

7. Lưu Bá Cường. Nghiên cứu tình hình mắc tiêu chảy cấp ở trẻ em dưới 5 tuổi và kiến thức, thực hành phòng ngừa tiêu chảy cấp tại nhà của các bà mẹ tại quận Ninh Kiều Thành phố Cần Thơ năm 2017”, Luận văn tốt nghiệp ĐH Y Dược Cần Thơ. 2017. 28-38.
8. Đoàn Thị Như Phượng. Khảo sát kiến thức và các yếu tố liên quan đến kiến thức bệnh tiêu chảy của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Quảng Nam, Đề tài cấp cơ sở bệnh viện Nhi Quảng Nam. 2015. 12.21.
9. Hà Thị Kim Hoàng. Nghiên cứu tình hình mắc bệnh tiêu chảy cấp trẻ em dưới 5 tuổi và kiến thức, thái độ thực hành phòng chống tiêu chảy cấp ở trẻ em của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại Thị Trấn Phong Điền, huyện Phong Điền, Thành Phố Cần Thơ năm 2016, Luận văn tốt nghiệp Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2016. 28-44.
10. Phan Hoàng Thùy Linh. Kiến thức, thực hành của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng 2017”, *Tạp chí nghiên cứu khoa học*. 2017. tập 1(số 2), 44-50.

GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG ĐÁNH GIÁ GIAI ĐOẠN UNG THƯ TRỰC TRÀNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI

*Trần Nhật Phi**, *Nguyễn Lê Gia Kiệt*, *Nguyễn Văn Tuấn*,
Đặng Hồng Quân, *Phạm Văn Năng*
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
*Email: tnphi1996@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/7/2023

Ngày phản biện: 18/9/2023

Ngày duyệt đăng: 31/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư trực tràng là bệnh lý ác tính phổ biến của đường tiêu hóa có xu hướng ngày càng gia tăng, thường phát hiện ở giai đoạn muộn do đó tiên lượng xấu vì nguy cơ tái phát tại chỗ và di căn xa. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1) Giá trị của cộng hưởng từ khảo sát xâm lấn mạc treo trực tràng của ung thư trực tràng; 2) Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu với 45 bệnh nhân ung thư trực tràng được chụp cộng hưởng từ và khảo sát diện cắt vòng quanh từ tháng 06/2021 đến tháng 04/2023. **Kết quả:** Tỷ số nam/nữ: 1,6/1. Tuổi trung bình $61,76 \pm 11,15$ (37-85) tuổi. Độ chính xác trong xác định mức độ xâm lấn là 60%. Độ chính xác trong xác định xâm lấn diện cắt vòng quanh là 62,22%. Giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán giai đoạn $\geq T3$ gấp 58,5 lần so với chẩn đoán giai đoạn $< T3$. Thời gian phẫu thuật trung bình 281 phút. Ghi nhận 2 trường hợp xì miệng nối sau mổ, nhiễm trùng vết mổ 5 trường hợp. **Kết luận:** Chụp cộng hưởng từ là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có độ chính xác cao trong đánh giá mức độ xâm lấn của ung thư trực tràng. Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng là khả thi và an toàn.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, phẫu thuật nội soi, diện cắt vòng quanh, cộng hưởng từ.

ABSTRACT

**THE VALUE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING FOR
RECTAL CANCER STAGING TREATMENT
BY LAPAROSCOPIC SURGERY**

*Tran Nhat Phi**, *Nguyen Le Gia Kiet*, *Nguyen Văn Tuan*,
Dang Hong Quan, *Pham Van Nang*
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Rectal cancer is a common malignant disease of the digestive tract with an increasing trend in incidence, shows subtle symptoms, and is often detected at a late stage, leading to a poor prognosis due to the risk of local recurrence and distant metastasis. **Objective:** (1) To determine the value of magnetic resonance imaging in assessing the invasion level of rectal cancer; (2) Short-term outcomes of laparoscopic surgery for rectal cancer. **Materials and method:** A cross-sectional, prospective study was conducted on 45 patients with rectal cancer who underwent magnetic resonance imaging and evaluation of circumferential resection margin from June 2021 to April 2023. **Results:** The male-to-female ratio was 1.6:1, with a mean age of 61.76 ± 11.15 (range, 37-85) years. The accuracy of determining invasion level was 60%, and that of determining CRM involvement was 62.22%. The value of MRI in diagnosing stage $\geq T3$ was 58.5 times higher than that in diagnosing stage $< T3$. The mean operative time was 281 minutes. Postoperative anastomotic leakage was recorded in two cases and wound infection in five cases. No mortality was recorded. **Conclusion:** Pelvic MRI is a highly accurate imaging diagnostic tool for assessing the invasion level of rectal cancer. Laparoscopic surgery for rectal cancer is feasible and safe.

