

2. **Selewski DT, Cornell TT, Blatt NB, et al.** Fluid overload and fluid elimination in pediatric patients receiving extracorporeal membrane oxygenation requiring continuous renal replacement therapy. *Crit Care Med* 2012; 40:2694-9. doi:10.1097/CCM.0b013e318258ff01.
3. **Seczyńska B, Królikowski W, Nowak I, Jankowski M, Szuldrzyński K, Szczeklik W.** Continuous Renal Replacement Therapy During Extracorporeal Membrane Oxygenation in Patients Treated in Medical Intensive Care Unit: Technical Considerations. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*. 2014;18(6):523-534. doi:10.1111/1744-9987.12188
4. **Rubin S, Poncet A, Wynckel A, Baehrel B.** How to perform a haemodialysis using the arterial and venous lines of an extracorporeal life support. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2010; 37(4): 967-968. doi:10.1016/j.ejcts.2009.10.007
5. **Seczyńska B, Królikowski W, Nowak I, Jankowski M, Szuldrzyński K, Szczeklik W.** Continuous Renal Replacement Therapy During Extracorporeal Membrane Oxygenation in Patients Treated in Medical Intensive Care Unit: Technical Considerations. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*. 2014;18(6):523-534. doi:10.1111/1744-9987.12188
6. **de Tymowski C, Augustin P, Houissa H, et al.** CRRT Connected to ECMO: Managing High Pressures. *ASAIO Journal*. 2017;63(1):48. doi:10.1097/MAT.0000000000000441
7. **Zeidman AD.** Extracorporeal Membrane Oxygenation and Continuous Kidney Replacement Therapy: Technology and Outcomes – A Narrative Review. *Advances in Chronic Kidney Disease*. 2021; 28(1): 29-36. doi:10.1053/j.ackd.2021.04.004
8. **Liu M, Yan Y, Li G, Zhang Y, Guo F.** Comparison of Clinical Outcomes of Different Connection Modes of Extracorporeal Membrane Oxygenation Combine with Continuous Renal Replacement Therapy. *Heart Surg Forum*. 2021;24(6):E1018-E1022. doi:10.1532/hsf.4335
9. **Martins Costa A, Halfwerk F, Wiegmann B, Neidlin M, Arens J.** Trends, Advantages and Disadvantages in Combined Extracorporeal Lung and Kidney Support From a Technical Point of View. *Front Med Technol*. 2022;4:909990. doi:10.3389/fmedt.2022.909990
10. **Wiegmann B, Maurer A, Zhang R, Zardo P, Haverich A, Fischer S.** Combined Pulmonary and Renal Support in a Single Extracorporeal Device. *ASAIO Journal*. 2013;59(4):433. doi:10.1097/MAT.0b013e318292e887

GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN SỎI ỐNG MẬT CHỦ SO VỚI NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2022-2023

Hoàng Đức Hạ^{1,2}, Phạm Thị Mỹ Linh¹, Hoàng Thị Phương Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu nhận xét giá trị của chụp cộng hưởng từ (CHT) so với nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP - endoscopic retrograde cholangiopancreatography) trong chẩn đoán bệnh lý sỏi ống mật chủ (OMC) tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2022 - 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 69 bệnh nhân có sỏi OMC được tiến hành chụp CHT và thực hiện ERCP chẩn đoán và lấy sỏi OMC tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ 01/01/2022 đến 31/12/2023. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có sử dụng dữ liệu hồi cứu. Xử lý kết quả bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả và kết luận:** Chụp CHT chẩn đoán số lượng sỏi có độ chính xác từ 65,6% đến 92,7%, đồng thuận cao với ERCP (hệ số $\kappa > 0,6$). Chụp CHT chẩn đoán vị trí sỏi ở trên hay sau đầu tụy có độ chính xác từ 86,0% đến 92,7%, đồng thuận cao với ERCP (hệ số $\kappa > 0,6$). Chụp CHT chẩn đoán kích thước sỏi có độ chính xác từ 88,4% đến 98,5%, đồng thuận cao với ERCP (hệ số $\kappa > 0,59$). Như vậy, chụp

CHT có độ chính xác cao trong chẩn đoán bệnh lý sỏi OMC thể hiện vai trò rất quan trọng trong định hướng phương pháp điều trị lấy sỏi ở bệnh nhân có sỏi OMC, đặc biệt là các bệnh nhân sử dụng phương pháp ERCP. **Từ khóa:** chụp cộng hưởng từ đường mật, nội soi mật tụy ngược dòng, sỏi ống mật chủ.

