

4. Nguyễn Thị Tố Uyên (2022). "Vai trò của gia đình trong việc hỗ trợ điều trị HIV/AIDS tại Thái Nguyên". Tạp chí Y học Dự phòng.
5. Trần Tiến Cường (2023). "Ảnh hưởng của tư vấn y tế đối với sự tuân thủ điều trị ARV tại các trung tâm y tế địa phương". Báo cáo nghiên cứu HIV/AIDS.
6. Dương Minh Tân (2019). "Nâng cao chất lượng đào tạo nhân viên y tế về HIV/AIDS". Tạp chí Sức khỏe Cộng đồng.
7. UNAIDS (2023). "Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet".
8. Báo cáo của Cục Phòng chống HIV/AIDS Việt Nam (2023). "Tình hình HIV/AIDS tại Việt Nam".

NGHIÊN CỨU BIẾN ĐỔI CÁC CHỈ SỐ KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH VÀ ẢNH HƯỞNG HUYẾT ĐỘNG KHI ÁP DỤNG NGHIỆM PHÁP HUY ĐỘNG PHẾ NANG TRONG GÂY MÊ PHẪU THUẬT BỤNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Lại Văn Hoàn¹, Phạm Thị Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự biến đổi các chỉ số khí máu động mạch và ảnh hưởng huyết động khi áp dụng nghiệm pháp huy động phế nang trong gây mê phẫu thuật bụng ở người cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu – can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh tại Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 10/2016 đến tháng 10/2019. Chọn bệnh nhân có ASA 1-3, tuổi ≥ 60 , được gây mê nội khí quản để phẫu thuật ổ bụng. Bệnh nhân được chia làm 2 nhóm, 37 bệnh nhân nhóm chứng thở máy với PEEP +5cmH₂O và 45 bệnh nhân nhóm can thiệp huy động phế nang với áp lực +40cmH₂O 40 giây và duy trì PEEP +5cmH₂O. **Kết quả:** Chỉ số PaO₂ và tỉ lệ PaO₂/FiO₂ sau khi huy động phế nang cao hơn so với trước khi huy động ($p < 0,05$). Tần số tim và huyết áp trung bình sau khi huy động phế nang 1 phút thấp hơn so với trước khi huy động phế nang ($p < 0,05$) và hồi phục sau khi huy động phế nang 5 phút. **Kết luận:** Huy động phế nang bằng áp lực +40cmH₂O giúp cải thiện chỉ số oxy máu, chức năng hô hấp trên bệnh nhân cao tuổi gây mê nội khí quản cho phẫu thuật ổ bụng. **Từ khóa:** huy động phế nang, phẫu thuật ổ bụng, gây mê người cao tuổi.

SUMMARY

RESEARCH ON THE VARIATIONS OF ARTERIAL BLOOD GASES AND HEMODYNAMIC EFFECTS DURING GENERAL ANESTHESIA APPLYING ALVEOLAR RECRUITMENT MANEUVERS FOR ABDOMINAL SURGERY IN THE ELDERLY

Objectives: To evaluate on the variations of arterial blood gases and hemodynamic effects during general anesthesia applying alveolar recruitment maneuvers for abdominal surgery in the elderly.

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Lại Văn Hoàn

Email: drhoan.bvhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 18.11.2024

Materials and methods: Study-intervene random objects with comparison at Friendship Hospital from October 2016 to October 2019. Patients are selecting with ASA 1-3, age ≥ 60 years, undergoing anesthesia for abdominal surgery. Control group enrolled 37 patients with PEEP +5cmH₂O, the intervention group enrolled 45 patients maneuver consisted to a peak inspiratory pressure of 40cmH₂O for 40s and PEEP +5cmH₂O. **Results:** The number PaO₂ and the average rate PaO₂/FiO₂ after mobilizing alveolus were higher than before mobilizing ($p < 0,05$). Heart beat and the average blood pressure after mobilizing alveolus 1 minute were lower than before mobilizing ($p < 0,05$) and recover after mobilizing alveolus 5 minutes. **Conclusion:** Alveolar recruitment maneuvers with pressure +40cmH₂O improve blood oxidizing level and breathing function in elderly patients undergoing anesthesia for abdominal surgery.

