

**MỤC LỤC**  
**SỐ 1021**

• <b>TRẦN TRỌNG DƯƠNG,</b> <b>PHẠM HÙNG TIẾN,</b> <b>TRẦN QUANG TRUNG</b>	⇒ Đánh giá tỷ lệ tăng huyết áp của người dân từ 30 tuổi trở lên tại phường Phương Canh, quận Nam Từ Liêm, Hà Nội năm 2015	55
• <b>VŨ NHẤT ĐỊNH,</b> <b>NGUYỄN TRẦN CẢNH TÙNG</b>	⇒ Kết quả gắn phẫu thuật thay khớp háng bán phần với đường mổ bên ngoài trực tiếp	58
• <b>CHU THỊ THIẾT,</b> <b>TÔN THỊ KIM THANH,</b> <b>LÊ THÚY QUỲNH</b>	⇒ Kết quả trị số nhân áp bằng nhân áp kếicare ở trẻ em dưới 6 tuổi	61
• <b>NGUYỄN VĂN ĐƯỜNG,</b> <b>ĐINH VĂN THÁNH</b>	⇒ Đánh giá cách xử trí thiếu ối ở sản phụ có thai ≥ 37 tuần tại Bệnh viện Đa khoa huyện Tiên Du tỉnh Bắc Ninh năm 2016	64
• <b>LẠI THANH THÙY,</b> <b>TRẦN VIỆT TỬ</b>	⇒ Nghiên cứu nồng độ B-Type Natriuretic Peptide (BNP) huyết tương ở bệnh nhân xơ gan	67
• <b>TRƯƠNG THỊ MAI HỒNG</b>	⇒ Hội chứng tiết bất hợp lý hormon chống bài niệu và hội chứng mất muối não trong nhiễm khuẩn thần kinh cấp ở trẻ em	70
• <b>NGUYỄN THỊ HỒNG NHUNG,</b> <b>TRƯƠNG QUANG ĐẠT</b>	⇒ Triệu chứng rối loạn mãn kinh ở phụ nữ tại Nhơn Phú - Quy Nhơn năm 2015	73
• <b>PHẠM THỊ THU HIỀN</b>	⇒ Thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi ở trẻ khuyết tật tại Làng Trẻ em Hòa Bình, Hà Nội	77

**GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỬ 1.5 TESLA**  
**TRONG PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN VÀ THEO DÕI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ CỔ TỬ CUNG**

**ĐOÀN VĂN NGỌC<sup>1</sup>, BUI VĂN LỆNH<sup>2</sup>, BUI DIỆU<sup>3</sup>**  
<sup>1</sup>Khoa Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội  
<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội  
<sup>3</sup>Bệnh viện K Trung ương

**TÓM TẮT**

Mô tả tiền cứu 41 bệnh nhân ung thư cổ tử cung (BN UTCTC) có đầy đủ kết quả giải phẫu bệnh (GPB), được chụp CHT 1.5 Tesla trước và sau ĐT. Kết quả: Tuổi thấp nhất 31, cao nhất 68, trung bình 47,8 ± 1,5. UTMB vảy 80,5%, UTBM tuyến 14,6%. CHT trước ĐT xác định chính xác GD UTCTC, giúp các nhà LS xác định phác đồ ĐT thích hợp. Sau ĐT 95,1% chuyển về GD thấp hơn, trong đó 65,9% chuyển về GD 0\*.

Kết luận: CHT 1.5T xác định chính xác GD UTCTC,

giúp LS xác định phác đồ ĐT thích hợp, đánh giá hiệu quả để định hướng cho LS trong quá trình ĐT UTCTC.

Từ khóa: Ung thư CTC, CHT.

Value of 1.5T MRI in the staging and monitoring the treatment of cervical cancer

**SUMMARY**

A prospective study of 41 cervical cancer patients, who have full pathology results, was had 1.5T MRI before and after treatment. Results: The min and max ages are 31 and 68, the average age is 47.8 ± 1.5. Carcinoma epidermoide 80.5%, Adenocarcinoma 14.6%. MRI before treatment is useful for diagnose periods of the disease accurately, helps clinicians determine appropriate treatment regimens. After treating had transferred 95.1% lower stage, while 65.9% moved to stage 0\*. Conclusions. MRI 1.5T is valuable in determining stage of cervical cancer exactly, helps determine appropriate regimen for effective treatment.

