

- Y học Việt Nam. 09/13 2021;505(2)doi:10.51298/vmj.v505i2.1138
- Bambha JK, Van Natta P.** Longitudinal study of facial growth in relation to skeletal maturation during adolescence. American Journal of Orthodontics. 1963/07/01/ 1963;49(7):481-493. doi:10.1016/0002-9416(63)90203-3
 - Nanda RS, Ghosh J.** Longitudinal growth changes in the sagittal relationship of maxilla and mandible. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 1995/01/01/ 1995; 107(1):79-90. doi:https://doi.org/10.1016/S0889-5406(95)70159-1
 - Lux CJ, Conradt C, Burden D, Komposch G.** Transverse development of the craniofacial skeleton and dentition between 7 and 15 years of age--a longitudinal postero-anterior cephalometric study. Eur J Orthod. Feb 2004;26(1):31-42. doi:10.1093/ejo/26.1.31
 - Thordarson A, Johannsdottir B, Magnusson TE.** Craniofacial changes in Icelandic children between 6 and 16 years of age - a longitudinal study. Eur J Orthod. Apr 2006;28(2):152-65. doi: 10.1093/ejo/cji084
 - Coben SE.** The integration of facial skeletal variants: A serial cephalometric roentgenographic analysis of craniofacial form and growth. American Journal of Orthodontics. 1955/06/01/ 1955; 41(6):407-434. doi:https://doi.org/10.1016/0002-9416(55)90153-6
 - Dermaut LR, O'Reilly MI.** Changes in anterior facial height in girls during puberty. Angle Orthod. Apr 1978; 48(2): 163-71. doi:10.1043/0003-3219 (1978)048<0163:Ciafhi>2.0.Co;2

VAI TRÒ HỘI CHẨN ĐA MÔ THỨC TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG T3, DIỆN CẮT VÒNG QUANH ÂM TÍNH

Trần Xuân Hùng¹, Trần Đức Huy¹, Nguyễn Hữu Thịnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiều trung tâm ở Việt Nam, ung thư trực tràng (UTTT) T3 thường được chỉ định phẫu thuật trước, tuy nhiên không phải lúc nào cũng có sự tham gia của Hội đồng hội chẩn đa mô thức, từ đó kết quả điều trị có thể không đạt được như mong đợi. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ, theo dõi dọc những người bệnh được chẩn đoán carcinôm tuyến nguyên phát của trực tràng giai đoạn T3a/b/c, diện cắt vòng quanh (DCVQ) âm tính được hội chẩn đa mô thức tại bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ 12/2021-12/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ phương pháp phẫu thuật triệt để được thực hiện đúng như dự định ban đầu là 95,7%. Tỷ lệ mạc treo trực tràng (MTT) toàn vẹn và tỷ lệ DCVQ trên giải phẫu bệnh dương tính lần lượt là 96,4% và 2,9%. **Kết luận:** Hội chẩn đa mô thức và chỉ định phẫu thuật trước đối với các trường hợp u trực tràng ít xâm lấn như u T3, DCVQ âm tính bước đầu đã mang lại những kết quả khả quan.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, diện cắt vòng quanh, hội chẩn đa mô thức.

SUMMARY

MULTIDISCIPLINARY CONSULTATION IN TREATMENT FOR T3, UNINVOLVED CIRCUMFERENTIAL RESECTION MARGIN RECTAL CANCER

Introduction: In many centers in Vietnam, upfront surgery is often prescribed for T3 rectal adenocarcinoma, but the multidisciplinary consultation

is not routinely involved, lead the treatment outcomes may not be satisfactory as expected. **Methods:** Longitudinal cohort study, patients who were diagnosed as rectal adenocarcinoma, stage T3a/b/c, uninvolved circumferential resection margin and received the multidisciplinary team consultation at the University Medical Center from December 2021 to December 2023. **Results:** The rate of radical surgery performed exactly as originally planned is 95.7%. Mesorectum complete rate and involved circumferential resection margin rate were 96.4% and 2.9%, respectively. **Conclusions:** Multidisciplinary team consultation and upfront surgery for T3, uninvolved circumferential resection margin rectal cancer have initially brought positive outcomes.

