

không ghép gan là 84% và 71% (5). Trong nghiên cứu đa trung tâm tại Mỹ trên phân tích Kaplan – Meier cho thấy, tỷ lệ sống còn cao hơn khác biệt ($p < 0,001$) ở trẻ có bilirubin toàn phần < 2 mg/dl tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật Kasai, 84% so với 16% (6). Do đó, phẫu thuật Kasai là điểm mấu chốt giúp trẻ TĐM cải thiện tiên lượng sống, và giảm nguy cơ tử vong khi chờ ghép gan.

V. KẾT LUẬN

Trẻ TĐM có chỉ định ghép gan là dân số bệnh nặng và có nhiều biến chứng với đa số các bệnh nhi có PELD hoặc MELD cao, và phân độ Child – Pugh mức B, C. Tỷ lệ tử vong chờ ghép là 16,5%, trong khi đó tỷ lệ trẻ được ghép gan còn thấp, chỉ đạt 10,1%. Không được phẫu thuật Kasai là yếu tố nguy cơ độc lập cho tử vong của nhóm trẻ teo đường mật có chỉ định ghép gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Trần Hoàng Oanh**, Các biến chứng sau phẫu thuật Kasai trên bệnh nhân teo đường mật bẩm sinh tại khoa Tiêu hoá Bệnh viện Nhi Đồng 2, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược TP. HCM, năm 2018.
2. **Hồ Phi Duy**, Giá trị các xét nghiệm chẩn đoán teo đường mật trẻ em, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược TP. HCM, năm 2018.
3. **Phan Thị Tường Vân**, Đánh giá dinh dưỡng bằng phương pháp nhân trắc bộ phận trên trẻ teo đường mật đã phẫu thuật Kasai tại bệnh viện Nhi Đồng 2, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Chuyên khoa Cấp 2, Đại học Y Dược Thành, năm 2022.
4. **Chapman B, Goh SK, Parker F, et al**, Malnutrition and low muscle strength are independent predictors of clinical outcomes and healthcare costs after liver transplant, Clin Nutr ESPEN, 2022;48:210-219.
5. **Liu MB, Huang TB, Hoang X, et al**, Biliary atresia in Vietnam: Management and the burden of disease. Surgery, 2017;161(2):533-537.
6. **Shneider BL, Brown MB, Haber B, A**, multicenter study of the outcome of biliary atresia in the United States, 1997 to 2000, J Pediatr, 2006;148(4):467-474
7. **Soulaidopoulos S, Cholongitas E, Giannakoulas G et al**, Review article: Update on current and emergent data on hepatopulmonary syndrome, World J Gastroenterol, 2018;24(12):1285-1298.
8. **Tessier ME, Harpavat S, Shepherd RW, et al**, Beyond the Pediatric end-stage liver disease system: solutions for infants with biliary atresia requiring liver transplant, World J Gastroenterol, 2014;20(32):11062-8.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN BẤT THƯỜNG HỒI LƯU TĨNH MẠCH PHỔI TOÀN PHẦN Ở TRẺ EM

Nguyễn Văn Sang^{1,2}, Nguyễn Minh Châu^{1,2},
Trần Phan Ninh^{2,3}, Trần Quang lục^{2,4}, Hoàng Văn Lương⁵

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần (TAPVC) ở trẻ em trên cắt lớp vi tính. **Đối tượng và phương pháp:** 40 bệnh nhi được chẩn đoán là bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương và Trung tâm tim mạch Bệnh viện E từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ = 1,2/1. Trẻ sơ sinh chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,5%. Thể bệnh hay gặp nhất là thể trên tim chiếm 45%, thể bệnh ít gặp nhất là thể hỗn hợp chiếm 5%. Trong chẩn đoán vị trí đổ về của tĩnh mạch phổi thể dưới tim, có 2 ca có tĩnh mạch phổi đổ về tĩnh mạch cửa và 9 ca có tĩnh mạch

phổi đổ về tĩnh mạch gan. 100% bệnh nhi được chẩn đoán chính xác về tắc nghẽn tĩnh mạch phổi trên CLVT. **Kết luận:** CLVT là phương pháp có giá trị cao trong chẩn đoán bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần ở trẻ em. **Từ khóa:** Bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

