

KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ TRƯỚC MỔ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP GIAI ĐOẠN II, III TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Nguyễn Thị Ngọc¹, Lê Quốc Tuấn¹, Nguyễn Thị Thu Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của hóa xạ trị (HXT) trước mổ trong ung thư trực tràng (UTTT) thấp giai đoạn II, III đồng thời đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị này. **Đối tượng:** 46 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp giai đoạn II, III được điều trị bằng HXT trước mổ tại Khoa Ung Bướu, Bệnh viện Đà Nẵng từ 6/2019 - 6/2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng sau điều trị là 76,1%; đáp ứng hoàn toàn là 14,3%; tỷ lệ phẫu thuật triệt căn là 89,7% trong đó 53,8% phẫu thuật bảo tồn cơ thắt. Tỷ lệ bệnh nhân hạ thấp giai đoạn bệnh 67,4%. Thể tích khối u so với chu vi trực tràng giảm sau điều trị, trước điều trị có 37% số bệnh nhân có khối u chiếm toàn bộ chu vi và đã giảm xuống 8,7%; sau điều trị có 6,5% bệnh nhân không sờ thấy u. Các tác dụng phụ trên hệ huyết học chủ yếu độ 1; các tác dụng phụ khác ít gặp. **Kết luận:** Hóa xạ trị đồng thời trước mổ trong ung thư trực tràng thấp giai đoạn II, III có tỷ lệ đáp ứng cao, cải thiện đáng kể tỷ lệ phẫu thuật triệt căn và phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn. Phương pháp hóa xạ trị đồng thời an toàn, ít độc tính, tác dụng phụ ở mức thấp.

SUMMARY

RESULTS OF NEOADJUVANT CHEMORADIATION IN THE TREATMENT OF STAGE II/III LOW RECTAL CANCER AT DA NANG HOSPITAL

Objective: Evaluate the efficacy of neoadjuvant chemoradiation in the treatment of stage II/III low rectal cancer patients and comment on some of the side effects and toxicity of this treatment. **Patients and methods:** 46 patients of low rectal cancer at the stages of II, III who receive radiation therapy dose of 50.4 Gy in combination with Capecitabine at the dose of 825mg/m² x 2 times/day on the days of radiation therapy, surgery is performed 5-6 weeks after the end of concurrent chemoradiation therapy in Ung Buou department, Da Nang Hospital from 6/2019 to 6/2022. **Results:** Overall, the response rate was 76.1%, and the complete response rate was 14.3%. The radical surgery rate was 89.7%, of which 53.8% were sphincter-conserving surgeries. Primary tumor downstaging occurred in 67.4% of the patients. Tumor volume compared with rectal

circumference decreased after concurrent chemoradiation: before treatment, 37% of patients had tumors occupying the entire circumference, and this figure decreased to 8.7% after treatment, 6.5% of patients did not feel the tumor. All the hematological and non hematological toxicities were at grade 1 and tolerable. **Conclusions:** Neoadjuvant chemoradiation for stage II/III low rectal cancer patients could improve the response rate, radical surgery, and sphincter-conserving surgery. This method was safe; all side effects and toxicities were low.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan 2020 tại Việt Nam, UTTT đứng hàng thứ 5 trong những bệnh ung thư có số ca mới mắc cao nhất với 9 399 ca và tỷ lệ tử vong 3,9%¹.

Điều trị ung thư trực tràng là điều trị đa mô thức trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng căn bản và khó khăn lớn nhất trong điều trị bệnh này là giảm nguy cơ tái phát tại chỗ nhưng vẫn có thể bảo tồn được chức năng cơ thắt để nâng cao chất lượng sống của bệnh nhân, đặc biệt đối với khối u ở vị trí thấp của trực tràng. Để cải thiện tỷ lệ kiểm soát tại chỗ và tỷ lệ sống sót lâu dài, thật cần thiết để đưa ra phương pháp điều trị tân hỗ trợ trước phẫu thuật đối với bệnh nhân UTTT giai đoạn II, III có thể phẫu thuật được. Trong đó, hóa xạ trị đồng thời tân hỗ trợ (neoCRT) cũng được nghiên cứu rộng rãi và đã được chứng minh là neoCRT làm hạ thấp giai đoạn bệnh 75%², tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật (PT) và cải thiện tỷ lệ tái phát tại chỗ (6% so với 13%), tăng tỷ lệ bảo tồn cơ thắt hậu môn (39% so với 19%)³. Hóa xạ trị tân hỗ trợ được khuyến cáo là phương pháp điều trị chuẩn đối với bệnh nhân UTTT giữa và thấp giai đoạn II, III³. Tại bệnh viện Đà Nẵng đã tiến hành điều trị HXT đồng thời trước phẫu thuật đối với các trường hợp UTTT giữa và thấp tiến triển tại chỗ tại vùng nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá đầy đủ về kết quả của phương pháp này đặc biệt đối với UTTT thấp. Do đó, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả của hóa xạ trị trước mổ trong ung thư trực tràng thấp giai đoạn II, III đồng thời đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 46 bệnh nhân (BN) UTTT thấp

