

TẠP CHÍ PHỤ SẢN

TẬP 11 (02), 05 - 2013

JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY



ẤN BẢN CHÍNH THỨC CỦA HỘI PHỤ SẢN KHOA & SDCKH VIỆT NAM

Official publication of Vietnam Gynecology-Obstetrics and Family Planning Association



Viên tránh thai liều thấp Mercilon có tác dụng ngừa thai hiệu quả. Khi đã sẵn sàng để có bé yêu, chỉ cần ngưng sử dụng Mercilon và khả năng có thai của bạn sẽ trở lại.



THÔNG TIN KÊ TOA: 1.TÊN THUỐC: MERCILON/viên nén. **2.HÀM LƯỢNG:** 0.15 mg Desogestrel và 0.02 mg Ethinylestradiol/viên. **3.CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ:** Ngừa thai. **4.LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG:** Uống mỗi ngày một viên theo thứ tự được chỉ trên vỉ thuốc trong 21 ngày liên tiếp. Bắt đầu dùng vỉ kế tiếp sau 7 ngày tạm nghỉ uống thuốc. Kinh nguyệt sẽ xuất hiện trong 7 ngày tạm nghỉ uống thuốc. Khi chưa dùng biện pháp nội tiết tránh thai trong tháng qua: Bắt đầu vỉ Mercilon đầu tiên vào ngày đầu tiên có kinh, Mercilon sẽ có tác dụng tức thì. Khi đổi từ 1 biện pháp nội tiết phối hợp khác: Bắt đầu vỉ Mercilon vào ngày tiếp theo viên thuốc cuối cùng của vỉ thuốc tránh thai hiện dùng (nghĩa là không có giai đoạn tạm nghỉ uống thuốc). Trong trường hợp dùng vòng âm đạo có chứa nội tiết hoặc thuốc dán tránh thai, nên bắt đầu dùng Mercilon vào ngày tháo vòng hoặc miếng dán. **5.XỬ TRÍ KHI QUÊN THUỐC:** Nếu bạn lỡ quên uống 1 viên và nhớ ra trong vòng 12 giờ, uống bù ngay viên thuốc quên và tiếp tục uống những viên còn lại như bình thường. Nếu quá 12 giờ, vẫn uống như trên và sử dụng thêm một biện pháp tránh thai che chắn (bao cao su) trong 7 ngày kế tiếp. Nếu quên từ 2 viên liên tiếp trở lên, hãy hỏi ý kiến bác sĩ. **6.MUỐN CÓ THAI:** Nếu bạn muốn có thai, bạn nên ngưng thuốc Mercilon và bạn có thể có thai. **7.TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:** Thường gặp (ADR > 1/100): Trạng thái trầm cảm, thay đổi tâm trạng, đau đầu, buồn nôn, đau bụng, tăng cân. Ít gặp (1/1000<ADR<1/100): Giữ nước, giảm ham muốn tình dục, đau nửa đầu, nôn, tiêu chảy, phát ban, mề đay. Hiếm gặp (ADR< 1/1000): Quá mẫn, tăng ham muốn tình dục, không dung nạp kính áp tròng, ban đỏ nổi cục, ban đỏ đa hình, giảm cân. **8.CHÔNG CHỈ ĐỊNH:** Bệnh lý hoặc tiền sử có huyết khối tĩnh/dộng mạch (như huyết khối tĩnh mạch sâu, tắc mạch phổi, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não) hoặc cơn thiếu máu cục bộ, đau thắt ngực. Đã biết có bầm chất huyết khối tĩnh/dộng mạch như đề kháng protein C hoạt hóa, thiếu antithrombin III, thiếu protein C, thiếu protein S, tăng homocystein trong máu và kháng thể kháng phospholipid. Tiền sử đau nửa đầu. Tiểu đường có tổn thương mạch máu. Có một yếu tố nguy cơ trầm trọng hoặc nhiều yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh/dộng mạch. Viêm tụy hoặc có tiền sử liên quan đến tăng triglycerin máu. Đang có hoặc tiền sử bệnh gan nặng, u gan (lành hoặc ác tính). Đã biết hoặc nghi ngờ u ác tính chịu ảnh hưởng của steroid sinh dục (như các cơ quan sinh dục hoặc vú). Xuất huyết âm đạo không rõ nguyên nhân. Có thai hoặc nghi có thai. Mẫn cảm với các thành phần của thuốc. **9.CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ:** Không được dùng. **10.CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG:** **1.Rối loạn tuần hoàn:** Tăng nguy cơ bệnh huyết khối và truyền tắc huyết khối động/tĩnh mạch như nhồi máu cơ tim, đột quy, huyết khối tĩnh mạch sâu, truyền tắc phổi, những biến cố này hiếm xảy ra. Rất hiếm khi những người sử dụng COC báo cáo huyết khối tĩnh mạch xuất hiện ở các mạch máu khác như động/tĩnh mạch nguy cơ tương đối được chuẩn đoán ung thư vú có tăng nhẹ (RR=1,24) trên phụ nữ đang dùng COC. Một số hiếm trường hợp u gan lành tính, hiếm hơn nữa là u gan ác tính, đã được báo cáo trên người dùng COC. Trong trường hợp cá biệt, những khối u này dẫn đến xuất huyết trong ổ bụng gây nguy hiểm tính mạng. Cần xét đến u gan trong chuẩn đoán phân biệt đau nhiều ở bụng trên, gan to hoặc có dấu hiệu xuất huyết trong ổ bụng xảy ra trên phụ nữ đang dùng COC. **3.Các tình trạng khác:** Phụ nữ bị tăng triglycerid – máu, hoặc có tiền sử gia đình có thể tăng nguy cơ viêm tụy khi dùng COC. Huyết áp có thể tăng nhẹ trên nhiều phụ nữ dùng COC. Rối loạn chức năng gan cấp hoặc mạn tính cần ngưng dùng COC cho đến khi các xét nghiệm chức năng gan trở lại bình thường. Tái phát vàng da ứ mật xảy ra lần đầu trong khi có thai hoặc có sử dụng steroid sinh dục trước đây phải ngưng dùng COC. Phụ nữ bị tiểu đường cần theo dõi cẩn thận khi dùng COC. Bệnh Crohn và viêm loét đại tràng có liên quan đến dùng COC. Phụ nữ có xu hướng bị nám da nên tránh phơi nhiễm ánh sáng mặt trời hoặc tia cực tím khi dùng COC. Bệnh nhân không dung nạp galactose nên cân nhắc lượng lactose trong thuốc.

HÃNG SẢN XUẤT: Organon (Ireland) LTD., Drynam Road, Swords, Co.Dublin, Ireland. **Độc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng.** Sổ Giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký quảng cáo thuốc của Cục Quản Lý Dược: 1376/12/QLD-TT, ngày 30 tháng 1 năm 2013. Ngày tháng năm in tài liệu: 29/3/2013. MER-CON-1211024A

TẠP CHÍ PHỤ SẢN

TẬP 11 (02), 05 - 2013

JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Chào mừng
**HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
VIỆT-PHÁP 2013**

Hà Nội, 13-14/5/2013



ẤN BẢN CHÍNH THỨC CỦA HỘI PHỤ SẢN KHOA & ĐCKH VIỆT NAM

Official publication of Vietnam Gynecology-Obstetrics and Family Planning Association

HỘI PHỤ SẢN KHOA & SĐCKH VIỆT NAM

TẠP CHÍ PHỤ SẢN

Tập 11, số 2, tháng 5 - 2013

TỔNG BIÊN TẬP

GS. TS. Cao Ngọc Thành

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

PGS. TS. Vương Tiến Hòa

(Phụ trách miền bắc)

ThS. BS. Hồ Mạnh Tường

(Phụ trách miền nam)

TÒA SOẠN

PGS. TS. Nguyễn Vũ Quốc Huy

(Tổng Thư Ký)

BAN THƯ KÝ

TS. BS. Lê Minh Tâm - TS. BS. Châu Khắc Tú
- TS. BS. Phạm Chí Kông - TS. BS. Đỗ Quan Hà,
ThS. BS. Trần Mạnh Linh

HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP

GS. TS. Nguyễn Đức Vy - GS. TS. Trần Thị Phương Mai -
PGS. TS. Nguyễn Viết Tiến - PGS. TS. Nguyễn Đức Hình
- GS. BS. Nguyễn Thị Ngọc Phương - GS. TS. Trần Thị
Lợi - TS. Vũ Bá Quyết - PGS. TS. Vũ Thị Nhung - PGS.
TS. Nguyễn Vũ Quốc Huy - ThS. BS. Nguyễn Văn Trương
- BSCKII. Trịnh Hữu Thọ - TS. BS. Trương Quang Vinh -
TS. BS. Trần Đình Vinh - TS. BS. Lê Minh Toàn

ĐỊA CHỈ TÒA SOẠN

Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Dược Huế
6 Ngô Quyền, Tp. Huế, Thừa Thiên Huế
ĐT: 054. 3822 873 - Fax: 054. 3826 269
Email: obgynhue@gmail.com

MỸ THUẬT

Hạnh Việt Media

TIẾP NHẬN THÔNG TIN QUẢNG CÁO

Công ty TNHH TMDV QC Hạnh Việt
35/23C Trần Đình Xu, P. Cầu Kho, Q.1
ĐT: 08.3775 5271 - HOTLINE: 0909 801 407
Mail: hanhviet_media@yahoo.com

TẠP CHÍ PHỤ SẢN là tạp chí chính thức của
Hội Phụ sản khoa và Sinh đẻ có kế hoạch Việt nam
(VINAGOFPA), được xuất bản hàng quý từ năm 2001

Giấy phép xuất bản số: 1933/GP - BTTTT do Bộ Thông
tin và Truyền thông cấp ngày 21 tháng 11 năm 2011

In tại Công ty Tân Á Châu

TẠP CHÍ PHỤ SẢN là tạp chí chính thức của Hội Phụ Sản khoa và Sinh đẻ có kế hoạch Việt Nam, nhận đăng các bài tổng quan, công trình nghiên cứu, trường hợp lâm sàng và thư gửi Ban biên tập trong các lĩnh vực Sản Phụ khoa, Kế hoạch hóa gia đình và Nhi Sơ sinh. Bài đã gửi đăng trên TẠP CHÍ PHỤ SẢN không đồng thời gửi đăng trên các tạp chí khác. Không chấp nhận các bài đã đăng trên các tạp chí khác.

Bản thảo cần được soạn thảo bằng chương trình Microsoft Word, font chữ Unicode.

Bản thảo có độ dài quá qui định sẽ không được chấp nhận. Không tính phần bảng, sơ đồ và tài liệu tham khảo, bài tổng quan không quá 3.500 từ, bài nghiên cứu không quá 3.000 từ, trường hợp lâm sàng không quá 1.000 từ. Cho phép thêm mỗi bảng hoặc sơ đồ 250 từ.

Bản thảo phải có phần Trang bìa bao gồm: (1) tựa đầy đủ của bài báo, tiếng Việt và tiếng Anh, (2) tên, học hàm, học vị, cơ quan đang công tác của tất cả các tác giả, (3) tên, địa chỉ, số điện thoại, địa chỉ email của tác giả chịu trách nhiệm liên hệ về bản thảo, (4) danh sách các từ khóa viết theo định dạng từ Medical Subject Headings (MeSH) theo hệ thống Index Medicus, (5) phần tóm tắt, tiếng Việt và tiếng Anh.

Phần Nội dung của bài nghiên cứu phải bao gồm Đặt vấn đề (có các mục tiêu nghiên cứu), Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu, Kết quả, Kết luận, Tài liệu tham khảo, Phụ lục (nếu có).

Các Bảng chỉ chứa các thông tin chưa được nêu trong nội dung bài viết, không được trùng lặp. Không cho phép trình bày quá 5 bảng đối với bài tổng quan hoặc bài nghiên cứu.

THỂ LỆ ĐĂNG BÀI

Các ký hiệu, đường kẻ trong sơ đồ, đồ thị phải đủ lớn để vẫn có thể đọc được khi cần thu nhỏ trong in ấn. Hình ảnh phải được lưu ở định dạng JPEG trong 1 file riêng biệt, dung lượng không quá 2Mb, có kèm chú thích. Tất cả bảng, sơ đồ, hình minh họa phải đặt trong những trang riêng biệt cuối bản thảo.

Tác giả chỉ nên trích dẫn các tài liệu thật cần thiết, và cần thẩm tra lại các tài liệu tham khảo trong bản thảo. Tài liệu tham khảo được trình bày theo Chuẩn Vancouver, đặt cuối bản thảo, được đánh số liên tục theo trình tự trích dẫn trong bản thảo, không phân biệt loại ngôn ngữ. Cụ thể, với bài báo nghiên cứu, phải có: Tên của tất cả tác giả; tên bài báo; tên tạp chí được viết tắt theo ước như trong Medline; năm xuất bản; tập số; trang đầu và trang cuối của bài báo. Đối với tài liệu tham khảo là sách; tên tác giả, tựa sách, nơi xuất bản, nhà xuất bản, năm. Ví dụ (1,2) là của bài báo nghiên cứu, (3,4) là của sách và một chương trong sách, và (5) là của trang web.

1. Halpem SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002 Jul 25; 347(4):284-7.

2. Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002; 40(5):679-86.

3. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

4. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors.

The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

5. Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

Các bài gửi đăng sẽ được Hội đồng biên tập duyệt và Tổng biên tập sẽ quyết định chọn đăng. Bản thảo của bài không được chọn sẽ không được gửi trả lại. Các tác giả chịu trách nhiệm về các quan điểm khoa học trong bài viết của mình.

Các tác giả có thể liên hệ trực tiếp với tòa soạn để nhận được hướng dẫn chi tiết hơn về thể lệ gửi và đăng bài.

Các tác giả được khuyến khích gửi bài qua email theo địa chỉ của tòa soạn hoặc in trên giấy khổ A4, cùng với file gửi về:

Tòa soạn Tạp chí Phụ Sản:

GS.TS. Cao Ngọc Thành

Tổng Biên tập

PGS. TS. Nguyễn Vũ Quốc Huy

Tổng Thư ký Tòa soạn

Bộ môn Phụ Sản

Trường Đại học Y Dược Huế

6 Ngô Quyền - Tp. Huế

ĐT: 054. 3832 643 - Fax: 054. 3826 269

Email: obgynhue@gmail.com

MỤC LỤC

SẢN KHOA VÀ SƠ SINH

06 - 08 BƯỚC ĐẦU NHẬN XÉT VỀ HẬU QUẢ CHU SINH CỦA THAI NHI TĂNG KHOẢNG SÁNG SAU GÁY CÓ NHIỄM SẮC ĐỒ BÌNH THƯỜNG

Trần Danh Cường, Nguyễn Hải Long, Trần Thị Tú Anh

09 - 12 NGHIÊN CỨU ĐỘ DÀI CỔ TỬ CUNG CỦA PHỤ NỮ MANG THAI DẠ ĐỂ NON TỪ 28-32 TUẦN BẰNG SIÊU ÂM QUÁ TĂNG SINH MÔN

Trần Danh Cường, Phan Thành Nam,
Phạm Thị Mai Anh, Nguyễn Thị Huế

13 - 15 NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA SONG THAI MỘT BÁNH RAU HAI BUỒNG ỐI

Lê Hoài Chương, Nguyễn Thị Thùy Dương, Nguyễn Thị Ninh

16 - 18 NGHIÊN CỨU THÁI ĐỘ XỬ TRÍ ĐỐI VỚI SONG THAI MỘT BÁNH RAU HAI BUỒNG ỐI

Lê Hoài Chương, Nguyễn Thị Thùy Dương, Lê Thị Thanh Nga

19 - 22 NHẬN XÉT KẾT QUẢ MỔ LẤY THAI Ở CÁC SẢN PHỤ TIỀN SẢN GIẬT NẶNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Đặng Thị Minh Nguyệt, Nguyễn Thị Anh

23 - 26 PHÒNG BỆNH PHÙ THAI DO HEMOGLOBIN BART'S: SÀNG LỌC NGƯỜI MẸ MANG THAI, PHÁT HIỆN NGƯỜI MANG GEN BỆNH VÀ CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH

Ngô Diễm Ngọc, Lý Thị Thanh Hà, Ngô Thị Tuyết Nhung,
Nguyễn Thị Phương Mai, Trần Danh Cường,
Nguyễn Thị Tân Sinh, Trần Hồng Hà, Dương Bá Trục,
Trần Thị Thanh Hương, Nguyễn Thanh Liêm

27 - 30 MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA RAU CÀI RĂNG LƯỢC CÓ CAN THIẾP PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Lê Thị Hương Trà, Đặng Thị Minh Nguyệt

31 - 33 THÁI ĐỘ XỬ TRÍ THAI PHỤ LUPUS TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TRONG 2 NĂM 2010 - 2011

Nguyễn Thị Bích Vân

34 - 38 NHẬN XÉT VỀ TÌNH HÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ Ở THAI PHỤ CÓ DỊ DẠNG TỬ CUNG ĐÔI TỪ TUỔI THAI 22 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Thủy, Nguyễn Quốc Tuấn, Ngô Minh Thắng

39 - 42 NGHIÊN CỨU NHIỄM RUBELLA Ở PHỤ NỮ MANG THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2009 - 2011

Phạm Huy Hiền Hào, Nguyễn Quảng Bắc

43 - 45 ĐÁNH GIÁ PHƯƠNG PHÁP MỔ DỌC TỬ CUNG TRONG XỬ TRÍ RAU CÀI RĂNG LƯỢC

Vũ Bá Quyết, Trần Danh Cường, Trần Vũ Quang

46 - 50 TỶ LỆ MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI NGHÉN Ở THAI PHỤ QUẢN LÝ THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2012 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thùy Trang, Đỗ Quan Hà

51 - 53 MÔ TẢ CÁC ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA THAI CHẾT LƯU TỪ 13 TUẦN ĐẾN ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Lê Hoàng

54 - 57 PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH ĐỂ THAI TO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TRONG NĂM 2012

Mai Trọng Dũng, Lê Hoài Chương

58 - 60 MỘT SỐ NHẬN XÉT VỀ ỨNG DỤNG ĐO THỂ TÍCH KHỐI RAU THAI BẰNG MÁY SIÊU ÂM 3D TRONG QUÝ ĐẦU THAI NGHÉN

Nguyễn Trần Chung

61 - 64 RỐI LOẠN NHỊP TIM TRONG THAI KỲ: TẦN SUẤT, CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

Tô Mai Xuân Hồng, Nguyễn Minh Lê

65 - 69 NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH BỆNH LÝ VÀ TỬ VONG TRỄ SƠ SINH NON THÁNG - THẤP CÂN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2010

Trần Diệu Linh, Lê Anh Tuấn, Phan Thị Thu Nga

70 - 74 NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CỦA RUBELLA BẮM SINH TẠI TRUNG TÂM ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC SƠ SINH BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Lê Anh Tuấn, Nguyễn Ngọc Lợi, Lê Minh Trác, Vũ Thị Vân Yến

75 - 78 ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH THAI VÀ TRẺ SƠ SINH CỦA CÁC BÀ MẸ NHIỄM RUBELLA

Phạm Huy Hiền Hào, Nguyễn Quảng Bắc

79 - 82 TÌNH HÌNH BỆNH TẬT VÀ TỬ VONG Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2012
Vũ Thị Vân Yến, Nguyễn Ngọc Lợi

PHỤ KHOA & KHHGĐ

83 - 88 NGHIÊN CỨU TỶ LỆ NHIỄM HUMAN PAPILLOMA VIRUS VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA PHỤ NỮ TỪ 18 ĐẾN 69 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ
Lâm Đức Tâm, Trần Ngọc Dung, Nguyễn Vũ Quốc Huy

89 - 92 NGHIÊN CỨU CẮT TỬ CUNG ĐƯỜNG NỘI SOI TẠI KHOA PHỤ NGOẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG
Nguyễn Bá Phê

93 - 97 MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC TÝP MÔ BỆNH HỌC VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG
Lê Quang Vinh

98 - 103 NGHIÊN CỨU TỶ LỆ TYP MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG VÀ SỰ BỘC LỘ THỤ THỂ ESTROGEN VÀ PROGESTERON
Lê Quang Vinh, Lê Trung Thọ

104 - 107 NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U NANG BUỒNG TRỨNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI VÀO NĂM 2001 VÀ NĂM 2010
Đặng Thị Minh Nguyệt, Phạm Thị Thanh Quỳnh

108 - 112 MỘT SỐ RỐI LOẠN THƯỜNG GẶP VÀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA PHỤ NỮ TUỔI TIỀN MÃN KINH, MÃN KINH
Nguyễn Thị Huyền Linh, Đỗ Quan Hà, Lưu Thị Hồng

114 - 117 ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI VÀ NGOẠI KHOA TINH HOÀN KHÔNG XUỐNG BÌU Ở 104 TRẺ TRƯỚC 2 TUỔI
Lê Minh Trác, Trần Ngọc Bích, Nguyễn Phú Đạt

118 - 120 ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LỘ TUYẾN CỔ TỬ CUNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐỐT ĐIỆN
Lưu Thị Hồng, Lê Quang Vinh

121 - 124 ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHÁ THAI NỘI

KHOA TUỔI THAI BA THÁNG GIỮA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2012

Nguyễn Thị Lan Hương, Vũ Văn Du,
Phó Thị Tố Tâm, Nguyễn Thị Yến Lê

125 - 128 KHẢO SÁT TÌNH HÌNH PHÁ THAI TO Ở TRẺ VỊ THÀNH NIÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2012

Nguyễn Thị Bích Vân, Vũ Văn Du, Phan Thị Anh,
Nguyễn Thanh Huyền, CN. Phạm Thị Dũng

VÔ SINH & HỖ TRỢ SINH SẢN

129 - 131 VAI TRÒ CỦA PHƯƠNG PHÁP BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG TRONG ĐIỀU TRỊ VÔ SINH
Hồ Sỹ Hùng

132 - 135 NHẬN XÉT ẢNH HƯỞNG CỦA NỒNG ĐỘ PROGESTERONE NGÀY TIÊM HCG ĐẾN KẾT QUẢ THỤ TINH ỨNG NGHIỆM SỬ DỤNG PHÁC ĐỒ GNRH ANTAGONIST TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG
Phạm Thủy Nga, Lê Hoàng

136 - 138 NGHIÊN CỨU VÔ SINH DO TẮC VÒI TỬ CUNG VÀ TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG
Nguyễn Hồng Lê, Nguyễn Ngọc Minh

139 - 142 KẾT QUẢ VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KỸ THUẬT TIÊM TINH TRÙNG VÀO BÀO TƯƠNG NOĂN BẰNG TINH TRÙNG LẤY TỪ MÀO TINH
Hồ Sỹ Hùng, Trần Thị Phương Mai

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

143 - 146 NHẬN XÉT THÁI ĐỘ XỬ TRÍ THAI Ở SẴN MỔ LẤY THAI TRONG 3 GIAI ĐOẠN THAI KỲ
Diễm Thị Thanh Thủy, Nguyễn Duy Ánh, Nguyễn Mạnh Trí

147-151 ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐỐT ĐIỆN GÂY TẮC ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG QUA NỘI SOI
Phan Xuân Khôi, Hoàng Nữ Phú Xuân

BUỚC ĐẦU NHẬN XÉT VỀ HẬU QUẢ CHU SINH CỦA THAI NHI TĂNG KHOẢNG SÁNG SAU GÁY CÓ NHIỄM SẮC ĐỒ BÌNH THƯỜNG

Trần Danh Cường⁽¹⁾, Nguyễn Hải Long⁽²⁾, Trần Thị Tú Anh⁽³⁾

(1) Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng, (3) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

TÓM TẮT

Đo khoảng sáng sau gáy (KSSG) là một phương pháp sàng lọc các bất thường nhiễm sắc thể. Tuy nhiên, những thai tăng KSSG có NST đồ bình thường vẫn có nguy cơ bất thường hình thái như: bất thường tim, bệnh lý gen, thai chậm phát triển trong tử cung, sảy thai. **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định tỷ lệ bất thường hình thái và hậu quả chu sinh của thai nhi có tăng KSSG mà NST đồ bình thường. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang mô tả 104 bệnh nhân tăng KSSG $\geq 3,0$ mm có NST đồ bình thường. Thai phụ được siêu âm nhiều lần: 22, 28, 32 tuần. **Kết quả:** Có 24/104 thai bất thường (23,1%) trong đó bất thường tim 6/104 (5,8%) thoát vị hoành 1/104 (1%), bất thường phần mềm 9/104 (8,7%), các bất thường khác 8/104 (7,7%) hậu quả chu sinh kém 11/104 (10,6%). **Kết luận:** Tăng KSSG mà NST đồ bình thường vẫn bị các bất thường hình thái làm tăng tỷ lệ có hậu quả chu sinh không tốt.

ABSTRACT

Increased NT is remarked for chromosomally defects. But fetus with chromosomally normal still have risks for some major abnormalities and adverse outcome. **Objectives:** To evaluate the outcome of chromosomally normal pregnancies with increased nuchal translucency at the 12-14 weeks scan. **Materials and methods:** Retrospective study of 104 chromosomally normal singleton pregnancies with nuchal translucency of ≥ 3.0 mm. These patients were managed with follow-up scans at 22, 28, 32 weeks. **Results** In the 104 pregnancies there were 24 cases abnormalities, 6 cardiac defects, 1 diaphragmatic hernia, 9 soft tissue abnormalities, 15 other abnormalities... They also have 11 cases with adverse outcome pregnancy. **Conclusions:** Fetus increased nuchal translucency with normal karyotype have adverse outcome pregnancy because of some abnormalities such as: cardiac defects, diaphragm hernia and other abnormalities.

Keywords: nuchal translucency, normal karyotype, fetal abnormalities, outcome pregnancy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng KSSG thường gặp trong bất thường nhiễm sắc thể, bất thường cấu trúc và một số bệnh lý về gene. Nguyên nhân có thể là do suy tim trong dị dạng tim, rối loạn cấu trúc khoang ngoại bào, rối loạn dẫn lưu bạch huyết do bất thường hệ bạch huyết, thai nhi ít cử động, thai nhi thiếu máu, thiếu đạm hoặc do nhiễm trùng. Đã có nhiều nghiên cứu về tăng KSSG và bất thường nhiễm sắc thể. Tỷ lệ bất thường nhiễm sắc thể là 25,1% theo nghiên cứu của Bùi Hải Nam [1]. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy những thai có nhiễm sắc thể đồ bình thường vẫn bị dị tật bẩm sinh, theo Saldanha năm 2008 [2] là 24,7%, theo Bùi Hải Nam năm 2011 [1] là 8,3%.

Để có hiểu biết đầy đủ hơn về những bất thường liên quan đến nhóm bệnh nhân tăng KSSG mà có nhiễm sắc thể đồ bình thường. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

“Xác định tỷ lệ bất thường hình thái và hậu quả chu sinh của thai tăng KSSG mà NST đồ bình thường”

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

104 bệnh nhân tăng KSSG có NST đồ bình thường được theo dõi tại trung tâm chẩn đoán trước sinh bệnh viện phụ sản trung ương. Từ 04/2012 đến 09/2012.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Tất cả các thai phụ có thai tăng KSSG được chọn để làm NST đồ có kết quả bình thường được lựa chọn vào nghiên cứu. Được siêu âm theo dõi ở các thời điểm 22 tuần, 28 tuần, 32 tuần để phát hiện các bất thường hình thái.

2.3. CÁC BIẾN SỐ THEO DÕI LÀ:

Tuổi người mẹ, KSSG, tuổi thai lúc đo KSSG, tuổi thai lúc chọc ối, các bất thường trên siêu âm, tuổi thai lúc đình chỉ thai nghén, tuổi thai và cân nặng lúc sinh, tình trạng sơ sinh. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Tổng số chọc ối vì tăng KSSG trong 6 tháng từ 04/2012 đến 09/2012 là 126 đối tượng. Số trường hợp có NST đồ bình thường là 104 thai phụ chiếm 82,5%.

Tuổi trung bình các thai phụ là $28,9 \pm 4,5$ tuổi, nhỏ tuổi nhất là 20 tuổi, lớn tuổi nhất là 40 tuổi.

Chiều dài đầu mông (CRL) trung bình là $60,3 \pm 9,5$ mm nhỏ nhất là 46mm lớn nhất là 77mm.

KSSG trung bình là $3,46 \pm 0,69$ mm.

Tuổi thai đình chỉ thai nghén trung bình là $21,6 \pm 1,7$ tuần.

Tuổi thai trung bình khi sinh là: $39,1 \pm 1,3$ tuần.

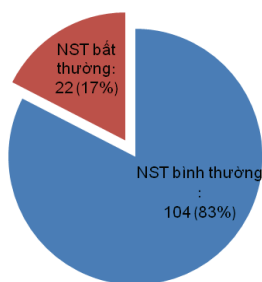
Cân nặng trung bình khi sinh là 3325 ± 517 gr

Tỷ lệ thai bất thường trên siêu âm trong nghiên cứu là: $24/104=23,1\%$

Tỷ lệ đình chỉ thai nghén / thai bất thường là: $8/24=33,3\%$.

3.1. KẾT QUẢ NHIỄM SẮC THỂ ĐỒ CỦA THAI NHI CÓ TĂNG KHOẢNG SÁNG SAU GÁY

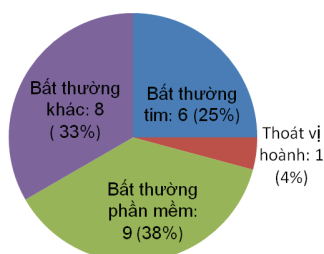
Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ thai tăng KSSG chọc ối bình thường



Nhận xét: Tỷ lệ thai tăng KSSG có NST đồ bình thường là 83%

3.2. CÁC BẤT THƯỜNG HÌNH THÁI Ở THAI NHI CÓ TĂNG KSSG

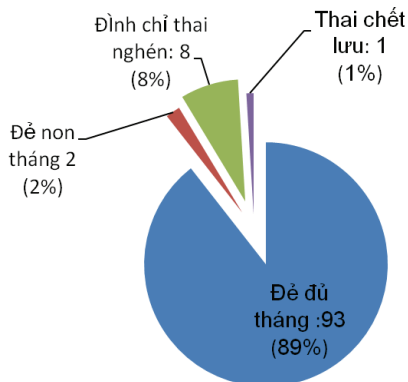
Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ bất thường hình thái của thai có NST đồ bình thường:



Nhận xét: có 24 trường hợp bất thường trong số 104 thai có NST đồ bình thường (23,1%).

3.3. HẬU QUẢ CHU SINH CỦA THAI NHI CÓ TĂNG KSSG

Biểu đồ 3.3: Hậu quả chu sinh của bệnh nhân tăng KSSG có NST đồ bình thường



Nhận xét: Tỷ lệ đẻ đủ tháng là 89%, đẻ thai chết lưu là 1%, đình chỉ thai nghén là 8%, đẻ non tháng là 2%.

3.4. PHÂN BỐ TỶ LỆ CÁC BẤT THƯỜNG HÌNH THÁI THEO KÍCH THƯỚC CỦA KSSG

Bảng 3.1: Các bất thường hình thái theo mức độ tăng KSSG

Các loại bất thường	3,0-3,4	3,5-4,4	$\geq 4,5$	Tổng
Bất thường tim	2(3,1%)	3(11,1%)	1(8,3%)	6(5,8%)
Thoát vị hoành	1(1,5%)	0	0	1(1%)
Bất thường phân mềm	4(6,2%)	4(14,8%)	1(8,3%)	9(8,7%)
Bất thường khác	5(7,7%)	3(11,1%)		8(7,7%)
Tổng số bất thường	12 (21,5%)	10(37%)	2(16,7%)	24(23,1%)
N	65	27	12	104

Nhận xét: KSSG từ 3,0-3,4mm tỉ lệ bất thường là 21,5% , KSSG từ 3,5-4,4mm tỉ lệ bất thường là 37%, KSSG $\geq 4,5$ mm tỉ lệ bất thường là 16,7%.

3.5. KẾT QUẢ THAI NGHÉN

Bảng 3.2: Tình trạng kết thúc thai nghén :

Tình trạng thai	Đủ tháng	Đình chỉ thai nghén	Non tháng	Chết lưu	Tổng
Bình thường	80	0	0	0	80(76,9%)
Bất thường	13(54,2%)	8(33,3%)	2(8,3%)	1(4,2%)	24(23,1%)
Tổng	93(89,4%)	8(7,7%)	2(1,9%)	1(1%)	104

Nhận xét: Trong 24 thai bất thường có 13 trường hợp đẻ đủ tháng (54,2%), có 2 trường hợp đẻ non (8,3%), 1 trường hợp thai chết lưu (4,3%) và 8 trường hợp đình chỉ thai nghén (33,3%).

3.6. PHÂN BỐ KẾT QUẢ THAI NGHÉN THEO KÍCH THƯỚC CỦA KSSG

Bảng 3.3: Tỷ lệ đẻ đủ tháng và đình chỉ thai nghén theo mức độ tăng KSSG:

Kích thước KSSG (mm)	N	Đẻ đủ tháng	Đình chỉ thai	Đẻ non	Chết lưu
3,0-3,4	65	62(95,4%)	2(3,1%)	1(1,5%)	
3,5-4,4	27	21(77,8%)	5(18,5%)	1(3,7%)	
≥4,5	12	10(83,3%)	1(8,3%)		1(8,3%)
Tổng	104	93(89,4%)	8(7,7%)	2(1,9%)	1(1%)

Nhận xét: Trong 65 thai tăng KSSG từ 3,0-3,4mm có 2 trường hợp đình chỉ thai nghén (3,1%) và 1 trường hợp đẻ non (1,5%), trong 27 thai tăng KSSG từ 3,5-4,4mm thì đình chỉ thai nghén 5 trường hợp (18,5%), đẻ non 1 trường hợp (3,7%), trong 12 thai tăng KSSG ≥4,5mm 1 trường hợp đình chỉ thai (8,3%) 1 trường hợp thai chết lưu (8,3%). Trong số 104 trường hợp thì tỷ lệ đình chỉ thai, thai chết lưu và đẻ non chiếm 10,6%. Có 89,4% thai đẻ đủ tháng bình thường.

4. BÀN LUẬN: TỶ LỆ BẤT THƯỜNG HÌNH THÁI:

Trong 104 thai tăng KSSG có NST đồ bình thường có 24 trường hợp bất thường hình thái (23,1%) cao hơn nghiên cứu của Bùi Hải Nam (2011) là 8,3% [1] nhưng phù hợp với nghiên cứu của Saldanha (2009) là 24,7% [2]. Có 9 trường hợp (37,5%) bất thường xuất hiện muộn ở 3 tháng cuối thai kỳ chứng tỏ vai trò quan trọng của siêu âm theo dõi ở nhiều thời điểm. Có 17 trường hợp (70,8%) là đơn dị tật, 7 trường hợp (21,2%) là đa dị tật.

Trong số 24 trường hợp bất thường hình thái có 6 dị tật tim (25%) tương đương với nghiên cứu của Souka (1998)[3] và một số tác giả khác với tỷ lệ bất thường tim từ 4,8-32,1% [4]. Có một trường hợp thoát vị hoành. Các bất thường phần mềm như khe hở môi, vòm miệng 9 trường hợp (37,5%). Các bất thường khác như giãn não thất đơn độc, giãn đài bể thận, ... 8 trường hợp (33,3%).

KSSG từ 3,0-3,4mm tỷ lệ bất thường chung là: 21,5% tỷ lệ dị tật tim là: 3,1% tỷ lệ dị tật phần mềm là: 6,2% tỷ lệ bất thường khác là 7,7%. Ở KSSG từ 3,5-4,4 mm, tỷ lệ bất thường chung là 37%, tỷ lệ dị tật tim là 11,1%, tỷ lệ bất thường phần mềm là 14,8%, tỷ lệ bất thường khác là 11,1%. Ở KSSG ≥4,5 tỷ lệ bất thường chung là 16,7%, tỷ lệ dị tật tim là 8,3% tỷ lệ bất thường phần mềm là 8,3% tỷ lệ bất thường khác là 16,7%.

Theo Dhanardhono (2012) [5] trong số 38/9834 trường hợp dị tật tim bẩm sinh hay gặp là: tứ chứng Fallot, thiếu sản tâm thất, đảo gốc động mạch, thông sán nhĩ thất, thông liên thất, ... Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 5 bất thường hình thái tim nặng là 2 trường hợp tứ chứng Fallot, 3 trường hợp thiếu sản tâm thất. Tất cả các trường hợp dị tật tim nặng phải đình chỉ thai nghén. Có một trường hợp rối loạn nhịp tim (có nhịp ngoại tâm thu) nên không phải đình chỉ thai.

HẬU QUẢ CHU SINH

Tỷ lệ sinh đủ tháng của nhóm nghiên cứu là 89,4%. Tất

cả các trường hợp thai không có bất thường đều đẻ thường. Trong số 24 trường hợp bất thường hình thái, 13 trường hợp (54,2%) đẻ đủ tháng khỏe mạnh. Chỉ có 1 trường hợp thai chết lưu 38 tuần vì phù thai muộn, còn 2 trường hợp (8,3%) đẻ non. Có 8 trường hợp (33,3%) phải đình chỉ thai nghén.

Có 4 trường hợp dày da gáy bất thường ở 3 tháng giữa (16,7%) thì đẻ đủ tháng 3 trường hợp, đình chỉ thai nghén 1 trường hợp phù hợp với nghiên cứu của Saldanha [2]. Trường hợp đình chỉ thai nghén là một trường hợp thường tim nặng (25%) tương đương với kết quả của Souka (2001) [6].

Tỷ lệ đẻ đủ tháng là 95,4% tương ứng với KSSG từ 3,0-3,4mm, là 77,8% với KSSG từ 3,5-4,4mm và 83,3% ở KSSG ≥4,5mm. Như vậy những thai tăng KSSG nhiều thì tỷ lệ bất thường hình thái tăng, nhất là bất thường tim nặng nên có hậu quả chu sinh kém vì phải đình chỉ thai nghén tiến triển thành phù thai, thai chết lưu hoặc bị đẻ non, phù hợp với kết luận của các tác giả khác [7] [8].

Các nguyên nhân dẫn đến phải đình chỉ thai nghén là: bất thường tim nặng 5/8 trường hợp (62,5%), do phù thai là 2/8 trường hợp (25%), một trường hợp hội chứng Dandy Walker (12,5 %).

5. KẾT LUẬN:

Tỷ lệ bất thường hình thái ở thai nhi có tăng KSSG ở quý đầu mà NST đồ bình thường là 23,1% trong đó có 29% số thai bất thường xuất hiện muộn chỉ được phát hiện qua siêu âm ở 3 tháng cuối. Tỷ lệ thai chết lưu, đẻ non và ngừng thai nghén là 10,6%. Tỷ lệ bất thường thai nhi tăng tỷ lệ thuận với KSSG.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Hải Nam (2011), "Tim hiệu mối liên quan giữa bất thường NST với tăng KSSG ở thai từ 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày". Luận văn thạc sỹ y học, trường Đại học y Hà Nội.
2. Fatima Aperecida Targino Saldanha (2009), "Increased fetal nuchal translucency thickness and normal karyotype: prenatal and postnatal follow-up". Rev Assoc Med Bras, (55(5)):p 575-80.
3. R. J. M. Snijders A. P. Souka, A. Novakov, W. Soares and K. H. Nicolaides (1998), "Defects and syndromes in chromosomally normal fetuses with increased nuchal translucency thickness at 10-14 weeks of gestation". Ultrasound Obstet Gynecol, 11:p 391-400.
4. Pandya PP Brady AF, Yuxsel B, Greenough A, Patton MA, Nicolaides KH. (1998), "Outcome of chromosomally normal livebirths with increased fetal nuchal translucency at 10-14 weeks' gestation". J Med Genet, (35):p 222-224.
5. Tuntas Dhanardhono (2012), "Incidence and outcome of prenatally diagnosed, chromosomally normal congenital heart defects in Singapore". Singapor Med, (53(10)):p 643.
6. Krampl E Souka A P, Bakalis S, Heath V, Nicolaides KH (2001), "Outcome of pregnancy in chromosomally normal fetuses with increased nuchal translucency in the first trimester". Ultrasound Obstet Gynecol, (18):p 9-17.
7. C. M. Bilardo, et al. (2007), "Increased nuchal translucency thickness and normal karyotype: time for parental reassurance". Ultrasound Obstet Gynecol, 30:p 11-18.
8. Kondylis A Pandya PP, Hilbert L, Snijders RJ, Nicolaides KH (1995), "Chromosomal defects and outcome in 1015 fetuses with increased nuchal translucency". Ultrasound Obstet Gynecol, (5):p 15-19.

NGHIÊN CỨU ĐỘ DÀI CỔ TỬ CUNG CỦA PHỤ NỮ MANG THAI DỌA ĐẸ NON TỪ 28-32 TUẦN BẰNG SIÊU ÂM QUA TẦNG SINH MÔN

Trần Danh Cường⁽¹⁾, Phan Thành Nam⁽²⁾, Nguyễn Thị Huế⁽²⁾, Phạm Thị Mai Anh⁽³⁾

(1) Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, (3) Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bước đầu nhận định và đánh giá kết quả đo độ dài cổ tử cung ở những thai phụ dọa đẻ non. **Đối tượng và phương pháp:** Phương pháp mô tả cắt ngang tiến cứu, mẫu không xác xuất bằng cách lấy tất cả những thai phụ có dấu hiệu dọa đẻ non trong thời gian nghiên cứu, tổng số có 150 thai phụ. Tiến hành đo chiều dài cổ tử cung bằng phương pháp siêu âm qua âm hộ sử dụng đầu dò siêu âm đường bụng 3,5 MHz. **Kết quả:** Tất cả các thai phụ đều chấp nhận thực hiện siêu âm qua âm hộ, 100% số trường hợp nhận rõ hình ảnh của cổ tử cung và đo được chiều dài của nó. Phương pháp này không can thiệp trực tiếp vào cổ tử cung tránh được tâm lý lo sợ khi thực hiện siêu âm qua âm đạo, chiều dài cổ tử cung trung bình 29,7mm, tỷ lệ đẻ trước 37 tuần cao hơn ở nhóm có chiều dài cổ tử cung dưới 30mm. **Kết luận:** Sử dụng phương pháp siêu âm qua âm hộ hoàn toàn có thể quan sát và đo độ dài của cổ tử cung để tiên đoán và điều trị dọa đẻ non thay thế cho phương pháp siêu âm qua âm đạo và qua đường bụng

Từ khóa: siêu âm đường âm đạo, siêu âm đường tầng sinh môn, chiều dài cổ tử cung, dọa đẻ non

ABSTRACT

Objective: initial assessment and evaluation of cervical length measured by perineal ultrasound in women with threatened preterm labor signs. **Materials and methods:** cross-sectional descriptive methods, probability sample taken all women with threatened preterm labor signs during the study period, a total of 150 pregnant women, measured the cervical length by ultrasound method vaginal ultrasound probe using transabdominal 3.5 MHz. **Results:** 100% of cases recognize and measure the length of the cervix easily, this method does not directly intervene in the cervix avoid psychological fear as measured by ultrasound cervical vaginal probe. Cervical length was 29.7 mm on average, the rate of delivery before 37 weeks was significantly higher when the cervix is less than 30mm. **Conclusion:** Using the method of perineal ultrasound can fully assess and measure the length of the cervix to predict preterm labor and treating threatened, it replaces Ultrasonic measurement methods vaginal and the abdomen

Keywords: perineal ultrasound, cervical length measurement, threatened preterm labor, ultrasound, vaginal ultrasound

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dọa đẻ non và đẻ non hiện vẫn là thách thức lớn của sản khoa hiện đại và là nguyên nhân chính của hơn 75 % tử vong sơ sinh không do bệnh tật. Theo ước tính của Tổ chức y tế thế giới, hàng năm có khoảng 130 triệu sơ sinh ra đời, 1/10 số đó là sơ sinh non tháng, 1/4 số này tử vong. Tỷ lệ đẻ non tại nước Pháp là 6,3% và tại Mỹ là 12,5 % [3],[10]. Theo thống kê của Việt Nam, năm 2002 có khoảng 180 nghìn sơ sinh non tháng trên tổng số gần 1,6 triệu sơ sinh chào đời [2]. 1/5 số sơ sinh non tháng này tử vong. Tỷ lệ tử vong của nhóm sơ sinh non tháng cao gấp 20 lần nhóm sơ sinh đủ tháng. Việc ứng dụng các phương pháp thăm dò tình trạng CTC, một trong những phương pháp

đó là đo độ dài CTC. Nó luôn là một triệu chứng thực thể quan trọng nhất, vừa có giá trị chẩn đoán, vừa có giá trị tiên lượng nguy cơ đẻ non. Cổ tử cung ngắn là một dấu hiệu gợi ý cho một đẻ non tiềm tàng. Các phương pháp siêu âm đo độ dài CTC thực hiện qua thành bụng, qua đường âm đạo đã được thực hiện từ khá lâu và rất có giá trị [1] [2] [5]. Gần đây, chúng tôi đã tiến hành đo độ dài CTC bằng phương pháp qua đường âm hộ cũng có thể quan sát được toàn bộ CTC với giá trị như các phương pháp khác.

Phương pháp siêu âm qua đường âm hộ đã được tiến hành tại nước ngoài nhưng chưa được áp dụng rộng rãi tại Việt Nam. Bên cạnh đó, chưa có nhiều công trình nghiên cứu ở Việt Nam đánh giá về giá trị

của phương pháp này. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu:

Bước đầu nhận định về kết quả đo độ dài cổ tử cung bằng siêu âm qua tầng sinh môn ở những thai phụ dọa đẻ non.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành tại Khoa Sản bệnh lý Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Tổng số 150 thai phụ được chẩn đoán là dọa đẻ non vào điều trị tại khoa Sản Bệnh lý Bệnh viện Phụ sản Trung Ương có tuổi thai 28 - 32 tuần.

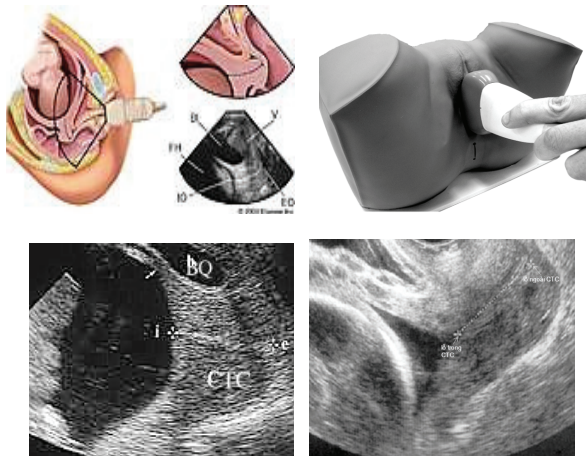
Một thai, từ 28 tuần đến 32 tuần, có triệu chứng của dọa đẻ non: đau bụng, ra máu, ra nhầy hồng âm đạo. Không lấy vào nghiên cứu những trường hợp đa thai, tuổi thai không phù hợp. mẹ có bệnh lý, có bất thường về thai hoặc phần phụ, bất thường về tử cung và cổ tử cung

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, áp dụng mẫu không xác suất, lấy tất cả bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

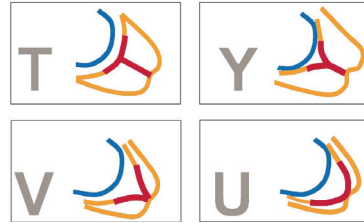
2.3. KỸ THUẬT TIẾN HÀNH

Thai phụ nằm ngửa, hai chân chống vuông góc với mặt bàn siêu âm. Bộc lộ vùng tầng sinh môn, sử dụng đầu dò siêu âm đường bụng 3,5 MHz, bôi gel vào đầu dò siêu âm, bọc lại bằng bao cao su, đặt đầu dò vào giữa hai môi bé, thai phụ không cần nhịn tiểu. Chiều dài cổ tử cung tính từ lỗ trong CTC đến lỗ ngoài cổ tử cung. [2] [4] [9]



Sơ đồ và hình ảnh siêu âm qua đường tầng sinh môn

Hình ảnh ống cổ tử cung hiện rõ trên hình ảnh siêu âm là một đường âm vang đậm đặc, nối từ lỗ trong đến lỗ ngoài cổ tử cung. Lỗ trong cổ tử cung: bình thường đóng, hoặc mở theo hình phễu một cách tự nhiên, hoặc dưới tác động của lực nén, theo hình chữ Y, chữ U hoặc chữ V.



Sơ đồ hình ảnh lỗ trong cổ tử cung

Các số liệu sau khi thu thập sẽ được xử lý trên phần mềm SPSS 16.0. Các phép tính thống kê Y học thông thường

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi là 150 thai phụ,

3.1. ĐẶC ĐIỂM ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tuổi thai phụ trong nhóm nghiên cứu

Tuổi	N	%
≤ 19 tuổi	7	4.7
20 - 24 tuổi	42	28.0
25 - 29 tuổi	57	38.0
30 - 34 tuổi	32	21.3
≥ 35 tuổi	12	8.0
Tổng	150	100.0

Nhận xét: Tuổi thai phụ không có gì đặc trưng

3.2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG CỦA DỌA ĐẸ NON

Bảng 3.2. Phân bố triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	N	Tỷ lệ %
Đau bụng	78	52.0
Ra máu hoặc ra nhầy hồng ÂĐ	58	35.3
Đau bụng và ra máu ÂĐ	19	12.7
Tổng	150	100.0

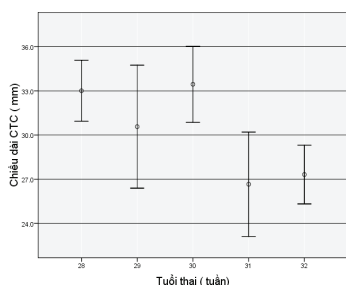
Nhận xét: Triệu chứng đau bụng chiếm phần lớn

Bảng 3.3. Phân bố triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	Cơ co tử cung		Biến đổi cổ tử cung	
	Có	Không có	Không có	Có
N	60	90	80	70
Tỷ lệ %	40	60	53.33	47.67

Nhận xét: 40 % thai phụ có cơn co tử cung, 47,67% có thay đổi ở cổ tử cung

3.3. KẾT QUẢ SIÊU ÂM ĐO ĐỘ DÀI CỔ TỬ CUNG



Biểu đồ 3.1: Mối liên quan giữa độ dài CTC và tuổi thai

Nhận xét: Độ dài CTC trung bình là $29,7 \pm 7,6$ mm, CTC ngắn nhất: 26,7 mm, CTC dài nhất 33,4 mm,

3.4. ĐỘ DÀI CỔ TỬ CUNG VÀ KHẢ NĂNG TIỀN LƯỢNG DẠ ĐỂ NON

Tuổi thai trung bình khi đẻ của nhóm nghiên cứu là 36,8 tuần.

Bảng 3.4. Sự phân bố độ dài CTC

	≤ 30 mm	> 30 mm	Tổng
Sinh < 37 tuần	46	10	56
Sinh ≥ 37 tuần	27	67	94
Tổng	73	77	150

Nhận xét: số thai phụ đẻ khi tuổi thai < 37 tuần là 82,1%.

3.5. TỶ LỆ ĐỂ NON THEO THỜI GIAN ĐỘ DÀI CTC ≤ 30 MM

Bảng 3.5. Tỷ lệ đẻ non theo thời gian

Thời gian chuyển dạ (tuần)	N	%
≤ 1	14	19%
≤ 2	27	37%
≤ 4	38	53%

Nhận xét: Tỷ lệ trong vòng 01 tuần là 19%. 02 tuần là 37%, 04 tuần 53%.

4. BÀN LUẬN

ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $27,03 \pm 4,98$ tuổi, tuổi thấp nhất là 17 tuổi và tuổi cao nhất là 40 tuổi. Theo nghiên cứu của Nguyễn Công Định, độ tuổi trung bình của thai phụ là $29,5 \pm 6,86$ tuổi [4], nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phương là $27,55 \pm 5,58$ tuổi [8], của Nguyễn Mạnh Trí là $27,6 \pm 4,8$ tuổi [10]. Trong nghiên cứu của Hồ Thị Hà, độ tuổi trung bình là $28,7 \pm 5,0$ tuổi. Độ tuổi không có ý nghĩa đối với dọa đẻ non

CÁC TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Mỗi thai phụ có thể có một hoặc có tất cả các triệu chứng cơ năng, lý do thai phụ vào viện vì dọa đẻ non

nhieu nhất là đau bụng, chiếm tỷ lệ 52%, ra máu âm đạo là 35,3%, có cả hai triệu chứng là 12,7%. Theo tác giả Hồ Thị Hà thì triệu chứng đau bụng cũng là hay gặp nhất với tỷ lệ 44,3%. Nghiên cứu của Mai Trọng Dũng cho thấy tỷ lệ thai phụ đau bụng là 69,6% [4], trong khi nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phương có tỷ lệ thai phụ đau bụng vào viện là 87,5% [8]. Thăm khám lâm sàng một cách cẩn thận, tỉ mỉ, kết hợp với hỏi bệnh có thể chẩn đoán chính xác đến 71% các trường hợp dọa đẻ non. nghiên cứu này có 40% thai phụ có cơn co tử cung và có 47,67% thai phụ là có biến đổi về CTC. Kết quả này không giống với nghiên cứu của một số tác giả trước đây như của Hồ Thị Hà là 51,1% trường hợp có cơn co TC và 29,5% trường hợp có biến đổi về CTC, của Bùi Quang Thạch là 51,7% và 35,1%.

NGHIÊN CỨU VỀ ĐỘ DÀI CTC QUA SIÊU ÂM ĐƯỜNG TSM

Khả năng quan sát được cổ tử cung qua siêu âm đường TSM

Qua tiến hành đo độ dài CTC ở 150 thai phụ dọa đẻ non tại khoa Sản bệnh lý, cho thấy tất cả các trường hợp đều nhận diện được hình ảnh CTC, thấy rõ lỗ trong, lỗ ngoài và ống CTC. Tất cả đều tiến hành đo một lần duy nhất. Trong quá trình nghiên cứu này, không có trường hợp nào thai phụ không đồng ý. Đây là một phương pháp siêu âm không xâm lấn, không gây hại cho thai phụ. Các nghiên cứu nước ngoài cho thấy: "Phương pháp siêu âm đo độ dài CTC đã cung cấp một phương pháp khách quan và không xâm lấn về CTC. Phương pháp này có giá trị dự đoán dương tính cao hơn nhiều so với dự đoán do thăm khám âm đạo bằng tay, cho phép xác định tốt hơn những bệnh nhân có nguy cơ" [9]. Nguyễn Công Định tiến hành đo độ dài CTC qua TSM cũng cho thấy khả năng nhận diện được 100% hình ảnh CTC, chỉ có 2 trường hợp thai phụ không đồng ý làm siêu âm. Siêu âm qua đường TSM có ưu điểm hơn so với siêu âm qua đường thành bụng vì thai phụ không cần nhịn tiểu cho nên độ dài cổ tử cung là độ dài thật, không bị ảnh hưởng bởi bàng quang. Siêu âm qua đường TSM cũng có ưu điểm hơn so với siêu âm qua đường âm đạo đó là đầu dò siêu âm không trực tiếp đụng chạm vào cổ tử cung nên không ảnh hưởng đến tâm lý của thai phụ là sợ gây sảy thai đẻ non hay vỡ ối do thao tác siêu âm, nhất là những thai phụ có tiền sử sản khoa phức tạp, hoặc có các dấu hiệu của dọa đẻ non [1] [2] [5] [7]

Nghiên cứu của Ciero và của một số tác giả nước ngoài tiến hành so sánh giữa siêu âm đường âm đạo và siêu âm qua TSM cho thấy khoảng 80% trường hợp có thể nhận diện rõ hình ảnh CTC khi tiến hành siêu âm qua TSM so với 100% khi siêu âm đầu dò âm đạo [2]. Nguyên nhân của sự khác biệt này có lẽ do đối tượng nghiên cứu có đặc điểm giải phẫu khác hơn người Việt Nam, âm đạo

rộng hơn nên có thể có không khí trong âm đạo ảnh hưởng đến quá trình lan truyền của siêu âm cho nên không nhận ra hình ảnh của cổ tử cung vì siêu âm không lan truyền được trong không khí.

ĐỘ DÀI CTC

Các nghiên cứu trong nước cũng như ngoài nước về đo độ dài CTC ở những thai phụ thai nghén bình thường và những thai phụ có dọa đẻ non đều đưa ra kết luận rằng: CTC càng ngắn thì nguy cơ đẻ non càng cao. Độ dài CTC và nguy cơ đẻ non có mối liên quan chặt chẽ với nhau. Độ dài CTC là một triệu chứng thực thể, khách quan để đánh giá nguy cơ chuyển dạ đẻ

Nghiên cứu này cho thấy CTC ngắn nhất là ở tuổi thai 31 tuần là 26,6 mm, dài nhất ở tuổi thai 30 tuần là 33,4 mm, và độ dài CTC trung bình là $29,7 \pm 7,6$ mm. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về độ dài CTC ở những thai phụ có triệu chứng dọa đẻ non. Một số nghiên cứu khác như Nguyễn Mạnh Trí hay Nguyễn Công Định đều được tiến hành đo độ dài CTC trên những thai phụ thai nghén bình thường [2] [6].

Sơ sán kết quả nghiên cứu này với một số tác giả nước ngoài cho thấy. M. Palacio và cs (2007) nghiên cứu trên 333 thai phụ vào viện vì ĐĐN: chiều dài trung bình CTC là $30,4 \pm 8,9$ mm [7]. Fisher và cs (2008) nghiên cứu trên 54 thai phụ dọa đẻ non từ 24 - 34 tuần, chiều dài CTC trung bình là $2,8 \pm 1,1$ cm. Murakawa và cs nghiên cứu độ dài CTC ở 32 thai phụ dọa đẻ non cho thấy, độ dài CTC ở thai phụ sinh đủ tháng là 31,7 mm [6]. Kết quả nghiên cứu này không có sự khác biệt. Ngoài ra, một yếu tố khác có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu là đường siêu âm. Các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài hầu hết đều tiến hành bằng siêu âm qua đường âm đạo. Theo Cicero, độ dài CTC giữa siêu âm đường TSM và đường âm đạo là không khác nhau, độ chênh lệch khoảng 1mm giữa hai cách đo [7].

ĐÁNH GIÁ GIÁ TRỊ CỦA ĐO ĐỘ DÀI CTC QUA TSM TRONG TIỀN LƯỢNG DỌA ĐẸ NON

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đẻ non trong nghiên cứu của chúng tôi là 37,3%, tỷ lệ cao này là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chỉ gồm những thai phụ dọa đẻ non.

SƠ SÁN ĐỘ DÀI CTC Ở NHÓM THAI PHỤ ĐẸ NON VÀ NHÓM THAI PHỤ ĐẸ ĐỦ THÁNG

Trong tổng số 56 thai phụ đẻ non thì độ dài CTC trung bình là $23,8 \pm 7,02$ mm 94 thai phụ đẻ đủ tháng thì có độ dài CTC là $32,7 \pm 5,59$ mm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $\alpha = 0,01$. Murakawa và cs đã đo độ dài CTC ở 32 thai phụ dọa đẻ non. Kết quả độ dài CTC ở nhóm đẻ non (11 thai

phụ) là 23,2 mm, trong khi độ dài CTC ở nhóm đẻ đủ tháng là 31,7 mm (20 thai phụ) [50]. Nghiên cứu của Liabsuetrakul và cs thực hiện trên 144 thai phụ bằng siêu âm qua TSM cũng cho thấy rằng những thai phụ đẻ non có độ dài CTC ngắn hơn một cách có ý nghĩa so với nhóm thai phụ đẻ đủ tháng [5]. Nghiên cứu của Hebbar và cs thực hiện trên 50 thai phụ khỏe mạnh để tiên lượng đẻ non (trước 37 tuần) cho thấy những thai phụ đẻ non có độ dài CTC ngắn hơn so với thai phụ đẻ đủ tháng. Sự khác biệt này trong nghiên cứu của Hebbar là có ý nghĩa thống kê với $\alpha < 0,0001$. Như vậy, các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài đều có kết luận chung là những thai phụ đẻ non có độ dài CTC ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với thai phụ đẻ đủ tháng.

