

đàn hồi 4 mức có khả năng phân biệt u lành và ác tuyến mang tai tốt hơn thang Tsukuba 5 mức, đặc biệt ở độ đặc hiệu. Tuy nhiên, do độ nhạy thấp, kỹ thuật này nên được sử dụng như phương pháp bổ trợ, không thay thế cho chẩn đoán giải phẫu bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Manoj Megha, Phatak Suresh V., Harshith Gowda K. B.** (2022), Sonoelastographic Characterization of Parotid and Submandibular Lesions Our Initial Experience: A Prospective Observational Study, Journal of Datta Meghe Institute of Medical Sciences University, 17 (3), pp.
2. **Bhatia K. S., Rasalkar D. D., Lee Y. P.** (2010), Evaluation of real-time qualitative sonoelastography of focal lesions in the parotid

and submandibular glands: applications and limitations, Eur Radiol, 20 (8), pp. 1958-1964.

3. **Cortcu S., Elmali M., Tanrivermis Sayit A.** (2018), The Role of Real-Time Sonoelastography in the Differentiation of Benign From Malignant Parotid Gland Tumors, Ultrasound Q, 34 (2), pp. 52-57.
4. **Dumitriu D., Dudea S., Botar-Jid C.** (2011), Real-time sonoelastography of major salivary gland tumors, AJR Am J Roentgenol, 197 (5), pp. W924-930.
5. **Thimsen V., Goncalves M., Koch M.** (2021), The current value of quantitative shear wave sonoelastography in parotid gland tumors, Gland Surg, 10 (4), pp. 1374-1386.
6. **Wierzbicka M., Kałużny J., Szczepanek-Parulska E.** (2013), Is sonoelastography a helpful method for evaluation of parotid tumors?, Eur Arch Otorhinolaryngol, 270 (7), pp. 2101-2107.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ ỐNG TUYẾN VÚ TẠI CHỖ

Ngô Xuân Thắng¹, Nguyễn Văn Thi^{2,3}, Đoàn Tiến Lưu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh ung thư biểu mô ống tại chỗ trên cộng hưởng từ tuyến vú 1.5 Tesla. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 195 bệnh nhân ung thư vú tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện K, từ tháng 01/2024 đến 05/2025. Mô tả các đặc điểm hình ảnh ung thư vú tại chỗ ở người mắc ung thư vú (UTV) trên cộng hưởng từ tuyến vú 1.5 Tesla, có đối chiếu với mô bệnh học. **Kết quả:** Nghiên cứu 195 bệnh nhân với 196 u vú ác tính. Trong đó, ung thư biểu mô ống tại chỗ (DCIS) chiếm tỷ lệ 15,8%. Hình ảnh DCIS có tỷ lệ biểu hiện dưới dạng không tạo khối hoặc có đồ thị động học dạng ngấm thuốc tăng dần/hình cao nguyên, chiếm tỷ lệ lần lượt là 58,1% và 67,7% ($p < 0,05$). Trị số trung bình đo trên ADC vùng u ở nhóm mắc DCIS cao hơn so với nhóm UTV xâm nhập, lần lượt là $1,23 \pm 0,24 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ và $0,91 \pm 0,21 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ ($p < 0,05$). Sử dụng trị số trên ADC vùng u trong phân biệt UTV tại chỗ và xâm nhập cho diện tích dưới đường cong AUC là 0,854, ngưỡng chẩn đoán tối ưu là $0,927 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$, với độ nhạy 96,8% và độ đặc hiệu 60%. **Kết luận:** Hình ảnh tổn thương không tạo khối và đồ thị động học dạng ngấm thuốc tăng dần/dạng cao nguyên và trị số trên ADC vùng u ở ngưỡng $0,927 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ là một số dấu hiệu trên cộng hưởng từ gợi ý chẩn đoán DCIS.

Từ khóa: Ung thư biểu mô ống tuyến vú tại chỗ, Cộng hưởng từ tuyến vú.

