

hiều nếu trì hoãn điều trị hỗ trợ quá 6 tuần. [6]. Với thời gian hậu phẫu trung bình khoảng 2 tuần, nhóm bệnh nhân của chúng tôi được điều trị hóa chất hỗ trợ kịp thời sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cấp cứu cắt đại trực tràng nối ngay một thì điều trị tắc ruột do ung thư nửa trái đại trực tràng trên nhóm 42 bệnh nhân có tỷ lệ biến chứng rò miệng nối 4,8% nhưng không phải mổ lại, không có bệnh nhân tử vong trong và sau mổ. Số hạch nạo vét được trung bình 14,3 hạch, diện cắt trên và dưới u đều không còn tế bào ung thư. Như vậy lựa chọn này khả thi và an toàn cả về ngoại khoa và ung thư học với nhóm bệnh nhân được lựa chọn chi tiết

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ansaloni L, Andersson RE, Bazzoli F, et al (2010).** Guidelines in the management of obstructing cancer of the left colon: consensus conference of the World Society of Emergency

Surgery (WSES) and Peritoneum and Surgery (PnS) society. World J Emerg Surg;5:29.

2. **Baer C, Menon R, Bastawrous S, Bastawrous A (2017).** Emergency presentations of colorectal Cancer. Surg Clin North Am;97(3):529-45
3. **Dung Anh Nguyen, Tuong Anh Mai Phan, Phuong Thi Thu Do, Truc Thanh Thai (2020).** Emergency surgery for obstructed colorectal cancer in Vietnam. Asian Journal of Surgery. Volume 43, Issue 6, Pages 683-689
4. **Finan PJ, Campbell S, Verma R, et al (2007).** The management of malignant large bowel obstruction: ACPGBI position statement. Color Dis;9(Suppl 4):1-17.
5. **Frago R, Ramirez E, Millan M, et al (2014)** Current management of acute malignant large bowel obstruction: a systematic review. Am J Surg; 207(1): 127-38
6. **NCCN guidelines**, version 2.2021. Colon cancer
7. **Nguyễn Văn Hương (2014).** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tắc ruột do ung thư đại trực tràng. Y học thực hành (907) – Số 3/2014
8. **Yee Man Lee, Wai Lan Law, Kin Wah Chu, et al, (2001),** "Emergency Surgery for Obstructing Colorectal cancer: A Comparison Between Right-sided and Left Sided Lesions", Journal American College of Surgeons, Vol. 192, No.6, pp. 719-725.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VI PHẪU U TỦY CỘ TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC TỪ 2019-2020

Ngô Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật u tủy cột tại bệnh viện Việt Đức từ 2019-2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu 42 trường hợp đã được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật đơn thuần tại bệnh viện Việt Đức từ 1.2019 đến 6. 2020. **Kết quả nghiên cứu:** tuổi trung bình của bệnh nhân là 40. Tỷ lệ nữ cao hơn nam giới. Thời gian khởi phát bệnh chủ yếu là dưới 6 tháng. Đau tại chỗ và dấu hiệu thần kinh là các triệu chứng thường gặp nhất. 69% số u tủy nằm ở tủy cổ cao. Tỷ lệ phẫu thuật hết u là 54,8%; U tế bào thần kinh là dạng thường gặp nhất. 71,4% số bệnh nhân có cải thiện tốt hơn sau mổ. **Kết luận:** phẫu thuật là phương pháp chính, có hiệu quả và an toàn với bệnh nhân u tủy cột

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTIC, IMAGING

*Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Mạnh Hùng

Email: ngomanhhung2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2021

Ngày duyệt bài: 23.3.2021

FINDING AND SURGICAL RESULTS OF CERVICAL SPINAL TUMORS IN VIET-DUC HOSPITAL IN 2019-2020

Objectives: assessment of surgical results of cervical spinal tumors in Viet-Duc hospital in 2019-2020. **Patients and methods:** A retrospective, cross-section, and descriptive study with 42 patients who were diagnosed and treated with cervical spinal tumors in Viet-Duc hospital from Jan 2019 to June 2020. **Results:** patient's mean age was 40. Female was predominant than male. Onset time was most common within six months. Local pain and neurologic disorders were the most common signs and symptoms. There was sixty-nine percent of patients had upper cervical spinal tumors. Total removal of tumors was taken in 54.8% of the patients. Schwannoma was the most common histologic result. Neurologic improvement achieved in 71.4%. **Conclusion:** Surgery was the mainstay, safe and effective method for cervical spinal tumors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên phát của tủy sống chiếm khoảng 4-16% tổng số các u nguyên phát của hệ thần kinh trung ương, 15-25% trong số các u tủy này nằm ở vùng cổ [1]. U hầu hết là nguyên phát,

