

cấp 3 trở xuống đây là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến thái độ có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu ( $p < 0,05$ ) [3]. Tuy nhiên khi so sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bông và cộng sự tại BVĐK Hà Đông ghi nhận 84,7% bà mẹ có thái độ tốt, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi gần 11% [2]. Điều này cho thấy kết quả tại Bệnh viện Nhi Hải Dương vẫn còn khoảng trống cần cải thiện. Để cải thiện thái độ của bà mẹ về sử dụng Oresol, cần tiếp tục đẩy mạnh hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe, đặc biệt tại các trạm y tế cơ sở, nơi gần gũi và có ảnh hưởng thực tiễn cao.

## V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Đa số bà mẹ tham gia nghiên cứu đã có thái độ tích cực về việc sử dụng dung dịch Oresol trong điều trị tiêu chảy ở trẻ em. Tuy nhiên, kiến thức, của bà mẹ đối với sử dụng Oresol cho trẻ bị tiêu chảy khá thấp đặc biệt các kiến thức liên quan đến: Áp dụng Oresol; Tác dụng phòng ngừa của Oresol Lượng nước pha Oresol; Cách chuẩn bị Oresol; Loại nước dùng pha Oresol; Xử trí khi trẻ uống Oresol bị nôn; Thời gian sử dụng Oresol sau pha; cung cấp dịch/bú mẹ khi đang uống Oresol; Tác hại uống Oresol quá liều... có tỷ lệ bà mẹ trả lời đúng rất thấp. Nâng cao nhận thức cộng đồng, giáo dục sức khỏe và sử dụng phương tiện truyền thông đại chúng kết hợp với phát tờ rơi sẽ đảm bảo tiếp cận được nhiều bà mẹ hơn về Oresol, từ đó giảm tỷ lệ trẻ nhập viện cũng như tử vong do tiêu chảy ở trẻ dưới 5 tuổi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. Hà Nội: Cục Quản lý Khám, Chữa bệnh, 2015. Ban hành ngày 7 tháng 8 năm 2015
- Nguyễn Thị Bông, Nguyễn Thị Trang, Nguyễn Thị Ly & CS.** Thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành sử dụng oresol của bà mẹ có con dưới 5 tuổi bị tiêu chảy cấp tại Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2022. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023. 529(2), 284-289.
- Abdulla ON, Badulla WF, Alshakka M, et al.** Mothers' knowledge, attitude and practice regarding diarrhea and its management in Aden-Yemen: a cross-sectional study in poor resource setting. J Pharm Res Int, 2021. 33(45B): 365-378.
- Chisti MJ, Ahmed T, Ahmed AMS, et al.** Hyponatremia in Children With Diarrhea: Presenting Features, Management, Outcome, and Risk Fact Oresol for Death. Clin Pediatr (Phila), 2016. 55:654-63.
- Farid MS, Hasan MK, Hossain M, et al.** Knowledge, Attitude and Practice of Mothers regarding Oral Rehydration Solution in Acute Diarrhoea at Monno Medical College Hosptial. J Monno Med Coll, 2023. 9(1):03-06
- Islam MR, Fahim SM, Rasul MG, et al.** Health Care Providers' Knowledge, Attitude, and Practice Regarding Facility-Based Management of Children With Severe Acute Malnutrition in Bangladesh. Food Nutr Bull, 2022. 43:465-78.
- Unicef.** Điều tra SDGCW Việt Nam 2020-2021. Nguồn tài liệu từ [https://www.nso.gov.vn/wp-content/uploads/2021/12/SDGCW-Child-health-care\\_VIE.pdf](https://www.nso.gov.vn/wp-content/uploads/2021/12/SDGCW-Child-health-care_VIE.pdf), 2021
- Unicef.** Levels and trends in child mortality. Retrieved from <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality>, 2024

