

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI, CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH 64 DÂY VÀ GIẢI PHẪU BỆNH SAU MỔ 60 BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

ThS. NGUYỄN VĂN THÁI
BSCKII. NGUYỄN TRUNG SƠN
BSCKI. TRẦN XUÂN THẢO

Viện Y học phóng xạ và u bướu Quân đội
BS. NGUYỄN VĂN HIẾU - Trường Đại học Y Hà Nội
Phản biện khoa học: GS.TS. LÊ TRUNG HẢI
Nguyên Phó Cục trưởng Cục Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu đặc điểm nội soi, chụp cắt lớp vi tính 64 dây và giải phẫu bệnh sau mổ của 60 bệnh nhân ung thư đại tràng tại Bệnh viện K, từ 5/2014-8/2015, kết luận:

- Trên nội soi, hay gặp nhất là u thể sùi và loét-sùi (đều 43,3%), vị trí ở góc gan (30%), kích thước lớn hơn 3/4 chu vi đại tràng (63,0%). Các kết quả này có sự khác biệt với chẩn đoán đại thể song không có ý nghĩa thống kê. Trên đại thể, u thể sùi chiếm 43,3%, thể loét-sùi 43,3%, thể loét 5%, thể thâm nhiễm 6,7%; chỉ gặp typ ung thư biểu mô tuyến (81,7%) và ung thư biểu mô tuyến nhầy (18,3%).

- Kích thước u trên chụp cắt lớp vi tính và trên đại thể khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trên phim chụp cắt lớp vi tính, không phát hiện được trường hợp u manh tràng; còn lại tại các vị trí khác, thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chụp cắt lớp vi tính và trên phẫu thuật. Trong số 44 bệnh nhân u đã xâm lấn vào tổ chức xung quanh (trên giải phẫu bệnh), tất cả đều chẩn đoán đúng trên chụp cắt lớp vi tính. Trong số 16 bệnh nhân u khu trú ở đại tràng (trên giải phẫu bệnh), chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán đúng 12 bệnh nhân, chẩn đoán dương tính giả (u đã xâm lấn vào tổ chức xung quanh) 4 bệnh nhân.

- Về giai đoạn lâm sàng, khối u đã xâm lấn ra tổ chức xung quanh chiếm 73,4%, không bệnh nhân nào ở giai đoạn Tis; 10 bệnh nhân (16,7%) di căn, chủ yếu là di căn hạch cạnh đại tràng, dưới 3 hạch có 33,3%.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, chụp cắt lớp vi tính 64 dây.

ABSTRACT: Study on the endoscopic characteristics, 64-row computerized tomography scanner and post-operative histopathology of 60 patients with colon cancer at K Hospital, from 5/2014-8/2015, concluded:

- In the endoscopic images, the most cases were tumors with fungosity and ulcer-fungosity (43.3%), located in liver angle (30%), the size was greater than 3/4 of the colon circuit (63.0%). These results have differentiation with the overall diagnosis, but were not statistically significant. In general, tumors with fungosity were 43.3%, with ulcer-fungosity were 43.3%, ulcers 5%, infiltration 6.7%; There were only 81.7% of adenocarcinoma and 18.3% of mucosal adenocarcinoma.

- The size of the tumor in the CT scanner and in general, difference was not statistically significant with $p > 0.05$. In the CT scanner image, there was not detected case of cecal tumor; at other sites, difference between computerized tomography and surgery have statistically significant. Among 44 patients, the tumors had invaded the surrounding tissues (in pathology), all were correctly diagnosed in computerized tomography images. Among 16 patients, the tumors located in colon (in pathology), with computerized tomography images correctly diagnosed 12 patients, false positives (tumor invaded into the surrounding tissues), 4 patients.

- About the clinical stage, the tumors have invaded the surrounding tissues accounted for 73.4%, there was no patients at the Tis stage; 10 patients (16.7%) in stage of metastasis, mainly metastasis of nodes next to colon, under 3 nodes (33.3%).

