

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH  
SIÊU ÂM NỘI SOI Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ THỰC QUẢN

Lê Đặng Thành Công<sup>1</sup>, Hoàng Đình Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Khải<sup>1</sup>

**Tóm tắt**

**Đặt vấn đề:** Siêu âm nội soi (SÂNS) là một trong các phương pháp chẩn đoán sớm, chính xác ung thư thực quản (UTTQ) về giai đoạn bệnh và tiên lượng, góp phần quan trọng trong định hướng điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh SÂNS ở bệnh nhân (BN) UTTQ và khảo sát mối liên quan một số đặc điểm hình ảnh SÂNS với các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, cắt lớp vi tính (CLVT) và mô bệnh học. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, hồi cứu và tiền cứu, được tiến hành trên 40 BN được chẩn đoán UTTQ dựa trên kết quả mô bệnh học và SÂNS. **Kết quả:** Trong số 40 đối tượng nghiên cứu, UTTQ hay gặp ở 1/3 giữa chiếm 50%, 1/3 dưới chiếm 37,5% và 1/3 trên chiếm 12,5%. Tổn thương trên SÂNS chủ yếu là giảm âm với 85%, 15% là tăng âm và hỗn hợp âm. Giá trị đo lường tương đồng giữa SÂNS và chụp CLVT trong chẩn đoán giai đoạn khối u là yếu (Kappa = 0,296), chẩn đoán hạch di căn (Kappa = 0,396), chẩn đoán UTTQ theo phân loại TNM/ AJCC7 (Kappa = 0,355). **Kết luận:** SÂNS đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán giai đoạn bệnh, tuy nhiên cần phối hợp nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh trong chẩn đoán giai đoạn UTTQ trước điều trị.

\* *Từ khóa:* Siêu âm nội soi; Ung thư thực quản; Cắt lớp vi tính.

STUDY ON CHARACTERISTICS OF ENDOSCOPIC  
ULTRASOUND IMAGES IN PATIENTS WITH ESOPHAGEAL CANCER

**Summary**

**Background:** Endoscopic ultrasound is one of the early and accurate methods of diagnosing esophageal cancer in terms of stage and prognosis, making an important contribution to treatment orientation. **Objectives:** To describe the characteristics of endoscopic ultrasound images in patients with esophageal cancer

---

<sup>1</sup>Học viện Quân y

Người phản hồi: Lê Đặng Thành Công (lecongqkg@gmail.com)

Ngày nhận bài: 20/9/2022

Ngày được chấp nhận đăng: 13/10/2022

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v47i9.215>

and explore the relationship between some features of endoscopic ultrasound images with clinical characteristics, endoscopic images, computed tomography, and histopathology. **Subjects and methods:** An analytical, retrospective, prospective, and cross-sectional descriptive study was conducted on 40 patients diagnosed with esophageal cancer based on histopathology and endoscopic ultrasonography. **Results:** Among 40 study subjects, esophageal cancer was common in the middle third, accounting for 50%, the lower third for 37.5%, and the upper third for 12.5%. Lesions on endoscopic ultrasound are mainly hypoechoic with 85%, 15% are hyperechoic and mixed. The value of similarity between endoscopic ultrasound and computed tomography scan in diagnosing tumor staging is weak ( $Kappa = 0.296$ ), diagnosing metastatic lymph nodes ( $Kappa = 0.396$ ), diagnosing esophageal cancer according to TNM/AJCC7 classification ( $Kappa = 0.355$ ). **Conclusion:** Endoscopic ultrasound plays a vital role in staging the disease; however, it is necessary to combine many imaging methods in diagnosing esophageal cancer before treatment.

\* **Keywords:** Endoscopic ultrasound; Esophageal cancer; Computed tomography.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

UTTQ là một trong những bệnh lý ác tính có tỷ lệ tử vong cao nhất thế giới. Theo GLOBOCAN năm 2020, UTTQ đứng thứ bảy về tỷ lệ mắc (604.000 ca mắc mới) và thứ sáu về tỷ lệ tử vong (544.000 ca tử vong) [1]. Nhiều nghiên cứu cho thấy 5% BN UTTQ có thể sống sau 5 năm, tuy nhiên tỷ lệ này có thể tăng lên đến 20% ở một số nơi trên thế giới [1]. Qua đó, có thể thấy rằng việc chẩn đoán sớm và chính xác giai đoạn UTTQ rất quan trọng để lựa chọn phương pháp và chiến lược điều trị phù hợp cho BN.

