

toàn bộ đại tràng, trong đó thường gặp nhất tại đại tràng sigma (32,4%). Polyp Paris typ 0-I chiếm chủ yếu với tỷ lệ 93,9%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Strum W.B (2016)**. Colorectal Adenomas. N Engl J Med, 374(11), 1065-1075.
2. **Shussman N, Wexner S.D (2014)**. Colorectal polyps and polyposis syndromes. Gastroenterol Rep (Oxf), 2(1), 1-15.
3. **Silva S.M, Rosa V.F, dos Santos Acn et al (2014)**. Influence of patient age and colorectal polyp size on histopathology. Arq Bras Cir Dig, 27(2), 109-113.
4. **Arnold M, Sierra M.S, Laversanne M et al (2017)**. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. Gut, 66(4), 683-691.
5. **Bùi Nhuận Quý, Nguyễn Thúy Oanh (2013)**. Khảo sát mối liên quan giữa lâm sàng, nội soi và giải phẫu bệnh của polyp đại trực tràng. Tạp chí Y

- học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 17(6), tr 19-24.
6. **Schramm C, Mbaya N, Franklin J et al (2015)**. Patient- and procedure-related factors affecting proximal and distal detection rates for polyps and adenomas: results from 1603 screening colonoscopies. Int J Colorectal Dis, 30(12), 1715-1722.
 7. **Nguyễn Thị Chinh, Nguyễn Văn Quân (2013)**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng tại bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng. Tạp chí Y học Thực hành, (899) - số 12/2013 tr. 31-36.
 8. **Phạm Bình Nguyễn (2021)**. Nghiên cứu giá trị của nội soi phóng đại, nhuộm màu trong chẩn đoán polyp đại trực tràng, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
 9. **Võ Hồng Minh Công, Trịnh Tuấn Dũng, Vũ Văn Khiên (2013)**. Vai trò của nội soi, mô bệnh học trong chẩn đoán polyp đại trực tràng và polyp đại trực tràng ung thư hóa. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 17(6), tr 31-37.

NHẬN XÉT VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ 1.5 TESLA TRONG CHẨN ĐOÁN CHẤN THƯƠNG DÂY CHẰNG CHÉO KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG

Hoàng Đức Hạ^{1,2}, Nguyễn Thị Thắm², Vương Đức Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm hình ảnh và nhận xét giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán tổn thương dây chằng chéo khớp gối do chấn thương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** phương pháp mô tả một loạt ca bệnh, bao gồm 105 bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ (CHT) và nội soi khớp gối có tổn thương dây chằng chéo từ 1/2021 đến tháng 1/2022 tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng. **Kết quả:** chấn thương dây chằng chéo khớp gối thường gặp ở độ tuổi 20-40 tuổi, chủ yếu ở nam giới, tần suất gặp không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai gối, thường gặp chấn thương dây chằng chéo trước (DCCT) hơn là dây chằng chéo sau (DCCS). Dấu hiệu tổn thương trực tiếp DCCT thường gặp là đục dập - phù nề (chiếm 86,5%) có tăng tín hiệu trên xung PD 89,4%, tràn dịch khớp gối (chiếm 75,2%), phù tủy xương (chiếm 60%). Vị trí thường bị tổn thương DCCT là đoạn gần (chiếm 45,2%) và đoạn 1/3 giữa (chiếm 35,6%), đứt hoàn toàn (chiếm 85,7%). Giá trị của CHT trong chẩn đoán tổn thương DCCT có độ nhạy 99%, độ đặc hiệu 100%, giá trị chẩn đoán đứt bán phần có độ nhạy 88,9%, đứt hoàn toàn 95,8%. **Kết luận:** Cộng hưởng từ có giá trị

cao trong chẩn đoán chấn thương dây chằng chéo khớp gối.

Từ khóa: cộng hưởng từ, dây chằng chéo khớp gối.

