

lượng chưa thống nhất, chủ yếu dựa vào ước lượng bằng mắt thường của bác sĩ lâm sàng. Do đó, nên có biện pháp đánh giá lượng máu mất sau đẻ đường âm đạo như bao đông máu để chẩn đoán chính xác tình trạng chảy máu, tránh bỏ sót cũng như hạn chế các trường hợp điều trị quá mức cần thiết.

Giá trị Hemoglobin (Hb) trung bình trước khi sinh là $120,4 \pm 12,18$ g/l với 4,6% có thiếu máu trước sinh. Giá trị Hb sau đẻ đường âm đạo có chảy máu trung bình là $100,43 \pm 15,60$ g/l. Theo nghiên cứu của tác giả Holly Anger và cộng sự giúp đánh giá tương quan giữa tình trạng mất máu sau đẻ và chỉ số Hb. Theo đó, mức giảm chỉ số Hb ≥ 2 g/l có thể gặp ở một nửa số sản phụ chảy máu từ 500 – 1000ml và thường gặp hơn nhóm mất máu ≥ 1000 ml⁸. Điều này chứng tỏ sự giảm Hb trên sản phụ mất máu sau đẻ có tương quan yếu với mức độ chảy máu sau đẻ vì những trường hợp này thường mất máu cấp nên chưa kịp làm thay đổi chỉ số huyết học, trừ các trường hợp chảy máu ồ ạt, tốc độ nhanh và số lượng nhiều⁸.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các trường hợp chảy máu sau đẻ thường tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023 - 2024, chúng tôi rút ra kết luận:

- Tỷ lệ chảy máu sau đẻ thường tương đối thấp: 120 trường hợp (0,84%) trong năm 2023 và 117 trường hợp (0,95%) trong năm 2024.
- Nguyên nhân chảy máu sau đẻ thường: đỡ tử cung (chiếm 73%), chấn thương đường sinh dục (63,7%) và 11,8% có nguyên nhân do bánh rau.
- Dấu hiệu mạch nhanh > 100 nhịp/phút có

gợi ý nhiều đến tình trạng chảy máu sau đẻ hơn so với biến động huyết áp của sản phụ

- Nồng độ Hb ở sản phụ mất máu sau đẻ có tương quan yếu với mức độ chảy máu sau đẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Moi BW, Flanagan M, Li W.** Prevention and treatment of postpartum haemorrhage: progress by learning what works and what does not work. *The Lancet*. 2024;404(10463):1616-1618.
2. **Giouleka S, Tsakiridis I, Kalogiannidis I, et al.** Postpartum hemorrhage: a comprehensive review of guidelines. *Obstetrical gynecological survey*. 2022;77(11):665-682.
3. **Carrolli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM.** Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best practice research Clinical obstetrics gynaecology*. 2008;22(6):999-1012.
4. **Wei Q, Xu Y, Zhang L.** Towards a universal definition of postpartum hemorrhage: retrospective analysis of Chinese women after vaginal delivery or cesarean section: A case-control study. *Medicine*. 2020;99(33):e21714.
5. **Alonso-Burgos A, Díaz-Lorenzo I, Muñoz-Saá L, et al.** Primary and secondary postpartum haemorrhage: a review for a rationale endovascular approach. *CVIR endovascular*. Feb 13 2024;7(1):17. doi:10.1186/s42155-024-00429-7
6. **Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al.** *Williams Obstetrics 25th edition*. Chapter 19: Ectopic pregnancy. McGraw-Hill Education; 2018.
7. **Âu Nhựt Luân VMT, Vương Thị Ngọc Lan, Nguyễn Hồng Hoa.** *Bài giảng Sản khoa*. Nhà xuất bản Y học; 2020.
8. **Anger H, Durocher J, Dabash R, Winikoff B.** How well do postpartum blood loss and common definitions of postpartum hemorrhage correlate with postpartum anemia and fall in hemoglobin? *PLoS one*. 2019;14(8):e0221216.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI DỊ TẬT THÔNG SÀN NHỈ THẤT ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2020 - 2025

Mai Trọng Hưng^{1,2}, Phạm Văn Nguyên¹, Đinh Thúy Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình thái của dị tật tim mạch bẩm sinh loại thông sàn nhĩ thất được chẩn