SUMMARY

THE VALUE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN DIAGNOSING COMMON BILE DUCT STONES COMPARED TO ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY AT HAI PHONG INTERNATIONAL HOSPITAL, 2022-2023

Objective: The study aims to evaluate the value of magnetic resonance imaging (MRI) compared to endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in diagnosing common bile duct stones (CBDS) at Hai Phong International Hospital from 2022 to 2023. **Subjects and Methods:** The study included 69 patients diagnosed with CBDS who underwent MRI and ERCP for diagnosis and stone removal at Hai Phong International General Hospital from January 1, 2022, to December 31, 2023. A cross-sectional descriptive study using retrospective data. Data analysis was conducted using SPSS 20.0 software. **Results and Conclusion:** MRI showed an accuracy rate of 65.6% to 92.7% in diagnosing the number of

¹Trường Đại học Y dược Hải Phòng
²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng
 Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Hạ
 Email: hdha@hpmu.edu.vn
 Ngày nhận bài: 23.10.2024
 Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024
 Ngày duyệt bài: 26.12.2024

stones, with high concordance with ERCP (κ coefficient > 0.6). MRI demonstrated an accuracy rate of 86.0% to 92.7% in determining stone location (above or behind the pancreatic head), also showing high concordance with ERCP (κ coefficient > 0.6). MRI exhibited an accuracy rate of 88.4% to 98.5% in measuring stone size, with high concordance with ERCP (κ coefficient > 0.59). Thus, MRI provides high accuracy in diagnosing CBDS and plays a crucial role in guiding treatment approaches for stone removal, particularly in patients using ERCP.

Keywords: magnetic resonance cholangiopancreatography, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, common bile duct stones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý sỏi ống mật chủ (OMC) là bệnh lý còn phổ biến ở nước ta, thường do nguyên nhân nhiễm trùng hoặc ký sinh trùng. Đồng thời, sỏi OMC cũng là nguyên nhân chủ yếu, chiếm đến 90% số các trường hợp có nhiễm trùng đường mật [1]. Sỏi OMC vẫn là bệnh khó điều trị, có thể diễn biến nặng, nguy hiểm hơn so với sỏi đường mật trong gan và sỏi túi mật, mà việc chẩn đoán không phải lúc nào cũng dễ dàng [2]. Sự tồn tại của sỏi có thể gây ra các biến chứng cấp tính, ảnh hưởng nghiêm trọng đến tình trạng sức khỏe của người bệnh như: viêm đường mật cấp, viêm tụy cấp, ung thư đường mật, tắc mật cấp, sỏi kẹt cơ Oddi [3]. Nếu bệnh được chẩn đoán và điều trị muộn, sự tắc nghẽn và viêm nhiễm gây ra bởi sỏi trong đường mật có thể đe dọa tính mạng. Do vậy, việc chẩn đoán chính xác vị trí, kích thước sỏi OMC là rất quan trọng để giúp các nhà lâm sàng chọn lựa phương pháp điều trị phù hợp. Siêu âm được biết đến là phương pháp đầu tay trong chẩn đoán sỏi đường mật, sỏi ống mật chủ. Tuy nhiên, siêu âm có nhiều hạn chế trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ khi mà bệnh nhân có bụng chướng hơi, khí trong dạ dày, lòng ruột che khuất, hay khi sỏi nhỏ ở đoạn thấp của ống mật chủ. Chụp CHT cho phép đánh giá chi tiết, toàn bộ cây đường mật, xác định vị trí tắc, nguyên nhân, biến chứng tắc mật và bệnh gan mật -tụy kèm theo [4]. Ngày nay, có nhiều phương pháp điều trị sỏi mật như phẫu thuật mở lấy sỏi, mổ mở kết hợp với nội soi tán sỏi trong mổ, tán sỏi ngoài cơ thể hoặc lấy sỏi qua da. Trong đó, phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP - endoscopic retrograde cholangiopancreatography) là phương pháp an toàn, hiệu quả được sử dụng để chẩn đoán và điều trị bệnh sỏi mật [1]. Hiện tại, một số bệnh viện tại Hải Phòng, trong đó có Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng đã triển khai được đầy đủ các phương pháp chẩn đoán và điều trị như vậy, nhưng có chưa có nghiên

