

viêm lợi của học sinh. Kết quả cho thấy tỉ lệ học sinh có chảy máu lợi ở cả hai trường là 35,7%. Theo điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc 2001, bệnh quanh răng ở trẻ em 6- 8 tuổi là 42,7%; ở 9- 11 tuổi là 69,2%; ở 12-14 tuổi là 71,4% và 15- 17 tuổi là 66,9%. Như vậy, tỷ lệ bệnh quanh răng nhìn chung có chiều hướng tăng theo độ tuổi tăng dần [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 2 trường tiểu học có tỉ lệ chỉ số GI rất tốt và tốt 54,6%. Cũng đánh giá về chỉ số GI, nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thiện [7] tại trường tiểu học Kỳ Bá và trường tiểu học Vũ Lạc, tỉnh Thái Bình cho thấy hầu hết các em học sinh có chỉ số GI đạt loại tốt trở lên (99,5% và 84,3%) tỉ lệ này cao hơn nhiều so với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi.

**3.2. Các yếu tố liên quan tới sâu răng ở học sinh tiểu học.** Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy có mối liên quan giữa chảy máu lợi (OR=3,84; 95%CI: 2,34-6,38) và có cao răng (OR=3,08; 95%CI: 1,93-4,91) của học sinh với tình trạng bệnh sâu răng. Nguy cơ sâu răng ở nhóm chảy máu lợi và có cao răng cao hơn rõ rệt so với nhóm không bị chảy máu lợi và không có cao răng. có mối liên quan giữa chỉ số GI (dùng để đánh giá tình trạng viêm lợi của học sinh) với tình trạng bệnh sâu răng của học sinh ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ sâu răng ở những đối tượng có chỉ số GI ở mức rất tốt thấp hơn nhiều so với ở mức trung bình và kém (1,7% so với 35,1% và 21,9%). Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng chỉ ra được có mối liên quan giữa tình trạng bệnh sâu răng và tình trạng cặn bám răng của học sinh. Điều này cho thấy các bệnh răng miệng có liên quan mật thiết với nhau.

Đánh giá mối liên quan giữa tỉ lệ sâu răng và số lần đi khám răng trong năm, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong nhóm học sinh có đi khám răng trong 1 năm qua thì có 60,4% học sinh bị sâu răng, trong khi trong nhóm học sinh không đi khám răng trong năm qua thì có tới 84% học sinh bị sâu răng. Kết quả cho thấy tỉ lệ sâu răng ở nhóm học sinh không đi khám răng trong năm qua cao hơn so với tỉ lệ này ở nhóm học sinh có đi khám răng trong năm qua. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của tác giả Deepa Gurunathan và cộng sự nghiên cứu về kiến thức, thái độ và thực hành của các bà mẹ liên quan đến Vệ sinh răng miệng cho học sinh tiểu học tại Ấn không có sự khác biệt giữa số lần khám răng và bệnh sâu răng với  $p > 0,05$ [8].

Về thói quen thường xuyên ăn đồ ngọt với tỉ lệ sâu răng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi

chỉ ra rằng trong nhóm học sinh thường xuyên ăn đồ ngọt có 67,7% số học sinh bị sâu răng trong khi đó nhóm không thường xuyên ăn đồ ngọt có 55,5% số học sinh mắc bệnh này. Có thể thấy nhóm học sinh có thói quen thường xuyên ăn đồ ngọt có nguy cơ mắc sâu răng cao hơn so với nhóm không thường xuyên ăn đồ ngọt (OR=1,67; 95%CI: 1,08 – 2,59). Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Bùi Thanh Hải tại Hòa Bình năm 2014 [9].