đoán trước sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội giai đoạn 2020-2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu tiến hành trên tất cả các thai phụ có thai nhi được chẩn đoán dị tật thông sàn nhĩ thất tại trung tâm sàng lọc trước sinh – Bệnh viện phụ sản Hà Nội từ 01/2020 – 06/2025. Mô tả đặc điểm về thời điểm chẩn đoán bệnh, thể dị tật thông sàn nhĩ thất và các bất thường khác kèm theo của thai nhi. **Kết quả:** Thời điểm chẩn đoán dị tật thông sàn nhĩ thất tối ưu ở quý 2 của thai kỳ. Trong 113 trường hợp được chẩn đoán dị tật thông sàn nhĩ thất với thể đơn thuần chiếm 47,78% và 52,22% thể có dị tật tim

¹ Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

² Trường Đại học Y Dược, ĐH Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Nguyên

Email: pvnguyenyhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2026

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2026

Ngày duyệt bài: 15.4.2026

phối hợp, trong nhóm có dị tật tim phối hợp thì thất phải hai đường ra và/hoặc đảo gốc động mạch chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,24%. Bất thường nhiễm sắc thể loại trisomy 21 thường gặp nhất phối hợp trong bệnh cảnh dị tật tim thông sàn nhĩ thất. **Kết luận:** Dị tật thông sàn nhĩ thất ở thai nhi được chẩn đoán tối ưu nhất ở giai đoạn quý thứ 2 của thai kỳ, với tỷ lệ thể đơn thuần và thể dị tật tim phối hợp gần tương đương nhau, thường đi kèm với bất thường nhiễm sắc thể loại trisomy 21. **Từ khóa:** chẩn đoán trước sinh, dị tật thông sàn nhĩ thất.

ABSTRACT

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PRENATALLY DIAGNOSED ATRIOVENTRICULAR SEPTAL DEFECT AT HANOI OBSTETRICS & GYNECOLOGY HOSPITAL: A FIVE - YEAR STUDY (2020-2025)

Objective: To describe the morphological characteristics of atrioventricular septal defect diagnosed prenatally at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital during the period 2020-2025. **Methods:** A descriptive, retrospective study was conducted on all pregnant women whose fetuses were diagnosed with atrioventricular septal defect at the Prenatal Screening Center, Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2020 to June 2025. The study described characteristics regarding the timing of diagnosis, types of atrioventricular septal defect, and other associated fetal abnormalities. **Results:** The optimal timing for diagnosing atrioventricular septal defect is in the second trimester of pregnancy. Among 113 diagnosed cases of atrioventricular septal defect, the complete form accounted for 47,78% and 52,22% presented with associated cardiac anomalies. Within the group with associated cardiac anomalies, double outlet right ventricle and/or transposition of the great arteries represented the highest proportion at 54,24%. Trisomy 21 chromosomal abnormality was the most commonly associated finding in the clinical context of atrioventricular septal defect. **Conclusion:** Atrioventricular septal defect in fetuses is optimally diagnosed during the second trimester of pregnancy, with nearly equivalent rates of the complete and partial forms, commonly associated with trisomy 21 chromosomal abnormality. **Keywords:** Prenatal diagnosis, atrioventricular septal defect (AVSD)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tim bẩm sinh là loại dị tật bẩm sinh phổ biến nhất, với tỷ lệ mắc từ 4 đến 13 trên 1.000 trẻ sinh sống và là nguyên nhân chiếm khoảng 10% số ca thai chết lưu¹. Một trong những dị tật tim bẩm sinh phức tạp và thường gặp là thông sàn nhĩ thất (atrioventricular septal defect – AVSD). Dị tật này thường xuất hiện đơn lẻ hoặc đi kèm với các bất thường nhiễm sắc thể, đặc biệt là hội chứng Down², gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến

huyết động học của thai và tiên lượng sau sinh. Sự kết hợp giữa thông sàn nhĩ thất và bất thường di truyền làm tăng nguy cơ rối loạn phát triển thần kinh cũng như tỷ lệ tử vong chu sinh, từ đó đặt ra yêu cầu cần thiết trong chẩn đoán sớm và chính xác. Siêu âm là phương pháp chẩn đoán hình ảnh trước sinh giúp phát hiện các bất thường di truyền đi kèm, hỗ trợ đánh giá tiên lượng và tư vấn tiền sản. Tại Việt Nam, hiện còn ít nghiên cứu chuyên sâu về chẩn đoán trước sinh dị tật tim, đặc biệt là thông sàn nhĩ thất và các bất thường di truyền liên quan. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Mô tả đặc điểm hình thái dị tật thông sàn nhĩ thất được chẩn đoán trước sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội giai đoạn 2020-2025"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Thai phụ có thai (≥ 18 tuần) được chẩn đoán dị tật thông sàn nhĩ thất bằng siêu âm tim thai
- Đồng ý tham gia nghiên cứu và theo dõi đến sau sinh.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Từ chối tham gia
- Trường hợp hồ sơ lâm sàng không đầy đủ
- Trường hợp dị tật thông sàn nhĩ thất phối hợp với bất thường nặng khác không liên quan đến tim (như dị tật thần kinh trung ương nặng, thiếu sản phổi...).

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.
- Địa điểm: Trung tâm chẩn đoán trước sinh – Bệnh viện Phụ sản Hà Nội
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2020 - 06/2025.
- Cỡ mẫu: Lấy mẫu toàn bộ các trường hợp đủ tiêu chuẩn từ tháng 01/2020 - 06/2025.
- Thu thập dữ liệu từ hệ thống phần mềm quản lý thai sản tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh. Ghi nhận: tuổi thai, thời điểm phát hiện, loại thông sàn nhĩ thất (hoàn toàn/bán phần), bất thường đi kèm (tim và ngoài tim), hội chứng Down.
- Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 26.0
- Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng khoa học Bệnh viện Phụ sản Hà Nội thông qua, giải thích về quy trình, mục đích của nghiên cứu và các thông tin về bệnh nhân chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Tỷ lệ phát hiện dị tật thông sán nhĩ thất theo từng thời kỳ thai nghén

Thời điểm phát hiện bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Quý 1	4	3,25%
Quý 2	88	68,29%
Quý 3	21	28,46%
Tổng	113	100%

Nhận xét: Phần lớn dị tật thông sán nhĩ thất ở thai nhi được phát hiện trong tam cá nguyệt thứ hai chiếm tỷ lệ 68,29%.

Bảng 2. Phân bố tuổi thai phụ của các trường hợp dị tật thông sán nhĩ thất

Nhóm tuổi (năm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 35	87	77%
≥ 35	26	23%
Tổng	113	100%

Nhận xét: Thai phụ có độ tuổi < 35 tuổi chiếm đa số với 87 trường hợp (77%), trong khi nhóm tuổi từ 35 tuổi trở lên có 26 trường hợp (23%).

2. Đặc điểm hình thái dị tật thông sán nhĩ thất

Bảng 3. Phân loại thông sán nhĩ thất (AVSD) trong nhóm nghiên cứu

Loại thông sán nhĩ thất	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đơn thuần	54	47,78%
Có dị tật tim phổi hợp	59	52,22%
Tổng	113	100%

Nhận xét: Các thể dị tật thông sán nhĩ thất được chẩn đoán với 47,78% thể đơn thuần thấp hơn không đáng kể so với thể dị tật tim phổi hợp chiếm 52,22%

Bảng 4. Phân loại thông sán nhĩ thất có dị tật tim phổi hợp

Loại dị tật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thất phải hai đường ra, đảo gốc động mạch	32	54,24
Gián đoạn động mạch chủ và động mạch phổi	22	37,29
Sinh lý tim một buồng thất	4	6,78
Thiếu sán tim trái	1	1,69
Tổng	59	100

Nhận xét: Trong số 59 trường hợp dị tật tim phổi hợp được ghi nhận, nhóm thất phải hai đường ra và/hoặc đảo gốc động mạch chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,24%

Bảng 5. Tỷ lệ chọc ối

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chọc ối	31	27,43%
Không chọc ối	82	72,57%
Tổng	113	100%

Nhận xét: Tỷ lệ chọc ối còn tương đối thấp 27,43%, có thể liên quan đến nhiều yếu tố như tuổi thai tại thời điểm chẩn đoán, sự chấp thuận của thai phụ, nguy cơ của thủ thuật xâm lấn cũng như định hướng xử trí thai kỳ.

