

5 – 13 tuổi tại Ấn Độ. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy nhóm 5 đến 7 tuổi có tỷ lệ sâu răng là 65,1%, chỉ số dmft là $2,68 \pm 2,48$, trong khi DMFT là $0,75 \pm 1,02$. Nhóm 8 đến 10 tuổi có tỷ lệ mắc sâu răng là 56,7%; chỉ số dmft và DMFT lần lượt là $2,01 \pm 2,07$ và $1,05 \pm 1,28$. Có 45,4% trẻ em trong độ tuổi từ 11 đến 13 tuổi bị sâu răng, giá trị trung bình chỉ số dmft là $0,69 \pm 1,07$ và DMFT trung bình là $1,26 \pm 1,50$. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc sâu răng và chỉ số dmft/DMFT giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê. Như vậy, chỉ số dmft giảm dần và chỉ số DMFT tăng dần khi trẻ từ 5 lên 13 tuổi⁹.

V. KẾT LUẬN

Đây là một nghiên cứu cắt ngang nhằm mô tả thực trạng bệnh sâu răng ở học sinh 6 tuổi Trường Tiểu học Khương Thượng - Đống Đa - Hà Nội. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sâu răng là tương đối cao, trong đó tỷ lệ sâu răng sữa ở học sinh nữ cao hơn ở học sinh nam và tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn ở học sinh nam cao hơn ở học sinh nữ. Chỉ số dmft của trẻ 6 tuổi vẫn còn cao, trong đó chỉ số dmft ở học sinh nữ cao hơn ở học sinh nam và chỉ số DMFT ở học sinh nam cao hơn ở học sinh nữ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Global data on dental caries prevalence (DMFT) in children aged 12 years. 2000;1-9.
2. Trần Văn Trường và cs. Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc ở Việt Nam năm 1999-2000. Nhà xuất bản Y học Hà Nội; 2002.
3. Trương Mạnh Dũng, Vũ Mạnh Tuấn. Thực trạng bệnh răng miệng và một số yếu tố liên quan ở trẻ 4-8 tuổi tại 5 tỉnh thành của Việt Nam năm 2010. Tạp chí Y học thực hành. 2011;793:91-96.
4. Trịnh Đình Hải, Nguyễn Hồng Minh, Trần Cao Bính. Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2019. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2019; 24-25.
5. Ngô Văn Toàn, Vũ Mạnh Tuấn. Phương pháp nghiên cứu khoa học trong Răng Hàm Mặt. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam; 2021:47-60.
6. Congiu G., Campus G., Luglie PF. Early childhood caries (ECC) prevalence and background factors: a review. Oral Health Prev Dent, 2014;12(1):71-76.
7. Kitty J. Chen. Prevalence of early childhood caries among 5-year-old children: A systematic review. J Invest Clin Dent, 2018;10: e12376.
8. Ramos-Gomez FJ, Weintraub JA, Gansky SA, et al. Bacterial, behavioral and environmental factors associated with early childhood caries. J Clin Pediatr Dent. 2002;26(2):165-73.
9. Goenka P. Dutta S. Marwah N. et al (2018). Prevalence of Dental Caries in Children of Age 5 to 13 Years in District of Vaishali. Bihar, India. Int J Clin Pediatr Dent, 11(5):359-364.

GIÁ TRỊ CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG ĐÁNH GIÁ GIAI ĐOẠN TRƯỚC PHẪU THUẬT UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THANH HÓA

Nguyễn Thành Nam¹, Nguyễn Thị Thủy¹, Trịnh Văn Linh¹, Nguyễn Văn Sơn², Lê Xuân Chính²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu giá trị của cộng hưởng từ trong đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư trực tràng có đối chiếu với giải phẫu bệnh sau mổ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư trực tràng, được chụp CHT để đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật và được điều trị bằng phẫu thuật tại bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu của chúng tôi gồm 39 bệnh nhân, tuổi trung bình 63.36 ± 11.2 (37-80), tỷ lệ nam/nữ = 19/20. Vị trí tổn thương: trực tràng thấp (35, 9%), trực tràng trung

bình (41%), trực tràng cao (23.1%). Cộng hưởng từ có độ chính xác là 84,6% trong chẩn đoán giai đoạn T và 87,2% trong chẩn đoán giai đoạn hạch vùng trước phẫu thuật. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính (PPV), giá trị dự đoán âm tính (NPV) của cộng hưởng từ trong đánh giá sự xâm lấn của u ra ngoài thành trực tràng lần lượt là 92,9%; 81,8%; 92,9%; 81,8%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV, NPV của cộng hưởng từ trong phát hiện di căn hạch vùng lần lượt là 100%, 75%, 90%, 100%. **Kết luận:** Cộng hưởng từ trước phẫu thuật ung thư trực tràng là phương pháp có giá trị cao trong việc đánh giá giai đoạn tại chỗ của khối u, góp phần lập kế hoạch điều trị cho bệnh nhân.

