

ENDOSCOPIC ULTRASOUND CHARACTERISTICS IN THE DIAGNOSIS OF PANCREATIC CYSTIC LESIONS AT THE GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY CENTER, BACH MAI HOSPITAL, 2024–2025

Nguyen Thi Thu Duyen¹, Nguyen Cong Long¹, Kieu Van Tuan¹, Pham Binh Nguyen¹, Ha Thi Lan Huong¹, Dinh Thi Quynh Huong¹

¹Center for Gastroenterology - Hepatology - Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong Street, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 29/10/2025

Revised: 29/11/2025; Accepted: 24/02/2026

ABSTRACT

Background and Objective: Pancreatic cystic lesions (PCLs) are increasingly detected due to advances in imaging modalities. Differentiating between neoplastic cysts (IPMN, MCN, SCN, SPPN, etc.) and non-neoplastic cysts is crucial for determining whether surgical resection or surveillance is appropriate. Endoscopic ultrasound (EUS), with its high-frequency transducer and close proximity to the pancreas, allows for accurate evaluation of high-risk features such as mural nodules, cyst wall thickening, and main pancreatic duct (MPD) dilation, thereby elucidating the true nature of the lesion.

Objective: To describe the EUS characteristics of pancreatic cystic lesions. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 25 patients with pancreatic cystic lesions at the Gastroenterology and Hepatology Center, Bach Mai Hospital (May 2024 – May 2025). All patients underwent CT/MRI, EUS ± FNA, and had histopathological confirmation. Data were analyzed using SPSS to calculate sensitivity (Se), specificity (Sp), and diagnostic concordance of EUS and MRI compared with histopathology.

Results: Female patients accounted for 56%, with the 60–79-year-old group being the most common (48%). The most frequent symptoms were abdominal pain (60%) and diabetes (56%). On EUS, heterogeneous hypoechogenicity (44%) was associated with malignancy in 72.7%, and solid/thick-walled cysts carried a 50% malignancy risk. A strong correlation was observed between mural nodules ≥ 5 mm and malignancy (70%, $p = 0.002$). Thickened cyst walls > 2 mm on EUS were significantly associated with malignancy ($p = 0.005$). EUS showed higher sensitivity and specificity (72.9% and 85.1%, respectively) than MRI (61.9% and 63.9%) in identifying the true nature of lesions compared with histopathology. MPD dilation ≥ 10 mm was mainly observed in IPMN cases and strongly correlated with high-grade dysplasia or malignancy.

Conclusion: EUS provides superior diagnostic performance compared with MRI in detecting high-risk features of pancreatic cystic lesions—particularly mural nodules, thickened walls, and heterogeneous echogenicity. Combining EUS and MRI improves diagnostic accuracy and optimizes treatment strategies for patients with pancreatic cystic lesions.

Keywords: Endoscopic ultrasound; Pancreatic cyst; Solid nodule; Mural thickness; Histopathology.

*Corresponding author

Email: drthuduyen@gmail.com Phone: (+84) 912112186 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4411>

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM NỘI SOI TRONG CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG DẠNG NANG TUYẾN TỤY TẠI TRUNG TÂM TIÊU HÓA GAN MẬT TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI 2024- 2025

Nguyễn Thị Thu Duyên¹, Nguyễn Công Long¹, Kiều Văn Tuấn¹, Phạm Bình Nguyên¹, Hà Thị Lan Hương¹, Đinh Thị Quỳnh Hương¹

¹Trung tâm Tiêu hóa- Gan mật- Bệnh viện Bạch Mai - 78 đường Giải Phóng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 29/10/2025

Ngày sửa: 29/11/2025; Ngày đăng: 24/02/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Tổn thương dạng nang tuyến tụy ngày càng được phát hiện nhiều nhờ sự phát triển của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh. Việc phân biệt nang tân sinh (IPMN, MCN, SCN, SPPN...) với nang không tân sinh có ý nghĩa quyết định trong chỉ định phẫu thuật hay theo dõi. Siêu âm nội soi (EUS) với thể mạnh đầu dò tần số cao, tiếp cận trực tiếp với tuyến tụy, đánh giá chính xác các yếu tố nguy cơ: nốt đặc, vách dày, giãn ống tụy chính từ đó tìm đúng bản chất tổn thương.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm hình ảnh EUS của các tổn thương dạng nang tuyến tụy. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 25 bệnh nhân có tổn thương dạng nang tuyến tụy tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai (05/2024 – 05/2025). Các bệnh nhân được chụp CT/MRI, làm EUS ± FNA, có kết quả GPB. Xử lý dữ liệu bằng SPSS, tính Se, Sp và so sánh sự phù hợp chẩn đoán của EUS, MRI với GPB.