cứ đánh giá đầy đủ về giá trị của chụp CHT trong chẩn đoán bệnh lý sỏi OMC. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả giá trị của chụp CHT trong chẩn đoán sỏi OMC có so sánh với kết quả nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng, năm 2022 – 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bao gồm các bệnh nhân có sỏi ống mật chủ được chụp cộng hưởng từ đường mật và nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ 01/01/2022 đến 31/12/2023.

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 (1-p)p}{d^2}$$

Trong đó: $p = 98\%$ là tỉ lệ phát hiện được sỏi đường mật ở bệnh nhân trên chụp cộng hưởng từ đường mật [4].

$$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2$$

$= 1,65$ giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê $= 10\%$.

$d = 5\%$ là sai số chấp nhận

Kết quả tính cỡ mẫu tối thiểu là 31.

Thực tế, nghiên cứu lấy được 69 mẫu phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, không xác suất.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là sỏi ống mật chủ trên ERCP.

Bệnh nhân được chụp CHT theo đúng tiêu chuẩn kỹ thuật

Tiêu chuẩn loại trừ: Hình ảnh chụp CHT không đầy đủ, thiếu chuỗi xung hoặc nhiều ảnh có ảnh hưởng đến kết quả chẩn đoán.

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

Bệnh nhân có các bệnh lý khác như u đầu tụy, u đường mật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có sử dụng dữ liệu hồi cứu.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu: Gồm máy chụp CHT hạt nhân Avanto 1.5 Tesla và máy MAGNETOM Lumina 3.0 Tesla (Hãng Siemens – CH liên bang Đức).

Các xung chụp CHT bao gồm HASTE T2W coronal và axial, T2W FAT SAT, T1GE in-phase và opp-phase, T1W SE axial, CHT đường mật lớp mỏng RARE có dựng hình 3D, MPR, T1W SE sau tiêm thuốc đối quang từ multiphase.

Thuốc đối quang từ: Dotarem 10ml (Guerbet – CH Pháp).

Máy nội soi Olympus (Nhật Bản) thực hiện nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP).

2.2.3. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được ghi nhận lại, nhập liệu và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0.

2.2.4. Đạo đức nghiên cứu. Mọi thông tin về BN đều được bảo mật và nghiên cứu không làm ảnh hưởng đến quá trình điều trị hoặc sức khỏe của BN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 69 BN, 35 BN nam (chiếm 50,72%) và 34 BN nữ (chiếm 49,28%). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $59,13 \pm 16,08$ năm; bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 25 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 94 tuổi.

Bảng 3.1. So sánh số lượng sỏi trên CHT và ERCP

CHT			ERCP		Se	Sp	PPV	NPV	Acc	Chỉ số Kappa
			Có	Không						
Số lượng sỏi	Sỏi bùn	Có	2	2	66,7	96,9	50	98,5	95,6	0,60
		Không	1	64						
	1 viên	Có	38	8	95	72,4	82,6	91,3	85,5	0,68
		Không	2	21						
	2 viên	Có	6	2	66,7	96,7	75	95	92,7	0,68
		Không	3	58						
	≥ 3 viên	Có	9	2	52,9	96,1	81,8	86,2	85,5	0,54
		Không	8	50						

Nhận xét: So với ERCP, chụp CHT phát hiện sỏi OMC có 1 viên là Se=95%; Sp=72,4%; PPV=82,6%; NPV=91,3%; Acc=85,5%; Kappa=0,68.

