

khớp cắn loại I và II, đều lớn hơn chỉ số gốc của Bolton (1958)^{1,2}. So sánh với kết quả trên người Kinh trưởng thành của Lưu Phước Hải (2017)⁸ thì không có sự khác biệt kết quả giữa hai dân tộc, điều này có thể thấy ở phạm vi địa lý hẹp và có mối liên quan về nhân chủng học tương đối gần thì chỉ số nhân trắc không có sự khác biệt đáng kể

Chỉ số Bolton AR và OR khi so sánh giữa các hình dạng cung răng khác nhau bao gồm cung răng hình Oval, hình vuông và hình tam giác thì không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với tác giả Abdullah M Aldrees et al (2015)² nghiên cứu trên người Saudi trưởng thành, điều này cho thấy chưa xác định được mối liên hệ, tương quan giữa hình dạng cung răng và chỉ số Bolton.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số Bolton ở người trưởng thành dân tộc Mường không có sự khác biệt giữa nam và nữ ở chỉ số AR và OR; có sự khác biệt đáng kể ở chỉ số OR trên đối tượng sai khớp cắn loại III Angle lớn hơn so với loại I và II; tuy nhiên chỉ số AR thì không có sự khác biệt giữa các loại khớp cắn. Chỉ số Bolton không có sự khác biệt giữa các hình dạng cung răng, giữa người dân tộc Mường và dân tộc Kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Toshiya Endo et al (2007). Applicability of

- Bolton's tooth size ratios to a Japanese orthodontic population. *Odontology*, 95:57-60.
2. **Abdullah M Aldrees et al** (2015). Is arch form influenced by sagittal molar relationship or Bolton tooth-size discrepancy?. *BMC Oral health*, 26, 15-70.
3. **Vanessa Machado et al** (2018). Bolton ratios in Portuguese subjects among different malocclusion groups. *J Clin Exp Dent*, 10(9):e864-e868.
4. **Rajeev Kumar Mishra et al** (2019). Analysis of Interarch Tooth Size Relationship in Nepalese Subjects with Normal Occlusion and Malocclusions. *Int J Dent*, 18:2019:2761427.
5. **Vahid Mollabashi et al** (2019). Comparison of Bolton ratio in normal occlusion and different malocclusion groups in Iranian population. *Int Orthod*, 17(1):143-150.
6. **Vanessa Machado et al** (2020). A systematic review and meta-analysis on Bolton's ratios: Normal occlusion and malocclusion. *J Orthod*, 47(1):7-29.
7. **Pinaki Roy et al** (2025). Bolton's ratio variations in Angle's Class I, Class II and Class III malocclusions: An observational study. *J Clin Exp Dent*, 17(3):e280-e285.
8. **Lưu Phước Hải** (2017). Xây dựng chỉ số Bolton cho người Việt. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường ĐHY Hà Nội.
9. **Lê Nguyễn Lâm và CS** (2023). Nghiên cứu kích thước độ rộng của răng và sự sai biệt kích thước răng hàm theo phân tích Bolton trên sinh viên Răng Hàm Mặt Trường ĐHY Dược Cần Thơ. Tạp chí Y học Việt Nam, 524(2), 184-188.
10. **Phạm Minh Thảo và CS** (2024). Tổng quan hệ thống và phân tích gộp về chỉ số Bolton ứng dụng trong chẩn đoán răng. Tạp chí Y học Việt Nam, 534(2), 334-339.

GIÁ TRỊ CỦA SINH THIẾT KIM LỖI DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN U SAU PHÚC MẠC Ở TRẺ EM

Nguyễn Thị Thanh Hương¹, Lê Đình Công¹, Nguyễn Văn Long¹, Nguyễn Thế Mạnh¹, Trần Phan Ninh¹, Vũ Đăng Lưu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của sinh thiết kim lõi (CNB) dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán u sau phúc mạc ở trẻ em và các tai biến của kỹ thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến hành trên 110 bệnh nhân được chẩn đoán u sau phúc mạc trên hình ảnh, sinh thiết kim lõi dưới hướng dẫn siêu âm lần đầu tại Bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 7/2024 đến tháng 5/2025. Các biến số gồm: đặc điểm lâm sàng, đặc điểm hình ảnh, kết quả giải

