

## Vai trò của X quang cắt lớp vi tính trong chẩn đoán giai đoạn khối u của ung thư biểu mô túi mật

Nguyễn Thành Khương<sup>1</sup>, Hồ Hoàng Phương<sup>2</sup>, Đặng Ngọc Thạch<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Khoa Y, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh.

<sup>2</sup>Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Thành phố Hồ Chí Minh.

<sup>3</sup>Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh.

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, độ chính xác của CT trong đánh giá giai đoạn T của ung thư biểu mô túi mật, từ đó hỗ trợ quyết định lựa chọn phương thức điều trị.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 61 bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô túi mật được chụp CT có tiêm thuốc cản quang đủ 3 thì: trước tiêm, động mạch và tĩnh mạch trước sinh thiết hoặc phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân từ ngày 01/01/2020 đến ngày 31/12/2024. Thực hiện đọc và phân tích hình ảnh CT độc lập sau đó đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh.

**Kết quả:** Kết quả cho thấy CT có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm cho từng giai đoạn T lần lượt là: T1a (50%; 98,3%; 50%; 98,3%), T1b hoặc T2 (75%; 93,3; 80%; 91,3%), T3 (92,6%; 88,2%; 86,2%; 93,8%), T4 (93,8%; 100%; 100%; 97,8%; 98,4%), độ chính xác chung cho cả 4 giai đoạn là 86,9%. CT đánh giá xâm lấn gan, tá tràng, đại tràng, tụy, đường mật ngoài gan và mạch máu với độ phù hợp cao so với giải phẫu bệnh, trong đó độ chính xác với gan, tụy, đường mật và mạch máu đạt 100%. Gan là tạng bị xâm lấn thường gặp nhất.

**Kết luận:** CT là phương tiện hình ảnh hiệu quả và đáng tin cậy trong chẩn đoán giai đoạn T ung thư biểu mô túi mật.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô túi mật, cắt lớp vi tính đa dãy đầu dò, chẩn đoán giai đoạn T, xâm lấn tại chỗ.

### Abstract

#### The role of computed tomography (CT) in determining the tumour stage (T stage) of gallbladder adenocarcinoma

**Objective:** To evaluate the sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value and accuracy of computed tomography (CT) in determining the T stage of gallbladder carcinoma, thereby supporting treatment planning and therapeutic decision-making.

**Materials and Methods:** A retrospective study was conducted on **61 patients** with histopathologically confirmed gallbladder carcinoma who underwent contrast-enhanced triple-phase CT scans (non-contrast, arterial, and portal venous phases) before biopsy or surgery at **Binh Dan Hospital** from **January 1, 2020, to December 31, 2024**. CT images were independently reviewed and compared with histopathologic findings to assess diagnostic performance.

**Results:** CT demonstrated the following sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), and negative predictive value (NPV) for each T stage: **T1a:** (50%; 98,3%;50%, and 98,3%), **T1b/T2:** (75%; 93.3%; 80%, and 91,3%), **T3** (92,6%; 88,2%;

**Ngày nhận bài:**  
10/10/2025

**Ngày phân biện:**  
20/10/2025

**Ngày đăng bài:**  
20/01/2026

**Tác giả liên hệ:**  
Nguyễn Thành Khương

**Email:** thanhkuong7597@gmail.com

**ĐT:** 0908454165

86,2%; and 93,8%), **T4** (93,8%; 100%; 100%; and 97,8%). The overall diagnostic accuracy was **86.9%**. CT accurately assessed local invasion into adjacent organs such as the liver, duodenum, colon, pancreas, extrahepatic bile duct, and major vessels, with a near-perfect correlation to histopathology. The diagnostic accuracy for hepatic, pancreatic, biliary, and vascular invasion reached **100%**, with the liver being the most commonly invaded organ.

**Conclusion:** Multidetector CT is an effective and reliable imaging modality for preoperative T-staging and evaluation of local invasion in gallbladder carcinoma.