Bảng 3.2. So sánh chẩn đoán vị trí sỏi trên CHT và ERCP

CHT			ERCP		Se	Sp	PPV	NPV	Acc	Chỉ số Kappa
			Có	Không						
Vị trí sỏi trong OMC	Đoạn trên tụy	Có	15	1	78,9	98,0	93,7	92,4	92,7	0,81
		Không	4	49						
	Đoạn sau tụy	Có	46	7	92,0	63,1	86,8	75,0	84,0	0,6
		Không	4	12						

Nhận xét: So với ERCP, chụp CHT phát hiện sỏi đoạn sau tụy với Se=92,0%; Sp=63,1%; PPV=86,8%; NPV=75,0%; Acc=84,0%; Kappa=0,6.

Bảng 3.3. So sánh kích thước sỏi trên CHT và ERCP

CHT			ERCP		Se	Sp	PPV	NPV	Acc	Chỉ số Kappa
			Có	Không						
Kích thước sỏi (mm)	< 10	Có	45	3	95,7	86,4	93,7	90,5	92,7	0,84
		Không	2	19						
	10 - < 20	Có	16	3	76,2	93,7	84,2	90	88,4	0,72
		Không	5	45						
	≥ 20	Có	1	1	100	98,5	50	100	98,5	0,59
		Không	0	67						

Nhận xét: So với ERCP, chụp CHT phát hiện đường kính sỏi < 10mm với Se=95,7%; Sp=86,4%; PPV=93,7%; NPV=90,5%; Acc=92,7%; Kappa=0,84.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $59,13 \pm 16,08$ năm; hay gặp nhất trong độ tuổi từ 40 tuổi trở lên chiếm 84,05%; bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 25 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 94 tuổi. Về giới, có 50,72% là nam và 49,28% là nữ, tỉ lệ nam/nữ trung bình là 1,03. Tỷ lệ phân bố theo giới tính này có khác biệt so với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Công Long [5], tỷ lệ nam/nữ là 0,53, của Huỳnh Đỗ Huyền Trân và Cs [1], tỷ lệ nữ /nam là 2,89, nhưng tương đồng với nghiên cứu của Hu và cộng sự năm 2020 (nam: 58,3%, nữ: 41,7%) [6]. Sự khác biệt lớn về tỉ lệ giới tính nam/nữ trong các nghiên cứu có thể

do sự khác biệt về khu vực địa lí, chủng tộc, đặc điểm chọn đối tượng nghiên cứu của các tác giả có sự khác nhau.

Về số lượng sỏi ống mật chủ: Chụp CHT chẩn đoán số lượng sỏi có độ chính xác từ 85,5% đến 95,6%, đồng thuận trung bình với ERCP (hệ số $\kappa > 0,54$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Hồng Liên (2022), với độ chính xác của CHT trong chẩn đoán xác định lần lượt là 96,4% [4]. Kết quả này cũng thấp hơn nghiên cứu của Toppi (2014) với độ chính xác trong chẩn đoán xác định là 96%, 98% và 100% ở các bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao, trung bình và thấp [7]. Lý do có thể là do

số lượng mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn tương đối nhỏ, khiến cho kết quả chưa có sự tương đồng. Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ số lượng một viên sỏi là chủ yếu (chiếm 55%), tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tân và Cs (2022), kết quả này là 60%, được chẩn đoán và can thiệp bằng ERCP trên 51 bệnh nhân [8]. Mặt khác, chúng ta biết rằng trong nhiều trường hợp sỏi ống mật chủ là sỏi bùn, có lẫn khí, mủ do viêm nhiễm, không có hình dạng cố định và thường nằm cùng vị trí, trộn lẫn với nhau trong ống mật chủ gây tắc nghẽn, khiến quá trình phân biệt chính xác số lượng từng viên sỏi trên CHT là khó khăn. Ngược lại, ERCP trực tiếp cận sỏi và đưa ra khỏi cơ thể nên có thể xác định được số lượng một cách chính xác và dễ dàng hơn.

