

Sự cải thiện triệu chứng lâm sàng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân là hoàn toàn rõ rệt. 6 tháng sau phẫu thuật 100% bệnh nhân không còn các triệu chứng khó chịu về đường tiểu dưới. Điểm IPSS trung bình trước PT là 29.74 ± 4.01 điểm. sau PT 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng lần lượt là 6.94 ± 1.62 ; 6.49 ± 1.33 ; 5.94 ± 0.93 . Sự khác biệt này trước và sau PT có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$), điều đó cho thấy sự cải thiện rõ rệt về lâm sàng trước và sau PT (Paired Samples Test). Một số nghiên cứu khác của các tác giả nước ngoài cũng chứng minh cho sự cải thiện rõ rệt này như: Enikeev và cộng sự, điểm IPSS trước mổ trung bình 23.1 ± 2.2 . Điểm IPSS trung bình tái khám sau 12 tháng là 5.9 ± 2.1 [7]. Theo tác giả Ajib và cộng sự điểm IPSS trước mổ trung bình 20.9. Điểm IPSS trung bình tái khám sau 12 tháng là 3.8 [8]. Theo tác giả Hiraoka và cộng sự, điểm IPSS trước mổ trung bình 18.88 ± 8.84 . Điểm IPSS trung bình tái khám sau 6 tháng là 5.62 ± 5.63 [4]. 100% bệnh nhân đánh giá chất lượng cuộc sống tốt và rất tốt 6 tháng sau PT qua thang điểm QoL. Điểm QoL trung bình trước PT là 5.14 ± 0.69 và sau PT 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng lần lượt là 1.91 ± 0.61 ; 1.69 ± 0.47 ; 1.49 ± 0.50 . Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê cũng cho thấy sự cải thiện tốt về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Một số tác giả khác cũng có nghiên cứu cho thấy quan điểm tương đồng như: Enikeev và cộng sự, điểm QoL trước mổ trung bình 4.3 ± 0.9 , sau 12 tháng QoL cải thiện đáng kể 1.7 ± 0.7 [7]. Theo tác giả Ajib và cộng sự điểm QoL trước mổ trung bình 4.1. Điểm QoL trung bình tái khám sau 12 tháng là 0.9 [8].

V. KẾT LUẬN

ĐÁNH GIÁ GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN HẸP ĐƯỜNG MẬT

Nguyễn Văn Công¹, Lê Tuấn Linh¹, Nguyễn Thái Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu giá trị của cộng hưởng từ (CHT) trong đánh giá hẹp đường mật và chẩn đoán phân biệt nguyên nhân hẹp lành tính hay ác tính. **Đối**

Phẫu thuật bóc u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng dao điện đơn cực qua đường niệu đạo là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, cải thiện tốt triệu chứng cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Việt Thanh** (2017). Nghiên cứu hiệu quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng kỹ thuật laser phóng bên, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, .
2. **Trần Ngọc Sinh**, (2001), "Chỉ định điều trị cắt đốt nội soi trong bế tắc đường tiết niệu dưới do bướu lành tính tuyến", luận án tiến sĩ khoa học Y Dược, (Đại học Y Dược TP.HCM.), pp., .
3. **Tsarichenko D.G., Simberdeev R.R., Glybochko P.V. và cộng sự.** (2016). [Monopolar transurethral enucleation of benign prostatic hyperplasia. Our initial experience]. Urologija, (4), 70–75.
4. **Hiraoka Y., Shimizu Y., Iwamoto K. và cộng sự.** (2007). Trial of complete detachment of the whole prostate lobes in benign prostate hyperplasia by transurethral enucleation of the prostate. Urol Int, **79**(1), 50–54.
5. **Lý Hoàng Phong**, (2007), "Tai biến và biến chứng sớm sau cắt đốt nội soi bướu lành tính tuyến tiền liệt, Luận văn thạc sĩ y khoa, "Đại học Y Dược TP.HCM, pp., .
6. **Đỗ Ngọc Thế** (2019). Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá kết quả điều trị bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp bốc hơi lưỡng cực qua nội soi niệu đạo. Luận án Tiến sĩ y học. Học viện Quân y, .
7. **D E., L R., M G. và cộng sự.** (2020). Monopolar enucleation versus transurethral resection of the prostate for small- and medium-sized (. World journal of urology, **38**(1).
8. **Ajib K., Zgheib J., Salibi N. và cộng sự.** (2018). Monopolar Transurethral Enucleo-Resection of the Prostate Versus Holmium Laser Enucleation of the Prostate: A Canadian Novel Experience. J Endourol, **32**(6), 509–515.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Công

