Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 12, 378-382

IMAGING CHARACTERISTICS AND DETECTION RATE OF COMMON BILE DUCT STONES BY ULTRASOUND AND MAGNETIC RESONANCE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY (MRCP) IN AN ERCP-CONFIRMED COHORT AT VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL HOSPITAL, 2022-2025

Hoang Thi Kim Khuyen[1,2*], Nguyen Thanh Hai[1,2],
Luu Thi Bich Ngoc[1,2], Nguyen Hong Hai[1,2], Trinh Thi Thu Hien[1,2], Nguyen Truong Duc[1,2]

[1]Center for Diagnostic Imaging and Interventional Radiology, Vinmec Times City International Hospital - 458 Minh Khai, Times City Urban Area, Vinh Tuy Ward, Hanoi City, Vietnam
[2]College of Health Sciences, VinUniversity - Vinhomes Ocean Park, Gia Lam, Hanoi City, Vietnam

Received: 15/05/2026
Revised: 10/07/2026; Accepted: 06/08/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the imaging characteristics of common bile duct stones on magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) and compare the detection rates of ultrasonography and MRCP in patients with stones confirmed by endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP).

Methods: A retrospective study was conducted on 48 patients at Vinmec Times City from 2022 to 2025. All patients underwent ultrasonography, MRCP, and ERCP. As all patients were ERCP-positive, the study assessed detection rates rather than specificity, predictive values, or overall diagnostic accuracy.

Results: Ultrasonography detected stones in 27/48 patients (56.3%; 95% CI: 42.3–69.3%), compared with 47/48 (97.9%; 95% CI: 89.1–99.6%) for MRCP, representing a 41.6-percentage-point difference (McNemar test, $p<0.001$). Among MRCP-positive cases, 61.7% had a single stone, 70.2% were located at the pancreatic level, 83.0% measured ≤10 mm, and 95.7% showed low signal intensity on T2-weighted images.

Conclusion: MRCP had a significantly higher stone detection rate than ultrasonography in patients with ERCP-confirmed choledocholithiasis. These findings do not represent full diagnostic accuracy and require validation in a broader population with suspected choledocholithiasis.

Keywords: Common bile duct stones; Ultrasound; Magnetic resonance cholangiopancreatography; MRCP; ERCP; Detection rate.

*Corresponding author
Email: ht2k1993@gmail.com **Phone**: (+84) 359038710 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6295

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ TỶ LỆ PHÁT HIỆN SỎI ỐNG MẬT CHỦ BẰNG SIÊU ÂM VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ MẬT TỤY (MRCP) Ở NHÓM BỆNH NHÂN ĐƯỢC XÁC ĐỊNH QUA NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG (ERCP) TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY, GIAI ĐOẠN 2022-2025

Hoàng Thị Kim Khuyên[1,2*], Nguyễn Thanh Hải[1,2],
Lưu Thị Bích Ngọc[1,2], Nguyễn Hồng Hải[1,2], Trịnh Thị Thu Hiền[1,2], Nguyễn Trường Đức[1,2]

[1]Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City - 458 Minh Khai, Khu đô thị Times City, P. Vĩnh Tuy, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[2]Trường Khoa học Sức khỏe, Trường Đại học VinUniversity - Vinhomes Ocean Park, Gia Lâm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 15/05/2026
Ngày sửa: 10/07/2026; Ngày đăng: 06/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh sỏi ống mật chủ trên MRCP và tỷ lệ phát hiện của siêu âm, MRCP ở bệnh nhân ERCP xác nhận có sỏi.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu 48 bệnh nhân tại Vinmec Times City (2022–2025), đều được siêu âm, MRCP và ERCP. Do chỉ gồm ca ERCP dương tính, nghiên cứu đánh giá tỷ lệ phát hiện, không tính được độ đặc hiệu, giá trị dự báo và độ chính xác.