phẫu bệnh và tai biến. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh phẩm đủ tiêu chuẩn chẩn đoán là 99,1%. Có 7 u lành tính và 102 u ác tính. Trong xác định tổn thương ác tính, CNB có độ nhạy 97,1%, độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 97,2%. 45 bệnh nhân được phẫu thuật, sinh thiết kim và phẫu thuật có độ phù hợp cao về chẩn đoán mô bệnh học (hệ số Kappa = 0,63). Có 6 trường hợp (5,4%) biến chứng sau kỹ thuật, trong đó 1 trường hợp chảy máu nặng chiếm tỷ lệ 0,9%. **Kết luận:** Sinh thiết kim lõi dưới hướng dẫn siêu âm là một kỹ thuật ít xâm lấn, an toàn và có độ chính xác trong chẩn đoán mô bệnh học và di truyền, tỷ lệ tai biến thấp có thể thay thế sinh thiết phẫu thuật trong chẩn đoán u sau phúc mạc ở trẻ em. **Từ khóa:** U sau phúc mạc, u nguyên bào thần kinh, sinh thiết kim

SUMMARY

ULTRASOUND-GUIDED CORE NEEDLE BIOPSY VALUE IN THE DIAGNOSIS OF

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hương

Email: thanhhuong.nguyenrad82@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.7.2025

Ngày duyệt bài: 15.8.2025

PEDIATRIC RETROPERITONAL TUMORS

Objective: This study was to evaluate the diagnostic value of ultrasound-guided core needle biopsy (CNB) for pediatric retroperitoneal tumors and the complications related to procedure. **Subjects and Methods:** the study was conducted on 110 children diagnosed with retroperitoneal tumor underwent CNB at the Vietnam National Children's Hospital from July 2024 to April 2025. Evaluated parameters including general characteristics, imaging features, pathological results, adverse event features. **Results:** Overall biopsy adequacy rate (defined as sufficient to make a diagnosis) was 99.1%. There were 7 benign tumors, and 102 malignant tumors. In determining malignant lesions, CNB showed a sensitivity of 97.1%, a specificity of 100%, an accuracy of 97.2%. Forty-five patients underwent surgery, needle biopsy and surgery had high concordance in histopathological diagnosis (Kappa coefficient = 0.63). There were 6 cases (5.4%) of post procedure complications, of which one severe bleeding requiring blood transfusion accounting for 0.9%. **Conclusion:** Ultrasound-guided core needle biopsy is a minimally invasive, safe and accurate technique for histopathological diagnosis and genetic biology, with a low rate of complications, it can replace surgical biopsy in the diagnosis of retroperitoneal tumors in children.

Keywords: retroperitoneal tumor, neuroblastoma, core needle biopsy (CNB)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh thiết kim lõi (CNB) dưới hướng dẫn siêu âm là một kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, là phương pháp lý tưởng để lấy mẫu mô tổn thương phục vụ chẩn đoán mô bệnh học.

Các khối u sau phúc mạc chiếm khoảng 15–20% tổng số u ổ bụng ở trẻ em¹, trong đó tổn thương ác tính như u nguyên bào thần kinh (NBTK), u tế bào mầm và các u mô mềm là những thể bệnh thường gặp. Chẩn đoán mô học là yếu tố then chốt để xác định phác đồ điều trị, do đó cần có phương pháp sinh thiết hiệu quả, chính xác và ít biến chứng.

Các nghiên cứu (NC) trên thế giới đã chứng minh độ chính xác chẩn đoán của CNB dưới hướng dẫn siêu âm ở trẻ em lên tới 92–98%, với tỷ lệ biến chứng thấp dưới 3%².

Tại Việt Nam, kỹ thuật sinh thiết kim lõi dưới hướng dẫn siêu âm đã được áp dụng tại một số bệnh viện tuyến trung ương trong đó có Bệnh viện Nhi trung ương, tuy nhiên ở trẻ em số liệu công bố vẫn còn hạn chế. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá độ chính xác chẩn đoán và tỷ lệ biến chứng liên quan đến thủ thuật, từ đó góp phần chuẩn hóa quy trình thực hành kỹ thuật này tại đơn vị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: tại

Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 7/2024 đến tháng 5/2025.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân từ sơ sinh đến 16 tuổi có khối u sau phúc mạc đã được thông qua Hội chẩn u đặc hàng tuần có chỉ định sinh thiết kim, đủ điều kiện gây mê toàn thân, được lấy mẫu mô bệnh học bằng kỹ thuật CNB dưới hướng dẫn siêu âm lần đầu tiên. BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn nhưng không áp dụng được kỹ thuật do vị trí u không tiến hành sinh thiết kim dưới hướng dẫn siêu âm được, BN và/hoặc người nhà BN không đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ bị loại ra khỏi nghiên cứu.

