

- 1–12 (2024).
- Lê Xuân Hùng.** Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật phản ứng chuỗi Polymerase để phát hiện CMV, HSV trong thủy dịch của hội chứng Posner Schlossman [luận văn thạc sĩ]. Hà Nội: Đại học Y Hà Nội; 2012.
 - Kongyai, N. et al.** Viral causes of unexplained anterior uveitis in Thailand. *Eye* 26, 529–534 (2012).
 - Kalogeropoulos, D. et al.** The large Hellenic Study of Uveitis: epidemiology, etiologic factors and classification. *Int Ophthalmol* 43, 3633–3650 (2023).
 - Hsiao, Y.-T., Kuo, M.-T., Chiang, W.-Y., Chao, T.-L. & Kuo, H.-K.** Epidemiology and clinical features of viral anterior uveitis in southern Taiwan—diagnosis with polymerase chain reaction. *BMC Ophthalmol* 19, 87 (2019).
 - Chee, S.-P. & Jap, A.** Presumed fuchs heterochromic iridocyclitis and Posner-Schlossman syndrome: comparison of cytomegalovirus-positive and negative eyes. *Am J Ophthalmol* 146, 883–889.e1 (2008).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SINH THIẾT TỤY QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Nguyễn Ngọc Cương^{1,2}, Đỗ Huy Hoàng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm hình ảnh, kết quả mô bệnh học và mức độ an toàn của kỹ thuật sinh thiết tụy qua da dưới hướng dẫn siêu âm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu thực hiện trên 33 bệnh nhân có tổn thương tụy được chỉ định sinh thiết qua da dưới hướng dẫn siêu âm tại một bệnh viện tuyến trung ương từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2024. Các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, kết quả mô bệnh học và tai biến được thu thập, phân tích và đánh giá. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu là nam giới (60,6%), tuổi trung bình $63,6 \pm 11,2$. Tổn thương tụy chủ yếu nằm ở đầu tụy (51,5%), giảm âm (81,8%) và bờ không đều (75,8%). Tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến chiếm 72,7%. Độ nhạy chẩn đoán là 92,3%, độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 93,9%. Biến chứng gặp ở 6,1% trường hợp, đều nhẹ, không cần can thiệp. **Kết luận:** Sinh thiết tụy dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp có độ chính xác cao và mức độ an toàn chấp nhận được, có thể áp dụng rộng rãi tại các cơ sở có phương tiện siêu âm can thiệp và bác sĩ được đào tạo chuyên sâu.

Từ khóa: Khối u tụy, Sinh thiết u tụy, Sinh thiết u dưới siêu âm

SUMMARY

ULTRASOUND-GUIDED PERCUTANEOUS PANCREATIC BIOPSY: DIAGNOSTIC PERFORMANCE AND CLINICAL SAFETY

Objective: To evaluate the imaging characteristics, histopathological outcomes, and safety of percutaneous ultrasound-guided pancreatic biopsy. **Materials and Methods:** This prospective descriptive study was conducted on 33 patients with pancreatic lesions who underwent ultrasound-guided

percutaneous biopsy at a central hospital from January 2023 to June 2024. Clinical, imaging, histological data, and procedure-related complications were collected and analyzed. **Results:** The majority of patients were male (60.6%) with a mean age of 63.6 ± 11.2 years. Most pancreatic lesions were located in the head of the pancreas (51.5%), appeared hypoechoic (81.8%), and had irregular margins (75.8%). Adenocarcinoma accounted for 72.7% of histological diagnoses. The sensitivity, specificity, and overall diagnostic accuracy of the procedure were 92.3%, 100%, and 93.9%, respectively. Minor complications occurred in 6.1% of cases and required no specific treatment. **Conclusion:** Percutaneous ultrasound-guided pancreatic biopsy is a feasible and accurate method with an acceptable safety profile. It can be considered a practical alternative for tissue diagnosis in pancreatic lesions, especially in settings where endoscopic ultrasound is not readily available.

