

# KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN XƯƠNG GÓT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Đặng Nguyễn Điền Nhuận<sup>1</sup>, Trương Hải Đăng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kết quả sớm điều trị gãy kín xương gót bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2022-2024. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu là hồi cứu mô tả, trên 57 bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy kín xương gót được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Trong 57 bệnh nhân gãy kín xương gót, nhóm nghề công nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (61,41%), trong đó thợ hồ là phổ biến nhất (38,6%). Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là ngã cao, chiếm 87,72%, trong đó ngã lao động chiếm 70,18%, tai nạn giao thông chiếm 12,28%. Phương pháp gãy tủy sống được sử dụng chủ yếu (87,72%), thời gian phẫu thuật tập trung ở 60–90 phút (70,18%). Góc Bohler sau mổ trung bình  $34,37^\circ \pm 8,76^\circ$ , 87,72% bệnh nhân đạt nắn chỉnh tốt, không có trường hợp nắn chỉnh kém. Tỷ lệ hoại tử mép da và nhiễm trùng thấp (1,75%). Biến chứng tê bì vùng bàn chân xảy ra ở 12,28% bệnh nhân và thường tự cải thiện sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là  $5,14 \pm 1,85$  ngày, phần lớn bệnh nhân xuất viện trong 5–7 ngày, những trường hợp kéo dài chủ yếu do tổn thương phối hợp hoặc biến chứng.

**Từ khóa:** gãy xương gót, kết hợp xương nẹp vít, phẫu thuật.

## SUMMARY

### EARLY POSTOPERATIVE OUTCOMES OF CLOSED CALCANEAL FRACTURE TREATMENT AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL AND CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

**Objective:** To describe the early outcomes of closed calcaneal fracture treatment using plate and screw fixation at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital from 2022 to 2024. **Methods:** This was a descriptive retrospective study of 57 patients diagnosed with closed calcaneal fractures and treated surgically with plate and screw fixation at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital from January 2022 to December 2024. **Result:** Among the 57 patients with closed calcaneal fractures, the majority were workers (61.41%), with bricklayers being the most common

subgroup (38.6%). The main cause of injury was high-energy falls, accounting for 87.72%, including occupational falls (70.18%) and traffic accidents (12.28%). Spinal anesthesia was the primary method used in 87.72% of cases. Most surgeries lasted 60–90 minutes (70.18%). The mean postoperative Bohler's angle was  $34.37^\circ \pm 8.76^\circ$ , with 87.72% of patients achieving good reduction and no cases of poor reduction. The rates of wound edge necrosis and infection were low (1.75%). Sensory disturbances in the foot occurred in 12.28% of patients and generally resolved postoperatively. The mean hospital stay was  $5.14 \pm 1.85$  days, with the majority discharged within 5–7 days; prolonged hospitalization was mainly due to associated injuries or complications.

**Keywords:** Calcaneal fracture, plate and screw fixation, surgery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xương gót là xương lớn nhất và chịu lực chính của vùng cổ chân. Gãy xương gót, lần đầu được mô tả bởi Malgaigne năm 1843 [56], đặc biệt là các trường hợp gãy phạm khớp dưới sên, có thể gây hậu quả nặng nề nếu không được chẩn đoán và điều trị đúng cách, dẫn đến hạn chế vận động, giảm chất lượng cuộc sống và tăng gánh nặng kinh tế – xã hội [5], [6]. Sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là CT scan, cùng với ứng dụng màn tăng sáng trong phẫu thuật đã giúp cải thiện đáng kể khả năng đánh giá tổn thương và nâng cao hiệu quả điều trị phẫu thuật kết hợp xương trong gãy xương gót [7]. Từ những cơ sở trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả kết quả sớm điều trị gãy kín xương gót bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2022-2024.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy kín xương gót được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên; được chẩn đoán xác định gãy kín xương gót trên lâm sàng và hình ảnh học; được phân loại nằm trong phân loại II, III, IV theo Sanders.