Keywords: Rectal cancer, circumferential resection margin, multidisciplinary team

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2022³, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ ba trong tất cả các loại ung thư và là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ hai với xấp xỉ 1,93 triệu ca mới mắc và 904.000 người bệnh tử vong mỗi năm, trong đó UTTT xếp hàng thứ tám (730.000 ca mới mắc) và tử vong xếp hàng thứ 10 (344.000 ca tử vong).

Trong UTTT, lựa chọn chiến lược điều trị tối ưu đối với những khối u ít xâm lấn như T3, DCVQ âm tính trên MRI trước mổ vẫn còn tranh luận. Nếu hoá-xạ trị tân hỗ trợ trước sau đó mới mổ thì có khả năng điều trị quá tay, người bệnh phải chịu nhiều tác dụng phụ cũng như độc tính của hoá-xạ trị, có thể bỏ điều trị do cạn kiệt về sức khoẻ, tinh thần và tài chính hoặc có nguy cơ xảy ra tai biến, biến chứng sau mổ do hoá-xạ trị làm mất đi mặt phẳng phẫu tích. Bên cạnh đó,

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Hùng

Email: hung.tx@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 27.5.2024

hạn chế về cơ sở vật chất cũng như nhân lực xạ trị dẫn đến việc quá tải và người bệnh thường phải chờ đợi rất lâu để được xạ trị, dẫn đến nguy cơ khối u tăng giai đoạn có biến chứng tắc ruột phải mổ cấp cứu.

Hội Ung thư châu Âu (ESMO) chấp nhận phẫu thuật trước những khối u T3 có mức độ xâm lấn ra ngoài lớp cơ từ 5mm trở xuống (T3a/b), DCVQ âm tính, không xâm lấn cơ thắt, không xâm lấn mạch máu ngoài thành nhưng phải đảm bảo diện cắt R0 và DCVQ âm tính trên giải phẫu bệnh sau mổ⁴. Tuy nhiên, để đạt được kết quả tốt về phương diện ung thư học và sống còn thì cần lựa chọn người bệnh phù hợp dựa trên MRI trước mổ, trong mổ cần phẫu tích đúng lớp, chuẩn hóa quy trình đánh giá đại thể cũng như vi thể bệnh phẩm... hay nói cách khác cần phải chuẩn hóa quy trình điều trị đa mô thức cũng như phối hợp một cách nhịp nhàng của các thành viên trong buổi hội chẩn đa mô thức từ bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ giải phẫu bệnh, bác sĩ hóa trị - xạ trị ung thư...

Cho đến nay ở Việt Nam, UTTT T3, DCVQ âm tính thường được chỉ định phẫu thuật trước vì những lý do chủ quan cũng như khách quan như đã đề cập ở trên, tuy nhiên không phải lúc nào cũng có sự tham gia của Hội đồng hội chẩn đa mô thức, từ đó kết quả điều trị có thể không đạt được như mong đợi.

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá vai trò của Hội chẩn đa mô thức trong việc ra quyết định điều trị phẫu thuật triệt căn trước mà không điều trị tân hỗ trợ cho người bệnh UTTT T3, DCVQ âm tính trên MRI trước mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: những người bệnh được chẩn đoán là carcinôm tuyến nguyên phát của trực tràng giai đoạn T3a/b/c (loại trừ u T3c ở trực tràng dưới), DCVQ âm tính trên MRI trước mổ được hội chẩn đa mô thức và chỉ định phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ hoặc bán phần MTTT, không điều trị tân hỗ trợ tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ 12/2021- 12/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1). Không liên lạc được người bệnh, (2). Những người bệnh được thực hiện phẫu thuật làm sạch, (3). Những người bệnh có u khác trên khung đại tràng, hoặc di căn xa được phẫu thuật mở rộng, (4). Chuyển mổ mở, (5). Đã mổ do bệnh ung thư khác, (6). Bệnh kèm theo: đa pô-líp đại trực tràng, viêm loét đại tràng...