SUMMARY

MAGNETIC RESONANCE IMAGING FEATURES OF DUCTAL CARCINOMA IN SITU OF THE BREAST

Objective: This study aims to describe the MRI characteristics of ductal carcinoma in situ (DCIS) of the breast using a 1.5 Tesla MRI system. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted involving 195 breast cancer patients at the Diagnostic Imaging Center, K Hospital, from January 2024 to May 2025. The MRI features of both DCIS and invasive breast cancer lesions were analyzed and compared with histopathological findings. **Results:** The study included 195 patients with a total of 196 breast cancer lesions. Among these, DCIS accounted for 15.8% of the cases. DCIS lesions demonstrated a high prevalence of non-mass enhancement and progressive/plateau-type kinetic curves, observed in 58.1% and 67.7% of cases, respectively ($p < 0.05$). The mean apparent diffusion coefficient (ADC) value of DCIS lesions was significantly higher than that of invasive breast cancer lesions ($1.23 \pm 0.24 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ vs. $0.91 \pm 0.21 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$, $p < 0.05$). The area under the ROC curve (AUC) for diagnosing DCIS was 0.854. At the ADC threshold of $0.927 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$, the sensitivity and specificity were found to be 96.8% and 60%, respectively. **Conclusion:** Non-mass enhancement, progressive/plateau kinetic curve patterns, and ADC values above $0.927 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ are imaging features indicative of DCIS.

Keywords: Ductal carcinoma in situ, breast MRI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thi

Email: nvanthi@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

Ung thư biểu mô ống tuyến vú tại chỗ (Ductal Carcinoma In Situ – DCIS) là sự tăng sinh của các tế bào ác tính còn giới hạn trong lòng ống tuyến, chưa xâm nhập qua màng đáy¹. Mặc dù quá trình phát triển của DCIS chưa được hiểu rõ hoàn toàn, nhưng nhiều nghiên cứu cho thấy nếu không được điều trị, tổn thương có thể phát triển thành ung thư vú xâm nhập trong vòng 10 năm. Do đó, DCIS được xem là tổn thương tiền xâm nhập cần được phát hiện và can thiệp sớm². Nhờ sự phát triển của các chương trình sàng lọc bằng chụp nhũ ảnh, tỷ lệ phát hiện DCIS ngày càng tăng, chiếm khoảng 15%–20% trong các trường hợp ung thư vú mới mắc. Trên ảnh chụp nhũ ảnh, DCIS thường biểu hiện dưới dạng vi vôi hóa (85%–90%), tuy nhiên phương pháp này có hạn chế nhất định trong đánh giá mức độ lan rộng và ranh giới tổn thương, đặc biệt ở phụ nữ có mô tuyến vú dày hoặc đặt túi độn thẩm mỹ. Hơn nữa, hạn chế của chụp nhũ ảnh là đánh giá chưa chính xác kích thước thực của DCIS. Chụp cộng hưởng từ tuyến vú có tiêm thuốc tương phản đã được chứng minh ưu thế vượt trội trong phát hiện ung thư vú, đặc biệt ở phụ nữ trẻ hoặc có nguy cơ cao. Phương tiện này không chỉ giúp phát hiện tổn thương DCIS có hoặc không có vi vôi hóa trên nhũ ảnh và cả các ung thư xâm nhập kích thước nhỏ không thấy trên lâm sàng và các phương tiện hình ảnh khác. Ngoài vai trò chẩn đoán bệnh, cộng hưởng từ tuyến vú còn hỗ trợ xếp giai đoạn chính xác, phát hiện tổn thương đa ổ, tuyến vú đối bên, và góp phần định hướng chiến lược điều trị. Do DCIS liên quan đến nguy cơ tái phát thấp, tiên lượng tốt hơn ung thư biểu mô ống tuyến vú xâm nhập (IDC), nên việc nhận diện được trước điều trị bằng cộng hưởng từ giúp phân biệt giữa DCIS và IDC có thể mang lại giá trị lâm sàng thiết thực^{3,4}. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Mô tả các đặc điểm hình ảnh ung thư biểu mô ống tuyến vú tại chỗ trên cộng hưởng từ 1.5 Tesla có tiêm thuốc đối quang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 195 bệnh nhân nữ được chẩn đoán ung thư vú điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 01/2024 đến tháng 05/2025, với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân nữ được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến vú trên mô bệnh học sau sinh thiết kim lõi hoặc sau phẫu thuật; được chụp cộng hưởng từ vú 1.5 Tesla có tiêm thuốc tương phản trước điều trị.
- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân nữ có