Cỡ mẫu: gồm 110 BN có u sau phúc mạc xác định bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CLVT và/hoặc CHT), được sinh thiết kim dưới hướng dẫn siêu âm lần đầu tiên.

Biến số, chỉ số nghiên cứu:

- **Đặc điểm lâm sàng:** tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng.

- **Đặc điểm hình ảnh trên cắt lớp vi tính của khối u sau phúc mạc:** Kích thước u, ranh giới, vôi hóa, hoại tử, tính chất ngấm thuốc, xâm lấn, bao mạch và di căn.

- **Kết quả sinh thiết kim:** tỷ lệ mẫu bệnh phẩm đủ tiêu chuẩn chẩn đoán, kết quả mô bệnh học sinh thiết kim và phẫu thuật, tai biến của kỹ thuật.

Công cụ và quy trình kỹ thuật: Mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn theo mục tiêu nghiên cứu. BN được tiến hành sinh thiết tại phòng mổ, gây mê toàn thân, kim sinh thiết cỡ 16G, đường chọc phía sau, lấy tối thiểu 3 mảnh bệnh phẩm sau đó cố định bởi dung dịch formon 10% và/hoặc NaCl 0,9%. Bệnh phẩm đủ tiêu chuẩn chẩn đoán là đủ chất lượng đọc mô bệnh học và di truyền.

Xử lý và phân tích số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Biến định tính (tần suất và tỷ lệ), biến định lượng (trung bình ± độ lệch chuẩn). Đánh giá sự phù hợp mô bệnh học của sinh thiết kim và phẫu thuật bằng hệ số Kappa. Giá trị của phương pháp theo công thức tính độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), độ chính xác (Acc), giá trị dự báo dương tính (PPV), giá trị dự báo âm tính (NPV), có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: NC được thông qua hội đồng đạo đức y sinh học của Bệnh viện Nhi Trung ương theo quyết định số 2422/BVNTW-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh.**

Nghiên cứu thực hiện trên 110 bệnh nhi có trung vị tuổi là 2 tuổi, tuổi trung bình là $3,0 \pm 2,8$ tuổi

(nhỏ nhất là 8 ngày tuổi, lớn nhất là 16 tuổi), có 66 trẻ nam và 44 trẻ nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1.

Bảng 3.1: Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân có khối u sau phúc mạc

Nhóm triệu chứng		n
Tiêu hóa	Bụng to, chướng bụng/Đau bụng/Sờ thấy khối	32/34/21
Toàn thân	Thiếu máu/Tăng huyết áp/Sốt/Án kềm, sụt cân, mệt	64/28/39/18
Thần kinh	Sụp mí, lồi mắt, bầm tím mắt	5
Khác	+ Đau xương, đau khớp, hạn chế vận động + Tình cờ phát hiện + Phát hiện trong bào thai	21 9 8

Nhận xét: Trong nhóm triệu chứng tiêu hóa, triệu chứng đau bụng chiếm tỷ lệ cao nhất 30,9%, tiếp theo là chướng bụng chiếm 29,1%. Trong nhóm triệu chứng toàn thân, triệu chứng thiếu máu chiếm tỷ lệ cao nhất 58,2%, tiếp đến là sốt chiếm 35,5%. Nhóm triệu chứng khác chủ yếu gặp đau xương, đau khớp, hạn chế vận động chiếm 19,1%.

