

# ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH ĐƯỢC ÁP DỤNG PHƯƠNG PHÁP TẬP THỞ CƠ HOÀNH

Đỗ Văn Chiến\*, Trần Thị Mai Liên\*

## TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Những bệnh nhân suy tim mạn tính theo khuyến cáo nếu ổn định thì nên bắt đầu phương pháp hỗ trợ phục hồi chức năng hô hấp để cải thiện tình trạng suy tim. Tuy nhiên, ứng dụng trong thực hành lâm sàng điều trị bệnh nhân suy tim còn hạn chế. **Mục tiêu:** đánh giá hiệu quả của phương pháp tập thở cơ hoành cho bệnh nhân suy tim mạn tính trong giai đoạn nằm viện. **Đối tượng và phương pháp:** 30 bệnh nhân suy tim đang được điều trị tại khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện TƯQĐ 108 trong thời gian từ tháng 3 đến tháng 8 năm 2020 tham gia vào nghiên cứu. **Kết quả:** tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $60,1 \pm 14,5$ , nam giới chiếm 80%, 66,7% có suy tim NYHA độ III-IV. Bệnh nhân phần lớn được điều trị bằng furosemide (93%), spironolactone (83,3%), ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể (83,3%). Phân suất tống máu (EF) trên siêu âm trung bình là 38,2%. Bệnh nhân trước khi bắt đầu tập luyện có khoảng đi bộ 6 phút là 341m và sau 30 ngày tập luyện là 462 phút. Chất lượng cuộc sống tính theo thang điểm EQ-5D-5L tăng lên từ 66 điểm lên 75 điểm. **Kết luận:** Tập thở cơ hoành giúp cải thiện khả năng gắng sức của bệnh nhân và tăng cường chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân suy tim mạn tính.

**Từ khóa:** suy tim, thở cơ hoành, khả năng gắng sức, thang điểm EQ-5D-5L

## SUMMARY

### ASSESSMENT OF CHANGES OF QUALITY OF LIFE AFTER DIAPHRAGMATIC BREATHING EXERCISE IN CHRONIC HEART FAILURE PATIENTS

**Introduction:** Patients with chronic heart failure are recommended to initiate diaphragmatic respiratory exercise to improve their conditions. However, this practice is poorly applied in management of heart failure patients. **Objectives:** to evaluate the effectiveness of diaphragmatic respiratory exercise in patients with chronic heart failure during hospitalization. **Subjects and methods:** 30 heart failure patients who were being treated at the Department of Cardiology from March to August 2020 participate in the study. **Results:** The average age of the study group was  $60.1 \pm 14.5$  and 80% were men, 66.7% had heart failure NYHA grade III-IV. The majority of patients were treated with furosemide (93%), spironolactone (83.3%), ACE inhibitors or AT II receptor blockers (83.3%). The average ejection fraction (EF) on echo is 38.2%. Before starting to

exercise, the patient had a 6-minute walk of 341 meters and after 30 days of exercise they reach 462 minutes. Quality of life on a EQ-5D-3L questionnaire increased from 66 to 75 points. **Conclusion:** diaphragmatic respiratory exercise improves physical exercise capacity and enhances quality of life for patients with chronic heart failure.

**Keywords:** heart failure, respiratory rehabilitation, exercises capacity.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là vấn đề lớn của nhân loại vì số người suy tim ngày càng tăng. Tại Mỹ khoảng 5.1 triệu bệnh nhân đang điều trị suy tim, mỗi năm trên 650.000 người được chẩn đoán lần đầu suy tim. Tại châu Âu, với trên 500 triệu dân, ước lượng tần suất suy tim từ 0,4 - 2%, do đó có từ 2 triệu đến 10 triệu người suy tim [6]. Tại Việt Nam, chưa có thống kê để có con số chính xác, tuy nhiên nếu dựa trên dân số trên 90 triệu người và tần suất của châu Âu, sẽ có từ 360.000 đến 1.8 triệu người suy tim cần điều trị. Suy tim gia tăng theo tuổi thọ, một thống kê cho thấy tần suất mới mắc suy tim khoảng 20/1.000 dân tuổi từ 65 đến 69, tăng lên trên 80/1.000 dân ở người trên 85 tuổi. Khoảng 80% bệnh nhân nhập viện vì suy tim ở tuổi trên 65.

