



# HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG CÁC KHÁM XÉT CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Người dịch: *GS.TS. Hoàng Đức Kiệt\**

(Tiếp theo số 2)

## LỜI GIỚI THIỆU

Tập tài liệu “Hướng dẫn sử dụng tốt các khám xét hình ảnh y khoa” (*Guide de bon usage des examens d’imagerie médicale*) được các tác giả ngành y tế Cộng hoà Pháp biên soạn và hiệu chỉnh trong suốt 4 năm từ 2001 đến 2004 và được xuất bản năm 2005 tại Pháp. Các tác giả tham gia biên soạn bao gồm nhiều nhóm chuyên gia của Hội Điện quang, Hội Lý sinh Y học và Y học hạt nhân Pháp cũng như các hội chuyên ngành lâm sàng và nhóm các nhà chức trách về quản lý y tế Pháp .

## MỤC TIÊU CỦA TÀI LIỆU

1. Giảm chi phí cho người bệnh bằng cách bỏ bớt những khám xét không hợp lý.
2. Giảm phơi nhiễm bệnh nhân bằng sử dụng nhiều hơn các kĩ thuật khám xét không chiếu xạ ion hoá như siêu âm và cộng hưởng từ.
3. Cải thiện thực hành lâm sàng bằng chỉ định một cách hợp lý các khám xét hình ảnh học.
4. Phục vụ các bác sĩ như một tài liệu tham chiếu trên lâm sàng.

## 6. Hệ tiết niệu – sinh dục và thượng thận

Bệnh cảnh lâm sàng	Khám xét chỉ định	Mức độ kiểm chứng	Khuyến cáo	Liều xạ
Đái máu (đại thể hoặc vi thể dai dẳng, không kèm protein niệu cao)	Siêu âm chụp bụng	B	Siêu âm nên làm đầu tiên để tìm tổn thương thận, sỏi và u bàng quang. Xquang bụng tìm sỏi cản quang.	0
		B	Quan điểm sử dụng siêu âm và chụp bụng rất khác nhau theo từng cơ sở và từng chuyên gia về thận cũng như tiết niệu.	II
	UIV	B	UIV có thể thực hiện riêng biệt hoặc sau CT-Scan có tiêm thuốc.	II
	CT-Scan	B	CT-Scan đặc biệt cần đối với đái máu đại thể và đái máu cao mà chẩn đoán chưa rõ	III
Tăng huyết áp chưa biết nguyên nhân	UIV	Không chỉ định	Nếu không nghi ngờ bệnh thận, không cần chụp UIV	II

