

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XÉT NGHIỆM VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN TÍP ỐNG NHỎ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Clinical, Laboratory, and Magnetic Resonance Imaging Features of Small Duct Type Intrahepatic Cholangiocarcinoma: A Single-Center Study at Bach Mai Hospital

*Trần Thị Cúc**, *Lê Văn Kháng***, *Đoàn Thị Kiều Oánh***,
*Phạm Văn Tuyển****, *Nguyễn Văn Tú***, *Vũ Đăng Lưu**

SUMMARY

Objective: To describe the clinical, laboratory, and magnetic resonance imaging (MRI) characteristics of small-duct type intrahepatic cholangiocarcinoma.

Methods: A retrospective cross-sectional descriptive study including 30 patients diagnosed with small-duct type intrahepatic cholangiocarcinoma at Bach Mai Hospital from January 2021 to November 2025.

Results: The mean age was 57.7 ± 10.7 years, with the highest proportion of patients aged 50–70 years (66.7%). Males accounted for 56.7% of the cohort. Most patients were asymptomatic (43.3%), while abdominal pain and jaundice were observed in 33.3% and 16.7% of cases, respectively. Elevated serum CA 19-9 levels were found in 30.0% of patients, and 33.3% were positive for hepatitis B surface antigen (HBsAg).

On MRI, the mass-forming type was the predominant growth pattern (96.7%), with a mean tumor size of 57.1 ± 26.9 mm. Tumors measuring ≥ 5 cm accounted for 51.7% of cases, 73.3% had well-defined margins, and 60.0% demonstrated capsular retraction. Most lesions showed hypointensity on T1-weighted images (93.3%), hyperintensity on T2-weighted images (96.7%), and restricted diffusion (100%). The target sign was observed in 36.7% of cases on T2-weighted imaging and 53.3% on diffusion-weighted imaging (DWI). Characteristic enhancement patterns included peripheral rim enhancement during the arterial phase (83.3%), progressive enhancement during the portal venous phase (93.3%), and progressive central enhancement on delayed images (76.7%). Persistent enhancement and washout were observed in 20.0% and 3.3% of cases, respectively. Vascular invasion and lymph node metastasis were identified in 23.3% and 30.0% of patients, respectively, while most patients showed no biliary dilatation (83.3%).

Conclusion: Small duct type intrahepatic cholangiocarcinoma is characterized by nonspecific clinical manifestations and laboratory findings. MRI demonstrates characteristic imaging features that are valuable for suggesting the diagnosis.

Keywords: small duct type intrahepatic cholangiocarcinoma; magnetic resonance imaging; enhancement pattern; target sign.

* Trường Đại học Y Hà Nội

** Viện Điện quang Chẩn đoán và Can thiệp Bệnh viện Bạch Mai

*** Trung tâm Giải phẫu bệnh Bệnh viện Bạch Mai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật trong gan (intrahepatic cholangiocarcinoma - iCCA) là một trong những khối u ác tính nguyên phát của gan, đứng thứ hai sau ung thư biểu mô tế bào gan, chiếm ~ 10–15% u gan nguyên phát [1], [2]. Bệnh có xu hướng tăng trong những năm gần đây và thường phát hiện ở giai đoạn muộn, dẫn đến tiên lượng xấu và hạn chế trong điều trị triệt căn [2], [3].

Theo phân loại mới nhất của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2019, iCCA gồm hai típ chính: ống nhỏ và ống lớn, dựa trên nguồn gốc tế bào và mô bệnh học [4]. Típ ống nhỏ xuất phát từ các ống mật nhỏ của gan ($<300\text{ }\mu\text{m}$) và chiếm phần lớn. Nhiều nghiên cứu cho thấy típ ống nhỏ thường gặp trên nền bệnh gan mạn tính và có tiên lượng tốt hơn, típ ống lớn thường liên quan đến bệnh lý đường mật mạn tính và tiên lượng xấu hơn [3], [4]. Do đó, việc phân biệt hai típ không chỉ có ý nghĩa về mặt mô bệnh học mà còn liên quan đến cơ chế bệnh sinh, đặc điểm phân tử, tiên lượng và khả năng lựa chọn điều trị đích. Đáng chú ý, típ ống nhỏ thường liên quan đến bệnh gan mạn tính, đặc biệt nhiễm HBV, HCV. Việt Nam thuộc khu vực Tây Thái Bình Dương có tỷ lệ mắc bệnh viêm gan virus mạn tính thuộc nhóm cao trên thế giới, đặc biệt là nhiễm HBV [5].

Về mặt lâm sàng, iCCA biểu hiện không đặc hiệu, nên chẩn đoán sớm còn gặp nhiều khó khăn. Mặc dù giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng để xác định chẩn đoán, nhưng sinh thiết có thể không phản ánh đầy đủ tính không đồng nhất của u hoặc không thực hiện được trong một số trường hợp [4].