Mặc dù gần đây có nhiều tiến bộ trong điều trị suy tim, nhưng tỷ lệ tử vong của bệnh nhân suy tim vẫn ở khoảng 50% trong vòng 5 năm sau khi được chẩn đoán. Trong nghiên cứu của Coelho và cộng sự, tỷ lệ tử vong 30 ngày, 1 năm và 5 năm sau nhập viện vì suy tim lần lượt là 10.4%, 22% và 42.3% [5]. Trong một nghiên cứu đoàn hệ khác, tỷ lệ sống còn 5 năm ở bệnh nhân suy tim giai đoạn A, B, C và D lần lượt là 97%, 96%, 75% và 20%.

Quản lý và điều trị bệnh nhân suy tim là một quá trình phức tạp. Ở Việt Nam hiện nay, chỉ có một số mô hình quản lý bệnh nhân suy tim. Tuy nhiên, chủ yếu tập trung vào việc tuân thủ điều trị nội khoa, thay đổi lối sống và dinh dưỡng. Chưa thấy mô hình nào tập trung vào lĩnh vực phục hồi chức năng hô hấp cho bệnh nhân suy tim. Một số nghiên cứu gần đây đã chứng minh được vai trò của tập thở cơ hoành và rèn luyện thể lực cho bệnh nhân suy tim trong việc làm giảm tỉ lệ tử vong và thương tật. Chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này với mục tiêu: đánh giá ảnh hưởng của phương pháp tập thở cơ hoành đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân

\*Viện Tim mạch, Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Chiến

Email: vmechiendo@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.11.2021

Ngày phản biên khoa học: 13.01.2022

Ngày duyệt bài: 24.01.2022

suy tim mạn tính dựa trên thang điểm EQ-5D-3L tại Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng:** 30 bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn tính đang được quản lý và điều trị tại khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện TƯQĐ 108 trong thời gian từ tháng 3/2020 đến hết tháng 8/2020.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** tất cả các bệnh nhân suy tim mạn tính theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Châu Âu, có khả năng vận động thể lực theo bài tập, NYHA II-IV.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đang trong giai đoạn cấp của suy tim, có các bệnh cấp tính khác đi kèm như đột quỵ não, suy hô hấp, nhồi máu cơ tim cấp... Bệnh nhân không thể hợp tác để thực hiện bài tập. Bệnh nhân nữ đang mang thai.

### Phương pháp nghiên cứu:

**Bước 1.** Khám lâm sàng tại thời điểm nhận bệnh nhân vào nghiên cứu: Đo chiều cao, cân nặng, BMI, làm điện tim, siêu âm tim, xét nghiệm proBNP. Bệnh nhân được thực hiện nghiệm pháp đi bộ 6 phút sau khi điều trị ổn định và đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy tim dựa trên thang điểm EQ-5D- 5L bao gồm: khả năng đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt hàng ngày, cảm giác đau/khó chịu, lo lắng/buồn phiền. Thang điểm được đánh giá 100 điểm do bệnh nhân tự chấm điểm.

**Bước 2.** Thực hiện tập luyện phục hồi chức năng theo hướng dẫn

## QUY TRÌNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH NHÂN SUY TIM

**Nhân viên y tế:** bác sĩ, kĩ thuật viên (KTV), điều dưỡng được đào tạo.

**Dụng cụ:** dụng cụ đo độ bão hòa oxy cầm tay, dụng cụ đo huyết áp, dụng cụ tập (...).

**Người bệnh:** giải thích mục đích, yêu cầu của chương trình tập.

### Tiến hành can thiệp

- Xoa bóp và vận động thụ động đối với những bệnh nhân cần bất động, là biện pháp cần thiết giúp lưu thông máu được thuận lợi, tránh hiện tượng ứ trệ tĩnh mạch, tránh nhồi máu phổi.