4. KẾT LUẬN

Độ dài CTC trung bình ở nhóm nghiên cứu là $29,7 \pm 7,6$ mm. Khả năng quan sát được CTC ở 100% số trường hợp một cách dễ dàng. Tỷ lệ đẻ non của những thai phụ có độ dài CTC ≤ 30 mm cao hơn ở nhóm thai phụ có độ dài CTC > 30 mm. Đây là một phương pháp siêu âm hoàn toàn có thể được áp dụng để thay thế phương pháp đo và đánh giá cổ tử cung qua $\odot m^{\circ}$ nhất là trong những trường hợp có dấu hiệu dọa đẻ non

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, Bréart G (2006), "Trends in perinatal health in metropolitan France between 1995 and 2003: result from the Nationale Perinatal Surveys", J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2006; 35: 373 - 387.
2. Cicero S, Skentou C, Souka A, To MS, Nicolaides KH (2001), "Cervical length at 22-24 weeks of gestation: comparison of transvaginal and transperineal-translabial ultrasonography", Ultrasound Obstet Gynecol, vol 17, pp. 335 - 340.
3. Mai Trọng Dũng (2004), "Nghiên cứu tình hình đẻ non tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 1 năm 2003 đến tháng 8 năm 2004", Luận văn Bác sỹ nội trú.
4. Nguyễn Công Định (2009), "Nghiên cứu đo độ dài cổ tử cung ở phụ nữ có thai 20 - 24 tuần bằng phương pháp siêu âm qua tầng sinh môn", Luận văn thạc sỹ y học.
5. Liabsuetrakul T., Suntharasaj T., Suwanrath C. et al (2002), "Serial translabial sonographic measurement of cervical dimensions between 24 and 34 weeks' gestation in pregnant Thai women", Ultrasound Obstet Gynecol, vol 20, pp. 168-173.
6. Murakawa H, Utumi T, Hasegawa I, Tanaka K, Fuzimori R (1993), "Evaluation of threatened preterm delivery by transvaginal ultrasonographic measurement of cervical length", Obstetrics & Gynecology, November 1993, Vol. 82, No. 5, pp. 829-832
7. Palacio M. et al (2007), "The use of a variable cut-off value of cervical length in women admitted for preterm labor before and after 32 weeks", Ultrasound Obstet Gynecol, vol 29, pp. 421 - 426.
8. Nguyễn Thị Thu Phương (2004), "Bước đầu nghiên cứu tác dụng giảm co tử cung của Nifedipin trong điều trị dọa đẻ non", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú.
9. Rozenberg P (2008), "Échographie endovaginale du col utérin et évaluation du risque d'accouchement prématuré", Pratique de l'échographie obstétricale au deuxième trimestre, pp. 131 - 158.
10. Nguyễn Mạnh Trí (2004), "Nghiên cứu về độ dài cổ tử cung trong thời kỳ thai nghén và ý nghĩa tiên lượng dọa đẻ non", Luận án tiến sỹ y học.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA SONG THAI MỘT BÁNH RAU HAI BUỒNG ỒI

Lê Hoài Chương, Nguyễn Thị Thùy Dương, Nguyễn Thị Ninh
Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các thai phụ được chẩn đoán song thai một bánh rau hai buồng ối tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ 2006 – 2011. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 286 hồ sơ bệnh án của các sản phụ được chẩn đoán song thai một bánh rau, hai buồng ối tuổi thai từ 12 tuần trở lên tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 1/1/2006 đến 31/12/2011. **Kết quả:** Tỷ lệ các nhóm bệnh của sản phụ là thiếu máu là 29,4%, tiền sản giật (TSG) 11,9%, đái tháo đường (ĐTĐ) thai nghén 6,6%. Tỷ lệ đẻ non của song thai một bánh rau, hai buồng ối là 68,2%, đẻ non dưới 34 tuần là 39,2%. Trên siêu âm, tỷ lệ có phù thai là 10,5%, một trong hai thai chết lưu là 22,4%, theo dõi hội chứng truyền máu (HCTM) là 31,5%. Nhóm chênh lệch cân nặng trên 20% chiếm 47,9%. Tỷ lệ thai chậm phát triển trong tử cung (CPTTTC) là 77,3%, một thai CPTTTC là 43,7%, cả hai thai CPTTTC là 33,6%. **Kết luận:** Song thai một bánh rau, hai buồng ối là thai nghén nguy cơ cao, gây ra nhiều hậu quả không tốt đến mẹ và thai trong quá trình thai nghén.

Từ khóa: Song thai hội chứng truyền máu

ABSTRACT

Objectives: to describe the clinical, laboratory characteristics of pregnant women are diagnosed diamniotic monochorionic twins at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 2006 to 2011. **Materials and methods:** Using the retrospective study on 286 medical records of pregnant women are diagnosed diamniotic monochorionic twins, gestational age of 12 weeks or more, at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 01/01/2006 to 31/12/2011. **Results:** The rate of diseases in pregnant women: anemia 29.4%, preeclampsia 11.9%, gestational diabetes 6.6%. Preterm birth rate of diamniotic monochorionic twins was 68.2%, preterm birth less than 34 weeks was 39.2%. On ultrasound, the rate of hydrops was 10.5%, intrauterine death of one or both fetuses was 22.4%, twin to twin transfusion syndrome was 31.5%. Growth discordance over 20% was accounted for 47.9%. The rate of intrauterine growth restriction (IUGR) was 77.3%, IUGR of only one fetus was 43.7%, IUGR of both fetuses was 33.6%. **Conclusion:** Diamniotic monochorionic twins is high-risk pregnancy, causes bad consequences to both mother and the fetus during pregnancy.

Keywords: twins, transfusion syndrome

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Song thai là thai nghén có nguy cơ cao, chiếm 1 – 2% tổng số ca đẻ tại Việt Nam [1]. Song thai gồm song thai một noãn và song thai hai noãn trong đó song thai một noãn, một bánh rau, hai buồng ối chiếm tỷ lệ khoảng 70% của song thai một noãn [2]. Sự phát triển của hai thai trong song thai một bánh rau, hai buồng ối có nhiều đặc điểm riêng cũng như có nhiều biến chứng hơn so với song thai hai bánh rau, hai buồng ối. Hội chứng truyền máu trong loại song thai này là biến chứng nguy hiểm nhất, có tiên lượng rất xấu đặc biệt khi chẩn đoán trước 24 tuần [2]. Việc chẩn đoán, theo dõi sự phát triển của song thai cũng như phát hiện sớm các dấu hiệu của hội chứng truyền máu có vai trò đặc biệt quan trọng trong quyết định thái độ xử trí đối với song thai một bánh rau, hai buồng ối nhất là trong những trường hợp có biến

chứng. Hiện nay tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương vẫn chưa có nghiên cứu về vấn đề này. Chính vì vậy, chúng tôi đã tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

Nhận xét về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các thai phụ được chẩn đoán song thai một bánh rau hai buồng ối tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

286 hồ sơ bệnh án của các sản phụ được chẩn đoán song thai một bánh rau, hai buồng ối tuổi thai từ 12 tuần trở lên tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 1/1/2006 đến 31/12/2011. Loại ra khỏi nghiên cứu những bệnh án không có đầy đủ những thông tin cần thiết.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu. Mẫu nghiên cứu không xác suất: lấy toàn bộ hồ sơ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ 1/1/2006 đến 31/12/2011.

2.3. CÁC BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU

Một số bệnh lý người mẹ liên quan tới song thai: TSG, ĐTĐ thai nghén, thiếu máu, một số bệnh khác.

Đặc điểm của song thai một bánh rau hai buồng ối.

Song thai một bánh rau hai buồng ối: dựa vào kết quả siêu âm và phần mô tả đặc điểm bánh rau, buồng ối trong phần tổng kết sau đẻ hoặc cách thức phẫu thuật. Cùng giới tính

Đa ối khi đo bề nước ối lớn nhất trên 80 mm khi tuổi thai dưới 20 tuần, trên 100mm khi tuổi thai từ 20 đến 22 tuần, trên 120 mm ở tuổi thai sau 22 tuần. Thiếu ối khi đo bề nước ối lớn nhất nhỏ hơn 20 mm ở bất kỳ tuổi thai nào.

Cân nặng sơ sinh: Thai chậm phát triển trong tử cung khi trọng lượng trẻ sơ sinh khi sinh ít hơn đường bách phân vị thứ 10.

Một số biến chứng của song thai một bánh rau, hai buồng ối: Bất thường Doppler ĐM rốn thai cho máu và thai nhận máu, phù thai, một hoặc hai thai chết lưu.

Thời điểm đình chỉ thai nghén: 2 mốc 38 tuần và 34 tuần.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ MẸ

Tổng số đối tượng nghiên cứu 286. Thiếu máu là bệnh lý thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ 29,4%, sau đó là TSG với tỷ lệ 11,9%, ĐTĐ thai nghén 6,6%. Các bệnh khác chiếm tỷ lệ 2,4%.

3.2. TỶ LỆ ĐÈ NON TRONG SONG THAI MỘT BÁNH RAU HAI BUỒNG ỎI

Bảng 3.1. Tỷ lệ đẻ non trong song thai một bánh rau hai buồng ối

Tuổi thai	Số sản phụ (n)	%
≤ 37	195	68,2
>37	91	31,8
≤ 34	112	39,2
>34	174	60,8
Tổng	286	100

3.3. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM CỦA SONG THAI MỘT BÁNH RAU, HAI BUỒNG ỎI.

Bảng 3.2. Đặc điểm siêu âm của song thai một bánh rau hai buồng ối

Đặc điểm siêu âm	Có		Không	
	N	%	N	%
Chênh lệch hai buồng ối	127	44,4	159	55,6
Bất thường Doppler ĐM rốn	19	6,6	267	93,4
Phù thai	30	10,5	256	89,5
Thai chết lưu	64	22,4	222	77,6

3.4. CHÊNH LỆCH TRỌNG LƯỢNG HAI THAI VÀ TỶ LỆ ĐÈ NON.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa chênh lệch cân nặng hai thai và tỷ lệ đẻ non

Mức chênh lệch	>20%		≤ 20%		p<0,01
	N	%	N	%	
Tuổi thai					
Đẻ non	106	77,4	89	59,7	
Đẻ đủ tháng	31	22,6	60	40,3	

Tỷ lệ song thai một bánh rau, hai buồng ối có chênh lệch trọng lượng hai thai trên 20% (47,9%) không có sự khác biệt so với tỷ lệ song thai có chênh lệch trọng lượng thai dưới 20% (52,1%), $p > 0,05$.

3.5. TỶ LỆ SONG THAI MỘT BÁNH RAU, HAI BUỒNG ỎI ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN THEO DÕI HỘI CHỨNG TRUYỀN MÁU VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI TỶ LỆ ĐÈ NON

Số song thai được chẩn đoán theo dõi hội chứng truyền máu có 90 trường hợp, chiếm tỷ lệ 31,5% tức là khoảng 1/3 số song thai một bánh rau, hai buồng ối.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa biến chứng hội chứng truyền máu và tỷ lệ đẻ non

HCTM	Theo dõi HCTM		Không có HCTM		p<0,01
	N	%	N	%	
Tuổi thai					
≤ 34	48	53,3	64	32,7	
>34	42	46,7	132	67,3	

3.6. TỶ LỆ THAI CHẬM PHÁT TRIỂN TRONG TỬ CUNG VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI HỘI CHỨNG TRUYỀN MÁU TRONG SONG THAI

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa biến chứng hội chứng truyền máu và tỷ lệ số trường hợp chỉ có một thai chậm phát triển trong tử cung

HCTM	Theo dõi HCTM		Không có HCTM		OR	95%CI
	N	%	N	%		
CPITTC						
Chỉ có một thai CPITTC	Có	58	64,4	67	34,2	3,5 2,1<OR<5,9 (p < 0.01)
	Không	32	35,6	129	65,8	
Cả hai thai CPITTC	Có	23	25,6	73	37,2	p > 0,05
	Không	67	74,4	123	62,8	

Tỷ lệ song thai một bánh rau, hai buồng ối có thai chậm phát triển trong tử cung là 77,3%, trong đó tỷ

lệ một thai chậm phát triển là 43,7%, tỷ lệ cả hai thai chậm phát triển là 33,6%, sự khác nhau này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, thiếu máu là một bệnh lý phổ biến nhất (29,4%), cao hơn tỷ lệ thiếu máu trong thai kỳ bình thường theo nghiên cứu của Karaoglu L, Pehlivan E, Egri M, Deprem C, Gunes G, Genc MF, Temel I (27,1%) [3]. Tỷ lệ tiền sản giật là 11,9% tổng số đẻ song thai thấp hơn so với nghiên cứu Trần Thị Phúc năm 1978 – 1979, tỷ lệ TSG trong tổng số đẻ song thai là 24,3% [4]. Tỷ lệ sản phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai nghén là 6,6% phù hợp với nghiên cứu của Hirst JE, Tran TS, Do MA, Morris JM, Jeffery HE tại thành phố Hồ Chí Minh (6,1%) [5].

Kết quả nghiên cứu này cho thấy song thai một bánh rau, hai buồng ối làm tăng nguy cơ đẻ non trong song thai, đặc biệt là đẻ non trước 34 tuần. Tỷ lệ đẻ non trong song thai một bánh rau, hai buồng ối là 68,2% cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tuấn năm 2001 – 2002 là 50,9% [6]. Tỷ lệ đẻ non dưới 34 tuần là 39,2% cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tuấn là 25,7% [6].

Tỷ lệ song thai một bánh rau, hai buồng ối có chênh lệch lượng nước ối giữa hai buồng ối là 44,4%, tỷ lệ có bất thường kết quả Doppler động mạch rốn là 6,6%, tỷ lệ có phù thai là 10,5%, tỷ lệ có một trong hai thai chết lưu là 22,4%. Số liệu này cho thấy các biến chứng của song thai một bánh rau, hai buồng ối thường được chẩn đoán muộn.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy 47,9% số trường hợp song thai một bánh rau, hai buồng ối có cân nặng hai thai chênh lệch trên 20% cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạnh năm 2003 – 2004 là 16% [7]. Kết quả này thể hiện rõ đặc điểm phát triển bất cân xứng giữa hai thai trong song thai một bánh rau, hai buồng ối. Nhóm song thai một bánh rau, hai buồng ối có chênh lệch trọng lượng hai thai trên 20% có tỷ lệ đẻ non (77,4%) cao hơn so với nhóm có chênh lệch trọng lượng hai thai dưới 20% (59,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Trong số 286 trường hợp nghiên cứu có 90 trường hợp, chiếm tỷ lệ 31,5%, được chẩn đoán theo dõi hội chứng truyền máu cao hơn một số nghiên cứu trên thế giới (1:40 đến 1:60 song thai và 5 – 24% song thai một bánh rau hai buồng ối [8]). Nhóm này có tỷ lệ đẻ non dưới 34 tuần là 53,3% cao hơn so với nhóm bình thường là 32,7%, $p < 0,01$.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ số trường hợp song thai một bánh rau, hai buồng ối có thai chậm phát triển trong tử cung là 77,3% cao hơn nghiên cứu của các tác giả Secher NJ, Kaern J, Hansen PK là 15 – 25% [9]. Tỷ lệ số trường hợp chỉ có một thai chậm phát triển trong tử cung là 43,7%

cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ cả hai thai chậm phát triển trong tử cung là 33,6% ($p < 0,05$). Song thai một bánh rau, hai buồng ối theo dõi hội chứng truyền máu có nguy cơ chậm phát triển có chọn lọc với một thai cao hơn những trường hợp không có biến chứng gấp với OR = 3,5; 95% CI (2,1 – 5,9), $p < 0,01$.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sản phụ chẩn đoán song thai một bánh rau, hai buồng ối có thiếu máu là 29,4%, TSG 11,9%, ĐTD thai nghén 6,6%. Tỷ lệ đẻ non là 68,2%. Tỷ lệ phù thai là 10,5%, một thai chết lưu là 22,4%, theo dõi HCTM là 31,5%. Nhóm theo dõi HCTM có tỷ lệ đẻ non cao hơn so với nhóm bình thường, chênh lệch cân nặng trên 20% chiếm 47,9% và có tỷ lệ đẻ non cao hơn. Tỷ lệ thai CPTTTC là 77,3%. Theo dõi HCTM có nguy cơ CPTTTC chọn lọc với một thai cao hơn bình thường OR = 3,5; 95% CI (2,1 – 5,9), $p < 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ sản – Trường Đại học Y Hà Nội, Sinh đôi, Bài giảng Sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1992. 99 – 150.
2. Trevett T, Johnson A. Monochorionic twin pregnancies. Clin Perinatol 2005; 32:475.
3. Karaoglu L, Pehlivan E, Egri M, Deprem C, Gunes G, Genc MF, Temel I. The prevalence of nutritional anemia in pregnancy in an east Anatolian province, Turkey. BMC Public Health. 2010 Jun 10;10:329.
4. Trần Thị Phúc, Tổng kết 144 trường hợp đẻ song thai tại Viện BVBMSTSS trong hai năm 1978 – 1979, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, 1979. Tr.3 – 30.
5. Hirst JE, Tran TS, Do MA, Morris JM, Jeffery HE. Consequences of gestational diabetes in an urban hospital in viet nam: a prospective cohort study. PLoS Med. 2012 Jul;9(7):e1001272.
6. Nguyễn Quốc Tuấn. Nhận xét về thái độ xử trí đối với các trường hợp đẻ đa thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong hai năm 2001 – 2002, Nội san sản phụ khoa, Hội nghị đại biểu hội phụ sản Việt Nam khóa XV kỳ họp thứ hai, 2004. Tr.40 – 46.
7. Nguyễn Thị Hạnh. Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ của đẻ non trong song thai và cách xử trí song thai khi chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 1/2003 đến tháng 6/2004, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Hà Nội. 2004. Tr.3 – 49.
8. Sebire NJ, Snijders RJ, Hughes K, et al. The hidden mortality of monochorionic twin pregnancies. Br J Obstet Gynaecol. 1997; 104:1203.
9. Secher NJ, Kaern J, Hansen PK. Intrauterine growth in twin pregnancies: Prediction of fetal growth retardation. Obstet Gynecol. 1985; 66:63.

NGHIÊN CỨU THÁI ĐỘ XỬ TRÍ ĐỐI VỚI SONG THAI MỘT BÁNH RAU HAI BUỒNG ỒI

Lê Hoài Chương, Nguyễn Thị Thùy Dương, Lê Thị Thanh Nga
Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

TÓM TẮT

Song thai một bánh rau hai buồng ối là thai nghén nguy cơ cao bởi chúng có nhiều biến chứng cho mẹ và cho thai. **Mục tiêu:** Nhận xét về thái độ xử trí đối với các thai phụ được chẩn đoán song thai một bánh rau hai buồng ối tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2006 – 2011. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 286 hồ sơ bệnh án của các sản phụ được chẩn đoán song thai một bánh rau, hai buồng ối tuổi thai từ 12 tuần trở lên tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 1/1/2006 đến 31/12/2011. **Kết quả:** Tỷ lệ mổ lấy thai là 56,3%, đẻ thường 41,2%, đẻ thủ thuật chiếm 2,4%. Mổ lấy thai vì HCTM chiếm 29,4%, mổ lấy thai vì bệnh lý mẹ 17,4%. TSG làm tăng nguy cơ mổ lấy thai với OR = 6,9; 95% CI (2,4 – 20,2) $p < 0,01$. Những trường hợp có biến chứng như phù thai, thai chết lưu, phương pháp đình chỉ thai nghén được lựa chọn phổ biến là đẻ đường âm đạo.

Từ khóa: song thai, hội chứng truyền máu.

ABSTRACT

ATTITUDE MANAGEMENT STUDY FOR MONOCHORIONIC TWO AMNIOTIC TWINS

Objectives: Review of management attitudes to pregnant women diagnosed diamniotic monochorionic twins at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 2006 to 2011. **Materials and methods:** Using the retrospective study on 286 medical records of pregnant women are diagnosed diamniotic monochorionic twins, gestational age of 12 weeks or more, at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 01/01/2006 to 31/12/2011. **Results:** The rate of cesarean section was 56.3%, normal vaginal delivery was 41.2%, assisted vaginal delivery was 2.4%. Cesarean section caused by twin to twin transfusion syndrome was 29.4%, by maternal morbidity was 17.4%. Preeclampsia increased the risk of cesarean delivery with OR = 6.9; 95% CI (2.4 - 20.2) ($p < 0.01$). The cases with complications such as hydrops, stillbirth, vaginal delivery was a popular method to finish pregnancy.

Keywords: twins, transfusion syndrome.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Song thai là thai nghén có nguy cơ cao, chiếm 1 – 2% tổng số ca đẻ tại Việt Nam (1). Song thai gồm song thai một noãn và song thai hai noãn trong đó song thai một noãn, một bánh rau, hai buồng ối chiếm tỷ lệ khoảng 70% của song thai một noãn (2). Loại song thai này có nhiều biến chứng hơn so với song thai hai bánh rau, hai buồng ối. Hội chứng truyền máu trong loại song thai này là biến chứng nguy hiểm nhất, có tiên lượng rất xấu đặc biệt khi chẩn đoán trước 24 tuần (3). Tỷ lệ tử vong sơ sinh thường rất cao do những biến chứng của HCTM gây ra vì vậy thái độ xử trí đối với song thai một bánh rau, hai buồng ối đặc biệt trong những trường hợp có hội chứng truyền máu đang là vấn đề nhận được nhiều sự quan tâm. Hiện nay tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương vẫn chưa có nghiên cứu về vấn đề này. Chính vì vậy, chúng tôi đã tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

Nhận xét về thái độ xử trí đối với các thai phụ được chẩn đoán song thai một bánh rau hai buồng ối tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

286 hồ sơ bệnh án của các sản phụ được chẩn đoán song thai một bánh rau, hai buồng ối tuổi thai từ 12 tuần trở lên tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 1/1/2006 đến 31/12/2011. Loại ra khỏi nghiên cứu những bệnh án không có đầy đủ những thông tin cần thiết.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu. Mẫu nghiên cứu không xác suất: lấy toàn bộ hồ sơ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ 1/1/2006 đến 31/12/2011.

2.3. CÁC BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU

Phương pháp đình chỉ thai nghén: đẻ thường, mổ lấy thai, đẻ thủ thuật.

Các bệnh lý của mẹ: TSG, thiếu máu, ĐTĐ thai nghén.

Một số biến chứng của song thai một bánh rau, hai buồng ối: bất thường Doppler ĐM rốn, phù thai, thai chết lưu.

Các chỉ định mổ lấy thai: Bệnh lý mẹ, sẹo mổ cũ thân tử cung, khung chậu hẹp, ngôi bất thường, thai to, thai suy, theo dõi hội chứng truyền máu, nguyên nhân phát sinh trong chuyển dạ, phần phụ thai, nguyên nhân xã hội: điều trị vô sinh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẤM DỨT THAI KỲ

Bảng 3.1. Phương pháp chấm dứt thai kỳ

Phương pháp chấm dứt thai kỳ	Số sản phụ (n)	Tỷ lệ (%)
Đẻ thường	118	41,2
Mổ lấy thai	161	56,3
Đẻ thủ thuật	7	2,5
Tổng	286	100

3.2. CÁC CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI

Bảng 3.2. Các chỉ định mổ lấy thai và tuổi thai

Chỉ định mổ lấy thai	n	Tổng số mổ lấy thai	%
Bệnh lý mẹ	28	161	17,4
Sẹo mổ cũ	11	161	6,8
Khung chậu hẹp	1	161	0,6
Ngôi bất thường	24	161	14,9
Thai to	12	161	7,5
Thai suy	12	161	7,5
Theo dõi HCTM	47	161	29,2
Nguyên nhân xuất hiện trong chuyển dạ	18	161	11,2
Phần phụ thai	6	161	3,7
Nguyên nhân xã hội	2	161	1,2

3.3. CÁC BỆNH LÝ CỦA MẸ VÀ PHƯƠNG PHÁP CHẤM DỨT THAI KỲ

Bảng 3.3. Các bệnh lý của mẹ và phương pháp chấm dứt thai kỳ

Bệnh	Cách đẻ	Có bệnh		Không bệnh		OR	95% CI
		N	%	n	%		
TSG	Đẻ đường âm đạo	4	11,8	121	48	6,9	2,4<OR<20,2 (p < 0,01)
	Mổ lấy thai	30	88,2	131	52		
ĐTĐTN	Đẻ đường âm đạo	10	52,6	115	43,1		p > 0,05
	Mổ lấy thai	9	47,4	152	56,9		
Thiếu máu	Đẻ đường âm đạo	33	39,3	92	45,5		p > 0,05
	Mổ lấy thai	51	60,7	110	54,5		

3.4. PHƯƠNG PHÁP CHẤM DỨT THAI KỲ TRONG NHỮNG TRƯỜNG HỢP SONG THAI MỘT BÁNH RAU, HAI BUỒNG ỐI CÓ BIẾN CHỨNG

Bảng 3.4. Phương pháp chấm dứt thai kỳ trong các trường hợp song thai một bánh rau, hai buồng ối có biến chứng

Biến chứng	Cách đẻ	Có		Không		p
		n	%	N	%	
Bất thường Doppler ĐM rốn	Đẻ đường âm đạo	10	52,6	115	43,1	p > 0,05
	Mổ lấy thai	9	47,4	152	56,9	
Phù thai	Đẻ đường âm đạo	28	93,3	97	37,9	p < 0,01
	Mổ lấy thai	2	6,7	159	62,1	
Thai chết lưu	Đẻ đường âm đạo	43	67,2	82	36,9	p < 0,01
	Mổ lấy thai	21	32,8	140	63,1	

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy mổ lấy thai là phương pháp đình chỉ thai nghén chiếm tỷ lệ cao nhất 56,3%, đẻ thường 41,2%, đẻ thủ thuật chiếm 2,4%. Tỷ lệ mổ lấy thai trong song thai một bánh rau, hai buồng ối cao hơn so với nghiên cứu của một số tác giả khác. Theo nghiên cứu của Lê Hoàng – Nguyễn Quốc Tuấn (1995 - 1996) là 14,9% (4), theo Nguyễn Bích Vân (1998 - 1999) là 35,2% (5), theo Nguyễn Thị Hạnh (2003 - 2004) là 47,3% (6) và theo Nguyễn Thị Kiều Oanh (2004 - 2006) là 47% (7). Xu hướng mổ lấy thai tăng lên trong những năm gần đây là do khả năng nuôi dưỡng sơ sinh non tháng của bệnh viện Phụ sản Trung ương ngày càng cao.

Trong các chỉ định mổ lấy thai của các trường hợp song thai một bánh rau, hai buồng ối được nghiên cứu, chỉ định mổ lấy thai vì theo dõi hội chứng truyền máu chiếm tỷ lệ cao nhất 29,2% cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Nguyệt trên song thai nói chung: giai đoạn 1996 - 1997 không có trường hợp nào chỉ định mổ lấy thai do hội chứng truyền máu, giai đoạn 2006 - 2007 là 3% (8). Điều này là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khu trú trên song thai một bánh rau, hai buồng ối và do tiến bộ của kỹ thuật siêu âm tại Bệnh viện Phụ sản trung ương trong 6 năm gần đây nên số lượng song thai một bánh rau, hai buồng ối được chẩn đoán có biến chứng hội chứng truyền máu ngày càng nhiều. Chỉ định mổ lấy thai do bệnh lý

mẹ đứng thứ hai với 17,4% thấp hơn so với Nguyễn Thị Hạnh năm 2003 – 2004 là 21,3% (6). Những chỉ định khác như chỉ định mổ lấy thai vì ngôi bất thường chiếm tỷ lệ 14,9%, nguyên nhân phát sinh trong chuyển dạ 14,2%, thai to 7,5%, mổ cũ 6,8%, thai suy 7,5%, phần phụ thai 3,7%, khung chậu hẹp 0,6%...

Trong các bệnh lý của mẹ, tiền sản giật làm tăng nguy cơ phải mổ lấy thai với OR = 6,9; 95% CI (2,4 – 20,2), $p < 0,01$. Tỷ lệ mổ lấy thai và đẻ đường âm đạo không có sự khác biệt giữa nhóm có đái tháo đường thai nghén và nhóm không có đái tháo đường thai nghén cũng như giữa nhóm có thiếu máu và không có thiếu máu với $p > 0,05$.

Tỷ lệ mổ lấy thai và đẻ đường âm đạo không có sự khác biệt trong nhóm song thai một bánh rau, hai buồng ối có bất thường kết quả Doppler ($p > 0,05$). Trong nhóm có biến chứng phù thai, chủ yếu đình chỉ thai nghén bằng đẻ đường âm đạo (93,3%). Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ đẻ đường âm đạo trong nhóm không có phù thai là 37,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tương tự như vậy, tỷ lệ đẻ đường âm đạo trong nhóm có thai chết lưu là 67,2% cao hơn so với tỷ lệ đẻ đường âm đạo trong nhóm không có thai chết lưu là 36,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Như vậy, trong những trường hợp song thai một bánh rau, hai buồng ối có biến chứng nặng như phù thai, thai chết lưu, tiên lượng với trẻ sơ sinh rất tối, phương pháp đình chỉ thai nghén được lựa chọn phổ biến là đẻ đường âm đạo. Điều này là hoàn toàn hợp lý vì sẽ tránh cho người mẹ một cuộc mổ vô nghĩa.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mổ lấy thai là 56,3%, đẻ thường 41,2%, đẻ thủ thuật chiếm 2,4%. Mổ lấy thai vì HCMT chiếm 29,4%, mổ lấy thai vì bệnh lý mẹ 17,4%. TSG làm tăng nguy cơ mổ lấy thai với OR = 6,9; 95% CI (2,4 – 20,2) $p < 0,01$. Những trường hợp có biến chứng như phù thai, thai chết lưu, phương pháp đình chỉ thai nghén được lựa chọn phổ biến là đẻ đường âm đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ sản – Trường Đại học Y Hà Nội. Sinh đôi. Bài giảng Sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1992, 99 – 150.
2. Dương Thị Cương. Đẻ đẻ sinh đôi. Thủ thuật sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2002, 73 – 74.
3. Trevett T, Johnson A. Monochorionic twin pregnancies. Clin Perinatol; 2005; 32:475.
4. Lê Hoàng, Nguyễn Quốc Tuấn. Một số nhận xét về đẻ sinh đôi tại Viện BVMTSS trong hai năm 1995 – 1996. Công trình nghiên cứu khoa học viện BVMTSS, 1997; 69 – 73.
5. Nguyễn Thị Bích Vân. Nghiên cứu về thái độ xử trí đối với sinh đôi khi chuyển dạ. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, 1999; 3 – 30.
6. Nguyễn Thị Hạnh. Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ của đẻ non trong song thai và cách xử trí song thai khi chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 1/2003 đến tháng 6/2004. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Hà Nội, 2004; 3 – 49.
7. Nguyễn Thị Kiều Oanh. Tình hình song thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 7/2004 đến tháng 6/2006. Luận văn Thạc sỹ Y học Trường Đại học Y Hà Nội, 2006; 3 – 50.
8. Nguyễn Minh Nguyệt. Nghiên cứu tỷ lệ các phương pháp xử trí và kết quả đẻ song thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong hai giai đoạn năm 1996 – 1997 và năm 2006 – 2007, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Hà Nội, 2008; 71.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ MỔ LẤY THAI Ở CÁC SẢN PHỤ TIỀN SẢN GIẬT NẶNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Đặng Thị Minh Nguyệt⁽¹⁾, Nguyễn Thị Anh⁽²⁾
(1) Đại học Y Hà Nội. (2) Đại học Y Dược Thái Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả mổ lấy thai ở các sản phụ bị tiền sản giật nặng tại Bệnh viện PSTW. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả 244 thai phụ đã được chẩn đoán TSG nặng, mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2011 đến tháng 06/2012. **Kết quả:** Chỉ định mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao nhất là TSG nặng 85,2%. Mổ lấy thai của nhóm sản phụ chưa có dấu hiệu chuyển dạ chiếm tỷ lệ rất cao 84%. Can thiệp trong cuộc mổ chiếm tỷ lệ nhiều nhất là dùng bổ sung các thuốc tăng co phối hợp chiếm 56,8%, thắt động mạch tử cung chiếm 32,4%. Các biến chứng gây ra cho mẹ là suy gan và rối loạn đông máu 20,5%, suy thận 9,0%, hội chứng HELLP 6,98%, rau bong non 5,7%, chảy máu 4,9%, phù phổi cấp và sản giật là 2 biến chứng chiếm tỷ lệ thấp 2,5% và 3,7%. Đối với con, biến chứng đẻ non chiếm tỷ lệ cao nhất 81,7%, thai chậm phát triển chiếm 52,1%, chết ngay sau đẻ 11,9%. **Kết luận:** Mổ lấy thai khi chưa chuyển dạ chiếm tỷ lệ rất cao 84%. Biến chứng gây ra cho mẹ cao nhất là suy gan và rối loạn đông máu 20,5%, phù phổi cấp và sản giật là 2 biến chứng chiếm tỷ lệ thấp 2,5% và 3,7%. Đối với con, biến chứng đẻ non chiếm tỷ lệ cao nhất 81,7%..

Từ khóa: mổ lấy thai, tiền sản giật nặng.

ABSTRACT

STUDY RESULTS OF CESAREAN SECTION IN PREGNANCY WITH SEVERE PREECLAMPSIA AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Background: Preeclampsia causes a lot of complications for mother and fetus. Should have studied the results of cesarean section for additional information helps to improve the quality of treatment. **Objective:** Study results of Cesarean section in pregnancy with severe preeclampsia at National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Materials & method:** retrospective study on 244 pregnancy who were diagnosed severe preeclampsia had C-section at NHOG from Jan-2011 to Jun-2012. **Results:** The most common indication for C-section was severe preeclampsia (85,2%). The rate of C-section in un-labor pregnancy was very high (84%). The most common intervention to avoid hemorrhage in operation was uterotonic therapy (56,8%), uterine arteries ligation (32,4%). The highest percentage of complications were liver failure and abnormalities of coagulation (20,5%), kidney failure (9%), HELLP syndrome 6,98%, Abruptio placenta 5,7%, bleeding 4,9%. Pulmonary edema and eclampsia were two rare complications (2,5% and 3,7%). In infant, preterm was the highest proportion of 81,7%, fetal growth restriction was 52.1%, dead after birth was 11.9%. **Conclusion:** C-section before labor accounts for a very high proportion of 84%. The most common maternal complications were liver failure and abnormalities coagulation (20,5%), pulmonary edema and eclampsia are two rare complications (2,5% and 3,7%). In infant, preterm birth complications account for the highest proportion of 81,7%

Keywords: cesarean section, pre-eclampsia

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Tiền sản giật là một hội chứng bệnh lý phức tạp thường xảy ra ở nửa sau của thai kỳ. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh cho đến nay chưa được chứng minh và hiểu biết đầy đủ.

Tiền sản giật gây ra rất nhiều biến chứng cho mẹ và thai nhi. Những biến chứng gây ra cho mẹ như: Sản giật, hôn mê, chảy máu, rau bong non,

phù phổi cấp, suy gan, suy thận và những biến chứng gây ra cho con như: thai kém phát triển trong tử cung, thai lưu, đẻ non [1]... Khi có các triệu chứng tiền giật nặng có chỉ định mổ lấy thai có kết quả như thế nào đối với mẹ và con cần có nghiên cứu để có thêm thông tin trên thực hành giúp cho việc nâng cao chất lượng điều trị. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: **Nhận xét**

kết quả mổ lấy thai ở các sản phụ bị tiền sản giật nặng tại Bệnh viện PSTW.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu mô tả, dựa trên hồ sơ bệnh án của các thai phụ đã được chẩn đoán TSG nặng, mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2011 đến tháng 06/2012. Loại trừ các thai phụ có bệnh kèm theo như: bệnh tim, bệnh gan, bệnh Basedow, xuất huyết giảm tiểu cầu.

KẾT QUẢ

CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI TRONG TSG NẶNG

Bảng 1. Chỉ định mổ lấy thai trong TSG nặng

Chỉ định	Số lượng	Tỷ lệ (%)
TSG nặng	208	85,2
Điều trị không kết quả	27	11,1
Suy thai	34	13,9
Thai chậm phát triển	13	5,3
TSG có biến chứng	33	13,5

Nhận xét: Chỉ định mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao nhất là TSG nặng 85,2%. Các nguyên nhân: Điều trị không kết quả, suy thai, thai chậm phát triển, TSG có biến chứng chiếm tỷ lệ thấp < 15%.

TỶ LỆ CHUYỂN DẠ TRÊN THAI PHỤ TSG NẶNG ĐƯỢC MỔ LẤY THAI.

Bảng 2. Tỷ lệ chuyển dạ trên thai phụ TSG nặng được mổ lấy thai.

Dấu hiệu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chuyển dạ	39	16,0
Chưa chuyển dạ	205	84,0
Tổng	244	100,0

Nhận xét: Mổ lấy thai của nhóm sản phụ chưa có dấu hiệu chuyển dạ chiếm tỷ lệ rất cao 84%, nhóm sản phụ đã có dấu hiệu chuyển dạ chiếm 16%.

CÁC CAN THIỆP TRONG CUỘC MỔ

Bảng 3. Các can thiệp trong cuộc mổ

Các can thiệp	n	%
Phối hợp các thuốc tăng co	21	56,8
Thất ĐMTC	21	32,4
Thất động mạch hạ vị	3	8,1
Khâu mũi B-Lynch	0	0,0
Cắt tử cung	1	2,7
Tổng số ca cần can thiệp	37	100,0

Nhận xét: Can thiệp trong cuộc mổ chiếm tỷ lệ nhiều nhất là dùng bổ sung các thuốc tăng co phối hợp chiếm 56,8%, thất động mạch tử cung chiếm 32,4%, thất động mạch hạ vị chiếm 8,1%.

BIẾN CHỨNG CỦA MẸ

Bảng 4. Biến chứng của mẹ

Biến chứng	n	Tỷ lệ (%)
Suy thận	22	9,0
Phù phổi cấp	6	2,5
Sản giật	9	3,7
Rau bong non	14	5,7
Chảy máu	12	4,9
Suy gan	50	20,5
Hội chứng HELLP	17	6,98

Nhận xét: Chiếm tỷ lệ cao nhất trong các biến chứng gây ra cho mẹ là suy gan và rối loạn đông máu 20,5%, suy thận chiếm 9,0%. Phù phổi cấp và sản giật là 2 biến chứng chiếm tỷ lệ thấp 2,5% và 3,7%

BIẾN CHỨNG CỦA TSG NẶNG GÂY RA CHO CON

Bảng 5. Biến chứng của TSG nặng gây ra cho con

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đẻ non	157	81,7
Thai chậm phát triển	100	52,1
Chết ngay sau đẻ	23	11,9

Nhận xét: Biến chứng đẻ non chiếm tỷ lệ cao nhất 81,7%, thai chậm phát triển chiếm 52,1%, chết ngay sau đẻ 11,9%.

BÀN LUẬN

CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI

Có nhiều lý do để chỉ định mổ lấy thai và phụ thuộc vào nhiều yếu tố: Tình trạng bệnh của mẹ, các biến chứng với mẹ và thai, yếu tố sản khoa, khả năng sống sót của thai và các yếu tố xã hội.

Chỉ định mổ lấy thai có thể đơn thuần, có thể phối hợp nhiều nguyên nhân như suy thai, điều trị không kết quả, thai chậm phát triển... Trong đó chỉ định mổ lấy thai do TSG nặng chiếm tỷ lệ cao nhất 85,2%. Kết quả này phù hợp với kết quả của tác giả Phan Thị Thu Huyền (63%) và Nguyễn Hữu Hải (49,6%) [1, 2].

Chỉ định mổ lấy thai do biến chứng của mẹ, biến

chứng của thai và các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ thấp.

TỶ LỆ CHUYỂN DẠ

Nghiên cứu cho thấy chỉ định mổ lấy thai trên bệnh nhân TSG nặng chưa có dấu hiệu chuyển dạ chiếm tỷ lệ tương đối cao 84%.

Khi tình trạng mẹ nguy cấp hoặc tình trạng mẹ nặng mà tiên lượng thai có thể sống được, nếu tiếp tục điều trị nguy hiểm đến tính mạng của mẹ và thai, việc đình chỉ thai nghén mà không cần đủ tháng hay chuyển dạ là sự lựa chọn cho người thầy thuốc nhằm đảm bảo an toàn cho mẹ và thai nhi.

So sánh với một số tác giả thì tỷ lệ chỉ định mổ lấy thai khi chưa chuyển dạ của chúng tôi cao hơn vì nghiên cứu của chúng tôi chỉ chọn đối tượng là TSG nặng.

Bảng so sánh tỷ lệ TSG nặng phải ĐCTN khi chưa có chuyển dạ

Tác giả	Năm	Tỷ lệ ĐCTN
Nguyễn Công Nghĩa [3]	1998 - 2000	52,6%
Nguyễn Hữu Hải [2]	2001 - 2003	52,6%
Phan Thị Thu Huyền [1]	1997	38,6%
	2007	36,3%

Để đi đến quyết định đình chỉ thai nghén là một vấn đề còn nhiều tranh cãi vì phụ thuộc vào quan điểm của từng tác giả. Tuy nhiên hầu hết các tác giả trong nước cũng như các tác giả nước ngoài (Phan Trường Duyệt, Sibai B M. UZan.S) đều cho rằng việc đình chỉ thai nghén có giá trị làm giảm thiểu nguy cơ cho mẹ đồng thời giải phóng cho thai nhi khỏi môi trường thiếu dinh dưỡng trong tử cung [4, 5]

CÁC CAN THIỆP TRONG CUỘC MỔ.

Nghiên cứu cho thấy sản phụ chủ yếu được dùng thuốc tăng co tử cung. Trong nhóm nghiên cứu có 56,8% bệnh nhân được sử dụng phương pháp này.

Với xu hướng đình chỉ thai nghén sớm ở bệnh nhân TSG cùng với sự tiến bộ trong gây mê hồi sức, trình độ chuyên môn của bác sỹ được nâng cao và có nhiều loại thuốc tăng co mới có tác dụng nhanh, mạnh, kéo dài như Duratoxin, Prostodin... giúp cho việc điều trị đỡ tử cung mang lại hiệu quả cao. Đã góp phần làm cho tỷ lệ cắt tử cung giảm xuống rõ rệt.

Trong quá trình phẫu thuật khi đã sử dụng

thuốc tăng co, kết hợp thắt động mạch tử cung, động mạch hạ vị nhưng không kết quả mới có chỉ định cắt tử cung. Nghiên cứu của chúng tôi có 32,4% trường hợp được thắt ĐMTC, 8,1% trường hợp thắt động mạch hạ vị và có 1 bệnh nhân phải cắt tử cung.

CÁC BIẾN CHỨNG CHO MẸ.

TSG là một bệnh lý của thời kỳ thai nghén có thể gây ra rất nhiều biến chứng nặng nề. Trong nhóm nghiên cứu có 244 sản phụ TSG nặng có 92 sản phụ có biến chứng chiếm 37,7%. Trong các biến chứng gây ra cho mẹ, biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất là suy gan chiếm 20,5%. Suy thận chiếm 9,0%. Phù phổi cấp chiếm 2,5%. RBN chiếm 5,7%. Sản giật chiếm 3,7%. Chảy máu chiếm 4,9%. Hội chứng HELLP chiếm 6,98% và không có thai phụ nào tử vong.

So sánh biến chứng đối với mẹ với một số tác giả khác:

Bảng so sánh tỷ lệ biến chứng so với các tác giả

Tác giả	Ngô Văn Tài (2001) (6)	Ng. Hữu Hải (2004) (2)	Phan T. Thu Huyền (2007)(1)
Biến chứng			
Suy gan	1,9%	1,05%	6,4%
Suy thận	4,4%	3,40%	2,5%
Phù phổi cấp	0,0%	1,05%	0,0%
RBN	4,0%	1,83%	1,7%
Sản giật	12,5%	4,71%	6,4%
Chảy máu	3,1%	-	1,7%
Hội chứng HELLP	0,0%	0,0%	4,2%
Tử vong	0,0%	0,0%	0,0%

Qua bảng so sánh cho thấy: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ các biến chứng đều chiếm tỷ lệ cao hơn các tác giả, còn biến chứng sản giật chiếm tỷ lệ thấp hơn và không có thai phụ nào tử vong.

Sở dĩ tỷ lệ các biến chứng của chúng tôi cao hơn vì các đối tượng trong nhóm nghiên cứu đều là các thai phụ bị tiền sản giật nặng, tình trạng bệnh lý nặng nề hơn nên tỷ lệ các biến chứng cao hơn.

Tuy nhiên với công tác quản lý thai nghén chặt chẽ, các thuốc điều trị có tác dụng tốt cùng với thầy thuốc có trình độ chuyên môn cao, có kinh nghiệm đã hạn chế được biến chứng sản giật và tử vong.

Có nhiều tác giả nghiên cứu về tiền sản giật và đưa ra các biến chứng nặng nề gây ra đối với thai phụ như chảy máu, sản giật, suy các cơ quan, tử vong... Vì vậy, để giảm các nguy cơ biến chứng này cần làm tốt công tác khám và quản lý thai nghén, điều trị kịp thời ngay từ tiền sản giật nhẹ sẽ hạn chế được các biến chứng nặng nề do tiền sản giật gây ra.

BIẾN CHỨNG CHO CON.

Nghiên cứu cho thấy nhẹ cân là biến chứng gây ra cho con chiếm tỷ lệ cao nhất 87,7 %, biến chứng đẻ non chiếm 64,3%, biến chứng chết sau đẻ 9,4%, và không có trẻ nào chết lưu. Kết quả cho thấy biến chứng nhẹ cân và đẻ non của chúng tôi cao, phải chăng tỷ lệ này có xu hướng tăng theo thời gian và liên quan đến mức độ trầm trọng của bệnh, cũng như những tiến bộ trong công tác chăm sóc và điều trị trẻ sơ sinh non tháng, thấp cân, các thuốc trưởng thành phổi nên có xu hướng can thiệp sớm về sản khoa trên bệnh nhân TSG làm tăng tỷ lệ trẻ nhẹ cân và non tháng, giảm tỷ lệ chết lưu.

KẾT LUẬN

- Các thai phụ bị TSG nặng được chỉ định MLT chủ động chiếm tỷ lệ cao 84%.
- Các biến chứng TSG nặng khi mổ lấy thai: biến chứng suy gan là 20,5%, suy thận chiếm 9,0%, hội chứng HELLP chiếm 6,98%, rau bong non chiếm 5,7%, sản giật chiếm 3,7%, phù phổi cấp chiếm 2,5%.
- Tỷ lệ thai đẻ non chiếm tỷ lệ 81,7%, thai chậm phát triển chiếm 52,1%, chết sau đẻ chiếm 11,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Thị Thu Huyền. Nghiên cứu những chỉ định đình chỉ thai nghén ở những thai phụ tiền sản giật tại BVPSTU trong 2 năm 1997 và 2007: Luận văn thạc sỹ y học chuyên ngành sản phụ khoa. Trường Đại học Y Hà Nội; 2008.
2. Nguyễn Hữu Hải. Nhận xét về những chỉ thai nghén trong tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong ba năm 2001 – 2003: Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Y khoa khóa 1998 – 2004. Trường ĐHY Hà Nội; 2004.
3. Nguyễn Công Nghĩa. Tình hình đình chỉ thai nghén trên các sản phụ NĐTN tuổi thai trên 20 tuần tại viện bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh trong 3 năm 1989 – 2000: Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học y Hà Nội; 2001.
4. Phan Trường Duyệt. Nhiễm độc thai nghén muộn: Lâm sàng sản phụ khoa. Nhà xuất bản Y học; 1998.
5. Sibai BM, Mohamed. Pre - eclampsia and eclampsia. Gynecology and Obs. Sciarra. 1995;1995(3):1 – 14.
6. Ngô Văn Tài. Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng trong nhiễm độc thai nghén: Luận án tiến sỹ y học. Trường ĐHY Hà Nội; 2001.

PHÒNG BỆNH PHÙ THAI DO HEMOGLOBIN BART'S: SÀNG LỌC NGƯỜI MẸ MANG THAI, PHÁT HIỆN NGƯỜI MANG GEN BỆNH VÀ CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH

Ngô Diễm Ngọc⁽¹⁾, Lý Thị Thanh Hà⁽¹⁾, Ngô Thị Tuyết Nhung⁽¹⁾, Nguyễn Thị Phương Mai⁽¹⁾, Trần Danh Cường⁽²⁾,
Nguyễn Thị Tân Sinh⁽³⁾, Trần Hồng Hà⁽¹⁾, Dương Bá Trúc⁽¹⁾, Trần Thị Thanh Hương⁽²⁾, Nguyễn Thanh Liêm⁽¹⁾

(1) Bệnh viện Nhi Trung ương, (2) Đại học Y Hà Nội, (3) Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội

TÓM TẮT

Hb Bart's - α thalassemia thể nặng là một trong các nguyên nhân gây phù thai phổ biến nhất ở Đông Nam Á. **Mục tiêu nghiên cứu:** Sàng lọc người mẹ mang thai, phát hiện người mang gen α^0 thalassemia và chẩn đoán trước sinh hội chứng phù thai do Hemoglobin Bart's ở các thai phụ có tiền sử và/hoặc bị phù thai. **Đối tượng và phương pháp:** 55 cặp vợ chồng có tiền sử và/hoặc đang có biểu hiện phù thai được sàng lọc người mang gen dựa trên các chỉ số RBC, HGB, HCT, MCV, MCH, HbA₂, phân tích ADN và chẩn đoán trước sinh bệnh Hb Bart's. **Kết quả:** 100% là người dị hợp tử đột biến mất đoạn hai gen ($--SEA/aa$). Chẩn đoán trước sinh cho 7 thai phụ có tiền sử phù thai nhưng chưa biểu hiện phù thai ở lần mang thai hiện tại: 6 thai nhi mắc Hb Bart's ($--SEA/--SEA$), 1 thai nhi là người mang gen ($--SEA/aa$). 3 thai nhi sau khi đình chỉ thai được xác định mắc Hb Bart's bằng máu cuống rốn. **Kết luận:** Sàng lọc người mang gen và chẩn đoán trước sinh bệnh phù thai do Hb Bart's có ý nghĩa quan trọng trong tư vấn di truyền, phòng bệnh.

Từ khóa: Phù thai, Hb Bart's, đồng hợp tử α^0 thalassemia, α thalassemia thể nặng.

ABSTRACT

PREVENTION OF HB BART'S HYDROP FETALIS: DETECTION OF A THALASSEMIA THROUGH PRENATAL SCREENING AND PRENATAL DIAGNOSIS

In Southeast Asia, Hb Bart's - α thalassemia major is the most common cause of Hydrop Fetalis. **Aim:** Screening for α^0 thalassemia carrier and prenatal diagnosis for Hb Bart's for couples affected with Hydrop Fetalis. **Materials and Methods:** 55 couples affected with Hydrop Fetalis were screening by MCV, MCH, DNA analysis and prenatal diagnosis for Hb Bart's. **Results:** 100% of them are heterozygote of ($--SEA/aa$). Prenatal diagnosis for 7 pregnant women: 7 fetus were diagnosed by DNA testing of amniotic fluids (6 fetus were affected with Hb Bart's, 1 fetus was carrier of ($--SEA/aa$)). 3 fetus were confirmed by DNA testing of cord blood at birth was affected with Hb Bart's. **Conclusion:** Screening for couples at risk and prenatal diagnosis for Hb Bart's play an important role for genetics counseling and prevention of this disorder.

Key words: Hydrop Fetalis, Hb Bart's, α thalassemia major.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phù thai là một bệnh lý nặng, có tiên lượng xấu đối với các thai nhi mắc bệnh, trong đó nguyên nhân gây phù thai phổ biến nhất là bệnh α thalassemia thể nặng, hay còn gọi bệnh Hemoglobin Bart's (Hb Bart's), chiếm tới 60-90% các trường hợp phù thai tại Đông Nam Á [1].

Bệnh α thalassemia là bệnh di truyền lặn trên nhiễm sắc thể thường, do đột biến gen α globin, gây nên tình trạng giảm hoặc không tổng hợp được chuỗi α globin, là thành phần cấu tạo nên phân tử Hemoglobin (Hb) của cả thai nhi ($\alpha_2\gamma_2$) và của người trưởng thành ($\alpha_2\beta_2$). Trong giai đoạn thai, loại Hb được sản xuất chủ yếu là HbF ($\alpha_2\gamma_2$). Thai nhi không có gen α globin thì loại Hb được sản xuất chủ yếu sẽ là Hb Bart's (γ_4). Đây là loại Hb có ái lực cao với oxy, do đó oxy không được vận

chuyển đến tổ chức. Thai nhi mắc bệnh Hb Bart's có biểu hiện thiếu oxy rất nặng, suy tim, phù thai, nhất là ở giai đoạn cuối của thai kỳ, dẫn đến tử vong ngay trong bụng mẹ hoặc ngay sau khi sinh. Bệnh lý này được mô tả đầu tiên vào năm 1960, có tên gọi là bệnh đồng hợp tử α^0 thalassemia hoặc bệnh phù thai do Hb Bart's. [2]

Người mang gen (dị hợp tử) α^0 thalassemia thường không có biểu hiện lâm sàng. Họ có cuộc sống bình thường và có khả năng sinh sản bình thường. Trong khi đó, người bệnh α^0 thalassemia (đồng hợp tử) mất hoàn toàn 4 gen α globin lại không có khả năng thích nghi với cuộc sống. Nếu một cặp vợ chồng đều là người mang gen α^0 thalassemia sẽ có 25% nguy cơ sinh một em bé bị phù thai do Hb Bart's. Ngoài ra người mẹ mang thai em bé này còn có thể mắc nhiều biến chứng sản khoa nặng

nề như nhiễm độc thai nghén, chảy máu sau đẻ. Theo nghiên cứu tại Quảng Đông, Trung Quốc, trong quần thể người Đông Nam Á, có 4-20% dân số là người mang gen α thalassemia, và khi sàng lọc bệnh thalassemia cho 53.495 sản phụ, tỷ lệ sản phụ được phát hiện mang gen α thalassemia là 5.7% [4].

Cụm gen α -globin bao gồm một gen ζ -globin (ζ_2), hai gen α -globin (α_2 và α_1), và bốn giả gen khác. Cụm gen này có chiều dài khoảng 30 kb, nằm trên cánh ngắn NST 16 gần vị trí telomere. Ở Đông Nam Á, loại đột biến phổ biến nhất trong bệnh α thalassemia là loại đột biến mất đoạn hai gen (--SEA). Loại đột biến này có chiều dài 20.5 kb, bao gồm mất đoạn cả gen α_1 và gen α_2 , không bao gồm gen ζ -globin. Đồng hợp tử đột biến này, (--SEA/--SEA) là nguyên nhân phổ biến nhất gây hội chứng phù thai Hb Bart's [3].

Hiện nay tại Việt Nam, hầu hết các cặp vợ chồng có nguy cơ cao với việc sinh con mắc hội chứng phù thai do Hb Bart's vẫn chưa được quan tâm nghiên cứu, thậm chí có những sản phụ có tiền sử phù thai nhiều lần mà vẫn chưa được xác định nguyên nhân. Do đó, chúng tôi kết thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: **Sàng lọc người mẹ mang thai, phát hiện người mang gen α^0 thalassemia và chẩn đoán trước sinh bệnh Hb Bart's ở các thai phụ có tiền sử và/hoặc bị phù thai.**

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

55 cặp vợ chồng có tiền sử và/hoặc bị phù thai chưa rõ nguyên nhân được gửi đến Khoa Di Truyền và SHPT Bệnh Viện Nhi TƯ, từ Trung Tâm Chẩn đoán trước sinh Bệnh Viện Phụ Sản TƯ và Khoa Sản Bệnh Viện Bạch Mai, từ 1/2012-3/2013.

16 mẫu máu của người bình thường được sử dụng làm đối chứng.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Sàng lọc người mang gen α thalassemia:

- Công thức máu: Đánh giá các chỉ số: số lượng hồng cầu (I)-RBC; nồng độ Hemoglobin (g/L)-HGB; thể tích trung bình hồng cầu (fL)-MCV, Huyết sắc tố trung bình hồng cầu (pg)-MCH

-Điện di thành phần Hemoglobin: HbA1 (%); HbA2(%).

2. Tiêu chuẩn người mang gen bệnh α^0 thalassemia

- Hồng cầu nhỏ (MCV < 80fL), nhược sắc (MCH < 27pg).

- Chỉ số HbA₂ bình thường hoặc giảm.

3. Chẩn đoán xác định người mang gen bằng kỹ thuật phân tích ADN

- Tách chiết ADN từ mẫu máu ngoại vi chống đông

EDTA, Kit QiaAmp DNA mini kit (Qiagen)

- Kỹ thuật Multiplex GAP PCR nhận biết sự mất đoạn của 3 loại đột biến mất đoạn 2 gen (--/aa): SEA (1349 bp); Thailand (1166 bp); Philippin (1800 bp). Trình tự mỗi được thiết kế theo TPChen [5].

4. Chẩn đoán trước sinh bằng kỹ thuật phân tích ADN

- ADN của thai nhi được tách chiết từ mẫu dịch ối trong khoảng thai từ 17-22 tuần, mẫu cuống rốn đối với những thai ngoài 30 tuần phù thai có chỉ định đình chỉ thai.

- Kỹ thuật Multiplex GAP PCR xác định genotype của thai nhi.

KẾT QUẢ

Bảng 1: Sàng lọc người mang gen bệnh α^0 thalassemia

Mean $\pm$ SD	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3
N	106	53	16
RBC (109/ML)	5.41 $\pm$ 1.025	4.67 $\pm$ 0.61	5.3 $\pm$ 0.31
HGB (g/dL)	12.19 $\pm$ 8.65	9.78 $\pm$ 1.11	12.98 $\pm$ 1.2
HCT (%)	37.37 $\pm$ 12.34	32.29 $\pm$ 5.52	34.52 $\pm$ 5.25
MCV (fL)	67.40 $\pm$ 4.83	68.26 $\pm$ 5.19	91.53 $\pm$ 2.92
MCH (pg)	21.08 $\pm$ 1.53	21.20 $\pm$ 1.63	30.51 $\pm$ 0.9
MCHC (g/dL)	31.01 $\pm$ 1.49	30.88 $\pm$ 1.22	33.15 $\pm$ 0.94
HbA2 (%)	2.06 $\pm$ 0.86	2.18 $\pm$ 1.04	2.56 $\pm$ 1.11
HbA1 (g/dL)	95.99 $\pm$ 6.00	95.90 $\pm$ 5.93	95.95 $\pm$ 5.90

Nhóm 1: Bao gồm cả vợ và chồng của các cặp vợ chồng có tiền sử/có biểu hiện phù thai

Nhóm 2: Người vợ đang mang thai của các cặp vợ chồng có tiền sử/ biểu hiện phù thai

Nhóm 3: Người bình thường

So sánh giữa 3 nhóm, các chỉ số RBC, Hb, HCT, MCHC, HbA1, HbA2 của cả 3 nhóm không có sự khác biệt rõ rệt. Trong đó, các chỉ số MCV, MCH có sự khác biệt rõ rệt.

Bảng 2: Tình trạng của sản phụ

	Tuổi mẹ	Tuần thai	Tiền sử phù thai			
			Có		Không	
			Tình trạng thai hiện tại			
			Có phù	Không phù	Có phù	Không phù
N	55	55	24	7	24	0
Min	17	18				
Max	36	33				
Mean±SD	27.02 ± 4.64	26.65±3.79				

Tuổi mẹ trung bình trong nghiên cứu là 27.02 $\pm$ 4.64 tuổi, nhỏ nhất là 17 tuổi và lớn nhất là 36 tuổi. Tuổi thai trung bình trong nghiên cứu là 26.65 $\pm$ 3.79 tuần, nhỏ nhất là 18 tuần, lớn nhất là 33 tuần. Tình trạng phù thai đánh giá theo siêu âm được chia thành 4 nhóm:

- Có tiền sử phù thai, thai hiện tại đã phát hiện phù: 24 trường hợp.