Do đặc tính quan sát được chi tiết, rõ ràng các lớp của thành thực quản và đánh giá các cơ quan xung quanh, SÂNS giúp chẩn đoán sớm và chính xác UTTQ và giai đoạn bệnh, tiên lượng bệnh cũng như giúp xác định phác đồ điều trị phù hợp cho BN. Độ chính xác của SÂNS trong chẩn đoán UTTQ là 87,5%, cao hơn so với 43,8% của CT [2]. Trong chẩn đoán giai đoạn là 72 - 76%, chẩn đoán đúng tình trạng hạch từ 66 - 89%. Khi kết hợp với chọc hút kim nhỏ tỷ lệ này còn tăng lên 90% [3]. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh vai

trò, giá trị của SÂNS trong chẩn đoán UTTQ và đều nhận định rằng SÂNS là phương pháp có ý nghĩa rất lớn. Tuy nhiên, ở Việt Nam kỹ thuật này chưa thực sự phổ biến và chưa có nhiều nghiên cứu đầy đủ về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm hình ảnh SÂNS ở BN UTTQ nhằm: *Mô tả đặc điểm hình ảnh SÂNS ở BN UTTQ và khảo sát mối liên quan một số đặc điểm hình ảnh SÂNS với các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, CLVT và mô bệnh học.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

40 BN được chẩn đoán UTTQ được thực hiện SÂNS tại Khoa Nội soi, Bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 9/2020 - 8/2022.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Tất cả BN được chẩn đoán UTTQ dựa trên kết quả mô bệnh học, có SÂNS tại Khoa Nội soi, Bệnh viện K - cơ sở Tân Triều. Hồ sơ của những BN trên phải đầy đủ và lưu trữ tại phòng hồ sơ của Bệnh viện K. BN không phân biệt tuổi giới và nghề nghiệp.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN nghi ngờ UTTQ trên nội soi nhưng kết quả mô

bệnh học âm tính. BN dị ứng với thuốc tiền mê.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

\* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, hồi cứu và tiền cứu.

\* *Cỡ mẫu:* 40 BN nghiên cứu được chọn theo cách chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn những BN phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

\* *Nội dung nghiên cứu:* Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới tính, nghề nghiệp...), đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, hình ảnh SÂNS trên BN có UTTQ; đặc điểm nội soi, CLVT và mô bệnh học có khảo sát mối liên quan với SÂNS.

\* *Xử lý số liệu:*

Số liệu sau khi thu thập sẽ kiểm tra tính đầy đủ, chính xác. Sau đó được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Các thuật toán thống kê được sử dụng trong thống kê mô tả: Tính toán các tỷ lệ, tần số, trung bình; Thống kê phân tích: Dùng phép kiểm định  $\chi^2$  để kiểm định mối liên quan giữa các yếu tố với mức ý nghĩa  $\alpha = 0,05$ . Tính chỉ suất chênh lệch OR với khoảng tin cậy 95%. Hệ số Kappa (viết tắt là K) về tính tương đồng giữa SÂNS và CLVT, mô bệnh học.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu này, 100% (40) đối tượng nghiên cứu là nam giới.

Bảng 1: Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu.

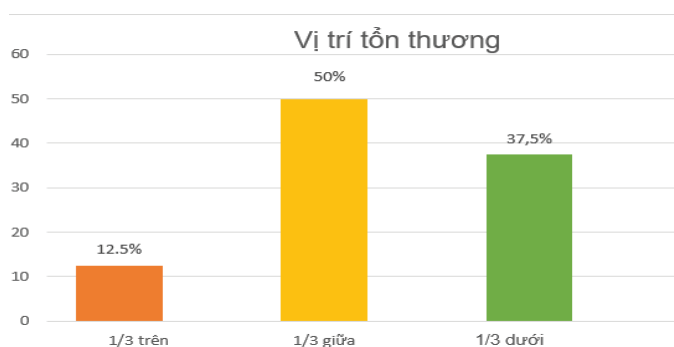
| Nhóm tuổi             | Số BN (n)    | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------|--------------|-----------|
| 40 - 50               | 4            | 10        |
| 51 - 60               | 20           | 50        |
| 61 - 70               | 15           | 37,5      |
| > 70                  | 1            | 2,5       |
| Tổng                  | 40           | 100       |
| Tổng trung bình (ĐLC) | 58,33 (7,24) |           |

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 58,33 (7,24). Độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu là 51 - 60 (50%).