COMPUTED TOMOGRAPHY FEATURES OF TOTAL ANOMALOUS PULMONARY VENOUS CONNECTION IN CHILDREN

Objective: Computed tomography features of total anomalous pulmonary venous connection in children. **Subjects and methods:** 40 patients diagnosed with total anomalous pulmonary venous connection by computed tomography and surgery at the National Children's Hospital from 1/2022 to 4/2025. **Results:** Male/female = 1.2/1. Newborns account for the highest rate of 52,5%. The most common type of disease is the supracardiac type accounting for 45%, the least common type is the mixed type accounting for 5%. In the diagnosis of the location of the pulmonary vein flow in the subcardiac type, there were 2 cases with pulmonary veins flowing into the portal vein and 9 cases with pulmonary veins flowing into the hepatic vein. 100% of patients were

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

³Bệnh viện Nhi Trung Ương

⁴Bệnh viện tỉnh Phú Thọ

⁵Bệnh viện Phổi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 24.7.2025

correctly diagnosed occlusion with TAPVC on CLVT.
Conclusion: CLVT is a valuable method of diagnosing total anomalous pulmonary venous connection in children. **Keywords:** Total anomalous pulmonary venous connection, Computed Tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần (TAPVC) là một dị tật tim bẩm sinh, chiếm 1% bệnh lý tim bẩm sinh¹ và được mô tả năm 1798 nhưng ca bệnh đầu tiên được báo cáo đầy đủ là vào năm 1950². Trong đó cả bốn tĩnh mạch phổi không kết nối trực tiếp vào nhĩ trái, mà lại hồi lưu một tĩnh mạch hệ thống hoặc về nhĩ phải³. Trong lịch sử, TAPVC liên quan đến tỷ lệ tử vong cao (80%) khi không được can thiệp phẫu thuật sớm⁴, hiện nay tỷ lệ này đã giảm xuống còn 12%⁵. Bệnh nhân sau khi được chẩn đoán là TAPVC cần được phẫu thuật càng sớm càng tốt.

Chẩn đoán TAPVC dựa vào lâm sàng và các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm tim, thông tim, cộng hưởng từ tim, cắt lớp vi tính. Trong đó CLVT là phương pháp có giá trị cao trong chẩn đoán TAPVC ở trẻ em đồng thời giúp cho các nhà lâm sàng đánh giá chính xác tĩnh mạch dẫn lưu để lập kế hoạch trước mổ⁶. Đa số bệnh nhân bị TAPVC là trẻ sơ sinh nên kỹ thuật chụp cũng là một vấn đề cần được quan tâm, kỹ thuật chụp tốt giúp các bác sĩ đọc kết quả chính xác và dễ dàng hơn⁷. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình ảnh bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần ở trẻ em trên cắt lớp vi tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 40 bệnh nhi được chẩn đoán là bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần được chụp CLVT và được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhi được phẫu thuật, có chẩn đoán sau phẫu thuật và mô tả chi tiết biến bản phẫu thuật theo những mục mẫu bệnh án cần.

Bệnh nhi được chụp CLVT theo đúng kỹ thuật chụp tại Bệnh viện Nhi Trung ương, được đọc kết quả bởi bác sĩ có kinh nghiệm >5 năm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin. Hình ảnh CLVT không đạt chất lượng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Chẩn đoán hình ảnh, trung tâm tim mạch Bệnh viện Nhi Trung ương. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Phương pháp thu thập số liệu: Hồi cứu.

Kỹ thuật chụp CLVT: Thực hiện trên máy Siemens Definition Flash 2 đầu bóng.

- Điện áp được điều chỉnh theo trọng lượng bệnh nhân (70-80 kV)
- Dòng điện là 10mA/kg cho bệnh nhân nặng <9 kg và 5mA cho mỗi cân nặng tiếp theo.
- Test bolus được dùng trong phần lớn bệnh nhân.

- Thuốc cản quang không ion hóa 350 mg/ml (Xenetix, Guerbet).

- Liều tiêm tĩnh mạch 1-1,2 ml/kg cân nặng.

