

như kỳ vọng. Một phần nguyên nhân có thể đến từ tình trạng kháng kháng sinh ngày càng gia tăng, đặc biệt là kháng levofloxacin, đã được ghi nhận tại nhiều địa phương trong khu vực nhưng chưa có dữ liệu đầy đủ do số lượng nghiên cứu còn hạn chế, cả ở Cần Thơ lẫn trên phạm vi toàn quốc. Một nghiên cứu năm 2020 tại miền Đông Nam Bộ Việt Nam ghi nhận có tới 40,5% chủng *H. pylori* kháng levofloxacin [4]. Chúng tôi nhận thấy rằng, việc sử dụng kháng sinh một cách đại trà và thiếu kiểm soát có thể đã góp phần làm tăng tỷ lệ kháng thuốc tại cộng đồng, làm giảm hiệu quả của những phác đồ có chứa levofloxacin. Chính vì vậy, kết quả nghiên cứu này đặt ra câu hỏi về tính phù hợp của việc sử dụng PALB như một phác đồ đầu tay trong điều trị *H. pylori* tại các địa phương có tỷ lệ kháng kháng sinh cao. Chúng tôi đề xuất rằng phác đồ PALB chỉ nên được áp dụng sau khi thất bại với các phác đồ chuẩn đầu tay, và nên thực hiện kháng sinh đồ trước khi quyết định sử dụng levofloxacin nhằm đảm bảo hiệu quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tiết trừ *H. pylori* của phác đồ PALB trong ở mức chấp nhận được. Phác đồ này có thể được cân nhắc sử dụng trong bối cảnh lâm sàng phù hợp, nhưng cần đánh giá lại chỉ định rộng rãi cho đến khi có dữ liệu kháng sinh đồ tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chey William D., Howden Colin W., Moss Steven F.** (2024), ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection, Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG, 119 (9), pp. 1730-1753.

2. **Nguyễn Thành Chung** (2025), Đánh giá hiệu quả phác đồ PALB ở bệnh nhân loét hành tá tràng có nhiễm *H. pylori* tại phòng khám nội tiêu hóa - Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An, Tạp chí Y học cộng đồng, 66 (1), pp. 107-112.
3. **Caldas M., Pérez-Aisa A., Castro-Fernández M.** (2020), European Registry on *Helicobacter pylori* Management: Effectiveness of First and Second-Line Treatment in Spain, Antibiotics (Basel), 10 (1), pp. 1-15.
4. **Dang N. Q. H., Ha T. M. T., Nguyen S. T.** (2020), High rates of clarithromycin and levofloxacin resistance of *Helicobacter pylori* in patients with chronic gastritis in the south east area of Vietnam, J Glob Antimicrob Resist, 22 pp. 620-624.
5. **Dore M. P., Lu H., Graham D. Y.** (2016), Role of bismuth in improving *Helicobacter pylori* eradication with triple therapy, Gut, 65 (5), pp. 870-878.
6. **Fu W., Song Z., Zhou L.** (2017), Randomized Clinical Trial: Esomeprazole, Bismuth, Levofloxacin, and Amoxicillin or Cefuroxime as First-Line Eradication Regimens for *Helicobacter pylori* Infection, Dig Dis Sci, 62 (6), pp. 1580-1589.
7. **Liao J., Zheng Q., Liang X.** (2013), Effect of fluoroquinolone resistance on 14-day levofloxacin triple and triple plus bismuth quadruple therapy, *Helicobacter*, 18 (5), pp. 373-377.
8. **Malfertheiner P., Megraud F., Rokkas T.** (2022), Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report, Gut, pp. 30-36.
9. **Quach D. T., Mai B. H., Tran M. K.** (2022), Vietnam Association of Gastroenterology (VNAGE) consensus on the management of *Helicobacter pylori* infection, Front Med (Lausanne), 9 pp. 1065045.
10. **Su J., Zhou X., Chen H.** (2017), Efficacy of 1st-line bismuth-containing quadruple therapies with levofloxacin or clarithromycin for the eradication of *Helicobacter pylori* infection: A 1-week, open-label, randomized trial, Medicine (Baltimore), 96 (7), pp. e5859.