**Keywords:** Gallbladder carcinoma, multidetector computed tomography, T staging, local invasion.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư túi mật là một loại ung thư tương đối hiếm gặp. Việc chẩn đoán trên lâm sàng còn nhiều khó khăn vì đa số bệnh nhân ung thư túi mật ở những giai đoạn sớm thường không có triệu chứng hoặc triệu chứng mơ hồ, không đặc hiệu. Do đó, dù hiếm gặp nhưng ung thư biểu mô túi mật có tỉ lệ sống còn trung bình cho tất cả giai đoạn tương đối thấp [1], [2]. Hiện nay phương pháp điều trị chủ đạo cho ung thư biểu mô túi mật là phẫu thuật. Có nhiều phương pháp cắt bỏ u từ đơn giản đến phức tạp, phụ thuộc vào giai đoạn được đánh giá theo phân loại TNM của Ủy ban liên hợp về ung thư Hoa Kỳ (AJCC) phiên bản lần thứ 8 là phổ biến nhất [3]. Mức độ xâm lấn của khối u (giai đoạn T) đóng vai trò quan trọng trong quyết định lựa chọn phương thức phẫu thuật [4]. Hiện nay, phương tiện chủ yếu dùng để chẩn đoán và đánh giá giai đoạn ung thư biểu mô túi mật là hình ảnh học. Trong đó, X quang cắt lớp vi tính (CT) vẫn là lựa chọn hàng đầu vì tính phổ biến, tính chính xác và độ bao quát trong khảo sát tổn thương [5].

Trên thế giới có một vài nghiên cứu về giá trị của CT trong chẩn đoán giai đoạn T ung thư biểu mô túi mật, tuy nhiên các nghiên cứu này thực hiện cách đây khá lâu, từ những thập niên 2000 – 2010, vì vậy chưa cập nhật phân loại TNM phiên bản thứ 8 theo AJCC [6], [7], [8]. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về đánh giá giai đoạn của ung thư biểu mô túi mật còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi quyết định thực hiện nghiên cứu “Vai trò của X quang cắt lớp vi tính trong chẩn đoán giai đoạn khối u của ung thư biểu mô túi mật” với mục tiêu khảo sát độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên

đoán âm, độ chính xác của CT trong chẩn đoán giai đoạn T.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô túi mật tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2024.

### 2.2. Tiêu chuẩn đưa vào

- Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô túi mật.
- Bệnh nhân được chụp CT có tiêm thuốc cản quang trước khi sinh thiết hoặc phẫu thuật, thời gian từ lúc chụp đến thời điểm sinh thiết gửi giải phẫu bệnh không quá 60 ngày.

### 2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân ung thư biểu mô túi mật đã được điều trị trước đó.
- Bệnh nhân được chẩn đoán các bệnh lý ung thư nguyên phát khác ngoài túi mật.
- Bệnh nhân có thời gian giữa chụp CT có tiêm thuốc cản quang và phẫu thuật hay sinh thiết > 60 ngày.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.
- Hình ảnh CT nhiều xảo ảnh, không đạt chất lượng.

### 2.4. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

### 2.5. Phương pháp chọn mẫu

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi liên tục chọn các bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ tại Bệnh viện Bình Dân với xác suất như nhau.

### 2.6. Thu thập dữ liệu

Các dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng được

thu thập từ hệ thống lưu trữ bệnh án điện tử.

Hình ảnh CT trong nghiên cứu này được thực hiện bởi máy CT đa dãy đầu dò Philips Brilliance 64 lát cắt có các thông số kỹ thuật như sau: tốc độ quét của Detector 0,6s/ 1 chu kì quay, tốc độ di chuyển bàn # 37,5mm trong một chu kì quay, hiệu điện thế # 120 kV , cường độ dòng điện # 150 mAs. Hình ảnh chụp 3 thì gồm: trước tiêm, động mạch, tĩnh mạch, tái tạo 3 mặt phẳng

MPR cho mỗi thì. Các dữ liệu hình ảnh được lưu trữ, đọc và phân tích trên hệ thống PACS.

