

prostaglandin, từ đó làm suy yếu hàng rào bảo vệ của niêm mạc dạ dày-tá tràng. H. pylori cũng làm giảm lớp mucin bảo vệ niêm mạc, và khi kết hợp với tác dụng của corticoid và NSAID, nguy cơ viêm loét tăng lên đáng kể.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân VLDD-TT có H. pylori dương tính chủ yếu là người trên 50 tuổi, với triệu chứng phổ biến nhất là đau thượng vị và các rối loạn tiêu hóa. Nội soi chủ yếu cho thấy viêm dạ dày, đặc biệt là viêm hang vị, dạng viêm sung huyết trong khi tỷ lệ loét dạ dày-tá tràng khá thấp. Người cao tuổi, có hút thuốc lá, sử dụng corticoid và NSAID cần được lưu ý do có liên quan với tổn thương viêm kết hợp loét.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bạch Thái Dương, Trần Thị Nữ, Nguyễn Tiến Đạt, Nguyễn Phúc Khang, Dương Nhật Huy và cộng sự.** Khảo sát hình ảnh nội soi và tình hình nhiễm Helicobacter pylori ở bệnh nhân viêm loét dạ dày – tá tràng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023. (56), 37-44. doi:https://doi.org/10.58490/ctump.2023i56.497.
2. **Phạm Hồng Khánh, Trần Thị Huyền Trang, Nguyễn Quang Duật, Vũ Văn Khiên.** Tần suất và các yếu tố độc lực của Helicobacter pylori ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021. 505(2), 65-68. doi:https://doi.org/10.51298/vmj.v50i2.1092.
3. **Hunt R. H., Bazzoli F.** Review article: should NSAID/low-dose aspirin takers be tested routinely

for H. pylori infection and treated if positive? Implications for primary risk of ulcer and ulcer relapse after initial healing. Aliment Pharmacol Ther. 2004. 19 Suppl 19-16. doi:10.1111/j.0953-0673.2004.01830.x.

4. **Memon Ghulam Rasool, Maria Gul, Memon Anila Faisal, Siyal Abdul Rahim.** Analysis of Helicobacter pylori gastritis according to Sydney classification. JMMC. 2019. 10(2), 42-45. doi:https://doi.org/10.62118/jmmc.v10i2.106.
5. **Thái Thị Hoài, Trần Văn Huy.** Đánh giá sự biến đổi lâm sàng, nội soi và mô bệnh học ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn nhiễm Helicobacter pylori sau điều trị bằng phác đồ RACM. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế. 2016. 3212-19. doi:DOI: 10.34071/jmp.2016.2.2.
6. **Fadieienko G., Nikiforova Y.V.** Maastricht VI/Florence Consensus for the treatment of Helicobacter pylori infection: updated recommendations for cancer prevention opportunities. Modern Gastroenterology. 2023. 2((130)), 14-25. doi:http://dx.doi.org/10.30978/MG-2023-2-14.
7. **Yuan S., Chen J., Ruan X., Sun Y., Zhang K., et al.** Smoking, alcohol consumption, and 24 gastrointestinal diseases: Mendelian randomization analysis. Elife. 2023. 12doi:10.7554/eLife.84051.
8. **Nguyễn Thế Bảo, Huỳnh Hiếu Tâm, Ngô Đại Dương, Trần Công Đăng, Võ Đức Tính và cộng sự.** Đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố và kết cục điều trị ngắn hạn thất bại bằng thuốc Nexium liều cao truyền tĩnh mạch ở bệnh nhân xuất huyết do loét dạ dày – tá tràng phân loại Forrest IIB. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024. 540(3), 264-268. doi:https://doi.org/10.51298/vmj.v540i3.10506.