Kết quả: Nữ giới chiếm 56%, nhóm tuổi 60–79 chiếm nhiều nhất (48%). Triệu chứng thường gặp: đau bụng (60%), đái tháo đường (56%). Trên EUS, hình ảnh giảm âm không đồng nhất (44%) có tỷ lệ ác tính 72,7%; nang đặc/vách dày có nguy cơ ác tính 50%. Có sự liên quan chặt chẽ giữa nốt đặc ≥ 5 mm với ác tính (70%, $p=0,002$). Có sự liên quan vách dày > 2 mm trên EUS với ác tính ($p=0,005$). EUS có độ nhạy 72,9% và đặc hiệu 85,1%, vượt trội so với MRI (61,9% và 63,9%) trong chẩn đoán bản chất tổn thương có đối chiếu với GPB. Giãn ống tụy ≥ 10 mm chủ yếu gặp trong IPMN, liên quan chặt chẽ đến loạn sản độ cao hoặc ác tính.

Kết luận: EUS có giá trị cao hơn MRI trong phát hiện các dấu hiệu gợi ý ác tính của tổn thương nang tuyến tụy, đặc biệt là nốt đặc, vách dày và cấu trúc âm không đồng nhất. Kết hợp EUS và MRI giúp nâng cao độ chính xác chẩn đoán và tối ưu hóa chiến lược điều trị cho bệnh nhân.

Từ khóa: Siêu âm nội soi; Nang tuyến tụy; Nốt đặc; Vách dày; Mô bệnh học

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dạng nang tuyến tụy là nhóm bệnh lý ngày càng được phát hiện nhiều hơn do sự phát triển của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại: cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ (MRI), với tỷ lệ ghi nhận khoảng 13%–18%. Tổn thương có thể thuộc nhóm không tân sinh như u tuyến nang thanh dịch, u nang đơn thuần, u nang lympho; hoặc nhóm tân sinh như u nhầy nhú nội ống (IPMN), u nang nhầy (MCN), u đặc giả nhú (SPPN), u thần kinh nội tiết tụy dạng nang (cNET) và ung thư biểu mô tuyến tụy dạng nang (cystic adenocarcinoma). Mỗi nhóm tổn thương có chiến lược theo dõi và xử trí khác nhau, từ theo dõi định kỳ cho đến phẫu thuật cắt bỏ. Do vậy, việc xác định chính xác bản chất tổn thương và đánh giá nguy cơ ác tính có vai trò quyết định trong lựa chọn điều trị tối ưu [1].

EUS là kỹ thuật hình ảnh có độ phân giải cao, đánh giá chi tiết cấu trúc tổn thương và phát hiện các dấu hiệu nguy cơ cao như: nốt đặc trong nang, ống tụy chính giãn ≥ 10 mm, kích thước nang ≥ 3 cm, hoặc tế bào học đường kính khi chọc hút

dịch nang (ung thư hoặc loạn sản độ cao). Ngoài ra, EUS còn hỗ trợ nhận diện các đặc điểm “đáng lo ngại” khác như tốc độ tăng kích thước nang ≥ 5 mm/năm, hoặc viêm tụy cấp. Các nang tụy có yếu tố nguy cơ cao hoặc dấu hiệu đáng lo ngại thường được chỉ định phẫu thuật, tùy thuộc vào khả năng can thiệp và tình trạng bệnh nhân [2], [3], [4].

