

5. **Herring J.A.** (2021), Tachdjian's Pediatric Orthopaedics: From the Texas Scottish Rite Hospital for Children, 6th edition: 2-Volume Set, Elsevier, Philadelphia, PA.
6. **Herring J.A., Kim H.T., và Browne R.** (2004). Legg-Calvé-Perthes disease. Part II: Prospective multicenter study of the effect of treatment on outcome. J Bone Joint Surg Am, 86(10), 2121–2134.
7. **Hung N.N., Duc H.H., và Anh L.T.** (2020). The Incomplete Proximal Femoral Osteotomy for Legg-Calvé-Perthes Disease in Children. Int J Orthop, 7(4), 1335–1345.
8. **Thompson G.H.** (2011). Salter Osteotomy in Legg-Calvé-Perthes Disease. J Pediatr Orthop, 31, S192.
9. **Yavuz U., Demir B., Yildirim T. và cộng sự.** (2014). Salter innominate osteotomy in the treatment of late presentation Perthes disease. Hip Int J Clin Exp Res Hip Pathol Ther, 24(1), 39–43.
10. **Wiig O., Terjesen T., và Svenningsen S.** (2008). Prognostic factors and outcome of treatment in Perthes' disease: a prospective study of 368 patients with five-year follow-up. J Bone Joint Surg Br, 90(10), 1364–1371.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGÓN TAY CÒ SÚNG NGÓN I BẰNG PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP TỐI THIỂU QUA DA TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Huỳnh Quốc Hưng¹, Trần Văn Dương², Ngô Thái Hưng³,
Nguyễn Thành Tấn¹, Đặng Phước Giàu¹, Nguyễn Hữu Đạt¹,
Phan Chí Linh⁴, Phạm Việt Tân⁵, Phan Văn Tuấn⁵, Nguyễn Thị Ngọc Trinh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngón tay cò súng là một tổn thương thường gặp trong bệnh lý bàn tay, là tình trạng viêm sưng một vùng gân gấp hoặc bao gân gấp ngón tay, thường là tại vị trí ròng rọc A1, làm ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân. Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu tiến hành thực hiện kỹ thuật can thiệp tối thiểu qua da. Tuy nhiên, có ít nghiên cứu tập trung vào ngón I, ngón thường gặp nhất trong bệnh lý ngón tay cò súng. Vì thế, chúng tôi quyết định tiến hành thực hiện nghiên cứu này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ngón tay cò súng ngón I của bệnh nhân tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Và đánh giá kết quả điều trị ngón tay cò súng ngón I bằng phương pháp can thiệp tối thiểu qua da với kim 18G. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán ngón tay cò súng ngón I và can thiệp phẫu thuật tối thiểu qua da với kim 18G tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 6/2023 đến tháng 11/2024. **Kết quả:** 30 bệnh nhân nghiên cứu, đa phần là nữ (87%), nam (13%), nhóm tuổi 50-70 là thường gặp (53%), lao động tay chân chiếm phần lớn (86.7%), thường kèm theo hội chứng ống cổ tay (26.7%). Trên lâm sàng, bệnh nhân thường có triệu chứng đau nhiều (80%) và cả ngày (90%), sưng nề (16.7%) và 100% sờ thấy khối nhỏ ở vị trí ròng rọc

A1. Trên siêu âm, đa phần thấy tăng chiều dày ròng rọc A1 (76.7%), có dịch quanh gân (20%). Điều trị đánh giá theo thang điểm DASH chủ yếu là tốt (76.7%) và khá (23.3%). 100% không bệnh nhân nào biến chứng sau mổ. **Kết luận:** Điều trị ngón tay cò súng ngón I bằng phương pháp can thiệp tối thiểu qua da với kim 18G cho thấy kết quả điều trị cao, an toàn, chi phí thấp và có thể áp dụng rộng rãi.

Từ khóa: Ngón tay cò súng ngón I, can thiệp tối thiểu qua da, kim 18G.