Keywords: pancreatic tumor, pancreatic biopsy, ultrasound guidance biopsy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tụy là một trong những bệnh lý ác tính đường tiêu hóa có tiên lượng kém nhất, với tỷ lệ sống thêm 5 năm chỉ khoảng 9% ở mọi giai đoạn và dưới 3% ở giai đoạn muộn. Do đặc điểm tiến triển âm thầm, các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu và vị trí giải phẫu sâu trong ổ bụng, phần lớn các trường hợp được chẩn đoán khi đã ở giai đoạn tiến triển hoặc di căn xa, làm hạn chế khả năng phẫu thuật triệt để – vốn chỉ áp dụng được cho khoảng 15–20% trường hợp [1]. Vì vậy, việc phát hiện và chẩn đoán sớm có vai trò then chốt trong cải thiện tiên lượng và lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp.

Tổn thương tụy được chia làm hai nhóm chính là tổn thương đặc và nang, với bản chất có thể là viêm, lành tính, tiền ung thư hoặc ác tính. Việc xác định chính xác mô bệnh học của tổn thương giúp tránh các phẫu thuật không cần thiết, đồng thời giúp quyết định liệu pháp triệt

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Cương

Email: nguyennngoccuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025

cần hay điều trị triệu chứng. Mặc dù các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, cắt lớp vi tính (CT), cộng hưởng từ (MRI), và PET-CT đóng vai trò quan trọng trong phát hiện và phân loại tổn thương tụy, nhưng vẫn có giới hạn trong phân biệt chính xác giữa tổn thương lành tính và ác tính, đặc biệt trong các trường hợp viêm tụy mạn có khối giả u [2].

Vì vậy, các phương pháp xâm lấn nhằm lấy mô tổn thương để xét nghiệm giải phẫu bệnh như chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA – Fine Needle Aspiration) hay sinh thiết lõi (core biopsy) được áp dụng rộng rãi. Trong đó, siêu âm nội soi (EUS-FNA) là kỹ thuật được xem là tiêu chuẩn vàng hiện nay do cho phép tiếp cận chính xác với tổn thương ở nhiều vị trí trong tụy, đặc biệt là đầu tụy và vùng quanh tá tràng [3]. Tuy nhiên, EUS-FNA có một số hạn chế đáng kể như chi phí cao, yêu cầu gây mê, cần trang thiết bị chuyên dụng và đội ngũ được đào tạo sâu, đồng thời không phù hợp với bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tiêu hóa như Roux-en-Y hay Billroth II [4].

Sinh thiết tụy qua da dưới hướng dẫn siêu âm là một lựa chọn thay thế có thể khắc phục các hạn chế trên. Kỹ thuật này có ưu điểm về tính kinh tế, khả năng thực hiện tại chỗ, không cần gây mê và cho phép đánh giá thời gian thực đường đi kim và các cấu trúc mạch máu lân cận. Tuy nhiên, do tụy nằm sâu trong khoang sau phúc mạc, tiếp cận sinh thiết thường khó khăn, dễ gặp biến chứng như tụ máu, viêm tụy hoặc dò dịch tụy. Do đó, kỹ thuật này được xếp vào nhóm có nguy cơ tai biến cao theo Hội Chẩn đoán hình ảnh can thiệp Hoa Kỳ (SIR) [5]. Trong những năm gần đây, với sự phát triển của kim sinh thiết lõi cỡ nhỏ (18G–20G) và siêu âm chất lượng cao, kỹ thuật này đã được áp dụng ngày càng phổ biến hơn tại các trung tâm có kinh nghiệm.

Tuy vậy, tại Việt Nam hiện nay vẫn còn ít công trình công bố về hiệu quả và tính an toàn của sinh thiết tụy qua da dưới hướng dẫn siêu âm. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm góp phần cung cấp thêm dữ liệu thực tiễn, hỗ trợ cho việc ứng dụng và mở rộng kỹ thuật trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, được thực hiện nhằm đánh giá kết quả và tính an toàn của kỹ thuật sinh thiết tụy qua da dưới hướng dẫn siêu âm.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 06 năm 2024.