Từ khóa: ung thư trực tràng, cộng hưởng từ

SUMMARY

THE VALUE OF MRI IN THE ASSESSMENT OF PRE-OPERATIVE STAGING OF RECTAL CANCER IN THANH HOA ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: The value of MRI in the assessment

¹Phân hiệu trường Đại Học Y Hà Nội tại tỉnh Thanh Hóa

²Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Nam

Email: thanhnam@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 14.6.2024

of pre – operative staging of rectal cancer, compare with histopathology of the resected specimen. **Method:** A retrospective, axial-descriptive study in patients who had been diagnosed with rectal cancer, then do MRI to assessment of preoperative staging, and treated with surgery, at Thanh Hoa Oncology Hospital from January 2022 to December 2023. **Results:** Our study included 39 patients. Mean age was 63.36 ± 11.2 (37–80), with M/F=19/20. Location of the lesions: low rectal (35.9%), median rectal (41%), high rectal (23.1%). Preoperative MRI has an accuracy of 84.6% in diagnosing T stage and 87.2% in diagnosing N stage. Sensitivity, specificity, PPV and NPV of MRI for assessment of extramural tumour spread were 92.9%, 81.8%, 92.9%, and 81.8%, respectively. Sensitivity, specificity, PPV and NPV of MRI for detection of local metastatic adenopathy were 100%, 75%, 90%, and 100%, respectively. **Conclusion:** pre - operative MRI is an valuable diagnostic tool for assessment of local staging of rectal cancer, contributes to the treatment planning for patients. **Keywords:** rectal cancer, magnetic Resonance Imaging

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là bệnh ung thư phổ biến trên thế giới. Bệnh hay gặp ở các nước phát triển, nhưng đang có xu hướng gia tăng ở các nước đang phát triển. Tại Việt Nam, UTĐTT là ung thư phổ biến hàng thứ tư với 16835 ca mắc mới (9,3%) và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ năm với 8454 ca (7%) vào năm 2022¹. Có thể thấy rằng, UTĐTT là một trong những gánh nặng bệnh tật hàng đầu ở Việt Nam, ngày càng được quan tâm.

Để điều trị ung thư trực tràng cần phải có sự phối hợp của nhiều chuyên khoa, bao gồm bác sĩ ung thư, bác sĩ ngoại khoa, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Việc đánh giá, chẩn đoán chính xác giai đoạn bệnh trước điều trị có vai trò hết sức quan trọng trong lập kế hoạch điều trị và tiên lượng bệnh².

Chẩn đoán giai đoạn trước điều trị của UTĐTT có thể sử dụng các phương pháp thăm khám hình ảnh như siêu âm qua đường tầng sinh môn, chụp cắt lớp vi tính (CLVT), chụp cộng hưởng từ (CHT), trong đó cộng hưởng từ là phương pháp được khuyến cáo sử dụng ở nhiều trung tâm lớn trong và ngoài nước do có độ phân giải cao, có thể đánh giá tốt sự xâm lấn tại chỗ của khối u, tình trạng di căn hạch vùng cũng như đánh giá các cấu trúc giải phẫu lân cận, giúp phẫu thuật viên lập kế hoạch phẫu thuật chính xác nhất. Hiện nay, tại Việt Nam nói chung và ở tỉnh Thanh Hóa nói riêng, chưa nhiều nghiên cứu đánh giá vai trò của CHT trong chẩn đoán giai đoạn bệnh của UTĐTT trước phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Giá trị*

của CHT trong đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật ung thư trực tràng tại bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 39 bệnh nhân, đã được chẩn đoán xác định là ung thư trực tràng bằng mô bệnh học, được chụp cộng hưởng từ trước phẫu thuật để đánh giá giai đoạn tại chỗ của khối u, được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật, từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023 tại bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa.