¹Bệnh viện Đà Nẵng

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc

Email: nguyenthingoc4393@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023

giai đoạn II/III (giai đoạn T3, T4 và/hoặc N+) được HXT đồng thời trước mổ tại Khoa Ung Bướu, Bệnh viện Đà Nẵng từ 6/2019 - 6/2022.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ BN được chẩn đoán là UTTT thấp (khối u cách rìa hậu môn < 7cm).

+ Có chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến.

+ BN được điều trị bằng HXT đồng thời trước phẫu thuật với Capecitabine.

+ Giai đoạn II, III theo phân loại TNM của hiệp hội ung thư Mỹ 2017 (AJCC: American Joint Committee on Cancer)

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Thể trạng chung yếu: Chỉ số toàn trạng từ 3 - 4 theo thang điểm ECOG, hoặc chỉ số Karnofsky ≤ 60%.

+ BN có nguy cơ tử vong gần do các bệnh kèm trầm trọng khác.

Quy trình điều trị:

+ Hóa trị: Capecitabine 825 mg/m² da x 2 lần/ngày vào các ngày xạ trị (5 buổi/tuần).

+ Xạ trị: tổng liều 50,4 Gy; phân liều 1,8 Gy/ngày; 5 ngày/tuần, hai pha, pha 1 (45 Gy/25Fr), pha 2 (liều tăng cường vào u 5,4 Gy/3Fr).

+ Tiến hành điều trị phẫu thuật sau khi kết thúc hoá xạ trị 5-6 tuần.

Đánh giá kết quả điều trị:

- Đáp ứng chủ quan: Dựa vào các triệu chứng cơ năng của BN.

- Đáp ứng khách quan: Dựa theo tiêu chuẩn RECIST.

- Độc tính của hoá xạ trị: Dựa vào tiêu chuẩn phân độ độc tính thuốc chống ung thư của Tổ chức Y tế thế giới (World health organization common toxicity criteria).

- Tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng tại u:

+ Dựa vào thăm khám trực tràng.

+ MRI tiểu khung.

+ Đánh giá tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật (PT) triệt căn, PT bảo tồn cơ thắt sau điều trị HXT đồng thời và đánh giá giai đoạn u sau mổ (pT) theo phân loại TNM AJCC 2017.

- **Xử lý số liệu** bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đánh giá đáp ứng qua triệu chứng cơ năng

Bảng 1. Đáp ứng cơ năng trong và sau điều trị hóa xạ tân hỗ trợ

Triệu chứng thay đổi sau điều trị	Số BN hết triệu chứng	%
-----------------------------------	-----------------------	---

	so với trước	
Hết đi ngoài ra máu	39/43	90,7
Hết đau bụng	29/36	80,5
Hết đau tức hậu môn	26/31	83,8
Số lần đại tiện giảm xuống dưới 3 lần/ngày	11/16	68,8
Hết táo bón	12/19	63,2
Thay đổi thói quen đại tiện	12/17	70,6
Mệt mỏi, gây sút cân	11/15	73,3

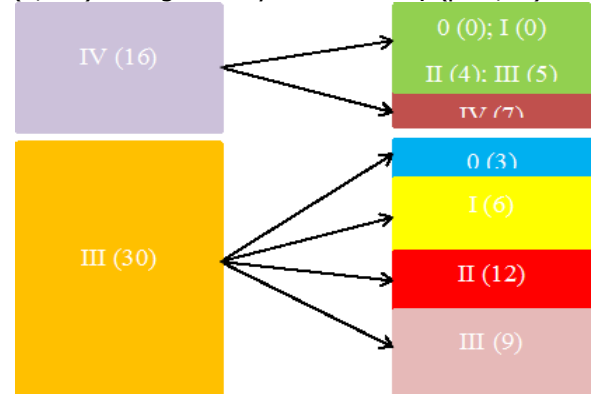
Nhận xét: Đa số các BN có các triệu chứng được cải thiện (hết đi ngoài ra máu 90,7%; hết đau tức hậu môn 83,8%).