Keywords: Rectal cancer, laparoscopic surgery, circumferential resection margin (CRM), magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTTT) là bệnh lý ác tính thường gặp của ống tiêu hóa, nhờ vào sự hiểu biết cũng như sự phát triển của nội soi đại trực tràng nên UTTT có xu hướng ngày càng gia tăng [1],[2]. UTTT có diễn tiến thầm lặng, đa số được phát hiện ở giai đoạn trễ do đó tiên lượng kém vì nguy cơ di căn xa và quá chỉ định phẫu thuật. Điều trị UTTT bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) ngày càng phát triển, đã đạt được kết quả khả quan, an toàn và hiệu quả tương đương phẫu thuật mở [3],[4],[5]. Để tối ưu kết quả phẫu thuật, chẩn đoán đúng mức độ xâm lấn của khối u và khảo sát diện cắt vòng quanh trước phẫu thuật là rất cần thiết [4],[6],[7]. Chẩn đoán giai đoạn trước mổ của UTTT rất quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Cộng hưởng từ (CHT) với ưu điểm đánh giá mô mềm tốt hơn đã được sự đồng thuận trong việc đánh giá mức độ xâm lấn mạc của mạc treo trực tràng (MTTT) [1],[4],[5],[6]. Sự liên quan CHT và giải phẫu bệnh sau mổ về mức độ xâm lấn của UTTT vẫn còn là những vấn đề chưa sáng tỏ kèm theo các nghiên cứu về kết quả điều trị phẫu thuật tương đối ít [1],[6]. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu sau: (1) Giá trị của cộng hưởng từ khảo sát xâm lấn mạc treo trực tràng của ung thư trực tràng; (2) Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán UTTT, chụp CHT trước mổ và được điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ từ tháng 06/2021 đến tháng 04/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán UTTT, được chụp CHT trước mổ, giải phẫu bệnh sau mổ là carcinoma tuyến. Tổn thương thuộc giai đoạn I, II, III. Bệnh nhân đồng ý PTNS điều trị UTTT, có độc diện cắt vòng quanh (DCVQ) sau mổ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có hóa, xạ trị trước mổ. Bệnh nhân chống chỉ định chụp CHT và/hoặc PTNS. Bệnh nhân tử vong do nguyên nhân khác hoặc mất thông tin theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiền cứu.

- **Cỡ mẫu**

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \left(\frac{p(1-p)}{d^2} \right)$$

Với $\alpha = 0.05$, $Z^2 = 1.96^2$

Theo nghiên cứu ‘Đánh giá giai đoạn ung thư trực tràng bằng cộng hưởng từ: kết quả 3 năm.’ độ chính xác của MRI trong đánh giá xâm lấn của ung thư trực tràng là 97,2%, xâm lấn DCVQ là 96,2%, lấy $p = 0,962$ [1].

Chọn $d = 0,06$. Ta tính được $n = 39,01$. Vậy cỡ mẫu của nghiên cứu tối thiểu là 40 mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:**

Đặc điểm chung: tuổi, giới tính. Khảo sát mối liên quan về mức độ xâm lấn, DCVQ giữa CHT và giải phẫu bệnh sau mổ. Đánh giá kết quả sớm điều trị UTTT bằng PTNS bao gồm phương pháp mổ, thời gian mổ, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố tuổi, giới tính của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi	Giới tính		Tổng n (%)
	Nam n (%)	Nữ n (%)	
Dưới 40	0 (0,0)	1 (5,9)	1 (2,2)
40-49	3 (10,7)	0 (0,0)	3 (6,7)
50-59	12 (42,9)	6 (35,3)	18 (40,0)
60-69	7 (25,0)	4 (23,5)	11 (24,4)
70-79	5 (17,9)	4 (23,5)	9 (20,0)
Từ 80 trở lên	1 (3,6)	2 (11,8)	3 (6,7)
Tổng	28 (62,2)	17 (37,8)	45 (100,0)

