

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN SƠN TÂY

Nguyễn Bách Chiến¹, Phạm Tuấn Nam¹,
Đào Minh Hoàng¹, Nguyễn Thị Yên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) trên cắt lớp vi tính (CLVT) và mối liên quan với một số yếu tố cận lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên 35 bệnh nhân được chẩn đoán HCC theo Quyết định 3129/QĐ-BYT, được chụp CLVT đa dãy tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây từ 01/01/2024 đến 31/12/2024. **Kết quả:** Khối u đơn độc chiếm 80%, chủ yếu ở gan phải (82,9%). Kích thước >5 cm chiếm 68,6%. Trước tiêm thuốc cản quang, khối u chủ yếu giảm tỷ trọng (85,7%). Tăng quang thì động mạch gặp ở 91,4% và hiện tượng thải thuốc thì tĩnh mạch cửa gặp ở 88,6%. Huyết khối tĩnh mạch cửa ghi nhận ở 8,6%. AFP huyết thanh >400 ng/ml chiếm 68,6%. Tỷ lệ nhiễm HBV là 51,4%, HCV là 5,7%. AFP có xu hướng tăng theo kích thước khối u ($p<0,05$). **Kết luận:** CLVT đa dãy cho phép phát hiện và mô tả chính xác các đặc điểm điển hình của HCC. Sự kết hợp hình ảnh CLVT với AFP và tình trạng viêm gan virus giúp nâng cao giá trị chẩn đoán, đặc biệt tại tuyến bệnh viện khu vực. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, Cắt lớp vi tính, AFP.

SUMMARY

DESCRIBE OF IMAGING CHARACTERISTICS OF HEPATOCALLULAR CARCINOMA (HCC) ON CT SCAN AND SOME RELATED FACTORS AT SON TAY HOSPITAL

Objective: To describe computed tomography (CT) imaging characteristics of hepatocellular carcinoma (HCC) and associated clinical factors. **Methods:** A retrospective cross-sectional study of 35 patients diagnosed with HCC according to Vietnamese Ministry of Health guidelines (Decision No. 3129/QĐ-BYT) who underwent multidetector CT at Son Tay General Hospital from January 1 to December 31, 2024. **Results:** Solitary tumors accounted for 80%, predominantly located in the right lobe (82.9%). Tumor size >5 cm was observed in 68.6%. Hypodensity before contrast injection was seen in 85.7%. Arterial phase hyperenhancement occurred in 91.4%, while portal venous washout was observed in 88.6%. Portal vein thrombosis was detected in 8.6%. Serum AFP levels >400 ng/mL were present in 68.6%. HBV infection accounted for 51.4% and HCV for 5.7%. AFP levels showed a positive correlation with tumor size ($p<0.05$). **Conclusion:** Multidetector CT plays a crucial

role in detecting and characterizing HCC. Combining CT imaging features with AFP and viral hepatitis status improves diagnostic accuracy, particularly in regional hospitals. **Keywords:** Hepatocellular carcinoma, Computed tomography, AFP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (Hepatocellular carcinoma – HCC) là loại ung thư gan nguyên phát thường gặp nhất và là nguyên nhân tử vong hàng đầu liên quan đến ung thư tại Việt Nam. Bệnh thường phát triển trên nền gan mạn tính, đặc biệt là xơ gan do viêm gan virus B, C, rượu hoặc gan nhiễm mỡ. Do tiến triển âm thầm và triệu chứng nghèo nàn ở giai đoạn sớm, phần lớn bệnh nhân HCC được phát hiện ở giai đoạn muộn, làm hạn chế khả năng điều trị triệt để và ảnh hưởng xấu đến tiên lượng.

Theo khuyến cáo của AASLD cũng như nhiều hướng dẫn quốc tế, khi phát hiện tổn thương gan nghi ngờ trên siêu âm ở bệnh nhân có nguy cơ cao, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh động học như chụp cắt lớp vi tính đa dãy (CLVT) hoặc cộng hưởng từ (MRI) có tiêm thuốc cản quang/đổi quang từ được chỉ định để chẩn đoán xác định. Các đặc điểm hình ảnh điển hình của HCC, bao gồm tăng quang thì động mạch (arterial phase hyperenhancement) và thải thuốc thì tĩnh mạch cửa hoặc thì muộn (washout), phản ánh đặc tính huyết động của khối u và cho phép chẩn đoán HCC mà không cần sinh thiết trong nhiều trường hợp.

