

Nghiên cứu áp dụng siêu âm nội soi trong chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý tiêu hóa - mật tụy tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Trương Xuân Long^{1*}, Vĩnh Khánh¹
(1) Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Bệnh lý tiêu hóa - mật tụy là nhóm bệnh lý lớn, liên quan đến nhiều cơ quan trải dài theo ống tiêu hóa từ miệng đến hậu môn và hệ thống mật tụy. Siêu âm nội soi giúp tiếp cận các tạng sâu trong ổ bụng như tụy, hệ thống đường mật, các tổn thương trong và ngoài lòng ống tiêu hóa cũng như sự xâm lấn hạch vùng. Chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với hai mục tiêu: (1) Khảo sát một số đặc điểm về bệnh nhân, chỉ định và tính an toàn của siêu âm nội soi trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý tiêu hóa và mật tụy; (2) Đánh giá vai trò của siêu âm nội soi trong chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý tiêu hóa và mật tụy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 1615 bệnh nhân được chỉ định siêu âm nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 2015-2021. **Kết quả:** Nghiên cứu có tỉ lệ nam:nữ = 1,4:1. Tuổi trung bình $56,1 \pm 15,1$. Bệnh nhân ở Huế chiếm 79,9%, ở ngoại tỉnh chiếm 20,1%. Chỉ định của siêu âm nội soi: bệnh lý đường mật 37,1%, bệnh lý tụy 31,3%, dạ dày 11,8%, đại trực tràng 9,0%, thực quản 8,6% và tá tràng 2,2%. Tỉ lệ tai biến thấp không đáng kể. Tổn thương tại ống tiêu hóa: U dưới niêm ở dạ dày 57,9%, u dưới niêm thực quản 23,7%, u dưới niêm tá tràng 13,6% và u dưới niêm đại trực tràng 4,8%; ung thư đại trực tràng 48,8%, ung thư thực quản 33,2%, ung thư dạ dày 16,3% và ung thư tá tràng 1,7%. Tổn thương tại đường mật: Sỏi đường mật 76,0%, nang ống mật 9,5%, tổn thương đường mật do ký sinh trùng 4,3%, u bóng Vater 3,8%, giãn đường mật không rõ nguyên nhân 3,4% và u đường mật 3,0%. Tổn thương tại tụy: viêm tụy mạn 40,6%, ung thư tụy 24,6%, viêm tụy cấp 18,4%, nang tụy 10,9% và hạch 5,5%. Siêu âm nội soi chọc hút và dẫn lưu nang giả tụy: chọc hút 18 u tụy, 3 nang tụy và 7 hạch. Dẫn lưu 4 trường hợp nang giả tụy. **Kết luận:** Siêu âm nội soi đã được áp dụng một cách hiệu quả và tương đối an toàn trong đánh giá các tổn thương của đường tiêu hóa và bệnh lý mật tụy cũng như hỗ trợ lấy bệnh phẩm qua siêu âm chọc hút bằng kim nhỏ và hỗ trợ điều trị bằng dẫn lưu nang giả tụy.

Từ khóa: nội soi, siêu âm nội soi.

Abstract

Endoscopic ultrasound in diagnosis and management of some gastrointestinal - pancreaticobiliary diseases at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Truong Xuan Long^{1*}, Vinh Khanh¹
(1) University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background: Gastrointestinal - pancreaticobiliary diseases is a major pathology relating to organs from the mouth to the anus and biliary tree. Endoscopic ultrasound (EUS) helps to assess deeper organs in the abdomen such as pancreas, biliary tree, lesions inside and outside the alimentary tract as well as regional lymph nodes. We proceeded this study to: (1) To examine some characteristics of patients, indications and safety of EUS, (2) To evaluate roles of EUS in diagnosis and management of gastrointestinal - pancreaticobiliary diseases. **Materials and method:** A cross-sectional study was conducted on 1615 patients undergoing endoscopic ultrasound at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** Male:female ratio = 1.4:1. Average age was 56.1 ± 15.1 . Patients living in Hue was 79.9%, not living in Hue was 20.1%. Indications of EUS: in biliary diseases 37.1%, in pancreatic diseases 31.3%, in stomach 11.8%, in colon 9.0%, in esophagus 8.6%, and in duodenum 2.2%. Complications rates were very low. Lesions in gastrointestinal tract: Subepithelial lesions in stomach 57.9%, in esophagus 23.7%, in duodenum 13.6%, in colo-rectum 4.8%; cancer in colo-rectum 48.8%, in esophagus 33.2%, in stomach 16.3%, and in duodenum 1.7%. Lesions in biliary tree: gallstones 76%, common bile duct cyst 9.5%, bile duct parasitic lesions 4.3%, Vater tumor 3.8%, unknown causes biliary tract dilation 3.4% and cholangiocarcinoma 3.0%. Lesions in pancreas: chronic pancreatitis

