

MỘT SỐ CHỈ ĐỊNH CỦA SIÊU ÂM NỘI SOI TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TIÊU HÓA, MẬT TỤY

Vĩnh Khánh¹, Trần Văn Huy²

(1) Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Dược Huế

(2) Trung tâm Nội soi Tiêu hóa – Bệnh viện Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Bệnh lý tiêu hóa và mật tụy là những bệnh lý khá phổ biến ở nước ta, gây nên nhiều biến chứng nghiêm trọng. Siêu âm nội soi là một phương tiện hiện đại, được phát minh vào năm 1980 và đã trở thành phương tiện chẩn đoán hiệu quả đối với các bệnh lý tiêu hóa và mật tụy. Các nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh độ nhạy và đặc hiệu của siêu âm nội soi trong chẩn đoán các bệnh lý tiêu hóa và mật tụy. Ngoài ra, siêu âm nội soi can thiệp như: Siêu âm nội soi chọc hút bằng kim nhỏ, siêu âm nội soi dẫn lưu, siêu âm nội soi phong bế hoặc phá hủy đám rối tạng trong điều trị giảm đau đã cho thấy độ chính xác trong chẩn đoán, theo dõi và hiệu quả điều trị cao trong các bệnh lý tiêu hóa và mật tụy. Vì vậy, siêu âm nội soi cần được phát triển và hoàn thiện quy trình kỹ thuật ở nước ta, đây là kỹ thuật mới, hiện đại có khả năng phát hiện sớm các bệnh lý và từ đó giúp cải thiện tiên lượng của nhiều bệnh lý tiêu hóa và mật tụy. Mục tiêu của bài tổng quan này là khái quát và cập nhật các chỉ định hiện nay của siêu âm nội soi trong các bệnh lý tiêu hóa và mật tụy.

Từ khóa: Bệnh lý tiêu hóa, siêu âm nội soi.

Abstract

INDICATIONS OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GASTROINTESTINAL AND PANCREATICO – BILIARY DISEASES

Vinh Khanh¹, Tran Van Huy²

(1) Dept. of Internal Medicine, Hue University of Medicine and Pharmacy

(2) Hue University Hospital

The gastrointestinal and pancreatobiliary diseases are very common in Vietnam and lead to severe complications. In the 1980s, Endoscopic Ultrasound (EUS) was invented, and then rapidly EUS has become an useful diagnosis in gastrointestinal and pancreatobiliary diseases. Most of scientific researches in the world has demonstrated the sensitivity and specificity of EUS in diagnosis for gastrointestinal and pancreatobiliary diseases. In addition, Endoscopic ultrasound therapy such as: Endoscopic ultrasound - Fine Needle Aspiration (EUS-FNA), Endoscopic ultrasound drainage and Endoscopic ultrasound-guided celiac plexus neurolysis/block were evaluated to have the highest specificity and sensitivity in diagnosis, treatment and follow up gastrointestinal and pancreatobiliary diseases. Therefore, EUS has an important significance in development and completion of the EUS procedure in Vietnam. This new medical procedure is highly practicable in the gastrointestinal and pancreatobiliary diagnosis in the early period. The aim of this review was to describe some current indications of EUS in gastrointestinal and pancreatobiliary diseases.

Key words: Gastrointestinal and pancreatobiliary, Endoscopic Ultrasound (EUS).

- Địa chỉ liên hệ: Trần Văn Huy, email: bstranvanhuy@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2014.3.16

- Ngày nhận bài: 15/5/2014 * Ngày đồng ý đăng: 20/6/2014 * Ngày xuất bản: 10/7/2014