Về vị trí sỏi ống mật chủ: Chụp CHT chẩn đoán vị trí sỏi ở trên hay sau đầu tụy có độ chính xác từ 86,0% đến 92,7%, đồng thuận cao với ERCP (hệ số $\kappa > 0,6$). Đa số sỏi ở đoạn sau đầu tụy (chiếm 66,7%), tức là sỏi khi rơi vào ống mật chủ có xu hướng nằm ở đoạn thấp của ống mật chủ hơn là đoạn cao, điều này giúp thuận lợi hơn cho việc can thiệp lấy sỏi ống mật chủ qua ERCP. Nghiên cứu của Nguyễn Công Long và Cs cho thấy tỷ lệ tương đồng trong việc xác định vị trí của sỏi đường mật trên chụp CHT và ERCP là rất cao ($=0,866$) [5]. Siêu âm và cắt lớp vi tính chẩn đoán vị trí sỏi trong gan còn chưa chính xác vì ảnh hưởng của nhiễu ảnh do khí, do nhịp thở và đặc biệt là do không dựng hình được cây đường mật [5]. Ngược lại, cộng hưởng từ có khả năng dựng hình toàn bộ cây đường mật nên có thể chẩn đoán chính xác vị trí của sỏi trong gan hay các vị trí trong ống mật chủ, với độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác đều trên 95% [5]. Việc xác định vị trí sỏi chính xác rất có giá trị trong lựa chọn phương pháp điều trị, do ERCP được chỉ định trong các trường hợp sỏi ở đoạn thấp (đoạn sau tụy) sẽ có hiệu quả cao nhất. Trong nghiên cứu này, phần lớn các trường hợp sỏi đoạn sau tụy đều được CHT chẩn đoán chính xác, chỉ có 2 trường hợp âm tính giả và 4 trường hợp dương tính giả. Kết quả này cho thấy CHT mang lại chẩn đoán chính xác giúp lựa chọn đúng phương pháp trong điều trị sỏi OMC.

Về kích thước của sỏi: Theo nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính và độ chính xác của CHT trong xác định kích thước sỏi là khá cao trong cả 3 nhóm trường hợp nghiên cứu, lần lượt là < 10 mm (95,7; 86,4; 93,7; 90,5; 92,7) $\kappa=0,84$; $10 - < 20$ mm (76,2; 93,7; 84,2; 90; 88,4) $\kappa=0,72$; ≥ 20 mm (100%; 98,5;

50; 100; 98,5) $\kappa=0,59$. Do ERCP được chỉ định trong các trường hợp sỏi nhỏ, có đường kính < 10 mm nên việc xác định được kích thước sỏi bằng CHT trước khi tiến hành thủ thuật lấy sỏi là rất quan trọng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các trường hợp chẩn đoán sỏi có kích thước < 10 mm của CHT đều chính xác, chỉ có 3 trường hợp dương tính giả và 2 trường hợp âm tính giả. Ở các kích thước lớn hơn, số trường hợp chính xác của CHT cũng khá cao và chỉ có 1 - 3 trường hợp dương tính giả, 0 - 5 trường hợp âm tính giả. Điều này cho thấy CHT xác định tương đối chính xác kích thước sỏi và là công cụ hữu hiệu để phục vụ lâm sàng. Độ nhạy của CHT đường mật trong chẩn đoán sỏi nhỏ (< 5 mm) là 33%-60% [9], còn đối với sỏi có đường kính trên 5mm thì độ nhạy này lên tới 100% [40]. Bên cạnh đó, kỹ thuật chụp CHT đường mật ngày càng được cải tiến, với các thế hệ máy hiện đại hơn, áp dụng các chuỗi xung mới càng nâng khả năng phát hiện chính xác sỏi đường mật. Kết quả nghiên cứu của Fulcher [10] cho thấy độ nhạy của chụp CHT đường mật trong chẩn đoán sỏi < 5 mm lên đến 93,3%.