Vì vậy, trong các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, cộng hưởng từ (MRI) giữ vai trò quan trọng trong đánh giá tổn thương và định hướng chẩn đoán. Nhiều nghiên cứu cho thấy iCCA típ ống nhỏ thường biểu hiện dạng khối, ngấm viền và tăng dần vào trung tâm do thành phần xơ hóa [6], [7]. Ngoài ra, MRI còn có giá trị trong đánh giá cách thức điều trị và tiên lượng [8], [9]. Tuy nhiên, các nghiên cứu tập trung vào típ ống nhỏ còn hạn chế và kết quả chưa hoàn toàn thống nhất. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh cộng hưởng từ

của ung thư đường mật trong gan típ ống nhỏ tại Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư đường mật trong gan típ ống nhỏ bằng kết quả mô bệnh sau phẫu thuật hoặc sinh thiết, đã được chụp cộng hưởng từ gan mật có tiêm thuốc đối quang từ tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2021 đến tháng 11/2025, trước khi được điều trị.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

2.2. Các biến số nghiên cứu

2.2.1. Biến số chung

- Tuổi, giới, kết quả giải phẫu bệnh

2.2.2. Đặc điểm lâm sàng

- Triệu chứng: không triệu chứng, đau bụng, vàng da, triệu chứng khác

2.2.3. Đặc điểm xét nghiệm

- Dấu ấn ung thư: AFP, CA 19-9; xét nghiệm sinh hóa: Bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp. Xét nghiệm miễn dịch: HBsAg, HCV Ab

2.2.4. Quy trình chụp cộng hưởng từ gan mật

- Bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ gan mật trên máy cộng hưởng từ 1.5 Tesla hoặc 3 Tesla.
- Quy trình chụp gồm các chuỗi xung cơ bản: T1W in/out-of-phase, T2W, T2W xóa mỡ, DWI với các giá trị b khác nhau và bản đồ ADC. Sau tiêm thuốc đối quang từ đường tĩnh mạch, tiến hành thu nhận hình ảnh ở các thì động mạch, thì tĩnh mạch cửa và thì muộn. Thuốc đối quang từ được sử dụng theo liều khuyến cáo.
- Nếu có chụp MRCP, hình ảnh MRCP được sử dụng để đánh giá tình trạng giãn đường mật, cắt cụt đường mật hoặc mối liên quan giữa tổn thương và hệ thống đường mật trong gan.

2.2.5. Đánh giá hình ảnh

– Tất cả phim MRI được phân tích độc lập bởi hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có ít nhất 3 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực gan mật và không được cung cấp kết quả giải phẫu bệnh. Mọi trường hợp có sự khác biệt trong đánh giá sẽ được thảo luận để thống nhất.

2.2.6. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ

– Hình thái tổn thương:

- Thể khối: khối u phá vỡ thành đường mật, xâm lấn nhu mô gan hoặc cấu trúc lân cận.
- Thể thâm nhiễm: thành đường mật dày ≥ 3 mm, hẹp lòng ống mật đột ngột, bờ không đều, ngấm thuốc mạnh sau tiêm.
- Thể phát triển nội ống: khối dạng polyp/nhú trong lòng ống mật, giới hạn rõ, chưa xâm lấn ra ngoài thành, thường gây giãn đường mật phía trên.

– Kích thước u:

- + Thể khối và thể nội ống: đo đường kính lớn nhất của tổn thương.
- + Thể thâm nhiễm: đo độ dày và chiều dài đoạn hẹp.

– **Đường bờ:** Được đánh giá dựa trên ranh giới giữa tổn thương và nhu mô gan lành.

– **Co kéo bao gan:** Là hiện tượng lõm bề mặt gan tại vị trí khối u do xơ hóa và co rút mô trong tổn thương.

– **Xơ gan:** Xác định khi có ít nhất hai dấu hiệu: bờ gan không đều, biến dạng thể tích gan (teo/phi đại các thùy gan), hoặc dấu hiệu tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

– Đặc điểm tín hiệu:

- Trên xung T1W, T2W: giảm, đồng hoặc tăng tín hiệu so với nhu mô gan.
- Trên xung khuếch tán (DWI/ADC): Đánh giá tính chất hạn chế khuếch tán tổn thương.

- Dấu hiệu target sign: Xác định khi tổn thương có cấu trúc vòng đồng tâm với ít nhất hai vùng tín hiệu khác nhau giữa trung tâm và ngoại vi trên T2W hoặc DWI.