tiền sử can thiệp điều trị tại tuyến vú; không được chụp cộng hưởng từ vú không đạt yêu cầu kỹ thuật và chất lượng theo tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu thuận tiện

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2024 đến tháng 05/2025, tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện K

Các biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu
 - o Tuổi
 - o Vị trí tổn thương
 - o Típ mô bệnh học ung thư vú: Ung thư vú thể ống tại chỗ; ung thư vú xâm nhập tại chỗ.
- Đặc điểm hình ảnh trên cộng hưởng từ tuyến vú: Tổn thương được mô tả theo hệ thống thuật ngữ phân loại chẩn đoán hình ảnh tuyến vú Hoa Kỳ, phiên bản 5, 2013.
 - o Dạng tổn thương: Dạng khối (có/ không), Tổn thương ngấm thuốc không tạo khối (có/không), chấm (có/không)
 - Đặc điểm tổn thương dạng khối: Hình dạng, đường bờ, tính chất ngấm thuốc
 - Đặc điểm tổn thương ngấm thuốc không tạo khối: Phân bố, tính chất ngấm thuốc
 - o Đồ thị động học tổn thương
 - o Trị số nhỏ nhất trên ADC vùng u.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được xử lý, phân tích trên phần mềm SPSS 26.0. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm (%). Các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất và giá trị lớn nhất. So sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng phép kiểm định Chi-square và Fisher's Exact. So sánh giá trị trung bình biến định lượng giữa hai nhóm độc lập bằng test kiểm định T-Test với phân phối chuẩn và Mann-Whitney U-Test với biến phân phối không chuẩn.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân ung thư vú. Tất cả dữ liệu đều được xử lý khoa học, khách quan, trung thực và bảo mật thông tin cá nhân đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 195 nữ bệnh nhân với 196 tổn thương ung thư vú. 01 trường hợp có tổn thương ung thư vú hai bên, chiếm 0,5%. Ung thư biểu mô ống tại chỗ chiếm 15,8% (31/196),

trong khi các UTV xâm nhập chiếm 84,2% (165/196). Tuổi trung bình của bệnh nhân là $50,4 \pm 10,6$ tuổi. Kích thước trung bình các khối

u là $26,5 \pm 19,6$ mm. Không có sự khác biệt về kích thước tổn thương giữa hai nhóm UTV xâm nhập và UTV tại chỗ ($p > 0,05$).

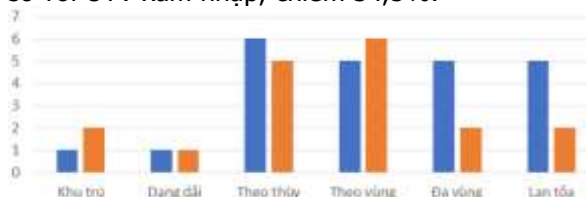
Bảng 1. Đặc điểm hình ảnh chung trên cộng hưởng từ của ung thư biểu mô ống tuyến vú tại chỗ (n=196)

Hình ảnh CHT	Mô bệnh học	n	UTV tại chỗ (n=31)	UTV xâm nhập (n=165)	p
Hình dạng	Tạo khối	155	13	142	<0,001
	Không tạo khối	41	18	23	
Đồ thị động học u vú	Tăng dần or cao nguyên	76	21	55	0,001
	Thải thuốc	120	10	110	

