

buồng trứng phải. Một lượng dịch vừa phải ở cả hai phần phụ. Khi nội soi ổ bụng, máu trong phúc mạc khoảng 500 ml, cả hai ống dẫn trứng và buồng trứng đều bình thường. Khi kiểm tra khoang bụng thấy một thai ngoài tử cung ở góc gan; không thấy chảy máu, rửa vùng chậu mà không can thiệp phẫu thuật. Ngày hôm sau, β HCG huyết thanh giảm còn 872 IU/mL. Bệnh nhân được tư vấn về những phát hiện khi nội soi và xử trí methotrexate 2 lần, cách nhau 1 tuần, theo dõi điều trị ngoại trú. Ngày 28, β HCG huyết thanh còn 13 IU/mL và bệnh nhân được xuất viện [6].

Trường hợp của bệnh viện chúng tôi cho thấy đây một thai phụ 28 tuổi, PARA 1001, một lần sanh thường, đặt vòng đã 10 năm, đang uống điều trị hội chứng thận hư 2 năm nay với methylprednisolone 16 mg 1 viên uống/ngày và aziathioprine (Imurel) 50 mg 2 viên uống/ngày. Chúng tôi cho rằng đây là một ca bệnh rất hiếm gặp và có thể cho chúng tôi nhiều bài học bổ ích. Trong y văn, chúng tôi chưa tìm thấy bằng chứng về mối liên hệ giữa TNTC và các thuốc điều trị hội chứng thận hư.

Ngoài ra, vai trò của bác sĩ ngoại tổng quát ở trường hợp này khá quan trọng, có thể hỗ trợ các bác sĩ phụ sản trong việc thăm sát và xử trí các thương tổn khác trong ổ bụng sản phụ.

IV. KẾT LUẬN

Đây là một trường hợp hiếm gặp, có thai ở mạc treo đại tràng góc gan trên một phụ nữ 28 tuổi, còn vòng T trong lòng tử cung và đang điều trị hội chứng thận hư. Qua trường hợp này có thể rút ra một số kinh nghiệm như sau: 1. Khi đã xác định thai ngoài tử cung, cố gắng xác định vị

trí làm tổ của nhau thai. 2. Cân nhắc điều trị methotrexate hay phẫu thuật hoặc phối hợp cả 2. 3. Ưu tiên chọn mổ nội soi hơn mổ mở. 4. Nếu mổ mở, nên mổ dọc để rộng phẫu trường, khi cần. 5. Các bác sĩ sản phụ khoa và bác sĩ ngoại khoa nên hiểu rõ tính phức tạp của thai ngoài tử cung để có thể phối hợp cùng giải quyết, tránh tai biến đáng tiếc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N.** Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod.* 2002;17(12):3224.
2. **Poole A, Haas D, Magann EF.** Early Abdominal Ectopic Pregnancies: A Systematic Review of the Literature. *Gynecol Obstet Invest* 2012;74:249–260.
3. **Johnson AG.** Primary Peritoneal Pregnancy. *Bri. Med.*, 1968, 4, 96-97.
4. **Eisner SM, Ebert AD, David M.** Rare Ectopic Pregnancies - A Literature Review for the Period 2007 - 2019 on Locations Outside the Uterus and Fallopian Tubes. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2020 Jul; 80(7): 686–701.
5. **Atrash HK, Friede A, Hogue CJ.** Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal mortality. *Obstet Gynecol.* 1987 Mar;69(3 Pt 1): 333-7.
6. **Trail CE, Watson A, Schofield AM.** Case of hepatic flexure ectopic pregnancy medically managed with methotrexate. *BMJ Case Rep.* 2018; 2018: bcr2017220480. Published online 2018 Mar 17.
7. **Yasutake N, Tsunematsu R, Oishi H, Yahata H, Uchida S, Kobayashi H, Kato K.** Successfully Treated Abdominal Pregnancy Causing Hemoperitoneum Using Combined Surgical and Systemic Methotrexate Therapy: A Case Report and Review of Cases Treated at Kyushu University Hospital. 2013, Vol.76, No.3.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ TIỀN PHẪU UNG THƯ TRỰC TRÀNG BẰNG KỸ THUẬT VMAT KẾT HỢP CAPECITABINE ĐƯỜNG UỐNG TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Khánh Toàn¹, Võ Văn Xuân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân Ung thư trực tràng tại Bệnh viện K từ 06/2018 đến 10/2021. Đánh giá kết quả hóa

