

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI VÀ GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG SAU SINH CỦA THAI GIÃN NÃO THẤT ĐƠN THUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Mai Trọng Hưng, Nguyễn Tài Đức
Nguyễn Hùng và Đinh Thúy Linh✉

Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Giãn não thất đơn thuần là bất thường hình thái thường gặp trên siêu âm thai quý 2-3. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 119 thai nhi được chẩn đoán giãn não thất đơn thuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/2022 đến 12/2023, nhằm nhận xét đặc điểm hình thái và đánh giá mối liên quan giữa các đặc điểm siêu âm trước sinh với tình trạng não thất sau sinh. Tuổi thai trung bình phát hiện là $27,52 \pm 5,52$ tuần; 68,1% giãn mức độ nhẹ, 50,4% giãn một bên. Trong 20 trường hợp chọc ối, 15% có bất thường di truyền (3/20 trường hợp), đáng chú ý cả 3 trường hợp đều thuộc nhóm giãn hai bên. Trong 99 trẻ sinh ra, 85,86% không còn giãn não thất. Mức độ giãn trước sinh có giá trị tiên lượng: tỷ lệ còn giãn não thất sau sinh ở nhóm nặng là 75%, vừa 22,7%, nhẹ 8,2% ($p = 0,002$). Sau 6 tháng chỉ còn 2,02% có giãn não thất. Giãn não thất đơn thuần mức độ nhẹ và một bên có tiên lượng sau sinh tốt.

Từ khóa: Giãn não thất đơn thuần, siêu âm trước sinh, tiên lượng sau sinh, bất thường di truyền.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn não thất đơn thuần ở thai nhi được định nghĩa là tình trạng đường kính não thất bên ≥ 10 mm trên siêu âm, không kèm theo các bất thường cấu trúc khác. Đây là một trong những bất thường hình thái hay gặp nhất trên siêu âm thai quý 2 - 3, với tỷ lệ khoảng 1% thai ở tuần thứ 20.^{1,2} Việc phát hiện giãn não thất đơn thuần trước sinh đặt ra nhiều thách thức cho các nhà lâm sàng trong tư vấn và quản lý thai kỳ.

Theo y văn, tiên lượng của giãn não thất đơn thuần phụ thuộc vào nhiều yếu tố bao gồm mức độ giãn, tính chất giãn (một bên hay hai bên) và kết quả xét nghiệm di truyền. Giãn não thất mức độ nhẹ (10 - 12 mm) thường có tiên lượng tốt với tỷ lệ phát triển bình thường lên đến 90 - 95%.^{3,4} Tuy nhiên, mức độ nặng hơn có thể liên quan đến bất thường di truyền và kết

cục không thuận lợi.⁵ Các hướng dẫn của Hiệp hội Y học Bà mẹ - Thai nhi (SMFM) khuyến cáo cần đánh giá toàn diện bao gồm siêu âm chi tiết và xét nghiệm di truyền.⁶⁻⁸

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về giá trị tiên lượng của siêu âm trước sinh đối với giãn não thất đơn thuần còn hạn chế. Hầu hết các nghiên cứu trước đó tập trung vào hướng xử trí sản khoa mà chưa phân tích sâu mối liên quan giữa đặc điểm siêu âm trước sinh và tình trạng não thất sau sinh. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu:

- Nhận xét đặc điểm hình thái trên siêu âm và kết quả xét nghiệm di truyền ở thai nhi giãn não thất đơn thuần.

- Đánh giá mối liên quan giữa các đặc điểm siêu âm trước sinh với tình trạng não thất sau sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Thai nhi được chẩn đoán giãn não thất đơn

Tác giả liên hệ: Đinh Thúy Linh

Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Email: drdinhlinhobgyn@gmail.com

Ngày nhận: 09/02/2026

Ngày được chấp nhận: 02/03/2026

thuần tại Trung tâm Sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Thai nhi được chẩn đoán giãn não thất đơn thuần trên siêu âm hội chẩn (đường kính não thất bên ≥ 10 mm theo tiêu chuẩn ISUOG), không có bất thường cấu trúc khác kèm theo.^{1,7,9}

Tiêu chuẩn loại trừ

Thai có bất thường cấu trúc khác, hồ sơ không đầy đủ thông tin, mất theo dõi.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Thời gian và địa điểm

Từ 01/01/2022 đến 31/12/2023 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Theo dõi kết cục đến 6 tháng sau sinh.

Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ 119 trường hợp đủ tiêu chuẩn.

Các biến số chính

(1) Đặc điểm hình thái trước sinh: tuổi thai phát hiện, mức độ giãn (nhẹ: 10 - 12 mm, vừa: >12 - 15 mm, nặng: > 15 mm), tính chất giãn

(một bên/hai bên).

(2) Xét nghiệm di truyền: tỷ lệ chọc ối, kết quả, mối liên quan với đặc điểm hình thái.

(3) Tình trạng sau sinh: siêu âm não qua thóp sau sinh do bác sĩ chẩn đoán hình ảnh thực hiện tại Khoa Nhi sơ sinh hoặc cơ sở y tế nhi khoa; tiêu chuẩn “không còn giãn não thất” khi đường kính não thất bên < 10mm; theo dõi tại các thời điểm ngay sau sinh, 1, 3 và 6 tháng tuổi. Kết quả sau sinh được thu thập từ hồ sơ bệnh viện và liên lạc điện thoại với gia đình.

Xử lý số liệu

SPSS 21.0. Biện định lượng: trung bình \pm độ lệch chuẩn. Biện định tính: tần số, tỷ lệ %. So sánh bằng Chi-square hoặc Fisher's exact test. $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ quy định đạo đức nghiên cứu y sinh của Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Thai phụ tự nguyện tham gia. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm hình thái giãn não thất đơn thuần trên siêu âm

Bảng 1. Đặc điểm hình thái giãn não thất đơn thuần trên siêu âm (n = 119)

Đặc điểm hình thái	Phân nhóm	n	%	$\bar{X} \pm SD$
Tuổi thai phát hiện (tuần)	13 - 27	55	46,2	27,52 \pm 5,52
	≥ 28	64	53,8	
Mức độ giãn (mm)	Nhẹ (10 - 12)	81	68,1	12,65 \pm 4,26
	Vừa (>12 - 15)	26	21,8	
	Nặng (> 15)	12	10,1	
Tính chất giãn	Một bên	60	50,4	
	Hai bên	59	49,6	

Tuổi thai trung bình phát hiện giãn não thất đơn thuần là 27,52 \pm 5,52 tuần. Đa số thuộc mức độ nhẹ. Tỷ lệ giãn một bên và hai bên gần

tương đương. Tỷ lệ sàng lọc trước sinh đạt 79,8%, tỷ lệ ở Hà Nội cao hơn tỉnh khác với $p < 0,05$.

2. Xét nghiệm di truyền và mối liên quan với đặc điểm hình thái

Trong 119 trường hợp, 20 trường hợp (16,8%) được chọc ối. Tỷ lệ chọc ối ở nhóm 13-27 tuần là 36,4%, không có trường hợp nào

≥ 28 tuần được chọc ối. Tuổi thai trung bình khi chọc ối: $21,49 \pm 3,27$ tuần. Tỷ lệ chọc ối không khác biệt giữa các mức độ giãn và giữa giãn một bên/hai bên ($p = 0,13$).

Bảng 2. Kết quả xét nghiệm di truyền và mối liên quan với đặc điểm hình thái (n = 20)

		Không BTD		Có BTD		Tổng
		n	%	n	%	
Mức độ giãn	Nhẹ	12	85,7	2	14,3	14
	Vừa	4	100	0	0	4
	Nặng	1	50	1	50	2
Tính chất	Một bên	7	100	0	0	7
	Hai bên	10	76,9	3	23,1	13

BTD: bất thường di truyền

Trong các trường hợp xét nghiệm dịch ối, 85% bình thường, 15% có bất thường di truyền (3/20 trường hợp). Cả 3 trường hợp bất thường di truyền đều thuộc nhóm giãn hai bên, tuy nhiên kết quả cần diễn giải thận trọng do cỡ mẫu nhỏ. Nhóm giãn nặng có tỷ lệ bất thường

cao nhất (1/2 trường hợp, 50%).

3. Tình trạng não thất sau sinh và giá trị tiên lượng

Trong 119 trường hợp, 100 thai phụ (84%) giữ thai, 19 (16%) đình chỉ. Sau khi loại trừ 1 sảy thai sớm, 99 trẻ được theo dõi sau sinh.