Tiến hành đọc mù kết quả hình ảnh kèm so sánh đối chiếu với kết quả đọc của một bác sĩ chẩn đoán hình ảnh khác có kinh nghiệm > 10 năm, ghi nhận kết quả, nếu có sự khác biệt thì hai bác sĩ bàn luận thống nhất kết quả cuối cùng. Giai đoạn T của ung thư biểu mô túi mật được đánh giá trên CT theo bảng sau:

<b>TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ GIAI ĐOẠN T UNG THƯ BIỂU MÔ TÚI MẬT TRÊN CT</b>	
Giai đoạn T1 a. T1a b. T1b	CT: Tổn thương dạng polyp hoặc phẳng không kèm dày thành túi mật. Dày khi đường kính lớn nhất > 3mm T1a: Khối dạng nhú hay polyp và Không dày hay biến dạng lớp thành trong và Không bất thường lớp thành ngoài T1b: > T1a
Giai đoạn T1b/T2	- Tổn thương có kèm dày thành túi mật. - Dày thành túi mật khu trú hay lan tỏa kèm bất thuốc không đồng nhất, hoặc dày thành dạng hai lớp với lớp trong bất thuốc mạnh và lớp ngoài bất thuốc kém. - Mặt phẳng mỡ giữa túi mật và các cơ quan lân cận còn thấy rõ.
Giai đoạn T3	- Xâm lấn, thể hiện qua mất ranh giới mặt phẳng mỡ phân tách giữa tổn thương với một cơ quan lân cận hoặc hình ảnh dày dạng nốt rõ ràng ở lớp thanh mạc. - Xâm lấn trực tiếp gan hoặc một trong các cơ quan lân cận như, tụy, tá tràng, đại tràng, mạc nối, đường mật ngoài gan.
Giai đoạn T4	Tổn thương xâm lấn hai hay nhiều hơn hai cơ quan lân cận ngoại trừ gan, hoặc tổn thương xâm lấn mạch máu.

Đối chiếu kết quả phân tích hình ảnh CT với kết quả giải phẫu bệnh và phẫu thuật.

### 2.7. Xử lý dữ liệu

Kết quả sau thu thập được xử lý và tính toán bằng phần mềm SPSS 23. So sánh hai tỉ lệ bằng phép kiểm  $\chi^2$  và hiệu chỉnh bằng phép kiểm Fisher chính xác nếu tần số quan sát < 5. Kẻ bảng 2x2 tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, độ chính xác cho chẩn đoán của từng giai đoạn và độ chính xác chung cho tất cả giai đoạn.

Nghiên cứu này được sự chấp thuận của Hội đồng Y đức Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, dựa trên hình ảnh, bệnh án điện tử, không thực hiện bất kỳ can thiệp nào trên bệnh nhân, không ảnh hưởng đến quyết định điều trị của bác sĩ lâm sàng.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm chung của dân số

Trong dân số nghiên cứu, có 61 trường hợp thỏa điều kiện đưa vào nghiên cứu (24 nam - 37 nữ). Tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $60,46 \pm 12,122$ , tuổi nhỏ nhất là 32, lớn nhất là 88m, nhóm tuổi từ 51 – 60 chiếm tỉ lệ cao nhất trong nghiên cứu. Cho đến nay chưa có đặc điểm hình ảnh đáng tin cậy giúp phân biệt giữa giai đoạn T1b và T2 trên CT, cũng như phương thức điều trị của hai giai đoạn này là tương tự nhau, nên chúng tôi xin gộp hai giai đoạn này thành một nhóm khi chẩn đoán giai đoạn T trên CT.

### 3.2. Giá trị của CT trong chẩn đoán giai đoạn T ung thư biểu mô túi mật

**Bảng 1.** So sánh kết quả đánh giá giai đoạn T trên CT so với giải phẫu bệnh

CT	Giải phẫu bệnh				Tổng	
	T1a	T1b hoặc T2	T3	T4		
<b>T1a</b>	(n) (%)	1 (50)	1 (50)	0 (0)	0 (0)	2 (100)
<b>T1b hoặc T2</b>	(n) (%)	1 (6,7)	12 (80)	2 (13,3)	0 (0)	15 (100)
<b>T3</b>	(n) (%)	0 (0)	3 (10,3)	25 (86,2)	1 (3,4)	29 (100)
<b>T4</b>	(n) (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	15 (100)	15 (100)
<b>Tổng</b>	(n) (%)	2 (3,3)	16 (26,2)	27 (44,3)	16 (26,2)	61 (100)

Theo phép kiểm chính xác Fisher ( p < 0,0001).

Giai đoạn T1a chẩn đoán theo giải phẫu bệnh có 2 ca, CT chẩn đoán đúng 1 ca, chẩn đoán quá độ 1 ca (CT chẩn đoán giai đoạn T1b hoặc T2, thực tế giai đoạn T1a).