Bảng 3.2: Đặc điểm trên cắt lớp vi tính của khối u sau phúc mạc

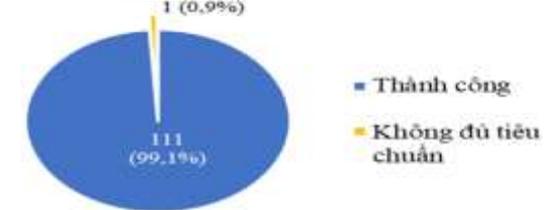
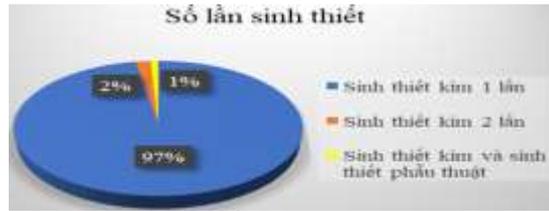
Đặc điểm		Lành tính (n=7)	Ác tính (n=102)	Giá trị p
Vị trí u	Thương thân/sau phúc mạc/>2khoảng	3/3/1	53/37/12	0,622
Ranh giới	Rõ/không rõ	7/0	76/26	0,139
Vôi hóa	Không/có	4/3	26/76	0,089
Hoại tử	Không/có	5/2	40/62	0,102
Xâm lấn	Không/Có	7/0	63/39	0,040
Bao mạch	Không/Có	4/3	21/81	0,047
Di căn	Không/Có	7/0	40/62	0,002
Tính chất ngấm thuốc	Đồng nhất/không đồng nhất	4/3	18/84	0,030

Nhận xét: Bảng trên cho thấy u vị trí thượng thận hay gặp nhất (51,4%) tiếp đến là sau phúc mạc (36,7%), u từ 2 khoang cơ thể trở lên (11,9%). Tỷ lệ khối u ác tính xâm lấn, ngấm thuốc không đồng nhất, bao mạch và di căn lần lượt là 35,8%; 77,0%; 74,3% và 56,9% cao hơn các khối u lành tính có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.2. Kết quả sinh thiết kim

Bảng 3.4: Đối chiếu kết quả chẩn đoán mô bệnh học của sinh thiết kim và phẫu thuật

Mô bệnh học	Phẫu thuật											Tổng
	U NB TK	U hạch NB TK	U hạch thần kinh	U màng hoạt	U cơ vân	U tủy thượng	U vỏ thượng	U dạng vân ác tính	U xơ thần	U nguyên bào xơ	Phôi biệt lập	



Biểu đồ 3.1 và 3.2: Phân bố số lần sinh thiết kim trên một bệnh nhân và tỷ lệ thành công của kỹ thuật sinh thiết kim

Nhận xét: Trong 110 BN sinh thiết kim có 107 BN sinh thiết kim 1 lần, 2 BN sinh thiết kim 2 lần, 1 BN sinh thiết kim và sinh thiết phẫu thuật. Có 111/112 lần sinh thiết mẫu bệnh phẩm đủ tiêu chuẩn đọc mô bệnh học và di truyền chiếm tỷ lệ 99,1%. Có 109 BN được xác định mô bệnh học u.

Bảng 3.3: Kết quả chẩn đoán mô bệnh học của sinh thiết kim lõi

Mô bệnh học	Lành tính (n=10; 9,2%)		Ác tính (n=99; 90,8%)	
	n	Mô bệnh học	n (%)	
U hạch thần kinh	7	U nguyên bào thần kinh	84 (76,4)	
U xơ nhày	1	U hạch nguyên bào thần kinh	8 (7,3)	
U xơ thần kinh	1	U cơ vân ác tính	1 (0,9)	
Phôi biệt lập	1	U màng hoạt dịch ác tính (Malignant synovial sarcoma)	1 (0,9)	
		U vỏ thượng thận (Adrenal cortical carcinoma)	1 (0,9)	
		U tủy thượng thận (Pheochromocytoma)	2 (1,8)	
		U dạng vân ác tính ngoài thận (Extra renal rhabdoid tumor)	2 (1,8)	

Nhận xét: Theo bảng trên, khối u ác tính gặp nhiều nhất là u NBTK (76,4%) tiếp đến là u hạch NBTK (7,3%). Khối u lành tính gặp nhiều nhất là u hạch thần kinh (6,4%).

		thể nốt	kinh	dịch ác tính	ác tính	thận	thận	ngoài thận	kinh	cơ viêm		
Sinh thiết kim	U NBTK	21	7	0	0	0	0	0	0	0	0	28
	U hạch NBTK thể nốt	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	U hạch thần kinh	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	7
	U màng hoạt dịch ác tính	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	U cơ vân ác tính	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	U tủy thượng thận	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
	U vỏ thượng thận	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	U dạng vân ác tính ngoài thận	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	U xơ thần kinh	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	U xơ nhày	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Phối biệt lập	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tổng		21	15	4	1	1	1	2	1	1	1	45