Email: vancong240@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2022

Ngày duyệt bài: 21.11.2022

tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu gồm 75 bệnh nhân (BN) với 76 tổn thương hẹp đường mật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 07 năm 2022. **Kết quả:** CHT chẩn đoán có độ nhạy và độ chính xác lần lượt là 97.3% và 94.7% trong chẩn đoán hẹp đường mật so với chụp đường mật qua da (CĐMQD). Giá trị k đánh giá sự đồng thuận giữa CHT và CĐMQD trong mô tả các đặc điểm hình ảnh của hẹp đường mật cho thấy có sự đồng thuận tốt (0.4 - 0.7). Các đặc điểm bờ không đều, không đối xứng, hạn chế khuếch tán của tổn thương

hẹp đường mật trên hình ảnh CHT có ý nghĩa trong chẩn đoán nguyên nhân ác tính với độ chính xác lần lượt là 85%, 85% và 90% ($p < 0.01$). **Kết luận:** Cộng hưởng từ là một phương pháp có độ chính xác cao trong chẩn đoán hẹp đường mật so với CDMQD và có ý nghĩa trong chẩn đoán nguyên nhân hẹp lành tính hay ác tính.

Từ khóa: Hẹp đường mật, cộng hưởng từ, cộng hưởng từ mật tụy, chụp đường mật qua da.

SUMMARY

ASSESSING THE VALUE OF MAGNETIC RESONANCE IN THE DIAGNOSIS OF THE BILIARY STRICTURES

Purpose: To assess the value of magnetic resonance imaging (MRI) in the diagnosis of biliary strictures and in differentiation between benign and malignant causes of biliary strictures. **Materials and methods:** A retrospective and prospective, descriptive study of 75 patients with 76 biliary stricture lesions in Hanoi Medical University Hospital from Jan-2021 to July-2022. **Results:** Sensitivity, accuracy of MRI for diagnosis of biliary strictures was 97.3% and 94.7% respectively. The k values calculated for agreement between findings at MRI and those at percutaneous transhepatic cholangiography (PTC) indicated good agreement between the two modalities (0.4 - 0.7). The presence of irregular margin, asymmetry and restricted diffusion of strictured bile duct were significant findings for malignancy ($p < 0.001$), and accuracy was 85%, 85% and 90% respectively. **Conclusion:** Magnetic resonance imaging is a valuable modality in the diagnosis of biliary strictures and in differentiation between benign and malignant causes of biliary strictures.

Keywords: Bile duct strictures, biliary strictures, magnetic resonance imaging, magnetic resonance cholangiopancreatography, percutaneous transhepatic cholangiography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp đường mật là sự giảm khẩu kính đường mật một cách tương đối so với phần ống mật kế cận do nhiều nguyên nhân gây ra, có thể dẫn đến ứ trệ lưu thông dịch mật. Nguyên nhân của hẹp đường mật có thể là nguyên nhân lành tính như tổn thương đường mật liên quan đến sỏi mật, tiền sử phẫu thuật, các bệnh lý viêm đường mật mạn tính hoặc nguyên nhân ác tính như ung thư biểu mô đường mật, ung thư tụy, hạch rốn gan chèn ép, ung thư di căn vào đường mật [1].