- Có tiền sử phù thai, thai hiện tại chưa có biểu hiện

phù: 7 trường hợp. Các trường hợp này sẽ được tiến hành chọc dịch ối làm chẩn đoán trước sinh.

- Không có tiền sử phù thai, thai hiện tại có biểu hiện phù: 24 trường hợp

- Không có tiền sử phù thai, thai hiện tại không có phù: 0 trường hợp, hay loại khỏi đối tượng nghiên cứu.

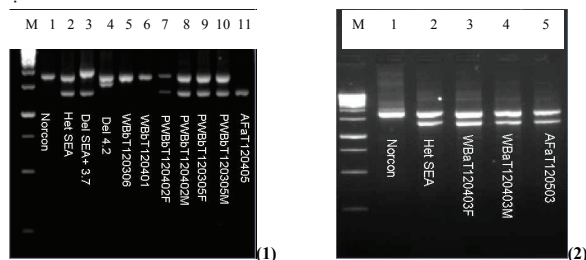
Bảng 3: Chẩn đoán hội chứng phù thai do Hb Bart's ở thai nhi

Case	Tuổi mẹ	Tiền sử phù thai (lần)	Tuần thai	Genotype mẹ	Genotype bố	Genotype thai	Mẫu bệnh phẩm
1	29	1	22	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	Dịch ối
2	26	1	18	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	Dịch ối
3	27	1	18	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	Dịch ối
4	26	2	17	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	Dịch ối
5	28	1	18	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	Dịch ối
6	29	1	18	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	Dịch ối
7	36	2	17	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	Dịch ối
8	29	1	32	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	MCR
9	36	2	27	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	MCR
10	25	2	31	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	(--SEA/αα)	MCR

Có 7 sản phụ có tiền sử phù thai, lần mang thai hiện tại chưa phát hiện có dấu hiệu phù trên siêu âm, được chỉ định chọc hút dịch ối làm chẩn đoán trước sinh phát hiện bệnh Hb Bart's. Kết quả chỉ có 1 thai nhi là người dị hợp tử α^0 Thalassemia (--SEA / αα). 6 thai nhi còn lại đều là người đồng hợp tử α^0 Thalassemia (--SEA/--SEA), mắc bệnh Hb Bart's.

Có 3 sản phụ có tiền sử phù thai, lần mang thai hiện tại đã có dấu hiệu phù, đã xác định nguyên nhân do Hb Bart's, có chỉ định đình chỉ thai nghén, được thu thập mẫu máu cuống rốn của thai nhi sau khi đình chỉ làm xét nghiệm khẳng định.

Hình 1: Hình ảnh điện di kiểu gen người mang gen và chẩn đoán trước sinh bệnh HbBart's



Hình 1(1): M Marker, L1: Chứng bình thường, L2: Chứng dị hợp tử đột biến SEA (1349bp), L11: Đồng hợp tử đột biến SEA (1349 bp).

Hình 1(2): M Marker, L1: Chứng bình thường, L2: Chứng dị hợp tử đột biến SEA, L3,4: Bố và mẹ dị hợp tử đột biến SEA, L5: Thai nhi dị hợp tử đột biến SEA

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, có 55 cặp vợ chồng có tiền sử phù thai và/hoặc đang có biểu hiện phù thai được tiến hành sàng lọc người mang gen bằng các chỉ số huyết học. Chúng tôi so sánh các chỉ số RBC, HBG, HCT, MCV, MCH, MCHC, HbA1, HbA2 của ba nhóm: Nhóm

1: Bao gồm cả vợ và chồng của các cặp vợ chồng có tiền sử/có biểu hiện phù thai; Nhóm 2: Chỉ có người vợ đang mang thai của các cặp vợ chồng có tiền sử/có biểu hiện phù thai; Nhóm 3: Người bình thường. Trong đó, mục đích của phân nhóm 1 và 2 là để đánh giá chính xác hơn tình trạng thiếu máu của sản phụ.

Chúng tôi nhận thấy các chỉ số RBC, HBG, HCT, MCHC, HbA1, HbA2 của cả 3 nhóm không có sự khác biệt rõ rệt. Trong đó, chỉ số RBC, HBG, HCT của nhóm 2 hơi thấp hơn so với nhóm 1 và 3, nhưng vẫn trong giới hạn bình thường, trong khi đó, các chỉ số MCV, MCH, có sự khác biệt rõ rệt. MCV của nhóm 1 và 2 thấp, trung bình giao động trong khoảng 67.40 ± 4.83 fL đến 68.26 ± 5.19 fL. MCH thấp, giao động trong khoảng 21.08 ± 1.53 pg đến 21.20 ± 1.63 pg. Theo một nghiên cứu ở Ontario, Canada, ở người mang gen α^0 thalassemia (--SEA/αα), chỉ số MCV 67.8 ± 3.3 fL, MCH 21.8 ± 1.2 pg [7]. Như vậy, điều này phù hợp với tiêu chuẩn đưa ra ban đầu, và chứng tỏ chỉ số MCV và MCH là 2 chỉ số phản ánh rõ rệt nhất tình trạng thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ, là một biểu hiện điển hình của người mang gen α^0 thalassemia.

Chỉ số HbA₂ thấp hoặc bình thường, trung bình giao động trong khoảng $2.06 \pm 0.86\%$ đến $2.18 \pm 1.04\%$. Tuy nhiên, chỉ số HbA₂ trong nghiên cứu này chưa loại trừ những trường hợp một người cùng mang gen α thalassemia và gen β thalassemia. Khi đó, chỉ số HbA₂ có thể tăng cao hơn mức bình thường, HbA1 giảm thấp, hoặc có kèm theo các Hb bất thường khác như HbE, HbF. Trong nghiên cứu này, chúng tôi phát hiện 10 người vừa mang gen α và β thalassemia. Đặc biệt có 1 cặp vợ chồng cùng là người mang gen của cả 2 gen này. Như vậy cặp vợ chồng này vừa có 25% nguy cơ sinh con mắc Hb Bart's và 25% nguy cơ sinh con mắc β Thalassemia thể nặng.

55 cặp vợ chồng có tiền sử và/hoặc đang biểu hiện phù thai, có hồng cầu nhỏ nhược sắc, chỉ số HbA₂ thấp hoặc bình thường đã được tư vấn và tiến hành xác định kiểu gen của người mang gen α^0 thalassemia. Kết quả phân tích DNA của 12 cặp vợ chồng này cho thấy 100% trong số họ đều mang đột biến mất đoạn hai gen dạng (--SEA/αα). Có được tỷ lệ phát hiện này là do chúng tôi chỉ tiến hành nghiên cứu trên các đối tượng nguy cơ cao. Tỷ lệ phát hiện này cũng chứng tỏ chỉ số công thức máu, điện di Hb, kết hợp với khai thác tiền sử, là một công cụ tin cậy để sàng lọc người mang gen α^0 thalassemia.

Tuy nhiên, trên thực tế, có những trường hợp α^0 thalassemia không có thay đổi điển hình về các chỉ số huyết học, hoặc α^0 thalassemia kết hợp với những

dạng bất thường Hb khác, có thể làm ảnh hưởng đến tính chính xác của kết quả sàng lọc. Trong những trường hợp này, phân tích DNA xác định đột biến là một phương pháp thực sự cần thiết. Trong nghiên cứu này, không có trường hợp nào phát hiện thấy đột biến mất đoạn hai gen dạng (--FIL/αα) hoặc (--THAI/αα). Điều này hoàn toàn phù hợp với ý kiến vì đột biến dạng (--SEA/αα) là đột biến phổ biến nhất tại khu vực Đông Nam Á, trong đó có Việt Nam, và hai đột biến còn lại chỉ gặp ở quần thể người có nguồn gốc là người Phillipin và Thailand.

55 thai phụ có tiền sử và/hoặc đang có biểu hiện phù thai ở độ tuổi từ 17-36 tuổi, tuổi trung bình là 27.02 ± 4.64 tuổi. Tuổi thai từ 18-33 tuần, tuổi thai trung bình là 26.65 ± 3.79 tuần. Có 48 sản phụ có hoặc không có tiền sử phù thai và đang có biểu hiện phù thai ở lần mang thai hiện tại. Có 7 thai phụ chỉ có tiền sử phù thai và lần mang thai hiện tại vẫn chưa có dấu hiệu bất thường trên siêu âm, đã được chúng tôi tư vấn và tiến hành chọc hút dịch ối và chẩn đoán trước sinh. Kết quả cho thấy: 1 thai nhi là người mang gen (--SEA/αα), 6 thai nhi còn lại đều là người đồng hợp tử α⁰ thalassemia, mắc Hb Bart's (--SEA/--SEA) và sẽ phát triển thành phù thai. (bảng 3).

Ngoài ra, có 3 thai phụ đã có biểu hiện phù thai ở 3 tháng cuối của thai kỳ, đã được xác định cả hai vợ chồng đều là người mang gen bệnh α⁰ thalassemia ở mức độ huyết đồ và di truyền phân tử, có chỉ định đình chỉ thai, được chúng tôi thu thập máu cuống rốn để chẩn đoán xác định tình trạng của thai. Kết quả cả 3 trường hợp thai này đều có kiểu gen đồng hợp tử α⁰ thalassemia, mắc Hb Bart's (--SEA/--SEA), phù hợp với lâm sàng.

Hiện nay, ở một số nơi trong khu vực Đông Nam Á, đặc biệt ở những nơi chưa thực hiện được kỹ thuật phân tích DNA, có một số quan điểm về chẩn đoán trước sinh phù thai do Hb Bart's chỉ dựa trên hình ảnh siêu âm, không cần sử dụng các phương pháp chẩn đoán can thiệp như chọc ối, sinh thiết gai rau. Tuy nhiên, nhiều trường hợp thai nhi mắc Hb Bart's chưa có biểu hiện phù thai trước 22 tuần thai [9]. Như trong nghiên cứu của chúng tôi, có hai trường hợp phát hiện phù thai ở tuần thứ 32 và 31 của thai kỳ. Do đó, kỹ thuật phân tích DNA của thai nhi vẫn là tiêu chuẩn để chẩn đoán xác định bệnh Hb Bart's.

KẾT LUẬN

- Sàng lọc người mang gen bệnh α⁰ thalassemia của 55 cặp vợ chồng bị phù thai dựa trên các chỉ số MCV, MCH, HbA₂, so sánh với chỉ số của người bình thường.

- Kết quả phân tích DNA của 55 cặp vợ chồng: 100% là người dị hợp tử đột biến mất đoạn hai gen (--SEA/αα).

- Chẩn đoán trước sinh cho 7 thai phụ: 6 thai nhi mắc Hb Bart's (--SEA/--SEA), 1 thai nhi dị hợp tử α⁰ thalassemia (--SEA/αα)

- 3 thai nhi sau khi đình chỉ thai được xác định mắc Hb Bart's bằng máu cuống rốn.

KIẾN NGHỊ:

Xác định người mang gen, tư vấn di truyền và chẩn đoán trước sinh bệnh phù thai do Hb Bart's ở những tuần thai sớm là biện pháp quan trọng và cần thiết để giảm nguy cơ sinh những em bé mắc bệnh, giảm biến chứng sản khoa nặng nề cho người mẹ và giảm gánh nặng tâm lý cho gia đình người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David H.K.Chui, John S. Wayne. Hydrops Fetalis Caused by α-Thalassemia: An Emerging Health Care Problem, Blood, 1998; Vol 91, No 7: 2213-2222.
2. Elliott P. Vichinsky, Alpha Thalassemia major – new mutation, intrauterine management and outcomes, 2009, Hematology, 35-41.
3. Jingzhong Liu, Xingyuan Jia, Guifang Long. A novel large deletion causing Hb Bart's Hydrops Fetalis in South China, Ann Hematol 2011; 90:125-126.
4. Cornelis L Harteveld, Douglas R Higg, 2010, Alpha Thalassemia, OJRD: 5-13
5. Tien Po Chen, Ta Chin Liiu, Chao Sung Chang. PCR based analysis of alpha Thalassemia in Southern Taiwan, Int J of Hematol; 2001; 75:277-280.
6. Torpong Sanguansermisri, Pattri Thanaratanakorn. Prenatal Diagnosis of Hemoglobin Bart's Hydrops Fetalis by HPLC analysis of Hemoglobin in Fetal Blood Samples, Blood, 2001. Vol 32, No 1: 181-185.
7. Antonio Cao, Renzo Galanello, M. Christina Rosatelli. Prenatal Diagnosis and Screening of the Hemoglobinopathies, eJIFCC, 1999. No 3: 1-11
8. Vivian Chan, A Ghosh, T K Chan. Prenatal diagnosis of homozygous alpha Thalassemia by direct analysis of uncultured amniotic fluid cells, Brist Med J, 1984. Vol 288: 1327-1329.
9. Le Lie Injo, A Solai, AR Herrera, Hb Bart's Level in Cord Blood and Deletion of alpha globin genes, Blood, 1982; 59: 370-376.

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA RAU CÀI RĂNG LƯỘC CÓ CAN THIỆP PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Lê Thị Hương Trà⁽¹⁾, Đặng Thị Minh Nguyệt⁽²⁾

(1) Bệnh viện huyện Ngọc Lặc, Thanh Hóa, (2) Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của rau cài răng lược có can thiệp phẫu thuật tại Bệnh viện phụ Sản Trung ương (BVPSTW). **Đối tượng và phương pháp:** hồi cứu, mô tả 100 sản phụ được chẩn đoán và điều trị rau cài răng lược tại BVPSTW trong 5 năm (1/2007 – 12/2011). **Kết quả:** Tỷ lệ thiếu máu của 100 bệnh nhân trước đẻ là 37,0%. Tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật gặp nhiều nhất ở bệnh nhân rau cài răng lược chiếm 40,3% và gặp ít nhất ở bệnh nhân rau bám chặt với tỷ lệ 27,3%, tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân rau đâm xuyên là 37,5%. Nồng độ Hb trung bình trước phẫu thuật của các bệnh nhân là: $112,7 \pm 4,2$ g/l. Rau cài răng lược (Placenta increta) chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,0%, rau đâm xuyên (Placenta percreta) chiếm 16,0% và rau bám chặt (Placenta accreta) chiếm tỷ lệ 22,0%. Siêu âm phát hiện được RCRL trước sinh chiếm tỷ lệ 32,0%. Siêu âm phát hiện được: rau cài răng lược (Placenta increta) 37,1%, rau đâm xuyên (Placenta percreta) 25,0%. Siêu âm phát hiện RCRL ở tuổi thai 33 – 37 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,6%, ở tuổi thai 23 – 32 tuần là 37,5%, tuổi thai ≥ 38 tuần chiếm 15,6% và ở tuổi thai ≤ 22 tuần chiếm tỷ lệ thấp nhất là 6,3%. **Kết luận:** Tỷ lệ thiếu máu của 100 bệnh nhân trước đẻ là 37,0%. Nồng độ Hb trung bình trước phẫu thuật của các bệnh nhân là: $112,7 \pm 4,2$ g/l. Siêu âm phát hiện được RCRL trước sinh chiếm tỷ lệ 32,0%, ở tuổi thai 33 – 37 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,6%, ở tuổi thai 23 – 32 tuần là 37,5%, tuổi thai ≥ 38 tuần chiếm 15,6% và ở tuổi thai ≤ 22 tuần chiếm tỷ lệ thấp nhất là 6,3%.

Từ khóa: Rau cài răng lược, cận lâm sàng.

ABSTRACT

LABORATORY AND ULTRASOUND MANIFESTATION OF

PATIENTS WITH PLACENTA ACCRETA HAVING SURGICAL INTERVENTION AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY.

Background: Placenta accreta is increasing. Imaging helps identify and diagnose performance placenta accreta disease. **Objective:** Describe the sub-clinical manifestation of patients with placenta accreta had surgical intervention at National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Materials & methods:** retrospective study 100 pregnancies who were diagnosed with placenta accreta had surgery at NHOG in 5 years (from Jan-2007 to Dec-2011). **Results:** The rate of pre-operative anemia was 37,0%. Anemia was more common in Placenta accreta (40,3%) than in Placenta increta (27,3%) and Placenta percreta (37,5%). The mean pre-operative Hb concentration was $112,7 \pm 4,2$ g/l. Placenta increta accounted for the highest percentage (62,0%). The incidence of placenta percreta and placenta accreta was lower (16,0% and 22,0%). The rate of correct diagnosis by pre-operative ultrasound of Placenta accreta, Placenta increta and Placenta percreta was 32,0%, 37,1% and 25,0%. The rate of correct diagnosis by pre-operative ultrasound of Placenta accreta depended on gestation age: >38 weeks (15,6%); 33-37 weeks (40,6%); 23-32 weeks (37,5%); <22 weeks (6,3%). **Conclusion:** The rate of pre-operative anemia was 37,0%. The mean pre-operative Hb concentration was $112,7 \pm 4,2$ g/l. The rate of correct diagnosis by pre-operative ultrasound of Placenta accreta was 32,0%. The rate of correct diagnosis by pre-operative ultrasound of Placenta accreta depended on gestation age: highest in 33-37 weeks (40,6%); 23-32 weeks (37,5%); and poorest in <22 weeks (6,3%).

Keys: placenta accreta, the sub-clinical

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Rau cài răng lược (RCRL) hiện nay tần suất bệnh đang có xu hướng tăng nhanh. Theo Eller là 1/1205 (1996 -2002) [1]. Thống kê ở Pháp: theo Cloqueur tại Lille là 1/1916 (1996 -2006), theo Kayem tại Paris là 1/968 (1993 -2002) [2].

Việc chẩn đoán trước sinh RCRL là rất quan trọng nhưng trước đây chỉ có thể được làm trong chuyển dạ và trong khi mổ lấy thai nên việc xử trí rất thụ động. Gần đây với sự tiến bộ vượt bậc của chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là siêu âm Doppler màu và phương pháp chụp cộng hưởng từ (MRI) thì việc chẩn đoán RCRL đã

được cải thiện rất nhiều.

Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của những trường hợp RCRL có can thiệp phẫu thuật tại BVPSTW từ 01/2007 đến 12/2011.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, những bệnh nhân đã được can thiệp phẫu thuật và được chẩn đoán xác định là RCRL tại BVPSTW trong 5 năm (1/2007 – 12/2011). Tiêu chuẩn loại trừ: Không ghi rõ loại RCRL, không có siêu âm chẩn đoán. Các sản phụ được chẩn đoán trước sinh là RCRL nhưng sau sinh không phải RCRL như: rau tiền đạo, rau bong non...

KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Mối liên quan giữa nồng độ Hb trước phẫu thuật và RCRL

Phân loại Hb (g/l)	Trước phẫu thuật	
	Số lượng	Tỷ lệ
< 70	2	2,0
70 - <90	3	3,0
90 - <110	32	32,0
≥ 110	63	63,0
Tổng	100	100
Trung bình	112,7 ± 4,2 g/l	

- Tỷ lệ thiếu máu của 100 bệnh nhân trước đẻ là 37,0%, trong đó thiếu máu nhẹ 32,0%, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nhẹ gặp nhiều nhất ở bệnh nhân rau cài răng lược chiếm 71,9%.

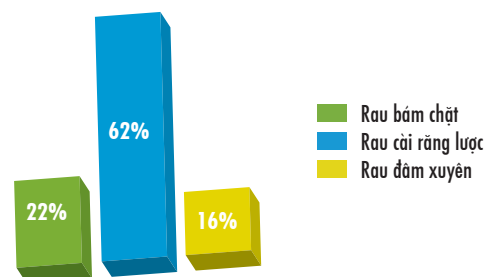
- Có 2 bệnh nhân thiếu máu nặng trước mổ, 1 bệnh nhân rau đâm xuyên với nồng độ Hb là 57g/l và 1 bệnh nhân rau cài răng lược có nồng độ Hb là 62g/l.

- Tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật gặp nhiều nhất ở bệnh nhân rau cài răng lược chiếm 40,3% và gặp ít nhất ở bệnh nhân rau bám chặt với tỷ lệ 27,3%, tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân rau đâm xuyên là 37,5%.

- Nồng độ Hb trung bình trước phẫu thuật của các bệnh nhân là: 112,7 ± 4,2 g/l.

Trong số 100 bệnh nhân RCRL, rau cài răng lược (Placenta increta) chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,0%, rau đâm xuyên (Placenta petcreta) chiếm 16,0% và rau bám chặt (Placenta accreta) chiếm tỷ lệ 22,0%.

Biểu đồ 3.1. Thể loại rau cài răng lược



Bảng 3.2. Siêu âm phát hiện RCRL

Loại rau	Rau bám chặt		Rau cài răng lược		Rau đâm xuyên		Tổng số	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Rau cài răng lược	1	4,5	23	37,1	4	25,0	28	28,0
Rau đâm xuyên	0	0,0	0	0,0	4	25,0	4	4,0
Không phát hiện ra RCRL	21	95,5	39	62,9	8	50,0	68	68,0
Tổng số	22	100	62	100	16	100	100	100

(Ghi chú: Phân loại RCRL căn cứ theo giải phẫu bệnh hoặc mô tả lúc mổ)

- Trong 100 bệnh nhân khi vào viện chỉ có 32 bệnh nhân siêu âm phát hiện được RCRL trước sinh chiếm tỷ lệ 32,0%.

- Trong số 62 bệnh nhân rau cài răng lược (Placenta increta) siêu âm phát hiện được chính xác 23 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 37,1%, còn 62,9% không phát hiện được trên siêu âm mà chỉ phát hiện được trong quá trình phẫu thuật. Có 1 trường hợp siêu âm trước sinh là thể rau cài răng lược (Placenta increta) nhưng khi mổ ra lại là thể rau bám chặt (Placenta accreta).

- Trong số 16 bệnh nhân rau đâm xuyên (Placenta percreta) có 4 trường hợp siêu âm chẩn đoán chính xác chiếm 25,0% và 4 (25,0%) trường hợp siêu âm chẩn đoán là thể rau cài răng lược (Placenta increta), 50,0% trường hợp không phát hiện được trên siêu âm.

- Siêu âm chẩn đoán trước sinh không phát hiện được trường hợp rau bám chặt nào.

Bảng 3.3. Phân bố tuổi thai siêu âm phát hiện RCRL

	≤ 22 tuần	23-32 tuần	33 - 37 tuần	≥ 38 tuần	Tổng số
n	2	12	13	5	32
Tỷ lệ	6,3	37,5	40,6	15,6	100

(Ghi chú: chỉ có 32 bệnh nhân được siêu âm chẩn đoán trước sinh RCRL)

Siêu âm phát hiện RCRL ở tuổi thai 33 – 37 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,6%, ở tuổi thai 23 – 32

tuần là 37,5%, tuổi thai ≥ 38 tuần chiếm 15,6% và ở tuổi thai ≤ 22 tuần chiếm tỷ lệ thấp nhất là 6,3%.

BÀN LUẬN

TỶ LỆ PHẦN LOẠI CỦA RAU CÀI RĂNG LƯỢC

Theo biểu đồ 3.1 trong số 100 bệnh nhân RCRL thì loại rau cài răng lược (Placenta increta) chiếm tỷ lệ cao nhất là 62%, loại rau bám chặt (Placenta accreta) chiếm 22% còn loại rau đâm xuyên (Placenta percreta) chiếm 16%.

Trong 76 trường hợp cắt tử cung có 71 trường hợp được làm GPB với kết quả trả lời là RCRL, chỉ có 5 trường hợp không được làm GPB và ghi trong phiếu ghi cách thức phẫu thuật là sau khi bóc rau thấy gai rau ăn vào cơ tử cung. Như vậy 2 loại rau cài răng lược (Placenta increta) và rau đâm xuyên (Placenta percreta) có thể chẩn đoán xác định vào kết quả siêu âm, kết quả giải phẫu bệnh và cách thức phẫu thuật của phẫu thuật viên. Với những trường hợp rau bám chặt (Placenta accreta) ngoài 5 trường hợp được chẩn đoán xác định bởi kết quả GPB ở những tử cung đã cắt, còn những trường hợp được bảo tồn tử cung thì ít nhiều còn ảnh hưởng bởi nhận định chủ quan của phẫu thuật viên. Trong 22 bệnh nhân rau bám chặt có 17 bệnh nhân được bảo tồn tử cung và được mô tả là rau bám chặt trong phiếu ghi cách thức phẫu thuật.

SIÊU ÂM

Theo kết quả bảng 3.6 cho thấy trong các bệnh nhân RCRL siêu âm chẩn đoán trước sinh có thể phát hiện được 32%, trong đó tỷ lệ chẩn đoán đúng của rau cài răng lược (Placenta increta) là 37,1% và rau đâm xuyên (Placenta percreta) là 25%. Không có trường hợp rau bám chặt (Placenta accreta) nào được chẩn đoán trước sinh.

Như chúng ta đã biết tai biến và biến chứng của RCRL là vô cùng nặng nề nhưng chúng lại thường chỉ bắt đầu xảy ra trong quá trình chuyển dạ khi thai đã sổ, lúc đó mọi xử trí đều trong tình trạng bị động như: động tác cố gắng bóc hết rau có thể gây chảy máu ồ ạt, sự do dự giữa cắt tử cung và cố gắng cầm máu làm thời gian phẫu thuật kéo dài và gây mất máu nhiều hơn, hay sự bị động về lượng máu dự trữ, về trang thiết bị kỹ thuật và đặc biệt là sự vắng mặt của những phẫu thuật viên có kinh nghiệm tốt. Chính vì vậy việc chẩn đoán trước sinh RCRL là vô cùng quan trọng và quý báu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 20

trường hợp mất máu nhiều từ 5 đơn vị trở lên thì có tới 13 trường hợp không được chẩn đoán trước sinh RCRL, trong đó có 5 trường hợp phải truyền tới 8 đơn vị máu và 4 trường hợp phải truyền 6 đơn vị máu.

Nghiên cứu của Bạch Cẩm An có 62,5% (5/8) trường hợp siêu âm phát hiện được RCRL [3], trong đó có 3 trường hợp xác định đúng có xâm lấn bàng quang chiếm tỷ lệ 37,5%. Như vậy tỷ lệ siêu âm phát hiện RCRL của chúng tôi thấp hơn rất nhiều, tỷ lệ chẩn đoán đúng rau đâm xuyên cũng thấp hơn nhiều.

Trường hợp siêu âm phát hiện RCRL sớm nhất là ở tuổi thai 22 tuần. Đa số trong nghiên cứu này được siêu âm chẩn đoán sau 22 tuần thậm chí đa số chẩn đoán sau 33 tuần (18/32), điều này là hoàn toàn hợp lý vì phần lớn đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này là rau tiền đạo, thậm chí cả 32 trường hợp siêu âm này đều có rau tiền đạo, mà để chẩn đoán rau tiền đạo thường được thực hiện vào 3 tháng cuối của thai kỳ. Hơn nữa kỹ năng siêu âm Doppler màu để chẩn đoán RCRL hiện nay chưa cao cho nên thường chẩn đoán muộn hoặc không chẩn đoán được. Đây là một trong những thiệt thòi của bệnh nhân RCRL khi mà chưa có chẩn đoán trước sinh, sẽ làm tăng tỷ lệ biến chứng của RCRL.

So sánh với kết quả của tác giả Trần Danh Cường với 55,6% (15/27) trường hợp được chẩn đoán sau 33 tuần (4) thì nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp.

Về chẩn đoán RCRL tác giả Trần Danh Cường khẳng định sử dụng siêu âm màu là hoàn toàn có thể chẩn đoán được RCRL, đặc biệt ở thai phụ RTĐ có sẹo mổ tử cung cũ. Dấu hiệu siêu âm đặc trưng là các nang chứa dịch trong nhu mô rau và hình ảnh mạch máu đi thẳng góc với thành tử cung. Phương pháp này có thể thay thế chụp IRM [4]. Nhiều tác giả đưa ra độ nhạy và độ đặc hiệu của siêu âm để phát hiện ra loại rau cài răng lược khoảng 80 và 90% [5, 6]. Theo Comstock, CH thì dấu hiệu gợi ý loại RCRL có thể phát hiện sớm vào quý đầu của thai nghén, một loạt các thai phụ bị RCRL và có sẹo mổ đẻ cũ đã được chẩn đoán trước bằng siêu âm lúc túi ối 6 tuần thường bám vào đoạn dưới tử cung hơn là bám vào đáy tử cung, khi siêu âm kiểm tra lại thai trước 10 tuần thì những ca này túi ối thường bám vào sẹo mổ đẻ và vùng có lớp cơ mỏng [7]. Nagi và CS cũng cho rằng chẩn đoán thành công RTĐ/

RCRL phát triển trên vết sẹo mổ lấy thai có thể được thực hiện trong suốt thời gian quý I của thai nghén, đặc biệt trong những tuần đầu tiên bởi vì túi ối của thai đang rất nhỏ và vị trí làm tổ có thể xác định chính xác, hơn nữa đoạn dưới tử cung tương đối dày tạo điều kiện cho việc phát hiện thai làm tổ trên sự khiếm khuyết của thành trước cơ tử cung [8].

Việc chẩn đoán sớm sự bất thường bám dính của rau thai ở quý I sẽ cho bệnh nhân sự lựa chọn hoặc là tiếp tục kéo dài thai nghén hoặc là chấm dứt thai kỳ. Chấm dứt thai kỳ trong quý I có biến chứng quan trọng là xuất huyết trong 20% – 40% các ca nhưng nguy cơ cắt bỏ tử cung rất thấp [8], vì khả năng có thể bảo tồn tử cung là rất quan trọng đối với phụ nữ. Tuy nhiên, với những trường hợp thai phụ lựa chọn tiếp tục kéo dài thai nghén, thầy thuốc sẽ tư vấn cho họ những nguy cơ đối với mẹ và con. Việc khám thai định kỳ sẽ tương tự như với các phụ nữ khác với chẩn đoán chính là RTĐ, nhưng việc chẩn đoán sớm sẽ giúp đảm bảo sự có mặt của các nhân viên y tế cao cấp cũng như sự chuẩn bị các trang thiết bị đầy đủ trong quá trình chuyển dạ hoặc mổ lấy thai.

Có 3 trường hợp siêu âm chẩn đoán trước sinh nghi ngờ rau đâm xuyên bàng quang đã được soi bàng quang chẩn đoán thì có 2 trường hợp thấy niêm mạc bàng quang bình thường. Chỉ có 1 trường hợp soi thấy vùng đáy bàng quang có nhiều mạch máu giãn to, phía sau cổ bị đẩy lồi và dưới niêm mạc có tổ chức xâm lấn nhưng chưa qua niêm mạc bàng quang.

Trong 100 thai phụ bị RCRL trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào được chụp MRI và làm xét nghiệm nồng độ alpha fetoprotein để chẩn đoán loại RCRL.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu máu của 100 bệnh nhân trước đẻ là 37,0%. Nồng độ Hb trung bình trước phẫu thuật của các bệnh nhân là: $112,7 \pm 4,2$ g/l. Rau cài răng lược (Placenta increta) chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,0%, rau đâm xuyên (Placenta petcreta) chiếm 16,0% và rau bám chặt (Placenta accreta) chiếm tỷ lệ 22,0%. Siêu âm phát hiện được RCRL trước sinh chiếm tỷ lệ 32,0%, ở tuổi thai 33 – 37 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,6%, ở tuổi thai 23 – 32 tuần là 37,5%, tuổi thai ≥ 38 tuần chiếm 15,6% và ở tuổi thai ≤ 22 tuần chiếm tỷ lệ thấp nhất là 6,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eller AG, Porter TF, Soisson P, Silver RM. Optimal management strategies for placenta accreta. BJOG. 2009;116:648.
2. Sentilhen L, et al. Rau cài răng lược. Báo cáo khoa học tại Hội nghị Sản Phụ khoa Việt – Pháp tháng 4/2011 Hà Nội; 2011.
3. Bach Cẩm An, cộng sự. Nhận xét một số trường hợp rau cài răng lược xâm lấn bàng quang trên vết mổ cũ: Hội nghị Sản Phụ khoa Việt- Pháp tháng 4/2011. Chuyên đề Hỗ trợ sinh sản – Vô sinh – Sản phụ khoa; 2011.
4. Trần Danh Cường. Chẩn đoán rau cài răng lược bằng siêu âm Doppler màu: Hội nghị Sản Phụ khoa Việt – Pháp năm 2011. Chuyên đề chẩn đoán trước sinh – sơ sinh 2011.
5. Finberg HJ, Williams JW. Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarean section. J Ultrasound Med. 1992(11):333.
6. Levine D, Hulka CA, Ludmir J, et al. Placenta accreta: evaluation with color Doppler US, power Doppler US, and MR imaging. Radiology. 1997;205:773.
7. Comstock CH, Lee W, Vetraino IM, Bronsteen RA. The early sonographic appearance of placenta accreta. 2003;22:19.
8. Jara Ben Nagi, et al. First-trimester cesarean scar pregnancy evolving into placenta previa/accreta at term: a case report. J Ultrasound Med. 2005;24:220 – 7.

THÁI ĐỘ XỬ TRÍ THAI PHỤ LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TRONG 2 NĂM 2010 - 2011

Nguyễn Thị Bích Vân

Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá ảnh hưởng của Lupus lên sản phụ và thai nhi trong những tháng cuối của thai kỳ và thái độ xử trí. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu dựa trên hồ sơ của các sản phụ Lupus nhập viện theo dõi tại khoa Sản bệnh lý, khoa đẻ Bệnh viện Phụ sản trung ương và đẻ tại viện. **Kết quả:** Có 24 hồ sơ đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu trong thời gian từ tháng 1 năm 2010 đến hết tháng 11 năm 2011. Tuổi trung bình của các sản phụ là 29,95, con so chiếm 62,5% và con đẻ chiếm 37,5%. Biến chứng TSG chiếm 29,2%, biến chứng thai suy dinh dưỡng chậm phát triển trong tử cung chiếm 46%. Tỷ lệ mổ lấy thai 91,66% trong đó có 15 trường hợp ĐCTN và 7 trường hợp chuyển dạ tự nhiên. Không có tử vong mẹ và thai nhi. **Kết luận:** Lupus và thai nghén là một tình trạng thai nghén nguy cơ cao cho mẹ và thai nhi, việc theo dõi, điều trị kết hợp giữa thầy thuốc chuyên khoa và bác sỹ sản khoa giúp cho việc phát hiện sớm biến chứng bệnh và có thái độ xử trí kịp thời. Đình chỉ thai nghén bằng mổ lấy thai cho kết quả tốt, ít tai biến, an toàn cho sản phụ và thai nhi.

Từ khóa: Lupus, Tiền sản giật, thai suy dinh dưỡng chậm phát triển trong tử cung, thai nghén nguy cơ cao.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate the effect of SLE on mothers

and fetuses in the last months of the pregnancy period and the treatment behaviors. **Materials and methods:** retrospective research on the basis of the medical file of those pregnant mothers that suffered SLE, hospitalized and treated at the Department of Disease Pregnancy, Department of Delivery, Department of normal Delivery at the Central Hospital of Mothers and Newborns. **Results:** 24 cases were qualified for the research for the period from January 2010 to November 2011. The average of the pregnant mothers was 29.95. Mothers of first child accounted for 62.5% and the rest accounted for 37.5%. Cases of complication of Pre-eclampsia accounted for 29.2% and case of intrauterine growth restriction accounted for 46%. The ratio of cesarean delivery accounted for 91.16% in which 15 cases were interruption of pregnancy and 7 case of natural delivery. There was no mortal case for either the mothers or babies. **Conclusion:** SLE pregnancies are the pregnant status with high risks for both mothers and babies. The examination and treatment that combines both medical doctors and Gynecological doctors help discover early the disease in order to have a right treatment behavior. Interruption of pregnancy by cesarean brings up good reward, low catastrophe and safe for mothers and babies.

Key words: Lupus, pregnancy, Pre eclampsia, intrauterine growth restriction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (Systems Lupus Erythematosus hay SLE, gọi tắt là bệnh Lupus) là bệnh tự miễn, chưa rõ nguyên nhân, biểu hiện bởi tổn thương nhiều cơ quan và có kháng thể kháng nhân (đặc biệt là kháng thể kháng DsDNA).

Tỷ lệ mắc bệnh ở Mỹ khoảng 1/1000 người dân. Ở Việt nam, số bệnh nhân Lupus phải điều trị nội trú tại Khoa Xương Khớp bệnh viện Bạch mai (năm 1991-2000) chiếm 6,59% tổng số bệnh nhân. Tuổi mắc bệnh từ 16-50 tuổi, song có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Nữ giới chiếm ưu thế (tỉ lệ 9/1 hoặc 8/1).

Thai nghén làm nặng thêm bệnh Lupus. Vì vậy một phụ nữ mắc bệnh Lupus chỉ nên có thai khi không có các dấu hiệu tiến triển bệnh về lâm sàng và cận lâm sàng trong 6 tháng liền trước đó. Khi có thai phải theo dõi như là thai nghén có nhiều nguy cơ. Đồng thời Lupus cũng làm tăng các biến chứng thai sản. Với mẹ Lupus dẫn đến tình trạng Tiền sản giật, tăng nguy cơ băng huyết sau đẻ do biến chứng giảm tiểu cầu và rối loạn đông máu, tăng nguy cơ huyết khối tĩnh mạch. Với thai nhi Lupus gây nguy cơ sảy thai, đẻ non, thai suy dinh dưỡng chậm phát triển trong tử cung, Block tim bẩm sinh

Việc theo dõi sát các bệnh nhân Lupus khi mang thai, phát hiện các biến chứng cho mẹ đặc biệt là biến chứng TSG và nguy cơ cho thai, nhất là các trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung giúp các nhà sản khoa quyết định thời điểm dùng thai nghén nhằm hạn chế tổn thương ở mẹ và bảo đảm an toàn cho thai nhi

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Đánh giá ảnh hưởng của Lupus lên bà mẹ và thai nhi trong những tháng cuối và trong thời kỳ chuyển dạ

2. Thái độ xử trí với sản phụ Lupus trong những tháng cuối và trong khi chuyển dạ

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

Hồ sơ của tất cả các sản phụ được chẩn đoán Lupus nhập viện, điều trị tại khoa Sản bệnh lý, khoa đẻ và đẻ tại Bệnh viện Phụ sản trung ương từ 1/2010 đến hết tháng 11/2011

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án

Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê thông thường.

Cỡ mẫu: mẫu tổng thể không xác xuất, toàn bộ hồ sơ đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn đều được lấy vào nghiên cứu. Từ 1/2010 đến 11/2011 chúng tôi thu nhận được 24 bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

3. TIÊU CHUẨN LỰA CHỌN:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định Lupus trước hoặc trong thời kỳ mang thai
- Tuổi thai khi nhập viện trên 28 tuần
- Một thai
- Thai sống ở thời điểm nhập viện

4. TIÊU CHUẨN LOẠI TRỪ:

- Hồ sơ không đầy đủ thông tin.

5. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ TRONG NGHIÊN CỨU:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán TSG: Phù, Tăng huyết áp và Protein niệu
- Tiêu chuẩn chẩn đoán thai chậm phát triển trong tử cung: dựa vào biểu đồ đánh giá cân nặng thai nhi theo tuổi thai
- Tiêu chuẩn đánh giá Lupus dựa vào bệnh án khám chuyên khoa của bệnh nhân

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Đặc điểm của thai phụ

Đặc điểm		N (%)	Tổng
Tuổi mẹ	20 - 25	4 (16,6%)	24
	26 - 30	12 (50%)	
	> 30	8 (33,4%)	
Biến chứng	TSG	7 (29,2%)	24
	Thận	1 (4,2%)	
	Giảm tiểu cầu	2 (8,4%)	
	Không	14 (58,2%)	
Tuổi thai	34 - 37 tuần	9 (37,5%)	24
	> 37 tuần	15 (62,5%)	
Thời gian mắc bệnh	> 5 năm	5 (20,8%)	24
	< 5 năm	14 (58,4%)	
	không biết	5 (20,8%)	

Tổng số hồ sơ thu nhận được trong nghiên cứu là 24, tuổi trung bình của các sản phụ là $29,95 \pm 1,25$. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 26 - 30 (50%), ít nhất là từ 20 - 25 (16,6%), cao nhất là 43 tuổi và thấp nhất là 20 tuổi. Con so 15 trường hợp (62,5%) con dạ 9 trường hợp chiếm 37,5%. 7 trường hợp xuất hiện các dấu hiệu Tiền sản giật như phù, tăng huyết áp và protein niệu chiếm 29,2%, 17 trường hợp không có dấu hiệu TSG chiếm 70,8%. Thời gian điều trị Lupus trung bình 3- 5 năm.

Có 1 trường hợp biến chứng thận (4,16%), 2 trường hợp xuất hiện giảm tiểu cầu (8,32%), 19 bệnh nhân đang được theo dõi và điều trị Lupus tại thời điểm trước và trong khi mang thai, chủ yếu là Corticoid và một số trường hợp dùng Levenox, chỉ có 5 trường hợp bệnh nhân bỏ điều trị hoặc chỉ phát hiện bệnh khi có thai và tại thời điểm nhập viện. Trong 24 bệnh nhân theo dõi có 15 trường hợp (62,5%) đẻ đủ tháng, ngoài ra 9 trường hợp đẻ non (37,5%)

Bảng 2. Đặc điểm của thai nhi

Thông số		N	Tỷ lệ
Tuổi thai	Đủ tháng $\geq 37w$	15	62,5%
	Non tháng $< 37w$	9	37,5%
Cân nặng	Bình thường	13	54%
	CPTTC	11	46%
Apgar	≥ 7	19	79%
	< 7	5	21%

11 trường hợp thai nhi có biểu hiện suy dinh dưỡng chậm phát triển trong tử cung (45,8%), trong đó 8 trường hợp phải ĐCTN vì có dấu hiệu suy thai, 3 trường hợp không theo dõi thai và bệnh nhân đến viện đã có dấu hiệu chuyển dạ. Không có trường hợp

thai chết lưu trong tử cung, 5 trường hợp cần đến hồi sức sơ sinh và cả 5 trường hợp này đều sinh non

Bảng 3. Thái độ xử trí

Cách thức đẻ	Đẻ thường		Mổ lấy thai	
	N	%	N	%
CDTN	2	22%	7	78%
ĐCTN	0	0%	15	100%
Tổng	2	8,33%	22	91,66%

15 thai phụ phải đình chỉ thai nghén bằng mổ lấy thai trong đó 4 trường hợp TSG nặng, 7 trường hợp thai có biểu hiện suy và chậm phát triển trong tử cung kèm theo các dấu hiệu của Lupus tiến triển, 4 trường hợp còn lại đình chỉ thai nghén do các nguyên nhân sản khoa (Mổ cũ, thai to, TSSKNN, ngôi ngược)

Cùng với sự phát triển của nội khoa, điều trị bệnh nhân Lupus ngày càng cải thiện. Việc bệnh nhân Lupus mang thai và sinh nở hoàn toàn có thể được cho phép nếu tình trạng bệnh ổn định và có sự theo dõi chặt chẽ. Tuy nhiên nguy cơ hay gặp nhất trong những tháng cuối cho các bà mẹ này là TSG và tiến triển nặng lên của bệnh, chiếm 29,2 % trong số các sản phụ được theo dõi. Trong khi tỷ lệ TSG trong cộng đồng nói chung chỉ khoảng từ 5 – 10%. Các nghiên cứu gần đây của một số tác giả nước ngoài cũng cho thấy TSG và một số biến chứng của TSG cũng thường xảy ra trong quý 3 của thai kỳ như hội chứng HELLP, tăng huyết áp, suy thận, nhiễm trùng tiết niệu... Với các bệnh nhân được theo dõi định kỳ và điều trị ổn định, thai nghén duy trì được đến đủ tháng, tỷ lệ đẻ non trong nghiên cứu này chiếm 37,5%, chỉ có 5 trường hợp bệnh nhân không được theo dõi và bỏ điều trị trước khi mang thai, 3 trong số 5 sản phụ này được tiến hành mổ cấp cứu vì suy thai. Nghiên cứu của P.E Georgiou và cộng sự trên 47 bệnh nhân Lupus mang thai tại bệnh viện Ioanina, Đức cũng cho tỷ lệ sinh đủ tháng là 61%, tỷ lệ đẻ non là 24% và sảy thai, thai chết lưu 15%. Tuy nhiên biến chứng thận trong nghiên cứu này chiếm tới 10% trong khi nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 bệnh nhân (4,2%).

Một điều dễ nhận thấy trong nghiên cứu có tới 46% trẻ sơ sinh có tình trạng suy dinh dưỡng và chậm phát triển trong tử cung, và 21% trẻ có biểu hiện ngạt và cần hồi sức khi đẻ. Việc theo dõi sát và phát hiện sớm các dấu hiệu này để có quyết định đình chỉ thai nghén đóng vai trò quan trọng vì nếu xử trí không kịp thời thai có thể chết trong bụng tử cung. Một số tác giả khuyến cáo việc kết hợp điều trị giữa bác sỹ chuyên ngành khớp và sản phụ khoa, theo đó nếu

tình trạng Lupus ổn định, có thể theo dõi chờ chuyển dạ tự nhiên, việc đình chỉ thai nghén chỉ đặt ra khi có nguy cơ đe dọa sản phụ và thai nhi như suy thai, TSG nặng, HC Hellp và phải kết hợp với các thăm dò sản khoa như Monitor, siêu âm, Doppler ..

Tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu này lên tới 91,6%, trong đó bao gồm tất cả các trường hợp đình chỉ thai nghén và 78% là chuyển dạ tự nhiên. Phần lớn các chỉ định mổ này đều do biến chứng của Lupus và tiến triển nặng lên của bệnh như TSG, tăng huyết áp, thai suy và thai chậm phát triển trong tử cung, chỉ có một số ít chỉ định về sản khoa đơn thuần như ngôi ngược hoặc vết mổ đẻ cũ (5/24 trường hợp). Không có biến chứng trước, trong và sau mổ.

IV. KẾT LUẬN

Có thai ở bệnh nhân Lupus là một tình trạng thai nghén nguy cơ cao, đặc biệt trong những tháng cuối và trong thời kỳ chuyển dạ. Nhiều biến chứng có thể xảy ra cho mẹ và thai nhi như TSG, tăng huyết áp, giảm tiểu cầu, viêm thận, suy thai, thai chậm phát triển trong tử cung. Tỷ lệ đẻ non và cần hồi sức sơ sinh cao. Việc kết hợp theo dõi và điều trị giữa các thầy thuốc chuyên khoa và Sản khoa đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá tình trạng tiến triển của bệnh để có quyết định chấm dứt thai kỳ đúng lúc. Đình chỉ thai nghén bằng mổ lấy thai cho kết quả tốt, ít tai biến và an toàn cho cả mẹ và thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aeshita Pearl Dwivedi. Lupus and Pregnancy. Mary Kirkland Center for Lupus Care. http://www.hss.edu/conditions_lupus-pregnancy-points-optimize-outcome.asp
2. Clowse ME, Jamison M, Myers E, James AH. A national study of the complications of lupus in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2008 Aug;199(2):127.e1-6.
3. Georgiou PE, Politi EN, Katsimbri P, Sakka V, Drosos AA. Outcome of lupus pregnancy: a controlled study. Rheumatology (Oxford). 2000 Sep;39(9):1014-9.

NHẬN XÉT VỀ TÌNH HÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ Ở THAI PHỤ CÓ DỊ DẠNG TỬ CUNG ĐÔI TỪ TUỔI THAI 22 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Thủy⁽¹⁾, Nguyễn Quốc Tuấn⁽²⁾, Ngô Minh Thắng⁽¹⁾

(1) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, (2) Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét về chẩn đoán và thái độ xử trí với thai phụ có tử cung đôi từ tuổi thai 22 tuần tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả. **Kết quả:** có 43 thai phụ tử cung đôi /125000 trường hợp đẻ, tỷ lệ 1/3000. 81,4% thai phụ được chẩn đoán trước sinh. Dị tật chủ yếu là 2 tử cung với 2 CTC và 1 âm đạo có vách ngăn dọc chiếm 25,6%. 2 tử cung với 1 CTC và 1 âm đạo chiếm 39,5%. Có 17,1% trường hợp được nội soi chẩn đoán trước vì vô sinh. 34,3% chỉ được chẩn đoán khi đã có thai bằng siêu âm. Bệnh nhân TC đôi có tỷ lệ sảy thai, thai lưu: 48,8%, sảy thai liên tiếp 16,3%, đẻ non 13,9%, vô sinh 16,3%. Tỷ lệ đẻ non dưới 37 tuần là 27,8%. 42/43 trường hợp là ngôi dọc trong đó có 32,5% là ngôi ngược và 97,6% được mổ đẻ. Tuy nhiên có 67,4% trẻ sinh ra trọng lượng >2500g và 97,6% trẻ khỏe mạnh. **Kết luận:** Dị tật tử cung đôi có thể được chẩn đoán sớm dựa vào tiền sử, thăm khám lâm sàng kết hợp siêu âm để có thái độ xử trí tích cực đối với thai phụ giúp làm giảm nguy cơ đẻ non, tăng khả năng sống của trẻ

ABSTRACT

RESEARCH ON DIAGNOSIS AND MANAGEMENT ON THE PREGNANCY WITH UTERUS DIDELPHYS FROM 22

WEEKS GESTATION AT THE NATIONAL OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: Research about diagnosis and management on the pregnancy with uterus didelphys from 22 weeks gestation at the National Hospital of OB/GYN. **Methods:** retrospective study. **Results:** 43 didelphys/125.000 births (1/3000). 81.4% case was diagnosis prenatal. Uterus didelphys with double cervix and double vagina: 25.6%. Which with only one cervix and one vagina: 39.5%. 17.1% cases were diagnosed by endoscopy infertility. 34.2% diagnosed during pregnancy by ultrasonography. Pregnancy losses rate in history was 48.8%. Continuous miscarriage rate was 16.3%, preterm delivery history was 13.9%, infertile rate was 16.3%. Preterm delivery under 37 weeks was 27.8%. 42/43 cases with vertical presentation and 32.5% breech presentation. 97.6% cesarean section. 67.4% newborn weigh >2500g and 97.6% healthy. **Conclusion:** Didelphys uterine is able to be diagnosed early base on history, clinical examination and ultrasound in order to active management to the patient, reduce preterm birth rate and increase survives ability of the newborn. Cesarean section is the first choice.

Keywords: Didelphys uterine, diagnosis, malformation, gestation.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tử cung đôi là tình trạng bất thường về giải phẫu tại tử cung do không có sự hợp nhất của ống Muller từ trong quá trình hình thành bào thai, dẫn đến hai tử cung cùng tồn tại song song bên cạnh nhau, nguyên nhân chưa biết rõ, nhưng hậu quả thì dẫn đến hình thái chung hay gặp nhất là hai thân tử cung riêng biệt hai cổ tử cung, mỗi tử cung chỉ có một vòi tử cung và một buồng trứng, và thường đi kèm với bất thường về âm đạo đó là vách ngăn dọc tạo thành 2 hai âm đạo hoặc đôi khi ít gặp hơn đó là cùng chung nhau một âm đạo. Trong một số ít trường hợp tử cung đôi người ta thấy bên cạnh một tử cung đơn phát triển

bình thường là một tử cung chột, kém phát triển, cổ tử cung đôi khi không quan sát thấy qua đường âm đạo, thay vào đó là một lỗ chấm nhỏ đổ vào âm đạo hoặc bám vào một bên tử cung đôi bình thường, do không thoát được máu kinh nên thường tạo thành khối máu tụ (hematomcolpost). Tử cung đôi chiếm tỷ lệ ít trong các loại bất thường về tử cung như tử cung có vách ngăn, tử cung hai sừng, tỷ lệ này khoảng 0,1-0,2% tại Mỹ, và nhìn chung là 1/3000 phụ nữ. Tử cung đôi là một trong những nguyên nhân gây vô sinh, hoặc nếu có thai thì cũng dễ dẫn đến sảy thai, thai chết lưu hoặc muộn hơn là gây đẻ non (21%), ngôi thai bất thường mà thường là ngôi ngược (43%), tỷ lệ

mổ lấy thai cũng rất cao (82%). Do vậy thái độ xử trí của các nhà sản khoa là rất có ý nghĩa trong việc quản lý thai cũng như khi chuyển dạ để bảo đảm thai sống được khi ra ngoài. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích: “Nhận xét tình hình chẩn đoán và thái độ xử trí đối với những thai phụ có dị dạng tử cung đôi có tuổi thai từ 22 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2008 đến 2012.”

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG:

- Các thai phụ có tuổi thai trên 22 tuần được chẩn đoán xác định là tử cung đôi trước, trong hoặc sau khi có thai, đẻ tại BV Phụ sản Trung ương từ năm 2008 đến 2012.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Phương pháp hồi cứu mô tả với cỡ mẫu là tất cả số thai phụ đạt tiêu chuẩn có đầy đủ hồ sơ bệnh án và các thông tin cần thiết trong thời gian từ 2008-2012.

2.3. TIÊU CHUẨN CỦA TỬ CUNG ĐÔI TRONG CÁC LOẠI BẤT THƯỜNG VỀ TỬ CUNG, CỔ TỬ CUNG VÀ ÂM ĐẠO:

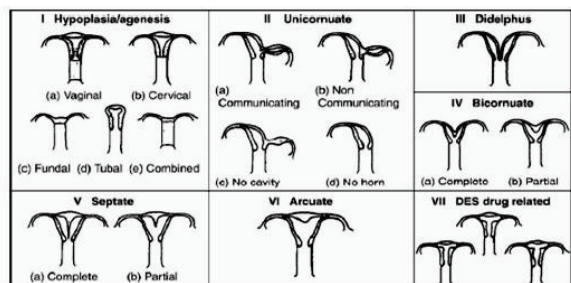


Figure 1: Classification of congenital uterine anomalies as described by the American Fertility Society (1988).

- 1- Tử cung có vách ngăn một phần với 1 cổ tử cung
- 2- Tử cung có vách ngăn toàn bộ
- 3- Tử cung có vách ngăn dọc toàn bộ với 2 cổ tử cung và 2 âm đạo: Loại này gần giống với tử cung đôi.
- 4- Hai tử cung với 2 cổ tử cung và 2 âm đạo (tử cung đôi)
- 5- Tử cung hai sừng với một cổ tử cung
- 6- Tử cung hai sừng với vách ngăn 2 cổ tử cung và một âm đạo
- 7- Tử cung hai sừng trong đó một sừng tịt và không kết nối với bên kia
- 8- Tử cung một sừng
- 9- Tử cung đôi nhưng không có âm đạo
- 10- Tử cung chung vách nhưng có 2 cổ tử cung và 2 âm đạo
- 11- Tử cung hai sừng chung vách giữa nhưng 2 cổ tử cung với 1 âm đạo thông bình thường và 1 âm đạo tịt

12- Tử cung hai sừng chung vách giữa có 2 cổ tử cung với 2 âm đạo

13- Tử cung hai sừng chung vách giữa có 2 cổ tử cung và 1 âm đạo

14- Tử cung mất đoạn cổ tử cung

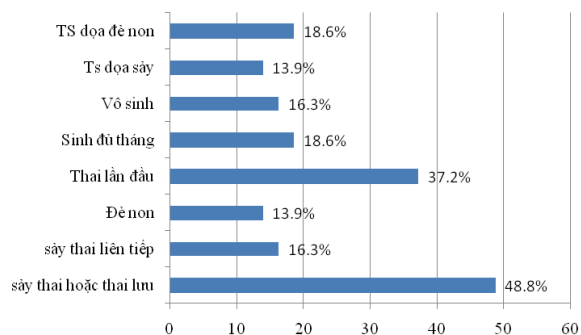
Trong nghiên cứu này chỉ chọn những thai phụ có dị dạng tử cung đôi tức thuộc nhóm 3 và 4 vì nhóm 9 cũng là tử cung đôi nhưng không có âm đạo nên không thể có thai được.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Trong 5 năm (từ 1/2008 đến 12/2012) có 43 thai phụ được chẩn đoán tử cung đôi với tuổi thai từ 22 tuần vào đẻ tại BVPSTW.

Tỷ lệ tử cung đôi là: 43/125.000 tổng số đẻ 5 năm tương đương tỷ lệ 1/3000

3.1. TIỀN SỬ THAI NGHÉN:



Biểu đồ 1. Tiền sử thai nghén

3.2. ĐẶC ĐIỂM THAI NGHÉN HIỆN TẠI

Bảng 1. Đặc điểm thai nghén hiện tại

	Đặc điểm	n	%
Tuổi thai	22-34 tuần	7	16,2
	35 ≤ tuổi thai < 37 tuần	5	11,6
	≥ 37 tuần	31	72,2
Ngôi thai	Đầu	28	65,1
	Ngược	14	32,5
	Ngang	1	2,3
Trọng lượng thai	< 2500g	14	32,5
	2500-3000g	16	37,2
	> 3000g	13	30,2
Chỉ số Apgar sau 5 phút	< 7 điểm	1	2,3
	≥ 7 điểm	42	97,7

3.3. KHÁM VÀ QUẢN LÝ THAI NGHÉN TRONG CHẨN ĐOÁN TỬ CUNG ĐÔI TRƯỚC SINH

Bảng 2. Mối liên quan giữa khám thai và phát hiện sớm dị dạng tử cung trước sinh

	Chẩn đoán trước sinh	Không chẩn đoán trước sinh	Tổng
Khám thai	30 (88,2%)	4 (11,8%)	34 (100%)
Không khám thai	5 (55,6%)	4 (44,4%)	9 (100%)
Tổng	35 (81,4%)	8 (18,6%)	43 (100%)

$P = 0.046$. Việc phát hiện TC đôi trước sinh có sự khác biệt giữa nhóm có khám thai và không khám thai.

3.4. CÁC DẤU HIỆU CHẨN ĐOÁN TỬ CUNG ĐÔI TRƯỚC SINH

Bảng 3. Các yếu tố chẩn đoán TC đôi

	n	%
Nội soi vô sinh	6	17,1
Mổ đẻ trước đó	11	31,4
Hút thai lưu trước đó	3	8,6
Phẫu thuật ổ bụng khác	3	8,6
Chỉ siêu âm thai kỳ	12	34,4
Tổng	35	100

3.5. ĐẶC ĐIỂM TỪNG LOẠI DỊ TẬT

Bảng 4. Đặc điểm từng loại dị tật

Loại dị tật		n	%
Âm đạo	Âm đạo có vách ngăn dọc	18	41,9
	Âm đạo bình thường	17	16,2
	Không đánh giá	18	41,9
Cổ tử cung	1 CTC	17	16,2
	2 CTC	11	25,6
	Không đánh giá	15	34,9
Tử cung	2 tử cung bình thường	25	58,1
	2 TC, 1 tử cung nhỏ hơn	3	7,0
	2 TC, 1 tử cung chệch	3	7,0
	Không đánh giá TC còn lại	12	27,9
TC có thai	Bên phải	15	34,9
	Bên trái	24	55,8
	Không mô tả	4	9,3
Bất thường thận kèm theo	Chỉ có 1 thận	1	2,3
	2 thận bình thường	3	7,0
	Không đánh giá thận	39	90,7

3.6. CÁC DỊ TẬT KẾT HỢP:

Bảng 5. Các dị tật kết hợp

Đặc điểm	n	%
TC đôi với 2 TC bình thường + hai CTC + Âm đạo có vách ngăn	11	25,6
TC đôi với 2 TC bình thường + 1 CTC + 1 Âm đạo	17	39,5
TC đôi với 1 TC chệch + 1 CTC + 1 Âm đạo	3	7,0
Không đánh giá được	12	27,9

3.7. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ:

Tất cả các trường hợp này đều mổ lấy thai theo phương pháp thông thường là rạch ngang đoạn dưới tử cung lấy thai. Trong đó mổ lấy thai chủ động: 17 (39,5%). Triệt sản: 8 trường hợp, 2 trường hợp phải dùng thêm thuốc tăng co, kiểm tra nốt thông của tử cung còn lại với TC có thai: 5 trường hợp, kiểm tra thận ngay trong mổ 3 trường hợp. 1 trường hợp đẻ thường thai non tháng đẻ nhanh.

