

4. **Nguyen Hoai Thuong, Ninh Quoc Dat, Nguyen Thi Viet Ha.** Coagulation disorders in children with acute pancreatitis at the Vietnam National Children's Hospital. *Tap chi nghien cuu Y hoc.* 2023;173(12E13):112-119.
5. **Abu-El-Haija M, Kumar S, Quiros JA, et al.** Management of acute pancreatitis in the pediatric population: a clinical report from the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Pancreas Committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018;66(1):159-176.
6. **Abu-El-Haija M, Kumar S, Szabo F, et al.** Classification of acute pancreatitis in the pediatric population: clinical report from the NASPGHAN Pancreas Committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64(6):984-990.
7. **Antunes H, Nascimento J, Mesquita A, et al.** Acute pancreatitis in children: a tertiary hospital report. *Scand J Gastroenterol.* 2014;49(5):642-647.
8. **Newton MV.** D-dimer as a marker of severity and prognosis in acute pancreatitis. *Int J Appl Basic Med Res.* 2024;14(2):101-107.

KẾT QUẢ CHU SINH CỦA CÁC TRƯỜNG HỢP THAI PHỤ CÓ TĂNG KHOẢNG SÁNG SAU GÁY

Vũ Trọng Hùng¹, Nguyễn Minh Hoàng², Nguyễn Thị Bích Vân^{1,2}

TÓM TẮT

Tăng khoảng sáng sau gáy trong quý I thai kỳ là dấu hiệu quan trọng giúp sàng lọc sớm bất thường bẩm sinh và tiên lượng kết cục thai kỳ. **Mục tiêu:** Mô tả kết cục sau sinh ở thai nhi có khoảng sáng sau gáy tăng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 320 thai phụ có KSSG $\geq 2,5$ mm, được chọc ối tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh – Bệnh viện Phụ sản Trung ương, từ tháng 2/2022 đến tháng 2/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ sinh sống sau sinh là 70,0%. Nhóm KSSG từ 5,0–5,9 mm và $\geq 6,0$ mm ghi nhận tỷ lệ bất thường sau sinh và tử vong/thai chết lưu cao nhất, lần lượt tỷ lệ bất thường là 8,3% và 4,8%; tử vong/thai chết lưu là 37,5% và 57,1%. Trẻ sinh ra chủ yếu có cân nặng trong khoảng 2500–<4000g (90,6%) và đạt điểm Apgar từ 7–10 (98,7%). **Kết luận:** Thai nhi có khoảng sáng sau gáy tăng có nguy cơ cao gặp bất lợi trong giai đoạn chu sinh. Đo KSSG cần được kết hợp với theo dõi chặt chẽ và tư vấn đầy đủ để quyết định hướng xử trí thai kỳ phù hợp. **Từ khóa:** khoảng sáng sau gáy, kết quả chu sinh.

SUMMARY

PERINATAL OUTCOMES IN PREGNANCIES WITH INCREASED NUCHAL TRANSLUCENCY

Increased nuchal translucency (NT) in the first trimester is a key ultrasound marker for early detection of congenital abnormalities and for predicting perinatal outcomes. **Objective:** To describe postnatal outcomes in fetuses with increased nuchal translucency. **Subjects and Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 320 pregnant women with nuchal translucency (NT) ≥ 2.5 mm who underwent amniocentesis at the Prenatal Diagnosis Center – National Hospital of Obstetrics and

Gynecology, from February 2022 to February 2024. **Results:** The overall live birth rate was 70.0%. The highest rates of postnatal abnormalities and perinatal mortality were observed in the NT 5.0–5.9 mm and ≥ 6.0 mm groups. Specifically, the rates of postnatal abnormalities were 8.3% and 4.8%, while rates of fetal or neonatal death were 37.5% and 57.1%, respectively. Most infants had a birth weight between 2500 and <4000 g (90.6%), and 98.7% achieved Apgar scores of 7–10. **Conclusion:** Fetuses with increased NT are at higher risk of adverse perinatal outcomes, even with a normal karyotype. NT measurement should be interpreted alongside close follow-up and comprehensive counseling to guide appropriate pregnancy management. **Keywords:** nuchal translucency, perinatal outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật bẩm sinh là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật ở trẻ em.¹ Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), khoảng 6% trẻ sơ sinh trên toàn thế giới mắc ít nhất một dị tật bẩm sinh, tương đương gần 8 triệu trẻ mỗi năm, trong đó phần lớn là ở các quốc gia thu nhập thấp và trung bình.^{2,3} Tại Việt Nam, mỗi năm có khoảng 40.000 trẻ sinh ra bị dị tật bẩm sinh, chiếm khoảng 1,5–2% tổng số trẻ sinh; trong đó hơn 1.700 trẻ tử vong ngay sau sinh.⁴