Giai đoạn T1b hoặc T2 gồm 16 ca theo giải phẫu bệnh, trong đó CT chẩn đoán đúng 12 ca, chẩn đoán quá độ 3 ca thành giai đoạn 3, chẩn đoán thấp độ 1 ca thành giai đoạn T1a.

Đối với giai đoạn T3 gồm 27 ca, CT chẩn đoán chính xác 25 ca, 2 ca chẩn đoán thấp độ hơn thành T1b hoặc T2.

Giai đoạn T4, CT chẩn đoán gần như chính xác hoàn toàn với 15/16 ca phù hợp giải phẫu bệnh, 1 ca sai sót do bị chẩn đoán thấp độ hơn thành T3.

**Bảng 2:** Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, độ chính xác của từng giai đoạn T chẩn đoán theo CT

Giai đoạn T	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	PPV	NPV	Độ chính xác
<b>T1a</b>	50,0%	98,3%	50,0%	98,3%	96,7%
<b>T1b hoặc T2</b>	75,0%	93,3%	80,0%	91,3%	88,5%
<b>T3</b>	92,6%	88,2%	86,2%	93,8%	90,2%
<b>T4</b>	93,8%	100%	100%	97,8%	98,4%
<b>Độ chính xác chung = 86,9%</b>					
<b>Ghi chú:</b> PPV: Giá trị tiên đoán dương (Positive Predictive Value) NPV: Giá trị tiên đoán âm (Negative Predictive Value)					

Chẩn đoán giai đoạn T1a trên CT còn nhiều khó khăn, độ nhạy còn thấp chỉ 50%. Giai đoạn T1b và T2b có độ nhạy ở mức trung bình, tuy nhiên độ đặc hiệu và độ chính xác ở mức khá - tốt, lần lượt là 93,3% và 88,5%. CT chẩn đoán khá tốt ở giai đoạn T3 và T4 với độ nhạy và độ đặc hiệu đều cao, riêng giai đoạn T4 có độ đặc hiệu lên đến 100%, cả hai giai đoạn này đều có độ chính xác rất cao lần lượt là T3 (90,2%) và T4 (98,4%).

Độ chính xác chung trong chẩn đoán giai đoạn T trên CT đạt 86,9%, thực hiện chẩn đoán chính xác 53/61 trường hợp trong nghiên cứu.

**Bảng 3.** Đánh giá xâm lấn các tạng của ung thư biểu mô túi mật giữa CT và giải phẫu bệnh/ phẫu thuật

Tạng xâm lấn	CT	Giải phẫu bệnh và phẫu thuật
<b>Gan</b>	31	32
<b>Tá tràng</b>	18	16
<b>Đại tràng</b>	12	10
<b>Đường mật ngoài gan</b>	15	15
<b>Tụy</b>	2	2
<b>Mạch máu</b>	7	7

Kết quả cho thấy gan là tạng thường bị xâm lấn nhất, CT cho chẩn đoán xâm lấn gan khá chính xác với chỉ 1 trường hợp khác biệt với giải phẫu bệnh và phẫu thuật. Tá tràng và đại tràng là những vị trí ung thư biểu mô túi mật thường xâm lấn. Sai lệch giữa kết quả CT với giải phẫu bệnh và phẫu thuật trong đánh giá xâm lấn những tạng này là không đáng kể, cụ thể số ca sai lệch là 6 ca (4 ở tá tràng và 2 ở đại tràng), 1 ca có xâm lấn tá tràng nhưng chẩn đoán không có, 5 ca còn lại do chẩn đoán quá độ, có thể do phản ứng viêm dính gây hình ảnh dương tính giả. Nhìn chung CT cho đánh giá khá tốt về xâm lấn các tạng lân cận trong ung thư biểu mô túi mật, với chẩn đoán đường mật ngoài gan, tụy và mạch máu khi đối chiếu với giải phẫu bệnh/ phẫu thuật có tỷ lệ chính xác 100%.

