

28,4% giai đoạn I, 24,2% giai đoạn II và 33,8% giai đoạn III. [9]. Nhóm BN TRG 1–2 có nguy cơ tái phát tại chỗ và di căn xa thấp hơn 40% so với nhóm TRG 3. Điều này cho thấy dù không đạt pCR, những BN có đáp ứng mô học tốt vẫn hưởng lợi rõ rệt từ hóa xạ trị dài ngày trước mổ [9].

V. KẾT LUẬN

Hóa xạ trị dài ngày trước phẫu thuật nội soi triệt căn ở bệnh nhân ung thư trực tràng 1/3 giữa và dưới giai đoạn II–III cho thấy hiệu quả rõ rệt trong cải thiện triệu chứng, làm giảm kích thước u, hạ giai đoạn bệnh và tăng tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, với tỷ lệ hoàn thành phác đồ điều trị cao. Đây là phương pháp tối ưu, phù hợp khuyến cáo quốc tế, góp phần nâng cao kết quả điều trị ung thư trực tràng tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Benson A.B, Venook A.P, Al-Hawary M.M** (2020). NCCN guidelines insights: rectal cancer, version 6.2020: featured updates to the NCCN guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 18(7), 806-815.
2. **Glynne J.R., Wyrwicz L., Turet E., et al.** (2017). ESMO Guidelines Committee. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 28, 22-40.
3. **Patel U.B., Taylor F., Blomqvist L., et al** (2011). Magnetic resonance imaging-detected tumor response for locally advanced rectal cancer predicts survival outcomes: MERCURY experience. *J Clin Oncol*. 29(28), 3753-60.
4. **Huỳnh Thanh Tuệ, Phạm Nguyễn Tường, Hoàng Nguyễn Hoài An, Nguyễn Minh Hành** (2022). Đánh giá kết quả hóa xạ trị tiền phẫu ung thư trực tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế*. 82.
5. **Park C.H., Kim H.C., Cho Y.B., et al** (2011). Predicting tumor response after preoperative chemoradiation using clinical parameters in rectal cancer. *World J Gastroenterol*. 17(48), 5310-6.
6. **Bahadoer R.R., Dijkstra E.A., van Etten B., et al** (2021). Short-course radiotherapy followed by chemotherapy before total mesorectal excision (TME) versus preoperative chemoradiotherapy, TME, and optional adjuvant chemotherapy in locally advanced rectal cancer (RAPIDO): a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 22(1), 29-42.
7. **MERCURY Study Group** (2011). Prognostic significance of tumor regression grade as assessed by MRI (mrTRG) in rectal cancer. *Ann Oncol*. 22(9), 1827–1834.
8. **Bujko K., et al.** (2010). Tumour regression grading in patients with residual rectal cancer after preoperative chemoradiation. *Radiotherapy and Oncology*. 95(3), 298 - 302.
9. **Song C., Chung J.H., Kang S.B.** (2018). Impact of Tumor Regression Grade as a Major Prognostic Factor in Locally Advanced Rectal Cancer after Neoadjuvant Chemoradiotherapy: A Proposal for a Modified Staging System. *Cancers (Basel)*. 10(9), 319.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TẮC MẬT TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ 3.0 TESLA

Trần Văn Việt¹, Ngô Quang Lập¹, Nguyễn Quang Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh tắc mật trên cộng hưởng từ 3.0 tesla. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 97 bệnh nhân tắc mật được chụp cộng hưởng từ tại bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng. **Kết quả:** Nhóm tuổi trung bình bệnh nhân tắc mật là 55.9±16.98, trong tắc mật thường gặp ở bệnh nhân > 40 tuổi chiếm 77,32%. Tỷ lệ nam/nữ là 1.42. Vị trí sỏi mật hay gặp nhất trên cộng hưởng từ là sỏi túi mật chiếm 64,37%. Vị trí giãn đường mật trên cộng hưởng từ gặp nhiều hơn là ở giãn đường mật trong gan chiếm 62.69%. Giãn ống mật chủ chiếm 37,31%. Tắc nghẽn đường mật ở ống mật chủ có 42 bệnh nhân (43,31%). Tắc nghẽn đường mật do bệnh lý u mật trên cộng hưởng chủ yếu là u đường mật có 8 bệnh nhân mắc phải chiếm tỉ lệ 57,14%. Hình ảnh hẹp đường mật trên cộng hưởng từ

