biệt tần số xuất hiện sóng F giữa chi lành và chi bệnh, đây là chỉ số nhạy nhất, sau đó là dấu hiệu giảm tần số xuất hiện sóng F, chỉ số kéo dài thời gian tiềm ngắn nhất của sóng F xuất hiện không thường xuyên.

KHUYẾN NGHỊ

Cần có nghiên cứu với số lượng mẫu lớn hơn, sử dụng so sánh định lượng sóng F với các giai đoạn của mỗi bệnh, nhằm xác định vai trò của sóng F trong đánh giá mức độ tổn thương rễ theo giai đoạn và sự phù hợp với các dấu hiệu trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Công (1998), Chẩn đoán điện và bệnh lý thần kinh cơ, Nhà xuất bản y học.
2. **Trần Công Chính và cộng sự, 2017,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ, dẫn truyền thần kinh ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, tạp chí Y-Dược học trường ĐH Y-Dược Huế, tập 7, số 4, tr. 107-112.
3. **Phan Việt Nga và cộng sự, 2017**, Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ chẩn đoán và điều trị nội khoa, Nhà xuất bản Y học.
4. **Chawalparit O et al, 2006,** The limited protocol MRI in diagnosis of lumbar disc herniation. J Med Assoc Thai. 89(2),182-9.
5. **Ghosh S., 2010,** F wave parameters of normal ulnar and median nerves. Indian J Med Res, 21, 47–50.
6. **Li, W., et al, (2018),** Diagnosis of Compressed Nerve Root in Lumbar Disc Herniation Patients by Surface Electromyography. Orthopaedic surgery, 10(1), 47-55.
7. **Nguyen Van Chuong et al, 2019,** Pain incidence, assessment, and management in Vietnam: a cross-sectional study of 12,136 Respondents; Journal of Pain Research;12, 769–777.
8. **Zheng Chaojun et al, 2018,** F-waves of peroneal and tibial nerves in the differential diagnosis and follow-up evaluation of L5 and S1 radiculopathies. European Spine Journal, doi:10.1007/s00586-018-5650-9.

GIÁ TRI CỦA CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÃY TRONG CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN U NGUYÊN PHÁT Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY

Nguyễn Văn Sang*, Nguyễn Văn Kiên, Trần Quang Lục***, Trần Phan Ninh******

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá độ chính xác của cắt lớp vi tính đa dãy (MDCT) 128 lát cắt trong chẩn đoán giai đoạn u nguyên phát trước mổ ở bệnh nhân ung thư dạ dày (UTDD) bằng cách so sánh kết quả chụp cắt lớp vi tính và giải phẫu bệnh (GPB) sau mổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: nghiên cứu mô tả cắt ngang có đối chiếu với mô bệnh học (MBH) ở 186 bệnh nhân ở Bệnh viện tỉnh Phú Thọ. Kết quả nghiên cứu được đọc độc lập bởi hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm, chưa biết trước kết quả giải phẫu bệnh. **Kết quả**: MDCT cho kết quả phân loại giai đoạn T có độ tương đồng với GPB là 81.7%. Độ chính xác trong chẩn đoán giai đoạn T có độ chính xác cao ở tất cả các giai đoạn, từ 91.39% đến 98.92%. Giai đoạn T1a, T1b có độ nhạy thấp (50% và 31.75%), tuy nhiên độ đặc hiệu cao (92.47% và 91.39%). Chẩn đoán giai đoạn T2, T3 có độ nhạy và độ đặc hiệu tương đối đồng đều, lần lượt là 85.71% và 95.38% ở giai đoạn T2, 92.68% và 90.38% ở giai đoạn T3. Độ nhạy trong chẩn đoán giai đoạn T4a và T4b là 75% và 80%, trong khi độ đặc hiệu rất cao 98,27% và 100%. **Kết luận**: MDCT là lựa chọn đầu tay để đánh giá trước phẫu thuật bệnh nhân ung thư dạ dày, đặc biệt có độ chính xác cao trong chẩn đoán giai đoạn u nguyên phát.