Bảng 3. Kết quả siêu âm não sau sinh (n = 99)

Kết quả sau sinh	n	%
Không còn giãn não thất	85	85,86
Còn giãn não thất đơn thuần	10	10,10
Không giãn não thất + bất thường khác	2	2,02
Giãn não thất + bất thường khác	2	2,02

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm hình thái trước sinh và tồn tại giãn não thất sau sinh (n = 99)

		Còn GNT		Không GNT		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Mức độ giãn	Nhẹ	6	8,2	67	91,8	73	100	0,002
	Vừa	5	22,7	17	77,3	22	100	
	Nặng	3	75,0	1	25,0	4	100	

		Còn GNT		Không GNT		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Tính chất	1 bên	6	10,2	53	89,8	59	100	0,168
	2 bên	8	20,0	32	80,0	40	100	
Tuổi thai	13 - 27 tuần	4	11,1	32	88,9	36	100	0,513
	≥ 28 tuần	10	15,9	53	84,1	63	100	

GNT: giãn não thất

Tỷ lệ còn giãn não thất sau sinh tăng rõ rệt theo mức độ giãn trước sinh: nhẹ 8,2%, vừa 22,7%, nặng 75,0% ($p = 0,002$). Giãn hai bên có tỷ lệ còn giãn não thất sau sinh cao hơn một bên nhưng không có ý nghĩa thống kê. Tuổi thai phát hiện không ảnh hưởng có ý nghĩa đến tình trạng sau sinh ($p = 0,513$). 97% trẻ sống khỏe không cần can thiệp. Sau 6 tháng theo dõi, tỷ lệ còn giãn não thất giảm từ 12,12% xuống chỉ còn 2,02%.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm hình thái giãn não thất đơn thuần, nghiên cứu ghi nhận tuổi thai trung bình phát hiện giãn não thất đơn thuần là $27,52 \pm 5,52$ tuần, trong đó 53,8% được phát hiện ở quý 3 (≥ 28 tuần). Điều này cho thấy một tỷ lệ đáng kể giãn não thất được phát hiện muộn, khi khả năng thực hiện xét nghiệm di truyền dựa trên các kỹ thuật xâm lấn bị hạn chế và các lựa chọn xử trí cũng bị thu hẹp do tuổi thai lớn. Thực tế, hầu hết các trường hợp chọc ối đều thực hiện trước 28 tuần. Kết quả này nhấn mạnh vai trò quan trọng của siêu âm khảo sát hình thái ở tuổi thai 18 - 24 tuần trong phát hiện sớm giãn não thất, là thời điểm thích hợp để tư vấn và xét nghiệm di truyền kịp thời.

Giãn não thất mức độ nhẹ chiếm đa số (68,1%), tương tự như kết quả nghiên cứu của Weichert (2010) trên 29.000 thai nhi, trong đó giãn não thất nhẹ chiếm đa số các trường hợp được phát hiện.² Đường kính não thất trung bình

$12,65 \pm 4,26$ mm phản ánh sự đa dạng lớn về mức độ nghiêm trọng, đòi hỏi chiến lược theo dõi và tư vấn cá thể hóa cho từng trường hợp.

Tỷ lệ giãn một bên (50,4%) và hai bên (49,6%) gần tương đương, tương đồng với nhận xét của Norton và cộng sự (2020): khoảng 50 - 60% giãn não thất là một bên.⁶ Tuy nhiên, Scala và cộng sự (2017) chỉ ra rằng giãn não thất một bên đơn thuần có tỷ lệ bất thường nhiễm sắc thể (0%), nguy cơ tiến triển giãn (5%) và bất thường não trên MRI (5%) thấp hơn so với giãn hai bên, gợi ý cần phân tầng nguy cơ theo tính chất giãn trong thực hành lâm sàng.¹⁰

Tỷ lệ sàng lọc trước sinh đạt 79,8%, thấp hơn so với công bố của Cục Dân số về tỷ lệ sàng lọc trước sinh của TP Hà Nội tháng 9/2023 (89,81%). Đáng chú ý, tỷ lệ sàng lọc ở thai phụ Hà Nội (87,1%) cao hơn có ý nghĩa so với tỉnh khác (69,4%, $p < 0,05$), phản ánh khoảng cách trong tiếp cận dịch vụ y tế sinh sản giữa thành thị và nông thôn. Khoảng cách này không chỉ ảnh hưởng đến tỷ lệ sàng lọc mà còn có thể tác động đến thời điểm phát hiện giãn não thất và khả năng được tư vấn, xét nghiệm di truyền kịp thời.

