

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ TỤY TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thành Lam¹✉, Vi Trần Doanh¹, Trần Bảo Ngọc², Hoàng Minh Tú¹, Lê Duy Sơn¹

¹Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Bộ môn Ung thư, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, sinh hóa máu, siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng ở bệnh nhân ung thư tụy được điều trị tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả từ tháng 5/2017 đến tháng 5/2022 trên 43 bệnh nhân ung thư tụy được điều trị tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên.

Kết quả: Tuổi trung bình: $52,3 \pm 19,5$, (51,2% ở độ tuổi 40 - 60), 67,4% bệnh nhân là nam. Đau bụng, sút cân, mệt mỏi, chán ăn là những triệu chứng hay gặp. 65,1% bệnh nhân có nồng độ CA 19 - 9 máu tăng. Siêu âm ổ bụng phát hiện 41/43 khối u tụy; 75,6% u ở vùng đầu tụy; hình ảnh phổ biến là khối giảm âm, bờ không đều, ranh giới không rõ. Chụp cắt lớp vi tính thấy 72,1% u ở vùng đầu tụy; kích thước trung bình là $4,07 \pm 1,64$ cm (90,7% u > 2 cm); hình ảnh phổ biến là khối giảm tỷ trọng, bờ không đều, ranh giới không rõ; nhu mô tụy không đều; khối u ngấm ít thuốc cản quang sau tiêm. Số trường hợp có giãn đường mật là 46,5%, giãn ống tụy là 39,5%, có xâm lấn mạch máu/tạng trong ổ bụng là 23,3%, có hạch ổ bụng là 37,2%, có di căn trong ổ bụng là 18,6%. Bệnh nhân u ở đầu tụy có vàng da, giãn đường mật nhiều hơn. Chẩn đoán vị trí u tụy của siêu âm ổ bụng phù hợp với chụp cắt lớp vi tính ổ bụng.

Kết luận: Ung thư tụy gặp nhiều ở nam, độ tuổi trung niên. Phần lớn bệnh nhân có đau bụng, sút cân, mệt mỏi, ăn kém, nồng độ CA 19 - 9 máu tăng. Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có giá trị trong phát hiện vị trí, tính chất khối u, mức độ lan tràn. Ung thư đầu tụy liên quan với tình trạng vàng da, giãn đường mật.

Từ khóa: Ung thư tụy, siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng.

Ngày nhận bài:

03/7/2022

Ngày chỉnh sửa:

26/7/2022

Chấp thuận đăng:

07/8/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Thành Lam

Email:

lamthanhnghuyen2008@gmail.com

SĐT: 0915642992

ABSTRACT

STUDY OF CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PANCREATIC CANCER PATIENTS TREATED AT THAI NGUYEN ONCOLOGY CENTRE

Nguyen Thanh Lam¹✉, Vi Tran Doanh¹, Tran Bao Ngoc², Hoang Minh Tu¹, Le Duy Son¹

Objectives: To investigate some clinical, serum biochemical, abdominal ultrasound and computed tomography characteristics of patients with pancreatic cancer treated at Thai Nguyen oncology centre.

Method: A descriptive study from May 2017 to May 2022 was conducted on 43 patients with pancreatic cancer treated at Thai Nguyen oncology centre.

Results: Mean age: 52.3 ± 19.5 , (51.2 % of cases were from 40 to 60), 67.4% of cases were male. Abdominal pain, weight loss, fatigue, and loss of appetite were common symptoms. 65.1% of patients had elevated serum CA 19 - 9 levels. Abdominal ultrasound detected 41/43 pancreatic tumors; 75.6% tumors were in the head of pancreas; common image was hypoechoic mass with irregular margin, unclear boundary. Abdominal computed tomography showed 72.1% of tumors were in the head of pancreas; the median size of tumor was 4.07 ± 1.64 cm (90.7 % of tumors were > 2 cm); the common image was hypodense mass with irregular margin, unclear boundary; irregular pancreatic parenchyma; tumor absorbed less contrast enhancement after injection. The number of cases with biliary tract dilatation was 46.5%, with pancreatic duct dilatation was 39.5%, with invasion to abdominal blood vessels/other organs was 23.3%, with abdominal lymph node involvement was 37.2%, with abdominal other metastases was 18.6%. Patients with pancreatic head tumor were more likely to have jaundice and dilated biliary tracts. Diagnosis of pancreatic tumor location by ultrasound was consistent with this by abdominal computed tomography.