Đánh giá đáp ứng sau điều trị hóa xạ tân hỗ trợ qua thăm khám trực tràng

Bảng 2. Thể tích khối u so với chu vi trực tràng

Thể tích khối u so với chu vi trực tràng	Trước điều trị	Sau điều trị	P
	n (%)	n (%)	
Không sờ thấy u	0	3 (6,5)	0.016
Dưới 1/4 chu vi	0	13 (28,3)	
Từ 1/4 đến dưới 1/2 chu vi	0	17 (37,0)	
Từ 1/2 đến dưới 3/4 chu vi	29 (63)	9 (19,6)	
>3/4 (toàn bộ chu vi)	17 (37)	4 (8,7)	
Tổng	46	46	

Nhận xét: Trước điều trị: 37% số bệnh nhân có khối u chiếm toàn bộ chu vi và đã giảm xuống 8,7% sau điều trị. Có 3 trường hợp (6,5%) không sờ thấy u sau hóa xạ (p<0,05)



Biểu đồ 1. Thay đổi giai đoạn bệnh sau điều trị

Nhận xét: Trước điều trị có 34,8% số BN ở giai đoạn 4; sau điều trị số bệnh nhân ở giai đoạn 4 đã giảm xuống 15,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0.001)

Tỷ lệ hạ thấp giai đoạn bệnh 31/46 (67,4%) tính chung cho cả hai giai đoạn.

Đánh giá đáp ứng bằng cộng hưởng từ tiểu khung 1.5 Tesla

Có 39 bệnh nhân được đánh giá giai đoạn khối u (T) và hạch (N) trên hình ảnh MRI tiểu khung trước và sau điều trị.

Bảng 3. Giai đoạn u và hạch trên MRI tiểu khung trước và sau điều trị

Giai đoạn	Thời điểm	Trước điều trị		Sau điều trị		P
		N	%	n	%	
Khối u	T0	0	0	4	10,3	0,029
	T1	0	0	8	20,5	
	T2	2	5,1	13	33,3	
	T3	30	76,9	10	25,6	
	T4	7	18,0	4	10,3	
Hạch vùng	N0	14	35,9	33	84,6	0,046
	N1a	13	33,3	4	10,3	
	N1b	4	10,3	0	0	
	N2	8	20,5	2	5,1	
	Tổng	39	100	39	100	

Nhận xét: So với trước điều trị: chủ yếu khối u và hạch đều giảm giai đoạn sau điều trị. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Đánh giá đáp ứng dựa vào kết quả phẫu thuật

Bảng 4. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	n	%
Phẫu thuật triệt căn bảo tồn cơ thắt	21	53,8
Phẫu thuật triệt căn phá hủy cơ thắt	14	35,9
Hậu môn nhân tạo trên u	4	10,3
Tổng	39	100

Nhận xét: Trong 39 BN phẫu thuật có 89,7% bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn; trong đó có 53,8% bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn; 10,3% bệnh nhân không cắt được u, chỉ phẫu thuật làm HMNT trên u.

Có 35/39 bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ khối u và vét hạch chúng tôi tiến hành đánh giá giai đoạn sau mổ của khối u (pT) và hạch (pN).

Bảng 5. Giai đoạn khối u (pT) sau phẫu thuật

Giai đoạn khối u và hạch sau phẫu thuật (pT/pN)		n	%
pT	Không có u	5	14,3
	Tis (u khu trú ở lớp niêm mạc)	0	0
	T1 (u xâm lấn lớp dưới niêm mạc)	3	8,6
	T2 (u xâm nhập lớp cơ)	16	45,7
	T3 (u xâm nhập thanh mạc, chưa vượt phúc mạc tạng)	10	28,6
	T4a (u xuyên thủng phúc mạc tạng)	1	2,8
	T4b (u xâm lấn trực tiếp vào cơ quan lân cận)	0	0
pN	pN0	31	88,6
	pN1a	4	11,4
	pN1b	0	0
	Tổng	35	100%

Nhận xét: Sau phẫu thuật chỉ còn 31,4% số bệnh nhân có tổn thương ở giai đoạn T3 và T4 và có 5 bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học, chiếm 14,3%.