Trên cơ sở đó, tiêu chuẩn chẩn đoán HCC không xâm lấn đã được chấp nhận rộng rãi, đặc biệt ở bệnh nhân có nguy cơ cao. Hệ thống phân loại LI-RADS (Liver Imaging Reporting and Data System) của Hiệp hội X-quang Hoa Kỳ (ACR) được xây dựng nhằm chuẩn hóa việc đánh giá và báo cáo các tổn thương gan trên CT/MRI, phân tầng nguy cơ từ LR-1 đến LR-5, trong đó LR-5 tương ứng với HCC xác định trên hình ảnh, không cần sinh thiết mô bệnh học.

Tại Việt Nam, Quyết định 3129/QĐ-BYT về “Chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan” cũng thừa nhận vai trò của chẩn đoán hình ảnh điển hình kết hợp với yếu tố nguy cơ và AFP trong chẩn đoán HCC, không bắt buộc sinh thiết trong mọi trường hợp. Cách tiếp cận này đặc biệt phù hợp với điều kiện thực hành tại các bệnh viện tuyến khu vực, nơi CLVT là phương

¹Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bách Chiến

Email: drchien.cdhasontay@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

tiện chẩn đoán hình ảnh chủ lực và sinh thiết gan còn nhiều hạn chế.

Xuất phát từ bối cảnh trên, việc nghiên cứu và mô tả đặc điểm hình ảnh HCC trên CLVT, đồng thời đối chiếu với các tiêu chuẩn chẩn đoán không xâm lấn theo khuyến cáo quốc tế và trong nước, có ý nghĩa thực tiễn cao. Tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, CLVT đã dần được sử dụng thường quy trong đánh giá các khối u gan, tuy nhiên chưa có nghiên cứu hệ thống nào phân tích đặc điểm hình ảnh HCC gắn với giá trị chẩn đoán không xâm lấn. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Mô tả đặc điểm hình ảnh ung thư biểu mô tế bào gan trên máy cắt lớp vi tính Siemens 16 dãy tại Bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2024" với hai mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm hình ảnh ung thư biểu mô tế bào gan trên phim chụp cắt lớp vi tính Siemens 16 dãy tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây.
2. Tìm hiểu một số xét nghiệm liên quan đến ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 35 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) và được chụp cắt lớp vi tính đa dãy tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây trong thời gian từ ngày 01/01/2024 đến 31/12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.
- Có nguy cơ cao HCC (xơ gan và/hoặc viêm gan virus B, C mạn tính).
- Có tổn thương gan được chụp CLVT đa thì có tiêm thuốc cản quang.
- Được chẩn đoán HCC dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán không xâm lấn theo Quyết định số 3129/QĐ-BYT của Bộ Y tế (đặc điểm hình ảnh điển hình trên CLVT kết hợp với yếu tố nguy cơ và/hoặc AFP).

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư gan thứ phát hoặc ung thư đường mật trong gan.
- Phim CLVT không đầy đủ các thì động mạch và tĩnh mạch cửa.
- Hình ảnh chất lượng kém, không đánh giá được tổn thương.
- Hồ sơ bệnh án thiếu các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Quy trình chụp CLVT: Bệnh nhân được chụp CLVT gan bằng máy CLVT đa dãy tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây. Quy trình chụp gồm

các thì: trước tiêm thuốc cản quang, thì động mạch (khoảng 25–30 giây sau tiêm), thì tĩnh mạch cửa (khoảng 60–70 giây sau tiêm). Thuốc cản quang iod được tiêm tĩnh mạch với liều tiêu chuẩn theo cân nặng bệnh nhân.