Sàng lọc trước sinh bằng siêu âm và xét nghiệm sinh hóa đang ngày càng phổ biến, giúp phát hiện sớm các bất thường bẩm sinh. Khoảng sáng sau gáy (KSSG) là một chỉ dấu quan trọng trong siêu âm quý I, liên quan đến nguy cơ bất thường nhiễm sắc thể và dị tật cấu trúc. Tuy nhiên, ngay cả khi kết quả nhiễm sắc thể bình thường, thai nhi có KSSG dày vẫn có thể gặp các kết cục bất lợi như sảy thai, thai chết lưu, sinh non hoặc dị tật sau sinh.⁵ Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, việc đo KSSG và chẩn đoán trước sinh bằng chọc ối rất phổ biến. Tuy nhiên, các dữ liệu trong nước về kết quả chu sinh ở nhóm

¹Trường đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trọng Hùng

Email: Tronghungdr@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 29.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025

thai có KSSG tăng còn hạn chế, đặc biệt là mối liên quan giữa mức KSSG và cân nặng, Apgar, bất thường sau sinh. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "*Kết quả chu sinh của các trường hợp thai phụ có tăng khoảng sáng sau gáy*", nhằm mô tả kết quả chu sinh của các nhóm đối tượng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án của những thai phụ được siêu âm có kết quả tăng khoảng sáng sau gáy được chọn ở tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh (TTCĐTS) bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 2/2022 đến tháng 2/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Thai nhi được đo KSSG trong khoảng 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày với kết quả KSSG $\geq 2,5\text{mm}$. Có kết quả xét nghiệm di truyền từ tế bào dịch ối được chọn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Tiêu chuẩn loại trừ. Những trường hợp được chẩn đoán là dị dạng bạch mạch dạng nang (Hygroma Kystique). Thai phụ có bệnh lý nội khoa, bệnh lý nhiễm trùng nặng kèm theo. Nuôi cấy tế bào không thành công.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu. Cỡ mẫu nghiên cứu được dựa theo công tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ:

$$n = Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \cdot \frac{p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần có.
 $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}$: Là hệ số giới hạn tin cậy, với $\alpha = 0,05$ tương đương khoảng tin cậy 95% thì $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})} = 1,96$.

$p=0,206$ là tỷ lệ bất thường hình thái trên những trường hợp có tăng KSSG trong nghiên cứu của Nguyễn Hải Long và cộng sự.⁶ d là mức sai số tuyệt đối chấp nhận giữa tham số mẫu và tham số quần thể. Chọn $d = 0,05$

⇒ Cỡ mẫu được tính cho nghiên cứu là 251 người bệnh. Thực tế nghiên cứu được 320 người bệnh.

2.4. Biến số nghiên cứu. Nhóm biến số bao gồm: (1) Thông tin cá nhân: tuổi thai phụ, tuổi thai tại thời điểm siêu âm, tiền sử sản khoa. (2) Đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng: độ dày khoảng sáng sau gáy, kết quả nhiễm sắc thể đồ, phương pháp xử trí thai kỳ, cân nặng sơ sinh, chỉ số Apgar và kết cục sau sinh.

2.5. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- **Địa điểm:** Trung tâm Chẩn đoán trước sinh - Bệnh viện Phụ sản Trung.

- **Thời gian thu thập số liệu:** từ tháng 2/2022 đến tháng 2/2024.

2.6. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu: bệnh án nghiên cứu các thông tin được quản lý một cách hệ thống từ khi thai phụ đến siêu âm thai, cho tới khi có kết quả nhiễm sắc đồ, kết quả hội chẩn trước sinh từ bệnh án lưu trữ tại TTCĐTS sẽ được ghi chép lại vào phiếu thu thập số liệu.

Phương pháp thu thập số liệu: hồi cứu hồ sơ bệnh án và phỏng vấn thông qua điện thoại.

2.7. Quy trình thu thập số liệu. Lựa chọn người bệnh đủ điều kiện tham gia nghiên cứu. Lập danh sách người bệnh được siêu âm có kết quả tăng khoảng sáng sau gáy được chọn ở từ tháng 2/2022 đến tháng 2/2024. Hồi cứu hồ sơ người bệnh: thu thập thông tin cá nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chẩn đoán trước sinh của người bệnh. Thu thập thông tin sau sinh của trẻ bằng phỏng vấn qua điện thoại.