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh lý tiêu hóa và mật tụy khá phổ biến ở Việt Nam và đưa đến nhiều biến chứng nghiêm trọng nếu không được phát hiện và điều trị sớm. Siêu âm nội soi (EUS) là một phương tiện hiện đại, đây là sự kết hợp tuyệt vời giữa đầu dò siêu âm tần số cao được đưa vào lòng ống tiêu hóa thông qua một máy nội soi ống mềm, từ đó làm tăng độ chính xác trong chẩn đoán các bệnh lý mật tụy cũng như đánh giá thương tổn trong thành ống tiêu hóa. Nhiều nghiên cứu của các tác giả trên thế giới đã chứng minh độ đặc hiệu của siêu âm nội soi trong chẩn đoán các bệnh lý tiêu hóa [4]. Đối với các bệnh lý của tụy và đường mật thì siêu âm nội soi đã được các nghiên cứu trên thế giới chứng minh có độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán, theo tác giả Yamabe thì siêu âm nội soi là kỹ thuật an toàn và có độ nhạy và đặc hiệu cao trong đánh giá nhu mô và đường tụy [23]. Theo tác giả Chien trong báo cáo tổng hợp trên 2673 bệnh nhân cho thấy siêu âm nội soi có độ nhạy là 94% và độ đặc hiệu 95% trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ, đặc biệt có thể mạnh trong các trường hợp sỏi < 5mm và nằm ở vùng đầu tụy - ống mật chủ [3]. Ngoài ra, siêu âm nội soi có khả năng kết hợp với các dụng cụ hỗ trợ để tiến hành điều trị các trường hợp bệnh nhân khó trong chẩn đoán và điều trị như chọc hút bằng kim nhỏ (EUS-FNA: Endoscopic Ultrasound Fine Needle Aspiration), tiến hành dẫn lưu các nang tụy, phong bế đám rối thần kinh với hiệu quả cao trong chẩn đoán và điều trị [5]. Sự ra đời của siêu âm nội soi là phương tiện chẩn đoán mới và hiện đại đã góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán các bệnh lý mà các phương tiện chẩn đoán hiện không có khả năng chẩn đoán một cách chính xác. Với chuyên đề này chúng tôi đề cập đến các mục tiêu sau:

- *Chỉ định của siêu âm nội soi đối với các bệnh lý tiêu hóa và mật tụy.*

- *Mô tả các chỉ định siêu âm nội soi can thiệp đối với các bệnh lý tiêu hóa và mật tụy.*

2. CHỈ ĐỊNH – CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA SIÊU ÂM NỘI SOI

2.1. Chỉ định

2.1.1. Siêu âm nội soi chẩn đoán

- Chẩn đoán giai đoạn ung thư của ống tiêu hóa (TNM)

- Đánh giá sự bất thường của thành ống tiêu hóa hoặc các tổ chức liên kề. (Khối u dưới niêm mạc; hoặc từ ngoài chèn vào).

- Đánh giá sự dày lên của nếp gấp niêm mạc.

- Chẩn đoán – phân giai đoạn của ung thư Tụy.

- Đánh giá các bất thường của Tụy (nghi ngờ có khối u; tổn thương dạng nang gồm nang giả; nghi ngờ viêm tụy mạn...).

- Chẩn đoán giai đoạn của ung thư bóng Vater.

- Chẩn đoán và phân giai đoạn ung thư đường mật.

- Đánh giá khi có nghi ngờ sỏi ống mật chủ [1], [11].

2.1.2. Siêu âm nội soi can thiệp

- Phong bế đám rối thần kinh đối với những trường hợp đau mạn tính gây nên bởi viêm tụy mạn hoặc tổn thương ác tính trong ổ bụng.

- Chọc hút lấy mẫu bệnh phẩm chẩn đoán mô bệnh học.

- Dẫn lưu nang giả tụy, đường mật...

2.2. Chống chỉ định

Chống chỉ định cho siêu âm nội soi chẩn đoán hoàn toàn tương tự như trường hợp nội soi đường tiêu hóa trên chẩn đoán, kỹ thuật này gần như không có nhiều chống chỉ định tuyệt đối. Tuy nhiên, cũng cần chú ý đến tuổi, tình trạng tim mạch, toàn trạng bệnh nhân và những người bị bệnh tâm thần.

➤ Các chống chỉ định tuyệt đối bao gồm:

- Các bệnh lý ở thực quản có nguy cơ làm thủng thực quản như bóng thực quản do hóa chất và thuốc gây hẹp thực quản.

