

- Phụ Khoa. Nhà xuất bản Y học.
- Đỗ Khắc Huỳnh.** Đánh giá tình hình phẫu thuật nội soi đối với u nang buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 1/1/1999 đến 31/5/2001. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2001.
 - Marana R et al.** Laparoscopic Excision of Adnexal Masses. *Jam Assoc Gynecol Laparosc*; 2004 May 11(2), Pp, 162-166.
 - Nguyễn Tuấn Minh.** Một số đặc điểm lâm sàng và phương kết quả phẫu thuật u biểu mô buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2022.
 - Nguyễn Duy Quang.** Nhận xét điều trị u buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 2009. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2010.

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ XQUANG CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN THÙNG TÁ TRÀNG

Phạm Nguyên Vũ¹, Nghiêm Phương Thảo¹,
Bùi Anh Thắng¹, Nguyễn Võ Đăng Khoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh trên Xquang cắt lớp vi tính (XQCLVT) và xác định giá trị các đặc điểm hình ảnh XQCLVT trong chẩn đoán thủng tá tràng. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu trên các bệnh nhân được chẩn đoán thủng tá tràng được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Trưng Vương từ 01/01/2021 đến ngày 31/10/2023. Các dấu hiệu trên XQCLVT được so sánh với kết quả phẫu thuật. **Kết quả:** Có 39 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn chọn mẫu, trong đó 26 bệnh nhân thủng tá tràng được xác định trên phẫu thuật. Độ tuổi dao động từ 14-88 tuổi, tuổi trung vị là 58 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 40-59 tuổi (38,46%), nhóm ≤ 40 tuổi và >80 tuổi cùng chiếm 15,4%. Chẩn đoán lâm sàng chủ yếu là theo dõi thủng tạng rỗng +/- viêm phúc mạc, chiếm 71,8%. Trên XQCLVT, khí tự do trong ổ bụng là dấu hiệu thường gặp nhất (84,6%), độ nhạy của dấu hiệu này cũng cao nhất (88,5%) nhưng độ đặc hiệu thấp (23,1%). Dấu hiệu ít gặp nhất là abscess khu trú quanh tá tràng (2,6%) với độ nhạy thấp nhất (0%) nhưng độ đặc hiệu cao nhất (92,3%). Độ nhạy và độ đặc hiệu của các dấu hiệu khác trên XQCLVT lần lượt là: Khí khu trú quanh tá tràng (độ nhạy 69,2% và độ đặc hiệu 76,9%), khí tự do ổ bụng (độ nhạy 88,5% và độ đặc hiệu 23,1%), dịch khu trú quanh tá tràng (độ nhạy 42,3% và độ đặc hiệu 84,6%), dịch tự do ổ bụng (độ nhạy 76,9% và độ đặc hiệu 7,7%), dày thành tá tràng (độ nhạy 26,9% và độ đặc hiệu 69,2%). Khi kết hợp hai dấu hiệu mất liên tục thành tá tràng và khí khu trú quanh tá tràng độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương xấp xỉ 100%. **Kết luận:** XQCLVT có vai trò quan trọng trong chẩn đoán thủng tá tràng.

Từ khóa: Xquang cắt lớp vi tính, thủng tá tràng.

SUMMARY

ROLE OF MDCT IN DIAGNOSTIC OF

¹Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Phòng khám Đa khoa Chí Thanh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Nguyên Vũ