2.8. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập bằng excel và xử lý theo phần mềm Stata 12.0.

Đặc điểm nhân khẩu của quần thể được mô tả qua tần số, tỷ lệ. Thống kê suy luận sử dụng test Fisher để so sánh sự khác nhau giữa hai tỷ lệ có tần số mong đợi < 5 .

2.9. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng đề cương Trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng khoa học bệnh viện Phụ sản Trung ương thông qua. Tất cả các đối tượng trong nghiên cứu đều được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm tuổi của thai phụ (n=320)

Tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 18 tuổi	2	0,6
19 – 25 tuổi	74	23,1
26 – 35 tuổi	172	53,8
> 35 tuổi	72	22,5
Tổng số	320	100,0

Thai phụ hầu hết có độ tuổi từ 26 tuổi đến 35 tuổi chiếm 53,8% (172/320). Tiếp theo là độ tuổi từ 19 – 25 tuổi chiếm 23,1

Bảng 2: Phân bố phương pháp dinh chỉ thai theo kết quả hội chẩn

Phương pháp dinh chỉ	Kết quả hội chẩn		p
	Dinh chỉ thai nghén	Theo dõi thai	

	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Đẻ mổ	0	0,0	116	51,1	0,000 ^b
Đẻ thường	0	0,0	108	47,6	
Phá thai nội khoa	90	96,8	0	0,0	
Oxytocin	2	2,2	0	0,0	
Thai chết lưu	1	1,1	3	1,3	
Tổng	93	100,0	227	100,0	

^b p tính theo Fisher's exact test

Đối với kết quả hội chẩn đình chỉ thai nghén hầu hết thai phụ được chỉ định sử dụng phương pháp phá thai nội khoa chiếm 96,8%; còn lại một số ít sử dụng phương pháp Oxytocin (2,2%) và thai chết lưu (1,1%). Trong khi đó nhóm

được hội chẩn theo dõi thai chủ yếu là phương pháp đẻ mổ (51,1%) và đẻ thường (47,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 1: Đặc điểm kết quả sau sinh (n=320)

70,0% (224/320) thai phụ sau sinh thai nhi sống và được nuôi dưỡng sau sinh.

Bảng 3: Phân bố tỷ lệ trẻ sống sau sinh với kích thước KSSG (n=320)

Khoảng sáng sau gáy	Bình thường		Bất thường		Tử vong/TCL		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
2,5-2,9	34	70,8	0	0,0	14	29,2	0,053 ^b
3,0-3,9	112	69,6	6	3,7	43	26,7	
4,0 - 4,9	47	71,2	1	1,5	18	27,3	
5,0 - 5,9	13	54,2	2	8,3	9	37,5	
≥ 6	8	38,1	1	4,8	12	57,1	
Tổng	214	66,9	10	3,1	96	30,0	

^b p tính theo Fisher's exact test

Nhóm có khoảng sáng sau gáy 5,0-5,9 mm và nhóm ≥ 6 mm có tỷ lệ tử vong/TCL và trẻ bất thường cao nhất; cụ thể tỷ lệ tử vong/TCL lần lượt là 8,3% và 4,8% và tỷ lệ trẻ bất thường lần lượt là 37,5% và 57,1%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4: Đặc điểm thai nhi sau sinh (n=224)

Đặc điểm trẻ khi sinh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cân nặng khi sinh		
< 1000g	2	0,9
1000 - < 1500g	0	0,0
1500 - < 2500g	15	6,7
2500 - < 4000g	203	90,6
≥ 4000 g	4	1,8
Chỉ số Apgar		
0 - 3 điểm	0	0,0
4 - 6 điểm	3	1,3
7 - 10 điểm	221	98,7

Hầu hết trẻ được thai phụ sinh ra đủ cân (2500 - < 4000g) chiếm 90,6%; tuy nhiên vẫn có tỷ lệ thấp cực kỳ nhẹ cân (<1000g) chiếm 0,9% và nặng cân (≥ 4000 g) chiếm 1,8%). 98,7% trẻ có điểm Apgar bình thường từ 7 đến 10 điểm; không ghi nhận trường hợp có điểm Apgar thấp từ 0 đến 3 điểm.