xạ trị trước mổ ung thư trực tràng bằng kỹ thuật điều biến liều thể tích hình cung (VMAT) kết hợp Capecitabin đường uống. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, cỡ mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Tuổi trung bình 58,6 tuổi. Tuổi thường gặp từ 51 - 70 chiếm 76,6%. Tỷ lệ nam/nữ : 1,4. Thời gian phát hiện bệnh \leq 6 tháng chiếm 84,9%. Triệu chứng hay gặp trong UTTT gồm đi ngoài phân lẫn máu 87,2%. Khối u di động một phần chiếm 65,5%. Ung thư biểu mô tuyến chiếm 100%, thể nhầy chiếm 14,8%. Giai đoạn T3 chiếm 61,8%, T4 chiếm 29,1%. Sau điều trị chu vi u giảm chiếm 70,9%. Tỷ lệ hạ thấp giai đoạn 64,1%.

*Bệnh Viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Khánh Toàn

Email: pktoanvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2021

Ngày phản biên khoa học: 25.10.2021

Ngày duyệt bài: 8.11.2021

Tỉ lệ phẫu thuật triệt căn 100%, trong đó UTTT thấp bảo tồn cơ thắt 16,4%. Đáp ứng trên MBH chiếm 90,9%. **Kết luận:** Tuổi trung bình hay gặp 58,6. Tỉ lệ nam/nữ: 1,4. Thời gian phát hiện bệnh ≤ 6 tháng chiếm 84,9%. Triệu chứng cơ năng hay gặp: đi ngoài phân lẫn máu, chiếm 87,2%. Di động một phần chiếm 74,5%. Giai đoạn T3 chiếm 64,8%, T4 chiếm 35,2%. U cách rìa hậu môn < 6 cm chiếm 72,6%. Hạ thấp giai đoạn chung 64,1%. Tăng tỷ lệ phẫu thuật triệt căn 100% và phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn đạt 16,4%. Đáp ứng chung trên mô bệnh học là 90,9%. Trong đó đáp ứng hoàn toàn là 10,9%. Độc tính chỉ gặp độ 1, độ 2 với tỉ lệ thấp.

SUMMARY

EVALUATE RESULTS PREOPERATIVE RADIOCHEMOTHERAPY IN RECTAL CANCER BY TECHNIQUE VMAT COMBINATION CAPECITABINE ORAL IN K HOSPITAL

Objective: Clinical and subclinical characteristics of rectal cancer patients at K Hospital from 06/2018 to 10/2021. Evaluation of the results of preoperative radio-chemotherapy for rectal cancer by Volumetric Modulation Arc Therapy (VMAT) combined with oral capecitabine. **Subjects and research methods:** Non-controlled clinical intervention study, convenient sample size. **Results:** Mean age was 58.6 years old. The common age is from 51 to 70, accounting for 76.6%. Ratio male/female: 1.4. Disease detection time ≤ 6 months accounted for 84.9%. Common symptoms in colorectal cancer include bloody stools 87.2%. Partially mobile tumors accounted for 65.5%. Adenocarcinoma accounts for 100%, mucinous form accounts for 14.8%. Stage T3 accounted for 61.8%, T4 accounted for 29.1%. After treatment, the tumor circumference decreased by 70.9%. Rate of lowering stage 64.1%. The rate of radical surgery is 100%, in which low rectal cancer preserves the sphincter 16.4%. Response on MBH accounts for 90.9%. **Conclusion:** The average age is 58.6. Ratio male/female: 1.4. Time of disease detection ≤ 6 months accounted for 84.9%. Common functional symptoms: bloody stools, accounting for 87.2%. Partial mobility accounts for 74.5%. Stage T3 accounted for 64.8%, T4 accounted for 35.2%. Tumors less than 6 cm from the anal margin account for 72.6%. Lower the overall period 64.1%. Increase the rate of radical surgery by 100% and anal sphincter-conserving surgery to 16.4%. The general histopathological response was 90.9%. In which complete response is 10.9%. Toxicity only encountered grade 1, grade 2 with a low rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là bệnh ác tính đường tiêu hóa thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt nam. Bệnh có xu hướng ngày càng tăng theo xu hướng phát triển của xã hội, trong đó thói quen sinh hoạt, ăn uống là nguyên nhân hàng đầu của bệnh trực tràng.

