

## GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH HAI DẪY ĐẦU THU TRONG CHẨN ĐOÁN U NGUYÊN BÀO GAN TRẺ EM

### Value of 2 detectors computed tomography in diagnosis of hepatoblastoma

Nguyễn Đức Hạnh\*, Nguyễn Duy Huệ\*\*

#### SUMMARY

**Purpose:** to evaluate the diagnostic value of 2 detector CT in pediatrichepatoblastoma (HB).

**Materials and methods:** 69 patients 0-15 year old with clinical diagnosis of liver tumor, had 2 detectors CT-Scanner result of hepatoblastoma or not, all of them had pathology results, from 1/2010 to 5/2014 in National Hospital of Pediatric.

**Result:** these is no single characteristic of HB on CT-Scanner wich had high value in diagnosis of HB. The characteristic of calcification within the tumor had highest specificity of 90% but with low sensitivity of 34.7%. The value of diagnosis that combine the characteristic of solid tumor on computedtomography with the age under 3 year old has specificity of 55%, sensitivity of 85.7%, when combining the characteristic of solid tumor on computedtomography, age under 3 year old and AFP higher than normal limit has specificity of 80%, sensitivity of 85.7%. CT- Scanner had high value in evaluating the tumor location with very high Kappa score of 0.856 and high in staging PRETEXT of 0.65.

**Conclusion:** the diagnosis of HB should combine the characteristic of CT- Scanner with the age and value of alfa fetoprotein, wich had high sensitivity and high specificity. CT-Scanner had high value in evaluating tumor location, staging PRETEXT, and infiltration of tumors.

**Keywords:** hepatoblastoma, liver tumors in children, liver mass in children, hepatoblastoma imaging.

\*Bệnh viện Nhi Trung Ương

\*\* Bệnh viện Việt Đức

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào gan là bệnh hiếm gặp tuy nhiên đứng hàng thứ ba trong số các u đặc ác tính vùng bụng ở trẻ em, chiếm tỷ lệ khoảng 50-70%, chỉ đứng sau u nguyên bào thần kinh và u nguyên bào thận [1]. Vấn đề điều trị mà mục đích là phẫu thuật cắt bỏ được hoàn toàn khối u ra khỏi phần gan lành, trước đây tỷ lệ thành công còn thấp, khoảng 30%, ngày nay nhờ có sự ra đời của các tân dược và những tiến bộ trong phẫu thuật đã đưa tỷ lệ thành công lên 70-80% [2]. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Giá trị của CLVT hai dây đầu thu trong chẩn đoán UNBG trẻ em” nhằm mục đích nghiên cứu giá trị của CLVT hai dây đầu thu trong chẩn đoán UNBG trẻ em.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

69 bệnh nhi tuổi từ 0 đến 15 tuổi, có chẩn đoán lâm sàng u gan, được chụp CLVT và có kết quả chẩn đoán cuối cùng bằng giải phẫu bệnh tại Bệnh viện Nhi Trung Ương thời gian từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 5 năm 2014.

### 1. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán UNBG

**Bảng 1. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán UNBG**

	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác	Giá trị dự báo +	Giá trị dự báo -
Thể một khối	95,9	10	71	72,3	50
Cấu trúc đặc	100	10	73,9	73,1	100
Kích thước >10cm	36,7	55	42	66,7	26,1
Đặc điểm ngấm thuốc	77,6	45	68,1	77,6	45
Bờ thùy múi	81,6	55	79,7	81,6	55
Có vôi hóa	34,7	90	50,7	89,5	36

- Giá trị của tổ hợp các dấu hiệu trong chẩn đoán UNBG:

**Bảng 2. Giá trị của CLVT khi tổ hợp các đặc điểm trong chẩn đoán UNBG**

Tổ hợp các dấu hiệu	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác	Giá trị dự báo dương tính	Giá trị dự báo âm tính
>=3	100	15	75,4	74,2	100
>=4	79,6	60	73,9	80	54,5
>=5	38,8	85	52	86,4	45,9
=6	12,2	90	34,8	75	35,3