Email: vuphammd@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024

DUODENAL PERFORATION

Objective: The purpose of this study was to describe CT scan features characteristics and determine the value of these features in diagnostic of duodenal perforation. **Methods:** Prospective cross-sectional research. All patients diagnosed with duodenal perforation who visited Trưng Vương hospital from 01/01/2021 to 31/10/2023 were examined for Multidetector computed tomography (MDCT). MDCT imaging results were compared with surgical findings. **Result:** there were 39 patients meeting the selection criteria, of which 26 patients with duodenal perforation were identified at surgery. Age ranged from 14-88 years, median age was 58 years. The most common age group is 40-59 years old (38.46%), group ≤ 40 years old and >80 years old together account for 15.4%. Clinical diagnosis is mainly monitoring duodenal perforation +/- peritonitis, accounting for 71.8%. Among CT features, free abdominal air is the most common sign (84.6%), with the highest sensitivity (88.5%) but the low specificity (23.1%). The least common sign is abscess adjacent to the duodenum (2.6%) with the lowest sensitivity (0%) but highest specificity (92.3%). The sensitivity and specificity of other features are respectively: focal air accumulation next to the duodenum (sensitivity 69.2% and specificity 76.9%), free abdominal air (sensitivity of 88, 5% and specificity of 23.1%), focal fluid next to the duodenum (sensitivity of 42.3% and specificity of 84.6%), abdominal free fluid (sensitivity of 76.9% and specificity of 7.7%), duodenal wall thickening (sensitivity of 26.9% and specificity of 69.2%). Combining the duodenal wall defect and focal air accumulation next to the duodenum, the specificity and positive predictive value are approximately 100%. **Conclusion:** MDCT has an important role in diagnosing duodenal perforation.

Keywords: MDCT, duodenal perforation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng tá tràng là tình trạng bệnh cấp cứu đòi hỏi phải xử trí và can thiệp ngoại khoa càng sớm càng tốt khi có chẩn đoán. Thực tế trên lâm sàng khó có thể chẩn đoán chính xác vị trí thủng vì tùy theo thời gian thủng, triệu chứng có thể

không đặc hiệu. Chẩn đoán phụ thuộc đa phần vào hình ảnh học bao gồm có dấu hiệu thủng hay không, ngoài ra có thể chẩn đoán vị trí và nguyên nhân thủng, từ đó đưa ra hướng xử trí và lên kế hoạch can thiệp ngoại khoa nếu cần. Hiện nay, kỹ thuật chụp Xquang cắt lớp vi tính (XQCLVT) tương đối phổ biến, dễ dàng và có độ nhạy khá cao trong chẩn đoán thủng đường ống tiêu hóa nói chung cũng như thủng tá tràng nói riêng. Ngoài ra XQCLVT còn có thể chẩn đoán nguyên nhân thủng, vị trí thủng, từ đó có kế hoạch điều trị, can thiệp phẫu thuật. Những dấu hiệu gợi ý chẩn đoán thủng thủng đường ống tiêu hóa và xác định vị trí thủng như: mất liên tục thành khu trú, dày thành khu trú, thâm nhiễm mỡ, tụ dịch hoặc khí cạnh ống tiêu hóa, ổ abscess (1). Tuy nhiên, các dấu hiệu trên không hoàn toàn đặc hiệu. Vì vậy, để nâng cao giá trị của chẩn đoán của XQCLVT góp phần lập kế hoạch điều trị hiệu quả cho bệnh nhân, chúng ta cần nhận biết chính xác bệnh nhân có thủng đường ống tiêu hóa hay không, xác định chính xác vị trí thủng cũng như nguyên nhân gây thủng trên bệnh nhân đó. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh XQCLVT của thủng tá tràng và xác định giá trị của XQCLVT trong chẩn đoán thủng tá tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn chọn mẫu.** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán thủng tá tràng trên lâm sàng; có chụp XQCLVT trước phẫu thuật và có kết quả phẫu thuật.

* **Tiêu chuẩn loại trừ.** Bệnh nhân không còn hồ sơ hay phim lưu trữ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** cắt ngang hồi cứu

* **Kỹ thuật thu thập số liệu:** Quy trình chụp XQCLVT chẩn đoán rò dạ dày ruột tại bệnh viện Trưng Vương

- **Chuẩn bị bệnh nhân**

Kiểm tra chức năng thận bằng xét nghiệm khi thực hiện khảo sát.

Ghi phiếu đồng thuận và tầm soát dị ứng trước khi chụp.

Nhịn đói từ 4-6 tiếng trước khi chụp đối với trường hợp không cấp cứu.

Giải thích cho bệnh nhân hiểu rõ tầm quan trọng của việc khảo sát để họ hợp tác.

