

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT U TẾ BÀO THẦN KINH ĐỆM BẬC THẤP DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TRONG MỔ

Dương Trung Kiên¹, Nguyễn Mạnh Hùng¹,
Nguyễn Việt Đức^{1,2}, Vũ Ngọc Anh¹, Đinh Trung Thành¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật u tế bào thần kinh đệm bậc thấp dưới hướng dẫn của siêu âm trong mổ.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả, kết hợp tiền cứu và hồi cứu trên 5 bệnh nhân được chẩn đoán u thần kinh đệm bậc thấp, được phẫu thuật lấy u dưới hướng dẫn của siêu âm trong mổ tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 01/2021 đến tháng 03/2026. Các chỉ tiêu đánh giá bao gồm đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm trong mổ, mức độ lấy u và kết quả sau mổ.

Kết quả: Tuổi trung bình $36,4 \pm 2,3$, tỷ lệ nam/nữ là 3/2. Triệu chứng thường gặp nhất là đau đầu (100%). U chủ yếu ở thùy trán (60%). Siêu âm trong mổ xác định được khối u trong 100% trường hợp, với hình ảnh tăng âm chiếm ưu thế (80%). Tỷ lệ lấy u tối đa đạt 100%, trong đó lấy toàn bộ 20% và gần toàn bộ 80%, phù hợp hoàn toàn với kết quả MRI sau mổ. Giải phẫu bệnh gồm u sao bào độ 2 (60%) và u tế bào thần kinh đệm ít nhánh độ 2 (40%). Sau mổ, 100% bệnh nhân cải thiện hoặc không thay đổi về lâm sàng, không ghi nhận biến chứng. Chỉ số Karnofsky cải thiện từ $84 \pm 5,5$ lên $92 \pm 4,5$ nhưng không khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Siêu âm trong mổ là phương tiện hỗ trợ hiệu quả trong phẫu thuật u tế bào thần kinh đệm bậc thấp, giúp định vị chính xác khối u, tối ưu hóa mức độ lấy u và cải thiện kết quả lâm sàng sau mổ.

Từ khóa: U thần kinh đệm bậc thấp, siêu âm trong mổ, phẫu thuật u não

SUMMARY

INITIAL SURGICAL OUTCOMES OF LOW-GRADE GLIOMAS USING INTRAOPERATIVE ULTRASOUND: A CASE SERIES

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

²Trường Đại học Y Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Dương Trung Kiên

Email: duongtkien@gmail.com

Mã bài: N792

Ngày nhận bài: 17/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 16/4/2026

Ngày duyệt bài: 25/5/2026

Objective: To evaluate the initial outcomes of surgical resection of low-grade gliomas using intraoperative ultrasound guidance

Materials and Methods: A descriptive study combining retrospective and prospective data was conducted on 5 patients diagnosed with low-grade gliomas who underwent tumor resection with intraoperative ultrasound guidance at Saint Paul General Hospital from January 2021 to March 2026. Clinical characteristics, intraoperative ultrasound findings, extent of resection, and postoperative outcomes were analyzed.

Results: The mean age: 36.4 ± 2.3 years, M/F: 3/2. Headache (100%). Tumors predominantly in the frontal lobe (60%). Intraoperative ultrasound successfully identified tumors in all cases (100%), with hyperechoic features in 80%. Maximal tumor resection was achieved in 100% of cases, including gross total resection in 20% and near-total resection in 80%, fully consistent with postoperative MRI findings. Histopathology revealed WHO grade 2 astrocytomas (60%) and oligodendrogliomas (40%). All patients showed clinical improvement or remained stable postoperatively, with no recorded complications. The mean Karnofsky score improved from 84 ± 5.5 to 92 ± 4.5 .

Conclusion: Intraoperative ultrasound is an effective tool in low-grade glioma surgery, enabling accurate tumor localization, maximizing safe resection, and improving postoperative clinical outcomes.