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân có tổn thương tụy dạng đặc hoặc hỗn hợp được phát hiện qua siêu âm, cắt lớp vi tính (CT) hoặc cộng hưởng từ (MRI). Có chỉ định sinh thiết để chẩn đoán mô bệnh học.

Đồng ý tham gia nghiên cứu và ký cam kết đồng thuận thực hiện thủ thuật.

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ. Rối loạn đông máu chưa được điều chỉnh (INR >1.5 hoặc tiểu cầu <50 G/L).

Tổn thương tụy không tiếp cận được bằng đường siêu âm qua da.

Bệnh nhân không hợp tác hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2.5. Cỡ mẫu. Tổng số có 33 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào phân tích.

2.6. Phương pháp tiến hành

Thiết bị và dụng cụ: Siêu âm tổng quát có Doppler màu (máy siêu âm hãng GE P7), đầu dò convex tần số 3.5–5 MHz. Kim sinh thiết lõi bán tự động cỡ 18G hoặc 20G.

Kỹ thuật sinh thiết: Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng và hình ảnh học trước thủ thuật.

Định vị đường đi kim tối ưu, tránh các cấu trúc mạch máu hoặc ống tiêu hóa.

Sát trùng, vô khuẩn và gây tê tại chỗ.

Kim được đưa dưới hướng dẫn siêu âm thời gian thực vào trung tâm tổn thương, thường qua đường thành bụng trước (đối với thân–đuôi tụy) hoặc qua dạ dày, tá tràng (đối với đầu tụy).

Mỗi tổn thương được lấy từ 1–3 mẫu mô, tùy vào vị trí, kích thước và đánh giá hình ảnh học.

Sau thủ thuật, bệnh nhân được theo dõi tại giường từ 6–24 giờ để phát hiện biến chứng (đau, tụ máu, viêm tụy...).

2.7. Các chỉ số thu thập. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học: vị trí, kích thước, loại tổn thương, đường tiếp cận, loại kim sử dụng, số lần bấm.

Kết quả mô bệnh học: lành tính/ác tính, xác định được mô học cụ thể hay không.

Tai biến: phân loại theo mức độ (nhẹ/vừa/nặng) và thời điểm xảy ra (trong hoặc sau can thiệp).

Kết quả chẩn đoán: đối chiếu mô bệnh học với kết luận sau phẫu thuật hoặc diễn biến lâm sàng ≥ 6 tháng để đánh giá độ chính xác, độ nhạy, độ đặc hiệu của kỹ thuật.

2.8. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

Sử dụng thống kê mô tả (trung bình, tỉ lệ %) và phân tích độ chính xác chẩn đoán (sensitivity, specificity, PPV, NPV, accuracy).

So sánh tỷ lệ bằng kiểm định Chi-square với ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về đối tượng nghiên cứu.

Trong tổng số 33 bệnh nhân được sinh thiết tụy qua da dưới hướng dẫn siêu âm, phần lớn tổn thương thuộc nhóm đặc, giảm âm, không đều, với ranh giới không rõ và ít tăng sinh mạch.

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi trung bình (\pm SD)	61,4 \pm 11,2
Nam	21 (63,6%)
Nữ	12 (36,4%)
Tổng	33

Nhận xét: Trong số 33 bệnh nhân được sinh thiết tụy qua da dưới hướng dẫn siêu âm, tuổi trung bình là 61,4 \pm 11,2 tuổi, cho thấy bệnh lý tụy cần chẩn đoán mô bệnh học thường gặp ở nhóm trung niên và người cao tuổi. Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế với 63,6%, cao hơn so với nữ giới (36,4%). Sự chênh lệch này phù hợp với xu hướng dịch tễ học đã ghi nhận ở các nghiên cứu về ung thư tụy, vốn thường gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới.