Bệnh nhân được khám lâm sàng và nội soi trực tràng, chẩn đoán xác định là ung thư trực tràng bằng sinh thiết qua nội soi, được chụp CHT tiểu khung có tiêm thuốc đối quang từ trước phẫu thuật, được phẫu thuật tại bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện, có chủ đích.

2.3. Phương tiện và quy trình kỹ thuật chụp CHT

Phương tiện:

- Máy CHT 1.5 Tesla nhãn hiệu Prodiva của hãng Phillips tại bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa. Thuốc đối quang từ Dotarem (Gadoterate meglumine) lọ 10ml, lọ 0,5mmol/ml.

Protocol chụp:

- Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chụp CHT tiểu khung có tiêm thuốc tương phản, khu trú vào trực tràng với các chuỗi xung:

- T1W trước tiêm theo hướng axial, độ dày lát cắt 5mm.

- T2W độ phân giải cao theo 3 mặt phẳng sagittal, axial (oblique) và coronal (oblique), độ dày lát cắt 3mm.

- Chuỗi xung khuếch tán (DWI, ADC map).

- Chuỗi xung T1 xóa mỡ sau tiêm thuốc đối quang từ.

2.4. Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi (năm), giới (Nam/nữ).

- Đặc điểm tổn thương: vị trí khối u (trực tràng thấp, trực tràng trung bình, trực tràng cao), hình thái tổn thương (dày thành quanh chu vi, dạng polyp), kích thước tổn thương.

- Phân loại giai đoạn u nguyên phát (T) và giai đoạn hạch vùng (N) trên CHT trước phẫu thuật và mô bệnh học sau phẫu thuật theo phân loại của AJCC 8.

Bảng 1: Phân loại giai đoạn TNM ung thư trực tràng theo AJCC 8³

Giai đoạn u nguyên phát (T):	
- Tx :	Không xác định được u nguyên phát.
- T0 :	Không tìm thấy khối u nguyên phát.
- Tis :	Ung thư biểu mô tại chỗ.
- T1 :	U xâm lấn đến lớp dưới niêm mạc.
- T2 :	U xâm lấn đến lớp cơ thành trực tràng.
- T3 :	U xâm lấn qua lớp cơ thành trực tràng đến lớp mỡ quanh trực tràng hoặc tổ chức liên kết dưới thanh mạc.
- T4 :	U xâm lấn đến lớp thanh mạc và/ hoặc các cơ quan lân cận :
+ T4a :	U xâm lấn đến bề mặt thanh mạc.
+T4b :	U xâm lấn các cơ quan lân cận.
Giai đoạn hạch vùng (N):	
- Nx :	Không xác định được hạch vùng.
- N0 :	Không có di căn hạch vùng.
- N1 :	Di căn từ 1 – 3 hạch vùng.
- N2 :	Di căn từ 4 hạch vùng trở lên.
Di căn xa (M):	
- Mx :	Không xác định được di căn xa.
- M0 :	Không có di căn xa.
- M1 :	Có di căn xa.

2.5. Phân tích số liệu. Dựa vào phương pháp thống kê toán học trong y học với phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi có tổng số 39 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn mẫu, trong đó có 19 bệnh nhân giới tính nam, 20 bệnh nhân giới tính nữ, tỷ lệ nam/nữ ~ 1. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 63.36±11.2, trong đó tuổi thấp nhất là 37, cao nhất là 80.

3.2. Đặc điểm vị trí, kích thước và hình thái của tổn thương. Về vị trí tổn thương, trong số 39 bệnh nhân trong nghiên cứu, 14 bệnh nhân có tổn thương u nằm ở trực tràng thấp (35,9%), 16 bệnh nhân có tổn thương u nằm ở trực tràng trung bình (41%) và 9 bệnh nhân có tổn thương u ở trực tràng cao (23,1%).

Về kích thước tổn thương, 22 bệnh nhân có tổn thương từ 5cm trở lên (56,4%), 17 bệnh nhân có tổn thương dưới 5cm (43,6%).

Về hình thái tổn thương, 34 bệnh nhân có tổn thương dày thành trực tràng không đều (87,2%), và 5 bệnh nhân có tổn thương dạng polyp (12,8%).

