



U CƠ MỠ MẠCH THẬN (ANGIOMYOLIPOMA)

BS HUỲNH CHÍ SONG

Bệnh viện Đa khoa Hòa Hảo – Medic Cần Thơ



BỆNH ÁN

➤ Bệnh nhân: nữ 31 tuổi Nghề nghiệp: Thợ may

➤ Địa chỉ: Cờ Đỏ, TP. Cần Thơ

➤ Đến khám: 08/12/2025

➤ Lý do: Đau hông trái

➤ Bệnh sử:

Bệnh cùng ngày, bệnh nhân đang ngồi may đồ thì đột ngột đau bụng vùng hông trái, đau quặn liên tục, nên người nhà đưa vào bệnh viện, trên đường đi thì bệnh nhân ngất. Khi đến phòng cấp cứu bệnh viện thì HA tụt (HA tâm thu: 60mmHg) được truyền dịch thì bệnh nhân tỉnh HA trở lại bình thường. Nhập viện điều trị 03 ngày với chẩn đoán: Nhiễm trùng đường tiêu hóa, tình trạng đau bụng có giảm nhưng vẫn còn đau nên bệnh nhân xin xuất viện. Đến khám tại Bệnh viện đa khoa Hòa Hảo – Medic Cần Thơ.

➤ Tiền sử: Không bệnh lý gì, Para: 1001; bệnh nhân không siêu âm bụng kiểm tra từ lúc sanh bé # 6 năm.



LÂM SÀNG

- Bệnh tỉnh, niêm hồng, chi ấm, mạch rõ.
- Than đau nhẹ vùng hông trái.
- DHST: HA: 110/70 mmHg, M: 84 lần/phút, T°: 37°C, NT: 20 nhịp/phút
- Tim đều rõ
- Phổi không ran
- Bụng mềm, ấn nhẹ vùng hông trái bệnh nhân đau.



XÉT NGHIỆM

Công thức máu:

- Số lượng HC: $3.62 \times 10^{12}/L$
- Huyết sắc tố: 102 g/L
- Hematocrit: 0.300 L/L
- Số lượng BC: $9.29 \times 10^9/L$
- Số lượng tiểu cầu $434 \times 10^9/L$

→ **Thiếu máu mức độ nhẹ.**

Sinh hóa máu:

- Amylase: 78.8 U/L
- Creatinin (máu): 47.9 $\mu\text{mol/l}$
- AST: 18.6 U/L
- ALT: 6.74 U/L
- **CRP hs: 59.2 mg/L (tăng)**



CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Siêu âm bụng:

- ▶ **THẬN TRÁI:** Không sỏi, không ứ nước, chủ mô phân biệt rõ- tủy rõ. Nằm cực trên thận trái có cấu trúc echo dày KT # 104 x 73 x 76 mm, giới hạn khá rõ
- ▶ **KẾT LUẬN:** Theo dõi: vỡ u cơ mỡ mạch máu thận trái CĐPB: túi phình động mạch thận trái

MSCT bụng:

Mô tả: Cực trên thận trái có thương tổn chứa mật độ mỡ và mô mềm 7x8cm. Thương tổn bắt thuốc cản quang vừa phải. Và có hình ảnh túi giả phình mạch máu 19x23mm.

Có tụ dịch dưới bao thận trái và sau phúc mạc vùng hông chậu trái, dịch có độ cản tia cao.

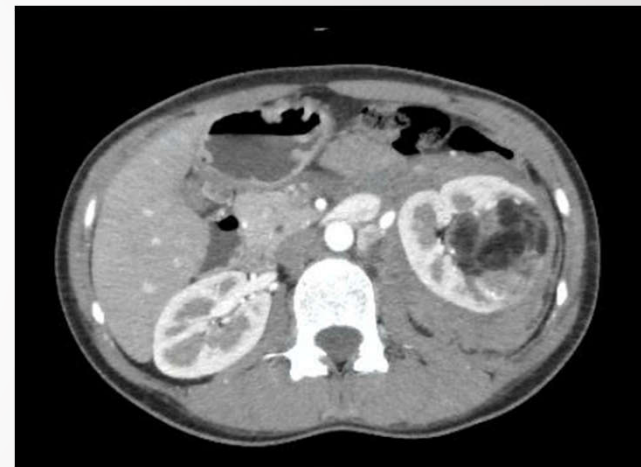
Kết luận:

Angiomyolipoma lớn cực trên thận trái 7x8cm có túi giả phình mạch máu 19x23mm có khả năng vỡ gây tụ máu dưới bao thận trái và khoang sau phúc mạc hông - chậu trái.