Kết quả: Siêu âm phát hiện 27/48 ca (56,3%; KTC95%: 42,3–69,3%), MRCP 47/48 ca (97,9%; KTC95%: 89,1–99,6%), khác biệt 41,6 điểm phần trăm (McNemar, p<0,001). Trong các ca MRCP phát hiện sỏi, 61,7% có một viên, 70,2% ở ngang mức tụy, 83,0% kích thước ≤10 mm và 95,7% giảm tín hiệu trên T2W.

Kết luận: MRCP có tỷ lệ phát hiện sỏi cao hơn siêu âm trong nhóm bệnh nhân ERCP xác nhận có sỏi. Kết quả không phản ánh đầy đủ giá trị chẩn đoán và cần được kiểm chứng trên quần thể nghi ngờ sỏi nói chung.

Từ khóa: Sỏi ống mật chủ; Siêu âm; Cộng hưởng từ mật tụy; MRCP; ERCP; Tỷ lệ phát hiện.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi ống mật chủ là bệnh lý đường mật thường gặp, có thể dẫn đến biến chứng nghiêm trọng như viêm đường mật, viêm tụy cấp hoặc nhiễm trùng huyết nếu không được chẩn đoán, xử trí kịp thời. Siêu âm ổ bụng là phương tiện sàng lọc ban đầu sẵn có, chi phí thấp, không xâm lấn, nhưng độ nhạy còn hạn chế: Lindsell (2000) ghi nhận độ nhạy chỉ 38% so với chụp đường mật trực tiếp dù độ đặc hiệu 100% [1]; Tariq và cộng sự (2023) ghi nhận độ nhạy 43%, độ chính xác 49% khi đối chiếu ERCP [2]; Samara và cộng sự (2022) ghi nhận tỷ lệ âm tính giả đáng kể với sỏi nhỏ hoặc chưa gây giãn đường mật rõ [3].

MRCP là phương pháp không xâm lấn, tái tạo hình ảnh đường mật chi tiết. Lindsell (2000) ghi nhận MRCP có độ nhạy 91%, độ đặc hiệu 98% [1]; Chen và cộng sự (2015), phân tích gộp 25 nghiên cứu (2310 bệnh nhân), cho thấy độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 95%, AUC 0,97 [4]. ERCP là tiêu chuẩn tham chiếu, cho phép can thiệp lấy sỏi trong cùng thủ thuật, nhưng xâm lấn với nguy cơ biến chứng như viêm tụy cấp, chảy máu, thủng tá tràng [5,6]; lựa chọn đúng chỉ định ERCP dựa trên chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn là cần thiết.

Tại Việt Nam, Phạm Hồng Liên và Phạm Minh Thông (2022) ghi nhận độ nhạy 98%, độ đặc hiệu 83,3% [7]; Hoàng Đức Hạ và cộng sự (2024) cũng khẳng định giá trị cao của MRCP so với ERCP [8]. Các nghiên cứu công bố giá trị chẩn đoán đầy đủ (độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo) đòi hỏi thiết kế đoàn hệ liên tiếp có cả trường hợp ERCP âm tính. Trong thực hành hồi cứu tại một trung tâm, nhóm bệnh nhân thu thập được, như trong nghiên cứu này chỉ gồm các trường hợp đã được ERCP xác nhận dương tính; do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả đặc điểm hình ảnh sỏi trên MRCP và tỷ lệ phát hiện của siêu âm, MRCP trong chính nhóm bệnh nhân này, đồng thời nêu rõ giới hạn của thiết kế.

Nghiên cứu này được thực hiện với các mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm tuổi, giới và các bệnh lý sỏi mật phối hợp của nhóm nghiên cứu; (2) Phân tích đặc điểm hình ảnh sỏi ống mật chủ trên MRCP (số lượng, vị trí, kích thước, tín hiệu trên T1W và T2W) ở các trường hợp MRCP phát hiện được sỏi; (3) Xác định tỷ lệ phát hiện sỏi của siêu âm và MRCP trong nhóm ERCP xác nhận có sỏi, so sánh bằng kiểm định bắt cặp; (4) Mô tả tỷ lệ và đặc điểm biểu hiện/bệnh lý phối hợp ghi nhận tại nhập viện.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu, thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2025. Do toàn bộ đối tượng được lựa chọn có ERCP dương tính (thiết kế một cổng - single-gate), nghiên cứu chỉ ước lượng được tỷ lệ phát hiện (độ nhạy trong quần thể đã chọn), không ước lượng được độ đặc hiệu, giá trị dự báo hay độ chính xác của siêu âm và MRCP; giới hạn phương pháp luận này được nêu rõ ngay từ thiết kế, phù hợp khuyến cáo STARD 2015 [9].

