

được điều trị nội khoa hoặc chọc hút dịch, ít khi phải dẫn lưu màng phổi. Trong nghiên cứu, có 05 BN bị biến chứng tràn dịch màng phổi: 03 BN được điều trị nội khoa, 01 BN được chọc hút dịch, các bệnh nhân này đều ổn định sau 7 – 14 ngày điều trị và được xuất viện. Riêng có 01 BN (BN số 43) có viêm phổi bệnh viện nằm thở máy, có tràn dịch màng phổi lượng nhiều được chúng tôi đặt dẫn lưu màng phổi, thời gian điều trị kéo dài đến 31 ngày thì bệnh nhân tử vong do tình trạng suy gan sau mổ không hồi phục và viêm phổi nặng.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt gan phương pháp Tôn Thất Tùng có thể áp dụng điều trị UTBMTBG trong nhiều trường hợp, thời gian phẫu thuật tương đối ngắn. Kết quả sớm phẫu thuật cắt gan điều trị UTBMTBG phương pháp Tôn Thất Tùng tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương cho những kết quả khả quan với tỉ lệ tai biến thấp, thời gian nằm viện trung bình là 13 ngày. Các biến chứng sau mổ cắt gan như tràn dịch màng phổi được phát hiện sớm và điều trị nội khoa tích cực.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. Bộ Y tế; 2020:36
2. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-249.
3. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa, Chuyên khoa Phẫu thuật Gan Mật. Bộ Y tế; 2016:100.
4. **Dương Huỳnh Thiện.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II. Học viện Quân y; 2015.
5. **Ngô Đức Sáng.** Nghiên cứu các biến chứng sau phẫu thuật cắt gan do ung thư theo phương pháp Tôn Thất Tùng. Học viện Quân Y; 2018.
6. **Nguyễn Huy Toàn, Nguyễn Văn Hương, Lê Anh Xuân, Hà Văn Quyết.** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư gan tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Y Học Lâm Sàng. 2019;53:34-39.
7. **Lương Công Chánh.** Nghiên cứu điều trị ung thư bằng phẫu thuật cắt gan nội soi. Luận văn Tiến sĩ Y học. Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108; 2015.
8. **Nguyễn Cường Thịnh, Lê Văn Thành.** Phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư tế bào gan. Tạp chí Y - dược học Quân sự. 2010;3:396-400.

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SỎI TIẾT NIỆU CAO TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY TRONG ĐÁNH GIÁ TRƯỚC TÁN SỎI QUA DA

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh sỏi tiết niệu cao trên cắt lớp vi tính đa dây (MSCT) trong đánh giá trước tán sỏi qua da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hình ảnh sỏi tiết niệu cao được thực hiện ở 35 bệnh nhân đã tán sỏi thận qua da tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và có chụp MSCT trước tán sỏi trong thời gian từ 6/2022 đến 2/2023. **Kết quả:** có 22 nam/13 nữ, độ tuổi trung bình là  $53.4 \pm 12.0$ , tỷ lệ mắc sỏi thận chủ yếu từ 30-60 tuổi. Thận được tán sỏi chủ yếu bên phải. Sỏi chủ yếu sỏi phức hợp (bể thận + các nhóm đài), kích thước sỏi chủ yếu 20-30 mm (chiếm 57.1%), diện tích bề mặt chủ yếu  $<10\text{cm}^2$  (chiếm 88.6%). Tỷ trọng sỏi chủ yếu  $>1000\text{HU}$  (chiếm 914%). Tỷ trọng dịch trong đài bể thận chủ yếu  $<10\text{HU}$  (chiếm 62.9%). Thận được tán sỏi đa số còn chức năng tốt (chiếm 82.9%). **Kết**

Thân Thị Minh Nguyệt<sup>1</sup>, Hoàng Đình Âu<sup>2</sup>

**luận:** Cắt lớp vi tính đa dây cung cấp nhiều thông tin quan trọng, cần thiết về vị trí, số lượng, kích thước, diện tích bề mặt sỏi, tỷ trọng sỏi, ảnh hưởng của sỏi đến đường bài xuất và các bất thường giải phẫu liên quan, từ đó giúp ích cho tán sỏi tiết niệu cao qua da thành công. **Từ khóa:** sỏi tiết niệu, tán sỏi qua da, cắt lớp vi tính đa dây