*Phương pháp nghiên cứu:* hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả, phân tích. Các bệnh nhi được chụp CLVT ổ bụng trên máy CLVT 2 dây đầu thu loại GE của Mỹ. Các thông số kỹ thuật: kVp 120, mAs 140-170, độ dày lớp cắt 3-5 mm, bước nhảy 1.0, độ dày lát cắt 5mm, thực hiện cắt xoắn ốc, thuốc cản quang tiêm tĩnh mạch nhanh tốc độ 1,2-1,5ml/s, kim 20 hoặc 22, liều thuốc 1,5ml/kg, chụp thì trước tiêm thuốc, sau tiêm thuốc thì động mạch (20 giây), thì tĩnh mạch 40 giây, thì muộn nếu cần sau 3-5 phút. Nghiên cứu đánh giá giá trị của CLVT trong chẩn đoán UNBG dựa trên việc tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính của từng đặc điểm trong 6 đặc điểm thường gặp của u trên phim chụp CLVT, đánh giá giá trị trong chẩn đoán UNBG khi kết hợp CLVT với lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá giá trị của CLVT trong việc phân loại PRETEXT và mức độ xâm lấn của u với các cấu trúc lân cận.

## III. KẾT QUẢ

Trong số 69 bệnh nhi có chẩn đoán lâm sàng và CLVT là u gan và có kết quả giải phẫu bệnh có 49 bệnh nhi được chẩn đoán là UNBG.

**Bảng 3. Giá trị của chẩn đoán khi kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng**

	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác	Giá trị +	Giá trị -
Tuổi < 36 tháng + khối đặc ở gan	85,7	55	76,8	82,4	61,1
Tuổi < 36 tháng+ AFP cao+ khối đặc ở gan	85,7	80	84	91,3	70
Tuổi < 36 tháng+ AFP cao+ đặc điểm ngấm thuốc	67,3	95	74,4	97,1	52,8

**2. Giá trị của CLVT trong đánh giá vị trí u và liên quan**

Có 36 trường hợp được phẫu thuật, so sánh kết quả CLVT trước phẫu thuật và kết quả đánh giá trong phẫu thuật 36 ca:

**2.1. Giá trị của CLVT trong đánh giá vị trí u và phân loại PRETEXT (SIOPEL 1990)**

**Bảng 4. Vai trò của cắt lớp vi tính trong việc xác định vị trí u**

CLVT trước mổ	Trong mổ			
	Thùy phải	Thùy trái	Hai thùy	Tổng
Thùy phải	27	0	1	28
Thùy trái	0	5	0	5
Hai thùy	0	1	2	3
Tổng	27	6	3	36

Chỉ số Kappa= 0,856 (p=0,000)

**Nhận xét:** Chỉ số Kappa ở mức rất cao là 0,856.

**Bảng 5. Vai trò của cắt lớp vi tính trong việc phân loại PRETEXT theo SIOPEL 1990**

CLVT trước mổ	Trong mổ			
	PRETEXT I	PRETEXT II	PRETEXT III	Tổng
PRETEXT I	8	2	0	10
PRETEXT II	1	13	3	17
PRETEXT III	0	2	7	9
Tổng	9	17	10	36

Chỉ số Kappa= 0,65 (p=0,000)

**Nhận xét:** Chỉ số Kappa ở mức cao là 0,65.

**2.2. Giá trị của CLVT trong việc đánh giá xâm lấn mạch máu**

**TMC:** Trong số 36 trường hợp phẫu thuật, không thấy có ghi nhận huyết khối hay thâm nhiễm TMC trong phẫu thuật kết quả phù hợp với nhận định của CLVT trước mổ.

**Bảng 6. Giá trị của CLVT trong việc đánh giá xâm lấn TMG và TMCD**

	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>TMG</b>		
Phù hợp	35	97,2
Không phù hợp	1	2,8
Tổng	36	100

**TMCD**

Phù hợp	35	97,2
Không phù hợp	1	2,8
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:**

Có một trường hợp có kết quả CLVT không phù hợp với phẫu thuật trong đánh giá xâm lấn TMG, chiếm tỷ lệ 2,8%.

Có một trường hợp có kết quả CLVT không phù hợp với phẫu thuật trong đánh giá xâm lấn TMCD, chiếm tỷ lệ 2,8%.

**2.3. Giá trị của CLVT trong việc đánh giá xâm lấn ngoài gan**

**Bảng 7. Giá trị của CLVT trong việc đánh giá xâm lấn ngoài gan**

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phù hợp	32	88,9
Không phù hợp	4	11,1
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:**

Tỷ lệ phù hợp của CLVT trong việc đánh giá xâm lấn các tạng lân cận là 88,9%, không phù hợp với kết quả phẫu thuật là 11.1%.

**Bảng 8. Giá trị của CLVT trong đánh giá hạch**

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phù hợp	34	94,4
Không phù hợp	2	5,4
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:**

Có 2 trường hợp đánh giá hạch trên CLVT không phù hợp với kết quả phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 5,4%.