Bảng 2: Phân bố mức độ biệt hóa tế bào.

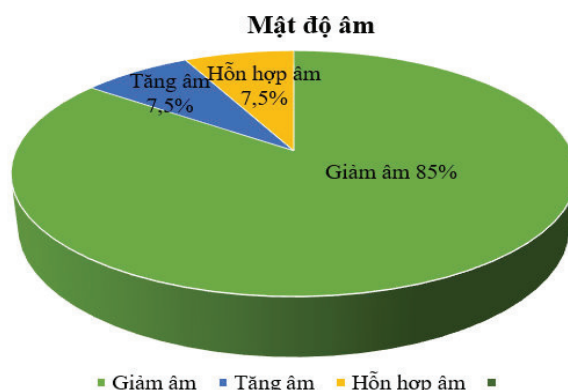
| Mức độ biệt hóa | Số BN (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------|-----------|-----------|
| Biệt hóa tốt    | 10        | 25        |
| Biệt hóa vừa    | 22        | 55        |
| Biệt hóa kém    | 8         | 20        |
| Tổng            | 40        | 100       |

Hầu hết BN UTTQ có độ biệt hóa vừa (55%). Mức độ biệt hóa tốt có tỷ lệ cao hơn mức độ biệt hóa kém.



Biểu đồ 1: Vị trí phân bố UTTQ.

Vị trí UTTQ hay gặp nhất là 1/3 giữa 50% và 1/3 dưới 37,5%. Khoảng 5/40 ca UTTQ nằm ở đoạn 1/3 trên chiếm 12,5%.



Biểu đồ 2: Đặc điểm âm vang của tổn thương.

Tổn thương UTTQ gặp chủ yếu trên SÂNS là giảm âm khoảng 85%; 6/40 tổn thương là hỗn hợp âm và tăng âm. Những tổn thương này khi phẫu thuật thấy hầu hết chúng hoại tử.

Bảng 3: Đặc điểm cấu trúc âm, bờ của tổn thương và kích thước khối u.

| Đặc điểm          | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------|------------|-----------|
| Cấu trúc âm       |            |           |
| Đồng nhất         | 12         | 30        |
| Không đồng nhất   | 28         | 70        |
| Bờ tổn thương     |            |           |
| Đều               | 20         | 50        |
| Không đều         | 20         | 50        |
| Kích thước khối u |            |           |
| < 1/2 chu vi      | 27         | 67,5      |
| > 1/2 chu vi      | 13         | 32,5      |
| Tổng              | 40         | 100       |

70% tổn thương ung thư có âm vang không đồng nhất do sự phá vỡ đảo lộn cấu trúc của tế bào tế bào ung thư; 30% là đồng nhất qua thống kê cho thấy chủ yếu là những tổn thương thuộc giai đoạn sớm.

Bờ tổn thương ung thư có bờ đều và không đều trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ ngang nhau.

Các khối u trong nghiên cứu chủ yếu < ½ chu vi chiếm 67,5%, bởi có thể đa phần các BN ung thư giai đoạn sớm. Khoảng 32,5% tổn thương chiếm > ½ chu vi, đối chiếu với phẫu thuật thì phù hợp với BN ở giai đoạn muộn hơn.

