

- Orbital complications of acute bacterial rhinosinusitis in the pediatric population: A systematic review and meta-analysis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2020;135:110078. doi:10.1016/j.ijporl.2020.110078
3. Santos JC, Pinto S, Ferreira S, et al. Pediatric preseptal and orbital cellulitis: A 10-year experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2019;120:82-88. doi:10.1016/j.ijporl.2019.02.003
  4. Anosike BI, Ganapathy V, Nakamura MM. Epidemiology and Management of Orbital Cellulitis in Children. *J Pediatr Infect Dis Soc.* 2022; 11(5):214-220. doi:10.1093/jpids/piac006
  5. Bülbül L, Özkul Sağlam N, Kara Elitok G, et al. Preseptal and Orbital Cellulitis: Analysis of Clinical, Laboratory and Imaging Findings of 123 Pediatric Cases From Turkey. *Pediatr Infect Dis J.* 2022;41(2): 97-101. doi:10.1097/INF.0000000000003382
  6. Saltagi MZ, Rabbani CC, Patel KS, et al. Orbital Complications of Acute Sinusitis in Pediatric Patients: Management of Chandler III Patients. *Allergy Rhinol.* 2022;13: 21526575221097311. doi:10.1177/21526575221097311
  7. Rudloe TF, Harper MB, Prabhu SP, et al. Acute Periorbital Infections: Who Needs Emergent Imaging? *Pediatrics.* 2010;125(4):e719-e726. doi:10.1542/peds.2009-1709
  8. Asadigandomani H, Rajabi MT, Aghajani A, et al. The continuous rise in orbital subperiosteal abscess incidence in the Iranian pediatric population. *Sci Rep.* 2024;14:23205. doi:10.1038/s41598-024-74447-9

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI KẾT HỢP NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG ĐIỀU TRỊ SỎI TÚI MẬT KÈM SỎI ỚNG MẬT CHỦ TRONG MỘT THÌ MỔ

Nguyễn Quang Huy<sup>1</sup>, Trần Thanh Hiền<sup>1</sup>,  
Đặng Duy Anh<sup>1</sup>, Võ Trần Gia Hưng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng điều trị sỏi túi mật kèm sỏi ống mật chủ trong một thì mổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca. Nghiên cứu hồi cứu tất cả các bệnh nhân có sỏi túi mật kết hợp sỏi ống mật chủ được mổ cắt túi mật nội soi kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ trong cùng một thì mổ từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2024 tại khoa Ngoại Tổng quát, Bệnh viện Nhân dân 115. **Kết quả và kết luận:** Qua thực hiện 122 ca cắt túi mật nội soi kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ trong cùng một thì mổ, chúng tôi nhận thấy: Tỷ lệ thành công NSMTND lấy sỏi OMC trên bệnh nhân được cắt túi mật nội soi trong cùng một thì mổ là 100%. Trong đó tỷ lệ không lấy hết sỏi đường mật phải đặt stent là 16%. Tổng thời gian trung bình thực hiện vừa cắt túi mật nội soi và NSMTND lấy sỏi OMC là 123 ± 33 phút (bao gồm thời gian chuẩn bị bệnh nhân trước khi thực hiện NSMTND). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 2 ± 1 ngày. Biến chứng sớm sau mổ chúng tôi gặp 4 % là viêm tụy cấp nhẹ sau mổ. Không có trường hợp nào rò mật, chảy máu, tụ dịch và tử vong sau mổ. Có 82% kết quả tốt, 18% kết quả khá và không có kết quả trung bình kém, 100% xuất viện an toàn sau mổ. Như vậy, kết hợp cả 2 phẫu thuật đồng thời một thì có kết quả tốt, an toàn cho người bệnh, rút ngắn thời gian

điều trị tại bệnh viện, mặt khác giảm chi phí điều trị.