- Hô hấp liệu pháp: Người bệnh cần thở đều với nhịp bình thường giúp cho máu chảy về tim được thuận lợi. Không nín thở quá sức để tránh làm tăng áp lực trong lồng ngực, ứ máu ở phổi. Tư thế nửa nằm, nửa ngồi, hai chân buông thõng khi phù phổi cấp.

- Vận động chủ động: cần phải lượng giá và xác định mức độ tập luyện đối với từng bệnh nhân cụ thể. Bệnh nhân suy tim độ 3-4 cần nằm

ở tư thế nửa nằm nửa ngồi, có thể cho bệnh nhân tập gấp duỗi các khớp cổ tay, cổ chân, mỗi cử động 4-5 lần trong ngày đầu, rồi tăng thêm 1 - 2 lần mỗi ngày. Dần dần, tăng thêm vận động các khớp khuỷu, vai, gối tùy theo tình trạng bệnh nhân. Nếu cho phép, có thể cho bệnh nhân đi lại quanh giường, trong phòng... Bệnh nhân phải ngừng vận động ngay khi xuất hiện các triệu chứng khó thở tăng, đau ngực, hồi hộp, xuất hiện các rối loạn nhịp.

### KỸ THUẬT TẬP THỞ (thở hoành):

Tập thở (Breathing exercises) là một hình thức vận động hô hấp trị liệu. Mục đích là tập cho người bệnh biết cách thở đúng, biết thư giãn trong các tư thế bình thường khi sinh hoạt và đồng thời biết cách sử dụng các cơ hoành, cơ bụng kết hợp vào trong động tác thở nhằm cải thiện chức năng hô hấp vốn đã bị hạn chế.

**Thở bằng cơ hoành.** Thở cơ hoành (TCH) là một kiểu thở bình thường trong hô hấp. Đây là cách thở ít tốn sức và có hiệu quả làm giãn nở phần đáy phổi, đồng thời giải phóng chất đờm rãi ở đó. Cơ hoành và các cơ liên sườn ngoài là các cơ của thì thở vào. Trong khi đánh giá khả năng hô hấp của người bệnh, KTV cần theo dõi khả năng sử dụng những cơ phụ và cần phải hướng dẫn người bệnh về kỹ thuật thư giãn của các cơ phụ và cơ hoành cho đúng.

**Các bước tập thở cơ hoành gồm:** tỷ lệ thời gian hít vào/thở ra = 1/2

- Giải thích cho người bệnh mục đích và mục tiêu của tập thở. Để người bệnh nằm ngửa ở tư thế thoải mái và chắc chắn. Làm mẫu cho người bệnh xem và tiếp tục giải thích. Đặt một tay (hoặc hai tay) vào góc sườn hoành theo nhịp thở của người bệnh, yêu cầu người bệnh thở bình thường, tay KTV nhẹ nhàng ấn xuống và đẩy nhẹ khi người bệnh thở ra. Cứ để người bệnh thở vào và để ngực kháng lại tay người điều trị. Sau khi đã làm theo vài nhịp thở như vậy, đến thì thở ra ấn mạnh tay hơn và yêu cầu người bệnh thở mạnh đẩy tay KTV lên (cuối thì thở ra). Lúc này không nên nhắc người bệnh thở bằng mũi, điều quan trọng nhất là hiểu và sử dụng cử động cơ hoành. KTV cứ tiếp tục theo nhịp thở ở góc sườn-hoành và yêu cầu người bệnh thở căng, đẩy lại tay mình.

- Sau đó hỏi người bệnh xem có thấy gì khác nhau giữa cách thở đang làm với cách mà người bệnh vẫn thở từ trước. Nếu người bệnh thấy không có gì khác, lúc đó KTV phải tiếp tục lặp lại và mạnh hơn, có thể phải giải thích thêm cho người bệnh cần cảm thấy được sự thay đổi do động tác thở. Khi thấy người bệnh thở đúng rồi

thì yêu cầu người bệnh thở một mình độc lập. Tay người bệnh phải đặt đúng chỗ và tập trung vào việc tập thở. KTV có thể đặt tay mình lên tay người bệnh để giúp người bệnh nhận biết nhịp thở và trình tự thở.