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

Lê Đỗ Đạt¹, Nguyễn Thái Bình^{2,3}

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 mô tả cắt

ngang, thực hiện trên 33 BN ung thư thận được chẩn đoán và phẫu thuật tại bệnh viện Ung Bướu Hà Nội từ tháng 01/2022 đến tháng 01/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của BN 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 tỉ 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 đẩy lùi bao thận chiếm tỉ lệ nhiều nhất (91%), nhóm khối u có phá vỡ bao thận chiếm đặc điểm ít nhất (3%). Nhóm u ngấm thuốc mạnh thì động mạch chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 60.6%. Nhóm ung thư thận

¹Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội

²Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

³Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthai binh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025

có chảy máu và hoại tử trong u gặp tỉ lệ nhiều nhất (lần lượt là 21% và 27%). Đặc điểm hạch cạnh rốn thận gặp ở 3 BN chiếm tỉ lệ 9%, huyết khối tĩnh mạch thận gặp trên 1 BN (3%). Nhóm ung thư biểu mô (UTBM) tế bào sáng hay gặp nhất chiếm 48.48%, UTBM tế bào kỵ màu đứng thứ hai chiếm 21.21%, UTBM thể nhú chiếm 9.1% và các loại ung thư thận khác ít gặp. **Kết luận:** Ung thư thận thường gặp ở BN trung tuổi hoặc cao tuổi. BN thường phát hiện tình cờ. Trên CLVT, ung thư thận thường ngấm thuốc mạnh thì động mạch, ngoài ra có thể gặp các đặc điểm khác như chảy máu, hoại tử, huyết khối tĩnh mạch thận và hạch cạnh rốn thận.

Từ khóa: sinh thiết, u thận

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS OF RENAL CANCER BIOPSIED UNDER COMPUTED TOMOGRAPHY GUIDANCE AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate certain clinical and imaging characteristics of patients with renal cancer who underwent biopsy under CT guidance. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study conducted on 33 patients with renal cancer who were diagnosed and underwent surgery at Hanoi Oncology Hospital from January 2022 to January 2025. **Outcomes:** The average age of patients was 51.55 ± 13.89 years. Asymptomatic cases accounted for 60.6%, while symptomatic cases made up 39.4%. The location of renal cancer in the upper, middle, or lower poles of both kidneys showed no statistically significant difference ($p > 0.05$). Tumors measuring 4 to 7 cm were the most common, accounting for 48.56%. The size distribution among tumor groups was not statistically significant ($p = 0.103 > 0.05$). The most frequently observed tumor characteristic was renal capsule bulging (91%), while capsular invasion was the least common (3%). Arterial-phase hyperenhancement was the most common contrast enhancement pattern, observed in 60.6% of cases, with a statistically significant difference ($p < 0.05$). Intratumoral hemorrhage and necrosis were present in 21% and 27% of cases, respectively. Perirenal lymphadenopathy was found in 3 patients (9%). Renal venous thrombosis was observed in 3% of patients. The most common type of renal carcinoma is clear cell carcinoma, accounting for 48.48%. Chromophobe renal cell carcinoma ranks second, making up 21.21%. Papillary renal cell carcinoma accounts for 9.1%, while other types of kidney cancer are rare. **Conclusion:** Renal cancer is commonly found in middle-aged or elderly patients and is often detected incidentally. On CT imaging, renal cancer typically exhibits strong arterial-phase contrast enhancement. Additionally, other features such as hemorrhage, necrosis, renal vein thrombosis and perirenal lymphadenopathy may also be observed. **Keywords:** biopsy, renal tumor