Bảng 4: Đánh giá giai đoạn của khối u thực quản.

| T   | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|------------|-----------|
| Đánh giá giai đoạn T của khối u trên SÂNS |            |           |
| Tis                                       | 3          | 7,5       |
| T1a                                       | 18         | 45        |
| T1b                                       | 12         | 30        |
| T2  | 4          | 10        |
| T3  | 3          | 7,5       |
| Đánh giá giai đoạn N trên SÂNS ở BN UTTQ  |            |           |
| N0  | 28         | 70        |
| N1  | 11         | 27,5      |
| N2  | 1          | 2,5       |
| Đánh giá giai đoạn trên SÂNS theo AJCC7   |            |           |
| Giai đoạn 0                               | 2          | 5         |
| Giai đoạn IA                              | 6          | 15        |
| Giai đoạn IB                              | 19         | 47,5      |
| Giai đoạn IIA                             | 0          | 0         |
| Giai đoạn IIB                             | 10         | 25        |
| Giai đoạn IIIA                            | 2          | 5         |
| Giai đoạn IIIB                            | 1          | 2,5       |
| Tổng                                      | 40         | 100       |

Trong nghiên cứu gặp chủ yếu là giai đoạn T1, trong đó T1a là 45% và T1b là 30%. Tỷ lệ giai đoạn T2 là 10%. Giai đoạn T3 và Tis chiếm tỷ lệ ngang nhau (7,5%). Không có trường hợp nào thuộc giai đoạn T4.

70% BN UTTQ trong nghiên cứu thuộc giai đoạn chưa có hạch lympho, 30% BN có hạch. Phân loại theo AJCC7, theo số lượng hạch, giai đoạn N1 chiếm tỷ lệ cao nhất với 11/12 trường hợp.

Đánh giá giai đoạn TNM theo AJCC7, giai đoạn I chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,5% IB và 15% IA. Sau đó là giai đoạn II với 25%. Giai đoạn III và 0 có tỷ lệ lần lượt là 3% và 5% cho từng giai đoạn. Không BN nào thuộc giai đoạn IV.

**Bảng 5: Liên quan giữa giai đoạn TNM với đặc điểm lâm sàng.**

| Triệu chứng        |           | Giai đoạn SÂNS |                | OR<br>(KTC95%)            |
|--------------------|-----------|----------------|----------------|---------------------------|
|                    |           | Giai đoạn N0   | Giai đoạn ≥ N1 |                           |
| Nuốt nghẹn         | Không (%) | 9 (22,5)       | 1 (2,5)        | 4,50<br>(0,498 - 40,654)  |
|                    | Có (%)    | 20(50)         | 10 (25)        |                           |
| Sút cân            | Không (%) | 14 (35)        | 5 (12,5)       | 1,120<br>(0,278 - 4,508)  |
|                    | Có (%)    | 15 (37,5)      | 6 (15)         |                           |
| Đau ngực           | Không (%) | 13 (32,5)      | 7 (17,5)       | 0,464<br>(0,111 - 1,940)  |
|                    | Có (%)    | 16 (40)        | 4 (10)         |                           |
| Tăng tiết nước bọt | Không (%) | 23 (57,5)      | 8 (20)         | 1,438<br>(0,290 - 7,138)  |
|                    | Có (%)    | 6 (15)         | 3 (7,5)        |                           |
| Nôn                | Không (%) | 24 (60)        | 7 (17,5)       | 2,734<br>(0,576 - 13,069) |
|                    | Có (%)    | 5 (12,5)       | 4 (10)         |                           |

BN thuộc giai đoạn N0 không có khả năng nuốt nghẹn cao gấp 4,5 lần so với nhóm giai đoạn ≥ N1 (KTC95%: 0,498 - 40,654). BN thuộc giai đoạn N0 không có khả năng sút cân cao gấp 1,12 so với nhóm giai đoạn ≥ N1 (KTC95%: 0,278 - 4,508). BN thuộc giai đoạn N0 không có khả năng đau ngực cao gấp 0,464 so với

nhóm giai đoạn  $\geq N1$  (KTC95%: 0,111 - 1,940). BN thuộc giai đoạn N0 không có khả năng tăng tiết nước bọt cao gấp 1,438 so với nhóm giai đoạn  $\geq N1$  (KTC95%: 0,290 - 7,138). BN thuộc giai đoạn N0 không có khả năng tăng tiết nôn gấp 2,734 so với nhóm giai đoạn  $\geq N1$  (KTC95%: 0,576 - 13,069).