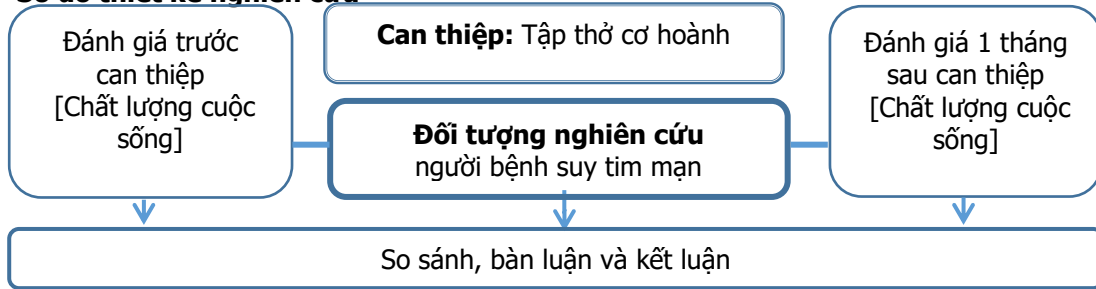
Bệnh nhân được hướng dẫn thực hiện thành thạo trong bệnh viện 01 lần/ ngày sau đó hướng dẫn về nhà sau khi xuất viện. Tần suất thực hiện tại nhà ít nhất là 01 lần/ngày.

**Bước 3.** Bệnh nhân khám lại sau 1 tháng để đánh giá kết quả đi bộ 6 phút và trả lời

bộ câu hỏi EQ-5D-5L như đã thực hiện lần đầu tại bệnh viện.

**Xử lý số liệu:** số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình, lớn nhất và nhỏ nhất. Các biến định tính được biểu hiện dưới dạng %. So sánh giữa các biến lượng tính trước và sau điều trị, giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

**Sơ đồ thiết kế nghiên cứu**



**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

Chỉ số	Trước điều trị	Sau 1 tháng	p
Tuổi (năm)	60,1±14,5		NA
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	22,5± 3,0	21,5±2,2	<0,05
Giới nam (n,%)	24 (80)		NA
Tăng HA (n,%)	7 (24,3)		NA
Đái tháo đường (n,%)	2 (6,7)		NA
Nhồi máu cơ tim (n,%)	3 (10)		NA
Rung nhĩ (n,%)	10 (33)	8(26)	< 0,05
<b>Độ suy tim NYHA</b>			
I (n,%)	0 (0)	0 (0)	
II (n,%)	10 (33,3)	21(70)	< 0,05
III (n,%)	18 (60)	8 (26,6)	< 0,05
IV (n,%)	2 (6,7)	1 (3,3)	< 0,05
<b>Điều trị</b>			
Furosemide (n,%)	28 (93)	20 (66,6)	< 0,05
Spirinolactone (n,%)	23 (76,7)	23 (76,7)	NA
UCMC/UCTT (n,%)	25 (83,3)	25 (83,3)	NA
ARNI (n,%)	2 (6,7)	2 (6,7)	NA
Chẹn beta (n,%)	9 (30)	9 (30)	NA
Digoxin (n,%)	2 (6,7)	2 (6,7)	NA

NA – không áp dụng

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 60,1 ±14,5, chỉ số cân nặng- chiều cao (BMI) ở nhóm bệnh nhân suy tim không cao (22,5±3,0). Nam giới chiếm chủ yếu trong nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng HA chiếm tỉ lệ cao nhất (24,3%). Rung nhĩ là bệnh lý thường đi kèm ở bệnh nhân suy tim, chiếm 33,0%. Suy tim NYHA III chiếm tỉ lệ cao nhất, 60%, không có bệnh nhân NYHA I

trong nghiên cứu. Về điều trị các bệnh nhân được điều trị bằng lợi tiểu (furosemide và spironolactone) ức chế men chuyển (UCMC)/ức chế thụ thể (UCTT) có tỉ lệ cao nhất. Sau tập luyện TCH chỉ số BMI của bệnh nhân giảm, phần lớn bệnh nhân suy tim ở trạng thái NYHA II (70%), bệnh nhân có sử dụng furosemide ít hơn sau 1 tháng điều trị.