Bên cạnh các thăm khám lâm sàng và xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh đóng một vai trò hết sức quan trọng trong chẩn đoán và xác định nguyên nhân của hẹp đường mật. Siêu âm là phương pháp thăm khám hình ảnh đầu tiên được sử dụng nhằm phát hiện tình trạng giãn đường mật với độ nhạy cao. Cắt lớp vi tính (CLVT) có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn siêu âm, đặc biệt trong phát hiện các tổn thương ác tính của

đường mật. Trong khi đó, CHT có nhiều ưu điểm hơn so với CLVT như có khả năng cung cấp hình ảnh cây đường mật với chất lượng cao, đánh giá các tính chất của tổn thương giúp xác định vị trí và mức độ hẹp đường mật, định hướng nguyên nhân gây hẹp, hướng dẫn cho các can thiệp đường mật qua da trong trường hợp có chỉ định [1].

Cho đến nay, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về đặc điểm của CHT ở bệnh nhân hẹp đường mật cũng như giá trị của CHT trong phân biệt nguyên nhân hẹp đường mật ác tính với lành tính. Tuy nhiên, ở Việt Nam vẫn chưa có nghiên cứu nào về giá trị của CHT trong đánh giá hẹp đường mật có đối chiếu với CDMQD và kết quả giải phẫu bệnh (GPB).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân có chẩn đoán hẹp đường mật tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp điện quang, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2021 đến tháng 07/2022.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được lựa chọn phải thỏa mãn đồng thời các tiêu chí sau:

- Bệnh nhân được chụp CHT gan mật và CDMQD.
- Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp đường mật trên CHT và/hoặc trên CDMQD.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân được chụp CHT không đúng kỹ thuật, không đầy đủ các chuỗi xung.
- Hình ảnh CHT, CDMQD thu được không đạt tiêu chuẩn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện.

Các biến số nghiên cứu: Vị trí hẹp, tính chất bờ, đối xứng, chuyển tiếp, ngấm thuốc, hạn chế khuếch tán của tổn thương hẹp.

Quy trình nghiên cứu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp đường mật trên CHT và/hoặc trên CDMQD.

- GPB: Một số trường hợp nghi ngờ ác tính được sinh thiết tổn thương qua nội soi đường mật, một số trường hợp được chỉ định phẫu thuật và có GPB sau mổ.

- Hình ảnh chụp CHT và CDMQD được phân tích độc lập bởi hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh về các chỉ số và biến số nghiên cứu.

- Đối chiếu các đặc điểm hình ảnh trên CHT với CDMQD và kết quả GPB.

- Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số được tính toán các tỷ lệ %, sử dụng các thuật toán thống kê, so sánh các tỷ lệ. Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị p, giá trị k để đánh giá giá trị của cộng hưởng tử trong chẩn đoán hẹp đường mật so với chụp đường mật qua da và trong phân biệt hẹp đường mật ác tính và lành tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 07 năm 2022 có 75 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu của chúng tôi với 76 tổn thương hẹp đường mật được chẩn đoán trên CHT và/hoặc CDMQD.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

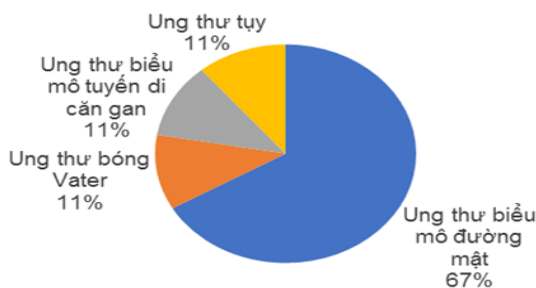
Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N = 75)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)		
Giới	Nam	31	41%	Tiền sử	Sỏi mật	31	41.3%
Tuổi	≤ 40 tuổi	14	18.7%	Nổi mật ruột	3	4.0%	
	41 - 60 tuổi	24	32.0%	Cắt túi mật	11	14.7%	
	> 61 tuổi	37	49.3%	Lâm sàng	Đau bụng	65	86.7%
				Sốt	17	22.7%	
				Vàng da	29	38.6%	