2.3.2. Tiêu chí đọc và phân tích hình ảnh:

Hình ảnh CLVT được hai bác sĩ chuyên khoa Chẩn đoán hình ảnh đọc độc lập. Các đặc điểm được đánh giá gồm: vị trí khối u, số lượng khối u, kích thước lớn nhất của khối u, tỷ trọng trước tiêm thuốc, đặc điểm tăng quang thì động mạch, hiện tượng thải thuốc thì tĩnh mạch cửa và sự hiện diện của huyết khối tĩnh mạch cửa. Các tổn thương được phân loại hồi cứu theo hệ thống LI-RADS dựa trên các đặc điểm hình ảnh chính.

2.3.3. Thu thập và xử lý số liệu:

Các số liệu lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học được thu thập từ hồ sơ bệnh án theo phiếu thu thập số liệu thống nhất. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các thuật toán thống kê mô tả.

2.3.4. Kiểm soát sai số:

Nghiên cứu sử dụng cùng một quy trình chụp CLVT và tiêu chí đánh giá hình ảnh thống nhất cho tất cả bệnh nhân. Hai bác sĩ đọc phim độc lập; trong trường hợp có khác biệt, kết quả cuối cùng được thống nhất sau khi thảo luận. Việc thu thập số liệu theo biểu mẫu chuẩn nhằm hạn chế sai số ghi nhận và sai số chọn mẫu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về tuổi và giới

- Tuổi trung bình là 66,7±14,3. Độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là >60 tuổi chiếm 51,4%
- Tỷ lệ mắc HCC ở nam giới cao hơn nữ. Tỷ lệ nam/nữ là 3/1.

3.2. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của HCC trước và sau tiêm thuốc cản quang.

Bảng 3.1. Vị trí khối u gan trên cắt lớp vi tính

| Vị trí khối u | n | % |
|-------------------------|-----------|------------|
| Gan phải | 29 | 82,9 |
| Gan trái | 4 | 11,4 |
| Cả gan phải và gan trái | 2 | 5,7 |
| Tổng | 35 | 100 |

Nhận xét: Khối u HCC chủ yếu khu trú ở gan phải (82,9%), phù hợp với đặc điểm phân bố giải phẫu và tưới máu của gan.

Bảng 3.2. Số lượng khối u phát hiện trên cắt lớp vi tính

| Số lượng khối u | n | % |
|-----------------|-----------|------------|
| 1 khối | 28 | 80,0 |
| ≥2 khối | 7 | 20,0 |
| Tổng | 35 | 100 |

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có khối u đơn

độc (80%), cho thấy phần lớn trường hợp được phát hiện khi tổn thương chưa lan tỏa trong nhu mô gan.

Bảng 3.3. Kích thước khối u gan

| Kích thước khối u | n | % |
|-------------------|-----------|------------|
| <2 cm | 3 | 8,6 |
| 2-5 cm | 8 | 22,8 |
| >5 cm | 24 | 68,6 |
| Tổng | 35 | 100 |

Nhận xét: Khối u có kích thước >5 cm chiếm tỷ lệ cao nhất (68,6%), cho thấy đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn u lớn.

Bảng 3.4. Tỷ trọng khối u so với nhu mô gan trước tiêm thuốc

| Tỷ trọng | n | % |
|---------------|-----------|------------|
| Giảm tỷ trọng | 30 | 85,7 |
| Đồng tỷ trọng | 3 | 8,6 |
| Tăng tỷ trọng | 2 | 5,7 |
| Tổng | 35 | 100 |

Nhận xét: Trước tiêm thuốc cản quang, phần lớn khối u biểu hiện giảm tỷ trọng so với nhu mô gan lành (85,7%), phù hợp với đặc điểm hoại tử và cấu trúc mô học của HCC.

Bảng 3.5. Đặc điểm ngấm thuốc của khối u ở thì động mạch

| Ngấm thuốc thì động mạch | n | % |
|--------------------------|-----------|------------|
| Có | 32 | 91,4 |
| Không | 3 | 8,6 |
| Tổng | 35 | 100 |

Nhận xét: Hầu hết các khối u có hiện tượng tăng quang thì động mạch (91,4%), đây là dấu hiệu hình ảnh chủ đạo trong chẩn đoán HCC theo tiêu chuẩn không xâm lấn.

