

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hóa sinh và hình ảnh siêu âm nội soi khối u tụy

Vĩnh Khánh^{1*}, Lương Viết Thắng¹, Trần Văn Huy¹

(1) Trung tâm Tiêu hóa - Nội soi, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề và mục tiêu: Bệnh lý khối u tụy thường có triệu chứng lâm sàng rất kín đáo nên dẫn đến phát hiện muộn và tiên lượng xấu. Hiện nay có rất nhiều phương tiện thăm dò hình ảnh được sử dụng để phát hiện và chẩn đoán sớm khối u tụy. Trong đó, siêu âm nội soi với thế mạnh đầu dò tần số cao, tiếp cận gần như trực tiếp với tuyến tụy giúp đánh giá chính xác bản chất của khối u, đặc biệt là các tổn thương nhỏ < 2 cm. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: (1) Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, hóa sinh và hình ảnh siêu âm nội soi của khối u tụy. (2) Khảo sát mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, hóa sinh với đặc điểm khối u tụy trên siêu âm nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 41 bệnh nhân được chẩn đoán khối u tụy dựa trên siêu âm nội soi. **Kết quả:** Tiền sử phổ biến ở bệnh nhân u tụy là hút thuốc lá, uống rượu lượng nhiều, đái tháo đường. Nhóm bệnh nhân có nồng độ CA 19.9 $\leq$ 37 U/ml chiếm tỷ lệ 48,5%. Đặc điểm của khối u tụy nằm ở vị trí đầu tụy chiếm tỷ lệ 80,5%, cấu trúc giảm âm chiếm tỷ lệ 97,6% và cấu trúc u là u đặc chiếm tỷ lệ 80,5%. Hạch ổ bụng, giãn ống mật chủ, giãn ống tụy là những đặc điểm tổn thương ngoài khối u phổ biến nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 51,2%, 46,3% và 39,0%. Không có sự liên quan giữa các mức nồng độ CA 19.9 với các đặc điểm như xâm lấn mạch máu, di căn hạch ($p > 0,05$). Có mối liên quan mang ý nghĩa thống kê giữa khối u ở vị trí đầu tụy với vàng da trên lâm sàng, hình ảnh giãn ống mật chủ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Hút thuốc lá, uống rượu lượng nhiều và đái tháo đường là tiền sử hay gặp nhất ở nhóm bệnh nhân u tụy. Đặc điểm tổn thương khối u tụy phổ biến là giảm âm, cấu trúc u đặc và nằm ở vị trí đầu tụy. Có mối liên quan giữa khối u tụy ở vị trí đầu tụy với triệu chứng vàng da và giãn ống mật chủ.

Từ khóa: siêu âm nội soi, u tụy, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm hóa sinh.

Abstract

Research for clinical, biological and endoscopic ultrasound characteristics of pancreatic tumors

Vinh Khanh^{1*}, Luong Viet Thang¹, Tran Van Huy¹

(1) Gastrointestinal Endoscopy Center, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Background: Pancreatic tumor disease often has clinical symptoms ambiguously which is leading to late detection and poor prognosis. Currently, there are many imaging methods to use for the early detection, and diagnosis of pancreatic tumors. Endoscopic ultrasound (EUS) with the strength of a high-frequency probe, approaching directly the pancreas which is improving the diagnosis of the tumor, especially small lesions < 2 cm. This study was aimed at: (1) To describe some clinical, biological, and endoscopic ultrasound characteristics of pancreatic tumors. (2) To evaluate the relationship between clinical and biological characteristics and pancreatic tumor characteristics on endoscopic ultrasound. **Subject and methods:** Cross-sectional study in 41 patients diagnosed with pancreatic tumor on endoscopic ultrasound. **Results:** Common history was smoking, high intake of alcohol and diabetes. Almost half of the patients 48.5% had a CA 19.9 $\leq$ 37 U/ml. Lesions in the pancreatic head accounted for 80.5%, hypoechoic lesions 97.6%, solid tumor 80.5%. Common extra-tumoral findings were abdominal lymph nodes accounting for 51.2%, common bile duct dilatation 46.3% and pancreatic duct dilatation 39.0%. There was no relationship between levels of CA 19.9 and endoscopic ultrasound features such as vascular invasion, and lymph node metastasis ($p > 0.05$). There was a statistically significant relationship of tumors in the head of the pancreas and jaundice, and dilation of the common bile duct ($p < 0.05$). **Conclusion:** Smoking, high intake of alcohol and diabetes were the most common history. Common findings of tumor were hypoechoic, solid tumor and pancreatic head position. There is a relationship of pancreatic head tumors and jaundice as well as dilation of the common bile duct.