- Nhồi máu cơ tim dưới 6 tháng, rối loạn nhịp tim nặng, phình giãn động mạch chủ, suy tim, suy hô hấp, cơn cao huyết áp, khó thở do bất cứ nguyên nhân gì, cổ trướng quá nhiều.

➤ Các chống chỉ định tương đối:

- Những bệnh nhân không tỉnh táo, rối loạn về tâm thần.

- Bệnh nhân quá già yếu và suy nhược.

- Dấu hiệu sinh tồn không ổn định, tụt huyết áp, suy hô hấp.

- Túi thừa Zenker lớn máy có thể đi lạc vào gây thủng.
- Bệnh nhân không hợp tác.
- Ngoài ra, kỹ thuật siêu âm nội soi chọc hút bằng kim nhỏ thì có thêm các chống chỉ định:
 - Bệnh nhân có bệnh lý về rối loạn đông máu kèm theo.
 - Không tiếp cận được tổn thương (Có mạch máu nằm giữa vị trí cần chọc hút và đầu máy nội soi).
 - Các khối u có nguy cơ chảy máu sau chọc hút [1], [11].

3. SIÊU ÂM NỘI SOI CHẨN ĐOÁN

3.1. Siêu âm nội soi trong chẩn đoán bệnh lý ống tiêu hóa

Đối với các bệnh lý ống tiêu hóa thì nội soi ống mềm đã cho thấy vai trò rất lớn trong chẩn đoán vì đa số các bệnh lý của ống tiêu hóa đều xuất phát từ niêm mạc. Chính vì vậy, nội soi ống mềm đã khẳng định được vai trò trong chẩn đoán các bệnh lý ống tiêu hóa so với các phương tiện khác như siêu âm bụng, CT-Scanner. Tuy nhiên, siêu âm nội soi là sự kết hợp rất hiệu quả giữa siêu âm và nội soi, ngoài chức năng của nội soi thì siêu âm nội soi còn có chức năng của siêu âm từ đó giúp cho siêu âm nội soi có khả năng phân độ chính xác các tổn thương ung thư và đặc biệt các u dưới niêm mạc thì đây là thế mạnh của siêu âm nội soi mà hiện nay các phương tiện chẩn đoán khác không thể thay thế được. Theo nghiên cứu của tác giả thì siêu âm nội soi đã được chứng minh có độ chính xác cao trong việc chẩn đoán các tổn thương ở thực quản và khả năng xâm lấn của các tổn thương này đối với cấu trúc lớp của thực quản và di căn hạch lên đến 90% [24]. Theo nghiên cứu của Keswani thì siêu âm nội soi có giá trị hơn CT - Scanner, MRI, PET – CT trong chẩn đoán và phân độ ung thư thực quản, đặc biệt trong việc phát hiện các bằng chứng có di căn hạch [9]. Tương tự với các tổn thương dưới niêm mạc ở dạ dày hoặc các trường hợp ung thư dạ dày sớm thì siêu âm nội soi đã cho thấy hiệu quả trong các trường hợp này. Theo tác giả Kulkarni thì siêu âm nội soi là kỹ thuật có độ chính xác cao trong chẩn đoán các tổn

thương khu trú ở thành dạ dày [11]. Qua đó cho thấy siêu âm nội soi có độ chính xác cao trong vấn đề phân giai đoạn của các tổn thương ở thực quản đặc biệt là ung thư thực quản, từ đó có cơ sở để đưa ra các phương thức điều trị phù hợp cho từng trường hợp.

