

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ U CƠ MỠ MẠCH THẬN BẰNG NÚT MẠCH SỬ DỤNG HỖN HỢP CỒN TUYỆT ĐỐI VÀ LIPIODOL

Lưu Đức Vượng¹, Vũ Đăng Lưu^{1,3}, Phan Hoàng Giang², Vũ Đức Thành³, Nguyễn Khôi Việt³, Trần Hữu Thụy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U cơ mỡ mạch thận (Angiomyolipoma – AML) là khối u thận lành tính thường gặp nhất, có nguy cơ chảy máu khi kích thước lớn hoặc có phình mạch trong u. Nút mạch chọn lọc (Selective Arterial Embolization – SAE) là phương pháp điều trị ít xâm lấn, hiệu quả trong kiểm soát triệu chứng và dự phòng xuất huyết. Hỗn hợp cồn tuyệt đối và lipiodol được xem là chất tắc mạch hiệu quả nhờ khả năng gây hoại tử mô u và dễ theo dõi dưới DSA. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu điều trị u cơ mỡ mạch thận bằng nút mạch sử dụng hỗn hợp cồn tuyệt đối và lipiodol. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả can thiệp có theo dõi dọc và so sánh trước sau trên 34 BN với 36 khối u AML. Các thông tin lâm sàng, hình ảnh, kỹ thuật can thiệp và kết quả sau 1 tháng và 6 tháng được phân tích. Hiệu quả điều trị được đánh giá dựa trên tỷ lệ thành công kỹ thuật, cải thiện triệu chứng và mức giảm thể tích khối u. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam là 16:1, tuổi trung bình $49 \pm 15,3$. Nhóm có triệu chứng chiếm 58,3%. Tỷ lệ pha hỗn hợp 1:1 được sử dụng nhiều nhất (41,7%). Tỷ lệ thành công kỹ thuật đạt 94,4%. Sau 6 tháng, thể tích khối u giảm trung bình $48,6 \pm 13,5\%$ ($p < 0,001$). Nhóm có tỷ lệ mỡ $< 50\%$ giảm thể tích cao hơn đáng kể so với nhóm $\geq 50\%$ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Nút mạch u cơ mỡ mạch thận bằng hỗn hợp cồn tuyệt đối và lipiodol là phương pháp điều trị với tỷ lệ thành công kỹ thuật cao, giảm đáng kể kích thước khối u và cải thiện triệu chứng lâm sàng. Biến chứng sớm gồm hội chứng sau nút mạch (47,2%) và tắc mạch ngoài mục tiêu (11,1%), không có trường hợp suy thận. **Từ khóa:** U cơ mỡ mạch thận, nút mạch chọn lọc, cồn tuyệt đối, lipiodol, can thiệp mạch.

SUMMARY

INITIAL OUTCOMES OF RENAL ANGIOMYOLIPOMA TREATMENT USING SELECTIVE ARTERIAL EMBOLIZATION WITH ABSOLUTE ETHANOL-LIPIODOL MIXTURE

Background: Renal angiomyolipoma (AML) is the most common benign renal tumor and carries a risk of hemorrhage, particularly in lesions with large size or intratumoral aneurysms. Selective arterial