Keywords: Colon cancer, 64-row computerized tomography scanner.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Nguyễn Văn Thái, Email: bacsithaiubqd@gmail.com

Nhận bài: 20/9/2017; mời phản biện khoa học: 25/9/2017; chấp nhận đăng bài: 21/10/2017.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Ung thư đại tràng (UTĐT) là bệnh thường gặp ở các nước phát triển và có xu hướng gia tăng ở các nước đang phát triển. Tại Canada, năm 2012, có 23.200 trường hợp mắc mới UTĐT. Tại Hoa Kỳ, năm

2011, có trên 143.000 trường hợp mắc mới UTĐT. Tại Việt Nam, năm 2010, UTĐT đứng hàng thứ 4 ở nam giới với tỉ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 11,3/100.000 người, đứng sau ung thư phế quản - phổi, dạ dày và gan; ở nữ giới, UTĐT đứng thứ hàng thứ 5

(8,5/100.000 người) sau ung thư vú, dạ dày, phổi và cổ tử cung [1], [2].

UTĐT tiến triển chậm so với các ung thư khác; triệu chứng lâm sàng nghèo nàn nên chẩn đoán sớm gặp nhiều khó khăn. Hiện nay, có nhiều phương pháp hiện đại đã được áp dụng để chẩn đoán UTĐT. Sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như cộng hưởng từ, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy đầu dò... gần đây đã đem lại hiệu quả cao trong việc chẩn đoán, đánh giá mức độ xâm lấn và di căn trong UTĐT tại Việt Nam. Mặc dù đã có nhiều đề tài nghiên cứu về chẩn đoán, điều trị UTĐT, song ít có đề tài mô tả các tổn thương đại thể và hình ảnh chụp CLVT 64 dãy.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả một số đặc điểm tổn thương qua nội soi, chụp CLVT 64 dãy và giải phẫu bệnh của UTĐT.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

60 bệnh nhân (BN) UTĐT, điều trị tại Bệnh viện K, từ tháng 5/2014-8/2015.

Lựa chọn các BN có chẩn đoán sau mổ là ung thư biểu mô đại tràng và có hình ảnh nội soi, kết quả chụp CLVT 64 dãy, mô tả đại thể của u sau phẫu thuật. Loại trừ các trường hợp UTĐT tái phát, BN có 2 ung thư hoặc không xác định u nguyên phát, BN đã điều trị từ nơi khác chuyển đến.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu.
- Cỡ mẫu và chọn mẫu: chọn mẫu có chủ đích.
- Chỉ tiêu nghiên cứu: hình ảnh nội soi (vị trí, số

lượng, kích thước và hình thái u), chụp CLVT 64 dãy (vị trí, số lượng, kích thước, hình thái u, tính chất xâm lấn, hạch di căn) và hình ảnh đại thể (vị trí, số lượng, kích thước, hình thái u, tính chất xâm lấn, hạch di căn), phân loại giai đoạn theo Dukes.

- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học thông thường.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm u trên hình ảnh nội soi:

- Hình dạng u:
 - + Thở sùi: 26 BN (43,3%).
 - + Thở loét: 3 BN (5,0%).
 - + Thở loét-sùi: 26 BN (43,3%).
 - + Thở thâm nhiễm: 4 BN (6,7%).
 - + Thở polip ung thư hóa: 1 BN (1,7%).
- Vị trí u:
 - + Manh tràng: 1 BN (1,7%).
 - + Đại tràng lên: 8 BN (13,3%).
 - + Đại tràng góc gan: 18 BN (30,0%).
 - + Đại tràng ngang: 6 BN (10,0%).
 - + Đại tràng góc lách: 7 BN (11,7%).
 - + Đại tràng xuống: 4 BN (6,7%).
 - + Đại tràng Sigma: 16 BN (26,7%).
- Kích thước u trên nội soi:
 - + Dưới 1/4 chu vi đại tràng: 1 BN (1,7%).
 - + 1/4-1/2 chu vi đại tràng: 7 BN (11,7%).
 - + 1/2-3/4 chu vi đại tràng: 14 BN (23,3%).
 - + Trên 3/4 chu vi đại tràng: 38 BN (63,3%).