Trên thế giới, đã có nhiều công trình nghiên cứu về giá trị của EUS trong chẩn đoán các tổn thương dạng nang của tụy [3], [4]. Đồng thời các hiệp hội đưa ra các khuyến cáo sử dụng rộng rãi để quản lý các tổn thương nang: Fukuoka/IAP 2017 và cập nhật Kyoto 2024 cho IPMN [5] [6]; AGA 2015, 2018 với chiến lược quản lý nang không triệu chứng [7] [8]; Hướng dẫn châu Âu (ESGE/UEG 2018) [9]. Tại Việt Nam, dù EUS đã được ứng dụng tại một số bệnh viện lớn, song nghiên cứu về vai trò của EUS trong đánh giá tổn thương dạng nang tuyến tụy còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm nội soi trong chẩn đoán tổn thương dạng nang tuyến tụy.

*Tác giả liên hệ

Email: drthuduyen@gmail.com Điện thoại: (+84) 912112186 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4411>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, thực hiện tại Trung tâm Tiêu hoá – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai.

Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Bạch Mai thông qua theo Quyết định số 6244/ QĐBM ngày 22/11/2024

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ 05- 2024 đến 05- 2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán có tổn thương dạng nang tuyến tụy trên hình ảnh học (CT hoặc MRI) và được chỉ định thực hiện siêu âm nội soi (EUS), có kết quả mô bệnh học qua phẫu thuật hoặc sinh thiết.

2.4. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Có tổn thương dạng nang tuyến tụy được ghi nhận trên CT hoặc MRI.
- Được thực hiện siêu âm nội soi (EUS)
- Có kết quả mô bệnh học (sinh thiết hoặc sau phẫu thuật).
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, hợp lệ.

2.5. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không có kết quả mô bệnh học, chưa chẩn đoán xác định.
- Nang tụy do viêm tụy cấp hoặc chấn thương.
- Dữ liệu hình ảnh hoặc hồ sơ bệnh án không đầy đủ.
- Bệnh nhân hoặc người nhà từ chối tham gia nghiên cứu.

2.6. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Tổng số 25 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chọn bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu

Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, hệ thống phần mềm HIS và phần mềm lưu trữ hình ảnh PACS của Bệnh viện. Các thông tin thu thập bao gồm:

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, triệu chứng cơ năng.
- Đặc điểm hình ảnh học trên MRI và EUS: vị trí tổn thương, kích thước nang, vách trong nang, nốt đặc, thành nang, giãn ống tụy chính...
- Kết quả mô bệnh học: phân loại tổn thương (SCN, MCN, IPMN, SPPN...), phân loại lành tính hay ác tính (bao gồm loạn sản độ cao).

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số học và triệu chứng lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm dân số học và triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (năm)	56,28 ± 15,84	Từ 20 đến 87 tuổi
Giới tính		
- Nam	11	44,0

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
- Nữ	14	56,0
Triệu chứng lâm sàng		
- Đau bụng	15	60,0
- Đái tháo đường	14	56,0
- Sút cân	6	24,0
- Vàng da	5	20,0

Nhận xét: Tuổi trung bình 56,28 ± 15,84. Nữ chiếm 56%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp đau bụng (60,0%), đái tháo đường (56,0%).

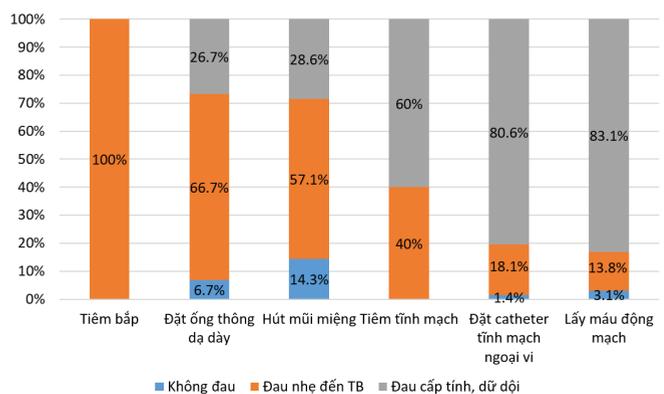
3.2. Kết quả GPB với đặc điểm cấu trúc âm trên EUS