- Tốc độ tiêm 0,7-0,8 ml/s tùy theo cân nặng và vị trí đặt kim, thêm 10-30 ml nước muối sinh lý để đẩy thuốc.

2.4. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu: giới tính, tuổi

- Đặc điểm hình ảnh CLVT của bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần: gồm thể trên tim, thể trong tim, thể dưới tim và thể hỗn hợp. Vị trí đổ về của tĩnh mạch phổi thể dưới tim.

- Tĩnh mạch phổi tắc nghẽn: đường kính tĩnh mạch phổi hoặc đường dẫn lưu tĩnh mạch giảm $\geq 50\%$ so với đường kính lớn nhất đo được hoặc tĩnh mạch dẫn lưu có kết nối với tĩnh mạch cửa phát hiện tắc nghẽn trên CLVT hoặc trong phẫu thuật.

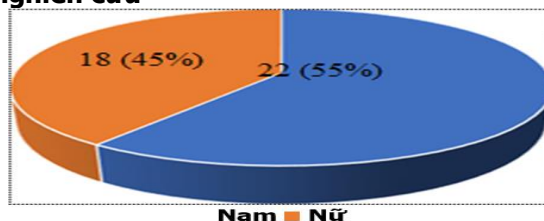
2.5. Phương pháp thu thập số liệu. Dựa trên mẫu hồ sơ bệnh án bệnh lý bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi được lưu giữ tại Bệnh viện Nhi Trung ương để thu thập những thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.6. Xử lý số liệu. Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0 Tính tỷ lệ phần trăm với các biến định tính.

Tính độ nhạy, độ đặc hiệu trong chẩn đoán tắc nghẽn của CLVT so với phẫu thuật.

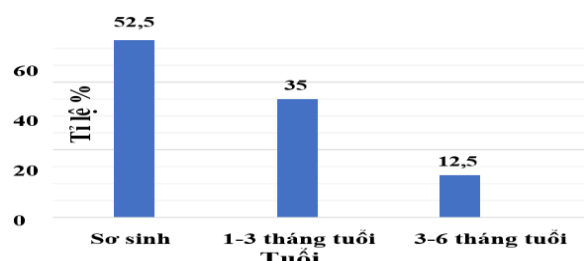
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân bố theo giới

Có 40 bệnh nhi gồm 22 bệnh nhi nam chiếm tỷ lệ là 55% và 18 bệnh nhi nữ chiếm tỷ lệ là 45%. Tỷ lệ nam/nữ: 1,2/1.



Biểu đồ 2. Phân bố theo nhóm tuổi

Trong 40 bệnh nhi, trẻ sơ sinh chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,5 %, tiếp đến là trẻ từ 1-3 tháng tuổi chiếm tỷ lệ là 35%

3.2. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần

Bảng 1. Phân loại TAPVC trên CLVT

Thể bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thể toàn bộ	Thể trên tim	18
	Thể dưới tim	11
	Thể trong tim	9
	Thể hỗn hợp	2
Tổng	33	100%

Trong 40 bệnh nhi, thể bệnh hay gặp nhất là thể trên tim chiếm 45%, thể bệnh ít gặp nhất là thể hỗn hợp chiếm 5%.

Bảng 2. Phân loại vị trí đổ về của tĩnh mạch phổi thể dưới tim trên CLVT

Vị trí đổ về của tĩnh mạch phổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tĩnh mạch gan	9	81,8%
Tĩnh mạch cửa	2	18,2%
Tổng	10	100%

Trong chẩn đoán vị trí đổ về của tĩnh mạch phổi thể dưới tim, có 2 ca có tĩnh mạch phổi đổ về tĩnh mạch cửa và 9 ca có tĩnh mạch phổi đổ về tĩnh mạch gan.