Ngoài ra, siêu âm nội soi đã cho thấy thế mạnh trong chẩn đoán các khối u dưới niêm mạc như u GIST, u cơ hay u mỡ... dựa vào vị trí khu trú của khối u ở các phân lớp ở thành ống tiêu hóa để định hướng chẩn đoán. Theo các tác giả trên thế giới thì u dưới niêm mạc đa số là lành tính chỉ có 15 – 30% có nguy cơ tiến triển ác tính, siêu âm nội soi đã cho thấy được thế mạnh trong chẩn đoán định hướng các khối u dưới niêm mạc, tác giả Brand và cộng sự cho thấy siêu âm nội soi có độ nhạy 95% và độ đặc hiệu 72% trong chẩn đoán u GIST, đối với u dưới niêm mạc nói chung thì nghiên cứu của tác giả Oguz cho thấy có độ nhạy là 50% và độ đặc hiệu là 72%. Tuy nhiên, để chẩn đoán chính xác bản chất của các khối u dưới niêm mạc thì cần phải thực hiện kỹ thuật siêu âm nội soi chọc hút bằng kim nhỏ [10].

3.2. Siêu âm nội soi trong chẩn đoán bệnh lý đường mật tụy

3.2.1. Siêu âm nội soi đánh giá tổn thương tại đường mật

Đối với các tổn thương tại đường mật thì siêu âm nội soi đã cho thấy hiệu quả cao trong chẩn đoán, đặc biệt là các tổn thương nằm tại đoạn đầu tụy. Theo nghiên cứu của các tác giả trên thế giới, siêu âm nội soi có độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ, đặc biệt là các trường hợp sỏi có kích thước nhỏ và nằm ở các vị trí khó khảo sát. Theo nghiên cứu của Tse siêu âm nội soi có độ nhạy là 94% và độ đặc hiệu là 95% trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ, theo tác giả Garrow khi so sánh giá trị của siêu âm nội soi trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ và các trường hợp tắc nghẽn đường mật thì siêu âm nội soi có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 89% và 94% [6], [18]. Khi so sánh giá trị của siêu âm nội soi - MRCP (Magnetic resonance cholangiopancreatography) thì độ nhạy và độ đặc hiệu của hai kỹ thuật này trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ gần tương tự nhau đều đạt từ

90 - 95% qua 7 nghiên cứu khác nhau. Tuy nhiên, siêu âm nội soi có giá trị cao hơn đối với các sỏi có kích thước rất nhỏ và khu trú đoạn cuối ống mật chủ, đặc biệt là sỏi với bóng Vater [19]. Ngoài ra, siêu âm nội soi còn có giá trị trong chẩn đoán và phân độ ung thư đường mật. Theo báo cáo tổng hợp từ 9 nghiên cứu cho thấy siêu âm nội soi có độ nhạy là 78% và độ đặc hiệu là 84% trong chẩn đoán các bệnh lý ác tính gây hẹp đường mật [6]. Về tổn thương tại túi mật: Theo nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cho thấy rằng độ nhạy và độ đặc hiệu của siêu âm nội soi đạt 92% và 88% trong khi siêu âm qua thành bụng chỉ đạt 54% và 54% khi chẩn đoán các khối u ở túi mật và đặc biệt các tổn thương có kích thước càng nhỏ thì siêu âm nội soi cho thấy được hiệu quả cao khi đặt đầu dò tại hành tá tràng để chẩn đoán và khảo sát túi mật trong các trường hợp này [1].

3.2.2. Siêu âm nội soi đánh giá tổn thương tại tụy

Siêu âm nội soi đã khẳng định được giá trị trong chẩn đoán bệnh lý tụy khi so sánh với siêu âm qua thành bụng, CT-Scanner, MRI trong chẩn đoán các bệnh lý về nhu mô tụy và đường tụy. Theo nghiên cứu của tác giả Albashir khi so sánh kết quả giữa siêu âm nội soi và mô bệnh học cho thấy siêu âm nội soi có độ nhạy là 84% và độ đặc hiệu 100% trong chẩn đoán viêm tụy mạn [2]. Trong báo cáo tổng kết của tác giả Yamabe thì siêu âm nội soi là một kỹ thuật an toàn và hiệu quả trong đánh giá nhu mô tụy, đường tụy và có giá trị cao trong chẩn đoán và theo dõi bệnh lý viêm tụy mạn [23]. Theo các nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy vai trò của siêu âm nội soi trong vấn đề chẩn đoán cũng như theo dõi các bệnh lý ở tụy, đặc biệt là nang tụy, nang tụy có 3 dạng: nang giả tụy; nang tụy bẩm sinh và u tụy dạng nang [1]. Với các tổn thương là nang tụy thì siêu âm nội soi có khả năng phát hiện các tổn thương nhỏ có kích thước khoảng 3 mm với độ chính xác từ 92 - 96% [14]. Siêu âm nội soi có độ nhạy là 94% và độ đặc hiệu là 85% đối với các trường hợp tổn thương dạng nang nghi ngờ nhiều đến là nang giả tụy. Các hình ảnh nang giả tụy thường xuất hiện đơn độc, không có vách ngăn và thường có các mô nhỏ ở trong nang [1]. Theo