Keywords: Alveolar mobilization, abdominal surgery, anesthesia for elderly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới và tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi cần can thiệp ngoại khoa ngày càng tăng, cùng với sự gia tăng các bệnh lý mạn tính tim mạch, hô hấp dẫn tới tăng tỷ lệ các biến chứng trong quá trình gây mê [2]. Phương pháp gây mê nội khí quản được lựa chọn cho các phẫu thuật can thiệp vào nhiều tổ chức, có thời gian phẫu thuật lớn, và là phương pháp có tác động lên hệ hô hấp, thời gian thở máy lâu - yếu tố nguy cơ gây ra các biến chứng về hô hấp sau phẫu thuật [3].

Có nhiều phương pháp đã được nghiên cứu và ứng dụng để làm giảm nguy cơ xẹp phổi trong quá trình thông khí nhân tạo. Kiểm soát áp lực để mở phổi đã được nghiên cứu, cho thấy có khả năng huy động phế nang tốt, giúp tăng tỷ lệ phế nang tham gia vào quá trình trao đổi khí [1]. Huy động phế nang bằng áp lực cũng như các phương pháp khác đều có ảnh hưởng trên bệnh nhân, tuy nhiên việc ảnh hưởng cũng chưa rõ

ràng, đặc biệt là trên người cao tuổi [5]. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên với mục tiêu: "Đánh giá biến đổi các chỉ số khí máu động mạch và ảnh hưởng huyết động trong nghiệm pháp huy động phế nang gây mê phẫu thuật bụng ở người cao tuổi".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Bệnh nhân ≥ 60 tuổi có chỉ định phẫu thuật mở vào ổ bụng.

- Được gây mê có đặt nội khí quản thông khí nhân tạo.

- Phân loại sức khỏe ASA 1-3.
- Thời gian gây mê ≥ 120 phút.
- Chỉ số khối cơ thể BMI < 30kg/m².
- Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Có các bệnh lý mạn tính hô hấp: COPD (GOLD III hoặc IV); Hen phế quản nặng hoặc không được kiểm soát.

- Có tiền sử phẫu thuật phổi.
- Phim Xquang phổi trước mổ có hình ảnh bất thường, nghi đến tổn thương phổi.
- Viêm phổi, ung thư di căn phổi.
- Bệnh lý thần kinh cơ nặng.
- Chấn thương sọ não, tăng áp lực nội sọ.
- Bệnh nhân suy tim nặng (NYHA độ III, IV).
- Bệnh nhân có hội chứng vành cấp, rối loạn nhịp tim.

- Bệnh nhân suy thận phải lọc máu chu kỳ.
- Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn hoặc sốc mất máu.
- Bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc mê, thuốc giãn cơ, opioid.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu - can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh.

2.2.2. Cỡ mẫu: Nghiên cứu chọn 37 bệnh nhân nhóm chứng thở máy PEEP +5cmH₂O và 45 bệnh nhân nhóm can thiệp huy động phế nang với áp lực +40cmH₂O và duy trì PEEP +5cmH₂O.

2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Gây mê hồi sức – Bệnh viện Hữu Nghị

Thời gian: Từ tháng 10 năm 2016 đến tháng 10 năm 2019

2.2.4. Các bước tiến hành: Sau khi bệnh nhân có huyết áp trung bình > 65mmHg, tiến hành "Huy động phế nang" với quy trình sử dụng Vital Capacity trên máy gây mê kèm thở Avance CS2.

+ Bước 1: Chọn menu Procedures trên thanh công cụ bên phải màn hình. Chọn Vital Capacity trên cửa sổ hiển thị ra.

+ Bước 2: Thiết lập thông số để thực hiện:

- Pressure Hold: Áp lực giữ để mở phổi đặt

40cmH₂O

- Hold Time: Thời gian giữ áp lực mở phổi 40 giây

- PEEP on Exit: Mức PEEP sau khi huy động phổi 5cmH₂O

+ Bước 3: Chạm Start Vital Capacity để chạy chương trình. Phổi sẽ được bơm căng với áp lực, thời gian cài đặt, sau đó trở về mức PEEP đã chọn và tiếp tục thông khí cho bệnh nhân bình thường.

