

trong các loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp tại Bệnh viện Chợ Rẫy - Luận văn, đồ án, luận văn, đồ án [Internet]. [cited 2023 Dec 11]. Available from: <https://doan.edu.vn/do-an/khao-sat-cac-tac-nhan-vi-khuan-trong-cac-loai-nhiem-khuan-benh-vien-thuong-gap-tai-benh-vien-cho-ray-54640>.

9. Morillo-García Á, Aldana-Espinal JM, Olry de Labry-Lima A, Valencia-Martín R, López-Márquez R, Loscertales-Abril M, et al. Hospital costs associated with nosocomial infections in a pediatric intensive care unit. *Gac Sanit*. 2015;29(4):282–293.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN ĐIỀU TRỊ LIỆU PHÁP TÂN BỔ TRỢ TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN K

Trần Thị Phương Nhung¹, Nguyễn Văn Đăng^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn tiến triển điều trị liệu pháp tân bổ trợ toàn phần tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 33 bệnh nhân từ 10/2022 đến 6/2024 tại bệnh viện K. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 58,36 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 2,67/1. Bệnh nhân đến viện chủ yếu với triệu chứng rối loạn đại tiện chiếm 87,9%. Thể u sùi trên nội soi gặp ở 51,5%, vị trí gặp nhiều nhất là trực tràng giữa với 63,6%. Đánh giá giai đoạn trên MRI tiểu khung, 81,8% bệnh nhân giai đoạn cT3, 84,9% trường hợp giai đoạn cN+. Chỉ số CEA trước điều trị trung bình là 6,45 ng/ml. Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn III trước điều trị chiếm đa số với 84,8%. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy một số đặc điểm về tuổi, giới, hình ảnh u trên nội soi và MRI, giai đoạn trước điều trị trên nhóm bệnh nhân UT trực tràng được điều trị tân bổ trợ toàn phần tại Bệnh viện K. **Từ khóa:** Ung thư trực tràng, giai đoạn tiến triển, liệu pháp tân bổ trợ toàn phần.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ADVANCED RECTAL CANCER RECEIVING TOTAL NEOADJUVANT THERAPY AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with advanced-stage rectal cancer undergoing total neoadjuvant therapy at National Cancer Hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive study was conducted on 33 patients from October 2022 to June 2024 at National Cancer Hospital. **Results:** The mean age was 58,36 years, with a male-to-female ratio of 2,67:1. The

majority of patients presented with bowel dysfunction symptoms, accounting for 87,9%. On endoscopy, exophytic tumors were observed in 51,5% of cases, with the most common tumor location being the mid-rectum, observed in 63,6% of patients. MRI staging of the pelvis revealed that 81,8% of patients were in stage cT3, and 84,9% were in stage cN+. The mean pre-treatment CEA level was 6,45 ng/ml. The majority of patients were in stage III before treatment, comprising 84,8% of cases. **Conclusion:** The study highlights specific characteristics regarding age, gender, tumor imaging on endoscopy and MRI, and pre-treatment staging in a group of rectal cancer patients undergoing total neoadjuvant therapy at National Cancer Hospital. **Keywords:** Rectal Cancer, Advanced Stage, Total Neoadjuvant Therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTTT) là một trong những bệnh ung thư phổ biến ở Việt Nam cũng như các nước trên thế giới. Tỷ lệ mắc UTTT trên thế giới ngày càng tăng. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 3 khi tính chung cả 2 giới về số ca mắc mới. 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 với tỷ lệ mắc và đứng hàng thứ 6 với tỷ lệ tử vong.¹

Phần lớn bệnh nhân ung thư trực tràng (UTTT) đến khám ở giai đoạn tiến triển tại chỗ - tại vùng, khi tổn thương đã xâm lấn rộng khỏi thành trực tràng gây khó khăn cho phẫu thuật triệt căn và bảo tồn cơ thắt. Từ năm 2022 liệu pháp tân bổ trợ toàn phần (TNT) đã được cập nhật và khuyến cáo là phác đồ lựa chọn ưu tiên cho những bệnh nhân UTTT giai đoạn tại chỗ tại vùng.²

Các nghiên cứu chung cho thấy liệu pháp TNT làm cải thiện thời gian sống thêm không bệnh 3 năm (DFS), tỷ lệ đạt được đáp ứng hoàn toàn về mặt giải phẫu bệnh lý (pCR) và không có báo cáo nào về sự gia tăng đáng kể các biến cố bất lợi nghiêm trọng ở những bệnh nhân được điều trị bằng TNT.³ Các đặc điểm lâm sàng và

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đăng

Email: nguyenvandang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024

cận lâm sàng của người bệnh được ghi nhận trước và trong quá trình điều trị mang lại nhiều thông tin cũng như có thể coi là yếu tố dự báo cho đáp ứng điều trị của liệu pháp.