Nhận xét: Tỷ số mắc bệnh nam/nữ: 1,6/1. Trong đó nam giới tỉ lệ là 62,2% so với nữ là 37,8%. Đặc điểm về tuổi: Tuổi trung bình là $61,76 \pm 11,15$ (37-85) tuổi. Nhóm tuổi 50-59 chiếm cao nhất với tỉ lệ 40%.

3.2. Khảo sát xâm lấn mạc treo trực tràng bằng cộng hưởng từ và giải phẫu bệnh

Bảng 2. Sự tương quan giữa cộng hưởng từ và giải phẫu bệnh về mức độ xâm lấn DCVQ

GPB	Mức độ xâm lấn thành trực tràng				
	n (%)				
	T1	T2	T3	T4	Chung
CHT					
T1	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
T2	0 (0,00)	3 (75)	1 (25)	0 (0,00)	4 (8,9)
T3	0 (0,00)	0 (0,00)	18 (100)	0 (0,00)	18 (40)
T4	0 (0,00)	2 (8,7)	15 (65,2)	6 (26,1)	23 (51,1)
Chung	0 (0,00)	5 (11,1)	34 (75,6)	6 (13,3)	45 (100)
	p<0,001				

Nhận xét: Giữa CHT và GPB có mối tương quan trong việc xác định mức độ xâm lấn MTTT ($p < 0,001$). Độ chính xác trong xác định mức độ xâm lấn của UTMTT là $(3+18+6)/45=60\%$. Xác định mức độ xâm lấn T2 có độ nhạy (Se) (60%), độ đặc hiệu (Sp) (97,5%). Mức độ xâm lấn T3 Se (52,94%), Sp (100%). Mức độ xâm lấn T4 Se (100%), Sp (56,41%).

Bảng 3. Sự tương quan giữa CHT và GPB về mức độ xâm lấn thành trực tràng (<T3 và ≥T3)

Đánh giá giai đoạn khối u		Giải phẫu bệnh		Tổng
		≥T3	<T3	
Cộng hưởng từ	≥T3	39 (97,5)	2 (40)	41 (91,1)
	<T3	1 (2,5)	3 (60)	4 (8,9)
Tổng		40 (88,9)	5 (11,1)	45 (100)

Nhận xét: Giữa CHT và GPB có mối liên quan trong chẩn đoán giai đoạn ≥T3 với $p < 0,001$. Trong chẩn đoán giai đoạn xâm lấn thành trực tràng ≥T3 của CHT, nghiên cứu thu được kết quả sau: OR = 58,5 (95% CI:4,04 – 846,7). Độ chính xác của CHT: $(39+3)/45=83,33\%$; Độ nhạy Se: $39/(39+1)=97,5\%$; Độ đặc hiệu Sp: $3/(3+1)=75\%$.

Bảng 4. Liên quan của CHT với giải phẫu bệnh về đánh giá xâm lấn DCVQ

GPB	Diện cắt vòng quanh		
	n(%)		
	DCVQ (+)	DCVQ (-)	Chung
CHT			
MTTT(MRF) (+)	10 (41,7)	14 (58,3)	24 (53,3)
MTTT(MRF) (-)	3 (14,3)	18 (85,7)	21 (46,7)
Chung	13 (28,9)	32 (71,1)	45 (100)
p	0,043		

Nhận xét: Có sự tương đồng giữa chẩn đoán xâm lấn MTTT và xâm lấn DCVQ trên GPB ($p=0,043$). Trong chẩn đoán MTTT (+) trên CHT có Se là $10/(10+3)=76,9\%$, Sp là $18/(18+3)=85,71\%$ và độ chính xác là $(10+18)/45=62,22\%$. Trong đó, MTTT(+) trên CHT có khả năng có QCVQ (+) trên GPB cao hơn nhiều so với MTTT(-).