embolization (SAE) is a minimally invasive and effective treatment for symptom control and hemorrhage prevention. A mixture of absolute ethanol and lipiodol is considered an effective embolic agent due to its ability to induce tumor necrosis and its excellent radiopacity under DSA guidance. **Objective:** To evaluate the early outcomes of selective arterial embolization using an absolute ethanol-lipiodol mixture in the treatment of renal angiomyolipoma. **Materials and Methods:** A longitudinal interventional descriptive study with pre- and post-treatment comparison was conducted on 34 patients with 36 AMLs. Clinical data, imaging findings, procedural details, and outcomes at 1 month and 6 months were analyzed. Treatment efficacy was assessed based on technical success, symptom improvement, and tumor volume reduction. **Results:** The female-to-male ratio was 16:1, with a mean age of $49 \pm 15,3$ years. Symptomatic patients accounted for 5,3%. The 1:1 ethanol-lipiodol mixture ratio was used most frequently (41,7%). Technical success was achieved in 97.2% of cases. At 6 months, mean tumor volume decreased by $48,6 \pm 13,5\%$ ($p < 0.001$). Lesions with fat content $< 50\%$ showed significantly greater volume reduction compared with those $\geq 50\%$ ($p < 0,05$). **Conclusion:** Selective arterial embolization of renal angiomyolipoma using an absolute ethanol-lipiodol mixture provides a high technical success rate, significant tumor volume reduction, and clinical symptom improvement. Early complications included post-embolization syndrome (47,2%) and non-target embolization (11,1%), with no cases of renal failure. **Keywords:** Angiomyolipoma, selective arterial embolization, absolute ethanol, Lipiodol, interventional radiology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ mỡ mạch thận (Angiomyolipoma -AML) là một khối u thận lành tính, bao gồm hỗn hợp các thành phần mỡ, cơ trơn, và mạch máu bất thường. Đây là loại u thận lành tính thường gặp nhất, chiếm khoảng 0,2–0,6% trong dân số chung^{1,2}. Phần lớn các trường hợp AML không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ qua các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc cộng hưởng từ (CHT). Tuy nhiên, khi khối u lớn hơn 4 cm hoặc có phình mạch trong u > 5 mm nguy cơ biến chứng, đặc biệt là xuất huyết nội, tăng lên đáng kể.^{1,3}

Xuất huyết do AML có thể gây đe dọa tính mạng, đặc biệt khi xảy ra hội chứng Wunderlich - hiện tượng chảy máu tự phát vào khoang sau phúc mạc^{2,4}. Do đó, can thiệp kịp thời để ngăn ngừa xuất huyết hoặc kiểm soát tình trạng chảy

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Đức Vượng

Email: dr.vuong8820@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2025

Ngày duyệt bài: 12.01.2026

máu cấp là một nhu cầu cấp thiết trong điều trị AML. Hiện nay, nút mạch chọn lọc (Selective Arterial Embolization - SAE) đã trở thành phương pháp điều trị chính cho các trường hợp AML lớn hoặc có triệu chứng, nhờ khả năng xâm lấn tối thiểu và bảo tồn nhu mô thận.^{1,5}

Hỗn hợp cồn tuyệt đối và lipiodol đã được chứng minh là một tác nhân tắc mạch hiệu quả, có khả năng gây hoại tử khối u và giảm kích thước khối u. Lipiodol, với đặc tính cản quang, hỗ trợ theo dõi trong quá trình thực hiện nút mạch ngoài ra còn gây tắc mạch nhỏ ở xa, trong khi cồn tuyệt đối có tác dụng làm tắc mạch vĩnh viễn và gây hoại tử các thành phần khối u^{5,6}. Một số nghiên cứu trước đây cho thấy hỗn hợp này đạt tỷ lệ thành công kỹ thuật cao, giảm đáng kể kích thước khối u và kiểm soát tốt nguy cơ chảy máu, đồng thời hạn chế biến chứng nặng sau thủ thuật.^{2,6,7}

Tại Việt Nam, kỹ thuật nút mạch điều trị AML đã được triển khai và bước đầu cho thấy những kết quả khả quan. Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nước trước đây chủ yếu đánh giá chung về nhiều loại vật liệu nút mạch khác nhau, chưa có nghiên cứu nào đi sâu đánh giá hệ thống về hiệu quả của một loại vật liệu cụ thể.^{8,9} Điều này khiến các bác sĩ thiếu bằng chứng đáng tin cậy để lựa chọn loại vật liệu nút mạch tối ưu, đặc biệt là hỗn hợp cồn tuyệt đối và lipiodol vốn có nhiều ưu điểm lý thuyết nổi bật.

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá: "*Kết quả bước đầu điều trị u cơ mỡ mạch thận bằng nút mạch sử dụng hỗn hợp cồn tuyệt đối và lipiodol*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các BN (BN) được chẩn đoán và điều trị u cơ mỡ mạch thận được nút mạch sử dụng hỗn hợp cồn tuyệt đối và lipiodol tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2022 đến tháng 7/2025

Tiêu chuẩn lựa chọn BN:

- Được chẩn đoán xác định u cơ mỡ mạch thận dựa trên hình ảnh học (CLVT hoặc CHT) với đặc điểm điển hình: có thành phần mỡ (<-10 HU trên CLVT hoặc CHT có tăng tín hiệu trên T1W, mất tín hiệu trên chuỗi xung xóa mỡ) trong khối u; cấu trúc không đồng nhất, có thành phần mô mềm và mạch máu giãn.