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM BỤNG TRONG XÁC ĐỊNH VỊ TRÍ CỦA ỐNG THÔNG TĨNH MẠCH RỖN Ở TRẺ SƠ SINH

Nguyễn Thị Thu Diệu¹, Nguyễn Đình Tuyền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ống thông tĩnh mạch rốn (ÔTTMR) là đường truyền trung tâm phổ biến tại khoa Sơ sinh để truyền dịch, thuốc và các sản phẩm máu cho trẻ sơ sinh. Tuy nhiên đặt sai vị trí có thể gây ra nhiều biến chứng ở gan như huyết khối tĩnh mạch cửa, hoại tử gan, tụ dịch tụ máu trong gan,... Hiện nay, Xquang (XQ) ngực bụng thẳng được sử dụng để kiểm tra vị trí ống thông tĩnh mạch rốn, tuy nhiên, phương pháp xâm lấn này bất tiện cho trẻ và nhân viên y tế, và không thể theo dõi sự di chuyển của ống thông sau khi đặt. Siêu âm (SÂ) là phương tiện dễ dàng, không

gây hại, vừa giúp kiểm tra vị trí và phát hiện các biến chứng, vừa theo dõi sự di lệch của ống thông. Tuy nhiên, việc sử dụng siêu âm để xác định vị trí của ống thông tĩnh mạch rốn chưa phổ biến ở Việt Nam. **Mục tiêu:** Xác định vị trí của ống thông tĩnh mạch rốn trên siêu âm bụng so sánh với Xquang ngực bụng thẳng. **Phương pháp nghiên cứu** Mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu gồm 77 trẻ sơ sinh được đặt ống thông tĩnh mạch rốn tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024. **Kết quả:** Có sự khác biệt khi xác định vị trí của ÔTTMR bằng 2 phương pháp XQ và SÂ ($p < 0,001$). SÂ phát hiện 6 trường hợp sai vị trí ÔTTMR trong khi trên XQ lại kết luận đúng vị trí. 44,2% trường hợp ÔTTMR có biến chứng tại gan, chủ yếu xảy ra khi ÔTTMR ở vị trí ngoại biên. **Kết luận:** Siêu âm bụng xác định khá chính xác vị trí của ÔTTMR, Xquang ngực bụng thẳng xác định ít chính xác vị trí của ÔTTMR. Cần ứng dụng rộng rãi siêu âm trong xác định vị trí của ống thông tĩnh mạch rốn.

¹Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuyền

Email: nguyendinh TUYEN889@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025

Từ khóa: ống thông tĩnh mạch rốn, sơ sinh, Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

SUMMARY

EVALUATING THE ROLE OF ABDOMINAL ULTRASOUND IN DETERMINING THE POSITION OF UMBILICAL VENOUS CATHETERIZATION IN NEONATES

Background: The umbilical venous catheter (UVC) is a common central line in neonatal department for administering fluids, medications, and blood products in neonates. However, malpositioning of the catheter can lead to various liver complications such as portal vein thrombosis, hepatic necrosis, and hepatic hematomas, etc. Currently, frontal chest-abdominal X-ray (CXR) is used to confirm the UVC placement. However, this invasive method is inconvenient for both infants and healthcare workers, and can not monitor catheter migration post-insertion. Ultrasound (US) is an easy, harmless method to check the position and detect complications, as well as monitor catheter movement. However, the use of ultrasound to determine the position of the umbilical vein catheter is not popular in Vietnam. Nevertheless, the use of ultrasound to verify UVC position is not yet common in Vietnam. **Objective:** To evaluate the position of umbilical venous catheters using abdominal ultrasound compared with frontal chest-abdominal X-ray. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. The study included 77 neonates who were underwent UVC placement at Quang Ngai Hospital for Children and Women from June 2024 to October 2024. **Results:** There was a difference in UVC position identification between the CXR and US methods ($p < 0.001$). Ultrasound detected 6 cases of malpositioned UVCs while properly placed result on X-ray. Complications involving the liver occurred in 44.2% of cases, primarily when the UVC was located in a peripheral position. **Conclusion:** Determination the location of the UVC with abdominal ultrasound is quite accurate, while chest-abdominal X-rays determine the location of UVC less accurately. Ultrasound should be widely used in determining the location of the umbilical vein catheter.

Keywords: umbilical venous catheter, neonates, Quang Ngai Hospital for Children and Women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặt ống thông tĩnh mạch rốn (ÔTTMR) là thủ thuật đặt đường truyền trung tâm cho bệnh nhi sơ sinh. Phương pháp này phổ biến tại khoa Sơ sinh để truyền dịch, thuốc và các sản phẩm máu cho trẻ. ÔTTMR giúp giảm đau và giảm các biến chứng của việc lấy vein ngoại biên nhiều lần. Tuy nhiên, đặt sai vị trí có thể gây ra nhiều biến chứng ở gan như huyết khối tĩnh mạch cửa, hoại tử gan, tụ dịch/tụ máu trong gan,... Hiện nay X-quang (XQ) ngực bụng thẳng được thực hiện thường quy để kiểm tra vị trí ÔTTMR sau khi đặt. Tuy nhiên do đặc tính trong khoa Sơ sinh các bé nằm gần nhau, khi chụp XQ không có tấm chắn