Bảng 2. Kết quả GPB với đặc điểm cấu trúc âm

Cấu trúc âm trên EUS	Tổng số (n)	Ác tính (n)	Tỷ lệ (%)
Giảm âm không đồng nhất, thoái hóa nang	11 (44%)	8	72,7
Nang đặc, có vách dày, thành dày	4 (16%)	2	50,0
Tổn thương dạng tổ ong	1 (4%)	0	0,0
Nang đơn thuần, không vách, thành mỏng	6 (24%)	0	0,0
Nang có vách, không có nốt đặc	3 (12%)	0	0,0

Nhận xét: Tỷ lệ ác tính hay gặp nhóm giảm âm không đồng nhất, thoái hóa nang (72,7%), tiếp theo là nhóm nang đặc, có vách dày, thành dày (50,0%).

3.3. Kết quả GPB với đặc điểm nốt đặc trong nang



Biểu đồ 1: Kết quả GPB và đặc điểm nốt đặc trong nang

Nhận xét: Trên EUS, nốt đặc ≥ 5 mm chiếm 40%, với tỷ lệ ác tính 70,0%. Trên MRI, nốt đặc ≥ 5 mm chiếm 24%, tỷ lệ ác tính là 66,7%.

3.4. Kết quả GPB và đặc điểm giãn ống tụy

Bảng 3. Kết quả GPB và giãn ống tụy

Mức độ giãn ống tụy	Tổng số (n)	Ác tính (n)	Tỷ lệ ác tính (%)
Không giãn	8 (32%)	1	12,5

Mức độ giãn ống tụy	Tổng số (n)	Ác tính (n)	Tỷ lệ ác tính (%)
Giãn < 10 mm	8 (32%)	4	50,0
Giãn ≥ 10 mm	9 (36%)	5	55,6

Nhận xét: Tỷ lệ loạn sản độ cao và ác tính tăng theo mức độ giãn ống tụy.

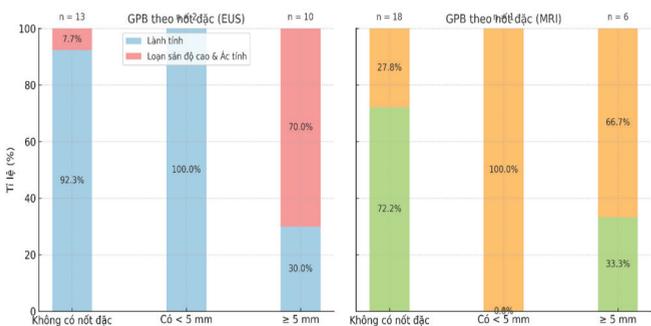
3.5. Kết quả GPB và kích thước tổn thương

Bảng 4. Kết quả GPB và kích thước tổn thương

Kích thước tổn thương	Tổng số (n)	Ác tính (n)	Tỷ lệ ác tính (%)
< 3 cm	4 (16%)	1	25,0
≥ 3 cm	21 (84%)	9	42,9
Tổng cộng	25	10	40,0

Nhận xét: Kích thước ≥ 3 cm chiếm 84,0%. Tỷ lệ tổn thương loạn sản độ cao và ác tính là 42,9%,

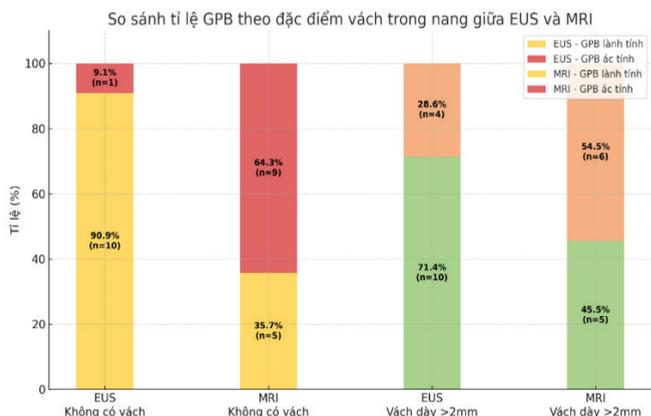
3.6. Kết quả GPB và đặc điểm độ dày của thành, vách nang