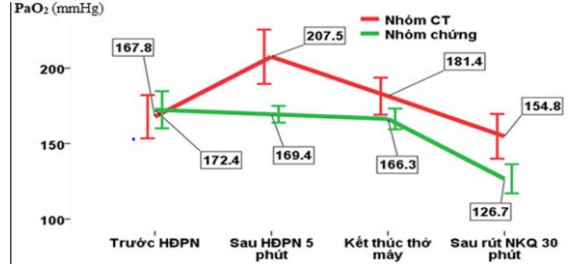
+ Bước 4: Thực hiện lại quy trình trên sau 60 phút/lần.

Tại mỗi thời điểm thực hiện "Huy động phế nang" bằng cách đưa PEEP ở mức +40cmH₂O, PEEP hằng định là +5cmH₂O và duy trì trong 40 giây. Chu trình này sẽ được lặp lại sau mỗi 60 phút cho đến khi cuộc kết thúc phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Biến đổi các chỉ số khí máu động mạch

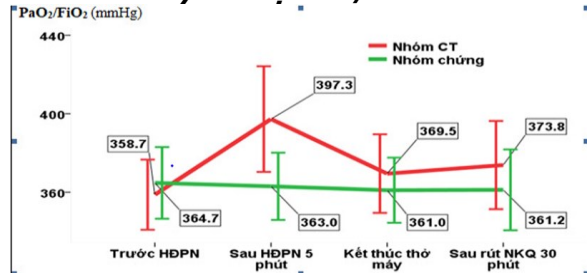
3.1.1. Thay đổi chỉ số PaO₂ của hai nhóm



Biểu đồ 3.1: Thay đổi PaO₂ của hai nhóm trong gây mê

Nhận xét: Chỉ số PaO₂ thời điểm sau huy động phế nang 5 phút và trước khi kết thúc thở máy cao hơn so với trước khi huy động phế nang, sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05.

3.1.2. Thay đổi tỉ lệ PaO₂/FiO₂ của hai nhóm



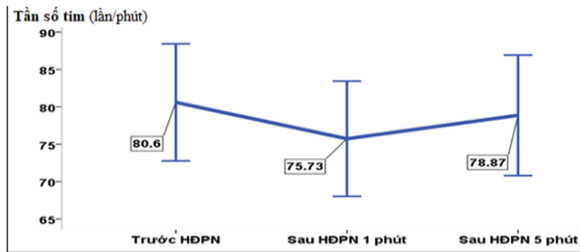
Biểu đồ 3.2: Thay đổi PaO₂/FiO₂ của hai nhóm trong gây mê

Nhận xét: Tỉ lệ PaO₂/FiO₂ trung bình tại thời điểm sau huy động phế nang 5 phút cao hơn có ý nghĩa thống kê so với trước huy động phế nang, với p < 0,01.

3.2. Ảnh hưởng lên tuần hoàn, hô hấp

3.2.1. Thay đổi về huyết động

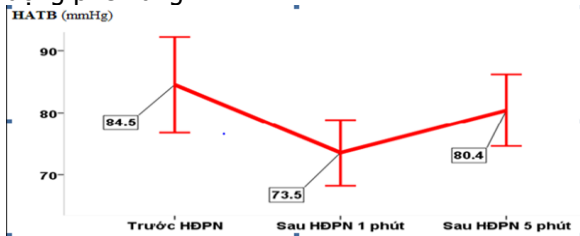
*Thay đổi về tần số tim khi huy động phế nang



Biểu đồ 3.3: Thay đổi tần số tim trong huy động phế nang

Nhận xét: Tần số tim tại thời điểm sau huy động phế nang 1 phút thấp hơn so với trước huy động phế nang, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 5 phút huy động phế nang, nhịp tim trở lại tương đương mức trước khi huy động phế nang.