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

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. 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. Mặt khác, lựa chọn phương pháp điều trị và tiên lượng bệnh phụ thuộc căn bản vào giai đoạn bệnh và độ mô học. Nên sinh thiết kim qua da chẩn đoán UTT là đề tài của nhiều tác giả đã và đang NC, không những cho phép phân biệt u thận lành hay ác tính, chẩn đoán chính xác loại MBH mà còn giúp phân 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 của bệnh nhân ung thư thận được sinh thiết dưới hướng dẫn CLVT*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng NC: Nghiên cứu được tiến hành trên 33 bệnh nhân 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 cản quang đúng quy trình.

- Đã được sinh thiết kim qua da dưới hướng dẫn CLVT khẳng định ung thư thận trên GPB

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không được sinh thiết đúng quy trình.

- Bệnh án không đầy đủ

- Phim CLVT không đủ chất lượng chẩn đoán.

Phương pháp NC:

- Thiết kế NC: NC mô tả

- Cỡ mẫu NC: Chọn mẫu thuận tiện.

- Phương tiện NC: Máy chụp CLVT 16 dãy, 64 dãy (Siemens, Cộng Hoà Liên Bang Đức) đặt tại khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Ung Bướu Hà Nội.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 01 năm

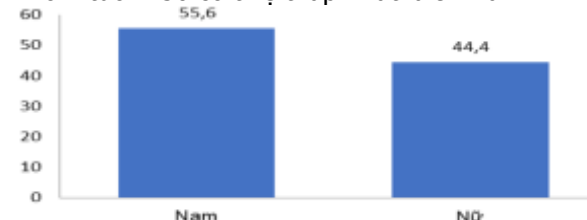
2025 có 33 BN được đưa vào NC của chúng tôi với đặc điểm:

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi BN NC

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 tỉ lệ thấp nhất là 9.1%



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

Nhận xét: Tỉ lệ nam chiếm cao hơn với 55.6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0.56 > 0.05$

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 cộng	33	100

Nhận xét: Nhóm BN không có triệu chứng chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 60.6%. Nhóm triệu chứng đái máu chiếm tỉ 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
	Phần giữa	6	18.2
	Cực dưới	3	9.1
Thận trái	Cực trên	8	24.2
	Phần giữa	11	33.3
	Cực dưới	4	12.1
p		0.36	

Nhận xét: Vị trí UTT ở cực trên, giữa và dưới ở hai thận khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$ (Fisher's Exact Test)

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

Kích thước u	Số lượng	Tỉ lệ (%)
--------------	----------	-----------

≤ 4cm	11	33.3
4cm < KT ≤ 7cm	16	48.5
7cm < KT ≤ 10cm	6	18.2
Tổng	33	100
p	0.103	

Nhận xét: Nhóm khối UTT kích thước trong khoảng 4 đến 7cm chiếm tỉ lệ cao nhất là 48.5%, sự khác biệt về tỉ lệ các nhóm kích thước của khối UTT khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$

Bảng 3.5. Môi trường quan của UTT với bao thận

Tương quan với bao thận	Số lượng	Tỉ lệ (%)	p
Nội sinh hoàn toàn	2	6	0.000
Đẩy lùi bao thận	30	91	
Phá vỡ bao thận	1	3	
Tổng	33	100	

Nhận xét: Nhóm UTT đẩy lùi bao thận chiếm tỉ lệ lớn nhất là 91%. Nhóm phá vỡ bao thận chiếm tỉ lệ thấp nhất là 3%. Sự khác biệt giữa có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

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 tỉ 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	p
Vôi hoá	1 (3%)	32	0.000
Chảy máu trong u	7 (21.21%)	26	0.001
Seo xơ	1 (3%)	32	0.000
Hoại tử	9 (27.27%)	24	0.009
Hạch rốn thận	3 (9%)	30	0.000
Huyết khối tĩnh mạch thận	1 (3%)	32	0.000