*Tác giả liên hệ
Email: ht2k1993@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 359038710 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6295

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng gồm 48 bệnh nhân được ERCP xác nhận có sỏi ống mật chủ, đã thực hiện siêu âm và MRCP trước ERCP trong cùng đợt điều trị, xác định hồi cứu từ toàn bộ trường hợp ERCP dương tính trong thời gian nghiên cứu. Bệnh nhân nghi ngờ sỏi trên lâm sàng nhưng không được chỉ định ERCP (MRCP âm tính, nguy cơ thấp) không thuộc nhóm nghiên cứu, nguồn gốc sai lệch xác minh một phần và sai lệch phổ bệnh cần lưu ý khi diễn giải.

Tiêu chuẩn lựa chọn: đủ hồ sơ và dữ liệu hình ảnh của cả ba phương tiện; khoảng cách siêu âm-MRCP-ERCP ≤14 ngày (trung vị siêu âm-MRCP 2 ngày, IQR 1-4; MRCP-ERCP 3 ngày, IQR 1-6); không can thiệp đường mật hay sỏi tự di chuyển giữa các lần thăm dò. Loại trừ: thiếu một trong ba phương tiện; tắc mật không do sỏi; có can thiệp đường mật giữa các lần thăm dò; ERCP không xác định được; hoặc dữ liệu không đầy đủ.

2.3. Phương tiện và quy trình thu thập số liệu

2.3.1. Siêu âm ổ bụng

Thực hiện bằng máy Siemens Acuson Sequoia và GE LOGIQ E10, đầu dò convex 2-5 MHz, bệnh nhân nhịn ăn ≥6 giờ, tư thế ngửa/nghiêng trái, bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh ≥5 năm kinh nghiệm, đọc độc lập, không biết trước kết quả MRCP/ERCP. Dương tính khi có ổ tăng âm kèm bóng cản phía sau trong ống mật chủ; giãn đường mật khi đường kính >6 mm (>8 mm nếu đã cắt túi mật).

2.3.2. Cộng hưởng từ đường mật tụy (MRCP)

Thực hiện trên máy Siemens MAGNETOM 3 Tesla, cuộn phased-array bụng, protocol gồm: T2W HASTE Coronal/Axial (lát 3-4 mm, nín thở); T2W fat-sat Axial; T1W in/out-phase Dixon Axial; T2W Trufi (true-FISP) Axial/Coronal (chụp tự do, ít nhạy chuyển động); T1W 3D-GE VIBE (lát 2-3 mm, nín thở); T2 3D SPACE (lát 1-1,4 mm, đồng bộ hô hấp) và T2 2D SSFSE Coronal lát dày. T2 3D SPACE và T2 2D SSFSE là chuẩn xác định có/không sỏi; T1W và Trufi hỗ trợ phân tích tín hiệu. Hai bác sĩ ≥8 năm kinh nghiệm đọc độc lập, thống nhất theo đồng thuận, không biết trước kết quả siêu âm/ERCP.

2.3.3. ERCP - tiêu chuẩn tham chiếu

Thực hiện bởi bác sĩ tiêu hóa kinh nghiệm, không biết trước kết quả định lượng của siêu âm/MRCP. Dương tính khi có hình khuyết trên cholangiogram, xác nhận bằng lấy được sỏi qua rọ/bóng kéo. Trường hợp thất bại đặt ống thông hoặc chỉ thấy bùn mật không rõ viên sỏi được xếp không xác định, loại khỏi phân tích. Ca nghi ngờ được đối chiếu hình Xquang tăng sáng lưu trữ bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh thứ hai, không tham gia đọc siêu âm/MRCP.

