

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

biopsy under computed tomography (CT) guidance.

Subjects and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 33 renal cancer patients who were diagnosed and underwent surgery at Hanoi Oncology Hospital from February 2023 to January 2025. **Results:** The mean age of the patients was $51,55 \pm 13,89$ years. Among them, 60,6% were asymptomatic, while 39,4% presented with symptoms. The tumor location (upper, middle, or lower pole of both kidneys) showed no statistically significant difference ($p > 0,05$). The largest proportion of tumors (48,56%) had a larger diameter ranging from 4 to 7 cm, with no statistically significant difference between tumor size groups ($p = 0,103 > 0,05$). The most common tumor characteristic was renal capsule bulging (91%), whereas the lowest proportion was found in tumors with extracapsular extension (3%). The most frequently observed enhancement pattern was strong arterial-phase enhancement (60,6%). Tumors with intratumoral hemorrhage and necrosis were found in 21% and 27% of cases, respectively. Perihilar lymph node involvement was observed in 3 patients (9%), while renal vein thrombus was detected in 1 patient (3%). **Conclusion:** Renal cancer is commonly found in middle-aged and elderly patients and is often detected incidentally. On CT imaging, renal tumors frequently exhibit strong arterial-phase enhancement, hemorrhage, necrosis, along with other features such as renal vein thrombus, and perihilar lymphadenopathy. **Keywords:** biopsy, renal tumor, computed tomography guidance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thận (UTT) là tổn thương ác tính của thận, bệnh thường gặp ở lứa tuổi 50-70, với tỉ lệ nam: nữ khoảng 1,5:1. Các triệu chứng của bệnh UTT đa dạng và kín đáo, thường biểu hiện khi ở giai đoạn muộn. Trên 50% các trường hợp được phát hiện tình cờ khi thực hiện các biện pháp chẩn đoán hình ảnh với các BN không có triệu chứng đặc hiệu hoặc trong các bệnh lý ổ bụng khác¹.

Các NC trong và ngoài nước đã chứng tỏ các phương tiện chẩn đoán hình ảnh và nhất là chụp CLVT đa dãy không chỉ phát hiện, chẩn đoán UTT mà còn cho phép xếp giai đoạn bệnh chính xác trước điều trị. CLVT đa dãy có thể đánh giá được kích thước khối u, mức độ xâm lấn vào mô thận và các cấu trúc lân cận, tình trạng huyết khối tĩnh mạch thận hoặc tĩnh mạch chủ dưới, từ đó hỗ trợ đánh giá khả năng phẫu thuật. Hình ảnh CLVT của UTT có thể bao gồm khối tăng tỷ trọng không đồng nhất, tăng sinh mạch máu bất thường sau tiêm thuốc cản quang, có thể có hoại tử hoặc xuất huyết trong khối u. Tuy nhiên, UTT có hình ảnh không điển hình trên CLVT đa dãy luôn là thách thức lớn trong chẩn đoán, nhất là phân biệt với u thận lành hoặc di căn thận². Một số dạng ung thư tế bào thận như thể nhú hoặc thể ống góp có thể biểu hiện kém bắt thuốc cản

quang hơn so với thể sán điển hình. Mặt khác, lựa chọn phương pháp điều trị và tiên lượng bệnh phụ thuộc chủ yếu vào giai đoạn bệnh và độ mô học. Nên STK qua da chẩn đoán UTT là đề tài của nhiều tác giả đã và đang nghiên cứu, không những cho phép phân biệt u thận lành hay ác tính, chẩn đoán chính xác loại MBH mà còn giúp xếp độ mô học, làm thay đổi thái độ điều trị và tiên lượng bệnh, trong một số trường hợp tránh được phẫu thuật không cần thiết.

Xuất phát từ những vấn đề trên, nhằm có những luận cứ khoa học về đặc điểm hình ảnh của nhóm BN UTT, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh ung thư của bệnh nhân được sinh thiết dưới hướng dẫn CLVT tại BV Ung Bướu Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: NC được tiến hành trên 33 BN (BN) tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội giai đoạn từ 01/2022 tới tháng 01/2025

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ung thư thận được siêu âm và chụp CLVT có tiêm thuốc đúng quy trình
- Bệnh nhân chưa được điều trị u thận bằng các phương pháp khác
- Đã được sinh thiết qua da dưới hướng dẫn CLVT khẳng định ung thư thận trên giải phẫu bệnh