40.6%, pancreatic cancer 24.6%, acute pancreatitis 18.4%, pancreatic cyst 10.9% and lymph nodes 5.5%. EUS-fine needle aspiration and EUS-guided drainage of pancreatic pseudocysts: FNA for 18 pancreatic tumors, 3 pancreatic cysts and 7 lymph nodes; drainage for 4 pancreatic pseudocysts. **Conclusions:** Diagnostic and interventional EUS were effectively and relatively safe in assessing lesions in alimentary tract and biliary diseases, as well as supporting to achieve samples through fine needle aspiration, and to drain pancreatic pseudocysts.

Keywords: endoscopy, endosonography.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ VÀ MỤC TIÊU

Bệnh lý tiêu hóa - gan mật tụy là nhóm bệnh lý lớn, liên quan đến nhiều cơ quan trải dài theo ống tiêu hóa từ miệng đến hậu môn và hệ thống gan mật tụy. Nhiều phương tiện chẩn đoán hình ảnh đã góp phần hỗ trợ trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý này. Siêu âm nội soi xuất hiện lần đầu tiên vào những năm 80 của thế kỉ XX, với sự kết hợp đầu dò siêu âm vào đầu ống nội soi đã đưa kỹ thuật siêu âm chẩn đoán lên một bước tiến mới, giúp tiếp cận các tạng sâu trong ổ bụng như tụy, hệ thống đường mật, các tổn thương trong và ngoài lòng ống tiêu hóa cũng như sự xâm lấn hạch vùng (1). Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy một vai trò quan trọng, thậm chí không thể thay thế của siêu âm nội soi trong chẩn đoán, điều trị nhiều bệnh lý mật tụy cũng như trong việc phân giai đoạn ung thư ống tiêu hóa. Siêu âm nội soi cũng là một phương tiện đắc lực để tiếp cận các vị trí khó của đường tiêu hóa và hệ thống mật tụy để lấy mẫu mô làm giải phẫu bệnh giúp đưa ra chẩn đoán chính xác.

Trong một thời gian dài, Trung tâm Tiêu hóa - Nội soi, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế đã đạt được một số thành công trong thực hiện kỹ thuật siêu âm nội soi chẩn đoán, siêu âm nội soi chọc hút bằng kim nhỏ và sau đó là dẫn lưu nang giả tụy dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi. Trước nhu cầu cấp thiết ứng dụng siêu âm nội soi trong chẩn đoán và điều trị cũng như tạo tiền đề cho ứng dụng rộng rãi và triển khai các kỹ thuật mới hơn liên quan đến siêu âm nội soi, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài ***“Nghiên cứu áp dụng siêu âm nội soi trong chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý tiêu hóa - mật tụy tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế”*** với hai mục tiêu:

- Khảo sát một số đặc điểm về bệnh nhân, chỉ định và tính an toàn của siêu âm nội soi trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý tiêu hóa và mật tụy.
- Đánh giá vai trò của siêu âm nội soi trong chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý tiêu hóa và mật tụy.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những bệnh nhân đến khám và điều trị tại Trung tâm Tiêu hóa - Nội soi và Khoa Nội Tổng hợp -

Nội tiết, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, từ 2015 đến 2021; được chỉ định làm siêu âm nội soi.

Nghiên cứu trên 1615 bệnh nhân nội trú và ngoại trú có chỉ định siêu âm nội soi để chẩn đoán các bệnh lý tiêu hóa - mật tụy.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia.
- Bệnh nhân có các chống chỉ định của nội soi tiêu hóa.
- Bệnh nhân có các chống chỉ định với thuốc mê.

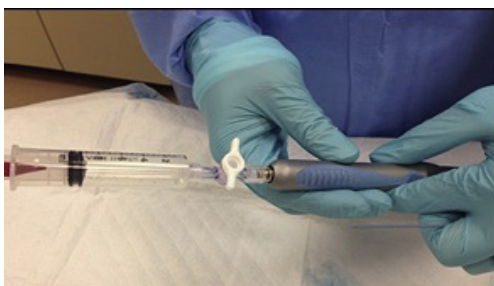
2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương tiện nghiên cứu