Biểu đồ 2: Liên quan kết quả GPB so với đặc điểm vách của nang

Nhận xét: Trên EUS, vách dày >2mm tỷ lệ ác tính 64,3% (9/14). MRI, vách dày >2mm tỷ lệ ác tính 54,5% (6/11)

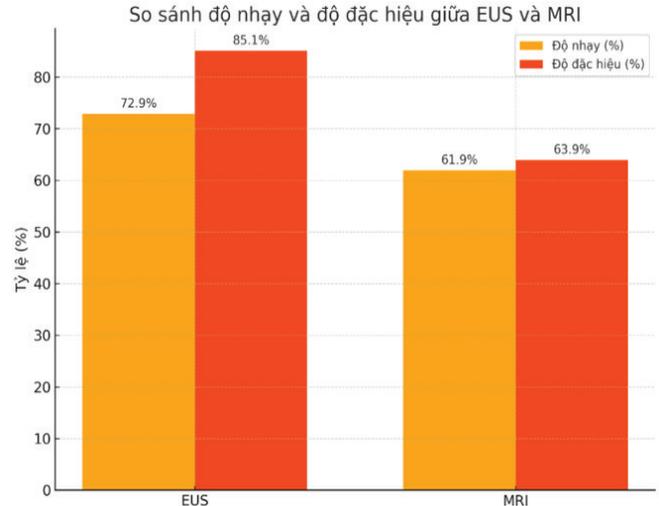
3.6. Độ nhạy và độ đặc hiệu của EUS và MRI trong chẩn đoán tổn thương nang tụy



Biểu đồ 3: So sánh độ nhạy và độ đặc hiệu của chẩn đoán EUS và MRI

Nhận xét: EUS độ nhạy 72,9% và độ đặc hiệu 85,1%. MRI độ nhạy 61,9% và độ đặc hiệu 63,9%.

3.7. Nồng độ CA 19-9



Biểu đồ 4: Mức độ liên quan kết quả GPB và nồng độ CA 19-9

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương loạn sản độ cao và ác tính trong nhóm CA 19-9 tăng chiếm 85,7%.

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình là 56,28 ± 15,84 và gặp nhiều ở giới nữ (56,0%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau bụng (60,0%) và đái tháo đường (56,0%). Phù hợp với dịch tễ học đã được ghi nhận trong y văn: MCN thường gặp gần như độc quyền ở nữ trung niên (40–60 tuổi) do liên quan tới nội tiết tố nữ [5] trong khi SPPN cũng gặp chủ yếu ở nữ trẻ và trung niên, liên quan đến thụ thể estrogen và progesterone. Ngoài yếu tố sinh học, phụ nữ trong độ tuổi này thường được khám sức khỏe định kỳ khi có triệu chứng không đặc hiệu, góp phần làm tăng tỷ lệ phát hiện tình cờ [8].

Đặc điểm cấu trúc âm trên EUS: nhóm giảm âm không đồng nhất, thoái hóa nang có tỷ lệ ác tính cao nhất (72,7%), tiếp theo là nang đặc, có vách dày, thành dày (50,0%). Sự không đồng nhất âm vang và dày thành/vách thường phản ánh quá trình tăng sinh biểu mô bất thường, xơ hóa, tăng sinh mạch và sự hiện diện của nốt đặc – những đặc điểm gợi ý nguy cơ ác tính, thường gặp ở MCN và IPMN nguy cơ cao. Ngược lại, các nang lạnh tính như u nang thanh dịch hay nang đơn thuần có thành, vách mỏng và cấu trúc đồng nhất nên hiếm khi ác tính. Kết quả này phù hợp với khuyến cáo của ACG (Elta et al., 2018) và hướng dẫn Fukuoka 2017 [5][8].