chì riêng cho từng bé, điều này làm cho các bé phải tiếp xúc với tia X tích lũy hằng ngày; không những vậy, kỹ thuật viên XQ và nhân viên y tế của khoa cũng phải cách ly thường xuyên. Bên cạnh đó, XQ tại một thời điểm không giúp phát hiện sự di chuyển của ÔTTMR sau đặt. Siêu âm (SA) là phương tiện dễ dàng, không gây hại, có thể lặp đi lặp lại nhiều lần vừa giúp kiểm tra vị trí ÔTTMR vừa phát hiện và theo dõi biến chứng lâu dài, nhất là huyết khối tĩnh mạch cửa. ÔTTMR thường di chuyển sau đặt, dẫn đến sai vị trí. SA là một giải pháp thay thế khả thi để phát hiện sai sót so với XQ và tránh bức xạ bổ sung. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về vai trò của SA trong đánh giá vị trí của ÔTTMR. Tại Việt Nam năm 2019, Trình Thị Thu Hà¹ tại bệnh viện Nhi đồng 2 nghiên cứu vai trò của SA trong đánh giá ÔTTMR đã đưa ra kết luận SA có giá trị hơn XQ trong đánh giá vị trí của ÔTTMR. Tuy nhiên hiện nay việc áp dụng SA để xác định vị trí ban đầu và sự di chuyển sau đó của ÔTTMR chưa được thực hành rộng rãi tại Việt Nam. Chính vì những lý do nêu trên, chúng tôi tiến hành đề tài: "Đánh giá vai trò của SA bụng trong xác định vị trí của đặt ống thông tĩnh mạch rốn tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi năm 2024".

Mục tiêu nghiên cứu Xác định Vị trí của ÔTTMR trên SA, so sánh với XQ ngực bụng thẳng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: 77 trẻ sơ sinh được đặt ÔTTMR tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Sản – Nhi tỉnh Quảng Ngãi từ tháng 6/2024 đến tháng 10/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả trẻ sơ sinh nhập khoa Sơ sinh – Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi.

+ Được đặt ÔTTMR

+ Chụp XQ ngực bụng thẳng kiểm tra vị trí ÔTTMR

+ SA bụng kiểm tra vị trí ÔTTMR

- Tiêu chuẩn loại trừ: Dị tật vùng ngực bụng.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Thuận tiện

Định nghĩa biến số chính

Bảng 1. Định nghĩa các biến số chính

ÔTTMR	XQ ngực bụng thẳng	SA
Trung ương đúng vị trí	Hướng dọc theo cột sống Đầu tận ngang đốt sống ngực 9,10	Chô nổi tĩnh mạch chủ dưới và nhĩ phải Ống tĩnh mạch
Trung ương sai	Hướng dọc theo cột sống	Nhĩ phải Nhĩ trái

Vị trí (sâu)	Đầu tận trên đốt sống ngực 9	Thất phải
Ngoại biên	Đầu tận dưới đốt sống ngực 10	Nhu mô gan Tĩnh mạch cửa Tĩnh mạch rốn

Xử lý và phân tích số liệu: bằng Phần mềm thống kê SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung, vị trí đầu tận của ÔTTMR

Bảng 2. Đặc điểm chung

Đặc điểm	Kết quả (n=77)
Tuổi thai (tuần), TB ± ĐLC, (GTNN - GTLN)	32,7 ± 4,4 (24 - 40)
Giới, n (%): Nam Nữ	43 (55,8) 34 (44,2)
Cân nặng (g), TB ± ĐLC, (GTNN - GTLN)	1844,6 ± 720,8 (550 - 3600)
Chiều dài (cm), TB ± ĐLC, (GTNN - GTLN)	8,4 ± 1,1 (6,5 - 11,0)

TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn, GTNN: giá trị nhỏ nhất, GTLN: giá trị lớn nhất

Nhận xét: nam nhiều hơn nữ, cân nặng thấp nhất 550 g.