Chi-square Test

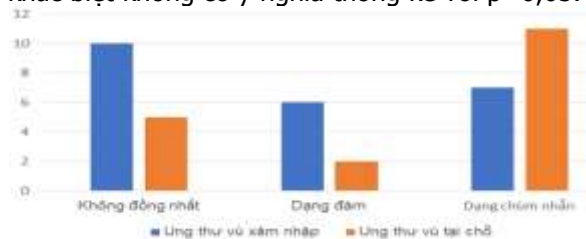
DCIS có tỷ lệ tổn thương không tạo khối cao hơn so với UTV xâm nhập, chiếm lần lượt 58,1% và 13,9%, ($p < 0,05$). Đồng thời, UTV tại chỗ cũng có tỷ lệ đường cong ngấm thuốc động học dạng tăng dần hoặc cao nguyên cao hơn, ở mức 67,7% so với 33,3% ở nhóm UTV xâm nhập, ($p < 0,05$).

Phân tích đặc điểm hình ảnh 155 tổn thương dạng khối, nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm hình thái và ngấm thuốc giữa UTV tại chỗ và xâm nhập. Về đường bờ, 100% các tổn thương DCIS có đường bờ không đều hoặc tua gai, trong đó 76,9% các trường hợp có bờ không đều, cao hơn so với UTV xâm nhập, chiếm 34,5%.



Biểu đồ 1: Đặc điểm phân bố của tổn thương không tạo khối giữa UTV thể ống tại chỗ và UTV xâm nhập (n=41)

Các tổn thương UTV thể ống tại chỗ thường biểu hiện dưới dạng phân bố theo vùng hoặc theo thùy, ít xuất hiện trong nhóm phân bố lan tỏa hoặc đa vùng, chỉ chiếm 16,7% (4/24), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 2: Đặc điểm ngấm thuốc của tổn thương không tạo khối giữa UTV thể ống tại chỗ và UTV xâm nhập (n=41)

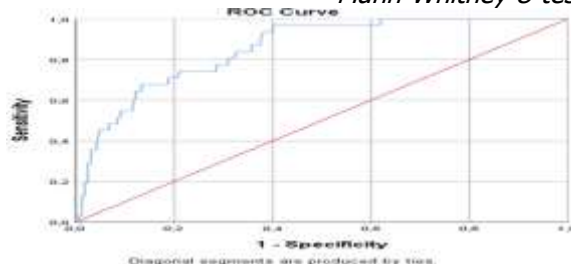
Tỷ lệ các tổn thương không tạo khối ngấm thuốc dạng chùm nhả trong nhóm UTV thể ống

tại chỗ cao hơn so với UTV xâm nhập, tương ứng là 61,1% và 30,4%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 2: Mối liên quan trị số trung bình trên ADC vùng u ở bệnh nhân ung thư biểu mô ống tuyến vú tại chỗ (n=196)

	n	Trị số trung bình trên ADC vùng u ($\times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$)	p
UTV tại chỗ	31	$1,23 \pm 0,24$	<0,001
UTV xâm nhập	165	$0,91 \pm 0,21$	
Tổng	196	$0,964 \pm 0,245$	

Mann-Whitney U test



Biểu đồ 3: Giá trị của trị số trung bình trên ADC vùng u trong chẩn đoán ung thư biểu mô ống tuyến vú tại chỗ (n=196)

Trị số trung bình trên ADC vùng u ở nhóm DCIS là $1,23 \pm 0,24 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$, cao hơn so với nhóm xâm nhập ($0,91 \pm 0,21 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$) với $p < 0,001$. Nghiên cứu sử dụng đường cong ROC đánh giá giá trị của trị số trung bình trên ADC vùng u trong chẩn đoán UTV thể ống tại chỗ với diện tích dưới đường cong AUC là 0,854. Trị số trung bình trên ADC vùng u tối ưu ở ngưỡng 0,927 ($\times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$) cho độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 96,8% và 60%.