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Nguyễn Điền Nhuận

Email: 5132637462@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.01.2026

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không hợp tác điều trị, có các tổn thương phối hợp nặng như chấn thương sọ não có liệt hoặc chấn thương tuỷ sống có liệt, có tổn thương kèm theo ảnh hưởng đến đánh giá chức năng cổ bàn chân: gãy xương trật khớp cổ chân cùng bên xương gót gậy.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

**Cỡ mẫu:** Theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

$$n = Z^2 \frac{p \times (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó: - n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

-  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$  là giá trị phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê 5%.

- d: sai số tuyệt đối, chọn  $d = 0,09$ .

-  $p = 0,862$ . Theo nghiên cứu của tác giả Võ Hoàng Tuấn và cộng sự (2023) có 86,2% trường hợp đạt kết quả nắn chỉnh tốt [4].

Thay vào công thức, ta được  $n \approx 56$ .

Thực tế, chúng tôi khảo sát trên 57 bệnh nhân.

**Phương pháp chọn mẫu:** Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Chọn các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

### Nội dung nghiên cứu:

**Đặc điểm chung:** Đặc điểm về nghề nghiệp, nguyên nhân chấn thương.

**Kết quả điều trị sớm tại thời điểm hậu phẫu:** Phương pháp vô cảm, thời gian phẫu thuật, góc Bohler trung bình sau mổ, đánh giá kết quả nắn chỉnh theo góc Bohler sau mổ, hoại tử mép da nhiễm trùng sau phẫu thuật, tê bì vùng bàn chân sau phẫu thuật, thời gian nằm viện sau phẫu thuật.

**Công cụ thu thập và xử lý số liệu:** Hồi cứu hồ sơ bệnh án. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Thống kê mô tả: Sử dụng tần số và tỷ lệ phần trăm.

**2.3. Ý đức:** Nghiên cứu được thông qua hội đồng Khoa học và Đào tạo của trường Đại học Võ Trường Toản và sự chấp thuận của Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. Các bước thực hiện nghiên cứu tuân thủ các tiêu chí về ý đức, đảm bảo khách quan và trung thực trong công tác thu thập và xử lý số liệu. Kết quả chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung

#### 3.1.1. Đặc điểm về nghề nghiệp

**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp**

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Công nhân	Thợ hồ	22	38,60
	Khác	13	22,81
Nông dân	13	22,81	
Nội trợ	9	15,79	
Tổng	57	100	

**Nhận xét:** Nhóm nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất là công nhân với 61,41%, trong đó thợ hồ chiếm 38,60% và các công nhân ngành nghề khác chiếm 22,81%. Nhóm nông dân chiếm 22,81%. Nhóm làm nội trợ chiếm tỷ lệ thấp nhất với 15,79%.

#### 3.1.2. Nguyên nhân

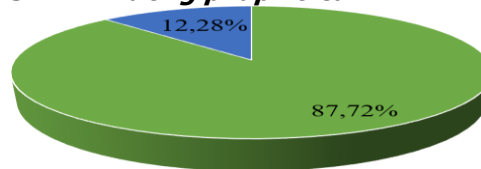
**Bảng 3.2. Nguyên nhân chấn thương**

Nguyên nhân	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Ngã cao	Tai nạn lao động	40	70,18
	Tai nạn sinh hoạt	10	17,54
Tai nạn giao thông	7	12,28	
Tổng	57	100	

**Nhận xét:** Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do ngã cao, chiếm 87,72% (50 bệnh nhân). Tai nạn giao thông chiếm 12,28% (7 bệnh nhân).