– Đặc điểm ngấm thuốc:

- Ngấm viền thì động mạch: tăng tín hiệu dạng viền ở ngoại vi, trung tâm giảm hoặc không ngấm thuốc.
- Ngấm tăng dần vào trung tâm: mức độ ngấm thuốc tăng dần từ ngoại vi vào trung tâm theo thời gian, rõ hơn ở thì muộn so với các thì sớm.

– **Xâm lấn mạch:** khi có ít nhất một trong các dấu hiệu: huyết khối ngấm thuốc trong lòng mạch, mất liên tục thành mạch, hẹp/tắc mạch, hoặc khối u bao quanh mạch $> 180^\circ$.

– **Di căn hạch:** hạch có trục ngắn ≥ 10 mm và/hoặc có dấu hiệu nghi ngờ ác tính như hoại tử trung tâm, ngấm thuốc không đồng nhất hoặc hạn chế khuếch tán.

2.3. Xử lý số liệu

– Số liệu được thu thập, mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn
- Biến định tính được biểu diễn dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%)

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, được thực hiện trên cơ sở đảm bảo tính trung thực, khách quan và bảo mật thông tin người bệnh. Nghiên cứu không ảnh hưởng đến quá trình chẩn đoán và điều trị của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân với tuổi trung bình là $57,7 \pm 10,7$ tuổi, trong đó nhóm tuổi 50-70 chiếm tỷ lệ cao nhất (66,7%), tiếp theo là nhóm dưới 50 tuổi (23,3%) và ≥ 70 tuổi chiếm 10,0%. Nam giới chiếm ưu thế nhẹ với tỷ lệ 56,7%, nữ giới chiếm 43,3%.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của ung thư đường mật trong gan tít ống nhỏ

		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<50	7	23,3
	50-70	20	66,7
	≥70	3	10,0
Giới	Nam	17	56,7
	Nữ	13	43,3
Triệu chứng lâm sàng	Đau bụng	10	33,3
	Vàng da	5	16,7
	Không triệu chứng	13	43,3
	Khác	4	13,3

Về biểu hiện lâm sàng, bệnh nhân không triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất (43,3%). Trong số các triệu chứng, đau bụng gặp ở 33,3% trường hợp, vàng da chiếm 16,7% và các triệu chứng khác chiếm 13,3%.

Bảng 2. Đặc điểm xét nghiệm của ung thư đường mật trong gan tít ống nhỏ

Xét nghiệm	Giá trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
CA 19-9	≥ 37 U/mL	9	30,0
	<37 U/mL	21	70,0
AFP	≥ 20 ng/mL	3	10,0
	< 20 ng/mL	27	90,0
HBsAg	Dương tính	10	33,3
	Âm tính	20	66,7
HCV Ab	Dương tính	1	3,3
	Âm tính	29	96,7
Bilirubin toàn phần	≥ 21 µmol/L	4	13,3
	< 21 µmol/L	26	86,7
Bilirubin trực tiếp	≥ 5,1 µmol/L	6	20,0
	< 5,1 µmol/L	24	80,0

Nồng độ CA 19-9 ≥ 37 U/mL gặp ở 30,0% các trường hợp, trong khi phần lớn (70,0%) có nồng độ dưới ngưỡng. AFP tăng (≥ 20 ng/mL) chỉ gặp ở 10,0% trường hợp. HBsAg dương tính 33,3%, trong khi HCV Ab dương tính chỉ ghi nhận ở 3,3% bệnh nhân.

Đa số bệnh nhân có bilirubin toàn phần (86,7%) và bilirubin trực tiếp (80,0%) trong giới hạn bình thường. Tăng bilirubin toàn phần (≥ 21 µmol/L) gặp ở 13,3% trường hợp, trong khi tăng bilirubin trực tiếp (≥ 5,1 µmol/L) gặp ở 20,0% trường hợp.

Bảng 3. Các đặc điểm về hình thái u và các tổn thương đi kèm

Đặc điểm	Hình thái	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thể u	Thể khối	29	96,7
	Thâm nhiễm	1	3,3
	Nội ống	0	0
Kích thước u thể khối (n = 29)	Kích thước trung bình ± SD (mm): 57,1 ± 26,9 (Min-Max: 21-115)		
	< 3 cm	6	20,7*
	3-5 cm	8	27,6*
	≥ 5 cm	15	51,7*
Kích thước u thể thâm nhiễm (n = 1)	Chiều dài 20 mm; chiều dày lớn nhất 7 mm		
Bờ u	Rõ	22	73,3
	Không rõ	8	26,7
Co kéo bao gan	Có	18	60,0
	Không	12	40,0
Xơ gan	Có	5	16,7
	Không	25	83,3
Giãn đường mật trong gan	Không giãn	25	83,3
	Giãn khu trú	4	13,3
	Giãn lan tỏa	1	3,3
Sỏi đường mật trong gan	Có	1	3,3
	Không	29	96,7
Nguyên nhân	Không giãn	25	83,3
	Nghi do sỏi	1	3,3
	Nghi do u	4	13,3
	Không rõ/hỗn hợp	0	0

(*) Tỷ lệ (%) của các nhóm kích thước được tính trên 29 trường hợp thể khối.

