

- pooled analysis of 3 clinical trials. Heart Failure. 2020. 8(8), p.618-626.
2. **Butler J, et al.** Incident heart failure and recurrent coronary events following acute myocardial infarction. European Heart Journal. 2025. 46(16), p.1540-1550.
 3. **Lenselink C, et al.** Incidence and predictors of heart failure with reduced and preserved ejection fraction after ST-elevation myocardial infarction in the contemporary era of early percutaneous coronary intervention. European Journal of Heart Failure. 2024. 26(5), p.1142-1149.
 4. **Antonelli L, et al.** Heart failure with preserved left ventricular ejection fraction in patients with acute myocardial infarction. Arquivos brasileiros de cardiologia. 2015. 105(2), p.145-150.
 5. **Byrne RA, et al.** ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes: developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology. European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care. 2024. 13(1), p.55-161.
 6. **McDonagh TA, et al.** ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European heart journal. 2021. 42(36), p.3599-3726.
 7. **Wu X, et al.** A predictive model for heart failure with preserved ejection fraction following acute myocardial infarction: the HFpEF-AMI score. BMC Cardiovascular Disorders. 2025. 25(1), p.535.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HIỆU QUẢ CỦA HÓA XẠ TRỊ DÀI NGÀY TRƯỚC MỔ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TRỰC TRÀNG GIỮA VÀ DƯỚI

Vũ Ngọc Sơn¹, Triệu Triều Dương², Phạm Văn Thương³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả của hóa xạ trị dài ngày trước mổ ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến trực tràng giữa và dưới. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu – tiến cứu trên 168 bệnh nhân ung thư trực tràng giai đoạn II–III được điều trị bằng hóa xạ trị dài ngày kết hợp phẫu thuật nội soi triệt căn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (8/2018 – 8/2023). **Kết quả:** Tuổi trung bình $62,0 \pm 10,9$; nam giới chiếm 69,6%. Vị trí u 1/3 giữa là 50,6% và 1/3 dưới là 49,4%. MRI trước hóa xạ cT3 chiếm 71,4%, giai đoạn bệnh trước hóa xạ chủ yếu là giai đoạn III với 95,24%. 98,8% bệnh nhân hoàn thành đúng phác đồ hóa xạ trị. 41,1% BN hết hoàn toàn triệu chứng, MRI sau hóa xạ phần lớn BN (46,43%) đạt đáp ứng trung bình (mrTRG 3) và 14,88% đáp ứng hoàn toàn. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn TRG 1 trên giải phẫu bệnh là 22,02%. Có sự thay đổi về phân bố giai đoạn bệnh trước hoá xạ và sau mổ ($p = 0,000$ - Chi-square test), giai đoạn III giảm còn 14,3%; có 18,5% đáp ứng hoàn toàn (giai đoạn 0). **Kết luận:** Hóa xạ trị dài ngày trước mổ giúp cải thiện rõ rệt tỷ lệ đáp ứng khối u, hạ giai đoạn bệnh, đồng thời bảo đảm độ an toàn và khả năng hoàn thành đúng phác đồ điều trị cao.

Từ khóa: Ung thư trực tràng; Hóa xạ trị dài ngày; Phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF LONG-COURSE NEOADJUVANT CHEMORADIOTHERAPY IN PATIENTS WITH MID - AND LOW-RECTAL ADENOCARCINOMA

Objective: To describe clinical and paraclinical characteristics and evaluate the effectiveness of long-course neoadjuvant chemoradiotherapy (LCCRT) in patients with mid- and low-rectal adenocarcinoma. **Methods:** A retrospective-prospective study was conducted on 168 stage II–III rectal cancer patients treated with LCCRT followed by laparoscopic radical surgery at Military Central Hospital 108 (August 2018 – August 2023). **Results:** Mean age was 62.0 ± 10.9 years; males accounted for 69.6%. Tumor location: mid-rectum 50.6%, low rectum 49.4%. MRI before treatment showed 71.4% cT3, and 95.24% were stage III. After LCCRT, 98.8% completed the regimen; 41.1% had complete symptom relief. Post-treatment MRI demonstrated 46.43% with moderate response (mrTRG 3) and 14.88% with complete response. Pathology confirmed a complete tumor regression rate of 22.02%. There was a significant stage distribution shift ($p = 0.000$), with stage III reduced to 14.3% and 18.5% achieving complete response (stage 0). **Conclusion:** LCCRT prior to surgery significantly improved tumor regression and downstaging, while ensuring safety and high treatment compliance.

