

- 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 Thăng<sup>1</sup>, Lê Phi Hào<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Lan<sup>1</sup>

### 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

<sup>1</sup>Trường 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

trong độ tuổi 60–80, với các yếu tố nguy cơ điển hình như hút thuốc lá, béo phì, tăng huyết áp và một số bệnh lý mạn tính [3][4]. Triệu chứng lâm sàng UTT nguyên phát thường không đặc hiệu, nhiều trường hợp được phát hiện tình cờ qua thăm khám chẩn đoán hình ảnh. Trong đó, cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy đóng vai trò trung tâm, không chỉ giúp phát hiện tổn thương mà còn cung cấp thông tin chi tiết về kích thước, vị trí, mức độ xâm lấn và di căn, từ đó hỗ trợ phân giai đoạn trước điều trị [5]. Nghiên cứu này nhằm mô tả các đặc điểm hình ảnh của UTT nguyên phát trên CLVT, góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán và định hướng điều trị phù hợp.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 80 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị ung thư thận nguyên phát tại Bệnh viện K3 Tân Triều từ tháng 1/2025 đến tháng 5/2025.

**Tiêu chí lựa chọn:**

- Những bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị ung thư thận nguyên phát
- Được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng bằng máy chụp CLVT 128 dãy của hãng Siemens, Đức.
- Hồ sơ đầy đủ các thông tin phục vụ nghiên cứu.

**Tiêu chí loại trừ:**

- Có tiền sử chấn thương thận
- Bệnh nhân không đáp ứng đầy đủ các tiêu chí lựa chọn như trên.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Chọn mẫu thuận tiện cho nghiên cứu

**2.3. Phương pháp thu thập số liệu:** Tất cả những người bệnh được chẩn đoán và điều trị UTT nguyên phát trong thời gian nghiên cứu nếu thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn và loại trừ sẽ được ghi nhận thông tin vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

**Các biến số nghiên cứu:**

- Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng: tuổi, nhóm tuổi, giới tính.
- Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính: vị trí u (thận phải, trái), kích thước u (mm), đường bờ u và ranh giới u, tỷ trọng u so với nhu mô lành thì trước tiêm, mức độ ngấm thuốc của u sau tiêm, sự xâm lấn và lan tràn của u

**2.3. Phân tích và xử lý số liệu.** Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán mô tả tính trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian từ tháng 1/2025 đến tháng 5/2025, tổng cộng 80 bệnh nhân UTT nguyên

phát phù hợp với tiêu chí lựa chọn và loại trừ được đưa vào nghiên cứu với đặc điểm như sau:

**Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới của bệnh nhân UTT nguyên phát**

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu		Giá trị (%)
Nhóm tuổi	<30	2(2,50)
	30–39	8(10)
	40–49	11(13,75)
	50–59	22(27,50)
	60–69	23(28,75)
	≥ 70	14(17,50)
Giới	Nam	45(56,25)
	Nữ	35(43,75)

**Bảng 2. Phân bố vị trí UTT nguyên phát trên cắt lớp vi tính**

Vị trí		Giá trị (%)
Thận phải	Cực trên	18(18,37)
	Phần giữa	21(21,43)
	Cực dưới	10(10,20)
Thận trái	Cực trên	14(14,29)
	Phần giữa	15(15,30)
	Cực dưới	20(20,41)

**Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh UTT nguyên phát trên cắt lớp vi tính**

Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính RCC		Giá trị (%)
Kích thước	≤ 40 mm	31(38,75)
	41 – 70 mm	23(28,75)
	71 – 100 mm	15(18,75)
	> 100mm	11(13,75)
Đường bờ	Bờ đều	47(58,75)
	Bờ không đều	33(41,25)
Ranh giới	Rõ	43(53,75)
	Không rõ	37(46,25)
Tỷ trọng trước tiêm	Tăng	30(37,50)
	Đồng	41(51,25)
	Giảm	9(11,25)
Ngấm thuốc	Mạnh (> 40 HU)	61(76,25)
	Trung bình (15 – 40 HU)	5(6,25)
	Không rõ (10 – 15 HU)	14(17,50)