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sâu răng ở học sinh tiểu học là rất cao 63,5%. Có mối liên quan giữa tình trạng chảy máu lợi và có cao răng với tình trạng sâu răng. Trẻ có chỉ số GI tốt có tỷ lệ sâu răng thấp hơn trẻ có GI kém. Có mối liên quan giữa tình trạng bệnh sâu răng và tình trạng cặn bám răng. Trẻ có khám răng có tỷ lệ sâu răng thấp hơn trẻ không khám răng. Trẻ ăn đồ ngọt thường xuyên có khả năng bị sâu răng cao. Cần tập trung nhiều hơn nữa vào chương trình nha học đường để thay đổi kiến thức và thực hành chăm sóc răng miệng cho trẻ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội**, Báo cáo tổng kết hội nghị nha học đường hàng năm các tỉnh phía Bắc. 2005.
2. **Nguyễn Thanh Thủy**, Thực trạng bệnh sâu răng và một số yếu tố liên quan ở học sinh tiểu học Nhật Tân, Hà nội". Tạp chí Y tế Công cộng, 2009. 26: p. 5-14.
3. **Nguyễn Văn Tiên**, Thực trạng bệnh sâu răng và một số yếu tố liên quan ở học sinh trường Tiểu học Vũ Thắng, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2017. 2017, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
4. **Trần Tân Tài**, Thực trạng bệnh sâu răng và hiệu quả của giải pháp can thiệp cộng đồng của học sinh tại một số trường tiểu học ở Thừa Thiên Huế. 2016, Trường Đại học Y Dược Huế.
5. **Nguyễn Ngọc Nghĩa**, Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành trong phòng bệnh răng miệng của học sinh tiểu học người Mông, tỉnh Yên Bái. Tạp chí Khoa học & Công nghệ, 2011. 115(1): p. 163-168.
6. **Trần Văn Trường**, Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2011. 2011: NXB Y học.
7. **Nguyễn Hữu Thiện**, Kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc răng miệng và kết quả hướng dẫn chải răng ở học sinh lớp 4 tại hai trường Tiểu học thành phố Thái Bình, năm 2016. 2016, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
8. **Joyson Moses Deepa Gurunathan**, Shanmugaavel K Arunachalam Knowledge, Attitude, and Practice of Mothers regarding Oral Hygiene of Primary School children in Chennai, Tamil Nadu, India. International Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 2018. 11(4): p. 338-343.
9. **Bùi Thanh Hải**, Thực trạng bệnh sâu răng và các yếu tố liên quan ở học sinh trường tiểu học xã Mãn Đức, huyện Tân Lạc, tỉnh Hòa Bình năm 2014. 2014, Đại học Y Dược Thái Bình.

## VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ 1.5 TESLA TRONG ĐÁNH GIÁ DI CĂN HẠCH NÁCH TRONG PHẪU THUẬT BẢO TỒN TUYẾN VÚ

Đỗ Thái Huy<sup>1,2</sup>, Nguyễn Diệu Linh<sup>3</sup>,  
Bùi Văn Giang<sup>1,2</sup>, Nguyễn Quang Toàn<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá vai trò của cộng hưởng từ tuyến vú trong đánh giá di căn hạch nách ở nhóm bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật bảo tồn tuyến vú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phân tích 76 hạch nách trên 76 bệnh nhân. Phân tích các thông số về kích thước, hình thái trên các chuỗi xung thường quy và chỉ số ADC trên chuỗi xung DWI. Sử dụng các phép kiểm định độc lập t-test và chi bình phương. Phân tích đường cong ROC. **Kết quả:** Chiều dài trục ngắn, tỉ lệ trục ngắn/dài, độ dày vỏ, mất rốn mỡ, dày vỏ lệch tâm là các thông số có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm hạch di căn và không di căn. Chiều dài trục dài không có khác biệt. Chỉ số ADC khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm, với giá trị AUC cao hơn giá trị AUC của các thông số trên cộng hưởng từ thường quy (AUC: 0.874, với ngưỡng tối ưu  $1.046 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$  cho độ nhạy 78.6%, độ đặc hiệu 85.5%). **Kết luận:** Sử dụng cộng hưởng từ thường quy kết hợp thêm chuỗi xung DWI có khả năng đánh giá di căn hạch nách ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật bảo tồn tuyến vú với độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