**Từ khóa:** Cắt túi mật nội soi, nội soi mật tụy ngược dòng, sỏi túi mật, sỏi ống mật chủ

### SUMMARY

#### RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY COMBINED WITH ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY TO TREAT GALLBLADDER STONES AND COMMON BILE DUCT STONES IN ONE SURGICAL SESSION

**Objective:** Results of laparoscopic cholecystectomy combined with endoscopic retrograde cholangiopancreatography to treat gallbladder stones and common bile duct stones in one surgical session. **Subjects and methods:** Retrospective study, describing a series of cases. Retrospective study of all patients with gallbladder stones combined with common bile duct stones who underwent laparoscopic cholecystectomy combined with endoscopic retrograde cholangiopancreatography to remove common bile duct stones in the same surgical session from June 2022 to June 2024 at the Department of General Surgery, People's Hospital 115. **Results and conclusion:** Through performing 122 laparoscopic cholecystectomy combined with endoscopic retrograde cholangiopancreatography to remove common bile duct stones in the same surgical session, we found that: The success rate of laparoscopic cholecystectomy to remove common bile duct stones in patients who underwent laparoscopic cholecystectomy in the same surgical session was 100%. Of which, the rate of incomplete removal of bile duct stones requiring stent placement was 16%.

<sup>1</sup>Bệnh viện 115, TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Huy

Email: huyphat.vn115@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

The average total time for laparoscopic cholecystectomy and OMC stone removal was 123 ± 33 minutes (including patient preparation time before performing laparoscopic cholecystectomy). The average postoperative hospital stay was 2 ± 1 day. We encountered 4% of early postoperative complications, which were mild acute pancreatitis after surgery. There were no cases of bile leakage, bleeding, fluid accumulation, and postoperative death. There were 82% good results, 18% fair results, and no poor average results. 100% were safely discharged after surgery. Thus, combining both surgeries at the same time has good results, is safe for patients, shortens the treatment time in the hospital, and reduces treatment costs.

**Keywords:** Laparoscopic cholecystectomy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, gallbladder stones, common bile duct stones

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là bệnh khá phổ biến trong bệnh đường tiêu hóa, có liên quan tới tập quán vùng miền, chủng tộc, có xu hướng tăng lên do tuổi thọ kéo dài. Khoảng 10 – 22% bệnh nhân sỏi túi mật kèm sỏi đường mật chính được phát hiện khi nhập viện. Cắt túi mật nội soi đã thay thế phẫu thuật cắt túi mật hở với tỷ lệ trên 95% và nội soi mật tụy ngược dòng được sử dụng để lấy sỏi đường mật chính đã trở nên ngày càng phổ biến. Hiệp hội Phẫu thuật Nội soi Châu Âu (2022) cũng đưa ra khuyến cáo nên phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi với phẫu thuật viên có kinh nghiệm, nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi khi trang thiết bị khả thi. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng cắt túi mật nội soi kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi ống mật chủ (OMC) tỏ ra ưu thế hơn khi làm giảm biến chứng sau mổ. Do đó, trong trường hợp sỏi túi mật, lấy sỏi đường mật chính bằng mở ống mật chủ hay bằng nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) đang là vấn đề được nhiều phẫu thuật viên quan tâm.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân điều trị sỏi mật tại bệnh viện Nhân Dân 115 được thực hiện đồng thời vừa phẫu thuật nội soi cắt túi mật vừa nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) lấy sỏi ống mật chủ trong cùng một thì gây mê từ 01/06/2022 đến 01/06/2024.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu: Cỡ mẫu thuận tiện  
- Các số liệu thu thập được xử lý trên máy vi tính theo phần mềm SPSS 20.

### 2.3. Vấn đề y đức

- Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Nhân dân 115 số 948/QĐ-BVND115 ký ngày 29 tháng 04 năm 2025.

## 2.4. Quy trình phẫu thuật cắt túi mật nội soi kèm NSMTND lấy sỏi ống mật chủ trong 1 thì mổ tại Bệnh viện Nhân dân 115

### ➤ Chuẩn bị trước mổ

- Bệnh nhân được cho nhịn ăn 6 tiếng, nhịn uống 2 tiếng trước mổ.  
- Kháng sinh dự phòng trước rạch da 30-60 phút.