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN không được sinh thiết đúng quy trình
- Bệnh án không đầy đủ
- Phim CLVT không đủ chất lượng chẩn đoán.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế NC: NC mô tả hồi cứu
- Cỡ mẫu NC: Chọn mẫu thuận tiện.
- Phương tiện NC: Máy chụp CLVT 16 dãy, 64 dãy (Siemens, Cộng Hoà Liên Bang Đức) - khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Ung Bướu Hà Nội.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

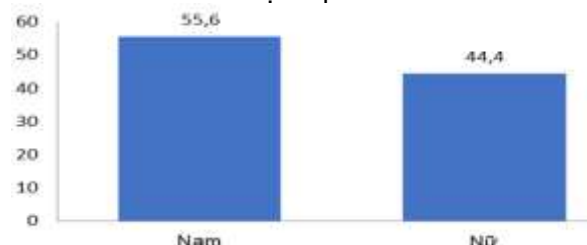
Từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 01 năm 2025 có 33 BN được đưa vào NC của chúng tôi với đặc điểm:

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi BN

Nhóm tuổi	Tổng số (N)	Tỉ lệ (%)	Tuổi trung bình	Min	Max
<30	3	9,1	51,55 ±13,89	27	77
30-39	4	12,1			
40-49	7	21,1			
50-59	9	27,3			
≥ 60	10	30,3			
Tổng	33	100			

Nhận xét: Tuổi trung bình là 51.55 ± 13.89 tuổi (thấp nhất 27 tuổi, cao nhất 77 tuổi), nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất (30.3%). Nhóm tuổi <30 có tỷ lệ thấp nhất là 9.1%



Biểu đồ 3.1. Phân bố mắc ung thư thận theo giới tính

Nhận xét: Tỷ lệ nam chiếm cao hơn với 55.6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0.56$

Bảng 3.2. Lý do vào viện (n)

Lý do vào viện	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Không có triệu chứng	20	60,6
Đau thắt lưng	7	21,2
Đái máu	6	18,2
Tổng số	33	100

Nhận xét: Nhóm BN không có triệu chứng chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 60.6%. Nhóm triệu chứng đái máu chiếm tỷ lệ thấp nhất là 18.2%.

3.2. Đặc điểm phân bố vị trí ung thư thận

Bảng 3.3. Đặc điểm phân bố vị trí ung thư thận trên CLVT đa dây

Vị trí		Số lượng	Tỉ lệ (%)	Tổng
Thận phải	Cực trên	1	3,0	N=10 (30.3%)
	Phần giữa	6	18,2	
	Cực dưới	3	9,1	
Thận trái	Cực trên	8	24,2	N=23 (69.7%)
	Phần giữa	11	33,3	
	Cực dưới	4	12,1	

Nhận xét: Vị trí UTT ở cực trên, giữa và dưới ở hai thận khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuy nhiên u thận trái gặp trong 69,7% có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với u thận phải.

Bảng 3.4. Kích thước của ung thư thận trên CLVT đa dây

Kích thước UTT	Số lượng	Tỉ lệ (%)
$\leq 4\text{cm}$	11	33,3
$4\text{cm} < \text{KT} \leq 7\text{cm}$	16	48,5
$7\text{cm} < \text{KT} \leq 10\text{cm}$	6	18,2
Tổng	33	100
p	0,103	

Nhận xét: Nhóm UTT kích thước trong khoảng 4 đến 7cm chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,5%.

Bảng 3.5. Mối tương quan của UTT với bao thận

Tương quan với bao thận	Số lượng	Tỉ lệ (%)	p
Bao thận bình thường	2	6,1	0.000
Bao thận bị đẩy lùi	30	90,9	
Bao thận bị phá vỡ	1	3,0	
Tổng	33	100	

Nhận xét: Nhóm UTT đẩy lùi bao thận và nằm hoàn toàn trong nhu mô chiếm tỷ lệ lớn nhất là 93,9% trong khi hóm phá vỡ bao thận chiếm tỷ lệ thấp là 6,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.6. Đặc điểm ngấm thuốc thì động mạch của khối u thận trên CLVT

Đặc điểm ngấm thuốc thì động mạch	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Ngấm mạnh	20	60,6
Trung bình	4	12,1
Ít	9	27,3
Tổng	33	100
p	0.002	

Nhận xét: Nhóm UTT ngấm thuốc mạnh thì động mạch chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 60.6%, sự khác biệt về mức độ ngấm thuốc có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