Bảng 2. Vị trí và loại tổn thương tụy trên siêu âm

Đặc điểm	Số ca (n=33)	Tỷ lệ (%)
Vị trí		
Đầu tụy	19	57,6
Thân tụy	7	21,2
Đuôi tụy	7	21,2
Loại tổn thương		
Dạng đặc	28	84,8
Dạng hỗn hợp	5	15,2

Nhận xét: Trong số 33 bệnh nhân được sinh thiết tụy qua da dưới hướng dẫn siêu âm, tổn thương tại đầu tụy chiếm tỷ lệ cao nhất (57,6%), tiếp theo là thân và đuôi tụy (mỗi vị trí chiếm 21,2%). Về mặt hình thái, phần lớn các tổn thương có cấu trúc đặc (84,8%), chỉ một số ít là tổn thương hỗn hợp (15,2%). Điều này cho thấy đầu tụy là vị trí dễ gặp tổn thương hơn và dạng đặc vẫn là hình thái phổ biến trên siêu âm ở các bệnh nhân có chỉ định sinh thiết. Phân bố này phù hợp với xu hướng thường gặp của ung thư tụy, vốn có xu hướng ưu thế ở đầu tụy.

3.2. Kết quả mô bệnh học sau sinh thiết. Sinh thiết cho kết quả chẩn đoán chính xác trong đa số trường hợp. Trong đó, tổn thương ác tính chiếm ưu thế, chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến.

Bảng 3. Kết quả mô bệnh học sau sinh thiết

Loại tổn thương mô học	Số ca	Tỷ lệ (%)
Ung thư biểu mô tuyến	22	66,7
Viêm tụy mạn	5	15,2

U tế bào thần kinh nội tiết	2	6,1
Kết quả không đủ chẩn đoán	1	3,0
Các loại khác (u mô đệm...)	3	9,0

Nhận xét: Kết quả mô bệnh học cho thấy ung thư biểu mô tuyến là loại tổn thương phổ biến nhất, chiếm 66,7% tổng số ca sinh thiết. Đây là loại ung thư tụy điển hình, phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy ung thư biểu mô tuyến chiếm trên 85% các loại u ác tính tụy. Ngoài ra, nhóm tổn thương lành tính bao gồm viêm tụy mạn (15,2%) và u thần kinh nội tiết (6,1%) cũng được phát hiện, cho thấy giá trị của kỹ thuật trong việc phân biệt giữa tổn thương ác tính và không ác tính. Tỷ lệ mẫu không đủ chẩn đoán rất thấp (3%), phản ánh chất lượng lấy mẫu đạt yêu cầu và độ tin cậy của sinh thiết lõi dưới hướng dẫn siêu âm.

3.3. Giá trị chẩn đoán và tai biến. Kỹ thuật có độ chính xác và độ an toàn cao, ít biến chứng nặng.

Bảng 4. Độ chính xác chẩn đoán và tai biến sau sinh thiết

Thông số đánh giá	Giá trị (%)
Độ nhạy	92,3
Độ đặc hiệu	100
Độ chính xác	93,9
Biến chứng nhẹ	6,1
Biến chứng nặng	0

Nhận xét: Kỹ thuật sinh thiết tụy qua da dưới hướng dẫn siêu âm đạt độ nhạy cao (92,3%) và độ đặc hiệu tuyệt đối (100%), với độ chính xác chung lên tới 93,9%. Những chỉ số này cho thấy khả năng chẩn đoán đáng tin cậy của phương pháp này trong việc phân biệt tổn thương ác tính và không ác tính. Về mức độ an toàn, chỉ ghi nhận biến chứng nhẹ ở 6,1% bệnh nhân (chủ yếu là đau tại chỗ, tụ máu nhỏ), và không có trường hợp nào gặp biến chứng nặng. Điều này chứng minh rằng sinh thiết tụy dưới hướng dẫn siêu âm là một kỹ thuật tương đối an toàn và hiệu quả trong điều kiện triển khai phù hợp và có kinh nghiệm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân được chỉ định sinh thiết tụy qua da là 61,4 \pm 11,2 tuổi, cho thấy đây là bệnh lý thường gặp ở nhóm người cao tuổi. Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của ung thư tụy, vốn có tỉ lệ mắc cao nhất ở độ tuổi từ 60–80, và hiếm gặp ở người dưới 40 tuổi [5].