có 4/97 BN trong đó hình ảnh hẹp không đồng tâm, bờ không đều, không đối xứng và mức độ hẹp nặng chiếm đa số. Nguyên nhân chủ yếu gây nên tình trạng tắc mật là do sỏi mật chiếm 89,69%. **Từ khóa:** tắc mật, u đường mật, cộng hưởng từ (MRCP)

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS OF BILIARY OBSTRUCTION ON 1.5 TESLA MAGNETIC RESONANCE

Purpose: Describe the imaging characteristics of biliary obstruction on 1.5 tesla magnetic resonance. **Material and method:** Cross-sectional study of 97 patients with biliary obstruction who underwent MRI at Hai Phong International General Hospital. **Result:** The average age of patients with biliary obstruction was 55.9±16.98, in which biliary obstruction was common in patients > 40 years old, accounting for 77.32%. The male/female ratio was 1.42. The most common location of gallstones on MRI was gallbladder stones, accounting for 64.37%. The location of biliary dilatation on MRI was more common than intrahepatic biliary dilatation, accounting for 62.69%. Common bile duct dilatation accounted for 37.31%. Biliary obstruction in the common bile duct was present in 42

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Việt

Email: tranvanviet2011@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

patients (43.31%). Biliary obstruction due to biliary tumors on MRI was mainly biliary tumors, with 8 patients accounting for 57.14%. Biliary stricture images on MRI were present in 4/97 patients, of which non-concentric narrowing, irregular edges, asymmetry, and severe narrowing were the majority. The main cause of biliary obstruction was gallstones, accounting for 89.69%.

Keywords: biliary obstruction, biliary tract tumor, magnetic resonance imaging (MRCP)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc mật là tình trạng tắc nghẽn xảy ra ở đường mật làm chậm hoặc cản trở hoàn toàn con đường vận chuyển dịch mật tự nhiên. Từ đó, dịch mật bị ứ đọng, tích tụ trong gan, về lâu dài có thể gây đau bụng, nhiễm trùng, rối loạn chức năng gan,... và dẫn đến nhiều biến chứng. [1] Đối với bệnh lý tắc mật, việc phát hiện và xác định mức độ nghiêm trọng là rất quan trọng để tìm ra nguyên nhân và đưa ra phác đồ điều trị hợp lý. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh thường được sử dụng bao gồm: siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CT), nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), chụp đường mật qua da (PTC) được sử dụng cho các thủ tục dẫn lưu và chụp mật tụy cộng hưởng từ (MRCP). Chụp cộng hưởng từ gan mật tụy (Magnetic resonance cholangiopancreatography - MRCP) là kỹ thuật hình ảnh không xâm lấn và bệnh nhân không bị ảnh hưởng bởi tia xạ đã cung cấp nhiều thông tin về nguyên nhân, mức độ và vị trí tắc; ghi hình toàn bộ hệ thống đường mật trong, ngoài gan, ống tụy nên ngày càng được áp dụng rộng rãi hơn. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu nghiên cứu "Mô tả đặc điểm hình ảnh tắc mật trên cộng hưởng từ 3.0 tesla".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Tất cả các bệnh nhân đến khám và điều trị tắc mật tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng trong thời gian từ 01/2025-05/2025 được chỉ định chụp cộng hưởng từ mật tụy.