Khi xét trên khía cạnh xét nghiệm di truyền, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ chọc ối chỉ đạt 16,8%, thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu quốc tế. Nguyên nhân chính là 53,8% trường hợp phát hiện giãn não thất muộn (≥ 28 tuần), khi thai phụ lo ngại nguy cơ thủ thuật đối với thai

lớn. Tuy nhiên, ngay cả trong nhóm phát hiện ở quý 2 (13-27 tuần), tỷ lệ chọc ối cũng chỉ 36,4%, phản ánh sự dè dặt của thai phụ trong việc tiếp cận xét nghiệm xâm lấn. Điều đáng lưu ý là tỷ lệ chọc ối không khác biệt giữa các mức độ giãn (17,3% nhẹ, 15,4% vừa, 16,7% nặng, $p = 0,975$), cho thấy quyết định chọc ối chưa được cá thể hóa theo nguy cơ thực tế. Đặc biệt, nhóm giãn nặng có tỷ lệ đình chỉ thai nghén lên đến 66,7% nhưng tỷ lệ chọc ối chỉ 16,7%, nghĩa là nhiều thai phụ quyết định đình chỉ mà không có kết quả di truyền. Đây là vấn đề cần cải thiện trong công tác tư vấn, nhằm giúp thai phụ đưa ra quyết định dựa trên bằng chứng đầy đủ hơn.

Trong 20 trường hợp xét nghiệm dịch ối, tỷ lệ bất thường di truyền là 15% (3/20), bao gồm Trisomy 21, Trisomy 18 và XXY. Tỷ lệ này cao hơn 7,8% trong nghiên cứu của Dan Zhao (2018), sự khác biệt có thể do cỡ mẫu chọc ối nhỏ trong nghiên cứu này ($n = 20$ so với toàn bộ đối tượng đều có kết quả di truyền trong nghiên cứu của Dan Zhao), dẫn đến sai số chọn lọc.¹¹ Dù vậy, các loại bất thường phát hiện được (Trisomy 21, Trisomy 18, XXY) đều nằm trong phổ bất thường di truyền hay gặp ở giãn não thất đơn thuần, phù hợp với y văn.^{5,6} Nghiên cứu gần đây của Tao và cộng sự (2023) trên 131 thai giãn não thất cũng xác nhận tỷ lệ bất thường di truyền trong giãn não thất đơn thuần dao động từ 5 - 15% tùy phương pháp xét nghiệm.¹²

Một phát hiện đáng chú ý là cả 3 trường hợp bất thường di truyền (3/20, 15%) đều thuộc nhóm giãn hai bên. Tuy số lượng tuyệt đối nhỏ (3 ca) hạn chế khả năng khái quát hóa, xu hướng này phù hợp với nghiên cứu của Scala và cộng sự (2017) ghi nhận tỷ lệ bất thường nhiễm sắc thể ở giãn não thất một bên đơn thuần là 0%, và Dan Zhao (2018) cho thấy tỷ lệ ở giãn hai bên (14,3%) cao hơn một bên (4,1%) với $p = 0,011$.^{10,11} Về mức độ giãn, nhóm nặng

có tỷ lệ bất thường di truyền cao hơn nhóm nhẹ (50% so với 14,3%), tuy nhiên sự khác biệt này chưa thể kết luận do cỡ mẫu rất nhỏ trong từng phân nhóm (nhóm nặng chỉ có 2 ca chọc ối). Fetal Medicine Foundation cho rằng nguy cơ bất thường nhiễm sắc thể tỷ lệ nghịch với mức độ giãn, dựa trên giả thuyết rằng giãn nặng thường liên quan đến nguyên nhân cấu trúc hơn là bất thường nhiễm sắc thể. Với cỡ mẫu hiện tại, nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ bằng chứng để khẳng định hay phản bác quan điểm này.^{8,13} Tuy nhiên, cần lưu ý rằng cỡ mẫu chọc ối rất nhỏ ($n = 20$), đặc biệt trong các phân nhóm (nhóm nặng chỉ có 2 ca, nhóm vừa có 4 ca), do đó tỷ lệ phần trăm trong các phân nhóm nhỏ có thể dao động lớn và các con số này chỉ mang tính gợi ý ban đầu, cần được kiểm chứng bằng các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn. Từ góc độ thực hành, dữ liệu gợi ý rằng giãn não thất hai bên nên được tư vấn xét nghiệm di truyền tích cực hơn, bất kể mức độ giãn.