Tại Bệnh viện K, nhằm nâng cao chất lượng và hiệu quả điều trị, liệu pháp TNT đã được đưa vào điều trị trên BN từ 9/2022. Tuy nhiên ở Việt Nam cho đến nay các kết quả về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân được điều trị liệu pháp này còn hạn chế, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu "Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn tiến triển điều trị liệu pháp tân bổ trợ toàn phần tại Bệnh viện K".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư trực tràng điều trị liệu pháp tân bổ trợ toàn phần tại Bệnh viện K trong thời gian từ 10/2022 đến 6/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân. Người bệnh được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến trực tràng, giai đoạn II, III theo phân loại của AJCC 8th (2017), điều trị liệu pháp tân bổ trợ toàn phần tại Bệnh viện K; có hồ sơ theo dõi đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ. Người bệnh mắc ung thư thứ 2; mắc các bệnh cấp hoặc mạn tính trầm trọng có khả năng gây tử vong trong thời gian ngắn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang

Thời gian, địa điểm nghiên cứu. Từ tháng 10/2022 đến tháng 6/2024 tại Bệnh viện K

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu nghiên cứu.

Chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, chọn được 33 bệnh nhân vào nghiên cứu này.

Quy trình tiến hành nghiên cứu:

- Bước 1: Lập bệnh án nghiên cứu và lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu.
- Bước 2: Bệnh nhân được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh trước điều trị, các thông tin về phác đồ điều trị.
- Bước 3: Phân tích số liệu, viết báo cáo

Các chỉ số nghiên cứu. Tuổi, giới, lý do vào viện, triệu chứng toàn thân, một số đặc điểm về u, hạch trên nội soi đại trực tràng (NSĐTT), MRI tiểu khung, giải phẫu bệnh, chỉ số CEA, phác đồ hóa chất được lựa chọn.

2.3. Xử lý số liệu. Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán thống kê: mô tả, kiểm định so sánh.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ

nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Tất cả thông tin chi tiết về tình trạng bệnh tật, các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình (Min-Max)		58,36±13,44	(29-76)
Nhóm tuổi	≤ 40	6	18,2
	40 - ≤ 65	13	39,4
	> 65	14	42,4
Giới	Nam	24	72,7
	Nữ	9	27,3

Tuổi trung bình là 58,36±13,44. BN tuổi cao nhất là 76, nhỏ nhất là 29. Có 18,2% BN ≤ 40 tuổi, 39,4% BN 40 - ≤ 65 tuổi và 42,4% BN >65 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là >65 tuổi. Phân bố tỷ lệ theo giới nam 72,7% và nữ 27,3%.

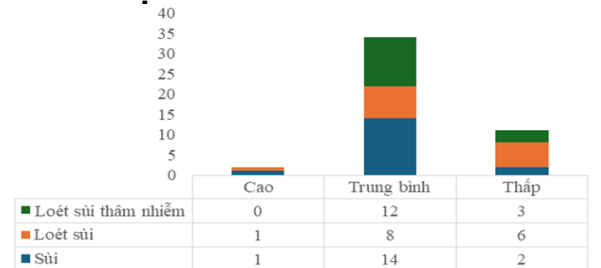
3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng khi vào viện

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ %
Lý do vào viện	Đau bụng	12	36,4
	Phân máu	28	84,8
	RL đại tiện	29	87,9
	Bán tắc ruột	3	9,1
	Tắc ruột	0	0
Triệu chứng toàn thân	Không có	27	81,8
	Sút cân	5	15,2
	Thiếu máu	1	3,0

Rối loạn đại tiện là lý do vào viện thường gặp nhất chiếm 87,9%, sau đó là phân máu với 28 BN và đau bụng với 12 BN. BN rối loạn lưu thông ruột chiếm 9,1%, các BN này được làm hậu môn nhân tạo bảo vệ trước khi bắt đầu điều trị TNT. Không có BN tắc ruột hoàn toàn. Triệu chứng toàn thân của BN khi vào viện gồm sút cân và thiếu máu. Trong đó sút cân chiếm 15,2%. Thiếu máu gặp ở 1BN.