Bảng 3. Vị trí của ÔTTMR trên SA

Vị trí đầu tận ÔTTMR	Đường truyền ÔTTMR	Kết quả (n=77, tỉ lệ %)
Đúng vị trí	Chỗ nối tĩnh mạch chủ dưới và nhĩ phải	10 (13)
	Ông tĩnh mạch	6 (7,8)
Sai vị trí	Nhĩ trái	1 (1,3)
	Thất phải	1 (1,3)
	Nhĩ phải	14 (18,2)
	Nhu mô gan	17 (22,1)
	Tĩnh mạch cửa	28 (36,4)
	Tĩnh mạch rốn	0

Nhận xét: trên siêu âm phát hiện sai vị trí nhiều nhất ở ngoại biên.

Bảng 4. Vị trí của ÔTTMR trên XQ ngực bụng thẳng

Vị trí đầu tận ÔTTMR	Đường truyền ÔTTMR	Kết quả (n=77, tỉ lệ %)
Đúng vị trí		20 (26)
Sai vị trí	Vị trí cao (sâu)	13 (16,9)
	Vị trí thấp	44 (57,1)

Nhận xét: trên Xquang vị trí ngoại biên thấp chiếm đa số.

So sánh vị trí của ÔTTMR trên XQ ngực bụng thẳng và SA

Bảng 5. Vị trí đầu tận của ÔTTMR trên XQ ngực bụng thẳng và SA

Vị trí ÔTTMR trên SA	Vị trí ÔTTMR trên XQ ngực bụng thẳng	Tổng (n=77)
----------------------	--------------------------------------	-------------

	Đúng	Cao	Thấp	
Chỗ nối tĩnh mạch chủ dưới và nhĩ phải	10	0	0	10
Ông tĩnh mạch	4	0	2	6
Nhĩ trái	0	1	0	1
Thất phải	0	1	0	1
Nhĩ phải	3	11	0	14
Nhu mô gan	0	0	17	17
Tĩnh mạch cửa	3	0	25	28
Tổng	20	13	44	77

Nhận xét: Vị trí ÔTTMR trên SA và xquang ngực bụng thẳng cho giá trị đúng 20/77 trường hợp.

Bảng 6. Đường truyền của ÔTTMR trên XQ ngực bụng thẳng và SA

Đường truyền ÔTTMR	SA			p
	Trung ương	Ngoại biên	Tổng	
XQ	Trung ương	30	3	33
	Ngoại biên	2	42	44
	Tổng	32	45	77

* Fisher exact test

Nhận xét: sự khác biệt vị trí ÔTTMR trên SA và xquang ngực bụng thẳng có ý nghĩa thống kê.

Điều chỉnh vị trí, biến chứng ÔTTMR sau siêu âm

Bảng 7. Điều chỉnh vị trí ÔTTMR sau siêu âm

Điều chỉnh vị trí ÔTTMR		Kết quả (n=77, tỉ lệ %)
Không		16 (20,8)
Có	Rút ra đúng vị trí trung ương	16 (20,8)
	Rút ra vị trí tĩnh mạch rốn	45 (58,4)

Nhận xét: Tỉ lệ phải điều chỉnh lại vị trí ống thông

Bảng 8. Biến chứng của ÔTTMR

Biến chứng		Kết quả (n=77, tỉ lệ %)
Không	43 (55,8)	
Có	Hơi tĩnh mạch cửa	9 (11,7)
	Huyết khối tĩnh mạch cửa	25 (32,5)
	Hematoma gan	2 (2,6)

Nhận xét: Vị trí ống thông tĩnh mạch cửa có tỉ lệ gây huyết khối tĩnh mạch cửa cao nhất là 32,5% (25/77).

Bảng 9. Mối liên quan giữa vị trí và biến chứng của ÔTTMR

Đường truyền ÔTTMR	Biến chứng			p
	Có	Không	Tổng	
Trung ương	3 (9,4)	29 (90,6)	32	< 0,001
Ngoại biên	31 (68,9)	14 (31,1)	45	
Tổng	34 (44,2)	43 (55,8)	77	

Nhận xét: Biến chứng sai vị trí chủ yếu ở

đường truyền ngoại biên.