IV. BÀN LUẬN

Tăng khoảng sáng sau gáy (KSSG) là một dấu hiệu siêu âm có giá trị trong sàng lọc dị tật

bẩm sinh, đặc biệt là các bất thường nhiễm sắc thể và bất thường cấu trúc thai nhi trong quý I thai kỳ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 320 trường hợp thai có KSSG ≥ 2,5mm được chọc ối và có kết quả phân tích NST đồ cho thấy, tỷ lệ trẻ sinh sống sau sinh đạt 70,0% (224/320). Tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu trên thế giới.^{7,8} Nghiên cứu của Zhang và cộng sự (2023) trên 264 thai phụ có KSSG tăng ghi nhận tỷ lệ sinh sống là 88,3% (233/264).⁸ Tương tự, nghiên cứu của Vriendt và cộng sự (2025) trong nhóm KSSG từ 3,0–3,4 mm cũng ghi nhận 72,7% trẻ sinh sống.⁷ Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi lại phù hợp với kết quả nghiên cứu trong nước của Dương Văn Chương trên 350 thai phụ có KSSG ≥ 2,5 mm tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, với tỷ lệ sinh sống là 70,6%.⁹ Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể bắt nguồn từ sự không đồng nhất trong tiêu chí chọn mẫu (chỉ số NT, thời điểm chẩn đoán, tiêu chuẩn loại trừ), phương pháp thu thập dữ liệu, hệ thống chăm sóc thai sản cũng như quyết định đình chỉ thai kỳ trong từng bối cảnh lâm sàng. Đặc biệt, tại các quốc gia đang phát triển, khả năng tiếp cận các dịch vụ chẩn đoán di truyền tiên tiến còn hạn chế, ảnh hưởng đến khả năng sàng lọc – xử trí kịp thời do đó tỷ lệ trẻ sinh sống có thể cao hơn.

Phân tích theo phân nhóm KSSG, chúng tôi ghi nhận rõ ràng rằng tỷ lệ trẻ sinh sống sau

sinh giảm khi mức KSSG tăng. Cụ thể, nhóm KSSG từ 2,5–2,9 mm có tỷ lệ trẻ bình thường cao nhất (70,8%) và tỷ lệ tử vong/đình chỉ thấp nhất (29,2%). Trong khi đó, ở nhóm KSSG ≥ 6 mm, tỷ lệ tử vong hoặc đình chỉ thai nghén tăng rõ rệt lên đến 57,1%, trẻ bình thường chỉ còn 38,1%. Tương tự, nhóm KSSG từ 5,0–5,9 mm cũng có 37,5% trẻ tử vong hoặc đình chỉ thai nghén. Mặc dù sự khác biệt giữa các nhóm chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), nhưng xu hướng tăng nguy cơ theo mức KSSG hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trước. Nguyễn Hải Long và cộng sự đã ghi nhận tỷ lệ thai bất thường và đình chỉ thai nghén cao nhất ở nhóm KSSG 4,5–<5,5 mm (bất thường 35,1%, bỏ thai 29,9%) và nhóm 5,5–<6,5 mm (bất thường 41,7%, bỏ thai 37,5%).⁶ Điều này khẳng định rằng độ dày KSSG có liên quan trực tiếp đến kết cục thai kỳ.

Về phương pháp xử trí, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ đình chỉ thai nghén ở nhóm hội chẩn kết luận đình chỉ là 100%, trong đó phương pháp sử dụng chủ yếu là nội khoa (96,8%). Nhóm thai được theo dõi chủ yếu sinh bằng phương pháp đẻ mổ (51,1%) và đẻ thường (47,6%). So sánh với nghiên cứu của Zhang và cộng sự, trong nhóm có bất thường NST, 81,25% trường hợp được đình chỉ thai nghén, trong khi đó chỉ 1,7% trong nhóm NST bình thường chọn đình chỉ.⁸ Tỷ lệ này cho thấy kết quả phân tích NST đóng vai trò quan trọng trong quyết định xử trí thai kỳ, đồng thời cũng phản ánh hiệu quả của hệ thống tư vấn di truyền tiền sản tại các cơ sở chuyên khoa.

