

- features and molecular biology. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2015;94(1):64-73. doi:10.1016/j.critrevonc.2014.12.001
- Vickery AL, Carcangiu ML, Johannessen JV, Sobrinho-Simoes M.** Papillary carcinoma. *Semin Diagn Pathol*. 1985;2(2):90-100.
 - Hedinger C, Williams ED, Sobin LH.** The WHO histological classification of thyroid tumors: a commentary on the second edition. *Cancer*. 1989;63:908-911. - Tìm trên Google. Accessed March 10, 2024.
 - Sywak M, Pasiaka JL, Ogilvie T.** A review of thyroid cancer with intermediate differentiation. *J Surg Oncol*. 2004;86(1):44-54. doi:10.1002/jso.20044
 - Malandrino P, Russo M, Regalbuto C, et al.** Outcome of the Diffuse Sclerosing Variant of Papillary Thyroid Cancer: A Meta-Analysis. *Thyroid*. 2016;26(9):1285-1292. doi:10.1089/thy.2016.0168
 - Nguyễn Xuân Hậu** (2019). Nghiên cứu giá trị sinh thiết hạch cửa trong bệnh ung thư tuyến giáp, Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
 - Lê Văn Quảng, Nguyễn Bá Đức, and Nguyễn Quốc Bảo.** "Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992-2000." *Tạp chí Y học*,(431) (2002): 323-326. *Tạp chí Y học*,(431). Published online 2002:323-326.
 - Cavaco D, Martins AF, Cabrera R, Vilar H, Leite V.** Diffuse sclerosing variant of papillary thyroid carcinoma: outcomes of 33 cases. *Eur Thyroid J*. 2021;11(1):e210020. doi:10.1530/ETJ-21-0020

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA PHỔ BỆNH VIÊM TỦY THỊ THẦN KINH KHỞI PHÁT MUỘN

Nguyễn Trường Công¹, Nguyễn Văn Tuấn^{2,3,4}, Nguyễn Anh Tuấn⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh khởi phát muộn (LO-NMOSD). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu 51 bệnh nhân tuổi ≥ 50 được điều trị tại bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện Đại học Y Hà Nội và được chẩn đoán xác định NMOSD. **Kết quả:** Bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới (88.2%), tỷ lệ nữ/nam = 45/6 \approx 7:1 ($p < 0.05$). Tuổi khởi phát trung bình là 60.04 ± 7.7 , tỷ lệ bệnh nhân có đợt tái phát là 41.2%. Khởi phát bệnh 100% trong vòng 1 tháng đầu với triệu chứng liệt vận động gặp 52.9%, rối loạn cảm giác 58.8%, rối loạn cơ tròn 47.1%, nhìn mờ 47.1%, nôn, nấc kéo dài 9.8% và liệt thần kinh sọ 2%. Hội chứng lâm sàng chính: Viêm tủy ngang cấp gặp 68.6%, viêm thần kinh thị giác 52.9%, hội chứng sàn não thất IV 5.9% và hội chứng thân não cấp tính 2%. Bệnh nhân có điểm tàn tật EDSS ≥ 6 cần sự hỗ trợ khi đi lại chiếm 58.8%, trung bình 6 ± 2.5 . **Kết luận:** Bệnh nhân LO-NMOSD có tổn thương tủy sống, thị giác, thân não và điểm tàn tật chiếm tỷ lệ cao. **Từ khóa:** Phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh khởi phát muộn (LO-NMOSD)

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF LATE-ONSET NEUROMYELITIS OPTICA SPECTRUM DISORDER

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: ngvtuan21965@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