Xạ trị UTTT cùng với sự phát triển chung của

các phác đồ điều trị đa mô thức. Trên thế giới, cũng như ở Việt nam có nhiều nghiên cứu ứng dụng vào thực hành lâm sàng với xạ trị phân liều thường quy, xạ trị tăng phân liều, xạ trị phân liều cao, xạ trị điều biến liều.

Xạ trị phân liều thường quy kỹ thuật VMAT (Volumetric Modulated Arc Therapy) trong điều trị UTTT bước đầu đã được áp dụng tại một số trung tâm tại Việt nam. Tuy nhiên cho đến nay, chưa có một nghiên cứu đánh giá nào về kỹ thuật xạ trị VMAT trong UTTT. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu sau.

1. *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân Ung thư trực tràng tại Bệnh viện K từ 06/2018 đến 10/2021.*

2. *Đánh giá kết quả hóa xạ trị trước mổ ung thư trực tràng bằng kỹ thuật VMAT kết hợp Capecitabine đường uống.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân chẩn đoán UTTT được hóa xạ trị tiền phẫu kỹ thuật VMAT kết hợp capecitabine đường uống tại Bệnh viện K từ tháng 06/2018 đến tháng 10/2021.

*Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán UTTT giai đoạn T2-4, N0-2, M0.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và xạ trị tiền phẫu bằng kỹ thuật VMAT kết hợp hóa chất capecitabine uống.
- Bệnh nhân đồng ý phẫu thuật.
- Chỉ số toàn trạng từ 0 - 2 theo thang điểm ECOG.
- Có hồ sơ ghi nhận thông tin đầy đủ.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- UTTT giai đoạn Tis, T1-T2N0 M0 hoặc đã có di căn xa (M1).
- Chỉ số toàn trạng từ 3 - 4 theo thang điểm ECOG.
- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật hoặc bỏ dở điều trị không rõ lí do.
- Bệnh nhân hóa xạ trị bằng kỹ thuật 3D-CRT.
- Thất lạc hồ sơ hoặc không theo dõi được.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Từ tháng 06/2018 đến tháng 10/2021 tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng
- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện

2.4. Nội dung nghiên cứu/ Các biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới. Thời gian có triệu chứng đến khi vào viện. Triệu chứng cơ năng, thực thể. Hình thái u: Thể sùi, loét, thâm nhiễm hoặc thể phổi hợp. Vị trí u cách rìa hậu

môn (cm). Mức độ di động u theo Y.Manson, Xâm lấn khối u theo chu vi: U chiếm 1/4; 1/2; 3/4 hoặc chiếm toàn bộ chu vi trực tràng.

- Đặc điểm cận lâm sàng: Nội soi trực tràng, Siêu âm nội soi. Chụp Xquang phổi, Siêu âm ổ bụng xác định di căn xa. CHT: đánh giá xâm lấn trực tràng, di căn hạch, giai đoạn TNM, giai đoạn Dukes. Chụp PET-CT đánh giá giai đoạn, SPECT xác định tình trạng di căn xương.

- Đáp ứng điều trị: Đáp ứng trên lâm sàng. Tỷ lệ hạ thấp giai đoạn. Đáp ứng trên kích thước u theo tiêu chuẩn RECIST. Các phương pháp phẫu thuật, tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cơ thắt.

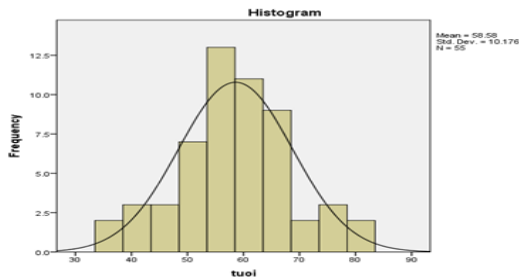
- Đánh giá tác dụng không mong muốn trên hệ tiêu hóa, tiết niệu, sinh dục, da... dựa vào tiêu chuẩn đánh giá theo CTCAE

- Bệnh nhân xạ trị VMAT, tổng liều 50,4 Gy; 1,8Gy/ngày. Capecitabine 825mg/m² x 2 lần/ngày trong các ngày xạ trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng

3.1.1 Phân bố tuổi.

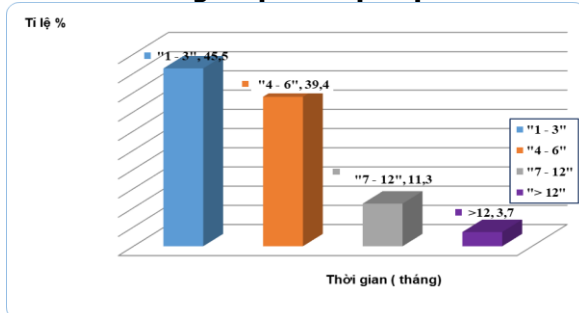


Giá trị trung bình	58,58
Độ lệch mẫu	10,176
Giá trị nhỏ nhất	36
Giá trị lớn nhất	80

Biểu đồ 3.1: Phân bố nhóm tuổi

Nhận xét: Trung bình 58,6 tuổi. Thấp nhất 30, cao nhất 80. Thường gặp từ 51 - 70 chiếm 76,6%. Tỷ lệ nam/nữ : 1,4.

3.1.2. Thời gian phát hiện bệnh



Biểu đồ 3.2: Thời gian phát hiện bệnh

Nhận xét: Phát hiện bệnh ≤ 6 tháng chiếm 84,9%. Sau 12 tháng chiếm 3,7% số bệnh nhân.

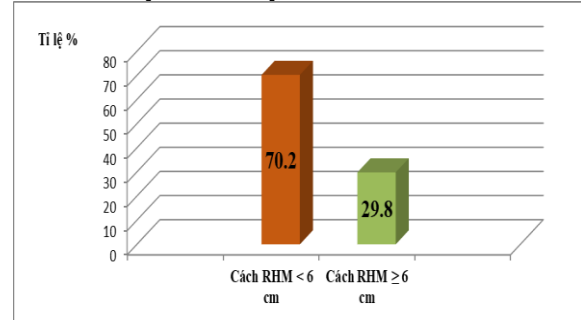
3.1.3 Triệu chứng cơ năng

Bảng 3.1: Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	n	Tỷ lệ %
Đi ngoài phân lẫn máu	48	87,2
Mót rặn	4	7,2
Đi ngoài phân nhầy mũi	2	3,6
Đau bụng vùng dưới rốn	1	1,8
Tổng	55	100%

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp trong UTTT gồm đi ngoài phân lẫn máu 87,2%.

3.1.4 Đặc điểm vị trí u.



Biểu đồ 3.3: Vị trí U cách rìa hậu môn

Nhận xét: Ung thư trực tràng thấp hay gặp nhất chiếm 70,2%.

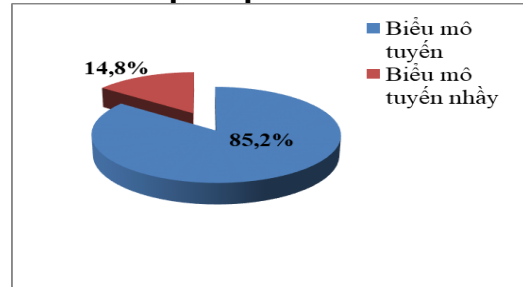
3.1.5. Di động u qua thăm trực tràng

Bảng 3.2: Mức độ di động u.

Mức độ di động u	n	Tỷ lệ %
Di động hoàn toàn	5	9,1
Di động so với xung quanh	16	29,1
Di động hạn chế	20	36,4
Không di động	14	25,5
Tổng	55	100

Nhận xét: U di động một phần chiếm 65,5%; T3 chiếm 71,8%; T4 chiếm 28,2 %. Không di động chiếm 25,5%.

3.1.6. Mô bệnh học



Biểu đồ 3.4: Đặc điểm MBH

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi 100% là ung thư biểu mô tuyến, Thể nhầy chiếm 14,8%.

3.1.7 Đặc điểm theo giai đoạn bệnh

Bảng 3.3: Giai đoạn bệnh theo TNM.

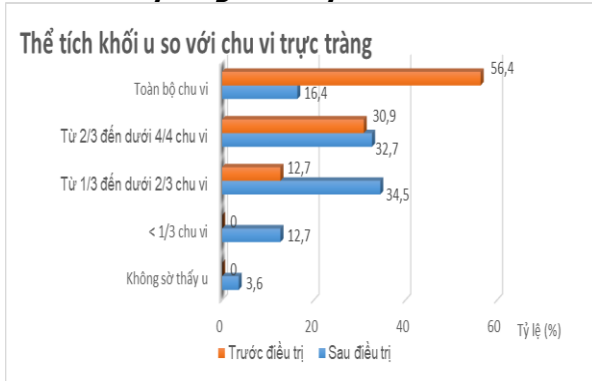
Giai đoạn bệnh theo T	n	Tỷ lệ %
T ₂	5	9,1
T ₃	34	61,8