3.3. Kết quả sớm trong điều trị ung thư trực tràng

Bảng 5. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Bảo tồn cơ thắt	39	86,7
Phẫu thuật Miles	6	13,3
Tổng	45	100

Nhận xét: Phương pháp thường gặp nhất là cắt đoạn đại – trực tràng, nối đại tràng với đoạn trực tràng còn lại hoặc ống hậu môn kiểu tận - tận: 39/45 bệnh nhân (86,7%). Phẫu thuật cắt trực tràng ngã bụng – tăng sinh môn (phẫu thuật Miles) 6/45 bệnh nhân (13,3%).
Bảng 6. Các thông số đánh giá kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	
Thời gian phẫu thuật	281 ± 77,2 (phút)
Tai biến trong phẫu thuật	6,7%
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật	8,62 ± 2,26 (ngày)
Tử vong trong thời gian nằm viện	0 %

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 281 ± 77,2 (phút). Tai biến trong phẫu thuật gặp ở 3 trường hợp chiếm tỉ lệ 6,7% gồm tổn thương âm đạo được khâu lại qua ngã dưới, bàng quang và ruột non, cả 2 trường hợp còn lại điều được xử trí khâu lại qua nội soi. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 8,62 ± 2,26 (ngày). Trong thời gian nằm viện không ghi nhận trường hợp nào tử vong.

Bảng 7. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sau phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Xì miệng nổi	2	4,4
Nhiễm trùng vết mổ	5	11,1
Bí tiểu	3	6,7

Nhận xét: Sau mổ, có 2 trường hợp xì miệng nổi được ghi nhận, chiếm tỉ lệ 4,4%. Biến chứng thường gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ với 5 trường hợp, chiếm tỉ lệ 11,1%. Bí tiểu sau mổ gặp ở 3 trường hợp, chiếm tỉ lệ 6,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Từ tháng 6/2021 đến tháng 4/2023, có 45 bệnh nhân UTTT được chúng tôi lựa chọn đủ tiêu chuẩn tham gia vào nhóm nghiên cứu, với độ tuổi trung bình là 61,76 ± 11,15 (37-85) tuổi và tỉ lệ nam giới chiếm nhiều hơn nữ giới, tỉ lệ lần lượt là 62,2% và 37,8%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự các nghiên cứu của Đặng Hồng Quân (2022) [8], Phạm Công Khánh (2021) [1] và Dural A.C. và cộng sự (2015) [9].

4.2. Khảo sát xâm lấn mạc treo trực tràng bằng cộng hưởng từ và giải phẫu bệnh

Trong nghiên cứu này ghi nhận sự tương quan giữa CHT và GPB trong việc xác định mức xâm lấn MTTT với $p < 0,001$. Độ chính xác trong đánh giá mức độ xâm lấn UTTT là 60%. Xác định mức độ xâm lấn T2 có Se (60%), Sp (97,5%). Mức độ xâm lấn T3 có Se (52,94%), Sp (100%). Mức độ xâm lấn T4 có Se (100%), Sp (56,41%). Bên cạnh đó, chúng tôi phân tích sự liên quan giữa CHT và GPB trong chẩn đoán xâm lấn MTTT ($\geq T3$) ghi nhận được trong chẩn đoán giai đoạn $\geq T3$ giữa CHT và GPB có sự tương quan. Trong chẩn đoán giai đoạn xâm lấn MTTT $\geq T3$ bằng CHT của UTTT, nghiên cứu thu được kết quả như sau: OR = 58,5 (95% CI: 4,04 – 846,7) có nghĩa chẩn đoán của CHT ở khối u có giai đoạn $\geq T3$ và có khả năng GPB chẩn đoán giai đoạn $\geq T3$ cao gấp 58,5 lần so với ở nhóm CHT chẩn đoán khối u ở giai đoạn $< T3$ với độ chính xác của CHT: $(39+3)/45 = 83,33\%$; Độ nhạy Se: 97,5%; Độ đặc hiệu Sp: $3/(3+1) = 75\%$. Năm 2022, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Trọng cũng đã ghi nhận độ chính xác trong chẩn đoán xâm lấn thành đạt 71,56% [10], nghiên cứu của Fan và cs (2019) cho thấy độ chính xác trong đánh giá xâm lấn thành là