3.8. HẬU PHẪU

Số ngày hậu phẫu: Trung bình $5,37 \pm 1.7$ ngày, thấp nhất 2 ngày, cao nhất 13 ngày

Sốt sau mổ: 2 bệnh nhân

Không có bệnh nhân nào tai biến chảy máu hay phải điều trị thêm thuốc tăng co tử cung

4. BÀN LUẬN

4.1. TIỀN SỬ THAI NGHÉN NẶNG NỀ:

Tỷ lệ tử cung đôi có thai từ 22 tuần trở lên tại BV Phụ sản trung ương: 1/3000 ca đẻ tương đương với một số báo cáo của thế giới [1].

Bất thường tử cung là 1 trong những nguyên nhân thường dẫn đến vô sinh ở phụ nữ, chiếm khoảng 10% các trường hợp, trong đó tử cung dạng hình tim chiếm 57,8%, tiếp theo là tử cung có vách ngăn với 18,2%, tử cung hai sừng và một cổ tử cung chiếm 10,6%, tử cung hai buồng và 2 cổ tử cung chiếm 3%, tử cung có vách ngăn toàn bộ chiếm 6%, tử cung một sừng và một cổ tử cung chiếm 3%, còn lại là tử cung một sừng và 2 âm đạo [2]. Mặc dù có một tỷ lệ cao như vậy nhưng do các dị dạng này thường không gây ra các triệu chứng lâm sàng nghi ngờ nào nếu như người phụ nữ đó chưa có nhu cầu có con, trừ một số trường hợp dị dạng gây đau do bế máu kinh ở tử cung chệch. Việc chẩn đoán loại tử cung bất thường chỉ được chẩn đoán khi bệnh nhân vô sinh hoặc có tiền sử sảy thai, thai lưu, đẻ non. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp tỷ lệ rất cao bệnh nhân có tiền sử thai nghén nặng nề, 48,8% có tiền sử sảy thai hoặc thai lưu, 16,3% tiền sử sảy thai liên tiếp, 13,9% tiền sử đẻ non. Lần có thai này cũng nhiều bệnh nhân phải điều trị vô sinh, chiếm 16,3%, giữ thai khó khăn (điều trị dọa sảy thai: 13,9%; điều trị dọa đẻ non: 18,6%).

4.2. CHẨN ĐOÁN TỬ CUNG ĐÔI

Có nhiều kỹ thuật cả xâm nhập và không xâm nhập để chẩn đoán dị dạng tử cung. Nhiều tác

giả cho rằng nội soi ổ bụng kết hợp soi buồng tử cung chẩn đoán hầu hết các trường hợp dị tật tử cung. Chụp buồng tử cung có thuốc cản quang kết hợp với soi ổ bụng sẽ giúp cho việc phân loại dị dạng như tử cung đôi, tử cung hai sừng có vách ngăn (loại 3 và 4). Với kỹ thuật không xâm nhập thì MRI được coi chẩn đoán bất thường vùng tiểu khung có độ nhạy đến 100%, đặc hiệu 67%.

Tuy nhiên chẩn đoán bất thường tử cung trong thời kỳ có thai thường dựa vào siêu âm 2-D và trong một số trường hợp có thể sử dụng kỹ thuật 3D. 12 nghiên cứu được công bố trên PubMed đánh giá vai trò của kỹ thuật siêu âm đầu dò âm đạo 3D chẩn đoán dị dạng tử cung có thể chính xác tới 100% [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân được chẩn đoán tử cung đôi trước sinh khá cao 88,2% liên quan với việc khám thai đầy đủ. Các bệnh nhân này được chẩn đoán dựa vào tiền sử có phẫu thuật ổ bụng trước đó (nội soi vô sinh: 17,1%; mổ đẻ: 31,4%; hút thai lưu: 8,6%; phẫu thuật GEU, bóc U xơ tử cung, viêm ruột thừa), chỉ dựa vào siêu âm thai kỳ có 34,3% phát hiện thai trên bệnh nhân tử cung đôi.

Điều đó cho thấy rằng thực tế siêu âm là phương pháp chẩn đoán nhanh chóng chính xác, rẻ tiền chẩn đoán sớm dị dạng tử cung. Đặc biệt nếu có siêu âm 3 D. Việc chẩn đoán sẽ chính xác hơn nếu thai nghén trong quý đầu khi ta có thể quan sát cả 2 tử cung đồng thời.

Chẩn đoán phân loại dị tật kết hợp (dị tật âm đạo, cổ tử cung) chủ yếu dựa vào thăm khám lâm sàng, đánh giá vách ngăn dọc âm đạo, đánh giá CTC, đánh giá sự nối thông âm đạo, cổ tử cung với buồng tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, âm đạo có vách ngăn dọc chiếm 41,9%, 2 CTC chiếm 25,6%, có tỷ lệ khá cao không đánh giá âm đạo, cổ tử cung qua thăm khám có thể do bác sỹ đã bỏ qua thao tác quan trọng này hoặc không được ghi chép đầy đủ trong hồ sơ. Đây là 1 trong những hạn chế thường gặp của nghiên cứu hồi cứu.

Dị tật tử cung được đánh giá ngay trong mổ lấy thai. Thai nằm ở tử cung bên trái chiếm 55,8%, tử cung phải chiếm 34,9%, 9,3% không mô tả. Kết quả của chúng tôi khác với Heinonen P.K nghiên cứu 26 trường hợp tử cung đôi thấy tỷ lệ cao thai thường ở tử cung bên phải, chính tác giả cũng không giải thích được đặc điểm này. Tử cung còn lại thường là có hình thái bình thường với 1 vòi tử cung và 1 buồng trứng riêng biệt. Theo Brody (1954) cả 2 tử cung trong tử cung đôi thường

được phát triển tốt và đồng thời có thể mang thai ở cả 2 buồng tử cung. Trên thế giới đã từng gặp chữa 2 thai và 3 thai trên đồng thời cả 2 tử cung [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi 58,1% tử cung còn lại bình thường, chỉ có 3 trường hợp (7%) TC còn lại được mô tả nhỏ hơn bình thường và 3 trường hợp (7%) tử cung chột. trong đó có 2 trường hợp tử cung chột đã được phẫu thuật cắt bỏ vì ứ máu kinh gây đau trước khi mang thai. Tử cung đôi thường bị nhầm lẫn với một vách ngăn tử cung hoàn toàn. Do đó cần thiết kết hợp thêm kỹ thuật khác để chẩn đoán chính xác dị tật. Chẩn đoán là rất quan trọng vì điều trị cho hai loại dị tật này là khác nhau. Có khuyến cáo có thể loại bỏ vách ngăn tử cung nhưng không nên phẫu thuật tử cung đôi. [5]

Dị tật tử cung đôi được khuyến cáo có lên quan đến hệ thống thận và xương. Bệnh nhân có thể có 1 thận duy nhất, bất sản thận cùng bên. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 4 trường hợp: đánh giá trước mổ (1 trường hợp) có 1 thận, đánh giá trong lúc mổ (3 trường hợp) là 2 thận bình thường. Như vậy rõ ràng thái độ của bác sỹ trước 1 tử cung dị dạng thường bỏ qua 1 thao tác quan trọng là đánh giá hình thái và chức năng thận.

Việc chẩn đoán sớm sẽ giúp bác sỹ có thái độ tích cực trong theo dõi và điều trị thai phụ có dị dạng tử cung.

4.3. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA THAI NGHÉN Ở BỆNH NHÂN TỬ CUNG ĐÔI

Ở bệnh nhân tử cung đôi, do buồng tử cung hẹp, sự thay đổi về giải phẫu và sinh lý làm thai khó làm tổ, dễ sảy thai, lưu thai, đẻ non, ngôi thế bất thường. Sau đẻ thường có nguy cơ chảy máu, nhiễm trùng nhiều hơn so với nhóm thai nghén ở tử cung bình thường [1].

Đẻ non xảy ra trong 90% trường hợp tử cung đôi, ngôi mông

phổ biến (43%) [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 27,9% trường hợp thai non tháng (dưới 37 tuần tuổi), trong đó rất non chiếm 16,3%. Ngôi thai bất thường chiếm 34,9 % (ngôi ngược 32,6%, ngang: 2,3%). 32,6% trọng lượng dưới 2500g và có 30,2% thai >3000g. Có 5 trường hợp em bé suy dinh dưỡng, ổi giảm. 1 cháu tử vong do non tháng tuổi thai 22 tuần. Còn lại tất cả các cháu đều ổn định và ra viện (kể cả các cháu non tháng). Điều này có thể là do thai nghén

được theo dõi, điều trị thuốc trưởng thành phổi trước sinh.

Đánh giá nguy cơ chảy máu nhiễm trùng sau đẻ, chúng tôi thấy tất cả các trường hợp đều hậu phẫu ổn định ra viện. Thời gian nằm viện trung bình là $5,37 \pm 1,7$ ngày, không có gì khác biệt so với các bệnh nhân khác.

4.4. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

Trong thời kỳ mang thai các trường hợp thai nghén được chẩn đoán tử cung đôi đều được theo dõi và điều trị tích cực để giảm nguy cơ đẻ non. Điều trị thuốc giảm co, thuốc trưởng thành phổi cho em bé. Đo chiều dài CTC phát hiện sớm dọa đẻ non

Mổ lấy thai là phương pháp được lựa chọn khi thai đủ tháng. Mổ lấy thai được thực hiện ở 82% bệnh nhân được báo cáo bởi Heinonen [1]. Trong nghiên cứu tỷ lệ mổ lấy thai là 97,6%, mổ lấy thai chủ động chiếm 39,5%, mổ lấy thai khi có dấu hiệu chuyển dạ chiếm 58,1%. Đẻ thường chỉ có 1 trường hợp do đẻ nhanh, thai nhỏ. Cách thức phẫu thuật theo phương pháp thông thường rạch ngang đoạn dưới tử cung lấy thai. Triệt sản nếu bệnh nhân có đủ con.

5. KẾT LUẬN

Chẩn đoán dị dạng tử cung đôi có thể chẩn đoán sớm, chính xác. Chẩn đoán sớm tử cung đôi có thể đơn giản dựa vào khám thai, khai thác tiền sử thai nghén, thăm khám lâm sàng kết hợp siêu âm 2D, 3D. Việc chẩn đoán sớm giúp việc theo dõi và điều trị thành công giảm tỷ lệ đẻ non, tăng khả năng sống của trẻ. Mổ lấy thai thường là lựa chọn hàng đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Heinonen P.K. Uterus didelphys: a report of 26 cases. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 1984 17 (5): 345–50.
2. Musich J.R, Behrman S.J. Obstetric outcome before and after metroplasty in women with uterine anomalies. Obstet and Gynec, 1978, 52, 63-66.
3. Canzone. G. 2D-3D ultrasound in diagnosis of Uterine malformation. Donald school of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, July – Sep, 2007, 1 (3), 77-79.
4. Madureira A. J, Mariz. C. M, Bernardes J. C, Ramos I. M,. Case 94: Uterus Didelphys with Obstructing Hemivaginal Septum and Ipsilateral Renal Agenesis. Radiology , 2006, 239 (2): 602–6.
5. Pui. M. Imaging diagnosis of congenital uterine malformation. Computerized Medical Imaging and Graphics, 2004, 28 (7): 425–33.

NGHIÊN CỨU NHIỄM RUBELLA Ở PHỤ NỮ MANG THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2009 - 2011

Phạm Huy Hiền Hào⁽¹⁾, Nguyễn Quảng Bắc⁽²⁾

(1) Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm mới rubella ở những phụ nữ mang thai có nghi ngờ nhiễm rubella trên lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiến cứu trên mẫu 777 phụ nữ mang thai có ít nhất một trong các dấu hiệu như sốt, phát ban và nổi hạch từ 2009 đến 2011: là thời gian ngay trước, trong và kết thúc dịch. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm mới rubella IgM(+) 68,1%, sơ nhiễm IgM (+) IgG(-) là 7,2%. Tỷ lệ phát hiện nhiễm rubella theo tuổi thai: 5 tuần: 40,8%; 6-12 tuần: 60,8%; 13-18 tuần: 77,7%. Tỷ lệ nhiễm mới rubella IgM(+): Phụ nữ mang thai có sốt 81,0%, có phát ban 79,1%; nổi hạch 85,7% có cả 3 triệu chứng 85,6%. Tỷ lệ đình chỉ thai nghén 81,9%, trong đó thai > 18 tuần nhiễm rubella IgM(+) 30,3%. Tỷ lệ thai nhi 18 tuần nhiễm rubella với xét nghiệm nước ối PCR(+) 46%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh IgG(+) 98,6%, nhiễm rubella IgM(+) 27,7%. **Kết luận:** có sự chênh lệch về tỷ lệ nhiễm Rubella giữa bà mẹ có triệu chứng lâm sàng và thai nhi bị đình chỉ.

Từ khóa: Rubella, phụ nữ mang thai.

ABSTRACT

RESEARCH OF RUBELLA INFECTION IN PREGNANT

WOMEN IN NATIONAL HOSPITAL OF OB-GYN 2009 - 2011

Objective: "Determinate the rate of new rubella infection in pregnant women having suspected rubella symptoms". **Material and method:** descriptive longitudinal study on 777 pregnant women having at least one of the signs as fever, rash, lymphatic nodes; Study time from 2009 to 2011: before, during and after rubella epidemic outbreak; **Results:** The rate of new rubella infection IgM(+) 68.1%, initial rubella infection IgM (+) IgG(-) 7.2%. The rate of new rubella infection detected by gestational age: 5 weeks: 40.8%; 6-12 weeks: 60.8%; 13-18 weeks: 77.7%. Incidence of new rubella infection IgM(+): by fever 81.0%, rash 79.1%; lymphatic nodes 85.7%, having 3 signs 85.6%. The rate of pregnancy termination 81.9%, with GA > 18 week abortive fetus infected with rubella IgM(+) 30.3%. The rate of fetus infected rubella based on amniotic liquid examination PCR(+) 46%. The rate of newborns having IgG(+) 98.6%, IgM(+) 27.7%. **Conclusion:** there are different rates of Rubella infection between mother having clinical manifestations and abortion fetus.

Keywords: Rubella, pregnant women

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rubella được phát hiện cách đây hơn 150 năm, được tìm ra bởi người Đức, De Bergen năm 1752 và Orlov năm 1758. Đến năm 1962, Parkman mới phân lập được vì rút rubella là nguyên nhân gây bệnh [1]. Sau một thời gian rubella ít xuất hiện, đến năm 1970 rubella xuất hiện trở lại hầu hết là xảy ra ở trẻ em và người trẻ tuổi. Ở Hoa Kỳ, theo McElhaney và cộng sự, tỷ lệ phụ nữ bị nhiễm 25% [2], theo Amy Johnson và Brenda Ross, tỷ lệ nhiễm từ 10- 20% [3]. Rubella có thể gây ra nhiều biến chứng, yếu tố liên quan đến sức khỏe cộng đồng được đặt ra là rubella gây ra thai dị tật bẩm sinh. Ở Việt Nam, tác giả Lê Diễm Hương, đã nghiên cứu về tình trạng phụ nữ nhiễm rubella [4].

Nói chung những nghiên cứu về rubella ở Việt Nam còn chưa nhiều, để phản ánh một phần tình trạng nhiễm bệnh ở phụ nữ mang thai tại khi có dịch xảy ra trong năm 2010 – 2011, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Xác định tỷ lệ nhiễm mới Rubella ở những phụ nữ mang thai có nghi ngờ nhiễm Rubella trên lâm sàng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2009- 2011"

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

- 777 phụ nữ mang thai đến khám và sinh đẻ tại BVPSTW có nguy cơ cao nhiễm rubella (sốt, phát

ban và nổi hạch thời gian từ 2009 đến 2011: là thời gian ngay trước dịch, trong khi dịch xảy ra và kết thúc dịch.

- Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức sau:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{(p\varepsilon)^2}$$

p: Tỷ lệ phụ nữ mang thai có sốt, phát ban và nổi hạch bị nhiễm rubella (ước lượng 15%) (3)

$Z^2_{(1-\delta/2)}$: Hệ số giới hạn tin cậy ở mức xác suất 95% (= 1,96)

ε : Độ sai lệch tương đối giữa kết quả nghiên cứu và thực tế (= 0,17).

Cỡ mẫu tính được 754 phụ nữ mang thai. Trên thực tế, tôi đã nghiên cứu được 777 phụ nữ

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

- Phụ nữ mang thai có các triệu chứng lâm sàng như sốt, phát ban và nổi hạch tuổi thai từ 5- 18 tuần theo dõi thai và sinh đẻ tại BVPSTW.
- Được lấy máu xét nghiệm định lượng IgG và IgM
- Tuổi thai phụ xét nghiệm máu từ 5- 18 tuần.
- Bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân từ chối không tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân bỏ, không theo dõi trong quá trình nghiên cứu.
- Bệnh nhân đang sẩy thai.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Là phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG

- Tổng số phụ nữ mang thai có 1 trong 3 triệu chứng lâm sàng nghi ngờ nhiễm rubella mới là sốt, phát ban, nổi hạch: 777 bệnh nhân.
- Tuổi: <20: 3,0% ; 20-29: 77,6% ; 30-39: 18,8% ; 40-49: 0,6%
- Nơi ở: Thành thị 42,6% ; Nông thôn: 57,4%.
- Học vấn: Dưới phổ thông trung học: 12,2%; Phổ thông trung học: 87,8%
- Tình trạng hôn nhân: Có chồng: 99,9%; Chưa/ không có chồng: 0,1%
- Thời điểm thai phụ xét nghiệm máu, 13-18 tuần: 50,3%, 6-12 tuần: 43,4% ; 5 tuần: 6,3% . Tuổi thai trung bình: 11,9±3,46 tuần.
- Tỷ lệ phụ nữ mang thai có biểu hiện đã

nhiễm cũ là: **tiền sử sốt và phát ban: 1,4%; tiêm vắc cin phòng rubella: 0,3%.**

- Phân bố các triệu chứng lâm sàng riêng rẽ: sốt: có 64,4%, không 35,6%; phát ban: có 84,6%, không 15,4%; nổi hạch: có 44,9%, không 55,1%.

- Ba triệu chứng lâm sàng phối hợp sốt, phát ban và nổi hạch: có 34,9%, không 65,1%.

3.2. TỶ LỆ NHIỄM RUBELLA Ở PHỤ NỮ CÓ THAI

- Tỷ lệ phụ nữ mang thai có kháng thể IgG (+): 87,5%, IgG (-): 12,5%.

- Tỷ lệ phụ nữ mang thai có kháng thể IgM (+): 68,1%, IgM (-): 31,9%.

- Tỷ lệ phụ nữ mang thai có cả 2 loại kháng thể IgG(+) và IgM (+) 60,9%; IgG(-) và IgM (+): 7,2%

- Nồng độ IgG trung bình của phụ nữ mang thai có nghi ngờ nhiễm rubella trên lâm sàng là 100,6(Ul/ml) (dao động trong khoảng từ 0,1-1448,1 Ul/ml).

- **Phân bố nhiễm rubella theo triệu chứng lâm sàng:**

+ **Sốt: có nhiễm 81,0%**, không nhiễm 19,0%; không sốt: có nhiễm 44,8%, không nhiễm 55,2%.

+ **Phát ban: có nhiễm 79,1%**, không nhiễm 20,9%; không phát ban: có nhiễm 7,5%, không nhiễm 92,5%.

+ **Nổi hạch: có nhiễm 85,7%**, không nhiễm 14,3%; không nổi hạch: có nhiễm 53,7%, không nhiễm 46,3%.

+ **Ba triệu chứng sốt, phát ban và nổi hạch phối hợp: có nhiễm 85,6%**, không nhiễm 14,4%; không có ba triệu chứng phối hợp: có nhiễm 54%, không nhiễm 46%.

Bảng 1. Phân bố phát hiện nhiễm rubella theo tuổi thai

Tuổi thai	Không nhiễm rubella		Nhiễm rubella		P
	SL	%	SL	%	
5 tuần	29	59,2	20	40,8	<0,023
6-12 tuần	132	39,2	205	60,8	
13-18 tuần	47	22,3	304	77,7	

- Tỷ lệ phát hiện nhiễm rubella theo tuổi thai: 5 tuần: 40,8%; 6-12 tuần: 60,8%; 13-18 tuần: 77,7%

- Đỉnh chỉ thai nghén: 777 thai phụ, có 636 trường hợp ĐCTN chiếm tỷ lệ rất cao chiếm 81,9%, 141 thai phụ tiếp tục giữ thai chiếm tỷ lệ 18,1%

- Phân bố tuổi thai đỉnh chỉ thai nghén: ≤ 12 tuần: 13,5%; từ 13- 18tuần: 45,3%, > 18 tuần: 41,2%,

- Phân bố ĐCTN theo sự có mặt của kháng thể IgM và IgG:

+ IgM(-): có ĐCTN: 48,0, không: 52,0; IgM(+): có ĐCTN: 97,7, không: 2,3; (P: 0,001).

+ IgG(-): có ĐCTN: 61,9, không: 38,1; IgG(+): có

ĐCTN: 84,7, không: 15,3; (P: 0,001).

+ IgM(+) và IgG(-): có ĐCTN: 100%, không: 0% (P: 0,001).

- Phân bố đình chỉ thai theo các triệu chứng lâm sàng:

+ Sốt: có ĐCTN 92,4%, không: 7,6%; không sốt: có ĐCTN 62,8%, không: 37,2% (p = 0,001).

+ Phát ban: có ĐCTN 94,5%, không: 5,5%; không phát ban: có ĐCTN 12,5%, không: 87,5% (p = 0,001).

+ Nổi hạch: có ĐCTN 98,3%, không: 1,7%; không nổi hạch: có ĐCTN 68,5%, không: 31,4% (p = 0,001)

+ Sốt, phát ban và nổi hạch phối hợp: có ĐCTN 98,3%, không có ba triệu chứng phối hợp: 1,7%; không có ba triệu chứng phối hợp: có ĐCTN 68,6%, không: 31,4% (p = 0,001)

3.3. TỶ LỆ NHIỄM RUBELLA Ở THAI NHI VÀ TRẺ SƠ SINH

- 63 thai phụ được chọn để làm xét nghiệm PCR (+) :46%, kết quả PCR (-): 54%.

Bảng 2. Tỷ lệ thai nhi ĐCTN trên 18 tuần xét nghiệm máu cuống rốn

Xét nghiệm máu cuống rốn	Số lượng	Tỷ lệ %
IgM (+)	40	30,3
IgM (-)	92	69,7
Tổng	132	100,0

Bảng 3. Phân bố kháng thể IgG và IgM của trẻ sơ sinh

		Số lượng	Tỷ lệ %
IgG	Dương	139	98,6
	Âm	2	1,4
IgM	Dương	39	27,7
	Âm	102	72,3

Có 39 trẻ sơ sinh nhiễm rubella (IgM dương tính) của các bà mẹ nhiễm rubella trong thời kỳ mang thai (có sốt hoặc phát ban hoặc nổi hạch và có IgM dương tính) chiếm tỷ lệ 27,7%, có 139 trẻ sơ sinh có kháng thể IgG (+), chiếm tỷ lệ 98,6%.

4. BÀN LUẬN

- Tỷ lệ nhiễm mới rubella IgM(+) 68,1%, sơ nhiễm IgM (+) IgG(-) là 7,2%; Tỷ lệ đã tiêm vaccin phòng rubella rất thấp chỉ có 0,3%.

- Tỷ lệ phát hiện nhiễm rubella theo tuổi thai: 5 tuần: 40,8%; 6-12 tuần: 60,8%; 13-18 tuần: 77,7%; một phần do thời điểm thai phụ xét nghiệm máu, 13-18 tuần: 50,3%, 6-12 tuần: 43,4% ; 5 tuần: 6,3%; một phần tỷ lệ cao ở thời điểm 13 – 18 tuần là do cộng dồn khoảng thời gian đã nhiễm bệnh trước đó.

- Tỷ lệ nhiễm mới rubella IgM(+): Phụ nữ mang

thai có sốt 81,0%, có phát ban 79,1%); nổi hạch 85,7% có cả 3 triệu chứng 85,6%.

Sốt, phát ban và nổi hạch là 3 triệu chứng lâm sàng điển hình của rubella. Tuy nhiên, những người có biểu hiện triệu chứng nhiễm rubella chiếm tỷ lệ 50-70% [3]. Rubella thường có thời gian ủ bệnh từ 14-17 ngày và có thể đến 21 ngày. Sau thời gian ủ bệnh, sẽ xuất hiện sốt nhẹ, có khoảng 50-95% bệnh nhân có sốt nhẹ, rất ít khi có sốt cao. Đồng thời với sốt, bệnh nhân thường có phát ban (khoảng dưới 50% bệnh nhân có phát ban) hoặc các nốt phỏng nhỏ, có thể kèm theo các nhức đầu sổ mũi, viêm kết mạc. Bệnh có thể kéo dài từ 1-5 ngày. Dấu hiệu rõ nét nhất của nhiễm rubella là nổi hạch bạch huyết sau tai, cằm và dây hạch sau cổ [5].

Vi rút rubella được đào thải ra ngoài cơ thể người bệnh theo các chất tiết mũi họng ngay từ cuối thời kỳ ủ bệnh, khoảng 1 tuần trước và 1 tuần sau khi xuất hiện triệu chứng phát ban. Những người có biểu hiện triệu chứng nhiễm rubella chiếm tỷ lệ 50-70% [5]. Sau khi vi rút vào cơ thể khoảng 2-3 tuần lễ, bệnh nhân hoàn toàn bình thường. Tiếp theo có 3 triệu chứng chính là sốt, phát ban và nổi hạch. Sốt, đau đầu, mệt mỏi thường xuất hiện 1- 4 ngày, sau khi phát ban thì sốt giảm, sốt nhẹ 38,5°C. Phát ban là dấu hiệu làm người ta để ý tới. Ban bắt đầu xuất hiện ở trên đầu, mặt, rồi mọc khắp toàn thân, thường không tuân tự như sởi. Nốt ban có hình tròn hay bầu dục, đường kính khoảng 1-2mm, các nốt có thể hợp thành từng mảng hay đứng riêng rẽ. Trong vòng 24 giờ ban mọc khắp người, chỉ sau 2-3 ngày là bay hết. Cần phân biệt với ban của sởi: Ban sởi sờ mịn, mọc thứ tự từ trên đầu, mặt xuống, sau khi bay để lại các vảy như phấn rôm, trên da có các vân màu sẫm. Nổi hạch ở vùng xương cằm, khuỷu tay, bẹn, cổ, sờ hơi đau. Hạch thường nổi trước phát ban, tồn tại vài ngày sau khi ban bay hết. Đau khớp hoặc đau khắp mình mẩy, hay gặp ở phụ nữ. Các khớp ngón tay, cổ tay, gối, cổ chân đau trong khi phát ban, sau đó không để lại di chứng [3,5].

Trong giai đoạn cấp tính, xét nghiệm lấy dịch mũi, hầu họng để nuôi cấy phân lập vi rút, hoặc xét nghiệm PCR để chẩn đoán. Tuy nhiên giai đoạn này dễ bị bỏ qua vì người bệnh thường đến muộn. Xét nghiệm miễn dịch hay được áp dụng nhất. Chẩn đoán thường được định lượng bằng huyết thanh IgG và IgM. Mẫu có thể đạt được sớm

sau 2 tuần bị nhiễm và nếu cần thiết 4 tuần sau sẽ định lượng lại. Mẫu máu huyết thanh được xét nghiệm lúc nhiễm và sau khi nhiễm tăng gấp 4 lần hoặc cao nhất. Khi bị lây nhiễm cấp tính, nếu người có huyết thanh dương tính ở lần thử đầu tiên không ảnh hưởng đến thai nhi. Kháng thể kháng rubella IgM có thể tìm thấy lần đầu nhiễm rubella và tái nhiễm rubella. Tái nhiễm rubella thường không có triệu chứng lâm sàng. Thường được chẩn đoán bằng xét nghiệm cận lâm sàng và ít nguy cơ lây nhiễm rubella đến thai nhi trong thời kỳ thai nghén[2]. IgM: Kháng thể IgM được phát hiện ra ở từng cá thể vừa bị nhiễm rubella hoặc vừa được tiêm phòng. IgM thường xuất hiện 5 ngày sau khi người mẹ bị phát ban và thường tồn tại từ 6 đến 8 tuần. Tuy nhiên, trong một số trường hợp kháng thể rubella IgM chỉ tồn tại trong vòng 1 năm hoặc dài hơn sau khi nhiễm lần đầu, tái nhiễm không triệu chứng hoặc tiêm phòng [5,1]. Tỷ lệ kháng thể rubella IgG giữa mẫu huyết thanh cấp và trong thời gian hồi phục tăng lên gấp 4 lần

- Tỷ lệ thai nhi 18 tuần nhiễm rubella với xét nghiệm nước ối PCR(+) 46%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh IgG(+) 98,6%, nhiễm rubella IgM(+) 27,7%

Nhiễm vi rút rubella ở phụ nữ mang thai có thể dẫn đến nhiễm vi rút ở thai nhi do vi rút có khả năng xâm nhập qua rau thai. Tuy nhiên, tần suất xuất hiện những bất thường ở thai nhi do vi rút rubella gây ra phụ thuộc vào tuổi thai bị nhiễm[6].

- Chẩn đoán thai nhi nhiễm rubella thường được xác định bởi IgM trong mẫu máu thai nhi, đạt được ở tuần thứ 22 hoặc muộn hơn. Sự có mặt kháng thể IgM rubella trong máu thai nhi xác định được nhiễm rubella trong thời kỳ thai nghén, bởi vì IgM của mẹ không qua hàng rào rau thai(2). Xét nghiệm định lượng IgG và IgM từ máu cuống rốn thai nhi sau khi ĐCTN, tuổi thai ≥ 18 tuần.

- Xét nghiệm chọc hút nước ối tìm ARN của vi rút rubella bằng phương pháp PCR, tuổi thai chọc ối ≥ 18 tuần, thời gian chọc ối sau khi sốt phát ban 5 tuần.

- Nguy cơ nhiễm rubella cho thai nhi tùy thuộc vào tuổi thai khi bà mẹ bị nhiễm bệnh: thai < 11 tuần tỷ lệ nhiễm là 90%, 11 – 12 tuần: 33%, 13 – 14 tuần: 11%, 15 – 16 tuần: 24%, > 16 tuần :0%. Tỷ lệ dị dạng thai nhi cũng phụ thuộc vào tuổi thai khi bà mẹ nhiễm bệnh: tháng đầu: 50%, tháng thứ hai: 25%, tháng thứ ba: 10%, ba tháng giữa 10%, 16 – 20 tuần: <1%, 20 tuần: chỉ có bị điếc [7].

5. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nhiễm mới rubella IgM(+) 68,1% và sơ nhiễm IgM (+) IgG(-) là 7,2%.

- Tỷ lệ phát hiện nhiễm rubella theo tuổi thai: 5 tuần: 40,8%; 6-12 tuần: 60,8%; 13-18 tuần: 77,7%

- Tỷ lệ nhiễm mới rubella IgM(+): Phụ nữ mang thai có sốt 81,0%, có phát ban 79,1%; nổi hạch 85,7% có cả 3 triệu chứng 85,6%.

- Tỷ lệ đình chỉ thai nghén 81,9%, trong đó thai > 18 tuần nhiễm rubella IgM(+) 30,3%

- Tỷ lệ thai nhi 18 tuần nhiễm rubella với xét nghiệm nước ối PCR(+) 46%.

- Tỷ lệ trẻ sơ sinh IgG(+) 98,6%, nhiễm rubella IgM(+) 27,7%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lorraine Dontigny, Marc-Yvon Arsenault, Marie-Jocelyne Martel et al. Rubella in Pregnancy, J Obstet Gynecol Can, 30(2). 2008. pp. 152- 158.

2. McElhaney RD Jr, Ringer M, DeHart DJ, et al., Rubella immunity in a cohort of pregnant women, Infect Control Host Epidemiol 20; 1999, pp. 64.

3. Amy Johnson and Brenda Ross. Perinatal infections, John Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics; 2007. pp. 136- 149.

4. Lê Diễm Hương, Dương Thị Lệ, Phạm Văn Ánh và cộng sự. Nhận xét sơ bộ tình hình nhiễm rubella bào thai trên các bà mẹ có nguy cơ cao trong 3 năm 2001 – 2003 tại Bệnh viện Phụ Sản Quốc Tế Sài Gòn, Hội nghị Việt – Pháp về sản phụ khoa vùng Châu Á Thái Bình Dương lần 4; 2004, tr 103 – 110.

5. Gilles RG. Monif, David AB., Rubella, Infections diseases in pregnancy, Obstetrics and Gynecology; 2005. pp. 252- 265.

6. Best JM, Banatvala JE, Morgan-Capner P, et al. Fetal infection after maternal reinfection with rubella: criteria for defining reinfection, Br Med J, 299; 1989. pp. 773–775.

7. Jia-Yee-Lee and D, Scott Bowden. Rubella Virus Replication and links to Teratogenicity, Clinical Microbiology Reviews, October 2000, Vol. 13, No. 4, pp. 571-587.

ĐÁNH GIÁ PHƯƠNG PHÁP MỔ DỌC TỬ CUNG TRONG XỬ TRÍ RAU CÀI RĂNG LƯỢC

Vũ Bá Quyết⁽¹⁾, Trần Danh Cường⁽²⁾, Trần Vũ Quang⁽¹⁾

(1) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, (2) Đại học Y Hà Nội,

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá đường mổ dọc tử cung lấy thai trong rau cài răng lược. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu dọc trên 18 thai phụ có hình ảnh siêu âm Doppler màu nghi ngờ rau cài răng lược, mổ lấy thai theo đường rạch dọc thân tử cung tránh không đi vào vị trí rau bám. **Kết quả:** Toàn bộ các trường hợp đều có tiền sử mổ lấy thai, tuổi thai lúc chẩn đoán là rau cài răng lược khá muộn phần lớn chẩn đoán sau 22 tuần thời điểm siêu âm hình thái, trung bình là 30 tuần. Mổ lấy thai được thực hiện vào tuổi thai đủ tháng. 100% các trường hợp mổ dọc thân tử cung, không bóc rau, cắt tử cung ngay, lượng máu truyền trung bình là 4 đơn vị, có 1 trường hợp tổn thương bàng quang. **Kết luận:** Sử dụng đường rạch dọc thân tử cung lấy thai trong rau tiền đạo cài răng lược rất hiệu quả giảm lượng máu mất và giảm biến chứng tổn thương các tạng xung quanh.

Từ khóa: rau cài răng lược, siêu âm Doppler màu, mổ cũ, mổ lấy thai

ABSTRACT

ASSESSMENT METHOD OF VERTICAL UTERINE INCISION IN CESAREAN OF PLACENTA ACRETA

Objectives: assess vertical uterine incision in cesarean placenta acreta. **Materials and methods:** a longitudinal study on 18 pregnant women with color Doppler ultrasound images suspect placenta acreta, cesarean incision along the uterine body into position to avoid sticking placenta. **Results:** All the cases have a history of cesarean delivery, gestational age are diagnosed quite late c placenta acreta mostly diagnosed after 22 weeks ultrasound morphology moment, the average is 30 weeks. Cesarean section is full-term gestation. 100% open vertical uterine body, not take placenta, hysterectomy immediately, transfused average of 4 units of blood, with 1 case of bladder injury. **Conclusion:** Using longitudinal incision cesarean uterine body in Placenta acreta is very effective reducing blood loss and complications surrounding organ damage.

Keywords: placenta acreta, color Doppler ultrasound, previous caesarean, cesarean

1-ĐẶT VẤN ĐỀ.

Rau cài răng lược là một thể đặc biệt về sự bám của bánh rau vào thành tử cung, qua đó các gai rau xuyên qua lớp niêm mạc tử cung đi vào trong lớp có thậm chí ăn thủng thành tử cung và xâm lấn vào các cơ quan xung quanh như bàng quang hay ruột non, tần suất ước 1/2510 trường hợp đẻ sống, tỷ lệ này tăng lên trên 10 lần do tăng tỷ lệ mổ lấy thai, trên 60% kèm theo rau tiền đạo [1,2]. Tuy nhiên rau cài răng lược thường xảy ra ở những phụ nữ mang thai có yếu tố nguy cơ như đẻ nhiều lần, nạo hút thai nhiều lần và đặc biệt là trong sẹo mổ tử cung cũ do mổ tạo hình tử cung, bóc nhân xơ và nhiều nhất hiện nay là do mổ lấy thai. Trên thế giới cũng như ở Việt nam tỷ lệ mổ lấy thai tăng lên nhiều trong những năm gần đây có những bệnh viện phụ sản tỷ lệ mổ lên tới trên 50% ở người con so và gần 100% ở người có sẹo mổ cũ. Việc chẩn đoán trước sinh rau cài răng lược là rất quan trọng mà trước đây chỉ có thể được làm trong

chuyển dạ và trong khi mổ lấy thai. Mổ lấy thai trong rau cài răng lược là rất khó khăn do nguy cơ chảy máu nặng khi mở tử cung lấy thai nhất là sử dụng đường mổ kinh điển là mổ ngang đoạn dưới [1], [3], [4]. Để giảm nguy cơ này trong năm 2012 chúng tôi sử dụng đường rạch dọc thân tử cung lấy thai và tỏ ra rất hiệu quả chính vì vậy nghiên cứu này nhằm mục tiêu.

Đánh giá hiệu quả của việc sử dụng đường mổ dọc thân tử cung lấy thai trong rau tiền đạo cài răng lược tại bệnh viện Phụ Sản trung ương.

2-ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.

Tất cả những thai phụ nhập viện vì rau tiền đạo có sẹo mổ cũ ở tử cung, siêu âm-Doppler màu chẩn đoán là rau cài răng lược trong năm 2012 tại khoa sản bệnh lý bệnh viện Phụ sản trung ương.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

Nghiên cứu mô tả tiến cứu từ khi chẩn đoán cho đến khi mổ lấy thai

2.3. KỸ THUẬT MỔ LẤY THAI

Mở bụng theo đường mổ cũ

Mở dọc thân tử cung phía trên mép bánh rau khoảng 2 cm lấy thai và Tiếp theo cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn.

Có kết quả giải phẫu bệnh lý của tử cung đã cắt khẳng định rau ăn vào cơ tử cung

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Tổng số đối tượng nghiên cứu 18 trường hợp

3.1. TUỔI NGƯỜI MẸ

Bảng 1 : Phân bố tuổi thai phụ

Tuổi	< 35	> 35	Tổng số
n	14	04	18
Tỷ lệ	81,3	18,7	100

Đa số tuổi dưới 35

3.2. TIỀN SỬ MỔ LẤY THAI

Bảng 2: Phân bố tiền sử mổ lấy thai

	1 lần	2 lần	Tổng số
N	15	3	18
Tỷ lệ	83,3	16,7	100

Tiền sử sảy thai, nạo thai chiếm phần lớn

3.3. TUỔI THAI CHẨN ĐOÁN

Bảng 4: phân bố tuổi thai chẩn đoán

	22 tuần	23-32	33-37	> 38	Tổng số
N	2	10	4	2	18
Tỷ lệ	11,1	55,5	22,3	11,1	100

Tuổi thai trung bình chẩn đoán là 30 tuần, lớn nhất là 41 tuần, và nhỏ nhất là 22 tuần

3.5. XỬ TRÍ MỔ LẤY THAI

Toàn bộ mổ lấy thai khi đủ tháng

Đường mổ tử cung lấy thai là dọc thân tử cung, tránh vị trí rau bám

Tất cả các trường hợp không bóc rau và cắt tử cung bán phần

Lượng máu truyền trung bình 4 đơn vị (3,9 đv)

4- BÀN LUẬN VỀ TUỔI NGƯỜI MẸ

Các nghiên cứu trên thế giới cho rằng tuổi người mẹ là một yếu tố nguy cơ, mốc là 35 tuổi, nguy cơ của rau cài răng lược tăng 1,14 lần ở người phụ nữ trên 35 tuổi ($p < 0,001$). Trong nghiên cứu này thì ngược lại đa số tuổi người mẹ đều dưới 35 tuổi bởi vì chính sách sinh đẻ kế hoạch của Việt nam là mỗi gia đình chỉ có hai con cho nên tuổi sinh đẻ có thể trẻ hơn của thế giới, nhưng cũng không thể khẳng định tuổi người mẹ không phải là yếu tố nguy cơ [1], [3].

VỀ TIỀN SỬ MỔ LẤY THAI

Trong nghiên cứu này 100% số trường hợp có tiền sử mổ lấy thai trong đó gần 20 % mổ từ hai lần trở lên. Như vậy mổ lấy thai là một yếu tố nguy cơ, điều này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới. Một số nghiên cứu cho rằng nếu mổ 1 lần nguy cơ là 2,16 (0,96-4,86) lần và từ 2 lần trở đi là 8,62 (3,53-21,07) lần và nếu kèm theo rau tiền đạo thì nguy cơ là 51,42 (10,65-248,39) lần. Điều này cần phải nhấn mạnh vì tỷ lệ mổ lấy thai trên thế giới cũng như ở Việt nam càng ngày càng tăng dần, từ 40-60 % và như vậy sẽ gia tăng nguy cơ rau cài răng lược trong tương lai, tuy vậy không phải càng mổ nhiều lần thì nguy cơ rau cài răng lược càng tăng, trong nghiên cứu này khoảng 80% là mổ lần thứ nhất thì lần có thai thứ 2 đã bị rau cài răng lược. [1]

VỀ TUỔI THAI KHI CHẨN ĐOÁN

Đa số trong nghiên cứu này được chẩn đoán sau 22 tuần, trên 50% (10/18) số trường hợp được chẩn đoán trước 32 tuần đây là một điều đáng mừng bởi những người làm siêu âm đã có ý thức hơn đến việc xác định vị trí bám của rau và tình trạng rau bám vào thành tử cung. Vẫn còn một số đáng kể chẩn đoán sau 33 tuần 6/18 (33,3%) điều này cũng hợp lý vì toàn bộ đối tượng của nghiên cứu này là rau tiền đạo, mà để chẩn đoán rau tiền đạo thường phải được khẳng định vào 3 tháng cuối, hơn nữa kỹ năng siêu âm Doppler màu để chẩn đoán rau cài răng lược chưa tốt cho nên chẩn đoán muộn và để có thể có hậu quả nguy hiểm nếu chúng chảy máu khi mà chưa có chẩn đoán xác định trước sinh. Tất cả các trường hợp đều được chẩn đoán trước sinh bằng siêu âm Doppler màu và đều có các dấu hiệu đặc trưng như nhu mô rau có nhiều xoang mạch, mất hình ảnh khoảng sáng sau bánh rau, dấu hiệu bánh rau đẩy lùi vào trong bàng quang hay các mạch máu tăng sinh đi thẳng góc với thành tử cung [1], [3], [5].

VỀ XỬ TRÍ RAU TIỀN ĐẠO CÀI RĂNG LƯỢC

Tất cả các trường hợp đều được nhập viện từ khi chẩn đoán được đặt ra để phòng chảy máu

nặng của rau tiền đạo bởi vì tính chất ra máu của rau tiền đạo là tự nhiên không có dấu hiệu báo trước. Trong quá trình nằm viện đều được tư vấn, dự trữ máu, làm các xét nghiệm cần thiết để sẵn sàng mổ bất kỳ lúc nào. Nếu diễn biến thai nghén thuận lợi thì theo dõi đến khi thai đủ tháng sẽ mổ lấy thai. Một số nghiên cứu nước ngoài cho thấy chuẩn bị để xử trí một trường hợp rau cài răng lược cần phải có sự kết hợp nhiều chuyên khoa, cần phải dự trữ 8-10 đơn vị máu, cần phải làm đường truyền tĩnh mạch với kim kích thước lớn để sẵn sàng cho hồi sức [1], [3]

VỀ KỸ THUẬT MỔ LẤY THAI.

Trước đây vẫn theo kinh điển là rạch ngang đoạn dưới lấy thai, sau đó bóc rau điều này dẫn đến chảy máu rất nặng, mất máu rất nhiều vì khi rau bám ăn sâu vào thành tử cung làm tăng sinh các mạch máu tại chỗ, các mạch máu giãn to, kèm theo đó là tăng sinh các mạch máu trong đám rối tĩnh mạch sao bằng quang ngay phía trước của đoạn dưới tử cung, cho nên khi rạch qua vùng này để lấy thai sẽ làm tổn thương rất nhiều mạch máu nhất là các tĩnh mạch dẫn đến chảy máu rất nhiều. Động tác bóc rau còn làm tổn thương cơ tử cung vì rau đã ăn vào lớp cơ càng làm cho chảy máu nhiều hơn. Đây là hai nguyên nhân chính dẫn đến mất máu trong khi mổ.

Để tránh những điều này trong năm 2012 chúng tôi đã sử dụng đường mổ dọc thân tử cung, tránh vị trí rau bám, không bóc rau cho nên tránh làm tổn thương các mạch máu cũng như tổn thương cơ tử cung làm giảm đáng kể sự chảy máu và mất máu trong quá trình mổ lấy thai. Bởi vì một cách sinh lý sau khi lấy thai thì bao giờ cũng có hiện tượng giảm lưu lượng tuần hoàn đến tử cung, các mạch máu sẽ bị co nhỏ lại do tử cung bị co lại chính vì vậy mà việc không làm tổn thương các mạch máu và cơ tử cung làm cho lượng máu chảy ra giảm đi và việc tiến hành cắt tử cung cũng trở nên dễ dàng hơn tránh làm tổn thương các tạng lân cận nhất là bàng quang [1], [4].

Toàn bộ các trường hợp đều được mổ dọc thân cho nên giảm lượng máu truyền một cách đáng kể. Trong nghiên cứu này là gần 4 đơn vị so với một số nghiên cứu khác trung bình là trên 8 đơn vị, chỉ có 1 trường hợp tổn thương bàng quang.

Các nghiên cứu nước ngoài cho thấy toàn bộ các trường hợp rau cài răng lược được mổ chủ động vào gần đủ tháng, mở bụng theo đường trắng giữa

dưới rốn để dễ dàng trong những tình huống bất trắc xảy ra trong khi mổ lấy thai. Rạch cơ tử cung khoảng 2 cm cách bờ trên của bánh rau cho nên cần phải làm siêu âm để xác định bờ trên của bánh rau trước khi mổ, mổ thân tử cung, hoặc đáy tử cung thậm chí phía sau tử cung. Sau khi lấy thai một số tác giả khuyến cáo thể kiểm tra mức độ bám của bánh rau bằng cách kéo nhẹ vào dây rốn, sau đó có thể làm tắc mạch. Tùy theo thể rau cài răng lược mà sẽ có hai thái độ là điều trị bảo tồn tức là để lại bánh rau đóng tử cung lại, sử dụng kháng sinh chống nhiễm trùng, dùng methotrexate tiêm và vài tuần sau tiến hành nạo buồng tử cung để lấy rau hoặc để rau thai sổ tự nhiên. Phương pháp này tránh chảy máu trong quá trình mổ nhưng làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và chảy máu thứ phát có thể phải can thiệp lại. Một số tác giả muốn điều trị toàn bộ bằng cắt tử cung hoàn toàn, phương pháp này rất chảy máu và đặc biệt rất dễ có tổn thương bàng quang do khi bóc tách không nhìn rõ, rất khó cầm máu ở diện bóc tách nhất là ở thành chậu mà việc cầm máu phải được làm theo phương pháp Mikulicz. [1], [3]

Nghiên cứu này của chúng tôi không có trường hợp nào điều trị bảo tồn.

5.KẾT LUẬN

Sử dụng đường rạch dọc thân tử cung lấy thai trong xử trí rau tiền đạo cài răng lược là một đường mổ hữu ích vì nó làm giảm lượng máu mất và giảm nguy cơ tổn thương các tạng khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. G. BOOG. Anomalies de la placentation. Traite d'Obstetrique- Masson 2010 ; 206-214
2. Wu et Al. Risk factors for placenta accreta. Am.J. Obstet. Gynecol. 2005 ; 192 ; 1458
3. Chou M.M, Lee YH. Placenta accreta : diagnosis antenatal. Ultrasound Obstet. Gynecol. 2000 ; 15 (1) : 28-35
4. Desbrieres R, Courbieres B. Prise en charge des anomalies d'insertion placentaire : placenta accreta, percreta. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2004 ; 33 (8 suppl) 4S 103-4S119.
5. Levailant L.M, Benoit B. Le placenta au 3e trimestre de la grossesse Pratique de l'echographie obstetricale au troisieme trimestre-Sauramp medical-2009 ; 195-222

TỶ LỆ MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI NGHÉN Ở THAI PHỤ QUẢN LÝ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2012 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thùy Trang, Đỗ Quan Hà
Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường thai nghén (ĐTĐTN) có thể gây nhiều hậu quả cho mẹ, thai nhi và trẻ sơ sinh nhưng còn chưa được chú ý đúng mức, chưa được sàng lọc một cách thường quy. Số liệu nghiên cứu về vấn đề này ở Việt Nam còn chưa nhiều. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để có thể đưa ra những khuyến cáo can thiệp thích hợp cho phụ nữ mang thai. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ ĐTĐTN ở thai phụ đến quản lý thai tại Khoa Khám Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2012 và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, chọn mẫu toàn bộ 210 trường hợp, tuổi thai 24-28 tuần, đến khám thai tại Khoa Khám Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 5/2012 đến tháng 8/2012. Thu thập số liệu bằng phỏng vấn trực tiếp và thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose theo khuyến cáo của Hội Đái tháo đường Mỹ 2011. **Kết quả:** Tỷ lệ ĐTĐTN là 18,6%. Tỷ lệ ĐTĐTN tăng theo nhóm tuổi, thấp nhất ở nhóm ≤ 24 tuổi (2,6%) và cao nhất ở nhóm ≥ 40 tuổi (50%). Tỷ lệ ĐTĐTN cao nhất ở nhóm công chức, viên chức, chiếm 20,9%. Tuổi thai phụ cao, chỉ số khối cơ thể trước khi mang thai ≥ 23 , số lần mang thai cao của thai phụ liên quan đến ĐTĐTN một cách có ý nghĩa thống kê với p lần lượt $<0,05$; $<0,01$; và $<0,01$. **Kết luận:** Tỷ lệ ĐTĐTN là 18,6%. Các yếu tố liên quan đến mắc ĐTĐTN là tuổi thai phụ, chỉ số khối cơ thể trước khi mang thai và số lần mang thai của thai phụ.

Từ khóa: Thai nghén, Đái tháo đường.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes (GD) can have many consequences for mothers, fetuses and newborns but is currently not paid sufficient attention to and is not routinely screened for. There are not much research data on this problem in Viet Nam. We conducted this study to propose appropriate recommendations for intervention for pregnant women. **Objectives:** to determine the prevalence of PG among pregnant women receiving antenatal care at the NHOG in 2012 and to evaluate some related factors. **Materials & methods:** cross-sectional, descriptive study. All 210 eligible pregnant women having gestational age from 24-28 weeks coming for antenatal care at the NHOG from May 2012 to August 2012 were enrolled. Data were collected through direct interviews and conducting of glucose intolerance test according to recommendations of the American Diabetes Association 2011. **Results:** the prevalence of GD is 18.6%. This prevalence increases with age, being lowest among those ≤ 24 yrs (2.6%) and highest among women ≥ 40 yrs (50%). The prevalence is highest among state's employees/office workers, accounting for 20.9%. High age of women, body mass index prior to pregnancy ≥ 23 , high parity are related to GD, with statistical significance of $p < 0.05$; < 0.01 ; and < 0.01 . **Conclusions:** the prevalence of GD is 18.6%. High age, body mass index prior to pregnancy ≥ 23 , high parity of the women are factors related to risks of GD.

Keywords: Gestation, Diabetes.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai nghén (ĐTĐTN) là tình trạng rối loạn dung nạp đường huyết phát hiện lần đầu ở phụ nữ mang thai và có thể gây ra một số biến chứng cho mẹ, cho thai nhi và cho trẻ trong thời kỳ chu sinh [1]. Do đó, việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời có ý nghĩa quan trọng, có thể giúp làm giảm biến chứng cho mẹ, giảm bệnh lý và tỷ lệ tử vong chu sinh cho con.

Tỷ lệ ĐTĐTN chiếm 1 – 14% thai phụ, tùy thuộc vào quần thể nghiên cứu và tiêu chuẩn chẩn đoán

được sử dụng. Bệnh đang có xu hướng tăng ở khu vực châu Á – Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam. Ở nước ta tỷ lệ ĐTĐTN theo các nghiên cứu khác nhau dao động 3,6 – 7,8% [1,2,3].

Việc sàng lọc đái tháo đường trong thời kỳ thai nghén đã được tiến hành từ lâu tại các nước phương Tây [4], nhưng chưa được tiến hành thường quy ở Việt Nam. Có nhiều người mắc đái tháo đường thai nghén không biết là mình mắc, và trong số người được chẩn đoán thì cũng có không ít trường hợp ở giai đoạn

muộn khi đã có nhiều biến chứng.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ ĐĐTĐTN ở thai phụ quản lý thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2012 và một số yếu tố liên quan.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là những thai phụ có tuổi thai từ 24-28 tuần được quản lý thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

Cỡ mẫu: sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu xác định một tỷ lệ:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \cdot p \cdot q}{d^2} \quad [5]$$

- $p = 0,071$ (Tỷ lệ thai phụ mắc ĐĐTĐ theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Vy và CS trên 1.649 ĐTNC tại Hà Nội năm 2004)

- Chọn $d = 0,035$

- $\alpha = 0,05$; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $q = 1-p$

Từ đó tính được $n = 207$ trường hợp. Chúng tôi chọn mẫu toàn bộ trong thời gian từ tháng 5-8/2012, thực tế đã thu nhận được 210 trường hợp.

ĐTNC được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi để thu thập các thông tin cơ bản về nhân khẩu học, tiền sử sản khoa, tiền sử bệnh tật của bản thân-gia đình, tình hình mang thai lần này. Nghiệm pháp dung nạp glucose (NPDNG) được thực hiện với 75g glucose uống lúc đói, đồng thời lấy máu xét nghiệm glucose huyết thanh tại thời điểm lúc đói, sau 1 giờ và 2 giờ uống glucose. Chẩn đoán ĐĐTĐTN theo tiêu chuẩn được Hội Đái tháo đường Mỹ khuyến cáo sử dụng từ tháng 01/2011.

Số liệu được làm sạch, mã hoá và nhập bằng phần mềm SPSS 16.0, xử lý bằng phần mềm STATA 9.0 SE.

KẾT QUẢ

Bảng 1: Một số đặc điểm của ĐTNC

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Tuổi (năm)		
≤ 24	39	18,6%
25-29	87	41,4%
30-34	66	31,4%
35-39	16	7,6%
≥ 40	2	1,0%
Nghề nghiệp		
Lao động đơn giản	39	18,6%
Công nhân	13	6,2%
Công chức, viên chức	134	63,8%

Buôn bán, đi chợ, dịch vụ	9	4,2%
Học sinh, sinh viên	2	1,0%
Nội trợ, không đi làm	13	6,2%
Trình độ học vấn		
Học dở hoặc hết cấp 1	4	1,9%
Học dở hoặc hết cấp 2	15	7,1%
Học dở hoặc hết cấp 3	62	29,6%
TH dạy nghề, cao đẳng	63	30,0%
Đại học, trên đại học	66	31,4%
Nơi ở		
Hà Nội	144	68,6%
Các tỉnh khác	66	31,4%
Tổng	210	100%

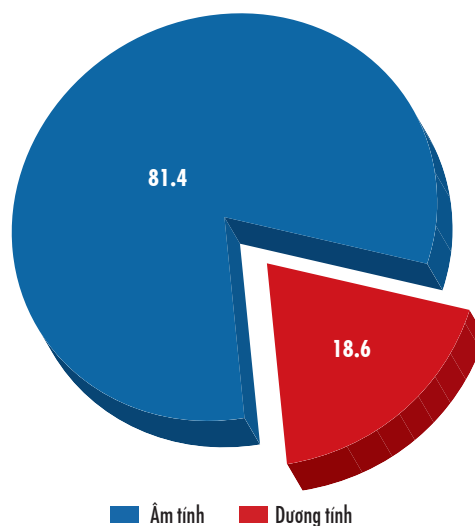
ĐTNC ở độ tuổi 25-29 chiếm tỷ lệ cao nhất, nhóm ≥ 40 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất. Công chức, viên chức là nghề nghiệp phổ biến. Hơn 30% có học vấn đại học, trên đại học. Đa số sống tại Hà Nội.

Bảng 2: Một số đặc điểm khác của ĐTNC

Đặc điểm	Số lượng	Độ lệch chuẩn	Khoảng tin cậy 95%	
Tuổi mẹ	28,5	0,3	27,9	29,1
BMI trước khi có thai	20,4	0,2	20,1	20,8
Tăng cân (kg)	8,5	0,3	8,1	9,1

Tuổi trung bình của ĐTNC là $28,5 \pm 0,3$. BMI (Body Mass Index: chỉ số khối cơ thể) trung bình của ĐTNC trước khi có thai là $20,4 \pm 0,2$. Tính đến thời điểm nghiên cứu, cân nặng của các thai phụ tăng trung bình là $8,5 \pm 0,3$ kg so với trước khi có thai.

Biểu đồ 1: Tỷ lệ đái tháo đường thai nghén



Trong số 210 đối tượng có 36 trường hợp được chẩn đoán ĐĐTĐTN, chiếm tỷ lệ 18,6%.

Bảng 3: Tỷ lệ đái tháo đường thai nghén theo nhóm nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Mức ĐTĐTN	
	Số lượng	Tỷ lệ
Lao động đơn giản (n=39)	7	17,9%
Công nhân (n=13)	2	15,4%
Công chức, viên chức (n=134)	28	20,9%
Buôn bán, đi chợ, dịch vụ (n=9)	0	0,0%
Học sinh, sinh viên (n=2)	0	0,0%
Nội trợ, không đi làm (n=13)	2	15,4%
Chung (n=210)	39	18,6%

Tỷ lệ ĐTĐTN cao nhất ở nhóm làm công chức, viên chức, chiếm 20,9%.

Ghi chú:

- BMI (Body Mass Index: Chỉ số khối cơ thể)
- Số lần mang thai: Số lần mang thai sinh con, tính cả lần mang thai hiện tại

Bảng 4: Một số yếu tố liên quan đến mức đái tháo đường thai nghén

Yếu tố	Mức ĐTĐTN		X ²	P
	Số lượng	Tỷ lệ		
Nhóm tuổi				
≤ 24 (n=39)	1	2,6%	11,02	< 0,05
25-29 (n=87)	16	18,4%		
30-34 (n=66)	16	24,2%		
35-39 (n=16)	5	31,2%		
≥ 40 (n=2)	1	50,0%		
BMI trước có thai				
<18,5 (n=41)	6	14,6%	10,63	< 0,01
18,5 - 22,9 (139)	21	15,1%		
≥ 23 (40)	12	40,0%		
Số lần mang thai				
1-2 lần (n=135)	18	13,3%	6,86	< 0,01
≥ 3 lần (n=75)	21	28,0%		
Chung (n=210)	39	18,6%		

Tỷ lệ ĐTĐTN không thay đổi đáng kể theo tiền sử đái tháo đường của bản thân và gia đình, tiền sử đẻ con >4.000g, mức tăng cân trong khi mang thai lần này (số liệu không trình bày trong bảng).

Kết quả cho thấy tỷ lệ ĐTĐTN tăng theo tuổi, thấp nhất ở nhóm tuổi ≤ 24 (2,6%), cao nhất ở nhóm tuổi ≥ 40 (50%). Sự khác biệt giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Tỷ lệ ĐTĐTN theo BMI của mẹ trước khi có thai ở nhóm có BMI ≥ 23 là 40%, cao hơn hẳn ở hai nhóm còn lại (15,1%) và (14,6%). Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê rất rõ rệt với p<0,01.

Tỷ lệ ĐTĐTN ở nhóm thai phụ mang thai từ 3 lần trở lên

là 28%, cao hơn hẳn so với nhóm còn lại (13,3%) một cách có ý nghĩa thống kê rất rõ rệt với p<0,01.

BÀN LUẬN**ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐTNC**

Tuổi trung bình của ĐTNC là 28,5 ± 0,3. Nhóm tuổi từ 25-29 chiếm tỷ lệ cao nhất là 41,4%. Kết quả này tương tự như của Tạ Văn Bình [6].