Chẩn đoán: U cơ mỡ mạch máu thận trái biến chứng vỡ gây tụ máu dưới bao thận trái và khoang sau phúc mạc hông – chậu trái.

→Chuyển viện: Bệnh viện đa khoa Trung Ương Cần Thơ.

Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ sử dụng hình ảnh MSCT của Bệnh viện đa khoa Hòa Hảo – Medic Cần Thơ tiến hành can thiệp.





BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ
Đ/C: 315 Nguyễn Văn Linh, P. Tân An, TP Cần Thơ
Điện thoại: (0292). 3820071 - Fax: (0292). 3823167

Mã DT: 25496013

PHIẾU KẾT QUẢ VÀ NÚT ĐỘNG MẠCH ĐIỀU TRỊ CẢM MÁU CÁC TẠNG SỐ HÓA XÓA

- Họ tên người bệnh: [redacted] Năm sinh: 1994 Giới tính: Nữ
- Khoa: Ngoại thận tiết niệu Buồng: Giường:
- Vào viện lúc: 08/12/2025 12:29:13 Phẫu thuật/Thủ thuật lúc: 10/12/2025 08:10:03
- Chẩn đoán:
 - + Trước phẫu thuật/ thủ thuật: D41.0 - U tân sinh không chắc chắn hoặc không biết tính chất của Thận
 - + Sau phẫu thuật/ thủ thuật: D41.0 - U tân sinh không chắc chắn hoặc không biết tính chất của Thận
- Phương pháp phẫu thuật/ thủ thuật: Chụp và nút động mạch điều trị cảm máu các tạng số hóa xóa nền
- Loại phẫu thuật/ thủ thuật: TDB
- Phương pháp vô cảm: Tê vùng

- Bệnh nhân nằm trên bàn DSA.
 - Sát khuẩn diện rộng vùng bẹn hai bên bằng dung dịch Povidine
 - Gây tê bằng Lidocain 2% 5ml.
 - Chọc dò và đặt Sheath 6F vào động mạch đùi (P) theo phương pháp Seldinger.
 - Luồn Yashiro catheter 5F và dây dẫn Radifocus guidewire 0.0035" vào động mạch thận trái ghi hình chẩn đoán qua các thị mạch máu.
- Nhận xét
- Tăng sinh động mạch kèm ổ giả phình trong AML thận trái xuất phát từ nhánh trước trên của động mạch thận trái.
- Can thiệp:
- Luồn 02 microcatheter Progreat chọn lọc vào nhánh động mạch nuôi u, bơm tắc bằng hỗn hợp keo Histoacryl. Chụp ghi nhận tắc các nhánh động mạch nuôi u và tắc ổ giả phình.
 - Lui thủ thuật và đóng mạch bằng Angioseal.



BỘ Y TẾ
BV ĐKTW CẦN THƠ
Khoa: Ngoại thận tiết niệu

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

MS: 01/BV-01
Số lưu trữ: 25091577
Mã Y tế: 815/114/25496013
Số điện thoại tư vấn: 0901215115

