

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH UNG THƯ DẠ DÀY TRÊN MÁY CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH 256 DẪY

This report aimed to assess the describing imaging characteristic of gastric cancer on 256 - Slice Multidetector Computed Tomography

Trần Trung Kiên, Nguyễn Quốc Dũng**,
Đương Quốc Thiện****

SUMMARY

Purpose: This report aimed to assess the describing imaging characteristic of gastric cancer on 256 - Slice Multidetector Computed Tomography gastrography.

Materials and methods: 256 - slice multidetector CT gastrography in 31 patients with histopathological findings of gastric cancer from 2020 Fer to 2021 August at Huu Nghi hospital.

Results: Gastric cancer is often detected in old people. The most common position is the antrum of gastric (71%), the least common position is the cardia - fundus of gastric (3,2%). There is a correlation between diameter of tumors and T staging ($p < 0,05$). There are correlation between the shape, short diameters of nodes and LN metastasis ($p < 0,05$). Short diameters of nodes is ≥ 8 mm and round shape of nodes were moderate diagnostic ability indicator for LN metastasis in gastric cancer.

Conclusion: 256 slice - MDCT gastrography is an effective method and non-invasion offers improved detected gastric cancer and evaluates lymph node metastasis.

Keyword: *Gastric cancer, 256 slice - MDCT, short diameters of Lymph node metastasis.*

* Trường Đại học Y Hà Nội

** Khoa Chẩn đoán hình ảnh
Bệnh viện Hữu Nghị

*** Bệnh viện Đa khoa
tỉnh Bắc Giang

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những bệnh ung thư phổ biến và gây tử vong nhiều nhất trên toàn thế giới đặc biệt là ở người cao tuổi. Tỷ lệ sống sót 5 năm sau điều trị bằng phẫu thuật ở giai đoạn IA là 94 %, cho giai đoạn IB là 88%, nhưng nếu ở giai đoạn IIIC thì chỉ còn 18 % [1]. Vì vậy, yếu tố quyết định đến kết quả điều trị là khả năng chẩn đoán sớm và đánh giá giai đoạn bệnh chính xác.

Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) là một phương pháp phổ biến và không xâm lấn, không những giúp chẩn đoán bệnh sớm, mà còn giúp đánh giá mức độ xâm lấn trong thành dạ dày, sự lan rộng của khối u, tầm soát di căn trước phẫu thuật trong đó máy CLVT 256 dãy của hãng GE đặt tại bệnh viện Hữu Nghị là thế hệ máy mới cao cấp hiện đại.

Đã có nhiều công trình nghiên cứu trong và ngoài nước về giá trị CLVT đa dãy trong chẩn đoán UTDD nhưng chưa có một nghiên cứu riêng nào về thế hệ máy này.

Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: *“Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của ung thư dạ dày trên CLVT 256 dãy”* với mục tiêu:

1. Mô tả 1 số đặc điểm hình ảnh của ung thư dạ dày trên CLVT 256 dãy.
2. Đánh giá mối tương quan về hình thái và đường kính trực tràng của hạch di căn và lành tính trên CLVT 256 dãy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu này được tiến hành trên 31 BN được chụp CLVT 256 dãy tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Hữu Nghị trong khoảng thời gian từ tháng 2/2020 đến 8/2021 được hội tụ đầy đủ các tiêu chuẩn sau:BN đã có kết quả nội soi và sinh thiết, được chẩn đoán UTDD và được phẫu thuật triệt để có kết quả GPB. Loại khỏi nghiên cứu những trường hợp UTDD đã hóa trị hoặc xạ trị hay bằng phương pháp khác trước đó.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, so sánh, tiến cứu, thu thập thông tin và phân tích hình ảnh CT bụng có tiêm thuốc tương phản ở 3 thì của những bệnh nhân

bị UTDD được chụp tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh. Dữ liệu thu được xử lý trên trạm hệ thống.Phương tiện nghiên cứu: Máy CLVT 256 dãy của hãng GE đặt tại Khoa CĐHA bệnh viện Hữu Nghị.

