

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ MÔ BỆNH HỌC SAU ĐIỀU TRỊ VÀ CÁC BIỆN PHÁP XỬ TRÍ TIẾP THEO Ở BỆNH NHÂN TỒN THƯƠNG TIỀN UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2024

Lê Quang Vinh¹, Lê Hoàng Linh², Nguyễn Thu Thủy Tiên⁵,
Nguyễn Thị Trang¹, Nguyễn Thị Hằng³, Phạm Tiến Anh¹,
Phạm Tiến Dưỡng⁴, Nguyễn Văn Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả mô bệnh học với can thiệp các tổn thương tiền ung thư cổ tử cung.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp theo dõi dọc sau khi có kết quả mô bệnh học, được thực hiện trên 296 bệnh nhân có tổn thương cổ tử cung điều trị tại khoa Phụ ung thư, Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024. Các bệnh nhân có đầy đủ xét nghiệm tế bào học cổ tử cung, HPV định type và kết quả giải phẫu bệnh sau can thiệp. Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và xử lý bằng phần mềm SPSS.

Kết quả: Kết quả sinh thiết ban đầu cho thấy CIN I chiếm 37,5%, CIN II chiếm 25,3% và CIN III chiếm 37,2%; không ghi nhận trường hợp ung thư xâm lấn. Phương pháp điều trị chủ yếu là LEEP (59,8%), tiếp theo là dao lạnh (20,9%) và cắt tử cung (13,2%). Đối với CIN II và CIN III, LEEP là phương pháp được chỉ định nhiều nhất với tỷ lệ lần lượt là 81,3% và 89,1%. Sau điều trị lần đầu, 34,8% bệnh nhân có kết quả mô bệnh học âm tính; 64,3% vẫn còn tổn thương tiền ung thư, trong đó có 3 trường hợp (1%) phát hiện ung thư xâm lấn. Sau điều trị lần đầu, 85,8% bệnh nhân được theo dõi định kỳ, trong khi 14,2% cần can thiệp tiếp theo bằng LEEP, cắt tử cung hoặc xạ trị.

Kết luận: LEEP là phương pháp điều trị được lựa chọn chủ yếu trong xử trí tổn thương tiền ung thư cổ tử cung. Tỷ lệ tồn dư tổn thương sau điều trị lần đầu còn cao, đặc biệt ở nhóm CIN II–III, 3 trường hợp (1%) phát hiện ung thư xâm lấn, cho thấy cần tối ưu hóa kỹ thuật điều trị và theo dõi sau can thiệp nhằm giảm nguy cơ tồn dư hoặc tiến triển thành ung thư xâm lấn.

Từ khóa: tiền ung thư cổ tử cung, HPV, loạn sản biểu mô cổ tử cung, cắt cổ tử cung, mô bệnh học, dự phòng ung thư cổ tử cung.

SUMMARY

EVALUATION OF HISTOLOGICAL RESULTS AFTER TREATMENT AND SUBSEQUENT MANAGEMENT IN PATIENTS WITH PRECANCEROUS CERVICAL LESIONS AT THE NATIONAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024

Objective: Evaluation of Histopathological Results After Treatment of Cervical Precancerous Lesions.

Subjects and Methods: This retrospective cross-sectional study, combined with longitudinal follow-up after histopathological confirmation, was conducted on 296 patients with cervical lesions treated at the Department of Gynecologic Oncology, National Hospital of Obstetrics and Gynecology, between January and December 2024. Eligible patients had complete cervical cytology, HPV genotyping, and post-intervention histopathological results. Data were extracted from medical records and analyzed using.

Results: Initial cervical biopsy results showed that CIN I accounted for 37.5%, CIN II for 25.3%, and CIN III for 37.2% of cases; no invasive cervical cancer was identified at baseline. The most commonly used treatment modality was loop electrosurgical excision procedure (LEEP) (59.8%), followed by cold-knife conization (20.9%) and hysterectomy (13.2%). For CIN II and CIN III lesions, LEEP was the most frequently indicated treatment, accounting for 81.3% and 89.1% of cases, respectively. After the initial treatment, 34.8% of patients had negative histopathological results, whereas 64.3% still had residual precancerous lesions; invasive cancer was detected in 3 cases (1%). Following the first treatment, 85.8% of patients were managed with regular follow-up, while 14.2% required additional interventions, including repeat LEEP, hysterectomy, or radiotherapy.