Thể khối chiếm ưu thế tuyệt đối với 29 trường hợp (96,7%), chỉ ghi nhận 1 trường hợp thể thâm nhiễm (3,3%) và không ghi nhận trường hợp thể nội ống.

Đối với 29 trường hợp thể khối, kích thước u trung bình là 57,1 ± 26,9 mm (dao động 21–115 mm); trong đó nhóm u có kích thước ≥5 cm chiếm tỷ lệ cao nhất (51,7%). Bệnh nhân thuộc thể thâm nhiễm có chiều dài tổn thương 20 mm và chiều dày lớn nhất 7 mm.

Đa số các tổn thương có bờ rõ (73,3%). Ngoài ra, co kéo bao gan khá thường gặp (60,0%). Xơ gan ít gặp (16,7%).

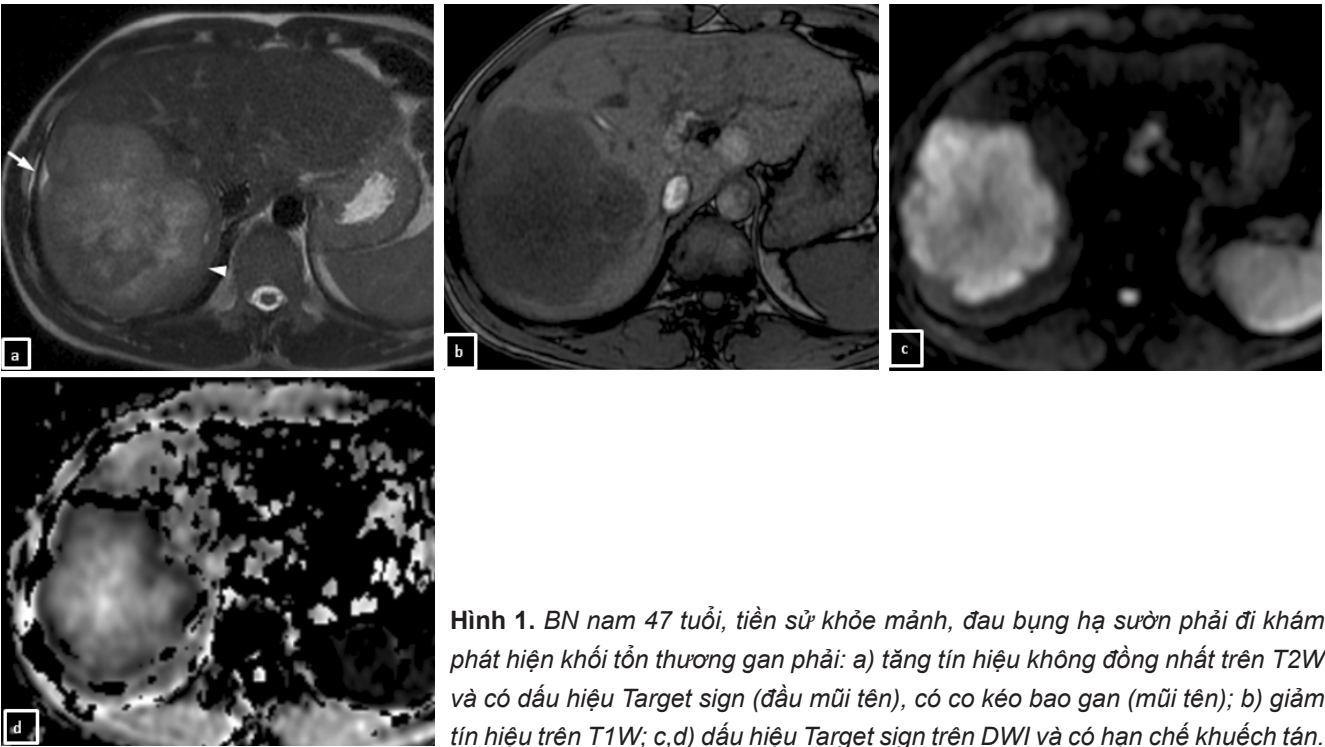
Không ghi nhận giãn đường mật trong gan ở đa số bệnh nhân (83,3%); giãn khu trú và lan tỏa lần lượt chiếm 13,3% và 3,3%. Ít gặp sỏi đường mật trong gan (3,3%). Nguyên nhân giãn đường mật chủ yếu được nghi ngờ do khối u (13,3% tổng số bệnh nhân), trong khi nghi do sỏi chỉ gặp ở 3,3%.