3.3. Giá trị của CHT trong đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật của ung thư trực tràng

Bảng 2: Đối chiếu giai đoạn u nguyên phát (T) trước mổ với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

MRI	GPB				Thay đổi
	pT1/T2	pT3	pT4	Tổng	
cT1/T2	9	2	0	11	2
cT3	2	22	1	25	3
cT4	0	1	2	3	1
Tổng	11	25	3	39	6
Chẩn đoán đúng	9	22	2	33	Độ chính xác = 33/39 = 84,6%

Nhận xét: Đối chiếu với giải phẫu bệnh sau mổ, cho thấy CHT trước phẫu thuật phân giai đoạn u nguyên phát chính xác ở 84, 6% số trường hợp.

Bảng 3: Giá trị của CHT trong chẩn đoán sự xâm lấn của khối u qua thành trực tràng

MRI	GPB	Xâm lấn qua thành TT (T34)	Khu trú tại thành TT (T12)	Tổng
Xâm lấn qua thành TT (T34)		26	2	28
Khu trú tại thành TT (T12)		2	9	11
Tổng		28	11	39

Nhận xét: Độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV và NPV của CHT trước phẫu thuật trong chẩn đoán xâm lấn của khối u qua thành trực tràng lần lượt là 92,9%; 81,8%; 92,9%; 81,8%.

Bảng 4: Đối chiếu giai đoạn hạch vùng (N) trước mổ với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

MRI	GPB			Tổng	Thay đổi
	pN0	pN1	pN2		
cN0	9	0	0	9	0
cN1	1	9	1	11	2
cN2	2	1	16	19	3
Tổng	12	10	17	39	5
Chẩn đoán đúng	9	9	16	34	Độ chính xác = 34/39 = 87,2%

Nhận xét: Đối chiếu với giải phẫu bệnh sau mổ, cho thấy CHT trước phẫu thuật phân giai đoạn hạch vùng chính xác ở 87,2% số trường hợp.

Bảng 5: Giá trị của CHT trong chẩn đoán u di căn hạch vùng (N).

MRI	GPB	Di căn hạch vùng (N12)	Chưa di căn hạch vùng (N0)	Tổng
Di căn hạch vùng (N12)		27	3	30
Chưa di căn hạch vùng (N0)		0	9	9
Tổng		27	12	39

Nhận xét: Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính và giá trị dự đoán âm tính của

CHT trong chẩn đoán di căn hạch vùng lân cận là: 100%, 75%, 90%, 100%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu của chúng tôi gồm có 39 bệnh nhân với 19 nam, 20 nữ, tỷ lệ nam/nữ sấp xỉ 1. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Võ Tấn Đức, cho thấy tỷ lệ nam/nữ sấp xỉ 1⁴. Tuy nhiên một số nghiên cứu khác lại chỉ ra rằng ung thư đại trực tràng hay gặp ở nam nhiều hơn nữ^{5,6}.

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 63.76 ± 10.6 , tuổi thấp nhất là 37, cao nhất là 80. Kết quả này phù hợp với nhiều công bố trong và ngoài nước. Nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả khác đều cho thấy ung thư trực tràng gia tăng đáng kể theo tuổi, đặc biệt là sau 40 tuổi^{4,5}.

4.2. Đặc điểm tổn thương trên CHT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí tổn thương hay gặp nhất là ở trực tràng trung bình (41%), hình thái tổn thương hay gặp nhất là dày thành trực tràng không đều quanh chu vi (87,2%) và kích thước u chủ yếu là từ 5cm trở lên (56,4%). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Sơn Thị Minh Nhi, cho thấy vị trí tổn thương hay gặp nhất là trực tràng trung bình (47,2%), hình thái tổn thương hay gặp nhất là dày thành quanh chu vi trực tràng (62,3%) và kích thước trung bình của u là $44,2 \pm 14,3$ mm⁵.

4.3. Giá trị của CHT trong đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật của u trực tràng. Việc đánh giá đúng giai đoạn T và giai đoạn N có vai trò quyết định trong lựa chọn phương pháp điều trị cũng như phẫu thuật cho bệnh nhân ung thư trực tràng.

Đánh giá sự xâm lấn tại chỗ. Do u giai đoạn T1 và giai đoạn T2 khó phân biệt được trên CHT, do đó chúng tôi phân loại u nguyên phát thành 3 giai đoạn bao gồm T1/T2 (u khu trú ở thành trực tràng), T3 (u xâm lấn lớp mỡ kế cận) và T4 (u xâm lấn phúc mạc, các tạng trong tiểu khung). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy CHT có độ chính xác cao trong phân giai đoạn u nguyên phát (T), với giá trị độ chính xác là 84,6%. Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả khác như Phạm Công Khanh cho thấy độ chính xác của CHT trong đánh giá xâm lấn tại chỗ là 94,3% - 100%, tùy theo giai đoạn⁷.