\*Chủ tịch Hội Điện quang và YHHN

Tăng HA ở người trẻ hoặc không đáp ứng điều trị	Echo-Doppler	Chỉ định B	Tăng HA do mạch thận rất hiếm gặp nên chỉ khám xét mạch thận khi nghi ngờ	0
	MRA	Chỉ định B	MRA là khám xét động mạch thận ít xâm lấn nhất	0
	CTA	Chỉ định B	CTA hiệu quả ngang MRA nhưng xâm lấn nhiều hơn nên chỉ dùng khi không có MRA	III
	Scinti	Có thể chế định B	Xạ hình thận với test Captopril và Echo-Doppler là cách tốt nhất hiện nay để tính chỉ số tương quan hiệu quả giữa hẹp động mạch thận (nếu có hẹp) với tăng HA	II
Suy thận	SA RX bụng	Chỉ định B	SA có giá trị xem độ lớn của thận và độ dày vỏ thận, độ giãn đài bể thận Xquang giúp phát hiện sỏi thận không thấy trên SA	0 II
	UIV	Không chỉ định		
	MRI	Có thể chỉ định B	MRI có thể dùng thay thế cho CT-Scan để tránh tiêm thuốc cản quang gây độc cho thận	0
	CT-Scan	Có thể chỉ định B	CT-Scan có ích khi SA không làm rõ chẩn đoán hoặc không phát hiện được nguyên nhân gây tắc đường bài xuất	III
Đo chức năng thận - Đo chức năng toàn bộ, tuyệt đối - Đo chức năng từng thận, tương đối	Thăm dò chức năng với phóng xạ đồng vị	Chỉ định đặc biệt B	Khi đo hệ số thanh thải với creatinine huyết tương chưa đạt yêu cầu, nên đo bằng phương pháp dùng dược chất phóng xạ nhằm xác định lưu lượng lọc cầu thận hay lưu lượng thận biểu kiến	I
	Scinti	Chỉ định A	Xạ hình thận	I / II
Nghi cơn đau quặn thận	SA + RX	Chỉ định B	SA và Xquang bụng là chỉ định đầu tiên	0+II
	CT-Scan	Chỉ định B	CT-Scan không tiêm cản quang là phương pháp chọn lọc để chẩn đoán	III
	UIV	Cần nhắc B	Không chỉ định chụp UIV ngay đầu tiên	II
Sỏi thận không có cơn đau quặn thận	RX bụng	Chỉ định B	RX bụng hiệu quả với hầu hết sỏi có chứa canxi, thường dùng Xquang để theo dõi điều trị	II
	UIV hoặc CT +UIV	Chỉ định B	UIV hay CT-Scan+UIV rất hiệu quả với thăm dò hình thái sỏi thận dương tính và cả sỏi âm tính	II III
	SA sau RX bụng	Chỉ định sau B	SA phát hiện bổ sung sỏi urat cho Xquang và đánh giá tình trạng sỏi trong thận	0

Khối u thận	SA	Chỉ định B	SA nhạy với u > 2cm và phân biệt được u kén hay u đặc. Trường hợp khó cần chụp CT-Scan	0
	CT-Scan	Chỉ định B	CT-Scan có độ nhạy với u > 1cm và có hiệu quả để phân tích đặc điểm u	III
	MRI	Chỉ định đặc biệt B	MRI có tiêm đối quang dùng thay cho CT-Scan nếu suy thận hay phản ứng thuốc cản quang iode	0
	UIV	Cần nhắc B	UIV kém hơn SA trong phát hiện u và kém hiệu quả trong phân tích đặc điểm u	II
Hội chứng tắc đường bài xuất cao	UIV hoặc CT-Scan+UIV	Chỉ định B	CT-Scan+UIV đưa lại nhiều thông tin hơn UIV	II III
	RX+SA	Chỉ định B	Bổ sung thông tin vùng trên chỗ tắc	II/0
	Scinti	Chỉ định A	Xạ hình với Tc-99m MAG3 có dùng Furosemid để đánh giá chức năng thận và khả năng bài xuất của đài bể thận	II
Nhiễm khuẩn tiết niệu người lớn	SA+RX	Chỉ định B	Khám xét hình ảnh ít ý nghĩa với viêm bàng quang nhiễm khuẩn ở nữ. Nên khám đối với nhiễm khuẩn tiết niệu có sốt, tái phát hoặc kháng sinh ít hiệu quả	0+II
	CT-Scan+UIV	Khám đặc biệt	CT-Scan+UIV hiệu quả hơn SA trong phát hiện viêm thận - bể thận và các tổn thương khác	III
	UIV và Chụp BQ ngược dòng	Chỉ định đặc biệt B	UIV ngoài giai đoạn viêm cấp có ích để tìm bệnh phổi hợp như sỏi, hoại tử gai thận. Chụp BQ ngược dòng ngoài giai đoạn cấp để tìm trào ngược bàng quang - niệu quản	II III
Đánh giá thận ghép	Echo-Doppler	Chỉ định B	SA-Doppler cần thiết để phát hiện biến chứng tiết niệu và mạch máu (động mạch cục)	0
	Scinti	Khám xét đặc biệt B	Trên bệnh nhân chức năng thận không hồi phục hoặc suy giảm thứ phát, xác định chỉ số tưới máu và chức năng thận bằng xạ hình cho phép dự báo lâm sàng và sinh học của thận ghép. Xạ hình kết hợp SA-Doppler có thể phát hiện biến chứng	II
	MRA	Chỉ định đặc biệt B	Chụp MRA động mạch thận rất có ích để xem động mạch của thận ghép	0
	CTA	Chỉ định đặc biệt B	CTA có giá trị như MRA nhưng phải dùng thuốc cản quang iode và nhiễm xạ, chỉ làm nếu không có MRA	0
Tắc đài cấp	SA	Chỉ định đặc biệt B	Nếu chức năng thận biến đổi, nên làm SA thận để tìm giãn đường bài xuất cao. SA bàng quang chỉ cần khi nghi ngờ u, sỏi bàng quang	0
	UIV	Không chỉ định	Ít thông tin cần thiết	II