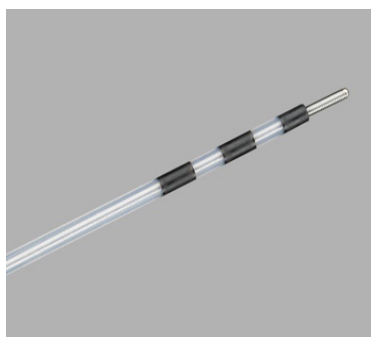
- Hệ thống Fuji SU-8000 (FUJIFILM Corporation, Tokyo, Nhật Bản).
- Ống siêu âm nội soi thuộc hãng Fujifilm đầu dò radial EG 530UT2 và đầu dò linear EG 530UR2 với tần số từ 7,5MHz – 12MHz.
- Kim chọc hút bệnh phẩm: đường kính 19G, 22G và 25G của hãng Cook.
- Kim chọc vào nang giả tụy (cystotome của hãng Cook).
- Bóng nong (đường kính 10mm).
- Stent đuôi heo dẫn lưu nang đường kính 8F chiều dài 10cm.
- Màn tăng sáng truyền hình, dây dẫn, bộ dụng cụ đẩy stent.



Hình 1. Hệ thống xử lý hình ảnh SU-8000



Hình 2. Kim chọc hút



Hình 3. Cystotome



Hình 4. Bóng nong



Hình 5. Stent đuôi heo

2.2.2. Quy trình thực hiện siêu âm nội soi chẩn đoán

- Những bệnh nhân có chẩn đoán phù hợp với chỉ định của siêu âm nội soi (ung thư của ống tiêu hóa, u dưới niêm mạc ống tiêu hóa, bệnh lý ở đường mật, bệnh lý tụy) được giải thích về thủ thuật siêu âm nội soi, viết cam đoan thủ thuật khi đồng ý.
- Bệnh nhân không được ăn uống trong vòng ít nhất 8 giờ trước khi nội soi.
- Tất cả bệnh nhân đều được gây mê tĩnh mạch với propofol khi tiến hành thủ thuật siêu âm nội soi.
- Đưa máy đến vị trí cần khảo sát tổn thương.
- Khảo sát niêm mạc ống tiêu hóa.
- Chuyển sang màn hình siêu âm nội soi để đánh giá tổn thương.

Vị trí đầu dò	Vùng tổn thương đánh giá
Dạ dày	Dạ dày, ống mật chủ đoạn trên, túi mật, thân tụy và đuôi tụy...
Hành tá tràng	Tá tràng, túi mật, ống mật chủ, đầu tụy và thân tụy...
D2 tá tràng	Đoạn cuối ống mật chủ, đầu tụy và mỏm móc tụy
Thực quản	Thực quản, cơ quan lân cận...
Đại trực tràng	Đại trực tràng, cơ quan lân cận...

2.2.3. Quy trình thực hiện siêu âm nội soi chọc hút bằng kim nhỏ

- Bệnh nhân có chỉ định chọc sinh thiết bằng kim nhỏ (EUS-FNA) được giải thích cụ thể các bước, viết cam đoan đồng ý làm thủ thuật trước khi tiến hành.
- Đưa ống siêu âm nội soi linear tiếp cận tổn thương.
- Chọn được vị trí để tiến hành thủ thuật: ở đây vị trí này phải được xác định là khoảng cách ngắn nhất giữa đầu ống siêu âm nội soi và vị trí tổn thương. Đặc biệt là giữa vị trí tổn thương và đầu dò siêu âm nội soi phải không có mạch máu để tránh tai biến xuất huyết khi tiến hành thủ thuật.
- Lựa chọn kim chọc: Tùy thuộc vào tổn thương

từ đó có các lựa chọn về kích thước khác nhau của kim chọc từ 19G, 22G hoặc 25G.

- Chuẩn bị kim chọc: Kim chọc được đưa vào kênh thủ thuật, đưa đến tận phía đầu của ống siêu âm nội soi và được khóa lại tại vị trí đầu ống.
- Lấy mẫu bệnh phẩm: Kim được chọc khoảng 10 - 20 lần vào vị trí tổn thương, thao tác “rẻ quạt” trong quá trình lấy mẫu bệnh phẩm sẽ giúp thu thập mẫu tốt hơn (2).
- Xử lý mẫu bệnh phẩm: Mẫu bệnh phẩm được cho vào lọ có chứa Formalin chuyển đến khoa Giải phẫu bệnh để tiến hành xét nghiệm tế bào học/mô bệnh học.

2.2.4. Quy trình thực hiện siêu âm nội soi dẫn lưu nang giả tụy

- Tất cả bệnh nhân nang giả tụy (chẩn đoán dựa vào lâm sàng và hình ảnh) có triệu chứng: chèn ép dạ dày, tá tràng gây hội chứng hẹp môn vị, chèn ép đường mật gây tắc mật hoặc cơn đau quặn mật, nang giả tụy bội nhiễm được chỉ định dẫn lưu nang dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi. Cần lưu ý rằng, để an toàn cho thủ thuật, thì khoảng cách từ vách nang đến thành ống tiêu hoá < 10 mm.

- Trước khi làm thủ thuật giải thích quy trình và viết cam đoan.