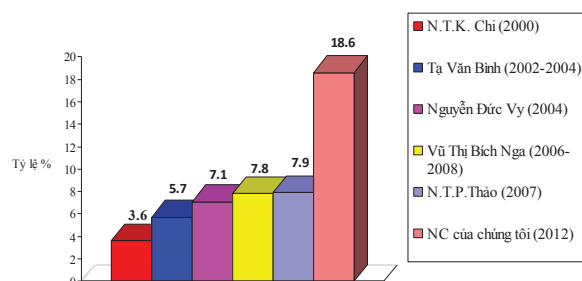
Trong nghiên cứu này, nhóm đối tượng chiếm tỷ lệ cao nhất là công chức, viên chức với tỷ lệ 63,8%. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Đức Vy năm 2004 với nhóm cán bộ công chức chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,2% [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Thế Bách (2008) tại Hà Nội cũng cho thấy tỷ lệ cao nhất là nhóm công chức chiếm 52,3% [8].

Kết quả của chúng tôi về nhóm nghề nghiệp có sự khác biệt với nghiên cứu của Tạ Văn Bình và CS nghiên cứu ở bệnh nhân ĐTĐ chung tại 4 thành phố [9]. Sự khác biệt trong phân bố tỷ lệ nghề nghiệp giữa các nghiên cứu là do có khác nhau về địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi và của Nguyễn Đức Vy, Nguyễn Thế Bách được thực hiện ở những bệnh viện tuyến trung ương, tại các đô thị, thành phố nên số thai phụ là công chức, viên chức chiếm tỷ lệ cao nhất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm ĐTNC có tỷ lệ cao nhất là nhóm đã tốt nghiệp đại học và sau đại học, chiếm 31,4. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Đức Vy năm 2004 với 61% có trình độ cao đẳng, đại học trở lên [7].

TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI NGHÉN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ĐTĐTN chung là 18,6%. Biểu đồ 2 so sánh kết quả của chúng tôi với tỷ lệ ĐTĐTN trong các nghiên cứu trước đây:

Biểu đồ 2: So sánh tỷ lệ ĐTĐTN qua các nghiên cứu

Qua đây có thể thấy một xu hướng chung là tỷ lệ ĐTĐTN trong các nhóm phụ nữ mang thai đang tăng dần qua các năm. Rõ ràng ĐTĐTN đã

trở thành một vấn đề không nhỏ, vì vậy các bác sĩ lâm sàng sản khoa cần lưu ý hơn nữa tới vấn đề này, tăng cường tư vấn và sàng lọc ĐTĐTN cho các thai phụ.

Tỷ lệ ĐTĐTN ở nhóm công chức, viên chức là cao nhất, chiếm 20,9%. Một số nghiên cứu khác ở Việt Nam gần đây cũng cho thấy nhóm công chức viên chức có tỷ lệ mắc cao nhất. Theo kết quả của Nguyễn Thị Kim Liên (2010), ĐTĐTN gặp nhiều nhất ở nhóm công chức và kinh doanh tự do với tỷ lệ 35,5% và 42,3% [10]. Kết quả của Nguyễn Thế Bách và CS (2008) cũng cho thấy tỷ lệ mắc cao nhất là ở nhóm công chức, thậm chí chiếm tới 52,3% [8]. Như vậy, tỷ lệ tuyệt đối thực tế trong nhóm này của chúng tôi có thấp hơn các nghiên cứu khác, có lẽ do chúng tôi chọn mẫu toàn bộ thai phụ được quản lý thai.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI NGHÉN

Theo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ, tuổi mẹ ≥ 25 là một yếu tố nguy cơ trung bình của ĐTĐTN. Một số nghiên cứu gần đây ở nước ngoài cũng cho thấy tuổi của người phụ nữ khi mang thai có liên quan đến nguy cơ mắc ĐTĐTN [11,12]. Ở Việt Nam chỉ có ít nghiên cứu đề cập đến các yếu tố liên quan. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ ĐTĐTN tăng theo tuổi, thấp nhất ở nhóm tuổi ≤ 24 (2,6%), tiếp theo là nhóm 25-29 (18,4%), 30-34 (24,2%), 35-39 (31,2%), và cao nhất ở nhóm tuổi ≥ 40 (50%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên (2010) với tỷ lệ ĐTĐTN tăng dần theo tuổi: nhóm < 24 , 24 - 29, 30 - 34, ≥ 35 lần lượt là 13,3%; 16,3%; 42,3% và 51,7% [10]. Tương tự, Nguyễn Thị Phương Thảo (2007) công bố các tỷ lệ tương ứng là 0%; 4,6%; 12,3%; 30,6% [13]. Tác giả Idris N và cộng sự nghiên cứu trên 366 thai phụ Malaysia tỷ lệ ĐTĐTN ở nhóm < 24 là 3%, nhóm 25 - 35 là 14,6%; nhóm ≥ 35 là 38,6% [14]. Như vậy, mặc dù các tỷ lệ cụ thể có khác nhau, một xu hướng chung là tỷ lệ ĐTĐTN tăng dần theo tuổi của người phụ nữ mang thai. Nói một cách khác, tuổi mẹ mang thai càng cao thì nguy cơ mắc ĐTĐTN càng tăng. Đây chính là một nội dung quan trọng cần phải được tư vấn cho tất cả phụ nữ đến khám thai để họ có thể tự xác định nguy cơ của mình, từ đó có thể tự chăm sóc sức khỏe, đi khám thai phù hợp nhằm đảm bảo sức khỏe thai nghén.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn đánh giá chỉ số khối cơ thể (BMI) theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới đề nghị cho khu vực Châu Á - Thái Bình Dương tháng 2/2000. Trong đó BMI ≥ 23 được coi là thừa cân. Kết quả của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ ĐTĐTN ở nhóm thừa cân (có BMI ≥ 23) là 40%, cao hơn hẳn ở nhóm có BMI = 18,5-22,9 (15,1%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả này tương tự như của Nguyễn Thị Phương Thảo năm 2007 với thai phụ có BMI ≥ 23 có nguy cơ mắc ĐTĐTN cao gấp 4,99 lần nhóm BMI < 23 ($p < 0,001$) [13]. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của tác giả Tạ Văn Bình năm 2002: tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ giữa hai nhóm BMI < 23 và BMI ≥ 23 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê rõ rệt ($p < 0,005$) [6]. Nghiên cứu của Lê Quang Minh tiến hành tại Bắc Kạn về rối loạn glucose máu, có mối liên quan giữa BMI và rối loạn dung nạp glucose sau nghiệm pháp tăng glucose máu với $p < 0,001$, những trường hợp có BMI > 23 có nguy cơ rối loạn dung nạp glucose cao gấp 2,6 lần những trường hợp BMI < 23 [15]. Kết quả của chúng tôi tương đối thống nhất với các nghiên cứu trước đây và cho thấy tầm quan trọng của việc đánh giá toàn trạng khi khám thai, khai thác tiền sử thừa cân/ béo phì để đánh giá nguy cơ ĐTĐTN, từ đó tư vấn và chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng, hướng dẫn hợp lý cho việc chăm sóc sức khỏe thai nghén.

Tỷ lệ mắc ĐTĐTN trong nhóm mang thai ≥ 3 lần cao gấp hơn hai lần so với nhóm mang thai từ 1-2 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả NC của chúng tôi có xu hướng tương tự, nhưng mức độ chênh lệch thấp hơn của Lê Thanh Tùng và cộng sự tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định từ 2005-2008, trong đó tỷ lệ ĐTĐTN trong số có thai ≥ 2 lần cao hơn 13,61 lần so với nhóm có số lần mang thai ít hơn hai [16].

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ ĐTĐTN chung ở toàn bộ các thai phụ là 18,6%.
- Nguy cơ ĐTĐTN có liên quan và tăng cùng với tuổi của thai phụ ($p < 0,05$).
- Chỉ số BMI trước khi mang thai của thai phụ ≥ 23 liên quan đến tăng nguy cơ ĐTĐTN ($p < 0,01$).
- Nguy cơ ĐTĐTN tăng cao cùng với số lần mang thai của thai phụ ($p < 0,01$).

KIẾN NGHỊ

- Cần sàng lọc ĐTĐTN cho tất cả phụ nữ mang

thai để có thể phát hiện và xử trí sớm, phòng tránh những tai biến có thể xảy ra cho mẹ và con.

- Trong quá trình khám thai, có thể sàng lọc các yếu tố nguy cơ như đã phát hiện trong nghiên cứu này thông qua khai thác tiền sử thai phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Trung Quân. Đái tháo đường thai nghén. Đái tháo đường và điều trị. Nhà xuất bản Y học. 2007;399-419.
2. Phạm Thị Lan, Tạ Văn Bình và cs. Tìm hiểu tỷ lệ ĐTDĐ thai kỳ và 1 số yếu tố liên quan ở phụ nữ quản lý thai kỳ tại BV PSTW và BV PSHN. Báo cáo toàn văn các đề tài khoa học – Hội nghị khoa học chuyên ngành Nội tiết-Chuyển hóa lần thứ 3. NXB Y học. 2007;637-647.
3. Vũ Bích Nga. Nghiên cứu đường máu lúc đói để sàng lọc ĐTDĐ thai nghén và bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị ĐTDĐ thai kỳ. Luận án tiến sỹ y học. Đại học Y Hà Nội. 2009.
4. WHO. Tuyên bố Tây thái bình dương về bệnh đái tháo đường - Kế hoạch hành động giai đoạn 2000-2025. Nhà xuất bản Y học. 2003.
5. Trường Đại học Y khoa Hà Nội. Phương pháp nghiên cứu khoa học trong y học và sức khỏe cộng đồng. Nhà xuất bản Y học. 2006;68.
6. Tạ Văn Bình, Nguyễn Đức Vy, Phạm Thị Lan. Tìm hiểu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan ở thai phụ quản lý thai kỳ tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương và Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. 2004.
7. Nguyễn Đức Vy. Tìm hiểu tỷ lệ Đái tháo đường thai nghén và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ quản lý thai nghén tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương và bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Tạp chí Sản Phụ Khoa. 2004.
8. Nguyễn Thế Bách. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến chuyển dạ ở sản phụ đái tháo đường tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Đại học Y Hà Nội. 2008.
9. Tạ Văn Bình và các cộng sự. Dịch tễ học bệnh ĐTDĐ, các yếu tố nguy cơ và các vấn đề liên quan đến quản lý bệnh đái tháo đường trong phạm vi toàn quốc. NXBY học. 2003.
10. Nguyễn Thị Kim Liên. Nghiên cứu về đái tháo đường thai kỳ ở nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao tại bệnh viện phụ sản Trung Ương. Sản phụ khoa. Đại học Y Hà Nội. 2010.
11. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes care. 2006;29(1):40-42.
12. Wagaarachchi P, Fernando L and Premachadra P. Screening based on risk factor for gestational diabetes in Asian population. J.Obstet. Gynecol. 2001;21:32-34.
13. Nguyễn Thị Phương Thảo. Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của các thai phụ được quản lý thai tại khoa Sản Bệnh viện Bạch Mai. Khóa luận tốt nghiệp Bác sỹ Y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội. 2007;22-31.
14. Idris N et al. Universal versus selective screening for detection of gestational diabetes mellitus in a Malaysian population. Malaysian Family Physician. 2009;35: 83-87.
15. Lê Quang Minh. Nghiên cứu rối loạn dung nạp Glucose máu và các yếu tố liên quan ở một số dân tộc tỉnh Bắc Kan. Bộ môn Nội. Đại học Y Thái Nguyên. 2009.
16. Lê Thanh Tùng. Nghiên cứu tỷ lệ mắc bệnh, một số yếu tố nguy cơ và đặc điểm lâm sàng của đái tháo đường thai kỳ. Luận án tiến sỹ y học. Nội khoa. Đại học Y Hà Nội. 2010.

MÔ TẢ CÁC ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA THAI CHẾT LƯU TỪ 13 TUẦN ĐẾN ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Lê Hoàng

Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm cận lâm sàng của thai chết lưu từ 13 tuần đến đủ tháng tại Bệnh viện phụ sản TW. **Đối tượng & phương pháp:** Hồi cứu trên 216 bệnh nhân có bệnh án đọc chẩn đoán là thai chết lưu trong tử cung 13 tuần đến đủ tháng vào viện điều trị và đẻ tại bệnh viện Phụ Sản TW trong năm 2010. **Kết quả:** Dấu hiệu không có tim thai trên siêu âm chiếm tỷ lệ 100%, dấu hiệu Spalding I là 4,6% và nước ối giảm so với tuổi thai là 3,4%. Dấu hiệu Spalding I: ở TCL 18-22 tuần chiếm 7,7%; 23-27 tuần 5,6%; 28-32 tuần 30%; TCL 33-37 tuần là 13,3%; TCL từ 38 tuần trở lên dấu hiệu Spalding I chiếm tỷ lệ 25%. Tỷ lệ TCL có SSH từ 2-4 g/l chiếm 87,5 %. SSH trên 4g/l là 12,5 %. Không có trường hợp nào có SSH < 2 g/l. Có 0,5% TCL có tỷ lệ PT < 70%. TCL có PT từ 70-140 % chiếm tỷ lệ 76,8% TCL có PT > 140% chiếm tỷ lệ 22,2%. TCL không rõ tỷ lệ PT chiếm 0,5%. **Kết luận:** Dấu hiệu không có tim thai trên siêu âm chiếm tỷ lệ 100%. dấu hiệu Spalding I là 4,6% và nước ối giảm so với tuổi thai là 3,4%. Tỷ lệ TCL có SSH từ 2-4 g/l chiếm 87,5 %. SSH trên 4g/l là 12,5 %. Không có trường hợp nào có SSH < 2 g/l. Có 0,5% TCL có tỷ lệ PT < 70%. TCL có PT từ 70-140 % chiếm tỷ lệ 76,8% TCL có PT > 140% chiếm tỷ lệ 22,2%.

Từ khóa: cận lâm sàng, thai chết lưu.

ABSTRACT

Objective: Describe the subclinical manifestations

of stillbirth after 13 weeks of gestation at National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Materials & methods:** Retrospective study in 216 patients who were diagnosed with stillbirth after 13 weeks of gestation, were managed and delivered at NHOG in 2010. **The Results:** The rate of absent of fetal cardiac activities by ultrasound was 100%. Spalding I sign accounted for 4.6% and oligohydramnios was 3.4%. Spalding I signs in stillbirth at 18-22 weeks was 7.7%; 23-27 weeks was 5.6%; 28-32 weeks was 30%; 33-37 weeks was 13.3%; 38 weeks and more was 25%. The incidence of stillbirth with concentration of fibrinogen from 2-4 g/l was 87.5%; concentration of fibrinogen above 4g/l was 12.5%. There was no case with concentration of fibrinogen under 2 g/L. 0.5% cases had PT ratio <70%; 76,8% had PT ratio from 70-140%; 22,2% had PT ratio > 140%. Percentage of patients with unknown PT ratio was 0.5%. **Conclusion:** The rate of absent of fetal cardiac activities by ultrasound was 100%. Spalding I sign accounted for 4.6% and oligohydramnios was 3.4%. The incidence of stillbirth with concentration of fibrinogen from 2-4 g/l was 87.5%; above 4g/l was 12.5%. under 2 g/l was 0%. The incidence of patients with PT ratio under 70% was 0,5%; PT ratio 70-140% was 76,8%, PT ratio above 140% was 22.2%.

Keywords: subclinical, stillbirth.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Thai chết lưu trong tử cung (TCLTTC) là tất cả các trường hợp trứng đã thụ tinh và làm tổ được trong tử cung, nhưng không phát triển thành thai nhi trưởng thành, bị chết và lưu lại trong tử cung trên 48 giờ TCLTTC có thể gặp ở bất kỳ giai đoạn nào của quá trình mang thai. Ngoài việc mang một thai chết trong người là một chấn thương về mặt tâm lý đối với người mẹ, đặc biệt trong những trường hợp hiếm con, ngoài ra, thai chết lưu ảnh hưởng đến sức khỏe và tính mạng người bệnh. Ngày nay, với những tiến bộ

vượt bậc của khoa học kỹ thuật nói chung và những tiến bộ của y học nói riêng đặc biệt của siêu âm, y sinh học, di truyền học, chẩn đoán trước sinh, TCTTC đã được phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Tuy nhiên, hàng ngày ta vẫn còn gặp nhiều bệnh nhân bị thai chết trong tử cung, việc chẩn đoán, điều trị TCLTTC đã đạt được một số thành tựu nhất định, nhưng vẫn còn tỷ lệ lớn TCLTTC chưa rõ nguyên nhân [1].

Xuất phát từ thực tế số lượng bệnh nhân vào điều trị khá cao, Bệnh viện phụ sản trung ương đã có một số nghiên cứu mới, và đã áp dụng trong

chẩn đoán, điều trị TCLTTC. Tuy nhiên, việc nghiên cứu, tổng kết một cách có hệ thống về xử trí TCLTTC còn chưa nhiều. Do vậy, để góp phần vào công tác chăm sóc, nghiên cứu TCLTTC chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả các đặc điểm cận lâm sàng của thai chết lưu từ 13 tuần đến đủ tháng tại Bệnh viện phụ sản TW.

2. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Hỏi cứu trên 216 bệnh nhân cữ bệnh án được chẩn đoán là thai chết lưu trong tử cung từ 13 tuần đến đủ tháng thông tin vào viện điều trị và đẻ tại BV Phụ Sản TW trong năm 2010.

3. KẾT QUẢ:

Bảng 3.1. Dấu hiệu TCL trên siêu âm của thai 13-22 tuần.

TCL trên SÂ	13-17 tuần (n=87)		18-22 tuần (n=39)		Tổng (n=126)	
	n	%	n	%	n	%
Túi ối rõ	7	8			7	5,5
Không có tim thai	87	100	39	100	126	100
DH Spalding I	4	4,6	3	7,7	7	5,5
Nước ối giảm so với tuổi thai	3	3,4	5	12,8	8	6,3

Nhận xét: Dấu hiệu không có tim thai trên siêu âm chiếm tỷ lệ 100% ở cả 2 nhóm tuổi thai từ 13-17 tuần và 18-22 tuần. TCL từ 13-17 tuần có dấu hiệu túi ối rõ chiếm tỷ lệ 8%, dấu hiệu Spalding I là 4,6% và nước ối giảm so với tuổi thai là 3,4%. TCL 18-22 tuần có dấu hiệu Spalding I chiếm tỷ lệ 7,7%; nước ối giảm so với tuổi thai là 12,8%.

Bảng 3.2. Dấu hiệu TCL trên siêu âm của thai ≥23 tuần.

DH TCL trên SÂ	23-27 tuần (n=18)		28-32 tuần (n=30)		33-37 tuần (n=30)		≥38 tuần (n=12)		Tổng (n=90)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Không có tim thai	18	100	30	100	30	100	12	100	90	100
DH Spalding I	1	5,6	9	30	4	13,3	3	25	17	18,9
DH bong da đầu			3	10	4	13,3			7	7,8
nước ối giảm so với tuổi thai	4	22,2	10	33,3	8	26,7			22	24,4

Nhận xét: TCL 23-27 tuần dấu hiệu Spalding I chiếm tỷ lệ 5,6%; nước ối giảm so với tuổi thai là 22,2%. TCL 28-32 tuần dấu hiệu Spalding I chiếm tỷ lệ 30%; dấu hiệu bong da đầu là 10% và nước ối giảm so với tuổi thai là 33,3%. TCL 33-37 tuần dấu hiệu Spalding I và dấu hiệu bong da đầu chiếm tỷ lệ bằng nhau là 13,3%; nước ối giảm so với tuổi thai là 26,7%. TCL từ 38 tuần trở lên dấu hiệu Spalding I chiếm tỷ lệ 25%.

Bảng 3.3. Sinh sọ huyết theo tuổi thai.

SSH(g/l)	13-17 tuần		18-22 tuần		23-27 tuần		28-32 tuần		33-37 tuần		≥38 tuần		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2 - 4	80	91,9	35	89,7	16	88,9	25	83,3	22	73,3	11	91,7	189	87,5
>4	7	8,1	4	10,3	2	11,1	5	16,7	7	23,3	1	8,3	26	12
Không rõ									1	3,3			1	0,5
Tổng	87	100	39	100	18	100	30	100	30	100	12	100	216	100

Nhận xét:

- Tỷ lệ TCL có SSH từ 2-4 g/l chiếm 87,5 %.
- SSH trên 4g/l là 12,5 %.
- Không có trường hợp nào có SSH < 2 g/l

Bảng 3.4. Prothrombin PT% theo tuổi thai

PT %	13-17 tuần		18-22 tuần		23-27 tuần		28-32 tuần		33-37 tuần		≥38 tuần		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<70			1	2,6									1	0,5
70-140	70	80,1	35	89,7	14	77,8	20	66,7	21	70	6	50	166	76,8
>140	17	19,5	3	7,7	4	22,2	10	33,3	8	26,7	6	50	48	22,2
Không rõ									1	3,3			1	0,5
Tổng	87	100	39	100	18	100	30	100	30	100	12	100	216	100

Nhận xét:

- Có 0,5% TCL có tỷ lệ PT < 70%.
- TCL có PT từ 70-140 % chiếm tỷ lệ 76,8%.
- TCL có PT > 140% chiếm tỷ lệ 22,2%.
- TCL không rõ tỷ lệ PT chiếm 0,5%.

4. BÀN LUẬN

DẤU HIỆU TCL TRÊN SIÊU ÂM.

100% bệnh nhân TCL nhập viện đều được làm siêu âm chẩn đoán, trong đó 100% có dấu hiệu tim thai không hoạt động nữa; 3,2% có dấu hiệu túi ối rõ; 11,1% có dấu hiệu Spalding I; dấu hiệu bong da đầu chiếm tỷ lệ 3,2%; nước ối giảm so với tuổi thai chiếm tỷ lệ 13,9%.

Ở nhóm tuổi 13-22 tuần có tỷ lệ 5,5% dấu hiệu túi ối rõ; 5,5% có dấu hiệu Spalding I, nước ối giảm so với tuổi thai chiếm 6,3%.

Ở nhóm tuổi từ 23 tuần trở lên tỷ lệ nước ối giảm so với tuổi thai là 24,4%; tiếp đó là dấu hiệu Spalding I 18,9%, và dấu hiệu bong da đầu là 7,8% (trong đó tuổi thai 33-37 tuần dấu hiệu này chiếm tỷ lệ 13,3%).

Dấu hiệu túi ối rõ chỉ gặp ở tuổi thai 13-17 tuần, ngược lại dấu hiệu bong da đầu lại gặp ở các tuổi thai lớn hơn 33 tuần. điều này là hoàn toàn hợp lý.

KẾT QUẢ SINH SỌ HUYẾT THEO TUỔI TCL.

Theo nghiên cứu của chúng tôi 95,5% thai phụ TCL được làm xét nghiệm sinh sọ huyết. Kết quả này

của chúng tôi gần tương đương với tác giả Phùng Quang Hùng [3] là 97,7 %; và có cao hơn kết quả của Phan Xuân Khôi [2] là 89,4%; điều này phù hợp vì tác giả nghiên cứu TCL ở cả 3 kì của thai nghén.

Ở bảng 3.7 lượng SSH phổ biến nhất là 2-4g/l (87,5%), lượng SSH >4 g/l chiếm 12%, không có trường hợp nào lượng SSH dưới 2 g/l.

Kết quả này tương tự với tác giả Phùng Quang Hùng lượng SSH >3g/l chiếm tỷ lệ 83,9%.

Trong 216 thai phụ TCL từ 13 tuần mà chúng tôi nghiên cứu thì không có trường hợp nào lượng SSH giảm dưới 2 g/l (những trường hợp có nguy cơ chảy máu cao).

Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Hình [4] TCLTTC nạo được (tuổi thai nhỏ) có khả năng chảy máu do rối loạn đông máu cao gấp 4,7 lần so với TCL không nạo được (thai lớn). Sở dĩ như vậy vì ở nhóm tuổi thai nhỏ triệu chứng chưa thật sự rõ ràng, thầy thuốc và bệnh nhân hy vọng giữ thai, điều này vô tình làm tăng thêm thời gian thai lưu lại trong tử cung gây nên nguy cơ giảm sinh sợi huyết tăng.

PROTHROMBIN THEO TUỔI THAI.

Trong 216 thai phụ TCL có 1 trường hợp PT < 70 %, chiếm tỷ lệ 0,5%.

Phần lớn trường hợp có PT từ 70-140 %, chiếm tỷ lệ 76,8%. Có 22,2% trường hợp có PT > 140%.

Thời gian prothrombin hay tỷ lệ Prothrombin đều có ý nghĩa khảo sát sự đông máu theo con đường ngoại sinh (tức là các yếu tố II, V, VII, X và fibrinogen).

Thời gian Prothrombin kéo dài trong các trường hợp sau:

- Bệnh nhân sử dụng warfarin (ức chế sự tạo thành các yếu tố đông máu phụ thuộc vitamin K là II, VII, IX, X).
- Xơ gan, suy gan (không tổng hợp được các yếu tố đông máu).
- Thiếu vitamin K (kém hấp thu, rối loạn khuẩn chí ở ruột, cắt hồng tràng).

5. KẾT LUẬN:

- Dấu hiệu TCL trên siêu âm: ngoài dấu hiệu không có tim thai 100% thì dấu hiệu chủ yếu là nước ối giảm so với tuổi thai chiếm 13,9 %; tiếp đó là dấu hiệu Spalding I chiếm 11,1 %.

- Không có trường hợp nào giảm sinh sợi huyết < 2 g/l.

- Tỷ lệ TCL có PT % < 70 % là 0,5 %; tỷ lệ TCL có PT % > 140 % là 22,2 %.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ Sản trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Sản Phụ khoa, Nhà xuất bản Thành phố Hồ Chí Minh, 1996, 534-541.
2. Phan Xuân Khôi. Nghiên cứu tình hình thai chết lưu trong tử cung tại viện BVBTSS trong 2 năm 1999-2000, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Bộ Y tế, Trường Đại học Y Hà Nội, 2002.
3. Phùng Quang Hùng. Tình hình thai chết lưu vào điều trị tại Bệnh viện PSTW từ 6/2005 đến 5/2006, luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Bộ Y tế, Trường Đại học Y Hà Nội, 2006.
4. Nguyễn Đức Hình, Phạm Thanh Nga. Tình thái chết lưu ở viện BVBTSS trong 2 năm 1994-1995, tạp chí thông tin Y dược 12/1999, 172-176.

PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH ĐẸ THAI TO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TRONG NĂM 2012

Mai Trọng Dũng, Lê Hoài Chương
Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định tỷ lệ đẻ thai to tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2012; Nhận xét một số yếu tố liên quan giữa đẻ thai to với cách đẻ và một số bệnh lý thường gặp. **Đối tượng nghiên cứu:** tất cả các trường hợp đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2012. **Kết quả nghiên cứu:** tỷ lệ đẻ thai to tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012 là 24,31%; tỷ lệ thai to trong nhóm mổ đẻ là 29,87%; tỷ lệ thai to trong nhóm đẻ forceps – ventous là 18,08%; tỷ lệ thai to trong nhóm đường âm đạo còn lại là 19,26%; mổ đẻ chiếm 58,86% số ca đẻ thai to; forceps - ventous chiếm 3,15% số ca đẻ thai to, đẻ thường chiếm 37,99% số ca đẻ thai to; có sự khác biệt về tỷ lệ đẻ thai to giữa các nhóm bệnh.

Từ khóa: Thai to

ABSTRACT

ANALYSIS OF FETAL MACROSOMIA DELIVERY

SITUATION IN NHOG IN 2012.

Objectives: identify the rate of larger birth weight in NHOG in 2012; Describe some risk factor of macrosomia fetal associated with delivery modes and some common diseases. **Materials and methods:** Retrospective descriptive on all cases delivered in in NHOG **Results:** Percentage of macrosomia delivery per all delivery: 24.31%; Percentage of macrosomia delivery per cesarean section: 29.87%; Percentage of macrosomia delivery per forceps-vacuum extraction: 18.08%. Percentage of macrosomia delivery per vaginal delivery: 19.26%; Percentage of cesarean section caused by macrosomia per all macrosomia delivery: 58.86%; vaginal macrosomia delivery per all macrosomia delivery: 37.99%. Instrument assisted to vaginal macrosomia delivery per 3.15% all macrosomia delivery. There is a difference of macrosomia delivery modes among medical disease groups.

Keywords: fetal macrosomia

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong suốt quá trình mang thai, trọng lượng thai nhi luôn là vấn đề được thai phụ và thầy thuốc quan tâm hàng đầu. Trọng lượng thai nhi cũng là một yếu tố rất quan trọng để thầy thuốc cân nhắc quyết định cách đẻ và để phòng các tai biến cho mẹ và con sau khi sinh.

Đối với các trường hợp thai to hay quá to, biến chứng trong và sau đẻ có thể gồm: mắc vai, đỡ tử cung, vỡ tử cung, suy hô hấp sơ sinh...

Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm hai mục tiêu

1. Xác định tỷ lệ đẻ thai to tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2012

2. Phân tích yếu tố liên quan giữa đẻ thai to với cách đẻ và một số bệnh lý thường gặp

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các trường hợp đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2012.

- Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả, dữ liệu nghiên cứu được lấy tại kho hồ sơ Bệnh viện Phụ sản Trung ương

- Dữ liệu nghiên cứu được tính toán trên phần mềm SPSS 16.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA NHÓM NGHIÊN CỨU

3.1.1. Đặc điểm về độ tuổi

Độ tuổi trung bình	Tuổi(năm) + SD
Độ tuổi trung bình của nhóm đẻ thường	Độ : 27,2 + 4.81(13 - 47)
tuổi trung bình của nhóm mổ đẻ	: 29,5 + 4.83(16 - 54)
Độ tuổi trung bình của nhóm thai to	: 28,1 + 4.59(18 - 45)

Đối với nhóm đẻ thường, tuổi trung bình tính được là 27,2 tuổi. Tuổi thấp nhất là trường hợp thai phụ sinh năm 1999(13 tuổi), cao nhất là thai phụ sinh năm 1965(47 tuổi). Cả hai trường hợp này đều có trọng lượng thai < 2500g

Đối với nhóm mổ đẻ, tuổi trung bình tính được là 29,5 tuổi. Tuổi thấp nhất là trường hợp sinh năm 1997(15 tuổi), tuổi cao nhất là trường hợp sinh năm 1959(53tuổi) mang thai xin hoãn.

3.1.2. Đặc điểm về số lần đẻ

Bảng 1: Đặc điểm về tiền sử sản khoa.

Lần đẻ \ Trọng lượng	Thai <3500g(n)	Thai ≥ 3500g(n)	Tổng số(n)
Con so	7222	1624	8846
Con rạ	11722	4463	16185
Tổng số	18944	6087	25031

Trong các trường hợp con so, tỷ lệ đẻ thai to chiếm 18,6%. Trong các trường hợp con rạ, tỷ lệ đẻ thai to chiếm 27,6%. Sự khác biệt về tỷ lệ đẻ thai to giữa hai nhóm con so và con rạ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2. TỶ LỆ ĐẸ THAI TO

Trong năm 2012, tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương có tổng số 6087 trường hợp đẻ thai ≥ 3500g trên tổng số 25031 ca đẻ, chiếm tỷ lệ 24,31%. Thai to nhất có trọng lượng 5500g.

Có tổng số 998 ca đẻ có trọng lượng thai ≥ 4000g chiếm tỷ lệ 3,99% tổng số đẻ năm 2012.

3.3. MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẸ THAI TO VỚI CÁCH ĐẸ

3.3.1. Tỷ lệ các cách đẻ

Bảng 2: Tỷ lệ các cách đẻ

Cách đẻ \ Số lượng	Số ca đẻ (n)	Tỷ lệ(%)
Mổ đẻ	11996	47,92
Đẻ forceps - ventous	1062	4,24
Đẻ thường - đẻ thủ thuật khác	11973	47.84
Tổng số	25031	100

Tỷ lệ mổ đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012 là 47,9%, tỷ lệ đẻ thủ thuật forceps hay ventous chiếm 4,24%, còn lại là các trường hợp đẻ đường dưới khác.

3.3.2. Mối liên quan giữa đẻ thai to với cách đẻ

Bảng 3: Tỷ lệ đẻ thai to giữa các cách đẻ.

Cách đẻ \ Trọng lượng	< 3500g(n)	≥ 3500g(n)	Tổng số(n)	Tỷ lệ thai to(%)
Mổ đẻ	8413	3583	11996	29,87
Đẻ forceps - ventous	870	192	1062	18,08
Đẻ thường - đẻ thủ thuật khác	9664	2309	11973	19,26
Tổng số	18944	6087	25031	24,31

Tỷ lệ đẻ thai to đối với các trường hợp mổ đẻ là 29,87%. Các trường hợp đẻ forceps - ventous, tỷ lệ đẻ thai to chiếm 18,08%. Các trường hợp đẻ đường âm đạo còn lại có tỷ lệ đẻ thai to là 19,26%. So sánh giữa các nhóm về tỷ lệ đẻ thai to đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Trong số 6087 các trường hợp đẻ thai trên 3500g thì mổ đẻ có 3583, chiếm 58,86%, forceps chiếm 3,15%, đẻ thường chiếm 37,99%.

3.3.3. Trọng lượng thai trung bình

Bảng 4: Trọng lượng thai trung bình.

Cách đẻ \ Trọng lượng	Trọng lượng thai trung bình (g) (Chỉ tính riêng các trường hợp ≥ 3500g)	Tính chung (g)
Mổ đẻ	3747,6 + 226,51	3295,2 + 523,91
Đẻ forceps - ventous	3690,1 + 163,67	3118,4 + 432,79
Đẻ thường - đẻ thủ thuật khác	3609,3 + 90,02	3031,6 + 603,15
Tổng số	3717,9 + 214,91	3139,5 + 586,43

Trọng lượng thai trung bình ở tất cả các trường hợp đẻ là 3139,5 + 586,43(g)

Đối với những trường hợp mổ đẻ, nếu chỉ xét riêng các trường hợp thai to thì trọng lượng bình quân là 3747,6g. Còn nếu xét tất cả các trường hợp mổ đẻ thì trọng lượng thai trung bình ngay khi sinh ra là 3295,2g

Nếu so sánh giữa các nhóm về các trường hợp đẻ thai to đều thấy có sự khác biệt với mức $p < 0,01$.

3.4. THAI TO VÀ MỘT SỐ BỆNH LÝ THAI SẢN HAY GẶP

3.4.1. Tỷ lệ một số bệnh lý thai sản hay gặp

Bảng 5: Một số bệnh lý thai sản hay gặp

Bệnh lý	Tổng số đẻ(n)	Tỷ lệ mắc (%)
Đái tháo đường	276	1,11
Tiền sản giật/cao huyết áp	1108	4,43
Bệnh lý tim	373	1,49
Rau tiền đạo	553	2,21

Tỷ lệ đẻ của bệnh lý đái tháo đường tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012 là 1,11%. Tương tự như vậy tỷ lệ đẻ của nhóm bệnh lý tiền sản giật - cao huyết áp là 4,43%, nhóm mẹ bệnh lý tim là 1,49%, nhóm bệnh rau tiền đạo là 2,21%

3.4.2. Tỷ lệ đẻ thai to ở một số bệnh lý thai sản hay gặp

Bảng 6: Tỷ lệ đẻ thai to ở một số bệnh lý thai sản hay gặp

Bệnh lý (n,%)	Thai to(n)	Tổng số đẻ(n)	Tỷ lệ (%)
Đái tháo đường	97	276	35,14
Tiền sản giật/cao huyết áp	114	1108	10,29
Bệnh lý tim	53	373	14,21
Rau tiền đạo	36	553	6,51

Tỷ lệ thai to ở nhóm bệnh đái tháo đường là 35,14%, ở nhóm bệnh tiền sản giật – cao huyết áp là 10,29%, ở nhóm bệnh tim là 14,21%, ở nhóm rau tiền đạo là 6,51%

4. BÀN LUẬN

4.1. VỀ TỶ LỆ ĐẸ THAI TO:

Chưa có dữ liệu báo cáo trong nước về tỷ lệ đẻ thai to ở các nghiên cứu trước đây. Chúng tôi cho rằng với 24,31% đẻ thai to trên 3500g là phù hợp với điều kiện của Việt Nam.

So sánh với các nghiên cứu của nước ngoài thì tỷ lệ đẻ thai to của chúng tôi thấp hơn. Nghiên cứu của Donahue S M (1) cho tỷ lệ đẻ những trẻ có trọng lượng $\geq 3500g$ là 35,77% và tỷ lệ đẻ những trẻ trọng lượng $\geq 4000g$ là 7,9%. Nghiên cứu của Falk C (2) cho tỷ lệ trẻ mới sinh $\geq 4000g$ là 9,6%. Có lẽ là do thể tạng của chúng ta nhỏ hơn, điều kiện chăm sóc y tế cũng như điều kiện dinh dưỡng chưa thể so sánh với nước ngoài nên tỷ lệ đẻ thai to thấp hơn.

Về tỷ lệ đẻ thai to giữa con so và con Ạ: chúng tôi cho rằng tỷ lệ đẻ thai to của con Ạ lớn hơn con so có ba nguyên nhân chính: thứ nhất là những bà mẹ mang thai con Ạ có sự hiểu biết tốt hơn về thai sản, điều kiện dinh dưỡng tốt hơn so với bà mẹ mang thai lần đầu nên tỷ lệ mang thai to cũng cao hơn; thứ hai là những bà mẹ đã mổ lấy thai lần đầu luôn luôn sẵn tâm lý sẽ mổ lấy thai ở lần tiếp theo, do vậy mà họ sẽ ăn uống nhiều hơn và kết quả là thai sẽ lớn hơn; thứ ba là do tỷ lệ bệnh đái tháo đường cũng tăng dần theo tuổi của người mẹ mà nhóm bệnh này có tỷ lệ đẻ thai to khá cao. Nghiên cứu này cũng phù hợp với các báo cáo của Lunde A, Donehue SM(3,1).

4.2. VỀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẸ THAI TO VỚI CÁC CÁCH ĐẸ:

Nghiên cứu cho thấy trong các trường hợp mổ đẻ có tỷ lệ thai to là 29,87%, cao nhất trong các nhóm nghiên cứu, có lẽ là do khi được chẩn đoán là thai to thai phụ sẵn có tâm lý mổ đẻ và thấy

thuốc cũng sẵn sàng chấp nhận thực hiện hơn vì sự an toàn của sản phụ và của chính thầy thuốc.

Đối với những trẻ sau đẻ có trọng lượng trên 3500g: trọng lượng trung bình của trẻ sau sinh ở nhóm mổ đẻ khá cao và có độ giao động lớn hơn so với nhóm đẻ đường âm đạo. Có khoảng 1/5 số trẻ đẻ đường âm đạo là trẻ nặng cân (19,26%) và chủ yếu trọng lượng xung quanh ngưỡng 3500g – 3700g, đây là ngưỡng không quá cao và có thể cân nhắc đẻ đường dưới nếu cuộc đẻ diễn biến thuận lợi, khung chậu thai phụ phù hợp và điều kiện theo dõi cho phép. Còn với các trường hợp mổ đẻ thì có khoảng 1/3 (29,87%) là trẻ nặng cân và ngưỡng trọng lượng chủ yếu khoảng từ 3500g - 4000g.

4.3. VỀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA THAI TO VÀ MỘT SỐ BỆNH LÝ HAY GẶP

- Đối với nhóm bệnh lý đái tháo đường: tỷ lệ đái tháo đường trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,11%, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Sebire NJ(4) với tỷ lệ là 10,9%. Có lẽ do Bệnh viện Phụ sản Trung ương đã phải tiếp nhận thai phụ ở nhiều tuyến khác nhau mà không phải thai phụ nào cũng được khám thai đầy đủ

Tỷ lệ đẻ thai to ở nhóm bệnh lý đái đường chiếm 35,14% cao hơn nhiều so với mức bình quân của tất cả các trường hợp đẻ (24,31%) điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Edwards(5), nghiên cứu của Cedergren(6)

- Đối với nhóm bệnh tiền sản giật – cao huyết áp: tỷ lệ thai phụ bị tiền sản giật – cao huyết áp của chúng tôi là 4,43%, phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây là khoảng từ 3 – 5%.

Tỷ lệ thai to ở nhóm bệnh lý này là 10,29%, chủ yếu là nằm ở nhóm bệnh nhân đái đường có biến chứng cao huyết áp

- Đối với nhóm bệnh lý rau tiền đạo: tỷ lệ mắc của chúng tôi là 2,21% tương đương với nhiều nghiên cứu trước đây, từ 1 – 3% số phụ nữ mang thai

Tỷ lệ đẻ thai to ở nhóm bệnh rau tiền đạo thấp nhất trong các nhóm là vì rau tiền đạo thường phải đình chỉ thai nghén sớm, thai phụ mất máu trong quá trình mang thai làm dinh dưỡng cho thai ít đi.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đẻ thai to tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012 là 24,31%.

Tỷ lệ thai to trong nhóm mổ đẻ là 29,87%; các trường hợp đẻ forceps – ventous là 18,08%; các trường hợp đẻ đường âm đạo còn lại là 19,26%. Trong số những trường hợp thai to thì mổ đẻ chiếm 58,86%, thủ thuật forceps - ventous chiếm 3,15%, đẻ thường chiếm 37,99%.

Tỷ lệ bệnh lý đái tháo đường khi mang thai là 1,11%, các nhóm bệnh còn lại có tỷ lệ tương đương nghiên cứu khác. Có sự khác biệt về tỷ lệ đẻ thai to giữa các nhóm bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Donahue SM. Trends in birth weight and gestational length among singleton term births in the United States: 1990-2005. *Obstetrics & Gynecology*, Volume: 115 Issue: 2 Pt 1 (2010-02-01) p. 357-64.
2. Falk C, Falk S, Strobel E. Overweight newborn infants--incidence, causes and clinical significance. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 1989 Jun;49(6):536-41.
3. Lunde A, Melve KK, Gjessing HK. Genetic and environmental influences on birth weight, birth length, head circumference, and gestational age by use of population-based parent-offspring data. *Am J Epidemiol*. 2007 Apr 1;165(7):734-41.
4. Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW, Regan L, Robinson S. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001 Aug;25(8):1175-82.
5. EDWARDS, LAURA E. MD; HELLERSTEDT, WENDY L. MPH, PhD; ALTON, IRENE R. MS, RD; STORY, MARY PhD; HIMES, JOHN H. PhD, MPH. Pregnancy Complications and Birth Outcomes in Obese and Normal-Weight Women: Effects of Gestational Weight Change. *Obstetrics & Gynecology*. 87(3):389-394, March 1996.
6. Cedergren MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 2004;103:219–24.

MỘT SỐ NHẬN XÉT VỀ ỨNG DỤNG ĐO THỂ TÍCH KHỐI RAU THAI BẰNG MÁY SIÊU ÂM 3D TRONG QUÝ ĐẦU THAI NGHÉN

Nguyễn Trần Chung
Trường Đại Học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: nghiên cứu tính khả thi đo thể tích khối rau thai, đồng thời tìm hiểu mối liên quan giữa thể tích khối rau thai và kích thước chiều dài đầu mông trong khoảng tuổi thai từ 11 tuần đến 13 tuần +6 ngày. **Đối tượng & phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu. Sử dụng máy siêu âm 3D với đầu dò thành bụng 3,5 MHz để thực hiện đo thể tích khối rau thai của 256 đối tượng có tuổi thai từ 11 tuần đến 13 tuần +6 ngày đến khám tại bệnh viện Poissy, Cộng Hòa Pháp, từ 8/2011 đến 10/2011. Sử dụng mode VOCAL với góc xoay định trước 30 độ, cùng một người đo. **Kết quả:** Thể tích khối rau thai thu được trong khoảng từ 33,8 cm³ đến 106,4 cm³, với thể tích trung bình là 63,6 ± 14,4 (cm³). Có sự tương quan tuyến tính giữa thể tích khối rau và chiều dài đầu mông thai, theo công thức $\ln(PV) = 0,018 \cdot CRL + 2,8947$, với độ lệch chuẩn SD là 0,15, $r = 0,34$. Chỉ số rau thai trung bình (PQ) được tính theo công thức (PV/CRL) có kết quả là $1 \pm 1.1 \text{ mm}^3/\text{mm}$. Thực hiện đo thể tích khối rau dễ dàng, thời gian thực hiện đo từ 3 đến 5 phút và thể tích khối rau chênh lệch giữa 2 lần đo của cùng khối rau là 0,2 cm³. **Kết luận:** Chỉ số thể tích khối bánh rau có mối tương quan tuyến tính với kích thước chiều dài đầu mông.

Từ khóa: Chiều dài đầu mông, ba tháng đầu, thể tích khối rau thai, siêu âm

ABSTRACT

Objectives: To investigate the feasibility and reproducibility of measuring the placental volume

(PV), and to correlate these volumes to the fetal crown-rump length (CRL) between 11 to 13 weeks +6 days of gestation. **Materials & methods:** Prospective study. Placental volumes were acquired by the same operator using a three-dimensional ultrasonography, with a 3.5 MHz transabdominal transducer; from 256 pregnancies between 11 to 13 weeks +6 days of gestation, followed in hospital Poissy, French, from 8/2011 to 10/2011. The VOCAL (Virtual Organ Computer-aided Analysis) method with a 30° rotation angle was used for volumetric calculations. **Result:** A total of 256 pregnancies were evaluated, the placenta volume ranged from 33.8 to 106.4 cm³ with a mean of 63.6 ± 14.4 cm³. There was a significant correlation between PV and CRL; the exponential equation was the model that best expressed the correlation between them with the following formulas: $\ln(PV) = 0.018 \cdot CRL + 2.8947$ (standard deviation SD = 0.15, $r = 0.34$). In addition, the median placental quotient (ratio of placental volume to fetal crown-rump length) was $0.1 \pm 1 \text{ cm}^3/\text{mm}$. The results of this study demonstrate the feasibility of placental volumetry which is performed mostly manually and took about 3-5mn in each case. Especially, our study indicated a good reproducibility with a mean intraobserver and interobserver difference of 0.2 cm³. **Conclusion:** Placental volume (PV) linearly related to fetal crown - rump - length (CRL)

Keywords: crown-rump length, first trimester, placental volume, ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau thai là cơ quan trao đổi chất cho thai sống giữa mẹ và thai nhi, bảo đảm cho thai sống và phát triển, ngoài ra còn giữ vai trò nội tiết để cơ thể mẹ phù hợp với tình trạng thai nghén. Vai trò bánh rau bắt đầu ngay từ tuần thứ 4 thai kỳ thông qua sự xâm lấn các tế bào nuôi của gai rau vào mạch máu của ngoại sản mạc tử cung. Gần đây, một số tác giả trên thế giới đã bắt đầu tiến hành nghiên cứu thể tích khối rau thai, và cho thấy có

sự liên quan giữa trọng lượng trẻ sơ sinh và thể tích khối rau thai. Đồng thời một số nghiên cứu cho thấy dường như có mối liên quan giữa thể tích khối rau thai đến tỷ lệ các bất thường dị bội nhiễm sắc thể, cũng như tiên đoán phát hiện các bệnh trong quý II của thai kỳ như: tiền sản giật, sản giật, thai chậm phát triển trong tử cung. Cùng với sự phát triển tiến bộ trong khoa học công nghệ, các thể hệ máy siêu âm mới ra đời. Sự phát triển gần đây của máy siêu âm 3D đã cho phép có thể đo được thể tích

khối rau thai. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu ứng dụng đo thể tích khối rau thai bằng máy siêu âm 3D :

Với mục tiêu nghiên cứu: nghiên cứu tính khả thi đo thể tích khối rau thai, đồng thời tìm hiểu mối liên quan giữa thể tích khối rau thai và kích thước chiều dài đầu mông trong khoảng tuổi thai từ 11 tuần đến 13 tuần + 6 ngày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

Tất cả các trường hợp phụ nữ có thai trong khoảng tuổi thai từ 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày, có hẹn đến khám siêu âm định kỳ quý I tại phòng A của khoa chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện Poissy, Cộng Hòa Pháp, từ tháng 8/2011 -10/2011. Tất cả các đối tượng này có thai tự nhiên, thai sống, không có dấu hiệu dọa sảy (đau bụng hoặc ra máu âm đạo) tại thời điểm siêu âm.

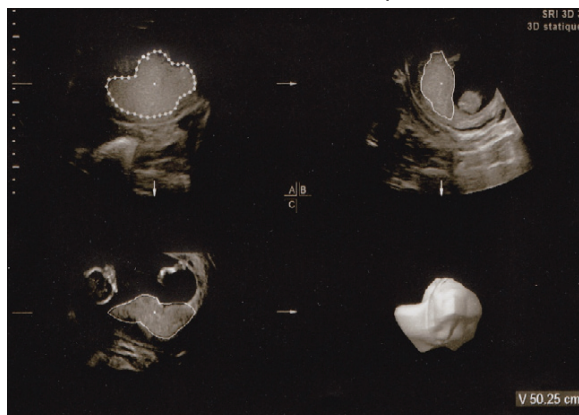
2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Phương tiện, dụng cụ, cách tiến hành đo: sử dụng máy siêu âm 3 chiều (3D) Voluson E8 Expert, GE Medical system, trang bị đầu dò thành bụng 3,5 MHz.

Bệnh nhân được chuẩn bị bằng quang đủ nước tiểu (sau khi uống 250ml nước trước khi siêu âm 1 giờ). Đầu dò thành bụng đặt vuông góc với khối rau thai cần đo, cửa sổ âm phải bao quát được toàn bộ khối rau thai. Sử dụng mode VOCAL (logiciel 3D, GE Healthcare – Product Technology), với góc xoay lựa chọn trước là 30°, trên mặt cắt ngang. Tiến hành thực hiện vẽ bằng tay tại vùng rau thai cần nghiên cứu cho mỗi mặt phẳng khi xoay; đo 2 lần.

Hình 1: Minh họa cách đo khối rau thai trên máy siêu âm 3D



- Các số liệu nghiên cứu thu được sẽ được xử lý với các thuật toán thống kê y học thông thường

bằng phần mềm toán học SAS 9.2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian thực hiện nghiên cứu từ tháng 8/2011 -10/2011 đã có 256 đối tượng đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu.

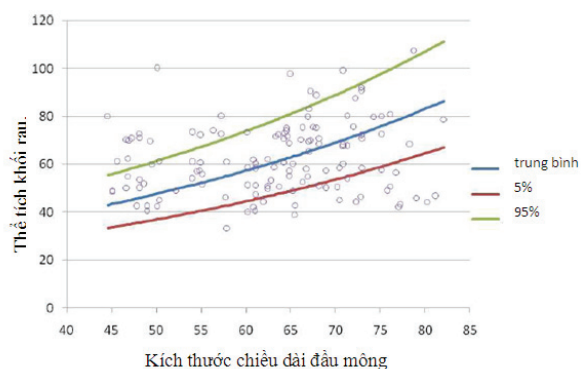
Bảng 1: Các chỉ số siêu âm thu được (n= 256):

Chiều dài đầu mông thai (mm)	63,8 ± 9,4 (44,7 - 83,2)
Thể tích khối rau thai (cm ³)	63,6 ± 14,4 (33,7 - 106,7)
Độ dày da gáy (mm)	1,32 ± 0,4
Chỉ số PQ (cm ³ /mm)(*)	1,0 ± 0,1

- Khi nghiên cứu mối tương quan giữa thể tích khối rau và chiều dài đầu mông thai, nhận thấy có sự tương quan tuyến tính theo công thức: $\ln(PV) = 0,018 \cdot CRL + 2,8947$, với độ lệch chuẩn SD (standard deviation) là 0,15, $r = 0,34$.

- (*) Chỉ số rau thai trung bình PQ được tính theo công thức: thể tích khối rau thai (mm³) chia cho kích thước chiều dài đầu mông (mm). Đơn vị của chỉ số PQ là cm³/mm.

Bảng 2: Mối liên quan tuyến tính giữa thể tích khối rau và kích thước chiều dài đầu mông thai của 256 đối tượng nghiên cứu.



- Tiến hành thực hiện đo thể tích khối rau dễ dàng, thời gian thực hiện đo từ 3 đến 5 phút và thể tích khối rau chênh lệch giữa 2 lần đo của cùng khối rau là 0,2 cm³. Tất cả các đối tượng bà mẹ nghiên cứu không tỏ ra sự khó chịu hoặc đau đớn.

IV. BÀN LUẬN

Trên thế giới, ở các nước phát triển như các nước trong cộng đồng chung châu Âu, công tác quản lý thai diễn ra một cách có hệ thống và thống nhất. Trong thời kỳ thai nghén thông thường được làm siêu âm vào 3 thời điểm ở 3 quý khác nhau. Trong đó, siêu âm lần đầu (quý I), được thực hiện ở tuổi thai 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày. Lần siêu âm này rất

quan trọng, như xác định tuổi thai, đo khoảng sáng sau gáy giúp sàng lọc những bất thường liên quan đến rối loạn nhiễm sắc thể. Vì vậy hầu hết phụ nữ mang thai vào thời kỳ này đã được hẹn lịch khám. Đồng thời chúng tôi cũng chọn thời điểm siêu âm này, vì khi đó hình ảnh của thai và khối rau không quá lớn, việc tiến hành đo thể tích khối bánh rau cũng dễ dàng hơn, của sổ quét siêu âm có thể bao trùm toàn bộ khối rau thai.

Liên quan đến kết quả thể tích khối bánh rau trong nghiên cứu của chúng tôi là $63,6 \pm 14,4$ (cm^3), chúng tôi thấy có mối liên quan tuyến tính giữa thể tích khối rau thai và kích thước chiều dài đầu mông (CRL) là $PV = 0,018 \cdot CRL + 2,8947$, với độ lệch chuẩn SD là 0,15, $r = 0,34$. Kết quả này phù hợp với nhiều kết quả của các nghiên cứu khác trên thế giới. Theo nghiên cứu của Giuseppe Rizzo ở Itali năm 2008, khi khảo sát các đối tượng có tuổi thai từ 11 tuần đến 14 tuần, cho kết quả $\ln(PV) = 0,011 \cdot CRL + 3,43$; SD = 0,173; $r = 0,63(1)$. Năm 2004, nghiên cứu của Wegrzyn và các cộng sự khi sử dụng máy siêu âm 3D để đo khối rau thai, với mode VOCAL góc mở 15° cũng cho thấy có mối liên quan tuyến tính giữa thể tích khối rau và kích thước chiều dài đầu mông $\ln(PV) = 0,02 \cdot CRL + 2,947$; SD = 0,319, $r = 0,496(2)$. Trong nghiên cứu của De Paula và các cộng sự trên 296 đối tượng nghiên cứu có tuổi thai từ 12 đến 40 tuần, sử dụng mode VOCAL với góc xoay 30° cho thấy thể tích PV từ $58,1 \text{ cm}^3$ đến $427,7 \text{ cm}^3$, với sự sai lệch kết quả giữa hai lần đo của cùng một thể tích VP là $0,2 \text{ cm}^3(3)$. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu chúng tôi là $0,2 \text{ cm}^3$. Nhiều nghiên cứu khác trên thế giới cũng cho thấy của chỉ số thể tích khối rau VP tiên đoán phát hiện các bệnh trong quý II của thai kỳ như: tiến sản giật, sản giật, hội chứng HELLP, thai chậm phát triển trong tử cung. (1,4).

Tác giả Plasencia W và Nicolaides KH cùng các cộng sự trong một nghiên cứu tại London năm 2011 cho thấy có mối liên quan khá chặt chẽ giữa trọng lượng của trẻ sau khi sinh với các chỉ số PV và tỷ lệ PAPP-A (pregnancy-associated plasma protein A) (4).

Liên quan đến chỉ số rau thai PQ, theo nghiên cứu của Metzenbauer và các cộng sự ở Australi trên 2863 đối tượng có tuổi thai từ 10 đến 13 tuần, có chỉ số PQ là $0,98 \text{ cm}^3/\text{mm}$. Kết quả này phù hợp trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số là $1 \pm 0,1$ (cm^3/mm). Tác giả Metzenbauer cũng cho thấy các chỉ số PV và PQ rất có giá trị trong sàng lọc phát

hiện các dị tật số lượng nhiễm sắc thể 21, 13 và 18. Trong đó, nhóm thai bình thường có PQ trung bình là $0,67 \text{ cm}^3/\text{mm}$ so với nhóm thai có bất thường nhiễm sắc thể có PQ trung bình là $0,98 \text{ cm}^3/\text{mm}(5)$.

- Tiến hành thực hiện đo thể tích khối rau dễ dàng, thời gian thực hiện đo từ 3 đến 5 phút và thể tích khối rau chênh lệch giữa 2 lần đo của cùng khối rau là $0,2 \text{ cm}^3$. Tất cả các đối tượng bà mẹ tham gia trong nghiên cứu của chúng tôi không tỏ ra sự khó chịu hoặc đau đớn. Điều này cũng được thể hiện trong kết quả nghiên cứu của De Paula tại Brazil năm 2007, khi nghiên cứu 296 đối tượng, thời gian thực hiện đo thể tích khối rau trung bình chỉ là 4 phút, với thể tích khối rau chênh lệch giữa 2 lần đo của cùng khối rau do cùng một bác sỹ thực hiện siêu âm là $0,2 \text{ cm}^3$ (3)

V. KẾT LUẬN

- Chỉ số thể tích khối bánh rau tỷ lệ tuyến tính với kích thước chiều dài đầu mông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rizzo G, Capponi A, Cavicchioni O, Vendola M, Arduini D. First trimester uterine Doppler and three-dimensional ultrasound placental volume calculation in predicting pre-eclampsia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008 Jun;138(2):147-51.
2. Wegrzyn P, Faro C, Falcon O, Peralta CF, Nicolaides KH. Placental volume measured by three-dimensional ultrasound at 11 to 13 + 6 weeks of gestation: relation to chromosomal defects. Ultrasound Obstet Gynecol. 2005 Jul;26(1):28-32.
3. De Paula CF, Ruano R, Campos JA, Zugaib M. Placental volumes measured by 3-dimensional ultrasonography in normal pregnancies from 12 to 40 weeks' gestation. J Ultrasound Med. 2008 Nov;27(11):1583-90.
4. Plasencia W, Akolekar R, Dagklis T, Veduta A, Nicolaides KH. Placental Volume at 11-13 Weeks' Gestation in the Prediction of Birth Weight Percentile. Fetal Diagn Ther. 2011 Jun 23.
5. Metzenbauer M, Hafner E, Schuchter K, Philipp K. First-trimester placental volume as a marker for chromosomal anomalies: preliminary results from an unselected population. Ultrasound Obstet Gynecol. 2002 Mar;19(3):240-2.

RỐI LOẠN NHỊP TIM TRONG THAI KỲ: TẦN SUẤT, CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ

Tô Mai Xuân Hồng⁽¹⁾, Nguyễn Minh Lê⁽²⁾

(1) Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

(2) Bệnh viện Thống Nhất TP Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Hiện nay, rối loạn nhịp tim trong thai kỳ đang có xu hướng gia tăng. Phần lớn các rối loạn nhịp tim trong thai kỳ thuộc dạng ngoại tâm thu nhĩ hoặc ngoại tâm thu thất và thường lành tính. Tuy nhiên các rối loạn nhịp tim đơn giản này có thể là dấu hiệu báo hiệu một bệnh lý tim mạch nặng nề trong thai kỳ. Phát hiện được rối loạn nhịp tim, phân định dạng rối loạn nhịp cũng như đánh giá các yếu tố thúc đẩy rối loạn nhịp và khảo sát các bệnh tim tiềm ẩn giữ vai trò rất quan trọng trong việc hoạch định kế hoạch trị liệu phù hợp nhất cho sức khỏe của thai phụ và thai nhi.

Từ khóa: Rối loạn nhịp tim, thai kỳ, thuốc chống loạn nhịp

ABSTRACT

ARRHYTHMIA IN PREGNANCY: INCIDENCE, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT

Incidence of arrhythmia in pregnancy is increasing nowadays. Extra systole (premature atrial or ventricular beat) is the most common and benign phenomena during pregnancy. However, these simple arrhythmias may also be an initial presentation of a serious cardiovascular disease occurring in the pregnancy. It is very important to diagnosis type of arrhythmia and to screen risk factors and underlying cardiac diseases in order to establish the most suitable management regarding maternal and fetus health.