**IV. BÀN LUẬN**

Một số các đặc điểm thường gặp của UNBG như: thể một khối, kích thước trên 10cm, cấu trúc đặc, bờ thùy múi không đều, vôi hóa trong u, ngấm thuốc mạnh

thì động mạch và tỷ trọng kém nhu mô gan xung quanh thì tĩnh mạch [3] [4] [5]. Trong số 6 đặc điểm thường gặp trên của UNBG, không có đặc điểm riêng lẻ nào có cùng độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Các đặc điểm có độ chính xác cao như thể một khối, cấu trúc đặc, bờ thùy múi, với độ chính xác tương ứng là 71%, 73,9% và 79,9%, tuy nhiên độ đặc hiệu của các đặc điểm này không cao, tương ứng là 10%, 10% và 55%. Đặc điểm vôi hóa trong khối có độ đặc hiệu cao nhất là 90%, tuy nhiên độ nhạy là 34,7%. Khi tổ hợp 6 đặc điểm trên CLVT, thấy khi có tối thiểu 3 đặc điểm có độ nhạy rất cao là 100% và độ chính xác là 75,4%, tuy nhiên độ đặc hiệu chỉ đạt 15%. Khi có tối thiểu 4 đặc điểm trên CLVT có giá trị tương đối nhất với độ nhạy là 79,6%, độ đặc hiệu là 60% và độ chính xác là 73,9%. Khi có tối thiểu 5 đặc điểm hoặc có đủ 6 đặc điểm thì độ đặc hiệu rất cao là 85% và 95% nhưng độ đặc hiệu thấp nên độ chính xác chỉ đạt được là 52% và 34,8%. Khi kết hợp yếu tố tuổi, và khối cấu trúc đặc trên CLVT thấy độ đặc hiệu là 85,7%, độ đặc hiệu ở mức trung bình là 50%. Khi kết hợp đặc điểm của yếu tố tuổi, kết hợp AFP cao hơn so với tuổi với đặc điểm cấu trúc khối đặc trên CLVT thấy độ nhạy và độ đặc hiệu đều cao là 85,7% và 80%, độ chính xác là 84%. Khi kết hợp hai đặc điểm lâm sàng trên với đặc điểm ngấm thuốc trên CLVT thấy độ nhạy giảm còn 67,3% nhưng độ đặc hiệu rất cao là 95%, độ chính xác là 74,4%. Như vậy nếu một khối u không có tối thiểu 3 đặc điểm của UNBG trên CLVT có thể loại trừ chẩn đoán. Nếu chỉ cần CLVT để chẩn đoán UNBG thì phải tổ hợp nhiều đặc điểm cùng một lúc, tuy vậy độ nhạy sẽ thấp. Để chẩn đoán có giá trị cao cần thiết phải kết hợp thêm với lâm sàng và xét nghiệm.

CLVT là một phương pháp có giá trị trong đánh giá vị trí cũng như liên quan của u với các cấu trúc xung quanh, năm 1990 CLVT được Hiệp Hội chống ung thư trẻ em Quốc tế (được viết tắt là SIOP) sử dụng trong việc phân loại u trước điều trị (được viết tắt là PRETEXT) và được chia làm 4 loại: PRETEXT I u giới hạn ở một phân thùy, 3 phân thùy liên kề không có u, PRETEXT II có 2 phân thùy liên kề không có u, PRETEXT III có 1 phân thùy không có u, PRETEXT IV u có ở cả 4 phân thùy [6]. Theo nghiên cứu của chúng tôi 94% có sự phù hợp giữa đánh giá trên phim chụp CLVT và phẫu thuật về vị trí u, chỉ số đồng thuận rất cao là Kappa=0,856. Trong nghiên cứu của Susan J King [7] có 3 ca trong tổng số 15 ca

đánh giá không phù hợp; Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa CLVT và phẫu thuật về kích thước u với  $p=0,21$ ; Chỉ số đồng thuận về đánh giá phân loại PRETEXT ở mức cao là 0,65. Trong số 8 ca chẩn đoán không phù hợp có 5 ca chẩn đoán PRETEXT thấp hơn so với thực tế do u chèn ép gây hạn chế quan sát các cấu trúc mạch máu lân cận, đây không chỉ là yếu tố ảnh hưởng gây hạn chế đánh giá mạch máu mà còn ảnh hưởng đến việc đánh giá PRETEXT.