Tóm lại, CHT có độ chính xác tương đối cao về các đặc điểm của sỏi OMC như số lượng, vị trí và kích thước sỏi, thể hiện vai trò rất quan trọng trong định hướng phương pháp điều trị sỏi OMC, đặc biệt là khi áp dụng phương pháp lấy sỏi bằng nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP).

V. KẾT LUẬN

Chụp CHT chẩn đoán số lượng sỏi có độ chính xác từ 65,6% đến 92,7%, đồng thuận cao với ERCP (hệ số $\kappa > 0,6$). Chụp CHT chẩn đoán vị trí sỏi ở trên hay sau đầu tụy có độ chính xác từ 86,0% đến 92,7%, đồng thuận cao với ERCP (hệ số $\kappa > 0,6$). Chụp CHT chẩn đoán kích thước sỏi có độ chính xác từ 88,4% đến 98,5%, đồng thuận cao với ERCP (hệ số $\kappa > 0,59$). Như vậy, chụp CHT có độ chính xác cao trong chẩn đoán bệnh lý sỏi OMC thể hiện vai trò rất quan trọng trong định hướng phương pháp điều trị lấy sỏi ở bệnh nhân có sỏi OMC, đặc biệt là các bệnh nhân sử dụng phương pháp ERCP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Đỗ Huyền Trân, Nguyễn Văn Út, Trần Hoàng Hiếu và Cs. (2024). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả nội soi mật tụy ngược dòng điều trị sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Tạp Chí Y học Việt Nam, 541(2): 207-211
2. Nguyễn Đình Hồi (2000). Bệnh sỏi đường mật Việt Nam những vấn đề đang đặt ra. Ngoại khoa, 40(2): 1-14.
3. Amar N, Labib AO, Badri F (2019).

- Hepatolithiasis: a case report and literature review. Hamdan Medical Journal 12(2): 86-89.
4. **Phạm Hồng Liên, Phạm Minh Thông (2022).** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ. Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam, 6: 86-92.
 5. **Nguyễn Công Long, Lục Lê Long (2022).** Đánh giá kết quả phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng ở bệnh nhân sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam, 513(1): 62-65.
 6. **Hu Y, Kou DQ, Guo SB (2020).** The influence of perampullary diverticula on ERCP for treatment of common bile duct stones. Sci Rep, 10(1): 11477.
 7. **Toppi Jason T, Johnson Mary Ann, Page Patrick, et al. (2014).** Magnetic resonance cholangiopancreatography: utilization and usefulness in suspected choledocholithiasis. ANZ J Surg;86(12): 1028-1032.
 8. **Nguyễn Anh Tân, Dương Hồng Thái (2022).** Kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. Tạp chí Y học Việt Nam, 511(2): 53-56.
 9. **Boraschi P., Neri E., Braccini G., et al. (1999).** Choledocholithiasis: Diagnostic accuracy of MR. Cholangiopancreatography. Three-year experience. Magn Reson Imaging Clin N Am, 9(17): 1245-1253.
 10. **Fulcher AS, Turner MA(2002).** MR cholangiopancreatography. Radiol Clin North Am, 40(6): 1363-1367.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MỘT THÌ KHUYẾT HỒNG SAU CẮT BỎ BƯỚU LÀNH TÍNH TUYẾN MANG TAI SỬ DỤNG TRUNG BÌ MỠ TỰ THÂN