### ➤ Phẫu thuật cắt túi mật nội soi và NSMTND

- Bệnh nhân nằm ngửa, mê nội khí quản. Đầu cao nghiêng trái.

- Bệnh nhân được thực hiện cắt túi mật nội soi trước. Vị trí, số lượng trocar cũng tùy thuộc vào quyết định của phẫu thuật viên. Chúng tôi sử dụng 3 trocar: Trocar 10mm ở rốn cho laparoscope, trocar 10mm ở vùng thượng vị, một trocar 5mm ở hạ sườn phải.

- Tiến hành cắt túi mật nội soi, bỏ túi mật vào bao bệnh phẩm, lấy qua lỗ trocar rốn. Sau đó bệnh nhân được khâu lại cân, da thành bụng, và lật nằm sấp nghiêng trái thực hiện NSMTND.

- Bệnh nhân được cắt bán phần cơ vòng Oddi và lấy sỏi đường mật qua NSMTND. Với những trường hợp không thể lấy hết sỏi đường mật thì có thể đặt stent nhựa đường mật. Trong quá trình thực hiện NSMTND sẽ khảo sát những biến chứng tổn thương có thể gây ra do cắt túi mật nội soi như: rò mật, hoặc hẹp đường mật.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 06/2022 đến tháng 06/2024, tại Khoa Ngoại tổng quát Bệnh viện Nhân Dân 115, số bệnh nhân được mổ cắt túi mật nội soi và NSMTND lấy sỏi ống mật chủ trong cùng một lần phẫu thuật thành công là 122 trường hợp.

### 3.1. Tỷ lệ thất bại NSMTND

- Không ghi nhận trường hợp nào thất bại NSMTND.

- Có 20/122 trường hợp đặt stent nhựa OMC do không thể lấy sạch sỏi tại thời điểm phẫu thuật sẽ làm NSMTND lần 2 để lấy nốt sỏi

### 3.2. Thời gian mổ

**Bảng 1. Thời gian phẫu thuật**

Thời gian (phút)	N	Giá trị		
		Trung bình ± ĐLC	Nhỏ nhất	Lớn nhất
PTNS cắt túi mật	122	74,2 ± 26,8	30	195
NSMTND lấy sỏi	122	48,2 ± 16,7	20	90
Tổng thời gian	122	123,1 ± 33,4	60	220

**Nhận xét:** PTNS cắt túi mật trung bình 74,2 ± 26,8 (30 – 195 phút); NSMTND lấy sỏi trung bình 48,2 ± 16,7 (20 – 90 phút). Tổng thời gian cả hai kỹ thuật trung bình là 123,1 ± 33,4 (60 – 220 phút).

**3.3. Đặt stent OMC sau NSMTND**

**Bảng 2. Đặt stent OMC sau NSMTND lấy sỏi (n=122)**

Đặt stent OMC	Số TH	Tỉ lệ (%)
Có	20	16
Không	102	84
Cộng	122	100

**Nhận xét:** Tỉ lệ có đặt stent OMC sau NSMTND lấy sỏi là 16%.

Nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp sỏi gan, 15 trường hợp sỏi OMC cứng trên 15 mm và nhiều hơn 2 viên sỏi không thể lấy hết được trong lần đầu tiên NSMTND nên cần phải đặt Stent đường mật.

**3.4. Hồi phục sau mổ**

- Thời điểm có trung tiện trung bình là 1,7 ± 0,7 ngày. Sớm nhất ngay ngày hậu phẫu thứ nhất, lâu nhất ngày hậu phẫu thứ 3.

**Bảng 3. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật, thời gian nằm viện (n=122)**

Thời gian (ngày)	Giá trị		
	Trung bình ± ĐLC	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Nằm viện sau phẫu thuật	2 ± 1	2	8
Nằm viện	9 ± 4	6	16

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình 2 ± 1 (2 – 8 ngày). Thời gian nằm viện trung bình 9 ± 4 (6 – 16 ngày).

- Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 4 ± 2 ngày. Xuất viện sớm nhất sau 2 ngày, muộn nhất sau 8 ngày. Trường hợp nằm hậu phẫu lâu nhất là bệnh nhân lớn tuổi (88 tuổi), suy kiệt (BMI = 15) và ghi nhận viêm tụy cấp mức độ nhẹ sau mổ (amylase máu sau mổ 989 U/L). Tổng thời gian nằm viện trung bình là 9 ± 4 ngày. Nằm viện ít nhất là 6 ngày, lâu nhất là 16 ngày.

**3.5. Biến chứng sau mổ**

**Bảng 4. Biến chứng sớm (n=122)**

Biến chứng sớm	Số TH	Tỉ lệ (%)
Có	5	4
Không	117	96
Cộng	122	100

**Nhận xét:** Số trường hợp có biến chứng là 5 TH chiếm tỉ lệ 4%.

- Có 5/122 (4%) bệnh nhân có biến chứng viêm tụy sau mổ. Tuy nhiên không có trường hợp nào nặng. Không có trường hợp nào chảy máu cơ vòng sau mổ.

- Không có trường hợp tử vong, nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch hoặc áp xe tồn lưu sau mổ. 100% bệnh nhân hồi phục tốt, xuất viện an toàn sau mổ.

**3.6. Sử dụng kháng sinh sau mổ.** Có 47/122 bệnh nhân (39%) chỉ sử dụng 1 loại

kháng sinh sau mổ thường là Cephalosporin thế hệ thứ 3 sau mổ. Có 20 bệnh nhân (16%) sử dụng phối hợp 2 loại kháng sinh sau mổ thường là 1 kháng sinh phổ rộng và Metronidazole. Có 4 bệnh nhân (3%) bệnh nhân phải nâng thang kháng sinh (thường là Ertapenem phối hợp Metronidazole hoặc Tazopactam piperacillin). Đặc điểm của nhóm 4 bệnh nhân phải nâng thang kháng sinh thường là người cao tuổi có nhiều yếu tố nguy cơ hay/hoặc tiên lượng lâm sàng sẽ diễn tiến nhanh.

**3.7. Kết quả ra viện**

**Bảng 5. Kết quả ra viện (n=122)**

Kết quả ra viện	Số TH	Tỉ lệ (%)
Tốt	100	82
Khá	22	18
Trung bình	0	0
Kém	0	0
Cộng	122	100

**Nhận xét:** Số trường hợp có kết quả ra viện tốt chiếm đa số với tỉ lệ 82%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Tỉ lệ thất bại NSMTND.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận trường hợp không thể làm được NSMTND. Chỉ có 20/122 trường hợp phải đặt stent nhựa OMC vì không thể lấy hết sỏi OMC hoặc sỏi gan trong phẫu thuật.

Sau khi thực hiện NSMTND, có 100% số bệnh nhân chúng tôi thực hiện chụp đường mật kiểm tra qua nội soi mật tụy ngược dòng và đánh giá khả năng còn sót sỏi hay không và có tất cả 84% số bệnh nhân lấy hết sỏi đường mật chính, số còn lại bệnh nhân có nhiều sỏi trong OMC, sỏi lớn hoặc sỏi trong gan không thể tiếp cận dụng cụ nên chúng tôi đặt stent đường mật (stent nhựa) để đảm bảo sự lưu thông đường mật và thực hiện lấy sỏi lần tiếp theo.

Tỷ lệ thành công của NSMTND khi kết hợp cắt túi mật nội soi và NSMTND trong cùng một thì mổ theo nghiên cứu của các tác giả nước ngoài là cao. Nghiên cứu của Ghazal nghiên cứu tỷ lệ thành công của NSMTND trong trường hợp này là 91,7%, và tỷ lệ lấy sạch sỏi là 100%. Nghiên cứu của Meyer trên 60 bệnh nhân thực hiện cùng lúc NSMTND và cắt túi mật nội soi, cho kết quả tỷ lệ thành công của NSMTND là 97%. Ngoài ra nghiên cứu của Bago cho tỷ lệ 90,2% và nghiên cứu của Hong cho tỷ lệ thành công là 91,4%.