Về giới tính, kết quả cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (63,6%) so với nữ giới (36,4%). Điều này cũng tương đồng với xu hướng được

ghi nhận trong các nghiên cứu dịch tễ học trước đó, cho thấy ung thư tụy nói riêng và tổn thương tụy có chỉ định sinh thiết nói chung thường gặp ở nam giới nhiều hơn [6]. Có thể lý giải sự khác biệt này một phần do yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, uống rượu, viêm tụy mạn tính... vốn phổ biến hơn ở nam giới tại nhiều quốc gia, bao gồm cả Việt Nam [7].

Tóm lại, đặc điểm tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của các tổn thương tụy nghi ngờ ác tính, đồng thời khẳng định tính đại diện và hợp lý trong chọn mẫu của nghiên cứu.

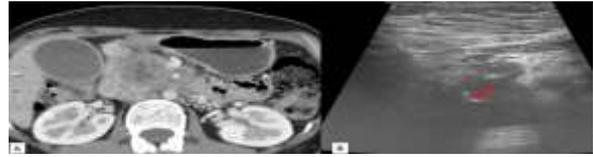
4.2. Đặc điểm hình ảnh và kết quả mô bệnh học của tổn thương tụy. Trong nghiên cứu này, phần lớn các tổn thương tụy được phát hiện tại vùng đầu tụy (57,6%), tiếp theo là thân và đuôi tụy. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu dịch tễ học, trong đó đầu tụy là vị trí tổn thương phổ biến nhất của ung thư tụy, chiếm khoảng 60–70% tổng số ca [7]. Việc phát hiện tổn thương ở đầu tụy cũng thuận lợi hơn trên siêu âm nhờ vị trí giải phẫu gần thành bụng trước và dễ quan sát hơn so với thân và đuôi tụy.

Về đặc điểm hình ảnh học, phần lớn các tổn thương có dạng đặc, giảm âm, bờ không đều và ít tăng sinh mạch – đây đều là các dấu hiệu gợi ý ác tính thường gặp trên siêu âm bụng [8]. Tuy nhiên, siêu âm vẫn có những hạn chế nhất định trong việc đánh giá chính xác tính chất mô học, đặc biệt với các tổn thương nhỏ, sâu hoặc nằm gần mạch máu lớn. Do đó, việc phối hợp siêu âm với các kỹ thuật mô học là cần thiết để chẩn đoán xác định.

Kết quả mô bệnh học sau sinh thiết cho thấy ung thư biểu mô tuyến tụy chiếm tỷ lệ cao nhất (66,7%), phù hợp với dịch tễ học khi loại ung thư này chiếm khoảng 85–90% trong các khối u ác tính tụy [3]. Bên cạnh đó, các tổn thương lành tính (như viêm tụy mạn) và khối u khác như u thần kinh nội tiết hay mô đệm tiêu hoá cũng được phát hiện. Việc xác định chính xác bản chất mô học của khối u giúp định hướng điều trị phù hợp và tránh được các phẫu thuật không cần thiết [9].

Tỷ lệ mẫu không đủ chẩn đoán trong nghiên cứu rất thấp (3%), cho thấy chất lượng kỹ thuật sinh thiết và khả năng lấy mẫu đạt yêu cầu cao. Điều này đặc biệt quan trọng trong bối cảnh sinh thiết tụy được coi là thủ thuật khó, và hiệu quả cao như vậy thể hiện kỹ năng tốt của ekip thực hiện cũng như khả năng ứng dụng thực tiễn của kỹ thuật này.

4.3. Giá trị chẩn đoán và mức độ an toàn của kỹ thuật sinh thiết tụy dưới hướng dẫn siêu âm



Hình 1. Khối u vùng đầu tụy được sinh thiết

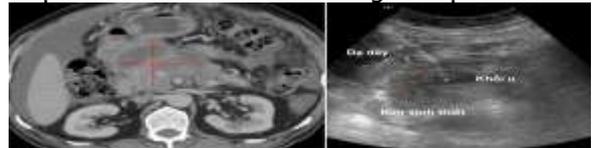
A) khối u đầu tụy giảm tỷ trọng trên cắt lớp vi tính. B) Kim sinh thiết nằm trong khối u (mũi tên).