Khả năng phát hiện nốt đặc trong nang, EUS vượt trội hơn MRI, đặc biệt với nốt ≥ 5 mm (40,0% so với 24,0%), và thậm chí có thể phát hiện các tổn thương rất nhỏ từ 2–5 mm mà CT/MRI khó nhận diện. Phân tích mô bệnh học cho thấy nhóm có nốt đặc, đặc biệt ≥ 5 mm, có tỷ lệ loạn sản độ cao và ác tính cao hơn rõ rệt so với nhóm không có nốt đặc. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với Hướng dẫn Fukuoka 2017, trong đó nốt đặc ≥ 5 mm được xem là dấu hiệu nguy cơ cao, có chỉ định phẫu thuật hoặc theo dõi chặt chẽ [5].

Kích thước tổn thương và mức độ giãn ống tụy có mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ ác tính. Các nang ≥ 3 cm thường đi kèm nguy cơ loạn sản độ cao hoặc ung thư xâm nhập do khối lượng tế bào biểu mô bất thường nhiều hơn, dễ hình thành nốt đặc trong nang và thay đổi cấu trúc

thành nang. Tương tự, ống tụy chính giãn phản ánh tình trạng tắc nghẽn do u nhú nhầy nhú nội ống hoặc có tình trạng xâm lấn ống tụy, là yếu tố nguy cơ cao trong phân tầng ác tính. Tỷ lệ ác tính tăng dần theo mức độ giãn (từ 12,5% khi không giãn đến 55,6% khi giãn ≥ 10 mm), dù sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê, nhưng xu hướng này phù hợp với các khuyến cáo quốc tế, trong đó kích thước nang ≥ 3 cm và giãn ống tụy chính ≥ 10 mm được xem là yếu tố nguy cơ cao cần can thiệp. [4].

Độ dày vách nang là yếu tố quan trọng trong phân loại tổn thương trên EUS và MRI. Vách dày > 2 mm phản ánh sự tăng sinh biểu mô bất thường, xơ hóa và tăng sinh mạch, gợi ý bản chất tân sinh hoặc tiến triển ác tính. Do đó, nhóm có vách dày > 2 mm ghi nhận tỷ lệ ác tính cao hơn rõ rệt so với nhóm không có vách (EUS: 64,3% so với 9,1%; MRI: 54,5% so với 28,6%). Ngược lại, nang không vách hoặc vách mỏng thường gặp ở tổn thương lành tính như u nang thanh dịch hoặc nang đơn thuần. Kết quả này phù hợp với các hướng dẫn quốc tế (ACG 2018, Fukuoka 2017), trong đó vách dày và không đều được coi là đặc điểm gợi ý nguy cơ ác tính [10].

EUS có độ nhạy (72,9%) và độ đặc hiệu (85,1%) cao hơn rõ rệt so với MRI (61,9% và 63,9%) trong chẩn đoán tổn thương dạng nang tuyến tụy. Điều này khẳng định ưu thế của EUS trong phát hiện các đặc điểm gợi ý ác tính như nốt đặc, vách dày, cấu trúc giảm âm không đồng nhất, vốn có giá trị cao trong phân tầng nguy cơ và quyết định chỉ định phẫu thuật. Trong khi MRI có lợi thế ở khả năng khảo sát toàn diện hệ tụy – mật và phát hiện tổn thương đi kèm, thì EUS vượt trội về độ phân giải không gian và khả năng quan sát chi tiết cấu trúc thành nang. Ngoài ra, EUS còn cho phép thực hiện các thủ thuật can thiệp như chọc hút dịch nang hoặc sinh thiết mô qua kim, giúp tăng cường giá trị chẩn đoán. Những kết quả này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, trong đó EUS thường được coi là tiêu chuẩn vàng để đánh giá tổn thương dạng nang tụy khi hình ảnh CT/MRI chưa đủ giá trị định hướng

Ở nhóm ác tính CA 19-9 tăng ≥ 37 U/mL là 85,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,004$). Kết quả cho thấy vai trò CA 19-9 trong hỗ trợ chẩn đoán đánh giá tổn thương dạng nang tụy. Tuy nhiên ASCO (American Society of Clinical Oncology) cùng với nhiều tổ chức y khoa lớn khác đều không khuyến cáo sử dụng CA 19-9 như một xét nghiệm sàng lọc ung thư tụy ở người không có triệu chứng, vì giá trị tiên đoán dương rất thấp, dù độ nhạy và độ đặc hiệu tương đối cao. Nên dùng CA 19-9 để tiên lượng, theo dõi sau điều trị hoặc kết hợp chẩn đoán cùng CT, MRI, EUS [9].