Trong nghiên cứu, nhóm bệnh nhân nữ chiếm đa số (59%), tỷ lệ nữ/nam là 1.42/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 58.2 ± 15.3 tuổi (thấp nhất là 29 tuổi và cao nhất là 96 tuổi), nhóm tuổi > 61 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất (49.3%). Tiền sử bệnh lý nổi bật là sỏi mật chiếm 41.3%, có 33.3% bệnh nhân đã từng phẫu thuật lấy sỏi mật, 14.7% đã cắt túi mật, 4% từng nổi mật ruột. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau bụng (86.7%), sau đó là vàng da (38.6%) và sốt (22.7%).

Đặc điểm về giải phẫu bệnh. Kết quả mô bệnh học của 20 tổn thương bao gồm 9 trường hợp tổn thương ác tính và 11 trường hợp tổn thương lành tính. Trong các tổn thương ác tính, ung thư biểu mô đường mật chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 6/9 BN chiếm 67%, còn lại ung thư bóng Vater, ung thư biểu mô tuyến di căn gan và ung thư biểu mô tuyến tụy đều chỉ có 1/9 BN chiếm 11%. Trong nhóm hẹp đường mật lành tính có 1 tổn thương u tuyến ống nhú loạn sản độ thấp, còn lại là tổn thương viêm mạn tính, viêm mủ. mô liên kết xơ.



Biểu đồ 1. Biểu đồ các tổn thương ác tính gây hẹp đường mật trong nghiên cứu

3.2. Giá trị của CHT trong chẩn đoán hẹp đường mật đôi chiếu với CDMQD

Bảng 2. Giá trị của CHT trong chẩn đoán hẹp đường mật đôi chiếu với CDMQD (N = 76)

CHT \ CDMQD	CHT		Tổng
	Hẹp	Không hẹp	
Hẹp	72	2	74
Không hẹp	2	0	2
Tổng	74	2	76

CHT chẩn đoán chính xác 72/76 trường hợp (94,7%) hẹp đường mật. Có 2 trường hợp (2,6%) âm tính giả, 2 trường hợp (2,6%) dương tính giả. Độ nhạy và độ chính xác của CHT trong chẩn đoán hẹp đường mật lần lượt là 97,3% và 94,7%.

Bảng 3. Đánh giá tính chất bờ, đôi xứng, chuyển tiếp của đoạn hẹp trên CHT đôi chiếu với CDMQD (N = 72)

CHT \ CDMQD	CHT		Giá trị k	
	Có	Không		
Bờ không đều	20	6	0.586	
Đôi xứng	8	38		
Chuyển tiếp đột ngột	Có	33	10	0.484
	Không	7	22	
Chuyển tiếp	Có	49	7	0.631
	Không	3	13	

Độ chính xác của cộng hưởng tử trong đánh giá tính chất đường bờ, tính chất đôi xứng và chuyển tiếp của đoạn hẹp đường mật so với CDMQD lần lượt là 80.6%, 76.4% và 86.1%.