Bảng 4. Đặc điểm tín hiệu trên cộng hưởng từ của UTĐMTG tip ống nhỏ

Các chuỗi xung	Tín hiệu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trên xung T1W	Giảm	28	93,3
	Đồng	2	6,7
	Tăng	0	0
Trên xung T2W	Giảm	0	0
	Đồng	1	3,3
	Tăng	29	96,7
Hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC	Có	30	100
	Không	0	0
Dấu hiệu “Target sign” trên T2W	Có	11	36,7
	Không	19	63,3
Dấu hiệu “Target sign” trên DWI	Có	16	53,3
	Không	14	46,7

Tổn thương phần lớn giảm tín hiệu trên T1W (93,3%) và tăng tín hiệu trên T2W (96,7%). Trên DWI/ADC, tất cả các trường hợp đều có hạn chế khuếch tán (100%).

Dấu hiệu “target sign” ghi nhận trên T2W ở 36,7% bệnh nhân và trên DWI ở 53,3%.



Hình 1. BN nam 47 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, đau bụng hạ sườn phải đi khám phát hiện khối tổn thương gan phải: a) tăng tín hiệu không đồng nhất trên T2W và có dấu hiệu Target sign (đầu mũi tên), có co kéo bao gan (mũi tên); b) giảm tín hiệu trên T1W; c,d) dấu hiệu Target sign trên DWI và có hạn chế khuếch tán.

Bảng 5. Đặc điểm ngấm thuốc trên cộng hưởng từ của UTĐMTG tít ống nhỏ

Các thì	Kiểu ngấm thuốc	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thì động mạch	Ngấm viền ngoại vi	25	83,3
	Không ngấm viền	5	16,7
	Không ngấm	0	0
Thì tĩnh mạch	Ngấm tăng dần	28	93,3
	Ngấm duy trì	2	6,7
	Thải thuốc	0	0
Thì muộn	Ngấm tăng dần vào trung tâm	23	76,7
	Ngấm duy trì	6	20,0
	Thải thuốc	1	3,3

Trong thì động mạch, kiểu ngấm viền chiếm ưu thế (83,3%). Thì tĩnh mạch, đa số tổn thương ngấm thuốc tăng dần (93,3%). Ở thì muộn, hình ảnh ngấm thuốc tăng dần vào trung tâm gặp ở 76,7% trường hợp, ngấm duy trì chiếm 20,0% và hiện tượng thải thuốc rất hiếm (3,3%).



Hình 2. BN nam 47 tuổi, đau bụng hạ sườn phải. Chụp cộng hưởng từ phát hiện khối tổn thương gan phải: a) thì động mạch ngấm thuốc viền; b) ngấm thuốc tăng dần thì tĩnh mạch; c) ngấm thuốc tăng dần vào trung tâm thì muộn.

Bảng 6. Đặc điểm xâm lấn mạch máu và di căn hạch

		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Xâm lấn mạch máu	Có	7	23,3
	Không	23	76,7
Di căn hạch	Có	9	30,0
	Không	21	70,0

Xâm lấn mạch máu được ghi nhận ở 23,3% bệnh nhân, trong khi 76,7% trường hợp không có dấu hiệu xâm lấn. Di căn hạch gặp ở 30,0% bệnh nhân và không ghi nhận ở 70,0% trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 30 bệnh nhân, tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 57,7 ± 10,7 tuổi, trong đó nhóm tuổi 50–70 chiếm tỷ lệ cao nhất

(66,7%), phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy ung thư đường mật trong gan (iCCA) thường gặp ở người trung niên và cao tuổi. Bridgewater và cộng sự ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân khoảng 60 tuổi¹, trong khi Razumilava và Gores cũng nhận thấy bệnh chủ yếu xuất hiện ở thập niên thứ sáu và thứ bảy của cuộc đời². Nam giới chiếm ưu thế nhẹ (56,7%), tương đồng với xu hướng chung đã được báo cáo, mặc dù sự khác biệt giới không rõ rệt. Điều này có thể liên quan đến tỷ lệ mắc các yếu tố nguy cơ như viêm gan virus, xơ gan hoặc phơi nhiễm với các tác nhân độc hại ở nam giới [2], [3].

Đáng chú ý, 43,3% bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng khi phát hiện bệnh, phản ánh diễn tiến âm thầm của iCCA tít ống nhỏ. Trong số các trường hợp có triệu chứng, đau bụng là biểu hiện thường gặp nhất (33,3%), trong khi vàng da chỉ gặp ở 16,7% bệnh nhân. Kết quả này phù hợp với đặc điểm sinh học của tít ống nhỏ khi khối u thường phát triển ở ngoại vi nhu mô gan và ít gây tắc mật hơn so với tít ống lớn [4].