SUMMARY

ASSESSMENT SURGERY RESULTS TREATMENT OF TRIGGER FINGER AT CANTHO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Background: Trigger finger is a common condition affecting the hand, characterized by inflammation and swelling of the flexor tendon or tendon sheath, typically at the A1 pulley, impacting patients' daily activities. In Vietnam, numerous studies have been conducted on minimally invasive percutaneous techniques. However, there is limited research focusing on the thumb, which is the most frequently affected digit in trigger finger. Therefore, we decided to conduct this study. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of trigger thumb in patients at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. And to evaluate the treatment outcomes of trigger thumb using a minimally invasive percutaneous technique with an 18G needle. **Objects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 30 patients diagnosed with trigger thumb and treated with minimally invasive percutaneous surgery using an 18G needle at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from June 2023 to November 2024. **Results:** Among the 30 patients studied, the majority were female (87%), with males accounting for 13%.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108

⁴Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

⁵Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quốc Hưng

Email: hungquoc1701@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025

The 50-70 age group was the most common (53%), and manual laborers made up a significant portion (86.7%). Carpal tunnel syndrome was frequently associated (26.7%). Clinically, patients commonly presented with severe pain (80%) throughout the day (90%), swelling (16.7%), and a palpable nodule at the A1 pulley (100%). Ultrasound findings revealed thickening of the A1 pulley in most cases (76.7%) and peritendinous fluid (20%). Treatment outcomes, assessed using the DASH score, were predominantly good (76.7%) and fair (23.3%). No patients experienced postoperative complications.

Conclusion: Minimally invasive percutaneous treatment of trigger thumb using an 18G needle demonstrated high treatment success rates, safety, low cost, and potential for widespread application.

Keywords: Trigger finger thumb; Percutaneous release; 18 gauge needle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngón tay cò súng, hay còn gọi là ngón tay lò xo, đây là tình trạng viêm sưng một vùng gân gấp hoặc bao gân gấp ngón tay gây đau nhức lòng bàn tay vùng gốc ngón tay, đặc biệt khi gấp duỗi ngón tay. Bệnh ngón tay cò súng thường gặp ở phụ nữ hơn nam giới với tỷ lệ 3:1 và chủ yếu xuất hiện ở ngón tay cái, tiếp theo là ngón IV, III, ngón II, V ít gặp hơn [4] [6].

Có nhiều phương pháp điều trị ngón tay cò súng, từ việc cho mang nẹp, dùng thuốc kháng viêm non-steroid, tiêm steroid vào bao gân viêm cho đến phẫu thuật cắt mạc giữ gân gấp (ròng rọc A1). Mỗi phương pháp có những ưu nhược điểm riêng và được chỉ định cho từng giai đoạn bệnh. Phẫu thuật cắt ròng rọc được Lorthioir mô tả đầu tiên vào năm 1958 với tỷ lệ thành công 100% và không ghi nhận biến chứng. Tuy nhiên phẫu thuật để lại sẹo ở lòng bàn tay ảnh hưởng đến thẩm mỹ và có thể gây đau ở sẹo mổ [4]. Năm 1992, Eastwood D.M. và cộng sự đã tiến hành kỹ thuật cắt mạc giữ gân gấp qua da điều trị ngón tay cò súng bằng kim 22. Từ đó đến nay kỹ thuật này đã được tiến hành nhiều nơi trên thế giới. Tại Việt Nam, đã có vài nơi tiến hành kỹ thuật này tuy nhiên chưa được tiến hành một cách thường xuyên và chưa có một thống kê đánh giá một cách đầy đủ. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: *"Đánh giá kết quả điều trị ngón tay cò súng ngón I bằng phương pháp can thiệp tối thiểu qua da tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ"*. Nghiên cứu được thực hiện nhằm giải quyết hai mục tiêu sau:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý ngón tay cò súng ngón I tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
2. Đánh giá kết quả điều trị ngón tay cò súng ngón I bằng phẫu thuật can thiệp tối thiểu

với kim 18G qua da.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân được chẩn đoán ngón tay cò súng ngón I và được điều trị bằng phương pháp can thiệp tối thiểu với kim 18G qua da tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 6/2023 tới tháng 11/2024.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang

Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Khoa Chẩn thương chỉnh hình - Thần kinh tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, thời gian từ tháng 6/2023-11/2024.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: 30 bệnh nhân theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện bắt đầu từ thời điểm nghiên cứu cho đến khi đủ 30 bệnh nhân.

Biến số nghiên cứu: Bao gồm độ tuổi, giới tính, nghề nghiệp, bệnh lý kèm theo, điều trị trước đây, các triệu chứng lâm sàng và dấu hiệu trên siêu âm

Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm DASH: Tốt < 30 điểm; Khá > 30 điểm và 50 điểm; Kém > 50 điểm

Quy trình thực hiện:

Bước 1. Hỏi bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng, chẩn đoán bệnh, phân độ theo Green DP, giải thích phương pháp điều trị trước khi tiến hành.