3.2. Giá trị của CHT trong phân biệt hẹp đường mật ác tính và lành tính

Bảng 4. Giá trị của tính chất bờ, đối xứng và chuyển tiếp của đoạn hẹp trên CHT trong phân biệt hẹp đường mật ác tính và lành tính (N = 20)

CHT		GPB	Ác tính	Lành tính	Tổng	p
Bờ	Không đều		7	1	8	0.005
	Đều		2	10	12	
	Tổng		9	11	20	
Đối xứng	Không đối xứng		7	1	8	0.005
	Đối xứng		2	10	12	
	Tổng		9	11	20	
Chuyển tiếp	Đột ngột		9	8	17	0.218
	Dần dần		0	3	3	
	Tổng		9	11	20	

Giá trị của tính chất hẹp không đều trong phát hiện tổn thương ác tính là: Độ nhạy: 77.8%. Độ đặc hiệu: 90.9%. Độ chính xác: 85%. Giá trị của tính chất hẹp không đối xứng trong phát hiện tổn thương ác tính là: Độ nhạy: 77.8%. Độ đặc hiệu: 90.9%. Độ chính xác: 85%. Giá trị của tính chất hẹp đột ngột trong phát hiện tổn thương ác tính là: Độ nhạy: 100%. Độ đặc hiệu: 27.3%. Độ chính xác: 60%.

Bảng 5. Giá trị của tính chất ngấm thuốc, hạn chế khuếch tán của tổn thương trong phân biệt hẹp đường mật ác tính và lành tính (N = 20)

CHT		GPB	Ác tính	Lành tính	Tổng	p
Ngấm thuốc so với nhu mô gan ở thì muộn	Mạnh hơn		7	4	11	0.08
	Tương tự/kém hơn		2	7	9	
	Tổng		9	11	20	
Hạn chế khuếch tán	Có		8	1	9	0.001
	Không		1	10	11	
	Tổng		9	11	20	

Giá trị của tính chất ngấm thuốc mạnh hơn nhu mô gan ở thì muộn trong phát hiện tổn thương ác tính là: Độ nhạy: 77.8%. Độ đặc hiệu: 63.6%. Độ chính xác: 70%. Giá trị của tính chất hạn chế khuếch tán trong phát hiện tổn thương ác tính là: Độ nhạy: 88.9%. Độ đặc hiệu: 90.9%. Độ chính xác: 90%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi, giới: tuổi trung bình của bệnh nhân hẹp đường mật là 58.2 ± 15.3 tuổi, nhóm tuổi già (trên 60 tuổi) chiếm chủ yếu với tỷ lệ 49.3%. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trên thế giới. [2], [3], [4]. Nữ giới chiếm ưu thế trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ/nam là 1.42/1, nguyên nhân có thể là do nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều trường hợp hẹp đường mật liên quan đến sỏi mật, bệnh lý được cho là gặp nhiều hơn ở nữ giới [5]. Tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Anh và Đỗ Hải Đăng [5], [6].

Tiền sử và triệu chứng lâm sàng: tiền sử nổi bật nhất của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là sỏi mật (41.3%). Hẹp đường mật trong bệnh lý sỏi mật được cho là hậu quả của quá trình viêm nhiễm xơ hóa kéo dài, sau đó chính hẹp đường mật lại là yếu tố cản trở lưu thông bình thường

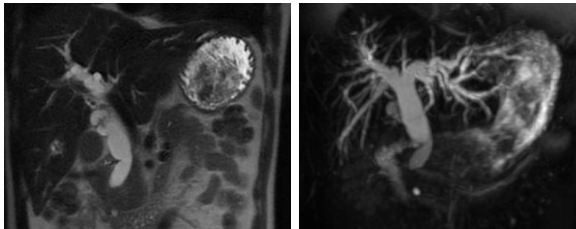
của dịch mật và gây ra sỏi tái phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng đau bụng chiếm tỷ lệ nhiều nhất (86.7%). Trong nghiên cứu của Phạm Văn Anh và Đỗ Hải Đăng tỷ lệ bệnh nhân đau bụng đều chiếm 100%, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi do các nghiên cứu này thực hiện trên nhóm bệnh nhân có sỏi trong gan kết hợp nên tất cả các bệnh nhân vào viện đều có tình trạng đau bụng. [5], [6]