- Loại trừ những trường hợp không có hình ảnh bệnh lý tắc mật

- Phương tiện nghiên cứu: máy cộng hưởng từ 3.0 Tesla (máy Lumina của hãng Siemens)

- Số liệu thu thập sẽ xử lý và phân tích trên phần mềm thống kê SPSS 20.0. Tất cả các biến sẽ được trình bày dưới dạng bảng hoặc biểu đồ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Thông tin chung	Tần số (n)	Tỉ lệ %
-----------------	------------	---------

Tuổi	≤40	22	22,68
	41-60	31	31,96
	>60	44	45,36
Giới	Nam	57	58,76
	Nữ	40	41,24

Nhận xét: Trong tổng số 97 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 57 bệnh nhân là nam giới chiếm tỉ lệ là 58,76%. Tỉ lệ nam/nữ là 1,42. Tuổi gặp nhiều nhất từ 60 tuổi trở lên (45.36%)

3.2. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ

3.2.1. Vị trí của gây tắc mật trên hình ảnh cộng hưởng từ

Bảng 3.2. Vị trí của sỏi mật trên cộng hưởng từ

Sỏi mật	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Sỏi đường mật trong gan	11	12,64
Sỏi túi mật	56	64,37
Sỏi ống mật chủ	20	22,99
Tổng số	87	100

Nhận xét: Số bệnh nhân có bệnh lý sỏi túi mật là cao nhất với 56 bệnh nhân chiếm 64,37%. Bệnh lý sỏi đường mật trong gan ít gặp nhất có 11 bệnh nhân chiếm 12,64%.

Bảng 3.3. Bệnh lý khô u mật trên cộng hưởng từ

Bệnh lý khô u	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
U đường mật	8	57,14
U bóng vater	0	0
U túi mật	3	21,43
U cơ tuyến túi mật	3	21,43
Tổng số	14	100

Nhận xét: U đường mật là hay gặp nhất (57,14%) trong số số các bệnh lý u mật gây tắc mật

3.2.2. Vị trí giãn đường mật trên cộng hưởng từ

Bảng 3.4. Vị trí giãn đường mật trên cộng hưởng từ

Giãn đường mật	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Giãn đường mật trong gan	42	62,69
Giãn ống mật chủ	25	37,31
Tổng số	67	100

Nhận xét: Giãn đường mật trong gan hay gặp nhất với tỷ lệ 62,69%.

3.2.3. Phân bố vị trí tắc nghẽn đường mật trên cộng hưởng từ

Bảng 3.5. Phân bố vị trí tắc nghẽn đường mật trên cộng hưởng từ

Vị trí	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Rỗn gan	Type I	0
	Type II	3
	Type IIIa	2

	Type IIIb	1	1,03
	Type IV	1	1,03
Trong gan		48	49,48
OMC		42	43,31
Tổng số		97	100

Nhận xét: Tắc nghẽn đường mật tại rốn gan được phân loại theo Bismuth – Corlette trong đó hay gặp ở type II (3,09%). Tắc nghẽn đường mật trong gan có 48 bệnh nhân (49,48).

3.2.4. Đặc điểm hình ảnh hẹp đường mật trên cộng hưởng từ

Bảng 3.6. Đặc điểm hình ảnh hẹp đường mật do u mật trên cộng hưởng từ

		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Hình thái	Đồng tâm	1	25
	Không đồng tâm	3	75
Bờ	Đều	0	0
	Không đều	4	100
Đôi xứng	Đôi xứng	1	25
	Không đôi xứng	3	75
Mức độ hẹp	Nhẹ	1	25
	Vừa	0	0
	Nặng	3	75

Nhận xét: Hình ảnh hẹp đường mật trong đó hình ảnh hẹp không đồng tâm, bờ không đều, không đôi xứng và mức độ hẹp nặng chiếm đa số.

