumor size accounted for 62.3% and 37.7% had less than 5cm. The percentage of patients with stage III tumors dominated 71%. Survival rate after 3 years were 47.5%. Survival rate after 5 years were 30.5%. The average survival time of  $36.7 \pm 3.2$  months. At preoperative CEA levels more than  $10\text{ ng/l}$ , the probability of patients having a lifetime less than 5 years was 23.14 times higher, and the disease-free survival lifetime less than 5 years was 22.54 times higher patients with CEA less than  $10\text{ng/l}$ .*

*Conclusion: Preoperative CEA level was high value in pronostic of 5 years survival time in patients with colon cancer.*

**Keywords:** Colon cancer, 5 years survival time, prognosis, CEA.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (UTĐT) đang trở thành một vấn đề của y tế cộng đồng, ngày càng được quan tâm bởi tỷ lệ mắc và tử vong cao trên toàn thế giới. Đối với bệnh nhân ung thư đại tràng từ sau giai đoạn II kết hợp phẫu thuật với phác đồ hoá chất hỗ trợ FOLFOX4 được xem là điều trị tiêu chuẩn. Ở Việt Nam các nghiên cứu đánh giá kết hợp phẫu thuật và hóa chất hỗ trợ theo phác đồ FOLFOX4 chưa nhiều và mới chỉ dừng lại ở một giai đoạn nhất định của bệnh và

thường được triển khai ở các trung tâm y tế lớn.

Tại Hà Nam, phần lớn bệnh nhân UTĐT đến viện đã ở sau giai đoạn II, được phẫu thuật theo nguyên tắc cố gắng loại bỏ hoàn toàn khối u theo chỉ tiêu R0, nạo vét hạch, lập lại lưu thông tiêu hóa đồng thời xác định mức độ lan rộng di căn của khối u tới các tạng trong ổ bụng trong lúc phẫu thuật. Sau đó, bệnh nhân được áp dụng phác đồ điều trị hóa chất FOLFOX4 theo khuyến cáo. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: “Đánh giá giá trị tiên lượng thời gian sống thêm 5 năm của nồng độ CEA trước mổ ở bệnh nhân ung thư đại tràng điều trị bằng phẫu thuật kết hợp hóa chất theo phác đồ FOLFOX4 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam”.

#### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

##### 1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 69 bệnh nhân ung thư đại tràng được phẫu thuật và điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ FOLFOX4 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam từ 3/2011 đến 3/2016.

##### 1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô đại tràng bằng mô bệnh học.

- Được phẫu thuật và điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ FOLFOX4 đủ chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam.

- Không mắc các bệnh cấp tính hoặc trầm trọng khác phối hợp (suy tim, suy gan, suy thận...).

- Đánh giá sau mổ ở giai đoạn II có nguy cơ cao và giai đoạn III.

- Bệnh nhân có hồ sơ lưu trữ, đồng thời có đủ các thông tin theo dõi đáp ứng mục tiêu nghiên cứu.

##### 1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc các bệnh ung thư phối hợp khác.

- Bệnh nhân bị tử vong không liên quan đến bệnh UTĐT.

##### 2. Phương pháp nghiên cứu

##### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả có theo dõi phân tích sau can thiệp.

##### 2.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Tuổi, giới.

- Vị trí, kích thước, hình thể khối u.

- Mức độ u xâm lấn thành đại tràng.

- Nồng độ CEA trước mổ.

- Cách thức phẫu thuật.

- Thời gian sống thêm toàn bộ.

##### 2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập riêng cho từng trường hợp theo một mẫu bệnh án thống nhất, được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 for Windows với các thuật toán thống kê thích hợp. Tính thời gian sống thêm của toàn bộ 69 bệnh nhân, theo phương pháp Kaplan-Meier, được kiểm nghiệm bằng phương pháp Hồi quy với Test Log-Rank.

##### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân	69
Tuổi trung bình	60,5 ± 9,7
Nam giới (n,%)	38 (55,1%)
Vị trí khối u	
Đại tràng phải	33(47,8%)
Đại tràng trái	36 (52,2%)
Kích thước khối u	
<5 cm	26 (37,7%)
>5 cm	43 (62,3%)
Hình thể khối u	
Thể sùi	25 (36,2%)
Thể loét	11 (15,9%)
Thể sùi và loét	28 (40,6%)
Thể thâm nhiễm	5 (7,2%)
Mức độ xâm lấn	
T2	14 (20,3%)
T3	24 (49,3%)
T4	31 (21,4%)
Nồng độ CEA trước mổ	
<5	25 (36,2%)
5-10	10 (14,5%)
>10	34 (49,3%)
Phương pháp phẫu thuật	
Cắt đại tràng phải	24 (34,8%)
Cắt đoạn đại tràng ngang	13 (18,8%)
Cắt đại tràng trái	8 (11,6%)
Cắt đại tràng Sigma	14 (20,3%)
Cắt đại tràng mở rộng	4 (5,8%)
Phẫu thuật Hartman	6 (8,7%)
Thời gian sống thêm toàn bộ (Trung bình, 95% CI)	36,7 ± 3,2 tháng (30,4 - 42,9)
Sau 1 năm	62 (89,1%)
Sau 2 năm	43 (52,6%)
Sau 3 năm	41 (47,5%)
Sau 4 năm	39 (40,7%)
Sau 5 năm	37 (30,5%)

Bảng 2. So sánh tỷ lệ bệnh nhân sống thêm theo nồng độ CEA trước mổ

Nồng độ CEA	Số bệnh nhân	OS %	DFS %
< 5 ng/ml	25	88,0	68,0
5 - 10 ng/ml	10	80,0	70,0
> 10 ng/ml	34	20,6	8,8
		P < 0,001	P < 0,001

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh 5 năm ở nhóm có nồng độ CEA trước mổ dưới 10ng/ml cao hơn so với nhóm trên 10ng/ml. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

Bảng 3. Giá trị tiên lượng thời gian sống thêm toàn bộ dưới 5 năm khi nồng độ CEA trước mổ >10 ng/l

Nồng độ CEA trước mổ	Số bệnh nhân	Thời gian sống thêm toàn bộ		OR (95% CI)
		<5 năm	>5 năm	
>10 ng/l	34	27	7	23,14
<10 ng/l	35	5	30	(5,744-
Tổng	69	32	37	100,671)

Nhận xét: Khi nồng độ CEA trước mổ >10ng/l thì khả năng của bệnh nhân UTĐT có thời gian sống thêm toàn bộ <5 năm cao hơn gấp 23,14 lần bệnh nhân có nồng độ CEA <10ng/l.

Bảng 4. Giá trị tiên lượng thời gian sống thêm không bệnh dưới 5 năm khi nồng độ CEA trước mổ >10 ng/l

Nồng độ CEA trước mổ	Số bệnh nhân	Thời gian sống thêm không bệnh		OR (95% CI)
		<5 năm	>5 năm	
>10 ng/l	34	31	3	22,54
<10 ng/l	35	11	24	(5,074-
Tổng	69	42	27	132,107)

Nhận xét: Khi nồng độ CEA trước mổ >10ng/l thì khả năng của bệnh nhân UTĐT có thời gian sống thêm không bệnh <5 năm cao hơn gấp 22,54 lần bệnh nhân có nồng độ CEA <10ng/l.

### BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình mắc UTĐT là 60,5 ± 9,7, tuổi thấp nhất 39 tuổi, tuổi cao nhất 79 tuổi, nhóm tuổi hay gặp là 50 đến 69 chiếm 68,1%. Kết quả này cũng phù hợp với phần lớn các nghiên cứu trong nước khác như Từ Thị Thanh Hương cùng cộng sự (2012) [4]. Theo UCCI tỷ lệ UTĐT tăng dần từ sau tuổi 40 và đỉnh cao ở độ tuổi 50- 70. Siegel R và cộng sự trong nghiên cứu năm 2012, ghi nhận ở Hoa Kỳ tuổi trung bình của UTĐT ở nam là 68 và nữ là 72 nhưng theo dõi thấy xu hướng trẻ hóa đang tăng dần [6].

Về giới tính UTĐT gặp ở cả hai giới. Trong nghiên cứu này nam giới chiếm 55,1%, nữ giới chiếm 44,9%, tỷ lệ nam/nữ là 1,26. Đa số các tác giả trong nước ghi nhận nam mắc UTĐT nhiều hơn nữ, tỷ lệ này dao động từ 1,0 đến 1,4. Nghiên cứu của Từ Thị Thanh Hương (2012) Bệnh viện K tỷ lệ nam/nữ là 1,32. Nhóm bệnh nhân < 40 tuổi tỷ lệ nam nhiều hơn nữ; nhóm ≥ 40 tỷ lệ nam nữ tương đương. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê [4].