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán phân biệt các tổn thương ung thư vú tại chỗ và xâm nhập là một vấn đề thường gặp trong lâm sàng, ngay cả khi dựa trên kết quả sinh thiết kim lõi có thể đánh giá dưới mức hoặc quá mức độ xâm nhập của ung thư vú. Việc phân biệt hai nhóm giải phẫu bệnh này, không chỉ giúp xác định giai đoạn mà còn giúp lập kế

hoạch điều trị phù hợp, đồng thời dự báo tiên lượng bệnh nhân ung thư vú. Kết quả của nghiên cứu chúng tôi cho thấy trên cộng hưởng từ, nhóm mắc ung thư vú tại chỗ có biểu hiện dưới dạng tổn thương ngấm thuốc không tạo khối, hoặc các tổn thương có đồ thị động học ngấm thuốc dạng tăng dần hoặc cao nguyên với tỷ lệ cao hơn, khi so sánh với nhóm ung thư vú xâm nhập. Đồng thời, các khối u tại chỗ có trị số trên ADC vùng u cao hơn đáng kể so với ung thư vú xâm nhập. Sử dụng trị số trên ADC vùng u có thể giúp dự báo ung thư vú tại chỗ với độ nhạy 96,8% và độ đặc hiệu 60% khi sử dụng ngưỡng tối ưu $0,927 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tổn thương ngấm thuốc không tạo khối ở nhóm ung thư vú tại chỗ là 58,1%, trong khi tỷ lệ này ở nhóm UTV xâm nhập chỉ ở mức 13,9% ($p < 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với nghiên cứu của Sara Mohamed và cs năm 2024 phân tích trên 66 bệnh nhân có tổn thương ngấm thuốc không tạo khối trên CHT, cho thấy ở các tổn thương ác tính, DCIS là loại ung thư thường gặp nhất với tỷ lệ 40,6%⁵. Phân tích đặc điểm phân bố tổn thương, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đặc điểm phân bố theo thùy hoặc theo vùng là hình ảnh thường gặp của các ung thư biểu mô ống tại chỗ. Điều này phù hợp khi các DCIS có mối liên quan chặt chẽ đến các ống dẫn sữa, gây ra hình ảnh tổn thương không tạo khối trên CHT theo thùy đặc trưng, tùy thuộc vào số lượng ống dẫn sữa bị ảnh hưởng và độ mô học của khối u⁶.

Phân tích đặc điểm động học của tổn thương, nghiên cứu này cho thấy, các DCIS có tỷ lệ đồ thị dạng thái thuốc thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với các ung thư vú xâm nhập, chiếm tỷ lệ lần lượt là 32,3% và 66,7%. Nghiên cứu của Schnall và cs cho kết quả tương tự với tỷ lệ DCIS có đồ thị thái thuốc thấp chỉ ở mức 20%. Các DCIS có xu hướng biểu hiện dưới dạng đồ thị tăng dần hoặc cao nguyên, giống các tổn thương lành tính hơn so với các ung thư xâm nhập. Nghiên cứu của Janssen và cs, các tổn thương DCIS thực nghiệm trên chuột cho thấy thuốc đối quang từ gadolinium khi tiêm vào chuột sẽ phân bố lan tỏa từ mạch máu sang mô xung quanh, qua màng đáy và cuối cùng vào trong ống tuyến có tổn thương DCIS⁷. Tốc độ ngấm thuốc cũng như động học của khối u phụ thuộc rất lớn vào tính thấm của màng đáy trong các tổn thương DCIS. Vì vậy, một số tác giả cho rằng chẩn đoán phân biệt DCIS và các tổn thương lành tính trên CHT nên dựa trên các đặc điểm hình thái hơn là các đặc điểm về động học.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sử dụng chuỗi xung khuếch tán với trị số nhỏ nhất đo trên ADC vùng u là một phương pháp tốt trong phân biệt các tổn thương DCIS và IDC với diện tích dưới đường cong là 0,854. Các tổn thương DCIS có trị số tối thiểu trên ADC vùng u cao hơn so với các ung thư vú xâm nhập. Nghiên cứu của Zhao và cs cho kết quả tương tự với trị số trên ADC vùng u tối thiểu của hai nhóm này lần lượt là $1.24 \pm 0.17 \times 10^{-3}$ and $(1.0 \pm 0.16) \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ ⁸. Giá trị ADC-min trung bình của DCIS cao hơn ung thư xâm lấn có thể do các tế bào ung thư của DCIS chủ yếu lây lan trong ống dẫn sữa với mật độ tế bào thấp hơn ung thư xâm lấn, trong khi ung thư xâm lấn là một khối u đặc và có khoảng không gian ngoại bào nhỏ hơn⁹.