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF UPPER UROLITHIASIS ON MULTISLICE COMPUTED TOMOGRAPHY (MSCT) IN PRE-PERCUTANEOUS LITHOTRIPSY EVALUATION

**Purposes:** To describe the computed tomography characteristics of upper urolithiasis on multislice computed tomography (MSCT) in pre-percutaneous lithotripsy. **Material and methods:** A description study was carried on 35 patients who underwent a percutaneous nephrolithotripsy at Hanoi Medical University Hospital and had multi-slices computed tomography before lithotripsy from June 2022 to February 2023. **Results:** There were 22 men/13 women, the mean age was  $53.4 \pm 12.0$ , the prevalence of kidney stones was mainly from 30-60

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.5.2023

Ngày duyệt bài: 15.6.2023

years old. The lithotripsy kidney was mainly on the right side. Stones were mainly complex location (pelvis+ calyx), all patients had nephrolithotripsy through the middle calyx, the stone size was mainly 20-30mm (accounted for 57.1%), the stone surface area was mainly <10 cm<sup>2</sup> (accounted for 88.6%). The stone density was mainly >1000 HU (accounted for 91.4%). The fluid density in the renal calyces was mainly < 10 HU (accounted for 62.9%). Most of lithotripsy kidney still had good function (accounted for 82.9%). **Conclusion:** Multi-slices computed tomography provided important informations for the pre-percutaneous lithotripsy such as location, quantity, size, surface area, density of stones, influence of stones on the urinary tract as well as the associated anatomical abnormalities.

**Keywords:** urolithiasis, percutaneous lithotripsy, multislice computed tomography

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh khá phổ biến trong cộng đồng, ảnh hưởng đến khoảng 1-5 % dân số<sup>1</sup>. Các biến chứng thường gặp là ứ nước thận, ứ mủ thận, áp xe thận, suy thận, nhiễm trùng máu. Ngày nay việc chẩn đoán sớm nhờ các chương trình khám sức khỏe định kỳ với chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị, siêu âm, chụp niệu đồ tĩnh mạch (UIV), chụp cắt lớp vi tính (CLVT),... có thể phát hiện sỏi ngay cả khi chưa có triệu chứng lâm sàng.

Chụp cắt lớp vi tính đa dãy (Multislice Computer Tomography – MSCT) hệ tiết niệu những năm gần đây được áp dụng ngày càng nhiều trong thực hành lâm sàng. MSCT có thể chẩn đoán sỏi tiết niệu với độ nhạy cao (98%), và độ đặc hiệu (96-100%)<sup>2</sup>. Ngoài ra, MSCT còn cho phép đánh giá chức năng thận, tình trạng nhu mô, cấu trúc giải phẫu đường bài xuất, các biến chứng do sỏi gây ra, theo dõi và đánh giá sau điều trị sỏi.

Có nhiều phương pháp điều trị sỏi tiết niệu cao trong đó tán sỏi qua da (PCNL) là một phương pháp can thiệp lấy sỏi có chỉ định rộng rãi và đạt hiệu quả cao. Phương pháp này tạo đường hầm qua da vùng thắt lưng vào đài bể thận. Qua đó dùng một máy nội soi thận đưa trực tiếp qua đường hầm vào tiếp cận và tán sỏi trực tiếp bằng năng lượng siêu âm hoặc Laser. Sau khi tán vỡ, mảnh sỏi được lấy hết qua bơm rửa đài bể thận và dẫn lưu bể thận qua da. PCNL thường được áp dụng với sỏi đường bài xuất từ 1/3 trên niệu quản đến các đài thận, bao gồm sỏi đài bể thận (kể cả sỏi san hô), sỏi niệu quản 1/3 trên (kích thước >2cm), các trường hợp thất bại của tán sỏi ngoài cơ thể hoặc nội tán sỏi nội sỏi niệu quản ở định khu nói trên.