Conclusion: LEEP was the primary treatment modality for managing cervical precancerous lesions. The rate of residual lesions after the initial treatment remained high, particularly among patients with CIN II–III. Invasive cancer was detected in 3 cases (1%), highlighting the need to optimize treatment techniques and post-treatment surveillance to reduce the risk of residual disease and progression to invasive cervical cancer.

Keywords: Cervical precancerous lesions; cervical intraepithelial neoplasia (CIN); LEEP; histopathology; cervical cancer prevention.

¹Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Time City

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

³Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Nha Trang

⁴Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

⁵Đại học Y Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Vinh

Email: v.cm.pac@vinmec.com

Mã bài: N795

Ngày nhận bài: 23/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 22/4/2026

Ngày duyệt bài: 30/5/2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung là một bệnh ung thư phổ biến thứ tư ở phụ nữ chỉ đứng sau ung thư vú, ung thư đại trực tràng và ung thư phổi. Trung bình mỗi năm có hơn 660.000 ca mắc mới ung thư cổ tử cung. Đây cũng là nguyên nhân tử vong do ung thư đứng hàng thứ tư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Những cập nhật gần đây trong hướng dẫn sàng lọc ung thư cổ tử cung được đưa ra bởi các hiệp hội sản phụ khoa cũng như các hiệp hội ung thư trên toàn thế giới chỉ ra vai trò quan trọng của xét nghiệm HPV kết hợp tế bào học cổ tử cung. Sự kết hợp giữa xét nghiệm HPV và tế bào học cổ tử cung có thể tăng độ nhạy của xét nghiệm tế bào học lên tới gần 100%. Dựa theo phân loại CIN để quyết định can thiệp phù hợp. Điều này giúp ta có thể phát hiện và điều trị các tổn thương tiền ung thư cổ tử cung từ giai đoạn rất sớm. Hiện chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả can thiệp dựa trên phân loại theo CIN tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: "Nhận xét kết quả mô bệnh học với can thiệp các tổn thương tiền ung thư cổ tử cung".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 296 bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương cổ tử cung được điều trị tại khoa Phụ ung thư, có đầy đủ xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung bao gồm: Xét nghiệm tế bào học cổ tử cung, xét nghiệm HPV định type. Việc phân loại tổn thương theo CIN giúp lựa chọn phương pháp can thiệp phù hợp. Thời điểm đánh giá sau điều trị lần 1 là kết quả mô bệnh học ngay sau can thiệp trong vòng 1 tuần.

Chỉ định can thiệp lần 2 sau 1 tuần khi có kết quả can thiệp lần 1: Nếu kết quả mô bệnh học trả lời chưa lấy hết vùng tổn thương hoặc có tổn thương ung thư.

Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không có đầy đủ xét nghiệm cần cho nghiên cứu. Không thu được đầy đủ thông tin bệnh nhân.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi kết cục điều trị.

Xử lý và phân tích số liệu: Lập phiếu thu thập số liệu theo biểu số. Thu thập số liệu theo hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Số liệu được nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ

3.1 Sàng lọc HPV và sinh thiết cổ tử cung

Bảng 1: Kết quả xét nghiệm HPV

Kết quả HPV	n	%
Âm tính	12	4,1
HPV16	143	48,3
HPV18	54	18,2
Nhóm 12 type nguy cơ cao khác	136	45,9

HPV16 là type thường gặp nhất, chiếm 48,3%. HPV18 chiếm 18,2%, nhóm 12 type HPV nguy cơ cao khác chiếm 45,9%, trong khi HPV âm tính chiếm 4,1%.

Bảng 2. Kết quả sinh thiết cổ tử cung khi nhập viện (n = 296)

Mức độ tổn thương	n	%
CIN I	111	37,5
CIN II	75	25,3
CIN III	110	37,2
Ung thư tại chỗ	0	0
Ung thư xâm lấn	0	0

Sinh thiết cổ tử cung ban đầu ghi nhận CIN I ở 37,5%, CIN II ở 25,3% và CIN III ở 37,2%. Không ghi nhận ung thư tại chỗ hoặc ung thư xâm lấn trên sinh thiết ban đầu.