3.2.5. Các nguyên nhân gây tắc mật

Bảng 3.7. Các nguyên nhân gây tắc mật

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Sỏi ống mật chủ	20	20,62
Sỏi túi mật	56	57,73
Sỏi đường mật trong gan	11	11,34
U đường mật	8	8,25
U bóng Vater	0	0
U nang OMC	4	4,12
U túi mật	3	3,09
U cơ tuyến túi mật	3	3,09
Hẹp đường mật trong và ngoài gan	4	4,12
Viêm đường mật trong và ngoài gan	19	19,58
Viêm chít hẹp cơ Oddi	2	2,06
Viêm túi mật cấp tính	30	30,92
Dị dạng đường mật, túi mật bẩm sinh	3	3,09
Các nguyên nhân khác (các bệnh truyền nhiễm do ký sinh trùng,...)	2	2,06

Nhận xét: Nguyên nhân hay gặp nhất gây ra tình trạng tắc mật là do bệnh lý sỏi túi mật có 56 BN chiếm tỉ lệ 57,73%. Không ghi nhận trường hợp nào có chẩn đoán u bóng Vater.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Giới. Trong nghiên cứu trên phim chụp của 97 bệnh nhân có chẩn đoán tắc mật. Tôi nhận thấy rằng có 57 BN có giới tính nam chiếm 58,76% tỉ lệ và có 40 BN có giới tính nữ chiếm 41,24% tỉ lệ. Tỉ lệ nam/nữ là 1,42. Sự chênh lệch giữa nam và nữ trong nghiên cứu của tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của: Văn Nữ Thùy Linh và cộng sự (2024) tỉ lệ nam/nữ là 1,3/1 [1]. Nguyễn Văn Công và cộng sự (2022). tỉ lệ nam/nữ là 1,64/1.[3]

4.1.2. Tuổi. Trong nghiên cứu trên phim chụp của 97 bệnh nhân có chẩn đoán tắc mật thấy sự phân bố về độ tuổi thường gặp nằm trong nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ 45,36. Tuổi trung bình mắc bệnh là 55,9±16,98. So sánh với các nghiên cứu khác: So sánh với nghiên cứu nước ngoài của tác giả Shaik Farid và R. Sundara Raja Perumal (năm 2019) Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 52. Trong đó bệnh nhân bị vàng da tắc mật đa số trên 30 tuổi, hơn 60% bệnh nhân trên 50 tuổi. [7] So sánh với nghiên cứu trong nước của tác giả Hoàng Ngọc Hà (2020), trung bình là 55,5 ± 13,7 tuổi [2].

4.2. Đặc điểm hình ảnh tắc mật trên cộng hưởng từ

4.2.1. Vị trí sỏi mật trên CHT. Theo kết quả nghiên cứu của tôi tình trạng sỏi túi mật hay gặp nhất được chẩn đoán có 56 trường hợp tương đương với tỉ lệ 64,37%. Sỏi ống mật chủ chiếm 22,99%. Ít gặp nhất là sỏi đường mật trong gan có 11 bệnh nhân chiếm 12,64%. Có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Mai Thanh Bình và cộng sự (2023), nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân sỏi đường mật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, nghiên cứu trên 1383 BN có 64,9% BN có sỏi OMC và 41,6% BN có sỏi đường mật trong gan [5].

4.2.2. Bệnh lý khối u mật trên CHT. Có 14/97 bệnh nhân trong nghiên cứu được chẩn đoán có bệnh lý u mật trong đó u đường mật có 8 bệnh nhân (57,14%), u túi mật và u cơ tuyến túi mật có tỉ lệ ngang nhau là 21,43%. Không ghi nhận trường hợp nào có BN mắc u bóng Vater. Có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đỗ Quang Út và cộng sự (2021) UT tụy (31,8%), UT đường mật vùng rốn gan (21,6%), UT đường mật đoạn thấp (15,9%), UT gan (10,2%) và UT đường mật trong gan có 8 BN (9,1%). Ít gặp hơn là UT bóng Vater có 4 bệnh nhân, ung thư túi mật có 2 bệnh nhân [4].

4.2.3. Vị trí giãn đường mật trên CHT.

Dựa vào kết quả nghiên cứu của tôi tỉ lệ bệnh nhân giãn đường mật là 67/97 BN chiếm 69,07%. Giãn đường mật trong gan (62,69%) chiếm tỉ lệ mắc cao hơn so với giãn ống mật chủ (37,31%). So sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hải Sơn và cộng sự (2024) [6]. Kết quả nghiên cứu của tôi đều có sự tương đồng với hai kết quả nghiên cứu trên là giãn đường mật trong gan hay gặp hơn giãn ống mật chủ.