Đặc điểm trẻ sau sinh, nghiên cứu ghi nhận đa số trẻ sinh ra đủ cân, trong đó 90,6% trẻ có cân nặng từ 2500–<4000g. Chỉ có 6,7% trẻ nhẹ cân (<2500g) và 0,9% cực nhẹ cân (<1000g). Điều này tương tự kết quả của nghiên cứu của Trần Danh Cường và cộng sự (2011–2013) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, trong đó nhóm trẻ có cân nặng 2500–3500g chiếm tỷ lệ cao nhất (70,9%).¹⁰ Ngoài ra, chỉ số Apgar ở phút thứ nhất và thứ năm trong nghiên cứu của chúng tôi đều rất khả quan, 98,7% trẻ đạt điểm 7–10, không ghi nhận trường hợp điểm Apgar dưới 3 điểm. Mặc dù nhóm KSSG tăng có Apgar thấp hơn ở phút đầu, nhưng sự phục hồi nhanh ở phút thứ 5 cho thấy tiên lượng sơ sinh vẫn tốt nếu được chăm sóc chu đáo.

Từ kết quả nghiên cứu và tổng hợp ý kiến, có thể thấy rõ rằng tăng KSSG dẫn đến nguy cơ gia tăng rõ rệt khi KSSG $\geq 3,5$ –4 mm, và đặc biệt ≥ 5 mm. Vì vậy, vai trò của đo KSSG trong sàng lọc quý I vẫn giữ vị trí trung tâm, nhưng cần kết hợp với các xét nghiệm sàng lọc huyết thanh mẹ,

NIPT và/hoặc chẩn đoán di truyền (chọc ối, sinh thiết gai nhau) để tối ưu hóa hiệu quả sàng lọc – chẩn đoán – xử trí. Ngoài ra, các dấu hiệu siêu âm khác như phù da, bất thường hình thái học, nhịp tim chậm cũng cần được phối hợp để đánh giá toàn diện nguy cơ dị tật.

Mặc dù nghiên cứu còn một số hạn chế về thiết kế hồi cứu và phương pháp thu thập thông tin sau sinh qua điện thoại, kết quả nghiên cứu đã cung cấp số liệu quan trọng về kết quả chu sinh ở thai phụ có tăng khoảng sáng sau gáy. Trong thời gian tới, cần có thêm các nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm, theo dõi dài hạn sau sinh, nhằm đánh giá toàn diện hơn tiên lượng phát triển của trẻ trong nhóm có KSSG tăng.

V. KẾT LUẬN

Trong 320 thai phụ có khoảng sáng sau gáy $\geq 2,5$ mm và nhiễm sắc thể đồ bình thường, tỷ lệ trẻ sinh sống là 70,0%. Các nhóm NT từ 5 mm trở lên có nguy cơ tử vong và bất thường sau sinh cao. Cần theo dõi sát và tư vấn hợp lý để cải thiện kết cục chu sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Congenital disorders. Accessed April 27, 2025. <https://www.who.int/health-topics/congenital-anomalies>
2. **World Health Organization.** World Birth Defects Day: Many birth defects, one voice. Accessed April 27, 2025. <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/02-03-2023-world-birth-defects-day-many-birth-defects-one-voice>
3. **Kang L, Cao G, Jing W, Liu J, Liu M.** Global, regional, and national incidence and mortality of congenital birth defects from 1990 to 2019. *Eur J Pediatr.* 2023;182(4): 1781-1792. doi:10.1007/s00431-023-04865-w
4. **Bộ Y tế.** Bộ Y tế khuyến cáo: Phát hiện nhiều trường hợp bệnh lý thai nhi nhờ sàng lọc trước sinh, sơ sinh - Chương trình mục tiêu quốc gia - Cổng thông tin Bộ Y tế. Accessed April 27, 2025. https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/-/asset_publisher/7ng11fEWgASC/content/bo-y-te-khuyen-cao-phat-hien-nhieu-truong-hop-benh-ly-thai-nhi-nho-sang-loc-truoc-sinh-so-sinh
5. **Haj Yahya R, Roman A, Grant S, Whitehead CL.** Antenatal screening for fetal structural anomalies – Routine or targeted practice? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2024;96:102521. doi:10.1016/j.bpobgyn.2024.102521
6. **Nguyễn Hải Long, Trần Danh Cường, Ngô Toàn Anh, et al.** Bất thường nhiễm sắc thể ở thai nhi tăng khoảng sáng sau gáy. *Tạp Chí Học Cộng Đồng.* 2021;62(6 (2021)). doi:10.52163/yhc.v62i6
7. **Vriendt MDE, Rooryck C, Madar H, et al.** Outcomes associated with fetal nuchal translucency between 3.0 and 3.4 mm in the first trimester. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2025;104(4):629-636. doi:10.1111/aogs.15055

8. **Zhang H, Wang S, Feng C, et al.** Chromosomal abnormalities and structural defects in fetuses with increased nuchal translucency at a Chinese tertiary medical center. *Front Med.* 2023;10. doi:10.3389/fmed.2023.1158554
9. **Dương Văn Chương.** Nghiên Cứu Kết Quả Thai Nghén Của Những Trường Hợp Có Tăng Khoảng

Sáng Sau Gáy. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2018.