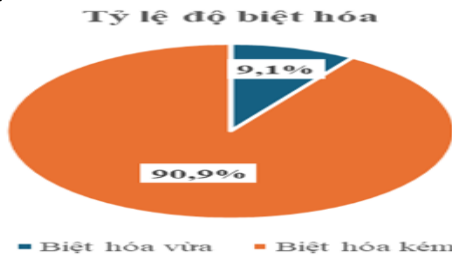
3.3. Đặc điểm u trên NSĐTT



Biểu đồ 1. Đặc điểm vị trí và hình thái u trên NSĐTT

33 BN trong nghiên cứu đều được NSDTT toàn bộ trước điều trị. Hình ảnh u sùi vào lòng trực tràng được ghi nhận nhiều nhất chiếm 51,5%. Hiện tượng loét sùi, loét sùi thâm nhiễm cứng, chiếm tỉ lệ lần lượt là 45,5% và 3%. Tỷ lệ u nằm ở trực tràng giữa là cao nhất (63,6%), ở trực tràng thấp là 10 BN, và trực tràng cao là 2 BN.

3.4. Đặc điểm giải phẫu bệnh qua sinh thiết



Biểu đồ 2. Đặc điểm giải phẫu bệnh

100% BN có chẩn đoán giải phẫu bệnh sinh thiết là carcinoma tuyến, 90,9% là độ biệt hóa vừa, 9,1% là độ biệt hóa kém.

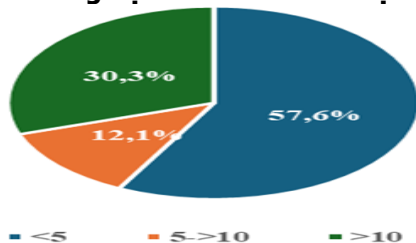
3.4. Một số đặc điểm u trên MRI

Bảng 3. Một số đặc điểm u trên MRI

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ %	
Kích thước u trung bình (Min-Max)		4,77±1,73 cm (1,4 - 9)		
cT	T2	4	12,1	
	T3	T3ab	20	60,6
		T3cd	7	21,2
	T4	T4a	2	6,1
cN	N0	5	15,2	
	N1	16	48,5	
	N2	12	36,4	

Kích thước u trên MRI trước điều trị trung bình là 4,77±1,73cm, lớn nhất là 9cm, nhỏ nhất là 1,4cm. Tỷ lệ BN có u giai đoạn cT3 là nhiều nhất, trong đó cT3ab chiếm tới 60,6%. Giai đoạn u cT4 là ít nhất chiếm 6,1%, không có BN nào cT4b. BN ở giai đoạn cT2 chiếm 12,1%. cN1 chiếm 48,5%, cũng là tỷ lệ cao nhất. Theo sau là giai đoạn cN2 chiếm 36,4%.

3.5. Nồng độ CEA trước điều trị



Biểu đồ 3. Tỷ lệ phân loại nồng độ CEA trước điều trị (ng/ml)

Chỉ số CEA trước điều trị trung bình là 6,45 (0,67-26,55) ng/ml, thấp nhất là 0,67ng/ml, cao

nhất là 26,55ng/ml. Trong đó nhóm CEA có giá trị cao > 10 chiếm 30,3%, CEA <5 chiếm 57,6%.

3.6. Giai đoạn trước điều trị

Bảng 4. Phân loại giai đoạn trước điều trị

Giai đoạn TNM	Số BN	Tỷ lệ %	
II	5	15,2	
III	IIIa	2	6,1
	IIIb	14	42,4
	IIIc	12	36,4

84,8% BN ở giai đoạn III, trong đó giai đoạn IIIb có tỉ lệ cao nhất với 42,4% BN. Có 5 BN ở giai đoạn II, chiếm 15,2%.

3.7. Phác đồ điều trị

Bảng 5. Một số đặc điểm về phác đồ điều trị

Phác đồ điều trị		Số BN	Tỷ lệ %
Hóa xạ trị	Đủ liều xạ (50,4y)	33	100
	Đủ liều Capecitabine	32	97
	Giảm liều Capecitabine 20%	1	3
Hóa chất	mFOLFOX6	18	54,5
	CAPEOX	15	45,5