Kết quả nghiên cứu chứng minh mức độ giãn não thất trước sinh có giá trị tiên lượng rõ ràng đối với tình trạng não thất sau sinh, với tỷ lệ còn giãn não thất tăng dần từ nhẹ (8,2%), vừa (22,7%) đến nặng (75,0%) và sự khác biệt đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,002$). Xu hướng này phù hợp với nghiên cứu của Nan Chu và cộng sự (2016) ghi nhận tỷ lệ còn giãn não thất ở nhóm nặng, vừa, nhẹ lần lượt là 80%, 62,5%, 60,5%.^{14,15} Tuy nhiên, tỷ lệ hết giãn não thất sau sinh trong nghiên cứu của chúng tôi (85,86%) cao hơn đáng kể so với Nan Chu (37,28%). Sự khác biệt này có thể giải thích bởi nhóm giữ thai trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ giãn nhẹ và một bên cao hơn, do các trường hợp giãn nặng (66,7%), giãn hai bên (32,2%) và có bất thường di truyền (100%) có tỷ lệ đình chỉ thai nghén cao. Nói cách khác, quá trình tư vấn và quyết định xử trí đã tạo ra một hiệu ứng sàng lọc tự nhiên, trong đó nhóm giữ thai chủ yếu là các trường hợp tiên lượng tốt hơn.

Tỷ lệ giãn não thất sau sinh ở nhóm hai bên cao hơn một bên nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,168$), có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn. Tương tự, tuổi thai phát hiện (nhóm phát hiện sau 28 tuần có tỷ lệ còn giãn não thất 15,9% so với 11,1% nhóm phát hiện sớm hơn) cũng không đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,513$). Kết quả này gợi ý rằng yếu tố tiên lượng quan trọng nhất cho tình trạng não thất sau sinh là mức độ giãn chứ không phải tính chất một bên/hai bên hay thời điểm phát hiện, phù hợp với khuyến cáo SMFM (2020) nhấn mạnh vai trò trung tâm của mức độ giãn trong phân tầng nguy cơ và tiên lượng.⁶

Một phát hiện đáng khích lệ là 85,86% trẻ không còn giãn não thất ngay sau sinh, và tỷ lệ này tăng lên 97,98% sau 6 tháng theo dõi (chỉ còn 2/99 trẻ có giãn não thất). Kết quả này phản ánh khả năng bù trừ và tự điều chỉnh của hệ thống não thất ở trẻ sơ sinh, phù hợp với y văn về tiên lượng tốt của giãn não thất đơn thuần mức độ nhẹ.^{3,4,15,16} Đáng chú ý, 97% trẻ trong nhóm giữ thai tiếp tục phát triển mà không cần bất kỳ can thiệp nào. Chỉ 1 trường hợp (1%) cần phẫu thuật do phát hiện thêm thoát vị não sau sinh và 2 trường hợp phát hiện bất thường hình thái khác (nang đám rối mạch mạc, nang cạnh não thất) mà trước sinh chưa ghi nhận. Điều này nhấn mạnh rằng ngay cả khi trước sinh được chẩn đoán là «giãn não thất đơn thuần», việc kiểm tra lại sau sinh là cần thiết để loại trừ những bất thường kèm theo mà trước sinh có thể bỏ sót và các trường hợp này có thể thay đổi hướng xử trí sau sinh.

Đáng chú ý, trong 2 trường hợp cần can thiệp sau sinh, cả hai đều thuộc nhóm giãn mức độ nhẹ trước sinh: trường hợp thứ nhất giãn não thất bên trái 10,9mm, sau sinh phát hiện thêm khối vùng chẩm (thoát vị não) cần phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương; trường hợp thứ hai giãn 2 bên 10mm kèm giãn não

thất III và đa ổ, sau sinh cần chuyển tuyến và trẻ tử vong. Điều này cho thấy mức độ giãn trước sinh không phải là yếu tố tiên lượng duy nhất, và việc đánh giá toàn diện bao gồm cả các dấu hiệu kèm theo như giãn não thất III hay đa ổ là cần thiết để tư vấn chính xác hơn.^{8,15}