### 3.2. Đánh giá kết quả điều trị sớm tại thời điểm hậu phẫu

#### 3.2.1. Phương pháp vô cảm



■ Tê tùy sống ■ Mê nội khí quản

**Biểu đồ 3.1. Phương pháp vô cảm**

**Nhận xét:** Phương pháp gây tê tùy sống chiếm tỉ lệ cao nhất 87,72%. Phương pháp mê nội khí quản chiếm tỉ lệ 12,28%.

#### 3.2.2. Thời gian phẫu thuật

**Bảng 3.3. Thời gian phẫu thuật**

Thời gian phẫu thuật	Số lượng	Tỉ lệ (%)
<30 phút	1	1,75
30-60 phút	15	26,32
60-90 phút	40	70,18
>90 phút	1	1,75
Tổng	57	100

**Nhận xét:** Trong tổng số 57 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị gãy kín xương gót, thời gian mổ chủ yếu nằm trong khoảng 60–90 phút với 70,18% trường hợp. Thời gian phẫu thuật

30–60 phút chiếm 26,32%. Chỉ có 1,75% được mổ dưới 30 phút và 1,75% kéo dài trên 90 phút. Thời gian phẫu thuật tập trung chủ yếu trong nhóm 60–90 phút.

**3.2.3. Góc Bohler sau mổ**

**Bảng 3.4. Góc Bohler trung bình sau mổ**

Góc Bohler trung bình sau mổ	Số đo
Trung bình	34,37°±8,76°
Nhỏ nhất	11°
Lớn nhất	43°

**Nhận xét:** Góc Bohler trung bình sau mổ là 34,37° ± 8,76°. Giá trị góc Bohler lớn nhất sau mổ là 43° và nhỏ nhất sau mổ là 11°.

**Bảng 3.5. Đánh giá kết quả nắn chỉnh theo góc Bohler sau mổ**

Kết quả nắn chỉnh theo góc Bohler sau mổ	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nắn chỉnh tốt: 25-45 độ	50	87,72
Nắn chỉnh trung bình: 10-25 độ	7	12,28
Nắn chỉnh kém: <10 độ	0	0
<b>Tổng</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong 57 bệnh nhân được đánh giá kết quả nắn chỉnh sau phẫu thuật theo góc Bohler, 87,72% đạt nắn chỉnh tốt với góc Bohler từ 25–45 độ. Có 12,28% đạt mức trung bình với góc từ 10–25 độ. Không có trường hợp nào thuộc nhóm nắn chỉnh kém (0%) với góc Bohler dưới 10 độ.

**3.2.4. Hoại tử mép da và nhiễm trùng sau phẫu thuật**

**Bảng 3.6. Hoại tử mép da nhiễm trùng sau phẫu thuật**

Tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Vết mổ tốt	56	98,25
Hoại tử mép da	1	1,75
<b>Tổng</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong 57 bệnh nhân, có 1 trường hợp (1,75%) bị hoại tử mép da, phải tháo nẹp sớm và xoay vạt da. Toàn bộ các bệnh nhân còn lại (98,25%) có vết mổ liền tốt, không rỉ dịch và không nhiễm trùng.

**3.2.5. Tê bì vùng bàn chân sau phẫu thuật**

**Bảng 3.7. Tê bì vùng bàn chân sau phẫu thuật**

Tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tê bàn chân sau mổ	7	12,28
Không tê bàn chân sau mổ	50	87,72
<b>Tổng</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Có 7 bệnh nhân tê bàn chân sau mổ (12,28%), còn lại 87,72% không ghi nhận tê.

**3.2.6. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật**

**Bảng 3.8. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật**

Thời gian	Số lượng	Tỉ lệ (%)
-----------	----------	-----------

<5 ngày	20	35,09
5-7 ngày	30	52,63
>7 ngày	7	12,28
<b>Tổng</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 5,14 ± 1,85 ngày. Nhóm 5–7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,63% (30 trường hợp), trong khi thời gian >7 ngày ghi nhận ở 12,28% trường hợp. Những bệnh nhân nằm viện trên 7 ngày chủ yếu do có tổn thương phổi hợp hoặc xuất hiện biến chứng sau mổ.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân**