SUMMARY

THE CONTRIBUTION OF 1.5-TEALA MRI TO THE DIAGNOSIS OF KNEE CRUCIATE LIGAMENT LESION AT HAI PHONG INTERNATIONAL HOSPITAL

Objectives: This study aims to describe the imaging characteristics and evaluate the value of magnetic resonance in diagnosing injury to the knee cruciate ligament due to trauma. **Subjects and methods:** descriptive method for a case series, including 105 patients with cruciate ligament injury undergoing MRI and knee arthroscopy from January 2021 to January 2022 at the Haiphong International Hospital. **Results:** Cruciate ligament injury of the knee was common at the age of 20-40 years, mainly in men, the frequency was not significantly different between the two knees, the anterior cruciate ligament (ACL) injury was common rather than the posterior cruciate ligament (PCL). Common signs of direct ACL injury were contusion - edema (accounting for 86.5%) with increased signal intensity on PD pulse 89.4%, knee effusion (accounting for 75.2%), bone marrow edema (accounting for: up 60%). The most common sites of ACL lesions were proximal (45.2%) and middle third (35.6%) and complete break (85.7%). The value of MRI in diagnosing ACL lesions had 99% sensitivity, 100% specificity, partial rupture had a sensitivity of 88.9%, and complete rupture of 95.8%. **Conclusion:** Magnetic Resonance Imaging was highly valuable in

¹Trường Đại học Y dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Hạ

Email: drhoangducha.hp@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2022

Ngày duyệt bài: 11.5.2022

the diagnosis of knee cruciate ligament injury.

Keywords: magnetic resonance, cruciate ligament, knee.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương khớp gối là tổn thương thường gặp do các hoạt động thể thao, tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt. Trong đó, dây chằng chéo đặc biệt quan trọng trong giữ vững khớp gối đồng thời cũng rất dễ bị tổn thương. Do đó, tổn thương dây chằng cần được chẩn đoán sớm để điều trị và phục hồi lại độ vững chắc, chức năng, biên độ vận động tránh biến chứng. Cộng hưởng từ (CHT) 1.5 Tesla được cho là có giá trị cao trong chẩn đoán tổn thương dây chằng giúp chẩn đoán sớm và có độ chính xác cao giúp các nhà lâm sàng có quyết định điều trị sớm hồi phục chức năng khớp gối. Tuy vậy, câu hỏi đặt ra là hiện tại ở Hải Phòng, vai trò của CHT như thế nào trong việc chẩn đoán tổn thương dây chằng chéo. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm hình ảnh và nhận xét giá trị của CHT trong chẩn đoán tổn thương dây chằng chéo khớp gối do chấn thương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang trên 105 BN được chẩn đoán tổn thương khớp gối bằng chụp CHT và nội soi khớp gối tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN có phim chụp CHT với đầy đủ các chuỗi xung, được chẩn đoán là tổn thương dây chằng chéo; BN được phẫu thuật - nội soi khớp gối để chẩn đoán và can thiệp tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có tiền sử được can thiệp tái tạo DC và sụn chêm; Phim chụp CHT không đạt yêu cầu bao gồm: phim chụp thiếu chuỗi xung, phim chụp không đúng hướng trục của dây chằng thiếu một trong hai phim trên MP đứng dọc hoặc phim trên MP ngang và đứng ngang, hay bị nhiễu bởi những dị vật kim loại (đinh, vít, nẹp kết hợp xương...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh, tiến cứu. Phương tiện nghiên cứu gồm máy chụp CHT Avanto 1.5Tesla của hãng Siemens (Germany) có cuộn thu tín hiệu khớp gối, xung PD FAT SAT 3 mặt phẳng và T1W Sagital, lát cắt 3mm. Chọn mẫu thuận tiện. Thu thập và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 105 BN có đầy đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình $36 \pm 10,8$ tuổi, độ tuổi hay gặp nhất trong độ tuổi lao động 20-40 tuổi chiếm 61,9%, trên 60 tuổi chiếm 32,4%, dưới 20 tuổi chỉ chiếm 5,7%. Tỷ lệ BN nam giới nhiều hơn nữ giới, với 82 BN nam chiếm 78,1%, chỉ có 23 BN nữ chiếm 21,9%.

Vị trí tổn thương gối phải và gối trái là gần tương đương nhau với 50 BN tổn thương gối phải, 55 BN tổn thương gối trái. Loại dây chằng bị tổn thương: trong số 105 BN có 95 BN chỉ bị tổn thương DCCT, 1 BN chỉ tổn thương DCCS và có 9 BN tổn thương cả 2 loại dây chằng chéo.