Hay gặp nhất là UTĐT thể sùi (43,3%); UTĐT góc gan (30%); kích thước u lớn hơn 3/4 chu vi đại tràng (63,0%).

3.2. Kết quả chụp CLVT 64 dãy so với trong phẫu thuật và trên đại thể:

	Đặc điểm	Chụp CLVT 64 dãy	Trên phẫu thuật	Trên đại thể
Kích thước u	1-4,9 cm	22 (36,7%)	23 (38,3%)	25 (41,7%)
	5-9,9 cm	28 (46,7%)	28 (46,7%)	23 (38,3%)
	≥ 10 cm	10 (16,7%)	9 (15%)	12 (20%)
Vị trí u	Đại tràng lên	7 (11,7%)	0 (%)	
	Đại tràng góc gan	20 (33,3%)	8 (13,3%)	
	Đại tràng ngang	8 (13,3%)	18 (30%)	
	Đại tràng góc lách	5 (8,3%)	9 (15%)	
	Đại tràng xuống	6 (10%)	4 (6,7%)	
	Đại tràng sigma	13 (21,7%)	5 (8,3%)	
	Đại tràng ngang và góc gan	1 (1,7%)	15 (25%)	
	Manh tràng	0 (%)	1 (1,7%)	
Số lượng u	1 u	59 (98,3%)	60 (100%)	
	2 u	1 (1,7%)	0 (%)	

Về kích thước u trên phim chụp CLVT và trên đại thể, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Về vị trí u, trên phim chụp CLVT, không phát hiện được trường hợp u manh tràng; tại các vị trí khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chụp CLVT 64 dãy và trên phẫu thuật.

3.3. Kết quả chẩn đoán mức xâm lấn trên CLVT 64 dây và trên đại thể:

Đại thể	Xâm lấn tổ chức xung quanh	Khu trú ở thành đại tràng	Tổng
Chụp 64 dây			
Giai đoạn u xâm lấn tổ chức xung quanh	44	4	48
Giai đoạn u khu trú thành đại tràng	0	12	12
Tổng	44	16	60

Trong số 44 BN u đã xâm lấn vào tổ chức xung quanh trên giải phẫu bệnh thì cả 44 BN CLVT đều chẩn đoán đúng. Trong 16 BN u khu trú ở đại tràng trên giải phẫu bệnh thì CLVT chẩn đoán đúng 12 BN, có 4 BN CLVT chẩn đoán nhầm là u đã xâm lấn vào tổ chức xung quanh (dương tính giả).

3.4. Tỷ lệ các typ mô bệnh học:

- Ung thư biểu mô tuyến: 49 BN (81,7%).
- Ung thư biểu mô tuyến nhầy: 11 BN (18,3%).

3.5. Hình thái u trên đại thể:

- Thể sùi: 26 BN (43,3%).
- Thể sùi-loét: 26 BN (43,3%).
- Thể loét: 3 BN (5%).
- Thể thâm nhiễm: 4 BN (6,7%).

3.6. Phân loại theo TNM (theo kết quả giải phẫu bệnh):

Giai đoạn TNM	Số BN	Tỷ lệ %
T	T1	1,7
	T2	10
	T3	15
	T4a	61,7
	T4b	11,7
N	N0	55
	N1	33,3
	N2a	10
	N2b	1,7
M	M0	83,3
	M1	16,7

Trong 60 BN, khối u đã xâm lấn ra tổ chức xung quanh là 44 BN (73,4%); không BN nào ở giai đoạn Tis; có 10 BN (16,7%) di căn, chủ yếu là di căn hạch cạnh đại tràng, dưới 3 hạch có 33,3%.