4.3.4. Vị trí tắc nghẽn đường mật trên

CHT. Trong nghiên cứu trên 97 bệnh nhân, tình trạng tắc nghẽn mật ở rốn gan hay gặp ở type II có 3 BN (3,09%), có 2 BN type IIIa (2,06%), có 1 BN type IIIb và type IV (1,03%), không có trường hợp BN mắc type I. Tắc nghẽn đường mật trong gan có 48 BN (49,48%). Tắc nghẽn đường mật ở OMC có 42 bệnh nhân (43,31%). Có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Văn Nữ Thủy Linh và cộng sự (2024), về khảo sát giá trị cộng hưởng từ mật tụy trong chẩn đoán tắc nghẽn đường mật kết quả cho thấy, tắc mật ở rốn gan chiếm tỷ lệ nhiều nhất [1].

4.3.5. Hình ảnh hẹp đường mật trên

CHT. Trong nghiên cứu trên 97 bệnh nhân có 4 BN được chẩn đoán hẹp đường mật trong gan. Có 3 BN có hình ảnh hẹp không đồng tâm (75%). 4 BN (100%) hẹp bờ không đều. 3 BN (75%) hẹp không đối xứng. 3 BN có mức độ hẹp nặng (75%), 1 BN có mức độ hẹp nhẹ (25%), không có BN có mức độ hẹp vừa. Tương đồng với nghiên cứu của Văn Nữ Thủy Linh và cộng sự (2024) bệnh nhân hẹp đường mật (chiếm tỷ lệ 39,4%). Trong đó, hẹp không đồng tâm, không đều và đoạn hẹp dài (>12mm) chiếm đa số [1]. Trong 4 BN được chẩn đoán hẹp đường mật có các nguyên nhân gây hẹp khác nhau: trong đó có 2 trường hợp hẹp do u đường mật và 1 trường hợp do sỏi lá gan nhỏ:

4.4. Nguyên nhân gây tắc mật.

Nguyên nhân hay gặp nhất gây nên tình trạng tắc mật là do sỏi túi mật chiếm phần lớn có 56 bệnh nhân (57,73%). Viêm túi mật cấp tính có 30 bệnh nhân mắc phải chiếm 30,92%. Sỏi ống mật chủ gặp ở 20 bệnh nhân chiếm 20,62%. Viêm đường mật trong và ngoài gan có 19 bệnh nhân chiếm 19,58%. Sỏi đường mật trong gan có 11 bệnh nhân chiếm 11,34%. Có 8 bệnh nhân có chẩn đoán u đường mật chiếm 8,25%. U nang ống mật chủ và hẹp đường mật trong và ngoài gan có số bệnh nhân tương đương nhau là 4 bệnh nhân chiếm 4,12%. Bệnh lý u túi mật, u cơ tuyến túi mật và dị dạng túi mật bẩm sinh (túi mật hai ngăn) có 3 bệnh nhân chiếm 3,09%. Viêm chít hẹp cơ Oddi có số BN mắc phải là 2 BN

chiếm 2,06%. Không ghi nhận trường hợp nào có chẩn đoán u bóng Vater. Các nguyên nhân khác (các bệnh truyền nhiễm do ký sinh trùng,...) có 2 trường hợp chiếm 2,06%, trong đó có trường hợp do sỏi lá gan nhỏ làm chít hẹp đường mật trong gan.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình bệnh nhân tắc mật là 55,9±16,98. Tắc mật thường gặp ở bệnh nhân > 40 tuổi chiếm 77,32%. Ở nhóm tuổi ≤ 40 tuổi chiếm 22,68% tương đương với 22 bệnh nhân. Tỉ lệ tắc mật ở Nam/Nữ là 1,42.