Bảng 6. Kết quả chọc ối

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hội chứng Down	11	35,48%
Hội chứng Patau	1	3,23%
Bình thường	19	61,29%
Tổng	31	100%

Nhận xét:

- Trong tổng số 31 trường hợp được đánh giá về tình trạng di truyền, nhóm không ghi nhận bất thường nhiễm sắc thể chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,3%

- Hội chứng Down được ghi nhận ở 35,48% (n = 11) trường hợp, là hội chứng di truyền thường gặp nhất trong nhóm bệnh nhân có bất thường nhiễm sắc thể.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu, thông sán nhĩ thất được phát hiện chủ yếu ở quý thứ hai, chiếm 68,29%, trong đó nhóm tuổi thai 18 – 22 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất (25,66%). Đây là giai đoạn tối ưu cho siêu âm hình thái và khảo sát tim thai, khi các cấu trúc tim đã phát triển đầy đủ và dễ đánh giá. Quý 2 của thai kỳ là thời điểm phát hiện và chẩn đoán các dị tật tim bẩm sinh dễ dàng nhất bởi kích thước thai nhi phù hợp, tim thai đã đủ lớn để quan sát chi tiết cấu trúc, mặt cắt tim rõ ràng với 4 buồng tim, nhìn rõ van nhĩ thất chung, các khiếm khuyết vách nhĩ và thất cũng như các bất thường tim phổi hợp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới. Theo nghiên cứu của tác giả Minnella và cộng sự năm 2020 tiến hành nghiên cứu hồi cứu từ tháng 10 năm 2009 đến tháng 7 năm 2019 tại nước Anh, kết quả phát hiện được các dị tật tim nặng với tỷ lệ 53,6% được chẩn đoán ở tuần thai 11 – 13; 38,9% được chẩn đoán ở tuần 18 – 24; 4,7% mới phát hiện ở quý thứ 3 của thai kỳ và 2,8% chỉ phát hiện sau sinh³. Nghiên cứu của tác giả

Huggon và cộng sự tiến hành hồi cứu từ tháng 1 năm 1987 đến tháng 12 năm 1997, tuổi thai trung bình phát hiện dị tật thông sán nhĩ là 22,3 tuần thai⁴. Nghiên cứu của tác giả Rasiah và cộng sự tiến hành hồi cứu từ năm 1997 đến năm 2004, tuổi thai trung bình phát hiện dị tật thông sán nhĩ thất hoàn toàn ở tuần thai thứ 23⁵. Nghiên cứu của tác giả Mureşan và cộng sự khẳng định rằng chẩn đoán dị tật thông sán nhĩ thất hoàn toàn có thể được chẩn đoán chính xác từ tuần thai 19 đến 25 với độ chính xác lên đến 92%⁶.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phát hiện được 113 trường hợp có dị tật thông sán nhĩ thất với thể đơn thuần và thể có dị tật tim phổi hợp. Tỷ lệ thông sán nhĩ thất đơn thuần chiếm 47,78% và 52,22% thuộc thể thông sán nhĩ thất có dị tật tim phổi hợp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới. Nghiên cứu của tác giả Huggon và cộng sự cho thấy trong 301 trường hợp thai nhi có dị tật thông sán nhĩ thất có 51,5% thể đơn thuần và 48,5% thể có dị tật tim khác phổi hợp⁴. Nghiên cứu của tác giả Rasiah và cộng sự phát hiện 41,4% dị tật thông sán nhĩ thất đơn thuần và 58,6% dị tật thông sán nhĩ thất phổi hợp dị tật tim khác trong số 99 thai nhi chẩn đoán được bệnh lý này⁵. Kết quả nghiên cứu của tác giả Yildirim Gokhan và cộng sự chẩn đoán 66 thai nhi có dị tật thông sán nhĩ thất với tỷ lệ 45,2 đơn thuần và 54,8% có dị tật tim phổi hợp⁷.

Các thai nhi có bất thường thông sán nhĩ thất kèm các bất thường ngoài tim với tỷ lệ khác nhau: trong nghiên cứu của tác giả Huggon và cộng sự thì bất thường ngoài tim và hội chứng không do nhiễm sắc thể chiếm tỷ lệ 13,3% các trường hợp có dị tật thông sán nhĩ thất, nghiên cứu của tác giả Yildirim Gokhan và cộng sự cho thấy có 61,3% trường hợp dị tật thông sán nhĩ thất có bất thường ngoài tim⁷.