- Có chỉ định điều trị bằng nút mạch chọn lọc do một hoặc nhiều yếu tố sau: kích thước u ≥ 4 cm; có triệu chứng (đau thắt lưng, đau bụng, đái máu); AML có phình mạch trong u ≥ 5 mm; AML vỡ

- Được điều trị bằng nút mạch sử dụng hỗn

hợp cồn tuyệt đối và lipiodol.

- Có hồ sơ bệnh án, phim chụp trước và sau can thiệp đầy đủ, theo dõi ít nhất 1 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ BN:

- Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin nghiên cứu
- BN từ chối tham gia nghiên cứu
- Không theo dõi đầy đủ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả can thiệp có theo dõi dọc và so sánh trước sau.

2.2.2. Phương pháp nút mạch u cơ mỡ mạch thận bằng hỗn hợp cồn tuyệt đối và lipiodol

a. Kỹ thuật thực hiện. Đặt bộ vào lòng mạch 5F động mạch đùi theo kỹ thuật Seldinger, chụp động mạch thận bằng ống thông Cobra 5Fr để đánh giá vị trí, kích thước khối u, các cuống mạch cấp máu cho khối u, các hình thái tổn thương mạch máu nếu có (thoát thuốc, phình mạch,...) sau đó siêu chọn lọc nhánh mạch nuôi u bằng vi ống thông, thường dùng Progreat 2.0-2.7F. Sau đó bơm hỗn hợp cồn tuyệt đối và lipiodol (tỷ lệ từ 1:1 đến 3:1) và kiểm soát liên tục dưới DSA đến khi tắc mạch nuôi u thì dừng thủ thuật.

b. Theo dõi, đánh giá sau can thiệp. Theo dõi sau can thiệp đánh giá thành công kỹ thuật và các biến chứng sớm, đánh giá kết quả điều trị về mặt lâm sàng và hình ảnh sau 1 tháng và 6 tháng:

- Hiệu quả về mặt kỹ thuật: Được xác định ngay sau can thiệp: Thành công - mất hoàn toàn ngấm thuốc cản quang của khối u trên DSA >95%; Không thành công - còn ngấm thuốc cản quang khối u trên DSA

- Hiệu quả về mặt lâm sàng: Giảm hoặc hết triệu chứng đau vùng thắt lưng, đau bụng, tiểu máu.

- Hiệu quả về mặt hình ảnh: Thể tích khối u giảm $\geq 30\%$ (tính theo công thức hình ellipsoid: $V = a \times b \times c \times \pi/6$); không còn tăng sinh mạch nuôi trong u; không còn tình trạng xuất huyết; không còn phình mạch trong u

2.3. Xử lý số liệu

- Thu thập các biến số lưu trữ và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.

- So sánh trước và sau điều trị: kiểm định t ghép đôi hoặc Wilcoxon (tuỳ phân bố).

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân đều được giải thích kỹ, hiểu về tình trạng bệnh của mình, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Toàn bộ những thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 36 thủ thuật nút mạch được thực hiện trên 34 BN với 36 khối u cơ mỡ mạch

thận đã được nút mạch bằng hỗn hợp tại Trung tâm điện quang – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 7 năm 2025

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu
Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới

Đặc điểm		Số BN (N=34)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nữ	32	94,1
	Nam	2	5,9
Nhóm tuổi	<30	3	8,8
	30-39	8	23,5
	40-49	8	23,5
	50-59	4	11,8
	≥60	11	32,4

Nhận xét: Tỷ lệ BN nữ/nam = 16:1. Tuổi trung bình là 49 ±15,3 tuổi.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng: Có triệu chứng lâm sàng (đau thắt lưng, đau bụng, đái máu, sờ thấy khối) gặp ở 21/36 trường hợp chiếm 58,3%. Không có triệu chứng lâm sàng gặp ở 15 trường hợp chiếm 41,7%