100% BN trong nghiên cứu được xạ trị đủ liều và lựa chọn Capecitabine làm hóa chất uống trong thời gian hóa xạ đồng thời. Có 1 BN phải giảm liều Capecitabine 20% trong giai đoạn hóa xạ đồng thời do gặp độc tính về huyết học. Về phác đồ hóa chất: 54,5% BN được điều trị phác đồ mFOLFOX6 và 45,5% BN được lựa chọn phác đồ CAPEOX.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Từ 10/2022 đến 6/2024 nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 33 BN ung thư trực tràng giai đoạn tại chỗ hoàn thành điều trị theo phác đồ TNT, trong đó có 24 BN nam chiếm 72,7% và 9 BN nữ chiếm 27,3%. Kết quả của chúng tôi không có sự khác biệt với các kết quả trong và ngoài nước trước đó. Tỷ lệ BN nam trong các thử nghiệm RAPIDO, PRODIGE 23⁴ và nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà⁵ lần lượt là 67,1%; 66,4% và 57,1%.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 58,36±13,44, cao nhất là 76, nhỏ nhất là 29, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà⁵ cho thấy nhóm tuổi được áp dụng phác đồ chủ yếu ≤ 65 tuổi, đặc biệt nằm trong khoảng 40- ≤ 65 tuổi.

Theo bảng 2, BN UTĐT đến khám khi có các triệu chứng bất thường liên quan đến tiêu hóa và đại tiện. 87,9% BN đến khám do rối loạn đại tiện, các trường hợp còn lại là phân máu (84,8%) và đau bụng (36,4%); 9,1% BN được làm hậu môn nhân tạo bảo vệ trước khi bắt đầu điều trị do bán tắc ruột. Kết quả này phù hợp với

kết quả của Nguyễn Thị Hà: 85,7% BN vào viện vì lý do đại tiện phân máu.⁵

81,8% BN vào viện chưa có triệu chứng toàn thân. Sút cân chiếm 15,2%, 100% giảm < 10% trọng lượng cơ thể, tỉ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà là 42,9%⁵ nhưng tương đồng với ghi nhận của Junzhong là 11%.⁶ Do tình trạng béo phì được coi là yếu tố nguy cơ ung thư đại trực tràng, vì vậy những BN đến khám có thể trong tình trạng thừa cân, triệu chứng sút cân không được BN theo dõi và ghi nhận đúng đắn.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng. 51,5% BN có u thể sùi trên NSĐTT, chiếm tỷ lệ cao nhất, kể đến là sùi loét chiếm 45,5%, chỉ 3% có đặc điểm loét sùi thâm nhiễm cứng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thành Trung thể sùi chiếm tỉ lệ cao nhất với 63,4%.⁷

63,6% BN có u nằm ở trực tràng giữa là cao nhất, 30,3% nằm ở trực tràng thấp, và 6,1% nằm ở trực tràng cao. Kết quả này tương tự với kết quả trong thử nghiệm PRODIGE23 với tỷ lệ lần lượt tương ứng là 50,3%; 36,9% và 12,8%.⁴ Tuy nhiên theo Nguyễn Thị Hà⁵ không có u nằm ở vị trí trực tràng cao, tỷ lệ u ở trực tràng giữa và thấp lần lượt là 57,1% và 42,9%. Theo thử nghiệm RAPIDO⁴ tỷ lệ u ở trực tràng giữa là 39,3%, trực tràng thấp là 25,7% và trực tràng cao là 35%. Như vậy kết quả của các nghiên cứu còn điểm chưa thống nhất, nhưng nhìn chung vị trí tổn thương thường gặp nhất đều là trực tràng giữa.

Theo biểu đồ 2, 100% BN có mô bệnh học là UTBM tuyến với 90,9% là UTBM tuyến biệt hóa vừa, 9,1% là biệt hóa kém. Nghiên cứu cho kết quả phù hợp với các tác giả khác trong và ngoài nước. Nghiên cứu của tác giả Phạm Khánh Toàn (2021) chỉ ra UTBM tuyến chiếm 100%, độ biệt hóa kém chiếm 14,8%.⁸

Trong nghiên cứu này tỷ lệ u giai đoạn cT3 là nhiều nhất chiếm 81,8%, trong đó 60,6% ở giai đoạn cT3ab, ít nhất là cT4 chiếm 6,1%. Tỷ lệ này hoàn toàn phù hợp với kết quả thử nghiệm PRODIGE 23 với 82,2% u giai đoạn cT3; tỷ lệ cT4 và cT2 lần lượt là 12,8% và 1,1%.⁴