Keywords: low-grade glioma, intraoperative ultrasound, brain tumor surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tế bào thần kinh đệm bậc thấp là nhóm u não nguyên phát có đặc điểm phát triển chậm, thường gặp ở người trẻ tuổi, song có khả năng tiến triển, tái phát và chuyển dạng ác tính theo thời gian. Theo phân loại Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) 2021, các u thần kinh đệm lan tỏa người lớn được phân loại dựa vào chẩn đoán phân lớp bao gồm các đặc điểm phân tử, hoá mô miễn dịch và đặc

điểm mô bệnh học, trong đó nhóm bậc thấp chủ yếu bao gồm u sao bào đột biến IDH và u tế bào thần kinh đệm ít nhánh, đột biến IDH và đồng mất đoạn 1p/19q.¹ Phẫu thuật giữ vai trò trung tâm trong điều trị u tế bào thần kinh đệm bậc thấp, không chỉ giúp xác định chẩn đoán mô bệnh học mà còn góp phần cải thiện kiểm soát triệu chứng, đặc biệt là động kinh, đồng thời làm giảm thể tích u và kéo dài thời gian kiểm soát bệnh. Nhiều nghiên cứu cho thấy mức độ lấy u tối đa an toàn là một trong những yếu tố quan trọng nhất liên quan đến kết quả điều trị lâu dài của nhóm bệnh nhân này.²

Tuy nhiên, do đặc tính thâm nhiễm, ranh giới không rõ ràng và hiện tượng dịch chuyển não trong quá trình phẫu thuật, việc xác định chính xác vị trí và phần u tồn dư vẫn là thách thức lớn. Siêu âm trong mổ là một công cụ hình ảnh thời gian thực, có ưu điểm dễ tiếp cận, chi phí thấp hơn so với cộng hưởng từ trong mổ, đồng thời có thể hỗ trợ định vị tổn thương và đánh giá mức độ lấy u trong quá trình phẫu thuật.³

Tại Việt Nam, các báo cáo về ứng dụng siêu âm trong mổ đối với u tế bào thần kinh đệm bậc thấp còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật thông qua mức độ lấy u.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán u thần kinh đệm độ thấp và được phẫu thuật lấy u, sử dụng hệ thống siêu âm trong phẫu thuật để đánh giá, từ tháng 1/2021 đến tháng 3/2026.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: mô tả, tiến cứu và hồi cứu, được thực hiện thống nhất và thông qua hội đồng khoa học của bệnh viện.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán là u thần kinh đệm bậc thấp, được phẫu thuật lấy u có sử dụng hệ thống SATPT

- Tình trạng lâm sàng tốt
- Bệnh nhân và gia đình đồng ý phẫu thuật

Tiêu chuẩn loại trừ

- Giải phẫu bệnh là bệnh lý khác không phải u thần kinh đệm bậc thấp hoặc bệnh lý khác.
- Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu: thuận tiện, dựa trên số bệnh nhân thực tế trong thời gian nghiên cứu

2.3 Quy trình nghiên cứu:

- Lựa chọn bệnh nhân cho phẫu thuật: khám lâm sàng, đánh giá đặc điểm tổn thương trên phim ảnh
- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, cố định trên hệ thống móng ngựa hoặc khung gá đầu
- Lựa chọn đường mổ phù hợp với tổn thương
- Rạch da và mở xương
- Siêu âm kiểm tra khối u sau khi mở xương, đánh giá khối u nằm chính giữa trường phẫu thuật chưa, diện tích mở xương đủ tiếp cận chưa
- Kiểm tra lại khối u sau khi mở màng cứng, đánh giá sự liên quan của khối u với các cấu trúc quan trọng của não bộ như thể chai, não thất, xoang tĩnh mạch, liềm não.
- Lựa chọn đường tiếp cận khối u phù hợp nhất trên siêu âm.
- Siêu âm kiểm tra trong quá trình lấy u và sau khi kết thúc lấy u.
- Đóng lại vết mổ

Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm: tuổi, giới, đặc điểm tổn thương (vị trí khối, tính chất âm học, phẫu thuật lấy hết u hay không, đặc điểm giải phẫu bệnh khối u), phẫu thuật lấy hết tổn thương, kết quả sau mổ.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian 63 tháng, chúng tôi thực hiện phẫu thuật lấy u thần kinh đệm độ thấp cho 5 bệnh nhân với hướng dẫn của siêu âm trong phẫu thuật.

3.1 Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi trung bình	36,4 ± 2,3
Giới	Nam: 3 (60%), Nữ: 2 (40%)
Triệu chứng	Đau đầu: 5 (100%); Động kinh: 1 (20%)

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu ở độ tuổi trẻ, triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, trong đó đau đầu là biểu hiện thường gặp nhất.