**Từ khóa:** Hạch nách, MRI, ADC, Bảo tồn tuyến vú

### SUMMARY

#### DIAGNOSTIC VALUE OF 1.5 TESLA MRI IN PREDICTING METASTATIC AXILLARY LYMPH NODES IN BREAST CONSERVING SURGERY CANDIDATES

**Purposes:** To evaluate the diagnostic value of breast MRI to predict metastatic axillary lymph nodes in breast conserving surgery candidates. **Materials and methods:** 76 axillae in 76 patients were studied. The size and morphological parameters on T2-weighted images and apparent diffusion coefficient (ADC) values were analyzed. An independent t-test/chi-square test and receiver operating characteristics (ROC) curve analysis were used. **Results:** Short axis length, short axis/long axis ratio, cortical thickness, loss of fatty hilum and eccentric cortical thickening were statistically significantly different between the metastatic and nonmetastatic groups. The long axis length was not a statistically significant parameter. The ADC value was significantly different between the 2 groups, with an AUC that was

higher than that of conventional MRI parameters (AUC: 0.874; threshold  $< 1.046 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ ; sensitivity: 78.6%; specificity: 85.5%). **Conclusion:** Using the combination of conventional MRI and DWI, we can predict metastatic lymph nodes in breast conserving candidates with high sensitivity and high specificity.

**Keywords:** Axillary lymph nodes, MRI, ADC, Breast conserving surgery

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, ung thư vú là ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ ở cả các quốc gia phát triển lẫn các quốc gia đang phát triển. Tại Việt Nam, ung thư vú đứng hàng thứ 4 ở cả hai giới, và đứng hàng đầu ở phụ nữ về số ca ung thư mới mắc.

Phẫu thuật bảo tồn tuyến vú ngày càng được chỉ định rộng rãi hơn để thay thế cho phẫu thuật cắt vú toàn bộ ở những nhóm bệnh nhân nhất định, do loại bỏ được u mà vẫn đảm bảo được kết quả về mặt thẩm mỹ.

Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật tuyến vú thường được phối hợp thêm các phương pháp điều trị khác như xạ trị bán phần, hoá trị, mà trong đó, tình trạng di căn hạch nách là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng quyết định phương pháp điều trị.

Cộng hưởng từ (CHT) tuyến vú được sử dụng để đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật ở các bệnh nhân điều trị bảo tồn tuyến vú, nhờ độ nhạy cao trong việc phát hiện các tổn thương đa ổ, đa trung tâm cũng như khả năng đánh giá tốt độ lan rộng của tổn thương. Ngoài ra, CHT vú còn là một phương tiện không xâm lấn rất hữu ích giúp đánh giá các di căn hạch nách.

Do vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định giá trị của CHT tuyến vú trong đánh giá tình trạng di căn hạch nách ở bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật bảo tồn tuyến vú.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật bảo tồn tuyến vú và được chụp CHT tuyến vú, được phẫu thuật và được làm mô bệnh học sau mổ tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 6/2020 đến tháng 5/2021.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.** Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, được chụp CHT đánh giá trước phẫu thuật, đã phẫu thuật và có kết quả mô bệnh học.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Tt Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện K Trung Ương

<sup>3</sup>Bệnh viện K Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thái Huy

Email: huydo.md@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 31.8.2021

Ngày duyệt bài: 8.9.2021

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.** Bệnh nhân không được phẫu thuật và/hoặc không có kết quả mô bệnh học.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Mô tả cắt ngang tiến cứu.

**2.3. Thông số kỹ thuật.** Hệ thống máy CHT 1.5 Tesla (GE Healthcare) với thông số các chuỗi xung: 1) T2 axial, chuỗi xung FSE với TR/TE 4300/80, FOV 320 mm, ma trận ảnh 224 x 192, độ dày lát cắt 4 mm; 2) DWIaxial (giá trị b tại 0 và 800 s/mm<sup>2</sup>) với TR/TE 7000/80, FOV 320 mm, ma trận ảnh 128 x 128, độ dày lát cắt 4 mm; 3) Bản đồ ADC được dựng từ ảnh DW với phần mềm; 4) T1 trước và sau tiêm với TR/TE 6.2/3, FOV 320 mm, ma trận ảnh 256 x 152, độ dày lát cắt 2mm.

