

6. **Cardailac, Claire.** Surgical management of Bartholin cysts and abscesses in French university hospitals. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction.* 2019;48(8): 631-635.
7. **Wechter ME.** Management of Bartholin duct cysts and abscesses: a systematic review. *Obstet*

Gynecol Surv. 2009;64(6):395-404.

8. **RotemR.** Risk factors associated with recurrent referral to the emergency room following surgical treatment of Bartholin's gland abscess. *Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2020;40(1):111-115.

GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM KẾT HỢP ĐÀN HỒI MÔ TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

Đoàn Thị Nga¹, Nguyễn Lan Hương², Nguyễn Duy Hùng^{1,2}, Lê Thanh Dũng², Nguyễn Duy Huệ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá giá trị của siêu âm kết hợp đàn hồi mô trong chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL). **Đối tượng và Phương pháp:** 74 bệnh nhân nghi ngờ UTTTL được siêu âm qua đường trực tràng đa phương tiện gồm 2D, Doppler màu và SE, được đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh qua sinh thiết hệ thống 12 mẫu dưới hướng dẫn siêu âm qua đường trực tràng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 5/2020 đến tháng 6/2021. **Kết quả:** Nghiên cứu có 28/74 bệnh nhân ung thư (38%), phát hiện 78/296 tổn thương ung thư ở 2 vùng chính là vùng ngoại vi (36) và vùng chuyển tiếp (42). Trong chẩn đoán UTTTL nằm ở vùng ngoại vi, siêu âm 2D, 2D+Doppler màu, 2D+Doppler màu+SE có độ nhạy lần lượt là 72.2%, 72.2%, 80.6%. Trong chẩn đoán UTTTL nằm ở vùng chuyển tiếp, siêu âm 2D, 2D+Doppler màu, 2D+Doppler màu+SE có độ nhạy lần lượt là 40.5%, 66.7%, 85.7%. **Kết luận:** Siêu âm 2D qua đường trực tràng có độ nhạy cao trong chẩn đoán UTTTL nằm ở vùng ngoại vi nhưng có độ nhạy thấp trong chẩn đoán UTTTL nằm ở vùng chuyển tiếp. Kết hợp hai hoặc ba kĩ thuật siêu âm đều làm tăng độ nhạy trong chẩn đoán UTTTL đặc biệt ở vùng chuyển tiếp. Siêu âm đàn hồi mô là phương pháp bổ trợ giúp làm tăng độ nhạy trong chẩn đoán UTTTL.

Từ khóa: ung thư tuyến tiền liệt, siêu âm qua đường trực tràng, siêu âm kết hợp đàn hồi mô.

SUMMARY

VALUES OF ULTRASOUND ASSOCIATED ELASTOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF PROSTATE CANCER

Purpose: This study aims to evaluate the value of ultrasound associated elastography in the diagnosis of prostate cancer. **Material and Method:** 74 patients with suspected prostate cancer was performed transrectal multiparametric ultrasound includes 2D,

color Doppler and elastography, was compare with Histological results follow transrectal US guide system biopsy 12 core at the Viet Duc Hospital from May 2020 to June 2021. **Results:** This study has 28/74 patients with prostate cancer (38%), detect 78/296 cancer lesions located in two main zones are peripheral zone (36) and transition zone (42). Diagnosis cancer in peripheral zone on 2D, 2D+color Doppler, 2D+color Doppler+SE has sensitivity of 72.2%, 72.2%, 80.6%, respectively. Diagnosis cancer in transition zone on 2D, 2D+color Doppler, 2D+Doppler+SE has sensitivity of 40.5%, 66.7%, 85.7%. **Conclusion:** Transrectal ultrasound 2D has high sensitivity in the diagnosis prostate cancer in the peripheral zone and low sensitivity in the diagnosis prostate cancer in the transition zone. To combine two or three technical ultrasound increase the sensitivity in diagnosis prostate cancer, especially in transition zone. Sonoelastography is supplement way to increase sensitivity in the diagnosis prostate .