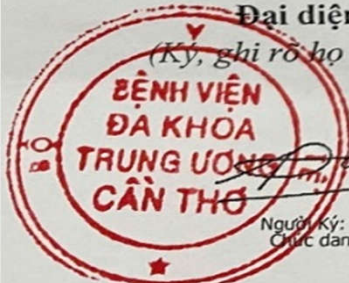
GIẤY RA VIỆN

- Họ tên người bệnh: [REDACTED]
- Ngày/tháng/năm sinh: 06/02/1994 (Tuổi: 31) Giới tính: Nữ
- Dân tộc: **Khmer** Nghề nghiệp: **Thợ may, thợ làm da thủ và thợ làm mũ**
- Số CCCD/CMND/Định danh công dân/Hộ chiếu: 092194011635
- Ngày cấp: 22/11/2021
- Mã số BHXH/Thẻ BHYT số: **DS3929222244095**
- Địa chỉ: [REDACTED]
- Vào viện lúc: 12 giờ 29 phút, ngày 08 tháng 12 năm 2025
- Ra viện lúc: 17 giờ 00 phút, ngày 15 tháng 12 năm 2025
- Chẩn đoán: **U tân sinh không chắc chắn hoặc không biết tính chất của Thận [D41.0]; Sung khu trú, khối và cục ở chi dưới [R22.4]; Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản [K21];**
- Phương Pháp Điều Trị: **Chụp và nút động mạch điều trị cầm máu các tạng số hóa xóa nền**
- Ghi chú: **Uống thuốc theo toa, tái khám theo hẹn.**

Ngày 15 tháng 12 năm 2025

Đại diện đơn vị

(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)



Người Ký: Lê Hoàng Phúc
Chức danh: Bác sĩ CKII

Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

ĐÚNG TUYẾN

Người Ký: TRƯƠNG CÔNG THÀNH
Chức danh: Bác sĩ



THEO DÕI

Ngày 29/12/2025

Ngày 12/01/2026

1/3

MÔ TẢ:

Gan: Không to, chủ mô đồng dạng. Tĩnh mạch trên gan không dẫn. Tĩnh mạch cửa không dẫn
Túi mật: Túi mật xẹp. Đường mật trong gan không dẫn, không sỏi. Ống mật chủ không dẫn, không sỏi
Tụy: Không to, chủ mô đồng dạng, ống Wirsung không dẫn
Lách: Không to, chủ mô đồng dạng, tĩnh mạch lách không dẫn
Thận phải: Không sỏi, không ứ nước, chủ mô phân biệt rõ
Thận trái: Không sỏi, không ứ nước, chủ mô phân biệt rõ, có 01 cấu trúc Echo dày không đồng nhất KT: 76x51mm, cạnh thận có ít dịch kém thuần trạng, bề dày lớp dịch d= 10 --> 25mm
Bàng quang: Không sỏi, thành không dày
Màng phổi hai bên: Không dịch
Dịch ổ bụng: Không dịch, không hạch
Động mạch chủ bụng: Không phình
Tử cung - Phần phụ: Hạn chế khảo sát do các quai ruột vùng hạ vị nhiều hơi

KẾT QUẢ:

1. Tụ dịch kém thuần trạng cạnh thận trái
2. U cơ mỡ mạch máu thận trái

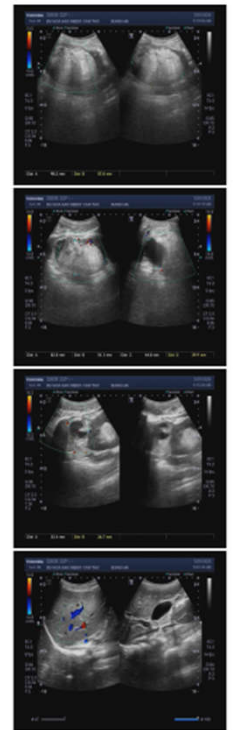
1. Mô tả /Description:

- GAN: Không to, bờ đều, cấu trúc đồng dạng, không sang thương khu trú.
- MẬT:
 - + Túi mật: Không to, thành không dày, không sỏi.
 - + Đường mật: Đường mật trong gan: Không giãn, không sỏi. OMC không giãn, không sỏi.
- TUY: Không to, cấu trúc đồng nhất
- LÁCH: Không to, cấu trúc đồng nhất
- THẬN TRÁI: Không sỏi, không ứ nước, chủ mô phân biệt rõ-tỳ rõ. Chủ mô cực trên có 01 cấu trúc echo dày KT # 57 x 90 mm, bờ tương đối đều, giới hạn rõ, không tăng sinh mạch, cạnh bên có 02 xoang dịch KT # 30 x 44 mm và KT # 27 x 32 mm
- THẬN PHẢI: Không sỏi, không ứ nước, chủ mô phân biệt rõ-tỳ rõ.
- BÀNG QUANG: Thành không dày, không sỏi
- TỬ CUNG: Ngã trước, DAP # 30 mm, nội mạc mỏng, chủ mô đồng dạng.
- PHẦN PHỤ: Không u
- ĐM CHỦ BỤNG: Không phình.
- Ổ BỤNG: Không dịch, không hạch, Cocard Sign (-)
- CÁC CƠ QUAN KHÁC: Không dịch màng phổi hai bên

2. Kết luận /Conclusion:

U CƠ MỠ MẠCH MÁU THẬN TRÁI.
XOANG DỊCH CẠNH KHÓI U THẬN TRÁI.