#### 4. BÀN LUẬN

Đánh giá sự phát triển và xâm lấn tại chỗ của ung thư biểu mô túi mật đóng vai trò then chốt trong việc quyết định chiến lược điều trị tối ưu. Các phương pháp phẫu thuật được xác định dựa vào đánh giá giai đoạn T của khối u, khả năng cắt bỏ được khối u hay không cũng dựa trên mức độ xâm lấn các tạng lân cận [9]. Do đó, yêu cầu đánh giá chính xác giai đoạn T của ung thư biểu mô túi mật trước điều trị sử dụng các công cụ hình ảnh học, đặc biệt là CT, là cực kì quan trọng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, CT đạt độ chính xác chung 86,9% cho tất cả giai đoạn T. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Kim SJ và cs năm 2008 (84,9%) thực hiện cũng trên CT đa dãy đầu dò hay của Yoshimitsu và cs năm 2002 (83%) trên CT xoắn ốc [6], [10]. Kết quả này cao hơn so với báo cáo của Kim BS và cs năm 2002 trên CT khảo sát thường quy và xoắn ốc [8]. Điều này chứng tỏ CT vẫn là công cụ hữu hiệu dùng để chẩn đoán giai đoạn T trước mổ ở bệnh nhân ung thư biểu mô túi mật.

Đối với giai đoạn T1a, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận 2 trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh là giai đoạn T1a. CT xác định đúng 1 trường hợp và đánh giá quá độ 1 trường hợp thành T1b/T2. Độ nhạy đạt 50%, trong khi độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán âm đạt 98,3%.

Kết quả này tương đồng với báo cáo của Yoshimitsu và cs (2002) độ nhạy 33%, độ đặc hiệu 94% [10]. Tuy nhiên cần lưu ý nghiên cứu của Yoshimitsu thực hiện trên CT xoắn ốc còn nghiên cứu của chúng tôi trên CT đa dãy đầu dò (MDCT). Nghiên cứu của Kim SJ và cs (2008) khi thực hiện trên MDCT cho kết quả độ nhạy cao hơn (79,31%), độ đặc hiệu 98,88% [6]. Điều này có thể giải thích do số trường hợp T1a ghi nhận được trong nghiên cứu của chúng tôi quá ít, nên kết quả này có thể chưa phản ánh đúng giá trị thực sự của CT trong đánh giá giai đoạn T1a, vì vậy cần thận trọng khi sử dụng kết quả này.

Giai đoạn T1b trong nghiên cứu của chúng tôi được gộp chung thành một nhóm với giai đoạn T2, vì biểu hiện trên CT của hai giai đoạn này giống nhau, cho đến nay chưa có đặc điểm hình ảnh nào đáng tin cậy để phân biệt hai giai đoạn này, cũng như phương pháp điều trị cho hai giai đoạn này là tương tự [11]. Kết quả trong nghiên cứu này ghi nhận CT đạt độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 93,3% và độ chính xác 88,5% trong chẩn đoán giai đoạn T1b/T2. Kết quả này không khác biệt đáng kể với Kim SJ và cs (2008) báo cáo MDCT có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác trong phân biệt giai đoạn T1 và T2 lần lượt là 79,31%, 98,88%, 94,07%; trong phân biệt giai đoạn T2 và T3 là 92,65%, 86,00%, 89,83% [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ở giai đoạn T1b/T2 có 1 ca bị đánh giá

thấp độ thành T1a và 3 ca đánh giá quá độ thành T3. Trường hợp đánh giá thấp độ nguyên nhân do hạn chế của CT trong việc phân tách lớp cơ của thành túi mật, dẫn đến khó khăn trong xác định khối u có xâm lấn đến lớp cơ, hay xâm lấn qua lớp cơ hay chưa [12]. Trong 3 trường hợp bị đánh giá quá độ, đặc điểm chung là hình ảnh dày lớp thành ngoài, lớp thành ngoài kém đều, hướng chẩn đoán đến giai đoạn T3, giải phẫu bệnh có phản ứng viêm kết hợp, có thể lý giải cho hình ảnh dương tính giả này. Do đó, ở giai đoạn này, CT nên được phối hợp với siêu âm độ phân giải cao (HRUS) hoặc MRI để cải thiện khả năng phát hiện sớm [13], [14].