Nguyễn Thanh Sĩ¹, Đỗ Thành Trí¹, Nguyễn Anh Khôi², Phạm Hiếu Liêm¹

TÓM TẮT

Bài báo nhằm đánh giá kết quả điều trị một thì khuyết hồng sau cắt bỏ bướu lành tính tuyến mang tai sử dụng mảnh ghép trung bì mỡ tự thân, nghiên cứu trên 15 bệnh nhân đã được phẫu thuật tại Khoa Ngoại đầu cổ, Hàm mặt - Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM từ tháng 10/2023 đến tháng 10/2024 với thời gian theo dõi là 6 tháng. Trung bình thể tích bướu cắt bỏ trong nghiên cứu là $19,1 \pm 3,7 \text{ cm}^3$, mảnh ghép mỡ là $27,0 \pm 4,5 \text{ cm}^3$ và lấy dư khoảng $41,6 \pm 9,8 \%$. Theo dõi bằng chụp MRI và siêu âm đều cho thấy tỷ lệ tiêu mỡ mảnh ghép tăng theo thời gian, sau 6 tháng tỷ lệ này là 45,6% trên siêu âm và 50,6% trên MRI. Thể tích mỡ ghép và mức độ tiêu mỡ có tỷ lệ thuận với nhau có ý nghĩa thống kê, với tỷ số tương quan sau 6 tháng trên siêu âm là $r=0,692$ ($p=0,004$) và trên MRI là $r=0,835$ ($p<0,001$). Không gặp trường hợp nào bị hội chứng Frey, chỉ có 2 trường hợp bị biến chứng tụ dịch. Mức độ hài lòng sau phẫu thuật cao, sau 6 tháng thì tỷ lệ rất hài lòng của bác sĩ là 93,5% và bệnh nhân là 86,7%. Tạo hình một thì khuyết hồng sau cắt bỏ bướu lành tính tuyến nước bọt mang tai bằng mảnh ghép trung bì mỡ tự thân giúp đảm bảo thẩm mỹ khuôn mặt, ngăn ngừa hội chứng Frey. Phương pháp phẫu thuật này đơn giản, an toàn, phù hợp với kích thước của khuyết hồng và ít biến chứng, ít ảnh hưởng nơi cho. **Từ khóa:** Bướu lành tính tuyến mang tai, trung bì mỡ tự thân, hội chứng Frey.

SUMMARY

THE RESULTS OF PRIMARY REPAIR AND RECONSTRUCTION OF DEFECTS AFTER RESECTION OF BENIGN PAROTID TUMORS

*Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hiếu Liêm

Email: drliempham@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

USING AUTOLOGOUS DERMAL FAT GRAFTS

The article's aims to evaluate the results of primary repair and reconstruction of defects after resection of benign parotid tumors using autologous dermal fat grafts. Our study was performed in 15 patients who underwent surgery at the Department of Head and Neck Surgery, Maxillofacial Surgery - Ho Chi Minh City Oncology Hospital from October 2023 to October 2024 with a follow-up period of 6 months. The average volume of the resected tumor in the study was $19.1 \pm 3.7 \text{ cm}^3$, the dermal fat graft was $27.0 \pm 4.5 \text{ cm}^3$ and the excess was about $41.6 \pm 9.8\%$. Follow-up by MRI and ultrasound both showed that the rate of graft fat resorption increased over time, after 6 months this rate was 45.6% on ultrasound and 50.6% on MRI. The volume of graft dermal fat and the degree of fat loss were statistically significantly proportional, with the correlation ratio after 6 months on ultrasound being $r=0.692$ ($p=0.004$) and on MRI being $r=0.835$ ($p<0.001$). There were no cases of Frey syndrome, only 2 cases of seroma complications. The satisfaction level after surgery was high, after 6 months the rate of very satisfied doctors was 93.5% and patients was 86.7%. Primary repair and reconstruction of the defect after resection of benign parotid gland tumors with autologous dermal fat grafts helps ensure facial aesthetics and prevent Frey syndrome. This surgical method is simple, safe, suitable for the size of the defect, has few complications, and has little impact on the donor site. **Key words:** Benign parotid tumors, dermal fat grafts, Frey syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê, tỷ lệ mắc bướu tuyến nước bọt trên toàn thể giới khoảng 0,4-6,5/100.000 dân¹. bướu tuyến nước bọt mang tai chiếm khoảng 3-6% bướu của đầu mặt cổ, chiếm đến 64-80% bướu tuyến nước bọt nói chung, đây là một bướu phức tạp và đa dạng nhất. Trong