**Bảng 2. Một số chỉ số lâm sàng trước và sau tập thở cơ hoành**

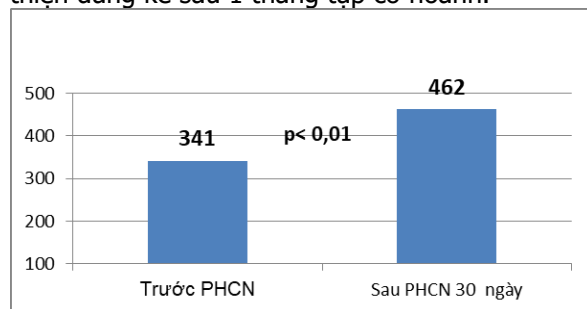
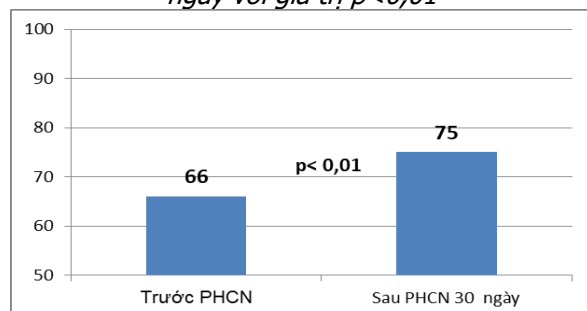
Chỉ số	TCH trong giai đoạn nội trú	Sau 01 tháng TCH	p
Cân nặng (kg)	58,29 ± 10,67	53,46 ± 9,34	< 0,05
Nhịp tim (l/p)	85,64 ± 14,94	78,06 ± 6,82	< 0,05
Huyết áp TT (mmHg)	128,72 ± 20,90	123,30 ± 11,85	>0,05
Huyết áp TTr (mmHg)	78,44 ± 12,90	75,50 ± 11,92	>0,05
Tần số thở (l/p)	16,5 ± 3,7	14,2±2,6	<0,05

Bệnh nhân suy tim sau khi được tập thở cơ hoành có sự giảm cân rõ rệt (58,29 ± 10,67 so với 53,46 ± 9,34), nhịp tim và tần số thở cũng giảm sau khi được điều trị phối hợp tập thở cơ hoành.

**Bảng 3. Một số biểu hiện thường gặp trong quá trình tập luyện TCH**

Đặc điểm	TCH trong giai đoạn nội trú	Sau 01 tháng TCH	p
Mệt (n, %)	27 (90)	21(70)	<0,05
Khó thở (n, %)	25 (83)	15(50)	< 0,05
Hồi hộp trống ngực (n,%)	11(36,6)	8(26,6)	<0,05
Đau ngực (n,%)	5(16,6)	2 (6,6)	< 0,05

Các triệu chứng của bệnh nhân như mệt, khó thở, hồi hộp trống ngực và đau ngực được cải thiện đáng kể sau 1 tháng tập cơ hoành.

**Hình 1. Sự thay đổi khả năng đi bộ 6 phút sau tập thở cơ hoành, từ 341m tăng lên 462m sau 30 ngày với giá trị p<0,01****Hình 2. Sự thay đổi chất lượng cuộc sống sau tập thở cơ hoành dựa trên thang điểm EQ-5D-3L, từ 66 điểm lên 75 điểm sau 30 ngày.**

#### IV. BÀN LUẬN

Mặc dù các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra những lợi ích của việc phục hồi chức năng hô hấp cho bệnh nhân suy tim mạn tính nhưng việc áp dụng trong thực hành lâm sàng còn nhiều

hạn chế. Nghiên cứu ACTION-HF đánh giá việc phục hồi chức năng hô hấp bằng các bài tập trên bệnh nhân suy tim mạn tính cũng chỉ ra rằng chỉ có 30% số bệnh nhân suy tim là có thể theo đuổi được các bài tập gắng sức tại nhà và nhóm bệnh nhân này cải thiện đáng kể các triệu chứng lâm sàng cũng như cải thiện được chất lượng cuộc sống [1].