10. **Trần Danh Cường, Nguyễn Hải Long, Vũ Hải Yến.** Đánh giá giá trị khoảng sáng sau gáy để chẩn đoán thai bất thường có nhiễm sắc thể bình thường. *Tạp Chí Phụ Sản.* 2014;12(2):149-151. doi:10.46755/vjog.2014.2.945

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN CỰC DƯỚI DẠ DÀY NẠO VẾT HẠCH D2 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HOÁ

Lê Đức Thành¹, Lưu Ngọc Hùng¹, Đặng Quốc Ái^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày nạo vét hạch D2 ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại các bệnh viện tuyến tỉnh. Tuy nhiên, việc đánh giá hiệu quả điều trị của kỹ thuật này tại bệnh viện đa khoa tỉnh vẫn còn hạn chế. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả 50 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới và nạo vét hạch D2 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 01/2020 đến 12/2023. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân có khối u xâm lấn thanh mạc (80%). Số lượng hạch nạo vét trung bình là $15,69 \pm 3,38$ hạch; tỷ lệ có từ ≥ 15 hạch là 37%. Thời gian phẫu thuật trung bình $208,4 \pm 36,5$ phút. Thời gian trung tiện trung bình $50,66 \pm 16,44$ giờ. Thời gian nằm viện trung bình $9,84 \pm 3,54$ ngày. Tỷ lệ tai biến trong mổ là 6%, biến chứng sau mổ là 16%. Giai đoạn bệnh sau mổ I/II/III lần lượt là 3/27/20. Tất cả các trường hợp được nối tiêu hóa bằng phương pháp Billroth II (Hofmeister – Finsterer), có miệng nối Braun. **Kết luận:** Kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày có thể thực hiện an toàn và hiệu quả tại bệnh viện tuyến tỉnh, góp phần nâng cao chất lượng điều trị ung thư tại địa phương.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến dạ dày, phẫu thuật nội soi, cắt bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2.

SUMMARY

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY WITH D2 LYMPHADENECTOMY FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA AT THANH HOA GENERAL HOSPITAL

Background: Laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy has become increasingly

adopted in the treatment of gastric adenocarcinoma at provincial hospitals. However, data evaluating its effectiveness in this setting remains limited.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 50 patients with gastric adenocarcinoma who underwent laparoscopic distal gastrectomy with D2 dissection at Thanh Hoa General Hospital from January 2020 to December 2023. **Results:** Most tumors invaded the serosa (80%). The average number of lymph nodes dissected was 15.69 ± 3.38 ; 37% of cases had ≥ 15 nodes removed. Mean operative time was 208.4 ± 36.5 minutes. Time to first flatus averaged 50.66 ± 16.44 hours. Average hospital stay was 9.84 ± 3.54 days. Intraoperative complication rate was 6%; postoperative complications occurred in 16% of patients. Postoperative tumor stages I/II/III were 3/27/20. All patients underwent reconstruction using Billroth II (Hofmeister–Finsterer) with Braun anastomosis.

Conclusion: Laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric adenocarcinoma can be safely and effectively performed in provincial hospitals, improving cancer treatment outcomes at the local level.

Keywords: Gastric adenocarcinoma, laparoscopic surgery, distal gastrectomy, D2 lymphadenectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Theo thống kê GLOBOCAN 2020, ung thư dạ dày đứng thứ 6 về tỷ lệ mắc và thứ 2 về tỷ lệ tử vong, chỉ sau ung thư phổi, với tỷ lệ mắc là 11,1/100.000 dân.¹

Trong các phương pháp điều trị ung thư dạ dày, phẫu thuật vẫn là phương pháp chủ yếu, đặc biệt ở giai đoạn tổn thương còn khả năng cắt bỏ. Những năm gần đây, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày đã được triển khai rộng rãi tại nhiều cơ sở y tế, nhờ ưu điểm ít xâm lấn, giảm biến chứng hậu phẫu và thời gian hồi phục nhanh hơn so với phẫu thuật mở, đồng thời vẫn đảm bảo nguyên tắc điều trị triệt căn ung thư.

Tại Việt Nam, kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt dạ dày kèm nạo vét hạch D2 đã được thực hiện

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025