**4.2. Thời gian mổ.** Theo nghiên cứu của chúng tôi, thời gian thực hiện cùng một lúc 2 phẫu thuật cắt túi mật nội soi và NSMTND trung bình là 123 ± 33 phút bao gồm cả thời gian đổi tư thế bệnh nhân từ cắt túi mật nội soi (nằm

ngừa) qua NSMTND (nằm sấp nghiêng trái), nhanh nhất là 60 phút, lâu nhất là 220 phút.

Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu của Ghazal là 119 phút. Enochsson thì cho thấy thời gian mổ trung bình khi kết hợp 2 phẫu thuật cắt túi mật nội soi và NSMTND là 192 phút. Theo nghiên cứu của Virinder và cộng sự, thời gian mổ trung bình của nhóm phẫu thuật nội soi cắt túi mật nội soi và lấy sỏi OMC (135 phút), cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm cắt túi mật nội soi và NSMTND trong 2 thời điểm khác nhau (72 phút). Như vậy, phẫu thuật cắt túi mật nội soi và NSMTND có thời gian mổ trung bình ngắn hơn so với phẫu thuật nội soi điều trị sỏi túi mật và sỏi OMC. Nguyên nhân do phẫu thuật nội soi để điều trị sỏi túi mật và sỏi OMC đòi hỏi nhiều kỹ thuật và dụng cụ phức tạp.

**4.3. Thời gian hồi phục và thời gian nằm viện sau mổ.** Thời gian bệnh nhân trung tiện sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là  $1,7 \pm 0,7$  ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $2 \pm 1$  ngày, ngắn hơn thời gian nằm viện sau mổ so với mổ OMC kết hợp cắt TMNS là 6,5 ngày. Đối với các nghiên cứu ngoài nước, thời gian nằm viện sau mổ là: 2,55 ngày đối với nghiên cứu của Ghazal, 2,6 ngày của nghiên cứu Enochsson, 3 ngày đối với Depalma và 4,6 ngày đối với Meyer.

**4.4. Biến chứng sau mổ.** Trong nghiên cứu của chúng tôi không có biến chứng nặng nề nào trong và sau mổ. Chúng tôi chỉ ghi nhận có 5/122 (4%) bệnh nhân có biến chứng viêm tụy sau mổ và không có trường hợp nào chảy máu cơ vòng sau mổ. Không có trường hợp tử vong, nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch hoặc áp xe tồn lưu sau mổ. 82% kết quả tốt, 18% kết quả khá và không có kết quả trung bình kém, 100% xuất viện an toàn sau mổ.

Nghiên cứu của Ahmad Assalia và cộng sự cho thấy tỉ lệ biến chứng khi thực hiện NSMTND gây viêm tụy cấp từ 2-5%, viêm đường mật 1-2%, thủng tá tràng và đường mật từ 0,5% - 1,2%. Theo nghiên cứu của Wright ghi nhận không có biến chứng tử vong hoặc biến chứng khác do thực hiện NSMTND ngoài viêm tụy nhẹ hoặc trung bình khi kết hợp cả hai phẫu thuật trong 1 thì mổ. Hầu hết các tác giả trong các nghiên cứu trước đó kết luận rằng kỹ thuật cắt túi mật nội soi và NSMTND lấy sỏi OMC trong một thì là hiệu quả khả thi, an toàn (tỷ lệ biến chứng, tỷ lệ tử vong thấp), có thời gian nằm viện ngắn và hiệu quả kinh tế.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công NSMTND lấy sỏi OMC trên bệnh nhân được cắt túi mật nội soi trong cùng một thì mổ là 100%. Trong đó tỷ lệ không lấy hết sỏi đường mật phải đặt stent là 16%. Tổng thời gian trung bình thực hiện vừa cắt túi mật nội soi và NSMTND lấy sỏi OMC là  $123 \pm 33$  phút (bao gồm thời gian chuẩn bị bệnh nhân trước khi thực hiện NSMTND). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là  $2 \pm 1$  ngày. Biến chứng sớm sau mổ chúng tôi gặp 4% là viêm tụy cấp nhẹ sau mổ. Không có trường hợp nào rò mật, chảy máu, tụ dịch và tử vong sau mổ. Có 82% kết quả tốt, 18% kết quả khá và không có kết quả trung bình kém, 100% xuất viện an toàn sau mổ.