**Nghề nghiệp:** Trong nghiên cứu, nhóm nghề thợ hồ gặp gãy xương gót nhiều nhất, chiếm 38,6% (22 bệnh nhân), tất cả các trường hợp đều do ngã cao trong lao động. Các nghề khác gồm công nhân và nông dân, mỗi nhóm chiếm 22,81% (13 bệnh nhân), và nội trợ chiếm 15,79% (9 bệnh nhân, tất cả nữ). Phân bố nghề nghiệp phản ánh mối liên hệ chặt chẽ giữa loại công việc và nguy cơ té ngã. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Quang Huy (2020) và Lâm Quốc Thanh (2019), cũng cho thấy nhóm nghề phải làm việc trên cao dễ gặp gãy xương gót [2], [3].

**Nguyên nhân chấn thương:** Nguyên nhân chủ yếu là ngã cao, chiếm 87,72% (50 bệnh nhân), trong đó ngã lao động 70,18% và ngã sinh hoạt 17,54%. Tai nạn giao thông chiếm 12,28%, tất cả bệnh nhân đều là nữ. Tỷ lệ này gần tương tự nghiên cứu của Steelman (2010) cũng ghi nhận ngã cao là nguyên nhân chiếm đa số các trường hợp gãy xương gót [8].

**4.2. Kết quả điều trị**

**Phương pháp vô cảm và thời gian phẫu thuật:** Gây tê tuỷ sống được sử dụng ở 87,72% bệnh nhân, trong khi mê nội khí quản chiếm 12,28%, chủ yếu ở bệnh nhân có tổn thương phổi hợp cột sống. Thời gian phẫu thuật từ 60 đến 90 phút chiếm 70,18%, từ 30 đến 60 phút chiếm 26,32%. Thời gian phẫu thuật tương tự nghiên cứu của Lâm Quốc Thanh (2019) cho thấy việc rút ngắn thời gian mổ giúp giảm nguy cơ biến chứng và phơi nhiễm vết mổ [3].

**Thời gian nằm viện sau phẫu thuật:** Thời gian nằm viện trung bình là 5,14 ± 1,85 ngày; nhóm từ 5 đến 7 ngày chiếm 52,63%, nhóm trên 7 ngày chiếm 12,28%, chủ yếu do tổn thương phổi hợp hoặc biến chứng. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Võ Hoàng Tuấn (2023) và Nguyễn Quang Huy (2020), tuy nhiên các nghiên cứu này có thời gian nằm viện trung bình dài hơn do số lượng bệnh nhân có tổn

thương phối hợp cao [2], [4].

**Góc Bohler, biến chứng sau mổ và tê bì vùng bàn chân:** Góc Bohler trung bình sau phẫu thuật là  $34,37^{\circ} \pm 8,76^{\circ}$ , không có bệnh nhân nào  $<10^{\circ}$ , hầu hết đạt kết quả nắn chỉnh tốt. Tỷ lệ hoại tử mép da và nhiễm trùng thấp, 1,75%, nhờ đánh giá lâm sàng kỹ và lựa chọn thời điểm mổ phù hợp. Tê bì vùng bàn chân chiếm 11–12,28%, thường giảm sau 3–6 tháng. Kết quả về góc Bohler và biến chứng này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Hoàng Anh (2019) và Võ Hoàng Tuấn (2023), đều ghi nhận tê bì thoáng qua và hiếm biến chứng nặng [1], [4].

## V. KẾT LUẬN

Trong 57 bệnh nhân gãy kín xương gót, nhóm nghề công nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (61,41%), trong đó thợ hồ là phổ biến nhất (38,6%). Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là ngã cao, chiếm 87,72%, trong đó ngã lao động chiếm 70,18%, tai nạn giao thông chiếm 12,28%.