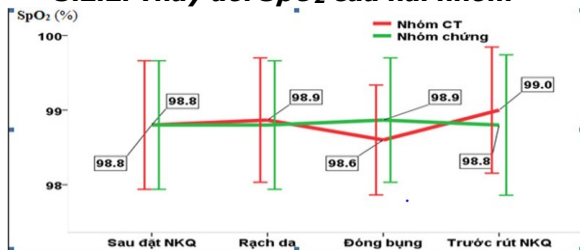
* Thay đổi huyết áp trung bình ở nhóm huy động phế nang



Biểu đồ 3.4: Thay đổi huyết áp trung bình trong huy động phế nang

Nhận xét: Thời điểm sau huy động phế nang, huyết áp trung bình giảm có ý nghĩa thống kê so với trước huy động phế nang. Sự khác biệt về huyết áp trung bình tại ba thời điểm trên là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.2. Thay đổi SpO₂ của hai nhóm



Biểu đồ 3.5: Thay đổi SpO₂ trong gây mê

Nhận xét: Chỉ số SpO₂ được duy trì ổn định, không có sự khác biệt giữa thời điểm trước và sau các lần huy động phế nang.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thay đổi chỉ số khí máu động mạch

* **Thay đổi chỉ số PaO₂ của hai nhóm.** Từ kết quả biểu đồ 3.1 chúng tôi thấy, chỉ số PaO₂ của nhóm can thiệp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng tại thời điểm sau huy động phế nang lần đầu 5 phút với sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$, đây là thời điểm sự khác biệt

về chỉ số PaO₂ nhiều nhất giữa hai nhóm. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trung Kiên [8]. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trung Kiên, PaO₂ trước phẫu thuật của hai nhóm là tương đương với PaO₂ nhóm can thiệp là 86 mmHg và nhóm chứng là 84 mmHg; sau khi bơm khí CO₂ tạo phẫu trường 1 giờ, chỉ số PaO₂ của nhóm can thiệp là 207 mmHg và nhóm chứng là 189 mmHg, sau phẫu thuật 01 ngày, chỉ số PaO₂ của nhóm can thiệp là 98 mmHg và nhóm chứng là 91 mmHg. Như vậy, trong nghiên cứu của tác giả, khi có huy động phế nang sẽ cải thiện chỉ số PaO₂ của bệnh nhân, tuy nhiên mức độ cải thiện chủ yếu cho thấy sự khác biệt ở gần thời điểm huy động phế nang, sau huy động phế nang sự khác biệt giảm dần. Sự khác biệt này cho thấy huy động phế nang giúp cải thiện chức năng hô hấp cho bệnh nhân.

*Thay đổi tỉ lệ PaO₂/FiO₂ của hai nhóm.

Từ biểu đồ 3.7, tỉ lệ PaO₂/FiO₂ trung bình tại thời điểm sau huy động phế nang 5 phút cao hơn có ý nghĩa thống kê so với trước huy động phế nang, với $p < 0,01$. Thời điểm kết thúc thở máy với sau rút ống nội khí quản, PaO₂/FiO₂ ở nhóm can thiệp cao hơn so với trước huy động phế nang, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Thời điểm sau huy động phế nang 5 phút, chỉ số PaO₂/FiO₂ của nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$. Ở thời điểm kết thúc thở máy và sau rút nội khí quản 30 phút, PaO₂/FiO₂ của nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng với $p < 0,05$.

Tác giả Nguyễn Trung Kiên (2021) [8] đã đánh giá các thay đổi của khí máu động mạch giữa hai nhóm thông khí bảo vệ phổi phối hợp huy động phế nang bằng PEEP và nhóm thông khí thông thường cho bệnh nhân gây mê phẫu thuật nội soi ổ bụng. Kết quả phân tích của tác giả cho thấy, chỉ số PaO₂/FiO₂ trước khi phẫu thuật của hai nhóm là tương đương với 392 ± 58 mmHg ở nhóm huy động và 405 ± 50 mmHg ở nhóm chứng. Sau khi bơm khí CO₂ để tiến hành phẫu thuật 1 giờ, chỉ số PaO₂/FiO₂ của nhóm nghiên cứu là 518 mmHg còn nhóm chứng là 473 mmHg, sau phẫu thuật 01 ngày, chỉ số PaO₂/FiO₂ nhóm nghiên cứu là 327 mmHg và nhóm chứng là 319 mmHg. Như vậy, sự khác biệt về tỷ lệ PaO₂/FiO₂ trong nghiên cứu của tác giả chỉ có ý nghĩa ở thời điểm 1 giờ sau bơm CO₂ vào ổ bụng, thời điểm 1 ngày sau phẫu thuật, mặc dù chỉ số PaO₂/FiO₂ của nhóm nghiên cứu vẫn cao hơn so với nhóm chứng, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Sowoon Ahn phân tích sự ảnh hưởng của