Như vậy, kết hợp cả 2 phẫu thuật đồng thời một thì có kết quả tốt, an toàn cho người bệnh, rút ngắn thời gian điều trị tại bệnh viện, mặt khác giảm chi phí điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phương TNN, Sang HN, Vinh LT, Hiệp PN.** Điều trị sỏi đường mật chính bằng nội soi mật tụy ngược dòng tại BVTW Huế. Y học TP Hồ Chí Minh, Hội nghị ngoại khoa và phẫu thuật nội soi toàn quốc. 2008:329-332.
- C. H.** Gallstone disease, towards a better understanding and clinical practice. *Curr Opin Gastroenterol.* 2018;32(2):57-58.
- Boni L, Huo B, Alberici L, Ricci C.** EAES rapid guideline: updated systematic review, network meta-analysis, CINEMA and GRADE assessment, and evidence-informed European recommendations on the management of common bile duct stones. *Surg Endosc.* 2022;36(11):7863 - 7876.
- Ghazal A.H, Magdy A.S.** Single-step treatment of gall bladder and bile duct stones: A combined endoscopic-laparoscopic technique. *International Journal of Surgery.* 2009;7:338 - 346.
- Meyer C, Le Jacques VH, Rohr S, Duclos B, Reimund J, Baumann R.** Management of common bile duct stones in a single operation combining laparoscopic cholecystectomy and perioperative endoscopic sphincterotomy. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2002;9:196-200.
- Bansal VK, Mirsra MC, Rajan K, K. R, K. S.** Single-stage laparoscopic common bile duct exploration and cholecystectomy versus two-stage endoscopic stone extraction followed by laparoscopic cholecystectomy for patients with concomitant gallbladder stones and common bile duct stones: a randomized controlled trial. *Surg Endosc.* 2014;28:875-885.
- Alis H, Bozkurt MA, Oner OZ.** Acute pancreatitis caused by postcholecystectomy hemobilia. *BMC Gastroenterology.* 2010;10:57
- Wright Byron E, Martin L, Freeman, John K, Cumming, Robert R, Quickel.** Current management of common bile duct stones: Is there a role for laparoscopic cholecystectomy and intraoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography as a single-stage procedure. *Journal Surgery.* 2002;132(2):729-737.

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA THAI PHỤ ĐẠO SINH NON CÓ CỔ TỬ CUNG NGẮN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Vương Thị Như Quỳnh<sup>1</sup>, Mai Trọng Hưng<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ dọa sinh non có cổ tử cung (CTC) ngắn < 25mm tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc trên 70 thai phụ dọa sinh non điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội có CTC ngắn < 25mm. Tuần thai được lựa chọn từ 22 tuần 0 ngày đến 34 tuần 0 ngày. Thời gian nghiên cứu từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 8 năm 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của thai phụ là 29,1 + 4,9 tuổi, độ tuổi thường gặp là 20 – 29 tuổi (48/70 đối tượng). Đa số các ĐTN có nơi sinh sống tại Hà Nội (43 đối tượng, chiếm 61,4%). Nghề nghiệp phổ biến của các ĐTN là công việc hành chính văn phòng và nhóm lao động tự do, lần lượt bao gồm 23 và 24 đối tượng. Cân nặng trung bình giữa các phân nhóm CTC không có sự khác biệt ( $p=0,712$ ). Có tới hơn 1/3 số ĐTN có bệnh lý kèm theo (35,7%). Bệnh lý thường gặp là ĐĐTĐK (16%). Tỷ lệ ĐTN có tiền sử sảy thai to hoặc đẻ non khá cao, chiếm 26%. Có 9 ĐTN có tiền sử khâu vòng CTC ở thai kỳ trước (chiếm 13%). Đa số ĐTN có thai bằng hình thức tự nhiên (47 trường hợp chiếm 67,1%) và đơn thai (53 trường hợp, chiếm 75,7%). Có 17 ĐTN là song thai, trong đó đa số là IVF (15 trường hợp). Hình thái CTC thường gặp nhất là CTC hình chữ Y (87,1%), các hình thái ít gặp hơn là hình chữ I, V, U (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 99%). Chiều dài trung bình CTC của các hình thái có sự khác nhau ( $p = 0,01 < 0,05$ , mức tin cậy 95%). **Kết luận:** Tiền sử sảy thai to và sinh non là yếu tố nguy cơ mật thiết đối với tình trạng dọa sinh non và CTC ngắn. CTC ngắn có hình thái đa dạng, chiều dài giảm dần với các hình thái tương ứng chữ I > chữ Y > chữ V > chữ U. **Từ khóa:** Cổ tử cung ngắn, dọa sinh non, sinh non