Bước 2. Tiến hành tiểu phẫu.

Bước 3: Ghi nhận vào danh sách nghiên cứu và bệnh án nghiên cứu

Bước 4: Cấp toa, tư vấn chế độ sinh hoạt vận động và hẹn tái khám sau 1 tuần, 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần.

Kỹ thuật: Cho bệnh nhân nằm ngửa, bàn tay ngửa.

Xác định vị trí ròng rọc A1 theo sơ đồ Wilhelmi: các khớp bàn ngón được duỗi hết mức, khoảng cách từ nếp gấp bàn ngón đến nếp gấp gian đốt gần bằng với khoảng cách từ nếp gấp bàn ngón đến cạnh gần của ròng rọc A1, chiều dài của ròng rọc A1 thay đổi tùy các ngón, tìm nốt đau trên ròng rọc, dùng bút lông đánh dấu 1 điểm nhỏ ngay trên giữa nốt đau.

Sát khuẩn bàn tay đến cổ tay, trải khăn lố, gây tê tại chỗ đánh dấu với 0,5 - 0,7 ml Lidocain 2%.

Một kim 18G được cầm thẳng góc qua da tại vị trí đã xác định vừa hết mặt vát của kim, hướng góc xiên của kim theo chiều dọc song song với gân gấp một góc 45°.

Cho bệnh nhân gấp duỗi nhẹ ngón tay để quan sát sự dịch chuyển nhẹ của kim để chắc chắn rằng mũi kim không cắt vào gân.

Phẫu thuật viên đẩy mũi kim lên xuống nhẹ nhàng đến khi cảm giác sự đề kháng dưới mũi kim giảm và hết hẳn.

Rút kim ra, bảo bệnh nhân gấp duỗi ngón tay, sự giải phóng hoàn tất khi ngón vận động tự do và mất dấu hiệu bất.

Bằng lại bằng bằng cá nhân, hướng dẫn bệnh nhân hoạt động ngón tay và hẹn tái khám.

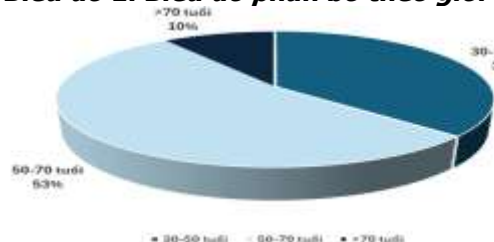
Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện dưới sự đồng ý của Ban giám hiệu trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Các bệnh nhân được thông báo về lợi ích, biến cố không mong đợi và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu



Biểu đồ 1. Biểu đồ phân bố theo giới tính



Biểu đồ 2. Biểu đồ phân bố theo độ tuổi

Nhận xét: Nhìn chung, đa số đối tượng có ngón tay cò súng ngón I là nữ chiếm 87% gấp gần 7 lần so với giới tính nam (13%). Độ tuổi trung bình của các đối tượng là 54.63 ± 9.686 tuổi, thấp nhất là 37 tuổi và cao nhất là 76 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi từ 50-70 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất (53%), tiếp theo là nhóm 30-50 tuổi (37%) và thấp nhất là nhóm >70 tuổi (10%).

Bảng 1: Phân bố nghề nghiệp của bệnh nhân

Nghề nghiệp	Số lượng (N=30)	Tỷ lệ (%)
Lao động chân tay	26	86.7
Cán bộ công chức	4	13.3

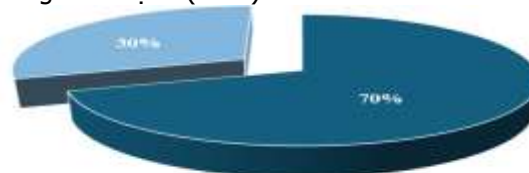
Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân ngón tay cò súng ngón I là người lao động chân tay chiếm 26%, chỉ có 13.3% bệnh nhân là cán bộ công chức.

Bảng 2. Phân bố bệnh lý kèm theo

Bệnh lý	Số lượng (N=30)	Tỷ lệ (%)
Hội chứng ống cổ tay	8	26.7
Đái tháo đường	3	10.0

Viêm đa khớp	1	3.3
Khác	18	60.0

Nhận xét: Trong số 30 bệnh nhân có 8 bệnh nhân mắc hội chứng ống cổ tay chiếm 26.7%, 3 bệnh nhân mắc đái tháo đường (10%) và 1 bệnh nhân mắc viêm đa khớp (3.3%). Còn lại đa số bệnh nhân mắc các bệnh lý khác hoặc không mắc bệnh (60%).