Objective: To describe the clinical characteristics of late-onset neuromyelitis optica spectrum disorder (LO-NMOSD). **Methods:** This study included 51 patients aged ≥ 50 years who were diagnosed with NMOSD and treated at Bach Mai Hospital and Hanoi Medical University Hospital. **Results:** The disease predominantly affected females (88.2%), with a female-to-male ratio of approximately 7:1 (45/6, $p < 0.05$). The mean age at onset was 60.0 ± 7.7 years, and 41.2% of patients experienced relapses. All patients developed symptoms within the first month of onset. Motor weakness was observed in 52.9%, sensory disturbances in 58.8%, sphincter dysfunction in 47.1%, blurred vision in 47.1%, persistent nausea and vomiting in 9.8%, and cranial nerve palsy in 2%. The major clinical syndromes included acute transverse myelitis (68.6%), optic neuritis (52.9%), area postrema syndrome (5.9%), and acute brainstem syndrome (2%). Patients with an Expanded Disability Status Scale (EDSS) score ≥ 6 , indicating the need for assistance in ambulation, accounted for 58.8%, with a mean EDSS of 6 ± 2.5 . **Conclusion:** Patients with LO-NMOSD commonly presented with spinal cord, optic nerve, and brainstem involvement, and exhibited a high level of disability. **Keywords:** Late-Onset Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder (LO-NMOSD)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh (Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder – NMOSD) là một bệnh tự miễn hiếm gặp của hệ thần kinh trung ương. Nó được biết đến là bệnh lý của tế bào thần kinh đệm hình sao, gây tổn thương chủ yếu đến tủy sống, dây thần kinh thị giác. Ngoài ra, nó còn có thể gây tổn thương ở thân não, gian não và bán cầu đại não, đặc biệt trung tâm gây nôn ở sàn não thất IV. Bệnh thường để lại di chứng thần kinh hết sức nặng

nề. Năm 2015, bệnh viêm tủy thị thần kinh và phổ bệnh của viêm tủy thị thần kinh được thống nhất gọi tên Phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh và tiêu chuẩn quốc tế cũng được đưa ra để chẩn đoán NMOSD dựa trên lâm sàng, tổn thương trên cộng hưởng từ và kháng thể kháng Aquaporin-4.¹

Những bệnh nhân có triệu chứng khởi phát lần đầu tiên sau 50 tuổi được gọi là NMOSD khởi phát muộn (late-onset NMOSD- LO-NMOSD).^{2,3} Một số nghiên cứu về các khía cạnh dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng cũng như các yếu tố tiên lượng của LO-NMOSD đã được công bố trên toàn thế giới. Tuy nhiên ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đi sâu nghiên cứu nhóm bệnh này. Mục tiêu của nghiên cứu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh khởi phát muộn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tất cả bệnh nhân (BN) đều đáp ứng đủ theo tiêu chuẩn chẩn đoán quốc tế NMOSD¹ năm 2015 dựa trên đặc điểm lâm sàng, tổn thương trên cộng hưởng từ và có hoặc chưa có kháng thể kháng aquaporin-4 dương tính:

+ Đối với bệnh nhân có kháng thể kháng aquaporin 4 (AQP4) dương tính: Chẩn đoán xác định NMOSD nếu có ít nhất 1/6 hội chứng lâm sàng chính sau: 1. Viêm thị thần kinh hoặc 2. Viêm tủy cấp hoặc 3. Hội chứng khu vực gây nôn (Area postrema syndrome) với những giai đoạn nấc hoặc buồn nôn và nôn không giải thích được hoặc 4. Hội chứng thân não cấp hoặc 5. Triệu chứng ngủ rũ hoặc hội chứng lâm sàng vùng gian não cấp tính với tổn thương điển hình NMOSD ở vùng gian não trên cộng hưởng từ hoặc 6. Hội chứng có các triệu chứng tương ứng với tổn thương não điển hình của NMOSD.

+ Đối với bệnh nhân có IgG AQP4 âm tính: Phải có $\geq 2/6$ đặc điểm lâm sàng cốt lõi ở trên, trong đó phải có ≥ 1 đặc điểm sau: Viêm dây thần kinh thị giác hoặc viêm tủy cấp tính có độ dài của tổn thương ≥ 3 đốt sống hoặc khu vực gây nôn (Area postrema syndrome).

- Tất cả bệnh nhân đều khởi phát bệnh lần đầu từ 50 tuổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Cỡ mẫu lấy theo mẫu thuận tiện từ 01/01/2022 đến 06/2025.