Conclusion: Pancreatic cancer was common in middle - aged, male. Most patients had abdominal pain, weight loss, fatigue, poor appetite, and elevated serum CA 19-9 levels. Abdominal ultrasound and computed tomography were valuable in detecting the location, features of the tumor, and the extent of its spread. Pancreatic head cancer was often associated with jaundice, dilated biliary tracts.

Keywords: Pancreatic cancer, abdominal ultrasound, abdominal computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tụy là tổn thương ác tính xuất phát từ tế bào mô tụy. Tụy có vị trí ở sâu trong ổ bụng, các triệu chứng lâm sàng của ung thư tụy lại nghèo nàn, dễ nhầm với bệnh khác nên người bệnh thường ít được chẩn đoán sớm. Theo một nghiên cứu ở Hoa Kỳ, chỉ khoảng 10% bệnh nhân được chẩn đoán sớm trong khi 53% được chẩn đoán ở giai đoạn IV [1]. Theo GLOBOCAN năm 2018 ung thư tụy là căn bệnh ung thư phổ biến thứ 11, tỷ lệ sống sau 1 năm là 24%, sau 5 năm là 9%, số trường hợp mới mắc là 458.918 (chiếm 2,5%), số trường hợp tử vong là 432.242 (chiếm 4,5%) [2]. Ở Việt Nam, có khoảng 1000 người mắc mới, gần 90% trường hợp tử vong vì bệnh này và hơn 80% ung thư tụy khi chẩn đoán đã ở giai đoạn không mổ được hoặc có di căn [2]. Vì thế, việc phát hiện và chẩn đoán sớm là rất cần thiết. Trong chẩn đoán ung thư tụy, kết quả mô bệnh học là “tiêu chuẩn vàng”, song việc kết hợp các phương thức: khám lâm sàng, xét nghiệm CA - 19.9, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ... là cần thiết để có thể phát hiện sớm ung thư tụy. Ngày nay với các trang bị kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện đại: máy chụp cắt lớp vi tính đa dãy, máy chụp cộng hưởng từ, siêu âm nội soi, nội soi

mật tụy ngược dòng, PET... đã cho các kết quả rõ nét và tin cậy. Tuy nhiên, siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng vẫn là những phương pháp dễ thực hiện, thời gian nhanh, không xâm phạm, chi phí ít và có thể sử dụng để tầm soát ban đầu. Trong chẩn đoán ung thư tụy, việc sử dụng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh có nhiều ưu điểm nổi trội, đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính. Chụp cắt lớp vi tính không chỉ cho hình ảnh rõ nét, xác định chính xác khối u mà còn đánh giá được mức độ xâm lấn, di căn để có đánh giá tổng thể tình trạng bệnh và hướng điều trị thích hợp. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh chụp cắt lớp vi tính có độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác cao (nhất là với những khối u tụy có kích thước > 2 cm) [3, 4]. Chọc sinh thiết kim lõi dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu giúp lấy bệnh phẩm chính xác, an toàn. Tuy nhiên có những trường hợp khó khăn phải áp dụng phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở để lấy bệnh phẩm làm mô bệnh học.

Tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên trong những năm qua có khá nhiều bệnh nhân ung thư tụy được khám và điều trị, tuy nhiên ít có các nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với mục tiêu: Khảo sát một số đặc

Bệnh viện Trung ương Huế

điểm lâm sàng, sinh hóa máu, hình ảnh siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng của bệnh nhân ung thư tụy điều trị tại Trung tâm ung bướu Thái Nguyên từ tháng 5/2017 đến tháng 5/2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư tụy điều trị tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên (thuộc Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên) từ tháng 5/2017 đến tháng 5/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân tuổi ≥ 18 , có kết quả mô bệnh học là ung thư tụy. Bệnh nhân chưa được phẫu thuật, hóa trị, xạ trị trước đó. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không có đủ xét nghiệm sinh hóa máu, siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. Bệnh nhân không hợp tác tốt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả với phương pháp chọn mẫu thuận tiện và có chủ đích.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới của bệnh nhân. Tiền sử hút thuốc, nghiện rượu, viêm tụy, sỏi mật

đường... của bệnh nhân. Một số triệu chứng lâm sàng. Một số xét nghiệm sinh hóa máu: CA 19 - 9, bilirubin toàn phần, glucose, AST, ALT. Đặc điểm hình ảnh siêu âm ổ bụng ở bệnh nhân. Đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng ở bệnh nhân. Liên quan giữa vị trí khối u với tình trạng vàng da ở bệnh nhân. Liên quan giữa vị trí khối u với hình ảnh giãn đường mật và giãn ống tụy trong chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. Phù hợp giữa hình ảnh siêu âm và chụp cắt lớp vi tính trong xác định vị trí u.