3.3. Phương pháp can thiệp nút mạch sử dụng hỗn hợp cồn tuyệt đối và lipiodol

3.3.1. Vật liệu can thiệp. Thể tích hỗn hợp cồn tuyệt đối và lipiodol được sử dụng trung bình là 10 ±5,5 ml

Bảng 2. Tỷ lệ hỗn hợp cồn tuyệt đối và lipiodol

Tỷ lệ cồn tuyệt đối và lipiodol	Số u	Tỷ lệ (%)
1:1	15	41,7
2:1	13	36,1
3:1	8	22,2
Tổng	36	100

Nhận xét: Tỷ lệ pha trộn cồn tuyệt đối và lipiodol 1:1 được sử dụng phổ biến nhất (41,7%)

3.3.2. Biến chứng

Bảng 3. Biến chứng sớm sau nút mạch

Biến chứng	Số u	Tỷ lệ (%)
Tắc mạch ngoài mục tiêu	4	11,1
Hội chứng sau nút mạch	17	47,2

Nhận xét: Có 17/36 trường hợp BN có hội chứng sau nút mạch chiếm 47,2%, tắc mạch ngoài mục tiêu gây nhồi máu một phần nhu mô thận là 4/36 chiếm 11,1%

3.4. Kết quả điều trị

3.4.1. Kết quả về mặt kỹ thuật

Bảng 4. Kết quả về mặt kỹ thuật

Thành công kỹ thuật	Số u	Tỷ lệ (%)
Có	34	94,4
Không	2	5,6
Tổng	36	100

Nhận xét: Tỷ lệ thành công kỹ thuật là 94,4%, 2 trường hợp không thành công do còn

một nhánh mạch nhỏ nuôi u không thể chọn lọc

3.4.2. Kết quả về mặt lâm sàng

Bảng 5. Thay đổi triệu chứng lâm sàng

Thời điểm	Số u	Có triệu chứng lâm sàng	Tỷ lệ (%)
Trước can thiệp	36	21	100
1 tháng	36	4	19
6 tháng	36	0	0

Nhận xét: Sau can thiệp 1 tháng còn 4 trường hợp còn triệu chứng lâm sàng, sau 6 tháng không còn trường hợp nào có triệu chứng lâm sàng.

3.4.3. Kết quả về mặt hình ảnh. Tăng sinh mạch nuôi u trên CLVT

Bảng 6. Tăng sinh mạch nuôi u trên CLVT

Thời điểm	Số u	Tăng sinh mạch nuôi u	Tỷ lệ (%)
Trước can thiệp	36	36	100
1 tháng	36	2	5,6
6 tháng	36	2	5,6

Nhận xét: Sau nút mạch 1 tháng và sau 6 tháng còn 2/36 khối u còn nhánh mạch nuôi u chiếm 5,6%.

Tình trạng xuất huyết

Bảng 7. Tình trạng xuất huyết u

Thời điểm	Số u	Tình trạng xuất huyết	Tỷ lệ (%)
Trước can thiệp	36	9	25
1 tháng	36	0	0
6 tháng	36	0	0

Nhận xét: sau can thiệp 1 tháng và 6 tháng, không còn tình trạng xuất huyết u.

Phình mạch trong u

Bảng 8. Phình mạch trong u

Thời điểm	Số u	Phình mạch trong u	Tỷ lệ (%)
Trước can thiệp	36	12	33,3
1 tháng	36	0	0
6 tháng	36	0	0

Nhận xét: sau thiệp 1 tháng và 6 tháng, không còn phình mạch trong u.