Lời dặn của BS chuyên khoa
(Advice from the specialist physician)



Ngày /Date 12 thán /Month 01 năm /Year 2026



TỔNG QUAN

- ▶ U cơ mỡ mạch thận (Angiomyolipoma - AML) là một khối u lành tính bao gồm mạch máu, cơ trơn, mỡ với các tỷ lệ khác nhau.
- ▶ U cơ mỡ mạch thận là những khối u thận hiếm gặp, chỉ chiếm từ 0,3% đến 3% tổng số các khối u thận. Tỷ lệ mắc bệnh chung của chúng dao động từ 0,13% đến 2,2%, với 80% trường hợp là lành tính. 20% còn lại có liên quan đến bệnh u mạch bạch huyết phổi hoặc hội chứng xơ cứng củ.
- ▶ U mạch mỡ thận có xu hướng xảy ra ở nữ giới nhiều hơn nam giới, có thể do tác dụng của estrogen. Ngoài ra, kích thước của khối u cũng có xu hướng lớn hơn ở nữ giới so với nam giới. Phụ nữ mang thai trải qua tốc độ phát triển nhanh hơn của u và đối mặt với nguy cơ biến chứng xuất huyết cao hơn.
- ▶ Độ tuổi hay gặp là từ 40 - 60 tuổi.
- ▶ U cơ mỡ mạch thận thường không có triệu chứng và thường được chẩn đoán tình cờ.
- ▶ Có tới 15% bệnh nhân bị xuất huyết sau phúc mạc tự phát, còn được gọi là hội chứng Wunderlich, có thể nghiêm trọng và có thể dẫn đến sốc ở khoảng một phần ba trường hợp.
- ▶ **Do đó, vấn đề quan tâm lâm sàng chính ở những bệnh nhân mới được chẩn đoán mắc u cơ mỡ mạch thận là nguy cơ chảy máu có thể đe dọa tính mạng.**



LỊCH SỬ

- ▶ Năm 1880, Bourneville mô tả AML tại thận lần đầu tiên trong hội chứng xơ cứng củ.
- ▶ Năm 1951, Morgan đặt tên cho khối u này là Angiomyolipoma và tên này được dùng đến nay
- ▶ Gần đây, một biến thể mới, AML biểu mô (EAML) đã được Pea và cộng sự mô tả năm 1998. Theo phân loại khối u của tổ chức y tế thế giới năm 2004, EAML được phân loại là một loại u tiềm ẩn ác tính



LÂM SÀNG

- ▶ Bệnh thường không có triệu chứng với 78,5 - 83,8% được phát hiện tình cờ. Triệu chứng sẽ xuất hiện khi kích thước của khối u tăng lên
- ▶ Các triệu chứng lâm sàng thường gặp của u cơ mỡ mạch thận:
 - ▶ Đau vùng thắt lưng chiếm tỷ lệ 37 - 41%
 - ▶ Sờ thấy khối u chiếm tỷ lệ 11 - 35%
 - ▶ Tiểu máu chiếm tỷ lệ 11 - 24%
 - ▶ Có thể gặp chảy máu sau phúc mạc dưới 15% các trường hợp trong đó có dưới 10% các trường hợp ở trong tình trạng sốc.



CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

- ▶ Các phương thức chẩn đoán hình ảnh được dùng cho u cơ mỡ mạch thận bao gồm: siêu âm, CLVT, MRI, chụp mạch thận, với tỷ lệ chẩn đoán đúng trên chẩn đoán hình ảnh lên tới 89,3%
- ▶ Siêu âm:
 - ▶ Khối u cơ mỡ mạch thận biểu hiện tăng âm, ranh giới rõ, nằm khu trú trong bao thận, bờ u có thể không đều, nhất là khi có chảy máu
 - ▶ Tuy nhiên, RCC (Ung thư biểu mô tế bào thận) cũng có thể tăng âm vì thế siêu âm không thể được sử dụng đơn độc để chẩn đoán một AML cổ điển.
 - ▶ Một chẩn đoán chính xác của AML cổ điển đòi hỏi việc xác định thành phần mỡ bằng CLVT hoặc MRI



CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

- ▶ CLVT: những khối u có một phần tỷ trọng mỡ (-15 đến -30 HU), bắt thuốc cản quang và không có canxi hóa gợi ý đến một khối u cơ mỡ mạch thận
- ▶ MRI: phương pháp này được sử dụng để phát hiện các tế bào mỡ và chẩn đoán AML trong trường hợp bệnh nhân có thai hoặc dị ứng với thuốc cản quang đường tĩnh mạch. Đối với những khối u nhỏ và tổ chức mỡ trong khối ít, MRI có giá trị chẩn đoán cao hơn CLVT do khả năng phát hiện thành phần mỡ tốt hơn
- ▶ Chụp mạch thận: có thể thấy phình giãn mạch trong 50% các AML. Tuy nhiên, chụp động mạch thận hiện nay thường chỉ dùng trong các trường hợp chuẩn bị cho thuyên tắc mạch điều trị



CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

- ▶ U cơ mỡ mạch thận trên hình ảnh có thể chia thành hai phân nhóm: phân nhóm cổ điển và phân nhóm nghèo tổ chức mỡ
- ▶ U cơ mỡ mạch thận nghèo tổ chức mỡ
 - ▶ Thuật ngữ u cơ mỡ mạch nghèo tổ chức mỡ được sử dụng từ năm 1997 để mô tả những AML không phát hiện được tổ chức mỡ ngay cả khi chụp CLVT với lát cắt mỏng 1,5-3m
 - ▶ Các u cơ mỡ mạch thận nghèo tổ chức mỡ dễ nhầm lẫn với RCC trong chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là ở những trường hợp AML xuất huyết, máu có thể che lấp hình ảnh của mô mỡ trên phim chụp cắt lớp



ĐIỀU TRỊ

- ▶ Các phương pháp điều trị hiện nay bao gồm: nội khoa (theo dõi), thuyên tắc mạch chọn lọc và phẫu thuật
- ▶ Việc lựa chọn hướng điều trị phải dựa vào:
 - ▶ Kích thước khối u
 - ▶ Tình trạng lâm sàng của bệnh nhân
 - ▶ Các bệnh lý kèm theo



NỘI KHOA

Theo dõi định kỳ:

- ▶ Chỉ định:
 - ▶ Khối u cơ mỡ mạch thận có kích thước nhỏ $< 4\text{cm}$
 - ▶ Khối u không có biểu hiện triệu chứng
- ▶ Khám định kì 1 năm 1 lần
- ▶ U cơ mỡ mạch thận thường phát triển chậm ở mức $0,19\text{ cm/năm}$



ĐIỀU TRỊ

Hầu hết các trường hợp u mạch mỡ thận đều không có triệu chứng và thường không cần điều trị, nhưng can thiệp điều trị là cần thiết trong một số ít trường hợp

- ▶ Bệnh nhân nữ cần điều trị hormone liên tục
- ▶ Phình động mạch trong tổn thương có kích thước lớn hơn 5 mm
- ▶ Các tổn thương lớn vượt quá 4 cm
- ▶ Các tổn thương phát triển lớn hơn 2,5 mm mỗi năm (>5 mm mỗi năm được coi là nguy cơ cao)
- ▶ Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản.
- ▶ Các biểu hiện triệu chứng như đau dai dẳng



NÚT MẠCH CHỌN LỌC

Nút mạch chọn lọc:

- ▶ **Chỉ định:**
 - ▶ Khối u cơ mỡ mạch thận có kích thước $> 4\text{cm}$
 - ▶ Có khối giả phình động mạch trong khối u $> 5\text{mm}$
- ▶ **Ưu điểm:**
 - ▶ Bảo tồn được nhu mô thận
 - ▶ Chăm máu hiệu quả
- ▶ **Nhược điểm:**
 - ▶ Tỷ lệ tái phát và phải tái can thiệp tương đối cao
 - ▶ Theo 1 số nghiên cứu, những khối u cơ mỡ mạch thận có kích thước lớn $\geq 8\text{cm}$ thì tỷ lệ phải tái can thiệp tương đối cao
 - ▶ Có thể gặp 1 số biến chứng: hội chứng sau nút mạch (ôn, buồn nôn, sốt, đau bụng), chảy máu, áp xe thận.