T ₄	16	29,1
Giai đoạn bệnh theo Y.Mason		
Giai đoạn III	41	74,5
Giai đoạn IV	14	25,5

Nhận xét: Theo giai đoạn T: T₂ chiếm 9,1%, T₃ chiếm 61,8%, T₄ chiếm 29,1%. Giai đoạn III chiếm 74,5%. Giai đoạn IV chiếm 25,9%.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1 Đáp ứng điều trị



Biểu đồ 3.5: Thay đổi trên chu vi trước - sau xạ trị

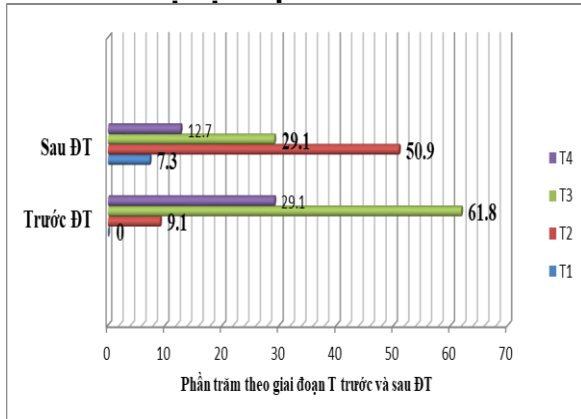
3.2.3 Thay đổi nồng độ CEA trước và sau điều trị

Bảng 3.4: Nồng độ CEA sau điều trị

CEA trước/sau ĐT		CEA Sau ĐT				Tổng
		≤5ng/ml		>5ng/ml		
		n	%	n	%	
CEA trước ĐT	≤ 5 ng/ml	35	63,6%	1	1,8%	65,5%
	> 5 ng/ml	17	30,9%	2	3,6%	34,5%
Tổng		55				100

Nhận xét: - Trước điều trị nồng độ CEA > 5 ng/ml chiếm 34,5%.
- Sau điều trị nồng độ CEA > 5 ng/ml chỉ còn 5,4%.

3.2.4. Tỷ lệ hạ thấp theo T

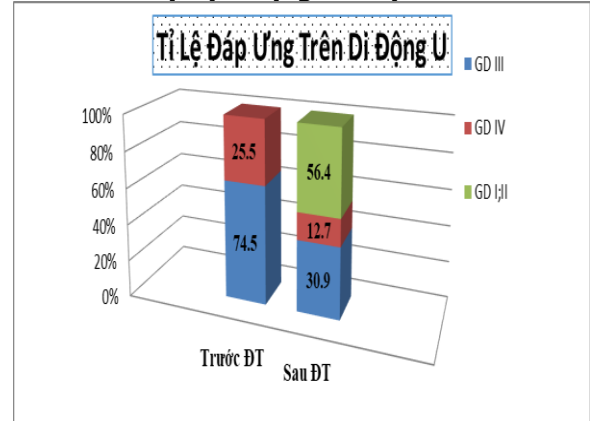


Biểu đồ 3.7: tỉ lệ hạ thấp theo T trước và sau điều trị

Nhận xét: Trước điều trị T₃ chiếm 61,8%; T₄ có chiếm 29,1%. T₂ có 5 bệnh nhân chiếm 9,1%. Sau điều trị T₂ chiếm 50,9%; T₄ chiếm

Nhận xét: Trước điều trị chu vi toàn bộ lòng trực tràng chiếm 56,4%, sau điều trị tỉ lệ giảm chu vi trong nhóm chiếm 70,9%.

3.2.2 Tỷ lệ hạ thấp giai đoạn



Biểu đồ 3.6: Tỷ lệ hạ thấp giai đoạn trước - sau xạ trị

Nhận xét: Khối u di động hoàn toàn sau điều trị chiếm 56,4%. U cố định trước điều trị 25,5%, sau điều trị chỉ còn 12,7%.

12,7%. Tỷ lệ hạ thấp giai đoạn của T₄ tương ứng 56,25%; Sau điều trị T₁,T₂ chiếm 20%. Tỷ lệ hạ thấp giai đoạn 64,1%.