Thay đổi thể tích khối u sau nút mạch

Bảng 9. Thay đổi thể tích khối u

Thời điểm	Số u	Thể tích trung bình (cm ³)	% giảm so với ban đầu
Trước can thiệp	36	256,3±346,8	-
Sau 1 tháng	36	225,9±305,9	12,7±6,2
Sau 6 tháng	36	152,9±217,7	48,6±13,5

Nhận xét: Kiểm định Wilcoxon cho thấy thể tích khối u giảm có ý nghĩa thống kê sau điều trị. So sánh giữa trước can thiệp và sau 1 tháng cho kết quả Z = -5.232, p < 0,001; so sánh giữa trước can thiệp và sau 6 tháng cho kết quả Z =

–4.457, $p < 0,001$. Tỷ lệ thành phần mỡ trong u và giảm thể tích u

Bảng 10. Tỷ lệ thành phần mỡ trong u và giảm thể tích u

Thời điểm	Tỷ lệ thành phần mỡ	Số u	Giảm thể tích (%)	Giá trị p
Sau 1 tháng	<50%	21	16,10 ± 4,70	<0,001
	≥50%	15	7,83 ± 4,74	
Sau 6 tháng	<50%	21	54,25 ± 8,33	<0,001
	≥50%	15	35,75 ± 14,44	

Nhận xét: Tại cả hai thời điểm 1 tháng và 6 tháng sau can thiệp, nhóm có tỷ lệ mỡ dưới 50% đều đạt mức giảm thể tích cao hơn một cách rõ rệt so với nhóm có tỷ lệ mỡ từ 50% trở lên ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của BN có AML là 49±15,3 tuổi, tương đồng với các nghiên cứu trước đây có tuổi trung bình dao động từ 44 đến 55,2 tuổi.

Tỷ lệ nữ/nam trong nghiên cứu là 16:1, cao hơn các nghiên cứu trước đây thường dao động từ 2:1 đến 6,42:1.¹⁰ Sự ưu thế vượt trội của giới nữ có thể do cỡ mẫu nhỏ hoặc đặc điểm dân số nghiên cứu, đồng thời phù hợp với giả thuyết về vai trò của yếu tố nội tiết tố trong bệnh sinh AML.

Về biểu hiện lâm sàng, nghiên cứu ghi nhận 58,3% BN có triệu chứng và 41,7% không có triệu chứng, tỷ lệ phát hiện tình cờ cao hơn các nghiên cứu quốc tế. Điều này phù hợp với đặc tính tăng trưởng chậm, âm thầm của AML. Các triệu chứng phổ biến bao gồm đau thắt lưng, đau bụng, đại máu và sờ thấy khối u.

Về kỹ thuật can thiệp, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ pha trộn còn tuyệt đối và lipiodol đa dạng từ 1:1 đến 3:1. Sự đa dạng này phản ánh thực tế lâm sàng khi chưa có đồng thuận về tỷ lệ tối ưu. Tỷ lệ 1:1 đảm bảo cân bằng giữa hiệu quả và an toàn, trong khi tỷ lệ 2:1 và 3:1 với nồng độ cồn tuyệt đối cao hơn (67-75%) phù hợp với khuyến cáo về nồng độ tối thiểu 70% để gây hoại tử không hồi phục. Lipiodol không chỉ tạo độ cản quang mà còn làm chậm dòng chảy, tăng thời gian tiếp xúc với thành mạch.

Nghiên cứu đạt tỷ lệ thành công kỹ thuật 94,2%, phù hợp với các báo cáo quốc tế. Tuy nhiên, một số biến chứng vẫn được ghi nhận, với tỷ lệ hội chứng sau nút mạch là 47,2%, phù hợp với y văn (47,53-54,0%).¹⁰ Tắc mạch ngoài mục tiêu gây nhồi máu nhu mô thận nhỏ hơn 15% chiếm 11,1%, cao hơn báo cáo quốc tế (2,3-10%). Các biến chứng thường nhẹ, đáp ứng tốt với điều trị triệu chứng và không ảnh hưởng đáng kể đến chức năng thận.

Về hiệu quả lâm sàng, nghiên cứu ghi nhận

sự cải thiện rõ rệt triệu chứng sau can thiệp, với 11,1% BN còn triệu chứng sau 1 tháng và tất cả hết triệu chứng sau 6 tháng. Cơ chế cải thiện đau được cho là liên quan đến hoại tử mô u và phá hủy sợi thần kinh hoặc mạch máu nuôi dây thần kinh. Nghiên cứu ghi nhận mức giảm thể tích khối u 12,7% sau 1 tháng và 48,6% sau 6 tháng, phù hợp với động học giảm kích thước AML được báo cáo trong y văn (33-59,8%).