Keywords: prostate cancer, transrectal ultrasound, ultrasound associated elastography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là loại ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong thứ tư do ung thư ở nam giới¹. UTTTL có tỉ lệ sống sau 5 năm là 100% nếu được phát hiện sớm ở giai đoạn còn khu trú, tuy nhiên, ở giai đoạn đã có di căn, tỉ lệ này giảm xuống chỉ còn 32%, do đó việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời có vai trò rất quan trọng.

Siêu âm là phương pháp chẩn đoán cơ bản và đầu tay trong chẩn đoán UTTTL nhưng hiện nay chưa có một kĩ thuật siêu âm riêng lẻ nào được coi là tối ưu, do vậy sinh thiết hệ thống dưới hướng dẫn của siêu âm qua đường trực tràng vẫn là phương pháp được lựa chọn để chẩn đoán xác định UTTTL ở những bệnh nhân có PSA > 4ng/ml². Siêu âm TTL qua đường trực tràng (TRUS) đã khắc phục được những nhược điểm của siêu âm qua đường bụng và là phương pháp chính trong phát hiện các tổn thương của TTL. TRUS bao gồm đồng thời siêu âm 2D và siêu âm Doppler, ngày nay còn được bổ sung thêm siêu

¹Trường đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Nga

Email: Doannga0226@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 5.10.2021

Ngày duyệt bài: 14.10.2021

âm đàn hồi mô (SE) đánh giá độ cứng của mô, được tích hợp trong cùng một đầu dò³.

Các mô bệnh lý có thể có cùng độ hồi âm nhưng chúng có độ cứng khác nhau, mô càng ác tính thì độ cứng càng tăng. Siêu âm 2D không phát hiện được những tổn thương ung thư đồng âm. Nhiều trường hợp tổn thương ung thư không tăng sinh mạch, vì vậy siêu âm Doppler vẫn khó nhận định tính chất lành tính hay ác tính⁴. Siêu âm đàn hồi mô đánh giá được độ cứng của mô tổn thương từ đó cung cấp thêm thông tin cho siêu âm 2D và Doppler trong chẩn đoán UTTL⁵.

Cho đến nay, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về ứng dụng của siêu âm kết hợp đàn hồi mô trong đánh giá các tổn thương khu trú tại TTL, cụ thể là khả năng phân biệt tổn thương lành tính hay ác tính. Tuy nhiên tại Việt Nam, kỹ thuật siêu âm đàn hồi vẫn chưa được ứng dụng rộng rãi và có rất ít nghiên cứu đề cập đến giá trị của siêu âm đàn hồi trong chẩn đoán UTTL. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá giá trị của siêu âm kết hợp đàn hồi mô trong chẩn đoán UTTL.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 74 bệnh nhân được nghi ngờ UTTL (thăm trực tràng nghi ngờ hoặc xét nghiệm PSA >4ng/ml hoặc bằng các phương pháp CDHA như siêu âm qua đường bụng, cộng hưởng từ), được siêu âm qua đường trực tràng kết hợp đàn hồi mô, được sinh thiết 12 mẫu và có kết quả giải phẫu bệnh.

Kỹ thuật siêu âm. Thăm khám được thực hiện trên máy siêu âm LOGIQ S7 Expert với đầu dò trực tràng hai bình diện BE9CS có tần số từ 8 đến 10MHz và có kênh sinh thiết tích hợp đồng bộ. Bệnh nhân được giải thích quy trình, đi tiểu trước khi thực hiện siêu âm. Tư thế bệnh nhân: nằm nghiêng trái, hai chân co tạo góc giữa đùi và bụng nhỏ hơn hoặc bằng 90 độ. Khảo sát TTL một cách toàn diện trên các lớp cắt dọc và cắt ngang theo trình tự từ đỉnh đến đáy TTL và từ phải sang trái. Khảo sát tuần tự từ hình thái, huyết động đến tính chất vật lý: siêu âm 2D, siêu âm Doppler màu, siêu âm đàn hồi. Trong thu hình siêu âm đàn hồi, ROI cần được bao phủ toàn bộ tuyến và mô xung quanh nhưng không bao gồm bàng quang để tránh ảnh giả. Thực hiện ép đầu dò với lực thật nhẹ (mức dịch chuyển đầu dò khoảng 1% độ sâu của vùng mô chứa TTL) rồi nhả ép, thực hiện trên cùng mặt phẳng cắt. Ghi nhận hình ảnh sau khi nhả ép rồi lặp lại cho đến khi thu chọn được hình với chỉ