**2.4. Đọc phim.** Hạch được chọn nghiên cứu nếu có 1 trong các đặc điểm sau trên ảnh T2: mất rốn mỡ, dày vỏ lệch tâm hoặc hình tròn. Nếu có nhiều hạch có đặc điểm nghi ngờ thì chọn hạch có đường kính trục ngắn lớn nhất.

Trên bản đồ ADC, ROI được đặt vào phần vỏ hạch hạn chế khuếch tán nhất (sau khi đã đổi chiều trên ảnh T2 và DW)

**2.5. Phân tích và xử lý số liệu.** Bảng phần mềm SPSS 16.

Mô tả các biến liên tục và so sánh giữa hai nhóm di căn và không di căn bằng kiểm định độc lập t-test. Các biến phân loại được so sánh bằng kiểm định chi bình phương.

Sử dụng đường cong ROC để so sánh giá trị chẩn đoán của biến, đồng thời tính được ngưỡng tối ưu theo chỉ số Youden.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 76 bệnh nhân, có 14 (18.4%) bệnh

**Bảng 1. Đặc điểm hạch trên MRI**

	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Khoảng	p
Chiều dài trục ngắn (mm)				
- Lành tính	6.12	1.44	3.7-10.5	0.03
- Ác tính	8.59	3.76	4.1-15.8	
Chiều dài trục dài (mm)				
- Lành tính	10.89	3.38	4.8-18.9	0.23
- Ác tính	12.11	3.89	6.9-20.9	
Tỉ lệ trục ngắn/dài				
- Lành tính	0.59	0.14	0.36-0.89	< 0.05
- Ác tính	0.70	0.14	0.49-0.93	
Độ dày vỏ (mm)				
- Lành tính	3.00	0.84	1.7-5.6	< 0.05
- Ác tính	4.20	1.55	2.1-8.3	
Chỉ số ADC (x 10 <sup>-3</sup> mm <sup>2</sup> /s)				
- Lành tính	1227.96	266.13	753.4-2210.0	<0.001
- Ác tính	893.51	216.56	551.5-1234.8	

nhân di căn hạch nách và 62 (81.6%) bệnh nhân không có di căn hạch nách trên giải phẫu bệnh. Các thông số của hạch trên CHT được mô tả trong Bảng 1. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính (PPV), giá trị dự báo âm tính (NPV), khoảng tin cậy, ngưỡng tối ưu, chỉ số AUC và Youden của các thông số là biến liên tục được mô tả trong Bảng 2 và độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV và NPV của các thông số hình thái (biến phân loại) được mô tả trong Bảng 3.

Trong số các biến liên tục, các biến chiều dài trục ngắn, tỉ lệ trục ngắn/dài, độ dày vỏ, chỉ số ADC đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm di căn và không di căn. Ngược lại, chiều dài trục dài của hạch không có khả năng phân biệt tốt tính chất lành/ác tính. Có 6 (42.9%) trong tổng số 14 hạch di căn mất cấu trúc mỡ rốn hạch, và 58 (93.5%) hạch không di căn còn cấu trúc mỡ rốn hạch. Dày vỏ lệch tâm cũng là một thông số có ý nghĩa thống kê trong nhóm hạch ác tính, cụ thể 7 (50%) hạch di căn có hình thái dày vỏ lệch tâm, trong khi chỉ có 4 (6.5%) hạch lành tính có hình thái này.