2.4. Biến số và định nghĩa

Biến số gồm: tuổi, giới; bệnh lý sỏi mật phối hợp; kết quả phát hiện sỏi (có/không) của siêu âm và MRCP theo bệnh nhân; đặc điểm hình ảnh sỏi trên MRCP ở ca dương tính (số lượng, vị trí, kích thước viên lớn nhất đo trên T2 3D SPACE/T2 2D SSFSE); tín hiệu trên T1W và T2W HASTE/Trufi; biểu hiện lâm sàng/bệnh lý phối hợp tại nhập viện.

2.5. Xử lý số liệu

Biến định tính trình bày dưới dạng n (%); biến định lượng trình bày trung bình ± SD. Tỷ lệ phát hiện sỏi (độ nhạy trong quần thể ERCP dương tính) ước tính kèm KTC95% theo phương pháp Wilson. So sánh bắt cặp giữa siêu âm và MRCP trên cùng 48 bệnh nhân bằng kiểm định McNemar, ngưỡng p<0,05. Không có nhóm ERCP âm tính nên độ đặc hiệu, giá trị dự báo và độ chính xác không được tính toán.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec phê duyệt (Quyết định số..., ngày...), miễn đồng thuận trực tiếp do thiết kế hồi cứu, không can thiệp chẩn đoán/điều trị. Dữ liệu được mã hóa, ẩn danh trước phân tích, chỉ dùng cho mục đích khoa học, đúng phạm vi được Hội đồng chấp thuận.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tuổi và giới

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới tính (n = 48)

Đặc điểm		n	%
Tuổi trung bình ± SD (nhỏ nhất - lớn nhất)		58,6 ± 14,3 (24-89)	
Giới	Nam	26	54,2
	Nữ	22	45,8
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	12	25,0
	40-59 tuổi	16	33,3
	≥ 60 tuổi	20	41,7
	Tổng	48	100

Tuổi trung bình 58,6 ± 14,3 (24-89 tuổi); nam 54,2%, nữ 45,8%; nhóm ≥60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong mẫu (41,7%). Do đối tượng được lựa chọn từ nhóm đã có ERCP dương tính, phân bố tuổi này chỉ phản ánh đặc điểm của mẫu, không suy rộng thành tần suất mắc bệnh theo tuổi trong quần thể chung.

3.2. Bệnh lý sỏi mật phối hợp

Bảng 2. Bệnh lý sỏi mật phối hợp ghi nhận trên hình ảnh (n = 48)

Bệnh lý sỏi mật phối hợp	n	%
Sỏi túi mật đơn thuần	13	27,1
Sỏi túi mật kèm sỏi ống túi mật	6	12,5
Sỏi đường mật trong gan phối hợp	4	8,3
Bùn mật túi mật	4	8,3
Không ghi nhận sỏi mật phối hợp	21	43,8
Tổng	48	100

27/48 bệnh nhân (56,2%) ghi nhận ít nhất một dạng sỏi mật phối hợp, thường gặp nhất là sỏi túi mật đơn thuần (27,1%); 21 bệnh nhân (43,8%) không ghi nhận sỏi mật phối hợp. Các dạng phối hợp phản ánh mức độ đa dạng của bệnh lý mật đi kèm nhưng không cho phép dự đoán khả năng tái phát sỏi ống mật chủ sau ERCP, do nghiên cứu không theo dõi dọc và không đánh giá kết cục sau can thiệp.