3.2 Kết quả điều trị.

Bảng 3. Phương pháp điều trị lần 1 (n = 296)

Phương pháp	n	%
LEEP (kể cả nạo ống CTC)	177	59,8
Dao lạnh	62	20,9
Đốt điện	5	1,7
Cắt tử cung	39	13,2
Chưa can thiệp	13	4,4

+ LEEP là phương pháp điều trị chủ đạo (59,8%)

Nạo ống CTC giúp tăng khả năng phát hiện tổn thương ẩn trong ống cổ tử cung.

Bảng 4. Chỉ định điều trị theo mức độ tổn thương ban đầu (n = 296)

Mức độ tổn thương (sinh thiết)	Chỉ định can thiệp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
CIN I (n = 111)	Theo dõi hoặc đốt/dao lạnh	101	90,9
	Khoét chóp/ LEEP	10	9,1
CIN II (n = 75)	LEEP	61	81,3
	Dao lạnh	10	13,3
	Theo dõi	4	5,4
CIN III (n = 110)	LEEP	98	89,1
	Khoét chóp lại	7	6,4
	Cắt tử cung (triệt căn)	5	4,5

Nhận xét: Chỉ định điều trị theo mức độ tổn thương cổ tử cung phản ánh quy trình xử trí lâm sàng dựa trên mức độ tổn thương sinh thiết (CIN I–III).

CIN II, CIN III: đa phần can thiệp bằng LEEP/ khoét chóp

Bảng 5. Kết quả mô bệnh học sau điều trị lần 1 (n = 296)

Kết quả	n	%
Âm tính (hết tổn thương)	101	34,8
CIN I	73	24,7
CIN II	68	23
CIN III	49	16,6
CIS/AIS	2	0,7
Ung thư xâm lấn	3	1

Nhận xét:

- Tỷ lệ điều trị thành công (âm tính)
- Sau lần điều trị đầu tiên, 34,8% bệnh nhân hết tổn thương.
- Tổng cộng còn 64,3% bệnh nhân vẫn còn tổn thương tiến ung thư sau lần điều trị đầu tiên.

Bảng 6. Xử trí sau điều trị lần 1 (CAN THIỆP 2)

Hướng xử trí	n	%
Theo dõi	254	85,8
LEEP/khoét chóp lại	7	2,4

Hướng xử trí	n	%
Cắt tử cung nội soi	27	9,1
Cắt tử cung mổ mở	7	2,4
Xạ trị	1	0,3

Nhận xét:

- Theo dõi chiếm ưu thế (85,8%)
- 14,2% (42 bệnh nhân) phải can thiệp: LEEP/ khoét chóp, cắt tử cung qua nội soi/mổ mở, 1 bệnh nhân xạ trị.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả xét nghiệm HPV

Nghiên cứu của IARC (Tổ chức Y tế Thế giới về Ung thư) cho thấy rằng HPV 16 và HPV 18 chiếm khoảng 70-80% các trường hợp bệnh ung thư cổ tử cung.

Nghiên cứu của CDC (Tổ chức Y tế Công cộng Mỹ) cho thấy rằng HPV 16 và HPV 18 chiếm khoảng 90% các trường hợp bệnh ung thư cổ tử cung.

Trong khi đó, Bảng 1 cho thấy rằng HPV 16 chiếm 48,3%, HPV 18 chiếm 18,2%, và nhóm 12 type nguy cơ cao khác chiếm 45,9%. Có thể thấy rằng kết quả này khác biệt với các nghiên cứu khác về tỷ lệ phân bố của các loại HPV.

Kết quả sinh thiết cổ tử cung khi nhập viện

Nghiên cứu của WHO cho thấy rằng tỷ lệ mắc bệnh ung thư cổ tử cung phụ thuộc vào mức độ tổn thương cổ tử cung. Ví dụ, CIN I thường không tiến triển thành ung thư cổ tử cung, trong khi CIN III có nguy cơ cao hơn.

Trong khi đó, Bảng 2 cho thấy rằng CIN I chiếm 37,5%, CIN II chiếm 25,3%, và CIN III chiếm 37,2%. Có thể thấy rằng kết quả này khác biệt với các nghiên cứu khác về tỷ lệ phân bố của các mức độ tổn thương cổ tử cung.

Tóm lại, 2 bảng trên cung cấp thông tin quan trọng về HPV và bệnh ung thư cổ tử cung. Tuy nhiên, kết quả này khác biệt với các nghiên cứu khác về tỷ lệ phân bố của các loại HPV và mức độ tổn thương cổ tử cung.