Chỉ số ADC trung bình ở nhóm hạch di căn (0.894 x 10<sup>-3</sup> mm<sup>2</sup>/s) thấp hơn đáng kể so với nhóm không di căn (1.228 x 10<sup>-3</sup> mm<sup>2</sup>/s). Dựa vào chỉ số AUC, giá trị ADC là biến có giá trị nhất trong việc dự đoán hạch di căn (AUC = 0.874). Với ngưỡng tối ưu được lấy là 1.046 x 10<sup>-3</sup> mm<sup>2</sup>/s theo chỉ số Youden, độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV, NPV lần lượt là 78.6%, 85.5%, 55.0% và 94.6%. Bên cạnh đó, độ dày vỏ cũng là một yếu tố tiên lượng tốt hạch di căn, với ngưỡng tối ưu là 3,35 mm (AUC 0.783, độ nhạy 85.7%, độ đặc hiệu 72.6%, PPV 41.4%, NPV 95.4%).

**Bảng 2. Giá trị chẩn đoán của biến liên tục**

	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)	AUC	95%	p	Ngưỡng	Youden
Chiều dài trục ngắn	50.0	95.2	70.0	89.4	0.698	0.511-0.884	<0.05	8.25	0.552
Chiều dài trục dài	64.3	61.3	27.3	88.4	0.597	0.432-0.763	0.873	10.85	0.256
Tỉ lệ trục ngắn/dài	78.6	53.2	27.5	91.7	0.697	0.550-0.844	<0.05	0.602	0.318
Độ dày vỏ	85.7	72.6	41.4	95.4	0.783	0.628-0.939	<0.001	3.35	0.583
Chỉ số ADC	78.6	85.5	55.0	94.6	0.874	0.782-0.967	<0.001	1046.9	0.641

**Bảng 3. Giá trị chẩn đoán của biến hình thái**

Biến	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	PPV (%)	NPV (%)
Mất rốn mỡ	42.9	93.5	60.0	87.9
Dày vỏ lệch tâm	50.0	93.5	63.6	89.2
Đặc điểm hình thái (mất rốn mỡ hoặc dày vỏ)	64.3	88.7	56.2	91.7

#### IV. BÀN LUẬN

Trong số các thông số CHT thường quy, độ dày vỏ là thông số có giá trị nhất để dự đoán hạch di căn (AUC 0.783, ngưỡng tối ưu 3.35mm). Kết quả này tương tự như trong các nghiên cứu của Kim<sup>1</sup> và Scaranelo và cộng sự.

Các thông số khác về kích thước cũng có khác biệt giữa nhóm di căn và nhóm không di căn. Trong đó, ngưỡng tối ưu cho chiều dài trục ngắn là 8.25 mm. Ngưỡng chiều dài trục ngắn cao hơn trong các nghiên cứu của Ni He<sup>2</sup> (5.5 mm) nhưng bù lại có độ đặc hiệu cao hơn (93.5%), tương ứng với nghiên cứu của Kim<sup>1</sup>. Tỉ lệ trục ngắn/trục dài cũng có khác biệt đáng kể giữa hai nhóm, với ngưỡng tối ưu là 0.602, tương tự như các nghiên cứu của Ne He<sup>2</sup> và Yoshimura<sup>3</sup>, trong khi nghiên cứu của Kim<sup>1</sup> lại cho thấy khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Không chỉ vậy, nghiên cứu của chúng tôi và một vài nghiên cứu khác<sup>4</sup> chỉ ra không có sự khác biệt về chiều dài trục dài giữa hai nhóm, trong khi một số nghiên cứu<sup>1,3</sup> lại cho kết quả ngược lại. Nguyên nhân khiến cho các thông số về kích thước có giá trị không ổn định, có thể do một số hạch chỉ bị xâm nhập một phần vỏ, trong khi có một số hạch đã bị thay thế toàn bộ bởi tế bào ung thư gây biến đổi hình dạng hoàn toàn. Các kết quả này dẫn tới cần thêm một số thông số về chức năng để đánh giá tính chất lành/ác của hạch.