- Quá trình thực hiện được tiến hành dưới màn tăng sáng truyền hình.

- Tất cả bệnh nhân được gây mê trong quá trình thực hiện (mê tĩnh mạch với propofol).

- Đưa ống siêu âm nội soi linear vào ống tiêu hoá trên, lựa chọn vị trí sao cho đầu ống soi gần với nang

giả tụy nhất, không có mạch máu và ống nội soi ở vị trí trung gian.

- Kim chọc 19G được đưa vào kênh thủ thuật, đưa đến tận phía đầu của ống siêu âm nội soi và được khóa lại tại vị trí đầu ống.

- Chọc kim xuyên thành ống tiêu hoá vào nang giả tụy. Luồn 1 dây dẫn qua kim vào nang sao cho ít nhất tạo được 2 vòng trong nang. Thông thường, việc luồn dây dẫn được thực hiện dưới sự kiểm soát của màn huỳnh quang. Sau khi dây dẫn đã nằm ổn định trong nang, rút kim chọc và lưu dây dẫn.

- Tiến hành nong rộng chỗ chọc bằng bóng nong đường kính 8 - 10 mm.

- Đặt thêm 1 dây dẫn thứ 2 vào nang.

- Thông qua 2 dây dẫn, luồn 2 stent đuôi heo để cố định đường thông và dẫn lưu dịch nang. Kiểm tra vị trí stent dưới màn tăng sáng truyền hình.

3. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm của bệnh nhân, chỉ định và tính an toàn của siêu âm nội soi

3.1.1. Một số đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu và vị trí tổn thương

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
- Nam	946	58,6
- Nữ	669	41,4
Địa chỉ		
- Thừa Thiên Huế	1290	79,9
- Ngoại tỉnh	325	20,1
Tuổi trung bình	56,1 ± 15,1	
- Lớn nhất	93	
- Nhỏ nhất	14	
Siêu âm nội soi		
- Chẩn đoán	1615	
- Can thiệp	32	
Vị trí		
- Thực quản	139	8,6
- Dạ dày	191	11,8
- Tá tràng	36	2,2
- Đại trực tràng	145	9,0
- Đường mật	599	37,1
- Tụy	505	31,3

Nhận xét: Nghiên cứu có tỉ lệ nam: nữ = 1,4, độ tuổi trung bình là 56,1 ± 15,1, tỉ lệ bệnh nhân tại Thừa Thiên Huế được làm siêu âm nội soi là 79,9%.

Nghiên cứu đã tiến hành 1615 ca siêu âm nội soi chẩn đoán và đã thực hiện được 35 ca chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi (EUS-FNA).

Siêu âm nội soi chủ yếu được chỉ định để khảo sát tổn thương ở các vị trí đường mật và tụy với tỉ lệ lần lượt là 37,1% và 31,3%. Tiếp đó là các tổn thương tại dạ dày, đại trực tràng và thực quản với tỉ lệ lần lượt 11,8%, 9,0% và 8,6%. Trong 511 bệnh nhân có tổn thương tại thực quản, dạ dày, tá tràng và đại trực tràng, nghiên cứu của chúng tôi có 228 trường hợp u dưới niêm mạc và 283 trường hợp ung thư ống tiêu hóa.

3.1.2. Tính an toàn của siêu âm nội soi chẩn đoán và can thiệp**Bảng 2.** Tính an toàn của siêu âm nội soi chẩn đoán và can thiệp

Tai biến	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Thủng	0	0
Viêm phổi hít	0	0
Hạ oxy máu	07	0,4
Xuất huyết tức thì (sau EUS-FNA)	01/32	3,1

Nhận xét: Siêu âm nội soi chẩn đoán là một thủ thuật an toàn, trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào xảy ra tai biến. Riêng đối với thủ thuật xâm nhập như siêu âm nội soi chọc hút bằng kim nhỏ, tỉ lệ tai biến cũng rất thấp chỉ 3,1%.

3.2. Vai trò của siêu âm nội soi trong chẩn đoán và điều trị**3.2.1. Đánh giá tổn thương u dưới niêm và ung thư ở ống tiêu hóa****Bảng 3.** Vị trí u dưới niêm và ung thư ở ống tiêu hóa

Vị trí	U dưới niêm		Ung thư	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Thực quản	54	23,7	94	33,2
Dạ dày	132	57,9	46	16,3
Tá tràng	31	13,6	5	1,7
Đại trực tràng	11	4,8	138	48,8
Tổng	228	100,0	283	100,0

Nhận xét: U dưới niêm mạc chiếm tỉ lệ cao nhất ở dạ dày với 57,9%, sau đó là thực quản với 23,7%, u dưới niêm ở đại trực tràng chiếm thấp nhất với chỉ 4,8%. Ung thư ống tiêu hóa chiếm tỉ lệ cao nhất tại đại trực tràng với 48,8%, tiếp đến là thực quản với 33,2%. Ung thư ở tá tràng chiếm tỉ lệ thấp nhất với chỉ 1,7%.