Keywords: Rectal cancer; Long-course chemoradiotherapy; Laparoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là bệnh lý ác tính khá phổ biến với tỷ lệ ngày càng tăng trong những

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Sơn

Email: sonk33g@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

năm gần đây. Tại Việt Nam, có 9399 trường hợp mắc mới UTTT với tỷ lệ 23,41/ 100.000 dân. Trước đây, phương pháp điều trị phẫu thuật đơn thuần có tỷ lệ tái phát tại chỗ lên tới 40% và tỷ lệ sống 5 năm chỉ khoảng 50%. Trong hai thập kỷ gần đây, sự ra đời của điều trị đa mô thức, đặc biệt là hóa xạ trị tiền phẫu, đã cải thiện rõ rệt kiểm soát tại chỗ và tỷ lệ sống. Hiện nay, phác đồ hóa xạ trị dài ngày (xạ trị 45 – 50,4 Gy chia 25-28 phân liều, kết hợp hóa chất 5-FU, phẫu thuật sau kết thúc hóa xạ) được NCCN và ESMO khuyến cáo cho bệnh nhân ung thư trực tràng giữa và dưới giai đoạn II–III [1], [2]. Nhằm góp phần bổ sung bằng chứng khoa học và nâng cao hiệu quả điều trị ung thư trực tràng, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: "Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả của hóa xạ trị dài ngày trước mổ ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến trực tràng giữa và dưới".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 168 bệnh nhân UTTT 1/3 giữa và dưới, giai đoạn II–III, được hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày và phẫu thuật nội soi triệt căn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 8/2018 đến tháng 8/2023.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Quy trình điều trị: BN được chẩn đoán ung thư trực tràng 1/3 giữa và dưới, giai đoạn II – III trước điều trị, được hóa xạ trị dài ngày trước mổ tổng liều xạ 45 – 50,4 Gy chia 25-28 phân liều, kết hợp hóa chất Capecitabine -> Khoảng nghỉ -> Sau đó phẫu thuật triệt căn.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc lâm sàng, cận lâm sàng: Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, kết quả chụp MRI, đánh giá giai đoạn bệnh trước hóa xạ.

- Hiệu quả của hóa xạ trị dài ngày trước mổ:

+ Diễn biến trong quá trình hóa xạ trị

+ Đánh giá đáp ứng trên lâm sàng

+ Đánh giá đáp ứng trên hình ảnh MRI theo tiêu chuẩn MERCURY [3]: mrTRG 1 (Đáp ứng hoàn toàn); mrTRG 2 (Đáp ứng tốt); mrTRG 3 (Đáp ứng trung bình); mrTRG 4 (Đáp ứng kém); mrTRG 5 (Không đáp ứng)

+ Đáp ứng trên giải phẫu bệnh sau mổ theo phân loại của Mandard: TRG 1 (Đáp ứng hoàn toàn); TRG 2 (Đáp ứng gần hoàn toàn); TRG 3 (Đáp ứng một phần); TRG 4 (Đáp ứng kém); TRG 5 (Không đáp ứng)

+ Phân loại giai đoạn bệnh theo AJCC 8th, so sánh giai đoạn bệnh trước và sau hóa xạ.

Thu thập và xử lý số liệu: Sử dụng phần

mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng (n=168)

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Trung bình (Nhỏ nhất – lớn nhất)	62,0±10,9	(22-83)
	Giới tính		
	Nam	117	69,64
	Nữ	51	30,36
Triệu chứng lâm sàng	Đại tiện lẫn máu	156	92,86
	Táo lỏng thất thường	62	36,90
	Phân nhỏ, đệt	55	32,74
	Đau hậu môn	23	13,69
	Gầy sút	93	55,36
	Đau bụng	28	16,67
	Mót rặn	78	46,43

Tuổi trung bình của BN là 62,0. Nam chiếm đa số với 69,64%. Đại tiện lẫn máu là triệu chứng phổ biến nhất với 92,86%.