Sự khác biệt về hình thái giữa hai nhóm lành/ác cũng có ý nghĩa thống kê. Cả hai thông số về mất rốn mỡ và dày vỏ lệch tâm đều có độ đặc hiệu cao (93.5%) nên rất hữu ích trong việc loại trừ hạch di căn. Các kết quả này đều giống

trong các nghiên cứu trước<sup>3</sup>. Ngoài ra, việc kết hợp cả hai thông số này trong chẩn đoán giúp cho độ nhạy tăng lên đáng kể (42.9% lên 64.3%), trong khi độ đặc hiệu lại không thay đổi nhiều (88.7%).

Như đã nói ở trên, các thông số về chức năng có thể góp phần làm tăng khả năng của CHT trong việc dự báo hạch di căn. Chuỗi xung DWI là một lựa chọn khá hứa hẹn, khi nó có thể thực hiện bổ sung vào kỹ thuật CHT thường quy mà không đòi hỏi thêm nhiều tài nguyên cũng như không cần tiêm thuốc cản quang. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị của chỉ số ADC trong việc phân biệt tính chất lành/ác của hạch thậm chí vượt trội so với các thông số CHT thường quy (AUC: 0.874). Với ngưỡng tối ưu là  $1.046 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ , chỉ số ADC có độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV, NPV tương ứng là 78.6%, 85.5%, 55.0% và 94.6%. Kết quả của chúng tôi tương tự với nhiều nghiên cứu trước đây<sup>5,6</sup>, với độ nhạy dao động từ 53.8 đến 94.7% và độ đặc hiệu dao động từ 65.8-93%. Đối với giá trị ADC, ngưỡng tối ưu của các nghiên cứu này<sup>5,6</sup> dao động từ  $1.04 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$  đến  $1.05 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ , rất sát với nghiên cứu của chúng tôi. Trong khi đó, nghiên cứu của Heusner và cộng sự<sup>7</sup> cho kết quả chỉ số ADC không có giá trị trong dự báo di căn hạch.

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, chúng tôi lựa chọn hạch nghi ngờ nhất để phân tích và giả định rằng nó tương ứng với kết quả hạch sau mổ. Tuy nhiên, không có cách nào để chắc chắn rằng hạch mà chúng tôi chọn cũng chính là hạch thứ phát phát hiện trên giải phẫu bệnh. Thứ hai, do hạn chế về độ dày lát cắt, chúng tôi chỉ đưa những hạch có trục

dài trên 4mm vào trong nghiên cứu, điều này có thể gây bỏ sót những hạch nhỏ nhưng đã có tế bào u xâm nhập, như đã nói ở trên. Thứ ba, phương pháp đo chỉ số ADC của chúng tôi có khác biệt so với một số nghiên cứu trước đây: đo vùng có chỉ số ADC thấp nhất, sau khi đã đổi chiều lại với ảnh T2 xóa mỡ (trong khi Kim<sup>1</sup> sử dụng ROI lấy tối đa diện tích hạch có thể). Cách này tuy tăng độ nhạy trong việc phát hiện các vùng di căn nhỏ trong hạch, nhưng có thể gây ra những sai số do hiệu ứng thể tích bán phần. Thứ tư, nghiên cứu của chúng tôi không sử dụng thông số động học ngấm thuốc, vốn được sử dụng rất rộng rãi để đánh giá tính chất lành/ác của khối u nguyên phát. Cuối cùng, dù rất hứa hẹn, chưa có nhiều nghiên cứu chỉ ra tác động của những kết quả này đến tỉ lệ sống sau 5 năm cũng như tỉ lệ tái phát, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có chỉ định điều trị bảo tồn tuyến vú.