70,9% [7]. Năm 2021, Reginelli sử dụng CHT đánh giá xâm lấn thành cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu lượt là T2 (76,2%, 94,2%), T3 (82,1%, 87,5%), và T4 (90,9%, 98,9%) [12]. Các nghiên cứu đều ghi nhận CHT có sự tương quan với giải phẫu bệnh trong xác định mức độ xâm lấn UTTT. Trong đó, chẩn đoán mức độ xâm lấn T3 cho độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác cao hơn so với chẩn đoán các mức độ khác [4],[7]. Nghiên cứu cũng cho thấy DCVQ (+) trên CHT có 23 bệnh nhân (53,3%), DCVQ (-) trên CHT có 22 bệnh nhân (46,7%). Khi kiểm tra sự tương quan trong chẩn đoán giai đoạn xâm lấn DCVQ giữa CHT với giải phẫu bệnh, chúng tôi ghi nhận có sự tương quan với $p=0,043$ ($<0,05$), độ chính xác là 62,22%, độ nhạy Se là (76,9%) và độ đặc hiệu Sp (85,71%). Một phân tích đã đánh giá trên 21 nghiên cứu trước đó được thực hiện năm 2012 cho thấy giá trị chẩn đoán DCVQ trên CHT có độ nhạy, độ đặc hiệu cao, lần lượt là 77% và 94%. Nghiên cứu của tác giả Phạm Công Khánh thực hiện năm 2021 đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác của CHT đánh giá xâm lấn DCVQ lần lượt là 96,2%, 98,8%, 98,1% trên những bệnh nhân UTTT giữa và dưới [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Trọng (2022) đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác của CHT đánh giá xâm lấn DCVQ lần lượt là 65%, 91,01%, 86,24% [10]. Những khối UTTT có mức độ xâm lấn càng cao thì khả năng có xâm lấn DCVQ (+) càng lớn, vấn đề này là do đặc điểm các khối UTTT lớn, xâm lấn rộng, vượt qua các lớp cơ, lớp thanh mạc. Kết quả nghiên cứu ghi nhận sử dụng chẩn đoán trên kết quả chụp CHT trực tràng có thể đánh giá với độ chính xác tương đối cao đặc điểm diện cắt vòng quanh. Điều này cũng góp phần lựa chọn phương pháp điều trị, phương pháp phẫu thuật phù hợp cho những BN có đánh giá diện cắt vòng quanh trên CHT.

4.3. Kết quả sớm trong điều trị ung thư trực tràng

Về kết quả sớm, lựa chọn phương pháp phẫu thuật sẽ phụ thuộc vào vị trí khối u. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được phẫu thuật theo nguyên tắc cắt toàn bộ mạc treo trực tràng. Cắt đoạn đại tràng chậu hông – trực tràng, nối đại tràng với trực tràng còn lại hoặc ống hậu môn trong 39/45 BN (86,7%), phẫu thuật Miles là 6/45 BN (13,3%). Tỷ lệ bảo tồn cơ thắt so với nghiên cứu của các tác giả trong nước: Đặng Hồng Quân (2022) là 78,7% [8], Nguyễn Minh Trọng (2022) là 76,97% [10], Phạm Công Khánh (2021) là 78,3% [1]. Tỷ lệ bảo tồn cơ thắt của các tác giả nước ngoài: Theo Bernstein (2009) là 66,6%, Guillou và cộng sự (2005) trong nghiên cứu MRC CLASSIC là 75% [11]. Leroy (2004) nghiên cứu trên 98 bệnh nhân là 84,7% [5]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bảo tồn cơ thắt cao hơn các tác giả này cho thấy theo thời gian cùng với sự phát triển của các phương tiện kỹ thuật, các dụng cụ khâu nối máy, sự tiến bộ trong tay nghề của phẫu thuật viên đã giúp gia tăng các phẫu thuật bảo tồn cơ thắt. Ngoài ra, với nghiên cứu của các tác giả cho thấy sự phát triển của ung thư trong mạc treo trực tràng, trong thành ruột không quá 2cm tính từ bờ dưới khối u, cho phép chúng ta có thể bảo tồn cơ thắt đối với một số u có vị trí cách rìa hậu môn < 5cm. Thời gian phẫu thuật trung bình là $281 \pm 77,2$ (phút), kết quả này không khác nhiều so với nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước [5],[8]. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp tai biến trong lúc mổ gồm tổn thương âm đạo, bàng quang và ruột non chiếm tỷ lệ 6,7%. Tác giả Nguyễn Minh Trọng (2022) ghi nhận 6/109 (5,51%) có tai biến trong mổ phải chuyển mổ mở để xử lý [10]. Trường hợp tổn thương âm đạo được khâu lại qua ngã dưới, cả 2 trường hợp còn lại đều được xử trí khâu lại qua nội soi mà không cần chuyển mổ mở, các tai biến khác chúng tôi không gặp phải trong quá trình phẫu thuật. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $8,62 \pm 2,26$ (ngày), thời gian