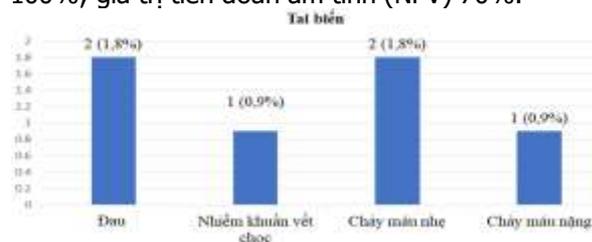
Hệ số Kappa = 0,63; p < 0,001

Nhận xét: Trong thời gian nghiên cứu, có 45 BN được phẫu thuật cắt u sau điều trị hóa chất hoặc u lành tính được phẫu thuật cắt u ngay. Mức độ phù hợp tốt giữa chẩn đoán mô bệnh học của sinh thiết kim và phẫu thuật với hệ số Kappa = 0,63; p < 0,001.

Bảng 3.5: Giá trị của kỹ thuật sinh thiết kim lõi trong chẩn đoán khối u ác tính ở trẻ em

		Chẩn đoán cuối cùng		Tổng
		Ac tính	Lành tính	
Chẩn đoán mô bệnh học sinh thiết kim	Ac tính	99	0	99
	Lành tính	3	7	10
Tổng		102	7	109

Nhận xét: Kỹ thuật lấy mẫu bệnh phẩm bằng sinh thiết kim lõi dưới hướng dẫn siêu âm chẩn đoán mô bệnh học khối u ác tính có độ nhạy (Se) 97,1%; độ đặc hiệu (Sp) 100%; độ chính xác (Acc) 97,2%; giá trị tiên đoán dương tính (PPV) 100%; giá trị tiên đoán âm tính (NPV) 70%.



Biểu đồ 3.3: Tai biến của kỹ thuật sinh thiết kim lõi

Nhận xét: Trong tổng 112 lần thực hiện sinh thiết kim có 6/112 (5,4%) trường hợp xảy ra tai biến, trong đó tai biến chảy máu là hay gặp nhất (2,7%). Tai biến chảy máu nặng phải truyền máu chiếm tỷ lệ 0,9%.

IV. BÀN LUẬN

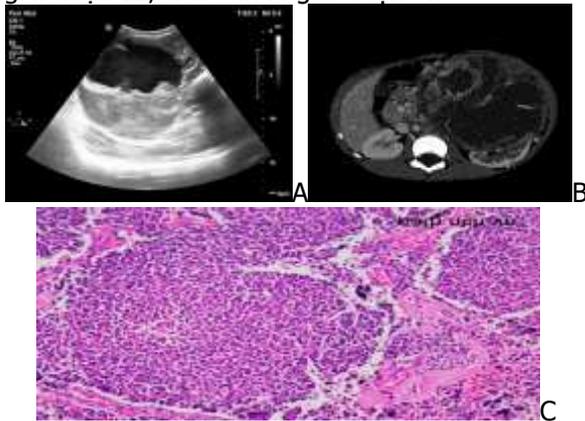
Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 7/2024

đến tháng 5/2025 trên 110 bệnh nhi có khối u sau phúc mạc được sinh thiết kim lõi dưới hướng dẫn siêu âm, trong tổng số 112 lần sinh thiết thì tỷ lệ mẫu bệnh phẩm đạt tiêu chuẩn chẩn đoán là 99,1%; 1 trường hợp không đủ tiêu chuẩn do lấy vào vùng mô xơ và hoại tử của u. Trong NC tổng hợp của Sebire² và cộng sự (2006) trên 13 NC trước đó về sinh thiết kim u ở trẻ em thì tỷ lệ bệnh phẩm đủ tiêu chuẩn chẩn đoán là 94% (95% CI 92-96%).

Trong NC của chúng tôi có 102 u ác tính và 7 u lành tính, trong đó u ác tính hay gặp nhất là u NBTK chiếm tỷ lệ 76,4%, u lành tính hay gặp nhất là u hạch thần kinh (6,4%). U NBTK là u ác tính ngoài sọ hay gặp nhất ở trẻ em, chiếm 7% trong tổng số u ác tính ở trẻ dưới 15 tuổi và là nguyên nhân gây tử vong ở 15% trẻ em do ung thư³, tuổi trung bình khi phát hiện là 16 tháng và 95% trường hợp được chẩn đoán trước 7 tuổi⁴. Tuổi trung bình trong NC của chúng tôi là 3 tuổi, nhỏ nhất là 8 ngày tuổi và lớn nhất 16 tuổi tương tự với các báo cáo trên.