4.2. Giá trị của CHT trong chẩn đoán hẹp đường mật đôi chiếu với CĐMQD. Trong nghiên cứu của chúng tôi, CHT có độ nhạy và độ chính xác lần lượt là 97,3% và 94,7% trong chẩn đoán hẹp đường mật. Có 2 trường hợp có hẹp đường mật không được phát hiện trên CHT, đều là các trường hợp hẹp đường mật trong gan. Ngoài ra, có 2 trường hợp được chẩn đoán hẹp đường mật trên CHT, tuy nhiên trên hình ảnh CĐMQD lại không thấy tổn thương hẹp. Nguyên nhân có thể là do các trường hợp này đều có tình trạng viêm, dày thành đường mật làm cho lòng đường mật hẹp lại giả tạo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự phù hợp với một số nghiên cứu khác ở Việt Nam và trên thế giới. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thịnh chỉ ra CHT có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 89% và 99% trong chẩn đoán hẹp đường mật [7]. Tác giả

Suthar nghiên cứu trên 45 bệnh nhân cho kết quả CHT có độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác lần lượt là 91,7%, 96,1%, 94,7% với chẩn đoán hẹp ác tính và 85,7%, 96,3%, 93,3% với chẩn đoán hẹp lành tính. [8]

Với đặc điểm tính chất bờ, đối xứng và chuyển tiếp của tổn thương, CHT có độ chính xác lần lượt là 80,6%, 76,4% và 86,1% đối chiếu với CDMQD. Chỉ số κ đánh giá sự đồng thuận giữa hai phương pháp này đều đạt giá trị trong khoảng 0,4 – 0,7 (lần lượt là 0,586, 0,484, 0,631 với đặc điểm bờ, đối xứng và chuyển tiếp) cho thấy sự đồng thuận tốt giữa CHT và CDMQD trong đánh giá các tính chất của hẹp đường mật. Kết quả này tương tự với kết quả thu được trong nghiên cứu của Park khi so sánh các đặc điểm hình ảnh trên giữa CHT và nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) [2].

4.3. Giá trị của CHT trong phân biệt hẹp đường mật ác tính và lành tính. Đặc điểm hẹp không đều, hẹp không đối xứng có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác tương đương nhau trong chẩn đoán hẹp đường mật ác tính, với giá trị lần lượt là 77,8%, 90,9% và 85% ($p = 0,005$). Trong nghiên cứu của Kim, tính chất bờ không đều và không đối xứng chủ yếu xuất hiện ở nhóm hẹp đường mật ác tính [3]. Trong một số nghiên cứu, độ nhạy và độ đặc hiệu của đặc điểm bờ không đều dao động lần lượt trong khoảng 76,2% - 95,2% và 65,2% - 88,2% và của đặc điểm không đối xứng là 76,2% - 100% và 73,9% - 97,1% [2], [3], [8], [9]. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng nhất định với kết quả của các nghiên cứu này.



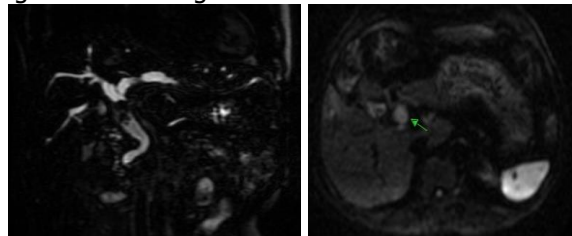
Hình 1. Hình ảnh T2W và MRCP của bệnh nhân nam 35 tuổi có hẹp đoạn thấp ống mật chủ. Kết quả GPB là tổn thương viêm mạn tính