Phương pháp gãy tê tuỷ sống được sử dụng chủ yếu (87,72%), thời gian phẫu thuật tập trung ở 60–90 phút (70,18%). Góc Bohler sau mổ trung bình  $34,37^{\circ} \pm 8,76^{\circ}$ , 87,72% bệnh nhân đạt nắn chỉnh tốt, không có trường hợp nắn chỉnh kém. Tỷ lệ hoại tử mép da và nhiễm trùng thấp (1,75%). Biến chứng tê bì vùng bàn chân xảy ra ở 12,28% bệnh nhân và thường tự cải thiện sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là  $5,14 \pm 1,85$  ngày, phần lớn bệnh nhân xuất

viện trong 5–7 ngày, những trường hợp kéo dài chủ yếu do tổn thương phối hợp hoặc biến chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hoàng Anh (2019)**, "Kết quả điều trị gãy kín xương gót bằng kết hợp xương nẹp vít tại Bệnh viện 103", Tạp chí Y học Công đồng, 53(6).
2. **Nguyễn Quang Huy (2021)**, Đánh giá kết quả điều trị gãy kín xương gót bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp khoá tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội
3. **Lâm Quốc Thanh (2015)**, Đánh giá kết quả điều trị gãy kín lún nhiều mảnh đối gót bằng phương pháp kết hợp xương nẹp ốc, Báo cáo khoa học, Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Thành Phố Hồ Chí Minh.
4. **Võ Hoàng Tuấn (2023)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín xương gót tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021 - 2023, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. **Amin, T. H., Woods, C., and Windram, W. (2024)**, "Percutaneous Injection of Calcium Phosphate Bone Substitute into a Chronic Calcaneal Bone Marrow Lesion Associated with a Fragility/Insufficiency Fracture: A Case Report", J Am Podiatr Med Assoc, 114(5).
6. **Mitchell, M. J., McKinley, J. C., and Robinson, C. M. (2009)**, "The epidemiology of calcaneal fractures", Foot (Edinb), 19(4).
7. **Song, X., et al. (2024)**, "Application of Human Acellular Dermal Matrix with Skin Graft for Lacunar Soft-Tissue Defect of Lateral Heel after Calcaneal Fracture", Adv Skin Wound Care, 37(6).
8. **Steelman, K., et al. (2021)**, "Evaluation of patient outcomes after operative treatment of intra-articular calcaneus fractures", Sicot J, 7, pp. 65.

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN NGUYÊN PHÁT TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ

Nguyễn Văn Sang<sup>1,2</sup>, Hà Công Huy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh của ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát (UTBMTBGNP) trên cộng hưởng từ (CHT) tại bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang (thu thập bệnh nhân hồi cứu và tiền cứu) trên 27 bệnh nhân UTBMTBGNP tại Bệnh viện E từ 01/2023 đến tháng 06/2025 và có đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.01.2026

**Kết quả:** UTBMTBGNP thường gặp ở nhóm tuổi 50 - 70 tuổi, độ tuổi trung bình là  $65,8 \pm 9,8$  tuổi. Kích thước trung bình của UTBMTBGNP là  $4,6 \pm 2,1$  cm ( $1,2 - 8,2$  cm). Vị trí u thường gặp nhất là ở gan phải (77,8%). 100% u tăng tín hiệu trên T2W, 85,2% u giảm tín hiệu trên T1W, 81,5% u hạn chế khuếch tán, 14,8% u có tín hiệu mỡ bên trong. Sau tiêm đối quang từ 88,9% u bắt thuốc mạnh thì động mạch, 85,2% và 88,9% u thải thuốc thì tĩnh mạch cửa và thì muện, 7,4% có huyết khối tĩnh mạch cửa. **Kết luận:** Cộng hưởng từ rất có giá trị trong đánh giá đặc điểm hình ảnh UTBMTBGNP với đặc điểm điển hình tăng tín hiệu trên T2W, giảm trên T1W, hạn chế khuếch tán, ngấm thuốc mạnh thì động mạch, thải thuốc thì tĩnh mạch và thì muện. Phân tích và mô tả đầy đủ hình ảnh cộng hưởng từ là rất cần thiết nhằm tối ưu hoá chẩn đoán UTBMTBGNP.

**Từ khóa:** ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát, cộng hưởng từ, T1W, T2W.