Trong hướng dẫn chẩn đoán hình ảnh và phân độ giai đoạn u NBTK⁴ (INRG, 2011), các u có nguồn gốc thần kinh nội tiết nên vị trí u hay gặp nhất là thượng thận (48%), sau phúc mạc (25%), ngực (16%), cổ và tiểu khung (3%). Tương tự trong NC của chúng tôi, vị trí hay gặp u NBTK nhất là thượng thận (51,4%) trong đó 1 trường hợp (0,9%) u ở thượng thận hai bên, sau phúc mạc là 36,7%, u ở 2 khoang (sau phúc mạc - trung thất sau, sau phúc mạc - tiểu khung) là 11,9%. Tác giả Zhao⁵ và cộng sự (2017) NC sinh thiết kim trên 83 bệnh nhân u NBTK, u vị trí thượng thận là 29/83 (35,0%) trong đó 2 trường hợp u ở thượng thận 2 bên, sau phúc mạc là 48/83 (57,8%), u ở 2 khoang bụng - tiểu khung là 6/83 (7,2%) tương đồng với kết quả của chúng tôi.

Các u sau phúc mạc đặc biệt u NBTK phát triển âm thầm, khi phát hiện u thường có kích thước lớn và không đồng nhất, triệu chứng lâm sàng không điển hình. Trong NC của chúng tôi, triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng – chướng bụng chiếm 60%. Triệu chứng thiếu máu và sốt cũng thường gặp với tỷ lệ 58,2% và 35,5%, triệu chứng đau xương và hạn chế vận động gặp ở 19,1% bệnh nhân (Bảng 3.1). Tác giả Zhao⁵ thấy rằng triệu chứng hay gặp nhất ở bệnh nhân u NBTK sau phúc mạc là đau bụng - bụng to - sờ thấy khối 44/83 (53,0%), tiếp đến là sốt 17/83 (21,7%), thiếu máu và mệt 10/83 (12,0%), đau chi dưới là 7/83 (8,4%) cũng tương đồng với kết quả của chúng tôi. Chúng tôi thấy rằng các khối u ác tính sau phúc mạc và u NBTK có ranh giới không rõ (23,9%), vôi hóa (69,7%), hoại tử (56,9%), bao mạch (74,3%), xâm lấn (35,8%) và di căn (56,9%), các khối u này ngấm thuốc không đồng nhất (77,0%) (Bảng 3.2). Tác giả Brisse⁴ và cộng sự (2011) cũng cho thấy tỷ lệ di căn của BN u NBTK khi phát hiện là 48%. S.Petit và cộng sự⁶ (2016) nghiên cứu vai trò của cắt lớp vi tính tiêm thuốc trong chẩn đoán u sau phúc mạc ở trẻ em trên 53 bệnh nhân cũng cho thấy tỷ lệ vôi hóa là 24/53 (45%), bao mạch 14/53 (26%), xâm lấn tại chỗ 33/53 (62%) và ngấm thuốc không đồng nhất 41/53 (77,0%). Các đặc điểm xâm lấn và bao mạch được coi là yếu tố nguy cơ hình ảnh IDRF (Image defined risk factor) (+), là yếu tố tiên lượng khó khăn đối với phẫu thuật, u có yếu tố nguy cơ hình ảnh là giai đoạn L2, u di căn là giai đoạn M.



Hình 1. Hình siêu âm và CLVT khối u thượng thận trái có cấu trúc không đồng nhất gồm dịch, đặc, vôi hóa và hoại tử ở BN nam 6 tuổi (A, B), hình ảnh GPB gợi ý u NBTK kém biệt hóa, MKI trung bình, mô học không thuận lợi, NMYC (-) (C)