Có 6 trường hợp (15,4%) u bị đánh giá dưới hoặc quá giai đoạn, trong đó có 2 trường hợp u T3 được đánh giá dưới giai đoạn là T1/T2, 1 trường hợp u T4 được đánh giá dưới giai đoạn là T3, 2 trường hợp u T1/T2 được đánh giá quá

giai đoạn là T3 và 1 trường hợp u T3 được đánh giá quá giai đoạn là T4. Có thể thấy đa số các trường hợp đánh giá nhầm giai đoạn u nguyên phát trên CHT trước phẫu thuật là giữa u giai đoạn T1/T2 và giai đoạn T3. Việc đánh giá quá giai đoạn từ T1/T2 lên T3 chủ yếu là do phản ứng viêm và xơ hóa quanh u gây nhầm lẫn với u xâm lấn qua thành trực tràng, trong khi việc đánh giá dưới giai đoạn từ T3 xuống T1/T2 là do hình ảnh mờ, không đủ để kết luận u xâm lấn qua thành trực tràng. Để khắc phục sự nhầm lẫn này, theo chúng tôi nên chụp hình ảnh chuỗi xung T2W độ phân giải cao với các mặt phẳng axial và coronal theo trục của tổn thương (oblique) u thay vì theo trục của cơ thể.

Đối với việc đánh giá khối u còn khu trú trong thành trực tràng hay đã xâm lấn qua thành trực tràng, CHT có độ nhạy (Sn), độ đặc hiệu (Sp), giá trị dự đoán dương tính (PPV) và giá trị dự đoán âm tính (NPV) lần lượt là 92,9%; 81,8%; 92,9%; 81,8%. Các nghiên cứu khác của các tác giả trong và ngoài nước cũng đều chỉ ra rằng CHT có độ chính xác, độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong đánh giá xâm lấn tại chỗ của u trực tràng^{4,5,7}.

Đánh giá di căn hạch vùng. Hạch di căn trên phim CHT có các đặc điểm sau: hạch hình tròn, có tín hiệu không đồng nhất, bờ hạch không đều. Một hạch được xem là hạch di căn nếu đáp ứng tiêu chuẩn gồm: (1) hạch có đường kính từ 9mm trở lên, (2) hạch có đường kính từ 5 – 9mm kèm theo 2 đặc điểm ác tính, (3) hạch nhỏ hơn 5mm kèm theo 3 đặc điểm ác tính.⁸

Trong nghiên cứu của chúng tôi, CHT có độ chính xác 87,2% trong đánh giá giai đoạn N. Đối với việc xác định có di căn hạch hay không, CHT có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính và giá trị dự đoán âm tính lần lượt là 100%, 75%, 90%, 100%. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước như nghiên cứu của Võ Tấn Đức và cộng sự cho thấy CHT có độ chính xác là 92,5% trong đánh giá di căn hạch vùng⁴. Hay trong nghiên cứu của Parangama Chatterjee và cộng sự cho thấy CHT có Sn, Sp, PPV và NPV lần lượt là 100%, 78,3%, 77,3% và 100%⁹. Qua đó có thể thấy CHT có độ nhạy rất cao (100%) trong việc phát hiện tổn thương hạch quanh trực tràng, trong khi độ đặc hiệu chỉ ở mức khá. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 trường hợp chẩn đoán nhầm từ không di căn hạch vùng thành di căn hạch vùng (7,7%), cả 3 trường hợp này trên phim CHT đều có hạch trong khoang mỡ cạnh trực tràng và thỏa mãn tiêu chuẩn đề ra, tuy nhiên kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy

đây là các hạch viêm phản ứng.

Hiện nay, chưa có sự thống nhất về tiêu chuẩn trong chẩn đoán hạch di căn của ung thư trực tràng trên CHT, do vậy các nghiên cứu sử dụng các tiêu chuẩn lựa chọn hạch khác nhau sẽ cho các kết quả khác nhau. Trên thực tế, có nhiều trường hợp rất khó phân biệt được hạch viêm với hạch di căn trên phim chụp CHT.