Trong hẹp đường mật ác tính, tổn thương thường gây hẹp đột ngột, tuy nhiên đặc điểm hẹp đột ngột cũng có thể gặp trong một số tình trạng hẹp lành tính kèm theo sỏi đường mật hoặc nhiễm trùng đường mật tái diễn [3]. Người ta cho rằng hẹp đột ngột trong những trường hợp này là do tình trạng xơ hóa nặng thành đường mật do kích thích vật lý lâu ngày của sỏi mật, ứ mật kết hợp với nhiễm trùng [3]. Trong

nghiên cứu chúng tôi, hẹp đường mật ác tính và lành tính có tỷ lệ hẹp đột ngột lần lượt là 100% và 72,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,215$). Độ đặc hiệu của đặc điểm hẹp đột ngột trong chẩn đoán hẹp đường mật trong nghiên cứu này rất thấp (27,3%). Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu của Kim và Park với độ đặc hiệu của đặc điểm này tương ứng là 30,4% và 26,1% [2], [3]. Tác giả Suthar cũng kết luận rằng hẹp đột ngột hay thuận dần không có mối tương quan với hẹp đường mật lành tính hay ác tính [8].

Hẹp đường mật ác tính thường ngấm thuốc mạnh hơn so với nhu mô gan sau tiêm thuốc đối quang ở thì muộn [4]. Tuy nhiên, một số tình trạng hẹp lành tính với tình trạng viêm cũng có đặc điểm ngấm thuốc sau tiêm nhưng với mức độ tương tự nhu mô gan [3]. Trong nghiên cứu của Yu, hầu hết hẹp đường mật ác tính đều biểu hiện ngấm thuốc mạnh so với nhu mô gan ở thì muộn với tỷ lệ là 82,1% (23/29 BN); ngược lại, chỉ có 17,9% (5/22 BN) hẹp đường mật lành tính có tính chất ngấm thuốc mạnh sau tiêm ($p < 0,001$) [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ngấm thuốc mạnh hơn nhu mô gan trong hẹp ác tính cao hơn so với hẹp đường mật lành tính, tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,08$). Kết quả này không tương đồng với nghiên cứu của Yu có thể do cỡ mẫu của nhóm bệnh nhân có giải phẫu bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn.

Trong hẹp đường mật ác tính, tổn thương thường biểu hiện hạn chế khuếch tán trên chuỗi xung Diffusion. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của đặc điểm hạn chế khuếch tán chẩn đoán hẹp đường mật ác tính lần lượt là 88,9%, 90,9% và 90% ($p = 0,001$). Trong nghiên cứu của Rabie có 24/26 bệnh nhân hẹp đường mật ác tính có đặc điểm hạn chế khuếch tán, trong khi đó tất cả các bệnh nhân hẹp lành tính đều không có đặc điểm này; độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 92,3% và 100% [9]. Kết quả này tương đối phù hợp so với nghiên cứu của chúng tôi.



Hình 2. Hình ảnh MRCP và DWI của bệnh nhân nam 77 tuổi có hẹp đoạn cao ống mật

chủ do u (mũi tên). Kết quả GPB là ung thư biểu mô đường mật

Như vậy, các đặc điểm bờ không đều, không đối xứng và hạn chế khuếch tán là các đặc điểm gợi ý tổn thương hẹp ác tính với độ chính xác cao ($\geq 85\%$). Đặc điểm ngấm thuốc mạnh so với nhu mô gan ở thì muộn có độ chính xác tương đối cao (75%) gợi ý hẹp ác tính, tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm lành tính và ác tính không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Đặc điểm hẹp đột ngột không có ý nghĩa trong phân biệt tổn thương hẹp đường mật lành tính và ác tính.