Trên phim chụp CLVT trước mổ, có 30 trường hợp quan sát thấy rõ cấu trúc của TMC và không thấy dấu hiệu của huyết khối. Có 6 trường hợp không quan sát thấy rõ cấu trúc bình thường của TMC nên ở những ca này không thể đánh giá phân biệt được nguyên nhân không quan sát thấy là do u chèn ép hay thâm nhiễm. Tuy nhiên trên thực tế không thấy có ghi nhận huyết khối hay thâm nhiễm TMC ở cả trên phẫu thuật và GPB. Như vậy có thể đây cũng là một đặc điểm của UNBG đó là huyết khối hay thâm nhiễm TMC không phải là đặc điểm thường gặp của UNBG.

Trong nghiên cứu của chúng tôi trong số 36 trường hợp phẫu thuật có 34 trường hợp có thể đánh giá được tình trạng TMG trước phẫu thuật, không thấy có dấu hiệu huyết khối TMG, có 2 trường hợp không quan sát thấy. Ở trường hợp được đánh giá trong phẫu thuật là u thâm nhiễm vào TMG giữa trên phim chụp CLVT u có vị trí HPT V, VIII và IV, PRETEXT III, đây TMG phải ra sau, không còn quan sát thấy TMG giữa nên không phân biệt được do u chèn ép hay thâm nhiễm trực tiếp. Trong số 36 ca được phẫu thuật, toàn bộ TMCD đều được quan sát thấy và không thấy có dấu hiệu của huyết khối tĩnh mạch. Có một trường hợp trong phẫu thuật thấy u dính với mặt trước của TMCD, trên CLVT có hình ảnh u tiếp xúc một phần 1/3 chi vi TMCD và hoàn toàn không gây chèn ép tĩnh mạch. Theo tác giả Derek [7] ngay cả trong trường hợp không quan sát thấy TMG cũng không phân biệt được nguyên nhân do u thâm nhiễm làm bí tắc hay chỉ do u chèn ép đơn thuần, TMG cũng có thể bị tắc và không quan sát thấy do u chèn ép mà hoàn toàn không phải do thâm nhiễm. Trong những trường hợp này cần thiết phải kết hợp thêm với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác như siêu âm, hay MRI. Siêu âm là phương pháp đơn giản và hiệu quả, sẽ là “cái nhìn thứ 2” giúp

đánh giá lại tình trạng TMG hay TMC. Như vậy nói một cách khách quan, tính chất thâm nhiễm mạch máu của u nguyên bào gan là ít. CLVT giúp đánh giá tốt liên quan của u đối với các cấu trúc mạch máu và siêu âm có thể là phương tiện hỗ trợ, giúp có một “cái nhìn thứ 2” trong những trường hợp nghi ngờ tổn thương trên CLVT.

Thông thường khác với ung thư biểu mô tế bào gan, UNBG hiếm khi di căn hạch rốn gan [8], ở trẻ em hạch to lành tính có thể gặp, do vậy đối với UNBG chỉ khi đường kính trục ngắn của hạch rốn gan trên hay bằng 15mm sẽ có giá trị trong việc đánh giá sự thâm nhiễm của u. Trong trường hợp này nếu trẻ không có các dấu hiệu gợi ý thuộc nhóm nguy cơ cao sẽ cần thiết phải sinh thiết hạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong số 49 trường hợp UNBG tại thời điểm chẩn đoán có 2 trường hợp có hạch ổ bụng đường kính 15mm được phát hiện trên CLVT. Trong số 36 trường hợp được phẫu thuật, CLVT trước phẫu thuật không thấy có trường hợp nào có hạch, tuy nhiên trong phẫu thuật xác định có 2 trường hợp có hạch rốn gan đường kính 10mm và 5mm. Như vậy mặc dù có kết quả không phù hợp với phẫu thuật nhưng với hạch có ý nghĩa gợi ý u di căn vẫn có thể được phát hiện trên CLVT hai dãy đầu thu. Trong cả 2 trường hợp có hạch được phát hiện trong mổ trên, kết quả GPB của chúng tôi không ghi nhận ca nào có hạch di căn.

Trong số 36 trường hợp được phẫu thuật, có 4 trường hợp, chiếm tỷ lệ 11,1% CLVT đánh giá không phù hợp với kết quả phẫu thuật. Trong 4 trường hợp này có 2 trường hợp được xác định dính vào mạc nối lớn và thành bụng, có hai trường hợp u dính với cơ hoành. Đối chiếu trên hình ảnh CLVT trước mổ chúng tôi thấy các u có vị trí tiếp xúc với thành bụng và đẩy lùi thành bụng, không thấy thâm nhiễm thành bụng. Với hai trường hợp dính với cơ hoành thấy khối lồi ra khỏi bờ trên của gan, sát dưới cơ hoành phải.