Với ưu điểm ít xâm lấn, làm sạch sỏi trực

tiếp và thời gian nằm viện ngắn, PCNL đang dần trở thành lựa chọn điều trị hiệu quả trong thời gian gần đây ở nhiều trung tâm tiết niệu trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Để đóng góp thêm những hiểu biết về vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá sỏi tiết niệu cao trên cắt lớp vi tính đa dãy từ đó cung cấp thông tin cho việc tán sỏi tiết niệu cao qua da.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả, lấy mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân có sỏi đài - bể thận và/hoặc sỏi niệu quản đoạn 1/3 trên được chụp MSCT trước tán sỏi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và được tán sỏi qua da. Các bệnh nhân không chụp MSCT trước tán sỏi hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu bị loại ra khỏi nghiên cứu.

Các dữ liệu như tuổi, giới, tiền sử sỏi tiết niệu, bệnh cảnh lâm sàng, xét nghiệm chức năng thận, tiền sử dị ứng được lưu trữ vào bệnh án nghiên cứu.

Chụp MSCT hệ tiết niệu được thực hiện trên máy MSCT 660 Optima GE 128 dãy. Quy trình chụp bao gồm 4 thì: 1) thì trước tiêm cản quang, nhằm đánh giá số lượng, kích thước, vị trí và tỷ trọng sỏi, kích thước, hình dáng thận và bề dày nhu mô thận; 2) thì động mạch (sau tiêm cản quang 30 giây) nhằm đánh giá các biến đổi hình thái giải phẫu của động mạch thận, chức năng tưới máu thận; 3) thì nhu mô (sau tiêm cản quang 60 giây), nhằm đánh giá mức độ ngấm thuốc và tổn thương nhu mô thận (nếu có), ngấm thuốc của đường bài xuất và 4) thì bài xuất (tùy thuộc vào chức năng thận có sỏi, tối thiểu 5 phút), nhằm đánh giá chức năng bài xuất của thận và mức độ giãn đường bài xuất. Các thông tin của sỏi tiểu niệu cao và ảnh hưởng của sỏi lên đường bài xuất trên MSCT được lưu vào bệnh án nghiên cứu.

Số liệu được thu thập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định tính được biểu hiện dưới tỷ lệ phần trăm. Các tham số định lượng được thể hiện bằng trung bình ± độ lệch chuẩn.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu**

	Đặc điểm	Kết quả
Tuổi	30-60	25 (71.4%)
	>60	10 (28.6%)
	Trung bình	53.4 ± 12.0

Giới	Nữ	13 (37.1%)
	Nam	22 (62.9%)

**Nhận xét:** Tuổi trung bình là 53.4± 12.0 tuổi, người cao tuổi nhất là 72 tuổi, người nhỏ tuổi nhất là 31 tuổi, chủ yếu trong nhóm tuổi 30-60 tuổi (71.4%), sau đó là nhóm tuổi > 60 chiếm 28.6%. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 1.7/1

**3.2. Đặc điểm hình ảnh của sỏi và ảnh hưởng của sỏi lên đường bài xuất**

**Bảng 2: Đặc điểm hình ảnh của sỏi đường tiết niệu cao**

Đặc điểm		Kết quả
Thận bên được tán sỏi	Thận phải	19 (54.3%)
	Thận trái	16 (45.7%)
Số lượng sỏi	1 viên	10 (28.6%)
	>1viên	25 (71.4%)
Vị trí sỏi	Bể thận đơn thuần	6 (17.1%)
	Bể thận+ nhóm đài	23 (65.7%)
	San hô	4 (11.4%)
	Niệu quản 1/3 trên đơn thuần	1 (2.9%)
	Niệu quản 1/3 trên + nhóm đài	1 (2.9%)
Kích thước sỏi	<20mm	5 (14.3%)
	20-30mm	20 (57.1%)
	>30mm	10 (28.6%)
	Trung bình	27.34±9 mm
Diện tích bề mặt sỏi	<10cm <sup>2</sup>	31 (88.6%)
	≥ 10cm <sup>2</sup>	4 (11.4%)
	Min- Max	1.55-17.75cm <sup>2</sup>
	Trung bình	4.94±3.6cm <sup>2</sup>
Tỷ trọng sỏi	<1000 HU	32 (91.4%)
	≥ 1000 HU	3 (8.6%)
	Trung bình	1283.57±236.4 HU