song cũng có thể do di căn từ vị trí khác đến[2]. Triệu chứng lâm sàng của u chủ yếu là tình trạng chèn ép vào các cấu trúc thần kinh. Hầu hết các u phát triển chậm, diễn biến lâu dài, nên mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị u tủy cổ, kết quả điều trị còn có nhiều điểm cần phải nghiên cứu thêm. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật u tủy cổ tại bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán u tủy cổ dựa vào lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ.
- Bệnh nhân được phẫu thuật và có kết quả mô bệnh học là u tủy
- Bệnh nhân không được điều trị hỗ trợ bằng xạ trị và hóa chất.
- Đây đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh án không rõ ràng thiếu thông tin
- Không có hình ảnh cộng hưởng từ
- Không có kết quả giải phẫu bệnh

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu

Thời gian nghiên cứu: bệnh nhân được hồi cứu từ 1.1.2019 đến 1.6.2020. Khám lại từ 11-12/2020 tại bệnh viện Việt Đức

Các biến số nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử bệnh, thời gian mắc bệnh, tình trạng lâm sàng trước mổ, đặc điểm hình ảnh học trước mổ, đặc điểm phẫu thuật và kết quả phẫu thuật; kết quả theo dõi xa.

Số liệu được thu thập và xử lý với phần mềm SPSS 20.0

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng khoa học và đạo đức đại học Y Hà nội năm 2019. Toàn bộ thông tin của bệnh nhân chỉ được dùng cho mục đích y khoa, được mã hóa các thông tin cá nhân. Nghiên cứu không làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị cũng như quyền lợi kinh tế của bệnh nhân và gia đình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 1.2019 đến tháng 6.2020, tại trung tâm Phẫu thuật Thần kinh, bệnh viện Việt Đức, đã có 42 bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u tủy đoạn cổ. Chúng tôi thu được kết quả như sau

Bảng 1. Đặc điểm nhân chủng học của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Biến số		Số lượng (%)	P
Giới	Nam	10 (23,8)	P=0,00<

	Nữ	32 (76,2)	0,05
Phân bố tuổi	≤ 19	5 (11,9)	
	20-29	8 (19)	
	30-39	3 (7,1)	
	40-49	10 (23,8)	
	50-59	12 (28,6)	
	≥ 60	4 (9,5)	
	Trung bình: Thấp nhất Cao nhất	40,83±17,2 1 69	
Tiền sử bệnh	Ung thư	2 (4,8)	
	U tủy trước đây	4 (9,5)	
Thời gian khởi phát bệnh	< 3 tháng	14 (33,3)	
	3-6 tháng	14 (33,3)	
	6-12 tháng	4 (9,5)	
	>12 tháng	10 (23,89)	

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng u tủy cổ

Triệu chứng	Số lượng (%)	
Đau	Đau cột sống	16 (38,1)
	Đau cạnh cột sống	7 (16,7)
	Đau kiểu rễ thần kinh	13 (31)
	Không đau	18 (42,9)
Rối loạn cảm giác	Dị cảm	17 (40,5)
	Giảm cảm giác	9 (21,4)
	Tăng cảm giác	4 (9,5)
Rối loạn vận động	Liệt hai chi trên	4 (9,5)
	Liệt hai chi dưới	4 (9,5)
	Liệt nửa người	7 (16,7)
	Liệt tứ chi	12 (28,6)

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh chẩn đoán u tủy cổ

Đặc điểm	Số lượng (%)	p	
Vị trí của u tủy cổ so với màng cứng	Ngoài màng cứng	8 (19)	P< 0,05
	Trong màng cứng-ngoài tủy	20 (47,6)	
	Trong tủy	14 (33,3)	
Vị trí của u tủy cổ so với đốt sống	U tủy cổ cao	29 (69)	
	U tủy cổ thấp	13 (31)	
Số lượng u tủy cổ/bệnh nhân	1	38 (90,5)	
	2	3 (7,1)	
	4	1 (2,4)	
Kích thước u (cm)	< 3	15 (35,7)	
	≥3	27 (64,3)	
Tình trạng tủy cổ chứa u	Không phù	28 (66,7)	P<0, 05
	Có phù tủy	8 (19,0)	
	Rộng tủy	6 (14,3)	