3.2.2. Đánh giá tổn thương tại đường mật**Bảng 4.** Các tổn thương tại đường mật

Tổn thương	U đường mật	Sỏi đường mật	Nang ống mật chủ	U bóng Vater	Tổn thương đường mật do KST	Giãn đường mật không rõ nguyên nhân	Tổng
Số lượng	18	455	57	23	26	20	599
Tỉ lệ (%)	3,0	76,0	9,5	3,8	4,3	3,4	100,0

Nhận xét: Trong các bệnh lý của đường mật, bệnh lý mà siêu âm nội soi được chỉ định nhiều nhất là sỏi đường mật với 76,0%, tiếp đến là nang ống mật chủ với 9,5%, các bệnh lý khác có tỉ lệ gần tương đương nhau dao động từ 3,0 đến 4,3%.

3.2.3. Đánh giá tổn thương tại tụy**Bảng 5.** Tổn thương tại tuyến tụy

Tổn thương	Ung thư tụy	Nang tụy	Viêm tụy mạn	Viêm tụy cấp	Hạch	Tổng
Số lượng	124	55	205	93	28	505
Tỉ lệ (%)	24,6	10,9	40,6	18,4	5,5	100,0

Nhận xét: Siêu âm nội soi được chỉ định chủ yếu để đánh giá viêm tụy mạn và ung thư tụy với tỉ lệ lần lượt là 40,6% và 24,6%. Tiếp đến là viêm tụy cấp với 18,4%, nang tụy với 10,9% và hạch gần tụy với 5,5%.

3.2.4. Siêu âm nội soi chọc hút bằng kim nhỏ và dẫn lưu nang giả tụy

Bảng 6. Ứng dụng siêu âm nội soi trong điều trị

Thủ thuật	Chỉ định	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm nội soi (EUS-FNA)	U tụy	18	56,2
	Nang tụy	3	9,4
	Hạch	7	21,9
Dẫn lưu nang giả tụy dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi		4	12,5
Tổng		32	100,0

Nhận xét: Trong số 32 ca can thiệp dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi, chọc hút bằng kim nhỏ được thực hiện nhiều nhất với 87,5%, trong đó u tụy là chỉ định thường gặp nhất với tỉ lệ 56,2%. Nghiên cứu đã thực hiện được 4 trường hợp dẫn lưu nang giả tụy chiếm tỉ lệ 12,5%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm về bệnh nhân, chỉ định và tính an toàn của siêu âm nội soi

4.1.1. Đặc điểm về bệnh nhân của nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 1615 bệnh nhân được chỉ định làm siêu âm nội soi tại Trung tâm Tiêu hóa - Nội soi, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế trong thời gian từ 2015 đến 2021. Nghiên cứu có tỉ lệ nam nhiều hơn nữ, lần lượt là 58,6% và 41,4%. Độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $56,1 \pm 15,1$, lớn nhất là 93 và nhỏ nhất là 14. Đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu đến từ Huế với tỉ lệ 79,9%, chỉ có 20,1% bệnh nhân ngoại tỉnh. Điều này cũng phù hợp do Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế thực hiện khám chữa bệnh chủ yếu cho địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế.

4.1.2. Chỉ định siêu âm nội soi

Về vị trí của tổn thương được đánh giá trên siêu âm nội soi, có thể thấy chiếm tỉ lệ cao nhất là tổn thương đường mật và tụy với tỉ lệ lần lượt là 37,1% và 31,3%. Với lợi thế đưa đầu dò siêu âm qua đường tiêu hóa vào bên trong cơ thể, siêu âm nội soi đã loại bỏ đi các yếu tố gây cản trở như khí, các tạng đặc và rỗng khi khảo sát tụy và đường mật (3). Bên cạnh đó, siêu âm nội soi cho phép tiếp xúc gần như trực tiếp với đường mật và tụy để đánh giá theo thời gian thực ở nhiều góc độ (4). Điều đó cho thấy vai trò quan trọng của siêu âm nội soi trong khảo sát các bệnh lý đường mật và tụy tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế nói riêng và trong chuyên ngành tiêu hóa - gan mật nói chung.