Bệnh nhân nằm ngửa giữa bàn chụp, đưa hai tay cao lên phía đầu.

- Hình ảnh XQCLVT được chụp bằng máy

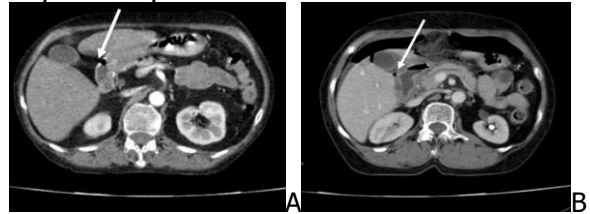
máy CT Hitachi Scenaria, 128 dãy đầu dò , xử lý hình ảnh trên phần mềm Hitachi Tera Recon.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20 Các bất thường trên XQCLVT là những biến số nhị giá được mô tả bằng tần số và tỉ lệ %

Mối liên hệ giữa các bất thường trên XQCLVT với thủng tá tràng được mô tả qua tỉ số chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%) kết hợp với kiểm định bằng hồi quy logistic. Mối liên quan có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

Giá trị chẩn đoán của các bất thường CLVT được mô tả gồm độ nhạy, đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và độ chính xác kèm theo KTC 95% tương ứng với của các chỉ số

2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu khảo sát dữ liệu từ hồ sơ bệnh án, không can thiệp trên bệnh nhân, không thu thập thông tin tiết lộ danh tính cá nhân và mọi dữ liệu được bảo mật.

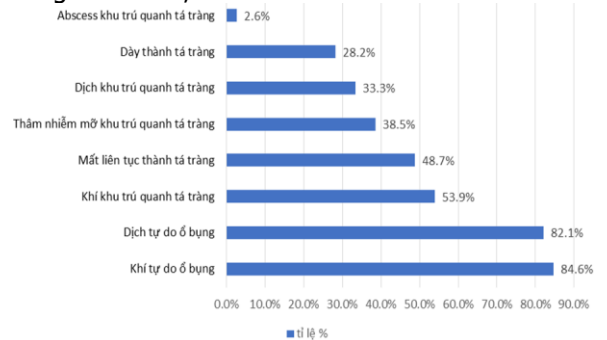


Hình 1: XQCLVT thủng tá tràng

(A): Mất liên tục thành tá tràng. (B): Khí tụ quanh tá tràng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện hồi cứu hồ sơ từ ngày 01/01/2021 đến ngày 31/10/2023 với 39 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn chọn mẫu với các đặc điểm sau: Độ tuổi dao động từ 14-88 tuổi, tuổi trung vị là 58 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 40-59 tuổi (38,46%), nhóm ≤ 40 tuổi và >80 tuổi cùng chiếm 15,4%.



Biểu đồ 1. Phân bố các dấu hiệu bất thường trên XQCLVT

Các chẩn đoán đi kèm chủ yếu là theo dõi thủng tạng rỗng +/- viêm phúc mạc chiếm

71,8%. Các chẩn đoán khác gồm viêm loét dạ dày tá tràng chiếm 10,3%, viêm tụy/ u đầu tụy xâm lấn chiếm 7,7%, tắc ruột chiếm 5,1%. Ngoài ra có một số chẩn đoán khác chiếm dưới 5% như

abscess ổ bụng do dị vật, đau thương vị chưa loại trừ thủng tạng rỗng, nhiễm trùng huyết / tiêu hóa. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong nhóm nhập viện không do chấn thương.