Kỹ thuật sinh thiết tụy qua da dưới hướng dẫn siêu âm trong nghiên cứu này cho kết quả rất khả quan với độ nhạy 92,3%, độ đặc hiệu 100% và độ chính xác chung 93,9%. Đây là các chỉ số cao, phản ánh tính hiệu quả và đáng tin cậy của phương pháp trong việc phân biệt tổn thương ác tính và lành tính của tụy. Kết quả này tương đương hoặc thậm chí cao hơn so với một số nghiên cứu sử dụng kỹ thuật EUS-FNA, vốn được xem là tiêu chuẩn vàng hiện nay [10].

Mặc dù EUS-FNA có ưu thế về độ chính xác và khả năng tiếp cận tổn thương, nhưng phương pháp này phụ thuộc nhiều vào cơ sở vật chất hiện đại, yêu cầu gây mê, và kỹ năng nội soi chuyên sâu. Trong khi đó, sinh thiết dưới siêu âm lại có ưu điểm như: tiếp cận nhanh, không cần gây mê, giá thành rẻ hơn và có thể thực hiện tại các cơ sở y tế có trang bị siêu âm can thiệp cơ bản [10]. Kỹ thuật này đặc biệt hữu ích ở những bệnh nhân có chống chỉ định nội soi hoặc có tiền sử phẫu thuật đường tiêu hóa làm thay đổi giải phẫu.

Về tính an toàn, chỉ có 6,1% bệnh nhân gặp biến chứng nhẹ, chủ yếu là đau tại chỗ sinh thiết hoặc tụ máu nhỏ, và không có biến chứng nặng nào được ghi nhận. So với tỷ lệ tai biến được báo cáo trong y văn (thường dao động từ 5–10%) thì kết quả này cho thấy mức độ an toàn rất cao. Đặc biệt, việc sử dụng kim cỡ nhỏ và lựa chọn đường đi sinh thiết ngắn, tránh mạch máu và ống tiêu hóa là yếu tố quan trọng góp phần giảm tai biến.

Tuy nhiên, kỹ thuật này đòi hỏi bác sĩ thực hiện phải có kinh nghiệm cao về siêu âm và can thiệp, cũng như phối hợp chặt chẽ với bác sĩ giải phẫu bệnh để đảm bảo chất lượng mẫu mô. Trong điều kiện thực hành lâm sàng tại Việt Nam, phương pháp này hoàn toàn khả thi nếu được triển khai bài bản và đúng chỉ định.



Hình 2. Minh họa đường đi kim của một bệnh nhân u đầu tụy sinh thiết xuyên thành dạ dày

Hình bên trái: khối u đầu tụy trên cắt lớp vi tính với dịch ổ bụng. Hình bên phải: định vị siêu âm để sinh thiết khối u, kim sinh thiết xuyên thành dạ dày

V. KẾT LUẬN

Sinh thiết tụy qua da dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả trong chẩn đoán mô bệnh học các tổn thương tụy. Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn tổn thương được phát hiện ở vùng đầu tụy, biểu hiện giảm âm, bờ không đều và mô học chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến tụy. Kỹ thuật này đạt độ nhạy và độ chính xác chẩn đoán cao (92,3% và 93,9%), với tỷ lệ biến chứng thấp (6,1%), chủ yếu là nhẹ và không cần can thiệp.

Phương pháp này có thể được ứng dụng rộng rãi tại các cơ sở y tế có trang bị siêu âm can thiệp, góp phần giúp chẩn đoán chính xác và lên kế hoạch điều trị kịp thời cho bệnh nhân có khối u tụy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. R. L. Siegel, K. D. Miller, N. S. Wagle, and A. Jemal, "Cancer statistics, 2023," *CA. Cancer J. Clin.*, vol. 73, no. 1, pp. 17–48, Jan. 2023, doi: 10.3322/caac.21763.
2. M. Polkowski et al., "Technical aspects of endoscopic ultrasound (EUS)-guided sampling in gastroenterology: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technical Guideline - March 2017," *Endoscopy*, vol. 49, no. 10, pp. 989–1006, Oct. 2017, doi: 10.1055/s-0043-119219.
3. M. J. Hewitt, M. J. W. McPhail, L. Possamai,