huy động phế nang trên chỉ số oxy hóa máu của người bệnh trong quá trình gây mê, với 60 bệnh nhân tham gia nghiên cứu được huy động phế nang với áp lực 40 cmH₂O trong 40 giây [7]. Các chỉ số về PaO₂ được phân tích và đánh giá trước và sau huy động phế nang. Kết quả cho thấy, sau khi huy động phế nang chỉ số PaO₂ cải thiện rõ rệt ở nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng, cụ thể tại thời điểm 10 phút sau huy động phế nang PaO₂ của nhóm can thiệp là 219 ± 33 mmHg so với 193 ± 35 mmHg ở nhóm chứng. Thời điểm 60 phút sau huy động phế nang PaO₂ của nhóm can thiệp là 214 ± 42 mmHg so với 188 ± 41 mmHg ở nhóm chứng. Như vậy, việc huy động phế nang với áp lực 40 cmH₂O trong 40 giây giúp cải thiện chỉ số oxy hóa máu.

4.2. Thay đổi về huyết động

***Thay đổi tần số tim khi huy động phế nang.** Theo kết quả biểu đồ 3.3, nhịp tim tại thời điểm sau huy động phế nang 1 phút thấp hơn so với trước khi huy động phế nang. Sau 5 phút huy động phế nang, nhịp tim trở lại tương đương với mức trước khi huy động phế nang. Sự khác biệt về tần số tim ở ba thời điểm không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Mức giảm tần số tim sau huy động phế nang 1 phút thấp hơn so với thời điểm trước huy động phế nang, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau huy động phế nang 5 phút tần số tim tăng trở lại tương đương với mức trước khi huy động phế nang, sự khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của tác giả András Lovas (2015) [4] và cộng sự đánh giá sự ảnh hưởng của huy động phế nang lên tuần hoàn cho thấy tần số tim có ít sự thay đổi khi huy động phế nang, tuy nhiên các kết quả cho thấy quá trình huy động phế nang thường làm giảm nhịp tim và nguyên nhân hàng đầu được nghĩ tới là ảnh hưởng của quá trình huy động phế nang lên thần kinh X, từ đó dẫn tới ảnh hưởng lên nhịp tim và tần số tim thường giảm. Phân tích của tác giả Golparvar (2018) [51] so sánh 3 chế độ huy động phế nang với mức áp lực huy động phế nang là +40cmH₂O trong 5 nhịp thở cho thấy, tần số tim sau huy động phế nang giảm ở thời điểm ngay sau huy động, sau đấy tần số tim phục hồi và ổn định trong quá trình phẫu thuật.

*** Thay đổi huyết áp trung bình ở nhóm huy động phế nang.** Trong biểu đồ 3.4 thời điểm sau huy động phế nang, huyết áp trung bình giảm có ý nghĩa thống kê so với trước huy động phế nang. Thời điểm sau 5 phút huy động phế nang, huyết áp trung bình tăng hơn so với thời điểm ngay sau huy động phế nang. Sự khác biệt về huyết áp trung bình tại ba thời điểm trên

là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phân tích của tác giả András Lovas của quá trình huy động phế nang lên huyết áp cho thấy quá trình huy động phế nang có ảnh hưởng nhiều tới thể tích của tim trái. Huy động phế nang ảnh hưởng tới tuần hoàn của người bệnh, đặc biệt là ảnh hưởng làm giảm tiền gánh giảm khả năng đổ đầy thất trong thời kỳ tâm trương.

***Thay đổi SpO₂ của hai nhóm.** Từ kết quả biểu đồ 3.5, chúng tôi thấy không có sự khác biệt về chỉ số SpO₂ giữa các thời điểm trong quá trình gây mê giữa hai nhóm nghiên cứu, với $p > 0,05$. Tác giả Golparvar (2018) [6] phân tích sự thay đổi SpO₂ trong quá trình gây mê huy động phế nang cho thấy mức SpO₂ duy trì ổn định ở mức trên 98%. Như vậy có thể thấy, chỉ số SpO₂ của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả và mức SpO₂ không bị thay đổi trong quá trình huy động phế nang.