**Bảng 4. Đặc điểm xâm lấn của UTT nguyên phát trên cắt lớp vi tính**

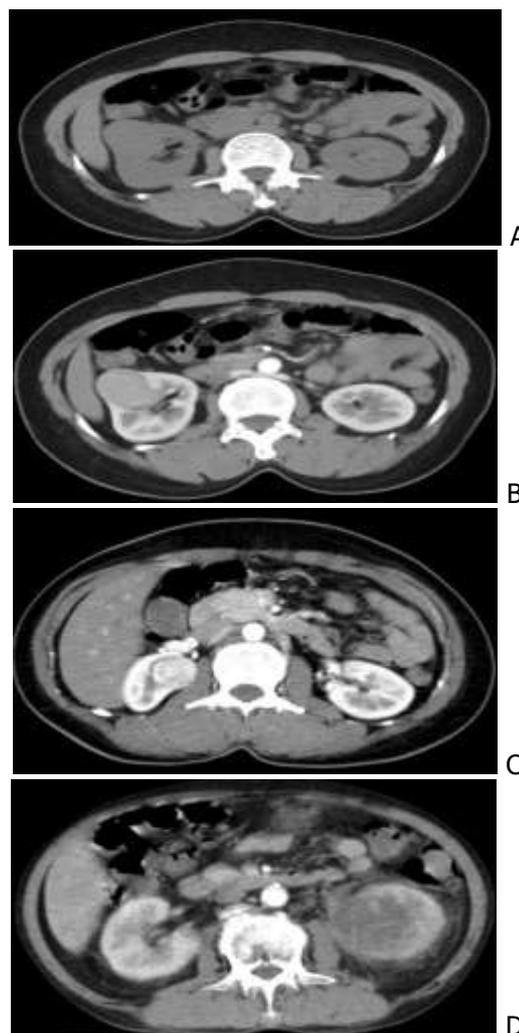
Đặc điểm xâm lấn của UTT		Giá trị (%)
Xâm lấn	Không	51(63,75)
	Có	29(36,25)
Thâm nhiễm mỡ quanh thận	Có	21(26,25)
	Không	59(73,75)
Thâm nhiễm cân Gerota	Có	13(16,25)
	Không	67(83,75)
Thâm nhiễm tuyến thượng thận	Có	0
	Không	80(100)
Huyết khối tĩnh	Có	11(13,75)

<b>mạch thận</b>	Không	69(86,25)
<b>Huyết khối tĩnh mạch chủ dưới</b>	Có	5(6,25)
	Không	75(93,75)

#### IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu trên 80 bệnh nhân UTT nguyên phát chúng tôi thấy tuổi mắc UTT trung bình là  $56,98 \pm 14,29$  (13 – 86) tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 60–69 tuổi (chiếm 28,75%), tiếp theo là nhóm tuổi 50–59 tuổi (chiếm 27,50%) và ít gặp nhất thuộc nhóm tuổi dưới 30 tuổi (chiếm 2,50%). Nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cũng cho thấy tuổi trung bình thường gặp là 65 tuổi [3]. Về giới tính, nghiên cứu này cho thấy bệnh nhân là nam giới chiếm 56,25%, số còn lại là nữ giới (chiếm 43,75%). Sự khác biệt tỷ lệ mắc bệnh giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Nghiên cứu của Nguyễn Văn Thi (2018) cũng cho thấy không có sự khác biệt về giới tính trong bệnh lý UTT ác tính [6]. Về vị trí, nghiên cứu cũng cho thấy không có sự khác biệt tỷ lệ về vị trí của UTT trong nhu mô thận, với  $p > 0,05$ . Sự phân tán của u thận ở các vị trí khác nhau của thận cũng được xác nhận trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Thi (2018) [6].

Trong nghiên cứu này, các khối UTT nguyên phát được phát hiện có kích thước  $\leq 40$  mm chiếm tỷ lệ cao nhất (38,75%). Nghiên cứu của Nguyễn Văn Thi (2018) cũng cho thấy phần lớn các khối UTT có kích thước dưới 40mm (chiếm 60,7%) [6]. Điều này cho thấy số các trường hợp RCC được phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm tăng lên rõ rệt trong những năm gần đây. Ngoài ra, phần lớn các khối UTT nguyên phát khi được phát hiện có bờ đều (chiếm 58,75%) và ranh giới rõ (chiếm 53,75%). Phần lớn (51,25%) các trường hợp khối UTT nguyên phát đồng tỷ trọng so với nhu mô thận bình thường ở thì trước tiêm thuốc cản quang. Sau tiêm, đa số các khối UTT ngấm thuốc mạnh (chiếm 76,25%), số còn lại là ngấm thuốc không rõ (chiếm 17,5%) và ngấm thuốc mức độ trung bình (chiếm 6,25%). Các khối UTT phần lớn vẫn giới hạn trong nhu mô (chiếm 63,75%); thâm nhiễm mô mỡ quanh thận chiếm 26,25%. Các dấu hiệu ít gặp như thâm nhiễm cân Gerota (16,25%), huyết khối TM thận (13,75%) và TM chủ dưới (6,25%), không phát hiện trường hợp nào u thâm nhiễm tuyến thượng thận cùng bên. Tương tự như kết quả nghiên cứu này, trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Thi (2018), đa số UTT còn giới hạn trong nhu mô (chiếm 79,5%), ngấm thuốc mạnh sau tiêm (chiếm 76,4%) [6].