Vị trí khối u ở đại tràng phải tỷ lệ 47,8%, đại tràng trái 52,2%. Theo Trần Thắng (2012) nghiên cứu tại Bệnh viện K trên 116 bệnh nhân thì UTĐT phải chiếm 51,7%, UTĐT trái 48,3% [5]. Có sự khác nhau về tỷ lệ vị trí UTĐT ở các nghiên cứu khác nhau, tuy nhiên sự khác biệt về tỷ lệ ung thư giữa đại tràng trái và đại tràng phải không nhiều.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy thể sùi chiếm 36,2%, thể loét chiếm 15,9%, thể sùi loét chiếm 40,6%, thể thâm nhiễm 7,2%. Các kết quả nghiên cứu trong nước khác kết hợp thể sùi loét thành thể sùi thì kết quả cũng tương tự.

Kích thước khối u trên 5 cm chiếm 62,3%. Theo Từ Thị Thanh Hương và cộng sự, tỷ lệ u trên 5 cm chiếm 76% [4].

Trong tổng số 69 bệnh nhân nghiên cứu thấy tỷ lệ khối u xâm lấn đến lớp thanh mạc (T3) và vượt qua thanh mạc xâm lấn ra tổ chức xung quanh (T4) là 49,3% và 30,4%. Có 20,3% số bệnh nhân có khối u xâm lấn đến lớp cơ (T2) và không có bệnh nhân nào khối u còn khu trú ở lớp niêm mạc (T1). Đào Thị Thanh Bình nghiên cứu tại Bệnh viện K thấy giai đoạn T2 chiếm 14,4%, T3 44,4%, T4 40%, chỉ có 1 bệnh nhân (0,01%) ở giai đoạn T1 do khám sức khỏe định kỳ phát hiện ra [1]. Các tác giả nước ngoài cũng cho rằng mức độ xâm lấn u có giá trị tiên lượng độc lập [6] [7].

Cho đến nay phẫu thuật là biện pháp chủ yếu để điều trị UTĐT. Nguyên tắc phẫu thuật UTĐT là lấy hết

tổ chức ung thư, đảm bảo diện cắt an toàn, nạo vét hạch vùng, lập lại lưu thông tiêu hóa. Tùy theo vị trí khối u, tình trạng mạch máu, tình trạng hạch mà phẫu thuật viên quyết định cắt đoạn đại tràng, cắt nửa đại tràng hay cắt toàn bộ đại tràng. Theo đó phẫu thuật viên sẽ phải cắt khối u sao cho diện cắt cách xa khối u ít nhất 5 cm và phải nạo vét hạch theo cuống mạch. Ngày nay điều trị phẫu thuật UTĐT đang có nhiều thay đổi và áp dụng nhiều kỹ thuật mới, nhưng xu hướng là tăng cường điều trị bảo tồn và điều trị kết hợp với hóa trị, miễn dịch và liệu pháp nhắm trúng đích. Trong nghiên cứu của chúng tôi toàn bộ số bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn, đa số là cắt đoạn đại tràng, tỷ lệ cắt đại tràng phải cao nhất, có 23,2% phải mổ cấp cứu làm hậu môn nhân tạo sau đó mổ lại thì hai. Có 6 trường hợp (8,7%) phải phẫu thuật Harmann do khối u đại tràng Sigma lan rộng. Số lượng bệnh nhân phải cắt đại tràng mở rộng thấp chỉ có 4 trường hợp.

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ CEA trước phẫu thuật tăng chiếm 63,8%, trong đó tăng nhẹ từ 5-10 ng/ml chiếm 14,5%, tăng trên 10 ng/ml chiếm 49,3%. Kết quả này cũng tương tự như Từ Thị Thanh Hương [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cùng các tác giả khác đều thấy một tỷ lệ khá lớn bệnh nhân có nồng độ CEA trước mổ âm tính và như vậy không thể dựa vào nồng độ CEA để tầm soát hay chẩn đoán ung thư đại tràng vì độ nhạy thấp. Nguyễn Thanh Tâm (2010) cho rằng nồng độ CEA trước phẫu thuật có giá trị tiên đoán bệnh nhân có di căn hạch với độ nhạy và độ chính xác tương ứng lên tới 79,5% và 70,8% [5]. Một số tác giả nước ngoài cũng nhận định có sự liên quan về giai đoạn bệnh với nồng độ CEA trước phẫu thuật [6],[7].