Bảng 1. Giá trị của các dấu hiệu trên XCLVT trong chẩn đoán thủng tá tràng

| Dấu hiệu | Độ nhạy (%) | Độ đặc hiệu (%) | Giá trị tiên đoán dương (%) | Giá trị tiên đoán âm (%) | Độ chính xác (%) |
|--------------------------------------|-------------|-----------------|-----------------------------|--------------------------|------------------|
| Khí tự do ổ bụng | 88,5 | 23,1 | 69,7 | 50,0 | 66,7 |
| Khí khu trú quanh tá tràng | 69,2 | 76,9 | 85,7 | 55,6 | 71,8 |
| Mất liên tục thành tá tràng | 65,4 | 84,6 | 89,5 | 55,0 | 71,8 |
| Thâm nhiễm mỡ khu trú quanh tá tràng | 38,5 | 61,5 | 66,7 | 33,3 | 46,2 |
| Dịch khu trú quanh tá tràng | 42,3 | 84,6 | 84,6 | 42,3 | 56,4 |
| Dịch tự do ổ bụng | 76,9 | 7,7 | 62,5 | 14,3 | 53,9 |
| Abscess khu trú quanh tá tràng | 0,0 | 92,3 | 0,0 | 31,6 | 30,8 |
| Dày thành tá tràng | 26,9 | 69,2 | 63,6 | 32,1 | 41,0 |

Bảng 2. Vị trí thủng tá tràng trên phẫu thuật

| Vị trí | Tần số (n) | Tỉ lệ % |
|----------|------------|---------|
| Trên D1 | 23 | 88,6 |
| Xuống D2 | 1 | 3,8 |
| Ngang D3 | 1 | 3,8 |
| Lên D4 | 1 | 3,8 |
| Tổng | 26 | 100% |

Bảng 3. Giá trị xác định vị trí thủng trên CLVT trong chẩn đoán vị trí thủng tá tràng

| Vị trí thủng xác định trên CLVT | Vị trí thủng xác nhận trên phẫu thuật | | | |
|---------------------------------|---|----|----|----|
| | D1 | D2 | D3 | D4 |
| Không xác định | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Trên D1 | 19 | 0 | 0 | 0 |
| Xuống D2 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Ngang D3 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Lên D4 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Giá trị | Độ chính xác: 84,6% (65,1% - 95,6%); Kappa: 84,6% (65,1%-95,6%) | | | |

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi dao động cũng tương đối phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Toprak H và cs nghiên cứu trên 93 bệnh nhân với độ tuổi dao động từ 15 – 90 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi dao động thấp hơn một chút so với các tác giả Hainaux B. và cs (2006) (2) với độ tuổi dao động từ 16 – 94 tuổi; tác giả Imuta M. và cs (2007) (3) với độ tuổi dao động từ 17 – 95 tuổi; tác giả Yeung K. W và cs (2004) (7) với độ tuổi dao động từ 18 – 99 tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ nam chiếm ưu thế 71,8% và nữ 28,2%. Kết quả này gần tương đồng với các nghiên cứu nước ngoài như Toprak H và cs (2019) (6) với tỉ lệ nam nữ lần lượt là 63,4% và 36,6%; Yeung K. W và cs

(2004) (7) với tỉ lệ nam nữ lần lượt là 61,9% và 38,1%. Từ đây cho thấy tỉ lệ thủng tá tràng gặp ở nam nhiều hơn nữ. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ nam nữ khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Hainaux B. và cs (2006) (2) với tỉ lệ nam nữ lần lượt là 50,6% và 49,4%; Imuta M. và cs (2007) [32] với tỉ lệ nam nữ lần lượt là 57,4% và 42,6%. Sự khác biệt này có thể do thói quen sinh hoạt khác nhau giữa nam và nữ, nam giới ở Việt Nam thường có xu hướng uống nhiều rượu bia, hút thuốc lá nhiều hơn so với nữ giới (4) và đây cũng là yếu tố nguy cơ dẫn đến thủng tá tràng.

Đặc điểm mất liên tục thành tá tràng là một dấu hiệu quan trọng, trực tiếp trong việc chẩn đoán, đánh giá mức độ thủng tá tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi trong 39 trường hợp chẩn đoán thủng tá tràng có 19 trường hợp có dấu hiệu mất liên tục thành tá tràng chiếm tỉ lệ 48,7% với độ nhạy 65,4%, độ đặc hiệu 84,6%, giá trị tiên đoán dương 89,5%, giá trị tiên đoán âm 55,0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy thấp hơn nhưng độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương gần như tương đồng với nghiên cứu trong nước của tác giả Tôn Long Hoàng Thân năm 2018 (5) với độ nhạy là 84,4%, độ đặc hiệu là 88%, giá trị tiên đoán dương là 92,7%. Nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy thấp hơn và độ đặc hiệu cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Toprak H và cs (2019) (6) với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 87,2% và 37%. Nghiên cứu của chúng tôi độ nhạy cao hơn và độ đặc hiệu thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Hainaux B. và cs (2006) (2) với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 40% và 100%.