Vị trí sỏi mật trên cộng hưởng từ hay gặp nhất là sỏi túi mật chiếm 64,37% (56 BN). Ít gặp nhất là sỏi đường mật chiếm 12,64% tương đương với 11 bệnh nhân.

Bệnh lý u mật trên cộng hưởng từ chủ yếu là u đường mật chiếm tỉ lệ 57,14%.

Vị trí giãn đường mật trên cộng hưởng từ gặp nhiều hơn là ở giãn đường mật trong gan chiếm 62,69%.

Vị trí tắc nghẽn đường mật: tắc nghẽn đường mật tại rốn gan hay gặp ở type II có 3 bệnh nhân (3,09%). Tắc nghẽn đường mật trong gan có 48 bệnh nhân (4,48%). Tắc nghẽn đường mật ở OMC có 42 bệnh nhân (43,31%).

Hình ảnh hẹp đường mật do u trên cộng hưởng từ có 4/97 bệnh nhân có hình ảnh hẹp không đồng tâm, bờ không đều, không đối xứng và mức độ hẹp nặng chiếm đa số.

Nguyên nhân chủ yếu gây nên tình trạng tắc mật là do sỏi túi mật và đường mật chiếm 89,69%. Viêm túi mật cấp tính có 30 BN mắc phải chiếm 30,92%. Viêm đường mật trong và ngoài gan có 19 bệnh nhân chiếm 19,58%. Không ghi nhận trường hợp bệnh nhân nào mắc u bóng Vater.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Văn Nữ Thủy Linh, Lê Trọng Bình, Lê Trọng Khoan, Nguyễn Thanh Thảo (2024), "Khảo sát giá trị cộng hưởng từ mật tụy trong chẩn đoán tắc nghẽn đường mật" Tạp chí Y Dược Huế. số 1, tập 14, trang 148.
2. Hoàng Ngọc Hà (2020), "Nghiên cứu điều trị phẫu thuật ung thư đường mật rốn gan (u Klatskin) tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức" Tạp chí y học thực hành.
3. Nguyễn Văn Công, Lê Tuấn Linh, Nguyễn Thái Bình (2022), "Đánh giá giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán hẹp đường mật" Tạp chí y học Việt Nam. Tập 512.
4. Đỗ Quang Ut, Nguyễn Tiến Thịnh, Nguyễn Khánh Trạch (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân tắc mật do ung thư" Tạp chí Y dược lâm sàng 108. số 8, tập 16.
5. Phùng Văn Duyên, Phạm Văn Duyệt, Hoàng Anh Tú, Nguyễn Bá Phước, Phạm Văn

Thương (2023), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sỏi đường mật điều trị bằng mổ mở kết hợp nội soi tán sỏi điện thủy lực tại bệnh viện Kiến An, Hải Phòng” Tạp chí y học Việt Nam. Tập 527, tháng 6, số đặc biệt, 2023.

6. **Nguyễn Hải Sơn, Lê Thanh Dũng, Nguyễn Thái Bình** (2024), “Đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán sỏi mật ở

bệnh nhân tán sỏi qua da tại bệnh viện đại học y Hà Nội”. Tạp chí y học Việt Nam. Tập 544, tháng 11, số 2-2024.

7. **Shaik Farid, R. Sundara Raja Perumal.** Role of magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) in the evaluation of patients with obstructive jaundice. International Journal of Contemporary Medical Research 2019;6(5):E1-E5

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH DO HUMAN HERPESVIRUS 6 Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG 2020–2025