Về xét nghiệm, nồng độ CA 19-9 tăng ở 30,0% bệnh nhân, thấp hơn so với tỷ lệ 50–70% được ghi nhận trong một số nghiên cứu trước^{3,4}. Sự khác biệt này có thể liên quan đến cỡ mẫu còn hạn chế cũng như đặc điểm sinh học của iCCA tít ống nhỏ với khả năng tiết CA 19-9 thấp hơn tít ống lớn. Ngược lại, nồng độ AFP chỉ tăng ở 10,0% trường hợp, phù hợp với vai trò hạn chế của dấu ấn này trong chẩn đoán iCCA nhưng vẫn có giá trị trong chẩn đoán phân biệt với ung thư biểu mô tế bào gan [10]. Tỷ lệ HBsAg dương tính đạt 33,3%, gợi ý mối liên quan giữa HBV và iCCA tít ống nhỏ; nhiều nghiên cứu tại châu Á đã xác nhận HBV là yếu tố nguy cơ độc lập [6], [11]. Trong khi đó, tỷ lệ nhiễm HCV thấp (3,3%), phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của Việt Nam. Chỉ một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có tăng bilirubin toàn phần (13,3%) hoặc bilirubin trực tiếp (20,0%), cho thấy đa số trường hợp không có tình trạng tắc mật đáng kể. Kết quả này phù hợp với đặc điểm phát triển của iCCA tít ống nhỏ trong nhu mô gan và ít xâm lấn các đường mật lớn [1].

Về đặc điểm hình ảnh, thể khối chiếm ưu thế tuyệt đối (96,7%), phù hợp với phân loại của WHO năm 2019, trong đó iCCA tít ống nhỏ chủ yếu biểu hiện dưới dạng

khối trong nhu mô gan⁴. Điều này khác biệt với tít ống lớn, vốn thường có kiểu phát triển thâm nhiễm quanh đường mật hoặc trong lòng ống mật. Trong 29 trường hợp dạng khối, kích thước u trung bình là $57,1 \pm 26,9$ mm và hơn một nửa số trường hợp có kích thước từ 5 cm trở lên. Điều này phản ánh thực tế bệnh thường được phát hiện ở giai đoạn muộn do triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, làm giảm cơ hội điều trị triệt căn [12]. Dấu hiệu co kéo bao gan gặp ở 60,0% bệnh nhân, cao hơn nhẹ so với tỷ lệ 30–50% được Olthof và cộng sự báo cáo⁷. Sự khác biệt này có thể liên quan đến việc nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm iCCA tít ống nhỏ với tỷ lệ cao các khối u kích thước lớn, vốn thường đi kèm phản ứng xơ hóa mạnh và gây co kéo bao gan. Đây cũng là dấu hiệu hữu ích trong chẩn đoán phân biệt với ung thư biểu mô tế bào gan.

Đặc điểm tín hiệu MRI trong nghiên cứu tương đối điển hình. Hầu hết các tổn thương giảm tín hiệu trên T1W (93,3%) và tăng tín hiệu trên T2W (96,7%), phù hợp với các mô tả trước đây [13]. Tất cả các trường hợp đều tăng tín hiệu trên DWI và có hạn chế khuếch tán, phản ánh mật độ tế bào cao của khối u ác tính. Dấu hiệu “target sign” xuất hiện với tỷ lệ 53,3% trên DWI và 36,7% trên T2W, trong đó DWI phát hiện dấu hiệu này nhiều hơn T2W. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Xiao và cộng sự, cho rằng DWI phản ánh rõ hơn sự khác biệt giữa vùng ngoại vi giàu tế bào u và vùng trung tâm giàu mô đệm xơ hoặc hoại tử, nhờ đó hình ảnh dạng bia được biểu hiện rõ hơn so với T2W [14]. Ngoài ra, dấu hiệu “target sign”, đặc biệt trên DWI, còn có giá trị hỗ trợ phân biệt với ung thư biểu mô tế bào gan, vốn thường biểu hiện hạn chế khuếch tán tương đối đồng nhất [15], [16].

Kiểu ngấm thuốc của khối u cũng phù hợp với đặc điểm mô bệnh học của iCCA tít ống nhỏ. Ngấm thuốc viền ở thì động mạch gặp ở 83,3% trường hợp và ngấm thuốc tăng dần ở thì tĩnh mạch gặp ở 93,3%, phản ánh cấu trúc ngoại vi giàu tế bào u và vùng trung tâm giàu mô xơ [17], [18]. Ở thì muộn, phần lớn tổn thương tiếp tục ngấm thuốc hướng tâm (76,7%), trong khi hiện tượng thải thuốc chỉ gặp ở 3,3% trường hợp. Những đặc điểm này góp phần phân biệt iCCA với ung thư biểu mô tế bào gan trong thực hành lâm sàng.