Keywords: Cervical cancer, MRI.

Chịu trách nhiệm: Đoàn Văn Ngọc  
Địa chỉ: Khoa Y Dược - ĐHQGHN  
Email: doanvanngoc2010@gmail.com  
Ngày nhận: 22/6/2016  
Ngày phản biện: 18/7/2016  
Ngày duyệt bài: 04/8/2016  
Ngày xuất bản: 20/9/2016

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là khối u ác tính của phụ nữ đứng hàng thứ 2 sau ung thư vú. Trước đây, để chẩn đoán UTCTC người ta thường dựa vào thăm khám âm đạo, soi cổ tử cung (CTC) và sinh thiết. UTCTC được điều trị (ĐT) theo các phác đồ khác nhau như phẫu thuật - tia xạ (PT-TX), tia xạ tiền phẫu - phẫu thuật (TX-PT), tia xạ hóa chất (TX-HC) phối hợp... tùy thuộc vào giai đoạn (GD) của bệnh. Như vậy, để lập kế hoạch điều trị UTCTC cần phải đánh giá đúng GD của bệnh theo FIGO là phân loại hiện đang được áp dụng trên toàn thế giới. Nếu chỉ dựa vào thăm khám lâm sàng (LS), việc đánh giá và phân loại GD bệnh theo FIGO có tỷ lệ sai sót rất cao chiếm trên 25% ở GD I, II, 50%-65% ở GD IIA đến IIIB và 67% ở GD IVA [1]. Hiện nay nhờ có chụp CHT việc phân loại, đánh giá GD UTCTC trở nên chính xác hơn. FIGO trong lần sửa đổi gần đây nhất (năm 2009) đã đề nghị sử dụng ĐNHA trong đó có CHT để đánh giá phân loại UTCTC [2]. Mục tiêu nghiên cứu đánh giá giá trị của CHT 1.5 Tesla trong phân loại giai đoạn (FIGO) và theo dõi ĐT UTCTC.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả tiến cứu 41 bệnh nhân (BN) UTCTC có đầy đủ kết quả giải phẫu bệnh, được chụp CHT 1.5 Tesla trước và sau điều trị (các phác đồ: phẫu thuật - tia xạ hậu phẫu, tia xạ tiền phẫu - phẫu thuật, tia xạ hóa chất phối hợp). Kỹ thuật chụp CHT với các chuỗi xung: T2, T1, Diffusion (b800), T1FS sau tiêm đối quang tử. Loại trừ các trường hợp không đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

## 3. Giá trị của CHT 1.5T trong phân loại giai đoạn và theo dõi điều trị ung thư cổ tử cung

### 3.1. Đánh giá kích thước u cổ tử cung

LS	CHT			Tổng
	≤ 7 mm	> 7 mm - ≤ 40 mm	> 40 mm	
Không xác định	2	1		
> 7 mm - ≤ 40 mm		22	12	34
> 40 mm		1	3	4
Tổng	2	24	15	41
Tỷ lệ %	4,9	58,5	36,6	100%

Kích thước nhỏ nhất của UTCTC trên CHT là 6mm, lớn nhất 66mm, trung bình 35,2 ± 2,2mm. Các giới hạn kích thước 7mm và 40mm là các mốc để phân loại GD UTCTC theo FIGO. Khi so sánh kích thước u theo phân nhóm kích thước giữa CHT với LS và soi CTC

chúng tôi thấy hai phương pháp đánh giá khác nhau ở 14 trường hợp chiếm 34,2% (p<0,01).