các nghiên cứu trên thế giới siêu âm nội soi có độ chính xác cao lên đến 90% khi đánh giá kích thước của khối u đối với các tổn thương có kích thước nhỏ hơn 3cm còn đối với các tổn thương có kích thước lớn hơn 3 cm thì chỉ đạt 30% do giới hạn về khả năng đánh giá tổn thương xa với vị trí đầu dò. Khi so sánh với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác thì siêu âm nội soi có độ chính xác hơn khi đánh giá kích thước, vị trí của khối u, di căn hạch và mạch máu [1].

4. SIÊU ÂM NỘI SOI CAN THIỆP

Siêu âm nội soi can thiệp là một kỹ thuật rất mới, cần rất nhiều kinh nghiệm trong chuyên môn về lĩnh vực siêu âm nội soi. Trong siêu âm nội soi can thiệp thường gồm có các thủ thuật: Siêu âm nội soi chọc hút bằng kim nhỏ (EUS-FNA); Siêu âm nội soi dẫn lưu; Siêu âm nội soi phong bế đám rối thần kinh... Các thủ thuật này đều có hiệu quả cao trong chẩn đoán với độ nhạy và độ đặc hiệu cao, trong vấn đề điều trị thì có thể nói siêu âm nội soi can thiệp đã giúp cho chuyên ngành nội soi khẳng định được vị thế trong vấn đề điều trị các trường hợp khó mà không cần đến phẫu thuật ngoại khoa hoặc ngoại khoa chống chỉ định.

4.1. Siêu âm nội soi chọc hút bằng kim nhỏ

Kỹ thuật siêu âm nội soi chọc hút bằng kim nhỏ được áp dụng đầu tiên vào năm 1992 là phương pháp có khả năng lấy được các mẫu tổn thương ở tại thành ống tiêu hóa hoặc các tổn thương lân cận và từ đó tiến hành làm các xét nghiệm về giải phẫu bệnh để chẩn đoán chính xác về mô bệnh học [17]. Kỹ thuật siêu âm nội soi chọc hút bằng kim nhỏ được tiến hành trên bệnh nhân được gây mê và kỹ thuật này được tiến hành với các bước sau: (1) Chọn được vị trí để tiến hành thủ thuật: ở đây vị trí này phải được xác định là khoảng cách ngắn nhất giữa đầu ống siêu âm nội soi và vị trí tổn thương. Đặc biệt là giữa vị trí tổn thương và đầu dò siêu âm nội soi không có mạch máu để tránh tai biến xuất huyết khi tiến hành thủ thuật. (2) Chuẩn bị kim chọc: Kim chọc được đưa vào kênh thủ thuật và đưa đến tận phía đầu của ống siêu âm nội soi và được khóa lại tại vị trí đầu ống. (3) Lựa chọn kim chọc: Tùy thuộc vào tổn thương từ đó

có các lựa chọn về kích thước khác nhau của kim chọc từ 19; 22 hoặc 25 gauge. (4) Lấy mẫu bệnh phẩm: Kim chọc được chọc khoảng 10 – 20 lần vào vị trí tổn thương khi đã xác định được. (5) Xử lý mẫu bệnh phẩm: Mẫu bệnh phẩm được cho vào lọ có chứa Formalin để chuyển đến khoa Giải phẫu bệnh để tiến hành xét nghiệm mô bệnh học [17].