Bảng 6. Đáp ứng chung sau điều trị

Đáp ứng	N	%
Đáp ứng hoàn toàn	6	13,0
Đáp ứng một phần	29	63,1
Bệnh ổn định	9	19,6
Bệnh tiến triển	2	4,3
Tổng số	46	100

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ sau điều trị cao (76,1%) trong đó có 13% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn.

Bảng 7. Độc tính trên hệ tạo huyết, gan thận

Các độc tính trên hệ tạo huyết	Phân độ độc tính	Số BN	Tỷ lệ %
Hemoglobin	0	34	73,9
	1	8	17,4
	2	4	8,7
Tiểu cầu	0	46	100
Bạch cầu trung tính	0	42	91,3
	1	4	8,7
Creatinine	0	46	100
	1	0	0
AST/ALT	0	44	95,7
	1	2	4,3

Nhận xét: Hầu hết độc tính trên hệ tạo huyết do hóa xạ trị ở mức độ nhẹ, thiếu máu độ 1 và 2 lần lượt là 17,4%; 8,7%. Hạ bạch cầu trung tính độ 1 là 8,7% và không có bệnh nhân nào hạ tiểu cầu. Độc tính trên gan chủ yếu mức độ 1 chiếm 4,3%; không có độc tính trên thận.

Bảng 8. Các tác dụng không mong muốn khác trong quá trình điều trị.

	Phân độ độc tính	Số BN	Tỷ lệ %
Buồn nôn	0	42	91,3
	1	4	8,7
Nôn	0	41	89,1
	1	5	10,9
Viêm miệng	0	42	91,3
	1	4	8,7
Tiêu chảy	0	38	82,6
	1	7	15,2
	2	1	2,2
Viêm bàng quang mức độ nhẹ		7	15,2
Viêm âm đạo mức độ nhẹ		5	10,9
Viêm đỏ da vùng TSM		15	32,6
Loét da vùng tầng sinh môn		2	4,3
Đau tại vùng hậu môn trong XT		13	28,3
Hội chứng bàn tay bàn chân		5	10,9

Nhận xét: Tác dụng không mong muốn

ngoài hệ tạo huyết là không đáng kể, chủ yếu là độ 1, trong đó tiêu chảy độ 2 chiếm 2,2% và độc tính phổ biến nhất là viêm đỏ da TSM (32,6%) và đau tại vùng hậu môn trong xạ trị (28,3%).

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá đáp ứng qua triệu chứng cơ năng. Phần lớn bệnh nhân vào viện vì đại tiện phân nhầy máu. Đa số các BN có các triệu chứng được cải thiện nhiều sau điều trị (đi ngoài ra máu cải thiện 90,7%; số lần đại tiện trong ngày giảm xuống dưới 3 lần/ngày 68,8%; hết táo bón 63,2%), (Bảng 1). Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Trương Thu Hiền (2021) và cộng sự (cs): 80,4% tổng số BN có giảm đi ngoài ra máu; 76,3% có giảm số lần đại tiện trong ngày xuống dưới 3 lần/ngày; 52,6% giảm táo bón⁴.

Đánh giá đáp ứng qua triệu chứng lâm sàng thăm khám trực tràng. Thể tích khối u so với chu vi trực tràng giảm sau điều trị, đặc biệt có 6,5% số bệnh nhân không sờ thấy u sau điều trị (bảng 2). Trước điều trị không có bệnh nhân nào có khối u chiếm dưới 1/4 chu vi nhưng sau điều trị tỷ lệ này tăng lên là 28,3% và tỷ lệ bệnh nhân có thể tích khối u chiếm toàn bộ chu vi trực tràng trước điều trị là 37% và giảm xuống 8,7% sau điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của tác giả Phạm Cẩm Phương (2013) cũng cho thấy kích thước u đã giảm nhiều so với trước điều trị, tỷ lệ nhóm chiếm toàn bộ chu vi trước điều trị (52,9%) đã giảm xuống còn 16,1% sau điều trị, với $p < 0,001$ ⁵.

Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn 3, 4 trước điều trị lần lượt là 65,2% và 34,8% (biểu đồ 1). Về đáp ứng sau điều trị: So với trước điều trị số bệnh nhân ở giai đoạn 3 và 4 đã giảm đặc biệt là trước điều trị có 34,8% số BN ở giai đoạn 4 thì sau điều trị số BN ở giai đoạn 4 đã giảm xuống còn 15,2% (biểu đồ 1), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Phạm Cẩm Phương với 29,9% số bệnh nhân ở giai đoạn 4 trước điều trị đã giảm xuống còn 11,5% sau điều trị ($p < 0,001$)⁵.