### 3.2. Đánh giá xâm lấn âm đạo trên CHT với soi CTC và khám LS

LS	MRI			Tổng
	Không xâm lấn	Đến 2/3 trên	Đến 1/3 dưới	
Không xâm lấn	15	7		
Đến 2/3 trên		13		22
Đến 1/3 dưới			6	13
Tổng	15	20	6	41
Tỷ lệ %	36,6	48,8	14,6	100%

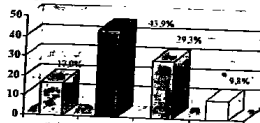
Đánh giá xâm lấn âm đạo có vai trò quan trọng trong đánh giá GD UTCTC. So sánh đánh giá xâm lấn âm đạo giữa CHT với khám LS và nội soi CTC trong 41 trường hợp UTCTC chúng tôi thấy có 34 trường hợp đánh giá tương tự nhau (chiếm 82,9%), 7 trường hợp khám LS và nội soi đánh giá không xâm lấn âm đạo nhưng trên CHT thấy có xâm lấn đến tử bệt (2/3

trên âm đạo). Tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 phương pháp thăm khám không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.3. Đánh giá xâm lấn ngoài CTC trên CHT  
- CHT đánh giá có 9 trường hợp xâm lấn dây chằng rộng (22%), khám LS và nội soi CTC thấy 10 trường hợp (24,4%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Tuổi



Tuổi thấp nhất 31, cao nhất 68, trung bình 47,8 ± 1,48 (với p < 0,01), độ tuổi trên 40 chiếm 83%. Ngô Thị Tinh (2011) nghiên cứu 203 BN UTCTC ở GD IB-IIIB ghi nhận nhóm tuổi ≥ 40 tuổi chiếm 84,8%, tuổi hay gặp nhất là lứa tuổi trung niên, trung bình 48-52 tuổi [3]. Nghiên cứu 296 BN UTCTC GD IIB-IIIB, Trần Đặng Ngọc Linh (2013) cho rằng độ tuổi trung bình 58,4 tuổi [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của Ngô Thị Tinh và Trần Đặng Ngọc Linh.

### 2. Kết quả giải phẫu bệnh

Theo Ngô Thị Tinh (2011) UTBM TB vảy chiếm 81,9%, tuyến 14,4% [3]. Theo Trần Đặng Ngọc Linh (2013) UTBM TB vảy 87,8%, tuyến 11,5% [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của Ngô Thị Tinh, một chút khác biệt so với nghiên cứu của Trần Đặng Ngọc Linh có thể do khác nhau địa điểm nghiên cứu.

- CHT phát hiện 14 trường hợp có hạch chậu (34,1%), 1 trường hợp hạch cạnh ĐMCB, 2 trường hợp xâm lấn niệu quản và 2 trường hợp xâm lấn bàng quang, khám LS và nội soi CTC không phát hiện ra trường hợp nào.

CHT LS	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IVA	IVB	Tổng
0	2	1							3
IB		12	6	1					19
IIA			8	1					9
IIB			1	2	1				4
IIIA						1			1
IIIB					1	1	2	1	5
Tổng	2	13	15	4	2	2	2	1	41
Tỷ lệ %	4,9	31,7	36,6	9,8	4,9	4,9	4,9	2,4	100%

Có 2 trường hợp khám LS và nội soi CTC không xác định được kích thước, nhưng có xác định được kích thước trên CHT là 6mm và 7mm (GD IA). So sánh phân loại GD UTCTC dựa trên CHT với khám LS có 18 trường hợp đánh giá khác nhau (43,9%), trong đó 3 trường hợp khám LS không xác định được khối u nhưng trên CHT xác định 2 trường hợp ở GD IA và 1 trường hợp ở GD IB1 (thể ống CTC). Trong các trường hợp đánh giá GD khác nhau, so với khám LS thì CHT đánh giá thấp hơn 1 bậc ở 2 trường hợp, cao hơn 1 bậc ở 13 trường hợp và cao hơn 2 bậc ở 3 trường hợp. Ngô Thị Tinh cũng nhận thấy có sự

Như vậy CHT có ưu thế hơn khám LS và soi CTC trong đánh giá xâm lấn các cơ quan ngoài CTC, do vậy chính xác hơn trong phân loại GD UTCTC.

### 3.4. Phân loại giai đoạn UTCTC theo FIGO trước điều trị

chuyển GD trong đánh giá giữa LS và CHT [3]. Có thể do hình ảnh CHT có tính khách quan, đánh giá được không gian 3 chiều của khối u, mức độ xâm lấn, di căn hạch, trong khi LS đánh giá mang tính chủ quan của tay người khám, nội soi chỉ quan sát thấy "phần nổi của tầng bàng chim" nên đánh giá thiếu chính xác. Như vậy có thể nói rằng CHT có ưu thế hơn hẳn trong chẩn đoán GD UTCTC do khách phục được những hạn chế của lâm sàng và soi CTC.