4.1.3. Tính an toàn của siêu âm nội soi

Đa phần các trường hợp siêu âm nội soi đều phải gây mê trừ một số trường hợp tổn thương tại trực tràng, bản thân siêu âm nội soi chẩn cũng là một

kỹ thuật xâm lấn nhưng là xâm lấn tối thiểu. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào xảy ra các tai biến nặng như thủng ống tiêu hóa hay viêm phổi hít. Có 7 trường hợp hạ oxy máu (chiếm 0,4%) và 1 trường hợp trong 32 trường hợp sinh thiết bằng kim nhỏ (chiếm 3,1%) bị chảy máu trong lúc thực hiện thủ thuật nhưng đều xử trí thành công ngay tại thời điểm nội soi. Yoshinaga T và cộng sự (2020) cũng cho thấy siêu âm nội soi chọc hút bằng kim nhỏ là một thủ thuật có khả năng chẩn đoán cao và an toàn (5). Như vậy có thể thấy siêu âm nội soi cũng như các thủ thuật thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm nội soi có độ an toàn cao và có thể thực hiện cho mọi bệnh nhân.

4.2. Đánh giá vai trò của siêu âm nội soi trong chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý mật tụy

4.2.1. Tổn thương tại ống tiêu hóa

Trong 511 tổn thương ở thực quản, dạ dày, tá tràng và đại trực tràng, u dưới niêm mạc chiếm 44,6% và ung thư chiếm 55,4%.

U dưới niêm mạc là những tổn thương khu trú trong thành ống tiêu hóa và có thể xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào của đường tiêu hóa. Trong 228 tổn thương u dưới niêm, u dưới niêm ở dạ dày chiếm tỉ lệ cao nhất với 57,9%, tiếp đến là thực quản, tá tràng và đại trực tràng với tỉ lệ lần lượt là 23,7%, 13,6% và 4,8%. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Huy và Nguyễn Thanh Long cũng như nhận định của Deprez PH và cộng sự (2022) về vị trí u dưới niêm thường gặp nhất ở dạ dày, tiếp đến là thực quản, tá tràng và đại tràng (6), (7).

Trong 283 tổn thương ung thư ống tiêu hóa, ung thư đại trực tràng và ung thư thực quản chiếm đa số với tỉ lệ lần lượt là 48,8% và 33,2%. Với ung thư thực quản và ung thư đại trực tràng đặc biệt là ung thư trực tràng, siêu âm nội soi vẫn được xem là phương tiện tốt nhất để đánh giá mức độ xâm lấn (T) và hạch (N) (8). Vì vậy hai nhóm bệnh lý này thường được ưu tiên chỉ định siêu âm nội soi để đánh giá là hoàn toàn phù hợp. Với ung thư dạ dày, đa số các trường hợp phát hiện khi vào viện điều trị ở giai đoạn muộn đã có di căn xa, thường có thể đánh giá chỉ với

CT scan bụng có thuốc là đã có thể đưa ra phương án điều trị. Siêu âm nội soi trong ung thư dạ dày chủ yếu để đánh giá các tổn thương nghi ngờ ung thư dạ dày sớm, tức là các tổn thương chỉ khu trú ở lớp niêm mạc hoặc mới xâm lấn đến lớp dưới niêm của dạ dày. Điều này dẫn đến số lượng ung thư dạ dày được làm siêu âm nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ 16,3% trường hợp. Ung thư ở tá tràng nói riêng hay ung thư ruột non nói chung là rất hiếm gặp (9), điều này cũng lý giải cho việc tỉ lệ làm siêu âm nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi rất thấp chỉ 1,7%.

4.2.2. Tổn thương tại mật tụy

Đường mật và tụy là những cơ quan nằm sâu trong ổ bụng, việc khảo sát và đánh giá tổn thương ở hai cơ quan này vốn không phải là dễ dàng. Siêu âm qua thành bụng là kỹ thuật thường được sử dụng trong chẩn đoán ban đầu các bệnh lý mật tụy hiện vẫn còn nhiều hạn chế. Với đường mật, đoạn cuối ống mật chủ có thể khó khảo sát bằng siêu âm bụng do bị ảnh hưởng bởi hơi hay dịch trong lòng tá tràng cũng như sự dày lên hoặc hình thành túi thừa của tá tràng (10), điều này cũng tương tự với tụy. Các kỹ thuật hình ảnh mới như CT scan, MRI và siêu âm nội soi là những công cụ đắc lực để tăng cường khả năng chẩn đoán và đánh giá tổn thương tại các vị trí khó này. Việc đưa đầu dò siêu âm vào trong lòng ống tiêu hóa thông qua ống nội soi đã giúp chúng ta tiếp cận được gần như trực tiếp với hệ thống mật tụy, cho phép đánh giá và phân giai đoạn các tổn thương chính xác hơn, đặc biệt là các tổn thương nhỏ mà không bị ảnh hưởng bởi các hạn chế có ở siêu âm qua thành bụng. Bên cạnh đó, siêu âm nội soi còn có thể hỗ trợ lấy mẫu bệnh phẩm để làm tế bào học hay mô bệnh học. Điều này giải thích cho lý do chỉ định siêu âm nội soi cho hai nhóm bệnh lý đường mật và tụy chiếm đến 68,4% các trường hợp.