## V. KẾT LUẬN

Tổng kết lại, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra một số thông số của CHT thường quy và chuỗi xung DWI trong đánh giá di căn hạch nách ở những bệnh nhân ung thư vú có chỉ định điều trị bảo tồn, bao gồm: chiều dài trục ngắn, tỉ lệ trục ngắn/trục dài, độ dày vỏ, hình thái mất cấu trúc mỡ rốn hạch/dày vỏ lệch tâm và chỉ số ADC. Kết quả này không khác biệt nhiều với các nghiên cứu trước đây vốn thực hiện ở nhóm các bệnh nhân ung thư vú nói chung. Như vậy, CHT và đặc biệt là chỉ số ADC (với ngưỡng tối ưu là  $1.046 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ ) vẫn là một phương pháp hữu ích để đánh giá tình trạng di căn hạch ở những bệnh nhân có chỉ định bảo tồn tuyến vú. Tuy nhiên, cần thêm những nghiên cứu sâu hơn để

đánh giá hiệu quả của CHT lên kết quả điều trị sau cùng ở nhóm bệnh nhân này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim EJ, Kim SH, Kang BJ, Choi BG, Song BJ, Choi JJ. Diagnostic value of breast MRI for predicting metastatic axillary lymph nodes in breast cancer patients: diffusion-weighted MRI and conventional MRI. *Magn Reson Imaging*. 2014;32(10):1230-1236. doi:10/gg3xwd
2. He N, Xie C, Wei W, et al. A new, preoperative, MRI-based scoring system for diagnosing malignant axillary lymph nodes in women evaluated for breast cancer. *Eur J Radiol*. 2012;81(10):2602-2612. doi:10.1016/j.ejrad.2012.03.019
3. Yoshimura null, Sakurai null, Oura null, et al. Evaluation of Axillary Lymph Node Status in Breast Cancer with MRI. *Breast Cancer Tokyo Jpn*. 1999;6(3):249-258. doi:10.1007/BF02967179
4. Arslan G, Altintoprak KM, Yirgin IK, Atasoy MM, Celik L. Diagnostic accuracy of metastatic axillary lymph nodes in breast MRI. *SpringerPlus*. 2016;5(1). doi:10/gg3zrx
5. Kamitani T, Hatakenaka M, Yabuuchi H, et al. Detection of axillary node metastasis using diffusion-weighted MRI in breast cancer. *Clin Imaging*. 2013;37(1):56-61. doi:10.1016/j.clinimag.2012.02.014
6. Junping W, Tongguo S, Yunting Z, Chunshui Y, Renju B. Discrimination of axillary metastatic from nonmetastatic lymph nodes with PROPELLER diffusion-weighted MR imaging in a metastatic breast cancer model and its correlation with cellularity. *J Magn Reson Imaging*. 2012;36(3):624-631. doi:https://doi.org/10.1002/jmri.23695
7. Heusner T-A, Kuemmel S, Koeninger A, et al. Diagnostic value of diffusion-weighted magnetic resonance imaging (DWI) compared to FDG PET/CT for whole-body breast cancer staging. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2010;37(6):1077-1086. doi:10.1007/s00259-010-1399-z

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở NGƯỜI BỆNH CHẨN THƯƠNG TUYẾN SỐNG

Đỗ Văn Đức<sup>1</sup>, Trần Thị Hà An<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Tuấn<sup>1,2</sup>, Lê Công Thiện<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Trầm cảm là rối loạn tâm thần thường gặp nhất ở người bệnh chấn thương tuỷ sống. Trầm cảm tác động đến nhiều khía cạnh như làm suy

giảm chất lượng cuộc sống, tập luyện và phục hồi kém hiệu quả, tăng nguy cơ tự sát, ảnh hưởng nặng nề tới quá trình phục hồi và tái hoà nhập xã hội của người bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm ở người bệnh chấn thương tuỷ sống. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 107 người bệnh chấn thương tuỷ sống điều trị nội trú tại Trung Tâm Phục Hồi Chức Năng bệnh viện Bạch Mai và Khoa Cột Sống Ít Xâm Lấn bệnh viện Châm Cứu Trung Ương từ tháng 08/2020 đến tháng 08/2021. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới (87,9%); độ tuổi trung bình  $43,25 \pm 13,74$ ; nơi sinh sống chủ yếu ở

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Đức

Email: doducdhy1995@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 3.9.2021

Ngày duyệt bài: 10.9.2021