4. BÀN LUẬN.

- Về nội soi: soi đại-trực tràng là phương pháp cận lâm sàng có giá trị để chẩn đoán bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 63,3% BN có khối u phát triển lan rộng trên 3/4 đến toàn bộ chu vi của đại tràng; 23,3% chiếm từ 1/2-3/4 chu vi; 1,7% chiếm 1/4 chu vi đại tràng. Các tác giả khác trong nước cũng cho tỷ lệ tương tự như Phan Văn Hạnh (2000) [3], Nguyễn Quang Thái (2002) [4], Vi Trần Doanh (2005), Mai

Liên (2010), Đào Thị Thanh Bình (2010). Tuy nhiên, việc xác định chu vi u so với thành đại tràng trên nội soi chỉ mang tính chất tương đối, không phản ánh hết mức độ lan rộng của khối u. Nguyễn Quang Thái cho rằng, không có sự liên quan giữa sự xâm lấn theo chu vi với khả năng di căn hạch [4]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Tú (2015), u chiếm 1/4 chu vi ĐT chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,6%; u chiếm 2/4 chu vi đại tràng có tỷ lệ 14,1%; u chiếm 3/4 chu vi đại tràng có tỷ lệ 21,9%; toàn bộ chu vi đại tràng chiếm 26,6% [5].

- Về tổn thương trên đại thể: trong nghiên cứu của chúng tôi, về mặt đại thể UTĐT di căn hạch gặp nhiều nhất là thể sùi và thể sùi-loét đều chiếm 43,3%, thể loét chiếm 5%, thể thâm nhiễm chiếm 6,7%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu về UTĐT nói chung trong cả nước. Nghiên cứu đánh giá về mặt hình thái học của Lê Đình Roanh (1999) cho thấy, thể sùi và sùi-loét là 2 thể hay gặp nhất với 78,2%; Nguyễn Quang Thái (2002) thể sùi 61,5% [4], Đào Thị Thanh Bình (2010) thể sùi 74,4%. Tỷ lệ thể loét và thể thâm nhiễm là 13,3%, đây là 2 thể bệnh ác tính, khả năng di căn hạch vùng cao hơn các thể khác. Nguyễn Thanh Tâm (2010) nhận định rằng tỷ lệ di căn hạch ở những u thể loét là cao nhất (66,7%) so với u thể sùi chỉ có 38,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,017$. Tuy nhiên, một số nghiên cứu trên thế giới đã thất bại trong việc chỉ ra bất cứ sự liên quan nào giữa hình dạng u với các yếu tố tiên lượng. Thể thâm nhiễm được coi là có tiên lượng xấu, nhưng điều này là do mối liên quan giữa hình thái này với sự hiện diện của các tế bào nhẵn và các loại tế bào khác có độ mô học cao [6]. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, 44 BN ở giai đoạn T4 khi khối u đã xâm lấn tổ chức xung quanh chiếm 73,3%, 16 BN khối u còn khu trú ở thành đại tràng chiếm 26,7%. Di căn hạch chủ yếu là N1, N2 chiếm 45%. Di căn xa chủ yếu là di căn gan chiếm 16,7%. Điều này cho thấy, nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi đa số các trường hợp bệnh ở giai đoạn muộn khi khối u đã xâm lấn và di căn. Nó cũng phản ánh những thông tin, những hiểu biết về bệnh của người dân ở nước ta còn thấp. Theo Phạm Hùng Cường, Vương Nhất Phương, tỷ lệ T4 chiếm 50%. Theo Nguyễn Hồng Tuấn, nghiên cứu trên 59 BN ung thư đại trực tràng có 19 trường hợp u đã xâm lấn qua thanh mạc vào tổ chức mỡ và mạch máu, chiếm tỷ lệ 32,2%. Theo Nguyễn Văn Hiếu, tỷ lệ ung thư ở giai đoạn T4 là 27,8%. Theo nghiên cứu của Abdelli và một số tác giả khác, tỷ lệ ung thư đại trực tràng còn khu trú ở thành ruột, chưa di căn hạch khoảng 15% [7], [8]. Như vậy, các nghiên cứu đã chỉ ra có khoảng 1/3 số BN UTĐT vào điều trị phẫu thuật ở giai đoạn

ung thư đã xâm lấn vào tổ chức xung quanh. Đây là một yếu tố tiên lượng không thuận lợi, nhưng BN này cần được hóa trị sau phẫu thuật để nâng cao hiệu quả điều trị.