V. KẾT LUẬN

Huy động phế nang bằng áp lực +40cmH₂O trong 40 giây cách mỗi giờ kèm theo duy trì PEEP +5cmH₂O giúp cải thiện chỉ số oxy máu, chức năng hô hấp so với nhóm chỉ duy trì PEEP +5cmH₂O và có sự thay đổi huyết động trên bệnh nhân cao tuổi gây mê nội khí quản cho phẫu thuật ổ bụng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đạt Anh (2012), Những Vấn Đề Cơ Bản Trong Thông Khí Nhân Tạo, Nhà xuất bản Y Học
2. Nguyễn Quốc Kính (2013), Gây mê hồi sức cho phẫu thuật nội soi: Gây mê cho người cao tuổi, Nhà xuất bản Giáo Dục
3. Nguyễn Thu (2006), Bài giảng Gây Mê Hồi Sức tập 1, Nhà xuất bản Y Học..
4. András Lovas (2015), "Haemodynamic effects of lung recruitment manoeuvres", BioMed Research International. 2015, pp. 478970
5. H. U. Rothen (1993), "Re-expansion of atelectasis during general anaesthesia: A computed tomography study", British Journal of Anaesthesia. 71, pp. 788-795
6. Mohammad Golparvar (2018), "Comparative evaluation of the effects of three different recruitment maneuvers during laparoscopic bariatric surgeries of morbid obese patients on cardiopulmonary indices", AdvBiomed Res 2018;7:89. 7, pp. 89
7. Sowoon Ahn (2016), "Effect of recruitment maneuver on arterial oxygenation in patients undergoing robot-assisted laparoscopic prostatectomy with intraoperative 15 cmH₂O positive end expiratory pressure", Korean J Anesthesiol. 69(6), pp. 592-598
8. Trung Kiên Nguyen (2021), "Lung-protective mechanical ventilation for patients undergoing abdominal laparoscopic surgeries: a randomized controlled trial", BMC Anesthesiology (2021) 21: 95. 21, pp. 95.

VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO SÁNG BUỒNG TRỨNG VỚI UNG THƯ BIỂU MÔ THANH DỊCH ĐỘ CAO BUỒNG TRỨNG

Ngô Đức Anh¹, Đặng Phước Triều¹, Nguyễn Duy Thái¹,
Chu Thu Hà¹, Nguyễn Xuân Hưng¹, Nguyễn Văn Thi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu nhằm đánh giá giá trị của cộng hưởng từ (CHT) trong chẩn đoán phân biệt ung thư biểu mô (UTBM) tế bào sáng buồng trứng với UTBM thanh dịch độ cao buồng trứng. **Đối tượng và phương pháp:** phân tích hình ảnh CHT của 34 khối u ở 30 bệnh nhân UTBM tế bào sáng buồng trứng, so sánh với 49 khối u ở 32 bệnh nhân UTBM thanh dịch độ cao buồng trứng, đã được xác nhận bằng phẫu thuật và giải phẫu bệnh tại bệnh viện K trong khoảng thời gian từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 09 năm 2024. Khảo sát các đặc điểm: vị trí u, hình dạng, kích thước, thành phần u, chồi/nhú, cường độ tín hiệu, mức độ ngấm thuốc, di căn phúc mạc, hạch bất thường, dịch ổ bụng. **Kết quả:** có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đường kính tối đa trung bình, vị trí u giữa UTBM buồng trứng tế bào sáng và UTBM thanh dịch độ cao buồng trứng lần lượt với $p < 0.001$ và $p = 0.001$. So với UTBM thanh dịch độ cao buồng trứng, UTBM tế bào sáng buồng trứng thường có hình bầu dục (26/34, 76.5% so với 9/49, 18.4%; $p < 0.001$), thường có dạng nang (19/34, 55.9% so với 7/49, 14.3%; $p < 0.001$) và đơn thùy (20/26, 76.9% so với 5/23, 21.7%; $p < 0.001$), thường có thành phần dạng nang tăng tín hiệu trên T1W (16/26, 61.5% so với 4/23, 17.4%; $p = 0.002$), có chồi lớn hơn ($53.3 \pm 19.5\text{mm}$ so với $23.8 \pm 12\text{mm}$; $p < 0.001$), có ít trường hợp di căn phúc mạc hơn ($p = 0.09$) và có ít trường hợp có dịch ổ bụng hơn ($p < 0.001$). **Kết luận:** UTBM tế bào sáng buồng trứng thường biểu hiện là khối dạng nang hình bầu dục, đơn thùy với thành phần chồi lớn và các thành phần dạng nang tăng tín hiệu trên chuỗi xung T1W. CHT là một công cụ hữu ích có thể giúp phân biệt UTBM tế bào sáng buồng trứng với UTBM thanh dịch độ cao buồng trứng. **Từ khóa:** buồng trứng, ung thư biểu mô tế bào sáng, ung thư biểu mô thanh dịch độ cao, cộng hưởng từ.