Keywords: Arrhythmia, antiarrhythmic drugs, pregnancy

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp tim trong thai kỳ chiếm khoảng 10% các bệnh lý tim và thai kỳ, sau các bất thường van tim (chủ yếu bất thường van 2 lá (30%)), bất thường vách liên thất (20%) và bất thường vách liên nhĩ (15%) (1). Các rối loạn nhịp này có thể xảy ra ở một vài thai phụ đã được chẩn đoán có rối loạn nhịp tim từ trước khi mang thai, hoặc ở một số thai phụ có bất thường cấu trúc tim (2). Tuy nhiên, đa số các thai phụ phát hiện cơn đầu tiên của rối loạn nhịp tim khi họ mang thai và không hề có tiền sử mắc bệnh tim từ trước (2). Thật ra, rối loạn nhịp tim trong thai kỳ thường lành tính (2), (3), (4) xảy ra do sự thay đổi về huyết động học, chuyển hóa và nội tiết, theo sau sự gia tăng nồng độ estrogen, β -human chorionic gonadotropin (β -hCG) và catecholamine, cũng như sự gia tăng nhạy cảm của các thụ thể adrenergic lúc mang thai (1), (2), (5), (3), (6), (7), (8). Trên những thai phụ có cấu trúc tim bình thường, đa số các rối loạn nhịp tim thuộc dạng ngoại tâm thu nhĩ hoặc ngoại tâm thu thất (2), (8) thường không biểu hiện triệu chứng, và dĩ nhiên, không cần điều trị đặc hiệu (7). Mặc dù vậy, các rối loạn nhịp tim dạng đơn giản này,

cũng có thể là triệu chứng báo hiệu đầu tiên của bệnh lý tim mạch nghiêm trọng trong thai kỳ, chẳng hạn như bệnh cơ tim chu sinh (8), (9). Chính vì thế, các rối loạn nhịp tim trong thai kỳ cần được theo dõi sát để tránh gây tổn hại đến sức khỏe thai phụ và thai nhi. Thật ra, việc điều trị rối loạn nhịp tim ở thai phụ không khác với điều trị rối loạn nhịp tim ở phụ nữ không mang thai (6), (5), (8) nhưng sự quyết định liệu pháp trị liệu vẫn phải được cân nhắc và thảo luận kỹ lưỡng vì một số trị liệu pháp (thuốc chống loạn nhịp hoặc tia xạ) có thể gây bất thường bẩm sinh ở thai nhi và chậm phát triển tâm thần hoặc bệnh lý ác tính ở trẻ nhũ nhi (3), (5). Trước xu hướng gia tăng dần tần suất rối loạn nhịp tim trong thai kỳ hiện nay, theo sau sự thành công trong lĩnh vực điều trị vô sinh và điều trị các bất thường tim ở bé nhũ nhi và sơ sinh (10), (8), thông qua việc nhắc lại về cơ chế gây ra rối loạn nhịp tim trong thai kỳ, chúng tôi muốn nhấn mạnh các tiêu chuẩn giúp định danh các rối loạn nhịp tim ở phụ nữ mang thai, đồng thời cập nhật khuyến cáo mới về điều trị của rối loạn nhịp tim xảy ra trong thai kỳ dưới góc nhìn của người thực hành công tác chăm sóc tiền sản.

TẦN SUẤT CÁC RỐI LOẠN NHỊP TIM TRONG THAI KỲ

Tần suất chính xác của các rối loạn nhịp tim trong thai kỳ vẫn chưa được báo cáo đầy đủ trên y văn (4), (11). McNulty và cộng sự nhận thấy tần suất bệnh lý này đang gia tăng do hai lý do: (1) gia tăng tuổi của phụ nữ mang thai (ở tuổi 30-40), và độ tuổi này thường kết hợp với bệnh lý cao huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý xơ vữa mạch máu và bệnh thận mạn tính trước mang thai; (2) tiến bộ y học với sự điều trị thành công các bệnh lý tim ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi, giúp các bé gái này có thể trở thành những phụ nữ có thể mang thai (10). Bên cạnh đó, McNulty và cộng sự cũng khẳng định, các rối loạn nhịp tim trong thai kỳ thường xảy ra ở những thai phụ có bệnh lý tim từ trước (4.5%) hơn là những thai phụ không có tiền căn bệnh lý tim mạch (1%) (2), (10), (12)). Ngoại tâm thu nhĩ hoặc ngoại tâm thu thất là dạng rối loạn nhịp thường gặp nhất trong thai kỳ (chiếm 50%) (2), (5), (8), (13), (14). Cụ thể hơn, có thể gặp các rối loạn nhịp tim trong thai kỳ sau đây (10), (2):

-Rối loạn nhịp tim nhanh gồm: (1) nhịp nhanh xoang (5%), (2) ngoại tâm thu nhĩ hoặc thất (50%), (3) nhịp nhanh kịch phát trên thất (30%), (4) nhịp nhanh nhĩ, (5) rung nhĩ và cuồng nhĩ, (6) nhịp nhanh dẫn rộng phức hợp QRS (hiếm gặp)

-Rối loạn nhịp chậm (< 60 nhịp/phút) thường hiếm gặp (0.5%), gồm nhịp chậm xoang và các dạng block nhĩ thất (15)

CƠ CHẾ BỆNH SINH CỦA RỐI LOẠN NHỊP Ở THAI PHỤ KHÔNG CÓ BỆNH LÝ TIM CĂN BẢN (BẢNG 1)

Theo y văn, năm 1919, Lombard và Cope đã nhận ra sự ảnh hưởng của nội tiết tố giới tính gây ra sự khác biệt dẫn truyền điện ở nam giới và nữ giới, chẳng hạn, testosterone tác động lên hoạt động của kênh calcium và kali ở nam giới (16), (17) và estrogen tác động lên sự kéo dài đoạn QT ở phụ nữ (18). Khi mang

thai, với sự gia tăng nội tiết tố làm sự phát khởi rối loạn nhịp dễ dàng hơn (19).

Hơn nữa, những thay đổi huyết động học hệ tim mạch như tăng cung lượng tim (tăng 40%), tăng thể tích huyết tương và giảm kháng lực mạch máu (1), (2), (3), (6), (7) gây kéo căng cơ tim, làm tăng sự co thắt tâm nhĩ sớm và tâm thất sớm gây ra các rối loạn nhịp trong thai kỳ, mặc dù hệ thần kinh tự chủ cũng đã có những thay đổi chức năng để đáp ứng với sự tăng nhịp tim này (20), (21).

HẬU QUẢ CỦA RỐI LOẠN NHỊP TIM TRONG THAI KỲ

Rối loạn nhịp tim nhanh hay chậm đều làm suy giảm sự co thắt đồng bộ của cơ tim và gây ra giảm cung lượng tim, dẫn đến giảm tưới máu và cung cấp oxy cho các mô ngoại biên, đặc biệt là nhau thai. Thai chậm tăng trưởng trong tử cung và thai chết lưu là hậu quả nặng nề nhất khi rối loạn nhịp ở thai phụ không được điều chỉnh tốt (14), (22).

TẦM SOÁT VÀ CHẨN ĐOÁN RỐI LOẠN NHỊP TIM TRONG THAI KỲ

Thai phụ có nguy cơ cao đối với bệnh lý rối loạn nhịp tim là những thai phụ có bệnh lý tim căn bản (bệnh lý cơ tim chu sinh (23)), hoặc có các bệnh hệ thống khác (thiếu máu (24), bệnh lý tuyến giáp (25), thuyên tắc phổi, ngưng thở khi ngủ). Thêm vào đó, các chất kích thích như cà phê, thuốc lá, rượu cũng được xem là yếu tố phát khởi của cơn rối loạn nhịp tim mới hoặc làm nặng thêm tình trạng rối loạn nhịp sẵn có ở các phụ nữ mang thai (8)

Chẩn đoán có hay không rối loạn nhịp trong thai kỳ khá đơn giản, nhưng cần phải biết phân loại dạng rối loạn nhịp và tìm ra các yếu tố thúc đẩy rối loạn nhịp tim tiến triển nặng, nhằm tiên lượng sức khỏe cho thai phụ và thai nhi, cũng như quyết định một kế hoạch điều trị phù hợp (2), (6), (8)

Hội hợp trống ngực là than phiền thường gặp nhất ở các phụ nữ mang thai, triệu chứng này trở nên rõ rệt

Bảng 1: Cơ chế bệnh sinh của rối loạn nhịp trong thai kỳ (2)

Bệnh tim có bất thường cấu trúc	Cấu trúc tim bình thường
Bệnh tim bẩm sinh tạo ra vòng vào lại	Bệnh bẩm sinh chỉ ảnh hưởng đến đường dẫn truyền
- Bệnh tim không tim (thông liên nhĩ, thông liên thất)	- Dẫn truyền đôi nút nhĩ thất gây cơn nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất
- Bệnh tim có tim (tứ chứng Fallot)	- Wolff Parkinson White/đường dẫn truyền phụ
- Bệnh lý van tim (van động mạch chủ 2 lá)	- Bệnh kênh nhĩ thất
Bệnh tim mắc phải	Rối loạn nhịp mắc phải
- Bệnh van tim hậu thấp	- Bệnh lý thoái hóa của hệ thống dẫn truyền
- Bệnh van tim do viêm nội tâm mạc	- Hội chứng QT kéo dài mắc phải do dùng thuốc, do rối loạn chuyển hóa
- Bệnh cơ tim	

Bảng 2: Khuyến cáo điều trị rối loạn nhịp tim trong thai kỳ (Hiệp hội tim mạch Châu Âu 2011) (15)

Loại rối loạn nhịp tim	Điều trị	Phân loại	Mức độ
Cơn nhịp nhanh trên thất			
- Xử trí cơn kịch phát	- Nghiệm pháp vagal, sau đó dùng Adenosine (tiêm mạch)	I	C
	- Shock điện chuyển nhịp khi có rối loạn huyết động học	I	C
	- Metoprolol hoặc Propranolol tiêm mạch (khi thất bại với Adenosine)	IIa	C
	- Verapamil tiêm mạch (khi thất bại với các thuốc trên)	IIb	C
- Điều trị phòng ngừa cơn nhịp nhanh trên thất	- Digoxin uống hoặc Metoprolol/Propranolol	I	C
	- Sotalol hoặc Flecainide uống (khi thất bại với Digoxin và ức chế thụ thể beta)	IIa	C
	- Propafenol hoặc Procainamide uống (là lựa chọn cuối khi thất bại với các thuốc đề nghị trên trước khi dùng amiodarone)	IIb	C
	- Verapamil uống (khi các thuốc ức chế nút nhĩ thất thất bại)	IIb	C
Cơn nhịp nhanh thất			
- Xử trí cơn nhịp nhanh cấp	- Shock điện ngay đối với cơn nhịp nhanh thất kéo dài, có huyết động ổn định hoặc không ổn định	I	C
	- Sotalol hoặc procainamide truyền tĩnh mạch đối với cơn nhịp nhanh thất kéo dài, đơn dạng, huyết động học ổn định	IIa	C
	- Amiodarone truyền tĩnh mạch đối với cơn nhịp nhanh thất kéo dài, đơn dạng, huyết động không ổn định, trợ với shock điện hoặc không đáp ứng với các thuốc khác	IIa	C
- Điều trị ngoài cơn nhịp nhanh thất	- Đặt máy khử rung trong buồng tim (ICD) trước khi mang thai hoặc trong thai kỳ nếu có chỉ định	I	C
	- Ức chế thụ thể beta trong suốt thai kỳ và sau sinh trong hội chứng QT kéo dài bẩm sinh	I	C
	- Metoprolol, Propranolol, Verapamil uống trong nhịp nhanh thất kéo dài tự phát	I	C
	- Sotalol, Flecainide, Propafenone trong nhịp nhanh thất kéo dài tự phát khi thất bại với các thuốc trên	IIa	C
	- Đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn hoặc máy khử rung trong 1 buồng tim (ICD) trong hội chứng QT kéo dài bẩm sinh dưới hướng dẫn của siêu âm và sau tuần thai thứ 8	IIa	C
	- Đốt ổ loạn nhịp qua thông tim đối với nhịp nhanh dung nạp kém hoặc trợ với thuốc điều trị	IIb	C

hơn vào 3 tháng cuối thai kỳ và có thể kết hợp với thở ngắn, hoặc đau ngực (2). Hô hấp trống ngực có thể xảy ra khi nghỉ ngơi hoặc khi gắng sức, có liên quan tới rối loạn nhịp tim dạng ngoại tâm thu nhĩ và không cần điều trị (5), (13), (14).

Đừng quên hỏi tiền sử bệnh lý tim mạch lúc nhỏ, tiền sử gia đình có bệnh lý tim mạch, các triệu chứng ngất, thở ngắn, chóng mặt và nhức đầu nhằm tìm kiếm các bệnh lý tim căn bản kết hợp với tình trạng rối loạn nhịp tim hiện tại (14), (6). Kể đến, cần phải thăm khám kỹ để loại trừ các bệnh lý hệ thống, có thể là nguyên nhân của tình trạng rối loạn nhịp trong thai kỳ như rối loạn chức năng tuyến giáp, thiếu máu, suy hô hấp do tắc nghẽn, bệnh lý nhiễm trùng (25), (24).

CÁC PHƯƠNG TIỆN CẬN LÂM SÀNG GIÚP CHẨN ĐOÁN RỐI LOẠN NHỊP TRONG THAI KỲ (2)

Đo điện tâm đồ khi nghỉ ngơi (ECG) đo cả 12 chuyển đạo giúp chẩn đoán rối loạn nhịp tim trong thai kỳ. Holter ECG 12 chuyển đạo trong 24 giờ đặc biệt hữu ích để nhận ra các rối loạn nhịp tim trong thai kỳ có thể xảy ra từng lúc (6), (10), (2). Ở thai phụ, điện tâm đồ bình thường có đoạn PR, QRS và QT ngắn lại; không có thay đổi trên biên độ

sóng P, phức hợp QRS và sóng T; trục tim hơi lệch về bên trái; có thể xuất hiện khử cực sớm nhĩ và thất (2), (5), (6).

ECG gắng sức có thể được chỉ định trong thai kỳ trừ khi có chống chỉ định gắng sức vì lý do sản khoa. Tuy nhiên, cần dừng ngay xét nghiệm này khi thai phụ bị hạ huyết áp gây ra giảm tưới máu nhau thai (6), (10)

Thử nghiệm bàn nghiêng (Tilt table test) không khuyến cáo dùng trong thai kỳ vì nguy cơ hạ huyết áp làm giảm tưới máu nhau và thai nhi (2)

Thử nghiệm bằng thuốc (Pharmacological testing) Adenosine để cắt cơn rối loạn nhịp tim trong thai kỳ (2)

Cần làm thêm các xét nghiệm để loại trừ cường giáp, rối loạn điện giải. Nếu có sự hiện diện của bất thường cấu trúc tim, cần gửi đến khám chuyên gia tim mạch để đánh giá thêm

XỬ TRÍ RỐI LOẠN NHỊP TIM TRONG THAI KỲ

Chỉ định điều trị rối loạn nhịp tim trong thai kỳ được đặt ra khi các rối loạn nhịp tim này gây ra rối loạn huyết động học. Khi quyết định điều trị rối loạn nhịp tim, bắt buộc phải đánh giá các yếu tố sau: nguy cơ dị dạng thai, những thay đổi trên huyết động học trên thai phụ và ảnh hưởng của các liệu pháp điều trị

trên chuyển dạ, khi sổ thai và khi cho bé bú (8).

Một số khó khăn khi điều trị rối loạn nhịp trong thai kỳ

- Trong thai kỳ, rất khó duy trì nồng độ điều trị của thuốc trong máu vì (1) có sự tăng thể tích huyết tương làm tăng liều điều trị cần thiết nhưng sự giảm protein huyết tương làm giảm sự gắn kết với thuốc; (2) có sự tăng tưới máu thận và tăng chuyển hóa ở gan làm tăng sự đào thải thuốc; (3) sự giảm bài tiết dịch vị và giảm nhu động ruột làm giảm hấp thu thuốc ở dạ dày ruột (8).

- Một số thuốc chống loạn nhịp, mặc dù dùng ở nồng độ thấp nhất vẫn có khả năng gây ra bất thường thai nhi (nếu dùng thuốc trước tuần thai thứ 8) và ảnh hưởng lên sự phát triển thai nhi (8).

- Hơn nữa, các thuốc chống loạn nhịp đều qua nhau thai và qua sữa mẹ, tác dụng phụ của thuốc có khuynh hướng tăng lên do sự thay đổi quá trình chuyển hóa và hấp thu thuốc khi có thai (10), (5). Chính vì thế, chỉ nên dùng thuốc khi thai phụ có rối loạn huyết động xảy ra do tình trạng rối loạn nhịp tim nặng nề (10), (5).

RỐI LOẠN NHỊP TIM TRONG THAI KỲ VÀ VẤN ĐỀ QUẢN LÝ THAI NGHÉN

50% thai phụ có rối loạn nhịp tim dạng ngoại tâm thu nhĩ hoặc ngoại tâm thu thất với biểu hiện hồi hộp trống ngực và thường không cần phải điều trị (2), (5), (8), (13), (14). Nên lưu ý rằng, rối loạn nhịp tim này cũng có thể là dấu hiệu báo hiệu của một bệnh lý tim mạch nặng nề trong thai kỳ, cụ thể là viêm cơ tim chu sinh. Đúng trước một rối loạn nhịp tim xảy ra trong thai kỳ, cần phải phân định dạng rối loạn nhịp, tìm các yếu tố thúc đẩy cơn rối loạn nhịp, đồng thời, phải khảo sát sự liên quan của rối loạn nhịp tim với sự tồn tại bệnh lý tim căn bản để có thể tư vấn tốt hơn những vấn đề liên quan đến sức khỏe thai phụ và thai nhi, cũng như lên kế hoạch điều trị đối với những dạng rối loạn nhịp nặng nề.

Ở nước ta, chương trình chăm sóc sức khỏe phụ nữ trước khi mang thai và làm mẹ an toàn đang được triển khai rộng rãi. Nên chăng bổ sung vào chương trình này việc thực hiện thường quy điện tâm đồ nghỉ ngơi với 12 chuyển đạo nhằm phát hiện sớm các rối loạn nhịp tim vào lần đầu khám thai, cũng như để nghị Holter điện tâm đồ 12 chuyển đạo trong 24 giờ để định danh các rối loạn nhịp tim từng lúc. Với những rối loạn nhịp đã được định danh và có chỉ định điều trị để tránh rối loạn huyết động học cho thai phụ, rất cần có sự thảo luận giữa các chuyên gia sản khoa, tim mạch và nhi khoa để thống nhất kế hoạch điều trị hiệu quả nhất cho thai phụ, mà không gây tổn hại nặng nề nào cho thai nhi. Được như thế, chương trình chăm sóc sức khỏe và làm mẹ an toàn đã mang đến lợi ích thiết thực cho cộng đồng thai phụ Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chamberlain G. and Morgan M., ABC of antenatal care, 4th edition, ed. Chamberlain G. and Morgan M. 2002: BMJ Publishing Group.
2. Adamson, D.L. and C. Nelson-Piercy, Managing palpitations and arrhythmias during pregnancy. Heart, 2007. 93(12): p. 1630-6.
3. Vardas P. E. Arrhythmias in pregnancy. 2005 (cited; Available from: www.escardio.org/congresses/esc_congress_2005/Documents.
4. Li J. M., et al., Frequency and outcome of arrhythmias complicating admission during pregnancy: experience from a high-volume and ethnically-diverse obstetric service. Clin Cardiol, 2008. 31: p. 538-41.
5. Gowda, R.M., et al., Cardiac arrhythmias in pregnancy: clinical and therapeutic considerations. Int J Cardiol, 2003. 88(2-3): p. 129-33.
6. Katz A., Cardiac arrhythmias and pregnancy: Incidence, prognosis, diagnosis and management. 2010.
7. Page R. L., Hamdan M. H., and Joglar A. G., Arrhythmias occurring during pregnancy. Cardiac Electrophysiology Review, 2002. 6: p. 136-9.
8. Ferrero, S., B.M. Colombo, and N. Ragni, Maternal arrhythmias during pregnancy. Arch Gynecol Obstet, 2004. 269(4): p. 244-53.
9. Lee W. and Cotton D., Peripartum cardiomyopathy: current concepts and clinical managements. Clin Obstet Gynecol, 1989. 32: p. 54-67.
10. McNulty, J.H., Arrhythmias in pregnancy. Cardiol Clin, 2012. 30(3): p. 425-34.
11. Siu S. C., et al., Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. Circulation, 2001. 104: p. 515-21.
12. Drenthen W., et al., Outcome of pregnancy in women with congenital heart disease: a literature review. J Am Coll Cardiol, 2007. 49: p. 2303-11.
13. Shotan A., et al., Incidence of arrhythmias in normal pregnancy and relation to palpitations, dizziness, and syncope. Am J Cardiol, 1997. 79(8): p. 1061-4.
14. Moore, J.S., et al., Maternal arrhythmia: a case report and review of the literature. Obstet Gynecol Surv, 2012. 67(5): p. 298-312.
15. Regitz-Zagrosek, V., et al., ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J, 2011. 32(24): p. 3147-97.
16. Lombard W. and Cope O. M., Effect of pulse rate on the length of the systoles and diastoles of the normal human heart in the standing position. Am J Physiol, 1919. 49: p. 139-40.
17. Ganjehei L., et al., Cardiac arrhythmias in women. Tex Heart Inst J, 2011. 38: p. 157-59.
18. Jonsson M. K., et al., Gender disparity in cardiac electrophysiology: implications for cardiac safety pharmacology. Pharmacol Ther, 2010. 127: p. 9-18.
19. Nakagawa M., et al., Characteristics of new-onset ventricular arrhythmias in pregnancy. J Electrocardiol, 2004. 37: p. 47-53.
20. Fu Q. and Levine B. D., Autonomic circulatory control during pregnancy in humans. Semin Reprod Med, 2009. 27: p. 330-337.
21. Soliman E. Z., Elsalam M. A., and Li Y., The relationship between high resting heart rate and ventricular arrhythmogenesis in patients referred to ambulatory 24 h electrocardiographic recording. Europace, 2010. 12: p. 261-265.
22. Vedmedovska N., et al., Placental pathology in fetal growth restriction. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2011. 155: p. 36-40.
23. Pearson G. D., et al., Peripartum cardiomyopathy: National Heart, Lung, and Blood Institute and Office of Rare Diseases (National Institutes of Health) workshop recommendations and review. JAMA, 2000. 283: p. 1183-1188.
24. ACOG Practice Bulletin No. 95: anemia in pregnancy. Obstet Gynecol, 2008. 112: p. 201-207.
25. Tribulova N., et al., Thyroid hormones and cardiac arrhythmias. Vascuol Pharmacol, 2010. 52: p. 102-112.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH BỆNH LÝ VÀ TỬ VONG TRẺ SƠ SINH NON THÁNG - THẤP CÂN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2010

Trần Diệu Linh, Lê Anh Tuấn, Phan Thị Thu Nga

Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu tình hình bệnh lý, tử vong của trẻ non tháng thấp cân tại khoa Sơ Sinh Bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2010 để từ đó đề xuất liệu pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** 2867 trẻ đẻ tại BvPSTW năm 2010 có tuổi thai < 37 tuần hoặc cân nặng < 2500g được nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ đẻ non nhẹ cân là 16.2%, chiếm 74.5% tổng số trẻ bệnh lý, các bệnh thường gặp là suy hô hấp (11.8%), thiếu máu (5%), dị tật bẩm sinh (3.9%), ROP (3.5%). Tỷ lệ tử vong 8.9%, hơn 80% tử vong ở giai đoạn chu sinh, 35% tử vong < 24h. Trẻ < 1000g, trẻ < 28 tuần có tỷ lệ tử vong cao nhất và gấp 34 lần ở trẻ > 2500g, gấp 76 lần trẻ > 37 tuần. Nguyên nhân gây tử vong hay gặp nhất là các bệnh về hô hấp và XHN-MN. **Kết luận:** Trong công tác điều trị tăng cường hơn nữa việc cứu chữa và chăm sóc trẻ cực non vì tỷ lệ tử vong ở nhóm này còn rất cao

Từ khóa: trẻ sơ sinh non tháng, trẻ sơ sinh cân nặng thấp

ABSTRACT

RESEARCH MORBIDITY AND MORTALITY OF PREMATURE AND LOW BIRTHWEIGHT INFANTS IN NHOG IN 2010

Objectives: Determined the morbidity and mortality of premature and low birthweight infants in NHOG in 2010 and proposed therapy intervention to improve the

quality of treatment. **Materials and Methods:** 2867 cases of premature and low birth weight infants were included in the study, the diseases: respiratory distress, asphyxia, jaundice, anemia, polycythemia, ROP, IVH etc were collected and other variables such as weight at birth, gestational age, gender, cause of death were analyzed and processed by SPSS software. **Results:** The rate of premature and low birth weight infants in hospital was 16.2%, accounting for 74.5% of infant's diseases, the common diseases of premature and low birth weigh was respiratory failure accounted for 11.8%, anemia was followed by 5%, birth defects was 3.9%, 3.5% ROP requiring treatment. and these diseases varied depending on weight at birth and gestational age, The mortality was 8.9%, more than 80% of deaths in the perinatal period in which 35% mortality < 24 h. Infants < 1000g had the highest mortality and the risk of death was 34.07 times compared to the weight infants > 2500g. Infants with gestational age < 28 weeks had the highest risk of death and 76.22 times higher compared to infants with gestational age > 37 weeks. Leading causes of death was respiratory diseases, followed by IVH and finally by defects. **Conclusion:** In the treatment should further enhance the treatment and care for extremely very low birth weigh infants because the mortality rate is very high in this group.

Key word: premature infants, low birth weight infants

1/ ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàng năm trên thế giới có khoảng 14 triệu trẻ sơ sinh thấp cân, chiếm 12% tổng số trẻ sơ sinh và có 2,5 triệu trẻ sơ sinh trong số đó tử vong. Ở nước ta tỷ lệ đẻ thấp cân còn cao, theo nghiên cứu của Lưu Tuyết Minh tại PSTW năm 2000 tỷ lệ đẻ thấp cân là 10,2% [1], năm 2002 của Dương Lan Dung là 11,5% [2]

Theo ước tính của tổ chức UNICEF năm 1994 tỷ lệ đẻ thấp cân 12-14%. Còn theo thống kê của Bộ Y tế tỷ lệ đẻ thấp cân là 8% năm 2000 [3]. Trẻ đẻ thấp cân

là yếu tố thuận lợi hàng đầu dẫn đến dễ mắc bệnh và tử vong ở giai đoạn sơ sinh. Nghiên cứu của Đinh Phương Hòa và cs tại Bệnh viện Nhi TW năm 1994 trẻ đẻ thấp cân nhập viện chiếm 27,4% số trẻ vào khoa Sơ sinh, trong đó có tới 52,6% trong số này tử vong do đẻ non [4]. Theo Phạm Thanh Mai trong nghiên cứu về tình hình tử vong và bệnh tật trẻ sơ sinh tại Viện BVBM&SS năm 2000 cho thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh thấp cân tại viện là 13,6% [5]. Một nghiên cứu của Nguyễn Đình Thoại và cs tại

Bệnh viện Nhi tỉnh Quảng Nam trong 5 năm (2004 – 2008) cho thấy tỉ lệ tử vong sơ sinh ở trẻ sinh non chiếm 50% và tỉ lệ tử vong ở trẻ có cân nặng < 2500g chiếm 67,2%[6]. Với sự tiến bộ vượt bậc của y học hiện đại đã tìm hiểu được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, yếu tố nguy cơ của trẻ đẻ thấp cân, góp phần làm giảm tỉ lệ đẻ thấp cân và tỉ lệ tử vong của trẻ sau sinh. Tại BVPSTW, hàng năm số lượng trẻ đẻ thấp cân vào khoa Sơ sinh ngày càng tăng. Để ngày càng nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị trẻ thấp cân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Nghiên cứu tình hình bệnh lý, tử vong trẻ sơ sinh non tháng, thấp cân tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương năm 2010 nhằm mục đích:

Tìm hiểu tình hình bệnh lý, tử vong của trẻ non tháng thấp cân tại khoa Sơ Sinh Bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2010 để từ đó đề xuất liệu pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng điều trị

2/ ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Tất cả trẻ sơ sinh đẻ tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1/2010 – 12/2010 có đủ tiêu chuẩn: Hoặc tuổi thai < 37 tuần hoặc cân nặng < 2500g.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ có cân nặng < 2500gr và / hoặc có tuổi thai < 37 tuần không đẻ tại bệnh viện
- Trẻ có cân nặng < 2500gr và / hoặc có tuổi thai < 37 tuần nhưng do phải ĐCTN

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Mô tả, hồi cứu. Bệnh án theo mẫu nghiên cứu chung. Xử lý số liệu dựa vào phần mềm SPSS 15.0

2.3. ĐỊA ĐIỂM VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

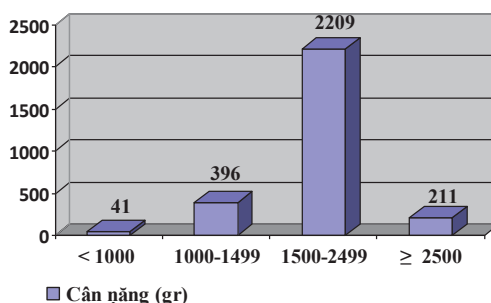
Thời gian nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2010 đến tháng 12/2010

3/ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Năm 2010 có 17644 trẻ sơ sinh đẻ tại bệnh viện, trong đó số trẻ non tháng nhẹ cân là 2867 (16,2%) ,tỉ lệ trẻ đẻ non thấp cân dao động tùy thuộc vào quần thể lấy máu cũng như cách nghiên cứu, theo Tô thanh Hương &cs cho thấy tỉ lệ đẻ thấp cân lần lượt ở nông thôn và thành thị là 11% và 5%

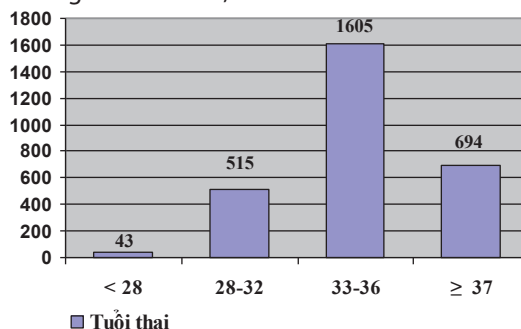
[7],kết quả của chúng tôi cao hơn vì BV PSTW là tuyến điều trị cuối cùng nên tập trung hầu hết các trường hợp sản phụ có nguy cơ đẻ non vào viện .Trong đó trẻ sơ sinh bệnh lý là 3635 (74,5%) .Theo Phạm Thanh Mai và cs [8] tỉ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng thấp tại Viện BVBMSTSS năm 1998 là 15,7%, trẻ non tháng chiếm 9.8% trong tổng số đẻ nhưng lại chiếm > 60% trong tổng số bệnh lý, điều này đặt ra một yêu cầu cho các nhà sản khoa cần có biện pháp hữu hiệu để hạ thấp tỉ lệ đẻ non tháng nói riêng và hạ thấp tỉ lệ đẻ thấp cân nói chung . Điều trị bệnh lý mẹ lúc mang thai, theo dõi sự phát triển thai có thể giúp giảm tỷ lệ trẻ nhẹ cân.

3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG NHÓM BỆNH LÝ



Biểu đồ 1: Phân bố trẻ đẻ non theo cân nặng

Nhóm cân nặng thường gặp nhất là 1500g-2499g chiếm 77,3%. Nhóm trẻ có cân nặng < 1000g chỉ chiếm 1,4%



Biểu đồ 2: Phân bố trẻ đẻ non, nhẹ cân theo tuổi thai

Trẻ có tuổi thai khi sinh 33-36 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất 56,2%. Nhóm có tuổi thai ≥ 37 tuần là 24,3%. Trẻ có tuổi thai < 28 tuần có tỉ lệ thấp nhất là 1,5%

3.2. ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ

48% trẻ non tháng đơn thuần không có bệnh lý kèm theo, 24,3% là trẻ đủ tháng nhẹ cân (SDD). Bệnh lý thường gặp là SHH chiếm 11,8%, thiếu máu 5%, dị tật bẩm sinh 3,9%, ROP cần điều trị

3,7%. Kết quả cũng cho thấy một số bệnh từ năm 2008 như vàng da, NTSS, hạ đường máu đã giảm nhiều đến năm 2010 là do có nhiều tiến bộ về trang thiết bị và kỹ năng chăm sóc trẻ sinh non.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh lý

Bệnh	BVPSTW 2010		BVPSTW 2008		P
	n	Tỉ lệ	n	Tỉ lệ	
Suy hô hấp	337	11.8	90	14,9	0,062
Vàng da	98	3.4	135	30	< 0,001
Nhiễm trùng	95	3.3	48	10,7	< 0,001
Dị tật bẩm sinh	112	3.9	9	2	0,0468
Non	1372	48.0	-	-	
Non + SDD	226	7.9	-	-	
SDD	690	24.2	-	-	
Hạ đường máu	51	1.8	99	22	< 0,001
ROP	107	3.7	39	8,8	< 0,001
Thiếu máu	143	5.0	-	-	
Ngạt	7	0.2	-	-	
Đa HC	6	0.2	7	1.5	< 0,001

Tuy nhiên theo nghiên cứu của Ngô Minh Xuân và cs [9] tại bệnh viện Từ Dũ năm 2007 các bệnh thường gặp ở trẻ sinh non là SHH (20,1%), NTSS (9,5%), suy dinh dưỡng bào thai (6,2%), bệnh phổi mãn (0,6%). Tỉ lệ SHH tại BV PSTW thấp hơn có thể là do chúng ta sử dụng surfactant dự phòng sớm ngay sau đẻ làm giảm khả năng mắc SHH do bệnh màng trong.

Bảng 2: Phân bố bệnh lý theo cân nặng

Bệnh	Cân nặng (gram)								Tổng
	<1000	%	1000-1499	%	1500-2499	%	≥2500	%	
Suy hô hấp	34	10.1	156	46.3	128	38	19	5.6	337
Vàng da	0	0	5	5.1	87	88.8	6	6.1	98
Nhiễm trùng	5	5.3	12	12.6	62	65.3	16	16.8	95
Dị tật	1	0.9	16	14.3	89	79.5	6	5.3	112
Non	4	0.3	71	5.2	1134	82.7	163	11.8	1372
Non + SDD	2	0.9	54	23.9	170	75.2	0	0	226
SDD	0	0	4	0.6	686	99.4	0	0	690
Hạ G/ máu	1	2	20	39.1	28	54.9	2	4	51
ROP	18	16.8	63	58.9	26	24.3	0	0	107
Thiếu máu	12	8.4	90	62.9	39	27.3	2	1.4	143
Ngạt	0	0	0	0	7	100	0	0	7
Đa HC	0	0	1	16.7	4	66.4	1	16.7	6

Nhóm cân nặng 1000-1499g hay gặp các bệnh SHH (46,3%), thiếu máu (62,8%) và ROP (58,9%). Nhóm cân nặng 1500-2499g hay gặp các bệnh vàng da (88,8%), NTSS sớm (65,3%), dị tật bẩm

sinh (79,5%), hạ đường máu (54,9%), ngạt (100%), đa HC (66,4%).

Trẻ non tháng < 28 tuần tỉ lệ trẻ mắc SHH chỉ chiếm 12,5%, trong khi trẻ có tuổi thai 28-32 tuần có tới 59,4% mắc SHH. Các bệnh lý như vàng da (77,6%), NTSS sớm (50,5%), dị tật bẩm sinh (44,6%), hạ đường máu (43,1%), đa HC (66,4%) chiếm tỉ lệ cao hơn ở nhóm trẻ có tuổi thai 33-36 tuần. ROP và thiếu máu chủ yếu ở nhóm trẻ có tuổi thai 28-32 tuần theo tỉ lệ là 70,1% và 56,6%.

Bảng 3: Phân bố bệnh lý theo tuổi thai

Bệnh	Tuổi thai (tuần)								Tổng
	<28	%	28-32	%	33-36	%	≥37	%	
Suy hô hấp	42	12.5	200	59.4	95	28.1	0	0	337
Vàng da	0	0	13	13.3	76	77.6	9	9.1	98
Nhiễm trùng	3	3.2	19	20	48	50.5	25	26.3	95
Dị tật	1	0.9	20	17.9	50	44.6	41	36.6	112
Non	4	0.3	187	13.6	1181	86.1	0	0	1372
Non + SDD	0	0	16	7.1	210	92.9	0	0	226
SDD	0	0	0	0	1	0.2	689	99.8	690
Hạ G/ máu	1	2	20	39.2	22	43.1	8	15.7	51
ROP	22	20.6	75	70.1	10	9.4	0	0	107
Thiếu máu	17	11.9	81	56.6	43	30.1	2	1.4	143
Ngạt	0	0	0	0	4	57.1	3	42.9	7
Đa HC	0	0	1	16.7	4	66.4	1	16.7	6

Trẻ cực kỳ nhẹ cân và rất non tháng có tỉ lệ mắc SHH thấp hơn các nhóm cân nặng, tuổi thai lớn hơn có thể là do sử dụng các biện pháp hỗ trợ hô hấp dự phòng sớm như surfactant, nCPAP dự phòng và do đó kéo theo tỉ lệ mắc ROP ở nhóm này thấp hơn. Tỉ lệ trẻ đẻ ngạt lại cao ở nhóm trẻ ≥ 33 tuần, cân nặng ≥ 1500g.

3.3. ĐẶC ĐIỂM NHÓM TỬ VONG

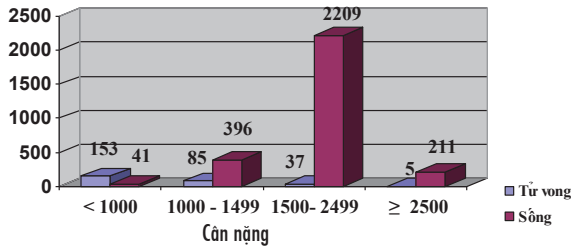
Tử vong là 280 trường hợp (8,9%). So với báo cáo của Ngô Minh Xuân và cs năm 2009 [9] là 5,6%. Tỉ lệ này khác nhau là do tuổi thai đưa vào nghiên cứu khác nhau, có nhiều bệnh nhân nặng xin về. Theo Nguyễn Đình Thoại và cs [6] trong nghiên cứu tại Bv Quảng Nam nguyên nhân gây tử vong sơ sinh hàng đầu là đẻ non, đẻ thấp cân chiếm 42,8%.

Bảng 4: Thời gian tử vong

Thời gian tử vong	Số ca	Tỉ lệ (%)	Lũy tiến (%)
<24 giờ	98	35.0	35.0
1-3 ngày	91	32.5	67.5
4-≤ 7 ngày	41	14.6	82.1
> 7 ngày	40	14.3	100
Tổng	280	100	

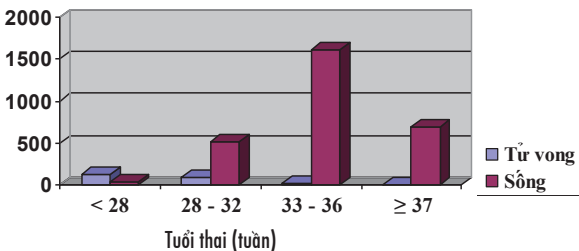
35% trẻ tử vong <24h, trong đó > 80% trong giai đoạn chu sinh

Theo Nguyễn Văn Sơn và Hoàng Thị Huệ [10] nghiên cứu trẻ sơ sinh có tuổi thai từ 27-37 tuần cho thấy tỉ lệ tử vong < 24h là 26,2%. Tỉ lệ tử vong <24h trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có thể do khoảng tuổi thai của chúng tôi được tính từ 23 tuần.



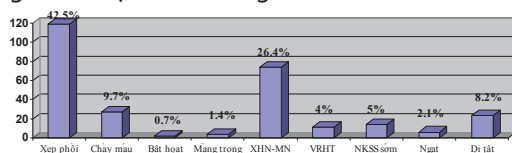
Biểu đồ 3: Tử vong theo nhóm cân nặng

Tử vong chủ yếu ở nhóm trẻ <1000g (79,3%), kết quả của Ngô Minh Xuân [9] là (56,5%). So với nhóm cân nặng >2500g (2,3%), nhóm 1500-2499g (1,7%) có nguy cơ tử vong cao gấp 1,1 lần, nhóm 1000-1499g (17,7%) có nguy cơ tử vong cao gấp 7,63 lần và nhóm <1000g có nguy cơ cao nhất gấp 34,07 lần. Cũng theo báo cáo của Ngô Minh Xuân và cs [9] tại Bv Từ Dũ tỉ lệ tử vong mức thấp ở các trẻ có cân nặng khi sinh >1500 g (1,09%), tỉ lệ này còn khá cao ở các trẻ ≤ 1500 g (25,26%).



Biểu đồ 4: Tử vong theo nhóm tuổi thai

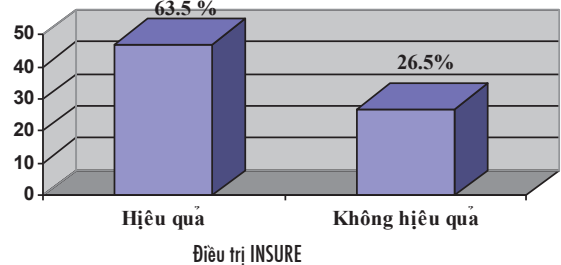
Tử vong chủ yếu ở trẻ < 28 tuần. So với trẻ > 37 tuần, nguy cơ tử vong của tuổi thai từ 33-36 tuần cao gấp 1,96 lần, nhóm tuổi thai từ 28-32 tuần có nguy cơ tử vong cao gấp 16,83 lần và nhóm < 28 tuần có nguy cơ tử vong cao gấp 76,22 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của Tăng Chí Thượng [11] trong nghiên cứu về mô hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại Bv Nhi Đồng 1 năm 2007.



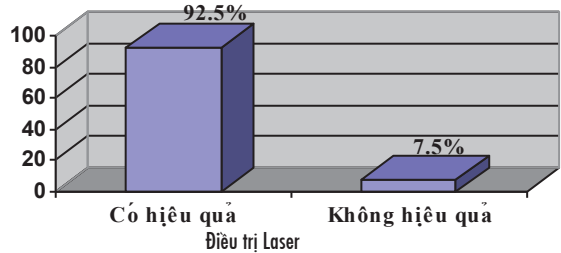
Biểu đồ 5: Phân bố tử vong theo bệnh lý

Bệnh lý hô hấp là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ đẻ non nhẹ cân (54,3%). XHN-MN là nguyên nhân đứng hàng thứ 2 (26,4%) và tử vong do dị tật là 8,2%.

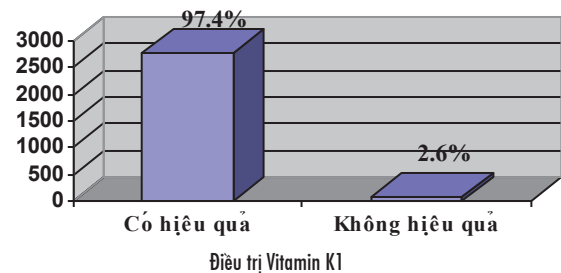
3.4. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ:



Biểu đồ 6: Hiệu quả điều trị SHH bằng Surfactant theo PP INSURE
PP INSURE điều trị hiệu quả 63,5% trẻ non tháng bị SHH



Biểu đồ 7: Hiệu quả điều trị bệnh ROP bằng Laser
92,5% trẻ non tháng mắc ROP điều trị bằng Laser có hiệu quả. Kết quả của Bv Từ Dũ năm 2009 tỉ lệ điều trị laser thành công luôn đạt > 90% [12].



Biểu đồ 8: Điều trị dự phòng xuất huyết bằng Vitamin K1
Vitamin K1 có hiệu quả phòng xuất huyết 97,4% trẻ non tháng nhẹ cân

4/ KẾT LUẬN.

Tỉ lệ trẻ đẻ non nhẹ cân năm 2010 là 16,2%, chiếm 74,5% số trẻ sơ sinh bệnh lý. Chủ yếu là trẻ cân nặng từ 1500g-2499g (77,3%), và tuổi thai 33-36 tuần 56,2%, tỉ lệ trẻ đủ tháng nhẹ cân là 24,3%.

Bệnh lý thường gặp là suy hô hấp 11,8%, thiếu máu 5%, dị tật bẩm sinh 3,9%, ROP 3,7%.

Tỷ lệ tử vong là 8,9%, hơn 80% tử vong trong giai đoạn chu sinh trong đó 35% trẻ tử vong < 24h. Nhóm cân nặng dưới 1000g, < 28 tuần có tỷ lệ tử vong cao nhất. 54,3% trẻ đẻ non nhẹ cân tử vong là do bệnh lý hô hấp. XHN-MN 26,4% và do dị tật 8,2%.

PP INSURE điều trị hiệu quả 63,5% trẻ SHH. Laser có hiệu quả điều trị 92,5% trẻ mắc ROP. Vitamin K1 có hiệu quả phòng xuất huyết 97,4%.

5/ KIẾN NGHỊ

Tăng cường quản lý thai nghén, chẩn đoán trước sinh để làm giảm tỷ lệ dị tật bẩm sinh. Trong công tác điều trị tăng cường hơn nữa việc cứu chữa và chăm sóc trẻ cực non vì tỷ lệ tử vong ở nhóm này còn rất cao.

Cần có nghiên cứu sâu hơn về hiệu quả của PP INSURE trong dự phòng hội chứng SHH cấp trẻ non tháng, thực hiện sàng lọc thính giác cho trẻ và cần có nghiên cứu dọc theo dõi sự phát triển tinh thần và thể chất của trẻ đẻ non.

cứu khoa học (1980-1985), Nxb Y học, tr.155-162.

8. Phạm Thanh Mai, Hoàng Thị Thành, Nguyễn Thanh Hà. Tử vong sơ sinh năm 1998 tại khoa Sơ sinh – Viện Bảo vệ bà mẹ trẻ sơ sinh. Công trình nghiên cứu khoa học năm 1998, 78-85

9. Ngô Minh Xuân, Nguyễn Văn Dũng, Phạm Việt Thanh. Tình hình trẻ sơ sinh nhẹ cân tại bệnh viện Từ Dũ, Hội nghị khoa học hội sản phụ khoa và sinh đẻ có kế hoạch Việt Nam lần thứ XVI, 2009, 87-95.

10. Nguyễn Văn Sơn, Hoàng Thị Huế. Nghiên cứu một số giá trị nhân trắc ở trẻ sơ sinh non tháng. Tạp chí Y học thực hành công trình nghiên cứu khoa học Nhi khoa Việt – Úc, số 495, tr.104-109.

11. Tăng Chí Thượng, " Mô hình bệnh tật và tử vong tại khoa tăng cường chăm sóc sơ sinh BV Nhi Đồng I", Tạp chí Y Học Thực Hành-Bộ Y tế,

12. Ngô Minh Xuân, Nguyễn Tấn Tài. Tình hình tử vong trẻ nhẹ cân và vấn đề bệnh lý võng mạc ở trẻ sinh non tại khoa sơ sinh BV Từ Dũ 1998-2009. Tạp chí hội nghị Sản phụ khoa Việt – Pháp Châu Á Thái Bình Dương lần 11, năm 2011.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lưu Tuyết Minh. Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến trẻ thấp cân tại Viện BVBM&TSS. Luận văn Thạc sỹ y học, Trường ĐHYHN, 2001.

2. Dương Lan Dung. Tình hình trẻ sơ sinh nhẹ cân tại Viện BVBM&TSS với một số yếu tố liên quan trong thời kỳ bà mẹ mang thai. Luận văn thạc sỹ y học, Trường ĐHYHN, 2002.

3. Bộ Y tế. Niên giám thống kê y tế, thống kê – tin học, vụ kế hoạch, 2000.

4. Đinh Phương Hòa. Tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại tuyến bệnh viện và các yếu tố liên quan. Tạp chí nghiên cứu y khoa, số đặc biệt Hội Nghị Nhi khoa Việt Pháp lần 3, 2005, tập 35, số 2, Hà nội, 36-40.

5. Phạm Thanh Mai, Phạm Minh Hằng, Trần Diệu Linh. Sơ bộ nhận xét tình hình bệnh tật trẻ sơ sinh tại Viện BVBM&TSS năm 2000. Công trình nghiên cứu khoa học năm 2000, 86-91.

6. Nguyễn Đình Thoại và cs. Nghiên cứu tình hình tử vong của trẻ sơ sinh tại bệnh viện Nhi Quảng Nam trong 5 năm. Tạp chí Nhi Khoa, tập 2, số 1, tháng 3, 2009, 36-40. Tô Thanh Hương, Khu Thị Khánh Dung (1988). Nguyên nhân tử vong ở trẻ đẻ non tại Viện bảo vệ sức khỏe trẻ em năm 1984. Kỷ yếu công trình nghiên

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CỦA RUBELLA BẨM SINH TẠI TRUNG TÂM ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC SƠ SINH BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Lê Anh Tuấn, Nguyễn Ngọc Lợi, Lê Minh Trác, Vũ Thị Vân Yến

Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

TÓM TẮT

Nghiên cứu này mô tả đặc điểm của Rubella bẩm sinh trong vụ dịch Rubella ở Miền Bắc tại Trung tâm Chăm sóc và điều trị sơ sinh, bệnh viện Phụ Sản trung ương năm 2011. **Mục tiêu:** xác định tỷ lệ trẻ nhiễm Rubella bẩm sinh và hội chứng Rubella bẩm sinh sau đẻ và mô tả đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của Rubella bẩm sinh. **Đối tượng và phương pháp:** đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang các trẻ sơ sinh đẻ tại bệnh viện Phụ Sản trung ương từ 01/8 đến 31/10 năm 2011 được chẩn đoán là Rubella bẩm sinh là con của các bà mẹ bị nhiễm hoặc nghi ngờ nhiễm Rubella trong thời kỳ thai nghén. **Kết quả:** tỷ lệ trẻ bị hội chứng Rubella bẩm sinh là 42,9%, tỷ lệ trẻ bị nhiễm Rubella bẩm sinh là 57,1% trong tổng số trẻ sơ sinh đẻ bị Rubella bẩm sinh trong đó có 14,3% các bà mẹ không có triệu chứng mắc Rubella. Trẻ bị Rubella thường có dấu hiệu chung là giảm tiểu cầu 60%, tăng SGOT 55,7%, giảm đường máu 44,3%, Nhiễm khuẩn sơ sinh (22,9%) và tử vong sau đẻ là 5,7%. Hội chứng Rubella bẩm sinh biểu hiện tim bẩm sinh là 38,6%, bệnh về mắt là 12,9%, riêng giảm thính lực/điếc bẩm sinh chưa chẩn đoán được ngay sau sinh. Nhiễm Rubella bẩm sinh có biểu hiện: suy dinh dưỡng bào thai 77,1%, vòng đầu nhỏ so với tuổi thai chiếm 75,7%, ban xuất huyết chiếm 62,9%. **Kết luận:** trẻ bị hội chứng Rubella bẩm sinh trên 40%, nhiễm Rubella 60% và trên 14% thai phụ sinh con bị Rubella bẩm sinh không triệu chứng. Các đặc điểm cơ bản thai nhi nhiễm Rubella bẩm sinh là: suy dinh dưỡng, đầu nhỏ, xuất huyết dưới da, xét nghiệm Rubella IgG và IgM dương tính, giảm tiểu cầu, tăng SGOT, giảm đường máu, dị tật tim bẩm sinh, đục thủy tinh thể, nhiễm khuẩn sơ sinh và có thể tử vong sau đẻ.

Từ khoá: Rubella, phụ nữ mang thai, CRS, CRI

ABSTRACT

CONGENITAL RUBELLA SYNDROME AT NEWBORN CENTER, NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

This study described the characteristics of Congenital Rubella Syndrome (CRS) in Rubella treatment service in Newborn Treatment Center, National hospital of Obstetrics and Gynecology (NHOG), in the North of Vietnam 2011. **Objectives:** to evaluate the prevalence of CRS post-partum and describe clinical abnormalities and bio-chemical test among those. **Materials and methods:** This is a cross-sectional study with newborns, who were delivered at NHOG from 1/8 to 31/10/2011, were diagnosed with CRS and their mothers also had Rubella or suspected with. **Results:** the prevalence of newborns with CRS is 42.9%, 57.1% with Congenital Rubella Infection (CRI) and 14.3% mothers had no symptoms. Newborn with CRS had the common symptoms such as 60% Thrombocytopenia, 55.7% increase SGOT, 44.3% glycemia, neonatal infection 22.9%, post-delivery mortality 5.7%, congenital heart disease 38.6%, problems with eyes 12.9%, screening for inborn deaf is not applied yet. **Conclusion:** Newborns with CRS took 40% as a whole, and newborns have Rubella symptom is 60% and 14% mother delivered babies with CRS without symptoms. Common characteristics of CRS is malnutrition, microcephaly, intraventricular hemorrhage, positive IgG and IgM test, thrombocytopenia, increase SGOT, hypoglycemia, congenital heart defects, newborn infection and possibility of post-delivery mortality.

Keyword: Rubella, pregnant women, CRS, CRI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rubella được tìm ra năm 1752 bởi Bergen và Orlov người Đức, vì vậy bệnh còn được gọi là sởi Đức. Bệnh lây từ người sang người bởi những giọt nước bọt có virus Rubella qua đường mũi- họng. Trẻ

mắc Rubella bẩm sinh sẽ đào thải virus ra trong dịch tiết hầu - họng, nước tiểu và đó là nguồn nhiễm cho người tiếp xúc. Cho tới nay, người ta thấy người là ổ chứa duy nhất và người mắc bệnh là nguồn truyền nhiễm cho cộng đồng [1,2].

Triệu chứng lâm sàng ở trẻ lớn và người lớn bao gồm: sốt, phát hồng ban từ mặt tới tứ chi, đau rát họng, sưng hạch, có thể đau và cứng khớp, đôi khi gây viêm não, có khoảng 20- 50% người mắc Rubella không rõ triệu chứng [1,3]. Bệnh thường lành tính, tự khỏi nếu như không bị bội nhiễm. Tuy nhiên, ở phụ nữ mang thai khi bị mắc Rubella thì virus dễ lây lan sang thai nhi gây bệnh Rubella bẩm sinh nhất là trong quý đầu của thai nghén. Theo ICD - 10 thì bệnh rubella được chia làm 2 loại: B06 - nhiễm Rubella bẩm sinh (CRI) và P035.0 - hội chứng Rubella bẩm sinh (CRS). Hậu quả là gây sảy thai, thai lưu, thai bị dị tật bẩm sinh: tai, mắt, tim, xương, thần kinh...

Tỷ lệ nhiễm Rubella cho thai nhi tùy thuộc vào tuổi thai, theo nhiều tác giả nếu mẹ mang thai mắc Rubella có thể lây cho thai nhi: 80% trong quý đầu, 25% trong quý 2, sau 24 tuần còn rất thấp [4,5,6,7].

Cơ chế gây bệnh của virus Rubella là ức chế tế bào nhân lên và gây độc trực tiếp cho tế bào, hậu quả là ức chế phân bào, chết nhiều dòng tế bào gây ra khuyết tật cho thai nhi. Trong quý đầu bị nhiễm dễ gây dị tật ở các cơ quan, trong quý 3 bị nhiễm dễ gây suy dinh dưỡng bào thai [7,8].

Tại Việt Nam, chưa có chương trình tiêm chủng mở rộng phòng ngừa nhiễm Rubella. Tuy nhiên vẫn có vaccin cung cấp dịch vụ tiêm phòng Rubella cho những gia đình có nhu cầu nên nhiều phụ nữ mang thai vẫn bị nhiễm Rubella. Ở nước ta đã có dịch Rubella chủ yếu ở phía nam và đặc biệt năm 2011 dịch Rubella đã tràn ra hầu hết các tỉnh trong cả nước [1,4]. Hậu quả nhiều trẻ sinh ra bị nhiễm Rubella và bị hội chứng Rubella bẩm sinh làm ảnh hưởng nhiều đến công tác chẩn đoán, điều trị và để lại nhiều hậu quả nặng nề cho trẻ và gia đình. Trong nghiên cứu này, chúng tôi muốn mô tả những đặc điểm cơ bản về Rubella bẩm sinh với mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ trẻ nhiễm Rubella bẩm sinh và hội chứng Rubella bẩm sinh sau đẻ.
2. Mô tả đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của Rubella bẩm sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. ĐỐI TƯỢNG VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU:

Trẻ sơ sinh đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản trung ương từ 01/8 đến 31/10 năm 2011 được chẩn đoán là Rubella bẩm sinh là con của các bà mẹ bị nhiễm hoặc nghi ngờ nhiễm Rubella trong thời kỳ thai nghén.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án mẹ xác định nhiễm hoặc nghi ngờ nhiễm Rubella về lâm sàng và cận lâm sàng.

- Hồ sơ con có đủ các dấu hiệu lâm sàng và cận sàng nhiễm Rubella và hội chứng Rubella bẩm sinh.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: hồ sơ bệnh án thiếu thông tin cần thiết cho nghiên cứu và xét nghiệm IgM âm tính.

2. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU:

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả

3. BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU:

+ Mẹ: tuổi thai bị nhiễm, dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm sinh hóa miễn dịch IgG và IgM và siêu âm hình thái học trước sinh.

+ Con: tuổi thai, giới, tình trạng suy dinh dưỡng, dấu hiệu lâm sàng và sinh hóa miễn dịch IgG, IgM và các dấu hiệu bất thường về hình thái và các xét nghiệm cơ bản khác như: CTM, CRP, SGOT, SGPT, Protein, đường máu...

Theo khuyến cáo của tổ chức Y tế thế giới năm 1999 [2] về Hướng dẫn phân loại nhiễm Rubella bẩm sinh và hội chứng Rubella bẩm sinh dựa vào một số dấu hiệu lâm sàng theo 2 nhóm sau:

Bảng 1. Phân nhóm các biến chứng của bệnh Rubella bẩm sinh

Nhóm A	Nhóm B
Điếc bẩm sinh/giảm thính lực	Ban xuất huyết dưới da dạng chấm, nốt
Bệnh tim bẩm sinh	Lách to
Đục thủy tinh thể/ giác mạc	Đầu nhỏ
Viêm vòng mạc sắc tố	Vàng da sớm trong 24 giờ sau đẻ
Glaucom bẩm sinh	Bệnh xương thủy tinh
	Chậm phát triển trí tuệ/bệnh màng não

+ Bệnh Rubella bẩm sinh được chia làm 2 loại:

* *Hội chứng Rubella bẩm sinh* gồm các dấu hiệu:

- Định lượng IgM (+) và IgG (+)
- Có 2 triệu chứng ở nhóm A hoặc 1 triệu chứng của nhóm A phối hợp với 1 hoặc nhiều triệu chứng ở nhóm B.

* *Nhiễm Rubella bẩm sinh* gồm các dấu hiệu:

- Định lượng IgM (+) và IgG (+)
- Không có triệu chứng của nhóm A

4. PHƯƠNG PHÁP CHỌN MẪU VÀ THU THẬP SỐ LIỆU:

+ Thu thập số liệu: mỗi đối tượng nghiên cứu được làm một hồ sơ riêng biệt với các biến số nghiên cứu: nhiễm Rubella ở mẹ trong thời kỳ mang thai, lâm sàng, cận lâm sàng, siêu âm hình

thái thai nhi và đánh giá bất thường hình thái sau sinh...