Đặc điểm khí khu trú quanh tá tràng là một trong những dấu hiệu gián tiếp quan trọng trong việc chẩn đoán và đánh giá thủng tá tràng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy cao

hơn nhưng độ đặc hiệu thấp hơn và giá trị tiên đoán dương lại tương đồng so với nghiên cứu trong nước của tác giả Tôn Long Hoàng Thân năm 2018 (5) với độ nhạy là 44,4%, độ đặc hiệu là 88%, giá trị tiên đoán dương là 87%. Nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Hainaux B. và cs (2006) (2) với độ nhạy và độ đặc hiệu là 89% và 100%.

Đặc điểm dịch tự do ổ bụng là một dấu hiệu trong việc chẩn đoán có tổn thương ở ổ bụng nhưng không đặc hiệu cho thủng tạng rỗng nói chung cũng như thủng tá tràng nói riêng. Độ đặc hiệu của đặc điểm này thấp (7,7%) có thể là do dịch tự do ổ bụng có thể đến từ nhiều nguồn tổn thương khác nhau chứ không chỉ riêng tổn thương tá tràng.

Đặc điểm abscess khu trú quanh tá tràng là một dấu hiệu gián tiếp nghĩ đến tổn thương tá tràng (bao gồm thủng), đây là một dấu hiệu gợi ý nhưng không đặc hiệu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy và giá trị tiên đoán dương thấp hơn và độ đặc hiệu cao hơn so với nghiên cứu trong nước của tác giả Tôn Long Hoàng Thân năm 2018 (5) với độ nhạy là 22,2%, độ đặc hiệu là 32%, giá trị tiên đoán dương là 37%. Nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy thấp hơn và độ đặc hiệu cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Hainaux B. và cs (2006) (2) với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 16% và 83%. Điều này có thể do khi có tổn thương thủng tá tràng thì thường sẽ có triệu chứng lâm sàng rõ ràng và thường được can thiệp xử lý sớm, hiếm khi để kéo dài đến mức tạo ổ abscess.

Đặc điểm dày thành tá tràng cũng là một dấu hiệu gián tiếp đánh giá tổn thương tại chỗ (tá tràng), đây là một dấu hiệu gợi ý cho tổn thương thủng tá tràng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy và giá trị tiên đoán dương thấp nhưng độ đặc hiệu cao hơn so với nghiên cứu trong nước của tác giả Tôn Long Hoàng Thân năm 2018 (5) với độ nhạy là 97,8%, độ đặc hiệu là 48%, giá trị tiên đoán dương là 77,2%. Nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Hainaux B. và cs (2006) (2) với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 58% và 100%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi kết hợp cùng lúc hai đặc điểm mất liên tục thành tá tràng và khí khu trú quanh tá tràng sẽ có độ nhạy 38,5%, độ đặc hiệu 100% và giá trị tiên đoán dương 100%. Khi kết hợp hai đặc điểm này cùng lúc cho thấy sẽ có độ nhạy thấp hơn nhưng độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương cao hơn so

với khi có ít nhất một trong hai đặc điểm mất liên tục thành tá tràng và khí khu trú quanh tá tràng với độ nhạy 96,2%, độ đặc hiệu 61,5% và giá trị tiên đoán dương 83,3%. Từ đây cho thấy để có thể chẩn đoán chính xác nhất thủng tá tràng trên CLVT cần kết hợp hai đặc điểm mất liên tục thành tá tràng và khí khu trú quanh tá tràng với độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương lên tới xấp xỉ 100%.