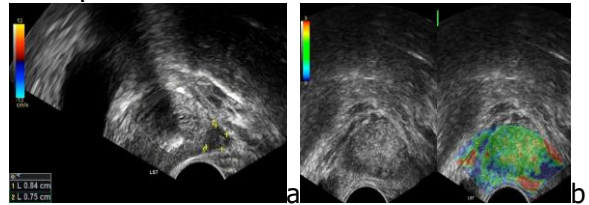
điểm chất lượng đạt. Sau khi thu được một seri ảnh đàn hồi, sẽ chọn hình tối ưu là hình có yếu tố chất lượng (quality factor) cao nhất⁶. Toàn bộ dữ liệu ảnh và video đều được lưu trữ trên máy siêu âm.

Phân tích hình ảnh. Tiêu chuẩn chẩn đoán UTTL trên siêu âm 2D gồm một trong các dấu hiệu sau: (1)Vùng ngoại vi: vùng có độ hồi âm thay đổi so với nhu mô xung quanh ± phá vỡ vỏ tuyến ± xâm lấn nhu mô xung quanh ± bờ tuyến không đều ± tuyến mất cân đối, (2)vùng chuyển tiếp: vùng có độ hồi âm thay đổi so với nhu mô xung quanh và đẩy lùi về phía ngoại vi ± bờ tuyến không đều ± tuyến mất cân đối³.

Tiêu chuẩn chẩn đoán UTTL trên siêu âm Doppler màu gồm một trong các dấu hiệu sau: tăng tín hiệu dòng chảy khu trú, tín hiệu dòng chảy không đối xứng tại mô ung thư cùng với tăng số lượng và kích thước mạch máu³.

Tiêu chuẩn chẩn đoán UTTL trên siêu âm đàn hồi: phân tích hình ảnh trên bản đồ màu, sử dụng 5 thang điểm của Kamoi dựa vào mức độ và sự phân bố tính đàn hồi của mô tương quan với tổn thương giảm âm trên 2D. Hệ thống phân loại này mã hóa mô cứng là màu xanh dương và mô mềm là màu đỏ hoặc xanh lá. Score 1: bình thường (mật độ đồng nhất). Score 2: khả năng bình thường (mật độ không đồng nhất dạng khảm). Score 3: không xác định (ổ cứng - màu xanh không đối xứng và không liên quan với có một tổn thương giảm âm). Score 4: khả năng ác tính: có tổn thương giảm âm với cứng (màu xanh ở trung tâm và còn mềm ở ngoại vi). Score 5: chắc chắn ác tính: có tổn thương giảm âm với cứng toàn bộ và cả tổ chức xung quanh. UTTL được nghi ngờ khi mô tổn thương có score từ 3 trở lên⁷.

Tiêu chuẩn chẩn đoán UTTL khi kết hợp 2 hoặc 3 kỹ thuật 2D, Doppler màu, đàn hồi: khi có ít nhất một tiêu chuẩn chẩn đoán UTTL của một kỹ thuật siêu âm.



Hình 1: Bệnh nhân P.H.T 65 tuổi, PSA 7.89ng/ml, (a) tổn thương giảm âm vùng ngoại vi trái không tăng sinh mạch trên siêu âm 2D và Doppler màu, (b) tổn thương tương ứng SE score 4 trên siêu âm đàn hồi (trung tâm màu xanh dương biểu hiện cứng, ngoại vi màu xanh)

lá biểu hiện mềm), gleason 4+4=8.

Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 (SPSS, Inc., Chicago, Hoa Kỳ). Các biến được trình bày dưới dạng số và tỷ lệ phần trăm.

Giá trị của siêu âm 2D, Doppler, đàn hồi và kết hợp ba phương pháp trong chẩn đoán xác định UTTL được xác định bằng độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính và độ chính xác với kết quả giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng.