Không Thị Thu¹, Hoàng Thị Huệ¹,
Nguyễn Văn Lâm², Đào Hữu Nam²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh do Human herpesvirus 6 (HHV-6) ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 76 trẻ <16 tuổi nhập viện chẩn đoán HHV-6 bằng PCR máu/dịch não tủy (DNT) giai đoạn 2020–2025. **Kết quả:** Tuổi trung vị 13 tháng, chủ yếu <24 tháng tuổi. Sốt (92,1%) và phát ban (53,9%) là hai triệu chứng thường gặp nhất. Triệu chứng hô hấp (35,5%), gan to (27,6%), thần kinh (23,7%) cũng được ghi nhận. Biểu hiện thay đổi theo nhóm tuổi: trẻ <24 tháng hay gặp ban đào; trẻ 24 tháng–<5 tuổi thường có tổn thương gan (54,5%) và ban đào (45,5%); nhóm ≥5 tuổi gặp tổn thương gan (62,5%), thần kinh (50,0%) và suy đa cơ quan (37,5%). Cận lâm sàng: tăng bạch cầu trung tính (60,5%), thiếu máu (42,1%) và giảm tiểu cầu (28,9%). **Kết luận:** Bệnh do HHV-6 chủ yếu gặp ở trẻ <2 tuổi, biểu hiện lâm sàng đa dạng và thay đổi theo nhóm tuổi; cần lưu ý trong chẩn đoán và theo dõi biến chứng sớm. **Từ khóa:** Human herpesvirus 6; trẻ em; lâm sàng; cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF HUMAN HERPESVIRUS 6 INFECTION IN CHILDREN AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL 2020–2025

Objective: To describe clinical and paraclinical characteristics of HHV-6 infection in children at the National Children's Hospital. **Methods:** A descriptive study combining retrospective and prospective on 76 patients under 16 years with confirmed HHV-6 by PCR in blood/CSF during 2020–2025. **Results:** Median age was 13 months, mostly <24 months. Fever (92.1%)

and rash (53.9%) were most common; respiratory (35.5%), hepatic (27.6%), and neurological (23.7%) manifestations were notable. By age, roseola predominated <24 months; hepatic and rash in 24 months–<5 years; hepatic (62.5%), neurological (50.0%), multi-organ failure (37.5%) in ≥5 years. Subclinical findings: neutrophilia (60.5%), anemia (42.1%), thrombocytopenia (28.9%). **Conclusions:** HHV-6 mainly affects children <2 years with age-dependent patterns. Careful monitoring is essential for early recognition and management of complications.

Keywords: Human herpesvirus 6; children; clinical features; subclinical findings.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Human herpesvirus 6 (HHV-6) được xác định lần đầu năm 1986 thuộc phân nhóm Betaherpesvirinae và được chia thành hai biến thể là HHV-6A và HHV-6B. Đặc điểm quan trọng của HHV-6 là tính ái lực với tế bào lympho T CD4+, cho phép virus tồn tại tiềm ẩn trong cơ thể và tái hoạt động khi hệ miễn dịch suy yếu. Vì vậy, HHV-6 không chỉ là nguyên nhân gây bệnh ở trẻ nhỏ khỏe mạnh mà còn là tác nhân cơ hội quan trọng ở các bệnh nhân suy giảm miễn dịch, ghép tạng hoặc ghép tế bào gốc tạo máu. Bệnh cảnh lâm sàng rất đa dạng: từ sốt nhẹ đến viêm não, viêm gan tối cấp, viêm cơ tim, viêm phổi kẽ, hội chứng suy đa cơ quan, thậm chí tử vong⁷.

Khó khăn lớn trong chẩn đoán bệnh do HHV-6 là tính không đặc hiệu của triệu chứng lâm sàng dẫn đến chẩn đoán nhầm với bệnh truyền nhiễm khác. Phương pháp chẩn đoán đáng tin cậy nhất hiện nay là xét nghiệm PCR phát hiện DNA virus trong máu và/hoặc dịch não tủy¹.

Tại Việt Nam, số liệu nghiên cứu về HHV-6 còn rất hạn chế. Một số báo cáo gần đây tập trung vào nguyên nhân sốt cấp tính hoặc viêm não ở trẻ em, trong đó HHV-6 được phát hiện ở một tỷ lệ nhất định (12,6%)³ nhưng chưa có nghiên cứu hệ thống nào phân tích đầy đủ về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh do

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đào Hữu Nam

Email: namdht30@nch.gov.vn

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025