Nghiên cứu của chúng tôi còn có một số hạn chế. Thứ nhất số lượng bệnh nhân được sinh thiết hoặc phẫu thuật làm mô bệnh học của nghiên cứu ít do đó giá trị của nghiên cứu còn hạn chế. Thứ hai, các đặc điểm hình thái của hẹp đường mật chúng tôi đánh giá có phần mang tính chủ quan và phụ thuộc và người đánh giá. Hy vọng trong tương lai sẽ có những nghiên cứu tương tự với cỡ mẫu lớn hơn để tăng mức độ tin cậy và so sánh với nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả của nghiên cứu, chúng tôi thấy cộng hưởng tử có giá trị cao trong chẩn đoán hẹp đường mật, vị trí và các đặc điểm của nó. Ngoài ra, CHT cũng có giá trị trong chẩn đoán nguyên nhân hẹp lành tính hay ác tính với độ chính xác cao, qua đó giúp các nhà lâm sàng lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Singh A., Gelrud A., và Agarwal B. (2015). Biliary strictures: diagnostic considerations and

- approach. Gastroenterology Report, **3**(1), 22–31.
2. Park M.-S., Kim T.K., Kim K.W. và cộng sự. (2004). Differentiation of extrahepatic bile duct cholangiocarcinoma from benign stricture: findings at MRCP versus ERCP. Radiology, **233**(1), 234–240.
3. Kim J.Y., Lee J.M., Han J.K. và cộng sự. (2007). Contrast-enhanced MRI combined with MR cholangiopancreatography for the evaluation of patients with biliary strictures: Differentiation of malignant from benign bile duct strictures. Journal of Magnetic Resonance Imaging, **26**(2), 304–312.
4. Yu X.-R., Huang W.-Y., Zhang B.-Y. và cộng sự. (2014). Differentiation of infiltrative cholangiocarcinoma from benign common bile duct stricture using three-dimensional dynamic contrast-enhanced MRI with MRCP. Clin Radiol, **69**(6), 567–573.
5. Phạm Văn Anh (2014), Đánh giá kết quả phẫu thuật có tán sỏi điện thủy lực điều trị sỏi đường mật trong gan có chít hẹp đường mật, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Đỗ Hải Đăng (2020), Đánh giá kết quả phẫu thuật lấy sỏi trong gan và tán sỏi điện thủy lực ở bệnh nhân có hẹp đường mật tại khoa Gan mật bệnh viện Việt Đức, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Hữu Thịnh, Đỗ Đình Công, Nguyễn Việt Thành (2006). Chẩn đoán sỏi và hẹp đường mật trong gan bằng cộng hưởng từ đường mật. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, **10**(1), 18–21.
8. Suthar M., Purohit S., Bhargav V. và cộng sự. (2015). Role of MRCP in Differentiation of Benign and Malignant Causes of Biliary Obstruction. J Clin Diagn Res, **9**(11), TC08-TC12.
9. Rabie S., Mohallel A., Bessa S.S. và cộng sự. (2021). The role of combined diffusion weighted imaging and magnetic resonance cholangiopancreatography in the differential diagnosis of obstructive biliary disorders. Egypt J Radiol Nucl Med, **52**(1), 1–13.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ VI KHUẨN HỌC Ở NGƯỜI BỆNH ĐỢT CẤP GIÃN PHẾ QUẢN TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP – BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Giang¹, Ngô Quý Châu², Vũ Văn Giáp³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, đặc điểm vi khuẩn học ở người bệnh đợt cấp giãn phế quản tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng**

và phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 66 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đợt cấp giãn phế quản tại Trung tâm hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2021 đến tháng 8/2022, tất cả bệnh nhân được làm các xét nghiệm vi sinh đờm và dịch rửa phế quản. **Kết quả và kết luận:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 66 bệnh nhân đợt cấp giãn phế quản. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu $59,2 \pm 11,7$; tỉ lệ nữ/nam là 1,64/1. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ho khạc đờm 66,7%, tiếp theo là đau ngực 62,1%, sốt 48,3%, ho máu 33,3%, khó thở 15,2%. Triệu chứng thực thể khi khám phổi thấy ran ẩm, ran nổ 77,3%; thông khí phế nang giảm 24,2%; ran rít ngày 9,1%. Về đặc điểm vi khuẩn học, tỉ lệ nuôi cấy vi

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Giang

Email: bacsygiang275@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2022

Ngày duyệt bài: 21.11.2022