Tỷ lệ hạ thấp giai đoạn bệnh theo phân loại Y.Mason là 67,4% tính chung cho cả giai đoạn 3, 4 (Biểu đồ 1). Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả de Bruin AF và cs (2008), tỷ lệ hạ thấp giai đoạn đối với u là 67%⁶.

Đánh giá đáp ứng bằng cộng hưởng từ siêu khung 1.5 Tesla: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 39/46 bệnh nhân chụp MRI siêu khung trước và sau điều trị. Theo kết quả bảng 3 cho thấy: Tỷ lệ BN có khối u trực tràng T3 và T4

trên MRI siêu khung giảm 59%. Số lượng hạch vùng di căn cũng giảm đáng kể, sau HXT tỷ lệ BN không có di căn hạch vùng tăng lên 48,7%; điều này tương tự với nghiên cứu của tác giả Trương Thu Hiền và cs, tỷ lệ BN có khối u T3/T4 giảm 52,1% và tỷ lệ bệnh nhân không di căn hạch tăng 31,3%⁴. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Phạm Cẩm Phương (2013)⁵ lần lượt là 32,2% và 25,7% do nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng liều XT 50,4Gy, và 100% dùng liệu hóa trị > 90% so với nghiên cứu của tác giả trên chỉ sử dụng liều XT 46Gy và có 20,7% BN dùng liệu hóa trị < 85% vì vậy có thể dẫn đến kết quả của chúng tôi có tỷ lệ đáp ứng tốt hơn.

Đánh giá đáp ứng dựa vào đặc điểm bệnh nhân được phẫu thuật. Có 39 bệnh nhân đồng ý phẫu thuật (84,8%) và 7 bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật. Trong nhóm phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn là 89,7%; trong đó 53,8% bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn (Bảng 4). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với tác giả A. De Paoli (2005), khi nghiên cứu 53 bệnh nhân UTTT tiến triển tại chỗ tại vùng, với liều xạ trị 50,4Gy; có 20/34 bệnh nhân u trực tràng thấp đã được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt (59%)⁷.

Theo kết quả nghiên cứu bảng 6 cho thấy 76,1% bệnh nhân có đáp ứng toàn bộ sau điều trị trong đó 13% đáp ứng hoàn toàn về lâm sàng. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hiếu và cs (2017)⁸ tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng là 6,5% thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, điều này có thể do tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả đều nhận tổng liều xạ là 46Gy không boost liều vào U nên có thể khó đạt đáp ứng tốt hơn.

Tỷ lệ bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học là 14,3% (Bảng 5). Nghiên cứu của chúng tôi là tương đương với một số tác giả trên thế giới. Tác giả de Bruin AF và cs (2008), khi nghiên cứu 60 bệnh nhân UTTT được điều trị HXT đồng thời với capecitabine, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học là 13%⁶.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN không đồng ý phẫu thuật là 15,2%; những bệnh nhân này khi điều trị thấy bệnh đáp ứng nhiều, các triệu chứng cơ năng cải thiện nhiều, bệnh nhân có tâm lý lo sợ phải mang hậu môn nhân tạo nên đã từ chối phẫu thuật.

Tác dụng không mong muốn trước và sau HXT. Kết quả bảng 7 cho thấy: Độc tính của HXT gây thiếu máu chủ yếu là độ 1 và độ 2 chiếm tỷ lệ lần lượt là 17,4% và 8,7%. Không có

bệnh nhân nào hạ tiểu cầu. Tỷ lệ BN có số lượng bạch cầu hạt trung tính giảm độ 1 là 8,7%. Độc tính trên gan chủ yếu độ 1 chiếm 4,3%. Không có độc tính trên thận. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Elwanis M và cs (2009): độc tính chủ yếu ở mức độ trung bình và không có BN nào phải ngừng điều trị; thiếu máu độ 2 gặp trên 4 bệnh nhân (9,3%), hạ bạch cầu trên 2 bệnh nhân (4,7%)².

Theo kết quả bảng 8: Các tác dụng không mong muốn khác chỉ gặp ở độ 1 hay gặp viêm đỏ da vùng TSM (32,6%), đau tại vùng hậu môn trong xạ trị (28,3%), viêm bàng quang 15,2%; viêm âm đạo 10,9%, tiêu chảy 15,2%. Các tác dụng phụ khác ít gặp hơn như buồn nôn, nôn, viêm miệng, loét da vùng TSM. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với Nghiên cứu của tác giả Phạm Cẩm Phương (2013)⁵ và Nguyễn Văn Hiếu (2017)⁸.