3.2.5 Tỷ lệ phẫu thuật

Bảng 3.6: Tỷ lệ phẫu thuật

Loại Phẫu thuật	n	Tỉ lệ %
Cắt đoạn trực tràng	16	29,0
Bảo tồn cơ thắt	9	16,4
Cắt cụt trực tràng (PT Miles)	30	54,6
Tổng	55	100

Nhận xét: Phẫu thuật bảo tồn hậu môn chiếm 45,4%; trong đó UTTT thấp bảo tồn cơ thắt 16,4%.

3.2.6 Đáp ứng trên mô bệnh học sau phẫu thuật

Bảng 3.5: Kết quả đáp ứng trên MBH sau phẫu thuật

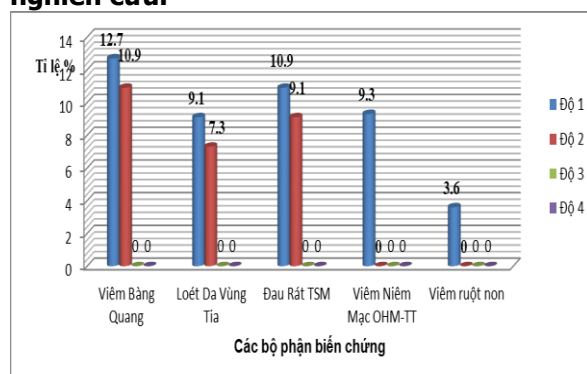
Mô bệnh học	n	Tỉ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	6	10,9

Đáp ứng một phần	44	80,0
Bệnh giữ nguyên	5	9,1
Tổng	55	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 trường hợp đáp ứng hoàn toàn trên MBH, chiếm 10,9%. Đáp ứng một phần chiếm 80%. Tỷ lệ đáp ứng trên MBH chiếm 90,9%. Kết quả phù hợp với các tác giả.

Tác giả	n	Tỉ lệ %
Elwanis M	43	9,3
Soumarova R Fau và cs	78	10

3.3 Độ tính cấp trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.



Biểu đồ 9.8: Tỉ lệ độ tính cấp

Nhận xét: Độ tính ghi nhận ở độ 1, độ 2. Viêm niêm mạc đường tiêu hóa gồm ruột non, trực tràng gặp chủ yếu ở độ 1. Không có trường hợp nào được ghi nhận độ tính cấp độ 3, độ 4, hay phải dừng điều trị do độ tính lên các cơ quan nguy cấp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới. Tuổi trung bình 58,6 tuổi. Thấp nhất 30, cao nhất 80. Thường gặp từ 51 - 70 chiếm tỉ lệ lớn nhất 76,6%. Tỉ lệ nam/nữ: 1,4.

Tỉ lệ này của chúng tôi phù hợp với các tác giả trong nước đã công bố: Phạm Cẩm Phương trung bình 58,9 tuổi, thấp nhất là 25, cao nhất 85; nhóm tuổi > 40 chiếm 92%; tỉ lệ nam/nữ: 1,3. Trong nghiên cứu của Droge L.H và CS tuổi trung bình 66, tuổi nhỏ nhất 35, tuổi lớn nhất 86.

4.2. Thời gian phát hiện bệnh. Thời gian phát hiện bệnh ≤ 6 tháng chiếm 84,9%. Phát hiện bệnh sau 12 tháng chiếm 3,7%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu gần đây như: Võ Văn Xuân và cs (2013) thời gian phát hiện ≤ 6 tháng là 87,5 %, trên 12 tháng 3,2%. Phạm Cẩm Phương có thời gian phát hiện ≤ 6 tháng là 78,1%; trên 12 tháng chiếm 3,5%.

4.3. Triệu chứng cơ năng. Triệu chứng hay gặp gồm đi ngoài phân lẫn máu 87,2%. Phạm

Cẩm Phương lý do vào viện do đi ngoài lẫn máu là 90,9%. Nguyễn Công Hoan đi ngoài phân lẫn máu là 91,1%. Đây là một dấu hiệu hết sức quan trọng báo hiệu sớm giúp thầy thuốc có định hướng trong chẩn đoán, cũng như sàng lọc phát hiện sớm bệnh UTTT.

4.4. Vị trí khối u. Ung thư trực tràng thấp hay gặp nhất chiếm 70,2%. Tỉ lệ này tương tự với các báo cáo của các tác giả Nguyễn Bá Trung là 77,6%. Tác giả Phạm Cẩm Phương 100% có khối u dưới 6 cm.