Trong quá trình NC, có 45 BN được phẫu thuật, mức độ phù hợp giữa kết quả mô bệnh

học của sinh thiết kim với mô bệnh học phẫu thuật ở mức cao với hệ số Kappa = 0,63 (Bảng 3.4). NC của Overman⁷ và cộng sự (2020) nghiên cứu tổng hợp đa trung tâm về sinh thiết kim u NBTK nguy cơ cao trước điều trị thấy không có sự khác biệt giữa khả năng chẩn đoán chính xác của sinh thiết kim với phẫu thuật (95,7% với 98,9%, p=0,314). Đánh giá giá trị của sinh thiết kim trong chẩn đoán u ác tính sau phúc mạc, chúng tôi thấy rằng kỹ thuật lấy mẫu bệnh phẩm bằng sinh thiết kim lõi dưới hướng dẫn của siêu âm có độ nhạy 97,1%; độ đặc hiệu 100%; độ chính xác 97,2%; giá trị tiên đoán dương tính 100%; giá trị tiên đoán âm tính 70,0%. Nghiên cứu của Garrett⁸ và cộng sự (2005) về sinh thiết kim u đặc trẻ em trên tổng số 202 lần sinh thiết kim cho thấy độ nhạy là 97%, độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 98%, tương đồng với kết quả của chúng tôi. Sinh thiết kim ngoài vai trò lấy mẫu bệnh phẩm phục vụ chẩn đoán mô bệnh học thì còn cung cấp bệnh phẩm cho xét nghiệm di truyền xác định khuếch đại gen NMYC trong u NBTK và FOXO1 trong sarcoma cơ vân, trong NC của chúng tôi có 84/99 BN u NBTK (84,8%) có kết quả xét nghiệm NMYC trong đó 1/3 trường hợp có khuếch đại gen NMYC. Nghiên cứu của Mullaserry³ và cộng sự nghiên cứu trên 39 bệnh nhân u NBTK, có 20/21 (95%) bệnh sinh sinh thiết phẫu thuật và 17/18 (94%) sinh thiết kim có kết quả NMYC chính xác.

Về tai biến của kỹ thuật, trong NC của chúng tôi, tổng số 112 lần sinh thiết có 6 trường hợp (5,4%) có tai biến, trong đó có 2 trường hợp đau tại vị trí sinh thiết, 1 trường hợp nhiễm trùng tại vị trí chọc, 3 trường hợp chảy máu sau sinh thiết trong đó có 2 trường hợp chảy máu nhẹ tự cầm, 1 trường hợp chảy máu nặng (0,9%) có chỉ số huyết sắc tố giảm > 20g/l và được truyền máu, không cần can thiệp phẫu thuật. Nghiên cứu của Zhao⁵ và cộng sự (2016) về sinh thiết kim dưới hướng dẫn siêu âm u NBTK trên 83 BN, có 3 BN có biến chứng nhẹ (3,6%) gồm 2 trường hợp đau tại vị trí sinh thiết, 1 trường hợp chảy máu (15ml) tại vị trí chọc, không có biến chứng nhiễm trùng hay di căn theo đường sinh thiết, không có BN nào phải truyền máu sau thủ thuật.

V. KẾT LUẬN

Sinh thiết kim lõi dưới hướng dẫn siêu âm là một kỹ thuật ít xâm lấn, an toàn và có giá trị chẩn đoán cao trong chẩn đoán mô bệnh học và các xét nghiệm bổ sung, giúp phần độ nguy cơ và đánh giá giai đoạn của các khối u ác tính sau

phúc mạc đặc biệt với nhóm u NBTK, tỷ lệ tai biến thấp, có thể thay thế sinh thiết phẫu thuật trong chẩn đoán u sau phúc mạc ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Allen-Rhoades W, Whittle SB, Rainusso N.** Pediatric Solid Tumors in Children and adolescents: An Overview. *Pediatrics In Review.* 2018;39(9):444-453. doi:10.1542/pir.2017-0268
2. **Sebire NJ, Roebuck DJ.** Pathological diagnosis of paediatric tumours from image-guided needle core biopsies: a systematic review. *Pediatr Radiol.* 2006;36(5): 426-431. doi:10.1007/s00247-006-0123-4
3. **Mullassery D, Sharma V, Salim A, et al.** Open versus needle biopsy in diagnosing neuroblastoma. *Journal of Pediatric Surgery.* 2014;49(10): 1505-1507. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2014.05.015
4. **Brisse HJ, McCarville MB, Granata C, et al.** Guidelines for Imaging and Staging of Neuroblastic Tumors: Consensus Report from the International Neuroblastoma Risk Group Project. *Radiology.* 2011;261(1): 243-257. doi:10.1148/radiol.11101352
5. **Zhao L, Mu J, Du P, et al.** Ultrasound-guided core needle biopsy in the diagnosis of neuroblastic tumors in children: a retrospective study on 83 cases. *Pediatr Surg Int.* 2017;33(3):347-353. doi:10.1007/s00383-016-4037-4
6. **Petit S, Vallin C, Morel B, et al.** A single enhanced phase is sufficient for the initial computed tomography evaluation of retroperitoneal tumors in children. *Diagnostic and Interventional Imaging.* 2017;98(1):73-78. doi: 10.1016/j.diii.2016.03.017
7. **Overman RE, Kartal TT, Cunningham AJ, et al.** Optimization of percutaneous biopsy for diagnosis and pretreatment risk assessment of neuroblastoma. *Pediatric Blood & Cancer.* 2020;67(5): e28153. doi:10.1002/pbc.28153
8. **Garrett KM, Fuller CE, Santana VM, Shochat SJ, Hoffer FA.** Percutaneous biopsy of pediatric solid tumors. *Cancer.* 2005;104(3):644-652. doi:10.1002/cncr.21193

