

một số hạn chế như thiết kế mô tả cắt ngang và số liệu thu thập tại các thời điểm khác nhau, song kết quả ban đầu cho thấy nhiều triển vọng. Đây có thể coi là một bước khởi đầu tích cực trong việc ứng dụng kỹ thuật đặt lưới định tuyến trong phẫu thuật treo ngực sa trễ. Phương pháp này hứa hẹn sẽ góp phần cải thiện kết quả thẩm mỹ và ngăn ngừa sẹo xấu, đặc biệt khi kết hợp cùng các phương pháp điều trị sẹo khác.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng ngực sa trễ hiện đang là một vấn đề đáng quan tâm, gây ảnh hưởng đáng kể đến thẩm mỹ, tâm lý và sức khỏe của người bệnh. Phẫu thuật treo ngực sa trễ gần như là giải pháp tối ưu để khắc phục tình trạng này. Tuy nhiên, với những bệnh nhân có tuýp da dễ hình thành sẹo xấu, cùng với tỷ lệ cao từng điều trị sẹo phối hợp ở các trường hợp đã từng phẫu thuật trước đó, việc kiểm soát sẹo sau mổ trở thành một thách thức lớn đối với cả bác sĩ phẫu thuật lẫn người bệnh. Việc ứng dụng lưới định tuyến trong phẫu thuật treo ngực sa trễ bước đầu cho thấy hiệu quả tích cực trong việc giảm áp lực mô tuyến lên vết mổ, từ đó góp phần hạn chế nguy cơ hình thành sẹo xấu. Đây là một phương pháp đầy tiềm năng, hứa hẹn mang lại hiệu quả cao khi được kết hợp với các biện pháp phòng ngừa sẹo khác trong quá trình chăm sóc hậu phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thiệt Sơn.** Tạo hình vú phì đại và sa trễ. In: Bài giảng phẫu thuật tạo hình. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2006.
2. **Trần Thiệt Sơn.** Phẫu thuật vú sa trễ. In: Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2020:216-218.
3. **Hammond DC, Loffredo M.** Breast reduction. *Plast Reconstr Surg.* 2012;129(5):829e-839e.
4. **Lee JD, Lee JK, Oh MJM.** Various treatments of scar, principles and choice of laser treatment in dermatology. In: Springer; 2020:237-262.
5. **Lu WS, Zheng XD, Yao XH, Zhang LF.** Clinical and epidemiological analysis of keloids in Chinese patients. *Arch Dermatol Res.* 2015;307:109-114.
6. **Ramakrishnan KM, Thomas KP, Sundararajan CR.** Study of 1,000 patients with keloids in South India. *Plast Reconstr Surg.* 1974;53(3):276-280.
7. **Reinholz M, Poetschke J, Schwaiger H, et al.** The dermatology life quality index as a means to assess life quality in patients with different scar types. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015; 29(11):2112-2119.
8. **Sitaniya S, Subramani D, Jadhav A, et al.** Quality of life of people with keloids and its correlation with clinical severity and demographic profiles. *Wound Repair Regen.* 2022;30(3):409-416.
9. **Bell RCW, Price JG.** Laparoscopic inguinal hernia repair using an anatomically contoured three-dimensional mesh. *Surg Endosc.* 2003;17:1784-1788.
10. **Rashid T, et al.** A comparative study of three-dimensional mesh (3D mesh) and polypropylene mesh in laparoscopic inguinal hernia repairs in adults. *Int Surg J.* 2018;5(1):174-180.

HIỆU NĂNG CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN T BẰNG CLVT TRONG UTNM ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TRÊN: SO SÁNH VỚI TIÊU CHUẨN MÔ BỆNH HỌC

Đỗ Anh Toàn¹, Võ Tấn Đức¹,
Nguyễn Chí Phong², Nguyễn Thị Thanh Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh độ chính xác của CLVT với giải phẫu bệnh trong chẩn đoán giai đoạn T của UTNMĐTN. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 63 bệnh nhân UTNMĐTN được phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân (2020–2022). Tất cả bệnh nhân đều có CLVT và kết quả mô bệnh học sau mổ. Các chỉ số chẩn đoán như độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán và hệ số kappa được tính toán để đánh giá mức độ phù hợp giữa CLVT và giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Với UTNMĐTN tại thận: độ nhạy 73,7%, độ đặc hiệu

100%, độ chính xác 90,4%, kappa = 0,78. Với UTNMĐTN tại niệu quản: độ nhạy 90,7%, độ đặc hiệu 75%, độ chính xác 87,3%, kappa = 0,64. CLVT cho thấy mức độ tương đồng tốt với giải phẫu bệnh trong chẩn đoán giai đoạn T. **Kết luận:** CLVT là công cụ hiệu quả, có thể tin cậy trong đánh giá giai đoạn T của UTNMĐTN trước mổ, đặc biệt hữu ích trong định hướng điều trị ngoại khoa.