4.5. Mức độ di động khối u. U di động một phần chiếm 65,5%, trong đó nhóm T3 chiếm 71,8 %; nhóm T4 chiếm 28,2 %. Không di động chiếm 25,5%. Hoàng Mạnh Thắng di động hạn chế: T3 là 67,8%; T4 là 40% và u cố định: T3 là 17,9%; T4 là 56,7%, di động hoàn toàn: T3 là 14,3%; T4 là 3,3%.

4.6. Mô bệnh học. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% là ung thư biểu mô tuyến, thể nhầy chiếm tỉ lệ 14,8%.

Tác giả Nguyễn Văn Hiếu nghiên cứu trên 205 trường hợp ung thư trực tràng có 89,8% là ung thư biểu mô tuyến. Có sự khác biệt này do là cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn.

4.7. Giai đoạn bệnh. Theo giai đoạn T: T2 chiếm 9,1%, T3 chiếm 61,8 %, T4 chiếm 29,1%. Theo di động U Giai đoạn III chiếm 74,5%. Giai đoạn IV chiếm 25,9%. Tỉ lệ chúng tôi tương đồng với Tác giả Phạm Cẩm Phương giai đoạn T2 18,5. T3 chiếm 55,6%. T4 chiếm 25,9%. Giai đoạn III chiếm 70,1%. Giai đoạn IV chiếm 29,9%.

4.8. Kết quả điều trị

***Đáp ứng điều trị:** Trước điều trị không có trường hợp nào nhỏ hơn 1/3 chu vi trực tràng, sau điều trị có 3,6% không sờ thấy u, cũng như soi trực tràng đánh giá không còn u. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$. Nghiên cứu của tác giả Phạm Cẩm Phương không sờ thấy u sau điều trị chiếm 2,3%. Tỉ lệ hạ thấp chiếm 69%.

*Tỉ lệ hạ thấp giai đoạn:

- Theo T: Trước điều trị T3 có 34 bệnh nhân chiếm 61,8%; T4 có 16 bệnh nhân chiếm 29,1%. T2 có 5 bệnh nhân chiếm 9,1%. Sau điều trị T2 có 28 bệnh nhân chiếm 50,9%; T4 chỉ còn 7 bệnh nhân, chiếm 12,7%.

- Tỉ lệ hạ thấp T4: (16-7)/16 bệnh nhân, tương ứng 56,3%; Sau điều trị bệnh nhân ở giai đoạn T1,T2 chiếm 20%.

- Tỉ lệ chung hạ thấp giai đoạn 64,1%.

Nghiên cứu Droge L.H và CS năm 2015. Hạ thấp giai đoạn chung chiếm 60,4%. Trước điều

trị T2 chiếm 2%; T3 chiếm 81%; T4 chiếm 11%. Sau điều trị T2 chiếm 31%; T3 chiếm 43%. Có sự khác biệt này vì trong nghiên cứu của chúng tôi trước điều trị T4 chiếm tỉ lệ cao hơn.

- Theo Giai đoạn bệnh: Trước điều trị không có bệnh nhân nào có u di động hoàn toàn, sau điều trị u di động hoàn toàn chiếm 56,4%. Tỉ lệ u cố định trước điều trị 25,5%, sau điều trị còn 12,7%. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Sau điều trị nghiên cứu của chúng tôi không có sự phân chia giai đoạn I và II mà cho kết quả chung cho 2 giai đoạn là 56,4%, giai đoạn III là 30,9% và giai đoạn IV còn 12,7%. So với kết quả sau điều trị của tác giả Phạm Cẩm Phương giai đoạn I và II là 27,6% ; giai đoạn III là 60,9%; giai đoạn IV là 11,5%. Có sự khác biệt này vì trong nghiên cứu của chúng tôi có bệnh nhân T2.

- Đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học, chiếm 10,9%. Đáp ứng một phần chiếm 80%. Đáp ứng chung trên MBH chiếm 90,9%. Kết quả phù hợp với các tác giả.

***Nồng độ CEA trước và sau điều trị.** Trước điều trị nồng độ CEA > 5 ng/ml chiếm 34,5%. Sau điều trị nồng độ CEA > 5 ng/ml còn 5,4%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$.

Các tác giả trên thế giới đều cho thấy để đánh giá đáp ứng sau điều trị có thể dựa vào nồng độ CEA trước và sau điều trị. Ở những bệnh nhân có nồng độ CEA tăng cao trong máu thì giá trị nồng độ CEA này có ý nghĩa tiên lượng bệnh và theo dõi hiệu quả điều trị.