**Hình 1. CLVT đa dãy cho thấy khối UTT phải nguyên phát đồng tỷ trọng nhu mô thận thì trước tiêm (A - MHS 240315632), và ngấm thuốc mạnh sau tiêm (B - MHS 240315632), khối UTT phải nguyên phát còn giới hạn trong bao thận (C - MHS 240319167), UTT trái nguyên phát xâm lấn khoang mỡ quanh thận (D - MHS 250040881)**

#### V. KẾT LUẬN

Ung thư thận nguyên phát thường gặp ở nhóm tuổi 40–70, trung bình  $56,98 \pm 14,29$  tuổi. Tổn thương có thể xuất hiện ở mọi vùng nhu mô thận, không có sự khác biệt giữa hai bên. Trên CLVT, khối u thường có bờ đều, ranh giới rõ, nhưng cũng ghi nhận một số trường hợp bờ không đều. Đa số khối u khu trú tại chỗ (63,75%), xâm lấn ra bao Gerota, tuyến thượng thận hoặc hệ tĩnh mạch ít gặp. CLVT là công cụ có giá trị trong đánh giá đặc điểm hình ảnh và

mức độ lan rộng của tổn thương, hỗ trợ chẩn đoán và định hướng điều trị.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trường Thành** (2021). Bệnh học ngoại khoa Tiết niệu-Nhi, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 124-135
2. **Vũ Lê Chuyên** (2013). Bệnh lý các khối u đường tiết niệu, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 160-218.
3. **Motzer R.J, Agarwal N., Beard C. và cộng sự** (2011). Kidney cancer. J Natl Compr Canc Netw, 9

(9), 960-977

4. **Ramaprasad S. và Inger L.** (2010). Renal cell cancer. Clinical Oncology. 3th edition, 177-188.
5. **Bùi Văn Lệnh** (2011). Chẩn đoán hình ảnh bộ máy tiết niệu, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 162-164.
6. **Nguyễn Văn Thi** (2018). 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, Luận án tiến sĩ y học Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y Hà Nội

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA SẢN PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CÓ TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thái Giang<sup>1</sup>, Vũ Mạnh Khải<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ đái tháo đường (ĐTĐ) có tiền sản giật (TSG) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTƯ) từ 01/2021 - 06/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu cắt ngang từ hồ sơ bệnh án của 205 sản phụ đái tháo đường có tiền sản giật sinh con tại BVPSTƯ từ 01/2021 đến 06/2023. **Kết quả nghiên cứu:** Tiền sử TSG, thai lưu 3 tháng cuối và tiền sử gia đình mắc ĐTĐ hoặc THA có tỷ lệ gặp ở nhóm ĐTĐ trước mang thai nhiều hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ. Tỷ lệ TSG nặng ở nhóm ĐTĐ trước mang thai (37,9%) cao hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ (19,8%). Huyết áp trung bình ở nhóm ĐTĐ trước mang thai cao hơn so với nhóm ĐTĐ thai kỳ. Tỷ lệ đa ối cao hơn ở nhóm ĐTĐ trước mang thai. Tỷ lệ tăng axit uric và tăng protein niệu cao hơn ở nhóm ĐTĐ trước mang thai so với nhóm ĐTĐ thai kỳ. **Kết luận:** Sản phụ ĐTĐ trước mang thai mắc tiền sản giật có nguy cơ biến chứng TSG nặng hơn so với nhóm sản phụ ĐTĐ thai kỳ.

**Từ khóa:** Đái tháo đường thai kỳ, Tiền sản giật.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS OF DIABETIC PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Objective:** Describe the clinical and paraclinical characteristics of diabetic pregnant women with preeclampsia at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2021 - June 2023. **Subjects and Methods:** Retrospective cross-sectional description from medical records of 205

diabetic pregnant women with preeclampsia who gave birth at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2021 to June 2023. **Results:** A history of preeclampsia, a history of third-trimester stillbirth, and a family history of diabetes/hypertension were more common in the pregestational diabetes group than in the gestational diabetes group. The rate of severe preeclampsia was higher in the pregestational diabetes group (37.9%) than in the gestational diabetes group (19.8%). The mean blood pressure in the pregestational diabetes group was higher than in the gestational diabetes group. The rates of oligohydramnios and polyhydramnios were higher in the pregestational diabetes group. The rates of increased liver enzymes, increased uric acid, and increased proteinuria were higher in the pregestational diabetes group than in the gestational diabetes group. **Conclusion:** Pregnant women with pregestational diabetes and preeclampsia have a higher risk of severe preeclampsia complications than pregnant women with gestational diabetes. **Keywords:** Diabetic pregnant women, Gestational diabetes, Preeclampsia

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh lý chuyển hóa ngày càng phổ biến trên toàn thế giới và ngày càng trẻ hóa. Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường mang thai cũng vì vậy ngày càng cao. Trong khi đó, nhiều bằng chứng cho thấy có mối liên quan giữa đái tháo đường và bệnh lý tăng huyết áp, đặc biệt là tiền sản giật khi mang thai. ĐTĐ và tiền sản giật khi mang thai nếu không được kiểm soát tốt sẽ gây ra nhiều biến chứng cho mẹ và thai nhi như sản giật, hội chứng HELLP, suy thận, tử vong mẹ..., tăng nguy cơ thai chết trong tử cung, thai chậm phát triển trong tử cung... Về lâu dài ĐTĐ và tiền sản giật khi mang thai cũng làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh lý mạn tính cho mẹ và con đặc biệt là các bệnh tim mạch, rối loạn chuyển hóa. Sự kết hợp 2 bệnh lý không chỉ gây phức tạp cho quá trình điều trị, theo dõi đồng thời tăng cao các nguy cơ, biến chứng cho

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Giang

Email: nguyenthai giang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 17.11.2025