SUMMARY

DIAGNOSTIC PERFORMANCE OF CT IN T STAGING OF UPPER TRACT UROTHELIAL CARCINOMA: COMPARISON WITH HISTOPATHOLOGICAL GOLD STANDARD

Background: Accurate preoperative T staging of upper tract urothelial carcinoma (UTUC) is crucial for treatment planning and prognostic assessment. While computed tomography (CT) is the most commonly used imaging modality, its diagnostic accuracy compared to histopathology remains a subject of

¹Đại học Y Dược TP. HCM (UMC)

²Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Toàn

Email: doanhtoan@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2025

Ngày duyệt bài: 29.5.2025

clinical concern. **Objective:** To compare the diagnostic accuracy of CT with histopathological findings in determining the T stage of UTUC. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 63 patients with UTUC who underwent surgery at Binh Dan Hospital between 2020 and 2022. All patients received preoperative contrast-enhanced CT and had postoperative histopathological reports. Sensitivity, specificity, predictive values, and kappa statistics were used to evaluate the agreement between CT and pathology. **Results:** For renal pelvic tumors, CT showed a sensitivity of 73.7%, specificity of 100%, accuracy of 90.4%, and a kappa value of 0.78. For ureteral tumors, the sensitivity was 90.7%, specificity 75%, accuracy 87.3%, and kappa value 0.64. These results indicate a good agreement between CT and histopathological T staging. **Conclusion:** CT is a reliable imaging modality for preoperative T staging of UTUC and can effectively assist in surgical decision-making. However, limitations remain, particularly in detecting early renal pelvic invasion. **Keywords:** Upper tract urothelial carcinoma, computed tomography, T staging, histopathology, diagnostic accuracy, renal pelvis tumor, ureteral tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên (UTNMĐTĐN), bao gồm các khối u xuất phát từ niêm mạc bể thận và niệu quản, chiếm khoảng 5–10% tổng số các ung thư niệu mạc.¹ Việc xác định chính xác giai đoạn T trước phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị và tiên lượng bệnh. Theo phân loại TNM, giai đoạn T càng cao thì nguy cơ tái phát, di căn và tỷ lệ tử vong càng lớn.²

Trong thực hành lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) là phương tiện hình ảnh thường quy được sử dụng để đánh giá tổn thương UTMĐTĐN. CLVT có thể cung cấp thông tin về vị trí, kích thước và mức độ xâm lấn của khối u. Tuy nhiên, do hạn chế về độ phân giải và khả năng phát hiện xâm lấn vi thể, độ chính xác của CLVT trong đánh giá giai đoạn T vẫn còn nhiều tranh cãi.³

Trong khi đó, kết quả giải phẫu bệnh từ mẫu mô sau phẫu thuật được xem là tiêu chuẩn vàng trong phân giai đoạn.⁴ Sự không thống nhất giữa CLVT và mô bệnh học có thể dẫn đến điều trị chưa phù hợp, gây ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh nhân.

Chính vì vậy, việc đánh giá mức độ tương đồng và độ chính xác của CLVT so với giải phẫu bệnh trong xác định giai đoạn T có ý nghĩa thiết thực trong thực hành lâm sàng, giúp xác định vai trò thật sự của CLVT trong hoạch định điều trị ngoại khoa cho bệnh nhân UTMĐTĐN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế

Nghiên cứu mô tả hồi cứu nhằm so sánh độ chính xác của CLVT với giải phẫu bệnh trong xác định giai đoạn T của ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên (UTNMĐTĐN).

Đối tượng

63 bệnh nhân UTMĐTĐN được phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân từ 01/2020 đến 06/2022, có đủ dữ liệu CLVT có tiêm thuốc cản quang trước mổ và kết quả mô bệnh học sau mổ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Chẩn đoán xác định UTMĐTĐN.