3.2 Đặc điểm khối u

Bảng 2: Vị trí của khối u

Vị trí	Số ca (%)
Thùy trán	3 (60%)
Thái dương - đỉnh	1 (20%)
Đỉnh	1 (20%)

Nhận xét: Khối u phân bố chủ yếu ở thùy trán, phù hợp với đặc điểm thường gặp của u tế bào thần kinh đệm bậc thấp.

Bảng 3: Vai trò của siêu âm trong đánh giá trường mổ

Đánh giá trường mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
Trường mổ phù hợp	5	100 %
Trường mổ cần mở thêm	0	0

Siêu âm trong mổ cho phép đánh giá lại vị trí và mức độ tiếp cận khối u ngay sau khi mở xương. Trong nghiên cứu, 5 trường hợp (100%) được xác định là có trường mổ phù hợp, trong khi 0 trường hợp nào cần mở rộng thêm. Kết quả cho thấy siêu âm có giá trị cao trong việc định hướng và tối ưu hóa đường mổ.

3.3 Đặc điểm siêu âm trong mổ

Bảng 4: Đánh giá siêu âm trong mổ

Đặc điểm	Số ca (%)
Xác định được u	5 (100%)

Đặc điểm	Số ca (%)
Tăng âm	4 (80%)
Hỗn hợp âm	1 (20%)
Ranh giới rõ	2 (40%)
Ranh giới không rõ	3 (60%)

Nhận xét: Siêu âm trong mổ có khả năng phát hiện khối u trong tất cả các trường hợp, với đặc điểm tăng âm chiếm ưu thế. Tuy nhiên, ranh giới u thường không rõ.

3.4 Mức độ lấy u

Bảng 5: So sánh mức độ lấy u giữa siêu âm và cộng hưởng từ sau mổ

Mức độ	Toàn bộ	Gần toàn bộ
Siêu âm	1 (20%)	4 (80%)
MRI sau mổ	1 (20%)	4 (80%)

Nhận xét: Tỷ lệ lấy u tối đa (toàn bộ và gần toàn bộ) đạt 100%. Đánh giá bằng siêu âm trong mổ hoàn toàn phù hợp với kết quả MRI sau mổ.

3.5 Giải phẫu bệnh

Bảng 6: Kết quả giải phẫu bệnh

Loại u	Số ca (%)
U sao bào độ 2	3 (60%)
U tế bào thần kinh đệm ít nhánh độ 2	2 (40%)

Nhận xét: U sao bào độ 2 chiếm tỷ lệ cao hơn, phù hợp với phân bố thường gặp của u thần kinh đệm bậc thấp.

3.6 Kết quả sau mổ

Bảng 7 : Kết quả sau mổ

Kết quả lâm sàng sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ
Cải thiện hoặc không thay đổi	5	100%
Xấu đi hoặc chết	0	0%

Sau mổ tình trạng lâm sàng cải thiện hoặc không thay đổi so với trước mổ ở 5 bệnh nhân (100%), 0 bệnh nhân sau mổ lâm sàng kém hơn.

Biến chứng sau mổ không ghi nhận ở trường hợp nào.

Bảng 8: Chỉ số Karnofsky trước và sau mổ

Chỉ số Karnofsky	Giá trị trung bình	p
Trước mổ	84 ± 5.5	0.099
Sau mổ	92 ± 4.5	

Chỉ số Karnofsky trung bình trước mổ là 84 ± 5.5 và sau mổ 92 ± 4.5 và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,099.

IV. BÀN LUẬN

Trong điều trị u tế bào thần kinh đệm bậc thấp, mục tiêu quan trọng nhất là đạt được lấy u tối đa an toàn, bởi nhiều nghiên cứu đã chứng minh mức độ lấy u là yếu tố tiên lượng độc lập đối với thời gian sống thêm toàn bộ cũng như thời gian chuyển dạng ác tính. Tuy nhiên, thách thức lớn trong phẫu thuật nhóm u này là đặc tính xâm lấn lan tỏa vào nhu mô não lành, khiến việc xác định ranh giới u trong mổ trở nên khó khăn ngay cả khi có hỗ trợ hình ảnh trước mổ.³