III.KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu tại bệnh viện Phụ Phụ sản trung ương có tổng số 6.425 ca đẻ, trong đó có 125 ca trẻ đẻ ra có dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ nhiễm Rubella. Trong đó có 70 ca được chẩn đoán Rubella bẩm sinh chiếm tỷ lệ 1,1% và 4 ca tử vong sau đẻ chiếm 5,7%. Tất cả các trường hợp này đều được chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng, đặc biệt là xét nghiệm sinh hóa miễn dịch IgM và IgG đều dương tính. Các trường hợp có các dấu hiệu lâm sàng nghi bị Rubella bẩm sinh nhưng xét nghiệm miễn dịch chỉ có IgG dương tính còn IgM âm tính chúng tôi đều loại ra khỏi nghiên cứu.

1.TỶ LỆ TRẺ NHIỄM RUBELLA BẨM SINH VÀ HỘI CHỨNG RUBELLA BẨM SINH:

Trong tổng số 70 ca trẻ bị Rubella bẩm sinh sau đẻ có 8 ca có mẹ dưới 20 tuổi, 60 ca tuổi mẹ từ 20-35 và 2 ca mẹ trên 35 tuổi. Trong số đó 34 có địa chỉ ở Hà Nội, 10 ca ở Hưng Yên, các tỉnh Nam định, Bắc Ninh, Quảng Ninh mỗi tỉnh có 3 ca ngoài ra Hải Dương và Tuyên Quang mỗi tỉnh có 2 ca và một số tỉnh khác mỗi tỉnh 1 ca. Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm chúng tôi chẩn đoán được 40 ca trẻ sơ sinh nhiễm Rubella bẩm sinh (57%) và 30 ca trẻ bị hội chứng Rubella bẩm sinh (42%). Như vậy, tất cả các ca bị hội chứng Rubella bẩm sinh đều ở các bà mẹ bị mắc Rubella ở tuổi thai dưới 12 tuần (Bảng 2).

Bảng 2: Phân loại nhiễm Rubella bẩm sinh và hội chứng Rubella bẩm sinh[5]

Phân loại	n	Tỷ lệ %
Nhiễm Rubella bẩm sinh	40	57,1
Hội chứng Rubella bẩm sinh	30	42,9
Tổng số	70	100

Tim hiểu tiền sử lây nhiễm Rubella ở các bà mẹ của những đứa trẻ bị bệnh Rubella bẩm sinh chúng tôi thấy có trên 14% bà mẹ không có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng mắc Rubella trong thời kỳ mang thai. Số còn lại đều có triệu chứng mắc Rubella nhưng chỉ có 41 ca chiếm tỷ lệ 58% các bà mẹ được khám và chẩn đoán trước sinh hoặc do đi khám quá muộn (sau tuổi thai 28 tuần) nên cũng không thể tư vấn can thiệp gì trước sinh (Bảng 3).

Bảng 3. Phân bố thời điểm mẹ mắc Rubella trong thời kỳ mang thai

Triệu chứng		Tần số	<12 tuần n=47		≥12 tuần n=13		Tỷ lệ %
			n	%	N	%	
Có triệu chứng mắc Rubella	Được CBTS	41	36	51,4	05	7,2	58,6
	Không được CBTS	19	11	15,7	11	15,7	27,1
Không triệu chứng		10					14,3
Tổng số		70					100%

2. ĐẶC ĐIỂM CỦA RUBELLA BẨM SINH:

2.1 Đặc điểm lâm sàng:

Suy dinh dưỡng, vòng đầu nhỏ và xuất huyết là 3 triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 77,1%, 75,7% và 62,9%. Ngoài ra các dấu hiệu khác như: tim bẩm sinh chỉ chiếm 38%, giãn não thất chiếm 15,7%, Đục thủy tinh thể, đục giác mạc chiếm 12,9% và một số dấu hiệu khác (Bảng 4).

Bảng 4 cũng chỉ ra các ca trẻ bị tim bẩm sinh và đục thủy tinh thể hầu như chỉ gặp ở những thai phụ bị nhiễm Rubella ở 3 tháng đầu, trong đó 10% là mẹ không có triệu chứng lâm sàng (7,1% ở tim bẩm sinh và 2,9% ở trẻ đục thủy tinh thể). Còn các trẻ sơ sinh có các triệu chứng lâm sàng khác như: xuất huyết ở da, giãn não thất, vòng đầu nhỏ, suy dinh dưỡng thì gặp ở các bà mẹ mẹ bị nhiễm ở cả tuổi thai trên 12 tuần và trong số đó cũng có khoảng 10% là các bà mẹ không có triệu chứng mắc.

Có 31 trẻ tới sàng lọc thính lực thấy 23 trẻ có vấn đề (74,2%)

Bảng 4. Phân bố các dấu hiệu lâm sàng theo bệnh Rubella bẩm sinh và triệu chứng mắc Rubella của mẹ

Lâm sàng	Số lượng n=70		Mẹ có triệu chứng mắc n=60				Mẹ không có triệu chứng n=10	
			<12 tuần n=47		≥12 tuần n=13			
	N	%	n	%	n	%	n	%
Tim bẩm sinh	27	38,6	22	31,4	0	0	5	7,1
Đục thủy tinh thể, Đục giác mạc	9	12,9	7	10,0	0	0	2	2,9
Xuất huyết da	44	62,9	33	47,1	3	4,3	8	11,4
Giãn não thất	11	15,7	6	8,6	1	1,4	4	5,7
Vòng đầu nhỏ	53	75,7	42	60,0	2	2,9	9	13,9
Suy dinh dưỡng	54	77,1	42	60,0	3	4,3	9	12,9

2.2 Đặc điểm xét nghiệm:

Tất cả trẻ bị Rubella bẩm sinh đều được chúng tôi làm xét nghiệm máu cho thấy 60% trẻ có tiểu cầu dưới 100 G/l, đa số là ở những trẻ có dấu hiệu

xuất huyết trên lâm sàng. Trên 55% có suy giảm chức năng gan (SGOT trên 50 UI/l), 44,3% có dấu hiệu hạ đường huyết, 22,9% có dấu hiệu nhiễm khuẩn bào thai (CRP>10mg/l) và 17,1% có Hb <130g/l.

Bảng 5. Phân bố các xét nghiệm bất thường ở trẻ bị bệnh Rubella bẩm sinh

Xét nghiệm	N	Tỷ lệ %
Đường máu <2,2mmol/l	31	44,3
Protit <50g/l	13	18,6
SGOT >50IU/l	39	55,7
SGPT >50IU/l	5	7,1
CRP >10mg/l	16	22,9
Bạch cầu <5G/l	6	8,6
Hb <130g/l	12	17,1
Tiểu cầu <100G/l	42	60,0

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian 3 tháng giữa vụ dịch Rubella tại một số tỉnh phía bắc từ tháng 8 đến tháng 10 năm 2011 tại bệnh viện PSTW có 6.425 trẻ được sinh ra trong đó có 70 trẻ bị nhiễm Rubella bẩm sinh chiếm tỷ lệ 1,1%. Trong đó có 4 trường hợp được chẩn đoán bị Rubella bẩm sinh tử vong chiếm 5,7%. Chúng tôi đã phát hiện và chẩn đoán được: 42,9% (30/70) trẻ sơ sinh bị hội chứng Rubella bẩm sinh và 57,1% (40/70) trẻ bị nhiễm Rubella bẩm sinh. Tất cả trẻ bị hội chứng Rubella bẩm sinh đều là con của các bà mẹ bị mắc Rubella ở tuổi thai dưới 12 tuần. Theo Freij và cộng sự thì hội chứng Rubella bẩm sinh được chẩn đoán sau đẻ là dưới 50%, còn lại không rõ và chỉ ghi nhận là nhiễm Rubella bẩm sinh. Tuy vậy, nếu theo dõi lâu dài những cơ quan mắt cảm như tai, mắt bị ảnh hưởng trầm trọng tới 80%, theo WHO có thể tới 90% trẻ bị nhiễm Rubella bẩm sinh sau này sẽ bị hội chứng Rubella bẩm sinh [5,2,8]. Trong nghiên cứu, chúng tôi có 30 (42,9%) trẻ bị hội chứng Rubella bẩm sinh và tử vong 4 trường hợp (5,7%) thấp hơn với nhận định những trẻ bị hội chứng Rubella bẩm sinh sau sinh có thể tử vong từ 10%-20% [2,9,8] chứng tỏ hội chứng Rubella bẩm sinh ảnh hưởng tới nhiều cơ quan trong cơ thể.

Chúng tôi có 60/70 mẹ có triệu chứng nhiễm Rubella, như vậy có 10 mẹ tuy không có triệu chứng nhiễm Rubella (14,3%) nhưng khi sinh con đều bị Rubella bẩm sinh (IgG và IgM đặc hiệu dương tính. Theo tác giả S.Katow (1999), có 7/41 (17,1%) trẻ bị

nhiễm Rubella mà mẹ không có triệu chứng. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi mẹ không có triệu chứng mắc Rubella sinh con bị Rubella bẩm sinh có tỷ lệ gần tương đương.

Biểu hiện lâm sàng chúng tôi gặp 27/70 (38,6%) tim bẩm sinh. Theo Freij và cộng sự, và WHO có khoảng 30% trẻ bị tim bẩm sinh được chẩn đoán ngay sau sinh [5,2]. Kết quả này của chúng tôi là phù hợp với y văn.

Bệnh về mắt chúng tôi gặp 9/70 (12,9%) đục thủy tinh thể và đục giác mạc. Theo WHO và Freij, bệnh lý võng mạc trong hội chứng Rubella chiếm 35% bao gồm: đục thủy tinh thể, đục giác mạc Glaucom bẩm sinh, viêm võng mạc sắc tố. Ở đây chúng tôi chỉ khám và chẩn đoán được đục thủy tinh thể và đục giác mạc còn các bệnh lý khác cần theo dõi chuyên khoa mắt lâu dài nên chúng tôi thấp hơn y văn.

Điếc, chúng tôi có 31 trẻ tới sàng lọc thính lực thấy 23 trẻ có vấn đề (74,2%), theo các tác giả, tỷ lệ điếc có thể tới 70-80%.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng, chúng tôi gặp 54/70 (77,1%), trong đó thai đủ tháng suy dinh dưỡng chiếm 29/54 (41,4%) theo Freij và WHO, thì tỷ lệ này có thể dao động 50-80% sau sinh, vòng đầu nhỏ so với tuổi thai của chúng tôi là 53/70 (75,7%), điều này chứng tỏ nhiễm Rubella đã ảnh hưởng lớn tới sự phát triển của các cơ quan trong thời kỳ bào thai.

Ban xuất huyết chúng tôi gặp 44/70 (62,9%), trong khi đó giảm tiểu cầu chiếm 42/70 (60%). Theo y văn, thường giảm tiểu cầu dưới 50G/l mới có những nguy cơ xuất huyết nhưng ở đây chúng tôi gặp 2 trường hợp có xuất huyết mà tiểu cầu vẫn trên 100 G/l, chứng tỏ Rubella tác động cả vào mạch máu ở bào thai.

Giãn não thất trên siêu âm chúng tôi gặp 11/70 (15,7%) không thấy y văn mô tả về vấn đề này, chậm phát triển thần kinh, viêm não- màng não là triệu chứng cần theo dõi lâu dài nên chúng tôi chưa khẳng định được ở thời kỳ sơ sinh.

Đặc điểm xét nghiệm chúng tôi thấy có 31/70 (44,3%) có hạ đường máu và 13/70 (18,6%) giảm Protein máu sau sinh. Tình trạng này thường liên quan tới suy dinh dưỡng bào thai, virus Rubella thường tác động thoái hóa gai rau - vì vậy, làm thai kém phát triển. Theo dõi lâu dài những trường hợp hội chứng Rubella bẩm sinh thường bị tiểu đường do virus tác động phá hủy các đảo tụy làm giảm insulin máu [2,6,8].

Chúng tôi gặp tăng men GOT 39/70 (55,7%), trong khi đó GPT có 5/70 (7,1%), mà men GOT có trong tế bào của các mô khác chứng tỏ virus Rubella phá hủy tế bào không chỉ ở gan mà còn các mô khác trong cơ thể.

Các xét nghiệm công thức máu, chúng tôi gặp 42/70 (60%) giảm tiểu cầu, 12/70 (17,1%) thiếu máu và 6/70 (8,6%) giảm bạch cầu. Điều này có nghĩa virus Rubella tấn công vào cơ quan tạo máu ở thời kỳ thai nhi và chủ yếu ảnh hưởng tới tiểu cầu, sau đó là hồng cầu còn dòng bạch cầu ít bị ảnh hưởng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu những trẻ bị Rubella bẩm sinh tại trung tâm chăm sóc và điều trị sơ sinh, bệnh viện Phụ Sản trung ương từ 1/8 đến 31/10/2011, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tỷ lệ trẻ bị hội chứng Rubella bẩm sinh (CRS) là trên 40% và tỷ lệ trẻ bị nhiễm Rubella bẩm sinh (CRI) gần 60% trong đó khoảng trên 14% bà mẹ sinh con bị Rubella bẩm sinh không có triệu chứng lâm sàng mắc Rubella.

- Một số đặc điểm của Rubella bẩm sinh: suy dinh dưỡng, đầu nhỏ, xuất huyết dưới da, xét nghiệm Rubella IgG và IgM dương tính, giảm tiểu cầu, tăng SGOT, giảm đường máu, dị tật tim bẩm sinh, đục thủy tinh thể, nhiễm khuẩn sơ sinh và có thể tử vong sau đẻ.

VI. KIẾN NGHỊ

1. Phụ nữ nhiễm Rubella trong 3 tháng đầu nên đình chỉ thai nghén

2. Trẻ bị nhiễm Rubella bẩm sinh cần được khám, theo dõi và phối hợp lâu dài với nhiều chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Lê Thanh Bình, Phạm Lê An. Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng ở trẻ sốt phát ban do nhiễm Rubella đến khám tại Bệnh viện Nhi đồng 2. Y học TP Hồ Chí Minh, tập 13, quyển 1, 2009: tr207-211.
2. WHO, Department of vaccines and biologicals. Guidelines for surveillance of Congenital Rubella syndrome and Rubella. Geneva, May, 1999.
3. Hess, Alfred Fabian. Sởi Đức (rubella): một nghiên cứu thực nghiệm", Archives of International Medicine (Chicago) 13; 1914; 913-916.
4. Nguyễn Ngọc Trang Đài, Hạ Đình Bửu Thắm. Rubella. Bệnh viện Từ Dũ, 2011.
5. Freij BJ, Nam MA, Sever JL 1998. Rubella mẹ và hội chứng Rubella bẩm sinh. Clin Perinatol 15 (2): 247-257.
6. Banat Vala JE, Brown DWG. Rubella seminar. Lancet 2004; 363:p1127-37.
7. Shigetaka Katow. Rubella virus Genome Diagnosis during pregnancy and Mechanism of Congenital Rubella. Intervinology 1998; 41; p163-169.
8. Mary T. Caserta. Congenital Rubella; section. Oct 2009 http://www.merkmanual.com/congenital_rubella.html.
9. Bishara J.Freij, John L.sever, "Rubella, maternal rubella and Congenital Rubella", chapter 17. Chronic Infection; Neonatology, Fourth ed, 1994, p1043-50

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH THAI VÀ TRẺ SƠ SINH CỦA CÁC BÀ MẸ NHIỄM RUBELLA

Phạm Huy Hiền Hào⁽¹⁾, Nguyễn Quảng Bắc⁽²⁾

(1) Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: “Mô tả các dấu hiệu bất thường của thai nhi và trẻ sơ sinh ở phụ nữ mang thai nhiễm rubella”. **Đối tượng và phương pháp:** cỡ mẫu 777 phụ nữ mang thai có ít nhất một trong các dấu hiệu như sốt, phát ban và nổi hạch từ 2009 đến 2011: là thời gian ngay trước, trong và kết thúc dịch. **Kết quả:** Tỷ lệ thai nhi ≥ 18 tuần có dấu hiệu bất thường trên siêu âm là: bất thường về mắt chiếm 1,4%, đục thủy tinh thể chiếm 1,2%, bất thường về tim mạch chiếm 10,3%, hẹp động mạch phổi ngoại biên chiếm 9,4% và đầu nhỏ chiếm 9,4%, gan to chiếm 1,5%; Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhiễm rubella là 27,7%, tỷ lệ trẻ sơ sinh mắc DTBS là 17,7%; Tỷ lệ dị tật bẩm sinh trên trẻ sơ sinh nhiễm rubella là 64,1%, đặc biệt tất cả trẻ bị DTBS đều đa dị tật. **Kết luận:** thai nhi nhiễm Rubella có tỷ lệ dị dạng cao.

Từ khóa: Rubella, phụ nữ mang thai

ABSTRACT

ASSESSMENT THE FETUS AND NEWBORNS OF PREGNANT WOMEN INFECTED RUBELLA VIRUS

Objective: Describe abnormal features of fetus and newborns of pregnant women infected rubella virus. **Materials and methods:** 777 pregnant women having at least one of the signs as fever, rash, lymphatic nodes; Study time from 2009 to 2011: before, during and after rubella epidemic outbreak. **Results:** The rate of abnormal fetus having GA ≥ 18 weeks detected by ultrasound: eye lesions 1,4%, cataracts 1,2%, heart malformations 10,3%, pulmonary artery stenosis 9,4% and microcephalie 9,4%, hepatomegaly 1,5%; The rate of newborn of rubella infections 27,7%, the rate of congenital rubella syndroms(CRS) 17,7%; the newborn of rubella infections have 64,1% CRS, particularly all of the cases with multimalformations. **Conclusion:** fetal Rubella infection have high rate of fetal malformations.

Keywords: Rubella, pregnant women

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Hoa Kỳ, theo McElhaney và cộng sự, tỷ lệ phụ nữ bị nhiễm 25% [1], theo Amy Jonhson và Brenda Ross, tỷ lệ nhiễm từ 10- 20% [2]. Rubella có thể gây ra nhiều biến chứng, yếu tố liên quan đến sức khỏe cộng đồng được đặt ra là rubella gây ra thai dị tật bẩm sinh. Với những phụ nữ mang thai nhiễm rubella nguyên phát ở những tuần đầu thai nghén, thì vi rút rubella có thể vào thai nhi và gây ra hội chứng rubella bẩm sinh ở trẻ nhỏ. Phụ nữ mang thai bị nhiễm rubella càng sớm thì hậu quả đến thai nhi càng nặng nề, đặc biệt trong 3 tháng đầu của thai nghén. Theo Miller và cộng sự, tỷ lệ ảnh hưởng đến thai nhi dưới 12 tuần là 80%, từ 13- 14 tuần là 54%, 3 tháng giữa và 3 tháng cuối là 25%, tỷ lệ ảnh hưởng chung lên thai nhi là 9% [3]. Hội chứng rubella bẩm sinh có thể bao gồm 1 hoặc nhiều triệu chứng: khiếm khuyết ở mắt, các dị tật về tim, động mạch, khiếm khuyết về hệ thống thần kinh, ban xuất huyết, bệnh về xương. Hoàng Thị Thanh Thủy, đã nghiên cứu tình hình đình chỉ thai nghén vì nhiễm

rubella tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương 6 tháng đầu năm 2011 [4]. Tuy nhiên, ở Việt Nam nói chung và ở khu vực miền Bắc nói riêng, chưa có nghiên cứu nào về tình hình nhiễm rubella trong thời kỳ thai nghén và ảnh hưởng đến thai nhi của người mẹ bị nhiễm rubella trong thời kỳ mang thai. chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: “Mô tả các dấu hiệu bất thường của thai nhi và trẻ sơ sinh ở phụ nữ mang thai nhiễm rubella”.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

-777 phụ nữ mang thai đến khám, 141 phụ nữ sinh đẻ tại BVPSTW có nguy cơ cao nhiễm rubella (sốt, phát ban và nổi hạch thời gian từ 2009 đến 2011: là thời gian ngay trước dịch, trong khi dịch xảy ra và kết thúc dịch.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

- Phụ nữ mang thai có các triệu chứng lâm sàng

như sốt, phát ban và nổi hạch tuổi thai từ 5- 18 tuần theo dõi thai và sinh đẻ tại BVPSTW.

- Được lấy máu xét nghiệm định lượng IgG và IgM
- Tuổi thai phụ xét nghiệm máu từ 5- 18 tuần.
- Bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân từ chối không tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân bỏ, không theo dõi trong quá trình nghiên cứu.
- Bệnh nhân đang sẩy thai.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Là phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu.

KẾT QUẢ

1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG

- Tổng số phụ nữ mang thai có 1 trong 3 triệu chứng lâm sàng nghi ngờ nhiễm rubella mới là sốt, phát ban, nổi hạch: 777 bệnh nhân.

- Tuổi: <20: 3,0% ; 20-29: 77,6% ; 30-39: 18,8% ; 40-49: 0,6%

- Nơi ở: Thành thị 42,6% ; Nông thôn: 57,4%.

- Học vấn: Dưới phổ thông trung học: 12,2%; Phổ thông trung học: 87,8%

- Tình trạng hôn nhân: Có chồng: 99,9%; Chưa/ không có chồng: 0,1%

- Thời điểm thai phụ xét nghiệm máu, 13-18 tuần: 50,3%, 6-12 tuần: 43,4% ; 5 tuần: 6,3% . Tuổi thai trung bình: $11,9 \pm 3,46$ tuần.

- Tỷ lệ phụ nữ mang thai có biểu hiện đã nhiễm cũ là: tiền sử sốt và phát ban: 1,4%; tiêm vacxin phòng rubella: 0,3%.

- Phân bố các triệu chứng lâm sàng riêng rẽ: sốt: có 64,4%, không 35,6%; phát ban: có 84,6%, không 15,4%; nổi hạch: có 44,9%, không 55,1%.

- Ba triệu chứng lâm sàng phối hợp sốt, phát ban và nổi hạch; có 34,9%, không 65,1%.

Đinh chỉ thai nghén: 777 thai phụ, có 636 trường hợp ĐCTN chiếm tỷ lệ rất cao chiếm 81,9%, 141 thai phụ tiếp tục giữ thai chiếm tỷ lệ 18,1%

- 116 trường hợp ĐCTN dưới 16 tuần: 18,2%, 520 trường hợp ĐCTN ≥ 18 tuần: 82,8%.

- Tỷ lệ phụ nữ mang thai có kháng thể IgG (+): 87,5%, IgM (+): 68,1%, IgG(-) và IgM (+): 7,2%, có nhiễm rubella IgG (+) hoặc IgM (+): 94,7%.

2. CÁC DẤU HIỆU BẤT THƯỜNG CỦA THAI NHI VÀ TRẺ SƠ SINH Ở PHỤ NỮ MANG THAI NHIỄM RUBELLA

- Trong tổng số 661 phụ nữ mang thai được siêu âm (đủ thời gian mang thai ≥ 18 tuần để có thể có kết quả siêu âm): tỷ lệ thai nhi có bất thường về mắt chiếm 1,4%; đục thủy tinh thể chiếm 1,2%; bất thường về tim mạch chiếm 10,3%; hẹp động mạch phổi ngoại biên chiếm 9,4%; đầu nhỏ chiếm 9,4%; gan to chiếm 1,5%.

- Phân bố bất thường của thai trên siêu âm theo tình trạng nhiễm mới rubella dựa vào IgM(+) và không nhiễm mới IgM(-): Bất thường về mắt: 0,7% so với 2,4% ($p=0,087$); Đục thủy tinh thể: 0,7% so với 2,0% ($p=0,375$); Bất thường về tim mạch: 11,9% so với 7,7% ($p=0,049$); Bất thường về mắt: 0,7% so với 2,4% ($p=0,087$); Hẹp động mạch phổi ngoại biên: 10,9% so với 6,9% ($p=0,042$); Chu vi vòng đầu nhỏ: 9,4% so với 9,3% ($p=0,994$)

- Chỉ số apgar của trẻ sơ sinh: 3 – 4 điểm: 0,7%; 5 – 7 điểm: 9,9%; > 7 điểm: 8,2,3%.

Bảng 1. Phân bố kháng thể IgG và IgM của trẻ sơ sinh

	Số lượng	Tỷ lệ %
IgG dương	139	98,6
IgG âm	2	1,4
IgM dương	39	27,7
IgM âm	102	72,3

Bảng 2. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có dị tật bẩm sinh

Các bất thường	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	25	17,7
Không	116	82,3
Tổng	141	100,0

Trong tổng số 141 trẻ sơ sinh, tỷ lệ trẻ sơ sinh có dị tật bẩm sinh có 25 trẻ sơ sinh chiếm 17,7%.

Bảng 3. Phân bố kháng thể IgM của trẻ sơ sinh nhiễm rubella và DTBS

	Dị tật bẩm sinh		Không dị tật bẩm sinh		P
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
IgM âm tính	0	0	102	100	0,001
IgM dương tính	25	64,1	14	35,9	
Tổng	25	17,7	116	82,3	

- 25 trẻ sơ sinh có DTBS trên 39 trẻ nhiễm rubella chiếm tỷ lệ là 64,1.

Bảng 4. Phân bố trẻ sơ sinh có dấu hiệu bất thường theo tuổi thai nhiễm rubella

Tuổi thai (tuần)	Có dấu hiệu bất thường		Không có dấu hiệu bất thường		P
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
5 tuần	1	14,3	6	85,7	0,321
6-12 tuần	16	22,5	55	77,5	
13-18 tuần	8	12,7	55	87,3	

- Các bất thường trên 141 trẻ sơ sinh: Tăng nhãn

áp bẩm sinh 2,1%; Đục thủy tinh thể 8,5%; Viêm sắc tố võng mạc 0,7%; Bất thường về tim mạch 13,5%; Hẹp động mạch phổi 10,6%; Gan to 12,8%; Đầu nhỏ 24,1%; Chiều dài xương đùi ngắn 63,8%; Trẻ sơ sinh nhẹ cân 25,5%

- Phân bố các bất thường trên 25 thai nhi có DTBS: Tăng nhãn áp bẩm sinh 12%; Đục thủy tinh thể 44%; Bất thường về tim mạch 72%; Hẹp động mạch phổi 56%; Đầu nhỏ 4%; Vàng da 88%; Gan to 56%; Ban xuất huyết 88%; Xương đùi ngắn 100%.

- 25 trẻ sơ sinh đều có đa DTBS: 2 DTBS 4%, 3 DTBS 16%; 4 DTBS 12%; 5 DTBS 12%; 6 DTBS 28%; 7 DTBS 20%; 8 DTBS 8%.

BÀN LUẬN

- Tỷ lệ nhiễm mới rubella IgM(+) 68,1%, đã nhiễm rubella IgG(+): 87,5% và khởi nhiễm IgM(+) IgG(-) là 7,2%, tổng cộng chung phát hiện được nhiễm rubella mới hoặc cũ khi xét nghiệm máu thời điểm 5 - 18 tuần chỉ phát hiện được 94,7% các trường hợp, đây cũng phù hợp với xét nghiệm trên 141 trẻ sơ sinh có 98,6% IgG(+); số dĩ số trẻ sơ sinh có IgG(+) lớn hơn đôi chút là do số phát thai trước đó cộng với thai phụ mắc rubella sau thời điểm xét nghiệm nghiên cứu. Thực ra tình trạng nhiễm mới của bà mẹ chỉ dựa vào IgM(+) thôi cũng chưa chính xác vì đôi khi vào thời điểm xét nghiệm muộn quá IgM đã âm tính, hoặc sớm quá IgM chưa dương tính; thai nhi bị nhiễm vì rút rubella sau khi sinh ra sẽ tiếp tục thải vi rút qua phân cho đến 30 tháng tuổi [5].

- 520 trường hợp ĐCTN ≥ 18 tuần: 82,8%; nhưng tỷ lệ thai nhi có dấu hiệu bất thường trên siêu âm là rất thấp: Tỷ lệ thai nhi có bất thường về mắt chiếm 1,4%, đục thủy tinh thể chiếm 1,2%, bất thường về tim mạch chiếm 10,3%, hẹp động mạch phổi ngoại biên chiếm 9,4% và chu vi vòng đầu nhỏ chiếm 9,4%

- 141 thai phụ tiếp tục giữ thai đến lúc đẻ, 39 trẻ sơ sinh nhiễm rubella IgM(+) chiếm tỷ lệ 27%, 25 trẻ bị dị tật bẩm sinh chiếm tỷ lệ là 17,7%, như vậy trong số 39 trẻ nhiễm rubella chỉ có 64,1% trẻ bị DTBS đều là đa dị tật; Tỷ lệ trẻ sơ sinh mắc DTBS là 17,7%, trong đó tỷ lệ trẻ sơ sinh bị tăng nhãn áp là 12%, đục thủy tinh thể là 44%, viêm sắc tố võng mạc là 4%. Bất thường về tim mạch là 72%, hẹp động mạch phổi là 56%. Gan to chiếm 56%, vàng da và ban xuất huyết 88%. Chu vi vòng đầu nhỏ 96%, nhẹ cân 92,3%, chiều dài xương đùi ngắn 100%.

Có thể có tới 1/3 trẻ không có triệu chứng bất thường sau khi sinh nhưng có thể có một số triệu chứng xuất hiện muộn như đái đường, u tuyến giáp và béo phì. Hội chứng rubella mở rộng (sa sút trí tuệ, đái đường type I) có thể phát triển muộn ở độ tuổi 20 hoặc 30 tuổi [2].

Tại Việt Nam các nghiên cứu về các triệu chứng của nhiễm rubella tương đối ít, đặc biệt là trên những phụ nữ mang thai có nghi ngờ nhiễm rubella. Do vậy, ít có cơ hội để có thể so sánh giữa kết quả nghiên cứu của tôi và các tác giả khác. Lê Diễm Hương và CS đã nghiên cứu mô tả 4 trường hợp mắc rubella trong vòng 12 tuần đầu mang thai và sinh con có dị tật bẩm sinh, cho biết cả 4 bà mẹ đều có các triệu chứng lâm sàng định hướng đến chẩn đoán nhiễm rubella như sốt, phát ban và nổi hạch [6].

Theo Menser và cộng sự (1967), theo dõi 50 trường hợp nhiễm rubella bẩm sinh trong 25 năm cho thấy, diếm chiếm 96%, bất thường về hình thể 52%, hình thể bé 50%, bất thường về hệ thống tim mạch 22%[7].

Theo Lorraine Dontigny và cộng sự, khi thai phụ bị nhiễm rubella trong khoảng 3 tháng đầu mang thai, tỉ lệ thai nhi bị nhiễm là gần 80%, giảm xuống 25% vào cuối 3 tháng giữa, tỉ lệ này lại tăng lên từ 35% tại 27 - 30 tuần đến gần 100% sau 36 tuần. Nguy cơ bị bất thường bẩm sinh đã được báo cáo lên tới 90% khi sản phụ bị nhiễm trước 11 tuần, 33% tại 13 - 14 tuần, 24% tại 15 - 16 tuần và 0% sau 16 tuần [8]. Theo một số tác giả, một số dị tật và tỷ lệ lây nhiễm được tóm tắt như sau:

Bảng 5. Các bất thường do nhiễm rubella trên trẻ sơ sinh(9,10,8).

Tuổi thai	Các bất thường	Tỷ lệ %
3 tháng đầu	Dị tật mắt, dị tật tim mạch, dị tật hệ thống thần kinh, điếc, thai chậm phát triển trong tử cung	38-100
3 tháng giữa	Điếc, bệnh đái tháo đường, đầu nhỏ, chậm phát triển trí tuệ	4-60
3 tháng cuối	Thai chậm phát triển trong tử cung	0-18

Dị tật tim xảy ra sau khi nhiễm rubella tại bất kỳ thời điểm nào trong 12 tuần đầu của thai kỳ, nhưng khá hiếm khi nhiễm rubella sau 12 tuần (3,11). Tổn thương tim mạch vẫn là phổ biến nhất, còn tổn thương ống động mạch liên quan với nhiễm vi rút từ 11 đến 48 ngày sau khi thụ tinh, hẹp động mạch phổi và các nhánh của nó từ 16 đến 57 ngày sau khi thụ tinh (12). Trong một nghiên cứu của trẻ sơ sinh bị rubella bẩm sinh, 13 trẻ em đã đục thủy tinh thể sau khi bà mẹ bắt đầu phát ban giữa 12 và 43 ngày sau khi thụ tinh,

trong khi 33 thai nhi bị nhiễm bệnh sau 43 ngày không phát triển đục thủy tinh thể (12).

Phụ nữ mang thai bị nhiễm rubella và sốt phát ban trong 3 tháng đầu, hậu quả nặng nề ảnh hưởng lên thai nhi. Theo Miller và cộng sự (1982), phụ nữ mang thai bị nhiễm rubella trong 12 tuần đầu tiên có 80% thai nhi bị lây nhiễm rubella. Vào tuần 13- 14, tỷ lệ là 54%, vào giữa và cuối thai kỳ là 25%. Hội chứng rubella bẩm sinh hay gặp bất thường về mắt: đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp bẩm sinh, bất thường về tim bẩm sinh: bất thường ống động mạch, hẹp động mạch phổi ngoại biên, điếc cảm nhận, khiếm khuyết hệ thống thần kinh trung ương: đầu nhỏ, chậm phát triển trí tuệ, chậm phát triển tâm thần, viêm màng não, viêm sắc tố võng mạc, ban xuất huyết, gan to vàng da, bệnh tổn thương các đầu xương dài (3). Theo tác giả này, thai phụ bị nhiễm rubella dưới 11 tuần, tỷ lệ tim bẩm sinh và điếc là 100% Theo Amy Johnson và Brenda Ross (2007), nguy cơ bất thường bẩm sinh lớn nhất ở thai nhi là ở trong 3 tháng đầu thai nghén. Nguy cơ nhiễm hội chứng rubella bẩm sinh là khoảng 90% khi người mẹ mang thai bị lây nhiễm trước 12 tuần. Nguy cơ giảm xuống 20% khi người mẹ bị lây nhiễm ở tuổi thai từ 12- 16 tuần; Tuổi thai từ 16 đến 20 tuần: hội chứng rubella bẩm sinh ở tuổi thai từ 16 đến 20 tuần là rất hiếm (<1%) và có thể biểu hiện bởi bệnh điếc cảm nhận (thường nghiêm trọng) ở trẻ mới sinh; Tuy nhiên, sau 20 tuần, nguy cơ này giảm xuống đến tối thiểu (2). Nguy cơ ảnh hưởng đến những hệ thống cơ quan trong cơ thể có thể xảy ra. Những khiếm khuyết bẩm sinh bao gồm những khiếm khuyết ở mắt, ví dụ như hình thể (10%), mắt nhỏ và tăng nhãn áp, những bất thường về tim (10%-20%), đặc biệt là bất thường ống động mạch, bất thường động mạch phổi, khiếm khuyết ở van tim, điếc cảm nhận (60% - 70%), não bộ chậm phát triển trí tuệ, không có khả năng hoạt động tinh tế.

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thai nhi ≥ 18 tuần có dấu hiệu bất thường trên siêu âm là: bất thường về mắt chiếm 1,4%, đục thủy tinh thể chiếm 1,2%, bất thường về tim mạch chiếm 10,3%, hẹp động mạch phổi ngoại biên chiếm 9,4% và đầu nhỏ chiếm 9,4%, gan to chiếm 1,5%.

- Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhiễm rubella là 27,7%, tỷ lệ trẻ sơ sinh mắc DTBS là 17,7%

- Tỷ lệ dị tật bẩm sinh trên trẻ sơ sinh nhiễm rubella là 64,1%, đặc biệt tất cả trẻ bị DTBS đều đa dị tật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McElhaney RD Jr, Ringer M, DeHart DJ, et al. Rubella immunity in a cohort of pregnant women, Infect Control Host Epidemiol 20, 1999; pp. 64.
2. Amy Johnson and Brenda Ross. Perinatal infections John Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics, 2007; pp. 136- 149.
3. Miller E, Craddock-Watson JE, Pollock TM. Consequences of confirmed maternal rubella at successive stages of pregnancy, Lancet 2, 1982, pp. 781-784.
4. Hoàng Thị Thanh Thủy. Nghiên cứu tình hình dinh chi thai nghén vì nhiễm rubella tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 6 tháng đầu năm 2011, Luận văn tốt nghiệp nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2011.
5. Nguyễn Vũ Trung. Virus rubella. Vi sinh vật y học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2007; tr 304-307.
6. Lê Diễm Hương, Lê Quang Tân, Phạm Văn Ánh và cộng sự. Nhận xét một số trường hợp mắc hội chứng rubella bẩm sinh đề xuất biện pháp phòng ngừa, Hội nghị Việt – Pháp về sản phụ khoa vùng Châu Á Thái Bình Dương lần 5, 2005; tr 101 – 106.
7. Menser, M.A, J,D, Harley, R, Hertzberg, et al. Persistence of virus in lens for three years after prenatal rubella, Lancet, 2,1967; pp. 387–388.
8. Remington JS, Klein JO. Infectious diseases of the fetus and newborn Infant, 5th ed, Philadelphia, Saunders Company, 2001.
9. Atreya CD, Mohan KV, Kulkarni S. Rubella virus and birth defects: molecular insights into the viral teratogenesis at the cellular level, Birth Defects Res Part A Clin Mol Teratol ,2004; 70(7), pp. 431–7.
10. M, De Santis, A,F, Straface, A, Caruso. Rubella infection in pregnancy, Reproductive Toxicology, 21, 2006; pp. 390-398.
11. South, M,A., and J,L, Sever. Teratogen update: The congenital rubella syndrome, Teratology, 31,1985; pp. 297–307.
12. Ueda, K,Y, Nishida, and K, Oshinia. Congenital rubella syndrome: Correlation of gestational age at time of maternal rubella with type of defect, J, Pediatr, 94, 1979; pp. 763–765.

TÌNH HÌNH BỆNH TẬT VÀ TỬ VONG Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2012

Vũ Thị Văn Yến, Nguyễn Ngọc Lợi
Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: -Xác định tỷ lệ bệnh tật và tử vong trẻ sơ sinh tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012. - Xác định mô hình bệnh tật ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** trong tổng số trẻ sinh ra tại viện trẻ có bệnh chiếm 26,85%, có 1,37% trẻ tử vong. Trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ. Trong số trẻ tử vong 2 nhóm trẻ ≤ 28 tuần và $< 1000g$ có tỷ lệ tử vong cao nhất (59,2% và 49,1%). Mô hình tử vong sơ sinh là: Non tháng/nhẹ cân và bệnh lý, Xuất huyết Não-Màng não, Đa dị tật, Suy hô hấp, Phù thai, Sốc, Viêm ruột hoại tử, Nhiễm trùng sơ sinh. Mô hình bệnh lý là: Non tháng, suy dinh dưỡng, Vàng da, Màng trong, suy hô hấp, dị tật, nhiễm trùng sơ sinh, ROP. Bệnh nhân chuyển viện đa số là bệnh nhân dị tật đường tiêu hóa. **Kết luận:** Mô hình bệnh tật và tử vong chủ yếu là sinh non/nhẹ cân và bệnh lý.

Từ khóa: Mô hình bệnh tật và tử vong sơ sinh.

SUMMARY

SITUATION OF NEONATAL MORBIDITY AND MORTALITY IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY 2012

Aims: - Identify neonatal morbidity and mortality in National Hospital of Obstetrics and Gynecology 2012. - Identify the types of diseases in the newborn in hospital. **Method:** The retrospective, cross-sectional descriptive. **Results:** The overall incidence of neonatal disease was 26.86%, neonatal mortality (1.37%), boys are more than girls. In the mortality newborns, cases with gestational age ≤ 28 weeks and weight $< 1000g$ had the highest mortality rate (59.2% and 49.1%). Model neonatal mortality was: premature/ low birth weight and complication, intracranial hemorrhage, congenital malformation, respiration failure, edema pregnancy, shock, NEC (Necrotizing Enterocolitis), infection. Disease model were: premature, small for gestational age, jaundice, HMD (Hyaline Membrane Disease), respiratory distress, congenital malformation, infection, ROP (Retinopathy of prematurity). Referral patients mostly gastrointestinal malformations. **Conclusion:** disease and mortality mainly preterm / low birth weight and disease

Keywords: Model of disease and neonatal mortality

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong vài thập kỷ qua, tử vong trẻ em dưới 5 tuổi trên toàn thế giới giảm một cách rõ rệt, trong khi đó tử vong sơ sinh (TVSS) giảm rất chậm, TVSS sớm hầu như không giảm. Hiện nay mỗi năm trên toàn thế giới có 130 triệu trẻ em được sinh ra và khoảng 4 triệu trẻ sơ sinh tử vong, chiếm 41% tử vong ở trẻ em [1][2]. Tại Việt Nam theo thống kê của Bộ Y tế (2004) tỷ suất chết sơ sinh trong cả nước là 18,1% [3]. Sinh ra những em bé hoàn toàn khỏe mạnh là mong ước của mọi gia đình và toàn xã hội. Bệnh viện Phụ sản trung ương là bệnh viện đầu ngành về sản khoa nên đa số sản phụ là có bệnh lý như tiền sản giật, mẹ có bệnh mãn tính, thai có bất thường, ... được chuyển đến từ các bệnh viện khác. Do đó một số em bé được sinh ra tại đây ít nhiều bị ảnh hưởng ngay từ trong bụng mẹ. Vì vậy ngay sau khi trẻ sinh ra cần có sự chuẩn

bị chu đáo về hồi sức sơ sinh và điều trị kịp thời để giảm tỷ lệ tử vong giúp cho trẻ thích nghi với cuộc sống bên ngoài cơ thể mẹ. Mô hình bệnh tật khác nhau tùy từng bệnh viện, mỗi địa phương. Để có cơ sở khoa học góp phần nâng cao công tác điều trị và chăm sóc sức khỏe sơ sinh, đồng thời đề ra các giải pháp làm giảm tử vong sơ sinh, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ bệnh tật và tử vong trẻ sơ sinh tại bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2012.
2. Xác định mô hình bệnh tật ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện

II. PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU:

Nghiên cứu được thực hiện tại trung tâm chăm

sóc và điều trị trẻ sơ sinh bệnh viện Phụ sản trung ương từ 1/1/2012 đến 31/12/2012

2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: tất cả các trẻ được sinh ra tại bệnh viện Phụ sản trung ương.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: các trường hợp đình chỉ thai nghén có chẩn đoán của trung tâm chẩn đoán trước sinh.

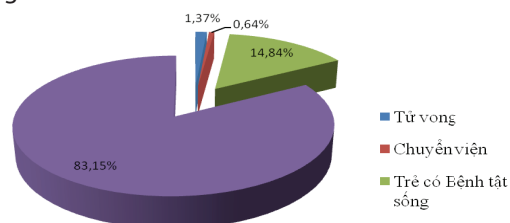
2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

- Hồi cứu, cắt ngang, mô tả.
- Chẩn đoán bệnh dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng.
- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 15.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. XÁC ĐỊNH TỶ LỆ BỆNH TẬT VÀ TỬ VONG TRẺ SƠ SINH NĂM 2012

Tổng số trẻ sinh ra tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012: 29.224



Biểu đồ. Tỷ lệ trẻ có bệnh tật và trẻ tử vong trên tổng số trẻ sinh ra tại bệnh viện

Nhận xét: Trẻ sinh ra bình thường chiếm 83,15%, trẻ có bệnh chiếm 26,85%, trẻ có bệnh tật sống chiếm 14,84% trong tổng số trẻ sinh ra tại viện. Tỷ lệ trẻ sơ sinh tử vong chiếm 1,37%.

Bảng 1. Phân bố tỷ lệ trẻ có bệnh theo kết quả điều trị và giới tính

Bệnh nhân	Nam	Nữ	Không rõ giới tính	Tổng cộng
Sống	2394(55,1%)	1947(44,8%)	3(0,1%)	4344 (88,1%)
Tử vong	243(60,6)	158 (39,4%)	0 (0%)	401 (8,1%)
Chuyển viện	111(59,7%)	74(39,8%)	1(0,5%)	186 (3,8%)
Tổng cộng	2748(55,7%)	2179 (44,2%)	4(0,1%)	4931 (100%)

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ có bệnh lý và tử vong ở nam cao hơn nữ. Số trẻ tử vong chiếm 8,1%, trẻ chuyển viện chiếm 3,8% tổng số trẻ có bệnh.

Bảng 2. Phân bố tỷ lệ trẻ có bệnh theo tuổi thai (tuần)

Bệnh nhân	Tử vong	Sống	Chuyển viện	Tổng cộng
≤ 28	212 (52,9%)	97 (2,2%)	2 (1,1%)	311 (6,3%)
29-32	102 (25,4%)	660 (15,2%)	9 (4,8%)	771 (15,6%)
33-36	50 (12,5%)	2041 (47%)	50 (28,9%)	2141 (43,4%)
≥ 37	37 (9,2%)	1546 (35,6%)	125 (67,2%)	1708 (34,6%)
Tổng cộng	401 (100%)	4344 (100%)	186 (100%)	4931 (100%)

Nhận xét: Trẻ ở nhóm tuổi thai ≤ 28 có tỷ lệ tử vong cao (68,2%) , tỷ lệ sống (31,2%), chiếm 52,9% trong tổng số trẻ tử vong.

Bảng 3. Phân bố tỷ lệ trẻ có bệnh theo cân nặng (gam)

Bệnh nhân	Tử vong	Sống	Chuyển viện	Tổng cộng
<1000	197(49,1%)	64 (1,5%)	1 (0,5%)	262(5,3%)
1000-1499	98(24,4%)	458 (10,5%)	10 (5,4%)	566 (11,5%)
1500-2499	75 (18,7%)	2923(67,3%)	68 (36,6%)	3066 (62,2%)
≥ 2500	31(7,7%)	899 (20,7%)	107 (57,5%)	1037(21%)
Tổng cộng	401 (100%)	4344 (100%)	186 (100%)	4931 (100%)

Nhận xét: trong nhóm trẻ có cân nặng < 1000 gr tỷ lệ tử vong 197/262 (75,2%), tỷ lệ sống (24,8%), So với tử vong chung có tỷ lệ tử vong cao nhất 49,1%.

Bảng 4. Phân bố trẻ tử vong theo tuổi thai (tuần) và cân nặng (gam)

Bệnh nhân	<1000	1000-1499	1500-2499	≥2500	Tổng cộng
≤ 28	175(88,9%)	34 (34,7%)	2	1	212(52,9%)
29-32	19(9,6%)	52(53,1%)	29	2	102(25,4%)
33-36	3(1,5%)	10(10,2%)	33	4	50(12,5%)
≥37	0	2 (2,0%)	11	24	37(9,2%)
Tổng cộng	197(100%)	98(100%)	75	31	401(100%)

Nhận xét: Đa số trẻ tử vong là trẻ cực non (≤ 28 tuần) và có cân nặng rất thấp (<1000 gr) chiếm 43,64% (175/401) trong tổng số trẻ tử vong. Trong khi đó chỉ chiếm 3,55 % trong tổng số trẻ có bệnh (175/4931). Trong số nhóm trẻ < 1000gr thì trẻ có tuổi thai ≤ 28 tỷ lệ tử vong cao nhất chiếm 88,9%.

2. XÁC ĐỊNH MÔ HÌNH BỆNH TẬT Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN

Bảng 5. Mô hình bệnh nhân chuyển viện

Bệnh tật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dị tật đường tiêu hóa	92	49,4
Tim bẩm sinh	41	22,4
Rối loạn chuyển hóa	16	8,60
Thoát vị rốn	7	3,76
Thoát vị hoành	6	3,22
Dị tật tiết niệu	5	2,6
Khối U	4	2,15
Não úng thủy	4	2,15
Tăng áp phổi	3	1,61
Dị tật xương	3	1,61
Thoát vị màng não tủy	2	1,0
Bất đồng Rh	2	1,0
Colodion	1	0,5
Tổng cộng	186	100

Nhận xét: trong số trẻ chuyển viện trẻ có dị tật đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao nhất (49,4%) sau đó đến tim bẩm sinh (22,4%), rối loạn chuyển hóa (8,5%).

Bảng 6. Mô hình tử vong sơ sinh

Nguyên nhân tử vong	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sinh non/nhẹ cân và bệnh lý	195	48,62
Xuất huyết não - màng não	89	22,20
Đa dị tật	30	7,48
Suy hô hấp	24	5,99
Phù thai	19	4,74
Sốc, suy đa tạng	16	3,99
Viêm ruột hoại tử	12	2,99
Nhiễm trùng sơ sinh	8	1,99
Rubella bẩm sinh	4	1
Tăng áp phổi	2	0,5
Bất thường nhiễm sắc thể	2	0,5
Tổng cộng	401	100

Nhận xét: Trẻ sinh non/nhẹ cân và bệnh lý chiếm tỷ tử vong cao nhất (48,62%) sau đó đến Xuất huyết Não-Màng não (22,2%), Đa dị tật (7,48%), Suy hô hấp (5,99%).

Bảng 7. Mô hình bệnh lý sơ sinh

Bệnh tật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tổng số	4344	100
Non tháng	2793	64,29
Suy dinh dưỡng	1172	26,98
Vàng da	351	8,1
Màng trong	275	6,33
Suy hô hấp	218	5,02
Dị tật	229	5,27
Nhiễm trùng sơ sinh	209	4,81
ROP	129	2,97
Bất thường nhiễm sắc thể	19	0,43
Rubella bẩm sinh	10	0,23
Xơ phổi	10	0,23%
Bệnh lý khác	33	0,76%

Nhận xét: đa số là trẻ non tháng chiếm 64,29% tổng số trẻ có bệnh tật sống, bệnh lý từ cao đến thấp là: suy dinh dưỡng, vàng da, màng trong, dị tật, suy hô hấp, nhiễm trùng sơ sinh, ROP...

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ sơ sinh có bệnh chiếm 26,85%, tỷ lệ tử vong chiếm 1,37% trong tổng số trẻ sinh ra tại bệnh viện năm 2012.

Theo Kennnith Hill Yoonjoung Choi (2006) điều tra ở 108 quốc gia tỷ lệ TVSS trung bình là 33% [4]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Kiều Nhi tại khoa Sản Bệnh viện Trung ương Huế năm 2003 sơ sinh có bệnh tật sau đẻ chiếm 10,4% [5]. Theo nghiên cứu của Ngô Minh Xuân, tại bệnh viện Từ Dũ tỷ lệ tử vong sơ sinh chung cho mọi hạng cân tử năm 1999-2009 là 3,4% [6]. Trẻ nam bị bệnh nhiều hơn trẻ gái và có tỷ lệ tử vong cao hơn, điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Vũ Thị Văn Yến (2008), trong nhóm trẻ đẻ non trẻ nam tử vong cao gấp 2,08 lần so với trẻ nữ ($p < 0,001$) [7]. Mô hình tử vong sơ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là: Non tháng/nhẹ cân và bệnh lý (48,62%), Xuất huyết Não-Màng não (22,2%), Đa dị tật (7,48%), Suy hô hấp (5,99%), Phù thai (4,74%), Sốc, suy đa tạng (3,99%), Viêm ruột hoại tử (2,99%), Nhiễm trùng sơ sinh (1,99%)... Tỷ lệ tử vong cao ở Nhóm trẻ có tuổi thai ≤ 28 tuần (59,2%) và nhóm có cân nặng $< 1000\text{gr}$ (49,1%) trong tổng số trẻ tử vong, tỷ lệ sống so với từng nhóm là rất thấp 31,2 % (97/311) và 34,7% (128/369). Trong số nhóm trẻ $< 1000\text{gr}$ thì trẻ có tuổi thai ≤ 28 tỷ lệ tử vong cao nhất chiếm 88,9%. Tại bệnh viện Nhi Trung ương (2008) nguyên nhân tử vong trong nhóm trẻ đẻ non: bệnh lý về hô hấp (61,56%), Nhiễm trùng máu (11,6%), Tim mạch (6,7%), XH N-MN (6,02%), Viêm ruột hoại tử (5,0%)... có thể do trẻ được chuyển từ tuyến dưới đến bệnh viện nhi thường có bệnh lý và cân nặng lớn [7]. Theo nghiên cứu Huỳnh Hồng Phúc (2008), nguyên nhân tử vong thường gặp: non tháng (35,5%), nhiễm trùng (32,2%), ngạt (16,8%), dị tật bẩm sinh (8,9%) [8].

Trong nhóm nghiên cứu trẻ chuyển viện đa số là do trẻ có dị tật phải chuyển đến các cơ sở có cấp cứu về ngoại khoa, trong đó dị tật đường tiêu hóa có tỷ lệ cao nhất (49,4%), sau đó đến tim bẩm sinh (22,4%). Mô hình bệnh lý tại bệnh viện theo thứ tự từ cao đến thấp là: Non tháng, nhẹ cân và bệnh lý (64,29%), suy dinh dưỡng (26,98%), Vàng da (8,1%), Màng trong (6,33%), suy hô hấp, dị tật, nhiễm trùng sơ sinh, ROP. Theo nghiên cứu của Võ Hữu Đức (2010), mô hình bệnh lý sơ sinh là: sinh non/nhẹ cân và bệnh lý, nhiễm trùng, viêm phổi, vàng da, suy hô hấp... [9].

KẾT LUẬN

Trong tổng số trẻ sinh ra tại viện trẻ có bệnh chiếm 26,85%, có 1,37% trẻ tử vong. Nhóm trẻ ≤ 28 tuần và $< 1000\text{g}$ có tỷ lệ tử vong cao nhất

(59,2% và 49,1%). Mô hình tử vong sơ sinh là: Non tháng/nhẹ cân và bệnh lý, Xuất huyết Não-Màng não, Đa dị tật, Suy hô hấp, Phù thai, Sốc, Viêm ruột hoại tử, Nhiễm trùng sơ sinh. Mô hình bệnh lý là: Non tháng, suy dinh dưỡng, Vàng da, Màng trong, suy hô hấp, dị tật, nhiễm trùng sơ sinh, ROP. Bệnh nhân chuyển viện đa số là bệnh nhân dị tật đường tiêu hóa.

Mỗi bệnh viện có mô hình bệnh lý riêng mang tính đặc thù riêng. Vì vậy muốn giảm tỷ lệ tử vong cần quản lý thai nghén tốt, có sự phối hợp sản-nhi và chăm sóc toàn diện. Nâng cao trình độ về chuyên môn, trang thiết bị để chăm sóc và điều trị sơ sinh giúp cho trẻ phát triển một cách bình thường và hạn chế các biến chứng.

8. Huỳnh Hồng Phúc, Huỳnh Thị Duy Hương, Tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại khoa Nhi-Bệnh viện đa khoa Đồng tháp từ 2004-2006, Y học TP.Hồ Chí Minh, 2008; tập 12(1), Tr 51-55.

9. Võ Hữu Đức, Mô hình bệnh tật sơ sinh và hiện trạng đơn nguyên sơ sinh tại khoa Nhi-Bệnh viện đa khoa Tiền giang năm 2009, Y học TP. Hồ Chí Minh, 2010; Tập 14 (4), Tr 140-145.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lawn J.E, Cousens S, Zupan J. Neonatal survival 1:4 million neonatal deaths: when? Where? Why?. Lancet, 2005; Mar 5-11, 365(3462), 891-900.
2. Mikkel Zahle Oesteroaard mail et all, Neonatal mortality levels for 193 countries in 2009 with trends since 1990: a systematic analysis of progress projections, and priorities, PloS Med 2011; 8(8), e 1001080.
3. Bộ Y tế, Các chỉ tiêu Dân số - Kinh tế - Xã hội - Môi trường, Niên giám thống kê Y tế, 2004; Tr.13-25.
4. Kenneth Hill Yoonjoung Choi, Neonatal mortality in the developing world, 2006; <http://www.demographic-research.org/volumes/vol14/18>
5. Nguyễn Thị Kiều Nhi, Đánh giá hiệu quả việc chăm sóc sơ sinh bằng mô hình kết hợp sản-nhi tại khoa sản Bệnh viện Trường đại học Y Huế, Luận văn Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2008.
6. Ngô Minh Xuân, Nguyễn Tấn Tài, Tình hình tử vong sơ sinh tại khoa sơ sinh Bệnh viện Từ Dũ năm 1999 đến năm 2009, 2010; <http://tcyh.yds.edu.vn/2010/Tap%202014%20Phu%20ban%20so%202%20-OK/Chuyen%20de%20San%20phu%20khoa%20-20Nhi%20so%20sinh/124-131.pdf>
7. Vũ Thị Vân Yến, Đánh giá giá trị theo thang điểm CRIB và một số yếu tố liên quan đến tử vong ở trẻ đẻ non tại khoa sơ sinh Bệnh viện Nhi Trung ương; Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà nội, 2008.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ NHIỄM HUMAN PAPILLOMA VIRUS VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA PHỤ NỮ TỪ 18 ĐẾN 69 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Lâm Đức Tâm⁽¹⁾, Trần Ngọc Dung⁽²⁾, Nguyễn Vũ Quốc Huy⁽³⁾

(1) Trường Đại học Y Dược Huế, (2) Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, (3) Trường Đại học Y Dược Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm HPV của phụ nữ trong độ tuổi từ 18-69 tại Thành phố Cần Thơ và các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả cắt ngang được thực hiện trên 1.442 phụ nữ có chồng từ 18- 69 tuổi, thành phố Cần Thơ. Các đối tượng tham gia nghiên cứu được khám phụ khoa, xét nghiệm định tính và định typ HPV bằng kỹ thuật realtime PCR, thu thập các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu về dân số xã hội học, tiền sử bệnh tật và sản khoa của vợ, tiền sử bệnh tật của chồng, các yếu tố liên quan đến nhiễm HPV. Số liệu thu thập được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm HPV ở phụ nữ Thành phố Cần Thơ là 5,2% với 100% trường hợp nhiễm type nguy cơ cao, trong đó, type HPV 52 chiếm tỷ lệ cao nhất (23,6%), kế đó là type 16 và type 51 là 15,73%, type 39 (8,99%); type 56 (7,87%), type 58, 31 là 6,74%; các type khác có tỷ lệ nhiễm không cao. Tỷ lệ nhiễm HPV cao nhất trong nhóm tuổi 39-48 (29,33%), nhóm tuổi 49- 58 (28%), nhóm tuổi 29- 38 tuổi là 20%. Các yếu tố nguy cơ như lứa tuổi, tuổi giao hợp lần đầu, tình trạng sử dụng bao cao su không liên quan đến nhiễm HPV. **Kết luận:** tỷ lệ nhiễm HPV của phụ nữ Thành phố Cần Thơ là 5,2%, sự phân bố tỷ lệ nhiễm các type HPV tương tự các nơi khác ở trong nước và trên thế giới.

Từ khóa: HPV, ung thư cổ tử cung, type HPV.

ABSTRACT

PREVALENCE OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS

INFECTION AND RELATED FACTORS ON 18-69 AGES-GROUP WOMEN IN CAN THO CITY

Objectives: To study the prevalence of HPV infection by real-time Polymerase chain reaction (real-time PCR) technique and the risk of related factors on women.

Materials and methods: A cross-sectional study was conducted on 1442 married women from 18 to 69 years old living in Cantho city. All subjects have taken an pelvic examination to get clinical findings, a sample for examining HPV infection by real-time PCR technique and were collected through the questionnaire about the characteristic of social, medical history of spouse with facts related to HPV infection. **Results:** The prevalence of HPV infection on 18-69 ages group married women living in Cantho city was 5.2%. 100% HPV positive cases have been infected by the high risk HPV type, in these, HPV types of 52 was highest (23.6%), the second were type 16 and 51 (15.73%), type 39 (8.99%); type 56 (7.87%), type 58, 31 (6.74%), orther types were lower. The highest prevalence of HPV infection was in the 39-48 age group (29.33%), 28% in the 49- 58 age group, and 20% in the 29- 38 age group. The risk factors like ages group, age of the first intercourse, using condom infrequently noy related to infected HPV. **Conclusion:** The prevalence of HPV infection detected by realtime PCR on 18-69 ages group married women in Cantho city was 5.2% and there is similar about the HPV types in Cantho city and in an other regions.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (CTC) là đứng hàng thứ hai sau ung thư vú trong các loại ung thư thường gặp ở phụ nữ trên thế giới. Đây là bệnh có tỷ lệ tử vong cao đặc biệt là ở Việt Nam, nên cần có sự quan tâm của ngành y tế trong công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ. Hằng năm, có khoảng 500.000 trường hợp ung thư CTC mới mắc trên toàn thế giới,

trong đó 90% trường hợp xuất hiện các nước đang phát triển và có 270.000 bệnh nhân sẽ tử vong(15). Việt Nam, ung thư cổ tử cung chiếm tỉ lệ cao trong các loại ung thư sinh dục thường gặp nhất với tỷ lệ ung thư cổ tử cung ở phụ nữ TP HCM là 28,6%, ở Hà Nội là 7,7 % xếp vị trí thứ ba. Tuy nhiên, đây là bệnh có thể phòng ngừa nếu được tầm soát phát hiện sớm và điều trị kịp thời, vì tiến triển tự nhiên của

ung thư biểu mô CTC là qua giai đoạn tổn thương tiền xâm lấn, sau nhiều năm có sự tồn tại của các yếu tố nguy cơ trong đó nhiễm HPV giữ vai trò chính.