Các bước tiến hành: Bệnh nhân được khám, làm đủ các xét nghiệm cần thiết, đánh giá tình trạng bệnh nhân, mức độ di căn... Lấy máu xét nghiệm CA 19 - 9, bilirubin toàn phần, glucose, AST, ALT, Creatinin. Siêu âm ổ bụng. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang. Lấy mẫu làm mô bệnh học: sinh thiết kim lõi, phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở.

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 for Windows để xử lý số liệu.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân và người nhà được giải thích kỹ. Các xét nghiệm là thường quy, cần thiết.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Tuổi, giới của bệnh nhân

Độ tuổi	Nữ		Nam		Tổng	
	Bệnh nhân	Tỷ lệ %	Bệnh nhân	Tỷ lệ %	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
18 - 40	2	4,6	7	16,3	9	20,9
> 40 - 60	7	16,3	15	34,9	22	51,2
> 60	5	11,6	7	16,3	12	27,9
Tổng	14	32,6	29	67,4	43	100
Tuổi trung bình: $52,3 \pm 19,5$ (Tuổi thấp nhất: 24. Tuổi cao nhất: 71)						

Tuổi trung bình ở bệnh nhân là $52,3 \pm 19,5$. Bệnh nhân gặp nhiều nhất ở độ tuổi trên 40 - 60 tuổi (51,2%).

Bảng 2: Đặc điểm về tiền sử của bệnh nhân

Đặc điểm về tiền sử	Số bệnh nhân (n = 43)	Tỷ lệ %
Nghiện rượu	6	13,9
Hút thuốc	12	27,9
Viêm tụy mạn	4	9,3

Có 12 bệnh nhân (27,9%) có tiền sử hút thuốc trong thời gian dài. Có 6 bệnh nhân có tiền sử nghiện rượu và chỉ 4 bệnh nhân có tiền sử viêm tụy mạn.

Bảng 3: Đặc điểm về lâm sàng của bệnh nhân

Đặc điểm lâm sàng	Số bệnh nhân (n = 43)	Tỷ lệ %
Mệt mỏi	31	72,1
Đau bụng	33	76,7
Rối loạn tiêu hóa	12	27,9
Chán ăn	26	60,5
Sờ thấy khối u ở bụng	4	9,3
Sút cân	32	74,4
Vàng da	20	46,5

Đau bụng, sút cân, mệt mỏi, chán ăn là những triệu chứng hay gặp.

Bảng 4: Một số đặc điểm xét nghiệm sinh hóa máu ở bệnh nhân

Xét nghiệm sinh hóa máu	$\bar{X} \pm SD$	Tăng		Bình thường	
		n	%	n	%
CA 19 - 9 (IU/mL)	179,5 ± 314,7	28	65,1	15	34,9
Bilirubin toàn phần (μmol/L)	23,6 ± 12,9	21	48,8	22	51,2
Glucose (mmol/L)	7,3 ± 3,6	7	16,3	36	83,7
AST (IU/L)	43,4 ± 16,4	9	20,9	34	79,1
ALT (IU/L)	51,8 ± 23,3	10	23,3	33	76,7
Creatinin (μmol/L)	89,6 ± 11,8	4	9,3	39	90,7

Nồng độ CA 19 - 9 máu rất khác nhau ở bệnh nhân. 28 bệnh nhân (65,1%) có CA 19 - 9 máu > 39 IU/mL. 21 bệnh nhân (48,8%) có bilirubin toàn phần máu tăng.

Bảng 5: Đặc điểm hình ảnh siêu âm ổ bụng ở bệnh nhân

Có 41/43 trường hợp (95,3%) phát hiện thấy khối u trên hình ảnh siêu âm ổ bụng.