* Tay thuận * Tay không thuận

Biểu đồ 3. Biểu đồ phân bố theo tay bệnh lý

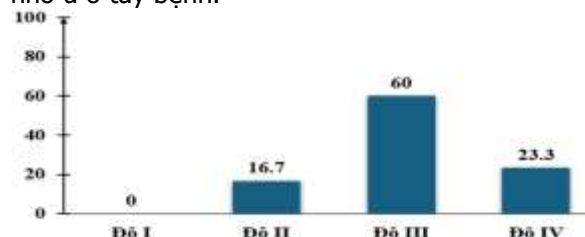
Nhận xét: Tỷ lệ tay bị ngón tay cò súng ngón I chiếm 70% là tay không thuận gấp hơn 2 lần so với tay thuận.

Đặc điểm lâm sàng ngón tay cò súng ngón I

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật của bệnh nhân ngón tay cò súng ngón I

Triệu chứng đau		
Mức độ	Số lượng (N=30)	Tỷ lệ (%)
Không đau	0	0
Đau vừa	3	10
Đau nhiều	24	80
Đau dữ dội	3	10
Thời điểm đau		
Buổi sáng	3	10
Buổi chiều	0	0
Cả ngày	27	90
Triệu chứng sưng nề		
Có	5	16.7
Không	25	83.3
Khối nhỏ (cục xơ)		
Có	30	100
Không	0	0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đau nhiều (80%) và đau cả ngày (90%). Chỉ có 5 bệnh nhân là có triệu chứng sưng nề tay bệnh (16.7%), còn lại phần lớn không có triệu chứng sưng nề (83.3%). 100% bệnh nhân có khối khối nhỏ ở tay bệnh.



Biểu đồ 4. Biểu đồ phân độ Green

Nhận xét: Theo phân độ Green trong số 30 bệnh nhân, độ III chiếm tỷ lệ cao nhất là 60%, tiếp theo là độ IV (23.3%), độ II (16.7%).

Đặc điểm cận lâm sàng trên hình ảnh siêu âm

Bảng 4. Kết quả hình ảnh trên siêu âm

Đặc điểm	Số lượng (N=30)	Tỷ lệ (%)
Dịch quanh gân	Có	6
	Không	24
Chiều dày gân A1	Có	23
	Không	7

Nhận xét: Dựa vào kết quả hình ảnh trên phim siêu âm cho thấy có 80% bệnh nhân không có dịch quanh gân và 76.7% bệnh nhân có sự dày lên của gân A1.

Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật theo thang điểm DASH

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	23	76.7
Khá	7	23.3

Nhận xét: Đánh giá theo thang điểm DASH chủ yếu là tốt (76.7%) và khá (23.3%). 100% không bệnh nhân nào biến chứng sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ngón tay cò súng ngón I thường gặp ở nữ chiếm 87%, nam ít hơn chiếm 13%, tỉ lệ nữ/nam là 7/1. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả khác: Đào Xuân Thành (2021) nữ chiếm 87%, nam 13% và Nguyễn Thành Tấn [3] với nữ chiếm 87.5%, nam chiếm 12.5% [1]. Các nghiên cứu cho thấy rằng tỷ lệ Nữ chiếm phần lớn là do liên quan đến quá trình mang thai, ảnh hưởng đến phản ứng miễn dịch của cơ thể, gây ra phản ứng viêm của các ròng rọc ở bàn tay. Ngoài ra, Nữ làm công việc nội trợ, nên gây ra các vi chấn thương nên làm cho tỷ lệ tăng lên. Độ tuổi trung bình của chúng tôi là 54.63 ± 9.686 tuổi, thấp nhất là 37 tuổi và cao nhất là 76 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Đào Xuân Thành (2021) có độ tuổi trung bình là 51.8 ± 7.3 , và Nguyễn Quốc Huy (2016) có độ tuổi gặp nhiều nhất 51-63 tuổi [1,2]. Các nghiên cứu cũng cho rằng do ở độ tuổi trung niên, tình trạng lão hoá chung của tổ chức, ma sát tăng lên làm tăng tỷ lệ mắc bệnh. Bên cạnh đó, phần lớn bệnh nhân ngón tay cò súng ngón I là người lao động tay chân chiếm 86.7%, chỉ có 13.3% bệnh nhân là cán bộ công chức. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quốc Huy (2016) người lao động chiếm tới 70% và

nghiên cứu của tác giả Đào Xuân Thành (2021) có người lao động phổ thông chiếm 70% [1,2]. Chúng tôi cho rằng người lao động tay chân sử dụng ngón I nhiều, là yếu tố thúc đẩy viêm ròng rọc A1 tại chỗ và là nguyên nhân chính gây ra bệnh ngón tay cò súng.

Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có 12 bệnh mắc bệnh kèm theo, trong đó có 8 bệnh nhân mắc hội chứng ống cổ tay (26,7%), 3 bệnh nhân mắc đái tháo đường (10%) và 1 bệnh nhân mắc viêm đa khớp (3.3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thành Tấn và cộng sự (2015) có hội chứng ống cổ tay kèm theo chiếm 39.3%, đái tháo đường 19.6% và viêm khớp dạng thấp 21.4%[3]. Theo nhiều nghiên cứu cho thấy rằng, ngón tay cò súng và hội chứng ống cổ tay có cơ chế bệnh sinh tương tự nhau, nên 2 bệnh thường xuất hiện cùng nhau. Ngoài ra, các nghiên cứu cũng chỉ ra tăng đường huyết làm trao đổi chất collagen bất thường, làm tăng sinh mô xơ ở gân làm hẹp đường hầm gân, bao gân là yếu tố quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của ngón tay cò súng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân đau nhiều 80% và đau cả ngày 90%. Chỉ có 5 bệnh nhân là có triệu chứng sưng nề tay bệnh (16.7%), còn lại phần lớn không có triệu chứng sưng nề (83.3%). 100% bệnh nhân có khối khối nhỏ u ở tay bệnh. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Đào Xuân Thành (2021) với đau vừa chiếm 50%, đau nhiều 46.7% và đau cả ngày 73.3%, sưng nề 13.3% và cục xơ 86.7% [1]. Triệu chứng đau sưng chỉ khu trú ở mặt lòng tay, chứ không phải ở mu tay. Về phân độ Green, theo nghiên cứu của chúng tôi, 30 bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật, độ III chiếm tỷ lệ cao nhất là 60%, tiếp theo là độ IV (23.3%), độ II (16.7%). Kết quả cũng tương tự với nghiên cứu Đào Xuân Thành[1], độ III gặp nhiều nhất với 73.4% và nghiên cứu của Nguyễn Thành Tấn và cộng sự (2015) với độ III 67.1%, độ IV chiếm 14.1% và độ II 18.8% [3]. Chỉ định phẫu thuật cho các trường hợp ngón tay cò súng ngón I độ III, IV và độ II thất bại trong điều trị nội khoa là phù hợp do ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống, sinh hoạt và lao động của bệnh nhân.

Qua nghiên cứu của chúng tôi, về hình ảnh siêu âm cho thấy rằng có 6 bệnh nhân có dịch quanh gân, chiếm 20% và hình ảnh dày ròng rọc A1 xuất hiện chiếm 76.7%. Tương đồng với nghiên cứu của Đào Xuân Thành (2021) với 63.3% tăng chiều dày của gân, 36.7% dịch quanh gân [1]. El-Deek AMF (2019) siêu âm có độ tin cậy 80% trong chẩn đoán ngón tay cò súng, chủ yếu là dịch

quanh gân và dày rỗng rọc A1 [5].