Bảng 6: Liên quan giai đoạn T với hình ảnh đại thể.

| T    | Hình ảnh đại thể |          |          |                |              | P      |
|------|------------------|----------|----------|----------------|--------------|--------|
|      | Thể sớm          | Thể sùi  | Thể loét | Thể thâm nhiễm | Thể phối hợp |        |
| Tis  | 2 (5)            | 0        | 0        | 1 (2,5)        | 0            | < 0,05 |
| T1a  | 0                | 9 (22,5) | 3 (7,5)  | 6 (15)         | 0            |        |
| T1b  | 0                | 3 (7,5)  | 4 (10)   | 3 (7,5)        | 2 (5)        |        |
| T2   | 0                | 2(5)     | 1 (2,5)  | 0              | 1(2,5)       |        |
| T3   | 0                | 0        | 0        | 0              | 3 (7,5)      |        |
| Tổng | 2                | 14       | 8        | 10             | 6            |        |

Có mối liên quan giữa hình ảnh đại thể trên nội soi và mức độ xâm lấn của khối u trên SÂNS với  $p < 0,05$ . Các khối u xâm lấn càng nhiều thì có hình ảnh đại thể phù hợp với giai đoạn tiến triển.

Bảng 7: Liên quan giai đoạn N với hình ảnh đại thể.

| T  | Hình ảnh đại thể |         |          |                |              | P     |
|----|------------------|---------|----------|----------------|--------------|-------|
|    | Thể sớm          | Thể sùi | Thể loét | Thể nhiễm cứng | Thể phối hợp |       |
| N0 | 2 (5)            | 12 (30) | 5 (12,5) | 8 (20)         | 1 (2,5)      | 0,073 |
| N1 | 0                | 2 (5)   | 3 (7,5)  | 2 (5)          | 4 (10)       |       |
| N2 | 0                | 0       | 0        | 0              | 1 (2,5)      |       |

Chưa thấy mối liên quan giữa hình ảnh đại thể trên nội soi và sự xuất hiện của hạch trên SÂNS với  $p > 0,05$ .



Bảng 8: Liên quan giữa giai đoạn T và hẹp lòng thực quản.

| T   | Hẹp lòng thực quản |         | P     |
|-----|--------------------|---------|-------|
|     | Không (%)          | Có (%)  |       |
| Tis | 3 (7,5)            | 0       | 0,003 |
| T1a | 17 (42,5)          | 1 (2,5) |       |
| T1b | 9 (22,5)           | 3 (7,5) |       |
| T2  | 2 (5)              | 2 (5)   |       |
| T3  | 0                  | 3 (7,5) |       |

Không BN nào hẹp lòng thực quản thuộc giai đoạn Tis. Có mối liên quan giữa hẹp lòng thực quản trên nội soi và mức độ xâm lấn của khối u trên SÂNS. Khi ung thư giai đoạn càng muộn thì khả năng gây hẹp lòng thực quản càng cao.

### BÀN LUẬN

Theo nhiều nghiên cứu, tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ mắc bệnh UTTQ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy độ tuổi trung bình của BN UTTQ là 58,33 (7,24%), trong đó nhóm tuổi 51 - 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (50%). Kết quả của Nguyễn Thị Thúy Giang (2011), chủ yếu BN UTTQ thuộc nhóm tuổi 45 - 55 (51,9%), thứ hai là nhóm 56 - 65 (35,7%) [4]. Trong đề tài nghiên cứu của chúng tôi, 100% BN là nam giới. Kết quả này tương đồng với Kiều Thị Phương Nhân (2019) UTTQ phân bố không đều ở hai giới với tỷ lệ là 90% nam, 10% nữ [5].

Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy 39/40 trường hợp là ung thư biểu mô vảy (97,5%), 1/40 trường hợp là loạn

sản độ cao (2,5%) và không có BN nào là ung thư biểu mô tuyến. Hầu hết các BN UTTQ có độ biệt hóa vừa với 55%. Mức độ biệt hóa tốt cao có tỷ lệ cao hơn mức độ biệt hóa kém. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Xuân Hương, trên 35 BN ung thư, có 32 BN ung thư biểu mô tế bào vảy (91,4%), 3 BN ung thư biểu mô tuyến (8,6%) [6].

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy vị trí UTTQ hay gặp nhất là 1/3 giữa 50% và 1/3 dưới 37,5%. Khoảng 5/40 ca UTTQ nằm ở đoạn 1/3 trên (12,5%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Giang, với sự phân bố UTTQ lần lượt là 13,6% ở 1/3 trên; 72,8% ở 1/3 giữa; 13,6% ở 1/3 dưới [4]. Tác giả Zhang Y. và CS (2019) nhận thấy có 38,4%

khối u thực quản ở 1/3 giữa, 33,9% ở 1/3 dưới và 27,5% ở 1/3 trên thực quản [7].