Hình ảnh siêu âm ổ bụng		Số bệnh nhân (n = 41)	Tỷ lệ %
Vị trí khối u	Đầu tụy	31	75,6
	Thân tụy	8	19,5
	Đuôi tụy	2	4,9
Cấu trúc hồi âm	Giảm âm	28	68,3
	Hỗn hợp âm	12	29,3
	Tăng âm	1	2,4
Bờ khối u	Đều	10	24,4
	Không đều	31	75,6
Ranh giới khối u	Rõ	15	36,6
	Không rõ	26	63,4
Đường mật	Giãn	18	43,9
	Không giãn	23	56,1
Ống tụy	Giãn	15	36,6
	Không giãn	26	63,4

Bệnh viện Trung ương Huế

Trong số bệnh nhân ung thư tụy, chúng tôi hay gặp khối u ở vùng đầu tụy (75,6%). Tính chất u trên hình ảnh siêu âm thường là khối giảm âm, bờ không đều, ranh giới không rõ. 43,9% trường hợp có giãn đường mật, giãn ống tụy là 36,6%.

Bảng 6: Đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng ở bệnh nhân

Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính		Số bệnh nhân (n = 43)	Tỷ lệ %
Vị trí u	Đầu tụy	31	72,1
	Thân tụy	9	20,9
	Đuôi tụy	3	7
Kích thước u (cm)	≤ 2	4	9,3
	> 2	39	90,7
	$\bar{X} \pm SD$	4,07 $\pm$ 1,64 (Min: 1,58; Max: 7,23)	
Tỷ trọng	Giảm	32	74,4
	Tăng	4	9,3
	Đồng tỷ trọng	7	16,3
Ngấm thuốc cản quang	Không ngấm thuốc	3	7
	Ngấm thuốc ít	28	65,1
	Ngấm thuốc mạnh	12	27,9
Bờ khối u	Đều	14	32,6
	Không đều	29	67,4
Ranh giới khối u	Rõ	17	39,5
	Không rõ	26	60,5
Nhu mô tụy	Đều	16	37,2
	Không đều	27	62,8
Ống tụy	Giãn	17	39,5
	Không giãn	26	60,5
Đường mật	Giãn	20	46,5
	Không giãn	23	53,5
Xâm lấn tạng/ mạch máu	Có xâm lấn	10	23,3
	Không xâm lấn	33	76,7
Hạch ổ bụng	Có hạch	16	37,2
	Không có hạch	27	62,8
Di căn ổ bụng	Có	8	18,6
	Không thấy di căn	35	81,4

Phần lớn gặp khối u ở vùng đầu tụy (72,1%), kích thước > 2 cm (90,7%). Đặc điểm khối u thường là

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư tụy...

khối giảm tỷ trọng, bờ không đều, ranh giới không rõ, ít ngấm thuốc cản quang. Nhu mô tụy thường không đều. Giãn đường mật: 46,5%, giãn ống tụy: 39,5%, xâm lấn: 23,3%, hạch: 37,2%, di căn vào các tạng ổ bụng: 18,6%.

Bảng 7: Liên quan giữa vàng da với vị trí u tụy trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính

Vị trí khối u	Bệnh nhân có vàng da		Bệnh nhân không vàng da		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Đầu tụy	19	61,3	12	38,7	31	72,1	< 0,01
Nơi khác	1	8,3	11	91,7	12	27,9	
Tổng	20	46,5	23	53,5	43	100	

Tỷ lệ vàng da ở bệnh nhân có u đầu tụy cao hơn rõ rệt tỷ lệ vàng da ở bệnh nhân có u thân, đuôi tụy. Tất cả bệnh nhân vàng da đều có khối u đầu tụy > 2 cm.

Bảng 8: Liên quan giữa giãn đường mật với vị trí u tụy trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính

Vị trí khối u	Bệnh nhân có hình ảnh giãn đường mật		Bệnh nhân không có hình ảnh giãn đường mật		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Đầu tụy	18	58,1	13	41,9	31	72,1	< 0,05
Nơi khác	2	16,7	10	83,3	12	27,9	
Tổng	20	46,5	23	53,5	43	100	

Tỷ lệ có biểu hiện giãn đường mật trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng ở bệnh nhân có u đầu tụy cao hơn so với ở bệnh nhân có u ở thân, đuôi tụy.

Bảng 9: Liên quan giữa giãn ống tụy với vị trí u tụy trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính

Vị trí khối u	Bệnh nhân có hình ảnh giãn ống tụy		Bệnh nhân không có hình ảnh giãn ống tụy		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Đầu tụy	14	45,2	17	54,8	31	72,1	> 0,05
Nơi khác	3	25	9	75	12	27,9	
Tổng	17	39,5	26	60,5	43	100	

Tỷ lệ bệnh nhân có u đầu tụy có biểu hiện giãn ống tụy trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng cao hơn chưa có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân có u ở thân, đuôi tụy.