Keyword: ung thư dạ dày, cắt lớp vi tính đa dãy, giai đoạn, hình ảnh ung thư

SUMMARY

VALUE OF MDCT IN PREOPERATIVE T STAGING OF GASTRIC CANCER

Objectives: To evaluate the accuracy of multiple detector computed tomography 128 slice in the preoperative staging of gastric cancer, prospectively comparing MDCT findings with pathological findings post-surgery. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was compared with surgery and histopathology of 186 patients at Phu Tho General Hospital. The imaging results were performed by two experienced diagnostic radiologists, they do not know the results of histopathology. **Results:** MDCT has correct T staging rate of 81.7% compared to pathology. Accuracy in T staging was high for all T-stages, ranging from 91.39% to 98.92%. T1a, T1b staging have low sensitivity (50% and 31.75%), but high specificity (92.47% and 91.39%). T2 and T3 staging has relatively uniform sensitivity and specificity, 85.71% and 95.38% in T2 staging, 92.68% and 90.38% in T3 staging, respectively. The sensitivity in T4a and T4b staging were 75% and 80%, while the specificity were high, 98.27% and 100%, respectively.

**Bệnh viện E Trung ương,*
***Đại học Y Dược Thái Nguyên*
****Bệnh viện tỉnh Phú Thọ*
*****Bệnh viện Nhi Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang
Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/2/2022
Ngày phản biện khoa học: 1/3/2022
Ngày duyệt bài: 18/3/2022

Conclusion: MDCT is the first choice for preoperative evaluation of gastric cancer, especially with high accuracy in T staging.

Keywords: Gastric Cancer, MDCT, Staging, Oncologic Imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTDD là ung thư phổ biến thứ tư và là nguyên nhân gây tử vong thứ hai trong các bệnh ung thư, chỉ sau sau ung thư phổi [1]. Tỷ lệ sống sót sau 5 năm ở bệnh nhân UTDD tiến triển là 7% –27%, trong khi tỷ lệ sống sót sau 5 năm ở bệnh nhân UTDD sớm là 85% –100% [1]. Do đó phát hiện sớm và chẩn đoán chính xác giai đoạn trước mổ là cần thiết để lựa chọn phương án điều trị tối ưu và làm giảm tỷ lệ tử vong. Trong UTDD, giai đoạn TNM là yếu tố tiên lượng trước mổ. Giai đoạn T để đánh giá mức độ khác nhau về đường kính, độ sâu, độ lan tràn của u. Giai đoạn N đánh giá nhóm di căn cao nhất, di căn gần và di căn xa. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy đầu dò là phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn, có thể đánh giá đồng thời giai đoạn tại chỗ và di căn. Tuy nhiên độ chính xác của chụp CLVT trong đánh giá di căn hạch bạch huyết (giai đoạn N) không cao, khoảng 66.1% theo nghiên cứu của Kobuta [2]. Do đó, nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào đánh giá giai đoạn T trước phẫu thuật. Chụp đối quang kép và nội soi rất hữu ích trong chẩn đoán UTDD giai đoạn sớm, tuy nhiến hạn chế trong đánh giá giai đoạn T. Siêu âm nội soi là một phương tiện chẩn đoán hiệu quả giai đoạn T, tuy nhiên bị hạn chế trong độ sâu trường nhìn có thể đạt được. CLVT đa dãy với tái tạo đa mặt phẳng cho phép lựa chọn hình ảnh tối ưu để đánh giá chính xác mức độ xâm lấn của khối u vào thành dạ dày và thâm nhiễm quanh dạ dày, ranh giới của khối u và các cơ quan lân cận. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành với mục đích đánh giá đặc điểm hình ảnh CLVT của ung thư dạ dày và giá trị của chụp CLVT 128 dãy trong chẩn đoán giai đoạn T của ung thư dạ dày, so sánh với kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân UTDD được chẩn đoán bằng nội soi dạ dày sinh thiết là ung thư tế bào biểu mô
- Bệnh nhân được chụp MDCT 128 dãy trước phẫu thuật
- Bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn lần đầu và có kết quả GPB sau mổ là ung thư tế bào biểu mô

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh không phải là ung thư tế bào biểu mô. Bệnh nhân đã được điều trị bổ trợ trước phẫu thuật.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Thời gian tiến hành từ tháng 8 năm 2017 đến tháng 1 năm 2022 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n \geq \left(\frac{1,96}{m}\right)^2 p(1-p)$$

Với hệ số tin cậy p = 0,8, sai số m = 10%. Do đó n ≥ 62. Nghiên cứu chúng tôi lấy cỡ mẫu n=186.