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân (chiếm 54.3%) được tán sỏi thận phải. Các bệnh nhân chủ yếu có sỏi nhiều viên (chiếm 71.4%). Có 23 bệnh nhân có sỏi phức hợp (sỏi bể thận kết hợp sỏi đài thận) (65.7%). Kích thước sỏi chủ yếu từ 20-30 mm (57.1%). Chủ yếu sỏi có diện tích trung bình bề mặt <10cm<sup>2</sup> (88.6%), diện tích bề mặt sỏi lớn nhất là 17.74cm<sup>2</sup>, nhỏ nhất là 1.58cm<sup>2</sup>. Đa phần sỏi có tỷ trọng cao >1000 HU (91.4%), sỏi tỷ trọng cao nhất 1785 HU. Tỷ trọng sỏi trung bình là 1283.57±236.4 HU

**Bảng 3: Ảnh hưởng của sỏi lên đường bài xuất**

Đặc điểm		Kết quả
Mức độ ứ nước	Không ứ nước hoặc ứ nước nhẹ	24 (68.6%)
	ứ nước vừa	7 (20%)
	ứ nước nặng	4 (11.4%)

Bề dày nhu mô	Trung bình	19.51±5.2mm
Tỷ trọng dịch bể thận	<10 HU	22 (62.9%)
	≥10 HU	13 (37.1%)
	Trung bình	7.51±5.2 HU
Dày thành đài bể thận	Có	10 (28.6%)
	Không	25 (71.4%)
Thâm nhiễm mỡ quanh thận	Có	9 (25.7%)
	Không	26 (74.3%)
Chức năng thận bên tán sỏi	Tốt	29 (82.9%)
	Giảm chức năng	7 (17.1%)

**Nhận xét:** Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có 24 bệnh nhân thận không ứ nước hoặc ứ nước nhẹ (68.6%), 7 bệnh nhân ứ nước vừa (20%), 4 bệnh nhân ứ nước nặng (11.4%). Bề dày nhu mô thận bên tán trung bình là 19.51±5.2mm. Tỷ trọng dịch trong đài bể thận chủ yếu <10 HU (62.9%). Có 10 bệnh nhân có dày thành đài bể thận, niệu quản (28.6%), có 9 bệnh nhân có thâm nhiễm quanh thận (25.7%). Đa số bệnh nhân tán sỏi có chức năng thận bên tán sỏi tốt (82.9%)

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu.** Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân cao tuổi nhất là 72 tuổi, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 33 tuổi. Tuổi trung bình của chúng tôi khá tương tự nghiên cứu của Hoàng Long (2020)<sup>6</sup>, cao hơn tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu Đào Đức Phin (2019)<sup>5</sup>, Shaker H. và cộng sự (2015)<sup>4</sup>

Có nhiều nghiên cứu của các tác giả từ trước đều báo cáo tỉ lệ mắc sỏi thận của nam cao hơn nữ, mặc dù tỉ lệ nam/nữ trong các nghiên cứu là khác nhau, chẳng hạn như trong nghiên cứu của Hoàng Long (2020)<sup>6</sup> báo cáo tỉ lệ này là: 1.75, còn Tiselius H.G (2003)<sup>3</sup> là 2.1lần. Cũng gần tương tự các nghiên cứu của Hoàng Long (2020), trong nghiên cứu của chúng tôi có 22 bệnh nhân nam, chiếm tỷ lệ 62.9%, có 13 bệnh nhân nữ, chiếm 37.1% tỷ lệ nữ/ nam là 1.69.