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật và kết quả mô bệnh học

Đặc điểm		Số lượng (%)
Mức độ lấy u	Lấy toàn bộ khối u	23 (54,8)
	Lấy gần toàn bộ	15 (35,7)
	Sinh thiết	4 (9,5)
Kỹ thuật phẫu thuật	Mở cung sau	37 (88,1)
	Tạo hình cung sau	5 (11,9)
Kết quả mô bệnh học	Ependymoma	4 (9,5)
	Astrocytoma	7 (16,7)
	U màng não	1 (2,4)
	U tế bào thần kinh	20 (47,6)
	U xơ thần kinh	1 (2,4)
	Lymphoma	2 (4,8)
	Các dạng khác	11 (26,1)
Biến chứng	Không	36 (85,7)
	Dò dịch não tủy	2 (4,8)
	Chảy máu	1 (2,4)
	Viêm màng não	3 (7,1)

Bảng 5. Kết quả khi khám lại

Kết quả		Số lượng (%)
Lâm sàng	Tốt hơn	30 (71,4)
	Không thay đổi	9 (21,4)
	Kém hơn	3 (7,2)
Chẩn đoán hình ảnh	Không còn u	23 (54,8)
	Còn u	19 (45,2)
Thời gian theo dõi	Trung bình	11,5±5,8
	Thấp nhất	3
	Cao nhất	23

IV. BÀN LUẬN

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có 76,2% số bệnh nhân là nữ, cao hơn so với bệnh nhân nam ($p < 0,05$). Trương Như Hiến [3] cũng nhận thấy tỉ lệ nữ cao hơn nam giới (gấp 3 lần). Nghiên cứu của của Ozawa lại không chỉ ra được sự khác biệt giữa hai giới [4].

Độ tuổi thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là từ 40-60 tuổi, trung bình là $40,83 \pm 17,2$, tương đồng với công bố của Sirichai (44,68 năm) [5]. Chúng tôi cho rằng hầu hết các u tủy cổ thường diễn biến chậm, vì vậy độ tuổi thường gặp nhất muộn hơn so với các u ở vị trí khác trong hệ thần kinh trung ương.

Thời gian khởi phát trong nghiên cứu của chúng tôi gặp chủ yếu là dưới 6 tháng. Điều này được giải thích là hiện nay hệ thống chăm sóc y tế đã rất phổ biến và đa dạng vì vậy bệnh nhân được khuyến cáo sử dụng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh sớm hơn. Cùng với đó là sự phổ biến của các máy chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ hiện đại, không chỉ ở các trung tâm lớn mà còn ở các tuyến cơ sở. Điều này đã khiến cho việc phát hiện u tủy cổ trở nên dễ dàng và sớm hơn. Tuy nhiên, cũng có đến 23% số bệnh

nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ được chẩn đoán sau khi có triệu chứng trên 1 năm. Điều này có thể do nhiều nguyên nhân, một trong đó là sự chủ quan của bệnh nhân. Lei Dang công bố thời gian từ khi có triệu chứng cho đến khi được chẩn đoán ở nhóm 438 bệnh nhân u tủy nói chung là 6 tháng [6].

Đau ở vùng cột sống cổ, cạnh cột sống cổ là những biểu hiện sớm nhất, thường gặp nhất, song ít đặc hiệu đối với bệnh nhân u tủy cổ. Hơn nữa, hầu hết các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có độ tuổi là 40-60 nên dễ bị chẩn đoán nhầm là thoái hóa cột sống, điều này cũng góp phần giải thích vì sao thời gian từ khi có triệu chứng cho đến khi được chẩn đoán kéo dài ở 23% số bệnh nhân (bảng 1).

Rối loạn cảm giác dạng dị cảm là triệu chứng thường gặp nhất trong nhóm nghiên cứu (40,5%). Đau cũng là triệu chứng thường gặp trong nhóm bệnh nhân của Lei Dang [6].

Rối loạn vận động ở dạng yếu liệt tứ chi là dạng thường gặp nhất trong nhóm bệnh nhân u tủy cổ của chúng tôi (28,6%).

Nhóm bệnh nhân của chúng tôi hầu hết có u ở vị trí trong màng cứng và ngoài tủy sống (47,6%); song cũng có đến 1/3 số bệnh nhân có u trong tủy. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3).