ĐẶC ĐIỂM ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN GIỒNG TRÔM, TỈNH BẾN TRE NĂM 2024

Nguyễn Cao Minh^{1,2}, Hà Minh Hiền³,
Trần Công Luận¹, Lư Bích Ngọc Giàu⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên đơn thuốc ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Giồng Trôm, tỉnh Bến Tre năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu số liệu, được thực hiện trên 400 bệnh nhân. Các biến số bao gồm đặc điểm nhân khẩu học và tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên đơn thuốc ngoại trú. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 60,14 ± 8,99, nam giới chiếm 55,25%. Trình độ học vấn chiếm phần lớn là cấp II (39,5%), kể đến là cấp I chiếm 34,75%. Làm công việc tay chân 89%. Có cha hoặc mẹ không tăng huyết áp (58,25%). Thời gian điều trị tăng huyết áp dưới 10 năm (81,5%). Bệnh đái tháo đường (56,5%), kể đến là bệnh hô hấp mạn tính chiếm 29,25% và cuối cùng là bệnh tim mạch chiếm 14,25%. Số lượng thuốc của một người bệnh tăng huyết áp chủ yếu là dưới 5 loại thuốc chiếm 91,25%. Thuốc chẹn kênh canxi được sử dụng nhiều nhất trên đối tượng người bệnh bị tăng

huyết áp (chiếm 63,75%), kể đến là thuốc ức chế men chuyển (18,25%), thuốc ức chế thụ thể AT1 của Angiotensin (10,5%), thuốc chẹn beta (5,75%) và cuối cùng là thuốc lợi tiểu (1,75%). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh tăng huyết áp điều trị dưới 10 năm, thường mắc kèm đái tháo đường, sử dụng dưới 5 loại thuốc, trong đó nhóm thuốc được dùng phổ biến nhất là chẹn kênh canxi. **Từ khóa:** Tăng huyết áp; sử dụng thuốc; đơn thuốc ngoại trú.

SUMMARY

TREATMENT CHARACTERISTICS OF OUTPATIENTS WITH HYPERTENSION AT GIONG TROM DISTRICT HEALTH CENTER, BEN TRE PROVINCE IN 2024

Objective: This study aimed to survey the use of antihypertensive drugs in outpatient prescriptions at Giong Trom District Health Center, Ben Tre Province, in 2024. **Methods:** A descriptive cross-sectional study with retrospective data collection was conducted on 400 patients. Variables included demographic characteristics and the pattern of antihypertensive drug use in outpatient prescriptions. **Results:** The average age was 60.14 ± 8.99 years, with males accounting for 55.25%. The majority had secondary education (39.5%), followed by primary education (34.75%). Manual laborers made up 89% of the sample. A total of 58.25% had no parental history of hypertension. Most had been treated for hypertension for less than 10 years (81.5%). Diabetes mellitus was the most common comorbidity (56.5%), followed by

¹Trường Đại học Tây Đô

²Trung tâm Y tế Huyện Giồng Trôm

³Viện Kiểm nghiệm thuốc Thành phố Hồ Chí Minh

⁴Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Lư Bích Ngọc Giàu

Email: lbngiau@ntt.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.7.2025

Ngày duyệt bài: 15.8.2025