Về giai đoạn cN, giai đoạn cN1 chiếm tỷ lệ cao nhất (48,5%,) kể đến là 36,4% cN2 và 15,2% BN không có hạch. Tỷ lệ này tương đồng với kết quả thử nghiệm PRODIGE 23 với 89,6% BN cN+ và 10,4% cN0.⁴ Sau khi xác định rằng TNT nên được coi là một tiêu chuẩn chăm sóc mới, tính đủ điều kiện cho lựa chọn đối tượng với nhiều thử nghiệm then chốt dựa trên sự hiện diện của các đặc điểm nguy cơ cao bao gồm: T4, N2, xâm lấn tĩnh mạch ngoài thành, liên quan/đe dọa mạc treo trực tràng, tăng kích thước các

hạch bạch huyết vùng chậu bên đánh giá qua MRI. Như vậy kết quả này phù hợp với khuyến nghị đề xuất TNT cho bệnh nhân có khối u giai đoạn III và khối u giai đoạn II mang ít nhất một trong các yếu tố nguy cơ cao đã đề cập ở trên như các thử nghiệm lâm sàng trước đó và hướng dẫn của NCCN.^{2,4}

Kích thước u trên MRI trước điều trị được ghi nhận như một biến liên tục, kết quả đo trung bình là $4,77 \pm 1,73$ cm. Kích thước này là không có sự khác biệt với nghiên cứu của Hiranyakas: kết quả đo được là 3,6cm.⁹

Chỉ số CEA trước điều trị trung bình là 6,45 (0,67-26,55)ng/ml, trong đó CEA <5 chiếm 57,6%. Tỷ lệ này là tương đương với kết quả của Weissenberger với 58,1% BN có chỉ số CEA bình thường.¹⁰

84,8% BN ở giai đoạn III trước điều trị, trong đó IIIB có tỉ lệ cao nhất với 42,4%. Tỷ lệ này của chúng tôi là tương đương với nghiên cứu của Jimenez-Rodriguez (2019): tỷ lệ BN giai đoạn III tham gia nghiên cứu là 78,2%. Điều này là phù hợp với khuyến cáo sử dụng TNT trên những bệnh nhân giai đoạn III và/hoặc giai đoạn II có yếu tố nguy cơ cao, được cho là nhóm đối tượng được hưởng lợi từ liệu pháp này.²

Chủ yếu BN của nghiên cứu là BN UTTT giai đoạn III, chiếm 84,8%, trong đó giai đoạn IIIB là có tỉ lệ cao nhất chiếm 42,4%. Giai đoạn II, chiếm 15,2%.

Theo bảng 5, 100% BN được xạ trị đủ liều, đủ ngày. 100% BN được lựa chọn Capecitabine làm hóa chất uống trong thời gian hóa xạ đồng thời. Phác đồ và tỷ lệ này là tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà.⁵ 3% BN phải giảm liều 20% Capecitabine trong giai đoạn hóa xạ đồng thời do gặp độc tính về huyết học. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà với kết quả là 22,9%.⁵ Lựa chọn Capecitabine được ưu tiên hơn thay vì truyền 5-Flourouracil do độ tiện lợi, giảm thời gian nằm viện cũng như giảm tác dụng phụ đáng kể trên hệ tạo máu. Năm 2009, NCCN cũng khuyến cáo sử dụng Capecitabine như một chất nhạy cảm với xạ trị cho hóa xạ trị đồng thời trước phẫu thuật ung thư trực tràng.

Tỷ lệ BN được lựa chọn phác đồ mFOLFOX6 và CAPEOX lần lượt là 54,5% và 45,5%. Chỉ 1 BN có thời gian điều trị hóa chất trước mổ là 8 tuần do gặp tác dụng phụ trên huyết học và đáp ứng kém trên MRI, còn lại 32 BN đều kéo dài đủ trên 12 tuần. Kết quả này là hoàn toàn phù hợp với khuyến cáo về thời gian điều trị hóa chất củng cố có oxaliplatin cho BN UTTT giai đoạn II, III theo các thử nghiệm lâm sàng cũng như

khuyến cáo của NCCN, chứng minh thời gian thực hiện hóa chất cứng cổ nên kéo dài trong khoảng 12 – 16 tuần.^{2,4}