Bảng 3.2. Đặc điểm tổn thương trên MRI trước hóa xạ

Đặc điểm MRI trước điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	
Vị trí u trên MRI	1/3 giữa	85	50,60
	1/3 dưới	83	49,40
Khoảng cách u tới rìa hậu môn (cm)	Trung bình	5,8 ± 2,4 (1,4 – 10)	
Kích thước u (cm)	Trung bình	5,6 ± 2,2 (1,8 – 14)	
Mức độ xâm lấn	cT2	7	4,2
	cT3	120	71,4
	cT4	41	24,4
Hạch quanh u	Có	160	95,24

Tỷ lệ u trực tràng 1/3 giữa và dưới tương đương. Mức độ xâm lấn phổ biến là cT3 (71,4%).

3.2. Đánh giá hiệu quả của hóa xạ trị dài ngày trước mổ.

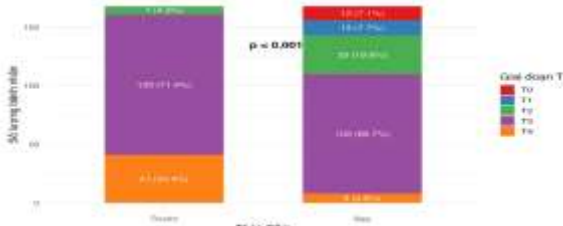
Hầu hết BN hoàn thành hóa xạ trị theo đúng phác đồ, chiếm 98,81%, chỉ 2 BN (1,19%) phải PT tạm thời sau đó hóa xạ trị và PT triệt căn. Sau hóa xạ, 41,1% BN hết hoàn toàn triệu chứng, 55,9% cải thiện gần hoàn toàn và 3,0% không cải thiện

Bảng 3.3. Thay đổi tính chất u trên MRI trước và sau hóa xạ

Kích thước u trên MRI	Trước hoá xạ	Sau hoá xạ	p	
Kích thước u	Trung bình	5,6 ± 2,2	4,21 ± 2,0	0,0000
	Nhỏ nhất – lớn nhất	1,8 – 14	0,6 – 12,6	Wilcoxon test
Số lượng hạch	Trung bình	5,1 ± 2,4	3,1 ± 2,5	0,0000
	Nhỏ nhất – lớn nhất	0 – 20	0 - 14	Wilcoxon test

Kích thước u trung bình trên MRI giảm từ 5,6

cm trước hoá xạ xuống còn 4,2 cm sau hoá xạ. Số lượng hạch trung bình giảm từ 5,1 trước hoá xạ xuống còn 3,1 sau hoá xạ.



Biểu đồ 3.1. So sánh mức độ xâm lấn trên MRI trước và sau hoá xạ

Trước hóa xạ, phần lớn BN ở giai đoạn T3 (71,4%) và T4 (24,4%). Sau hóa xạ, tỷ lệ giảm còn lần lượt 60,7% T3 và 4,8% T4. 7,1% không quan sát thấy u (T0)

Bảng 3.4. Đáp ứng trên MRI sau hóa xạ

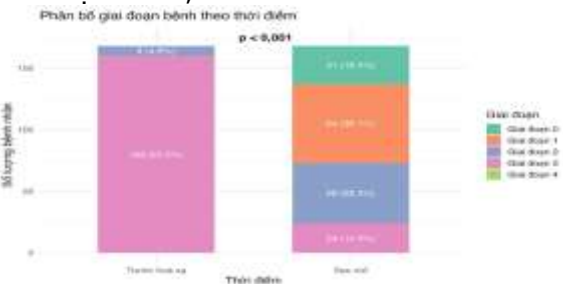
Mức đáp ứng trên MRI sau hóa xạ trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
mrTRG 1 - Đáp ứng hoàn toàn	25	14,88
mrTRG 2 - Đáp ứng tốt	36	21,43
mrTRG 3 - Đáp ứng trung bình	78	46,43
mrTRG 4 - Đáp ứng kém	11	6,55
mrTRG 5 - Không đáp ứng	18	10,71

Phần lớn BN (46,43%) đạt đáp ứng trung bình (mrTRG 3). 14,88% đáp ứng hoàn toàn trên MRI sau hóa xạ.