Về mặt hình ảnh, chỉ 2 trường hợp (5,6%) còn tăng sinh mạch nuôi u sau can thiệp do nhánh mạch nhỏ không tiếp cận được, tỷ lệ này thấp hơn đáng kể so với y văn, chứng minh hiệu quả vượt trội của hỗn hợp cồn tuyệt đối trong gây tắc nghẽn vĩnh viễn mạch máu.

Đặc biệt, từ 12 trường hợp (33,3%) có phình mạch và 9 trường hợp (25%) xuất huyết ban đầu, sau 1 và 6 tháng không còn ca nào, đạt tỷ lệ kiểm soát 100%. Kết quả này vượt trội so với tỷ lệ tái chảy máu 5,1-17% trong y văn và tương đồng các nghiên cứu gần đây sử dụng hỗn hợp cồn tuyệt đối và lipiodol với tỷ lệ tái xuất huyết 0-6,3%.

Về giảm thể tích khối u, nghiên cứu ghi nhận mức giảm 12,7% sau 1 tháng và 48,6% sau 6 tháng, phù hợp với động học giảm kích thước được báo cáo trong khoảng 33-59,8%. Xu hướng giảm tăng dần theo thời gian cho thấy quá trình thoái triển u diễn ra liên tục và hiệu quả bền vững. Đáng chú ý, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ giảm thể tích u của nhóm tỷ lệ mỡ <50% cao hơn đáng kể so với nhóm mỡ >50% ($p < 0,001$). Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu Hocquet và cộng sự, xác định phần trăm mỡ là yếu tố dự đoán quan trọng về giảm thể tích.

Tuy nhiên, thời gian theo dõi 6 tháng chưa đủ đánh giá biến chứng muộn như giả phình mạch, tái thông mạch máu có thể xuất hiện sau 3 năm, đặc biệt ở BN xơ cứng củ có nguy cơ tái phát cao hơn (42,9%), cần theo dõi dài hạn chặt chẽ.

V. KẾT LUẬN

Nút mạch u cơ mỡ mạch thận bằng hỗn hợp cồn tuyệt đối và lipiodol là phương pháp điều trị với tỷ lệ thành công kỹ thuật cao, giảm đáng kể kích thước khối u và cải thiện triệu chứng lâm sàng. Biến chứng sớm gồm hội chứng sau nút mạch (47,2%) và tắc mạch ngoài mục tiêu (11,1%), không có trường hợp suy thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abouelkheir RT, El-Ksas M, Abdel Fattah S, Amer T, El-Diasty T.** Efficacy and safety of selective renal arterial embolization in renal angiomyolipoma: a prospective single-center

- study. Egypt J Radiol Nucl Med. 2022;53(1):165. doi:10.1186/s43055-022-00848-3
2. **Chick CM, Tan BS, Cheng C, et al.** Long-term follow-up of the treatment of renal angiomyolipomas after selective arterial embolization with alcohol. BJU Int. 2010;105(3):390-394. doi:10.1111/j.1464-410X.2009.08813.x
 3. **Rolland R, Loubet A, Bommart S, et al.** Safety, Efficacy and Mid-Term Outcome for Transarterial Embolization (TAE) of Renal Angiomyolipoma (AML) Using Ethylene Vinyl Alcohol Copolymer Liquid Embolic Agent (EVOH). J Clin Med. 2023;12(10):3385. doi:10.3390/jcm12103385
 4. **Patatas K, Robinson GJ, Ettles DF, Lakshminarayan R.** Patterns of renal angiomyolipoma regression post embolisation on medium- to long-term follow-up. Br J Radiol. 2013;86(1024):20120633. doi:10.1259/bjr.20120633
 5. **Long Jín HJC.** Selective arterial embolization of renal angiomyolipoma: comparing ethanol-lipiodol emulsion and polyvinyl alcohol particles as embolic agents. doi:10.5152/dir.2022.21625
 6. **Lee W, Kim TS, Chung JW, Han JK, Kim SH, Park JH.** Renal angiomyolipoma: embolotherapy with a mixture of alcohol and iodized oil. J Vasc Interv Radiol JVIR. 1998;9(2):255-261. doi:10.1016/s1051-0443(98)70266-0
 7. **Rimon U, Duvdevani M, Garniek A, et al.** Ethanol and Polyvinyl Alcohol Mixture for Transcatheter Embolization of Renal Angiomyolipoma. Am J Roentgenol. 2006;187(3):762-768. doi:10.2214/AJR.05.0629
 8. **Nguyễn Tiến Long.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Hình Ảnh và Kết Quả Điều Trị u Cơ Mỡ Mạch Thận Bằng Can Thiệp Nội Mạch. Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.
 9. **Lê Công Hiến.** Nhận Xét Đặc Điểm Chẩn Đoán và Kết Quả Điều Trị u Cơ Mỡ Mạch Của Thận Tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.
 10. **Duffy M, Deshwal A, Donnelly R, et al.** Complication Rates and Effectiveness of Renal Angiomyolipoma Embolisation: A Systematic Review and Meta-analysis. Cardiovasc Intervent Radiol. Published online October 2025. doi:10.1007/s00270-025-04205-5