Cuối cùng, khi so sánh độ chính xác trong chẩn đoán, EUS có độ nhạy (72,9%) và độ đặc hiệu (85,1%) cao hơn MRI (61,9% và 63,9%). Điều này cho thấy EUS là phương pháp hình ảnh hiệu quả hơn MRI trong đánh giá chi tiết tổn thương và các yếu tố nguy cơ để xác định bản chất và nguy cơ ác tính của tổn thương nang tụy

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy EUS có độ nhạy và độ đặc hiệu vượt trội so với MRI trong chẩn đoán tổn thương dạng nang tuyến tụy, đặc biệt trong phát hiện các dấu hiệu gợi ý ác tính như nốt đặc trong nang, vách dày và cấu trúc giảm âm không đồng nhất. Ngoài ra, các yếu tố hình ảnh và sinh học

như kích thước nang ≥ 3 cm, giãn ống tụy chính ≥ 10 mm và tăng nồng độ CA 19-9 đều có liên quan chặt chẽ với nguy cơ loạn sản độ cao hoặc ung thư xâm nhập.

6. KHUYẾN NGHỊ

EUS nên được ưu tiên trong đánh giá các tổn thương dạng nang tuyến tụy nghi ngờ ác tính. Cần theo dõi sát và cần nhắc can thiệp ở các trường hợp có nốt đặc ≥ 5 mm, vách dày, thành dày, hoặc có tăng nồng độ CA 19-9. Cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để củng cố vai trò của các yếu tố nguy cơ trên trong thực hành lâm sàng

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Patel N, Asafo-Agyei KO, Osueni A, Mukherjee S. Pancreatic Cysts. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 May 03]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525979/>
- [2] Diagnosis and management of pancreatic cystic lesions for the non-gastroenterologist [Internet]. PubMed; 2025 [cited 2025 Mar 01]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38307608/>. DOI: <https://doi.org/10.3949/ccjm.91a.23019>
- [3] Chatterjee A, Stevens T, Chahal P. Diagnosis and management of pancreatic cystic lesions for the non-gastroenterologist. *Cleve Clin J Med*. 2024;91(2):96–102. doi:10.3949/ccjm.91a.23019
- [4] Rangwani S, Juakiem W, Krishna SG, El-Dika S. Role of endoscopic ultrasound in the evaluation of pancreatic cystic neoplasms: A concise review. *Diagnostics*. 2023;13(4):705. doi:10.3390/diagnostics13040705
- [5] Tanaka M, Fernández-del Castillo C, Kamisawa T, Jang JY, Levy P, Ohtsuka T, et al. Revisions of international consensus Fukuoka guidelines for the management of IPMN of the pancreas. *Pancreatol*. 2017;17(5):738–53. doi:10.1016/j.pan.2017.07.007
- [6] Sperti C, Belluzzi A. International evidence-based Kyoto guidelines for the management of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas: what is the breaking news? *Hepatobiliary Surg Nutr*. 2025;14(1):155–8. doi:10.21037/hbsn-2024-662
- [7] Vege SS, Ziring B, Jain R, Moayyedi P; Clinical Guidelines Committee, American Gastroenterological Association. American gastroenterological association institute guideline on the diagnosis and management of asymptomatic neoplastic pancreatic cysts. *Gastroenterology*. 2015;148(4):819–22. doi:10.1053/j.gastro.2015.01.015
- [8] Elta GH, Enestvedt BK, Sauer BG, Lennon AM. ACG clinical guideline: Diagnosis and management of pancreatic cysts. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(4):464–79. doi:10.1038/ajg.2018.14
- [9] European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. *Gut*. 2018;67(5):789–804. doi:10.1136/gutjnl-2018-316027
- [10] Gardner TB, Park WG, Allen PJ. Diagnosis and management of pancreatic cysts. *Gastroenterology*. 2024;167(3):454–68. doi:10.1053/j.gastro.2024.02.041.