IV. BÀN LUẬN

Vị trí đầu tận ÔTTMR. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 20,8% (16/77) ÔTTMR được đặt đúng vị trí ở lần đầu tiên dựa trên SA, tương tự nghiên cứu của Trình Thị Thu Hà¹ là 23,8%, Ades A² là 23%. Các nghiên cứu cho kết quả nhất quán rằng tỷ lệ đặt đúng vị trí trong lần đầu tiên là rất thấp, chỉ từ 1/4 đến 1/5 các trường hợp, giải thích cho điều này là do đặt ÔTTMR là đặt mù, chỉ dựa vào công thức tính sẵn, đường đi trong mạch máu không thẳng mà có chỗ cong nên có thể không hoàn toàn chính xác và cần kiểm tra lại bằng hình ảnh học.

So sánh giữa SA và XQ ngực bụng thẳng trong xác định vị trí đầu tận của ÔTTMR cho thấy: 13 trường hợp vị trí cao (sâu) trên XQ thì trên SA 11 trường hợp ở nhĩ phải, 1 ở nhĩ trái và 1 ở thất trái. Tương tự với nghiên cứu của Trình Thị Thu Hà¹ trên XQ và SA có giá trị tương đương trong xác định ÔTTMR ở vị trí sâu. 20 trường hợp đúng vị trí trên XQ thì trên SA có 14 trường hợp (70%) đúng vị trí (10 trường hợp ở chỗ nối tĩnh mạch chủ dưới - nhĩ phải, 4 trường hợp ở ống tĩnh mạch), còn 6 trường hợp (30%) sai vị trí, trong đó 3 trường hợp ở nhĩ phải và 3 trường hợp ở tĩnh mạch cửa; 44 trường hợp vị trí thấp trên Xquang thì trên SA có 42 trường hợp sai vị trí thực sự (17 nhu mô gan, 25 tĩnh mạch cửa), còn 2 trường hợp đúng vị trí nằm ở ống tĩnh mạch. Điều này cho thấy xác định vị trí ÔTTMR dựa vào vị trí các đốt sống ngực trên XQ không đảm bảo chính xác tuyệt đối. Giải thích cho sự khác biệt giữa hai phương pháp SA và XQ là bởi vì: ÔTTMR được đưa vào bụng thông qua tĩnh mạch rốn, đi ngang qua tĩnh mạch cửa trái rồi vào ống tĩnh mạch, tiếp tục đi đến tĩnh mạch chủ dưới để đến chỗ nối tĩnh mạch chủ dưới - nhĩ phải và có thể đi sâu vô nhĩ phải, nhĩ trái, thậm chí thất trái. ÔTTMR đi theo mặt phẳng đứng dọc nên không thể nhìn thấy chính xác trên XQ ngực bụng thẳng, do đó ÔTTMR sai vị trí có thể bị bỏ sót. Ngược lại, SA là hình ảnh không gian ba chiều, có thể nhìn thấy trực tiếp đường đi của ÔTTMR nên có thể nhìn thấy được đầu tận, giúp ngăn ngừa biến chứng do sai vị trí.

Đường truyền ÔTTMR trung ương và ngoại biên. Tỷ lệ ÔTTMR là đường truyền trung ương trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 41,6% (32/77) trường hợp, thấp hơn so với nghiên cứu của Trình Thị Thu Hà¹ là 64,3% nhưng tương tự kết quả nghiên cứu của Michel F³ là 45,9%. Các nghiên cứu quan sát cho thấy, một số động tác có thể giúp ÔTTMR đi qua ống

tĩnh mạch dễ dàng hơn. Pennaforte⁴ đề nghị ấn vào gan trong quá trình đặt ÔTTMR. Các tác giả khác khuyến nghị đặt trẻ ở tư thế nghiêng phải, bởi vì tư thế này giúp làm giảm nguy cơ đầu ống thông đi vào tĩnh mạch cửa. Một động tác khác được đề xuất là ấn vào phần bụng trên gần xoang tĩnh mạch cửa của gan, làm thẳng hàng tĩnh mạch rốn và ống tĩnh mạch, dưới hướng dẫn của SA.