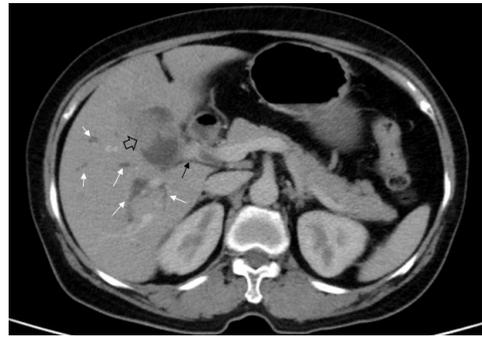
Trong nghiên cứu của chúng tôi, CT chẩn đoán khá chính xác các khối u giai đoạn T3 và T4 với độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác lần lượt là T3 (92,6%; 88,2%; 90,2%) và T4 (93,8%; 100%; 98,4%). Kết quả này có phần tương đồng với báo cáo của Kim SJ và cs (2008), hay nghiên cứu của Yoshimitsu và cs (2002) đều cho kết quả CT có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác cao trong đánh giá các giai đoạn tiến triển T3, T4 của ung thư biểu mô túi mật [6], [10].



**Hình 1:** Vị trí mỡ ranh giới lớp mỡ giữa khối u và thành tá tràng (mũi tên), gợi ý khối u xâm lấn tá tràng.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận CT đánh giá xâm lấn mạch máu, tụy và đường mật ngoài gan trong ung thư biểu mô túi mật với độ chính xác 100%. Gan là tạng có tỉ lệ xâm lấn nhiều nhất vì có phần dính với thành túi mật tại giunction túi mật, đường mật ngoài gan là vị trí thường có xâm lấn của ung thư biểu mô túi mật vì tính liên tục với túi mật dễ dàng cho mô u xâm lấn, tá tràng và đại tràng cũng là hai tạng thường bị xâm lấn với vị trí giải phẫu gần với túi mật, đặc biệt khi khối u phát triển với kích thước lớn. Kết quả này không có nhiều khác biệt với các tác giả khác như Kalra và cs (2006)

hay Kumaran và cs (2002) [7], [15]. Các kết quả trên phản ánh CT là công cụ hữu hiệu trong chẩn đoán xâm lấn tại chỗ của ung thư biểu mô túi mật, góp phần định hướng các lựa chọn điều trị.



**Hình 2.** Tổn thương dày thành tạo khối, bất thường trong lòng ống mật chủ (mũi tên đen), trên bệnh nhân có tổn thương dạng khối trong lòng túi mật (mũi tên trắng), kèm giãn đường mật trong gan (mũi tên trắng). Hình ảnh gợi ý khối u túi mật xâm lấn ống mật chủ gây giãn đường mật trên dòng.

Về mặt hạn chế, nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu chưa lớn, sự phân bố các trường hợp giữa các giai đoạn chưa đồng đều, giai đoạn T1a chỉ có 2 trường hợp khiến kết quả có thể chưa phản ánh đúng các chỉ số của CT trong đánh giá giai đoạn này. Hạn chế về mặt kỹ thuật chưa phân tách được lớp cơ tron thành túi mật, cũng như việc chưa có đặc điểm hình ảnh đáng tin cậy giúp chẩn đoán khối u đã vượt qua lớp cơ thành túi mật hay chưa, khiến việc phân biệt giai đoạn T1b và T2 trên CT rất khó khăn, vì vậy trong nghiên cứu này chúng tôi vẫn phải gộp hai giai đoạn này thành một nhóm.

## 5. KẾT LUẬN

CT có giá trị cao trong đánh giá giai đoạn T của ung thư biểu mô tuyến túi mật, với độ chính xác tổng thể đạt 86,9%. Độ phù hợp giữa chẩn đoán hình ảnh và giải phẫu bệnh có ý nghĩa thống kê cao ( $p < 0,0001$ ). CT cho độ tin cậy cao trong đánh giá xâm lấn các tạng lân cận, đặc biệt là gan, đại tràng, tá tràng, đường mật ngoài gan, tụy và mạch máu, với độ chính xác 93–100%. Gan là cơ quan bị xâm lấn thường gặp nhất (52,5% trường hợp). Nghiên cứu còn vài hạn chế như cỡ mẫu quá nhỏ ở giai đoạn T1, cũng như các tổn thương giai đoạn T1b – T2 nên phối hợp thêm MRI hoặc siêu âm qua nội soi để cải thiện khả năng phân biệt lớp cơ