Bảng 1. Phân loại ung thư trực tràng

giai đoạn T3 theo ESMO

Giai đoạn	Mức độ xâm lấn qua lớp cơ (mm)
T3a	< 1
T3b	1-5
T3c	6-15
T3d	> 15

"Nguồn: Glynn-Jones R – ESMO Clinical Guidelines (2017)"⁴

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu đoàn hệ, theo dõi dọc, can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng.

2.3. Cỡ mẫu. Trong thời gian nghiên cứu, có tất cả 455 người bệnh được chẩn đoán UTTT, được chụp MRI trực tràng trước mổ và hội chẩn đa mô thức. Chúng tôi chọn được 140 người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

2.4. Phương pháp thực hiện

Quy trình chụp MRI trực tràng trước mổ: (1). Thụt tháo trực tràng bằng thuốc trước khi chụp, (2). Bơm 60-100ml chất tương phản có tín hiệu cao trên T2W (thường dùng gel siêu âm) vào lòng trực tràng trước khi chụp, (3). Trường khảo sát phải nằm trên bờ trên u 5cm để khảo sát hết dẫn lưu hạch của tổn thương.

Hội chẩn đa mô thức: Sau khi có kết quả MRI cũng như đầy đủ các xét nghiệm tiền phẫu. Mỗi người bệnh sẽ được đánh giá và xem xét bởi một Hội đồng gồm: (1). Các bác sĩ phẫu thuật Đại-trực tràng, (2). Hai bác sĩ Chẩn đoán hình ảnh chuyên về MRI trực tràng, (3). Bác sĩ Xạ trị ung thư, (4). Bác sĩ hoá trị ung thư, (5). Bác sĩ Giải phẫu bệnh, (6). Bác sĩ Nội khoa Tiêu hoá, (7). Điều dưỡng chuyên về lộ mở thông ra da.

Kỹ thuật mổ: (1). Phẫu tích từ ngoài vào, thắt động mạch, tĩnh mạch mạc treo tràng dưới, (2). Bộc lộ thần kinh hạ vị, niệu quản trái, bó mạch sinh dục trái, (3). Hạ đại tràng góc lách nếu cần thiết, (4). Phẫu tích 4 bình diện trực tràng: Lấy bỏ bán phần MTTT (dưới u 5cm) hoặc toàn bộ MTTT (dưới u ít nhất 2cm), (5). Bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu, (6). Thực hiện miệng nối bằng máy khâu nối hoặc nối tay (7). Làm hậu môn nhân tạo nếu là phẫu thuật Miles.

Đánh giá đại thể bệnh phẩm: đánh giá tính toàn vẹn của MTTT dựa theo bảng phân loại của tác giả Enker²: (1). MA-0: MTTT toàn vẹn, mạc treo trơn láng và đầy đặn không có tổn thương vào mô mỡ, không cắt vát vào mô gần diện cắt xa, (2). MA-1: MTTT gần toàn vẹn với những tổn thương nhỏ, nông trên MTTT và cắt vát diện cắt xa nhỏ, không lộ ra lớp cơ, (3). MA-2: MTTT không toàn vẹn, có những vùng mất mô mỡ mạc treo lớn có thể nhìn thấy như những vết

rách hoặc lộ ra lớp cơ và hoặc các tổn thương thấy rõ.

Đánh giá vi thể bệnh phẩm: Bác sỹ Giải phẫu bệnh sẽ đánh giá: (1). Độ mô học khối u bao gồm độ biệt hóa rõ, vừa, kém, không biệt hóa, (2). DCVQ âm tính > 1mm, DCVQ (+) ≤ 1mm, (3). pT: mức độ xâm lấn trong thành của khối u, (4). pN: Hạch di căn, (5). Xâm nhập mạch Lim-phô có sự hiện diện của cụm tế bào u hoặc tế bào u riêng lẻ trong lòng mạch limphô, (6). Xâm lấn mạch máu, (7). Xâm lấn thần kinh: Các tế bào u bao xung quanh ít nhất 1/3 chu vi sợi thần kinh trong bất kỳ lớp nào của sợi thần kinh.