Các dấu hiệu xâm lấn và tổn thương phổi hợp cũng phù hợp với diễn tiến tự nhiên của bệnh. Xâm lấn mạch máu được ghi nhận ở 23,3% và di căn hạch ở 30,0% bệnh nhân, phản ánh xu hướng lan tràn tại chỗ và theo đường bạch huyết của iCCA [19]. Sỏi đường mật trong gan chỉ gặp ở 3,3% trường hợp nhưng vẫn được xem là yếu tố nguy cơ quan trọng, đặc biệt ở các quốc gia châu Á [3]. Đa số bệnh nhân không có giãn đường mật (83,3%), phù hợp với đặc điểm phát triển của iCCA tít ống nhỏ trong nhu mô gan và ít gây tắc nghẽn các đường mật lớn; khi có giãn đường mật, nguyên nhân chủ yếu liên quan đến sự chèn ép hoặc xâm lấn của khối u [4].

Nghiên cứu có một số hạn chế cần lưu ý. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu tại một trung tâm với cỡ mẫu còn hạn chế (30 bệnh nhân), do đó tính khái quát của kết quả còn chưa cao. Thứ hai, hình ảnh cộng hưởng từ được thu nhận trên cả hệ thống MRI 1,5 Tesla và 3 Tesla, mặc dù áp dụng quy trình chụp thường quy nhưng sự khác biệt về cường độ từ trường có thể ảnh hưởng đến

một số đặc điểm hình ảnh. Cuối cùng, nghiên cứu chỉ tập trung vào ung thư đường mật trong gan tít ống nhỏ mà chưa có nhóm đối chứng, đặc biệt là tít ống lớn, nên chưa đánh giá được đầy đủ giá trị của các đặc điểm lâm sàng và MRI trong phân biệt các phân nhóm bệnh. Các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn và có nhóm so sánh là cần thiết để khẳng định thêm các kết quả này.

V. KẾT LUẬN

Ung thư đường mật trong gan tít ống nhỏ thường có biểu hiện lâm sàng nghèo nàn, xét nghiệm không đặc hiệu và đa số không có biểu hiện tắc mật. Trên cộng hưởng từ, khối u chủ yếu biểu hiện dưới dạng khối với các đặc điểm hình ảnh điển hình, giúp gợi ý chẩn đoán trước mổ và định hướng phân biệt với các khối u gan nguyên phát khác. Những kết quả này góp phần bổ sung dữ liệu về đặc điểm của iCCA tít ống nhỏ tại Việt Nam và là cơ sở cho các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn nhằm đánh giá giá trị chẩn đoán của cộng hưởng từ trong phân nhóm bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bridgewater J, Galle PR, Khan SA, et al. Guidelines for the diagnosis and management of intrahepatic cholangiocarcinoma. *Journal of Hepatology*. 2014;60(6):1268-1289. doi:10.1016/j.jhep.2014.01.021
2. Razumilava N, Gores GJ. Cholangiocarcinoma. *Lancet*. 2014;383(9935):2168-2179. doi:10.1016/S0140-6736(13)61903-0
3. Banales JM, Marin JJG, Lamarca A, et al. Cholangiocarcinoma 2020: the next horizon in mechanisms and management. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020;17(9):557-588. doi:10.1038/s41575-020-0310-z
4. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, et al. The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology*. 2020;76(2):182-188. doi:10.1111/his.13975
5. Holt B, Fernandez M, Nguyen D, et al. Embedding viral hepatitis into primary healthcare: results of a strategic landscape analysis in Vietnam and the Philippines. *Lancet Reg Health West Pac*. 2023;44:100990. doi:10.1016/j.lanwpc.2023.100990
6. Sun D, XU Z, Cao S, et al. Imaging features based on CT and MRI for predicting prognosis of patients with intrahepatic cholangiocarcinoma: a single-center study and meta-analysis. *Cancer Imaging*. 2023;23:56. doi:10.1186/s40644-023-00576-5
7. Olthof SC, Othman A, Clasen S, Schraml C, Nikolaou K, Bongers M. Imaging of Cholangiocarcinoma. *Visc Med*. 2016;32(6):402-410. doi:10.1159/000453009