Các dấu hiệu hình ảnh tổn thương trực tiếp của DCCT và DCCS khớp gối trên CHT:

Bảng 3.1. Hình ảnh tổn thương của dây chằng chéo trên CHT

Hình ảnh CHT	DC bị tổn thương		DCCS	
	SL	%	SL	%
DC có hình dạng không rõ	77	74	4	40
DC có hướng bất thường-chùng	62	59,6	5	50
DC có đoạn dưới nằm ngang	60	57,1	2	20
DC gập góc mở ra trước	42	40,4	2	20
DC phù nề	90	86,5	7	70
DC bờ không đều	66	63,5	4	40
DC tăng tín hiệu trên T2 và PD fat - sat	93	89,4	7	70
DC không tổn thương	1	0,9	0	0

Nhận xét: Các đặc điểm hình ảnh tổn thương trực tiếp đều có tỷ lệ xuất hiện cao trên CHT tổn thương dây chằng chéo trước, trong đó đặc điểm tăng tín hiệu trên chuỗi xung PD là gặp nhiều nhất với 89,4%, sau đó đèn phù nề dây chằng chiếm 86,5%.

Bảng 3.2. Các thể rách theo vị trí tổn thương dây chằng chéo trên CHT

Vị trí tổn thương DCCT trên CHT	DCCT		DCCS	
	n	%	n	%
DC đứt điểm bám ở lõi cầu xương đùi (đứt loại I)	2	1,9	0	0
DC đứt điểm bám ở mâm chày (đứt loại V)	4	3,8	0	0

DC đứt ở đầu gần(đứt loại II)	47	45,2	1	10
DC đứt ở 1/3 giữa (đứt loại III)	37	35,6	7	70
DC đứt ở đầu xa (đứt loại IV)	13	12,5	1	10
Không tổn thương	1	1	1	10
Tổng số	104	100	10	100

Nhận xét: DCCT đứt chủ yếu đoạn đầu gần chiếm 45,2% và đoạn 1/3 giữa chiếm 35,6%. DCCS tổn thương chủ yếu đoạn 1/3 giữa chiếm 7/10 trường hợp. Tổn thương tại điểm bám lõi cầu xương đùi và mâm chày ít gặp DCCT tương ứng có 1,9% và 3,8%, DCCS không có trường hợp nào.

Bảng 3.3. Mức độ rách dây chằng chéo trên CHT

Mức độ tổn thương DC trên CHT	DCCT		DCCS	
	n	%	n	%
DC đứt bán phần	12	11,5	5	50
DC đứt hoàn toàn	91	85,7	5	50
Không tổn thương	1	1	0	0
Tổng	104	100	10	100

Nhận xét: DCCT phần lớn trong nghiên cứu là bị rách hoàn toàn 91/104 trường hợp chiếm 85,7%, chỉ có 12/104 trường hợp là rách bán phần với 11,5%. Còn với mức độ tổn thương DCCS có tỷ lệ tổn thương hoàn toàn và bán phần là ngang nhau 5/5 trường hợp.

Bảng 3.4. Giá trị CHT trong đánh giá mức độ tổn thương DCCT

Tổn thương dây chằng chéo	Rách hoàn toàn	Rách bán phần
Độ nhạy (%)	95,8	88,9
Độ đặc hiệu (%)	100	95,8
Giá trị dự đoán dương tính (%)	100	66,7
Giá trị dự đoán âm tính (%)	69,2	98,9

Nhận xét: CHT có giá trị cao trong đánh giá mức độ tổn thương của dây chằng chéo trước, trong đó mức độ rách hoàn toàn có độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị dự báo dương tính và âm tính cao hơn so với tổn thương rách bán phần.

Bảng 3.5. Giá trị của CHT trong đánh giá tổn thương DCCT so với nội soi khớp gối.

CHT \ Nội soi	Nội soi		Tổng	Se (%)	Sp (%)	PPV	NPV
	Có	Không					
Có	103	0	103	99	100	100	50
Không	1	1	2				
Tổng	104	1	105				

Nhận xét: CHT có giá trị cao trong chẩn đoán có tổn thương DCCT với độ nhạy 99% độ đặc hiệu 100%.