- Thu thập số liệu đều theo một mẫu hồ sơ bệnh án thống nhất, bác sĩ thần kinh sẽ trực tiếp thăm khám bệnh nhân và đều được khám chuyên khoa mắt nếu có tổn thương mắt.

- Mức độ tàn tật được đánh giá theo thang

điểm EDSS (Expanded Disability Status Scale).

- Xét nghiệm kháng thể kháng AQP4: Tất cả bệnh nhân đều được xét nghiệm AQP4-IgG tại Laboratory: Green Cross Laboratories. Address: 107, Ihyeonro 30beon-gil, Giheng-gu, Yongin-Si, Gyeonggi-do, Korea. Tell: +82-31-280-9908. Bệnh phẩm: Huyết thanh. Phương pháp: Indirect Immunofluorescence. Thuốc thử: Anti AQP4 IIFT (Euroimmun). Thông qua Labo xét nghiệm kỹ thuật cao tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Chụp cộng hưởng từ bằng máy có độ phân giải 1.5 Tesla. Chúng tôi phân độ dài tổn thương tủy dài dưới 3 đốt sống và ≥ 3 đốt sống trở lên. Vị trí tổn thương tủy $> 70\%$ ở vùng trung tâm tủy và tổn thương ngoại vi của tủy. Tất cả bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ não và tủy.

- Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê kê y học SPSS 20

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm về tuổi khởi phát bệnh

Nhóm tuổi	Tổng số	Tỷ lệ %	p
50-60	30	58.8	<0,001
61-70	17	33.3	
>70	4	7.8	
Tuổi trung bình (mean \pm SD)	60.04 \pm 7.7	100%	

Nhận xét: Chúng tôi nghiên cứu 51 BN NMOSD tuổi ≥ 50 , Tuổi khởi phát trung bình là 60.04 \pm 7.7 tuổi, cao nhất là 82 tuổi. Phân bố nhóm tuổi khởi phát không đồng đều. Kiểm định Chi-square cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi với $p < 0.001$. Nhóm tuổi thường gặp là 50-60 tuổi chiếm 58.5% (95%CI: 45.3-72.3).

Bảng 2: Đặc điểm về giới tính

Giới	Số lượng	Tỷ lệ %	p
Nam	6	11.8	<0.001
Nữ	45	88.2	
Tổng số	51	100	

Nhận xét: Nữ giới gặp 45/51 BN, chiếm 88.2% với tỷ lệ nữ/nam $\approx 7:1$, sự khác biệt về giới giữa nữ và nam giới có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$).

Bảng 3: Các bệnh kèm theo

Bệnh kèm theo	Số lượng	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp (THA)	15	29.4
Đái tháo đường (ĐTĐ)	6	11.8
Bệnh thận mạn	1	2
Lao	1	2
Lupus	3	5.9
Bệnh tự miễn khác (Nhược cơ, Thalassemia...)	0	0.0

Viêm gan virus	3	5.9
Tổng	29	57

Nhận xét: Bệnh nhân có bệnh kết hợp chiếm 57%, trong đó có THA chiếm tỷ lệ cao nhất 29.4%, sau đó đến ĐTD tỷ lệ 11.8%. Có 3 bệnh nhân Lupus chiếm 5.9%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 4: Tính chất khởi phát bệnh

Cách khởi phát	Tổng số	Tỷ lệ %	p
Cấp tính (Dưới 1 tuần)	31	60.8	<0,001
Bán cấp (Từ 1 tuần đến 1 tháng)	20	39.2	
Mạn tính (Trên 1 tháng)	0	0	
Tổng số	51	100	

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân khởi phát bệnh dưới 1 tháng (100%). Nhóm bệnh nhân khởi phát cấp tính có tỷ lệ cao nhất 60.8% (95%CI: 47.4-74.2), khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0.001).