Keywords: endoscopic ultrasound, pancreatic tumor, clinical features, biochemical characteristics.

Địa chỉ liên hệ: Vĩnh Khánh; email: vkhanh@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 15/11/2022; Ngày đồng ý đăng: 16/12/2022; Ngày xuất bản: 10/3/2023

DOI: 10.34071/jmp.2023.1.11

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý khối u tụy thường có triệu chứng lâm sàng rất kín đáo nên dẫn đến phát hiện muộn và tiên lượng xấu. Trong đó ung thư tụy là bệnh lý chiếm tỷ lệ cao trong nhóm u tụy, có tiên lượng xấu với tỷ lệ sống sau 5 năm < 10,0% ngay cả khi được điều trị [1], [2]. Ung thư tụy thường có tiến triển âm thầm và ở giai đoạn sớm thường không có triệu chứng, nên phần lớn bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn, không còn khả năng phẫu thuật cắt bỏ u từ đó ảnh hưởng xấu đến tiên lượng của bệnh nhân [3]. Nếu ung thư tụy được phát hiện sớm (kích thước ≤ 2 cm) và điều trị thích hợp thì tỷ lệ sống sau 5 năm khá cao (khoảng 60,0%) [4]. Siêu âm nội soi gần đây xuất hiện cho thấy khả năng đánh giá tổn thương ở tụy với độ chính xác cao. Siêu âm nội soi là sự kết hợp giữa ống nội soi tiêu hóa và đầu dò siêu âm tần số cao được đặt ở đầu của ống nội soi, từ đó đưa vào trong cơ thể và có thể tiếp xúc gần như là trực tiếp với tổn thương nên có thể cho chẩn đoán với độ đặc hiệu cao. Với ưu thế của mình, siêu âm nội soi được xem là phương tiện hàng đầu trong việc phát hiện u tụy, đặc biệt là ung thư tụy giai đoạn sớm và những trường hợp khó. Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu chứng minh giá trị của siêu âm nội soi tuy nhiên ở Việt Nam các nghiên cứu về siêu âm nội soi trên bệnh nhân u tụy còn chưa có nhiều. Dựa trên nhu cầu đó nên chúng tôi thực hiện đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hóa sinh và hình ảnh siêu âm nội soi khối u tụy” với hai mục tiêu:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, hóa sinh và hình ảnh siêu âm nội soi của u tụy*

2. *Khảo sát mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, hóa sinh với đặc điểm khối u tụy trên siêu âm nội soi*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm các bệnh nhân đến thăm khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 2/2020 - 10/2022. Các đối tượng được đưa vào nghiên cứu thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Các đối tượng được lấy vào nghiên cứu thỏa mãn đồng thời các điều kiện sau:

- Bệnh nhân ≥ 14 tuổi.
- Có tổn thương khu trú tại tụy hoặc dấu hiệu gián tiếp nghi ngờ là u tụy trên siêu âm nội soi.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Các đối tượng bị loại khỏi nghiên cứu vì một

trong các lý do sau:

- Chống chỉ định nội soi đường tiêu hóa trên (suy tim, suy hô hấp, nhồi máu cơ tim, cơn cao huyết áp).
- Hẹp môn vị, hẹp hành tá tràng, tá tràng.
- Bệnh nhân đã phẫu thuật cắt dạ dày, nối mật - ruột, nối mật - tụy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Các bước thực hiện

Hỏi bệnh sử, thăm khám, ghi nhận các dữ liệu tuổi, giới, tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng.