2.3.3. Các chỉ số nghiên cứu. Nghiên cứu gồm các biến số tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, vị trí u trên MDCT. Giai đoạn T từ T1a, T1b, T2, T3, T4a, T4b (theo bảng 1) trên MDCT và GPB.

2.3.4. Thu thập và xử lý số liệu

- Thông tin bệnh nhân thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu;
- Xử lý số liệu theo các phương pháp thống kê với phần mềm SPSS 22.0;
- Tính tỷ lệ phần trăm, độ chính xác (Acc), độ nhạy (Sn), độ đặc hiệu (Sp) của MDCT cho giai đoạn T.

2.4. Protocol chụp MDCT. Máy chụp: MDCT-SOMATOM DEFINITION AS SYNGO CT VA48A Hãng SIEMENS - Đức. Các thông số quét của thiết bị: 120kV, 150mAs, Pitch 1, độ dày lát cắt 5mm, recon 1mm.

Sau khi nhịn ăn 6 giờ, bệnh nhân được uống khoảng 500-800ml nước trước khi chụp. Bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm ngửa. Sau khi chụp các lớp không tiêm cản quang, tiến hành chụp có tiêm cản quang động 2 thì. Thuốc cản quang tĩnh mạch Omnipaque (Iohexol) 350mg/ml với liều lượng 1.7ml/kg cân nặng. Thì động mạch sau tiêm được thực hiện tại giây thứ 30 (gồm dạ dày vùng bụng trên), thì nhu mô ở giây thứ 70 (bao phủ toàn bộ vùng bụng và tiểu khung để phát hiện di căn hạch bạch huyết và di căn xa, lát dày 5 mm). Các lớp thì động mạch và nhu mô được tái tạo lại thành lớp mỏng (1mm) để dựng hình MPR và MIP, bao gồm cả vùng u và hạch vùng.

2.5. Đọc kết quả MDCT. Hình ảnh MDCT trước phẫu thuật đều được phân tích bởi hai bác sĩ chuyên ngành CĐHA có kinh nghiệm hơn 10 năm đọc độc lập.

Thành dạ dày trên MDCT có cản quang được đánh giá trên thì tĩnh mạch, bình thường có 3 lớp: lớp trong (niêm mạc) tăng tỷ trọng, lớp giữa (dưới niêm mạc và cơ niêm) giảm tỷ trọng, và lớp ngoài (thanh mạch) tăng tỷ trọng. Theo hướng hình tái tạo, đo kích thước u theo hai chiều đường kính lớn nhất và nhỏ nhất. Mức độ xâm lấn u được đánh giá theo AJCC lần thứ 8 [3] với tham chiếu đến tiêu chuẩn mới của MDCT của Kim và cộng sự [4] (Bảng1). Mức độ ngấm thuốc của u được đo tại 3 vị trí, ROI 3mm, lấy giá trị cao nhất.

Bảng 1. *Tiêu chuẩn MDCT mới*

Giai đoạn	Tiêu chuẩn MDCT mới
T1a (niêm mạc)	U ngấm thuốc hoặc dày lớp niêm mạc, so với lớp giữa giảm tỷ trọng.
T1b (dưới niêm mạc)	Đảo lộn lớp giữa giảm tỷ trọng (<50% độ dày).
T2 (cơ)	Đảo lộn lớp giữa giảm tỷ trọng (>50% độ dày), tăng nhẹ tỷ trọng.
T3 (dưới thanh mạc)	Không phân biệt giữa tổn thương ngấm thuốc với lớp ngoài, bờ ngoài đều hoặc có vài dải đặc nhỏ ở lớp mỡ cạnh thành.
T4a (thanh mạc)	Bờ lớp ngoài không đều hoặc có nốt hoặc và thâm nhiễm lớp mỡ cạnh thành hình dải đặc.
T4b (tạng kế cận)	Mất giới hạn lớp mỡ giữa tổn thương dạ dày với tạng kế cận hoặc xâm lấn tạng kế cận.