**4.2. Đặc điểm hình ảnh của sỏi đường tiết niệu cao.** Nghiên cứu của chúng tôi có 54.3% bệnh nhân tán sỏi thận bên phải, 45.7% bệnh nhân tán sỏi thận bên trái. Tỷ lệ tán sỏi thận phải/ Thận trái trong các nghiên cứu khác nhau là không giống nhau. Tác giả Shaker H. và cộng sự (2015) báo cáo tán sỏi bên phải chiếm 57.9% và bên trái chiếm 42.1%. Trong khi đó theo tác giả Hoàng Long (2020) đã báo cáo thực hiện 61.9% ca tán sỏi thận trái, 38.1% ca tán sỏi thận phải. Chúng tôi cũng chưa thấy nghiên cứu nào báo cáo sự khác biệt về hiệu quả tán sỏi qua

da giữa hai bên thận.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số các bệnh nhân có số lượng >01 viên chiếm 71.4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nhiều nghiên cứu như trong nghiên cứu của Bùi Trường Giang (2021)<sup>7</sup> cũng cho kết quả đa số bệnh nhân có nhiều hơn 1 viên sỏi (86%). Số lượng sỏi là yếu tố ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật cũng như tỷ lệ sạch sỏi sau mổ. Sỏi càng nhiều thì thời gian phẫu thuật sẽ kéo dài hơn.

Vị trí sỏi cũng là yếu tố quan trọng trong đánh giá trước tán sỏi. Trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu bệnh nhân có sỏi bể thận kết hợp với nhóm đài, chủ yếu là đài giữa và đài dưới (65.7%). Vị trí sỏi cũng là yếu tố để các nhà phẫu thuật xem xét đường chọc dò vào đài bể thận. Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều được lựa chọn chọc dò qua đài giữa. Điều này có thể giải thích do đa số bệnh nhân có sỏi bể thận kết hợp đài giữa, đài dưới nên đài giữa là vị trí chọc dò an toàn. Đường vào tốt nhất là đường dễ tiếp cận được sỏi và các vị trí của đài bể thận trong quá trình tán sỏi, tiếp đến là đi được vào diện vô mạch Brodel, vuông góc với mặt sau thận và ngắn nhất từ da vào, nó là bước quan trọng, quyết định thành công của quá trình phẫu thuật.

Mức độ giãn thận cũng ảnh hưởng đến quá trình chọc dò đài thận. Hệ thống đài bể thận càng giãn càng thuận lợi hơn cho quá trình chọc dò, tuy nhiên thận giãn quá lớn thì sỏi không được cố định tốt gây khó khăn cho quá trình tán sỏi và bơm rửa lấy các mảnh vụn sỏi. Theo nghiên cứu của chúng tôi, đa phần thận không giãn và giãn độ I chiếm 68,6%, tương tự như các nghiên cứu của tác giả Đào Đức Phin (2021).

Diện tích bề mặt sỏi (kích thước sỏi) là các yếu tố liên quan đến kết quả của quá trình tán sỏi qua da. Sỏi có diện tích bề mặt lớn (kích thước sỏi to) thì thời gian phẫu thuật kéo dài hơn.

Trong nhiều năm qua phương pháp chụp cắt lớp vi tính để dự đoán thành phần sỏi góp phần dự đoán hiệu quả của các phương pháp tán sỏi. Cụ thể dựa vào mật độ sỏi được xác định bởi đơn vị HU, sỏi axit uric điển hình có tỷ trọng từ 200-400 HU, sỏi canxi oxalat có ngưỡng từ 600-1200HU. Nói chung những sỏi có mật độ <500HU có tỷ lệ phân mảnh 80 đến 100% với tán sỏi ngoài cơ thể. Các viên sỏi trong phạm vi 500-1000HU có tỷ lệ phân mảnh 70% và các viên sỏi >1000HU thường có tỷ lệ phân mảnh từ 25% trở xuống với tán sỏi ngoài cơ thể. Do đó nội sỏi thận ngược dòng hoặc tán sỏi thận qua da sẽ có lợi hơn, tùy thuộc vào kích thước sỏi<sup>8</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần sỏi có

tỷ trọng cao >1000HU, thích hợp với chỉ định PCNL.