Số liệu được xử lý, so sánh các đại lượng bằng Test χ^2 , Fisher’s Exact, phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS version 20. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

3. Các bước tiến hành:

3.1. Chuẩn bị bệnh nhân: Yêu cầu BN nhịn ăn trước 6h. Giải thích kỹ để BN phối hợp tốt trong quá trình chụp. Cho BN uống nước: Trước chụp 15 p: Uống 750 ml nước, lúc vào chụp: uống thêm 250 ml nước nữa. Nếu BN hẹp môn vị thì không cần uống nước.

3.2. Thông số kỹ thuật: KV: 120 kV, độ dày lát cắt: 1,25 mm, mas : 150 mAs.

Thuốc cản quang: tiêm thuốc cản quang iode không ion hóa (Ultravist hoặc Omnipaque 300mg/ml), liều 1-1,5ml/kg cân nặng BN với tốc độ 3ml/s.BN nín thở cất xoắn ốc từ đỉnh phổi đến hết khớp mu, thì động mạch (từ lúc bắt đầu đến thời điểm 25 - 30 giây), thì TMC (khoảng 70 giây), chiều dài lát cắt 1,25 mm, ở thì ĐM và 2,5 mm ở thì TM cửa, tái tạo MPR để đánh giá.

3.3. Đánh giá hình ảnh và xử lý số liệu:

Tất cả các hình ảnh đều được xử lý bằng các mặt cắt Coronal, Axial, Sagittal, và phần mềm tái tạo ảnh sau chụp như VR, MPR, MIP, 3D. Các biến số của nghiên cứu gồm:

- 1 Tuổi: phân theo nhóm
- 2 Giới: Nam, Nữ
- 3 Đặc điểm hình ảnh UTDD: Vị trí, kích thước (vị trí: theo phân vùng của Kodama [2] (bằng cách nối điểm giữa các điểm chia đều 2 bờ cong); chiều dài, chiều dày: đo theo phương pháp Dmax [3], lấy hết phần ngấm thuốc); hình dạng (khối thâm nhiễm, khác), xâm lấn T (theo phân loại của AJCC 8th edition).
- 4 Đặc điểm hạch nghi ngờ di căn:hình dáng hạch (cầu: tỷ lệ trục ngắn/dài >0,66; kích thước trục ngắn \geq 8 mm với những hạch quanh dạ dày; 6- 8 mm có kèm theo 1 trong những dấu hiệu về biến đổi hình thái [4] (hình cầu, hoại tử trung tâm, mất cấu trúc rốn hạch,...)).

III. KẾT QUẢ

1. Tuổi và giới

UTDD xuất hiện trên 31 BN (độ tuổi trung bình = 70,9 ± 10,1). BN cao tuổi nhất: 86 tuổi, BN thấp tuổi nhất: 47 tuổi.

2. Đặc điểm hình ảnh ung thư dạ dày

Bảng 1. Vị trí ung thư dạ dày

Vị trí u		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Theo chiều dọc	1/3 trên	1	3,2
	1/3 giữa	8	25,9
	1/3 dưới	22	71
Tổng		31	100
Theo giải phẫu	Tâm - Phình vị	1	3,2
	Hang - Môn vị	22	71
	Bờ cong lớn	2	6,5
	Bờ cong nhỏ	6	19,4
Tổng		31	100

UTDD vùng hang môn vị chiếm tỷ lệ nhiều nhất 71 %, vùng bờ cong nhỏ chiếm 19,4%, vùng bờ cong lớn 6,5% và chiếm tỷ lệ ít nhất là vùng tâm - phình vị 3,2%.

Bảng 2. Kích thước khối u

Kích thước u	Số u	Tỷ lệ (%)
<5cm	13	41,9
5 – 10cm	11	35,5
>10cm	7	22,6
Tổng	31	100

Nhận xét: Các U dạ dày chủ yếu có kích thước < 5 cm đo theo chiều lớn nhất, chiếm tỷ lệ 41,9%. Những khối u > 10 cm ít gặp hơn chỉ chiếm 22,6%.