Theo nghiên cứu của tác giả Vazquez trên 125 bệnh nhân trước phẫu thuật ung thư thực quản thì kỹ thuật EUS-FNA có: độ nhạy 83% - độ đặc hiệu 87%, CT-Scanner: độ nhạy 29% - độ đặc hiệu 51%. Qua đó cho thấy siêu âm nội soi có độ chính xác cao trong vấn đề phân giai đoạn của các tổn thương ở thực quản đặc biệt là ung thư thực quản, từ đó có cơ sở để đưa ra các phương thức điều trị phù hợp cho từng trường hợp [21]. Qua báo cáo tổng hợp của Michael trên 33 nghiên cứu từ năm 1997 đến 2009 trên 4983 bệnh nhân thì kỹ thuật EUS-FNA có độ nhạy là 85% và độ đặc hiệu 98% đối với các khối u ở tụy [12].

4.2. Siêu âm nội soi dẫn lưu

Kỹ thuật siêu âm nội soi dẫn lưu thường được áp dụng cho các trường hợp nang giả tụy hoặc dẫn lưu vào đường mật trong các trường hợp khó thông vào đường mật khi tiến hành nội soi mật tụy ngược dòng thất bại. Đối với các trường hợp nang giả tụy, thì có thể nói dẫn lưu nang giả tụy dưới siêu âm nội soi có độ chính xác và hiệu quả điều trị rất cao. Kỹ thuật dẫn lưu qua siêu âm nội soi được áp dụng với đầu dò convert nhìn nghiêng kèm với kim chọc đưa qua kênh dụng cụ để đưa vào tổn thương, sau đó đặt guidewire làm đường dẫn và cuối cùng đặt stent để dẫn lưu. Vị trí dẫn lưu đặt stent trong điều trị nang giả tụy có thể thông vào dạ dày hoặc tá tràng tùy thuộc vào vị trí tổn thương. Với ưu điểm tiếp xúc gần như là trực tiếp với tổn thương kèm đầu dò Doppler nên đã hạn chế được biến chứng chọc vào mạch máu khi tiến hành thủ thuật dẫn lưu [13]. Theo nghiên cứu của tác giả Villa thì siêu âm nội soi dẫn lưu nang giả tụy đã cho thấy hiệu quả cao từ báo cáo đầu tiên, siêu âm nội soi dẫn lưu nang giả tụy đã cho thấy hiệu quả hơn hẳn so với điều trị bằng phẫu thuật hoặc dẫn lưu qua màn tăng sáng. Tỷ lệ thành công đạt 87-

97% và tỷ lệ tử vong 1% trong khi đó tỷ lệ tử vong do phẫu thuật đạt 10% và tỷ lệ biến chứng dẫn lưu của kỹ thuật chọc qua da lên đến 60% [22]. Tương tự theo nghiên cứu của Varadarajalu thì dẫn lưu nang giả tụy thành công đạt 100% và hiệu quả điều trị đạt 95% trong khi chọc dẫn lưu mù thành công đạt 57% và hiệu quả điều trị đạt 90% [20]. Ngoài ra, siêu âm nội soi còn được áp dụng chọc dẫn lưu vào đường mật trong các trường hợp nội soi mật tụy ngược dòng thất bại. Đối với vị trí chọc từ dạ dày thường chọc vào nhánh gan trái với tỷ lệ thành công 98%, còn đối với vị trí từ tá tràng vào ống mật chủ tỷ lệ thành công 92% theo báo cáo của Giovannini. Như vậy, siêu âm nội soi dẫn lưu có vai trò rất lớn trong vấn đề điều trị các bệnh lý nang giả tụy hoặc các trường hợp thông vào đường mật khó mà thủ thuật nội soi mật tụy ngược dòng thất bại [7].