Bảng 5: Số đợt tái phát bệnh

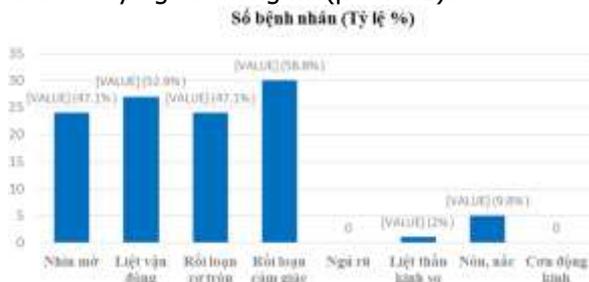
Số đợt tái phát	Số lượng	Tỷ lệ %	p
Đợt đầu	30	58.8	0.26
1	12	41.2	
2	7		
3	2		
Tổng	51	100	

Nhận xét: Số bệnh nhân có đợt tái phát là 21 bệnh nhân (41.2%). Trong đó có 2 bệnh nhân có 3 đợt tái phát chiếm 5.9%.

Bảng 6: Đặc điểm thời gian từ khi khởi phát đến khi được chẩn đoán bệnh

Thời gian	Số BN	Tỷ lệ %	p
≤1 tháng	32	62.7	<0.001
1-3 tháng	7	25.5	
3-6 tháng	3		
6-1 năm	3		
>1 năm	6		
Tổng	51	100	

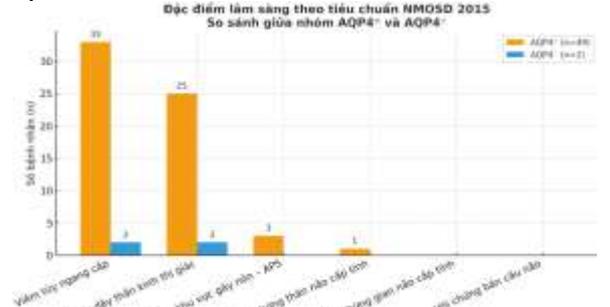
Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán NMOSD trong vòng 1 tháng kể từ khi khởi phát bệnh chiếm tỷ lệ 62.7%, khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê (p<0.001).



Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng khi khởi phát bệnh

Nhận xét: Khi khởi phát, triệu chứng liệt

vận động gặp 52.9%, rối loạn cơ tròn 47.1%, tổn thương thị giác 47.1%, rối loạn cảm giác 58.8%, nôn, nấc kéo dài 9.8% và liệt thần kinh sọ 2%.

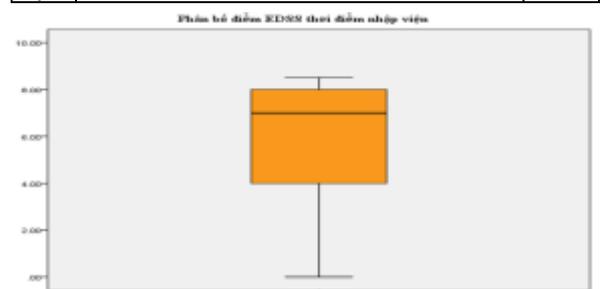


Biểu đồ 2: Hội chứng lâm sàng chính giữa 2 nhóm bệnh nhân AQP4(+) và AQP4(-)

Nhận xét: Hội chứng lâm sàng chính: viêm tủy ngang cấp 35/51 BN (68.6%) và viêm dây thần kinh thị giác 27/51 BN (52.9%), hội chứng sàn não thất IV 5.9% và hội chứng thân não cấp tính 2%. Có 15 bệnh nhân đồng thời có cả viêm thị thần kinh và viêm tủy ngang cấp (29.4%). Có 2 bệnh nhân có AQP4(-) đồng thời viêm thị thần kinh và viêm tủy ngang cấp kích thước tổn thương tủy dài ≥ 3 đốt sống chiếm 3.9%.