Với các bệnh lý đường mật, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sỏi đường mật chiếm 76,0%, nang ống mật chiếm 9,5%, tổn thương đường mật do ký sinh trùng chiếm 4,3%, u bóng Vater chiếm 3,8%, giãn đường mật không rõ nguyên nhân chiếm 3,4% và u đường mật chiếm 3,0%. Đối với sỏi đường mật, thông thường có thể chẩn đoán qua siêu âm bụng, CT scan hay MRI, tuy nhiên siêu âm nội soi lại có ưu thế hơn đối với sỏi nhỏ hơn 5 mm hoặc nằm ở đoạn cuối ống mật chủ (11).

Đối với bệnh lý tụy, viêm tụy mạn chiếm tỉ lệ cao nhất với 40,6%. Siêu âm nội soi là phương tiện được đồng thuận ưu tiên sử dụng để chẩn đoán viêm tụy mạn cũng như viêm tụy mạn giai đoạn sớm, đem lại cho các bác sĩ lâm sàng một công cụ đắc lực trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý này (12). Viêm tụy

mạn là một bệnh lý thường gặp nhưng việc chẩn đoán cho đến nay vẫn còn khó khăn do triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân thường không điển hình và thiếu các xét nghiệm có độ đặc hiệu cao. Chính vì vậy đây là một đóng góp lớn của siêu âm nội soi trong thực tế lâm sàng.

4.2.3. Siêu âm nội soi chọc hút bằng kim nhỏ và dẫn lưu nang giả tụy

Nghiên cứu của chúng tôi đã tiến hành siêu âm nội soi chọc hút bằng kim nhỏ cho 28 trường hợp trong đó có 18 trường hợp u tụy, 3 trường hợp nang tụy và 7 trường hợp là các hạch nằm gần ống tiêu hóa. Các vị trí nêu trên có thể xem là không thể tiếp cận trong giai đoạn trước khi có siêu âm nội soi. Nhờ khả năng tiếp cận trực tiếp, xâm lấn tối thiểu của siêu âm nội soi mà hiện nay chúng ta có thể lấy trực tiếp mẫu mô từ các vị trí khó này để đưa ra chẩn đoán chính xác, từ đó mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân. Theo Yoshida T và cộng sự (2019), độ nhạy và độ đặc hiệu của EUS-FNA trong chẩn đoán ung thư tụy lần lượt là 85-92% và 96-98% (13).

Tương tự như EUS-FNA, dẫn lưu nang giả tụy dưới hướng dẫn siêu âm nội soi là hướng tiếp cận điều trị bệnh lý tại tụy ít xâm lấn. So với phẫu thuật mở hoặc dẫn lưu qua da; dẫn lưu nang giả tụy dưới hướng dẫn siêu âm nội soi vào dạ dày vừa an toàn, ít tai biến, giảm nguy cơ nhiễm trùng, giảm thời gian nằm viện, nâng cao chất lượng sống mà hiệu quả điều trị vẫn tương đương thậm chí cao hơn các phương pháp khác (14). 4 trường hợp dẫn lưu nang giả tụy dưới hướng dẫn EUS được theo dõi kĩ mỗi 3 tháng, 6 tháng cho đến khi nang hoàn toàn biến mất thì stent đuôi heo được rút ra.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 1615 trường hợp được siêu âm nội soi tại Trung tâm Tiêu hóa - Nội soi, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

- Đặc điểm bệnh nhân, chỉ định và tính an toàn

Nghiên cứu có tỉ lệ nam:nữ = 1,4:1. Tuổi trung bình $56,1 \pm 15,1$. Bệnh nhân ở Huế chiếm 79,9%, ở ngoại tỉnh chiếm 20,1%.

Chỉ định của siêu âm nội soi cao nhất ở bệnh lý đường mật chiếm 37,1% và bệnh lý tụy chiếm 31,3%, tiếp đến là dạ dày 11,8%, đại trực tràng 9,0%, thực quản 8,6% và tá tràng 2,2%.

Siêu âm nội soi chẩn đoán và can thiệp là thủ thuật an toàn.

- Vai trò của siêu âm nội soi trong chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý mật tụy

Siêu âm nội soi có nhiều ưu thế trong đánh giá các tổn thương của đường tiêu hóa và bệnh lý mật

tụy cũng như hỗ trợ lấy bệnh phẩm qua siêu âm chọc hút bằng kim nhỏ và hỗ trợ điều trị bằng dẫn lưu nang giả tụy.