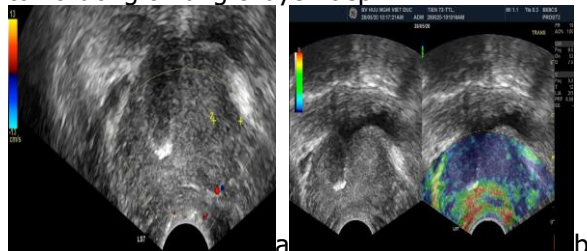
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 5/2020 đến tháng 6/2021, 74 bệnh nhân được nghi ngờ UTTL (từ 55 đến 89, độ tuổi trung bình là 67.22 ± 6.96 , PSA toàn phần trung bình là $31.57 \pm 27.2\text{ng/ml}$, thể tích TTL trung bình là $54.78 \pm 26.38\text{ ml}$) được siêu âm qua đường trực tràng kết hợp đàn hồi mô và được sinh thiết 12 mẫu tại khoa Chẩn đoán hình ảnh của bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Mỗi bệnh nhân được sinh thiết 12 mẫu và chia thành 4 vùng tổn thương tương ứng với vùng ngoại vi phải (mảnh số 1,2,3), vùng chuyển tiếp phải (mảnh số 4,5,6), vùng chuyển tiếp trái (mảnh số 7,8,9), vùng ngoại vi trái (mảnh số 10, 11,12). Mỗi vùng được đánh giá lần lượt trên siêu âm 2D, Doppler màu và SE. Dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán UTTL của mỗi kỹ thuật siêu âm đã nêu trên, mỗi vùng được ghi nhận là có

hay không có tổn thương nghi ngờ ung thư đối với mỗi kỹ thuật siêu âm.

Phân tích 296 vùng có tất cả 78 tổn thương ung thư được xác định bằng giải phẫu bệnh, trong đó có 36 tổn thương ở vùng ngoại vi và 42 tổn thương ở vùng chuyển tiếp.



Hình 2: Bệnh nhân H.M.T 72 tuổi, PSA 64.3ng/ml, (a) tổn thương giảm âm không đồng nhất vùng chuyển tiếp trái, không tăng sinh mạch trên siêu âm Doppler, tổn thương tương ứng SE score 4 trên siêu âm đàn hồi (trung tâm màu xanh dương biểu hiện cứng, ngoại vi màu xanh lá biểu hiện mềm), gleason 4+3=7.

Bảng 1 thể hiện giá trị của siêu âm 2D, 2D kết hợp Doppler màu và kết hợp 3 kỹ thuật trong chẩn đoán UTTL ở vùng ngoại vi. Siêu âm 2D có độ nhạy 72.2%, độ đặc hiệu 67%. Siêu âm 2D kết hợp Doppler màu có độ nhạy không đổi, độ đặc hiệu 66.1%. Kết hợp cả ba kỹ thuật làm tăng độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 80.6% và 64.3%.

Bảng 1: Giá trị của siêu âm 2D, 2D+Doppler màu, 2D+Doppler màu+SE trong chẩn đoán UTTL ở vùng ngoại vi (n= 148)

Kỹ thuật siêu âm	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị dự đoán dương tính (%)	Giá trị dự đoán âm tính (%)	Độ chính xác (%)
2D	72.2	67	41.3	88.2	68.2
2D+Doppler màu	72.2	66.1	40.6	88.1	67.6
2D+Doppler màu+SE	80.6	64.3	42	91.1	90.1

Bảng 2 thể hiện giá trị của siêu âm 2D, 2D kết hợp Doppler màu và kết hợp cả ba kỹ thuật trong chẩn đoán UTTL ở vùng chuyển tiếp. Siêu âm 2D có độ nhạy 40.5%, độ đặc hiệu 88.7%. Siêu âm 2D kết hợp Doppler màu có độ nhạy 66.7%, độ đặc hiệu 59.4%. Kết hợp cả ba kỹ thuật có độ nhạy 85.7%, độ đặc hiệu 59.4%.