SUMMARY

ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING FOR DISTINGUISHING OVARIAN CLEAR CELL CARCINOMA FROM HIGH-GRADE SEROUS CARCINOMA

Objectives: the study aimed to evaluate the value of magnetic resonance imaging (MRI) for distinguishing ovarian clear cell carcinoma (CCC) from

high-grade serous carcinoma (HGSC). **Methods:** we analyzed MRI data of 34 tumors in 30 patients with CCC, were compared with those of 49 tumors in 32 patients with HGSC, confirmed by surgery and pathology. MRI features included: laterality, shape, size, configuration, papillary projection, signal intensity, enhancement, peritoneal implant, lymphadenopathy, ascites. **Results:** there was a statistically significant difference in the mean maximum diameter, laterality ($p < 0.001$ and $p = 0.001$, respectively) between CCC and HGSC. Compared to HGSCs, CCCs were more frequently oval (26/34, 76.5% vs 9/49, 18.4%; $p < 0.001$), more often cystic (19/34, 55.9% vs 7/49, 14.3%; $p < 0.001$) and unilocular (20/26, 76.9% vs 5/23, 21.7%; $p < 0.001$), had T1-hyperintense cystic components more often (16/26, 61.5% vs 4/23, 17.4%; $p = 0.002$), had larger papillary projections ($53.3 \pm 19.5\text{mm}$ vs $23.8 \pm 12\text{mm}$; $p < 0.001$), were peritoneally implanted less frequently ($p = 0.09$) and had fewer ascites ($p < 0.001$). **Conclusion:** CCC typically showed an oval, unilocular cystic mass with large papillary projection and T1-hyperintense cystic components. MRI could be helpful for distinguishing CCC from HGSC.

Keywords: ovary, clear cell carcinoma, high-grade serous carcinoma, magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng đứng hàng thứ tám trong các ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ, với các triệu chứng lâm sàng không rõ ràng. Trong đó, UTBM tế bào sáng gần đây nổi lên là loại UTBM buồng trứng phổ biến thứ hai, chiếm tỷ lệ từ 5-25% UTBM buồng trứng, chỉ xếp sau UTBM thanh dịch độ cao.¹ Với những đặc điểm sinh học và lâm sàng đặc biệt, chiến lược điều trị UTBM tế bào sáng buồng trứng khác với UTBM thanh dịch độ cao theo hướng dẫn của Mạng lưới thông hiểu Ung thư Quốc Gia Mỹ (NCCN).² Do đó, việc phát hiện sớm và chẩn đoán chính xác trước phẫu thuật các trường hợp UTBM tế bào sáng buồng trứng có ý nghĩa đặc biệt đối với chiến lược điều trị tối ưu trong kỹ nguyên y học chính xác này.

Cộng hưởng từ (CHT) với hình ảnh đa mặt phẳng, đa thông số, cùng ưu thế vượt trội về tương phản mô mềm, có khả năng xác định nguồn gốc u, thành phần của khối u, đánh giá tổng thể vùng chậu, là một trong những phương thức chẩn đoán được sử dụng ngày càng phổ

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Anh

Email: ducanhngostar@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2024

Ngày duyệt bài: 18.11.2024