Bảng 3. Độ nhạy, độ đặc hiệu trong chẩn đoán tắc nghẽn của CLVT

Phẫu thuật	Tắc nghẽn	Không tắc nghẽn	Tổng (n=40)
CLVT			
Tắc nghẽn	18	0	18
Không tắc nghẽn	0	22	22
Tổng (n=40)	18	22	40

Trong số 40 bệnh nhi nghiên cứu, có 22 ca không tắc nghẽn và 18 ca tắc nghẽn. Trong đó CLVT chẩn đoán đúng 22 ca không tắc nghẽn và 18 ca tắc nghẽn. Như vậy độ nhạy, độ đặc hiệu của CLVT trong chẩn đoán tắc nghẽn tĩnh mạch phổi lần lượt là 100% và 100%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể bệnh hay gặp nhất là thể trên tim chiếm tỷ lệ 45%, tiếp đến là thể dưới tim chiếm 27,5%, thể trong tim chiếm 22,5% và thể hỗn hợp chiếm 5%

(Bảng 1). Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Wang, P, Y. et al. năm 2004 nghiên cứu trên 70 bệnh nhân, trong đó có 60% bệnh nhân thuộc thể trên tim (14/70), 18,6% bệnh nhân thuộc thể trong tim (13/70), 11,4% bệnh nhân thuộc thể dưới tim (8/70) và 10% thuộc thể hỗn hợp (7/70)⁸. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng kết quả với nghiên cứu của tác giả Jaramillo, F, A năm 2017 nghiên cứu trên 53 bệnh nhân trong đó thể trên tim hay gặp nhất chiếm 44% (23/53 bệnh nhân), sau đó là thể dưới tim chiếm 26% (14/53 bệnh nhân), thể trong tim chiếm 21% (11/53 bệnh nhân) và ít gặp nhất là thể hỗn hợp chiếm 9% (5/53 bệnh nhân)⁹.

Trong nghiên cứu của chúng tôi về chẩn đoán vị trí đổ về của tĩnh mạch phổi thể dưới tim, có 2 ca có tĩnh mạch phổi đổ về tĩnh mạch cửa và 9 ca có tĩnh mạch phổi đổ về tĩnh mạch gan (Bảng 2). CLVT có độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 100% và 100% trong chẩn đoán tắc nghẽn ở bệnh nhân TAPVC (Bảng 3). Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Shen, M. Q. et al. năm 2013 nghiên cứu trên 38 bệnh nhân, trong đó tỷ lệ chẩn đoán tắc nghẽn giữa CLVT với phẫu thuật là 92%. Tỷ lệ phát hiện các vị trí tắc nghẽn của siêu âm thấp hơn chụp CLVT với $p = 0,0002$ ¹⁰. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu khác nhau trong đó cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn cỡ mẫu trong nghiên cứu của tác giả trên.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế sau: Cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít có 40 bệnh nhân do đó chưa thể thực hiện được một nghiên cứu ngẫu nhiên như mong đợi. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ nghiên cứu thể toàn phần trong bệnh lý bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi. Do bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi thể toàn phần không thường gặp bằng thể bán phần nên trong thời gian nghiên cứu chúng tôi chỉ lấy được 40 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Một số bệnh nhân được chẩn đoán TAPVC trước đó nhưng không được chụp CLVT mà được tiến hành phẫu thuật luôn nên không đủ tiêu chuẩn lựa chọn của đối tượng nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nam/nữ = 1,2/1. Trẻ sơ sinh chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,5%.

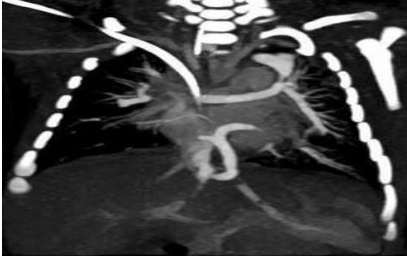
- Thể bệnh hay gặp nhất là thể trên tim chiếm 45%, thể bệnh ít gặp nhất là thể hỗn hợp chiếm 5%.

- Trong chẩn đoán vị trí đổ về của tĩnh mạch phổi thể dưới tim, có 2 ca có tĩnh mạch phổi đổ

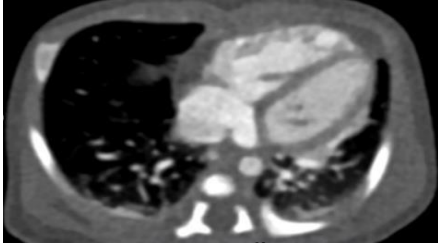
về tĩnh mạch cửa và 9 ca có tĩnh mạch phổi đổ về tĩnh mạch gan.