Trong nghiên cứu của chúng tôi, siêu âm trong mổ xác định được khối u trong 100% trường hợp. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, trong đó siêu âm được chứng minh có độ nhạy cao trong phát hiện tổn thương nội sọ, đặc biệt là các khối u nằm nông hoặc có sự khác biệt về mật độ âm so với nhu mô não xung quanh. Ưu điểm nổi bật của siêu âm trong mổ là khả năng cung cấp hình ảnh theo thời gian thực, cho phép phẫu thuật viên đánh giá liên tục vị trí và kích thước khối u trong suốt quá trình phẫu thuật. Điều này đặc biệt quan trọng trong bối cảnh hiện tượng dịch chuyển não xảy ra sau khi mở sọ và lấy u, làm giảm độ chính xác của các hệ thống định vị dựa trên hình ảnh trước mổ.⁴ Theo nghiên cứu của Stieglitz được trích dẫn trong bài, màng cứng có thể dịch chuyển trung bình khoảng 1,2 mm

sau khi lấy vật xương ra, và vỏ não có thể dịch chuyển khoảng 4,4 mm sau khi cắt màng cứng. Nhìn chung, vỏ não có thể bị dịch chuyển trong khoảng từ 4,4 mm đến 20,0 mm trong quá trình mở hộp sọ.⁵

Về đặc điểm hình ảnh siêu âm, trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các khối u biểu hiện tăng âm (80%), trong khi một số ít có dạng hỗn hợp âm. Kết quả này tương đồng với các mô tả trong y văn, cho thấy u thần kinh đệm bậc thấp thường có mật độ tế bào và cấu trúc mô học khác biệt so với nhu mô não bình thường, tạo nên sự thay đổi về tín hiệu siêu âm. Tuy nhiên, ranh giới u rõ chỉ ghi nhận ở 40% trường hợp, trong khi đa số có ranh giới không rõ. Điều này phản ánh bản chất xâm lấn lan tỏa của u thần kinh đệm, đặc biệt là các trường hợp u sao bào, vốn có xu hướng thâm nhiễm dọc theo các sợi thần kinh và mạch máu.⁶

Một trong những kết quả đáng chú ý của nghiên cứu là tỷ lệ lấy u tối đa (bao gồm toàn bộ và gần toàn bộ) đạt 100%, trong đó lấy toàn bộ chiếm 20% và gần toàn bộ chiếm 80%. Mặc dù số lượng bệnh nhân còn hạn chế, kết quả này cho thấy vai trò quan trọng của siêu âm trong mổ trong việc hỗ trợ phẫu thuật viên tối ưu hóa mức độ lấy u. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng việc tăng mức độ lấy u có liên quan trực tiếp đến cải thiện tiên lượng sống, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có u bậc thấp. Do đó, việc sử dụng siêu âm như một công cụ hỗ trợ trong mổ có thể góp phần gián tiếp cải thiện kết cục lâu dài của bệnh nhân.⁷

Đáng chú ý, trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá mức độ lấy u bằng siêu âm trong mổ hoàn toàn phù hợp với kết quả chụp cộng hưởng từ sau mổ ở tất cả các trường hợp. Điều này cho thấy siêu âm không chỉ có giá trị trong định vị mà còn là phương tiện đáng tin cậy để đánh giá tồn dư u ngay trong quá trình phẫu thuật. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Prada và cộng sự, trong đó siêu âm được chứng minh có độ tương quan cao với MRI sau mổ trong đánh giá phần u còn lại.⁸

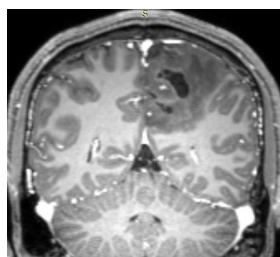
So với các phương tiện hỗ trợ khác như MRI trong mổ, siêu âm trong mổ có nhiều ưu điểm

nổi bật như chi phí thấp, dễ triển khai, không làm gián đoạn cuộc mổ và có thể sử dụng lặp lại nhiều lần. Trong khi đó, MRI trong mổ tuy có độ chính xác cao nhưng yêu cầu cơ sở hạ tầng phức tạp và chi phí lớn, hạn chế khả năng áp dụng rộng rãi tại các cơ sở y tế ở Việt Nam. Do đó, siêu âm trong mổ được xem là một giải pháp phù hợp, cân bằng giữa hiệu quả và tính khả thi trong điều kiện thực tế.