nằm viện sau mổ của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của các tác giả khác: Đặng Hồng Quân (2021) có thời gian nằm viện trung bình là $9,27 \pm 2,5$ ngày [8]. Theo Guillou và cộng sự (2005), trong nghiên cứu MRC CLASSIC cũng ghi nhận thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 8 ngày [11]. Qua kết quả các nghiên cứu trong nước cũng như trên thế giới, chúng ta thấy rằng ưu điểm của phẫu thuật nội soi trong ung thư trực tràng có kết quả tốt hơn về mặt thẩm mỹ, rút ngắn thời gian nằm viện, qua đó giúp giảm chi phí điều trị và giảm gánh nặng cho gia đình. Không ghi nhận trường hợp nào tử vong trong thời gian nằm viện. Biến chứng sau mổ, có 5 trường hợp nhiễm trùng vết mổ chiếm tỉ lệ 11,1%, bí tiểu sau mổ gặp ở 3 trường hợp, chiếm tỉ lệ 6,7%, ghi nhận 2 trường hợp xì miêng nổi ở phẫu thuật cắt trước thấp, chiếm tỉ lệ 4,4% được chẩn đoán vào ngày hậu phẫu thứ 5, cả hai trường hợp đều được chúng tôi xử lý bằng cách khâu lại vị trí xì qua ngã hậu môn, nội soi ổ bụng bơm rửa và mở hồi tràng. Tỉ lệ xì miêng nổi của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Đặng Hồng Quân (2022) [8], Dural A.C (2015) [11] và Bulock M. (2019) [13].

V. KẾT LUẬN

Chụp cộng hưởng từ vùng chậu là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có độ chính xác cao trong đánh giá mức độ xâm lấn của ung thư trực tràng trước mổ, góp phần quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp. Điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi cho thấy tính an toàn và hiệu quả, tỉ lệ biến chứng sau mổ chấp nhận được, thời gian phục hồi sớm, không ghi nhận trường hợp tử vong sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Công Khánh. Nghiên cứu giá trị cộng hưởng từ trong chẩn đoán giai đoạn ung thư trực tràng giữa và dưới được phẫu thuật triệt để. Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. 2021. 145.
2. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R. L., Torre L. A. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 2018, 68(6), 394-424. 10.3322/caac.21492.
3. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh. Vai trò của phẫu thuật nội soi trong xử trí biến chứng của phẫu thuật nội soi trực tràng. *Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2010, Tập 14(số 1), 124 - 126.
4. Glynne-Jones R., Wyrwicz L., Tiret E., Brown G., Rödel C. et al. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*, 2017, 28(suppl_4), iv22-iv40. 10.1093/annonc/mdx224.
5. Leroy J., Jamali F., Forbes L., Smith M., Rubino F. et al. Laparoscopic total mesorectal excision (TME) for rectal cancer surgery: long-term outcomes. *Surg Endosc*, 2004, 18(2), 281-9. 10.1007/s00464-002-8877-8.
6. Al-Sukhni E., Milot L., Fruitman M., Beyene J., Victor J. C. et al. Diagnostic accuracy of MRI for assessment of T category, lymph node metastases, and circumferential resection margin involvement in patients with rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg Oncol*, 2012, 19(7), 2212-23. 10.1245/s10434-011-2210-5.
7. Fan Z., Cong Y., Zhang Z., Li R., Wang S. et al. Shear Wave Elastography in Rectal Cancer Staging, Compared with Endorectal Ultrasonography and Magnetic Resonance Imaging. *Ultrasound Med Biol*, 2019, 45(7), 1586-1593. 10.1016/j.ultrasmedbio.2019.03.006.
8. Đặng Hồng Quân. Nghiên cứu giá trị tiên lượng của diện cắt vòng quanh của bệnh nhân ung thư biểu mô trực tràng được điều trị phẫu thuật nội soi. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2022. 128.
9. Dural A. C., Keskin M., Balik E., Akici M., Kunduz E. et al. The role of the laparoscopy on circumferential resection margin positivity in patients with rectal cancer: long-term outcomes at