- A. Dhar, P. Vlavianos, and K. J. Monahan, "EUS-guided FNA for diagnosis of solid pancreatic neoplasms: a meta-analysis," *Gastrointest. Endosc.*, vol. 75, no. 2, pp. 319–331, Feb. 2012, doi: 10.1016/j.gie.2011.08.049.
4. S. Gupta et al., "Quality improvement guidelines for percutaneous needle biopsy," *J. Vasc. Interv. Radiol. JVIR*, vol. 21, no. 7, pp. 969–975, Jul. 2010, doi: 10.1016/j.jvir.2010.01.011.
5. S. Iodice, S. Gandini, P. Maisonneuve, and A. B. Lowenfels, "Tobacco and the risk of pancreatic cancer: a review and meta-analysis," *Langenbecks Arch. Surg.*, vol. 393, no. 4, pp. 535–545, Jul. 2008, doi: 10.1007/s00423-007-0266-2.
6. "Cancer Facts & Figures 2023 | American Cancer Society." Accessed: Jul. 24, 2025. [Online]. Available: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/2023-cancer-facts-figures.html>
7. "704-viet-nam-fact-sheet.pdf." Accessed: Jul. 24, 2025. [Online]. Available: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf>
8. "Contrast-enhanced ultrasound of pancreatic tumours - De Robertis - 2014 - Australasian Journal of Ultrasound in Medicine - Wiley Online Library." Accessed: Jul. 24, 2025. [Online]. Available: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/j.2205-0140.2014.tb00032.x>
9. C. W. Teshima and G. S. Sandha, "Endoscopic ultrasound in the diagnosis and treatment of pancreatic disease," *World J. Gastroenterol. WJG*, vol. 20, no. 29, pp. 9976–9989, Aug. 2014, doi: 10.3748/wjg.v20.i29.9976.
10. "EUS-guided fine needle biopsy of pancreatic masses can yield true histology - PubMed." Accessed: Jul. 24, 2025. [Online]. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28988195/>

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG SỨC KHOẺ CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU GHÉP THẬN

Nguyễn Thị Kim Dung¹, Nguyễn Thu Thủy¹, Trần Hữu Tài¹,
Nguyễn Minh Thu¹, Nguyễn Thị Minh Hạnh¹,
Lê Thị Nhung¹, Nguyễn Thu Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng sức khỏe thể chất của người bệnh trước và sau ghép thận tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang so sánh trước và sau ghép được thực hiện từ tháng 03/2021 đến tháng 06/2024. Các chỉ số lâm sàng và chất lượng cuộc sống liên quan

đến sức khỏe được đánh giá trước và sau ghép thận thông qua bảng câu hỏi SF-36. Số liệu thu thập bao gồm: cân nặng, chiều cao, công thức máu toàn phần, nồng độ ure và creatinin huyết thanh. Phép kiểm định t ghép cặp (paired t-test) được sử dụng để so sánh điểm trung bình trước và sau ghép. **Kết quả:** Trong số 63 bệnh nhân ghép thận, BMI tăng nhẹ từ $20,9 \pm 2,9$ lên $21,6 \pm 2,9$; $p = 0,013$. Số lượng hồng cầu và hemoglobin đều tăng rõ rệt (cả hai $p < 0,001$). Nồng độ ure huyết giảm từ $22,3 \pm 9,1$ xuống $6,3 \pm 1,8$ mmol/L và creatinin huyết thanh giảm từ $861 \pm 296,1$ xuống $105,8 \pm 66,8$ μ mol/L (cả hai $p < 0,001$). Điểm SF-36 sau ghép có sự cải thiện đáng kể: GH, PF, RF và PCS đều tăng ($p < 0,001$), trong khi điểm BP giảm từ $35,4 \pm 23,7$ xuống $16,7 \pm 17,9$

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Hà
Email: nguyenthuha.dietitian@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.7.2025
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025
Ngày duyệt bài: 17.9.2025