Bảng 10: Phù hợp giữa hình ảnh siêu âm và chụp cắt lớp vi tính trong xác định vị trí u

Vị trí khối u trên hình ảnh siêu âm	Vị trí khối u trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính			
	Đầu tụy	Thân tụy	Đuôi tụy	Tổng
Đầu tụy	30	1	0	31
Thân tụy	1	7	0	8
Đuôi tụy	0	1	1	2
Không phát hiện u	0	0	2	2
Tổng	31	9	3	43

Sự phù hợp trong việc phát hiện vị trí khối u tụy giữa siêu âm ổ bụng và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng là khá (hệ số Kappa = 0,71).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư tụy

Bệnh nhân của chúng tôi có độ tuổi trung bình $52,3 \pm 19,5$, 67,4% là nam giới. Điều này tương tự như nghiên cứu của các tác giả khác [3 - 6]. Trong số 43 bệnh nhân của chúng tôi có 12 trường hợp (27,9%) có tiền sử hút thuốc trong thời gian dài, 6 trường hợp có tiền sử nghiện rượu, 4 trường hợp có tiền sử viêm tụy mạn. Nghiên cứu của Trịnh Phạm Mỹ Lệ và cộng sự trên 58 bệnh nhân ung thư tụy thấy 32,8% trường hợp có tiền sử hút thuốc lá, 31% uống rượu nhiều và 22,4% trường hợp có đái tháo đường trước đó [5]. Rosato V. và cộng sự đã thống kê rằng hút thuốc lá, nghiện rượu nặng, đái tháo đường, chế độ ăn và tiền sử gia đình mắc u tụy là những yếu tố liên quan đến ung thư tụy [7].

Triệu chứng lâm sàng của ung thư tụy thường không điển hình, tùy từng giai đoạn, vị trí u, tình trạng bệnh nhân mà có biểu hiện khác nhau và dễ nhầm với những bệnh lý khác. Có một số triệu chứng lâm sàng gặp ở bệnh nhân ung thư tụy nhưng tỷ lệ khác nhau theo mỗi tác giả. Bệnh nhân chúng tôi có: đau bụng (76,7%), sút cân (74,4%), mệt mỏi (72,1%), chán ăn (60,5%), vàng da (46,5%). Nguyễn Trường Sơn nghiên cứu trên 56 bệnh nhân ung thư tụy thấy các triệu chứng: đau bụng (94,6%), mệt mỏi (87,5%), ăn kém (87,5%), đầy bụng (83,9%), sút cân (73,2%), vàng da (48,2%) [6]. Theo Trịnh Phạm Mỹ Lệ và cộng sự, các dấu hiệu: đau bụng (89,7%), sút cân (37,9%), mệt mỏi (32,8%), chán ăn (44,8%) trong 58 bệnh nhân [5]. Vũ Quang Hiền thấy 17/29 bệnh nhân ung thư thân và đuôi tụy có đau bụng [3]. Tuy không có dấu ấn sinh học nào là đặc hiệu để chẩn đoán ung thư tụy nhưng xét nghiệm CA 19 - 9 máu giúp hỗ trợ chẩn đoán sớm, theo dõi hiệu quả điều trị, phát hiện tái phát và tiên lượng bệnh. Chúng tôi gặp 28 bệnh nhân (65,1%) có CA 19 - 9 tăng cao (trong đó nhiều trường hợp có nồng độ CA 19-9 tăng rất cao), 21 bệnh nhân (48,8%) có bilirubin toàn phần trong máu tăng. Nguyễn Trường Sơn chỉ ra: CA 19 - 9 tăng trong 71,2% bệnh nhân, đường máu tăng trong 14,3% bệnh nhân [6]. Trịnh Phạm Mỹ Lệ và cộng sự phát hiện 56,9% bệnh nhân có tăng CA 19

- 9 [5]. Vũ Quang Hiền thấy 21/29 bệnh nhân ung thư thân và đuôi tụy tăng CA 19 - 9 [3].