- Về chụp CLVT: trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, số lượng u trong UTĐT thường là 1 khối u, những trường hợp 2 khối u, thì ngoài u lớn, phần còn lại là u ở dạng polyp. Trong 60 BN nghiên cứu, chúng tôi chỉ ghi nhận 1 BN có u đại tràng góc lách kết hợp với polyp ung thư hóa trực tràng cao. Theo Phan Văn Hạnh, nhìn chung tổn thương UTĐT là đơn tổn thương với tỉ lệ 85,5%; tổn thương nhiều vị trí phát hiện qua nội soi là 3,9%; tỉ lệ ung thư có phối hợp với polyp là 8,6%; ung thư phát triển trên nền polyp là 0,7% [3]. Trong tổng số 60 khối u, khối u kích thước từ 1-4,9 cm chẩn đoán đúng là 20/22 BN (90,9%), khối u 5-9,9 cm chẩn đoán đúng là 21/28 BN (75%), khối u > 10 cm chẩn đoán đúng là 9/10 BN (90%). Trong 60 BN nghiên cứu thì tất cả tổn thương đều có hình khối có 1 BN vừa có u đại tràng góc lách vừa có polyp ung thư hóa tại trực tràng và đều được CLVT 64 dây chẩn đoán đúng. Theo nghiên cứu của Horton và CS tại Viện Y Khoa Johns Hopkins, hình ảnh CLVT điển hình chỉ ra khối mô mềm kín đáo làm hẹp lòng đại tràng. Khối lớn sẽ hoại tử trung tâm, và như vậy, sẽ xuất hiện khối với hình ảnh giảm tỉ trọng trung tâm hoặc hiếm hơn là tỉ trọng khí. Hình ảnh này trông như một apxe [9]. Hơn nữa, tỉ lệ cao UTĐT biểu hiện dưới dạng dày thành khu trú và làm hẹp lòng đại tràng. Sự khác nhau của đặc điểm hình ảnh này nhấn mạnh tầm quan trọng sạch lòng ĐT và giãn đại tràng tốt dưới sự hỗ trợ của nước. Riêng đại tràng sigma có hình ảnh dày thành dạng khối lệch tâm và làm hẹp lòng ruột [10]. Tổn thương xâm lấn là một trong những yếu tố quan trọng trong tiên lượng bệnh, phác đồ điều trị phụ thuộc vào mức xâm lấn, vì vậy, vấn đề chẩn đoán chính xác tổn thương xâm lấn để xây dựng phác đồ điều trị tốt nhất cho người bệnh là rất quan trọng. Chẩn đoán giải phẫu bệnh chỉ thực hiện sau mổ nên chỉ có giá trị hồi cứu. Chụp CLVT 64 dây là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh rất có giá trị trong tổn thương xâm lấn trước điều trị. Chúng tôi đã tiến hành chụp CLVT 64 dây cho 60 BN để đánh giá mức xâm lấn, kết quả cho thấy 80% khối u đã xâm lấn ra tổ chức xung quanh, chỉ có 20% còn khu trú ở thành đại tràng. Tiến hành đối chiếu kết quả này với giải phẫu bệnh cho thấy độ nhạy của phương pháp là 100%, độ đặc hiệu 75%, độ chính xác là 93,3%. Theo nhóm tác giả Horton và CS, CLVT đánh giá độ lan rộng của khối u là khối ngoài đại tràng hoặc đơn giản là hình ảnh dày và thâm nhiễm lớp mỡ quanh

đại tràng, lan rộng của khối u còn được đánh giá là sự mất lớp mỡ giữa đại tràng và cơ quan lân cận [9]. Nghiên cứu của Freeny và CS đã cho kết quả độ nhạy là 61% và độ đặc hiệu là 81% trong đánh giá lan rộng khu trú của khối u [11]; kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Pickhard và CS (2003) [12].