Bảng 2: Giá trị của siêu âm 2D, 2D+Doppler màu, 2D+Doppler màu+SE trong chẩn đoán UTTL ở vùng chuyển tiếp (n= 148)

Kỹ thuật siêu âm	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị dự đoán dương tính (%)	Giá trị dự đoán âm tính (%)	Độ chính xác (%)
2D	40.5	88.7	58.6	79	75
2D+Doppler màu	66.7	59.4	39.4	81.8	61.5
2D+Doppler màu+SE	85.7	59.4	45.6	91.3	66.9

Bảng 3 thể hiện giá trị của siêu âm 2D, 2D+Doppler màu và kết hợp ba kỹ thuật trong chẩn đoán UTTL ở cả hai vùng. Siêu âm 2D có độ nhạy 55.1%, độ đặc hiệu 77.5%. Siêu âm 2D kết hợp Doppler màu có độ nhạy 69.2%, độ đặc hiệu 62.8%. Kết hợp ba kỹ thuật có độ nhạy 83.3%, độ đặc hiệu 61.9%.

Bảng 3: Giá trị của siêu âm 2D, 2D+Doppler màu, 2D+Doppler màu+SE trong chẩn đoán UT TTL ở cả hai vùng (n= 296)

Kỹ thuật siêu âm	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị dự đoán dương tính (%)	Giá trị dự đoán âm tính (%)	Độ chính xác (%)
2D	55.1	77.5	46.7	82.8	71.6
2D+Doppler màu	69.2	62.8	40	85.1	64.5
2D+Doppler màu+SE	83.3	61.9	43.9	91.2	67.6

IV. BÀN LUẬN

Phần lớn UT TTL có xu hướng tiến triển chậm, mức độ thấp và không quá ác tính. Tổn thương có thể phát triển ra ngoài bao tuyến hoặc khu trú trong tuyến qua nhiều thập kỉ¹. UT TTL chủ yếu nằm ở vùng ngoại vi (70%) thuận lợi cho siêu âm qua đường trực tràng dễ tiếp cận tổn thương³.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ung thư chiếm 38% (28/74), UT TTL thường gặp ở độ tuổi từ 55 đến 77, thể tích TTL và PSA toàn phần trung bình trong nhóm ung thư lần lượt là 45.9 ± 24.7 ml và 38.6 ± 36 ng/ml. Độ tuổi và tỷ lệ ung thư trong mẫu nghiên cứu gần tương đồng với kết quả của Giurgiu⁸. Thể tích TTL và PSA toàn phần trung bình của mẫu nghiên cứu cao hơn so với các nghiên cứu trước.

Nhu mô vùng ngoại vi bình thường có độ hồi âm đồng nhất và độ cứng trung gian do vậy một tổn thương ung thư nằm ở vùng ngoại vi có độ hồi âm thay đổi và có độ cứng tăng sẽ dễ được phát hiện trên siêu âm. Ngược lại vùng chuyển tiếp vốn có độ hồi âm không đồng nhất trên siêu âm và có độ cứng tăng hơn nhất là ở người già khi có các nốt tăng sản, do vậy rất khó có thể phát hiện được các tổn thương khu trú tại vùng này³.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy của siêu âm 2D, 2D+Doppler màu và 2D+Doppler màu+SE trong chẩn đoán UT TTL ở vùng ngoại vi lần lượt là 72.2%, 72.2% và 80.6%; độ đặc hiệu lần lượt là 67%, 66.1% và 64.3%. Như vậy khi kết hợp cả 3 kĩ thuật có làm tăng độ nhạy trong chẩn đoán UT TTL ở vùng ngoại vi. Theo nghiên cứu của Gadalla⁹ độ nhạy của SE trong chẩn đoán UT TTL ở vùng ngoại vi 100% và 60% tương ứng với vùng ngoại vi phải và trái. Nguyên nhân làm cho độ nhạy của SE trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn là do SE hạn chế trong việc phát hiện những tổn thương ung thư nhỏ và có điểm Gleason thấp⁵. Trong nghiên cứu của chúng tôi SE chỉ phát hiện được 2/5 tổn thương có điểm Gleason 6 và 3/7 tổn thương có điểm Gleason 7.

Đối với những tổn thương ung thư ở vùng chuyển tiếp, độ nhạy của siêu âm 2D chỉ là 40.5% do đặc tính không đồng nhất vốn có của vùng chuyển tiếp. Thể tích TTL trung bình của

mẫu nghiên cứu cao hơn so với các nghiên cứu trước nên đây cũng là nguyên nhân làm giảm độ nhạy của siêu âm do vùng chuyển tiếp định vị ở phía trước tuyến nên khi thể tích TTL càng tăng thì khả năng khảo sát của sóng siêu âm càng giảm⁵. Khi kết hợp siêu âm 2D+Doppler màu và 2D+Doppler màu+SE có độ nhạy tăng lên lần lượt là 66.7% và 85.7% nhưng độ đặc hiệu giảm còn 59.4%.