8. Halskov S, Krenzien F, Segger L, et al. Intrahepatic Mass-Forming Cholangiocarcinoma: Is There Additional Prognostic Value in Using Gd-EOB Enhanced MRI? *Cancers*. 2024;16(7):1314. doi:10.3390/cancers16071314
9. Kierans AS, Costello J, Qayyum A, et al. Imaging cholangiocarcinoma: CT and MRI techniques. *Abdom Radiol (NY)*. 2025;50(1):94-108. doi:10.1007/s00261-024-04216-9
10. Sangro B, Argemi J, Ronot M, et al. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatocellular carcinoma. *Journal of Hepatology*. 2025;82(2):315-374. doi:10.1016/j.jhep.2024.08.028
11. Chaiteerakij R, Yang JD, Harmsen WS, et al. Risk factors for intrahepatic cholangiocarcinoma: Association between metformin use and reduced cancer risk. *Hepatology*. 2013;57(2):648-655. doi:10.1002/hep.26092
12. Fragkou N, Sideras L, Panas P, Emmanouilides C, Sinakos E. Update on the association of hepatitis B with intrahepatic cholangiocarcinoma: Is there new evidence? *World J Gastroenterol*. 2021;27(27):4252-4275. doi:10.3748/wjg.v27.i27.4252
13. Vilgrain V, Van Beers BE, Flejou JF, et al. Intrahepatic cholangiocarcinoma: MRI and pathologic correlation in 14 patients. *J Comput Assist Tomogr*. 1997;21(1):59-65. doi:10.1097/00004728-199701000-00012
14. Xiao Y, Zhou C, Ni X, et al. Preoperative subcategorization based on magnetic resonance imaging in intrahepatic cholangiocarcinoma. *Cancer Imaging*. 2023;23(1):15. doi:10.1186/s40644-023-00533-2
15. Caragut RL, Ilie M, Cabel T, et al. Updates in Diagnosis and Endoscopic Management of Cholangiocarcinoma. *Diagnostics (Basel)*. 2024;14(5):490. doi:10.3390/diagnostics14050490
16. Park HJ, Kim YK, Park MJ, Lee WJ. Small intrahepatic mass-forming cholangiocarcinoma: target sign on diffusion-weighted imaging for differentiation from hepatocellular carcinoma. *Abdom Imaging*. 2013;38(4):793-801. doi:10.1007/s00261-012-9943-x
17. You MW, Yun SJ. Differentiating between hepatocellular carcinoma and intrahepatic cholangiocarcinoma using contrast-enhanced MRI features: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Radiology*. 2019;74(5):406.e9-406.e18. doi:10.1016/j.crad.2018.12.016
18. Saleh M, Virarkar M, Bura V, et al. Intrahepatic cholangiocarcinoma: pathogenesis, current staging, and radiological findings. *Abdom Radiol (NY)*. 2020;45(11):3662-3680. doi:10.1007/s00261-020-02559-7
19. Turati F, Bertuccio P, Negri E, La Vecchia C. Epidemiology of cholangiocarcinoma. Published online 2022. Accessed April 30, 2026. <https://cris.unibo.it/handle/11585/964087>

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh cộng hưởng từ của ung thư đường mật trong gan tít ống nhỏ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, thu thập dữ liệu từ 30 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đường mật trong gan tít ống nhỏ tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2021 đến tháng 11/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình $57,7 \pm 10,7$; cao nhất ở nhóm tuổi 50-70 (66,7%), nam chiếm 56,7%. Thường không có triệu chứng (43,3%), đau bụng (33,3%), vàng da (16,7%). CA 19-9 tăng 30,0%, HBsAg dương tính 33,3%.

Trên cộng hưởng từ, thể khối chiếm ưu thế (96,7%), với kích thước trung bình $57,1 \pm 26,9$ mm; trong đó kích thước ≥ 5 cm chiếm 51,7%, bờ rõ 73,3%, co kéo bao gan 60,0%. Tổn thương giảm tín hiệu trên T1W (93,3%), tăng tín hiệu trên T2W (96,7%), hạn chế khuếch tán (100%). Dấu hiệu “target sign” gặp ở 36,7% trên T2W và 53,3% trên DWI. Ngấm thuốc đặc trưng gồm ngấm viền thì động mạch (83,3%), tăng dần ở thì tĩnh mạch (93,3%); thì muộn ngấm tăng dần vào trung tâm (76,7%) và ngấm duy trì (20%), thái thuốc hiếm (3,3%). Xâm lấn mạch 23,3% và di căn hạch 30,0%; đa số không giãn đường mật (83,3%).

Kết luận: Ung thư đường mật trong gan tít ống nhỏ có biểu hiện lâm sàng nghèo nàn, xét nghiệm không đặc hiệu. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ có giá trị trong định hướng chẩn đoán.

Từ khóa: ung thư đường mật trong gan tít ống nhỏ, cộng hưởng từ, ngấm thuốc, target sign.

Người liên hệ: Trần Thị Cúc. Email: trancuc991999@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/05/2026. Ngày nhận phản biện: 01/06/2026. Ngày chấp nhận đăng: 22/06/2026