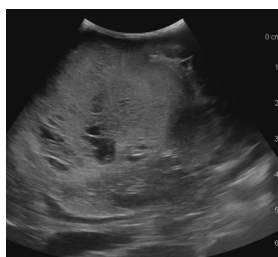
Tuy nhiên, siêu âm trong mổ cũng tồn tại một số hạn chế. Chất lượng hình ảnh phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên và kỹ năng diễn giải hình ảnh. Ngoài ra, việc phân biệt ranh giới giữa u và mô não lành hoặc phù não đôi khi còn khó khăn, đặc biệt trong các trường hợp u lan tỏa.³ Bên cạnh đó, các yếu tố như nhiễu ảnh, hiện tượng phản xạ và thay đổi cấu trúc mô trong quá trình mổ cũng có thể ảnh hưởng đến độ chính xác của siêu âm.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần được xem xét. Thứ nhất, cỡ mẫu nhỏ (5 bệnh nhân) làm hạn chế khả năng khái quát hóa kết quả. Thứ hai, chưa có dữ liệu theo dõi dài hạn để đánh giá mối liên quan giữa mức độ lấy u và các chỉ số tiên lượng như thời gian sống thêm hoặc thời gian tái phát. Thứ ba, nghiên cứu chưa phân tích các yếu tố phân tử như đột biến IDH hay đồng mất đoạn 1p/19q, trong khi đây là các yếu tố đóng vai trò quan trọng trong phân loại và tiên lượng u thần kinh đệm theo phân loại hiện đại.¹

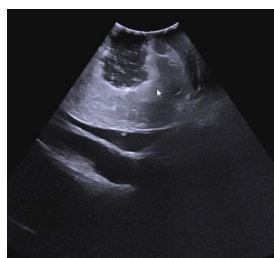
Trong tương lai, cần thực hiện các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế tiền cứu và có theo dõi dài hạn, đồng thời kết hợp đánh giá các yếu tố phân tử để làm rõ hơn vai trò của siêu âm trong mổ trong điều trị u tế bào thần kinh đệm bậc thấp.



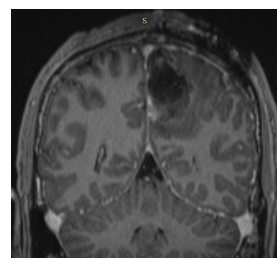
A



B



C



D

Hình 1: Bệnh nhân nữ 36 tuổi, Astrocytoma được phẫu thuật lấy bỏ gần hoàn toàn dưới hướng dẫn của siêu âm trong phẫu thuật. a. CHT trước mổ b. Siêu âm trước khi lấy u c. Siêu âm sau khi lấy u d. CHT sau mổ khối u được lấy gần hoàn toàn.