tron thành túi mật và phát hiện tổn thương nhỏ khu trú. Nhìn chung, với những ưu điểm và độ tin cậy cao, CT nên được xem là phương tiện đầu tay trong đánh giá tiền phẫu ung thư biểu mô túi mật nhờ khả năng xác định chính xác mức độ xâm lấn tại chỗ của khối u.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mukkamalla SKR, Kashyap S, Recio-Boiles A, et al. Gallbladder Carcinoma. [Updated 2023 Jul 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.
2. Roa JC, García P, Kapoor VK, Maithel SK, Javle M, Koshiol J. Gallbladder cancer. *Nat Rev Dis Primers*. 2022 Oct 27;8(1):69. doi: 10.1038/s41572-022-00398-y. Erratum in: *Nat Rev Dis Primers*. 2022 Nov 18;8(1):75. doi: 10.1038/s41572-022-00408-z. PMID: 36302789.
3. You, D. .D., Lee, H. .G., Paik, K. .Y., Heo, J. .S., Choi, S. .H., and Choi, D. .W. What is an adequate extent of resection for T1 gallbladder. cancers? *Ann. Surg.* (2008); 247 (5), 835–838. doi:10.1097/SLA.0b013e3181675842.
4. Ogura, Y., Mizumoto, R., Isaji, S., Kusuda, T., Matsuda, S., and Tabata, M. Radical operations for carcinoma of the gallbladder: Present status in Japan. *World J. Surg.* (1991); 15 (3), 337–343. doi:10.1007/BF01658725.
5. Ramachandran A, Srivastava DN, Madhusudhan KS. Gallbladder cancer revisited: the evolving role of a radiologist. *Br J Radiol* 2020; 94: 20200726.
6. Kim SJ, Lee JM, Lee JY, et al. Accuracy of Preoperative T-Staging of Gallbladder Carcinoma Using MDCT. *American Journal of Roentgenology*. 2008;190(1):74-80. doi: 10.2214/AJR.07.2348.
7. Kalra N, Suri S, Gupta R, et al. MDCT in the Staging of Gallbladder Carcinoma. *American Journal of Roentgenology*. 2006;186(3):758-762. doi:10.2214/AJR.04.1342.
8. Kim BS, Ha HK, Lee IJ, et al. Accuracy of CT in local staging of gallbladder carcinoma. *Acta Radiol*. 2002;43(1):71-76. doi:10.1080/02841850212734747
9. Li B, Xu XX, Du Y, et al. Computed tomography for assessing resectability of gallbladder carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Imaging*. 2013; 37(2):327-333. doi:10.1016/j.clinimag.2012.05.009
10. Yoshimitsu K, Honda H, Shinozaki K, et al. Helical CT of the local spread of carcinoma of the gallbladder: evaluation according to the TNM system in patients who underwent surgical resection. *AJR* 2002; 179:423–428.
11. Matsuyama R, Yabusita Y, Homma Y, Kumamoto T, Endo I. Essential updates 2019/2020: Surgical treatment of gallbladder cancer. *Annals of Gastroent Surgery*. 2021;5(2):152-161. doi:10.1002/ags3.12434.
12. John S, Moyana T, Shabana W, Walsh C, McInnes MDF. Gallbladder Cancer: Imaging Appearance and Pitfalls in Diagnosis. *Can Assoc Radiol J*. 2020;71(4):448-458. doi:10.1177/0846537120923273
13. Joo I, Lee JY, Baek JH, et al. Preoperative differentiation between T1a and  $\geq$ T1b gallbladder cancer: combined interpretation of high-resolution ultrasound and multidetector-row computed tomography. *Eur Radiol*. 2014;24(8):1828-1834. doi:10.1007/s00330-014-3206-x.
14. Pankaj Gupta, Maoulik Kumar, Vishal Sharma, Usha Dutta & Manavjit Singh Sandhu: Evaluation of gallbladder wall thickening: a multimodality imaging approach., *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. 2020, DOI: 10.1080/17474124.2020.1760840.
15. Kumaran V, Gulati M, Paul S, Pande G, Sahni P, Chattopadhyay T. The role of dual-phase helical CT in assessing resectability of carcinoma of the gallbladder. *Eur Radiol*. 2002;12(8):1993-1999. doi:10.1007/s00330-002-1440-0.