Rối loạn tiểu tiện thấp	SA	Chỉ định B	SA để đánh giá nước tiểu tồn dư sau đái, hình thái tiền liệt tuyến và tìm giãn đường bài xuất cao	0
	UIV	Không chỉ định		II
Đau bìu +/- khối u bìu	SA	Chỉ định B	SA cần làm khi nghi bệnh lí viêm nhưng điều trị không giảm. Khám SA cho phép phân biệt bệnh lý tinh hoàn hay ngoài tinh hoàn	0
Xoắn thừng tinh	SA	Chỉ định đặc biệt B	Cần mổ cấp cứu và khám xét không được kéo dài. Nên khám SA-Doppler cấp cứu nếu có điều kiện. Xoắn thừng tinh cách hồi rất khó chẩn đoán	0

**7. Bệnh lý thượng thận**

Bệnh cảnh lâm sàng	Khám xét chỉ định	Mức độ kiểm chứng	Khuyến cáo	Liều xạ
U tủy thượng thận (pheochromocytoma)	CT-Scan hoặc MRI	Chỉ định B	Khám xét hình ảnh cần chỉ định trước BN có bất thường nội tiết nghi pheochromocytoma SA không chỉ định với bệnh lý này	III 0
	Scinti	Chỉ định B	Xạ hình với mIBG cho phép phát hiện u tủy thượng thận lạc chỗ	II / III
Hội chứng Cushing (tổn thương vỏ thượng thận hoặc thượng thận lạc chỗ)	CT-Scan	Chỉ định A	Nên có góp ý của chuyên gia nội tiết. Đo nồng độ ACTH trong huyết tương (không kích thích) cho phép định hướng nguyên nhân HC Cushing. Nếu ACTH huyết tương thấp càng cần chụp CT-Scan	II
	Scinti	Chỉ định A	Xạ hình với noriodocholesterol có ích trong quá sản tuyến hay tổn thương hai bên	III
	MRI	Chỉ định B	Nếu nồng độ ACTH huyết tương không giảm, nên chụp MRI tuyến yên và có thể làm CT-Scan ngực	0 III
HC Conn (Tăng aldosterone nguyên phát)	CT-Scan	Chỉ định B	CT-Scan giúp phát hiện một Adenoma thượng thận hoặc tăng sản cả hai bên	III
	Scinti	Chỉ định B	Xạ hình với noriodocholesterol để phân biệt u tuyến có tiết hay quá sản hai bên	III
	Thông dò tĩnh mạch	Cas đặc biệt B	Thông dò tĩnh mạch thượng thận dưới Xqung để đo aldosterone từng bên khi cần	II/III
U thượng thận phát hiện tình cờ	CT-Scan	Chỉ định B	CT-Scan giúp nhận xét kén hay u mỡ không cần theo dõi. Nếu đậm độ trước tiêm < 10HU có thể là adenoma và u dưới 3cm theo dõi tiếp về nội tiết	III 0
	MRI	C		
	Scinti	C	Xạ hình với noriodocholesterol hay mIBG cho phép đánh giá u tuyến tiết theo chu kỳ	II/III