Ghi nhận các dữ liệu cận lâm sàng.

Giải thích bệnh nhân về thủ thuật siêu âm nội soi.

Chuẩn bị bệnh nhân, tiến hành thủ thuật.

Theo dõi sau thủ thuật.

Ghi nhận kết quả, xử lý số liệu.

3. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu trên 41 bệnh nhân, trong đó tỷ lệ nam/nữ là 20/21, độ tuổi trung bình là $61,1 \pm 15,3$ (14 - 82), chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm về lâm sàng, hóa sinh và siêu âm nội soi của bệnh nhân u tụy

3.1.1. Đặc điểm tiền sử và triệu chứng lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm tiền sử và triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm tiền sử, triệu chứng lâm sàng	n = 41	Tỷ lệ %
Hút thuốc lá	16	39,0
Uống rượu lượng nhiều	15	36,6
Đái tháo đường	14	34,1
Viêm tụy cấp	10	24,4
Đau bụng	31	75,6
Mệt mỏi	31	75,6
Gầy, sụt cân	32	78,0
Vàng da	15	36,6
Sờ thấy khối ổ bụng	2	4,9
Túi mật to	2	4,9

Nhận xét: Triệu chứng đau bụng, mệt mỏi, gầy sụt cân, vàng da là những triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở bệnh nhân u tụy. Tiền sử phổ biến nhất là hút thuốc lá, tiếp đến là uống rượu lượng nhiều, đái tháo đường.

3.1.2. Đặc điểm nồng độ CA 19.9 huyết thanh**Bảng 2.** Nồng độ CA 19.9 huyết thanh trong u tụy

Ngưỡng CA 19.9 (U/ml)	n	Tỷ lệ %
≤ 37	16	48,5
> 37 - 100	5	15,2
> 100 - 400	3	9,1
> 400 - 1000	1	3,0
> 1000	8	24,2
Tổng số	33	100,0

Nhận xét: gần một nửa số bệnh nhân (48,5%) có nồng độ CA 19.9 ≤37 U/ml.

3.1.3. Đặc điểm của u tụy trên siêu âm nội soi**3.1.3.1. Đặc điểm tổn thương tại khối u trên siêu âm nội soi****Bảng 3.** Đặc điểm tổn thương tại khối u

Chỉ số	Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Vị trí u tụy	Đầu	33	80,5
	Thân	6	14,6
	Đuôi	2	4,9
Tính chất âm	Giảm	40	97,6
	Tăng	1	2,4
Bờ khối u	Đều	20	48,8
	Không đều	21	51,2
Ranh giới khối u	Rõ	21	51,2
	Không rõ	20	48,8
Cấu trúc u	Đặc	33	80,5
	Nang	8	19,5

Nhận xét: Khối u tụy thường gặp ở vùng đầu tụy chiếm 80,5%, cấu trúc giảm âm chiếm 97,6% và cấu trúc u đặc chiếm 80,5%.

3.1.3.2. Đặc điểm tổn thương ngoài khối u trên siêu âm nội soi**Bảng 4.** Đặc điểm tổn thương ngoài khối u

Chỉ số	Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Nhu mô tụy	Teo	3	7,3
	Không teo	38	92,7
Giãn ống tụy	Có	16	39,0
	Không	25	61,0
Sỏi tụy	Có	2	4,9
	Không	39	95,1
Xâm lấn tạng lân cận	Có	12	29,3
	Không	29	70,7
Xâm lấn mạch	Có	10	24,4
	Không	31	75,6
Giãn ống mật chủ	Có	19	46,3
	Không	22	53,7

Túi mật to	Có	10	24,4
	Không	31	75,6
Hạch bụng	Có	21	51,2
	Không	20	48,8
U gan	Có	1	2,4
	Không	40	97,6

Nhận xét: Hạch ổ bụng, giãn ống mật chủ, giãn ống tụy là đặc điểm tổn thương ngoài u phổ biến nhất lần lượt chiếm tỷ lệ 51,2%, 46,3% và 39,0%.