Mặc dù nghiên cứu này đã đạt được một số kết quả đáng chú ý, tuy nhiên nó vẫn còn tồn tại một số hạn chế nhất định: Thứ nhất, nghiên cứu được tiến hành đơn trung tâm, cách chọn mẫu thuận tiện, số người bệnh nhân mắc DCIS chưa đủ lớn, nên nghiên cứu đặc điểm hình ảnh công hưởng từ chưa đạt được mô hình chẩn đoán tối ưu để phân biệt giữa tổn thương DCIS và IDC. Thứ hai, một số nghiên cứu chỉ ra rằng giá trị ADC thể tích toàn bộ u có thể phân biệt tốt hơn giữa các IDC, DCIS và thể hỗn hợp IDC-DCIS, tuy nhiên do hạn chế về phương tiện nghiên cứu cũng như cách lấy mẫu hồi cứu, nghiên cứu của chúng tôi chỉ giới hạn trong đánh giá trị số nhỏ nhất trên ADC vùng u, một phương pháp đơn giản và khả thi hơn trong điều kiện của đề tài¹⁰.

V. KẾT LUẬN

Cộng hưởng từ là một phương pháp hình ảnh có giá trị trong chẩn đoán phân biệt các tổn thương ung thư vú thể ống tại chỗ với các ung thư vú xâm nhập. Một số dấu hiệu trên cộng hưởng từ tuyến vú giúp gợi ý chẩn đoán DCIS bao gồm: hình ảnh tổn thương không tạo khối, đồ thị động học dạng tăng dần/cao nguyên và trị số trên ADC vùng u trên ngưỡng $0,927 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pinder SE.** Ductal carcinoma in situ (DCIS): pathological features, differential diagnosis, prognostic factors and specimen evaluation. *Modern pathology: an official journal of the United States and Canadian Academy of Pathology, Inc.* May 2010;23 Suppl 2:S8-13. doi:10.1038/modpathol.2010.40
2. **Erbas B, Provenzano E, Armes J, Gertig D.** The natural history of ductal carcinoma in situ of the breast: a review. *Breast cancer research and treatment.* May 2006;97(2):135-44. doi:10.1007/s10549-005-9101-z
3. **Kerlikowske K, Molinaro A, Cha I, et al.** Characteristics associated with recurrence among

- women with ductal carcinoma in situ treated by lumpectomy. Journal of the National Cancer Institute. Nov 19 2003;95(22):1692-702. doi:10.1093/jnci/djg097
4. **Kuzmiak CM, Sharpe RE, Jr., Lewin AA, et al.** ACR Appropriateness Criteria[®]; Imaging of Ductal Carcinoma in Situ (DCIS). Journal of the American College of Radiology. 2025;22(5):S274-S299. doi:10.1016/j.jacr.2025.02.027
 5. **Mohamed S, Elhamd EA, Attia NM.** Non-mass enhancement on breast MRI: Clues to a more confident diagnosis. Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine. 2024/05/02 2024;55(1):87. doi:10.1186/s43055-024-01231-0
 6. **Grimm LJ, Rahbar H, Abdelmalak M, Hall AH, Ryser MD.** Ductal Carcinoma in Situ: State-of-the-Art Review. Radiology. Feb 2022;302(2):246-255. doi:10.1148/radiol.211839
 7. **Jansen SA, Paunesku T, Fan X, et al.** Ductal carcinoma in situ: X-ray fluorescence microscopy and dynamic contrast-enhanced MR imaging reveals gadolinium uptake within neoplastic mammary ducts in a murine model. Radiology. Nov 2009;253(2): 399-406. doi:10.1148/radiol.2533082026
 8. **Zhao S, Shao G, Chen P, et al.** Diagnostic performance of minimum apparent diffusion coefficient value in differentiating the invasive breast cancer and ductal carcinoma in situ. Journal of Cancer Research and Therapeutics. 2019;15(4)
 9. **Cheng L, Bai Y, Zhang J, et al.** Optimization of apparent diffusion coefficient measured by diffusion-weighted MRI for diagnosis of breast lesions presenting as mass and non-mass-like enhancement. Tumour biology: the journal of the International Society for Oncodevelopmental Biology and Medicine. Jun 2013;34(3):1537-45. doi:10.1007/s13277-013-0682-6
 10. **Park GE, Kim SH, Kim EJ, Kang BJ, Park MS.** Histogram analysis of volume-based apparent diffusion coefficient in breast cancer. Acta radiologica (Stockholm, Sweden: 1987). Nov 2017; 58(11): 1294-1302. doi:10.1177/0284185117694507