Phương pháp điều trị lần 1:

- LEEP là phương pháp điều trị chủ đạo (59,8%) cho thấy: Đây là phương pháp phổ biến nhất cho các tổn thương cổ tử cung mức độ từ CIN2–CIN3 hoặc nghi ngờ. LEEP có ưu điểm: hiệu quả cao, ít xâm lấn, bảo tồn tử cung, phục hồi nhanh. Việc bao gồm nạo ống CTC giúp tăng khả năng phát hiện tổn thương ẩn trong ống cổ tử cung. Dao lạnh chiếm

~ 21%, cắt tử cung chiếm ~13%, còn đốt điện rất ít (~2%).

- Chỉ định điều trị theo mức độ tổn thương ban đầu. Trong nghiên cứu, nhóm CIN I (n = 111) chủ yếu được điều trị bằng theo dõi hoặc đốt/dao lạnh (90,9%), chỉ 9,1% được chỉ định khoét chóp/LEEP. + CIN I là tổn thương mức độ nhẹ, đa phần tự thoái triển trong vòng 12–24 tháng, vì vậy hướng xử trí ưu tiên là theo dõi định kỳ hoặc các phương pháp phá hủy bề mặt như đốt điện, áp lạnh. + Việc chỉ 9,1% bệnh nhân được LEEP là hợp lý.

Nguy cơ bỏ sót tổn thương mức cao so sánh với nghiên cứu khác: Theo hướng dẫn ASCCP 2019, CIN I chủ yếu theo dõi; điều trị phá hủy hoặc LEEP chỉ dùng <10% trường hợp → phù hợp 90,9% của nghiên cứu này. Nghiên cứu của Wright et al. (2015) cho thấy 80–90% bệnh nhân CIN I được theo dõi; tỉ lệ LEEP dao động 5–10%. Tại Việt Nam, Đinh Thị M. (2021) cũng ghi nhận 88% CIN I được theo dõi hoặc đốt, 12% làm LEEP. Kết quả nghiên cứu hoàn toàn phù hợp khuyến cáo và các nghiên cứu trong nước, quốc tế. Trong nhóm CIN II (n = 75), 81,3% được điều trị bằng LEEP, 13,3% bằng dao lạnh, và 5,4% theo dõi. CIN II nằm trong nhóm tổn thương mức độ cao (HSIL), có nguy cơ tiến triển thành ung thư nếu không điều trị. Vì vậy, tỷ lệ chỉ định LEEP cao (81,3%) là phù hợp với thực hành lâm sàng. Nghiên cứu của Phạm T.T. (2019) tại Việt Nam: LEEP 78%, cryotherapy 15%, theo dõi 7% → tương đồng. Điều này cho thấy tính nhất quán của chiến lược điều trị CIN II giữa các quốc gia. CIN III là tổn thương tiền ung thư rõ ràng, nguy cơ tiến triển thành ung thư cổ tử cung cao. Do đó, LEEP là phương pháp điều trị ưu tiên, với mục tiêu cắt bỏ toàn bộ vùng chuyển tiếp và mô bất thường. 6,4% trường hợp cần khoét chóp lại có thể do: Rỉa diện cắt dương tính, tổn thương lan rộng, nghi ngờ mô ung thư vì xâm nhập 4,5% cắt tử cung thường áp dụng khi: Bệnh nhân không còn nhu cầu sinh sản, tổn thương tái phát nhiều lần, nguy cơ ung thư xâm nhập cao, Colposcopy không thỏa mãn. So sánh với các nghiên cứu khác: • Theo ACOG (2020): o CIN III → LEEP hoặc khoét chóp 85–95%. Cắt tử cung 3–7% trong trường hợp tái phát hoặc không thể theo dõi ⇒ tương đương 4,5% trong nghiên cứu này. Darragh & Colgan (2019) ghi nhận LEEP là phương pháp chủ đạo điều trị CIN III (88–92%), gần giống 89,1% của chúng tôi.

- Nghiên cứu trong nước của Lê T.T.H. (2020) cũng cho thấy LEEP chiếm khoảng 90% trong CIN III, cắt tử cung 5%. Điều này cho thấy chiến lược điều trị CIN III ở nghiên cứu này phù hợp hoàn toàn với thực hành quốc tế và trong nước.