Bảng 3.6. Đặc điểm thải thuốc của khối u ở thì tĩnh mạch cửa

| Thải thuốc thì tĩnh mạch cửa | n | % |
|------------------------------|-----------|------------|
| Thải thuốc rõ | 31 | 88,6 |
| Thải thuốc không rõ | 4 | 11,4 |
| Tổng | 35 | 100 |

Nhận xét: Đa số khối u có hiện tượng thải thuốc rõ ở thì tĩnh mạch cửa (88,6%), kết hợp với tăng quang thì động mạch tạo nên hình ảnh điển hình của HCC trên CLVT.

Bảng 3.7. Huyết khối tĩnh mạch cửa trên cắt lớp vi tính

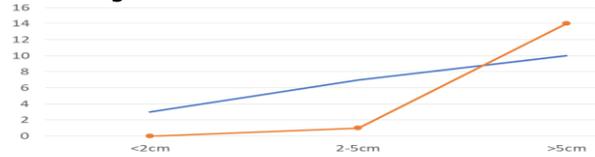
| Huyết khối tĩnh mạch cửa | n | % |
|--------------------------|-----------|------------|
| Có | 3 | 8,6 |
| Không | 32 | 91,4 |
| Tổng | 35 | 100 |

Nhận xét: Huyết khối tĩnh mạch cửa được ghi nhận ở 8,6% bệnh nhân, phản ánh tình trạng xâm lấn mạch máu của khối u, thường gặp ở giai đoạn tiến triển.

Bảng 3.8. Nồng độ AFP huyết thanh

| Nồng độ AFP (ng/ml) | n | % |
|---------------------|-----------|------------|
| 200-400 | 11 | 31,4 |
| ≥400 | 24 | 68,6 |
| Tổng | 35 | 100 |

Nhận xét: Trong nghiên cứu, 68,6% bệnh nhân có nồng độ AFP ≥400 ng/ml. Tuy nhiên, vẫn ghi nhận 31,4% bệnh nhân có AFP ≤400 ng/ml, cho thấy AFP chỉ có giá trị hỗ trợ và không thay thế được vai trò của chẩn đoán hình ảnh trong chẩn đoán HCC.



Biểu đồ 3.1. Liên quan giữa kích thước khối u và nồng độ AFP

Nhận xét: Nồng độ AFP có mối tương quan thuận với kích thước khối u

Bảng 3.9. Đặc điểm yếu tố nguy cơ viêm gan virus và mối liên quan với nồng độ AFP ở bệnh nhân HCC

| Yếu tố nguy cơ | Tổng số (n) | AFP >400 ng/ml, n(%) | AFP 200-400 ng/ml, n(%) |
|-----------------------|-------------|----------------------|-------------------------|
| Nhiễm HBV | 18 | 14 (77,8) | 4 (22,2) |
| Nhiễm HCV | 2 | 2 (100) | 0 (0) |
| Đồng nhiễm HBV và HCV | 0 | 0 | 0 |
| Không nhiễm HBV/HCV | 15 | - | - |
| Tổng | 35 | 24 (68,6) | 11 (31,4) |

Nhận xét: Nhiễm virus viêm gan B là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất ở bệnh nhân HCC, chiếm 51,4%. Phần lớn bệnh nhân nhiễm HBV và HCV có nồng độ AFP >400 ng/ml. Tuy nhiên, vẫn ghi nhận 31,4% bệnh nhân có AFP ≤400 ng/ml, cho thấy AFP chỉ có giá trị hỗ trợ và cần được kết hợp với các đặc điểm hình ảnh CLVT trong chẩn đoán HCC. Do số lượng bệnh nhân nhiễm HCV trong nghiên cứu còn ít, kết quả ở nhóm này chỉ mang tính mô tả.