Bảng 3. Đối chiếu hình ảnh xâm lấn T và kích thước khối u

Kích thước u trên CLVT GPB	< 5 cm	5- 10 cm	> 10 cm	Tổng
T1-2	5	1	1	7
T3	6	11	1	18
T4	0	1	5	6
Tổng	11	13	7	31

P (Fisher's Exact = 0,001)

Các u kích thước < 5 cm thường xâm lấn ở mức độ T1 - T2 và T3. 100 % khối u xâm lấn T4 không nằm trong nhóm u có kích thước < 5 cm.

Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$ ($p < 0,05$). Như vậy có mối liên quan giữa kích thước khối u và xâm lấn T.

Bảng 4. Đối chiếu hình dạng hạch và mức độ ác tính

GPB Hình dáng hạch	Di căn	Không di căn	Tổng số
Hình tròn	32 (47,8%)	36 (19,6%)	68 (27,2 %)
Hình bầu dục	35 (52,2%)	147 (80,4 %)	182 (72,8 %)
Tổng số	67 (100%)	183 (100 %)	250 (100%)

P (X² = 0,000) ; OR = 3,73

Các hạch hình tròn trong nhóm di căn có tỷ lệ (47,8%) cao hơn các hạch hình tròn trong nhóm lành tính (19,6%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê giữa hình dạng hạch di căn và hạch lành tính trên CLVT 256 dây hay hạch hình tròn có nguy cơ ác tính hơn hạch hình bầu dục 3,73 lần.

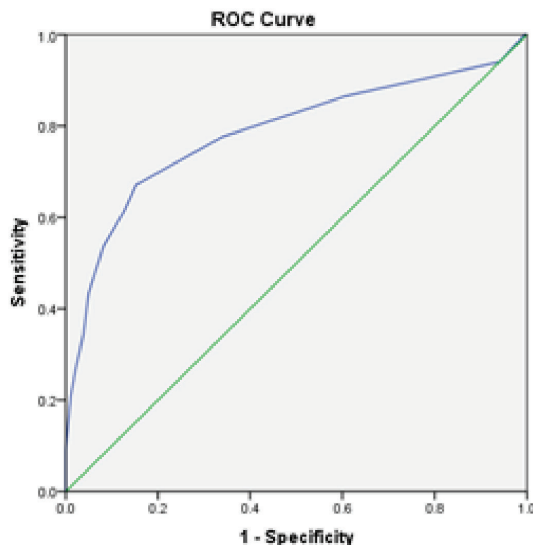
Bảng 5. Đối chiếu đường kính trực tràng hạch và mức độ ác tính

GPB ĐK trực tràng hạch	Di căn	Không di căn	Tổng số
≥ 8 mm	45 (67,2%)	28 (15,3%)	73 (29,2%)
< 8 mm	22 (32,8%)	155 (84,7%)	177 (70,8%)
Tổng số	67 (100%)	183 (100%)	250 (100%)
ĐK trung bình hạch (mm)	9,96 ± 3,78 mm	6,32 ± 1,81 mm	

P (X² = 0,000) < 0,05; OR = 11,3

Nhận xét: Đk trực ngắn trung bình của hạch di căn là $9,96 \pm 3,78$ mm và hạch lành tính là $6,37 \pm 1,81$ mm . Với $p < 0,05$ có mối liên quan giữa đk trực ngắn hạch và di căn. Hạch có đk trực ngắn ≥ 8 mm có nguy cơ di căn gấp 11,3 lần hạch có đk trực ngắn < 8 mm.

Đường cong ROC thể hiện ngưỡng đk trực ngắn của hạch lành tính và ác tính



● **Nhận xét:**

- Diện tích dưới đường cong ROC: 0,786 (tạm được).
- Nhận thấy điểm cắt J của đường kính trực ngắn hạch ác tính là 7,5 mm. Chúng tôi làm tròn thành 8 mm. Điều này tương đồng với các tác giả khác.