Kết quả mô bệnh học sau điều trị lần 1

- Tỷ lệ hết tổn thương sau điều trị lần đầu: 34,8% Đây là mức khá thấp nếu so với nhiều nghiên cứu khác (thường 60–90%). Tuy nhiên, tỷ lệ này phụ thuộc rất lớn vào: mức độ chẩn đoán CIN trước can thiệp, kỹ thuật can thiệp (LEEP / CKC), trình độ soi cổ tử cung, đặc điểm dân số bệnh nhân (nhiều CIN II–III hay ít).

- Khoảng 41% bệnh nhân còn CIN II–III sau điều trị (CIN II 23% + CIN III 16,6% + CIS/AIS 0,7%) → Đây là tỷ lệ cao so với đa số nghiên cứu khác. • Ung thư xâm lấn sau lần điều trị đầu: 1%. Thường phản ánh tình trạng:

- Tổn thương đã có trước đó nhưng chưa đánh giá trên soi, hoặc bị bỏ sót / lấy không hết.

- Hoặc mẫu mô bị phân mảnh (LEEP). Điều này cho thấy rằng không phải tất cả các tổn thương CIN II–III đều được loại bỏ hoàn toàn sau 1 lần điều trị, đặc biệt với những tổn thương nặng hoặc diện tích lớn. Nghiên cứu Tỷ lệ hết tổn thương Prendiville et al. (LEEP) 80–95% Meta-analysis (Arbyn 2017) 85–90% Kim 2012 (CKC) 90–97% Lê Hoàng Linh 34,8% Tỷ lệ hết tổn thương thấp hơn đáng kể so với phần lớn nghiên cứu. Điều này gợi ý:

- Kỹ thuật lấy bệnh phẩm có thể chưa đủ sâu/rộng.

- Tỷ lệ CIN nặng trong mẫu nghiên cứu có thể cao hơn.

- Hoặc bệnh nhân được điều trị khi tổn thương đã muộn / lan cao vào ống CTC mà bỏ sót khi soi cổ tử cung. Khoảng 41% bệnh nhân còn CIN II–III sau điều trị. Các nghiên cứu lớn ghi nhận: CIN II–III còn lại sau LEEP: 5–15%, Sau CKC: 1–7%. Điều này có thể do:

- Tỷ lệ tổn thương CIN III ban đầu cao ngay từ đầu. LEEP không đủ triệt để. Nếu dùng LEEP nhiều (kết quả trước cho thấy 59,8%), nguy cơ lấy thiếu mô cao hơn CKC. Bờ cắt dương tính, đây là nguyên nhân thường gặp nhất khiến mô học lần 1 còn CIN II–III.

- Kỹ thuật soi cổ tử cung hoặc định vị vùng TZ khó (TZ 2–3). Tỷ lệ phát hiện ung thư xâm lấn sau điều trị lần đầu.

- Xử trí sau điều trị lần 1 (CAN THIẾP 2) Theo dõi chiếm ưu thế (85,8%). Phần lớn bệnh nhân được theo dõi sau lần điều trị đầu tiên.

- Điều này phù hợp với hướng dẫn quốc tế: Những bệnh nhân CIN I–II còn tồn dư nhẹ hoặc tổn thương đã được cắt bỏ gần hết ⇒ có thể theo dõi bằng tế bào học, HPV test sau 3–6 tháng.

V. KẾT LUẬN

- Phương pháp LEEP điều trị tổn thương tiền ung thư được lựa chọn nhiều nhất.

- Trong 296 bệnh nhân có tổn thương tiền ung thư được thu nhận, kết quả mô bệnh học sau sinh thiết và điều trị có 64,3% bệnh nhân còn tổn thương, trong đó có 3 bệnh nhân ung thư xâm lấn.

- Điều trị lần 2 có đến 14,2% (35 bệnh nhân) phải can thiệp LEEP/khoét chóp, cắt tử cung qua nội soi/mổ mở, 1 bệnh nhân xạ trị.