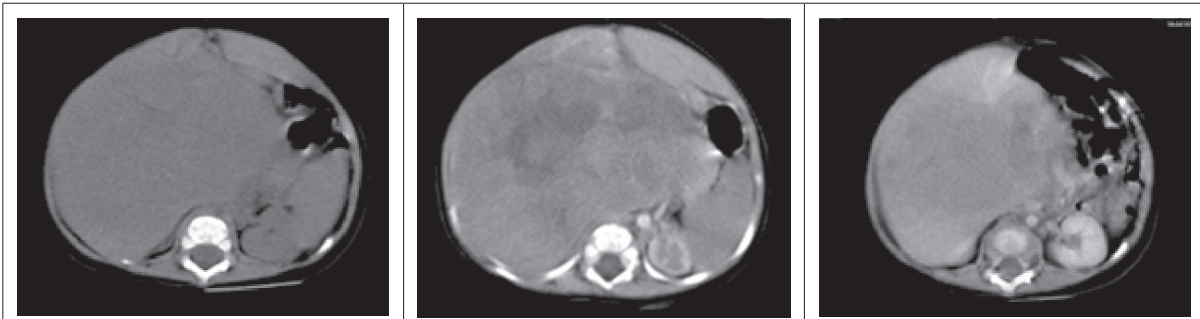
Khác với người lớn, tổ chức mỡ trong ổ bụng ở trẻ em rất ít, nên rất khó khăn để đánh giá tình trạng thâm nhiễm mỡ của u ra xung quanh. Tại thời điểm trước phẫu thuật, có 6 trường hợp u nằm sát và đẩy lùi thành bụng thì có 3 trường hợp u lồi ra khỏi mặt trên gan. Như vậy không phải tất cả các trường hợp có dấu hiệu đẩy lùi thành bụng hay lồi ra khỏi mặt trên gan đều dính với thành bụng hay vòm hoành, tuy nhiên đây cũng có thể là một dấu hiệu gợi ý và kết luận này có ý nghĩa hơn đối

với những u nằm sát vòm hoành hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp không đánh giá được u xâm lấn vòm hoành và mạc nối lớn, thành bụng, nguyên nhân do u lớn, áp sát và đẩy lùi thành bụng, không còn thấy lớp mỡ phân cách giữa u với thành bụng. Trên thực tế tổ chức mỡ trong ổ bụng của trẻ em rất ít, vì vậy khó đánh giá tình trạng thâm nhiễm mỡ hay thành bụng. Trường hợp u dính vào vòm hoành phải là hai trường hợp u lồi ra khỏi mặt trên của gan và sát với vòm hoành, phim chụp CLVT hai dãy đầu thu khó có khả năng tái tạo hình ảnh trên các hướng đứng dọc đủ tốt để đánh giá được tình trạng đẩy lùi vòm hoành.

**V. KẾT LUẬN**

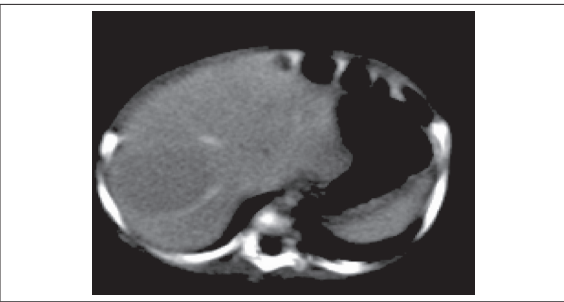
Không có đặc điểm riêng lẻ nào trên CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu đồng thời cao, đặc điểm có ý nghĩa là đặc điểm khối có vôi hóa bên trong có độ đặc hiệu cao nhất là 90%. Chẩn đoán UNBG khi kết hợp giữa CLVT với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng sẽ có độ nhạy và độ đặc hiệu cao là 85,7% và 80%. CLVT có giá trị trong đánh giá vị trí u với chỉ số đồng thuận Kappa ở mức rất cao là 0,856, trong phân loại PRETEXT ở mức cao là 0,65 và liên quan giữa u với các mạch máu với độ phù hợp 97,2-100%, với các cấu trúc lân cận với độ phù hợp 88,9%.