2.5. Phân tích, xử lý số liệu. Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, thăm khám trực tiếp người bệnh, sử dụng các phương tiện cận lâm sàng. Số liệu được lưu trữ và thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các biến số nghiên cứu được tổng hợp lại theo biểu mẫu thu thập số liệu: (1). Các biến số độc lập: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, (2). Các biến số phụ thuộc: thời gian mổ, lượng máu mất, biến chứng, thời gian nằm viện, tỷ lệ phương pháp phẫu thuật được thực hiện đúng dự định ban đầu, tính toàn vẹn của MTTT, số lượng hạch nạo vét được, số lượng hạch di căn, tỷ lệ DCVQ trên giải phẫu bệnh dương tính, diện cắt gần, diện cắt xa....

Các biến số định lượng được mô tả bằng số trung bình và độ lệch chuẩn nếu phân phối bình thường hoặc trung vị nếu phân phối lệch. Các biến số định tính được mô tả bằng phân phối tần số, tỷ lệ phần trăm và được thể hiện bằng cách lập bảng. Phân tích mối liên quan giữa DCVQ dương tính trên giải phẫu bệnh sau mổ với tính toàn vẹn của MTTT về mặt đại thể, cTa/b/c và vị trí u bằng phân tích đa biến với Hồi quy tương quan Cox. Trị số P < 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.6. Ý đức. Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh - Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM vào ngày 12/11/2020 (số phê duyệt: 131/GCN-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi theo dõi được 140 người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh. Tuổi trung bình 60,7 ± 10,6 (34-88). Tỷ lệ người bệnh nam:nữ gần như tương đương (nam/ nữ: 79/61). Thời gian mổ trung bình là 170,7 ± 31,3 phút, lượng máu mất trung bình 49,4 ± 27,8 phút, thời gian nằm viện trung bình là 7,1 ± 2,8 ngày. Số lượng hạch nạo vét được trung bình là 15,6 ± 4,2 hạch, số

lượng hạch di căn trung bình là 1,2 ± 1,5 hạch, diện cắt gần, xa trung bình lần lượt là 12,8 ± 4,1cm và 3,1±1,2cm với 100% diện cắt đạt mức R0.

Phương pháp phẫu thuật triệt để được thực hiện đúng như dự định ban đầu trong 134 (95,7%) trường hợp, có 4(2,9%) trường hợp thay đổi phương pháp phẫu thuật từ phẫu thuật Cắt gian cơ thắt thành phẫu thuật Miles và 2 (1,4%) trường hợp phẫu thuật Cắt trước thấp thành phẫu thuật Hartmann.

DCVQ dương tính trên giải phẫu bệnh sau mổ liên quan có ý nghĩa thống kê với tính toàn vẹn của MTTT về mặt đại thể (P < 0,01; HR = 0,02), không liên quan có ý nghĩa thống kê với cTa/b/c (P = 0,51; HR = 1,54) và vị trí u (P = 0,12; HR = 1,74).

Bảng 2. Đặc điểm người bệnh và bệnh lý

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Trước mổ		
<i>Vị trí u</i>		
10 - 12cm	30	21,4
Giữa	72	51,4
Dưới	38	27,2
<i>Giai đoạn T</i>		
T3a	32	22,9
T3b	65	46,4
T3c	43	30,7
<i>Giai đoạn N</i>		
cN0	19	13,6
cN (+)	121	86,4
Trong mổ		
<i>Phương pháp mổ</i>		
Cắt trước	30	21,4
Cắt trước thấp	76	54,3
Cắt gian cơ thắt	6	4,3
Miles	26	18,6
Hartmann	2	1,4
<i>Biến chứng</i>		
Có	23	16,4
Không	117	83,6
Nguyên lý phẫu thuật		
PME	32	22,9
TME	108	77,1
Kết quả mô bệnh học		
<i>Độ biệt hoá</i>		
Rõ	5	3,6
Vừa	130	92,8
Kém	5	3,6
<i>Số lượng hạch nạo vét được</i>		
<12	40	28,6
>=12	100	71,4
Di căn hạch		
Có	54	38,6