Từ kết quả nghiên cứu, một số khuyến nghị lâm sàng có thể đề xuất: thứ nhất, cần phân tầng nguy cơ dựa trên mức độ giãn, trong đó giãn nhẹ và một bên có tiên lượng tốt để tư vấn thai phụ an tâm theo dõi; thứ hai, giãn não thất hai bên cần được tư vấn xét nghiệm di truyền tích cực hơn do tỷ lệ bất thường di truyền cao (23,1%); thứ ba, giãn nặng cần được theo dõi sát trước và sau sinh do tỷ lệ tồn tại giãn não thất cao (75%). Bên cạnh đó, cần cải thiện công tác tư vấn để nâng tỷ lệ xét nghiệm di truyền, đặc biệt trong các trường hợp phát hiện ở quý 2.

Nghiên cứu có một số hạn chế: tỷ lệ chọn ổ thấp (16,8%, $n = 20$) với các phân nhóm rất nhỏ (nhóm nặng $n = 2$, nhóm vừa $n = 4$) hạn chế đáng kể khả năng đánh giá mối liên quan hình thái - di truyền, và các tỷ lệ phần trăm trong phân nhóm nhỏ cần được diễn giải thận trọng; thời gian theo dõi 6 tháng chưa đánh giá được phát triển tâm thần-vận động dài hạn; thiết kế cắt ngang chưa đánh giá diễn biến giãn não thất trong thai kỳ. Ngoài ra, nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm nên kết quả có thể chưa đại diện cho toàn bộ dân số. Các nghiên cứu tiếp theo cần cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm, với tỷ lệ xét nghiệm di truyền cao hơn và thời gian theo dõi ít nhất 2 năm để đánh giá phát triển thần kinh.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 119 trường hợp thai giãn não thất đơn thuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội: giãn não thất đơn thuần chủ yếu mức độ nhẹ (68,1%), phát hiện ở tuổi thai trung bình $27,52 \pm 5,52$ tuần. Tỷ lệ bất thường di truyền

trong nhóm chọc ối là 15% (3/20 trường hợp), đều thuộc nhóm giãn hai bên.

Mức độ giãn não thất trước sinh có giá trị tiên lượng tốt: tỷ lệ còn giãn não thất sau sinh ở nhóm nặng (75,0%) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm vừa (22,7%) và nhẹ (8,2%) với $p = 0,002$. 85,86% trẻ không còn giãn não thất sau sinh, sau 6 tháng đạt 97,98%.

KHUYẾN NGHỊ

(1) Cần phân tầng nguy cơ dựa trên mức độ giãn: giãn nhẹ và một bên có tiên lượng tốt, có thể tư vấn thai phụ an tâm theo dõi.

(2) Giãn não thất hai bên cần được tư vấn xét nghiệm di truyền tích cực hơn.

(3) Giãn nặng cần theo dõi sát trước và sau sinh.

(4) Cần cải thiện tỷ lệ sàng lọc hình thái sớm (18 - 24 tuần) và tỷ lệ xét nghiệm di truyền, đặc biệt khi phát hiện ở quý 2.

(5) Mọi trường hợp giãn não thất đơn thuần cần kiểm tra lại sau sinh để phát hiện bất thường kèm theo mà trước sinh có thể bỏ sót.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin cảm ơn Trung tâm Sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội đã hỗ trợ thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Salomon LJ, Bernard JP, Ville Y. Reference ranges for fetal ventricular width: a non-normal approach. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. 2007; 30(1): 61-66. doi:10.1002/uog.4026.

2. Weichert J, Hartge D, Krapp M, et al. Prevalence, characteristics and perinatal outcome of fetal ventriculomegaly in 29,000 pregnancies followed at a single institution. *Fetal Diagn Ther*. 2010; 27(3): 142-148. doi:10.1159/000304735.

3. Wax JR, Bookman L, Cartin A, et al. Mild fetal cerebral ventriculomegaly: diagnosis, clinical associations, and outcomes. *Obstet Gynecol Surv*. 2003; 58(6): 407-414. doi:10.1097/01.OGX.0000070069.43569.D7.

4. Laskin MD, Kingdom J, Toi A, et al. Perinatal and neurodevelopmental outcome with isolated fetal ventriculomegaly: a systematic review. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. 2005; 18(5): 289-298. doi:10.1080/14767050500329775.