Trong số các trường hợp nghiên cứu, 31 thai phụ (27,43%) được thực hiện chọc ối để khảo sát di truyền. Kết quả cho thấy 61,29% có bộ nhiễm sắc thể bình thường, trong khi 38,71% có bất thường nhiễm sắc thể. Trong nhóm bất thường, hội chứng Down chiếm tỷ lệ cao nhất (35,48%), tiếp theo là các bất thường nhiễm sắc thể khác (3,22%). Kết quả này khẳng định mối liên quan chặt chẽ giữa dị tật thông sán nhĩ thất và hội chứng Down, phù hợp với nhiều nghiên cứu trong y văn cho rằng dị tật thông sán nhĩ thất là dị tật tim bẩm sinh thường gặp nhất ở thai nhi trisomy 21. Tỷ lệ chọc ối trong nghiên

cứ của chúng tôi còn tương đối thấp có thể do thai phụ lựa chọn đình chỉ thai nghén sớm, lo ngại nguy cơ của thủ thuật xâm lấn hoặc được chẩn đoán muộn. Nghiên cứu của tác giả Rasiah và cộng sự, tỷ lệ thai phụ làm xét nghiệm chọc ối là 43/99 (43,43%) trong đó 53,5% có bất thường nhiễm sắc thể⁵. Nghiên cứu của tác giả Yildirim Gokhan và cộng sự cho thấy có 33,9% trường hợp dị tật thông sán nhĩ thất có bất thường nhiễm sắc thể, trong đó phổ biến nhất là trisomy 21 với tỷ lệ 47,6%; sau đó là trisomy 18 với 33,33% và còn lại là trisomy 13 và triploidy⁷. Nghiên cứu của tác giả Maddalena Morlando và cộng sự tiến hành nghiên cứu từ năm 2002 đến năm 2014 phát hiện 110 trường hợp có dị tật thông sán nhĩ thất, trong đó 98 thai nhi có mối tương quan cấu trúc tim và nội tạng bình thường có 46% bất thường nhiễm sắc thể thuộc dạng trisomy 21⁸.

V. KẾT LUẬN

Các đặc điểm hình thái dị tật thông sán nhĩ thất được chẩn đoán trước sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội giai đoạn 2020 – 2025 là:

Thể đơn thuần chiếm 47,78% và 52,22% bệnh nhân gặp ở thể có dị tật tim phổi hợp, trong nhóm có dị tật tim phổi hợp thì thất phải hai đường ra và/hoặc đảo gốc động mạch chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,24%. Bất thường nhiễm sắc thể loại trisomy 21 thường gặp nhất phổi hợp trong bệnh cảnh dị tật tim thông liên thất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Thị Thanh, Nguyễn Thị Hằng.** Đặc điểm và phân loại bệnh tim bẩm sinh tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa Thái Bình. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2007;337(1):121 - 124.
2. **Pierpont ME, Basson CT, Benson DW, Jr., et al.** Genetic basis for congenital heart defects: current knowledge: a scientific statement from the American Heart Association Congenital Cardiac Defects Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young: endorsed by the American Academy of Pediatrics. *Circulation*. Jun 12 2007;115(23):3015-38. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.106.183056
3. **Minnella GP, Crupano FM, Syngelaki A, Zidere V, Akolekar R, Nicolaides KH.** Diagnosis of major heart defects by routine first-trimester ultrasound examination: association with increased nuchal translucency, tricuspid regurgitation and abnormal flow in ductus venosus. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. May 2020;55(5):637-644. doi:10.1002/uog.21956
4. **Huggon IC, Cook AC, Smeeton NC, Magee AG, Sharland GK.** Atrioventricular septal defects diagnosed in fetal life: associated cardiac and extra-cardiac abnormalities and outcome. *Journal*