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu một số đặc điểm nội soi, chụp CLVT và giải phẫu bệnh tổn thương UTĐT của 60 BN điều trị phẫu thuật tại bệnh viện K, từ 5/2014-8/2015, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

- Trên nội soi cho thấy hình dạng thể sùi và thể loét-sùi hay gập nhất, đều chiếm 43,3%; vị trí ung thư đại tràng góc gan hay gập nhất (30%); kích thước u > 3/4 chu vi đại tràng chiếm tỉ lệ cao nhất (63,0%). Các kết quả này có sự khác biệt với chẩn đoán đại thể song không có ý nghĩa thống kê.

- Về kích thước u trên phim chụp CLVT 64 dây và trên đại thể, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$; vị trí khối u trên phim chụp CLVT 64 dây không phát hiện được 1 BN u manh tràng, u tại các vị trí, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chụp CLVT 64 dây và trên phẫu thuật.

- Trong số 44 BN u đã xâm lấn vào tổ chức xung quanh trên giải phẫu bệnh thì cả 44 trường hợp CLVT đều chẩn đoán đúng. 16 BN u khu trú ở đại tràng trên giải phẫu bệnh thì CLVT đã chẩn đoán đúng 12 BN, có 4 BN CLVT chẩn đoán nhầm là u đã xâm lấn vào tổ chức xung quanh (dương tính giả).

- Trên đại thể, u thể sùi chiếm 43,3%, thể loét-sùi 43,3%, thể loét 5%, thể thâm nhiễm 6,7%; chỉ gập typ ung thư biểu mô tuyến (81,7%) và ung thư biểu mô tuyến nhầy (18,3%).

- Về giai đoạn lâm sàng, 73,4% khối u đã xâm lấn ra tổ chức xung quanh, không BN nào ở giai đoạn Tis; 10 BN (16,7%) đã di căn, chủ yếu là di căn hạch cạnh đại tràng, 33,3% di căn dưới 3 hạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Văn Hiếu và Võ Văn Xuân (2007), *Ung thư đại trực tràng và ống hậu môn, Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư*, Nhà xuất bản Y học, trang 223-235.
2. Nguyễn Chấn Hùng, Lê Hoàng Minh, Phạm Xuân Dũng và các cộng sự (2006), "Gánh nặng ung thư cho thành phố Hồ Chí Minh", *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 12 (4), trang. 1-7.
3. Phan Văn Hạnh (2004), *Nhận xét tổn thương ung thư đại tràng qua nội soi ống mềm đối chiếu với lâm sàng và giải phẫu bệnh tại bệnh viện K từ*
(Xem tiếp trang 34)

việc tăng sản xuất các cytokine có liên quan đến quá trình viêm. Nghiên cứu của Hirota và nhóm các tác giả Nhật Bản cũng khẳng định nồng độ IL-1 β , IL-8, IL-6 và TNF- α trong máu BN viêm tụy cấp có suy đa tạng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm viêm tụy cấp nặng không có suy đa tạng [3].