3.2. Liên quan giữa hình ảnh siêu âm nội soi với đặc điểm lâm sàng, sinh hóa

3.2.1. Liên quan giữa vị trí khối u tụy với đặc điểm vàng da

Bảng 5. Liên quan giữa vị trí khối u tụy với đặc điểm vàng da

Vị trí khối u	Vàng da		Có		Không		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Đầu tụy	15	45,5	18	54,5	33	80,5			
Thân - đuôi tụy	0	0,0	8	100,0	8	19,5			<0,05
Tổng	15	36,6	26	63,4	41	100,0			

Nhận xét: có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa u ở vị trí đầu tụy và triệu chứng vàng da ($p < 0,05$).

3.2.2. Liên quan giữa nồng độ CA 19.9 với một số đặc điểm trên siêu âm nội soi

3.2.2.1. Liên quan giữa nồng độ CA 19.9 với xâm lấn mạch máu

Bảng 6. Liên quan giữa nồng độ CA 19.9 với xâm lấn mạch máu

Nồng độ CA 19.9	Xâm lấn mạch máu		Có		Không		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
< 37	4	25,0	12	75,0	16	48,5			
≥ 37 - 100	2	40,0	3	60,0	5	15,2			
> 100 - 400	0	0,0	3	100,0	3	9,1			
> 400 - 1000	1	100,0	0	0,0	1	3,0			
> 1000	2	25,0	6	75,0	8	24,2			
Tổng	9	27,3	24	72,7	33	100,0			

Nhận xét: Không có sự khác biệt về xâm lấn mạch máu của khối u tụy với các mức nồng độ CA 19.9 ($p > 0,05$).

3.2.2.2. Liên quan giữa nồng độ CA 19.9 với di căn hạch

Bảng 7. Liên quan giữa nồng độ CA 19.9 với di căn hạch

Nồng độ CA 19.9	Di căn hạch		Có		Không		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<37	8	50,0	8	50,0	16	48,5			
≥37 - 100	3	60,0	2	40,0	5	15,2			
>100 - 400	3	100,0	0	0,0	3	9,1			
>400 - 1000	0	0,0	1	100,0	1	3,0			
>1000	3	37,5	5	62,5	8	24,2			
Tổng	17	51,5	16	48,5	33	100,0			

Nhận xét: Không có sự khác biệt về khối u tụy di căn hạch với các mức nồng độ CA 19.9 ($p > 0,05$).

3.2.3. Liên quan giữa vị trí khối u tụy với giãn ống tụy chính

Bảng 8. Liên quan giữa vị trí khối u tụy với giãn ống tụy chính

Vị trí khối u	Giãn ống tụy		Có		Không		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Đầu tụy	13	39,4	20	60,6	33	80,5			
Thân - đuôi tụy	3	37,5	5	62,5	8	19,5			> 0,05
Tổng	16	39,0	25	61,0	41	100,0			

Nhận xét: Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giãn ống tụy chính trên siêu âm nội soi với khối u vùng đầu tụy ($p > 0,05$).

3.2.4. Liên quan giữa vị trí khối u tụy với giãn ống mật chủ

Bảng 9. Liên quan giữa vị trí khối u tụy với giãn ống mật chủ

Vị trí khối u	Giãn ống mật chủ		Có		Không		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Đầu tụy	19	57,6	14	42,4	33	80,5			
Thân - đuôi tụy	0	0,0	8	100,0	8	19,5			< 0,05
Tổng	19	46,3	22	53,7	41	100,0			

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hình ảnh giãn ống mật chủ trên siêu âm nội soi với khối u vùng u đầu tụy ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về lâm sàng, hóa sinh và siêu âm nội soi