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ UNG THƯ TRỰC TRÀNG XÂM LẤN MẠC TREO TRỰC TRÀNG

Nghiêm Phương Thảo<sup>1,2</sup>, Bùi Bình Long<sup>3</sup>, Nguyễn Chí Phong<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) của ung thư trực tràng xâm lấn mạc treo trực tràng. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca. Tất cả 62 trường hợp ung thư trực tràng được chụp CHT trước phẫu thuật, có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư trực tràng với giai đoạn T từ T3 trở

lên, được điều trị tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 03/2024 đến hết tháng 10/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $61,9 \pm 11,6$  tuổi; các nhóm tuổi 50 – 59, 60 – 69 và > 69 chiếm tỷ lệ tương đương nhau (29%). Giới nam chiếm đa số (69,4%). Khối u trực tràng ở 1/3 dưới chiếm tỷ lệ cao nhất (48,4%), trong khi u trực tràng 1/3 trên chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,8%). Về kích thước khối u, bề dày trung bình là  $18,8 \pm 8$  mm, chiều dài trung bình là  $46,9 \pm 14,3$  mm. Trên chuỗi xung T2W, đa số các trường hợp u có tín hiệu trung gian (91,9%), không có trường hợp nào có tín hiệu cao. Đường cong bắt thuốc loại 3 – ngấm thuốc và thải thuốc nhanh – chiếm tỷ lệ cao nhất (64,5%). Tất cả các trường hợp trong mẫu nghiên cứu đều có hạn chế khuếch tán. Giá trị trung bình của ADC là  $832,5 \pm 126,3 \times 10^{-6}$  mm<sup>2</sup>/s. Khoảng cách từ bờ ngoài khối u đến cần mạc treo là  $6,3 \pm 7,9$  mm (nhóm u giai đoạn T3) và  $5,2 \pm 5,5$  mm

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Bình Dân

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Phương Thảo

Email: [nghiempuongthao2003@gmail.com](mailto:nghiempuongthao2003@gmail.com)

Ngày nhận bài: 24.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

(nhóm u giai đoạn T4). Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy carcinoma tế bào tuyến chiếm 91,9%. **Kết luận:** Cộng hưởng từ hiện là phương pháp hình ảnh không xâm lấn, chính xác để đánh giá xâm lấn mạc treo trực tràng (TME: Total Mesorectal Excision), giúp bác sĩ phẫu thuật phân nhóm bệnh nhân và lập kế hoạch điều trị phù hợp dựa trên phân giai đoạn chính xác.

**Từ khóa:** ung thư trực tràng, cộng hưởng từ, xâm lấn, mạc treo trực tràng, cân mạc treo trực tràng.

## SUMMARY

### MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) FEATURES OF RECTAL CANCER WITH MESORECTAL INVASION

**Objective:** To describe the magnetic resonance imaging (MRI) characteristics of rectal cancer with mesorectal fascia invasion. **Material and Methods:** This was a retrospective descriptive case series. A total of 62 patients with pathologically confirmed rectal cancer (stage T3 or higher) who underwent preoperative MRI were included. All patients were treated at Binh Dan Hospital from March 2024 to October 2025. **Results:** The mean age of the study population was  $61.9 \pm 11.6$  years; the proportions of patients aged 50–59, 60–69, and >69 years were similar (29% each). Males accounted for the majority (69.4%). Tumors located in the lower third of the rectum were most common (48.4%), whereas those in the upper third were least frequent (4.8%). The mean tumor thickness was  $18.8 \pm 8$  mm and the mean length was  $46.9 \pm 14.3$  mm. On T2-weighted images, most tumors showed intermediate signal intensity (91.9%), with no cases of high signal intensity. Type 3 enhancement curves (rapid enhancement and washout) were most frequent (64.5%). All tumors demonstrated diffusion restriction, with a mean ADC value of  $832.5 \pm 126.3 \times 10^{-6}$  mm<sup>2</sup>/s. The mean distance from the outer tumor margin to the mesorectal fascia was  $6.3 \pm 7.9$  mm in T3 tumors and  $5.2 \pm 5.5$  mm in T4 tumors. Histopathology revealed that adenocarcinoma accounted for 91.9% of cases. **Conclusion:** MRI is a highly accurate imaging modality for assessing mesorectal invasion prior to total mesorectal excision (TME), aiding surgeons in patient stratification and treatment planning based on precise staging.