Bảng 3.5. Đáp ứng trên giải phẫu bệnh sau hóa xạ

Mức đáp ứng trên giải phẫu bệnh sau mổ theo Mandard	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
TRG 1	37	22,02
TRG 2	29	17,26
TRG 3	84	50,0
TRG 4	14	8,33
TRG 5	4	2,38

Đa phần BN đạt đáp ứng một phần, chiếm 50,0%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn khối u trên giải phẫu bệnh là 22,02%.



Biểu đồ 3.2. So sánh giai đoạn bệnh trước hoá xạ và sau mổ

Trước hoá xạ giai đoạn III chiếm đa số (95,2%). Sau mổ giai đoạn III giảm còn 14,3%; có 18,5% đáp ứng hoàn toàn (giai đoạn 0)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy tuổi trung bình của BN là $62,0 \pm 10,9$, nam giới chiếm ưu thế với 69,64%. Chúng tôi ghi nhận đại tiện lần máu là triệu chứng phổ biến nhất với 92,86%, tiếp theo là gầy sút với 55,36% và một rặn với 46,43%. Các triệu chứng khác gặp với tỷ lệ nhỏ hơn như đại tiện táo lỏng thất thường 36,9%, phân nhỏ dẹt 32,74%. Huỳnh Thanh Tuệ ghi nhận triệu chứng thường gặp là đại tiện phân lẫn máu 86,5%, các triệu chứng khác như một rặn 64,9%, đại tiện phân nhầy 37,8%, đau bụng vùng hạ vị 37,8%, đại tiện khó 45,9%, gầy sút cân 27% và bán tắc ruột 24,3% [4].

Đặc điểm tổn thương trên MRI trước điều trị. 100% xác định được tổn thương trực tràng, khối u nằm chủ yếu ở 1/3 giữa (50,60%), tiếp đến là 1/3 dưới (49,40%). Mức độ xâm lấn phổ biến nhất là cT3 (71,4%), kế đến là cT4 (24,4%), cT2 (4,3%), không có trường hợp nào T1. Tỷ lệ hạch quanh u ghi nhận trên MRI là 95,24%. Park C.H. ghi nhận 84,3% u xâm lấn mức độ cT3 và 15,7% T4 trên MRI trước điều trị [5]. Huỳnh Thanh Tuệ thấy mức độ xâm lấn chủ yếu là T3 70,3% và T4 29,7%; trong đó 58,5% có hạch bất thường (N+) [4].

Giai đoạn bệnh trước hóa xạ. Phân giai đoạn bệnh trước hóa xạ trị là yếu tố tiên quyết trong chỉ định điều trị đa mô thức ở UTTT, phần lớn BN được chỉ định hóa xạ trị dài ngày thuộc các giai đoạn II – III (cT3–T4 và/hoặc N+) [1], [2]. Huỳnh Thanh Tuệ ghi nhận 59,5% UTTT giai đoạn III và 40,5% giai đoạn II [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần BN được chẩn đoán giai đoạn III trước điều trị, chiếm 95,24%, chỉ 4,76% ở giai đoạn II, kết quả phản ánh thực trạng đa số BN được phát hiện ở giai đoạn khá muộn, điều này có thể ảnh hưởng xấu đến tiên lượng và kết quả điều trị. Thử nghiệm RAPIDO giai đoạn III chiếm 78% [6].

4.2. Hiệu quả của hóa xạ trị dài ngày trước mổ. Tiêu chuẩn hoàn thành phác đồ hóa xạ trị dài ngày trước mổ ung thư trực tràng theo hướng dẫn của NCCN và ESMO bao gồm: (1) Xạ trị đủ liều và đúng thời gian; (2) Uống/truyền đủ số chu kỳ hóa trị; (3) PT triệt căn sau khoảng nghỉ phù hợp [1], [2]. Thử nghiệm RAPIDO thấy tỷ lệ hoàn thành phác đồ là 88,6%, 7,3% ngừng hóa trị sớm do độc tính, 4,1% gián đoạn xạ trị ≥ 5 ngày. 3,2% có di căn xa mới trong giai đoạn chờ mổ, 6,1% khối u không đáp ứng (mrTRG 4–5), 2,9% không thể PT triệt căn [6]. Kết quả nghiên cứu thấy hầu hết BN hoàn thành theo