IV. BÀN LUẬN

Cộng hưởng từ là phương pháp thăm khám phổ biến, không can thiệp và có giá trị cao trong chẩn đoán tổn thương dây chằng chéo mà các phương pháp thăm khám thông thường khó đánh giá đầy đủ tổn thương có thể gây tình trạng mất vững kéo dài có thể dẫn đến các tổn thương thứ phát như rách sụn chêm, giãn các dây chằng, bao khớp, tổn thương sụn khớp và hậu quả là thoái hóa khớp [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi hay thường gặp trong độ tuổi 20-40 tuổi chiếm 61,9% trong độ tuổi lao động có hoạt động thể lực mạnh gây nguy cơ chấn thương khớp gối cao hơn so với các nhóm tuổi khác. Đây cũng là tầm tuổi lao động chính nên việc chẩn đoán sớm giúp điều trị sớm hồi phục cơ năng khớp gối [2]. Về giới tính, tổn thương dây chằng chéo thường gặp ở nam giới hơn nữ giới tỷ lệ nam/ nữ. Nguyên

nhân chủ yếu do tình trạng hoạt động thể lực mạnh, đặc biệt là trong các môn thể thao, hay các hoạt động công việc nặng dùng sức hơn nữ giới do đó dễ chấn thương dây chằng khớp gối hơn. Tuy nhiên, với các nghiên cứu của các vận động viên cùng mức thi đấu thì tỷ lệ tổn thương của vận động viên nữ lại có tỷ lệ cao hơn 2-7 lần vận động viên nam. Điều này giải thích do tần suất vận động cao nhưng với cấu trúc giải phẫu và sinh lý của hai giới là khác nhau và nữ giới cấu trúc kém bền vững hơn là nam giới [8]. Tần suất gặp tổn thương của khớp gối hai bên, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tổn thương của hai gối là gần tương đương nhau với 47,6% ở gối phải, 52,4% ở gối trái. Điều này cho thấy khả năng tổn thương của hai gối là không có sự khác biệt, kể cả là chân trụ hay không trụ.

Về loại dây chằng chéo bị tổn thương, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tổn thương dây

chằng chéo trước so với dây chằng chéo sau là 104/10 tương đương 10/1, 9/10 trường hợp có phối hợp cả 2 dây chằng. Do vậy tổn thương chủ yếu gặp ở dây chằng chéo trước, khả năng có thể tổn thương dây chằng chéo sau phối hợp, rất hiếm khi tổn thương đơn độc dây chằng chéo sau. Theo nghiên cứu của Mansour và cộng sự trong đánh giá tỷ lệ tổn thương các cấu trúc của khớp gối do chấn thương, chấn thương dây chằng chéo trước chiếm 53,5%, trong khi tổn thương dây chằng chéo sau chỉ chiếm 8% trong số các tổn thương khớp gối [5]. Hai dây chằng này có đường đi, chức năng ngược nhau giúp cho các hoạt động bình thường của khớp gối. Vì vậy cơ chế tổn thương của 2 dây chằng là khác nhau. DCCT dễ tổn thương khi bị dừng đột ngột hoặc khi thay đổi hướng nhanh chóng làm xương chày trượt mạnh ra trước theo quán tính còn đầu trên thì dừng lại đột ngột, đây là các chuyển động điển hình trong các hoạt động trong các môn thể thao như bóng đá, bóng rổ, đây cũng là cơ chế hay gặp trong đời sống. Còn cơ chế tổn thương DCCS thường do tác động trực tiếp vào mặt trước xương chày trong tư thế gối gấp làm xương chày di động ra sau. Cơ chế này ít phổ biến hơn và do cấu trúc giải phẫu DCCS có các sợi dài và lớn hơn DCCT [7]. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trực tiếp dây chằng chéo trong nghiên cứu đều rất thường gặp, trong đó đặc điểm dây chằng phù nề và tăng tín hiệu trên xung PD là hay gặp nhất với tỷ lệ 86,5% và 89,4%. Các đặc điểm này phụ thuộc nhiều vào đặc điểm tổn thương dây chằng bị đứt hoàn toàn hay bán phần, cũng như thời gian tổn thương, thời gian trong giai đoạn cấp tính thường trong 3 tuần đầu dây chằng thường phù nề nhiều và tăng tín hiệu [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trên đều có đặc điểm chung là vị trí tổn thương phần lớn nằm trong 1/3 đoạn giữa chiếm 45,2% và đoạn gần 35,6%. Vì cấu trúc dây chằng được cố định chắc chắn bởi 2 đầu, khi xảy ra chấn thương tác động vào dây chằng làm dây chằng giãn ra đột ngột căng 2 đầu nên vị trí trung tâm là vị trí chịu lực lớn nhất. Ngoài ra do cơ chế quán tính đầu mâm chày thường di động mạnh ra trước tạo lực kéo mạnh hơn nên tổn thương cũng thường lệch về phía đầu gần (gần lồi cầu đùi hơn). Về mức độ tổn thương, trong nghiên cứu này phần lớn là đứt hoàn toàn chiếm 85,7%, chỉ có 11,5% là đứt bán phần. Vì BN trong nghiên cứu là có chỉ định phẫu thuật can thiệp nội soi nên đều có tổn thương mất vững khớp gối mà nguyên nhân thì có thể do đứt hoàn