Nghiên cứu của chúng tôi trên 39 trường hợp cho thấy có 26 trường hợp xác nhận thủng tá tràng trên phẫu thuật, các trường hợp còn lại ghi nhận thủng tại vị trí khác của đường ống tiêu hóa nhưng không phải tá tràng, một vài trường hợp không phát hiện thủng đường ống tiêu hóa nên chúng tôi xếp các trường hợp này vào nhóm không thủng tá tràng. Vị trí thường gặp nhất là đoạn D1 (tương ứng với hành tá tràng) chiếm tỉ lệ 88,6%, các đoạn còn lại D2, D3, D4 chiếm tỉ lệ giống nhau 3,8%. Đối chiếu với CLVT nghiên cứu của chúng tôi 70 cho thấy CLVT chẩn đoán chính xác vị trí thủng 22 trường hợp trên 26 trường hợp chiếm tỉ lệ 84,6%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hainaux B. và cs (2006) (2) với chẩn đoán được vị trí thủng 73 trên 85 bệnh tương đương với 86%.

V. KẾT LUẬN

XQCLVT có giá trị cao trong chẩn đoán thủng tá tràng. Kết hợp hai dấu hiệu mất liên tục thành tá tràng và khí tụ quanh tá tràng sẽ cho độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fernandes T, Oliveira Mi Fau - Castro R, Castro R Fau - Araújo B, Araújo B Fau - Viamonte B, Viamonte B Fau - Cunha R, Cunha R.** Bowel wall thickening at CT: simplifying the diagnosis. *Insights Imaging.* 2014;5(2):195-208.
2. **Hainaux B, Agneessens E Fau - Bertinotti R, Bertinotti R Fau - De Maertelaer V, De Maertelaer V Fau - Rubesova E, Rubesova E Fau - Capelluto E, Capelluto E Fau - Moschopoulos C, et al.** Accuracy of MDCT in predicting site of gastrointestinal tract perforation. *AJR.* 2006;187:1179-83.
3. **Imuta M, Awai K Fau - Nakayama Y, Nakayama Y Fau - Murata Y, Murata Y Fau - Asao C, Asao C Fau - Matsukawa T, Matsukawa T Fau - Yamashita Y, et al.** Multidetector CT findings suggesting a perforation site in the gastrointestinal tract: analysis in surgically confirmed 155 patients. *Radiat Med.* 2007;0288-2043 (Print):113-8.
4. **Nguyễn Đình Hải.** Bệnh học ngoại khoa tiêu hoá. Nhà xuất bản y học 2013.
5. **Tôn Long Hoàng Thân, Võ Tấn Đức, Nguyễn Thị Phương Loan.** Đặc điểm hình ảnh x quang cắt lớp vi tính của thủng đường tiêu hóa do dị vật.

- Y học TPHCM. 2019;23:120-5.
6. **Toprak H, Yilmaz TF, Yurtsever I, Sharifov R, Gültekin MA, Yiğman S, et al.** Multidetector CT findings in gastrointestinal tract perforation that can help prediction of perforation site accurately. Clin Radiol. 2019;74(9):736.e1-.e7.
7. **Yeung KW, Chang Ms Fau - Hsiao C-P, Hsiao Cp Fau - Huang J-F, Huang JF.** CT evaluation of gastrointestinal tract perforation. Clin Imaging. 2004;28(5):329-33.

CHẤT ỨC CHẾ AURORA KINASE TAK-901 KÌM HẪM SỰ TĂNG SINH TẾ BÀO UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT

Bùi Khắc Cường¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư đường mật (UTĐM) là bệnh ác tính nguyên phát ở gan phổ biến thứ hai sau ung thư tế bào gan. Nó chiếm khoảng 10–25% trong số tất cả các khối u ác tính về gan mật. Tỷ lệ mắc UTĐM có sự khác biệt đáng kể về mặt địa lý và phân chia theo khu vực. Nghiên cứu này đánh giá tác dụng kìm hãm tăng sinh của chất ức chế Aurora kinase TAK-901 trên tế bào ung thư đường mật TFK-1 in vitro. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng chất ức chế Aurora kinase TAK-901 trên dòng tế bào ung thư đường mật TFK-1. Các thử nghiệm bao gồm thử nghiệm tăng sinh tế bào, thử nghiệm Crystal Violet và di trú tế bào. **Kết quả:** Chất ức chế Aurora kinase TAK-901 ức chế sự tăng sinh tế bào TFK-1. TAK-901 cũng bước đầu ảnh hưởng đến quá trình di trú tế bào. **Kết luận:** Chất ức chế Aurora kinase TAK-901 có tác dụng kìm hãm sự tăng sinh của tế bào ung thư đường mật in vitro. **Từ khóa:** Ung thư đường mật, TAK-901, Aurora kinase