5. KẾT LUẬN.

Sự biến động nồng độ các cytokine máu (IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, IFN- γ , TNF- α) cao hơn rõ rệt ở nhóm BN viêm tụy cấp nặng so với nhóm đối chứng và nồng độ các cytokine trong dịch ổ bụng cao hơn hẳn trong máu. Điều này gợi mở ra việc đánh giá sự biểu hiện tăng hoặc giảm nồng độ cytokine trong dịch ổ bụng là một công cụ hoặc thước đo hữu hiệu trong đánh giá bệnh viêm tụy cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Mạnh Cường (2004), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả gần điều trị can thiệp viêm tụy cấp do sỏi giun tại Bệnh viện Việt Đức*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Tâm Dũng, Đỗ Đình Công (2004), "Viêm tụy cấp trên bệnh nhân sỏi mật", *Kỷ yếu tóm tắt các đề tài khoa học*, Đại hội Hội Ngoại khoa Việt Nam lần thứ XI, (Hà Nội, 2004), trang 46.
3. Trần Ngọc Hương (2008), *Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả điều trị phẫu thuật viêm tụy cấp không do nguyên nhân cơ học tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 6/2003-6/2008*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. An S, De Vriese, Francis A et al (1999), "Cytokine removal during continuous hemofiltration in septic patients", *J. Am. Soc. Nephrol*, 10, pp. 846-853.
5. Bellomo R, Tipping P (1991), "Tumor necrosis factor clearance during veno-venous hemodiafiltration in the critically ill", *ASAIO trans*, 37, pp. 332-322.
6. Chen C.C, Wang S.S, Lee F.Y (1999), "Proinflammatory cytokine in early assessment of the prognosis of acute pancreatitis", *The American journal of gastroenterology*, 49, pp. 213-218.
7. Hirota M, Nozawa F, Okabe A, Shibata M, Beppu T, Shimada S, Egami H, Yamaguchi Y, Ikei S, Okajima T, Okamoto K, Ogawa M (2000), "Relationship between plasma cytokine concentration and multiple organ failure in patients with acute pancreatitis", *Pancreas*, 21(2), pp. 141-146.
8. Jani Oiva, Harri Mustonen et al (2010), "Acute pancreatitis with organ dysfunction associates with abnormal blood lymphocyte signaling: controlled laboratory study", *Critical Care*, 14(207), pp. 1-11.
9. Naoki Matsumura, Yoshifumi Takeyama, Takashi Ueda et al (2007), "Decreased Expression of toll-like receptor 2 and 4 on macrophages in experimental severe acute pancreatitis", *Kobe J. Med. Sci*, 53(5), pp. 219-227.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI, CHỤP CẮT LỚP VI TINH 64 DÂY ...

(Tiếp theo trang 30)

2000 đến 2004, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội, trang 61-65.

4. Nguyễn Quang Thái (2003), *Nghiên cứu giá trị một số phương pháp chẩn đoán và kết quả sống 5 năm sau điều trị phẫu thuật ung thư đại tràng*, Luận án Tiến sĩ Ung thư, Học viện Quân y.

5. Nguyễn Văn Tú (2015), *Đánh giá đáp ứng điều trị của phác đồ XELOX bệnh ung thư đại tràng có di căn gan tại Bệnh Viện K*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.

6. Nguyễn Thanh Tâm (2010), *Nghiên cứu tổn thương hạch trong ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng được phẫu thuật triệt căn*, Tóm tắt luận án tiến sĩ y học, trang. 10-17.

7. Abdelli N, Devuler F, Bouche O, Diebold M.D, et Zeitun P (1994), "Leions colorectales Pre'disposant au cancer", *Revue du Praticien*, 44, pp. 2688-2692.

8. Jaap Bonjer H, Charlotte L. Deijen, Gabor A. Abis, Miguel A. Cuesta, et al (2015), "A Randomized Trial of Laparoscopic versus Open Surgery for Rectal Cancer", *N Engl J Med*, 372. 1324-133.

9. Horton K.M, Abrams R.A, Fishman E.K (2000), "Spiral CT of colon cancer: imaging features and role in management", *RadioGraphics*, 20, 419-430.

10. Marco Coccetta, Carla Migliaccio, Francesco La Mura, Eriberto Farinella, et al (2009), "Virtual colonoscopy in stenosing colorectal cancer", *Ann Surg Innov Res*, 3:11.

11. Freeny P.C, Marks W.M, Ryan J.A, Bolen J.W (1986), "Colorectal carcinoma evaluation with CT: preoperative staging and detection of postoperative recurrence", *Radiology*, 158, pp. 347-353.

12. Pickhardt P.J, Choi J.R, Hwang I, Bunder J.A, Puckett M.L, Hildebrandt H.A (2003), "Computed tomography virtual colonoscopy to screen for rectal for rectal neoplasia in asymptomatic adults", *N Engl Med J*, 349, 2191-200.