V. KẾT LUẬN

Siêu âm trong mổ là phương tiện hỗ trợ hiệu quả và khả thi trong phẫu thuật u tế bào thần kinh đệm bậc thấp, cho phép định vị tổn thương chính xác và cung cấp hình ảnh theo thời gian thực trong suốt quá trình phẫu thuật. Phương pháp này giúp khắc phục ảnh hưởng của hiện tượng dịch chuyển não, đồng thời hỗ trợ đánh giá phần u tồn dư ngay trong mổ, góp phần tối ưu hóa mức độ lấy u một cách an toàn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, siêu âm xác định được khối u ở tất cả các trường hợp và tỷ lệ lấy u tối đa đạt 100%, với kết quả đánh giá tồn dư trên siêu âm phù hợp với hình ảnh cộng hưởng từ sau mổ. Những kết quả này cho thấy siêu âm trong mổ là công cụ đáng tin cậy không chỉ trong định vị mà còn trong kiểm soát mức độ lấy u. Với ưu điểm chi phí thấp, dễ triển khai và không làm gián đoạn cuộc mổ, siêu âm trong mổ đặc biệt phù hợp với điều kiện thực hành lâm sàng tại Việt Nam. Tuy nhiên, hiệu quả của phương pháp còn phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên và vẫn tồn tại những hạn chế trong việc phân biệt ranh giới giữa u và nhu mô não lành. Do đó, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và kết hợp các yếu tố phân tử nhằm đánh giá toàn diện hơn vai trò của siêu âm trong mổ đối với tiên lượng lâu dài của bệnh nhân u tế bào thần kinh đệm bậc thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Antonelli M, Poliani PL. Adult type diffuse gliomas in the new 2021 WHO Classification. *Pathologica*. 2022;114(6):397-409. doi:10.32074/1591-951X-823
2. Almairac F, Duffau H. Awake surgery with direct electrical stimulation mapping and real-time cognitive monitoring for functionally guided tumor resection: how we do it. *Acta Neurochir (Wien)*. 2025;167(1):239. doi:10.1007/s00701-025-06656-8
3. Wang M, Yu J, Zhang J, Pan Z, Chen J. Intraoperative ultrasound in recurrent gliomas surgery: Impact on residual tumor volume and patient outcomes. *Front Oncol*. 2023;13:1161496. doi:10.3389/fonc.2023.1161496
4. Wu H, Cheng Y, Gao W, et al. Progress in the application of ultrasound in glioma surgery. *Front Med*. 2024;11. doi:10.3389/fmed.2024.1388728
5. Stieglitz LH. Wie zuverlässig ist Neuronavigation? *Praxis*. 2016;105(4):213-220. doi:10.1024/1661-8157/a002259
6. Trevisi G, Barbone P, Treglia G, Mattoli MV, Mangiola A. Reliability of intraoperative ultrasound in detecting tumor residual after brain diffuse glioma surgery: a systematic review and meta-analysis. *Neurosurg Rev*. 2020;43(5):1221-1233. doi:10.1007/s10143-019-01160-x
7. Šteňo A, Hollý V, Mendel P, et al. Navigated 3D-ultrasound versus conventional neuronavigation during awake resections of eloquent low-grade gliomas: a comparative study at a single institution. *Acta Neurochir (Wien)*. 2018;160(2):331-342. doi:10.1007/s00701-017-3377-8
8. Zhang G, Li Z, Si D, Shen L. Diagnostic ability of intraoperative ultrasound for identifying tumor residual in glioma surgery operation. *Oncotarget*. 2017;8(42):73105-73114. doi:10.18632/oncotarget.20394

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHI TỔN THƯƠNG THẬN CẤP NHẬP KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC, BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Nguyễn Minh Hùng¹, Ngô Ngọc Quang Minh²,
Nguyễn Mạnh Cung², Phạm Văn Quang^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trên thế giới, nghiên cứu đa trung tâm AWARE đã ghi nhận tỷ lệ tổn thương thận cấp tại các đơn vị hồi sức nhi lên tới 26,9%. Tại Việt Nam, các dữ liệu cập nhật về mô hình bệnh tật này còn hạn chế. Trong bối cảnh tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 hiện nay, việc áp dụng thống nhất tiêu chuẩn chẩn đoán KDIGO, cùng những tiến bộ trong kỹ thuật hồi sức chuyên sâu như lọc máu liên tục có thể đã làm thay đổi kết quả điều trị theo thời gian.

Mục tiêu: Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị ở bệnh nhi tổn thương thận cấp nhập khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang từ 01/01/2023 đến 31/07/2025 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Kết quả: Có 132 trường hợp tổn thương thận cấp ở trẻ em trong thời gian nghiên cứu. Tuổi có trung vị 49 tháng (10 – 120 tháng). Triệu chứng lâm sàng chính là suy hô hấp (73,5%), rối loạn tri giác (66,7%), sốc (39,4%) và phù (8,3%). Bất thường cận lâm sàng chính là tăng lactate máu (40,2%), tăng kali máu (31,1%), toan chuyển hóa (29,5%) và hạ natri máu (25%). Phân độ tổn thương thận cấp giai đoạn 3 chiếm 39,4%. Nguyên nhân liên quan thường gặp nhất là nhiễm trùng huyết (33,3%) và viêm phổi (31,1%); trong bối cảnh tổn thương đa cơ quan chiếm tỷ lệ cao (74,2%). Các điều trị chính bao gồm kháng sinh (92,4%), thở máy (81,8%), vận mạch (77,3%) và lọc máu liên tục (34,8%). Các kết

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Quang

Email: phamvanquang73@yahoo.com.vn

Mã bài: NĐ1-30

Ngày nhận bài: 26/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 25/5/2026

Ngày duyệt bài: 30/6/2026