Khi đánh giá tổn thương trên cả hai vùng chuyển tiếp và ngoại vi, độ nhạy của siêu âm 2D chỉ 55.1% do trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi phần lớn tổn thương ung thư định vị ở vùng chuyển tiếp (42/78 tổn thương). Khi kết hợp hai và ba phương pháp độ nhạy tăng lên lần lượt là 69.2% và 83.3%. Theo nghiên cứu của Giurgiu⁸, độ nhạy của siêu âm 2D, 2D+Doppler, 2D+Doppler+SE lần lượt là 67.05%, 78.57%, 89.2%; độ đặc hiệu lần lượt là 51.4%, 27.02% và 24.32%. Nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy thấp hơn nhưng độ đặc hiệu cao hơn so với nghiên cứu của Giurgiu⁸.

Hạn chế của nghiên cứu là do siêu âm đàn hồi mô sử dụng các thông số bán định lượng và là kĩ thuật phụ thuộc vào kinh nghiệm của người làm. Ngoài ra cấu tạo của đầu dò trực tràng có khoảng cách giữa hai bình diện rộng nên mặt phẳng tiếp cận với thành trực tràng không đều.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy siêu âm đa phương tiện qua đường trực tràng gồm các kĩ thuật 2D, Doppler, SE có giá trị thay đổi khi đánh giá tổn thương nằm ở vùng ngoại vi hay chuyển tiếp. Siêu âm 2D qua đường trực tràng có độ nhạy cao trong chẩn đoán UT TTL nằm ở vùng ngoại vi nhưng có độ nhạy thấp trong chẩn đoán UT TTL nằm ở vùng chuyển tiếp. Kết hợp hai hoặc ba kĩ thuật siêu âm đều làm tăng độ nhạy trong chẩn đoán UT TTL đặc biệt ở vùng chuyển tiếp. Siêu âm đàn hồi mô được coi là phương pháp bổ trợ của siêu âm TTL qua đường trực tràng làm tăng độ nhạy chẩn đoán UT TTL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Leslie SW, Soon-Sutton TL, Sajjad H, Siref LE. Prostate Cancer. In: StatPearls. StatPearls

- Publishing; 2021. Accessed September 26, 2021. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470550/>
- Barr, Richard G (2017).** Elastography a Practical: "Elastography of the Prostate", 87-99.
 - Harvey CJ, Pilcher J, Richenberg J, Patel U, Fauscher F.** Applications of transrectal ultrasound in prostate cancer. Br J Radiol. 2012;85(Spec Iss 1):S3-S17. doi:10.1259/bjr/56357549
 - Tangel MR, Rastinehad AR.** Advances in prostate cancer imaging. F1000Res. 2018;7:1337. doi:10.12688/f1000research.14498.1
 - Barr RG, Cosgrove D, Brock M, et al.** WFUMB Guidelines and Recommendations on the Clinical Use of Ultrasound Elastography: Part 5. Prostate. Ultrasound in Medicine & Biology. 2017;43(1):27-48. doi:10.1016/j.ultrasmedbio.2016.06.020
 - Dietrich CF, Barr RG, Farrokh A, et al.** Strain Elastography - How To Do It? Ultrasound Int Open. 2017;3(4):E137-E149. doi:10.1055/s-0043-119412
 - Kamoi K, Okihara K, Ochiai A, et al.** The Utility of Transrectal Real-Time Elastography in the Diagnosis of Prostate Cancer. Ultrasound in Medicine and Biology. 2008;34(7):1025-1032. doi:10.1016/j.ultrasmedbio.2007.12.002
 - Giurgiu CR, Manea C, Crişan N, Bungărdian C, Coman I, Ducea SM.** Real-time sonoelastography in the diagnosis of prostate cancer. Med Ultrason. 2011;13(1):5-9.
 - El Fattah Hassan Gadalla AA, El Rahman SFA, Anis SE, El-Sayed khalil M.** Value of ultrasound elastography versus transrectal prostatic biopsy in prostatic cancer detection. The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine. 2015;46(3):761-768. doi:10.1016/j.ejrnm.2015.05.009

ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT, TÍNH AN TOÀN CỦA NỘI SOI BÓNG ĐƠN Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU TIÊU HÓA NGHI Ở RUỘT NON

Đỗ Anh Giang¹, Vũ Văn Khiên²,
Phạm Thị Thu Hồ¹, Dương Quang Huy³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm kỹ thuật và tính an toàn của nội soi bóng đơn ở bệnh nhân nghi chảy máu tiêu hóa (CMTH) ở ruột non. **Đối tượng và phương pháp:** Có 89 bệnh nhân nghi CMTH tại ruột non được đưa vào nghiên cứu. Trước khi thực hiện nội soi ruột non bóng đơn (NSRNBD), tất cả các bệnh nhân đều được nội soi dạ dày-tá tràng và đại tràng, nhưng không phát hiện thấy tổn thương gây CMTH. Các thông số theo dõi: Đường soi, thời gian, chiều dài ruột non soi được và biến chứng. **Kết quả:** Tỷ lệ soi theo đường miệng, đường hậu môn và cả 2 đường, tương ứng là: 35,9%, 14,6% và 49,5%. Thời gian trung bình (phút) theo đường miệng, đường hậu môn và cả hai đường, tương ứng là: 95,31 ± 40,42; 51,92 ± 29,69 và 161,70 ± 16,46. Chiều dài trung bình (mét) của ruột non nội soi qua đường miệng, đường hậu môn và cả hai đường chiếm tỷ lệ tương ứng là: 2,49 ± 0,94; 1,32 ± 0,74 và 2,94 ± 1,26. Biến chứng hay gặp sau NSRNBD là viêm tụy cấp mức độ nhẹ: 3/89 bệnh nhân (3,4%). **Kết luận:** Nội soi bóng đơn là một kỹ thuật an toàn, có hiệu quả trong chẩn đoán bệnh lý tại ruột non.

Từ khóa: Chảy máu tiêu hóa, nội soi ruột non bóng đơn

SUMMARY

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện TWQĐ

³Bệnh viện 103-HVQY

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Giang

Email: dranhgiangbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 6.10.2021

Ngày duyệt bài: 15.10.2021

CHARACTERISTICS AND SAFETY OF SINGLE BALLOON ENTEROSCOPY IN PATIENTS WITH SUSPECTED IN SMALL BOWEL BLEEDING

Aim: Characteristics and safety of single balloon enteroscopy (SBE) in patients with suspected in small bowel bleeding. **Patient and methods:** There were 89 patients with suspected in small bowel bleeding in the study. Before performing SBE, all patients underwent upper GI endoscopy and colonoscopy, but no lesions were detected. Follow-up parameters: endoscopic path, length of endoscopic small intestine, endoscopic time and complications. **Results:** The percentages of oral, anal and both routes were 35.9%, 14.6% and 49.5%, respectively. Mean time (minutes) by oral, anal and both routes were 95.31 ± 40.42; 51.92 ± 29.69 and 161.70 ± 16.46, respectively. The mean length (meters) of the small intestine through endoscopic oral, anal and both routes were 2.49 ± 0.94; 1.32 ± 0.74 and 2.94 ± 1.26, respectively. The common complication after SBE is mild acute pancreatitis: 3/89 patients (3.4%). **Conclusion:** Single-balloon endoscopy is a safe technique in the diagnosis of patients with suspected small bowel bleeding.

Key words: GI bleeding, single balloon enteroscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các thập kỷ trước, CMTH tại ruột non vẫn là một cơ quan "bí hiểm", vì không có các thiết bị hiện đại thăm dò trực tiếp tại ruột, giúp chẩn đoán chính xác bệnh. Các biện pháp chẩn đoán hình ảnh khác như chụp cộng hưởng từ ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, chụp xạ hình ổ bụng và kể cả nội soi viên nang... cũng chỉ là các phương pháp trợ giúp cho chẩn đoán cho bệnh