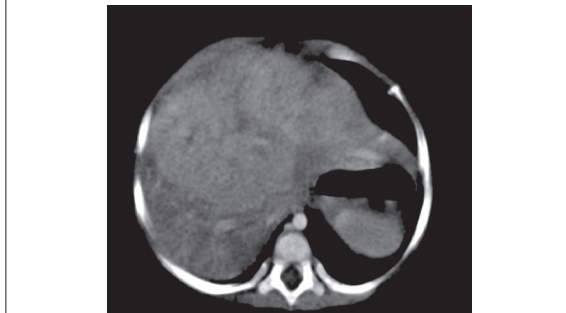
Hình 1. Hình ảnh chụp trước và sau tiêm thuốc cản quang, kiểu ngấm thuốc kém hai thì ở bệnh nhân Nguyễn Văn Ph, nam, 9 tháng tuổi, MSBA 10120073



Hình 2. Hoàng Minh Ph, nam, 71 tháng, MSBA 12128022, PRETEXT I



Hình 3. Bệnh nhân Nguyễn Hà Ph, nữ, 2 tháng, MSBA 11213273, PRETEXT II



Hình 4. Nguyễn Thị Th, 15 tháng tuổi, nữ, MSBA 10288449, PRETEXT III



Hình 5. Trần Đỗ Minh H, nữ, 96 tháng, MSBA 13070978, PRETEXT IV.

---

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kalmal G.Ishak et al (1966), "Hepatoblastoma and hepatocarcinoma in infancy and childhood", *Cancer*, 20, p.396-422.
2. Derek.J.Roebuck (2006), "Hepatoblastoma: an oncological review", *Pediatr Radiol* 36, p.183-186.
3. Limon J Parada LA, Iliszko Metal (2000), "Cytogenetics of hepatoblastoma: Further characterization of 1q rearrangements by fluorescence in situ hybridization: An international collaborative study", *Med Pediatr Oncol*, 34, p.165-1705. Derek. J. Roebuck et al (2007), "2005 PRETEXT", *Pediatr Radiol*, 37, p.123-132.
4. Lane F. Donnelly (2005), "Hepatoblastoma", *Diagnostic imaging pediatric*, p.p4/82-4/85.
5. Qian Dong and Jingjing Chen (2011), "CT Scanner of Pediatric Liver Tumors", *CT Scanning- Techniques and Applications*, p.69-88.
6. Derek J. Roebuck et al (2006), "Radiological staging in children with hepatoblastoma", *Pediatr Radiol*, 36, p.176-182
7. Susan J King et al (1993), "Value of CT in determining the resectability of hepatoblastoma before and after chemotherapy", *AJR*, 160(April), p.793-798.
8. Derek. J. Roebuck et al (2007), "2005 PRETEXT", *Pediatr Radiol*, 37, p.123-132.

---

## TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán u nguyên bào gan trẻ em.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 69 bệnh nhi dưới 15 tuổi, có chẩn đoán lâm sàng u gan, được chụp CLVT hai dãy đầu thu, có kết quả giải phẫu bệnh tại Bệnh viện Nhi Trung Ương thời gian từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 5 năm 2014.

**Kết quả:** Không có đặc điểm riêng lẻ nào trên phim chụp CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu cùng cao. Đặc điểm vôi hóa trong u có độ đặc hiệu cao nhất là 90%, tuy nhiên độ nhạy là 34,7%. Kết hợp đặc điểm cấu trúc khối đặc trên CLVT với yếu tố tuổi dưới 36 tháng có độ đặc hiệu 55%, độ nhạy 85,7%, kết hợp khối cấu trúc đặc với tuổi và AFP cao so với tuổi có độ đặc hiệu 80%, độ nhạy 85,7%, kết hợp lâm sàng và đặc điểm ngấm thuốc có độ đặc hiệu 67,3%, độ nhạy 95%. CLVT có giá trị trong đánh giá vị trí u, phân loại PRETEXT với chỉ số đồng thuận cao tương ứng là 0,856 và 0,65.

**Kết luận:** Chẩn đoán UNBG cần phải kết hợp giữa hình ảnh CLVT và yếu tố tuổi, alfa-fetoprotein mới có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. CLVT có giá trị trong đánh giá vị trí u và liên quan u với các thành phần xung quanh.

**Từ khóa:** u nguyên bào gan, u gan trẻ em, hình ảnh u nguyên bào gan.

---

Người liên hệ: Nguyễn Duy Huề, Khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Việt Đức

Email: duyhuedhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.3.2015

Ngày chấp nhận đăng: 30.3.2015