Bảng 7: Thang điểm EDSS thời điểm nhập viện

	Điểm EDSS											Điểm trung bình	
	0	2	3	3.5	4	5	6	6.5	7	7.5	8		8.5
Số BN	2	1	5	1	11	1	1	1	5	4	7	12	
Tỷ lệ %	3.9	2	9.8	2	21.6	2	2	2	9.8	7.8	13.7	23.5	
EDSS	21 (41.2%)						30 (58.8%)						6±2.5
p	0.262												



Biểu đồ 3: Thang điểm EDSS thời điểm nhập viện

Nhận xét: Bệnh nhân có mức độ tàn tật theo thang điểm EDSS ≥6 điểm chiếm 58.8%, trong đó có 12 bệnh nhân không tự vận động mà phải hạn chế vận động trên xe lăn, trên giường (23.5%). Điểm EDSS trung bình 6 ± 2.5.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 51 bệnh nhân được chẩn đoán LO-NMOSD. Tỷ lệ bệnh nhân nữ là 88.2% và nam là 11.8%. Tỷ lệ nữ/nam = 45/6 \approx 7:1. So với các nghiên cứu trên thế giới với tỷ lệ nữ/nam dao động từ 3:1 đến 8:1 tùy từng vùng địa lý, có thể thấy tỷ mắc bệnh LO-NMOSD nữ cao hơn rất nhiều so với nam.^{3,4}

Các bệnh nhân LO-NMOSD thường gặp ở nhóm tuổi từ 50 đến 60, chiếm tỷ lệ 58.8% (95%CI: 45.3-72.3). Tuổi khởi phát trung bình của bệnh nhân LO-NMOSD là 60.04 ± 7.7 , cao nhất là 82 tuổi. Kết quả của chúng tôi không có sự khác biệt so với tuổi khởi phát trung bình tại Hàn Quốc là 58.1 ± 6.2 theo Jin Myoung Seok và cộng sự trong một nghiên cứu đa trung tâm (95%CI: -0.88 \rightarrow 4.76, $p = 0.175$)⁴ và cao hơn tuổi khởi phát trung bình tại Brazil 56.4 ± 5.6 (95%CI: 0.81-6.47, $p = 0.012$) theo Yara Dadalti Fragoso và cộng sự.³

Bệnh nhân có bệnh kết hợp chiếm 57% (95%CI: 43.4-70.4), trong đó THA chiếm tỷ lệ cao nhất 29.4%, sau đó đến ĐTDĐ tỷ lệ 11.8%. Tỷ lệ mắc hai bệnh này phù hợp với đặc điểm độ tuổi của nhóm nghiên cứu (Từ 50 tuổi trở lên).^{5,6} Bệnh NMOSD là một bệnh tự miễn nên chúng có thể có liên quan đến các bệnh lý tự miễn khác. Theo Cree có khoảng 40% bệnh nhân NMO bị rối loạn tự miễn dịch toàn thân, như lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng Sjögren, kháng thể tương bào kháng bạch cầu quanh mạch (p-ANCA: perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibody).⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân có Lupus ban đỏ hệ thống kèm theo, chiếm 5.9%.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khởi phát bệnh dưới 1 tháng (100%). Nhóm bệnh nhân khởi phát cấp tính (<1 tuần) có tỷ lệ cao nhất 60.8% (95%CI: 47.4-74.2).

Tỷ lệ tái phát (41.2%) và đợt đầu tiên chiếm 58.8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Tỷ lệ này chưa có sự khác biệt so với nghiên cứu của Jin Myoung Seok và cộng sự tại Hàn Quốc là 31.1% (OR=1.55; 95%CI: -5.2-33.2, $p = 0.16$).⁴

Khi so sánh tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán NMOSD trong vòng ≤ 1 tháng kể từ khởi phát triệu chứng giữa nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Mealy và cộng sự (2022),⁷ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê rõ rệt. Cụ thể, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 62,7% bệnh nhân được chẩn đoán sớm (32/51), trong khi ở Mealy chỉ có 19,9% (81/407). Chênh lệch tỷ lệ là 42,8% với khoảng tin cậy 95% từ 29,0% đến 56,7% ($p < 0,05$). Bệnh nhân trong nghiên cứu