Mặc dù vậy, phân tích giá trị tiên lượng thời gian sống thêm 5 năm của nồng độ CEA trước mổ ở bệnh nhân UTĐT, chúng tôi thấy: Khi nồng độ CEA trước mổ >10ng/l thì khả năng của bệnh nhân UTĐT có thời gian sống thêm toàn bộ <5 năm cao hơn gấp 23,14 lần bệnh nhân có nồng độ CEA <10ng/l với khoảng tin cậy 95% từ 5,744 đến 100,671 (Bảng3). Khi nồng độ CEA trước mổ >10ng/l thì khả năng của bệnh nhân UTĐT có thời gian sống thêm không bệnh <5 năm cao hơn gấp 22,54 lần bệnh nhân có nồng độ CEA <10ng/l với khoảng tin cậy 95% từ 5,074 đến

132,107 (Bảng 4). Như vậy nồng độ CEA trước mổ có giá trị tiên lượng thời gian sống thêm trên 5 năm của bệnh nhân UTĐT là rất cao.

#### KẾT LUẬN

- Tuổi mắc bệnh trung bình 60,5 ± 9,7. Tỷ lệ nam giới chiếm 55,1%.
- Vị trí khối u: ĐT phải 47,8%, ĐT trái 52,2%.
- Kích thước khối u trên 5cm chiếm 62,3%, dưới 5cm 37,7%.
- Tỷ lệ bệnh nhân u giai đoạn III chiếm chủ yếu (71%).
- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm 30,5%.
- Thời gian sống trung bình của nhóm nghiên cứu 36,7 ± 3,2 tháng.
- Phân tích giá trị tiên lượng thời gian sống thêm 5 năm của nồng độ CEA trước mổ ở bệnh nhân UTĐT, chúng tôi thấy: Khi nồng độ CEA trước mổ >10ng/l thì khả năng của bệnh nhân UTĐT có thời gian sống thêm toàn bộ <5 năm cao hơn gấp 23,14 lần và thời gian sống thêm không bệnh <5 năm cao hơn gấp 22,54 lần bệnh nhân có nồng độ CEA <10ng/l.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Thị Thanh Bình (2010), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ tái phát di căn trong ung thư đại tràng tại Bệnh viện K*, Luận văn Thạc sĩ chuyên ngành Ung thư, Đại học Y Hà Nội.
2. Phạm Hùng Cường (2003), *Carcinom đại tràng kết quả sống còn và các yếu tố tiên lượng*. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 7-2003, pp. 172-177.
3. Phan Văn Duyệt (2002), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số biện pháp nâng cao chất lượng điều trị ngoại khoa ung thư đại tràng tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
4. Từ Thị Thanh Hương (2012), *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tác dụng phụ không mong muốn bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn III đã phẫu thuật triệt căn được điều trị hỗ trợ hóa trị phác đồ FOLFOX4*. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 2-2012, pp. 121-124.
5. Nguyễn Thanh Tâm (2010), *Nghiên cứu tổn thương hạch trong ung thư biểu mô đại trực tràng được phẫu thuật triệt căn*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
6. Dispen M (2014), *How histopathology affects the management of the multidisciplinary team, Colorectal Cancer: Diagnosis and Clinical Management*, John Wiley & Sons, pp. 69-83.

## NỒNG ĐỘ IL-6 HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ VÀ KHÔNG CÓ BIẾN CHỨNG THẬN

PHẠM TRẦN THU HÀ<sup>1</sup>, PHÙNG THANH HƯƠNG<sup>1</sup>,  
NGUYỄN GIA BÌNH<sup>2</sup>, TRẦN THÁI HÀ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Dược Hà Nội,

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm: Phạm Trần Thu Hà  
Email: phamha87ptth@gmail.com  
Ngày nhận: 07/4/2017

Ngày phân biện: 24/4/2017  
Ngày duyệt bài: 03/5/2017  
Ngày xuất bản: 20/5/2017