4.3. Siêu âm nội soi điều trị giảm đau.

Siêu âm nội soi điều trị phong bế đám rối thần kinh tạng là một kỹ thuật được lựa chọn điều trị giảm đau đối với các bệnh nhân ung thư tụy, viêm tụy mạn hoặc đau vùng bụng không đáp ứng điều trị bằng thuốc. Trong đó có hai kỹ thuật EUS-CPN (EUS-ceeliac plexus neurolysis) thường được dùng trong trường hợp ung thư tụy và EUS-CPB (EUS-ceeliac plexus block) thường được áp dụng cho các trường hợp bệnh lý lành tính đau vùng bụng kéo dài không đáp ứng với điều trị thuốc. Đối với các trường hợp ung thư tụy triệu chứng đau chiếm đến 90% trên tổng số bệnh nhân và thủ thuật EUS-CPN cho thấy hiệu quả điều trị đạt 70%-90% [16]. Theo báo cáo của tác giả Puli thì EUS-CPN có hiệu quả điều trị giảm đau ở các bệnh nhân ung thư tụy đạt 80% [15]. Đối với kỹ thuật EUS-CPB theo báo cáo của tác giả Kaufman có hiệu quả điều trị giảm đau đạt 51,46% đối với các trường hợp viêm tụy mạn [8]. Như vậy, siêu âm nội soi phong bế đám rối thần kinh tạng đã cho đây là một kỹ thuật có hiệu quả điều trị cao, xâm nhập ít đối với các trường hợp đau do ung thư tụy, viêm tụy mạn hoặc đau vùng bụng kéo dài không đáp ứng với điều trị thuốc.

5. KẾT LUẬN

Siêu âm nội soi là phương tiện hiện đại với

hiều ứng dụng trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý tiêu hóa và mật tụy. Siêu âm nội soi đã cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán các bệnh lý tiêu hóa mà các phương tiện chẩn đoán khác còn hạn chế, ngoài ra với kỹ thuật chọc hút bằng kim nhỏ đã nâng vai trò chẩn đoán của siêu âm nội soi trong việc lấy mẫu bệnh phẩm để từ đó có chẩn đoán mô bệnh học và đây chính là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán các bệnh lý nghi ngờ ác tính. Bên cạnh đó siêu âm nội soi còn được sử dụng để điều trị trong