Trong số 42 bệnh nhân của chúng tôi, 69% có u tủy cổ cao; Trương Như Hiến công bố tỉ lệ u tủy cổ cao là 56,9% [3]. Lin và cộng sự đã công bố 22 trường hợp u tủy cổ cao cho kết quả điều trị rất khả quan [8].

Tình trạng đoạn tủy cổ chứa u cũng là một trong các yếu tố được chúng tôi đánh giá khi nghiên cứu hình ảnh học, bởi chiến lược điều trị khác nhau ở mỗi giai đoạn. Nếu u chưa gây phù tủy, chúng tôi cho rằng mức độ chèn ép và xâm lấn còn thấp, trong khi đó tình trạng phù tủy là biểu hiện của mức độ chèn ép lớn. Rong tủy có thể coi là giai đoạn muộn, khi mà tình trạng chèn ép của u vào tủy sống, ống trung tâm của tủy không được giải quyết, gây ra tình trạng ứ đọng dịch não tủy ở ống trung tâm tạo ra rong tủy. Hầu hết bệnh nhân của chúng tôi khi được chẩn đoán u ở giai đoạn chưa phù tủy. Điều này phù hợp với thời gian kể từ khi có triệu chứng cho đến khi được chẩn đoán là dưới 6 tháng. Tỉ lệ bệnh nhân rong tủy đi kèm với thời gian chẩn đoán muộn cao.

Phẫu thuật là phương pháp chủ yếu trong điều trị u tủy nói chung và u tủy cổ nói riêng [2, 6]. Điều trị phẫu thuật có thể đơn thuần hoặc kết hợp với xạ trị và hóa chất. Trong nghiên cứu

này của chúng tôi, chúng tôi chỉ đánh giá những bệnh nhân được điều trị phẫu thuật đơn thuần mà không xạ trị.

Tỉ lệ lấy toàn bộ khối u trong nghiên cứu của chúng tôi là 54,8%, và có 9,5% số bệnh nhân chỉ được điều trị phẫu thuật với mục đích sinh thiết u. Kết quả này còn nhiều khác biệt so với các tác giả trên thế giới. Maira và cộng sự công bố 93% số u tủy cổ được lấy bỏ hoàn toàn [7]. Chúng tôi giải thích tỉ lệ lấy hết u trong nghiên cứu này thấp hơn so với Maira là do (1) số lượng bệnh nhân còn ít; và (2) tỉ lệ u nằm ở cột sống cổ cao (C1-C3) cao (69%) kèm theo tỉ lệ u trong tủy lớn (33,3%). Ngoài ra, tỉ lệ u kích thước > 3cm trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao (64,3%) cũng là một yếu tố khiến cho việc phẫu thuật lấy hết u khó khăn hơn.

Trong các trường hợp chỉ có thể lấy bán phần u hoặc làm sinh thiết (hầu hết là các trường hợp u trong tủy, dạng u sao bào), chúng tôi mở khe dọc giữa sau của tủy sống để tạo thành một đường mở thoát của u ra phía sau, nhằm giảm bớt nguy cơ chèn ép vào tủy sống. Nguyên lý này tương tự với kỹ thuật mở nắp sọ giải ép trong chấn thương sọ não.

Mở cung sau là kỹ thuật được thực hiện ở hầu hết các bệnh nhân (88,1%), và 11,9% số trường hợp được tiến hành tạo hình cung sau. Chúng tôi luôn chuẩn bị cho việc tạo hình cung sau ở tất cả các bệnh nhân, nhằm phục hồi tối đa giải phẫu xương sau khi lấy u. Nếu sau khi lấy hết u, tủy sống không phù chúng tôi quyết định sẽ tiến hành tạo hình màng cứng; trong khi đó các trường hợp phù tủy hoặc chỉ lấy sinh thiết, chúng tôi sẽ tiến hành mở cung sau. Chúng tôi tiến hành mở cung sau với các u chỉ mở cung sau 1-2 đốt sống, trong khi đó những khối u cần mở rộng hơn (trên 3 cung sau) sẽ được tiến hành tạo hình cung sau với mục đích duy trì tình trạng giải phẫu xương của cột sống, nhằm giảm bớt nguy cơ mất vững.

U tế bào thần kinh là dạng u thường gặp nhất trong nhóm u ngoài tủy-trong màng cứng; trong khi đó u tế bào sao (astrocytoma) là dạng u thường gặp nhất ở nhóm u trong tủy sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi, u màng não chỉ chiếm có 2,4%. Điều này cũng phù hợp với công bố của Trương Như Hiên [3]. Trong 16 bệnh nhân, Maira đã thấy có 3 bệnh nhân astrocytoma; và 8 bệnh nhân ependymoma (50%), tuy nhiên, tỉ lệ u ependymoma trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ thấp hơn. Trong 438 bệnh nhân của Lei Dang và cộng sự,

250 ca có u tủy cổ và u tế bào thần kinh cũng là dạng thường gặp nhất [6].