Nhận xét: Nhóm UTT có chảy máu và hoại tử trong u gặp tỉ lệ nhiều nhất (lần lượt là 21 và 27%). Sự khác biệt và tỉ lệ nhóm có vôi hoá, chảy máu, sẹo xơ, hoại tử u, huyết khối tĩnh mạch thận và hạch rốn thận so với nhóm không có những đặc điểm này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

Bảng 3.8. Phân bố UTT theo chẩn đoán mô bệnh học

Chẩn đoán mô bệnh học	Số lượng	Tỉ lệ (%)
UTBM tế bào sáng	16	48.48
UTBM tế bào kỵ màu	7	21.21
UTBM tế bào nhú	3	9.1
Lymphoma	2	6
Di căn	1	3
Ung thư khác	4	12
Tổng	33	100

Nhận xét: Nhóm UTBM tế bào sáng hay gặp nhất chiếm 48.48%, UTBM tế bào không màu đứng thứ hai chiếm 21.21%, UTBM thể nhú chiếm 9.1% và các loại ung thư thận khác ít gặp.

IV. BÀN LUẬN

Trong NC của chúng tôi, sự phân tán 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 tỉ 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 của Nguyễn Văn Thi và cs³. Tỉ lệ nam nữ khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Thống kê tỷ lệ mắc UTT theo giới ở 39 bệnh nhân, 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. Tỉ 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 BN đi khám tình cờ phát hiện u thận chiếm 60.6% và 39.4% các trường hợp có biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau thắt lưng và đái máu. Số trường hợp UTT được phát hiện khi chưa có triệu chứng lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp với nhiều NC của các tác giả ngoài nước. Theo NC khác của Cornelis F. và cs, tỷ lệ u thận ác tính được phát hiện tình cờ là 50%, kích thước u còn nhỏ và trong 70-80% những ca này ở giai đoạn chưa di căn⁴.

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 33BN 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 $p = 0.103$.

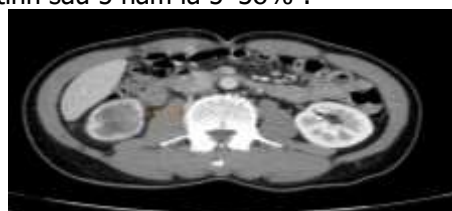
Về đặc điểm ngấm thuốc thì động mạch, nhìn chung tỷ lệ ngấm thuốc mạnh chiếm cao nhất (60.6%). Sự khác biệt về mức độ ngấm thuốc có ý nghĩa thống kê với $p = 0.002$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Nguyễn Văn Thi và cộng sự, NC đã chỉ ra đặc điểm ngấm thuốc của khối u thận trên phim chụp CLVT đa dãy ở các thì sau tiêm và có thể chẩn đoán phân biệt được giữa UTT với u thận lành³.

Một NC khác trên 76 trường hợp UTT được chụp CLVT đa dãy trước phẫu thuật nhằm phát hiện huyết khối tĩnh mạch và có đối chiếu MBH sau phẫu thuật, Welch T.J. và cs nhận thấy độ chính xác của chụp CLVT đa dãy đánh giá có hoặc không có huyết khối TM thận là 96%, giá trị dự báo âm tính 97%, giá trị dự báo dương tính 92%, độ nhạy là 85% và độ đặc hiệu là 98%⁶. Trong NC của chúng tôi có 1 BN u thận kích thước lớn xâm lấn gây huyết khối tĩnh mạch thận trái, giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tế bào thận dạng nang đa thùy.



Hình 4.1. 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 9% và cả 3 BN có GPB là ác tính, hạch rốn thận rất hiếm gặp trong trường hợp u lành. Xác định tình trạng liên quan đến hạch bạch huyết, một yếu tố tiên lượng kém, là rất quan trọng để xác định phân loại TNM, 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 4.2. 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 tỉ lệ nhiều nhất (lần lượt là 21 và 27%). Hình ảnh sọc xơ trung tâm, vôi hóa trong khối u có tỷ lệ thấp, tuy nhiên trong NC của chúng tôi cho thấy 100% các trường hợp u thận có dấu hiệu vôi hóa là ung thư. 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 bất thường nào trên phim chụp CLVT sau tiêm².