Bảng 3.10. Phân loại LI-RADS của các tổn thương HCC trên CLVT

| Phân loại LI-RADS | Tiêu chuẩn hình ảnh chính | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------|---|------------------|-----------|
| LR-5 (HCC xác định) | APHE (+), washout (+), kích thước ≥10 mm | 29 | 82,9 |
| LR-4 (Nghĩ ngờ cao HCC) | APHE (+), washout không rõ hoặc không đủ tiêu chuẩn | 3 | 8,6 |
| LR-3 (Trung gian) | Không APHE hoặc không có washout | 3 | 8,6 |

| | | | |
|-------------|-------------------|-----------|------------|
| LR-2/LR-1 | Không phù hợp HCC | 0 | 0 |
| Tổng | | 35 | 100 |

Nhận xét: Phần lớn các tổn thương được phân loại LI-RADS 5 (82,9%), phù hợp với chẩn đoán HCC xác định trên hình ảnh CLVT. Các trường hợp LR-3 và LR-4 chủ yếu gặp ở các khối u nhỏ hoặc không biểu hiện đầy đủ các dấu hiệu hình ảnh điển hình, cần phối hợp thêm AFP, theo dõi hình ảnh hoặc sinh thiết để chẩn đoán xác định.

Kết quả nghiên cứu cho thấy HCC thường gặp ở gan phải, đa số là khối u đơn độc nhưng kích thước lớn. Các dấu hiệu hình ảnh điển hình trên CLVT như tăng quang thì động mạch và thải thuốc thì tĩnh mạch cửa chiếm tỷ lệ cao, phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán không xâm lấn. AFP tăng cao ở phần lớn bệnh nhân nhưng không phải tất cả các trường hợp, do đó việc phối hợp AFP với hình ảnh CLVT là cần thiết.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đối chiếu đặc điểm hình ảnh CLVT với phân loại LI-RADS. Theo hệ thống phân loại LI-RADS (Liver Imaging Reporting and Data System – ACR), các đặc điểm hình ảnh chính (major features) của HCC bao gồm: tăng quang thì động mạch (arterial phase hyperenhancement – APHE), thải thuốc thì tĩnh mạch cửa hoặc thì muện (washout), bao giả (capsule appearance) và kích thước tổn thương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 91,4% khối u có hiện tượng tăng quang thì động mạch và 88,6% có hiện tượng thải thuốc thì tĩnh mạch cửa, đây là hai dấu hiệu hình ảnh chủ đạo để xếp loại LI-RADS LR-5 đối với các tổn thương ≥ 10 mm ở bệnh nhân có nguy cơ cao (viêm gan virus, xơ gan). Với tỷ lệ khối u có kích thước > 5 cm chiếm 68,6%, phần lớn các tổn thương trong nghiên cứu có thể được phân loại vào nhóm LI-RADS 5 – HCC xác định.

Một số ít trường hợp không nắm thuốc thì động mạch (8,6%) hoặc thải thuốc không rõ (11,4%) có thể tương ứng với nhóm LI-RADS 3 hoặc LI-RADS 4, đặc biệt ở các khối u nhỏ hoặc HCC kém biệt hóa. Những trường hợp này cần phối hợp thêm AFP, theo dõi hình ảnh động hoặc sinh thiết để chẩn đoán xác định.

4.2. Ý nghĩa lâm sàng của LI-RADS trong thực hành tuyến cơ sở. Việc áp dụng phân loại LI-RADS trong đọc phim CLVT giúp chuẩn hóa báo cáo, giảm sự phụ thuộc vào kinh nghiệm cá nhân và tăng tính thống nhất giữa các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Đối với bệnh viện tuyến khu vực như Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, LI-RADS là công cụ hữu ích giúp:

- Chuẩn hóa chẩn đoán HCC dựa trên hình

ảnh không xâm lấn

- Hỗ trợ quyết định điều trị (phẫu thuật, TACE, điều trị toàn thân)

- Thuận lợi trong hội chẩn và chuyển tuyến

4.3. Liên quan giữa yếu tố nguy cơ viêm gan virus và nồng độ AFP. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiễm HBV chiếm tỷ lệ cao nhất trong các yếu tố nguy cơ (51,4%), phù hợp với đặc điểm dịch tể HCC tại Việt Nam. Đa số bệnh nhân HCC nhiễm HBV có nồng độ AFP > 400 ng/ml (77,8%), cho thấy AFP có xu hướng tăng cao ở nhóm này. Toàn bộ các trường hợp nhiễm HCV đều ghi nhận AFP > 400 ng/ml, tuy nhiên số lượng bệnh nhân HCV còn rất hạn chế nên kết quả chỉ mang tính mô tả.