Chúng tôi chỉ gặp 4 trường hợp biến chứng (chiếm 9,5%); bao gồm 2 trường hợp dò dịch não tủy, 1 trường hợp chảy máu và 1 trường hợp viêm màng não đơn thuần. Nếu xét riêng từng biến chứng, nguy cơ cao nhất là dò dịch não tủy (4,8%), chủ yếu là do lỗi kỹ thuật khi đóng màng cứng. 1 trường hợp chảy máu trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi có nguồn từ cơ, gây máu tụ ngoài màng cứng tủy cần phải mổ lại để lấy máu tụ giải phóng chèn ép.

Tỉ lệ lâm sàng tốt hơn ở thời điểm khám lại là 71,4%, và có đến 7,2% số trường hợp lâm sàng kém hơn. Các trường hợp lâm sàng kém hơn đều là các trường hợp không thể phẫu thuật lấy hết u (sinh thiết: 2 và lấy bán phần u : 1). Tình trạng lâm sàng thần kinh của bệnh nhân kém hơn là do tiến triển của u gây chèn ép tủy sống. Maira công bố tỉ lệ cải thiện thần kinh gặp ở 63% số trường hợp, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi bởi nhóm bệnh nhân của Maira đều là các u trong tủy [7].

Tỉ lệ không còn u trên phim cộng hưởng từ khi khám lại là 54,8%; không có trường hợp tái phát. Maira cũng không có trường hợp u tái phát khi theo dõi trung bình 6 năm [7]. Gần đây hơn, Lei Dang và cộng sự công bố tỉ lệ tái phát của u tủy nói chung là 21,7 [6].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 42 trường hợp u tủy cổ được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức từ 1.2019 đến 6.2020, chúng tôi có một số nhận xét sau: tuổi trung bình của bệnh nhân khi chẩn đoán là 40; nữ gặp nhiều hơn nam; thời gian khởi phát bệnh chủ yếu là dưới 6 tháng. Đau tại chỗ và dấu hiệu thần kinh là các triệu chứng thường gặp nhất. 69% số u nằm ở tủy cổ cao. 9,5% số bệnh nhân có nhiều hơn 1 u tủy cổ. Kết quả mô bệnh học gặp nhiều nhất là u tế bào thần kinh. Tỉ lệ phẫu thuật lấy hết u là 54,8%. Tỉ lệ phục hồi thần kinh tốt hơn sau mổ là 71,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Orguc, S. and R. Arkun**, Primary tumors of the spine. *Semin Musculoskelet Radiol*, 2014. **18**(3): p. 280-99.
2. **Mechtler, L.L. and K. Nandigam**, Spinal cord tumors: new views and future directions. *Neurol Clin*, 2013. **31**(1): p. 241-68.
3. **Trương Như Hiên**, Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị u vùng tủy cổ tại bệnh viện Việt Đức và bệnh viện 103. 2017, Học viện Quân Y.
4. **Ozawa, H., et al.**, Epidemiology of surgically treated primary spinal cord tumors in Miyagi, Japan.

- Neuroepidemiology, 2013. **41**(3-4): p. 156-60.
5. **Wilartratsami, S., et al.**, Prevalence of primary spinal tumors: 15-year data from Siriraj Hospital. J Med Assoc Thai, 2014. **97 Suppl 9**: p. S83-7.
6. **Dang, L., et al.**, Primary tumors of the spine: a review of clinical features in 438 patients. J Neurooncol, 2015. **121**(3): p. 513-20.
7. **Maira, G., et al.**, Surgical treatment of cervical intramedullary spinal cord tumors. Neurol Res, 2001. **23**(8): p. 835-42.
8. **Lin, L., et al.**, Clinical therapeutic effect of surgery on upper cervical spinal cord tumors. Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban, 2015. **40**(9): p. 1000-7.