đúng phác đồ, chiếm 98,81%, chỉ 2 BN (1,19%) phải làm HMNT tạm thời đại tràng Sigma kiểu Mikulicz sau đó mới hóa xạ trị. Không có BN nào phải chuyển PT do độc tính hoặc tác dụng phụ của hóa xạ trị, có thể do chúng tôi sử dụng hóa chất capecitabine đường uống thay vì truyền gây ảnh hưởng toàn thân nhiều hơn. Đánh giá sau hóa xạ cũng cho thấy không BN nào xuất hiện di căn xa trong quá trình chờ PT. Tỷ lệ hoàn thành đúng phác đồ hóa xạ trị dài ngày trước mổ tương đối cao do việc theo dõi và lập kế hoạch điều trị được thực hiện bài bản, chặt chẽ, cùng sự tuân thủ của BN.

MRI vùng chậu là phương pháp quan trọng nhất trong đánh giá đáp ứng của UTTT sau hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày với độ chính xác cao và được khuyến cáo rộng rãi. Trong đó, tiêu chuẩn MERCURY đóng vai trò nền tảng trong việc chuẩn hóa đánh giá hình ảnh khối u sau điều trị [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi hình ảnh MRI sau hóa xạ trị ghi nhận kích thước u trung bình giảm từ 5,6 cm trước hoá xạ xuống chỉ còn 4,2 cm sau hoá xạ; số lượng hạch trung bình trên MRI giảm từ 5,1 hạch trước hoá xạ xuống chỉ còn 3,1 hạch sau hoá xạ ($p < 0,05$). Patel U.B. trên 111 BN cho thấy sự giảm $\geq 70\%$ kích thước khối u trên MRI sau hóa xạ trị dài ngày trước mổ có độ nhạy 78% và độ đặc hiệu 83% trong việc tiên đoán đáp ứng mô học tốt (TRG 1–2). Cùng nghiên cứu đó ghi nhận 24% BN đạt được hình ảnh xơ hóa hoàn toàn, không còn khối u rõ nét, tương quan mạnh với đáp ứng hoàn toàn mô học [3]. Trong MERCURY study, việc ghi nhận sự hồi phục lớp cơ trơn của thành trực tràng và giảm xâm lấn mỡ quanh trực tràng là một trong các chỉ điểm gợi ý đáp ứng tốt [7]. Kết quả biểu đồ 3.1 thấy sự thay đổi về mức độ xâm lấn khối u (T-stage) trước và sau hóa xạ trị. Trước điều trị, phần lớn BN ở giai đoạn cT3 (71,4%) và cT4 (24,4%), trong khi cT0, cT1 và cT2 chiếm tỷ lệ rất thấp. Sau điều trị, tỷ lệ u xâm lấn ycT3 và ycT4 giảm rõ rệt (còn lần lượt 60,7% và 4,8%), đồng thời xuất hiện nhiều trường hợp ở giai đoạn ycT0 (7,1%) và ycT1 (7,7%) cho thấy đáp ứng điều trị tốt với việc giảm mức độ xâm lấn. Đáng chú ý, số BN ycT2 sau điều trị tăng từ 4,2% lên 19,6%, có thể do sự chuyển đổi từ T3/T4 về T2. Kết quả này phản ánh hiệu quả của hóa xạ trị trong việc giảm giai đoạn xâm lấn khối u.

Nghiên cứu ghi nhận phần lớn BN ở mức đáp ứng trung bình mrTRG 3 (46,43%), tiếp đến là mức đáp ứng tốt mrTRG 2 (21,43%) và đáp ứng hoàn toàn mrTRG 1 (14,88%); tỷ lệ đáp ứng kém (mrTRG 4) hoặc không đáp ứng (mrTRG 5)

trên MRI chiếm lần lượt 6,55% và 10,71%. Theo Patel U.B., mrTRG 1–2 có tương quan mạnh với đáp ứng mô học tốt (pCR hoặc TRG 0–1), với độ nhạy 74% và độ đặc hiệu 94%. Các BN mrTRG 1–2 cũng có tỷ lệ sống thêm không bệnh cao hơn rõ rệt (DFS 3 năm: 85–90%), trong khi nhóm mrTRG 4–5 có nguy cơ tái phát và tử vong cao hơn đáng kể [3].