ĐẶC ĐIỂM DI CĂN HẠCH CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình¹, Thái Đức An¹, Nguyễn Đức Duy¹,
Hà Hải Nam¹, Nguyễn Duy Thanh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Di căn hạch là yếu tố tiên lượng quan trọng trong ung thư biểu mô tuyến dạ dày, ảnh hưởng trực tiếp đến chiến lược điều trị và kết quả sống còn. Tại Việt Nam, dữ liệu về đặc điểm di căn hạch ở nhóm bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày còn hạn chế. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 155 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày tại Bệnh viện K từ 01/2020 đến 06/2025. Các đặc điểm về mô bệnh học và di căn hạch được phân tích nhằm xác định các yếu tố liên quan đến nguy cơ di căn hạch. Dữ liệu được xử lý bằng SPSS 20.0 với $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** Số hạch nạo vét được trung bình là $17,3 \pm 6,2$ hạch. Tỷ lệ di căn hạch chung là 19,4%. Tỷ lệ di căn hạch tăng theo mức độ xâm lấn u: từ 1,9% ở pT1 lên 70,0% ở pT4 ($p < 0,001$). Độ biệt hóa thấp (33,3% so với 17,1% và 0%; $p = 0,02$) và xâm nhập mạch lympho/quanh thần kinh (50,0% so với 16,3%; $p = 0,002$) có liên quan chặt chẽ với nguy cơ di căn hạch. **Kết luận:** Mức độ xâm lấn u, độ biệt hóa và tình trạng xâm nhập mạch/lympho là các yếu tố tiên lượng quan trọng đối với nguy cơ di căn hạch trong

ung thư biểu mô tuyến dạ dày phẫu thuật nội soi. Các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao cần được xem xét có chiến lược phẫu thuật nạo vét hạch, điều trị bổ trợ và theo dõi sau mổ phù hợp. **Từ khóa:** Ung thư dạ dày, phẫu thuật nội soi, đặc điểm di căn hạch.

SUMMARY

LYMPH NODE METASTASIS CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH GASTRIC ADENOCARCINOMA UNDERGOING LAPAROSCOPIC SURGERY AT K HOSPITAL

Background: Lymph node metastasis is a major prognostic factor in gastric adenocarcinoma, directly influencing treatment strategies and patient survival. In Vietnam, evidence regarding nodal metastasis patterns in patients undergoing laparoscopic gastrectomy remains limited. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 155 patients with gastric adenocarcinoma who underwent laparoscopic gastrectomy at K Hospital from January 2020 to June 2025. Clinicopathological characteristics and lymph node metastasis were analyzed to identify associated predictive factors. Data were processed using SPSS 20.0, with statistical significance set at $p < 0.05$. **Results:** The mean number of retrieved lymph nodes was 17.3 ± 6.2 . The overall rate of lymph node metastasis was 19.4%. Nodal metastasis significantly increased with tumor invasion depth, from 1.9% in pT1 to 70.0% in pT4 ($p < 0.001$). Poor differentiation (33.3% vs. 17.1% and 0%; $p = 0.02$) and lymphovascular/perineural invasion (50.0% vs.

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 4.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2025

Ngày duyệt bài: 12.01.2026