**Keywords:** rectal cancer, magnetic resonance imaging, invasion, mesorectum, mesorectal fascia.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTTT) là loại ung thư phổ biến thứ 3 trên thế giới và có tỷ lệ tử vong chỉ sau ung thư phổi<sup>1</sup>. Trong đó, ung thư trực tràng chiếm khoảng một phần ba số ca mắc ung thư đại trực tràng<sup>2</sup>. Phương pháp điều trị tối ưu nhất cho ung thư trực tràng là cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) kết hợp với hóa trị - xạ trị tân bổ trợ cho những trường hợp ung thư trực tràng tiến triển tại chỗ. Theo nhóm nghiên cứu Heald và cộng sự (cs)<sup>3</sup> đã đề cập đến phương pháp TME như là phương pháp phẫu

thuật triệt căn ung thư trực tràng, kỹ thuật này đã trở thành tiêu chuẩn vàng trong phẫu thuật triệt căn ung thư trực tràng. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng vẫn ghi nhận tỷ lệ 5–10% tái phát tại chỗ sau 3 năm. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ tái phát này có liên quan đến hai yếu tố là mức độ xâm lấn cân mạc treo trực tràng (Mesorectal Fascia, MRF) trước phẫu thuật và xâm lấn diện cắt chu vi (CRM: Circumferential resection margin) sau phẫu thuật. Những trường hợp được xác định có xâm lấn cân mạc treo trực tràng trước mổ sẽ được xạ trị trước mổ, giải pháp này giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ từ 8,2% xuống 2,4% trong 2 năm. Vì vậy, việc đánh giá xâm lấn cân mạc treo trực tràng trước phẫu thuật là rất quan trọng. Trong các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, cộng hưởng từ hiện là phương pháp hình ảnh chính xác để đánh giá xâm lấn cân mạc treo trước khi thực hiện TME, giúp các bác sĩ phẫu thuật phân nhóm bệnh nhân và lên kế hoạch điều trị phù hợp dựa trên phân giai đoạn chính xác.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng, được chụp cộng hưởng từ trước phẫu thuật, được phẫu thuật và có kết quả giải phẫu bệnh ung thư trực tràng tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 03/2024 đến hết tháng 10/2025.

### \* Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng và được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Bình Dân, có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư trực tràng với giai đoạn T từ T3 trở lên
- Bệnh nhân có hình ảnh chụp cộng hưởng từ được lưu trữ tại hệ thống PACS của khoa CĐHA tại Bệnh viện Bình Dân

### \* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không có đủ hồ sơ bệnh án.
- Chất lượng hình ảnh CHT không đảm bảo. Kỹ thuật chụp không đạt chất lượng, không có phim trên PACS
- Bệnh nhân có ung thư trực tràng tái phát hoặc từng điều trị ung thư đại trực tràng trước đó.
- Bệnh nhân có khối u tại vị trí khác hoặc di căn phúc mạc hoặc di xa như: gan, xương, phổi,...
- Bệnh nhân có biến chứng tắc ruột, thủng tạng rỗng do u.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

\* **Thiết kế nghiên cứu:** hồi cứu, mô tả loạt ca

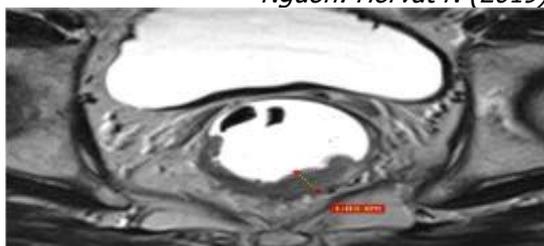
\* **Kỹ thuật thu thập số liệu:** Hình ảnh CHT được chụp bằng máy SIGNA Explorer GE Healthcare 1,5 Tesla theo quy trình chụp CHT ung thư trực tràng tại bệnh viện Bình Dân. Các

chuỗi xung không tiêm thuốc được chụp lần lượt là T2W, T1W, T1W xóa mỡ, DWI b50 – b400 – b800 s/mm<sup>2</sup>. Sau đó, thuốc tương phản từ Dotarem (Gadoteric acid) được tiêm tĩnh mạch với liều 0,1 mmol/kg (0,2 ml/kg), tốc độ bơm 2ml/giây và thực hiện thêm các chuỗi xung 3D LAVA Flex sau tiêm tương phản từ.