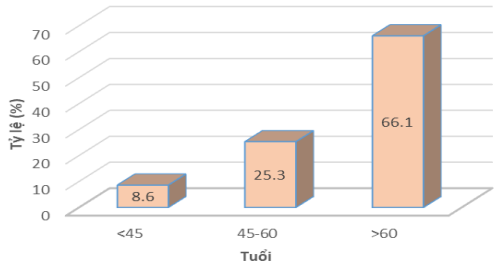
2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này được chấp thuận bởi hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y dược Thái Nguyên, số 557/ĐHYD-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có 186 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu với kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân

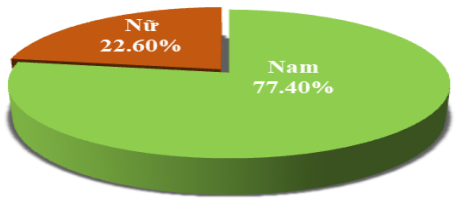
3.1.1. Phân bố tuổi. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 62.7±12.1 tuổi (nhỏ nhất là 33 tuổi và lớn nhất là 86 tuổi).



Biểu đồ 3.1. *Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi*

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân >60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (66.1%). Nhóm bệnh nhân trẻ <45 tuổi chiếm tỷ lệ 8.6%, nhóm 45-60 tuổi chiếm tỷ lệ 25.3%.

3.1.2. Phân bố giới



Biểu đồ 3.2. *Phân bố người bệnh theo giới*

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ = 3.4/1. Nhóm bệnh nhân nam chiếm 77.4%, nhóm bệnh nhân nữ chiếm 22.6%.

3.1.3. Triệu chứng lâm sàng

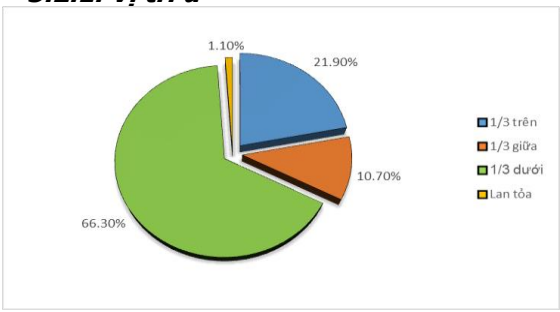
Bảng 3.1. *Triệu chứng lâm sàng nhóm nghiên cứu*

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau bụng thượng vi	178	95.7
Đầy bụng	170	91.4
Ợ chua	58	31.2
Mệt mỏi	144	77.4
Gầy sút cân	136	73.1
Nôn hoặc buồn nôn	58	31.2
Xuất huyết tiêu hóa	24	12.9

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng vùng thượng vị (95.7%) và cảm giác đầy bụng (91.4%). Các triệu chứng ít gặp hơn như ợ chua (31.2%), nôn hoặc buồn nôn (31.2%). Tỷ lệ bệnh nhân vào viện với triệu chứng xuất huyết tiêu hóa là ít gặp nhất (12.9%).

3.2. Đặc điểm hình ảnh ung thư dạ dày trên cắt lớp vi tính đa dãy

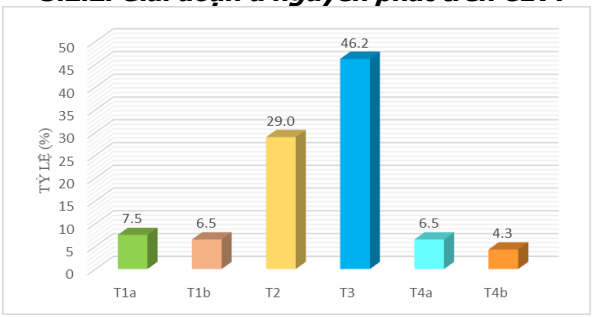
3.2.1. Vị trí u



Biểu đồ 3.3. *Vị trí u trên CLVT (n=186)*

Nhận xét: UTDD thường xuất phát từ 1/3 dưới (vùng hang môn vị), chiếm 66.3%. UTDD vùng 1/3 trên và 1/3 giữa ít gặp hơn, chiếm lần lượt 21.9% và 10.7%. UTDD thể lan tỏa rất hiếm gặp.