**Từ viết tắt:** CTC (cổ tử cung), ĐTN (đối tượng nghiên cứu)

## SUMMARY

### CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN AT RISK OF PRETERM BIRTH WITH SHORT CERVIX AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objective:** To describe the clinical and para-clinical characteristics of pregnant women at risk of preterm birth with a short cervix (<25mm) at Hanoi

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

<sup>2</sup>Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vương Thị Như Quỳnh

Email: vuongnhuquynh0508@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and Methods:** A prospective longitudinal study was conducted on 70 pregnant women at risk of preterm birth who were treated at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital and had a cervical length of less than 25mm. Gestational age ranged from 22 weeks 0 days to 34 weeks 0 days. The study period was from August 2024 to August 2025. **Results:** The average maternal age was 29.1 ± 4.9 years, with the most common age group being 20–29 years (48 out of 70 participants). Most participants resided in Hanoi (43 cases, 61.4%). Common occupations included office administration (23 cases) and freelance labor (24 cases). There was no significant difference in average weight among cervical length subgroups ( $p = 0.712$ ). More than one-third of participants had comorbidities (35.7%), with gestational diabetes mellitus (GDM) being the most common (16%). A high proportion had a history of late miscarriage or preterm birth (26%). Nine participants had a history of cervical cerclage in previous pregnancies (13%). Most pregnancies were conceived naturally (47 cases, 67.1%) and were singleton pregnancies (53 cases, 75.7%). Seventeen cases were twin pregnancies, of which 15 were conceived via IVF. The most common cervical shape was Y-shaped (87.1%), while less common shapes included I, V, and U. These differences were statistically significant with 99% confidence. The average cervical length varied significantly among different shapes ( $p = 0.01 < 0.05$ , 95% confidence level). **Conclusion:** A history of late miscarriage and preterm birth is closely associated with the risk of threatened preterm labor and short cervix. Cervical morphology is diverse, with cervical length decreasing in the following order: I-shape > Y-shape > V-shape > U-shape. **Keywords:** Short cervix, threatened preterm birth, preterm birth

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đẻ non là nguyên nhân dẫn tới tử vong trẻ sơ sinh đứng hàng thứ 2 chỉ sau các dị tật bẩm sinh. Tại Việt Nam, tỷ lệ sinh non tháng hàng năm khoảng 103500 trẻ, trong đó có tới 17000 trẻ tử vong trong giai đoạn sơ sinh. Nhiều trẻ sinh non sống sót với nhiều biến chứng, bệnh tật dai dẳng suốt đời, trong đó các tổn thương thần kinh, hô hấp, tiêu hóa, nội tiết, tổn thương thính giác và thị giác...

Hiện nay đã có nhiều tiến bộ từ dự phòng đến chẩn đoán và xử trí dọa đẻ non. Trong đó cổ tử cung (CTC) đóng vai trò quan trọng và là một trong những yếu tố then chốt trong dọa đẻ non. Vì vậy việc đo và theo dõi chiều dài CTC là một trong những phương pháp quản lý các trường hợp có nguy cơ sinh non có hiệu quả và có tác động tích cực đến kết quả điều trị giữ