Khi phân tích về mô bệnh học, nhóm UTBM tế bào sáng hay gặp nhất chiếm 48.48%, UTBM tế bào kỵ màu đứng thứ hai chiếm 21.21%, UTBM thể nhú chiếm 9.1% và các loại ung thư thận khác ít gặp. NC của Hélénon O. và cs cho thấy có 5 loại MBH chiếm 90% trong tổng số các u thận đặc là tít UTBM tế bào sáng, UTBM tế bào kỵ màu, UTBM thể nhú và 2 u lành tính là u cơ mỡ mạch, u tế bào hạt ưa acid, tít MBH của u thận còn lại chỉ chiếm 10%².

V. KẾT LUẬN

Ung thư thận thường gặp ở BN trung tuổi hoặc cao tuổi. BN thường phát hiện tình cờ. Trên CLVT, ung thư thận thường ngấm thuốc mạnh thì động mạch, ngoài ra có thể gặp các đặc điểm

khác như chảy máu, hoại tử, hạch cạnh rốn thận, huyết khối tĩnh mạch thận.

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 HÌNH ẢNH CHỤP MẠCH SỐ HOÁ XOÁ NỀN VÀ KẾT QUẢ CỦA KỸ THUẬT NÚT MẠCH TRƯỚC ĐÌNH CHỈ THAI TẠI VỊ TRÍ SẴN MỔ CŨ

Nguyễn Đức Sơn^{1,2}, Lê Thanh Dũng^{1,3}, Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Vũ Hoài Linh¹, Đào Xuân Hải¹, Trần Quang Lộc^{1,3}, Thân Văn Sỹ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thai tại vị trí sỡ mổ cũ (Cesarean Scar Pregnancy, chữa vết mổ) là tình trạng túi thai làm tổ tại vị trí sỡ mổ tử cung để lấy thai, đây là điểm yếu trên thành cơ tử cung, có thể gây xuất huyết dữ dội, vỡ tử cung, đe dọa tính mạng bệnh nhân và khả năng sinh sản trong tương lai. Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh chụp mạch số hoá xoả nền (DSA) và kết quả đình chỉ chữa vết mổ

nhằm tối ưu hoá chiến lược điều trị. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện trên 52 bệnh nhân chữa vết mổ được can thiệp nút mạch tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Y học hạt nhân, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, sau đó được nạo hút thai tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Các đặc điểm hình ảnh DSA trước và sau can thiệp, tỉ lệ đặt bóng tử cung cầm máu, số ngày nằm viện được phân tích. **Kết quả:** Phân loại mức độ cấp máu khối chứa vết mổ trên DSA: độ I (23/52 bệnh nhân, 44.2%), độ II (19/52 bệnh nhân, 36.6%), độ III (10/52 bệnh nhân, 19.2%). Có 6/52 trường hợp có cấp máu bàng hệ (ngoài các nhánh ĐM tử cung), trong đó 4/52 ca có ĐM bàng quang trên, 1/52 ca có ĐM buồng trứng hai bên và 1/52 ca có ĐM trực tràng giữa. Có 21/52 bệnh nhân cần đặt bóng tử cung để cầm máu sau nạo hút thai. Không có ca nào xảy ra biến chứng lớn. Thời gian nằm viện tính từ lúc đình chỉ thai là 1 (1-2) ngày (Median, IQR). Chữa vết mổ có cấp máu độ III trên DSA có tỉ lệ đặt bóng tử cung sau nạo hút thai cao

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược, Đại học quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Sơn

Email: son.nguyenduc1998@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025