3.2.2. Giai đoạn u nguyên phát trên CLVT



Biểu đồ 3.4. *Giai đoạn u nguyên phát trên CLVT (n=186)*

Nhận xét: Tổn thương thuộc lớp trong (T1a, T1b) và tổn thương xâm lấn ra ngoài thanh mạc (T4a, T4b) ít gặp, chiếm tỷ lệ lần lượt là 7.5%, 6.5%, 6.5% và 4.3%. Giai đoạn u xâm lấn lớp dưới thanh mạc (T3) chiếm tỷ lệ cao nhất (46.2%), sau đó là giai đoạn xâm lấn lớp cơ (29%).

3.3. Giá trị của MDCT trong chẩn đoán giai đoạn T của ung thư dạ dày

3.3.1. Giá trị của MDCT trong chẩn đoán giai đoạn xâm lấn T

Bảng 3.2. *So sánh giữa MDCT với MBH và khả năng chẩn đoán giai đoạn u của MDCT*

MDCT \ MBH	T1a (n=12)	T1b (n=14)	T2 (n=56)	T3 (n=82)	T4a (n=12)	T4b (n=10)	Sn (%)	Sp (%)	Acc (%)	PPV (%)
T1a (n=14)	6	8	0	0	0	0	50	95.40	92.47	42.86
T1b (n= 12)	6	5	1	0	0	0	35.71	95.93	91.39	41.67
T2 (n=54)	0	1	48	5	0	0	85.71	95.38	92.47	88.89
T3 (n=86)	0	0	7	76	3	0	92.68	90.38	91.39	88.37
T4a (n=12)	0	0	0	1	9	1	75	98.27	96.77	75
T4b (n=8)	0	0	0	0	0	8	80	100	98.92	100

Nhận xét: MDCT có độ chính xác cao trong chẩn đoán giai đoạn T của ung thư dạ dày khi đối chiếu với giải phẫu bệnh sau mổ (>90%). Trong đó độ chính xác cao nhất khi chẩn đoán giai đoạn T4b (98.92%) và thấp nhất khi chẩn đoán giai đoạn T1b và T3 (91.39%). Độ nhạy của MDCT khác biệt tương đối lớn giữa các giai đoạn, cao nhất là giai đọa T3 (92.68%) và thấp nhất là giai đoạn T1b (35.71%), trong khi độ đặc hiệu đều >90%. Độ nhạy và giá trị dự đoán dương tính ở giai đoạn T4b đạt 100%.

Bảng 3.3. *So sánh phân giai đoạn T theo MDCT và GPB*

Phân giai đoạn T	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tương đồng với GPB	152	81.7%
Thấp hơn GPB	18	9.7%
Cao hơn GPB	16	8.6%

Nhận xét: Tỷ lệ chẩn đoán chính xác giai đoạn T của MDCT là 152/186 bệnh nhân (81.7%). Tỷ lệ chẩn đoán quá mức và chẩn đoán dưới mức tương đối thấp, lần lượt là 8.6% và 9.7%.

IV. BÀN LUẬN

UTDD vẫn là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng hàng thứ hai trên thế giới [1]. Vai trò của MDCT là phân biệt giữa tổn thương dạ dày lành tính và ung thư ác tính, đồng thời xác định giai đoạn và mức độ lan rộng của UTDD. Điều này rất quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị triệt căn hay giảm nhẹ. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 186 bệnh nhân được chụp MDCT trước mổ, trong đó tỷ lệ nam giới gấp 3.4 lần nữ giới, phù hợp với nghiên cứu của , cho thấy UTDD chủ yếu ảnh hưởng đến đối tượng nam giới. Nguyên nhân là do nam giới thường phơi nhiễm với nhiều yếu tố nguy cơ gây UTDD hơn nữ giới. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 62.7±12.1 tuổi, trong đó tuổi >60 chiếm đa số, phù hợp với nghiên cứu của tác giả Wani với độ tuổi trung bình là 62.21 tuổi [5]. Theo tác giả Allum, hầu hết bệnh nhân đến viện tại thời điểm chẩn đoán thường phàn nàn về các triệu chứng đầy bụng khó tiêu, sụt cân, thiếu máu [6]. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng thượng vị (95.7%), đầy bụng (91.4%) và sụt cân (77.4%). Các triệu chứng rõ ràng của UTDD như xuất huyết tiêu hóa, thiếu máu thường chỉ xuất hiện khi bệnh đã ở giai đoạn muộn, vì vậy vai trò của tầm soát phát hiện sớm đặc biệt là nội soi dạ dày định kì cần được khuyến cáo và triển khai rộng rãi, tăng khả năng tiếp cận của cộng đồng.