Khi phân tích hình ảnh SÂNS chúng tôi nhận thấy hầu hết các tổn thương UTTQ là giảm âm (85%), không đồng nhất (70%). Đây cũng là đặc trưng thấy được trong nghiên cứu của các tác giả trong nước và ngoài nước. Tuy nhiên, có một số khác biệt với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Xuân Hương, 82,4% tổn thương ung thư là giảm âm và đồng nhất [6]. Theo nhóm tác giả Thomas W. Rice, tổn thương đồng nhất, không cản âm, đồng âm hoặc tăng âm thường lành tính [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ các tổn thương được xếp vào giai đoạn Tis, T1a, T1b, T2, T3, T4 theo AJCC 8 lần lượt lần lượt là 7,5%, 45%, 30%, 10% và 7,5%. Qua đó thấy được hầu hết tổn thương ung thư thực quản ở giai đoạn sớm được phát hiện trên siêu âm nội soi. Kết quả phù hợp với đề tài của O peach và cộng sự khi nghiên cứu độ chính xác của siêu âm nội soi trong đánh giá giai đoạn của ung thư thực quản trước phẫu thuật trên cỡ mẫu 179 bệnh nhân cho thấy 55% giai đoạn T1, 17% T2, 26% T3, 2% T4. Tuy nhiên, lại trái ngược với Kiều Thị Phương Nhân 2,5% là Tis, 5% là T1, 7,5% là T2, 42,5% là T3 và 42,5% là T4 [11]. Hầu hết các hạch

thấy được trên siêu âm nội soi là giảm âm đồng nhất, ranh giới tương đối rõ, có 70% N0, 27,5% N1, 2,5% N2 không có trường hợp nào thuộc N3, trong đó nhóm hạch có đường kính < 10 mm chiếm 83,33%, > 10 mm chiếm 16,67%. Kết quả này có sự khác biệt với Kiều Thị Phương Nhân, phổ biến trong nghiên này là N1 với 62,5%, sau đó tới N0 chiếm 22,5% và N2 5% [5].

Qua quá trình nghiên cứu chúng tôi thu được 5% giai đoạn 0, 15% giai đoạn IA, 47,5% IB, 0 IIA, 25% IIB, 5% IIIA, 2,5% IIIB không có BN nào thuộc giai đoạn IIIC và IV; qua đó có thể thấy được các BN chủ yếu được phát hiện ở giai đoạn sớm. Stephen G. Swisher và CS, trên cỡ mẫu 103 BN, có 42% giai đoạn IIA 5% IIB, 50% III, 6% IV A [9]. Một nghiên cứu khác năm 2005, cho kết quả 14/69 BN giai đoạn I, 29/69 BN đoạn III, 26/69 BN giai đoạn IV, không có BN thuộc giai đoạn II [10].

Liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng với giai đoạn bệnh, chúng tôi thu được kết quả như sau: BN thuộc giai đoạn N0 không có khả năng nuốt nghẹn cao gấp 4,5 lần so với nhóm giai đoạn  $\geq$  N1 (KTC95%: 0,498 - 40,654); BN thuộc giai đoạn N0 không có khả năng sút cân cao gấp 1,12 so với nhóm giai đoạn  $\geq$  N1 (KTC95%: 0,278 - 4,508); BN thuộc giai đoạn N0 không

có khả năng tăng tiết nôn gấp 2,734 so với nhóm giai đoạn  $\geq$  N1 (KTC95%: 0,576 - 13,069); Kiều Thị Phương Nhân và CS nghiên cứu mối liên quan giữa đặc điểm nuốt nghẹn, sụt cân, đau ngực nhận thấy BN có nuốt nghẹn có khả năng thuộc giai đoạn  $\geq$  N1 gấp 0,055 lần so với không có nuốt nghẹn (KTC95%: 0,008 - 0,386); BN có sụt cân có khả năng thuộc giai đoạn  $\geq$  N1 gấp 0,086 lần so với không có sụt cân (KTC95%: 0,15 - 0,505) [5].