4.1.1. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng và tiền sử

Các dấu hiệu lâm sàng u tụy phụ thuộc vào kích thước, vị trí và sự xâm lấn u sang các tạng khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng cơ năng thường gặp của u tụy lần lượt là gầy, sụt cân chiếm tỷ lệ 78,0%, mệt mỏi (75,6%), đau bụng (75,6%). Đây là một trong những lý do chính khiến cho người bệnh đi khám. Các triệu chứng này cũng là những triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân có khối u ở tụy kể cả u đặc hay u nang [5]. Trịnh Phạm Mỹ Lệ và cộng sự ghi nhận các triệu chứng cơ năng chính của bệnh nhân như sau: đau bụng (89,7%), ăn kém (44,8%), sụt cân (37,9%), mệt mỏi (32,8%) [6]. Theo nghiên cứu của Porta M và cộng sự cho thấy các triệu chứng thường gặp nhất là suy nhược (86,0%), chán ăn (85,0%), sụt cân (85,0%), đau bụng (79,0%) [7]. Các triệu chứng của khối u tụy thường kín đáo và không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu kể cả khi tổn thương tiến triển thành ung thư, theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trường Sơn và cộng sự, Porta và cộng sự thì phần lớn bệnh nhân không có triệu chứng thực thể [7], [8].

Về tiền sử, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hút thuốc lá, uống rượu lượng nhiều, đái tháo đường là tiền sử hay gặp nhất và đây là yếu tố nguy cơ của ung

thư tụy. Theo Iodice S và cộng sự: đối với những người đang hút thuốc lá thì nguy cơ ung thư tụy cao gấp 1,8 lần so với nhóm không hút thuốc. Đối với những người đã từng hút thuốc lá thì nguy cơ ung thư tụy gấp 1,2 lần so với nhóm bệnh nhân không hút thuốc lá [9]. Theo Keihanian và cộng sự, các yếu tố được cho là nguy cơ cao gây ung thư tụy là: hút thuốc lá, nghiện rượu nặng, bệnh đái tháo đường, béo phì, nhóm máu A, B và AB, tiền sử các bệnh lý ở tụy, tiền sử gia đình mắc bệnh u tụy [10]. Do đó, cần chú ý đến nguy cơ ung thư tụy trên những bệnh nhân này, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi để có các chỉ định tầm soát phù hợp để phát hiện được sớm các khối u tụy để phân loại, xác định chẩn đoán và có kế hoạch điều trị cụ thể cho từng bệnh nhân.

4.1.2. Đặc điểm xét nghiệm CA 19.9 huyết thanh

Hiện tại, CA 19.9 là dấu ấn sinh học duy nhất được Cục Quản lý thực phẩm và dược phẩm Hoa Kỳ chấp nhận để theo dõi bệnh lý ung thư tụy. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 33/41 bệnh nhân có xét nghiệm định lượng nồng độ CA 19.9, theo bảng 2 có 48,5% bệnh nhân u tụy có CA 19.9 $\leq$ 37 U/mL và 51,5% bệnh nhân có nồng độ CA 19.9 $>$ 37 U/mL. Theo nghiên cứu của Nguyễn Trường Sơn và Trịnh Phạm Mỹ Lệ trên nhóm bệnh nhân ung thư tụy thì nồng độ CA 19.9 $\leq$ 37 U/mL lần lượt là 39,1% và 31,0% [6], [8]. Các khuyến cáo hiện nay chỉ đồng ý CA 19.9 là công cụ hỗ trợ chẩn đoán khi bệnh nhân

có những thương tổn nghi ngờ ung thư trên các phương tiện hình ảnh [10].