3.3. Tỷ lệ phát hiện sỏi ống mật chủ của siêu âm và MRCP

Bảng 3. Kết quả phát hiện sỏi ống mật chủ của siêu âm đối chiếu MRCP (bảng bắt cặp, n = 48)

Siêu âm	MRCP dương tính	MRCP âm tính	Tổng
Dương tính (phát hiện sỏi)	27	0	27
Âm tính (không phát hiện)	20	1	21
Tổng	47	1	48

Siêu âm phát hiện sỏi ở 27/48 trường hợp (56,3%; KTC95%: 42,3-69,3%). MRCP phát hiện sỏi ở 47/48 trường hợp (97,9%; KTC95%: 89,1-99,6%). Trong 20 trường hợp siêu âm âm tính nhưng MRCP dương tính, không có trường hợp ngược lại. Kiểm định McNemar cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê (chênh lệch 41,6 điểm phần trăm; KTC95%: 27,7-55,6%; p<0,001). Kết quả này không đồng nghĩa với độ đặc hiệu hay độ chính xác cao hơn, do nghiên cứu không có nhóm ERCP âm tính để đối chiếu.

3.4. Đặc điểm hình ảnh sỏi ống mật chủ trên MRCP

Bảng 4. Đặc điểm số lượng, vị trí và kích thước sỏi trên MRCP (n = 47 trường hợp MRCP phát hiện sỏi)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng sỏi	1 viên	29	61,7
	≥2 viên	18	38,3
Vị trí	Ngang mức tụy	33	70,2
	Trên tụy	1	2,1
	Trên và ngang mức tụy	7	14,9
	Bóng Vater	6	12,8
Kích thước	≤5 mm	19	40,4
	6-10 mm	20	42,6
	>10 mm	8	17,0

Sỏi một viên chiếm tỷ lệ cao hơn (61,7%) so với ≥2 viên (38,3%). Vị trí thường gặp nhất là đoạn ngang mức tụy (70,2%), tiếp theo trên và ngang mức tụy (14,9%), bóng Vater (12,8%). Kích thước 6-10 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (42,6%), tiếp theo ≤5 mm (40,4%); >10 mm chiếm 17,0% - 83,0% sỏi có kích thước ≤10 mm.

3.5. Đặc điểm tín hiệu sỏi trên các chuỗi xung cộng hưởng từ

Bảng 5. Đặc điểm tín hiệu sỏi ống mật chủ trên T1W và T2W (HASTE, Trufi) (n = 47)

Đặc điểm tín hiệu		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tín hiệu trên T1W	Không tăng tín hiệu	27	57,4
	Tăng tín hiệu	20	42,6
Tín hiệu trên T2W (HASTE/ Trufi)	Giảm tín hiệu	45	95,7
	Không đánh giá được (nhiều ảnh chuyển động)	2	4,3
Độ tương hợp giữa T2W Trufi và T2W HASTE	Đồng nhất: (+) cả hai chuỗi xung	43	91,5
	Không đồng nhất: (+) Trufi, (-) HASTE	2	4,3
	Không đánh giá được	2	4,3

Trên T1W, phần lớn sỏi không tăng tín hiệu (57,4%), vẫn có tỷ lệ đáng kể tăng tín hiệu (42,6%). Trên T2W, hầu hết sỏi giảm tín hiệu (95,7%) - đặc điểm điển hình giúp phân biệt sỏi với dịch mật; 2 trường hợp (4,3%) không đánh giá được do nhiễu ảnh chuyển động. Độ tương hợp Trufi-HASTE đạt 91,5%; 2 trường hợp (4,3%) chỉ dương tính trên Trufi, đều là sỏi nhỏ (<5 mm) ở bóng Vater, tại bệnh nhân nín thở kém gây nhiễu HASTE.

3.6. Biểu hiện lâm sàng và bệnh lý phối hợp tại thời điểm nhập viện

Bảng 6. Biểu hiện/bệnh lý phối hợp ghi nhận tại thời điểm nhập viện (n = 48)

Biểu hiện/bệnh lý phối hợp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có ghi nhận	13	27,1
Không ghi nhận	35	72,9
Phân loại (n = 13)		
Viêm tụy cấp	6	46,2
Viêm đường mật / viêm quanh đường mật	4	30,8
Viêm túi mật	3	23,1

13/48 bệnh nhân (27,1%) được ghi nhận biểu hiện/bệnh lý phối hợp tại nhập viện: viêm tụy cấp thường gặp nhất (46,2%), tiếp theo viêm đường mật/viêm quanh đường mật (30,8%) và viêm túi mật (23,1%). Do thiết kế hồi cứu không xác định được thời điểm khởi phát triệu chứng và không có nhóm so sánh, tỷ lệ 72,9% không ghi nhận biểu hiện chỉ được mô tả như đặc điểm của mẫu, không phải bằng chứng phát hiện/can thiệp sớm ngăn ngừa biến chứng.