Bảng 6. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn T so với giải phẫu bệnh

Phẫu thuật CLVT	T1-2	T3	T4	Tổng	Sn (%)	Sp (%)	Acc (%)
T1-2	6	2	0	8	85,7	91,6	90,3
T3	1	14	1	16	77,8	84,6	80,6
T4	0	2	5	7	83,3	92	90,3
Tổng	7	18	6	31			

Chẩn đoán chính xác chung cho các giai đoạn: 80,6% (25/31) .Chẩn đoán chính xác cho từng giai đoạn:Giai đoạn T1-T2: 90,3% (28/31). Giai đoạn T3: 80,6 (25/31).Giai đoạn T4: 90,3% (28/31).

IV. BÀN LUẬN

● **Tuổi và giới**

Đặc điểm theo tuổi: Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 47, nhiều tuổi nhất là 86. Tuổi trung bình là $(70,9 \pm 10)$. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả tại Việt Nam là UTDD hay gặp ở nhóm người lớn tuổi^{5,6}. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng nhóm

tuổi trên 70 chiếm đến 51,6%, chiếm tỷ lệ cao nhất. Độ tuổi của các bệnh nhân của chúng tôi cao hơn nhiều so với các nghiên cứu khác một phần được giải thích là do nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Hữu Nghị là nơi chăm sóc sức khỏe cho các cán bộ hưu trí, còn các bệnh nhân trẻ hơn thường là đến khám và điều trị tại khoa yêu cầu của viện.

Đặc điểm theo giới: BN Nam chủ yếu (71%), nữ chiếm thấp hơn (29%). Nam nhiều hơn nữ 2,45 lần. Tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

• **Đặc điểm hình ảnh của UTDD trên CLVT 256 dây:**

Vị trí u: Qua nghiên cứu cho thấy u hay gặp nhất ở vùng hang - môn vị (71%); sau đó đến bờ cong nhỏ (19,4 %); bờ cong lớn (6,5%) và tâm - phình vị (3,2%) . So sánh với các nghiên cứu trước đó của tác giả Trịnh Hồng Sơn, Trần Thị Me Tâm ^{7,8}cũng thấy nhiều sự tương đồng.

Kích thước u: Kích thước khối u từ 5-10 cm chiếm tỷ lệ cao nhất (41,9%), nhóm u kích thước < 5 cm chiếm 35,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Đặng Văn Thời (u > 4 cm chiếm 42%) [9]; có cao hơn chút so với tác giả Nguyễn Văn Sang [10] (u > 4cm chiếm 21,6%). Điều này được lý giải là các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi đều là nhóm người già được phát hiện muộn khi ung thư dạ dày đã ở giai đoạn II, III do lâm sàng triệu chứng bệnh mờ nhạt, hay nhầm lẫn với rối loạn tiêu hóa làm bệnh nhân chủ quan nên đi khám muộn. Kích thước khối u đo được trên CLVT 256 dây thường nhỏ hơn một chút so với GPB vì thực tế khối u sẽ bị co kéo, mất độ đàn hồi khi phẫu thuật và tổn thương xâm lấn ra mép không biểu hiện trên các hình ảnh CLVT.