- 100% bệnh nhi được chẩn đoán chính xác về tắc nghẽn của bệnh TAPVC trên CLVT.

VI. HÌNH ẢNH MINH HỌA



Hình 1. Bệnh nhi Hoàng Ngọc H, 28 ngày tuổi, mã BN:230061997 – Hình TAPVC thể hỗn hợp)



Hình 2. Bệnh nhi Nguyễn Ngọc Minh A, 25 ngày tuổi, mã BN: 220783866 – Hình TAPVC thể trong tim

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Epifânio, P., Emanuel Amaral, M. & Moreira,

2. **Burroughs, J. & Edwards, J.** Total anomalous pulmonary venous connection. American Heart Journal 59, 913-931 (1960).
3. **Yanagawa, B. et al.** Primary sutureless repair for "simple" total anomalous pulmonary venous connection: midterm results in a single institution. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery 141, 1346-1354 (2011).
4. **Michielon, G. et al.** Total anomalous pulmonary venous connection: long-term appraisal with evolving technical solutions. European journal of cardio-thoracic surgery 22, 184-191 (2002).
5. **Nguyễn, M. H. et al.** Kết quả phẫu thuật bắt thường hồi lưu tĩnh mạch phổi về tim hoàn toàn với phương pháp "không khâu chỉ" tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. (2021).
6. **Grady, A. J.** Pulmonary vein anomalies in Fetal cardiology 281-292 (2018).
7. **Porres, D. V., Morenza, Ó. P., Pallisa, E., Roque, A., Andreu, J. & Martínez, M.** Learning from the pulmonary veins. Radiographics 33, 999-1022 (2013).
8. **Wang, P. Y. et al.** Significance of pulmonary venous obstruction in total anomalous pulmonary venous return. Journal-chinese medical association 67, 331-335 (2004).
9. **Jaramillo, F. A. et al.** Infracardiac type total anomalous pulmonary venous return with obstruction and dilatation of portal vein. Radiology Case Reports 12, 229-232 (2017).
10. **Shen, Q., Pa, M., Hu, X. & Wang, J.** Role of plain radiography and CT angiography in the evaluation of obstructed total anomalous pulmonary venous connection. Pediatric radiology 43, 827-835 (2013).

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN BỊ RỐI LOẠN KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM CÓ CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẰNG MÁNG NHAI ỔN ĐỊNH

Hoàng Kim Loan¹, Hoàng Việt Hải¹, Nguyễn Anh Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân bị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) có chỉ định điều trị bằng máng nhai ổn định. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 36 bệnh nhân có rối loạn khớp thái dương hàm (TMD), từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của McNeil, từ tháng 5/2023 đến 10/2024 tại Khoa Răng hàm mặt Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt - Trường Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Trên mặt phẳng

đứng ngang: hình dạng lồng cầu hình tam giác chiếm tỷ lệ cao nhất (44,4%), dạng tròn chiếm tỷ lệ thấp nhất (9,7%). Tổn thương bất đối xứng lồng cầu hai bên thường gặp nhất (47,2%), tiếp đến là tổn thương lệch vị trí phải (27,8%) và lệch vị trí trái (19,4%); đầu lồng cầu không tổn thương ít gặp nhất là (8,3%). Khoảng gian khớp trước là $1,50 \pm 0,44\text{mm}$; khoảng gian khớp trên là $2,52 \pm 0,42\text{mm}$; khoảng gian khớp sau là $3,03 \pm 0,52\text{mm}$. **Kết luận:** Với bệnh nhân có rối loạn khớp thái dương hàm, hay gặp lồng cầu hình tam giác và tổn thương bất đối xứng lồng cầu hai bên. Hình cầu dạng tròn và đầu lồng cầu không tổn thương ít gặp. Tuy nhiên cần tiến hành thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá được chính xác hơn tỷ lệ và các dấu hiệu cận lâm sàng trên nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: rối loạn thái dương hàm, máng nhai ổn định.

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Kim Loan
Email: kimloan@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 12.5.2025
Ngày phản biện khoa học: 19.6.2025
Ngày duyệt bài: 23.7.2025