5. Gaglioti P, Danelon D, Bontempo S, et al. Fetal cerebral ventriculomegaly: outcome in 176 cases. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. 2005; 25(4): 372-377. doi:10.1002/uog.1857.

6. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), Norton ME, Fox NS, Monteagudo A, Kuller JA, Craigo S. Fetal Ventriculomegaly. *Am J Obstet Gynecol*. 2020; 223(6): B30-B33. doi:10.1016/j.ajog.2020.08.182.

7. Malinger G, Paladini D, Haratz KK, et al. ISUOG Practice Guidelines (updated): sonographic examination of the fetal central nervous system. Part 1: performance of screening examination and indications for targeted neurosonography. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020; 56(3): 476-484. doi:10.1002/uog.22145.

8. Zamłyński M, Grokhovska M, Surányi A, et al. Current Diagnostic, Counseling, and Treatment Options in Non-Severe and Severe Apparently Isolated Fetal Ventriculomegaly. *Biomedicine*. 2024; 12(12): 2929. doi:10.3390/biomedicine12122929.

9. Paladini D, Malinger G, Birnbaum R, et al. ISUOG Practice Guidelines (updated): sonographic examination of the fetal central nervous system. Part 2: performance of targeted

- neurosonography. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. 2021; 57(4): 661-671. doi:10.1002/uog.23616.
10. Scala C, Familiari A, Pinas A, et al. Perinatal and long-term outcomes in fetuses diagnosed with isolated unilateral ventriculomegaly: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017; 49(4): 450-459. doi:10.1002/uog.15943.
11. Zhao D, Cai A, Wang B, et al. Presence of chromosomal abnormalities in fetuses with isolated ventriculomegaly on prenatal ultrasound in China. *Mol Genet Genomic Med*. 2018; 6(6): 1015-1020. doi:10.1002/mgg3.477.
12. Tao H, Zhang L, Tan F, et al. Pregnancy outcomes and genetic analysis for fetal ventriculomegaly. *Front Genet*. 2023; 14: 1186660. doi:10.3389/fgene.2023.1186660.
13. The Fetal Medicine Foundation. Accessed February 26, 2026. <https://fetalmedicine.org/education/fetal-abnormalities/brain/ventriculomegaly>.
14. Chu N, Zhang Y, Yan Y, et al. Fetal ventriculomegaly: Pregnancy outcomes and follow-ups in ten years. *Biosci Trends*. 2016; 10(2): 125-132. doi:10.5582/bst.2016.01046.
15. Lipa M, Kosinski P, Wojcieszak K, et al. Long-term outcomes of prenatally diagnosed ventriculomegaly - 10 years of Polish tertiary centre experience. *Ginekol Pol*. 2019; 90(3): 148-153. doi:10.5603/GP.2019.0026.
16. Griffiths PD, Reeves MJ, Morris JE, et al. A prospective study of fetuses with isolated ventriculomegaly investigated by antenatal sonography and in utero MR imaging. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2010; 31(1): 106-111. doi:10.3174/ajnr.A1767.

Summary

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND POSTNATAL PROGNOSTIC VALUE OF ISOLATED FETAL VENTRICULOMEGALY AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Isolated fetal ventriculomegaly is a common morphological abnormality detected on the second and third-trimester ultrasound. A cross-sectional descriptive study was conducted on 119 fetuses diagnosed with isolated ventriculomegaly at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2022 to December 2023, aiming to describe morphological characteristics and evaluate the association between prenatal ultrasound features and postnatal ventricular status. Mean gestational age at diagnosis was 27.52 ± 5.52 weeks; 68.1% had mild condition, 50.4% were unilateral. Among 20 amniocentesis cases, 15% had genetic abnormalities (3/20 cases), all of which occurred in bilateral cases. Of 99 live births, 85.86% had normal ventricles postnatally. Prenatal severity predicted postnatal outcome: persistent ventriculomegaly rates were 75% for severe, 22.7% for moderate, and 8.2% for mild cases ($p = 0.002$). At 6 months, only 2.02% had persistent ventriculomegaly. Mild and unilateral isolated ventriculomegaly had excellent postnatal prognosis.

Keywords: Isolated ventriculomegaly, prenatal ultrasound, postnatal prognosis, genetic abnormalities.