Xâm lấn u: Chúng tôi sử dụng phân loại ung thư dạ dày theo AJCC 8th với một số thay đổi so với phân loại cũ. Theo mô bệnh học định nghĩa giai đoạn T1 khi u vẫn giới hạn ở lớp niêm mạc và dưới niêm mạc, T2 khi u đã xâm nhập vào lớp cơ dạ dày. Dù các thế hệ máy CLVT hiện nay rất phát triển nhưng rất khó phân biệt được 2 giai đoạn này do thiếu quan sát từng lớp của thành ống tiêu hóa và hiệu ứng thể tích từng phần. Vì vậy chúng tôi đã gộp chung giai đoạn T1 và T2 thành 1 nhóm T1 - T2. Kết quả nghiên cứu cho thấy xâm lấn T1- T2 ít gặp (19,3%); tỷ lệ u xâm lấn T3 là cao nhất (45,1%), chứng tỏ các bệnh nhân ung thư dạ dày đến khám và điều trị không còn ở giai đoạn sớm nữa mà đều ở giai đoạn tiến triển (T3, T4) hoặc đã di căn xa. Điều này có đôi chút khác với các nghiên cứu của thế giới ở các nước phát triển là tỷ lệ phát hiện ung thư dạ dày cao ở các các giai đoạn sớm hơn do điều kiện phát triển về kinh tế xã hội, các bệnh nhân có điều kiện được khám và sàng lọc sớm. Độ chính xác chung cho các giai đoạn là 80,6% và với từng giai đoạn là T1-T2 (90,3%); T3 (80,6%); T4 (90,3%); so sánh với kết quả

nghiên cứu của Jin Woong Kim và cộng sự [11] với tỷ lệ độ chính xác chung là 77,2% (T1a 92,9%; T1b 92,1%; T2 93,7%; T3 92,1% và T4 94,5%). Một nghiên cứu của tác giả Barros và cộng sự [12] cho kết quả độ chính xác 70% (T1 92%; T2 82%; T3 80%; T4 86%). Chẩn đoán riêng cho từng giai đoạn nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả: T1- T2 (Sn : 85,7%; Sp: 91,6%); T3 (Sn: 77,8%; Sp: 84,6%); T4 (Sn: 83,3%; Sp: 92%). Kết quả này cao hơn chút so với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Me Tâm; Nguyễn Văn Sang [8], [10] và tương đồng với các nghiên cứu của Kim et al và Barros et al [11], [12]. Đánh giá xâm lấn u phân biệt giữa T3 và T4 là khá khó khăn. Sờ dĩ có khó khăn này là do: Thứ nhất thứ nhất lớp mỡ quanh dạ dày khác nhau ở từng người và không quan sát rõ được lớp thanh mạc dạ dày trên CLVT. Thứ hai: xâm lấn T3 là lớp mỡ quanh dạ dày bình thường hoặc chỉ thâm nhiễm nhẹ, đè đẩy chứ không phá vỡ lớp thanh mạc. Xâm lấn T4a là thâm nhiễm lớp mỡ nhiều vì vậy phân biệt giữa T3 và T4 là rất khó. Thứ ba: hình ảnh thâm nhiễm mỡ quanh u không đặc hiệu, nó có thể là do u gây phản ứng viêm phù nề bờ mỡ hoặc tổn thương cũ gây xơ hóa chứ không hẳn là xâm lấn của tế bào u ra ngoài. Thứ tư: lớp thanh mạc thể hiện trên CLVT thành một đường viền không đều dạng nốt là tiêu chí của giai đoạn T4a nhưng có thể nhầm lẫn giữa hệ thống mạch máu và bạch huyết quanh dạ dày [13]. Chính điều này làm cho chúng tôi quan sát sai 1 khối u trên CLVT là ở T3 nhưng thực tế kết quả GPB là ở T4a.

Hạch di căn: Nghiên cứu của chúng tôi quan sát được 250 hạch bằng CLVT trên tổng số 568 hạch thu được qua giải phẫu bệnh, bỏ sót 318 hạch không quan sát thấy. Kubota (2017) [14] tiến hành trên 56 bệnh nhân, quan sát được 56 trạm hạch/ 518 trạm hạch thu được trên GPB, bỏ sót 462 trạm hạch. Nguyễn Văn Sang (2019) [10] quan sát được 460 hạch trên CLVT/ 1104 hạch thu được sau GPB, bỏ sót 644 hạch không quan sát được. Chúng tôi nhận thấy, càng quan sát được nhiều hạch trên CLVT, càng bỏ sót nhiều. Điều này nói lên hạn chế cố hữu của CLVT trong đánh giá hạch di căn. Tuy cỡ mẫu quan sát giữa chúng tôi và các tác giả trên có khác nhau nhưng kết quả thu được cũng không thay đổi được là khả năng phát hiện hạch của CLVT là không cao. Mặc dù trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng máy chụp CLVT 256 dây với lát cắt mỏng lên