Các đặc điểm hình ảnh CHT được khảo sát bao gồm: vị trí khối u, kích thước khối u, tín hiệu khối u trên T2W, khoảng cách từ bờ ngoài khối u đến cân mạc treo trực tràng, loại đường cong bắt thuốc, giá trị ADC khối u.



**Hình 1. Các vị trí khối u trực tràng**  
"Nguồn: Horvat N (2019)<sup>4</sup>"



**Hình 2. Cách đo bề dày u trên T2W mặt phẳng ngang**

"Nguồn: Lâm Thanh Ngọc, 2020<sup>5</sup>"

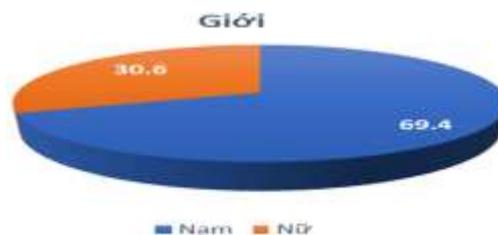
**2.3. Xử lý và phân tích số liệu.** Dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0, kiểm định chi bình phương (hoặc kiểm định chính xác Fisher) được sử dụng để so sánh sự khác biệt đặc điểm CHT giữa 2 nhóm u trực tràng với ngưỡng ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu khảo sát dữ liệu từ hồ sơ bệnh án, không can thiệp trên bệnh nhân, không thu thập thông tin tiết lộ danh tính cá nhân và mọi dữ liệu được bảo mật.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu từ tháng 03/2024 đến hết tháng 10/2025, chúng tôi thu thập được 62 trường hợp UTTT có giai đoạn T3 trở lên với các đặc điểm sau:

Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là  $61,9 \pm 11,6$  tuổi; tuổi nhỏ nhất là 23 tuổi, cao nhất là 81 tuổi, nhóm tuổi 50 – 59 tuổi, 60 – 69 tuổi và >69 chiếm tỷ lệ tương đương nhau với 29%. Giới nam chiếm đa số, chiếm 69,4%.



**Biểu đồ 1. Phân bố giới tính**

Vị trí khối u: Khối u trực tràng ở 1/3 dưới chiếm tỷ lệ cao nhất (48,4%), u trực tràng 1/3 trên chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,8%).

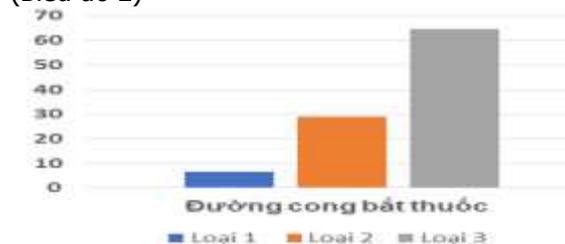
**Bảng 1. Kích thước khối u**

|                  | GTNN | GTLN | TB±ĐLC    | Trung vị | Khoảng tứ vị |
|------------------|------|------|-----------|----------|--------------|
| Bề dày u (mm)    | 7    | 53   | 18,8±8    | 17       | 13-23,3      |
| Chiều dài u (mm) | 28   | 89   | 46,9±14,3 | 43       | 35,8-56      |

(GTNN: giá trị nhỏ nhất, GTLN: giá trị lớn nhất; TB±ĐLC: trung bình ± độ lệch chuẩn)

Về tín hiệu của u trên chuỗi xung T2W, đa số các trường hợp có tín hiệu trung gian (chiếm 91,9%), không có trường hợp nào có tín hiệu cao trên T2W.

Trong số 62 trường hợp ung thư trực tràng, đường cong bắt thuốc loại 3 – ngấm thuốc và thải thuốc nhanh chiếm tỷ lệ cao nhất với 64,5% (Biểu đồ 2)



**Biểu đồ 2. Các loại đường cong bắt thuốc của u**

Loại 1: tăng liên tục; Loại 2: tăng bình nguyên (tăng chậm và thải chậm); Loại 3: ngấm thuốc và thải thuốc nhanh.