Bên cạnh những phương pháp phục hồi chức năng thông thường ở bệnh nhân suy tim, phục hồi chức năng hô hấp làm tăng khả năng hoạt động của các cơ hô hấp, giảm triệu chứng khó thở, tăng khả năng gắng sức và cải thiện chất lượng cuộc sống [4].

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên một nhóm nhỏ bệnh nhân (n=30) suy tim có EF giảm và có triệu chứng đã chỉ ra rằng việc phục hồi chức năng hô hấp theo một qui trình chuẩn có thể cải thiện được khả năng gắng sức (đánh giá bằng test đi bộ 6 phút) với khả năng đi bộ tăng từ 341m lên 462m trên mặt phẳng và chất lượng cuộc sống (thang điểm 5Q5L) tăng từ 66 lên 75 theo bệnh nhân tự đánh giá. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự như một số nghiên cứu dựa trên đánh giá sự thay đổi VO2 [3]. Phương pháp phục hồi chức năng hô hấp hầu hết được triển khai cho nhóm bệnh nhân nặng tại các khoa chăm sóc tích cực (ICU) nhưng chưa được triển khai tại các khoa Tim mạch cho bệnh nhân suy tim mạn tính, nghiên cứu của chúng tôi lần đầu tiên chứng minh được rằng bệnh nhân suy tim mạn tính NYHA IV vẫn có thể thực hiện được các bài tập và mang lại hiệu quả tốt.

Một số tác giả đã giải thích về cơ chế của các bài tập phục hồi chức năng cơ hô hấp cho bệnh nhân suy tim như tăng cường hoạt động của cơ hoành giúp các cơ hô hấp khác (cơ liên sườn, ức đòn chhum...) tránh mệt mỏi và tăng khả năng hô hấp nói chung, tăng khối lượng cơ hô hấp, tăng hiệu quả sử dụng oxy của nhóm cơ này và cuối cùng là cải thiện được chức năng nội mạc của mạch máu thông qua hiệu quả sử dụng oxy [2].

Mặc dù đây là một nghiên cứu trên quần thể bệnh nhân nhỏ, số lượng bệnh nhân còn hạn chế và thực hiện tại một trung tâm nhưng đã mang

lại hiệu quả tích cực trong quản lý và điều trị bệnh nhân suy tim. Phương pháp phục hồi chức năng hô hấp có thể được mở rộng cho mọi bệnh nhân suy tim đến khám và điều trị tại các khoa Tim mạch trên toàn quốc.

## V. KẾT LUẬN

Phục hồi chức năng hô hấp bằng tập thở cơ hoành cho bệnh nhân suy tim mạn tính có thể thực hiện an toàn và cải thiện được khả năng gắng sức và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân suy tim mạn tính.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. O'Connor, C. M., et al. (2009), "Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial", JAMA. 301(14), pp. 1439-50.
2. Palau, P., et al. (2019), "Inspiratory Muscle Training and Functional Electrical Stimulation for

Treatment of Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: The TRAINING-HF Trial", Rev Esp Cardiol. 72(4), pp. 288-297.

3. Stein, R., et al. (2009), "Inspiratory muscle training improves oxygen uptake efficiency slope in patients with chronic heart failure", J Cardiopulm Rehabil Prev. 29(6), pp. 392-5.
4. Weiner, P., et al. (1999), "The effect of specific inspiratory muscle training on the sensation of dyspnea and exercise tolerance in patients with congestive heart failure", Clin Cardiol. 22(11), pp. 727-32.
5. Coelho, R., et al. (2005), "Heart failure and health related quality of life", Clin Pract Epidemiol Ment Health. 1, p. 19.
6. Ponikowski, P., et al. (2016), "2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC", Eur Heart J.