SUMMARY

AURORA KINASE INHIBITOR TAK-901 SUPPRESSES CELL PROLIFERATION ON CHOLANGIOCARCINOMA

Introduction: Cholangiocarcinoma (CCA) is the second most common primary liver malignancy after hepatocellular cancer. It accounts for approximately 10–25% of all hepatobiliary malignancies. The incidence of CCA varies significantly geographically and by region. This study evaluated the effect of the Aurora kinase inhibitor TAK-901 on suppressing the proliferation of TFK-1 cholangiocarcinoma cells in vitro. **Methods:** The study used Aurora kinase inhibitor TAK-901 on cholangiocarcinoma cell line TFK-1. Experimental assays were used including cell proliferation assay, Crystal Violet assay and cell migration assay. **Results:** Aurora kinase inhibitor TAK-901 inhibited TFK-1 cell proliferation. TAK-901 also initially affected cell migration. **Conclusion:** Aurora kinase inhibitor TAK-901 suppressed the proliferation of cholangiocarcinoma cells in vitro. **Keywords:**

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Khắc Cường

Email: buikhaccuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

Cholangiocarcinoma, TAK-901, Aurora kinase

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật (UTĐM) là bệnh lý ác tính của các tế bào biểu mô hệ thống đường mật. Nó chiếm khoảng 10–25% trong số tất cả các khối u ác tính về gan mật [1]. Dựa vào vị trí nguyên phát, ung thư đường mật được chia thành ung thư đường mật trong gan (iCCA), ung thư đường mật ngoài gan (eCCA) và ung thư đường mật vùng rốn gan, trong đó ung thư đường mật trong gan chiếm khoảng 5-20% trong tổng số các trường hợp UTĐM, đây là loại bệnh hiếm gặp, có tiên lượng rất kém [1].

Theo thống kê, tỷ lệ mắc UTĐM trên thế giới có sự khác biệt rõ rệt và phân chia theo khu vực. Các khu vực ở Đông Nam Á như Thái Lan có tỷ lệ mắc UTĐM rất cao lên tới 113/100.000 ở nam và 50/100.000 ở nữ; trong khi ở các nước phương Tây như Úc tỷ lệ mắc bệnh thấp ở mức 0,2/100.000 ở nam và 0,1/100.000 ở nữ [2], [3]. Ước tính năm 2021, tỷ lệ UTĐM chiếm khoảng 6,98% trong tổng số hơn 9000 mắc các bệnh liên quan đến gan mật đến khám bệnh tại bệnh viện Việt Đức theo báo cáo của hội nghị gan mật quốc gia năm 2021[4]. Tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư đường mật, đặc biệt là ung thư đường mật trong gan đang gia tăng trong vòng 30 năm gần đây [5].

Các bệnh về gan và bệnh sỏi mật cũng như một số bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn, virus hoặc ký sinh trùng... làm tăng nguy cơ ung thư đường mật. Các yếu tố nguy cơ khác bao gồm rối loạn viêm nhiễm (như bệnh viêm ruột và viêm tụy mãn tính), độc tố (ví dụ rượu và thuốc lá), tình trạng trao đổi chất (tiểu đường, béo phì và bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu) và một số rối loạn di truyền.

Việc chuẩn đoán UTĐM ở các giai đoạn đầu đang là một thách thức to lớn đối với các y bác sĩ do hầu hết bệnh nhân mắc bệnh ở giai đoạn đầu thường không xuất hiện triệu chứng. Phẫu thuật là phương pháp điều trị phổ biến nhất ở các giai