UTDD thường gặp ở vị trí 1/3 dưới, tương ứng vùng hang môn vị, với tỷ lệ 66.3%, phù hợp với kết quả nghiên cứu của Emam với tỷ lệ ung thư cao nhất ở vùng môn vị, chiếm 35% [7].

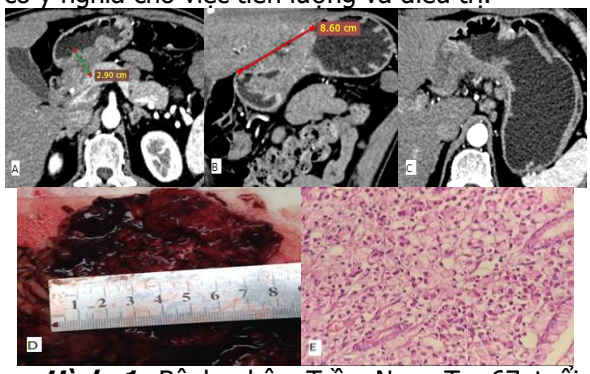
Về mô học, dạ dày gồm 5 lớp: niêm mạc, lớp dưới niêm mạc, lớp cơ, lớp dưới thanh mạc và lớp thanh mạc. Tuy nhiên trên hình ảnh MDCT, thành dạ dày được quan sát thấy có 3 lớp: lớp niêm mạc ngấm thuốc mạnh, lớp dưới niêm giảm

tỷ trọng và lớp cơ-thanh mạc có tỷ trọng cao hơn. Để xác định giai đoạn xâm lấn T, chúng tôi sử dụng "Tiêu chuẩn MDCT mới" của Kim và cộng sự [4]. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, giai đoạn T2 và T3 chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 29% và 46.2%. Kết quả này có chút khác biệt so với nghiên cứu của Sharara, trong đó giai đoạn T2 chiếm tỷ lệ cao nhất (51.4%), sau đó là giai đoạn T3 (25.7%) [7], có thể do bệnh nhân đến viện ở giai đoạn muộn hơn.

Độ chính xác chung của phân giai đoạn T trong nghiên cứu của chúng tôi là 81.7%, phù hợp với kết quả của Kim và cộng sự (77% - 82%). Tỷ lệ chẩn đoán quá mức và dưới mức lần lượt là 8.6% và 9.7%, được giải thích do u thể hỗn hợp phản ứng viêm và xơ ảnh hưởng đến sự phân biệt thích hợp của các xâm lấn T. Nghiên cứu của Kim cũng cho thấy độ nhạy cao nhất đạt được với chẩn đoán giai đoạn T1a (90.7-93.0%), thấp nhất với giai đoạn T2 (62.5-68.8%). Trong khi nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ nhạy cao nhất đạt được với chẩn đoán giai đoạn T3 (92.68%) và thấp nhất với giai đoạn T1b (35.71%). Nghiên cứu của Sharara năm 2018 cho thấy độ nhạy và độ chính xác chung của MDCT trong đánh giá giai đoạn T lần lượt là 91% và 96%, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, có thể là do nghiên cứu của Sharara chỉ thực hiện trên một cỡ mẫu nhỏ (35 bệnh nhân) [7].

Khối u ở giai đoạn T1 có độ nhạy tương đối thấp (50% cho giai đoạn T1a và 35.71% cho giai đoạn T1b), tuy nhiên độ đặc hiệu và độ chính xác đều đạt được >90%, phù hợp với kết quả nghiên cứu của D'Elia và Emam [1][8]. D'Elia báo cáo rằng độ nhạy phân giai đoạn của MDCT thấp chủ yếu là do chẩn đoán quá mức, chẳng hạn khối u giai đoạn T1 chẩn đoán nhầm sang giai đoạn T2, nguyên nhân là do khó quan sát mô hình nhiều lớp của thành dạ dày, đặc biệt là ở những vùng mà thành dạ dày mỏng hơn (tiền môn vị) và những vùng được quét xiên (góc dạ dày) [8]. Chẩn đoán phân biệt chính xác giữa T1a và T1b bằng MDCT dường như khó khăn, như trong nghiên cứu của chúng tôi có 6/12 ca chẩn đoán nhầm T1a thành T1b (chiếm tỷ lệ 50%) và 8/14 ca chẩn đoán nhầm T1b thành T1a (chiếm tỷ lệ 57.1%. Tuy nhiên chẩn đoán chính xác có thể đạt được nếu theo dõi sát diễn biến lâm sàng của bệnh nhân.