Không	86	61,4
<i>Giai đoạn T</i>		
pT2	7	5,0
pT3	124	88,6
pT4a	9	6,4
DCVQ trên giải phẫu bệnh		
Dương tính	4	2,9
Âm tính	136	97,1
Xâm nhập mạch Lim-phô		
Có	51	36,4
Không	89	63,6
Xâm lấn thần kinh		
Có	15	10,7
Không	125	89,3
Xâm lấn mạch máu		
Có	28	20,0
Không	112	80,0
Đại thể mạc treo trực tràng		
Toàn vẹn	135	96,4
Gần toàn vẹn	4	2,9
Không toàn vẹn	1	0,7

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi với sự tham gia của Hội đồng hội chẩn đa mô thức bước đầu đã đạt được yêu cầu và hiệu quả về kết quả sớm sau mổ cũng như kết quả sớm về mặt ung thư học.

Dựa trên MRI và hội chẩn đa mô thức, phương pháp phẫu thuật triệt để được thực hiện đúng như dự định ban đầu trong 134 (95,7%) trường hợp cao hơn 1 chút so với nghiên cứu của tác giả Phạm Công Khánh¹ (93,4%), có thể do dân số mẫu của chúng tôi là u T3, còn dân số mẫu của tác giả Phạm Công Khánh bao gồm thêm cả u T1, T2, T4a. Nghiên cứu của chúng tôi có 4 (2,9%) trường hợp thay đổi phương pháp phẫu thuật từ phẫu thuật Cắt gian cơ thắt thành phẫu thuật Miles do diện cắt dưới không an toàn và 2 trường hợp (1,4%) phẫu thuật Cắt trước thấp thành phẫu thuật Hartmann do u xâm lấn vách chậu trong mổ.

Những kết quả sớm, như thời gian mổ (170,7 phút), lượng máu mất (49,4ml), thời gian nằm viện (7,1 ngày), tỷ lệ biến chứng (16,4%), là an toàn và thấp hơn so với các nghiên cứu với dân số mẫu tương đương của một số tác giả như Kulu⁵ (206 phút, 18,8% và 10 ngày) và Zeng⁸ (200 phút, 109,7 ml, 22,4%). Điều này có thể lý giải là người bệnh trong lô nghiên cứu được chọn lựa kỹ, có sự đồng thuận của 2 bác sỹ Chẩn đoán hình ảnh chuyên về MRI trực tràng trong buổi Hội chẩn đa mô thức với u ở giai đoạn ít xâm lấn (T3a/b/c, loại trừ u T3c ở trực tràng dưới), được hội chẩn đa mô thức và chỉ định mổ

trước mà không hoá-xạ trị trước mổ, mặt phẳng phẫu tích vẫn còn nguyên vẹn, mô không bị phù nề nhiều cũng như Ê-kíp phẫu thuật được đào tạo kỹ lưỡng, có nhiều kinh nghiệm trong lĩnh vực phẫu thuật đại trực tràng.