4. BÀN LUẬN

Trong nhóm 48 bệnh nhân đã được ERCP xác nhận có sỏi ống mật chủ, tuổi trung bình 58,6 ± 14,3, tỷ lệ nam/nữ tương đối cân bằng, tương đồng về hình thái với các báo cáo trong và ngoài nước [7,8]; tuy nhiên do thiết kế chọn mẫu theo kết quả ERCP dương tính, chúng tôi không diễn giải đây là đặc điểm dịch tễ học trong quần thể chung.

Siêu âm chỉ phát hiện được sỏi ở 56,3% trường hợp, thấp hơn độ nhạy do Chen và cộng sự (2015) [4] và các tác giả trong nước [7,8] báo cáo, nhưng phù hợp hướng chung với y văn về hạn chế của siêu âm với sỏi đoạn thấp, dễ bị che khuất bởi hơi tiêu hóa [1-3]. Các nghiên cứu trích dẫn dùng thiết kế đoàn hệ đầy đủ có nhóm âm tính để tính độ nhạy/độ đặc hiệu đúng định nghĩa, trong khi 56,3% của chúng tôi chỉ là tỷ lệ phát hiện trong nhóm đã chọn theo ERCP, có thể chịu sai lệch phổ bệnh: bệnh nhân sỏi nhỏ, ít triệu chứng có thể ít được chỉ định ERCP hơn nên không nằm trong mẫu.

MRCP đạt tỷ lệ phát hiện 97,9%, cao hơn siêu âm có ý nghĩa qua McNemar (p<0,001), phù hợp hướng chung với các nghiên cứu ghi nhận độ nhạy cao của MRCP [1,2,4,7,8]. Tuy nhiên, khác biệt tỷ lệ phát hiện bắt cặp trên cùng nhóm bệnh nhân bệnh không tương đương so sánh độ chính xác đầy đủ, vốn đòi hỏi nhóm bệnh nhân âm tính thật để tính độ đặc hiệu và giá trị dự báo, điều mà thiết kế một cổng của nghiên cứu này không cung cấp được.

Về đặc điểm hình ảnh, sỏi đơn độc (61,7%) và vị trí ngang mức tụy (70,2%) chiếm ưu thế, phần lớn kích thước ≤10 mm (83,0%) và giảm tín hiệu trên T2W (95,7%), phù hợp mô tả điển hình trong y văn. Chuỗi T2W Trufi (true-FISP) là chuỗi bổ trợ, chụp tự do không cần nín thở, ít nhạy xảo ảnh chuyển động hơn HASTE/T2 3D SPACE; đặc điểm này giải thích vì sao 2 trường hợp nín thở kém được Trufi phát hiện sỏi nhỏ ở bóng Vater trong khi HASTE âm tính, gợi ý vai trò bổ sung ở bệnh nhân khó hợp tác nín thở.

Hạn chế của nghiên cứu

Thứ nhất, thiết kế một cổng chỉ tuyển bệnh nhân ERCP dương tính, dẫn đến sai lệch xác minh một phần và sai