Có đầy đủ phim CLVT và kết quả GPB.

Không điều trị trước mổ (hóa trị- xạ trị).

Đánh giá hình ảnh

CLVT được thực hiện theo quy trình chuẩn 4 thì, đánh giá độc lập bởi hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Giai đoạn T xác định theo TNM.

Giải phẫu bệnh

Giai đoạn T mô bệnh học được xác định từ bệnh phẩm phẫu thuật, làm tiêu chuẩn vàng để so sánh.

Phân tích thống kê

Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán, độ chính xác và hệ số kappa. Phân tích bằng SPSS 26.0, $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung bệnh nhân. Nghiên cứu gồm 63 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên tại Bệnh viện Bình Dân trong giai đoạn từ tháng 01/2020 đến tháng 6/2022.

Tuổi: Trung bình $65,5 \pm 10,2$ tuổi (dao động 38–88 tuổi). Nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 60 đến 70 tuổi, chiếm 47,6%.

Giới tính: Nam giới chiếm 65,1% (41/63), nữ giới chiếm 34,9% (22/63), tỷ lệ nam/nữ là 1,86:1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Đặc điểm	Giá trị	Tỷ lệ
Tuổi trung bình	$65,5 \pm 10,2$ tuổi	
Giới tính (nam/nữ)	41/22	
Bên tổn thương (Phải/ Trái)	31/32	
Tổn thương bể thận	38	60,3%
Tổn thương niệu quản	25	39,7%

Vị trí tổn thương

- Bể thận: 38 trường hợp (60,3%)
- Niệu quản: 25 trường hợp (39,7%)

Bên tổn thương

- Phải: 31 trường hợp (49,2%)
- Trái: 32 trường hợp (50,8%)

Hình ảnh trên CLVT

- Dạng khối chiếm đa số với tỷ lệ 82,5%
- Dày thành không đều: 17,5%

Đặc điểm hình ảnh CLVT theo giai đoạn.

Trên tổng số 63 bệnh nhân được chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang trước phẫu thuật, giai đoạn T theo CLVT được phân loại như sau:

- T1: 14 trường hợp (22,2%)
- T2: 16 trường hợp (25,4%)
- T3: 26 trường hợp (41,3%)
- T4: 7 trường hợp (11,1%)

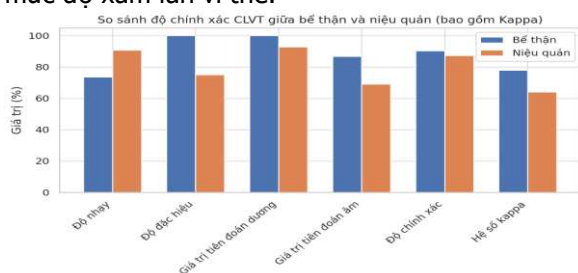
Các đặc điểm hình ảnh gợi ý xâm lấn trên CLVT

- Dày thành niệu quản hoặc bể thận bất thường, mất lớp mỡ quanh niệu quản hoặc quanh thận.
- Hình ảnh khối đặc ngấm thuốc cản quang không đều, bờ không rõ.
- Tổn thương xâm lấn mô mỡ quanh thận hoặc mô xung quanh niệu quản.
- Trường hợp T4 ghi nhận xâm lấn cơ quan lân cận như cơ thắt lưng chậu hoặc nhu mô thận bên đối diện.

Tỷ lệ tổn thương theo vị trí và giai đoạn

- Trong 38 trường hợp bướu bể thận, tỷ lệ tổn thương $\geq T3$ là 55,3%.
- Trong 25 trường hợp bướu niệu quản, tỷ lệ tổn thương $\geq T3$ là 60,0%.

So sánh giai đoạn T giữa CLVT và mô bệnh học. Việc đối chiếu giai đoạn T giữa hình ảnh CLVT và kết quả mô bệnh học cho thấy mức độ phù hợp tốt, tuy nhiên vẫn có một số sai lệch nhất định, chủ yếu do đánh giá không đầy đủ mức độ xâm lấn vi thể.