Bảng 3.7. Một số đặc điểm khác của ung thư thận trên CLVT (n=33)

Đặc điểm	Có		Không có	
	n	%	n	%
Vôi hoá	1	3,0	32	97,0
Chảy máu trong u	7	21,2	26	78,8
Sẹo xơ	1	3,0	32	97,0
Hoại tử	9	27,3	24	72,7
Hạch rốn thận	3	9,1	30	90,9
Huyết khối tĩnh mạch thận	1	3,0	32	97,0

Nhận xét: Nhóm UTT có chảy máu và hoại tử trong u gặp tỷ lệ nhiều nhất (lần lượt là 21,2% và 27,3%), đây là các dấu hiệu có giá trị cao trong chẩn đoán. Các dấu hiệu vôi hoá, chảy máu, sẹo xơ, hoại tử u, huyết khối tĩnh mạch thận và hạch rốn thận tương đối hiếm gặp trong UTT.

IV. BÀN LUẬN

Trong NC của chúng tôi, sự phân bố về tuổi mắc UTT khá rộng. Tuổi trung bình của BN là 51.55 ± 13.89 tuổi (thấp nhất 27 tuổi, cao nhất 77 tuổi), nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất (30,3%). Nhóm tuổi <30 có tỷ lệ thấp nhất là 9%. Đề cập đến tuổi người mắc UTT, NC của Nguyễn Văn Thi và cs cho thấy tuổi trung bình của BN là 50.7 ± 12.6 . Như vậy, tỷ lệ người mắc u thận ở Việt nam trong NC của chúng tôi có độ tuổi trung bình mắc bệnh tương tự với kết quả tác giả³. Tỷ lệ nam nữ khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Thống kê tỷ lệ mắc UTT theo giới, chúng tôi nhận thấy số BN nam chiếm

55,6%, tỷ lệ này ở giới nữ là 44,4%. Tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ tương ứng là 1,2/1. Tỷ lệ này tương tự NC của Nguyễn Văn Thi là 1,2/1³.

Tiến hành đánh giá đặc điểm lâm sàng cho thấy số các trường hợp bệnh nhân (BN) đi khám tình cờ phát hiện u thận chiếm 60,6%, trong khi 39,4% các trường hợp có biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau thắt lưng và đái máu. Kết quả này phản ánh xu hướng gia tăng của việc chẩn đoán ung thư thận (UTT) qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại, ngay cả khi bệnh nhân chưa có triệu chứng lâm sàng. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc phát hiện sớm và điều trị hiệu quả hơn, giúp cải thiện tiên lượng bệnh. Sự gia tăng phát hiện UTT giai đoạn sớm nhờ các phương pháp chẩn đoán hình ảnh cũng giúp cải thiện tiên lượng bệnh nhân. Các nghiên cứu trước đây cho thấy, những bệnh nhân được chẩn đoán UTT khi chưa có triệu chứng thường có tỷ lệ sống sót cao hơn do bệnh còn khu trú, cho phép can thiệp điều trị triệt để hơn. Ngược lại, nhóm bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng như đau thắt lưng và đái máu thường liên quan đến giai đoạn tiến triển hơn, có nguy cơ xâm lấn hoặc di căn cao hơn. Số trường hợp UTT được phát hiện khi chưa có triệu chứng lâm sàng trong nghiên cứu (NC) của chúng tôi tương đối phù hợp với nhiều NC của các tác giả ngoài nước. Theo NC của Cornelis F. và cộng sự, tỷ lệ u thận ác tính được phát hiện tình cờ chiếm khoảng 50%, trong đó các khối u thường có kích thước nhỏ và 70-80% trường hợp vẫn còn khu trú, chưa có dấu hiệu di căn. Như vậy, so với NC của chúng tôi, tỷ lệ phát hiện tình cờ có phần cao hơn (60,6% so với 50%), có thể do sự khác biệt trong đối tượng nghiên cứu địa điểm NC⁴.

Nhóm UTT đẩy lùi bao thận chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 30 BN chiếm 91%, sự khác biệt về tỉ lệ các nhóm tương quan u với bao thận có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Theo các tác giả nước ngoài, vị trí u thận là một trong số các yếu tố quan trọng để đưa ra quyết định điều trị và hiệu quả trong so sánh, nhất là mối quan hệ chặt chẽ giữa giải phẫu u thận, bệnh học và tiên lượng⁵.