Giai đoạn T2, T3 có độ nhạy và độ chính xác tương đối đồng đều, lần lượt là 85.71% và 92.47% ở giai đoạn T2, 92.68% và 91.39% ở giai đoạn T3. Trong khi giai đoạn T4a và T4b có độ nhạy thấp hơn (75% và 80%), tuy nhiên độ chính xác lại cao hơn (97.77% và 98.92%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Marco, trong đó độ chính xác ở giai đoạn T3, T4 lần lượt là 86% và 99% [3]. Đối với giai đoạn T3, các khối u xuất hiện dưới dạng dày thành với lớp ngoài của thành dạ dày không đồng đều và/hoặc thâm nhiễm mô quanh dạ dày. Theo phân loại giai đoạn T của AJCC, rất khó để phân biệt giai đoạn T3 và T4a trên chụp MDCT, vì không nhìn thấy thanh mạc, và mô mỡ quanh dạ dày ở mỗi người là khác nhau [9]. Đồng thời cũng khó để phân biệt sự thâm nhiễm mô quanh dạ dày trong trường hợp ung thư dạ dày với viêm hoặc xơ hóa quanh dạ dày. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, khối u T4a thường xuất hiện các nốt nhỏ hoặc dải ở vùng quanh dạ dày. Chẩn đoán xâm lấn thanh mạc rất quan trọng vì nó cho thấy tiên lượng xấu. Đối với những bệnh nhân bị xâm lấn thanh mạc, hóa trị liệu tân bổ trợ trước phẫu thuật thường được áp dụng để là giảm giai đoạn bệnh, tăng khả năng phẫu thuật triệt căn [7]. Do đó, độ chính xác cao ở các giai đoạn T3, T4 rất có ý nghĩa cho việc tiên lượng và điều trị.



Hình 1. Bệnh nhân Trần Nam T., 67 tuổi, MBA: BN000791719. Ung thư dạ dày giai đoạn **T4b.** (A) Hình ảnh MDCT axial: khối u xâm lấn ra ngoài thành dạ dày, kích thước dày 29mm, mất lớp mỡ giữa thành dạ dày và vùng eo tụy; (B) Hình ảnh MDCT coronal: khối u có kích thước dài 86mm; (C) Hình ảnh MDCT axial: mất lớp mỡ giữa thành dạ dày và nhu mô gan trái; (D) Hình ảnh đại thể: kích thước dài sau mổ đo được 86mm; (E) Hình ảnh vi thể: ung thư biểu mô tế bào nhẫn.

Cũng trong nghiên cứu của chúng tôi, có 18 bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn trên MDCT thấp hơn so với MBH (gồm 8 u T1b, 1 u T2, 5 u T3, 3 u T4a và 1 u T4b). Giả thuyết có thể là do u thể lan toả/hỗn hợp phản ứng viêm và xơ ảnh hưởng đến sự phân biệt thích hợp của các giai đoạn T.