Tụy nằm sâu trong ổ bụng, đôi khi với người béo, nhiều hơi trong dạ dày, các quai ruột thì siêu âm sẽ khó quan sát các thương tổn nhất là ở vùng đuôi tụy. Việc đánh giá tình trạng xâm lấn, hạch, di căn trong ổ bụng cũng sẽ khó khăn. Khi siêu âm 43 bệnh nhân ung thư tụy, có 2 trường hợp u vùng đuôi tụy có kích thước ≤ 2 cm chúng tôi không phát hiện được. Trong 41 bệnh nhân phát hiện được khối u thì u có vị trí ở: đầu tụy (75,6%), thân tụy (19,5%), đuôi tụy (4,9%); hình ảnh: khối giảm âm (68,3%), bờ không đều (75,6%), ranh giới không rõ (63,4%), giãn đường mật (43,9%), giãn ống tụy (36,6%). Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác. Nguyễn Trường Sơn ghi nhận siêu âm phát hiện 86,3% u tụy trong trường hợp nghi ngờ có ung thư tụy; hình ảnh siêu âm: u đầu tụy (67,3%), khối giảm âm (73,5%), bờ không đều (91,8%), ranh giới không rõ (53,1%), giãn ống tụy (48,2%), giãn đường mật (55,4%), hạch ổ bụng (25%); độ nhạy: 80,4%, độ đặc hiệu: 58,8%, độ chính xác: 75,3% [6]. Bùi Quang Huỳnh và cộng sự chỉ ra: hình ảnh khối giảm âm (64%); độ nhạy: 84,1%, độ đặc hiệu: 75%, độ chính xác: 83,8% [4]. Giulia A. Z. và cộng sự có chung nhận xét: độ nhạy: 72 - 89%, độ đặc hiệu: 90%; hình ảnh siêu âm: khối giảm âm, bờ không đều, ranh giới không rõ [8].

Chụp cắt lớp vi tính có nhiều ưu thế. Với các loại máy hiện đại đa dãy, đầu thu có độ phân giải cao, tái tạo không gian nhiều chiều, đo được tỷ trọng chi tiết từng phần nên xác định được chính xác vị trí, kích thước, tính chất khối u, sự xâm lấn, di căn, tình trạng tổ chức lành và các dấu hiệu gián tiếp khác. Trong 43 bệnh nhân ung thư tụy, kích thước trung bình khối u chúng tôi đo được là $4,07 \pm 1,64$ cm (90,7% u > 2 cm). Vị trí u: đầu tụy (72,1%), thân tụy (20,9%), đuôi tụy (7%). Đặc điểm: khối giảm tỷ trọng (74,4%), ngấm thuốc cản quang ít (65,1%), bờ không đều (67,4%), ranh giới không rõ (60,5%), nhu mô tụy không đều (62,8%), giãn đường mật (46,5%), giãn ống tụy (39,5%), xâm lấn (23,3%), hạch ổ bụng (37,2%), di căn ổ bụng (18,6%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của nhiều tác giả trong và ngoài nước. Nguyễn Trường Sơn ghi nhận: 88,9% u có kích thước > 2 cm (trung bình $3,9 \pm 1,6$ cm); u ở đầu tụy (63,9%); khối giảm tỷ trọng (80,6%), ngấm thuốc cản quang ít

sau tiêm (72,2%), bờ không đều (88,9%), ranh giới không rõ (52,8%); nhu mô tụy không đều (92,3%); giãn đường mật (48,7%), giãn ống tụy (48,7%), phát hiện có hạch ổ bụng (46,2%), phát hiện có di căn gan (7,7%); độ nhạy: 83,9%, độ đặc hiệu: 76,5%, độ chính xác: 82,2% [6]. Trịnh Phạm Mỹ Lệ và cộng sự thấy: 60,3% u ở đầu tụy, kích thước trung bình: $4,8 \pm 1,3$ cm (98,3% u > 2 cm) [5]. Bùi Quang Huỳnh và cộng sự ghi nhận: khối giảm/đồng tỷ trọng (66,6%), ngấm thuốc cản quang không đều sau tiêm (85,8%); giá trị chẩn đoán ung thư tụy: độ nhạy (89,6%), độ đặc hiệu (66,7%), độ chính xác (88,9%); giá trị chẩn đoán đúng hạch ổ bụng: độ nhạy (52,4%), độ đặc hiệu (98,2%); giá trị chẩn đoán xâm lấn mạch máu: độ nhạy (82,9%), độ đặc hiệu (92,2%); giá trị chẩn đoán xâm lấn tạng: độ nhạy (75,8%), độ đặc hiệu (83,8%); xác định được 7,1% các trường hợp di căn xa [4]. Theo Lucie Laurent và cộng sự thì 71,6% u ở đầu tụy, 20% ở thân tụy và 8,4% ở đuôi tụy [9].