các trường hợp như dẫn lưu nang giả tụy, thông vào đường mật khi nội soi mật tụy ngược dòng thất bại hoặc phong bế đám rối tạng.... Qua đó cho thấy, siêu âm nội soi là một phương tiện rất hữu ích không những trong chẩn đoán mà còn trong điều trị các bệnh lý tiêu hóa và mật tụy. Vì vậy, siêu âm nội soi cần được phát triển và hoàn thiện quy trình kỹ thuật, đây là kỹ thuật hiện đại có khả năng phát hiện sớm các bệnh lý và từ đó làm giảm gánh nặng cho nền y tế của khu vực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akahoshi K (2012), Radial EUS of Pancreatico-Biliary System, Practical Handbook of Endoscopic Ultrasonography.
2. Albashir S, Bronner MP, Parsi MA, Walsh RM, Stevens T (2010), Endoscopic ultrasound, secretin endoscopic pancreatic function test, and histology: correlation in chronic pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 105: 2498-2503.
3. Chien-HC, ChiCY, YungHY, Tsang Yang, et al (2012), The efficacy of endoscopic ultrasound for the diagnosis of common bile duct stones as compared to CT, MRCP, and ERCP, *Journal of the Chinese Medical Association* 75.
4. Dumonceau J-M et al (2011). Indications, results, and clinical impact of endoscopic ultrasound (EUS)-guided sampling in gastroenterology: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline, *Endoscopy*; 43: 1–16.
5. Fusaroli P, Ceroni L, Caletti G (2013), Forward-view Endoscopic Ultrasound: A Systematic Review of Diagnostic and Therapeutic Applications, *Endoscopic ultrasound*, 2(2):64-70.
6. Garrow D, Miller S, Sinha D, et al (2007). Endoscopic ultrasound: a metaanalysis of test performance in suspected biliary obstruction. *Clin Gastroenterol Hepatol*; 5(5):616–23.
7. Giovannini M, Bories E (2012), Review Article: EUS-Guided Biliary Drainage, *Gastroenterology Research and Practice*.
8. Kaufman M, Singh G, Das S et al (2010), Efficacy of endoscopic ultrasound-guided celiac plexus block and celiac plexus neurolysis for managing abdominal pain associated with chronic pancreatitis and pancreatic cancer. *Journal of Clinical Gastroenterology* 2010; 44(2): 127-134
9. Keswani RN, Early DS, Edmundowicz SA, et al (2009), Routine positron emission tomography does not alter nodal staging in patients undergoing EUS-guided FNA for esophageal cancer. *Gastrointest Endoscopy*; 69:1210.
10. Kim HG, Ryu SY, Yun SK, Joo JK, et al (2012), Preoperative predictors of malignant gastric submucosal tumor, *Journal of the Korean Surgical Society*.
11. Kulkarni K (2010), Endoscopic ultrasound of the Gastrointestinal tract, *The Journal of Lancaster General Hospital*, Vol. 5 – No. 2.
12. Michael JH, Mark JW, Lucia P, Panagiotis V, et al (2012), EUS-guided FNA for diagnosis of solid pancreatic neoplasms: a meta-analysis, *Gastrointest endosc*, 75 (1).
13. Ng PY, Rasmussen DN, Vilman P, Hassan H, Gheorman V, Burtea D, et al (2013), Endoscopic Ultrasound-Guided DrainAge of Pancreatic Pseudocysts: Medium-Term Assessment of Outcomes and Complications. *Endosc Ultrasound*; 2(4): 199-203.
14. O'Toole D, Palazzo L, Hammel P et al (2004), Macrocytic pancreatic cystadenoma: the role of EUS and cyst fluid analysis in distinguishing mucinous and serous lesions. *Gastrointest Endosc* 59:823–829.
15. Puli SR, Reddy JB, Bechtold ML, Antillon MR, Brugge WR (2009), EUS-guided celiac plexus neurolysis for pain due to chronic pancreatitis or pancreatic cancer pain: a meta-analysis and systematic review. *Dig Dis Sci*; 54:2330–2337.
16. Soweid AM, Azar C (2010), Endoscopic ultrasound-guided celiac plexus neurolysis. *World J Gastrointest Endosc*; 2(6): 228-231
17. Tharian B, Tsiopoulos F, George N, Pietro SD et al, (2012), Endoscopic ultrasound fine needle aspiration: Technique and applications in clinical practice, *World J Gastrointest Endosc*, 4(12): 532–544.

18. Tse F, Liu L, Barkun A, Armstrong D, Moayyedi P et al (2008), EUS: a meta-analysis of test performance in suspected choledocholithiasis. *Gastrointest Endosc*;67: 235–44.
19. Vanessa M. shaMi, Michel Kahaleh (2010), The Role of EUS in the Biliary System, *Endoscopic ultrasound*, pp 329 – 370.
20. Varadarajulu S, Wilcox CM, Tamhane A, Eloubeidi MA et al (2007), Role of EUS in drainage of peripancreatic fluid collections not amenable for endoscopic transmural drainage, *Gastrointest Endosc* 66: 1107-1119.
21. Vazquez S, et al. (2003), Impact of lymph node staging on therapy of oesophageal carcinoma. *Gastro- enterology* 125(6):1626–1635.
22. Vila JJ, Carral D, Fernández-Urien I (2010), Pancreatic pseudocyst drainage guided by endoscopic ultrasound. *World J Gastrointest Endosc*; 2(6): 193-197.
23. Yamabe A, Irisawa A, Shibukawa G, Abe Y, Nikaido A, et al (2013), Endosonographic Diagnosis of Chronic Pancreatitis. *J Gastroint Dig Syst* S2: 005
24. Young PE, Gentry AB, Acosta RD, et al. (2010), Endoscopic ultrasound does not accurately stage early adenocarcinoma or high-grade dysplasia of the esophagus. *Clin Gastroenterol Hepatol*; 8:1037.