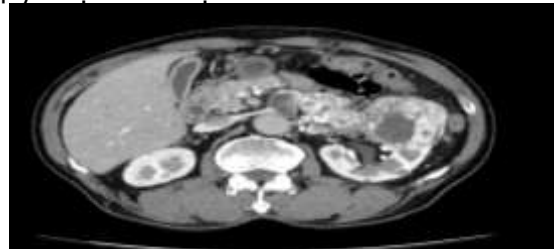
Trên hình ảnh CLVT đa dãy cho 33 BN đường kính lớn nhất là 96mm, u có kích thước nhỏ nhất là 17mm, kích thước trung bình là $49,61\text{mm} \pm 21,62\text{mm}$. Sự khác biệt giữa các nhóm u thận kích thước khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p=0,103$.

Về đặc điểm ngấm thuốc thì động mạch, nhìn chung tỷ lệ UTT ngấm thuốc mạnh chiếm cao nhất (60,6%). Sự khác biệt về mức độ ngấm thuốc có ý nghĩa thống kê với $p=0.002$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của

Nguyễn Văn Thi và cộng sự, NC đã chỉ ra đặc điểm ngấm thuốc của khối u thận trên phim chụp CLVT đa dãy ở các thì sau tiêm nhưng có thể chẩn đoán phân biệt được giữa UTT với u thận lành³.

Một nghiên cứu (NC) khác trên 76 trường hợp ung thư thận (UTT) được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy trước phẫu thuật nhằm phát hiện huyết khối tĩnh mạch và có đối chiếu mô bệnh học (MBH) sau phẫu thuật, Welch T.J. và cộng sự nhận thấy độ chính xác của CLVT đa dãy trong đánh giá có hoặc không có huyết khối tĩnh mạch thận đạt 96%, giá trị dự báo âm tính 97%, giá trị dự báo dương tính 92%, độ nhạy 85% và độ đặc hiệu 98%⁶. Những số liệu này cho thấy CLVT đa dãy là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có độ tin cậy cao trong việc xác định huyết khối tĩnh mạch thận, từ đó hỗ trợ lập kế hoạch điều trị chính xác cho bệnh nhân UTT. Trong NC của chúng tôi, có một bệnh nhân (BN) có khối u thận kích thước lớn, xâm lấn gây huyết khối tĩnh mạch thận trái. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật xác định đây là ung thư tế bào thận dạng nang đa thùy. Đây là một thể hiếm gặp của UTT, có đặc điểm mô bệnh học đặc trưng với cấu trúc dạng nang và nhiều thùy. Sự xuất hiện của huyết khối tĩnh mạch thận trong trường hợp này phản ánh mức độ xâm lấn của khối u, nhấn mạnh vai trò quan trọng của CLVT đa dãy trong đánh giá giai đoạn bệnh. Việc xác định chính xác tình trạng huyết khối trước phẫu thuật giúp phẫu thuật viên có chiến lược xử trí phù hợp, đặc biệt trong những trường hợp có nguy cơ lan rộng vào hệ thống tĩnh mạch chủ dưới, ảnh hưởng đến tiên lượng và quyết định điều trị.

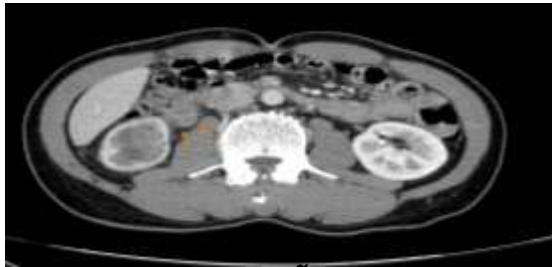
Nhìn chung, CLVT đa dãy không chỉ có giá trị cao trong phát hiện huyết khối tĩnh mạch thận mà còn giúp đánh giá mức độ lan rộng của khối u, từ đó hỗ trợ xếp giai đoạn bệnh và đưa ra quyết định điều trị chính xác hơn.