Tất cả trường hợp trong mẫu nghiên cứu đều hạn chế khuếch tán. Giá trị trung bình của ADC là  $832,5 \pm 126,3 \times 10^{-6} \text{ mm}^2/\text{s}$

**Bảng 2. Khoảng cách từ bờ ngoài khối u đến cân mạc treo**

| Giai đoạn T    | N  | TB ± ĐLC (mm) | GTNN (mm) | GTLN (mm) |
|----------------|----|---------------|-----------|-----------|
| U giai đoạn T3 | 35 | 6,3 ± 7,9     | 0         | 35,1      |
| U giai đoạn T4 | 27 | 5,2 ± 5,5     | 0         | 15        |
| Tổng           | 62 | 6,1 ± 7,6     | 0         | 35,1      |

**Bảng 3. Phân độ mô học của u**

| Phân độ mô học | Số trường hợp | Tỷ lệ |
|----------------|---------------|-------|
| Độ 1           | 0             | 0%    |

|         |    |       |
|---------|----|-------|
| Độ 2    | 55 | 88,7% |
| Độ 3    | 7  | 11,3% |
| Độ 4    | 0  | 0%    |
| Tổng số | 62 | 100%  |

**Nhận xét:** Về phân độ mô học, độ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất với 88,7%.

**Bảng 4. Phân loại tế bào trên giải phẫu bệnh**

| Phân loại tế bào | Số trường hợp | Tỷ lệ |
|------------------|---------------|-------|
| Tế bào tuyến     | 57            | 91,9% |
| Tế bào tiết nhầy | 5             | 8,1%  |
| Tổng số          | 62            | 100%  |

**Nhận xét:** Tế bào tuyến chiếm phần lớn với 91,9% (57 trường hợp).

#### IV. BÀN LUẬN

**Về độ tuổi,** các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là 61,9 ± 11,6 tuổi, nhỏ nhất 23 tuổi, lớn nhất 81 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu của các tác giả trong nước và ngoài nước.

Tỷ lệ nam chiếm đa số trong nghiên cứu của chúng tôi với 69,4% (biểu đồ 1). Điều này cũng phù hợp với dữ liệu dịch tễ học, khi nhiều nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ ung thư trực tràng ở nam giới cao hơn nữ giới, không phân biệt vị trí u (trực tràng thấp, giữa hay cao).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ u trực tràng dưới và u trực tràng giữa chiếm đa số (tỷ lệ lần lượt là 48,4% và 46,8%). Kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Ngọc Lợi<sup>6</sup> cũng cho kết quả tương tự với u trực tràng dưới chiếm tỷ lệ cao nhất 55,8%, u trực tràng giữa chiếm 42,3 % và u trực tràng trên chiếm rất thấp 1,9%.

**Về kích thước khối u,** chiều dài u trung bình là 46,9 ± 14,3mm, bề dày u trung bình là 18,8 ± 8mm, kết quả này tương đồng với nghiên cứu tiến hành năm 2022 của tác giả Nguyễn Minh Trọng<sup>7</sup> với chiều dài u trung bình là 4,62 ± 2,03 cm<sup>7</sup>.

**Về đặc điểm tính hiệu u trên T2W:** trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết u có tín hiệu trung gian trên T2W (91,9%), chỉ có 8,1% trường hợp u có tín hiệu thấp trên T2W và không có trường hợp nào có tín hiệu cao. Kết quả này tương đối tương đồng với nghiên cứu của tác giả Sơn Thị Minh Nhi<sup>8</sup> với 92,5% u có tín hiệu trung gian trên T2W, 7,5% u có tín hiệu thấp, tác giả cũng không ghi nhận trường hợp u trực tràng có tín hiệu cao trên T2W.