toàn gây mất chức năng dây chằng chéo. Chẩn đoán điểm gián đoạn một phần của DCCT thì khó khăn hơn so với chẩn đoán là gián đoạn hoàn toàn DCCT. Sự gián đoạn một phần đặc trưng bởi sự gia tăng cường độ tín hiệu và chất xơ lỏng lẻo với tăng lõm (hoặc cong vênh) của DCCT. Sợi liên tục được thể hiện rõ trong đó vẫn nghi ngờ rách không hoàn toàn [1].

Giá trị của CHT trong đánh giá rách hoàn toàn và rách không hoàn toàn DCCT đều có giá trị rất cao tương ứng độ nhạy 95,8% và 88,9%. Mặc dù vậy giá trị chẩn đoán rách hoàn toàn có độ nhạy, độ đặc hiệu cao hơn. Sự khác biệt này do cấu trúc dây chằng rách hoàn toàn trên hình ảnh CHT cho thấy có nhiều các dấu hiệu cả trực tiếp và gián tiếp và các dấu hiệu điển hình hình hơn nên dễ nhận biết. Ngoài ra, rách một phần DCCT cũng khó khăn trong chẩn đoán khi chụp CHT sớm ngay khi tổn thương, đặc biệt là dưới 2 tuần. Trong giai đoạn đầu của tổn thương khớp gối có nhiều dịch, có khi lẫn máu lẫn vào trong bó DC trong khi đó DC cũng có thể tăng tín hiệu do phù nề gây nên tình trạng nhiễu ảnh làm giảm khả năng nhận định chính xác tổn thương. Vì vậy để giảm thiểu các nhiễu ảnh này chúng ta nên chụp sau khi có chấn thương khớp gối trên 2 tuần để nâng cao giá trị chẩn đoán tổn thương DC chéo [6]. CHT có giá trị cao trong chẩn đoán có tổn thương dây chằng chéo trước với độ nhạy 99%, độ đặc hiệu 100%. CHT là một phương pháp rất nhạy để phát hiện được những thay đổi về cấu trúc mô, ngay cả khi chưa có thể thay đổi về hình dạng. Trong đó rách hoàn toàn có giá trị chẩn đoán cao hơn so với rách một phần DCCT. Nhưng nó cũng chịu nhiều yếu tố nhiễu hơn là các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác. Theo Naraghi A, White LM, dấu hiệu mất liên tục hoàn toàn các sợi là dấu hiệu chính quan trọng nhất của rách dây chằng chéo [6]. Do vậy, CHT từ lực cao, với lát cắt mỏng, hướng cắt song song với dây chằng chéo giúp giảm thiểu ảnh giả, hoặc bỏ sót tổn thương.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật chụp CHT có giá trị cao trong đánh giá tổn thương dây chằng chéo khớp gối dựa trên các dấu hiệu trực tiếp, gián tiếp, đánh giá vị trí rách. Có độ nhạy cao trong chẩn đoán xác định có tổn thương và mức độ tổn thương giúp định hướng trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alex Ng WH, Griffith JF, Yee Hung EH, et al. (2011). Imaging of the anterior cruciate ligament. *World J Orthop.*;2(8):75-84.

2. **Beischer, S., et al. (2018).** Young athletes return too early to knee-strenuous sport, without acceptable knee function after anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*;26(7):1966-1974.
3. **Hassebrock JD, Gulbrandsen MT, Asprey WL, et al. (2020).** Knee Ligament Anatomy and Biomechanics. *Sports Med Arthrosc Rev.* 2020 Sep;28(3):80-86.
4. **Kaeding CC, Léger-St-Jean B, Magnussen RA (2017).** Epidemiology and Diagnosis of Anterior Cruciate Ligament Injuries. *Clin Sports Med.* 2017 Jan;36(1):1-8.
5. **Mansour R, Yoong P, McKean D, et al. (2014).** The iliotibial band in acute knee trauma: patterns of injury on MR imaging. *Skeletal Radiology* volume 43: 1369–1375
6. **Naraghi A, White LM (2014).** MR Imaging of Cruciate Ligaments. *Magn Reson Imaging Clin N Am.*;22(4):557-80.
7. **Owesen C, Sandven-Thrane S, Lind M, et al. (2017).** Epidemiology of surgically treated posterior cruciate ligament injuries in Scandinavia. *25(8):2384-2391.*
8. **Sheila A Dugan (2005).** Sports-related knee injuries in female athletes: what gives?. *Am J Phys Med Rehabil.*;84(2):122-30.