KHẢO SÁT HỘI CHỨNG TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 BẰNG BỘ CẦU HỎI GERD-Q

Soy Samon¹, Nguyễn Thị Vân Hồng¹, Vũ Hải Hậu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm khảo sát tỷ lệ, triệu chứng lâm sàng và điểm GERD-Q ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và đánh giá mối liên quan giữa điểm GERD-Q với một số đặc điểm của bệnh đái tháo đường típ 2. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu, thực hiện trên 300 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị nội trú tại Khoa Nội Tiết – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 9/2024 đến tháng 6/2025. Các thông tin được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp, thu thập thông tin trên hồ sơ, bệnh án của bệnh nhân và điền vào bệnh án nghiên cứu. Các thông tin được nhập vào phần mềm Excel và được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. **Kết quả:** Triệu chứng GERD thường gặp của các là ợ nóng (46,7%), ợ trở (42,3%) và khó ngủ vào ban đêm (59,7%). Các triệu chứng này xuất hiện trong khoảng 1-3 ngày/tuần. Tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán GERD khi lấy ngưỡng cắt GERD-Q ≥ 8 điểm là 7,0%. Nhóm tuổi (≥ 65 và < 65) và bệnh lý suy tim kèm theo là những yếu tố có liên quan tới điểm GERD-Q (p lần lượt là 0,019 và 0,013). **Kết luận:** Tỷ lệ chẩn đoán GERD bằng bộ câu hỏi GERD-Q trong nghiên cứu của này khá thấp do các triệu chứng bị lu mờ trong bệnh cảnh của bệnh đái tháo đường típ 2. Cần khai thác kỹ các triệu chứng GERD trên nhóm bệnh nhân

này để có thái độ quản lý và điều trị phù hợp.

Từ khóa: Bệnh trào ngược dạ dày thực quản, GERD-Q, đái tháo đường típ 2

SUMMARY

ASSESSMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS USING THE GERD-Q QUESTIONNAIRE

Objective: To investigate the prevalence, clinical symptoms, and GERD-Q scores in patients with type 2 diabetes mellitus, and to evaluate the association between GERD-Q scores and certain characteristics of type 2 diabetes mellitus. **Subjects and Methods:** A prospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 300 inpatients diagnosed with type 2 diabetes mellitus at the Department of Endocrinology, Hanoi Medical University Hospital, from September 2024 to June 2025. Data was collected through direct interviews, review of medical records, and documented in research case report forms. All data were entered into Microsoft Excel and analyzed using SPSS software version 26.0. **Results:** Common GERD symptoms included heartburn (46.7%), regurgitation (42.3%), and nighttime sleep disturbances (59.7%), typically occurring 1–3 days per week. The proportion of patients diagnosed with GERD using a GERD-Q cut-off ≥ 8 was 7.0%. Age group (≥ 65 vs. < 65 years) and concomitant heart failure were significantly associated with GERD-Q scores ($p = 0.019$ and $p = 0.013$, respectively). **Conclusion:** The prevalence of GERD diagnosed using the GERD-Q questionnaire in this study was relatively low, possibly due to symptom overshadowing within the clinical context of type 2

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Soy Samon

Email: samonsoy1@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025