Các yếu tố tỷ trọng dịch trong đài bể thận, tình trạng thâm nhiễm quanh thận cũng được quan tâm trong vấn đề chỉ định và điều trị tán sỏi thận qua da. Với những trường hợp sỏi gây tắc nghẽn cấp tính, có thâm nhiễm kèm dày thành đài bể thận niệu quản thì dẫn lưu bể thận da ra trước mổ là việc cần thiết, giúp giảm áp lực trong đài bể thận và giảm nguy cơ nhiễm khuẩn huyết cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần bệnh nhân có tỷ trọng dịch trong đài bể thận <10HU (chiếm 62.9%), đa số bệnh nhân không có thâm nhiễm quanh thận (71.4%), không có dày thành đài bể thận niệu quản (chiếm 74.3%).

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có chức năng thận còn tốt (chiếm 82.9%), chức năng thận giảm chiếm 17.1%. Thông thường ở thì bài xuất tính từ 3 phút sau khi tiêm thuốc cản quang trở đi, phim chụp lúc 3-5 phút thuốc xuất hiện ở hệ thống ống góp, rồi thể hiện hình ảnh của các đài bể thận, 10-15 phút để xem niệu quản và 25-30 phút để xem bàng quang, để xem rõ hình ảnh bàng quang có thể chụp chậm lúc 45 hoặc 60 phút sau tiêm thuốc. Ở nghiên cứu này phát hiện 17.1% bệnh nhân thận vẫn còn bài xuất thuốc sau hơn 1 giờ tiêm thuốc cản quang cho thấy có sự suy giảm chức năng thận, cũng ở trên 35 bệnh nhân này, với xét nghiệm sinh hóa máu chỉ có 9% bệnh nhân có giảm chức năng thận biểu hiện bằng tăng nồng độ creatinin. Do đó MSCT cho biết sớm hơn tình trạng suy giảm chức năng thận trên bệnh nhân sỏi đường tiết niệu trên trong khi các xét nghiệm máu vẫn trong chỉ số bình thường, do đó giúp các bác sĩ có phác đồ điều trị tán sỏi và tiên lượng kết quả tán sỏi.

Một ưu thế của MSCT là có thể tái tạo hình ảnh đường bài xuất, giúp các bác sĩ có thể quan sát toàn bộ hệ thống thận, niệu quản trên các phim dựng hình theo các mặt phẳng đứng dọc, đứng ngang, giúp đánh giá được tổng thể giải phẫu cũng như bất thường đường bài xuất, mức độ giãn đài bể thận, niệu quản, đo lường chính xác kích thước bể thận, niệu quản giãn, bề dày nhu mô thận, tốt hơn nhiều so với siêu âm hay Xquang. Trên siêu âm có thể hạn chế quan sát thận nếu ổ bụng chướng hơi nhiều, việc phân mức độ trên siêu âm còn bị hạn chế bởi tùy vào khả năng của bác sĩ siêu âm, trên X-quang chủ yếu quan sát thấy bóng thận và sơ bộ vị trí và hình thái sỏi. Việc phát hiện biến chứng giãn bể thận, niệu quản, cùng với lâm sàng giúp phát

hiện tình trạng ứ nước, ứ mủ thận trên MSCT, cũng như các bất thường giải phẫu ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn phương pháp điều trị.