Đánh giá đại thể MTTT trong nghiên cứu này cho kết quả khả quan với tỷ lệ MTTT toàn vẹn 96,4%, chỉ có 1 trường hợp không toàn vẹn (0,7%) cao hơn so với tác giả Ptok⁶ (84%) và Zeng⁸ (91,2%). Những kết quả sớm về phương diện ung thư như số lượng hạch nạo vét được trung bình ($15,6 \pm 4,2$ hạch), tỷ lệ hạch di căn (38,6%), tỷ lệ DCVQ trên giải phẫu bệnh dương tính (2,9%) là hợp lý và tương đương hoặc có thể so sánh với tác giả Ptok⁶ (18,4 hạch, 40% và 4,5%), Zeng⁸ (19,6 hạch, 50,7% và 0,8%). Những kết quả khác như diện cắt gân, xa trung bình lần lượt là $12,8 \pm 4,1$ cm và $3,1 \pm 1,2$ cm với 100% diện cắt gân, xa đạt mức R0 cũng là an toàn và hiệu quả cũng như DCVQ dương tính trên giải phẫu bệnh sau mổ liên quan có ý nghĩa thống kê với tính toàn vẹn của MTTT về mặt đại thể ($P < 0,01$; HR = 0,02), không liên quan có ý nghĩa thống kê với cTa/b/c ($P = 0,51$; HR = 1,54) và vị trí u ($P = 0,12$; HR = 1,74). Tất cả những điều này cho thấy, những bác sỹ phẫu thuật chuyên về phẫu thuật Đại trực tràng đã được huấn luyện và đào tạo kỹ và việc tham gia hội chẩn đa mô thức đã giúp cho họ có cái nhìn toàn diện hơn về người bệnh qua đó đạt được kết quả tốt khi phẫu thuật cũng như có được sự phối hợp tốt giữa các bác sỹ phẫu thuật và các nhà Giải phẫu bệnh. Liên quan đến di căn hạch, tỷ lệ di căn hạch trên MRI trước mổ nghiên cứu của chúng tôi là 86,4% cao hơn nhiều so với tỷ lệ 38,6% trên giải phẫu bệnh sau mổ, điều này cũng phù hợp với nhận định của ESMO, đánh giá giai đoạn hạch trên lâm sàng có thể không chính xác ngay cả khi kết hợp cả siêu âm nội lồng trực tràng, CT-Scan và MRI⁴.

Do đó, ý nghĩa quan trọng nhất mà nghiên cứu của chúng tôi mang lại là trong những trường hợp khó khăn, tế nhị khi cần có sự lựa chọn mổ trước hay hoá-xạ trị trước đối với những khối u trực tràng ít xâm lấn thì rất cần sự tham gia của Hội đồng hội chẩn đa mô thức. Tác giả Valadao⁷, trong một bài phân tích tổng quan xuất bản năm 2020, nhấn mạnh đến mặt hạn chế của các nghiên cứu đề cập đến việc chỉ điều trị phẫu thuật đối với các khối u T3, các nghiên cứu này có hạn chế là chỉ có thể được thực hiện ở các trung tâm có hội chẩn đa mô thức với sự tham gia của những bác sỹ chẩn đoán hình ảnh được đào tạo một cách kỹ lưỡng, những bác sỹ

phẫu thuật được huấn luyện kỹ càng về kỹ thuật TME, những chuyên gia về hoá-xạ trị ung thư, giải phẫu bệnh, nội khoa tiêu hóa ...

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế: (1) một phần số liệu được hồi cứu vào thời điểm quy trình vẫn chưa được chuẩn hoá; (2) không có nhóm chứng; (3) chưa có những kết quả lâu dài về phương diện ung thư học và sống còn.

V. KẾT LUẬN

Hội chẩn đa mô thức và chỉ định phẫu thuật trước đối với các trường hợp u trực tràng ít xâm lấn như u T3, DCVQ âm tính bước đầu đã mang lại những kết quả khả quan. Để nhận định trên được chính xác hơn cần đánh giá giai đoạn trước, sau mổ chính xác hơn bằng những cận lâm sàng phù hợp, chuẩn hóa quy trình điều trị và có những nghiên cứu tiền cứu ngẫu nhiên với số lượng mẫu lớn, nghiên cứu đa trung tâm có nhóm chứng và theo dõi kết quả lâu dài về phương diện ung thư học và sống còn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Công Khánh. Nghiên cứu giá trị cộng hưởng tử trong chẩn đoán ung thư trực tràng giữa và dưới được phẫu thuật triệt để. Luận án Tiến sĩ Y học. 2021.
2. Enker WE, Levi GS. Macroscopic assessment of

mesorectal excision. Cancer. 2009; 115(21), 4890-4894.

3. Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al.. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2024; Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [08 February 2024].
4. Glynn-Jones R, Wyrwicz L, Turet E, et al.. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology. 2017; 28(4), iv22-iv40.
5. Kulu Y, Tarantino I, Billeter A T, et al.. Comparative Outcomes of Neoadjuvant Treatment Prior to Total Mesorectal Excision and Total Mesorectal Excision Alone in Selected Stage II/III Low and Mid Rectal Cancer. Ann Surg Oncol. 2016; 23(1), 106-113.
6. Ptok H, Meyer F, Gastinger I, et al.. Multimodal Treatment of cT3 Rectal Cancer in a Prospective Multi-Center Observational Study: Can Neoadjuvant Chemoradiation Be Omitted in Patients with an MRI-Assessed, Negative Circumferential Resection Margin? Visc Med. 2021; 37(5), 410-417.
7. Valadão M, Dias JA, Araújo R, et al.. Do We Have to Treat All T3 Rectal Cancer the Same Way? Clinical Colorectal Cancer. July 2020; <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2020.07.005>.
8. Zeng Z, Li Z, Luo S, et al. MRI-defined T3, clear mesorectal fascia mid-low rectal cancer: is neoadjuvant treatment necessary? J Gastroenterol Hepatol. 2024; doi:10.1111/jgh.16451.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XÉT NGHIỆM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI DO MYCOPLASMA PNEUMONIAE Ở TRẺ EM

Phan Thị Thu Minh¹, Nguyễn Ngọc Sáng², Lê Thị Hồng Hạnh³,
Bùi Tú Hoa², Phan Khắc Tùng Dương², Nguyễn Thái Hà⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm viêm phổi do M. pneumoniae ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ 01/09/2020 – 30/08/2022 và nhận xét kết quả điều trị ở những bệnh nhân trên. **Đối tượng:** 165 bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi do M. pneumoniae. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là 4,08 ± 2,11 tuổi, trong đó nữ 93 (56,4%), nam 72 (43,6%) với tỉ lệ nam/nữ là 1,28. Bệnh xảy ra quanh năm. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu: ho 143/165 (92,1%),

sốt 99/165 (60%), nghe phổi có ran ẩm 104/165 (63%), ran rít 65/165 (39,4%). Xét nghiệm: máu ngoại vi có tăng bạch cầu 127/165 (77%) và CRP huyết thanh tăng 81/165 (49,1%). 128/165 (77,6%) trẻ được điều trị bằng macrolid, thời gian nằm viện trung bình là 10,2 ± 7,4 ngày, kết quả 157/165 (95,2%) bệnh nhi khỏi bệnh, không ghi nhận trường hợp tử vong. **Kết luận:** Bệnh không bị giới hạn bởi sự thay đổi theo mùa và có thể ảnh hưởng đến mọi trẻ vào bất kỳ tháng nào trong năm. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho và sốt. Triệu chứng thực thể phổ biến là ran ẩm ở phổi. Về xét nghiệm, đa số có bạch cầu trong máu ngoại vi tăng. Macrolid là kháng sinh phổ biến được dùng trong điều trị. Tỉ lệ khỏi bệnh cao, không có trường hợp tử vong. **Từ khóa:** Viêm phổi, Mycoplasma pneumoniae, trẻ em.

¹Bệnh viện Tâm Anh, Hà Nội

²Đại học Y Dược Hải Phòng

³Bệnh viện Nhi Trung Ương

⁴Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Sáng

Email: nnsang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2024

Ngày duyệt bài: 28.5.2024

SUMMARY

CLINICAL, LABORATORY FEATURES, AND TREATMENT OUTCOMES OF MYCOPLASMA PNEUMONIAE PNEUMONIAE IN CHILDREN

Objective: To describe the clinical and laboratory