4.2. Liên quan giữa vị trí khối u với tình trạng vàng da, giãn đường mật, giãn ống tụy và sự phù hợp trong chẩn đoán vị trí khối u giữa siêu âm ổ bụng với chụp cắt lớp vi tính ổ bụng

Khối u ở đầu tụy có xu hướng chèn ép, đè đẩy làm hẹp/tắc ống tụy chính, ống dẫn mật chung gây nên hình ảnh giãn đường mật, giãn ống tụy và tình trạng ứ đọng sắc tố mật gây vàng da. Khối u ở thân tụy cũng có thể gây giãn ống tụy. Những khối u lớn, xâm lấn nhiều thì càng dễ gây nên những tình trạng này. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra những bệnh nhân có khối u đầu tụy có tỷ lệ vàng da lớn hơn và biểu hiện giãn đường mật nhiều hơn trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng so với những bệnh nhân có khối u ở thân, đuôi tụy. Chúng tôi chưa thấy hình ảnh giãn ống tụy khác nhau giữa vị trí của khối u trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính. Porta M. và cộng sự thống kê được vàng da xảy ra ở 73% bệnh nhân có u đầu tụy, 11% u thân tụy, 0% u đuôi tụy [10]. Trịnh Phạm Mỹ Lệ và cộng sự chỉ ra những trường hợp có u đầu tụy có biểu hiện vàng da nhiều; chẩn đoán vị trí u của siêu âm nội soi phù hợp khá với chụp cắt lớp vi tính (hệ số Kappa = 0,738) [5]. Còn chúng tôi ghi nhận chẩn đoán vị trí khối u của siêu âm ổ bụng và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng phù hợp khá.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu từ tháng 5/2017 đến tháng 5/2022 trên 43 bệnh nhân ung thư tụy được điều trị tại Trung

tâm Ung bướu Thái Nguyên thu được kết quả:

Bệnh nhân ung thư tụy gặp nhiều ở nam, độ tuổi trung niên. Phần lớn bệnh nhân có đau bụng, sút cân, mệt mỏi, ăn kém, nồng độ CA 19 - 9 máu tăng. Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có giá trị trong phát hiện vị trí, kích thước, tính chất khối u, mức độ xâm lấn, di căn. Ung thư đầu tụy có liên quan với tình trạng vàng da, giãn đường mật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rahib L. Pancreatic cancer survival rates: What do they really mean? 2020. (<https://cancercommon.org/latest-insights>).
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. 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.
3. Vũ Quang Hiến. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của chụp cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán u thân và đuôi tụy ác tính. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II - Trường Đại học Y Hà Nội. 2015: 37 - 48.
4. Bùi Quang Huỳnh, Trần Công Hoan, Nguyễn Duy Huê. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của siêu âm, chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ trong chẩn đoán u vùng đầu tụy. *Tạp chí Y học thực hành.* 2012;822(5):29 - 31.
5. Trịnh Phạm Mỹ Lệ, Hồ Đăng Quý Dũng, Trần Văn Huy. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, sinh học và siêu âm nội soi ở bệnh nhân ung thư tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế.* 2021; 11(1): 60 - 65.
6. Nguyễn Trường Sơn. Nghiên cứu giá trị siêu âm nội soi và chọc hút kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư tụy. Luận án Tiến sĩ Y học - Trường đại học Y Hà Nội. 2017: 64 - 103.
7. Rosato V, Polesel D et al. Population attributable risk for pancreatic cancer in Northern Italy. *Journal of the Pancreas.* 2015; 44(2): 216- 220.
8. Giulia AZ, Maria CA, Mirko D'Onofrio, et al. Ultrasonography of the pancreas. *Radiologic clinics of North America.* 2012; 50(3): 395 - 406.
9. Laurent L, Sefrioui D, Bignon AL et al. CA 19 - 9 decrease > 15% is a predictor of favourable outcome in patients treated for advanced pancreatic carcinoma: analysis of two independent cohorts. *Hepato - Pancreato - Biliary.* 2019; 21: 282 - 288.
10. Porta M, Fabregas X, Malats N et al. Endocrine pancreatic cancer: symptoms at presentation and their relation to tumour site and stage. *Clin Transl Oncol.* 2005; 7(5): 189 - 197.