## GIÁ TRỊ SIÊU ÂM BỤNG VÀ SIÊU ÂM NỘI SOI TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TỤY VÀ PHÂN LOẠI THEO AJCC 2010

Nguyễn Trường Sơn<sup>1</sup>, Hoàng Mai Hương<sup>2</sup>, Đào Văn Long<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Ung thư tụy (UTT) là một bệnh ác tính của tế bào tuyến tụy, một trong những loại bệnh ung thư có tỷ lệ gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Siêu âm bụng và siêu âm nội soi là 2 phương tiện có giá trị cao trong chẩn đoán UTT. **Mục tiêu:** Giá trị siêu âm bụng và nội soi trong chẩn đoán và phân độ giai đoạn ung thư tụy theo phân loại AJCC 2010. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 73 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lấy vào nghiên cứu gồm 56 bệnh nhân ung thư tụy, cố so sánh với tiêu chuẩn vàng là mô bệnh học sau phẫu thuật. **Kết quả:** Siêu âm bụng và siêu âm nội soi có (%): Độ nhạy 80,4/92,9. Độ đặc hiệu 58,8/76,5. Giá trị chẩn đoán dương tính 86,5/92,9. Giá trị chẩn đoán âm tính 47,6/76,5. Độ chính xác 75,3/89,0%. Phân độ UTT theo American Joint Committee on Cancer (AJCC) 2010 trên siêu âm bụng giai đoạn IIA chiếm tỷ lệ cao nhất 33,3%. Siêu âm bụng dự đoán khả năng phẫu thuật được u (IA, IB, IIA, IIB) 86,6%. Siêu âm nội soi giai đoạn IIB chiếm tỷ lệ cao nhất 40,4%. SANS dự đoán khả năng phẫu thuật được u (IA, IB, IIA, IIB) là 82,7%. **Kết luận:** Siêu âm nội soi có giá trị cao hơn siêu âm bụng trong chẩn đoán ung thư tụy.

**Từ khóa:** Siêu âm nội soi, siêu âm bụng, ung thư tụy, phân loại theo AJCC.

### SUMMARY

#### COMPARATION OF THE VALUE OF ABDOMINAL ULTRASOUND AND ENDOSCOPIC ULTRASOUND IN THE DIAGNOSIS OF PANCREATIC CANCER AND CLASSIFICATION ACCORDING TO AJCC 2010

Pancreatic cancer is a malignancy of pancreatic cells, one of the leading causes of death in the world. Abdominal ultrasound and endoscopic ultrasonography are two highly valuable tools in the diagnosis of pancreatic cancer. **Objectives:** Values of abdominal and endoscopic ultrasound in diagnosis and staging of pancreatic cancer according to AJCC 2010 classification. **Patients and methods:** Retrospective, descriptive study on 73 eligible patients. Included in the study of 56 pancreatic cancer patients, compared with the gold standard of postoperative histopathology. **Results:** Abdominal ultrasound and endoscopic ultrasonography have (%): Sn 80.4/92.9. Sp 58.8/76.5. PPV 86.5/92.9. NPV 47.6/76.5. Acc 75.3/89.0%. Pancreatic cancer classification according to AJCC 2010 on Abdominal ultrasound stage IIA accounts for the highest rate of 33.3%. Abdominal ultrasound predicts the surgical probability of tumor (IA, IB, IIA, IIB) 86.6%. SANS stage IIB accounted for the highest rate of 40.4%. Endoscopic ultrasonography predicts the surgical probability of tumor (IA, IB, IIA, IIB) is 82.7%. **Conclusions:** Endoscopic ultrasound is more valuable than abdominal ultrasound in the diagnosis of pancreatic cancer.

<sup>1</sup>Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch mai,

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Sơn

Email: Nguyentruongsontm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2022

Ngày duyệt bài: 25.01.2022