- a single high-volume institution. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 2015, 25(2), 129-37. 10.1097/sle.0000000000000060.
10. Nguyễn Minh Trọng. Nghiên cứu diện cắt chu vi bằng cộng hưởng từ và giải phẫu bệnh trong điều trị phẫu thuật ung thư biểu mô trực tràng. Trường Đại học Y Hà Nội. 2022. 127.
 11. Guillou P. J., Quirke P., Thorpe H., Walker J., Jayne D. G. et al. Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*, 2005, 365(9472), 1718-26. 10.1016/s0140-6736(05)66545-2.
 12. Reginelli A., Clemente A., Sangiovanni A., Nardone V., Selvaggi F. et al. Endorectal Ultrasound and Magnetic Resonance Imaging for Rectal Cancer Staging: A Modern Multimodality Approach. *J Clin Med*, 2021, 10(4), 10.3390/jcm10040641.
 13. Bullock M., Nasir I. U. I., Hemandas A., Qureshi T., Figueiredo N. et al. Standardised approach to laparoscopic total mesorectal excision for rectal cancer: a prospective multi-centre analysis. *Langenbecks Arch Surg*, 2019, 404(5), 547-555. 10.1007/s00423-019-01806-w.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG HẠ ĐƯỜNG HUYẾT CỦA CAO CHIẾT HÀNH TÍM (*ALLIUM ASCALONICUM* L., *ALLIACEAE*) TRÊN MÔ HÌNH CHUỘT GÂY TĂNG ĐƯỜNG HUYẾT BẰNG ALLOXAN

Huỳnh Trân¹, Nguyễn Thị Như Mai², Huỳnh Thị Mỹ Duyên^{1*}

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Cần Thơ

*Email: htmduyen@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/07/2023

Ngày phản biện: 13/9/2023

Ngày duyệt đăng: 30/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, bệnh đái tháo đường đang gia tăng nhanh chóng trên toàn thế giới và ngày càng trẻ hóa. Việc sử dụng thuốc hóa được điều trị trong thời gian dài gây tác dụng phụ cho người bệnh, do đó xu hướng tìm kiếm các hợp chất từ thiên nhiên có khả năng cải thiện đường huyết đang được quan tâm nghiên cứu. Hành tím đã được chứng minh có khả năng ức chế men α -glucosidase, là được liệu tiềm năng trong hỗ trợ điều trị bệnh đái tháo đường. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu tác dụng hạ đường huyết của cao chiết Hành tím trên mô hình chuột gây tăng đường huyết bằng alloxan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Cao chiết toàn phần của Hành tím với độ ẩm khoảng 10%. Tiêm phúc mô chuột nhắt trắng Swiss albino alloxan với liều 150mg/kg, sau 72 giờ lấy máu tĩnh mạch đuôi kiểm tra đường huyết lúc đói, những chuột có chỉ số glucose huyết lớn hơn hoặc bằng 200mg/dL được lựa chọn để tiến hành bước thử nghiệm tiếp theo. Chuột gây tăng đường huyết thành công được chia thành 4 lô gồm: Lô đối chứng âm (uống nước cất), đối chứng dương (điều trị bằng metformin liều 250mg/kg), lô điều trị bằng cao chiết Hành tím liều 500mg/kg và lô điều trị 1.000mg/kg; lô đối chứng sinh học chuột có mức đường huyết sinh lý bình thường. Theo dõi và ghi nhận nồng độ glucose huyết, trọng lượng chuột mỗi tuần. **Kết quả:** Mô hình gây bệnh tăng đường huyết có tỷ lệ thành công 70%. Nồng độ glucose huyết ở cả hai lô điều trị đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với lô đối chứng âm và hiệu quả tương đương với lô chứng