### 3.5. Phân loại u với áp dụng các phác đồ điều trị

PĐĐT	GD	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IVA	IVB	Tổng
PT-TX			2	1						3
TX-PT		2	11	6						19
TX-HC				8	4	2	2	2	1	19
Tổng		2	13	15	4	2	2	2	1	41

Phác đồ điều trị cho BN UTCTC phụ thuộc vào GD bệnh. Tại Bệnh viện K Trung ương hiện nay đang sử dụng các phác đồ điều trị sau: UTCTC GD từ IA đến IIA1: PT - tia xạ hậu phẫu hoặc tia xạ tiền phẫu - phẫu thuật. UTCTC GD từ IIA2 đến GD cuối: tia xạ hóa chất phối hợp.

Dựa trên phân loại GD UTCTC theo CHT, 41

trường hợp UTCTC xác định được phác đồ điều trị như bảng trên. Như vậy nhờ có kết quả CHT, các nhà LS xác định được chính xác GD bệnh để đưa ra phác đồ DT thích hợp.

### 3.6. Phân loại giai đoạn UTCTC theo FIGO sau điều trị

RECIST	FIGO	0*	IA*	IB*	IIA*	IIIB*	IVB*	Tổng
ĐUHT		27						27
ĐUMP			2	8	2			12
ĐƯ Kém						1	1	2
Tổng		27	2	8	2	1	1	41
TL %		65,9	4,9	19,5	4,9	2,4	2,4	100%

Gi chú: Chuyển GD UTCTC sau điều trị đánh giá đầu

để phân biệt với GD UTCTC trước điều trị.

Sau một đợt DT chúng tôi tiến hành chụp CHT để đánh giá hiệu quả DT (CHT sau DT).

#### Đánh giá điều trị được xác định như sau:

- Đối với BN phẫu thuật - tia xạ hậu phẫu: được chụp CHT sau phẫu thuật và sau xạ ngoài liều 50Gy phối hợp với xạ áp sát liều 600-800 cGy x 3 lần.

- Đối với BN xạ tiền phẫu - phẫu thuật: được chụp CHT sau xạ tiền phẫu kết hợp giữa xạ ngoài với xạ áp sát tại CTC, tổng liều tại điểm A từ 60-65 Gy (sau 4

tuần BN sẽ được PT Werthiem-Meigs).

- Đối với BN hóa xạ đồng thời: được chụp CHT sau khi kết thúc liều DT bao gồm Cisplatin truyền tĩnh mạch với liều 40mg/m<sup>2</sup> da/tuần x 5 tuần, kết hợp với tia xạ ngoài đồng thời với phân liều tia xạ 1,8-2Gy/ngày x 5 ngày/tuần.

Đánh giá đáp ứng theo "Tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng cho u đặc" (RECIST):

- Đáp ứng hoàn toàn (ĐUHT): Biến mất tất cả các tổn thương.

- Đáp ứng một phần (ĐUMP): Giảm từ 30% trở lên

tổng đường kính lớn nhất tất cả các tổn thương.

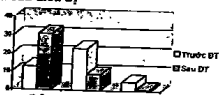
Đáp ứng kém: Giảm < 30% hoặc tăng < 20% tổng đường kính lớn nhất các tổn thương.

Bệnh tiến triển: Tăng  $\geq$  20% tổng đường kính lớn nhất tổn thương hoặc xuất hiện tổn thương mới.

Kết quả chụp CHT sau ĐT cho thấy 27 trường hợp (65,9%) chuyển về GD 0\* (đáp ứng hoàn toàn theo đánh giá RECIST), 12 trường hợp chuyển về GD thấp hơn (đáp ứng một phần theo đánh giá RECIST), 2 trường hợp giữ nguyên GD (đáp ứng kém theo đánh giá RECIST), chứng tỏ rằng dựa trên phân loại GD UTCTC theo CHT các nhà LS đã lựa chọn đúng phác đồ ĐT nên ĐT rất hiệu quả.