4.1.3. Đặc điểm của khối u tụy trên siêu âm nội soi

Theo bảng 3, khối u tụy thường gặp ở vùng đầu tụy chiếm 80,5%, cấu trúc giảm âm chiếm 97,6% và cấu trúc u đặc chiếm 80,5%. Theo báo cáo của tổ chức y tế thế giới, u đầu tụy chiếm tỷ lệ 60% - 70%, còn lại là u thân và đuôi tụy [11]. Ngoài ra, nhóm u tụy dạng nang ở nghiên cứu chúng tôi chiếm tỷ lệ 19,5%, theo Signoretti thì kháng trở âm (acoustic impedance) của ống tụy rất thấp, đồng thời luôn có sự khác biệt giữa vùng tổn thương và nhu mô tụy. Do đó, tổn thương u tụy thường là giảm âm và u tụy dạng nang chiếm tỷ lệ khoảng 2,5 - 20% [12]. Một số nghiên cứu trong nước của tác giả Trịnh Phạm Mỹ Lệ, Nguyễn Trường Sơn cũng cho thấy tổn thương tại u phổ biến là ở đầu tụy, giảm âm, bờ không đều, u đặc [6], [8].

Về các tổn thương khối u tụy xâm lấn, chèn ép các tổ chức lân cận thì hạch ổ bụng, giãn ống mật chủ, giãn ống tụy là đặc điểm tổn thương ngoài u phổ biến nhất lần lượt chiếm tỷ lệ 51,2%, 46,3% và 39,0%. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trường Sơn, Trịnh Phạm Mỹ Lệ khi đánh giá các tổn thương ngoài khối u tụy [6], [8]. Từ những nghiên cứu ở trên có thể thấy rằng 3 dấu hiệu tổn thương ngoài u phổ biến trên của khối u tụy là hạch ổ bụng, giãn ống tụy và giãn ống mật chủ.

4.2. Liên quan giữa hình ảnh siêu âm nội soi khối u tụy với đặc điểm lâm sàng, hóa sinh

4.2.1. Liên quan giữa vị trí khối u tụy với đặc điểm vàng da trên lâm sàng

Từ bảng 5, chúng tôi ghi nhận dấu hiệu vàng da biểu hiện ở 45,5% bệnh nhân có tổn thương khối u nằm ở vùng đầu tụy, trong khi các vị trí khác không có trường hợp nào bệnh nhân có vàng da. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Porta M và cộng sự, dấu hiệu vàng da biểu hiện ở 73% u vùng đầu tụy, 11% u vùng thân tụy và không có trường hợp nào u vùng đuôi tụy gây vàng da [7].

Đặc điểm vàng da ở đầu tụy chiếm ưu thế hơn các vị trí khác là do đặc điểm giải phẫu của vùng đầu tụy nằm cạnh ống mật chủ, khi có tổn thương u có kích thước lớn sẽ chèn ép, xâm lấn trực tiếp vào đoạn ống mật chủ gây nên tình trạng tắc mật và vàng da trên lâm sàng.

4.2.2. Liên quan giữa nồng độ CA 19.9 với một số đặc điểm khối u tụy trên siêu âm nội soi

Qua các bảng 6 và 7 chúng tôi không thấy có sự liên quan giữa các mức nồng độ CA 19.9 với các đặc điểm như xâm lấn mạch máu, di căn hạch. Mặc dù

CA 19.9 là một dấu ấn huyết thanh được Cục Quản lý thực phẩm và dược phẩm Hoa Kỳ công nhận nhưng chỉ có giá trị về mặt theo dõi bệnh lý u tụy còn về giá trị chẩn đoán không đặc hiệu vì CA 19.9 cũng tăng trong các bệnh lý khác như viêm cấp tính đường mật, xơ gan, viêm tụy hay trong các bệnh lý u ác tính khác như ung thư đại trực tràng, ung thư tử cung, ung thư dạ dày... và đối với những bệnh nhân âm tính với kháng nguyên Lewis thì CA 19.9 cũng không tăng kể cả bệnh ở giai đoạn tiến triển [10].