V. KẾT LUẬN

Hóa xạ trị đồng thời trước mổ đối với UTTT thấp giai đoạn II/III có tỷ lệ đáp ứng cao 76,1%; cải thiện đáng kể tỷ lệ phẫu thuật triệt căn với 89,7% trong đó 53,8% phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn. Điều trị HXT đồng thời trước phẫu thuật là an toàn, ít độc tính, tác dụng phụ ở mức thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer today**. Accessed March 8, 2022. <http://gco.iarc.fr/today/home>
2. **Elwanis MA, Maximous DW, Elsayed MI, Mikhail NN**. Surgical treatment for locally advanced lower third rectal cancer after neoadjuvant chemoradiation with capecitabine: prospective phase II trial. *World J Surg Oncol*. 2009;7:52.
3. **Malangone S. Colon, Rectal, and Anal Cancers**. Published online 2019:38.
4. **Trương Thu Hiền, Nguyễn Văn Ba, Phạm Văn Thái, Dương Thùy Linh, Trần Văn Tồn**. Đánh giá hiệu quả hóa xạ trị đồng thời trước phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng giai đoạn II, III. *Tạp chí Y học Việt Nam Tập 501 - Tháng 4 – Số 2*. 2021.
5. **Phạm Cẩm Phương** (2012), Nghiên cứu hiệu quả của hóa xạ trị tiền phẫu trong điều trị bệnh UTTT giai đoạn xâm lấn, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **De Bruin AFJ, Nuyttens JJ, Ferenschild FTJ, Planting AST, Verhoef C, de Wilt JHW**. Preoperative chemoradiation with capecitabine in locally advanced rectal cancer. *Neth J Med*. 2008;66(2):71-76.
7. **De Paoli A, Chiara S, Luppi G, et al**. Capecitabine in combination with preoperative radiation therapy in locally advanced, resectable, rectal cancer: a multicentric phase II study. *Ann Oncol*. 2006;17(2):246-251.
8. **Nguyễn Văn Hiếu, Lê Văn Quảng, Bùi Công Toàn, Lê Quốc Tuấn**. Đánh giá kết quả hóa xạ trị tiền phẫu trong ung thư trực tràng giai đoạn xâm lấn, tạp chí khoa học và công nghệ Việt Nam. 2017: 60(2).

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DẪY TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM RUỘT THỪA CẤP

Đỗ Thị Thanh Huyền¹, Phạm Thị Yến², Nguyễn Văn Đoàn²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm hình ảnh và xác định giá trị của chụp cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. **Đối tượng và phương pháp:** 83 bệnh nhân (BN) đau bụng cấp, theo dõi viêm ruột thừa cấp có biến chứng, được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103 từ 8/2021 đến 8/2022. **Kết quả:** Vị trí ruột thừa gặp nhiều nhất ở hố chậu phải (56,1%), đa số ruột thừa viêm có đường kính ≥ 7 mm (97,2%), độ dày thành ≥ 3 mm (64,4%), ngấm thuốc mạnh (84,9%) và thâm nhiễm mỡ (86,3%). Sỏi ruột thừa gặp chỉ có

35,6% trường hợp VRTC. Se, Sp và Acc của CLVT đa dãy chẩn đoán VRTC lần lượt là 93,1%, 100% và 94%. Se, Sp và Acc của CLVT đa dãy chẩn đoán biến chứng VRTC lần lượt là 92%, 91,7% và 91,8%.

Từ khóa: Viêm ruột thừa cấp, cắt lớp vi tính, độ chính xác.

SUMMARY

THE VALUE OF MULTI-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIAGNOSING OF ACUTE APPENDICITIS

Objectives: The aim of this study is to describe imaging and assess the value of multi-slice CT in diagnosing of acute appendicitis. **Subjects and methods:** From August 2021 to August 2022, 83 patients at 103 Military Hospital who presented acute abdominal pain, and were suspected complicated acute appendicitis clinically, were underwent MSCT and surgery. **Results:** The most appendiceal location was found in right iliac foss, the most acute appendicitis had diameter with 7 mm and larger

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thanh Huyền

Email: dothithanhhuyen108@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.4.2023