Đáng lưu ý, vẫn có 31,4% bệnh nhân HCC trong nghiên cứu có nồng độ AFP ≤ 400 ng/ml, điều này phù hợp với nhận định của AASLD rằng AFP không phải là dấu ấn đặc hiệu tuyệt đối cho HCC. Do đó, việc chẩn đoán HCC cần dựa chủ yếu vào các dấu hiệu hình ảnh điển hình trên CLVT hoặc MRI theo tiêu chuẩn chẩn đoán không xâm lấn và hệ thống phân loại LI-RADS.

V. KẾT LUẬN

CLVT đa dãy là phương tiện hiệu quả trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan với các dấu hiệu hình ảnh điển hình gồm tăng quang thì động mạch và thải thuốc thì tĩnh mạch cửa. Trong nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn khối u lớn (> 5 cm), chủ yếu là khối u đơn độc và khu trú ở gan phải.

AFP huyết thanh và tình trạng nhiễm viêm gan virus, đặc biệt là HBV, có giá trị hỗ trợ chẩn đoán nhưng không mang tính đặc hiệu tuyệt đối. Một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân HCC có nồng độ AFP ≤ 400 ng/ml, do đó việc chẩn đoán HCC cần dựa chủ yếu vào các đặc điểm hình ảnh điển hình trên CLVT theo tiêu chuẩn chẩn đoán không xâm lấn và hệ thống phân loại LI-RADS.

Việc phối hợp CLVT với các yếu tố cận lâm sàng góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán HCC, đặc biệt tại các bệnh viện tuyến khu vực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J et al (2008), "Estimates of worldwide burden of cancer in 2008:GLOBOCAN 2008", Int J Cancer
2. Catalano O, Cusati B, Sandomenico F (1999), Multiple-phase spiral computerized tomography of small hepatocellular carcinoma: technique optimization and diagnostic yeild, 98: pp 53-64.
3. B G Choi, S H Park, J Y Byun (2001), The finding of ruptured hepatocellular carcinoma on helical CT, 74: pp 142-146.
4. Ehman EC, Behr SC, Umetsu SE, et al. Rate of observation and inter- observer agreement for LI-RADS major features at CT and MRI in 184 pathology proven hepatocellular carcinomas.

- Abdom Radiol (NY). 2016;41(5):963-969. doi:10.1007/s00261-015-0623-5
5. **Thái Doãn Kỳ** (2015), Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp tắc mạch hóa dầu sử dụng hạt vi cầu Dc Beads, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
 6. **Trần Thị Hồng Nhung** (2020), Đánh giá phân loại LI-RADS trên cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán tổn thương khu trú ở nhu mô gan, Luận văn Thạc sĩ Y học Đại Học Y Hà Nội.
 7. **Hồ Ngọc Linh, Nguyễn Nam Hùng** (2013), "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh chụp CLVT u gan tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum từ 2010.
 8. **Phạm Trường Giang** (2021), Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính ung thư biểu mô tế bào gan (HCC), Khóa luận tốt nghiệp. Y học Đại Học Quốc Gia Hà Nội.