4.2.3. Liên quan giữa vị trí khối u tụy với giãn ống tụy chính

Khối u tụy khi đã chèn ép vào ống tụy chính sẽ gây giãn ống tụy chính phía sau khối u. Mặc dù có nhiều nguyên nhân gây giãn ống tụy như viêm tụy mạn, ung thư tụy, giãn ống tụy vô căn, ung thư đường mật, ... nhưng viêm tụy mạn và ung thư tụy là những nguyên nhân phổ biến nhất gây giãn ống tụy chính [13]. Do đó ống tụy chính giãn có thể là dấu hiệu gián tiếp gợi ý cho khối u tụy ung thư hóa, đặc biệt ở những bệnh nhân không có viêm tụy mạn. Nghiên cứu của chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về dấu hiệu ống tụy chính giãn với vị trí khối u tụy nằm ở vùng đầu tụy. Nghiên cứu của tác giả Trịnh Phạm Mỹ Lệ trên nhóm bệnh nhân là ung thư tụy cho kết quả khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi khi có sự liên quan giữa giãn ống tụy và u đầu tụy [6]. Sự khác biệt này có lẽ là do nghiên cứu của chúng tôi có mẫu nghiên cứu nhỏ hơn, kích thước khối u nhỏ hơn và nhóm bệnh nhân là u tụy nên sự chèn ép gây giãn ống tụy là chưa đủ rõ để thấy được sự khác biệt ($37,5 \pm 11,2$ mm so với 48 ± 13 mm).

4.2.4. Liên quan giữa vị trí khối u tụy với giãn ống mật chủ

Giãn ống mật chủ là biểu hiện của tắc nghẽn đường mật. Có nhiều nguyên nhân gây giãn ống mật chủ khác nhau như sỏi mật, ung thư đường mật, ung thư túi mật, ung thư tá tràng, ung thư tụy, ký sinh trùng,... trong đó nguyên nhân phổ biến nhất là sỏi mật (35,5%), tiếp theo ung thư đầu tụy (13,5%), nhóm ung thư khởi phát ở vị trí đầu tụy chèn ép, xâm lấn đoạn cuối ống mật chủ và D2 tá tràng (12%) [14]. Do đó khi có dấu hiệu giãn ống mật chủ cần phải loại trừ sỏi mật trước khi nghĩ đến ung thư tụy. Nguyên nhân gây giãn ống mật chủ ở bệnh nhân ung thư tụy là u đầu tụy chèn ép đường mật hoặc u xâm lấn đoạn cuối ống mật chủ. Đối với u thân và đuôi tụy, do u di căn vào cuống gan gây chèn ép đường mật [15]. Do đó dấu hiệu giãn ống mật chủ trên những bệnh nhân có khối u tụy là dấu hiệu nghi ngờ để chẩn đoán ung thư đầu tụy. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có

mối liên quan giữa giãn ống mật chủ và vị trí u ở đầu tụy với $p < 0,05$. Kết này cũng tương tự với kết quả của tác giả Nguyễn Trường Sơn và tác giả Trịnh Phạm Mỹ Lệ [6], [8].

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên nhóm bệnh nhân u tụy, đây là bệnh ít gặp trên thực hành lâm sàng nên số lượng mẫu không lớn. Hướng tiếp theo của nghiên cứu sẽ tiến hành trên số lượng mẫu lớn hơn để khắc phục hạn chế của đề tài.

5. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm về lâm sàng, hóa sinh và siêu âm nội soi của bệnh nhân u tụy

Tiền sử phổ biến ở bệnh nhân u tụy là hút thuốc lá, uống rượu lượng nhiều, đái tháo đường chiếm tỷ lệ lần lượt là 39,0%, 36,6% và 34,1%.

Triệu chứng lâm sàng hay gặp là mệt mỏi, đau bụng, gầy sút cân, vàng da chiếm tỷ lệ lần lượt là

75,6%, 75,6%, 78,0% và 36,6%.

Nhóm bệnh nhân có nồng độ CA 19.9 ≤ 37 U/ml chiếm tỷ lệ 48,5%.

Đặc điểm của khối u tụy nằm ở vị trí đầu tụy chiếm tỷ lệ 80,5%, cấu trúc giảm âm chiếm tỷ lệ 97,6% và cấu trúc u là u đặc chiếm tỷ lệ 80,5%.