- of the American College of Cardiology. Aug 2000;36(2):593-601. doi:10.1016/s0735-1097(00)00757-9
5. **Rasiah SV, Ewer AK, Miller P, Wright JG, Tonks A, Kilby MD.** Outcome following prenatal diagnosis of complete atrioventricular septal defect. *Prenatal diagnosis*. Feb 2008;28(2):95-101. doi:10.1002/pd.1922
 6. **Mureşan D, Mărginean C, Zaharie G, Stamatian F, Rotar IC.** Complete atrioventricular septal defect in the era of prenatal diagnosis. *Medical ultrasonography*. Dec 5 2016;18(4):500-507. doi:10.11152/mu-879
 7. **Yıldırım G, Gungorduk K, Yazicioğlu F, et al.** Prenatal diagnosis of complete atrioventricular septal defect: perinatal and neonatal outcomes. *Obstetrics and gynecology international*. 2009;2009:958496. doi:10.1155/2009/958496
 8. **Morlando M, Bhide A, Familiari A, et al.** The association between prenatal atrioventricular septal defects and chromosomal abnormalities. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. Jan 2017;208:31-35. doi:10.1016/j.ejogrb.2016.10.039

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT QUANH RỖN GAN ĐƯỢC PHẪU THUẬT CẮT GAN KÈM ĐƯỜNG MẬT NGOÀI GAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Ninh Việt Khải*, Đỗ Viết Phú**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) ung thư đường mật quanh rốn gan tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 36 BN chẩn đoán ung thư đường mật quanh rốn gan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 12 năm 2025. **Kết quả:** 36 BN được lựa chọn, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $59,94 \pm 9,08$ tuổi, nữ giới chiếm 52,8%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là vàng da 72,2%, sút cân 33,3%, đau hạ sườn phải 27,8%. Nồng độ bilirubin toàn phần (TP) khi vào viện tăng ở 80,6% BN, trung bình $156,07 \pm 122,08 \mu\text{mol/L}$; CA19-9 tăng ở 88,9% BN. Trên CT và hoặc MRI type 3 và 4 chiếm tỷ lệ cao 83,4%. **Kết luận:** Ung thư đường mật quanh rốn gan thường được phát hiện ở giai đoạn muộn với biểu hiện vàng da tắc mật tiến triển, đa phần thuộc loại 3, 4 trên phim chụp CT và hoặc MRI (phân loại Bismuth – Corlette). **Từ khóa:** U klatskin, ung thư đường mật quanh rốn gan, lâm sàng, cận lâm sàng.

ABSTRACT

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PERIHILAR CHOLANGIOCARCINOMA UNDERGOING HEPATECTOMY WITH EXTRAHEPATIC BILE DUCT RESECTION AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

* Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

** Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: Drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.3.2026

Ngày phản biện khoa học: 26.3.2026

Ngày duyệt bài: 16.4.2026

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with perihilar cholangiocarcinoma. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 36 patients diagnosed with perihilar cholangiocarcinoma who underwent hepatectomy combined with extrahepatic bile duct resection at Viet Duc University Hospital between 2015 and 2025. **Results:** The mean age was $59,94 \pm 9,08$ years old, with a female predominance (52,8%). The most common presenting symptoms were jaundice (72,2%), weight loss (33,3%), and right upper quadrant pain (27,8%). Elevated total bilirubin (TB) levels at hospital admission were observed in 80,6% of patients, with a mean concentration of $156,07 \pm 122,08 \mu\text{mol/L}$, and CA 19-9 was elevated in 88,9% of patients. On CT and/or MRI, type III and IV tumors accounted for 83,4% of cases (Bismuth–Corlette classification). **Conclusion:** Perihilar cholangiocarcinoma is frequently diagnosed at an advanced stage with the development of progressive obstructive jaundice, most of them belong to type 3, 4 on CT, MRI. **Keywords:** Klatskin tumor; hilar cholangiocarcinoma; clinical characteristics; paraclinical features.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Ung thư đường mật quanh rốn gan (Perihilar cholangiocarcinoma-PHC) là ung thư xuất phát từ biểu mô đường mật, bao gồm: ung thư đường mật rốn gan (hilar cholangiocarcinoma-ung thư biểu mô đường mật tại vị trí ống gan chung, ống gan phải và ống gan trái) và ung thư đường mật trong gan type ống lớn thâm nhiễm rốn gan. Định nghĩa PHC đã được nhiều tác giả đồng thuận vì tổn thương giải phẫu bệnh, phương pháp phẫu thuật và tiên lượng của ung thư đường mật rốn gan và ung thư đường mật trong gan type ống lớn là tương đồng [1], đồng thời tổ chức y tế thế giới (WHO) đã chỉ ra sự giống