Biểu đồ 1. So sánh độ chính xác CLVT giữa bể thận và niệu quản

* Hệ số Kappa đã được chuẩn hóa sang thang điểm 0-100 để trực quan so sánh ($k1=0,78$; $k2=0,64$) $p<0,001$ (Kiểm định Z-test)

Bướu tại bể thận ($n = 38$):

- Trùng khớp giữa CLVT và mô bệnh học: 29 trường hợp (76,3%)
- CLVT đánh giá thấp hơn thực tế: 6 trường hợp (15,8%)

- CLVT đánh giá cao hơn thực tế: 3 trường hợp (7,9%)

- Hệ số kappa: 0,78 ($p < 0,001$) → mức độ tương đồng tốt

- Độ nhạy: 73,7%
- Độ đặc hiệu: 100%
- Độ chính xác tổng thể: 90,4%

Bướu tại niệu quản ($n = 25$):

- Trùng khớp giữa CLVT và mô bệnh học: 20 trường hợp (80,0%)

- CLVT đánh giá thấp hơn thực tế: 2 trường hợp (8,0%)

- CLVT đánh giá cao hơn thực tế: 3 trường hợp (12,0%)

- Hệ số kappa: 0,64 ($p < 0,001$) → mức độ tương đồng trung bình khá

- Độ nhạy: 90,7%
- Độ đặc hiệu: 75%
- Độ chính xác tổng thể: 87,3%

IV. BÀN LUẬN

Việc xác định chính xác giai đoạn T trước mổ trong ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên (UTNMĐTN) có vai trò quan trọng trong lựa chọn chiến lược điều trị, đặc biệt là phân định giữa can thiệp bảo tồn và cắt bỏ triệt để. Kết quả nghiên cứu cho thấy CLVT có độ chính xác cao trong đánh giá giai đoạn T khi so sánh với mô bệnh học, đặc biệt ở nhóm tổn thương tại bể thận, với độ đặc hiệu đạt 100% và hệ số kappa 0,78 – mức tương đồng tốt.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Janisch và cộng sự (2020), trong đó chụp cắt lớp vi tính đa dãy (MDCTU) cho thấy độ đặc hiệu 95%, tuy nhiên độ nhạy lên đến 92% trong chẩn đoán ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên.³ Điều này có thể do sự phụ thuộc về kinh nghiệm của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh trong phát hiện các đặc điểm của bướu. Ngoài ra, theo Rouprêt và cộng sự (EAU Guidelines 2023), CLVT là phương tiện hình ảnh được khuyến cáo đầu tay trong đánh giá tổn thương đường tiết niệu trên, đặc biệt hữu ích trong phát hiện xâm lấn mô quanh thận hoặc cơ quan lân cận.¹

Ở nhóm bệnh nhân có tổn thương tại niệu quản, độ nhạy của chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có thể đạt tới 90,7%, nhưng độ đặc hiệu thấp hơn, khoảng 75%. Nguyên nhân có thể do đặc điểm giải phẫu vùng niệu quản, nơi lớp mỡ quanh bị hạn chế, dễ bị ảnh hưởng bởi viêm hoặc xơ hóa vùng chậu hông, dẫn đến hiện tượng dương tính giả trong đánh giá giai đoạn T (overstaging).⁴

Một nghiên cứu khác cũng ghi nhận rằng CLVT có thể đánh giá quá mức giai đoạn T trên các tổn thương niệu quản lên tới 20%, chủ yếu

do nhầm lẫn giữa thâm nhiễm viêm hoặc xơ dính với xâm lấn thực sự của khối u.⁵ Do đó, khi đánh giá hình ảnh CLVT ở vị trí này, cần thận trọng kết hợp với các yếu tố lâm sàng và nội soi để tránh can thiệp quá mức.

Về sai lệch giữa CLVT và mô bệnh học, nhóm nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ CLVT đánh giá thấp hơn thực tế (understaging) cao hơn ở tổn thương bề thận (15,8%). Điều này phản ánh hạn chế trong việc phát hiện xâm lấn vi thể quanh thận hoặc xuyên cơ, nhất là khi lớp mỡ ranh giới chưa bị mất rõ ràng.

Ngoài ra, sự khác biệt về trình độ bác sĩ đọc phim, chất lượng máy CLVT và kinh nghiệm của phẫu thuật viên – giải phẫu bệnh viên cũng có thể ảnh hưởng đến tính chính xác và tính tương đương trong phân độ.