Có sự khác biệt có ý nghĩa giữa SA và XQ ngực bụng thẳng trong xác định vị trí trung ương và ngoại biên của ÔTTMR (Bảng 5), tương tự với nghiên cứu của Trình Thị Thu Hà. Nghiên cứu của Michel F³ cho thấy SA và XQ đều có độ nhạy cao trong xác định ÔTTMR là trung ương hay ngoại biên (96% với SA và 92% với XQ), tuy nhiên SA ưu thế hơn XQ trong xác định vị trí đầu tận ÔTTMR (SA có độ nhạy 93%, độ đặc hiệu 95% so với XQ có độ nhạy 66%, độ đặc hiệu 63%). Xu hướng mới nhất hiện nay là tiến hành đặt ÔTTMR dưới hướng dẫn của SA để định hướng đường đi và vị trí đầu ống thông. Điều này đòi hỏi các bác sĩ Sơ sinh phải biết được kỹ thuật SA bụng cơ bản.

Điều chỉnh vị trí ÔTTMR sau SA. Dựa trên kết quả SA, chúng tôi quyết định có hay không có điều chỉnh vị trí của ÔTTMR, sau đó khảo sát lại bằng SA, kết quả cho thấy điều chỉnh vị trí ÔTTMR ở 79,2% (61/77) trường hợp. Trong đó, 16/61 trường hợp đặt sai vị trí ÔTTMR ở đường truyền trung ương được điều chỉnh về đúng 37 vị trí, tăng tỷ lệ ÔTTMR được đặt đúng vị trí lên 41,6%; 45/61 trường hợp sai vị trí ÔTTMR ở đường truyền ngoại biên được rút ra ngoài gan nằm trong tĩnh mạch rốn.

Biến chứng của ÔTTMR. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gần một nửa các trường hợp đặt ÔTTMR có biến chứng (44,2%), thường gặp nhất là huyết khối tĩnh mạch cửa (32,5%). Trong đó, ÔTTMR ở vị trí ngoại biên có tỉ lệ biến chứng cao hơn hẳn ở vị trí trung ương. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ biến chứng cao hơn hẳn nghiên cứu của Trình Thị Thu Hà¹ là 9,5%. Giải thích cho điều này là do nghiên cứu của Trình Thị Thu Hà chỉ tiến hành siêu âm 1 lần ngay sau đặt ÔTTMR, còn nghiên cứu của chúng tôi siêu âm nhiều lần sau đặt và trước ra viện.

Một số ưu điểm khác của SA so với XQ. Nhiều báo cáo cho thấy trẻ sơ sinh non tháng chịu số lần chụp phim XQ quá cao trong thời gian nằm tại khoa hồi sức sơ sinh, làm tăng nguy cơ liên quan đến tia X sau này⁵. Đây là kỹ thuật xâm lấn cần được thay thế bằng siêu âm tiện ích hơn. Bên cạnh ưu thế trong xác định vị trí đầu tận, SA còn giúp theo dõi sự di lệch và phát hiện

các biến chứng của ÔTTMR.

V. KẾT LUẬN

Siêu âm bụng xác định khá chính xác vị trí của ÔTTMR, Xquang ngực bụng thẳng xác định ít chính xác vị trí của ÔTTMR. Cần ứng dụng rộng rãi siêu âm trong xác định vị trí của ống thông tĩnh mạch rốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trình Thị Thu Hà, Nguyễn Thu Tịnh, Mai Tấn Liên Bang và cộng sự** (2022), "Vai trò của siêu âm tại giường trong đánh giá ống thông tĩnh mạch rốn tại Khoa Hồi sức sơ sinh", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh.
2. **Ades A, Sable C, Cummings S, et al** (2003). Echocardiographic evaluation of umbilical venous

catheter placement. Journal of Perinatology, 23(1):24.

3. **Michel F, Brevaut-Malaty V, Pasquali R, et al** (2012). Comparison of ultrasound and X-ray in determining the position of umbilical venous catheters. J Resuscitation, 83(6):705-9.
4. **Pennaforte T, Klosowski S, Alexandre C, et al** (2010), Interêt du refoulement hépatique pour repositionner un cathéter veineux ombilical «sous-hépatique» dans la veine cave inférieure [Increased success rate in umbilical venous catheter positioning by posterior liver mobilization]. Arch Pediatr.
5. **Puch-Kapst K, Juran R, Stoeve B, Wauer RR** (2009). Radiation exposure in 212 very low and extremely low birth weight infants. J Pediatrics, 124 (6):1556-64.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH HỌC CẮT LỚP VI TÍNH THẬN BÌNH THƯỜNG Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2023-2025