Đánh giá đáp ứng khối u trên kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là tiêu chuẩn vàng để xác định mức độ hiệu quả của hóa xạ trị tiền phẫu dài ngày trong điều trị UTTT. Việc sử dụng hệ thống các thang đánh giá theo hướng dẫn của NCCN hiện nay đang mở ra hướng tiếp cận toàn diện, trong đó đáp ứng TRG đóng vai trò trong việc đưa ra quyết định điều trị và theo dõi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần BN đạt đáp ứng một phần TRG 3, chiếm 50,0%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 22,02%, ngoài ra 17,26% đáp ứng gần hoàn toàn TRG 2 và 10,71% đáp ứng kém hoặc không đáp ứng. Phân loại theo giai đoạn bệnh sau mổ cho thấy giai đoạn I chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,10%, tỷ lệ giai đoạn II, III lần lượt 29,17% và 14,29%, không có BN nào ở giai đoạn IV sau hóa xạ trị. Kết biểu đồ 3.2 cho thấy sự thay đổi rõ rệt về phân bố giai đoạn bệnh trước hoá xạ và sau mổ, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$). Trước hoá xạ, đa số BN ở giai đoạn III với 95,2%, không ghi nhận trường hợp nào ở giai đoạn 0 hoặc I. Sau mổ, tỷ lệ giai đoạn III giảm mạnh xuống còn 14,3%; đồng thời xuất hiện 31 BN (18,5%) ở giai đoạn 0 (đáp ứng hoàn toàn), 38,1% giai đoạn I và 29,2% giai đoạn II. Kết quả này cho thấy hoá xạ trước mổ đã góp phần cải thiện đáng kể giai đoạn bệnh, giúp nhiều BN chuyển sang giai đoạn sớm hơn hoặc đạt đáp ứng hoàn toàn. Điều đáng chú ý là có 37 BN (22,02%) đạt đáp ứng khối u hoàn toàn – không còn tế bào u trên bệnh phẩm, tuy nhiên khi đánh giá đáp ứng hoàn toàn về giai đoạn bệnh chỉ có 31 BN (18,45%) đạt đáp ứng hoàn toàn do 6 BN còn lại tuy không còn tế bào u trên bệnh phẩm nhưng vẫn có di căn hạch pN+ quanh u hoặc hạch chậu bên. Do vậy, đối với những BN đạt đáp ứng khối u hoàn toàn, việc PT triệt căn và nạo vét hạch triệt để vẫn cần được thực hiện cẩn thận, tỷ mỉ theo nguyên tắc, tránh bỏ sót hạch di căn dẫn đến đánh giá sai giai đoạn bệnh sau mổ, ảnh hưởng lớn đến quyết định điều trị bổ trợ, theo dõi và tiên lượng bệnh. Bujko K. ghi nhận tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (TRG 0) là 17%, tỷ lệ đáp ứng TRG 1 – TRG 2 – TRG 3 lần lượt 31%, 31% và 22% [8]. Song C. thấy giai đoạn bệnh lý sau hóa xạ trị dài ngày và PT: 13,6% giai đoạn,

28,4% giai đoạn I, 24,2% giai đoạn II và 33,8% giai đoạn III. [9]. Nhóm BN TRG 1–2 có nguy cơ tái phát tại chỗ và di căn xa thấp hơn 40% so với nhóm TRG 3. Điều này cho thấy dù không đạt pCR, những BN có đáp ứng mô học tốt vẫn hưởng lợi rõ rệt từ hóa xạ trị dài ngày trước mổ [9].