NHẬN XÉT TÌNH TRẠNG THIẾU MÁU Ở NGƯỜI SUY THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA MỸ ĐỨC

Phạm Thị Kim Thoa¹, Nguyễn Thị Hòa¹, Vũ Văn Tú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng thiếu máu ở người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa Mỹ Đức, xác định mối liên quan giữa mức độ thiếu máu với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 148 người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ từ tháng 4 đến tháng 8 năm 2025 tại bệnh viện đa khoa Mỹ Đức. **Kết quả:** Tuổi trung bình người bệnh 56.9±14 tuổi, độ tuổi >60 tuổi chiếm nhiều nhất 46.6%. Hemoglobin trung bình: 107.6±16.5 (g/l), người bệnh thiếu máu chiếm 72.2%, thiếu máu nhẹ chiếm 58.8%, thiếu máu vừa chiếm 12.8%, thiếu máu nặng chiếm 0.6%, còn lại 27.8% người bệnh không có thiếu máu. Thiếu máu có kích thước hồng cầu bình thường chiếm 81.3%. 100% người bệnh được chỉ định dùng thuốc tạo hồng cầu đường tiêm dưới da, 90% người bệnh được chỉ định điều trị bổ sung sắt đường tĩnh mạch. Liều EPO trung bình cả nhóm nghiên cứu là 28.000 ± 13.000 IU/tháng. Nồng độ hemoglobin và ferritin trong máu có mối liên quan thuận với $r = 0.14$, $P < 0.05$. Nồng độ ferritin huyết thanh có mối tương quan chặt chẽ tỉ lệ thuận với số năm lọc máu $p < 0.05$. Nồng độ ferritin trung bình giữa các mức độ thiếu máu có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$. **Từ khóa:** Suy thận mạn giai đoạn cuối; lọc máu chu kỳ; Thiếu máu;

SUMMARY

ASSESSMENT OF ANEMIA STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE UNDERGOING MAINTENANCE HEMODIALYSIS AT MY DUC GENERAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the anemia status of patients with chronic kidney disease undergoing maintenance hemodialysis at My Duc General Hospital and to determine the association between anemia severity and selected clinical and laboratory factors.

¹Bệnh viện Đa khoa Mỹ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Kim Thoa

Email: bsphamkimthoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 148 end-stage chronic kidney disease patients receiving maintenance hemodialysis from April to August 2025 at My Duc General Hospital.

Results: The mean age of the study population was 56.9 ± 14 years, with patients aged >60 years accounting for the largest proportion (46.6%). The mean hemoglobin level was 107.6 ± 16.5 g/L. The prevalence of anemia was 72.2%, of which mild anemia accounted for 58.8%, moderate anemia 12.8%, and severe anemia 0.6%. The remaining 27.8% of patients had no anemia. Normocytic anemia was observed in 81.3% of cases. All patients (100%) were prescribed subcutaneous erythropoiesis-stimulating agents, and 90% received intravenous iron supplementation. The mean monthly EPO dose was 28,000 ± 13,000 IU. Hemoglobin concentration showed a positive correlation with serum ferritin ($r = 0.14$, $p < 0.05$). Serum ferritin levels demonstrated a strong positive correlation with the duration of hemodialysis ($p < 0.05$). The mean ferritin levels differed significantly across anemia severity categories ($p < 0.05$). **Keywords:** End-stage chronic kidney disease; Maintenance hemodialysis; Anemia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn là một bệnh mạn tính, được ví như "Kẻ giết người thầm lặng". Tỷ lệ mắc suy thận mạn tiếp tục tăng lên không ngừng trên toàn thế giới, đặc biệt là suy thận mạn giai đoạn cuối. Theo dữ liệu của hội thận học Hoa Kỳ năm 2010 có tới 10% dân số thế giới suy thận mạn [1]. Điều hòa sản xuất hồng cầu là một trong những chức năng chính của thận, người bệnh suy thận đều có triệu chứng thiếu máu. Thiếu máu khiến người bệnh mệt mỏi, suy giảm khả năng tập trung, suy giảm trí nhớ, làm ảnh hưởng hiệu quả công việc và cuộc sống hàng ngày. Ngoài ra thiếu máu còn có thể dẫn đến suy tim gây ra hàng loạt những biến chứng về tim mạch, thần kinh... Làm tăng nguy cơ tử vong cho người bệnh lọc máu chu kỳ [2]. Thiếu máu trong suy thận mạn chủ yếu do: Giảm sản xuất erythropoietin, thiếu sắt (tuyệt đối hoặc chức