Nguyễn Thị Ngọc Trâm¹, Huỳnh Quang Huy², Bùi Ngọc Thuận¹,
Nguyễn Thái Huy³, Tô Anh Quân¹, Phạm Thị Anh Thu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thận là cơ quan có cấu trúc giải phẫu và hệ mạch phong phú, nhưng không phải lúc nào cũng tuân theo một mô hình cố định. Sự khác biệt về kích thước, vị trí, hình thái, cũng như sự phân bố của động mạch và tĩnh mạch thận, có thể ảnh hưởng đáng kể đến chẩn đoán hình ảnh, can thiệp ngoại khoa và các thủ thuật xâm lấn như đặt stent, thắt mạch hay ghép thận. Nhận diện chính xác các biến thể này trên cắt lớp vi tính (CLVT) giúp cải thiện độ chính xác trong đánh giá trước can thiệp, giảm thiểu nguy cơ biến chứng trong điều trị. **Mục tiêu:** (1) Khảo sát đặc điểm hình ảnh học thận ở người trưởng thành trên chụp cắt lớp vi tính, (2) Khảo sát dạng thay đổi hình ảnh học mạch máu thận ở người trưởng thành trên cắt lớp vi tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 480 bệnh nhân ≥ 18 tuổi, không mắc các bệnh ảnh hưởng đến giải phẫu thận ở người bình thường được chụp cắt lớp vi tính vùng bụng có tiêm thuốc tương phản thì động mạch, tĩnh mạch tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 2023 đến 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng là 47,4 tuổi, nữ giới chiếm 48,3%, nam giới chiếm 51,7%. Kích thước

trung bình của thận phải: 103,5x51,2x46,6mm, bề dày vỏ thận phải: $5,8 \pm 1,1$ mm đạt cực đại ở nhóm tuổi 18-45 tuổi và tỷ lệ nghịch với tuổi ($p < 0,05$). Kích thước trung bình của thận trái: 104,0x49,7x48,7mm, bề dày vỏ thận trái: $5,9 \pm 2,5$ mm đạt cực đại ở nhóm tuổi 18-45 tuổi và tỷ lệ nghịch với tuổi ($p < 0,05$). Chiều dài, chiều ngang, chiều trước sau của hai thận đều có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nam và nữ ($p < 0,05$). Kích thước trung bình của động mạch thận phải: đường kính $5,5 \pm 0,9$ mm và chiều dài $38,7 \pm 10,3$ mm; tĩnh mạch thận phải: đường kính $9,9 \pm 2,6$ mm và chiều dài $26,6 \pm 6,6$ mm. Kích thước trung bình của động mạch thận trái: đường kính $5,7 \pm 0,9$ mm và chiều dài $30,4 \pm 9,1$ mm; tĩnh mạch thận trái: đường kính $10,2 \pm 5,1$ mm và chiều dài $66,4 \pm 10,6$ mm. Trong 960 quả thận của 480 ca bệnh được nghiên cứu có 747 thận có 1 động mạch thận chiếm tỉ lệ 77,9%, có 211 thận có 2 động mạch thận chiếm tỉ lệ 21,9%, có 2 thận có 3 động mạch thận chiếm tỉ lệ 0,2%. Trong đó có 5 ca bệnh có 2 động mạch thận hai bên. Toàn bộ động mạch thận đều xuất phát từ ĐMCB. Toàn bộ động mạch thận phải đều chạy sau TMCD. Tỉ lệ động mạch thận phân nhánh sớm chiếm 5,1%. Trong 960 quả thận có 945 thận có 1 tĩnh mạch thận chiếm 98,5%, 15 thận có 2 tĩnh mạch thận chiếm 1,5%, 20 thận hợp lưu muộn chiếm 2,1%. **Kết luận:** Phần lớn mỗi thận có 1 động mạch thận và 1 tĩnh mạch thận. Động mạch thận phải có chiều dài lớn hơn động mạch thận trái. Tĩnh mạch thận phải có chiều dài bé hơn tĩnh mạch thận trái. Do tần suất biến thể giải phẫu mạch máu thận ngày càng cao. Nên hiểu rõ kiến thức giải phẫu của thận là cần thiết đối với bác sĩ lâm sàng, cũng như bác sĩ chẩn đoán hình ảnh.

Từ khóa: Kích thước thận, động mạch thận, tĩnh mạch thận, biến thể giải phẫu, cắt lớp vi tính.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Trâm

Email: tramnguyen06121998@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 18.6.2025