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA TÚI THỪA TÁ TRÀNG CẠNH NHÚ VÀ SỎI ĐƯỜNG MẬT

Nguyễn Công Long*, Nguyễn Thanh Nam*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Túi thừa tá tràng đa số là tổn thương mắc phải, thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi; khi nằm gần nhú tá tràng lớn, chúng được gọi là túi thừa tá tràng cạnh nhú. Một số nghiên cứu trước đây cho thấy có mối liên quan giữa túi thừa tá tràng cạnh nhú và bệnh lý sỏi mật. Nghiên cứu này đánh giá mối liên quan giữa túi thừa tá tràng cạnh nhú và bệnh sỏi đường mật. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 1023 bệnh nhân được làm ERCP tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2018. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có túi thừa tá tràng cạnh nhú được phát hiện là 31,4% trong số 1023 bệnh nhân; hầu hết được tìm thấy ở những bệnh nhân từ 60 đến 79 tuổi. Bệnh nhân mắc túi thừa tá tràng cạnh nhú bị sỏi đường mật nhiều hơn ở bệnh nhân không có túi thừa tá tràng (77,9% so với 60,4%). **Kết luận:** Túi thừa tá tràng cạnh nhú là yếu tố gây bệnh quan trọng trong việc hình thành sỏi đường mật.

Từ khóa: ERCP, túi thừa tá tràng cạnh nhú, sỏi đường mật.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PARAPAPILLARY DUODENAL DIVERTICULUM AND BILE DUCT STONES

Background: Duodenal diverticula are mostly acquired lesions found more often in older patients; when located near the major duodenal papilla they are called parapapillary duodenal diverticulum. Some previous studies have shown an association between parapapillary duodenal diverticulum and biliary stone

disease. This study assessed the association between parapapillary duodenal diverticulum and choledocholithiasis. **Methods:** Retrospective descriptive study of 1023 patients undergoing ERCP at the Hepatobiliary Digestive Center, Bach Mai Hospital from January 2014 to December 2018. **Results:** Parapapillary duodenal diverticulum was present in 31,4% of 1023 patients; mostly found in patients aged 60 to 79 years. Patients with parapapillary duodenal diverticulum had bile duct stones more often than patients without duodenal diverticulum (77,9% versus 60,4%). **Conclusions:** Parapapillary duodenal diverticulum are important causative factors in the formation of bile duct stones.

Key words: ERCP, Parapapillary duodenal diverticulum, bile duct stones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa là một biến thể giải phẫu thường gặp của ruột, trong đó tá tràng là vị trí phổ biến thứ hai của túi thừa trong đường tiêu hóa sau đại tràng, sau đó là hồi tràng, hồi tràng và dạ dày. Túi thừa tá tràng hiếm khi có triệu chứng và thường được phát hiện tình cờ qua nội soi dạ dày - tá tràng hoặc qua nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP). Phần lớn túi thừa tá tràng nằm trong vòng 2 cm của nhú tá tràng lớn và được gọi là túi thừa tá tràng cạnh nhú, một số khác nằm gần nhú tá bé hoặc nằm xa nhú tá tràng [3].

Một số nghiên cứu trước đây cho thấy có mối liên quan giữa túi thừa tá tràng cạnh nhú và sỏi mật, đặc biệt là sỏi đường mật. Sỏi đường mật liên quan đến túi thừa tá tràng cạnh nhú có nhiều khả năng là sỏi sắc tố đen hoặc nâu và có thể hình thành do ứ mật và nhiễm khuẩn đường mật [2,8]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhằm mục đích đánh giá mối liên quan giữa túi thừa tá tràng cạnh nhú và bệnh sỏi đường mật.

*Trung tâm Tiêu hóa Gan mật, bệnh viện Bạch mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2022

Ngày duyệt bài: 12.5.2022