PHẪU THUẬT

Chỉ định

- Khối u cơ mỡ mạch thận có kích thước $> 4\text{cm}$, đặc biệt với những khối u $> 8\text{cm}$ (can thiệp nút mạch có nguy cơ tái phát cao)
- U cơ mỡ mạch thận có biểu hiện triệu chứng lâm sàng: đau, đái máu ...
- Khi nghi ngờ khối u ác tính mà không đủ tiêu chuẩn loại trừ.
- Cắt bỏ u bảo tồn thận hoặc cắt bỏ toàn bộ thận



PHẪU THUẬT

- ▶ **Cắt bỏ toàn bộ thận:**
 - ▶ Toàn bộ thận bị xâm lấn bởi khối u.
 - ▶ Khối u gần cuống thận hoặc khi cắt thận bán phần có nguy cơ chảy máu cao.
 - ▶ Những khối u vỡ gây tụ máu sau phúc mạc đòi hỏi cắt thận rộng rãi để cầm máu.
- ▶ **Cắt u bảo tồn thận**
 - ▶ U cơ mỡ mạch thận là một khối u lành tính, nên phẫu thuật cắt thận bán phần nên được ưu tiên, chỉ cắt thận trong các trường hợp bắt buộc.
 - ▶ Có thể mổ mở hoặc mổ nội soi tùy theo vị trí, kích thước, tình trạng khối u.



Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

Các tai biến, biến chứng có thể gặp:

- ▶ Chảy máu sau mổ
- ▶ Rò nước tiểu sau mổ do cắt u tổn thương đài bể thận, niệu quản
- ▶ Áp xe, tụ dịch quanh thận
- ▶ Suy thận

Kết quả xa

- ▶ Theo nhiều nghiên cứu, gần như 100% các trường hợp theo dõi sau phẫu thuật không thấy hiện tượng u cơ mỡ mạch thận tái phát
- ▶ Hầu hết các trường hợp cắt u bảo tồn thận, chức năng nhu mô thận còn lại vẫn được bảo tồn, không thấy hiện tượng teo thận

Như vậy phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả đối với u cơ mỡ mạch thận đặc biệt đối với những khối u có kích thước lớn



KẾT LUẬN

- Hơn 90% các khối u cơ mỡ mạch thận không cần điều trị.
- Phương pháp xuyên tắc mạch chọn lọc qua chụp mạch là phương pháp được ưu tiên để kiểm soát chảy máu đang diễn ra, mặc dù tỷ lệ tái điều trị là 30%.
- Trong trường hợp tổn thương khối u thận không thể được xác định chắc chắn là u cơ mỡ mạch chỉ bằng hình ảnh nhưng nghi ngờ, sinh thiết qua da là một lựa chọn hợp lý, đặc biệt đối với bệnh nhân có nguy cơ cao, vì nó có thể giúp tránh các biến chứng phẫu thuật tiềm ẩn.
- Nếu tất cả các biện pháp chẩn đoán đều không thể xác định được chẩn đoán chính xác, thì nên điều trị tổn thương đó như là ác tính.
- Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản nên cân nhắc điều trị dự phòng u cơ mỡ mạch thận do nguy cơ biến chứng trong thai kỳ tăng cao.
- Vấn đề quan tâm lâm sàng chính ở những bệnh nhân mới được chẩn đoán mắc u cơ mỡ mạch thận là nguy cơ chảy máu có thể đe dọa tính mạng



**CẢM ƠN SỰ CHÚ Ý LẮNG NGHE CỦA
QUÝ THẦY CÔ VÀ ĐỒNG NGHIỆP**