4.9. Tỉ lệ phẫu thuật. Phẫu thuật bảo tồn hậu môn chiếm tỉ lệ 45,4%. Ung thư trực tràng thấp chiếm tỉ lệ bảo tồn 16,4%.

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả cao hơn Phạm Cẩm Phương, nhưng thấp hơn với nghiên cứu của Droge L.H phẫu thuật bảo tồn cơ thắt 31%.

Có sự khác biệt này vì trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ trực tràng thấp lớn hơn, trong khi đó trong nghiên cứu của Droge tính chung cho cả nhóm.

4.10. Độc tính. Độc tính chủ yếu ghi nhận ở độ 1, độ 2. Đặc biệt viêm niêm mạc đường tiêu hóa gồm ruột non, trực tràng gặp chủ yếu ở độ 1. Không có trường hợp nào được ghi nhận độc tính cấp độ 3, độ 4, hay phải dừng điều trị do độc tính lên các cơ quan nguy cấp.

Điều này hoàn toàn phù hợp với tiêu chuẩn nghiêm ngặt được đặt ra cho mỗi lần lập kế hoạch điều trị cho người bệnh, liều tối thiểu đến

các cơ quan nguy cấp, đảm bảo liều tối đa tới vùng U theo tiêu chuẩn của ICRU 83.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Tuổi trung bình hay gặp 58,6. Tỉ lệ nam/nữ : 1,4.

- Thời gian phát hiện bệnh ≤ 6 tháng chiếm 84,9%.

- Triệu chứng cơ năng hay gặp: đi ngoài phân lẫn máu, chiếm 87,2%.

- Di động một phần chiếm 74,5%. Không di động chiếm 25,5%.

- Giai đoạn T3 chiếm 64,8%, T4 chiếm 35,2%.

- Vị trí u cách rìa hậu môn < 6cm chiếm 72,6%.

5.2. Kết quả điều trị

- Tỉ lệ hạ thấp giai đoạn chung là 64,1%.

- Tăng tỷ lệ phẫu thuật triệt căn 100% và phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn đạt 16,4%.

- Nồng độ CEA ≥ 5ng/ml trước điều trị 34,5%, sau điều trị giảm còn 5,4%.

- Đáp ứng chung trên mô bệnh học là 90,9%.

Trong đó đáp ứng hoàn toàn là 10,9%

- Độc tính chỉ gặp độ 1, độ 2 với tỉ lệ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Võ Văn Xuân và CS.** Nghiên Cứu Áp Dụng Kỹ Thuật Xạ Trị Gia Tốc Tăng Phân Liều Tiên Phẫu Kết Hợp Với Phẫu Thuật Ung Thư Trực Tràng. Tạp chí ung thư học việt nam, Số 2. 2012:57-66.
- Nguyễn Văn Hiếu, Võ Văn Xuân.** Ung Thư Đại Trực Tràng và Ống Hậu Môn. In: Chẩn Đoán và Điều Trị Bệnh Ung Thư. Nhà Xuất Bản Y Học; 2007:79-87. Nhà Xuất bản Y học; 2007.
- Amin MB, Greene FL, Edge SB, et al.** The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more "personalized" approach to cancer staging: The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual. CA Cancer J Clin. 2017;67(2):93-99.
- Dröge LH, Weber HE, Gühlich M, et al.** Reduced toxicity in the treatment of locally advanced rectal cancer: a comparison of volumetric modulated arc therapy and 3D conformal radiotherapy. BMC Cancer. 2015;15(1):750.
- Lee NY, Riaz N, Lu JJ, eds.** Target Volume Delineation for Conformal and Intensity-Modulated Radiation Therapy. 2015th edition. Springer; 2015.
- Cilla S, Caravatta L, Picardi V, et al.** Volumetric modulated arc therapy with simultaneous integrated boost for locally advanced rectal cancer. Clin Oncol R Coll Radiol 2012;24:261-268.
- Phạm Cẩm Phương.** Đánh giá hiệu quả của xạ trị kết hợp Capecitabine trước mổ trong ung thư trực tràng thấp tiến triển tại chỗ. Luận Văn Tiến Sĩ Học. Published online 2013.
- Radiation Therapy for Rectal Cancer:** Executive Summary of an ASTRO Clinical Practice Guideline - Practical Radiation Oncology.