Tổn thương tại ống tiêu hóa: U dưới niêm ở dạ dày chiếm 57,9%, u dưới niêm thực quản chiếm 23,7%, u dưới niêm tá tràng chiếm 13,6%, u dưới niêm đại trực tràng chiếm 4,8%. Ung thư ở đại trực tràng chiếm 48,8%, ung thư thực quản chiếm 33,2%, ung thư dạ dày chiếm 16,3%, ung thư tá tràng chiếm 1,7%.

Tổn thương tại đường mật: Sỏi đường mật chiếm 76%, nang ống mật chiếm 9,5%, tổn thương đường mật do ký sinh trùng chiếm 4,3%, u bóng Vater

chiếm 3,8%, giãn đường mật không rõ nguyên nhân chiếm 3,4% và u đường mật chiếm 3,0%.

Tổn thương tại tụy: Viêm tụy mạn chiếm 40,6%, ung thư tụy chiếm 24,6%, viêm tụy cấp chiếm 18,4%, nang tụy chiếm 10,9% và hạch chiếm 5,5%.

Siêu âm nội soi chọc hút và dẫn lưu nang giả tụy: Chọc hút 18 u tụy, 3 nang tụy và 7 hạch. Dẫn lưu 4 trường hợp nang giả tụy.

Như vậy, siêu âm nội soi đã được áp dụng một cách hiệu quả và tương đối an toàn trong đánh giá các tổn thương của đường tiêu hóa và bệnh lý mật tụy cũng như hỗ trợ lấy bệnh phẩm qua siêu âm chọc hút bằng kim nhỏ và hỗ trợ điều trị bằng dẫn lưu nang giả tụy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. DiMagno EP, Buxton JL, Regan PT, Hattery RR, Wilson DA, Suarez JR, et al. Ultrasonic endoscope. Lancet (London, England). 1980;1(8169):629-31.

2. Storm AC, Lee LS. Endoscopic ultrasound-guided techniques for diagnosing pancreatic mass lesions: Can we do better? World J Gastroenterol. 2016;22(39):8658-69.

3. Mallory S. Endosonographic Instrumentation. In: Shami VM, Kahaleh M, editors. Endoscopic Ultrasound. Totowa, NJ: Humana Press; 2010. p. 3-31.

4. Chen C-C. The efficacy of endoscopic ultrasound for the diagnosis of common bile duct stones as compared to CT, MRCP, and ERCP. Journal of the Chinese Medical Association. 2012;75(7):301-2.

5. Yoshinaga S, Itoi T. Safety and efficacy of endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration for pancreatic masses: A prospective multicenter study. 2020;32(1):114-26.

6. Trần Văn Huy, Nguyễn Thanh Long. Siêu âm nội soi trong chẩn đoán u dưới niêm mạc ống tiêu hóa tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Tạp chí Y Dược học. 2019;9(2):17-20.

7. Deprez PH, Moons LMG, O'Toole D, Gincul R, Seicean A, Pimentel-Nunes P, et al. Endoscopic management of subepithelial lesions including neuroendocrine neoplasms: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. 2022;54(4):412-29.

8. Valero M, Robles-Medrand C. Endoscopic ultrasound in oncology: An update of clinical applications

in the gastrointestinal tract. World J Gastrointest Endosc. 2017;9(6):243-54.

9. Barsouk A, Rawla P, Barsouk A, Thandra KC. Epidemiology of Cancers of the Small Intestine: Trends, Risk Factors, and Prevention. Medical Sciences. 2019;7(3):46.

10. Walas MK, Skoczylas K, Gierbliński I. Errors and mistakes in the ultrasound diagnostics of the liver, gallbladder and bile ducts. J Ultrason. 2012;12(51):446-62.

11. Tse F, Liu L, Barkun AN, Armstrong D, Moayyedi P. EUS: a meta-analysis of test performance in suspected choledocholithiasis. Gastrointest Endosc. 2008;67(2):235-44.

12. Mel Wilcox C, Gress T, Boermeester M, Masamune A, Lévy P, Itoi T, et al. International consensus guidelines on the role of diagnostic endoscopic ultrasound in the management of chronic pancreatitis. Recommendations from the working group for the international consensus guidelines for chronic pancreatitis in collaboration with the International Association of Pancreatology, the American Pancreatic Association, the Japan Pancreas Society, and European Pancreatic Club. Pancreatology. 2020;20(5):822-7.

13. Yoshida T, Yamashita Y, Kitano M. Endoscopic Ultrasound for Early Diagnosis of Pancreatic Cancer. Diagnostics (Basel). 2019;9(3).

14. Saftoiu A, Vilmann A, Vilmann P. Endoscopic ultrasound-guided drainage of pancreatic pseudocysts. Endosc Ultrasound. 2015;4(4):319-23.