ĐÁNH GIÁ ĐỘC TÍNH BÁN TRƯỜNG DIỄN TRÊN CHỨC NĂNG GAN, THẬN CỦA VIÊN NANG CỨNG FUCOLEN SAU BÀO CHẾ TRÊN ĐỘNG VẬT THỰC NGHIỆM

Trần Văn Thuận^{1,2}, Nguyễn Văn Khiêm³,
Trần Thị Thanh Hương^{1,2}, Vũ Mạnh Tuấn², Nguyễn Tiến Quang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá độc tính bán trường diễn của viên nang cứng Fucolen trên hệ tạo huyết trên chuột nhắt trắng chủng Wistar. **Đối tượng & Phương pháp:** nghiên cứu thực nghiệm trên 30 chuột trắng chủng Wistar. **Kết quả:** Sau khi sử dụng thuốc 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần thì sự thay đổi về các chỉ số chức năng gan (AST, ALT) và creatinin trong máu chuột sử dụng thuốc không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với lô chuột ở nhóm chứng ($p > 0,05$). Không có sự thay đổi hình ảnh vi thể của gan, thận giữa chuột nhóm chứng và nhóm thực nghiệm. **Kết luận:** Viên nang cứng Fucolen liều tương đương liều dự kiến lâm sàng (0,48 viên/kg/ngày uống liên tục 12 tuần không gây độc tính bán trường diễn trên gan và thận trên chuột thực nghiệm.

Từ khóa: Độc tính bán trường diễn, Gan, Thận, Fucolen

SUMMARY

EXAMINES THE SEMI-CHRONIC TOXICITIES OF FUCOLEN ON EXPERIMENTAL ANIMALS

Objective: To examine the semi-chronic toxicities of Fucolen on experimental animals. **Subject and Method:** semi-chronic toxicities of the Fucolen were evaluated on 30 Wistar mice on hematopoietic function. **Results:** after using Fucolen 4 weeks, 8 weeks and 12 weeks, the change of AST, ALT, creatinin in blood no different significant compare to control mice group ($p > 0,05$). There were also no changes in invitro of liver and kidney tissues. **Conclusion:** Fucolen is not toxic for mice and mice liver and kidney function. **Keywords:** Semi-toxicities; liver and kidney function, Fucolen

¹Viện Ung thư quốc gia, Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Viện Dược liệu

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Hương

Email: huongtran2008@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2021

Ngày duyệt bài: 29.3.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Fucoidan là một hợp chất poly-saccharide có nguồn gốc tự nhiên được tìm thấy trong các loài tảo nâu khác nhau và ở một số động vật, được biết đến nhờ đặc tính chống ung thư của nó. Fucoidan có khả năng ức chế sự tăng trưởng, tăng sinh và di căn của các tế bào ung thư, loại bỏ độc tố tế bào dư thừa và loại bỏ các quá trình viêm.

Nấm chứa Lentinan kết hợp với chiết xuất rong biển tảo nâu chứa Fucoidan có tác dụng điều tiết đặc biệt đối với hệ thống miễn dịch, làm tăng cường hoạt động và duy trì hoạt động ở mức độ đỉnh của tế bào T, tế bào diệt tự nhiên và do vậy có các đặc tính cần thiết để ức chế sự phát triển của khối u. Lentinan có. Lentinan cũng cung cấp β -glucan có thể ngăn ngừa các khối u phát triển mạch máu (xây dựng các mạch mới) cần thiết để cung cấp một khối u và nó có thể bắt đầu chương trình tự sát của tế bào (apoptosis). Trong quá hóa trị và/hoặc xạ trị, sự tạo máu xấu đi, Lentinan và Fucoidan có thể giúp củng cố các mô khỏe mạnh và do đó để bảo vệ chúng khỏi các tác dụng phụ [1], [2], [3].

Trên thế giới, các nghiên cứu nhằm kết hợp các thành phần khác nhau nhằm làm tăng tác dụng của sản phẩm trong hỗ trợ bệnh nhân ung thư đang là hướng đi mới. Việc kết hợp Fucoidan và Lentinan với tỷ lệ thích hợp được kỳ vọng sẽ phát huy được tối đa tác dụng hỗ trợ trong điều trị ung thư cho bệnh nhân, dựa trên nguyên lý và cơ chế tác dụng đã được chứng minh của cả hai nguyên liệu này (liều tác dụng đơn chất của: Lentinan là 800mg/ngày, Fucoidan là 600mg/ngày). Việc kết hợp Lentinan và Fucoidan với tỷ lệ khác nhau đã được các nước phát triển như Nhật Bản, Đài Loan sử dụng và cho ra đời các sản phẩm thương mại hỗ trợ điều trị ung thư. Các sản phẩm này cũng đã được đánh giá là tốt trong