lệch phổ bệnh; 56,3% và 97,9% chỉ phản ánh tỷ lệ phát hiện trong quần thể đã chọn, không phải giá trị chẩn đoán đầy đủ. Thứ hai, cỡ mẫu 48 bệnh nhân tại một trung tâm giới hạn khái quát hóa. Thứ ba, thiết kế hồi cứu vẫn có thể tồn tại yếu tố nhiễu liên quan lựa chọn chỉ định ban đầu dù người đọc được làm mù. Thứ tư, khoảng cách giữa các thăm dò (tối đa 14 ngày) vẫn có thể góp phần vào khác biệt kết quả. Vai trò định hướng chỉ định ERCP của MRCP ở đây chỉ mang tính gợi ý lâm sàng, không phải kết luận hiệu quả giảm ERCP không cần thiết hay cải thiện kết cục điều trị, vì nghiên cứu không đo số ERCP tránh được, thay đổi quyết định hay biến chứng thủ thuật. Cần nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm, tuyển liên tiếp bệnh nhân nghi ngờ sỏi (gồm cả nhóm ERCP âm tính hoặc theo dõi đủ dài làm chuẩn tham chiếu), theo STARD 2015 [9], để xác lập đầy đủ giá trị chẩn đoán.

5. KẾT LUẬN

Trong nhóm 48 bệnh nhân đã được ERCP xác nhận có sỏi ống mật chủ tại Vinmec Times City (2022-2025), MRCP đạt tỷ lệ phát hiện 97,9%, cao hơn có ý nghĩa so với siêu âm (56,3%; McNemar p<0,001). Sỏi trên MRCP chủ yếu đơn độc, ở đoạn ngang mức tụy, kích thước ≤10 mm, giảm tín hiệu trên T2W. Do thiết kế chỉ bao gồm nhóm ERCP dương tính, kết quả phản ánh tỷ lệ phát hiện trong quần thể đã chọn, không phải giá trị chẩn đoán đầy đủ; cần thận trọng khi ngoại suy sang sàng lọc chung, và cần nghiên cứu tiến cứu theo STARD với nhóm chứng âm tính để khẳng định vai trò của MRCP trong định hướng chỉ định ERCP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Lindsell DR. The diagnostic accuracy of magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) and ultrasound compared with direct cholangiography in the detection of choledocholithiasis. Clin Radiol. 2000;55(7):579-584. https://doi.org/10.1053/crad.1999.0426

[2] Tariq M, Imtiaz A, Shahzadi S, Abid S, Ikram A. Diagnostic accuracy of magnetic resonance cholangiopancreatography and ultrasound in detection of choledocholithiasis taking ERCP as gold standard. J Nurs Allied Health. 2023;1(1):45-52.

[3] Samara O, Azzam MI, Alshrouf MA, et al. Diagnostic accuracy of ultrasonography compared with magnetic resonance cholangiopancreatography in the detection of choledocholithiasis. J Clin Ultrasound. 2022;50(2):247-253. https://doi.org/10.1002/jcu.23136

[4] Chen W, Mo JJ, Lin L, Li CQ, Zhang JF. Diagnostic value of magnetic resonance cholangiopancreatography in choledocholithiasis: a meta-analysis. World J Gastroenterol. 2015;21(11):3351-3360. https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i11.3351

[5] Nguyễn Anh Tân, Dương Hồng Thái. Kết quả điều trị sỏi ống mật chủ bằng kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;511(2):53-56. https://doi.org/10.51298/vmj.v511i2.2111

[6] Hồ Đăng Quý Dũng, Trần Đình Trí, Ngô Phương Minh Thuận, và cs. Nghiên cứu kết quả nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ ở bệnh nhân có túi thừa quanh nhú Vater. Tạp chí Y Dược Huế. 2024;14(7):163-168. https://doi.org/10.34071/jmp.2024.7.23

[7] Phạm Hồng Liên, Phạm Minh Thông. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ. Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam. 2022;(6):86-92. https://doi.org/10.55046/vjrnm.6.236.2012

[8] Hoàng Đức Hạ, Phạm Thị Mỹ Linh, Hoàng Thị Phương Linh. Giá trị của chụp cộng hưởng từ trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ so với nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2022-2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;556(1):387-391. https://doi.org/10.51298/vmj.v546i1.12574

[9] Cohen JF, Korevaar DA, Altman DG, et al. STARD 2015 guidelines for reporting diagnostic accuracy studies: explanation and elaboration. BMJ Open. 2016;6(11):e012799. doi:10.1136/bmjopen-2016-012799