của chúng tôi có khả năng được chẩn đoán sớm cao hơn đáng kể so với Mealy (OR = 6,78, 95%CI: 3,66–12,57, $p < 0.05$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các hội chứng lâm sàng chủ yếu là viêm tủy ngang cấp và viêm dây thần kinh thị giác. Cụ thể, viêm tủy ngang cấp chiếm tỷ lệ cao nhất (68.8%), kèm theo các triệu chứng vận động nổi bật như liệt hai chân, liệt tứ chi và rối loạn cơ tròn. Viêm dây thần kinh thị giác gặp ở 52,9% bệnh nhân, trong đó nhìn mờ hai mắt, nhìn mờ một mắt. Một số trường hợp biểu hiện phối hợp, như viêm dây thần kinh thị giác kèm viêm tủy ngang 15/51 BN (29.4%) (cổ điển còn gọi bệnh Devic). Các triệu chứng liên quan đến hành não và thân não ít gặp hơn. Hội chứng sàn não thất IV thường biểu hiện bằng nôn và nấc kéo dài (5.9%). Hội chứng thân não cấp tính hiếm gặp (2%), trong khi không ghi nhận trường hợp nào có cơn động kinh, hội chứng gian não cấp tính hay hội chứng bán cầu não. So sánh với nghiên cứu của Seok và cộng sự (2017) trên nhóm bệnh nhân NMOSD khởi phát muộn tại Hàn Quốc cho thấy đặc điểm lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng.⁴ Cụ thể, tỷ lệ viêm dây thần kinh thị giác ở nghiên cứu của chúng tôi là 52.9%, cao hơn so với 40,0% trong nghiên cứu của Seok. Tương tự, viêm tủy ngang cấp chiếm 72,5% trong nghiên cứu của chúng tôi, so với 64,4% ở Seok, nhưng khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Thang điểm đánh giá mức độ tàn tật của bệnh nhân EDSS lúc vào viện: Điểm trung bình là 6 ± 2.5 , cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Yara Dadalti Fragoso và cộng sự là 4.9 ± 2.1 (95%CI: 0.12-2.08, $p = 0.03$).³ Không có mối liên hệ tuyến tính giữa độ tuổi và mức độ tàn tật lúc vào viện ($r = 0.008$, $p = 0.96$).

V. KẾT LUẬN

Bệnh NMOSD khởi phát muộn gặp chủ yếu ở nữ giới, tuổi khởi phát trung bình $60,04 \pm 7,7$. Triệu chứng khởi phát thường cấp tính trong vòng 1 tháng (100%), chủ yếu là viêm tủy ngang cấp và viêm thị thần kinh với biểu hiện liệt hai chân, liệt tứ chi và rối loạn cơ tròn, rối loạn cảm giác và nhìn mờ. Điểm EDSS trung bình khi nhập viện là $6 \pm 2,5$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wingerchuk DM, Banwell B, Bennett JL, et al. International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. *Neurology*. 2015;85:177–189.
2. Palace J, Lin DY, Zeng D, et al. Outcome prediction models in AQP4-IgG positive

- neuromyelitis optica spectrum disorders. *Brain*. 2019;142(5):1310–1323.
3. **Fragoso YD, Ruocco HH, Dias RM, et al.** Late onset of neuromyelitis optica spectrum disorders. *Neurol Ther*. 2019. Epub ahead of print. doi:10.1007/s40120-019-0143-2.
 4. **Seok JM, Cho HJ, Ahn SW, et al.** Clinical characteristics of late-onset neuromyelitis optica spectrum. *Mult Scler*. 2017;23(13):1748–1756.
 5. **Cree BA, Hauser SL. Neuromyelitis optica.** In *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 20th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018. Chapter 437.
 6. **Carnero Contentti E, Daccach Marques V, Soto de Castillo I, et al.** Clinical features and prognosis of late-onset neuromyelitis optica spectrum disorders in a Latin American cohort. *J Neurol*. 2020;267:1260–1268.
 7. **Mealy MA, Levy M, Schmidt F, et al.** Diagnostic delay in neuromyelitis optica spectrum disorders: Patient journey and real-world barriers. *Front Neurol*. 2022;13:866442. doi:10.3389/fneur.2022.866442.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH UNG THƯ THẬN NGUYÊN PHÁT TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY

Nguyễn Văn Thăng¹, Lê Phi Hào¹, Nguyễn Thị Thu Lan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả các đặc điểm hình ảnh ung thư thận (UTT) nguyên phát trên cắt lớp vi tính (CLVT) đa dây. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính ung thư thận nguyên phát của 80 bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện K3 Tân Triều từ tháng 1/2025 đến tháng 5/2025. **Kết quả:** Bệnh nhân mắc UTT nguyên phát ưu thế ở nam giới, tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,3/1. Tuổi mắc bệnh trung bình là 56,98 ± 14,29 (13 – 86) tuổi, nhóm tuổi 40–70 tuổi chiếm phần lớn, với 70%. UTT nguyên phát có thể xuất hiện ở các vùng giải phẫu khác nhau của nhu mô thận, đồng thời không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc giữa hai bên thận ($p > 0,05$). Khối UTT nguyên phát thường có bờ đều và ranh giới tương đối rõ ràng, tuy nhiên cũng có nhiều trường hợp có bờ không đều, phản ánh tính đa dạng trong hình thái tổn thương. Phần lớn các khối u lan rộng chủ yếu tại chỗ (chiếm 63,75%), trong khi tỷ lệ xâm lấn các cấu trúc xa như bao Gerota, tuyến thượng thận và hệ tĩnh mạch thấp hơn đáng kể. **Kết luận:** CLVT đa dây có vai trò quan trọng trong chẩn đoán UTT nguyên phát, giúp xác định rõ vị trí, ranh giới và mức độ xâm lấn của khối u. Phần lớn tổn thương lan rộng tại chỗ, ít xâm lấn xa, cho thấy CLVT hỗ trợ hiệu quả trong đánh giá giai đoạn bệnh. Nhờ đó, góp phần định hướng điều trị phù hợp và cải thiện tiên lượng. **Từ khóa:** Cắt lớp vi tính, Đặc điểm hình ảnh, Ung thư thận nguyên phát

Viết tắt: CLVT: Cắt lớp vi tính, UTT: Ung thư thận; MDCT: Multidetector computed tomography; RCC: renal cell carcinoma

SUMMARY

MULTIDETECTOR COMPUTED

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thăng
 Email: nguyenvanthang@hmtu.edu.vn
 Ngày nhận bài: 16.9.2025
 Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025
 Ngày duyệt bài: 19.11.2025

TOMOGRAPHY IMAGING CHARACTERISTICS OF RENAL CELL CARCINOMA

Purpose: This study aimed to describe the imaging characteristics on multidetector computed tomography (MDCT) of primary renal cell carcinoma (RCC). **Object and Method:** A descriptive study was conducted on the MDCT imaging features of 80 patients with primary RCC who were treated at K3 Tan Trieu Hospital from January 2025 to May 2025. **Results:** Primary RCC was more common in male patients, with a male-to-female ratio of approximately 1.3:1. The mean age was 56.98 ± 14.29 years (range: 13–86), with the majority of cases (70%) occurring in the 40–70 age group. Tumors were found in various anatomical regions of the renal parenchyma, with no significant difference in laterality between the left and right kidneys ($p > 0.05$). Most tumors had well-defined margins and relatively clear boundaries, although some showed irregular borders, reflecting morphological variability. The majority of tumors exhibited localized extension (63.75%), while the rates of invasion into distant structures such as Gerota's fascia, adrenal glands, and the venous system were considerably lower. **Conclusion:** MDCT plays an essential role in the diagnosis of primary RCC by clearly identifying tumor location, margins, and extent of invasion. Most lesions were locally advanced with limited distant spread, demonstrating the effectiveness of MDCT in staging the disease, guiding appropriate treatment planning, and improving patient prognosis.

Keywords: Multidetector computed tomography, Imaging characteristics, Renal cell carcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thận tế bào thận nguyên phát (Renal Cell Carcinoma – RCC) là loại ung thư nguyên phát thường gặp nhất của nhu mô thận, chiếm khoảng 90% các u ác tính tại cơ quan này và khoảng 3% tổng số ung thư ở người lớn [1][2]. Bệnh thường gặp ở nam giới, chủ yếu