Hình 3.1. Bn Nguyễn Bá P, mã BN 23015797

Khối u lớn thận trái, xâm lấn gây huyết khối tĩnh mạch thận trái; GPB sau mổ: Ung thư tế bào thận dạng nang đa thùy

Đặc điểm hạch cạnh rốn thận gặp ở 3 BN chiếm 7,7% và cả 3 BN có GPB là ác tính sau mổ, trường hợp u lành rất hiếm gặp có hạch rốn thận. Xác định tình trạng liên quan đến hạch bạch huyết, một yếu tố tiên lượng kém, là rất quan trọng vì nó ảnh hưởng rất lớn đến khả năng sống sót lâu dài. Sự hiện diện của tình trạng liên quan đến hạch làm tăng tỷ lệ di căn xa lên 50%. Hơn nữa, những BN không liên quan đến hạch (N0) có tỷ lệ sống sót ước tính sau 5 năm lớn hơn 50%, trong khi những BN có liên quan đến hạch (N1, N2) có tỷ lệ sống sót ước tính sau 5 năm là 5–38%⁷.



Hình 3.2. Bn Nguyễn Hoài T, mã BN 23051103, u thận phải kèm hạch rốn thận
Kết quả GPB: Lymphoma

Nhóm UTT có chảy máu và hoại tử trong u gặp tỷ lệ nhiều nhất (lần lượt là 21 và 27%), đây là các dấu hiệu quan trọng giúp chẩn đoán phân biệt với các loại u thận khác trong khi hình ảnh se xơ trung tâm, vôi hóa trong khối u có tỷ lệ thấp. Theo NC của Hélénon O. và cs, vôi hóa trong u thận là hình ảnh đặc trưng nhưng không thường xuyên, điển hình là vôi hóa trung tâm và không đều (chiếm 30% UTT), khi kết hợp hình ảnh vôi hóa trong u thận với xâm lấn TM và TM chủ dưới (chiếm 7-23%) cho phép chẩn đoán UTT với bất kỳ đặc điểm bắt thuốc nào trên phim

chụp CLVT sau tiêm²

V. KẾT LUẬN

Ung thư thận thường gặp ở BN trung tuổi hoặc cao tuổi. BN thường phát hiện tình cờ khi đi khám bệnh. Trên CLVT, ung thư thận thường có đặc điểm ngấm thuốc mạnh thì ĐM, ngoài ra có thể gặp các đặc điểm khác như chảy máu, hoại tử trong khi các dấu hiệu hạch cạnh rốn thận, huyết khối tĩnh mạch thận hiếm gặp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. CA: a cancer journal for clinicians. 2015;65(1)
2. Hélénon O, Eiss D, De Brito P, Merran S, Correias J-M. Comment je caractérise une masse rénale solide: proposition d'une nouvelle classification pour une approche simplifiée. Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle. 2012;93(4):254-267.
3. Thi NV. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của cắt lớp vi tính đa dãy và giá trị của sinh thiết kim cắt qua da trong chẩn đoán ung thư thận ở người lớn. 2018.
4. Cornelis F, Balageas P, Le Bras Y, et al. Les ablations thermiques rénales sous guidage radiologique. Journal de Radiologie diagnostique et interventionnelle. 2012;93(4):268-284.
5. Weizer AZ, Gilbert SM, Roberts WW, Hollenbeck BK, Wolf JS. Tailoring technique of laparoscopic partial nephrectomy to tumor characteristics. The Journal of urology. 2008;180(4):1273-1278.
6. Welch TJ, LeRoy AJ. Helical and electron beam CT scanning in the evaluation of renal vein involvement in patients with renal cell carcinoma. Journal of computer assisted tomography. 1997;21(3):467-471.
7. Tadayoni A, Paschall AK, Malayeri AA. Assessing lymph node status in patients with kidney cancer. Translational andrology and urology. 2018;7(5):766.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHỊ SỐT PHÁT BAN KHÔNG DO SỞI VÀ RUBELLA

Triệu Công Doanh^{1,2}, Lê Văn Nam¹, Ngô Thu Hằng¹, Nguyễn Việt Phương¹, Nguyễn Linh Toàn¹

TÓM TẮT

¹Học viện Quân y

²Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Công Doanh

Email: dr.tcdoanhvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025

Đặt vấn đề/Mục tiêu: Sốt phát ban là một bệnh lý thường gặp ở trẻ em do nhiều căn nguyên khác nhau gây nên. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi sốt phát ban không do sởi và rubella. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 195 bệnh nhi sốt phát ban có xét nghiệm sởi IgM và rubella IgM âm tính tại Bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình và Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** Triệu chứng về hô hấp hay gặp nhất với 18,97%. Không có triệu chứng về tim mạch và thần kinh. 19,49% bệnh nhi có bất thường trên X quang phổi. **Kết luận:** Sốt phát