V. KẾT LUẬN

Cộng hưởng từ là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có giá trị cao trong đánh giá sự xâm lấn tại chỗ và tình trạng di căn hạch vùng của ung thư trực tràng. Từ đó, giúp bác sĩ lâm sàng lựa chọn được phương pháp điều trị tốt nhất, làm tăng hiệu quả điều trị và tiên lượng sống đối với người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN** 2022 <https://gco.iarc.fr/>.
2. **Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, et al.** Rectal Cancer, Version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2022;20(10):1139-1167. doi:10.6004/jnccn.2022.0051

3. **Weiser MR.** AJCC 8th Edition: Colorectal Cancer. Ann Surg Oncol. 2018;25(6):1454-1455. doi:10.1245/s10434-018-6462-1
4. **Võ Tấn Đức.** Đánh giá giai đoạn ung thư trực tràng bằng cộng hưởng từ: kết quả 3 năm. Điện Quang Việt Nam. 2012;Số 6:115-119.
5. **Sơn Thị Minh Nhi.** Giá trị cộng hưởng từ trong đánh giá giai đoạn xâm lấn tại chỗ và di căn hạch vùng của ung thư trực tràng. Tạp Chí Dược Học Cần Thơ. 2023;Số 61:92-98.
6. **Đàn NV, Công BT, Tùng HC, Thái PV, Phương PC.** VAI TRÒ CỦA 18FDG-PET/CT TRONG CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023; 525(1A). doi:10.51298/vmj.v525i1A.4964
7. **Phạm Công Khánh.** Cộng hưởng từ đánh giá giai đoạn ung thư trực tràng đoạn giữa đoạn dưới được phẫu thuật triệt căn. Học Thành Phố Hồ Chí Minh. 2019;23(1):220-225.
8. **Kim JH, Beets GL, Kim MJ, Kessels AGH, Beets-Tan RGH.** High-resolution MR imaging for nodal staging in rectal cancer: are there any criteria in addition to the size? Eur J Radiol. 2004; 52(1): 78-83. doi: 10.1016/j.ejrad.2003. 12.005
9. **Chatterjee P, Eapen A, Perakath B, Singh A.** Radiologic and pathological correlation of staging of rectal cancer with 3 Tesla magnetic resonance imaging. Can Assoc Radiol J J Assoc Can Radiol. 2011; 62(3): -222. doi: 10.1016/j.carj.2010.04. 012

CÁC YẾU TỐ DỰ ĐOÁN GIÁ TRỊ CỦA NGHIỆM PHÁP 1STST Ở NGƯỜI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Nguyễn Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Thị Huyền Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố dự đoán giá trị của 1STST trên người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, 122 người bệnh COPD ổn định được thực hiện nghiệm pháp 1STST. Mỗi người tham gia được thu thập: tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao, chỉ số khối cơ thể (BMI), mức độ khó thở mMRC và tình trạng tắc nghẽn FEV1, FVC và tiền sử nhập viện trong 12 tháng. Các yếu tố dự đoán của 1STST được xác định thông qua hồi quy tuyến tính đa biến. Kết quả và kết luận: Kết quả thu được từ phân tích hồi quy tuyến tính nhiều bước cho thấy tiền sử nhập viện do đợt cấp trong 12 tháng, điểm khó thở mMRC và tuổi là các yếu tố quyết định độc lập giá trị của 1STST, không tìm thấy mối tương quan giữa các giá trị của 1STST và các thông số chức năng phổi.

Từ khóa: Nghiệm pháp 1STST, COPD, dự đoán giá trị 1STST

SUMMARY

PREDICTORS OF THE 1 MIUNITE SIT-TO-STAND TEST PERFORMANCE IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Objective: Identify predictors of the 1STST performance in chronic obstructive pulmonary disease. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study, 122 people with stable COPD were performed the 1STST test. For each participant, collected: age, sex, weight, height, body mass index (BMI), mMRC dyspnea severity and FEV1, FVC and 12-month hospitalization history. Predictors of 1STST were identified through multivariable linear regression. **Results and conclusions:** Results obtained from stepwise multiple linear regression analysis showed that history of hospitalization due to acute exacerbations within 12 months, mMRC dyspnea score and age were independent determinants of the value of 1STST, no correlation was found. relationship between the values of 1STST and lung function parameters. **Keywords:** 1STST test, COPD, predict the 1STST value

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là vấn đề sức khỏe toàn cầu¹. Đây là bệnh phổ biến ở Việt Nam cũng như tất cả các nước trên thế giới

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hằng

Email: thuhangmtu@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 14.6.2024