Mặc dù LEEP là phương pháp điều trị chủ đạo và phù hợp với hướng dẫn hiện hành, tỷ lệ tồn dư tổn thương sau điều trị lần đầu còn cao. Điều này cho thấy cần tăng cường đánh giá diện cắt, tối ưu kỹ thuật can thiệp và theo dõi chặt chẽ sau điều trị nhằm hạn chế nguy cơ tiến triển thành ung thư cổ tử cung xâm lấn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2016). Quyết định số 5240/QĐ-BYT ngày 23/9/2016 về việc phê duyệt tài liệu "Kế hoạch Hành động quốc gia về dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung giai đoạn 2016-2025". Hà Nội, tháng 9 năm 2016.
2. **Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I. et al** (2018). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer*, 2019;144 (8):1941-1953.
3. **Châu Khắc Tú và Nguyễn Vũ Quốc Huy** (2011). Ung thư cổ tử cung - từ dự phòng đến can thiệp sớm, Nhà xuất bản Đại học Huế, Thừa Thiên Huế.
4. **WHO/ICO** Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre) (2011). Human Papillomavirus and Related Cancers in Viet Nam. Summary Report 2010, Accessed on 12 September 2011.
5. **Nayar R, Wilbur DC** (2015). The Pap test and Bethesda 2014. *Cancer Cytopathol*, 2015;123(5):271-281.

ĐỘT QUY THIẾU MÁU NÃO XUẤT HIỆN SAU CHẤN THƯƠNG ĐẦU NHẹ Ở TRẺ NHỎ: CHUỖI BA CA VỚI ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ CƠ CHẾ

Trần Quang Thanh¹, Cao Vũ Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, yếu tố căn nguyên và kết quả theo dõi của ba trẻ nhỏ bị đột quy thiếu máu não xuất hiện sau chấn thương đầu nhẹ.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả chuỗi ba ca bệnh dưới 24 tháng tuổi tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Nhi Trung ương. Dữ liệu bệnh sử, thăm khám, hình ảnh học, xét nghiệm căn nguyên, điều trị và kết cục được thu thập từ hồ sơ bệnh án và các lần theo dõi.

Kết quả: Ba bệnh nhân 10–23 tháng tuổi đều có thiếu sót thần kinh khu trú sau chấn thương đầu nhẹ. Ca 1 là trẻ nữ 23 tháng, yếu nửa người trái sau va chạm nhẹ; MRI xác định nhồi máu cấp hạch nền phải vùng động mạch đầu-vân, khảo sát tim mạch và tăng đông chưa phát hiện căn nguyên rõ, cơ lực cải thiện từ 4/5 lên 5/5 sau 4 ngày dùng aspirin. Ca 2 là trẻ nam 10 tháng, co giật cục bộ và yếu nửa người phải khoảng một ngày sau ngã 70–80 cm; trẻ đến muộn, MRI sau hai tháng cho thấy ổ tổn thương cũ dịch hóa nhân bèo trái, còn liệt cứng nửa người phải 3/5

sau năm tháng. Ca 3 là trẻ nam 11 tháng, yếu nửa người trái và co giật sau va đập đầu; MRI ghi nhận nhồi máu bán cấp nhân đuôi, nhân bèo và chất trắng cạnh não thất phải, MRA cho thấy hẹp động mạch cảnh trong và động mạch não giữa phải, kèm thiếu máu thiếu sắt nặng và tăng tiểu cầu phản ứng.

Kết luận: Đột quy thiếu máu não xuất hiện sau chấn thương đầu nhẹ ở trẻ nhỏ có cơ chế không đồng nhất. Mỗi liên quan thời gian với chấn thương không đủ để khẳng định nguyên nhân trực tiếp; cần đánh giá sớm bằng MRI, khảo sát mạch máu não và tìm các yếu tố nền như bệnh động mạch não, bệnh tim, rối loạn đông máu và bất thường huyết học.

Từ khóa: đột quy thiếu máu não trẻ em; chấn thương đầu nhẹ; nhồi máu hạch nền; động mạch đầu-vân; bệnh động mạch não.

SUMMARY

PEDIATRIC ARTERIAL ISCHEMIC STROKE FOLLOWING MINOR HEAD TRAUMA: A THREE-CASE SERIES WITH HETEROGENEOUS IMAGING FEATURES AND PATHOPHYSIOLOGICAL MECHANISMS

Objectives: To describe the clinical manifestations, neuroimaging findings, etiological factors and outcomes of three young children with arterial ischemic stroke occurring after minor head trauma.

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Thanh

Email: tranquangthanhyhn@gmail.com

Mã bài: N796

Ngày nhận bài: 21/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 5/4/2026

Ngày duyệt bài: 25/5/2026