Giá trị tương đồng giữa hai phương pháp SÂNS và chụp CLVT trong chẩn đoán giai đoạn UTTQ là yếu với hệ số Kappa cho từng giai đoạn lần lượt là T:  $K = 0,296$ , trong chẩn đoán N ( $K = 0,397$ ), trong chẩn đoán TNM theo AJCC7:  $K = 0,335$ . Kiều Thị Thanh Nhân cũng cho kết quả tương tự giá trị đo lường tương đồng giữa SÂNS và chụp CLVT trong chẩn đoán T là yếu ( $K = 0,221$ ), trong chẩn đoán N ( $K = 0,045$ ), trong chẩn đoán TNM theo AJCC7 là yếu ( $K = 0,249$ ). Trong nghiên cứu của tác giả Lee và CS, SÂNS ưu việt hơn hẳn CLVT trong chẩn đoán khối u cũng như giai đoạn N khi so sánh trong từng giai đoạn khối u cũng như độ chính xác toàn thể. Cụ thể, với giai đoạn T1, độ chính xác của SÂNS là 86,7%, CLVT là 46,7%, T2 86,7% và 53,3%, T3 93,3% và 86,7%; độ chính xác toàn thể của SÂNS là 86,7% và chụp CLVT là 33,3%. Trong

chẩn đoán N, khả năng chẩn đoán chính xác của SÂNS là 75%, chụp CLVT là 66,7% [12].

## KẾT LUẬN

SÂNS ở BN ung thư thực quản là phương pháp ít xâm hại, an toàn và hiệu quả, đóng vai trò quan trọng giúp chẩn đoán giai đoạn và mức độ UTTQ trước điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, 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): 209-249.
2. Helmut masmann, Klaus scholottmann (2001). Role of Endoscopy in the Staging of Esophageal and Gastric Cancer. *Seminars in Surgical Oncology*; 20: 78-81.
3. Stephanie G. Worrell, Daniel S. Oh, Christina L. Greene, et al. (2014). Endoscopic Ultrasound Staging of Stenotic Esophageal Cancers May Be Unnecessary to Determine the Need for Neoadjuvant Therapy. *J Gastrointest Surg*; 18(2): 318-320.
4. Nguyễn Thị Thúy Giang (2011). Đối chiếu giá trị chẩn đoán của siêu âm nội soi thực quản với lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa: 1-36.

5. Kiều Thị Phương Nhân (2019). Nghiên cứu đặc điểm siêu âm nội soi ở BN ung thư thực quản. Chuyên khoa Cấp II, Đại học Huế Trường Đại Học Y Dược.
6. Nguyễn Thị Xuân Hương (1999). Nghiên cứu hình ảnh siêu âm nội soi trong chẩn đoán ung thư thực quản. Luận án thạc sỹ y khoa.
7. Yueming Zhang, Shun He, Lizhou Dou, et al. (2019). Esophageal cancer N staging study with endoscopic ultrasonography. *Oncol Lett*; 17(1): 863-870.
8. Thomas W. Rice (2003). Benign Esophageal Tumors: Esophagoscopy and Endoscopic Esophageal Ultrasound. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*; 15(1): 20-26.
9. Stephen G. Swisher, Mary Maish, Jeremy J. Erasmus, et al. (2004). Utility of PET, CT, and EUS to Identify Pathologic Responders in Esophageal Cancer. *General Thoracic*; 78: 1152-1160.
10. Val J. Lowe, Fargol Booya, J. G. Fletcher, et al. (2005). Comparison of positron emission tomography, computed tomography, and endoscopic ultrasound in the initial staging of patients with esophageal cancer. *Mol Imaging Biol*; 7(6): 422-430.
11. O. Pech, E. Günter, F. Dusemund, et al. (2010). Accuracy of endoscopic ultrasound in preoperative staging of esophageal cancer: results from a referral center for early esophageal cancer. *Original article*, 12: 456-461.
12. Lee G H, Kim S. J, Jeong Y. J, et al. (2014). Clinical implication of PET/MR imaging in preoperative esophageal cancer staging: Comparison with PET/CT, endoscopic ultrasonography, and CT. *J Nucl Med*; 55(8): 1242-1247.