Hạch ổ bụng, giãn ống mật chủ, giãn ống tụy chính là những đặc điểm tổn thương ngoài khối u tụy phổ biến nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 51,2%, 46,3% và 39,0%.

5.2. Liên quan giữa hình ảnh siêu âm nội soi với đặc điểm lâm sàng, sinh hóa

Không có sự liên quan giữa các mức nồng độ CA 19.9 với các đặc điểm như xâm lấn mạch máu, di căn hạch siêu âm nội soi ($p > 0,05$).

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa khối u ở vị trí đầu tụy và vàng da trên lâm sàng, hình ảnh giãn ống mật chủ trên siêu âm nội soi ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel R.L, Miller K.D, Fuchs H.E, Jemal A (2021), «Cancer Statistics, 2021», *CA Cancer J Clin*, 71(1), pp. 7-33.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel R.L, Laversane M et al (2021), «Global Cancer Statistics 2020 : GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries», *CA Cancer J Clin*, 71(3), pp. 209-249.
3. De La Cruz M.S, Young A.P, Ruffin M.T (2014), «Diagnosis and management of pancreatic cancer», *Am Fam Physician*, 89(8), pp. 626-632.
4. Chari S.T. (2007), «Detecting early pancreatic cancer: problems and prospects», *Semin Oncol*, 34(4), pp. 284-294.
5. Hamilton W, Hajooff S, Graham J (2015), «Suspected cancer (part 2 - adults): reference tables from updated NICE guidance», *BMJ*, <https://doi.org/10.1136/bmj.h3044>.
6. Trịnh Phạm Mỹ Lệ, Hồ Đăng Quý Dũng, Trần Văn Huy (2021), «Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, sinh học và siêu âm nội soi ở bệnh nhân ung thư tụy tại bệnh viện Chợ Rẫy», *Tạp chí Y Dược học*, 11 (1), tr. 60-65.
7. Porta M, Fabregat X, Malats N, Guarner L et al (2005), «Exocrine pancreatic cancer: symptoms at presentation and their relation to tumour site and stage», *Clin Transl Oncol*, 7(5), pp. 189-197.
8. Nguyễn Trường Sơn (2017), *Nghiên cứu giá trị siêu âm nội soi và chọc hút bằng kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư tụy*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Iodice S, Gandini S, Maisonneuve P, Lowenfels A.B (2008), «Tobacco and the risk of pancreatic cancer: a review and meta-analysis», *Langenbecks Arch Surg*, 393(4), PP. 535-545.
10. Keihanian T., J.A. Barkin E.O. Souto (2021), «Early Detection of Pancreatic Cancer: Risk Factors and the Current State of Screening Modalities», *Gastroenterol Hepatol*, 17(6), pp. 254-262.
11. Kloppel G, Adler G, Hruban R.H, et al (2000), «Pathology and Genetics of Tumours of the Digestive System WHO Classification of Tumours», IARC Press, Lyon, 219-30
12. Signoretti M, Bruno MJ, Zerboni G, Poley JW, Delle Fave G, Capurso G (2018), «Results of surveillance in individuals at high-risk of pancreatic cancer: a systematic review and meta-analysis», *United European Gastroenterol Journal*, 6(4), PP.489-499.
13. Edge M.D, Hoteit M, Patel A.P, Wang X et al. (2007), «Clinical significance of main pancreatic duct dilation on computed tomography: Single and double duct dilation», *World Journal of Gastroenterology*, 13(11), pp. 1701 - 1705.
14. Yunfu Lv, Liu N, Wu H, Li Zh (2021), «Etiological classification and treatment strategies for secondary bile duct dilatation», *Experimental Biology and Medicine*, 246(3), pp. 281-285.
15. Modolell I., L. Guarner and J.R. Malagelada (1999), «Vagaries of clinical presentation of pancreatic and biliary tract cancer», *Ann Oncol*, 10 (4), pp. 82-84.