đến 1,25 mm và tái tạo 0,625mm kết hợp với ảnh tái tạo MPR nhưng khả năng phát hiện hạch cũng không tăng lên nhiều bởi vì giai đoạn hạch được đánh giá theo từng vùng chứ không phải theo từng hạch riêng. Thực tế khó phân biệt được số lượng hạch chính xác do những hạch nhỏ có thể dính với nhau thành chùm hoặc nằm lẫn ở xa vị trí dạ dày hoặc bị che lấp bởi mạc nối, quai ruột xung quanh dẫn đến bỏ sót khi quan sát trên CLVT.

Hình dạng hạch khi phân tích trên CLVT chúng tôi thấy được nhóm hạch hình tròn có tỷ lệ ác tính cao hơn hẳn nhóm hạch hình bầu dục. Điều này được giải thích là hạch hình tròn di căn là do các tế bào u xâm nhập vào xoang dưới vỏ, sau đó phát triển rộng và phá vỡ lớp vỏ ban đầu. Còn những hạch hình bầu dục di căn chiếm tỷ

lệ vừa là do các tế bào ung thư còn ở dạng vi thể nên chưa phá vỡ vỏ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Jayapal (48,9%) [15].

V. KẾT LUẬN

Khả năng xử lý hình ảnh với độ phân giải cao trên nhiều mặt phẳng tái tạo của CLVT đa dãy mà đặc biệt là thế hệ máy mới cao cấp 256 dãy giúp ích nâng cao giá trị chẩn đoán mức độ xâm lấn và tầm soát di căn đánh giá giai đoạn để phục vụ điều trị phẫu thuật ở bệnh nhân ung thư dạ dày. Tuy còn một số hạn chế trong đánh giá hạch di căn và xác định chính xác kích thước của u nhưng CLVT 256 dãy có thể được coi là 1 lựa chọn đáng tin cậy để tầm soát trước mổ ở những bệnh nhân ung thư dạ dày.

MỘT SỐ HÌNH ẢNH BỆNH NHÂN TRONG NGHIÊN CỨU



U vùng hang-môn vị nghi ngờ giai đoạn T3 trên mặt cắt axial nhưng phân tích kỹ lại là giai đoạn T4a trên MPR oblique. Kết quả GPB khẳng định lại là T4a.

Bệnh nhân Lê Bính H...; 72T, Nam, FSH 08010...