## V. KẾT LUẬN

Việc xác định đặc điểm hình ảnh sỏi tiết niệu cao trên MSCT như vị trí, số lượng, kích thước, diện tích, tỷ trọng sỏi cũng như ảnh hưởng của sỏi tiết niệu cao lên đường bài xuất có vai trò quan trọng trong đánh giá bilan trước tán sỏi nội soi qua da.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Viljoen A, Chaudhry R, Bycroft J.** Renal stones. *Ann Clin Biochem.* 2019;56(1):15-27. doi:10.1177/0004563218781672
2. **Smith RC, Rosenfield AT, Choe KA, et al.** Acute flank pain: comparison of non-contrast-enhanced CT and intravenous urography. *Radiology.* 1995;194(3):789-794. doi:10.1148/radiology.194.3.7862980
3. **Tiselius HG, Andersson A.** Stone burden in an average Swedish population of stone formers requiring active stone removal: how can the stone size be estimated in the clinical routine? *Eur Urol.* 2003; 43(3):275-281. doi:10.1016/s0302-2838(03)00006-x
4. **Shaker H, Ismail MAA, Kamal AM, et al.** Value of Computed Tomography for Predicting the Outcome After Percutaneous Nephrolithotomy. *Electron Physician.* 2015;7(7):1511-1514. doi: 10.19082/1511
5. **Đào Đức Phin.** Kết Quả Điều Trị Sỏi Thận Bán San Hồ Bằng Tán Sỏi qua Da Đường Hâm Nhỏ Tại Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội. Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội;2019.
6. **Hoàng Long.** Kết quả tán sỏi qua da đường hâm nhỏ tử thể nằm nghiêng dưới hướng dẫn của siêu âm. *Tạp chí nghiên cứu y học Trường Đại học Y Hà Nội;* tập 134 tháng 10 -2020, tr100-115.
7. **Bùi Trường Giang.** Đánh Giá Kết Quả Tán Sỏi qua Da Đường Hâm Nhỏ Điều Trị Sỏi Thận Tại Bệnh Viện Đa Khoa Đức Giang Giai Đoạn 2017-2021. Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội; 2021.
8. **Gücük A, Uyetürk U, Oztürk U, Kemahli E, Yıldız M, Metin A.** Does the Hounsfield unit value determined by computed tomography predict the outcome of percutaneous nephrolithotomy? *J Endourol.* 2012;26(7):792-796. doi:10.1089/end.2011.0518

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U ĐẶC GIẢ NHÚ TỤY ĐẦU TỤY

Ninh Việt Khải<sup>1</sup>, Ngô Đức Quang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật u đặc giả nhú đầu tụy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 32 bệnh nhân u đặc giả nhú đầu tụy được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức từ 1/2014 – 12/2018. **Kết quả:** Tuổi trung bình 32,54 ± 14,65 (9 - 65), độ tuổi thường gặp nhất là 20 – 39 tuổi (42,4%). Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất (60,6%), không có triệu chứng nào 33,3%. Trên phim chụp cắt lớp vi tính, ở thì chưa tiêm thuốc cản quang khối u có tỉ trọng hỗn hợp chiếm tỉ lệ 43,7%, ở thì tiêm thuốc cản quang khối u ngấm thuốc mạnh chiếm tỉ lệ 59,4%. Cắt khối tá tụy có 32 bệnh nhân chiếm 96,9%, có 1 bệnh nhân cắt bỏ u chiếm 3,1%, thời gian mổ trung bình là 307,72 ± 86,16 phút (90 - 580). Chậm lưu thông dạ dày là biến chứng thường gặp nhất chiếm 18,2%, rò tụy chiếm 12,1%, không có bệnh nhân tử vong sau mổ. **Kết luận:** U đặc giả nhú đầu tụy là tổn thương bệnh lý ít gặp, triệu chứng lâm

sàng không rõ ràng. Phẫu thuật cắt khối tá tụy là phương pháp thường được áp dụng để điều trị tổn thương này.

**Từ khoá:** U đặc giả nhú, đầu tụy

### SUMMARY

#### CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOME OF SURGICAL TREATMENT FOR SOLID PSEUDO PAPILLARY TUMOUR

**Objectives:** To evaluate the clinical, paraclinical characteristics and surgical results of pancreatic head pseudopapillary tumor. **Methods:** Retrospective study of 32 patients with solid pseudopapillary neoplasm who were surgically treated at Viet Duc hospital from January 2014 to December 2018. **Results:** The mean age was 32,54 ± 14,65 (9 - 65), the most common age was 20 - 39 years old (42,4%). Abdominal pain is the most common symptom (60,6%), no symptoms 33.3%. On computed tomography scan, in the phase of no contrast, the proportion in the mixture accounted for 43,7%, in the contrast enhanced phase, the rate of the tumor strongly enhanced of 59,4%. There were 32 patients with pancreaticoduodenectomy, accounting for 96,9%, there was 1 patient with tumor resection accounting for 3,1%, the average operation time was 307.72 ± 86.16 minutes (90 - 580). Slow gastric circulation is

<sup>1</sup>Bệnh Viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2023

Ngày duyệt bài: 16.6.2023