Từ kết quả nghiên cứu, có thể thấy rằng CLVT là công cụ hiệu quả trong đánh giá giai đoạn T, đặc biệt khi kết hợp nhiều dấu hiệu hình ảnh. Tuy nhiên, cần cẩn trọng trong các trường hợp đánh giá tổn thương giai đoạn thấp (T1–T2), nơi nguy cơ bỏ sót xâm lấn vẫn tồn tại. Trong tương lai, việc kết hợp CLVT với các công cụ hỗ trợ chẩn đoán như mô hình phân điểm nguy cơ (scoring system), hoặc trí tuệ nhân tạo (AI) có thể giúp nâng cao độ chính xác hơn nữa.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có độ chính xác cao trong chẩn đoán giai đoạn T của ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên khi so sánh với giải phẫu bệnh. Đặc biệt,

CLVT cho độ đặc hiệu rất cao ở tổn thương tại bề thận và độ nhạy cao ở tổn thương niệu quản. Mức độ tương đồng tốt giữa CLVT và mô bệnh học (hệ số kappa > 0,6) cho thấy CLVT là công cụ hình ảnh đáng tin cậy trong đánh giá trước mổ.

Tuy nhiên, CLVT vẫn có nguy cơ đánh giá sai giai đoạn trong một số trường hợp, đặc biệt là ở tổn thương xâm lấn vi thể hoặc vị trí giải phẫu phức tạp như niệu quản. Việc phối hợp CLVT với lâm sàng, nội soi và các yếu tố nguy cơ khác là cần thiết để nâng cao độ chính xác chẩn đoán và tối ưu hóa chiến lược điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rouprêt M, Babjuk M, Compérat E, et al.** European Association of Urology Guidelines on Upper Urinary Tract Urothelial Carcinoma: 2023 Update. *Eur Urol.* 2023;83(1):1-15. doi:10.1016/j.eururo.2022.09.011
2. **TNM Classification of Malignant Tumours, 8th Edition.** Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C, eds. Wiley-Blackwell; 2017.
3. **Janisch F, Shariat SF, Baltzer P, et al.** Diagnostic accuracy of multidetector computed tomography for upper tract urothelial carcinoma: systematic review and meta-analysis. *World J Urol.* 2020;38(5): 1165–1175. doi:10.1007/s00345-019-02875-8
4. **Honda H, Narumi Y, Ono M, et al.** T Categorization of Urothelial Carcinomas of the Ureter With CT. *AJR Am J Roentgenol.* 2015;204(4):792-797. doi:10.2214/AJR.14.13167
5. **Jinzaki M, Matsumoto K, Kikuchi E, et al.** Comparison of CT Urography and Excretory Urography in the Detection and Localization of Urothelial Carcinoma of the Upper Urinary Tract. *AJR Am J Roentgenol.* 2010;196(5):1102-1109. doi:10.2214/AJR.10.5249

ĐA HÌNH RS2383206 GEN CDKN2B-AS1 Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH MẠCH TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Ngô Trần Phước Nguyên¹, Trần Viết An¹,
Phạm Thị Ngọc Nga¹, Bùi Thế Dũng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng vành mạch là bệnh lý mạn tính, cơ chế bệnh sinh do nhiều yếu tố góp phần trong đó có vai trò của yếu tố di truyền. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng có mối liên quan của đa hình rs2383206 gen CDKN2B-AS1 với mức độ nặng của tổn thương

động mạch vành. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm đa hình rs2383206 gen CDKN2B-AS1 với mức độ nặng của tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân hội chứng vành mạch có chụp động mạch vành tại khoa Tim mạch can thiệp-thần kinh Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 43 bệnh nhân hội chứng vành mạch có chụp mạch vành tại khoa Tim mạch can thiệp-thần kinh Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 6/2023-12/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là $67,19 \pm 9,6$, chủ yếu giới tính nam. Tỷ lệ thừa cân-béo phì ($BMI \geq 23 \text{ kg/m}^2$) là 60,5%. Trong số các yếu tố nguy cơ tim mạch, tăng huyết áp (93,0%) và rối loạn lipid máu (83,7%) là các yếu tố thường gặp nhất. Tỷ lệ kiểu gen của đa hình

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Trần Phước Nguyên

Email: phuocnguyenngotran@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2025

Ngày duyệt bài: 27.5.2025