**Về đường cong bắt thuốc:** trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn ung thư trực tràng có đường cong bắt thuốc loại 3 – ngấm thuốc và thải thuốc nhanh với 64,5%, đường cong loại 2 –

tăng bình nguyên (tăng chậm và thải chậm) chiếm thấp hơn với 29% và chỉ có 6,5% bắt thuốc loại 1 – tăng liên tục. Không có nhiều những nghiên cứu có phân tích đường cong bắt thuốc để chúng tôi có dữ kiện để so sánh, theo tìm hiểu của chúng tôi, chỉ có nghiên cứu của tác giả Đặng Ngọc Thạch<sup>9</sup>, nghiên cứu trên 111 bệnh nhân ung thư trực tràng các giai đoạn T1 - T4, cũng tại bệnh viện Bình Dân, có thực hiện đánh giá đường cong bắt thuốc, kết quả nghiên cứu của tác giả cũng tương đồng với chúng tôi khi đường cong loại 3 chiếm đa số với 61,3%, loại 2 chiếm 31,5% và loại 1 chiếm tỷ lệ rất thấp với 7,2%. Đường cong bắt thuốc đóng vai trò quan trọng trong đánh giá đặc tính tưới máu và thẩm thấu của khối u trực tràng. Sự khác biệt về hình dạng đường cong phản ánh mức độ tăng sinh mạch và tính thấm thành mạch, giúp phân biệt tổn thương ác tính với tổn thương lành tính hoặc viêm. Cụ thể, đường cong type loại 3 thường gặp trong ung thư xâm lấn có độ ác tính cao, trong khi loại 1 gợi ý mô lành hoặc u biệt hoá tốt. Ngoài ra, việc theo dõi sự thay đổi kiểu đường cong sau hoá-xạ tiền phẫu cho phép đánh giá sớm đáp ứng điều trị. Nhờ đó, phân tích đường cong bắt thuốc góp phần nâng cao độ chính xác trong chẩn đoán, phân giai đoạn và tiên lượng ung thư trực tràng.

**Về hạn chế khuếch tán:** 100% trường hợp ung thư trực tràng trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi đều hạn chế khuếch tán. Ngày nay, chuỗi xung khuếch tán DWI đã được tích hợp vào các quy trình chụp cộng hưởng từ thường quy trong đánh giá nhiều loại ung thư. Chuỗi xung khuếch tán cung cấp thông tin chức năng bằng cách phân tích sự khuếch tán tự do của các phân tử nước trong không gian nội bào và ngoại bào, từ đó phản ánh mật độ tế bào và tính toàn vẹn của màng tế bào. Các tổn thương ung thư thường có mật độ tế bào cao, làm hạn chế sự khuếch tán của nước, dẫn đến tín hiệu tăng trên ảnh DWI và giảm giá trị hệ số ADC. Nhờ đặc tính này, DWI cho phép phân biệt mô lành và mô ác tính, hỗ trợ phát hiện tổn thương sớm, đánh giá giai đoạn bệnh, theo dõi đáp ứng điều trị và phát hiện tái phát sau can thiệp. Trong ung thư trực tràng, DWI đóng vai trò quan trọng trong việc xác định ranh giới u, phát hiện hạch di căn và tiên lượng mức độ đáp ứng sau hóa – xạ trị tiền phẫu. Ngoài ra, chỉ số ADC định lượng từ DWI còn góp phần đánh giá đặc tính sinh học của khối u, giúp dự đoán đáp ứng điều trị và hỗ trợ lựa chọn chiến lược điều trị cá thể hóa cho từng bệnh nhân.

**Về độ biệt hoá của khối u,** kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chỉ có biệt hoá trung bình (độ 2) và biệt hoá kém (độ 3), trong đó biệt hoá độ 2 chiếm tỉ lệ cao nhất 88,7%. Nghiên cứu của tác giả Đặng Ngọc Thạch<sup>9</sup>, cũng tiến hành tại bệnh viện Bình Dân cũng cho thấy độ 2 – biệt hoá trung bình có tỷ lệ cao nhất 84,7%, độ 3 – biệt hoá kém chiếm 11,7%, tác giả cũng không ghi nhận trường hợp không biệt hoá (độ 4) trong nghiên cứu.