Theo thang điểm DASH, chúng tôi ghi nhận tốt (76.7%), khá (23.3%). Không bệnh nhân nào biến chứng sau mổ. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thành Tấn [3] với kết quả tốt 98.4% và thất bại 1.6%. Hay như nghiên cứu của Nguyễn Quốc Huy [1] với 100% bệnh nhân hồi phục vận động tốt sau 1 tháng và không trường hợp nào tái phát. Tuy nhiên nghiên cứu của tác giả Lim và CS có tỷ lệ biến chứng 1% (Nhiễm trùng nông, đau và hạn chế vận động tái phát sau mổ [7]. Nghiên cứu của chúng tôi với số mẫu chưa đủ lớn, nên có thể chưa thấy bệnh nhân tái phát hay gặp biến chứng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 30 bệnh nhân của chúng tôi, bệnh thường gặp ở nữ giới, tuổi hay gặp là 50-70 tuổi, thường làm nghề lao động tay chân. Điều trị được đánh giá qua thang điểm DASH: tốt (76.7%) và khá (23.3%). 100% không bệnh nhân nào biến chứng sau mổ. Cho thấy điều trị ngón tay cò súng ngón I bằng phương pháp can thiệp tối thiểu qua da với kim 18G cho thấy hiệu quả, chi phí thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Xuân Thành**, Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bệnh lý ngón tay lò xo tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội, Tạp chí Y Học Việt Nam, 2022;2 (242).
2. **Nguyễn Quốc Huy**, Đánh giá kết quả ban đầu điều trị bệnh ngón tay bất bằng phẫu thuật tại bệnh viện trường đại học y khoa Thái Nguyên, Tạp chí khoa học & công nghệ, 2016; 65 (77-80).
3. **Nguyễn Thành Tấn**, Đánh giá kết quả điều trị ngón tay cò súng bằng phương pháp can thiệp tối thiểu qua da với kim 18, Tạp chí Y Dược học Quân Sự, 2015;6 (143).
4. **Abdullah S Salim N, Sapuan J, et al** (2012), "Outcome of corticosteroid injection versus physiotherapy in the treatment of mild trigger fingers", The Journal of hand surgery, European volume(1), pp. 27-34.
5. **El-Deek AMF, Hassan Dawood EMAE-H**, Role of ultrasonography in evaluation of tendons abnormalities in hand and fingers, Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine, 2019;50(1):108-111.
6. **Suphachitwong C, Sungpet A, Kawinwonggowit V** (1999), "Trigger digit and BMI", Journal of the medical Association of Thailand Chotmaihet thangphaet, 82(10), pp. 1025-1027.
7. **Lim MH, Lim KK, Rasheed, et al**, Outcome of open trigger digit release. The Journal of hand surgery; European volume, 2007;32(4):457-459.
8. **Harberger S, Jeanmonod R, Waseem M** (2021), "Trigger Finger", StatPearls Publishing, StatPearls Publishing LLC, Treasure Island (FL).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH UNG THƯ THẬN CỦA BỆNH NHÂN ĐƯỢC SINH THIẾT DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CẮT LỚP VI TÍNH

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Lê Đỗ Đạt³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh của bệnh nhân (BN) ung thư thận được sinh thiết dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính (CLVT). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu (NC) mô tả hồi cứu trên 33 BN ung thư thận được chẩn đoán và phẫu thuật tại bệnh viện Ung Bướu Hà Nội từ tháng 02/2023 đến tháng 01/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình 51.55 ± 13.89 tuổi. BN đi khám không có triệu chứng chiếm 60.6%, có triệu chứng chiếm 39.4%. Vị trí ung thư thận ở cực trên, giữa và dưới ở hai thận khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Nhóm khối u kích thước trong khoảng 4 đến 7cm chiếm tỷ lệ cao nhất là 48.56%, sự khác biệt giữa các

nhóm kích thước của khối u khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0.103 > 0.05$. Đặc điểm khối u đây lõi bao thận chiếm tỷ lệ nhiều nhất (91%), nhóm khối u có phá vỡ bao thận chiếm tỷ lệ thấp nhất (3%). Nhóm u ngấm thuốc mạnh thì động mạch chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 60.6%. Nhóm ung thư thận có chảy máu và hoại tử trong u gặp tỷ lệ nhiều nhất (lần lượt là 21 và 27%). Đặc điểm hạch cạnh rốn thận gặp ở 3 BN chiếm tỷ lệ 9%, huyết khối tĩnh mạch thận gặp trên 1 BN (3%). **Kết luận:** Ung thư thận thường gặp ở BN trung tuổi hoặc cao tuổi. BN thường phát hiện tình cờ. Trên CLVT, ung thận thường ngấm thuốc mạnh thì ĐM, chảy máu, hoại tử, ngoài ra có thể gặp các đặc điểm khác như huyết khối tĩnh mạch thận và hạch cạnh rốn thận.

Từ khóa: ung thư thận, sinh thiết, cắt lớp vi tính

SUMMARY

CLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS OF RENAL CANCER IN PATIENTS UNDERGOING BIOPSY UNDER COMPUTED TOMOGRAPHY GUIDANCE

Objective: To describe the clinical and imaging characteristics of renal cancer patients who underwent

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Trường Đại Học Y Hà Nội

³Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025