Hạch trên mặt phẳng Axial

Ảnh tái tạo Sagittal

Hạch nhóm 5 trên cắt lớp vi tính

Bệnh nhân Nguyễn Đức Đ..., 66T, Nam, FSH19010...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rawla P, Barsouk A. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention. *Prz Gastroenterol.* 2019;14(1):26-38. doi:10.5114/pg.2018.80001
2. Kodama Y, Sugimachi K, Soejima K, Matsusaka T, Inokuchi K. Evaluation of extensive lymph node dissection for carcinoma of the stomach. *World J Surg.* 1981;5(2):241-248. doi:10.1007/bf01658301
3. Chen J, Cai R, Ren G, et al. Differences in clinicopathological characteristics and computed tomography findings between signet ring cell carcinoma and nonsignet ring cell carcinoma in early and advanced gastric cancer. *Cancer Medicine.* 2018;7(4):1160-1169. doi:10.1002/cam4.1417
4. Hur J, Park M-S, Lee JH, et al. Diagnostic accuracy of multidetector row computed tomography in T- and N staging of gastric cancer with histopathologic correlation. *J Comput Assist Tomogr.* 2006;30(3):372-377. doi:10.1097/00004728-200605000-00005
5. Phạm Văn Nam (2019) *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi, cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Tô Như Hạnh (2012), *Đánh giá kết quả hóa trị liệu phác đồ EOX cho ung thư dạ dày giai đoạn muộn không còn khả năng phẫu thuật triệt căn*, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Trịnh Hồng Sơn (2001). *Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Trần Thị Me Tâm, Lê Trọng Khoan, Dương Phước Hùng và cộng sự (2016). Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và đánh giá tính chất xâm lấn, di căn của ung thư dạ dày trên cắt lớp vi tính đa dãy. *Tạp chí điện quang Việt Nam số 23 - 03/2016.*
9. Đặng Văn Thời (2017). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, thương tổn và đánh giá kết quả lâu dài phẫu thuật triệt căn ung thư phần trên dạ dày*. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Nguyễn Văn Sang (2019) *Nghiên cứu giá trị của cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán ung thư dạ dày*, Luận án Tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
11. Kim JW, Shin SS, Heo SH, et al. Diagnostic performance of 64-section CT using CT gastrography in preoperative T staging of gastric cancer according to 7th edition of AJCC cancer staging manual. *Eur Radiol.* 2012;22(3):654-662. doi:10.1007/s00330-011-2283-3
12. Barros RH de O, Penachim TJ, Martins DL, Andreollo NA, Caserta NMG. Multidetector computed tomography in the preoperative staging of gastric adenocarcinoma. *Radiol Bras.* 2015;48(2):74-80. doi:10.1590/0100-3984.2014.0021
13. Yu T, Wang X, Zhao Z, et al. Prediction of T stage in gastric carcinoma by enhanced CT and oral contrast-enhanced ultrasonography. *World J Surg Oncol.* 2015;13. doi:10.1186/s12957-015-0577-7
14. Kubota K, Suzuki A, Shiozaki H, Wada T, Kyosaka T, Kishida A. Accuracy of Multidetector-Row Computed Tomography in the Preoperative Diagnosis of Lymph Node Metastasis in Patients with Gastric Cancer. *Gastrointest Tumors.* 2017;3(3-4):163-170. doi:10.1159/000454923
15. Jayapal N, Ram SKM, Murthy VS, Basheer SA, Shamsuddin SV, Khan AB. Differentiation Between Benign and Metastatic Cervical Lymph Nodes Using Ultrasound. *J Pharm Bioallied Sci.* 2019;11(Suppl 2):S338-S346. doi:10.4103/JPBS.JPBS_26_19

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của ung thư dạ dày của trên các bệnh nhân được chụp CLVT 256 dãy.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đánh giá dựa trên 31 BN được chẩn đoán là ung thư dạ dày và được chụp CLVT 256 dãy từ 2/2020 đến 8/2021 tại bệnh viện Hữu Nghị.

- **Kết quả:** Ung thư dạ dày xuất hiện chủ yếu ở nhóm tuổi người già (độ tuổi trung bình = $70,9 \pm 10,1$), vị trí thường gặp ở hang – môn vị (71%), vị trí ít gặp nhất là tâm-phình vị (3,2%). Có mối tương quan giữa kích thước u và xâm lấn T (với $p < 0,05$). Có mối tương quan giữa hình dáng, đường kính trực tràng và mức độ ác tính của hạch ($p < 0,05$). Đường kính trực tràng của hạch ≥ 8 mm và hạch có hình cầu là một tiêu chí vừa phải để chẩn đoán hạch di căn trong ung thư dạ dày.

- **Kết luận:** CLVT 256 dãy là phương pháp đánh giá không xâm lấn và có hiệu quả trong phát hiện tổn thương ung thư dạ dày và đánh giá hạch vùng di căn.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, CLVT 256 dãy, đường kính trực tràng hạch di căn.

Người liên hệ: Trần Trung Kiên. Email: drkid2017@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/09/2021. Ngày gửi phản biện: 27/09/2021. Ngày nhận phản biện: 28/09/2021

Ngày chấp nhận đăng: 06/10/2021