**Về phân loại tế bào:** 91,9% trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi là tế bào tuyến, chỉ 8,1% (5 trường hợp) là tế bào tiết nhầy. Kết quả trong nghiên cứu của tác giả Karolina Vermark và cộng sự<sup>10</sup> cho thấy tỷ lệ ung thư tế bào tuyến chiếm đa số trong ung thư trực tràng, ung thư tế bào tiết nhầy chỉ chiếm 12%. Tế nhầy được đặc trưng bởi thành phần chất nhầy ngoại bào chiếm hơn 50% thể tích khối u và thường có tiên lượng xấu hơn do xu hướng xâm lấn lan tỏa, di căn xa sớm và đáp ứng kém với hóa – xạ trị.

## V. KẾT LUẬN

Cộng hưởng từ hiện là phương pháp hình ảnh không xâm lấn, chính xác đánh giá xâm lấn mạc treo trước khi thực hiện cắt bỏ toàn bộ mạc treo trực tràng, giúp bác sĩ phẫu thuật phân nhóm bệnh nhân và lập kế hoạch điều trị phù hợp dựa trên phân giai đoạn bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* May 2022;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Wang X, Gao Y, Li J, et al.** Diagnostic accuracy of endoscopic ultrasound, computed tomography,

magnetic resonance imaging, and endorectal ultrasonography for detecting lymph node involvement in patients with rectal cancer: A protocol for an overview of systematic reviews. *Medicine (Baltimore).* Oct 2018;97(43):e12899. doi:10.1097/md.00000000000012899

3. **Heald R, Husband E, Ryall R.** The mesorectum in rectal cancer surgery—the clue to pelvic recurrence? *Journal of British Surgery.* 1982; 69(10):613-616.
4. **Horvat N, Carlos Tavares Rocha C, Clemente Oliveira B, Petkovska I, Gollub MJ.** MRI of Rectal Cancer: Tumor Staging, Imaging Techniques, and Management. *RadioGraphics.* 2019;39(2):367-387. doi:10.1148/rg.2019180114
5. **Ngọc LT.** Bước đầu khảo sát vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán xâm lấn mạch máu ngoài thành của ung thư biểu mô trực tràng. Luận văn Thạc sĩ y học. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2020.
6. **Võ TB, Lã NL, Lâm TN, Nguyễn QTD.** Vai trò của cộng hưởng từ trong đánh giá lại giai đoạn của ung thư biểu mô trực tràng sau điều trị tân hỗ trợ= Role of magnetic resonance imaging in restaging locally advanced rectal cancer after neoadjuvant therapy. 2022;
7. **Trọng NM.** Nghiên cứu diện cắt chu vi bằng cộng hưởng từ và giải phẫu bệnh trong điều trị phẫu thuật ung thư biểu mô trực tràng. Luận án tiến sĩ y học. Trường đại học Y Hà Nội; 2022.
8. **Nhi STM, Đặng NV, Nghĩa PT, Quân TA, Nguyễn VT, Trang NTT.** 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 Y Dược học Cần Thơ.* 2023;(61):92-98.
9. **Thạch ĐN.** Vai trò cộng hưởng từ trong đánh giá mức độ xâm lấn và di căn hạch khu vực của ung thư trực tràng. Luận văn Thạc sĩ Y học- Chuyên ngành Chẩn đoán hình ảnh. 2019;
10. **Vermark K, Sun XF, Holmqvist A.** Mucinous and Non-Mucinous Rectal Adenocarcinoma-Differences in Treatment Response to Preoperative Radiotherapy. *Journal of personalized medicine.* Nov 13 2020;10(4)doi: 10.3390/jpm10040226

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA BẰNG VẬT LÝ TRỊ LIỆU TẠI KHOA PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 NĂM 2025

Lê Thị Kim Phụng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hằng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hằng  
Email: thuhangmtu@gmail.com  
Ngày nhận bài: 18.9.2025  
Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025  
Ngày duyệt bài: 27.11.2025

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả điều trị vật lý trị liệu trên người bệnh đau thần kinh tọa tại khoa Phục hồi chức năng – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhận xét kết quả trước và sau điều trị trên nhóm người bệnh đau thần kinh tọa điều trị từ tháng 3/2025 đến tháng 4/2025 tại khoa PHCN – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả và kết luận:** Sau điều trị các chỉ số lâm sàng ở người bệnh đều có dấu hiệu cải thiện rõ rệt: Trước điều trị 100%