Kết quả này cũng chứng tỏ đánh giá chuyển GD UTCTC trên CHT theo FIGO khá tương đồng với đánh giá đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn RECIST.

### 3.7. Thay đổi nồng độ SCC-Ag huyết thanh trước và sau điều trị



Điều đồ trên cho thấy chuyển GD sau ĐT tương ứng với giảm nồng độ SCC-Ag huyết thanh, điều này phản ánh một cách khách quan tính hiệu quả của chọn phác đồ ĐT dựa trên phân loại GD UTCTC theo CHT 1.5 Tesla.

### 3.8. Kết quả điều trị của các phác đồ liên quan đến chuyển giai đoạn

PDDT	Chuyển GD						Tổng
	0*	IA*	IB*	IIA*	IIIB*	IVB*	
PT-TX	3						3
TX-PT	17	1	1				19
TX-HC	7	1	7	2	1	1	19
Tổng	27	2	8	2	1	1	41

Chuyển về GD 0\* có 27 trường hợp (chiếm 65,9%) trong đó 3/3 trường hợp được PT - TX, 17/19 trường hợp xạ tiền phẫu và 7/19 trường hợp TX-HC phối hợp, kết quả này cho phép khẳng định phác đồ ĐT đã áp dụng cho từng GD là phù hợp, ĐT có hiệu quả.

Chuyển GD ở nhóm BN TX-HC phối hợp thấp có thể vì ở GD muộn bệnh nặng, có di căn, ĐT khó khăn, hiệu quả ĐT kém.

### 3.9. Đối chiếu kết quả điều trị theo phân loại FIGO

	Sau	Chuyển GD					Tổng
		0*	IA*	IB*	IIA*	IIIB*	
Trước							
IA	2						2
IB	13						13
IIA	9	2	4				15
IIIB	3		1				4
IVA			1			1	2
IVB					2		2
Tổng	27	2	8		2	1	41

Kết quả điều trị cho thấy 39 trường hợp (95,1%) chuyển về GD thấp hơn trong đó 27 trường hợp (65,9%) chuyển về GD 0\*. 1 trường hợp GD IIIB (2,4%) và 1 trường hợp GD IVB (2,4%) không thay đổi GD. Với các trường hợp không thay đổi GD, CHT cho thấy kích thước u CTC đều giảm < 30%, giảm xâm lấn âm đạo, song còn di căn cơ quan xa (niệu quản, hạch ổ bụng...) nên phân loại GD không giảm sau đợt ĐT đầu tiên, cần xem xét điều chỉnh liều lượng, thời gian ĐT tiếp cho 2 trường hợp đáp ứng kém.

CHT còn có giá trị trong phát hiện hạch di căn, tại biến sau xạ trị. Trong nghiên cứu này CHT sau ĐT phát hiện 9 trường hợp (22,0%) di căn hạch tiểu khung, 2 trường hợp di căn hạch ổ bụng (4,9%).

Như vậy: CHT đã giúp các nhà LS đánh giá hiệu quả ĐT, định hướng được kế hoạch ĐT tiếp theo.

#### KẾT LUẬN

CHT xác định chính xác GD UTCTC, giúp LS chọn phác đồ điều trị thích hợp, do vậy sau điều trị 95,1%

chuyển GD thấp hơn trong đó có 65,9% chuyển về GD 0\*. CHT giúp các nhà lâm sàng đánh giá hiệu quả điều trị và theo dõi BN trong quá trình điều trị UTCTC.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lagasse LD, Creasman WT, Shingleton HM, et al, (1980). "Results and complications of operative staging in cervical cancer: experience of the Gynecologic Oncology Group", *Gynecol Oncol*, 9(1), 90-98.
- Odicino F, Tisi G, Rampinelli F, et al, (2007). "New development of the FIGO staging system", *Gynecol Oncol*, 107(1 Suppl 1): S8-S9.
- Ngô Thị Tinh, (2011). *Nghiên cứu mức xâm lấn của ung thư cổ tử cung giai đoạn IB - IIB qua lâm sàng, cộng hưởng từ và kết quả điều trị tại bệnh viện K từ 2007-2009*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Trần Đặng Ngọc Linh, (2013). *Hiệu quả xạ trị trong ung thư cổ tử cung giai đoạn IIB-IIIB*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.