V. KẾT LUẬN

Hóa xạ trị dài ngày trước phẫu thuật nội soi triệt căn ở bệnh nhân ung thư trực tràng 1/3 giữa và dưới giai đoạn II–III cho thấy hiệu quả rõ rệt trong cải thiện triệu chứng, làm giảm kích thước u, hạ giai đoạn bệnh và tăng tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, với tỷ lệ hoàn thành phác đồ điều trị cao. Đây là phương pháp tối ưu, phù hợp khuyến cáo quốc tế, góp phần nâng cao kết quả điều trị ung thư trực tràng tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Benson A.B, Venook A.P, Al-Hawary M.M** (2020). NCCN guidelines insights: rectal cancer, version 6.2020: featured updates to the NCCN guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 18(7), 806-815.
2. **Glynne J.R., Wyrwicz L., Turet E., et al.** (2017). ESMO Guidelines Committee. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 28, 22-40.
3. **Patel U.B., Taylor F., Blomqvist L., et al** (2011). Magnetic resonance imaging-detected tumor response for locally advanced rectal cancer predicts survival outcomes: MERCURY experience. *J Clin Oncol*. 29(28), 3753-60.
4. **Huỳnh Thanh Tuệ, Phạm Nguyễn Tường, Hoàng Nguyễn Hoài An, Nguyễn Minh Hành** (2022). Đánh giá kết quả hóa xạ trị tiền phẫu ung thư trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế*. 82.
5. **Park C.H., Kim H.C., Cho Y.B., et al** (2011). Predicting tumor response after preoperative chemoradiation using clinical parameters in rectal cancer. *World J Gastroenterol*. 17(48), 5310-6.
6. **Bahadoer R.R., Dijkstra E.A., van Etten B., et al** (2021). Short-course radiotherapy followed by chemotherapy before total mesorectal excision (TME) versus preoperative chemoradiotherapy, TME, and optional adjuvant chemotherapy in locally advanced rectal cancer (RAPIDO): a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 22(1), 29-42.
7. **MERCURY Study Group** (2011). Prognostic significance of tumor regression grade as assessed by MRI (mrTRG) in rectal cancer. *Ann Oncol*. 22(9), 1827–1834.
8. **Bujko K., et al.** (2010). Tumour regression grading in patients with residual rectal cancer after preoperative chemoradiation. *Radiotherapy and Oncology*. 95(3), 298 - 302.
9. **Song C., Chung J.H., Kang S.B.** (2018). Impact of Tumor Regression Grade as a Major Prognostic Factor in Locally Advanced Rectal Cancer after Neoadjuvant Chemoradiotherapy: A Proposal for a Modified Staging System. *Cancers (Basel)*. 10(9), 319.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TẮC MẬT TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ 3.0 TESLA

Trần Văn Việt¹, Ngô Quang Lập¹, Nguyễn Quang Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh tắc mật trên cộng hưởng từ 3.0 tesla. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 97 bệnh nhân tắc mật được chụp cộng hưởng từ tại bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng. **Kết quả:** Nhóm tuổi trung bình bệnh nhân tắc mật là 55.9±16.98, trong tắc mật thường gặp ở bệnh nhân > 40 tuổi chiếm 77,32%. Tỷ lệ nam/nữ là 1.42. Vị trí sỏi mật hay gặp nhất trên cộng hưởng từ là sỏi túi mật chiếm 64,37%. Vị trí giãn đường mật trên cộng hưởng từ gặp nhiều hơn là ở giãn đường mật trong gan chiếm 62.69%. Giãn ống mật chủ chiếm 37,31%. Tắc nghẽn đường mật ở ống mật chủ có 42 bệnh nhân (43,31%). Tắc nghẽn đường mật do bệnh lý u mật trên cộng hưởng chủ yếu là u đường mật có 8 bệnh nhân mắc phải chiếm tỉ lệ 57,14%. Hình ảnh hẹp đường mật trên cộng hưởng từ

có 4/97 BN trong đó hình ảnh hẹp không đồng tâm, bờ không đều, không đối xứng và mức độ hẹp nặng chiếm đa số. Nguyên nhân chủ yếu gây nên tình trạng tắc mật là do sỏi mật chiếm 89,69%. **Từ khóa:** tắc mật, u đường mật, cộng hưởng từ (MRCP)

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS OF BILIARY OBSTRUCTION ON 1.5 TESLA MAGNETIC RESONANCE

Purpose: Describe the imaging characteristics of biliary obstruction on 1.5 tesla magnetic resonance. **Material and method:** Cross-sectional study of 97 patients with biliary obstruction who underwent MRI at Hai Phong International General Hospital. **Result:** The average age of patients with biliary obstruction was 55.9±16.98, in which biliary obstruction was common in patients > 40 years old, accounting for 77.32%. The male/female ratio was 1.42. The most common location of gallstones on MRI was gallbladder stones, accounting for 64.37%. The location of biliary dilatation on MRI was more common than intrahepatic biliary dilatation, accounting for 62.69%. Common bile duct dilatation accounted for 37.31%. Biliary obstruction in the common bile duct was present in 42

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Việt

Email: tranvanviet2011@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025