V. KẾT LUẬN

Cắt lớp vi tính đa dãy đầu dò đóng vai trò

quan trọng và là lựa chọn đầu tay để đánh giá trước phẫu thuật bệnh nhân ung thư dạ dày. MDCT có độ chính xác và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán độ sâu xâm lấn của khối u (giai đoạn T), đặc biệt ở giai đoạn T4. Tuy nhiên độ nhạy của MDCT thay đổi nhiều tùy theo giai đoạn bệnh, khó phát hiện các u ở giai đoạn sớm (T1a và T1b).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Emam, H. M. K., Moussa, E. M. M., Abouelmaged, M. & Ibrahim, M. R. I (2019).** Role of Multidetector CT in Staging of Gastric Carcinoma. J. Cancer Ther. 10, 565–579.
2. **Kubota, K. et al (2016).** Accuracy of Multidetector-Row Computed Tomography in the Preoperative Diagnosis of Lymph Node Metastasis in Patients with Gastric Cancer. Gastrointest. Tumors 3, 163–170.
3. **Di Girolamo, M. et al (2020).** Hydro-MDCT for Gastric Adenocarcinoma Staging. A Comparative Study With Surgical and Histopathological Findings for Selecting Patients for Echo-endoscopy. Anticancer Res. 40, 3401–3410.
4. **Kim, J. W. et al (2012).** Diagnostic performance of 64-section CT using CT gastrography in preoperative T staging of gastric cancer according to 7th edition of AJCC cancer staging manual. Eur. Radiol. 22, 654–662.
5. **Wani, A. H., Parry, A. H., Feroz, I. & Choh, N. A (2021).** Preoperative Staging of Gastric Cancer Using Computed Tomography and Its Correlation with Histopathology with Emphasis on Multi-planar Reformations and Virtual Gastroscopy. J. Gastrointest. Cancer 52, 606–615.
6. **Allum, W. H. et al (2011).** Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer. Gut 60, 1449–1472.
7. **Sharara, S. M., Nagi, M. A. & Soliman, S. S (2018).** Multidetector computed tomography in the evaluation of gastric malignancy; A multicenteric study. Egypt. J. Radiol. Nucl. Med. 49, 304–309.
8. **D'Elia, F., Zingarelli, A., Palli, D. & Grani, M (2000).** Hydro-dynamic CT preoperative staging of gastric cancer: correlation with pathological findings. A prospective study of 107 cases. Eur. Radiol. 10, 1877–1885.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TIỀN MÃN KINH VÀ MÃN KINH CỦA CỐM TAN TƯ THỦY THANH CAN THEO CÁC TRIỆU CHỨNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

Phùng Thị Phương Lan*, Lê Mạnh Cường*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng điều trị rối loạn tiền mãn kinh và mãn kinh của cốm tan Tư thủy thanh can theo các triệu chứng Y học cổ truyền. **Đối tượng và phương pháp:** 45 bệnh nhân được chẩn đoán tiền mãn kinh và mãn kinh tại Bệnh viện YHCT Trung ương. Phương pháp can thiệp lâm sàng, tiến cứu, so sánh trước sau điều trị, lấy mẫu có chủ đích. **Kết quả**: Cốm tan Tư thủy thanh can cải thiện hiệu quả các triệu chứng, cơ năng và các đặc điểm về mạch và lưỡi trên bệnh nhân mãn kinh và tiền mãn kinh. **Kết luận**: Cốm tan Tư thủy thanh can chứng minh hiệu quả điều trị rối loạn tiền mãn kinh và mãn kinh trên các triệu chứng lâm sàng YHCT.

Từ khóa: Tư Thủy Thanh Can, mãn kinh, tiền mãn kinh.

SUMMARY

EVALUATING THE THERAPEUTIC EFFECT OF TU THUY THANH CAN POWDER ON PATIENTS WITH PRE- AND MENOPAUSAL DISORDERS ACCORDING TO TRADITIONAL MEDICAL SYMPTOMS

Objectives: To evaluate the therapeutic effect of Tu Thuy Thanh Can powder on patients with pre- and menopausal disorders according to traditional medical symptoms. **Subjects and methods:** 45 patients with pre- and menopausal disorders in Vietnam's traditional medicine hospital. Clinical intervention method, prospective, comparison before and after treatment, purposeful sampling. **Results**: Tu Thuy Thanh Can powder effectively improves symptoms, function, as well as pulse and tongue characteristics in menopausal and premenopausal patients. **Conclusion:** According to traditional medical symptoms, Tu Thuy Thanh Can powder has a therapeutic effect on perimenopausal and menopausal disorders.

Key words: Tu Thuy Thanh Can, menopausal, premenopausal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền mãn kinh (TMK) là giai đoạn có rối loạn kinh nguyệt trước khi xảy ra mãn kinh, người phụ nữ có rối loạn hoặc hết kinh nguyệt, không còn hiện tượng phóng noãn, nồng độ hormone sinh dục giảm thấp [1,2]. Mãn kinh (MK) là sự kết thúc vĩnh viễn kinh nguyệt và khả năng sinh

**Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Mạnh Cường
Email: drcuong68@gmail.com
Ngày nhận bài: 11/2/2022
Ngày phản biện khoa học: 8/3/2022
Ngày duyệt bài: 21/3/2022