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 33 bệnh nhân UTTT giai đoạn tiến triển tại chỗ điều trị liệu pháp tân bổ trợ toàn phần tại Bệnh viện K từ 2022 đến 2024, chúng tôi rút ra kết luận như sau: Đa số bệnh nhân đến khám trên 65 tuổi, tỉ lệ gặp ở nam cao hơn nữ, bệnh nhân đến khám vì các dấu hiệu đại tiện bất thường. Trên nội soi u hay gặp nhất ở thể sùi chiếm 51,5% tại trực tràng giữa. Mô bệnh học 100% là ung thư biểu mô tuyến, với 90,9% là độ biệt hóa vừa. Giai đoạn trên MRI gặp khi vào viên với tỷ lệ cao nhất là cT3 và/ hoặc cN+. Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn III trước điều trị chiếm đa số với 84,8%. Phác đồ hóa xạ được lựa chọn 100% có liều xạ 50,4Gy kết hợp Capecitabine uống. Phác đồ hóa chất cứng cổ là mFOLFOX6 chiếm 54,5% và CAPEOX chiếm 45,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN** 2022. <https://gco.iarc.who.int/today/en>
2. **Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, et al.** Rectal Cancer, Version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN. Oct 2022;20(10): 1139-1167. doi:10.6004/jnccn.2022.0051
3. **Petrelli F, Trevisan F, Cabiddu M, et al.** Total Neoadjuvant Therapy in Rectal Cancer: A

- Systematic Review and Meta-analysis of Treatment Outcomes. Annals of surgery. Mar 2020;271(3): 440-448. doi:10.1097/sla.0000000000003471
4. **Giunta EF, Bregni G, Pretta A, et al.** Total neoadjuvant therapy for rectal cancer: Making sense of the results from the RAPIDO and PRODIGE 23 trials. Cancer treatment reviews. May 2021;96: 102177. doi:10.1016/j.ctrv.2021.102177
 5. **Hà Nguyễn Thị, Kiên NX, Châu ND, et al.** Kết quả bước đầu của điều trị tân bổ trợ toàn diện trước phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn II, III tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí y dược lâm sàng 108. 2023;
 6. **Lin J, Peng J, Qdaisat A, et al.** Severe weight loss during preoperative chemoradiotherapy compromises survival outcome for patients with locally advanced rectal cancer. Cancer treatment reviews . 2016;142:2551-2560.
 7. **Trung Nguyễn Thành, Xứng NV, Trung ĐHTCYDhH.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đà Nẵng trong 02 năm (2016-2017). Tạp chí Y dược Huế . 2018;8(8):7-12.
 8. **Khánh Toàn Phạm, Văn Xuân V.** Đánh giá kết quả hóa xạ trị tiên phẫu ung thư trực tràng bằng kỹ thuật VMAT kết hợp Capecitabine đường uống tại Bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam. 01/12 2022;509(1)doi:10.51298/vmj.v509i1.1750
 9. **Hiranyakas A, Da Silva G, Wexner S, Ho YH, Allende D, Berho MJCD.** Factors influencing circumferential resection margin in rectal cancer. Colorectal Disease.2013;15(3):298-303.
 10. **Weissenberger C, Von Plehn G, Otto F, Barke A, Momm F, Geissler MJAr.** Adjuvant radiochemotherapy of stage II and III rectal adenocarcinoma: role of CEA and CA 19-9. Anticancer research. 2005;25(3A):1787-1793.

LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ HbA1c VÀ GLUCOSE MÁU VỚI TỔN THƯƠNG VÔNG MẠC TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lương Thị Hải Hà^{1,2}, Phạm Trọng Văn¹,
Nguyễn Văn Huy³, Mai Quốc Tùng¹, Đặng Đức Minh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối liên quan giữa nồng độ HbA1c và glucose máu với nguy cơ mắc bệnh vông mạc đái tháo đường ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được

tiến hành trên 1012 bệnh nhân đái tháo đường type 2 với 1943 mắt tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** - Có 16,2% mắt có tổn thương VM do đái tháo đường trong đó các hình thái tổn thương hay gặp nhất là vi phình mạch, xuất tiết vông mạc và xuất huyết vông mạc. - 19,1% trường hợp có tổn thương vông mạc ở giai đoạn tăng sinh và 80,9% tổn thương vông mạc ở giai đoạn chưa tăng sinh với các mức độ khác nhau trong đó mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất là 46,5%. - HbA1c ở nhóm bệnh nhân có bệnh VMĐTĐ là $8,34 \pm 1,81$ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm không có bệnh VMĐTĐ $7,46 \pm 1,64$ (với $p < 0,001$). - Glucose máu ở nhóm có bệnh VMĐTĐ là $8,36 \pm 3,03$, nhóm không có bệnh VMĐTĐ là $7,24 \pm 2,54$ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Nồng độ HbA1c và glucose máu là

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

³Bệnh viện Mắt Trung Ương

⁴Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Hải Hà

Email: haihamat@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 16.10.2024