Thời gian trước đây, HPV được xem như là 1 trong những tác nhân gây biến đổi tế bào cổ tử cung (dị sản CTC), là tiền đề của ung thư cổ tử cung, nhưng hiện nay, HPV được xác định là nguyên nhân gây ra ung thư cổ tử cung vì ADN của virus đã được tìm thấy trong hầu hết các mẫu mô ung thư (1). Các nghiên cứu bệnh chứng cho thấy 99,7%-100% các trường hợp ung thư cổ tử cung có xét nghiệm ADN virus HPV dương tính so với 5%- 12% ở nhóm chứng (1,2). Bên cạnh đó, tình trạng nhiễm kéo dài các type HPV sẽ phát triển thành tổn thương trong biểu mô CTC. Khả năng diễn tiến đến ung thư cổ tử cung gấp 250 lần ở trường hợp nhiễm HPV kéo dài so với người không bị nhiễm(8). Các type gây ung thư thường gặp là các type 16,18, 31,33 (2,8). Vai trò của HPV gây ung thư cổ tử cung đã được ghi nhận trong nghiên cứu phân tích tổng hợp từ 78 nghiên cứu khác, ước tính tỷ lệ nhiễm HPV hiệu chỉnh chung trên toàn thế giới khoảng 10% (khoảng tin cậy 95% 10,2- 10,7). Khi ước tính riêng cho từng vùng, Châu Phi hiện có tỷ lệ mắc bệnh khoảng 22%, Trung Mỹ 20,4%, Bắc Mỹ 11,3%, Châu Âu 8,1% và Châu Á 8% và type thường gặp nhất là 16, 18 (4). Tỷ lệ nhiễm HPV và sự phân bố các type nguy cơ rất khác nhau tùy vào vùng địa lý và dân số nghiên cứu (8). Các yếu tố góp phần diễn tiến đến ung thư cổ tử cung của HPV được ghi nhận là quan hệ tình dục sớm, sanh đẻ nhiều, dùng thuốc ngừa thai lâu dài (vai trò estrogen), nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục, quan hệ tình dục với nhiều bạn tình (4). Tuy nhiên, vẫn chưa có sự thống nhất giữa các nhà nghiên cứu trên thế giới về vai trò thực sự của các yếu tố nguy cơ này.

Tại Việt Nam, nghiên cứu về dịch tễ học của HPV như Nguyễn Trọng Hiếu năm 2002, phát hiện HPV bằng xét nghiệm DNA-HPV bằng kỹ thuật PCR ở phụ nữ bình thường, cho thấy tỷ lệ nhiễm HPV TPHCM là 10,9% và Hà Nội là 2% (6). Phạm Việt Thanh khảo sát ở 408 trường hợp có kết quả phết tế bào CTC là HSIL và ung thư CTC cho thấy tỷ lệ nhiễm HPV là 93,14%, nhiễm HPV type nguy cơ cao là 95% (13). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Phượng xác định tỷ lệ nhiễm HPV phát hiện qua phết tế bào CTC ở 300 phụ nữ đến khám phụ khoa tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định là 10,3% và khi có kết quả Pap's bất thường thì tỷ lệ nhiễm là 86,1%; yếu tố nguy cơ được ghi nhận là tiền căn viêm âm đạo (5). Nghiên cứu của Vũ

Thị Nhung xác định tỷ lệ nhiễm HPV phát hiện bằng phương pháp PCR là 12%, trong đó 77,78% nhiễm type HPV nguy cơ cao và 66,67% các tổn thương tiền ung thư dương tính với HPV (8). Tuy nhiên, các yếu tố liên quan với nhiễm các type HPV trong diễn tiến thành ung thư cổ tử cung chưa được khảo sát và đánh giá thỏa đáng. Nghiên cứu của Trần Thị Lợi ghi nhận tỷ lệ nhiễm HPV ở cộng đồng phụ nữ TPHCM là 10,84% (11). Trương Quang Vinh cũng ghi nhận các trường hợp có tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung có tỷ lệ nhiễm HPV là 55,4%, trong đó, type 16 chiếm 39,9% (14), trong khi đó, tại Cần Thơ, chúng tôi chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Từ đó, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với mục tiêu xác định tỷ lệ nhiễm HPV và các yếu tố liên quan ở phụ nữ trong độ tuổi 18- 69 tuổi tại Thành phố Cần Thơ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu: 1442 phụ nữ trong độ tuổi từ 18 đến 69 đang cư trú tại các quận thuộc Thành phố Cần Thơ, có quan hệ tình dục và đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được cung cấp thông tin. Tiêu chuẩn loại trừ: các phụ nữ có bệnh tâm thần, phụ nữ được cắt tử cung toàn phần, đang mang thai hoặc đang trong giai đoạn hậu sản và/ hoặc không đủ điều kiện lấy bệnh phẩm như đang ra máu âm đạo, đang đặt thuốc âm đạo trong thời gian khoảng 24 giờ trước đó, hoặc đang viêm cấp âm đạo CTC. Cỡ mẫu được tính theo công thức cho nghiên cứu mô tả là ước lượng tỷ lệ, với $p= 10\%$, $d=0,02$ nên tính được cỡ mẫu là 865 trường hợp. Để tránh sai số trong việc chọn mẫu, chúng tôi chọn hiệu lực thiết kế là 1,5 lần nên chúng tôi chọn cỡ mẫu là 1300 đối tượng.

Tiến hành nghiên cứu: chúng tôi triển khai nghiên cứu tại 20 cụm quần thể rải đều các quận huyện thuộc Thành phố Cần Thơ với phương pháp chọn mẫu cụm nghiên cứu theo tỷ lệ dân số cộng dồn: phương pháp PPS (Probability Proportional to Size). Các đối tượng được giải thích về ý nghĩa của nghiên cứu và đồng ý tham gia sẽ được phỏng vấn các đặc điểm dân số xã hội học, tiền sử sản khoa của vợ, tiền sử bệnh tật của vợ và chồng, các yếu tố liên quan đến nhiễm HPV, khám phụ khoa, phết tế bào cổ tử cung; phết dịch cổ tử cung làm tách chiết DNA, thực hiện realtime PCR-HPV-DNA để phát hiện mẫu dương tính; chọn mẫu dương tính này để định type

HPV bằng kỹ thuật realtime PCR.. Số liệu được nhập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian thu thập số liệu tại các quận Ninh Kiều, Bình Thủy, Cái Răng, Ô Môn, Thốt Nốt và các huyện Vĩnh Thạnh, Thới Lai, Cờ Đỏ và Phong Điền thuộc Thành phố Cần Thơ trên 1.442 đối tượng, chúng tôi ghi nhận được kết quả sau

Bảng 1. Phân bố các đặc điểm xã hội học của đối tượng

Đặc điểm		Tần số (n=1442)	Tỷ lệ (%)
Tuổi Trung bình 42,58±10,25 (18- 67 tuổi)	<29	142	9,85
	29- <39	384	26,63
	39- <49	482	33,43
	49- <59	342	23,72
	≥59	92	6,38
Nghề nghiệp	Nội trợ	408	28,29
	Buôn bán	319	22,12
	Làm ruộng- vườn	344	23,85
	Công nhân	49	3,40
	Trí thức	161	11,17
	Khác	161	11,17
Trình độ học vấn	Mù chữ	92	6,38
	Tiểu học	479	33,22
	THCS	490	33,98
	THPT	276	19,14
	Đại học Sau đại học	105	7,28
Tình trạng hôn nhân	Có sống cùng chồng	1321	34,19
	Góa	64	0,49
	Ly dị	53	0,62
	Độc thân	4	64,70
Hút thuốc lá	Không hút	493	34,19
	Cả 2 vợ chồng hút	7	0,49
	Vợ hút	9	0,62
	Chồng hút	933	64,70
Tuổi quan hệ tình dục lần đầu	Quan hệ sớm	150	10,40
	Quan hệ không sớm	1192	89,60

Độ tuổi trung bình của phụ nữ nghiên cứu là 42,58±10,25 tuổi, trong đó 33,43% từ 39- 48; 23,72% ở độ tuổi 49- 58 tuổi; 26,63% ở độ tuổi là 29- 38 tuổi. Đa số phụ nữ có trình độ tiểu học, trung học cơ sở; nghề nghiệp nội trợ, buôn bán, làm nông. 91,61% phụ nữ còn sống với chồng, 64,7% phụ nữ có chồng hút thuốc lá. 10,4% có quan hệ lần đầu trước 19 tuổi.

TỶ LỆ NHIỄM HPV

Có 75 phụ nữ bị nhiễm HPV, tỷ lệ HPV dương tính là 5,2% (75/1442).

Bảng 2. Phân bố các type HPV ở các đối tượng nhiễm HPV

Loại type HPV	Tần suất	Tỷ lệ HPV/tổngphụ nữ	Tỷ lệ HPV/số dương tính
16	14	0,97	15,73
18	4	0,28	4,49
31	6	0,41	6,74
33	2	0,14	2,25
35	4	0,28	4,49
39	8	0,56	8,99
45	2	0,14	2,25
51	14	0,97	15,73
52	21	1,46	23,60
56	7	0,49	7,87
58	6	0,42	6,74
59	1	0,07	1,12
Tổng	89	6,17	100

Trong 75 phụ nữ nhiễm HPV, có 89 type HPV được phân lập, chiếm 6,17%, trong đó tỷ lệ type HPV 52 là 23,6%, type 16, 51 là 15,73%, type 39 (8,99%); type 56 (7,87); 6,74% là nhiễm type 31, 56.

Bảng 3. Phân bố số type HPV bị nhiễm

Số type HPV bị nhiễm	Tần suất	Tỷ lệ HPV/tổngphụ nữ	Tỷ lệ HPV/ số dương tính
Đơn type	62	4,3	82,67
Hai type	12	0,83	16,00
Ba type	1	0,07	1,33
Tổng cộng	75	5,2	100

Trong 75 trường hợp nhiễm HPV có nhiễm đơn type là 82,67%; nhiễm 2 type 16%, 1 trường hợp nhiễm 3 type chiếm 1,33% trong tổng số trường hợp dương tính.

LIÊN QUAN GIỮA TUỔI VỚI TÌNH TRẠNG NHIỄM HPV

Bảng 4. Liên quan giữa tuổi với tình trạng nhiễm HPV

Tuổi	18- 28 (n,%)	29- 38 (n,%)	39- 48 (n,%)	49- 58 (n,%)	≥ 59 (n,%)
Dương tính	14 (18,67)	15 (20)	22 (29,33)	21 (28)	3 (4)
Âm tính	128 (9,36)	369 (26,99)	460 (33,65)	321 (23,48)	89 (6,51)
Tổng	142 (9,85)	384 (26,63)	482 (33,43)	342 (23,72)	92 (6,38)
P	Pearson chi2(4)= 9,2653; pr= 0,055				

Tỷ lệ nhiễm HPV cao nhất ở nhóm tuổi 39- 48 là 33,43%, kế đó là nhóm tuổi 29-38 tuổi là 26,63%, nhóm 49- 58 tuổi (23,72%). Sự khác biệt không ý nghĩa thống kê p=0,055.

LIÊN QUAN GIỮA TUỔI GIAO HỢP LẦN ĐẦU VỚI TÌNH TRẠNG NHIỄM HPV

Bảng 5. Liên quan giữa tuổi giao hợp lần đầu với tình trạng nhiễm HPV

Tuổi giao hợp lần đầu	Quan hệ sớm	Quan hệ không sớm
Dương tính	9 (12)	141 (10,31)
Âm tính	66 (88)	1226 (89,69)
Tổng	75	1367
P	Pearson chi2(4)= 9,2653; pr= 0,055	

Có 75 phụ nữ giao hợp lần đầu sớm, trước 19 tuổi (trung bình là $23,02 \pm 4,31$ tuổi, nhỏ nhất là 15 tuổi và cao nhất là 44 tuổi), nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

LIÊN QUAN GIỮA SỬ DỤNG BAO CAO SU VỚI TÌNH TRẠNG NHIỄM HPV

Bảng 6. Liên quan giữa sử dụng bao cao su với tình trạng nhiễm HPV

Bao cao su	Có (n,%)	Không (n,%)	Tổng
Dương tính	7 (9,33)	68 (90,67)	75
Âm tính	178 (13,02)	1189 (86,98)	1367
Tổng	185 (12,83)	1257 (87,17)	1442
P	Pearson chi2(1) = 0,865 Pr = 0,352		

Trong 329 phụ nữ có sử dụng bao cao su, chỉ có 16 (chiếm 4,86%) trường hợp bị nhiễm HPV so với người không sử dụng bị nhiễm (95,8%); sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

BÀN LUẬN

Với 1442 phụ nữ từ 18- 67 tuổi được nhận vào nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 5,2% (75/1442) người bị nhiễm HPV, tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu Trần Thị Lợi (10,84%) (11), Nguyễn Trọng Hiếu (10,9%) (6), Vũ Thị Nhung ($p=12\%$) (9) tại TP Hồ Chí Minh. Tại Thừa Thiên Huế, Nguyễn Vũ Quốc Huy ghi nhận tỷ lệ nhiễm HPV là 0,9% (7); tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Trên thế giới, theo phân tích tổng hợp của De Sanjoses (2007) tỷ lệ nhiễm HPV trong cộng đồng là khoảng 10%(1). Do đó, kết quả này thấp kết quả trên thế giới. Chúng tôi ghi nhận 100% trường hợp nhiễm là nhiễm type nguy cơ cao, không ghi nhận trường hợp nào nhiễm type HPV nguy cơ thấp, kết quả này cao hơn kết quả của Trần Thị Lợi là 83,93% (11) và Vũ Thị Nhung 77,78% (9).

Có 89 type HPV được phân lập trong 75 phụ nữ bị nhiễm, có 23,6% nhiễm type 52, kế đến là type 16 và 51 là 14,9%, type 39 (8,99%); 7,87% type 56; 6,74% là 31 và 58, các type còn lại có tỷ lệ thấp. Như vậy, type 52 là type thường gặp trong cộng đồng phụ nữ Thành phố Cần Thơ. Theo Trần Thị Lợi, tại Thành phố Hồ Chí Minh, type 16 chiếm tỷ lệ cao nhất: 55,95% (94/168), kế đến là type

18: 36,11% và type 58: 11,31%(11). Kết quả của Nguyễn Vũ Quốc Huy, type HPV chủ yếu là type 16, 18, 58 (7). Tỷ lệ các type nguy cơ cao phù hợp nghiên cứu Munoz (2004) là nhiễm type 16, 18, 58 (4). Nhưng kết quả của chúng tôi ghi nhận type 52 khá cao. Đây là type nguy cơ cao và phù hợp với nghiên cứu của Võ Văn Kha ghi nhận type HPV ở bệnh nhân ung thư CTC tại Bệnh viện Ung Bướu Cần Thơ cho thấy tỷ lệ nhiễm HPV type 16, 18, 52 có tỷ lệ cao nhất (10).

So sánh tỷ lệ nhiễm các type HPV nguy cơ cao qua các nghiên cứu

Tác giả	Các type HPV được phát hiện						
	16 (%)	18 (%)	51 (%)	52 (%)	58 (%)	6 (%)	11 (%)
Vũ Thị Nhung (2006)(9)	13,34	52,23			22,23		5
Trần Thị Lợi (2010)(11)	55,95	36,11			11,31	3,57	4,76
Võ Văn Kha (2012)(10)	56,7	22,3		6,7	6,7		
Munoz (2004)(4)	53,5	7,2			2,2		
Lâm Đức Tâm (2012)(12)	14,9	10,6	8,51	25,5	6,4	0	0
Lâm Đức Tâm	15,73	4,49	15,73	23,6	6,74	0	0

Nghiên cứu Vũ Thị Nhung(9) ghi nhận 3 type HPV hay gặp nhất trong cộng đồng là 18, 58, 16 và Nguyễn Trọng Hiếu là 16, 58, 18(6). Trần Thị Lợi là type 16, 18, 58(11). Lâm Đức Tâm khảo sát tại Quận Ninh Kiều, Cần Thơ là type 52, 16 và 18. Khảo sát các quận- huyện của Thành phố Cần Thơ ghi nhận được type 52, 16, 51 chiếm tỷ lệ cao. Sự khác biệt này có thể lý giải do khác nhau về thời điểm nghiên cứu, lấy mẫu, cách chọn mẫu. Tương tự, sự khác biệt về sự phân bố kiểu genotypes của HPV của vùng địa dư khác nhau trên thế giới cũng khác nhau như nghiên cứu tỷ lệ HPV ở 13 vùng trên 11 quốc gia trên thế giới có 15.613 phụ nữ từ 15- 60 tuổi được đưa vào tầm soát HPV bằng kỹ thuật khuyết đại chuỗi di truyền PCR(1) ở phụ nữ có phết tế bào CTC bình thường, type HPV 16 ở Châu Âu cao hơn nhiều so với Châu Phi với OR=2,6. Dù rằng có khác nhau về sự phân bố các type ở các vùng địa lý khác nhau nhưng nhiễm HPV thường gặp thì type 16. Sự xuất hiện type 58 trong 3 type hay gặp nhất tại Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy type 58 có phải là đặc trưng của sự phân bố tại Thành phố Hồ Chí Minh. Tương tự, tại Cần Thơ qua 3 nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận type 52 là type được phát hiện khác với các vùng dân cư tại Việt Nam.

TUỔI VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI NHIỄM HPV

Tuổi trung bình của đối tượng trong mẫu nghiên cứu là $42,58 \pm 10,25$, trẻ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 67 tuổi. Đa số tập trung ở nhóm tuổi từ 39- 48 tuổi (chiếm 33,43%), 23,723% là 49- 58 và có 26,63% trường hợp trong độ tuổi 29- 38 tuổi; độ tuổi 18- 28 tuổi chiếm 9,85%. Kết quả này tương đối phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Lợi: 30- 49 tuổi chiếm 65%, nhóm tuổi từ

18-29 chiếm tỷ lệ thấp 9,03%(11).

Trong 75 phụ nữ có kết quả dương tính và định được type, có 14 đối tượng thuộc nhóm tuổi 18- 28, 15 phụ nữ trong độ tuổi 29- 38, nhóm từ 39- 48 tuổi có 22 người và có 21 phụ nữ có tuổi từ 49- 58, có 3 người nhiễm HPV sau 59 tuổi. Tỷ lệ nhiễm tương ứng với từng nhóm tuổi là 9,86%, 3,9%, 4,56%, 6,14% và 4,35%; qua đó, nhóm tuổi trẻ có nguy cơ lây nhiễm HPV cao hơn. Tuy nhiên, nhóm tuổi 39- 58 chiếm tỷ lệ 57,33% trong những trường hợp dương tính với HPV. Tham khảo nghiên cứu của Trần Thị Lợi, có 11,31% ở lứa tuổi 18- 29, 24,4% ở lứa tuổi 30- 39, 42,86% ở lứa tuổi 40- 49, 16,67% ở tuổi từ 50 -59 và 4,76% ở tuổi 60-69(11). Như vậy, nhóm tuổi 30- 49 chiếm 67%. Kết quả của chúng tôi khác với kết quả của Trần Thị Lợi (11) và Vũ Thị Nhung (9). Sự khác nhau này có lẽ do sự phân bố không đồng đều giữa các nhóm tuổi trong mẫu nghiên cứu, tuy nhiên, kết quả vẫn cho thấy tỷ lệ nhiễm HPV cao, thường tập trung trong độ tuổi có quan hệ tình dục.

Khảo sát mối liên quan giữa độ tuổi với tình trạng HPV, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nhiễm HPV ở nhóm tuổi từ 18- 28 tuổi (18,67%); 20% từ 29- 38 tuổi, từ 39- 48 tuổi có 29,33% và 28% ở độ tuổi 39- 48. Như vậy, khi chúng tôi phân nhóm tuổi thì nhóm tuổi 29 đến 48 chiếm tỷ lệ cao hơn và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Kết quả chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Lợi (11) (tỷ lệ nhiễm HPV cao nhất là nhóm tuổi 60- 69 tuổi (15,38%), kế đó là nhóm tuổi từ 40-49 tuổi 13,38% và 13,57% trong độ tuổi 18- 29) và kết quả của Vũ thị Nhung (tỷ lệ nhiễm HPV thường gặp ở nhóm tuổi dưới 30 tuổi thấp hơn lứa tuổi từ 30 tuổi trở lên) (9). Tuy nhiên, với nghiên cứu của Scheurer: tỷ lệ nhiễm HPV cao nhất trong từ 15 đến 25, sau đó giảm dần và ổn định sau 40 tuổi và tăng trở lại vào giai đoạn quanh mãn kinh và hậu mãn kinh (8).

TUỔI BẮT ĐẦU QUAN HỆ TÌNH DỤC VÀ NHIỄM HPV

Qua nghiên cứu 1442 trường hợp phụ nữ có chồng đồng ý tham gia nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình bắt đầu quan hệ tình dục là $23,02 \pm 4,31$ tuổi, trong đó nhỏ nhất là 15 tuổi và độ tuổi cao nhất là 44 tuổi. Theo Luật Hôn nhân gia đình của Việt Nam, phụ nữ từ 18 tuổi trở lên được phép kết hôn nên được chấp nhận có quan hệ tình dục hợp pháp. Tuy nhiên, trong thực tế, có những phụ nữ có chồng từ rất sớm. Số trường hợp có quan hệ tình dục trước 19 tuổi là 150 phụ nữ chiếm 10,4%. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Trần Thị Lợi (8,65% phụ nữ)(11). Như vậy, độ tuổi giao hợp lần đầu ở Cần Thơ và Hồ Chí Minh cao hơn phụ nữ trên thế giới có lẽ do nền văn hóa phong kiến Á Đông và sự cho

phép của pháp luật. Có lẽ vì vậy mà trong nghiên cứu này không ghi nhận được mối liên quan giữa tuổi giao hợp lần đầu và nhiễm HPV ($p=0,642$). Tuy nhiên, mối liên quan này vẫn còn nhiều tranh cãi trên thế giới (9). Ngày nay, cùng với sự phát triển mạnh mẽ của nền kinh tế và sự giao lưu, hội nhập không ngừng về văn hóa xã hội giữa Việt Nam và các nước phương Tây nên tuổi quan hệ tình dục lần đầu sẽ có xu hướng sớm hơn. Do đó, ta cũng cần có thêm những nghiên cứu khác quan tâm đúng mức hơn về mối quan hệ này.

YẾU TỐ NGHỀ NGHIỆP.

Nhóm phụ nữ ở nhà nội trợ chiếm phần nhiều hơn so với công việc khác 28,29%. Nghiên cứu của Trần Thị Lợi (11), Vũ Thị Nhung (10) thường gặp đối tượng này. Từ đó cho thấy, phụ nữ Việt Nam làm công việc nhà nhiều hơn, ít tiếp xúc ngoài xã hội và ít có điều kiện chăm sóc sức khỏe định kỳ hơn so với đối tượng khác. Tuy chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp với tình trạng nhiễm HPV, nhưng nghiên cứu Nguyễn Thị Mỹ Phượng (2004) (5) ở các phụ nữ đến khám phụ khoa tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định ghi nhận có mối liên quan giữa nghề và nhiễm HPV. Sự khác biệt này theo chúng tôi, có lẽ do đối tượng chọn mẫu của chúng tôi là những người được xem là khỏe mạnh trong cộng đồng.

TRÌNH ĐỘ HỌC VẤN CỦA ĐỐI TƯỢNG VỚI NHIỄM HPV

Có 67,2% phụ nữ có trình độ học vấn là tiểu học và trung học cơ sở. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Thị Lợi(11) và Vũ Thị Nhung(9). Xét về tỷ lệ nhiễm HPV trên những nhóm học thức khác nhau, chúng tôi chưa ghi nhận được mối liên hệ có ý nghĩa thống kê. Khi tham khảo các nghiên cứu khác, kết quả của Phạm Việt Thanh(13) cho thấy người có học vấn từ đại học trở lên có nguy cơ nhiễm HPV cao gấp 2,4 lần so với phụ nữ chỉ học dưới cấp 1. Kết quả của chúng tôi đa số phụ nữ có học vấn thấp hơn nên có kết quả thấp hơn là điều hợp lý.

HÚT THUỐC LÁ VÀ NHIỄM HPV

Số phụ nữ hút thuốc ở nghiên cứu không cao, 0,62%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Lợi 1,29%(11); Nguyễn Trọng Hiếu (1,94%) (6). Tuy nhiên, vấn đề chúng tôi quan tâm là những phụ nữ hút thuốc thụ động từ chồng, trong nghiên cứu của chúng tôi có 64,7% trường hợp chồng hút thuốc lá- đây là kết quả đáng quan tâm. Tại Quận Ninh Kiều, Cần Thơ ghi nhận có 58,44% phụ nữ hút thuốc thụ động (12). Như vậy, dù rằng tỷ lệ phụ nữ không hút thuốc lá chủ động không cao nhưng hút thuốc lá thụ động tăng đáng kể. Theo Y

vấn, hút thuốc được xem là yếu tố nguy cơ có liên quan đến tình trạng nhiễm HPV, mặc dù kết quả của chúng tôi chưa ghi nhận được yếu tố liên quan này. Theo Kết quả của Trần Thị Lợi khi phân tích đơn biến và hồi quy đa biến nhận thấy vai trò của hút thuốc lá chủ động có liên quan thực sự với tình trạng nhiễm HPV với phụ nữ chính họ hút thuốc hoặc cả hai vợ chồng cùng hút, nguy cơ nhiễm HPV tăng lên 3 lần (OR= 3,08; p= 0,02) (11). Tỷ lệ chống hút thuốc khá cao trong các nghiên cứu là phù hợp với thực tế xã hội Việt Nam, nên cần nghiên cứu sâu hơn để đánh giá mối liên quan này.

VẤN ĐỀ SỬ DỤNG BAO CAO SU TRÁNH THAI VÀ HPV

Trong các biện pháp tránh thai hiện đại, sử dụng bao cao su và thuốc ngừa thai uống là hai biện pháp có sự tác động lên sự thay đổi tế bào cổ tử cung. Một nghiên cứu cho thấy sử dụng thuốc ngừa thai uống liên tục trong 12 năm làm tăng nguy cơ nhiễm HPV và ung thư CTC (4). Theo Green, không có mối liên hệ nào giữa nhiễm HPV và sử dụng thuốc ngừa thai kéo dài (3). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự, chỉ ghi nhận mối liên quan giữa tình trạng HPV với sử dụng bao cao su. Qua nghiên cứu tại các quận- huyện thuộc thành phố Cần Thơ, chúng tôi có 12,83% phụ nữ có sử dụng bao cao su quan hệ tình dục thường xuyên, và có 7 trường hợp bị nhiễm HPV và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Khi tham khảo nghiên cứu của chúng tôi tại quận Ninh Kiều, Cần Thơ (12) cho thấy có sự liên quan giữa sử dụng bao cao su thường xuyên với tình trạng nhiễm HPV và theo kết quả nghiên cứu của Trần Thị Lợi khảo sát những phụ nữ sử dụng bao cao su ghi nhận chỉ có 12% phụ nữ sử dụng bao cao su thường xuyên trong quan hệ tình dục. Tỷ lệ nhiễm HPV khi sử dụng bao cao su thường xuyên trong quan hệ tình dục, nguy cơ nhiễm HPV giảm đi 2 lần so với phụ nữ không sử dụng hay sử dụng không thường xuyên (OR =2,28; $p= 0,01$) (11). Một nghiên cứu đã đưa ra kết quả tỉ lệ sạch nhiễm HPV tích lũy trong 2 năm tương ứng ở 2 nhóm có và không sử dụng bao cao su là 4% và 23% (4). Vậy, sử dụng bao cao su có thể làm tăng sự sạch nhiễm HPV, có vai trò làm tăng sự thoái triển của tân sinh trong biểu mô CTC.

KẾT LUẬN

Sau khảo sát 1442 phụ nữ tại Thành phố Cần Thơ, chúng tôi có kết luận như sau

Tỷ lệ nhiễm HPV: Tỷ lệ nhiễm HPV ở phụ nữ có chồng từ 18- 69 tuổi ở Thành phố Cần Thơ là 5,2% với 100% trường hợp nhiễm type HPV nguy cơ cao. Trong đó, nhiễm đơn type là 82,67%; nhiễm 2 type 16%, nhiễm 3 type là 1,33% trong tổng số trường hợp dương tính.

Tỷ lệ nhiễm HPV cao nhất trong nhóm tuổi 39-48 tuổi: 33,43%, 26,63% nhóm tuổi 29- 38 tuổi, nhóm tuổi 49- 58 tuổi chiếm 23,72%.

Sự phân bố các type HPV: 75 phụ nữ nhiễm HPV có 89 type HPV được phân lập bằng kỹ thuật realtime PCR, trong đó, type HPV 52 chiếm 23,6%, kể đến là type 16 và 51 là 15,73%, type 39 (8,99%); type 56 (7,87%), 6,74% type 31, 58. Các type còn lại tương đối thấp.

Các yếu tố nguy cơ liên quan với nhiễm HPV

Không có sự liên quan giữa trình độ học vấn, nghề nghiệp và hút thuốc lá, nhóm tuổi, sử dụng bao cao su, tuổi giao hợp lần đầu nhỏ hơn 19 tuổi với tình trạng nhiễm HPV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. De Sanjose S, Diaz M, Castellsague X. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology. *Lancet Infect Dis*; 2007; 7:453
2. Franco EL, Duarte-Franco, et al. Epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *CMAJ*. 2001;164: 1017-25
3. Green JB et al. Human Papillomavirus infection and use of oral contraceptives. *British Journal of cancer*. 2003; 88(11): 1713-1720.
4. Munoz N et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer. *Lancet*. 2002; 359(9312): 1093- 1101.
5. Nguyễn Thị Mỹ Phương. Tỷ lệ nhiễm HPV phát hiện qua phết móng cổ tử cung ở bệnh khám phụ khoa tại BV NDGD, Luận văn Thạc sĩ Y học; 2004; 66- 67.
6. Nguyễn Trọng Hiếu. Tần suất nhiễm HPV ở phụ nữ Thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội, *Tạp chí Phụ sản*, 2004; tập 4(2): 64-72.
7. Nguyễn Vũ Quốc Huy, Lê Minh Tâm, Ngô Viết Quỳnh Trâm, Trương Quang Vinh, Cao Ngọc Thành. Nghiên cứu tình hình nhiễm Human papilloma virus sinh dục ở phụ nữ tại tỉnh Thừa Thiên Huế, *Tạp chí Phụ Sản*, 2012; tập 10, số 3: 192- 199.
8. Scheurer ME. Human papillomavirus infection: biology, epidemiology, and prevention. *Int Gynecol Cancer*. 2005; 15: 727-746.
9. Vũ Thị Nhung. Khảo sát tình hình nhiễm các type HPV ở phụ nữ thành phố Hồ Chí Minh bằng kỹ thuật sinh học phân tử. *Đề tài cấp số*, 2006; 55.
10. Võ Văn Kha, Huỳnh Quyết Thắng. Tỷ lệ nhiễm HPV trên bệnh nhân ung thư cổ tử cung tại Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, chuyên đề Giải phẫu bệnh, 2011; tập 15 (2): 168- 173.
11. Trần Thị Lợi, Hồ Văn Phúc. Tỷ lệ nhiễm human papilloma virus và các yếu tố liên quan của phụ nữ từ 18- 69 tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2012; tập 14, phụ bản số 1: 297- 306.
12. Lâm Đức Tâm, Nguyễn Thị Huệ, Trần Ngọc Dung, Nguyễn Vũ Quốc Huy, (2012), Tình hình nhiễm human papilloma virus và các yếu tố liên quan của phụ nữ từ 18- 69 tuổi tại Quận Ninh Kiều, Thành phố Cần Thơ, *Hội nghị Khoa học Y Dược Đồng bằng sông Cửu Long mở rộng lần thứ IV*, *Tạp chí Y học Thực hành*, số 852+ 853: 406- 411.
13. Phạm Việt Thanh. Định danh HPV ở phụ nữ có phết móng CTC bất thường. *Hội nghị sản phụ khoa Việt- Pháp- Châu Á- Thái bình Dương lần thứ IX*, 2009; 102-110.
14. Trương Quang Vinh, Cao Ngọc Thành. Nghiên cứu nhiễm Human papilloma virus ở phụ nữ có các tổn thương tiền ung thư và cổ tử cung, *Tạp chí Y học Thực hành*, Bộ Y tế, 2010; số 718- 719: 229- 240
15. WHO. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practise. Geneva, World Health Organization, 2006.

NGHIÊN CỨU CẮT TỬ CUNG ĐƯỜNG NỘI SOI TẠI KHOA PHỤ NGOẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Bá Phê

Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cắt tử cung qua nội soi tại khoa Phụ Ngoại – Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

Đối tượng: 114 trường hợp cắt TC qua nội soi tại khoa Phụ ngoại trong tổng số 684 ca cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện phụ sản Trung ương từ tháng 6/2011 đến tháng 9/2012.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang tiến cứu

Kết quả :

- Chỉ định mổ vì UXTC chiếm 94,7% .
- Thời gian phẫu thuật trên 60 phút chiếm 61,4%
- Trọng lượng tử cung sau khi mổ: trung bình $264,8 \pm 73,9$ gr
- Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật là $115,9 \pm 64,7$ ml
- Thời gian nằm viện trung bình là $3,9 \pm 1,9$ ngày.
- Nhiễm trùng môm cắt âm đạo: 4,4%

Kết luận: Phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi có nhiều các ưu điểm về thẩm mỹ, thời gian phẫu thuật nhanh, lượng máu mất ít, thời gian nằm viện ngắn.

Từ khóa : cắt tử cung qua nội soi

ABSTRACT

Objectives: To evaluate result of laparoscopic hysterectomy

Subjects: 114 patients out of 684 patients were laparoscopic hysterectomy at National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 6/2011 to 9/2012

Methodology: Cross-sectional study

Results:

- Uterine fibroma (94.7%)
- Ages from 40 to 49 at the rate of 68,9%
- Operative duration more than 60 minutes: 61.4%.
- Average weight of uterus: $264,8 \pm 73,9$ g
- Blood loss: $115,9 \pm 64,7$ ml
- Hospitalization: 3.9 ± 1.9 days.
- Complication rate: 4.4%.

Conclusion: Laparoscopic hysterectomy has aesthetic advantages, fast surgical time, less blood loss, short hospital stay.

Keywords: laparoscopic hysterectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ca phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi đầu tiên được thực hiện bởi Reich (Mỹ) năm 1989. Tại Mỹ mỗi năm có khoảng 600.000 cắt tử cung được thực hiện, có 3 phương pháp cắt tử cung chính là đường bụng, đường âm đạo và cắt tử cung qua nội soi. Ngày nay cùng với sự phát triển mạnh mẽ của khoa học kỹ thuật và các máy móc hỗ trợ thì phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi đang là xu hướng trong phẫu thuật phụ khoa hiện đại. So với các phẫu thuật khác thì cắt tử cung qua nội soi được biết đến với các ưu điểm như: Giảm triệu chứng đau, mất máu ít hơn, ít biến chứng hơn, vết sẹo nhỏ, thời gian nằm viện ngắn hơn, sự trở lại để hoạt động bình thường hàng ngày nhanh hơn, giảm nguy cơ nhiễm trùng.

Từ năm 1993, Bệnh viện Từ Dũ bắt đầu phẫu thuật nội soi cắt tử cung, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương áp dụng cắt tử cung qua nội soi từ tháng 12/2004.

Đây là một kỹ thuật tiên tiến, mang lại những ích lợi thiết thực cho người bệnh (về thẩm mỹ, thời gian phẫu thuật ngắn hơn, ít ra máu). Hiện nay một số bệnh viện Phụ Sản có xu hướng giảm dần cắt tử cung đường âm đạo vì có liên quan đến một số yếu tố gây tai biến vì vậy chúng tôi tiến

hành nghiên cứu này nhằm đánh giá một số yếu tố liên quan đến phương pháp cắt TC qua nội soi để góp phần phát triển phương pháp này.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả cắt tử cung qua nội soi tại khoa Phụ Ngoại BVPSTW năm 2011 -2012.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

114 bệnh nhân đã được mổ cắt TC qua nội soi tại khoa Phụ ngoại trong tổng số 684 ca cắt tử cung qua nội soi

tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 6/2011 đến tháng 9/2012 có hồ sơ bệnh án, cách thức phẫu thuật đầy đủ.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu
- Nhóm biến số thu thập :

nhóm tuổi; Số con; Các chỉ định phẫu thuật; Thể tích TC qua khám lâm sàng, trọng lượng tử cung sau phẫu thuật, thời gian phẫu thuật; Tai biến và biến chứng, giải phẫu bệnh lý, thời gian nằm viện sau phẫu thuật

- Xử lý số liệu : Bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ

1. NHÓM TUỔI

Bảng 1: Phân bố theo tuổi và số con của nhóm nghiên cứu

Nhóm tuổi \ Số con	1 con (%)	2 con (%)	≥3 con (%)	Tổng số (%)
30-39	0 (0%)	2(100%)	0 (0%)	2 (1,8%)
40-49	3 (3,6%)	51 (60,7%)	30 (35,7%)	84 (73,7 %)
50-59	1 (3,6%)	17 (60,7%)	10(35,7%)	28 (24,6%)
Tổng số (%)	4 (3,5%)	70 (61,4%)	40 (35,1%)	114 (100%)

Tỷ lệ cắt TC qua nội soi cao nhất ở lứa tuổi 40 – 49 là 73,7%, tiếp theo là nhóm tuổi 50-59 chiếm 24,6%. Tuổi trung bình là $47,3 \pm 3,7$.

Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều có ít nhất 1 con, nhóm có 2 con chiếm tỷ lệ cao nhất là 61,4%. Tỷ lệ có ≥ 3 con cũng khá cao là 35,1%. Số con trung bình là $2,4 \pm 0,7$.

2. THỂ TÍCH TC QUA THĂM KHÁM LÂM SÀNG

Bảng 2. Thể tích TC qua thăm khám lâm sàng và chỉ định phẫu thuật

Kích thước TC	Chỉ định PT	UXTC	Polyp BTC	Tổng số (%)
Bằng thai 2 tháng		11 (73,3%)	4 (26,7%)	15 (13,2%)
Bằng thai 3 tháng		97 (98%)	2 (2%)	99 (86,8%)
Tổng số (%)		108 (94,7%)	6 (5,3%)	114 (100%)

- Qua khám lâm sàng phần lớn TC có thể tích bằng TC có thai 3 tháng chiếm 86,6%.

- Các chỉ định phẫu thuật chủ yếu là UXTC chiếm 94,7%, tỷ lệ cắt tử cung do polyp BTC là 5,3%.

3. THỜI GIAN PHẪU THUẬT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN.

Bảng 3. Liên quan của thời gian phẫu thuật với đường kính ngang tử cung trên siêu âm và trọng lượng tử cung.

Thời gian phẫu thuật	Số lượng	Đường kính ngang TC	Trọng lượng TC trung bình
< 60 phút	44 (38,6%)	$70,0 \pm 7,1$ mm	$247,7 \pm 72,8$ gr
≥ 60 phút	70 (61,4%)	$72,0 \pm 7,5$ mm	$276,6 \pm 73,1$ gr
Tổng số	114 (100%)	$71,2 \pm 7,4$ *mm	$264,8 \pm 73,9$ gr**

*p = 0,18, ** p < 0,05,

Có 03 case thời gian phẫu thuật dưới 30 phút, lâu nhất : 120 phút , 61,4% trường hợp thời gian phẫu thuật trên 60 phút .

Đường kính ngang trung bình của tử cung là $71,2 \pm 7,4$ mm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật với đường kính ngang của tử cung (p=0.18).

Thời gian phẫu thuật lâu trên 60 phút thường có trọng lượng trung bình tử cung là 276,6 gram và phẫu thuật dưới 60 phút thì trọng lượng trung bình tử cung là 247,7gram. Trọng lượng lớn nhất là 500g. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 4. Liên quan của thời gian phẫu thuật với lượng máu mất trong phẫu thuật và lượng hemoglobin giảm trước và sau phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	Số lượng	Lượng máu mất trung bình	Hb giảm sau phẫu thuật***
< 60 phút	44 (38,6%)	$106,1 \pm 70,2$ ml	$16,4 \pm 10,4$ g/l
≥ 60 phút	70 (61,4%)	$122,0 \pm 60,7$ ml	$17,9 \pm 9,1$ g/l
Tổng số	114 (100%)	$115,9 \pm 64,7$ ml*	$17,4 \pm 9,5$ **g/l

* p = 0,2, ** p = 0,45

*** Cỡ mẫu là 93 vì có 21 trường hợp phải truyền máu trước phẫu thuật.

Về thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trung bình liên quan không có ý nghĩa thống kê. Đối với phẫu thuật dưới 60 phút lượng máu mất là 106 ml và phẫu thuật trên 60 phút lượng máu mất là 122 ml. Lượng máu mất trung bình là $115,9 \pm 64,7$ ml. Mất nhiều nhất là 400 ml và ít nhất là 20ml.

Có 21 bệnh nhân bị thiếu máu cần truyền máu trước khi phẫu thuật và chúng tôi không đưa vào so sánh. Lượng Hemoglobin mất trung bình là $17,4 \pm 9,5$ g/l. Mất nhiều ở nhóm phẫu thuật trên 60 phút. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê liên quan giữa thời gian phẫu thuật và sự giảm lượng Hemoglobin với p = 0,45.

Bảng 5. Liên quan giữa đường khâu móm cắt và thời gian phẫu thuật

Đường khâu móm cắt	Thời gian PT	< 60 phút	> 60 phút	Tổng số (%)
Khâu qua nội soi		16 (36,4%)	28 (63,6%)	44 (38,6%)
Khâu đường âm đạo		28 (40%)	42 (60%)	70 (61,4%)
Tổng số (%)		44 (38,6%)	70 (61,4%)	114 (100%)

*p = 0,426

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật với đường khâu móm cắt âm đạo.

4. THỜI GIAN NÀM VIỆN SAU PHẪU THUẬT

Bảng 6. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Thời gian nằm viện	Số lượng	Tỷ lệ, %
3 ngày	54	47,4
4 ngày	53	46,5
5 ngày	2	1,8
8 ngày	1	0,9
11 ngày	2	1,8
14 ngày	2	1,8
Tổng số	114	100

Thời gian nằm viện trung bình là $3,9 \pm 1,9$ ngày. ít nhất là 3 ngày và lâu nhất là 14 ngày, các trường hợp nằm viện trên 5 ngày là do nhiễm trùng mổ cắt.

5. CÁC TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

Không có trường hợp tai biến và biến chứng nào trong số bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 114 trường hợp cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 6/2011 đến tháng 9/2012 chúng tôi thu được một số kết quả như sau.

Tỷ lệ bệnh nhân cắt tử cung cao nhất ở nhóm 40-49 tuổi, kết quả này cũng tương tự như nhóm tuổi được ghi nhận của Nguyễn Văn Học 70,9% [1] và Nguyễn Quốc Tuấn 68,5% [2]. Tuổi trung bình của bệnh nhân được cắt TC qua nội soi của chúng tôi là 47,3 gần tương tự với của Nguyễn Quốc Tuấn [2] và Trương Quang Vinh [3] là 46,9 và 45,1. Các nghiên cứu này đều trong khoảng năm 2010 nên về các chỉ định gần với nghiên cứu của chúng tôi nên tuổi phẫu thuật cũng không có khác biệt nhiều.

Tất cả các bệnh nhân mổ cắt TC qua nội soi ít nhất có một con nhiều nhất là có 4 con, trong đó nhóm có 2 con chiếm 61,4%, gần giống với kết quả nghiên cứu của Vũ Bá Quyết [4], Nguyễn Thị Minh Yên [5], nhưng nghiên cứu của Vũ Bá Quyết [4], và Nguyễn Quốc Tuấn [2] vẫn có một số trường hợp chưa sinh con lần nào (2,2% và 0,9%).

- Qua khám lâm sàng phần lớn TC có thể tích bằng TC có thai 3 tháng chiếm 86,8% cao hơn với Nguyễn Quốc Tuấn [2] và Nguyễn Thị Minh Yên [5] tỷ lệ này là 72,1% và 56,2%. Các trường hợp tương đương với TC có thai 2 tháng là 13,2% so với 40,1% của Nguyễn Thị Minh Yên [5].

- Các chỉ định phẫu thuật chủ yếu liên quan đến UXTC chiếm 94,7%, nghiên cứu của Vũ Bá Quyết [4] là 84,5%, nghiên cứu của Trương Quang Vinh [3] là 62,7%. Tỷ lệ polyp buồng TC là 13,2%.

Thời gian phẫu thuật nhanh nhất: 30 phút, lâu nhất: 120 phút, Có 54,4% trường hợp thời gian phẫu thuật trên 60 – 90 phút trong khi tỷ lệ này của Trương Quang Vinh [3] là 19,6%, còn phẫu thuật dưới 60 phút là 43,1%. Tuy nhiên so với báo cáo của Bộ môn Phụ Sản, đại học Y Dược Huế [6] thì thời gian phẫu thuật của chúng tôi vẫn nhanh hơn. Thời gian phẫu thuật còn phụ thuộc vào sự thành thạo của phẫu thuật viên và các chỉ định phẫu thuật.

Đường kính ngang trung bình của tử cung là 71,2 mm là phù hợp với thực tế vì các tử cung được chỉ định cắt đều trong tình trạng bệnh lý. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật với đường kính ngang của tử cung ($p=0.18$). Kết quả này cũng cao hơn với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tuấn [2] với đường kính ngang trung bình của tử cung là 63mm.

Trọng lượng tử cung liên quan một cách có ý nghĩa thống kê với thời gian phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật lâu trên 60 phút thường có trọng lượng trung bình tử cung là 276 gram và phẫu thuật dưới 60 phút thì trọng lượng trung bình tử cung là 247gram. Điều này cho thấy một sự thật hiển nhiên là tử cung càng to thì phẫu thuật càng khó khăn hơn và thời gian sẽ lâu hơn cho nên việc khám lâm sàng và lựa chọn đường phẫu thuật chính xác trước phẫu thuật là hết sức quan trọng. Trọng lượng tử cung trung bình của chúng tôi là 264 cao hơn với nghiên cứu của Trương Quang Vinh [3] và Nguyễn Quốc Tuấn [2] là 218 gram và 194,9 gram nhưng thấp hơn nhiều so với Bạch Cẩm An [7] và Holub Z [8] là 380 gram và 326 gram. Có lẽ do hai nghiên cứu trên chỉ thực hiện ở các bệnh nhân có chỉ định mổ là UXTC, còn chúng tôi thì có cả đối tượng bệnh nhân là UXTC và polyp buồng tử cung.

Về thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trung bình cũng liên quan không có ý nghĩa thống kê với $p=0,2$. Đối với phẫu thuật dưới 60 phút lượng máu mất là 106 ml và phẫu thuật trên 60 phút lượng máu mất là 122 ml.

Trong nghiên cứu này chúng tôi phân tích lượng máu mất do phẫu thuật ở một khía cạnh cận lâm sàng dựa vào hiệu số Hemoglobin trước và sau phẫu thuật, tất cả các đối tượng nghiên cứu đều được xét nghiệm công thức máu trước và sau phẫu thuật để đánh giá tình trạng thiếu máu của bệnh nhân. Lượng Hemoglobin mất trung bình là 17,4g/l. Mất nhiều ở nhóm phẫu thuật trên 60 phút và ít ở nhóm phẫu thuật dưới 60 phút. Tuy nhiên khi so sánh bằng test ANOVA thì không có sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê liên quan giữa thời gian phẫu thuật và sự giảm lượng Hemoglobin với $p = 0,45$. Lượng Hemoglobin mất trung bình trong nghiên cứu của Bạch Cẩm An[7] là 10,0g/l thấp hơn so với của chúng tôi.

Có 61,4% bệnh nhân khâu móm cắt đường âm đạo, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật và đường khâu móm cắt. Tuy nhiên theo kinh nghiệm của các phẫu thuật viên khi khâu móm cắt đường nội soi mép móm cắt sẽ lộn vào trong ổ bụng, điều này giúp cho phẫu thuật viên cầm máu và kiểm tra móm cắt sẽ tốt hơn đồng thời trong thời gian hậu phẫu ít ra dịch âm đạo hơn do đó giảm được các nguy cơ nhiễm trùng móm cắt.

Thời gian nằm viện trung bình là $3,9 \pm 1,9$ ngày. Ít nhất là 3 ngày và lâu nhất là 14 ngày. Có 5 trường hợp nằm viện trên 6 ngày vì bệnh nhân bị nhiễm trùng móm cắt. So với nghiên cứu của Vũ Bá Quyết [9] thì thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày còn của Đại học Y Dược Huế [6] thời gian nằm viện trung bình là 4 ngày. Sự khác biệt lớn như vậy có lẽ liên quan nhiều hơn đến điều kiện chăm sóc hậu phẫu và quan điểm điều trị. Với nghiên cứu của Vũ Bá Quyết [4] là thống kê trong 5 năm từ 2004 đến 2008 thì điều kiện chăm sóc cũng như kháng sinh sau mổ không thể tốt bằng nghiên cứu của chúng tôi thực hiện nhiều năm sau đó cũng tại BVPSTW nên bệnh nhân được lưu lại lâu hơn để theo dõi.

05 trường hợp nhiễm trùng móm cắt chiếm 4,4%, tỷ lệ này cũng gần với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Yên [5] là 4,17%.

KẾT LUẬN

Các bệnh nhân cắt TC qua nội soi đều có ít nhất 1 con, tập trung nhiều ở lứa tuổi 40 – 49 chiếm 73,7%.

Thăm khám lâm sàng TC to hơn bình thường chiếm 100%. Trong đó to bằng thai 3 tháng chiếm 86,8%. Chỉ định phẫu thuật chủ yếu là do UXTC (94,7%), còn lại là polyp BTC. Kích thước ngang tử cung trung bình trên siêu âm là 71,2mm. Thời gian phẫu thuật trên 60 phút chiếm 61,4%, thời gian phẫu thuật lâu hơn 60 phút có liên quan có ý nghĩa thống kê đến trọng lượng tử cung. Trọng lượng trung bình của tử cung là $264,8 \pm 73,9$ gr và lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật là $115,9 \pm 64,7$ ml.

Mức giảm Hemoglobin trước và sau phẫu thuật trung bình ở nhóm đối tượng không phải truyền máu là $17,4 \text{ g/l} \pm 9,5$.

Trong nghiên cứu có 05 trường hợp bị nhiễm trùng móm cắt âm đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Học. Kết quả 103 ca áp dụng phương pháp cắt tử cung hoàn toàn ngà âm đạo có hỗ trợ của nội soi tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. Kỷ yếu Hội nghị Sản Phụ khoa Việt Pháp. 2011. Tr 234-7.
2. Nguyễn Quốc Tuấn, Nguyễn Thị Phương Mai, Nguyễn Phương Tú. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại BVPSTW năm 2010. Tạp chí Phụ Sản, Tập 09. Số 03/2011 tr. 51-7.
3. Trương Quang Vinh, Võ Văn Đức, Trần Mạnh Linh. Nghiên cứu ứng dụng cắt tử cung qua nội soi trong các bệnh lý tử cung không sa. Tạp chí Phụ Sản, Tập 09. Số 03/2011 tr. 31-9.
4. Vũ Bá Quyết, Nguyễn Việt Tiến, Nguyễn Đức Hình. Kết quả cắt tử cung qua nội soi tại BVPSTW từ năm 2004-2008. Kỷ yếu Đại hội Toàn quốc & Hội nghị khoa học Hội Phụ Sản khoa & Sinh đẻ có kế hoạch Việt Nam lần thứ XVI. 2009. Tr 233-9.
5. Nguyễn Thị Minh Yên. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, tập 6, Số đặc biệt 03/2011 tr. 431-6.
6. Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y dược Huế. Tổng quan cắt tử cung qua nội soi. Chuyên đề Sản Phụ khoa, nhà xuất bản Đại học Huế 2007. Tr 76-84.
7. Bạch Cẩm An và cộng sự. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần có hỗ trợ của cần nâng có nắp tử cung tại khoa Sản Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Phụ Sản, Số đặc biệt 03-04/2007 tr. 230-7.
8. Holub Z, Bartos P. The definition of Laparoscopic Hysterectomy. Ceska. Gyneko. Sep, 1999, 64(5). P326-7.
9. Vũ Bá Quyết, Nguyễn Quốc Tuấn. Đánh giá phẫu thuật nội soi trong phẫu thuật ung thư niêm mạc tử cung tại BVPSTW. Kỷ yếu Hội nghị Sản phụ Khoa Việt Pháp 2009. Tr.78-80.
10. Lê Quang Thanh. So sánh các kỹ thuật cắt tử cung trong điều trị bệnh phụ khoa lành tính. Thời sự y học. Tháng 1&2/2007. Tr 13-5.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC TÝP MÔ BỆNH HỌC VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Lê Quang Vinh

Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa các tít mô bệnh học với các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng ở người bệnh sau mổ ung thư buồng trứng. **Đối tượng và phương pháp:** 250 người bệnh được điều trị ung thư buồng trứng nguyên phát, thu thập dữ liệu theo phương pháp mô tả cắt ngang. **Đề tài** được tiến hành từ 01/01/2003 đến 31/12/2007 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Kết quả:** Tít ung thư biểu mô chiếm nhiều nhất với 68,8%, trên siêu âm, tít ung thư biểu mô và u TB mầm – bào thai có kích thước u trên 10cm cao hơn u dưới 10cm. tỷ lệ có vách của tít UT biểu mô cao nhất (89%) và thấp nhất ở tít u mô đệm-dây SD (50%). Nồng độ CA 125 huyết thanh trung bình là 232,2UI/ml. Tít ung thư biểu mô có tỷ lệ nồng độ CA-125 trước phẫu thuật trên 35IU/ml cao hơn 2 nhóm u TB mầm – bào thai và thấp nhất ở tít u mô đệm-dây sinh dục.

Từ khóa: ung thư buồng trứng, ung thư biểu mô, u tế bào mầm, u mô đệm dây sinh dục.

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN HYSTOPATHOLOGICAL

TYPES AND CLINICAL FEATURES OF OVARIAN CANCER PATIENTS IN THE NATIONAL OB/GYN HOSPITAL

Objectives: explore the relation between histopathological types and the clinical features of the patients undergone ovarian surgery. **Materials & methods:** 250 patients undergone treatment for primary ovarian cancer were collected. Retrospective descriptive study from 1 January 2003 to 31 December 2007 in the National OBGYN Hospital. **Results:** The results have shown that the most common type of cancer was epithelial cancer (68.8%). On the ultrasound, the epithelial and germ cell tumors with diameter over 10cm outnumbered the tumors with diameter less than 10cm. Epithelial tumors were most encapsulated (89%) and connective cancers were least encapsulated (50%). Average concentration of serum CA 125 was 232.2UI/ml. Percentage of epithelial cancers with pre-surgery CA-125 concentration over 35IU/ml was higher than the germ cell tumours and was lowest in the sex cord – stromal tumours.

Keyword: Ovarian cancer, epithelial cancer, germ cell tumours, Sex cord-stromal tumours.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ ung thư buồng trứng (UTBT) chiếm khoảng 30% tổng số các ung thư sinh dục nữ. Ở Việt Nam, theo ghi nhận của Nguyễn Bá Đức giai đoạn 2001 - 2004, tại 5 tỉnh thành của Việt Nam, gồm Hà Nội, Hải Phòng, Thái Nguyên, Thừa Thiên Huế và Cần Thơ, tỷ lệ mắc UTBT chuẩn theo tuổi/100 ngàn dân lần lượt như sau: 4,7 (xếp thứ 6); 2,5 (xếp thứ 8); 1,2 (xếp thứ 12); 2,1 (xếp thứ 9) và 6,5 (xếp thứ 5) [1]. Tỷ lệ tử vong cao này thường được cho là các triệu chứng của UTBT chỉ xuất hiện khi bệnh đã ở giai đoạn muộn (70% các trường hợp), do vậy làm chậm trễ việc chẩn đoán và điều trị [2].

Chẩn đoán u buồng trứng thường không khó nếu kết hợp khám lâm sàng với siêu âm ổ bụng và/hoặc chụp cắt lớp vi tính hay MRI, định lượng CA 125, CA19-9 huyết thanh. Tuy nhiên có rất nhiều trường hợp việc

chẩn đoán lành tính hay ác tính trước mổ lại là một thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên do không có chẩn đoán tế bào và/hoặc mô bệnh học trước phẫu thuật bởi rất ít trường hợp UBT thực hiện sinh thiết trước mổ. Các xét nghiệm như CA125, siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính /MRI chỉ mang tính định hướng chẩn đoán ung thư và không được coi là tiêu chuẩn vàng [3]. Bởi vậy, để có thể đạt được chẩn đoán trước mổ gần đúng nhất, cần phối hợp nhiều yếu tố: Các dấu hiệu lâm sàng, siêu âm, X quang, tế bào học, nội soi. Tuy nhiên, chẩn đoán xác định cuối cùng vẫn là chẩn đoán mô bệnh học (MBH). Trong nhiều nghiên cứu, người ta nhận thấy các u biểu mô chiếm khoảng 80 - 90%, còn lại là các u tế bào mầm và u mô đệm dây sinh dục [4].

Ở Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, tỷ lệ các tít MBH của

các UBT nhưng hầu như chưa thấy nghiên cứu nào đề cập mối liên quan giữa các typ MBH với dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng một cách toàn diện để từ đó có thể rút ra một số gợi ý giúp các nhà lâm sàng sản phụ khoa có chẩn đoán sơ bộ trước phẫu thuật chính xác hơn. Với những lý do trên, nghiên cứu được thực hiện nhằm các mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ typ mô bệnh học của ung thư buồng trứng được điều trị tại BVPSTW.
2. Đối chiếu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với typ mô bệnh học của ung thư buồng trứng.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 ĐỊA ĐIỂM VÀ THỜI GIAN:

Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2003 đến 31/12/2007.

2.2 ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn

Có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư buồng trứng nguyên phát.

Được chẩn đoán và phẫu thuật bằng mở bụng hoặc nội soi. Có đầy đủ thông tin cần nghiên cứu trong bệnh án, có kết quả giải phẫu bệnh chẩn đoán là ung thư buồng trứng nguyên phát.

Tiêu chuẩn loại trừ

- + Ung thư buồng trứng thứ phát.
- + U buồng trứng giáp biên.
- + Bệnh nhân được phẫu thuật từ nơi khác chuyển đến.

2.3 PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.3.1 Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Kết quả chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ cắt u buồng trứng được coi là tiêu chuẩn vàng.

2.3.2 Mẫu nghiên cứu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$N = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot \frac{p \cdot q}{(p \cdot \varepsilon)^2}}$$

Trong đó

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2$: Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% = 1,96

p: Tỷ lệ ung thư buồng trứng = 0,14

q: tỉ lệ u buồng trứng lành tính = 0,86

ε : Là khoảng cách sai lệch tương đối, $\varepsilon = 0.1$

Thay vào công thức trên ta có $N = 235$, lấy tròn $N = 250$

2.3.3 Các biến số nghiên cứu:

* Tuổi: Chia thành các nhóm: < 18 tuổi; 18 - 49 tuổi; ≥ 50 tuổi.

*Tiêu chuẩn chẩn đoán KBT trên giải phẫu mô bệnh học:

- + Sự phá vỡ lớp tế bào đáy .
- + Sự hình thành các vi nhú.
- + Hình dạng tế bào thay đổi.
- + Hoạt động gián phân.

2.4 XỬ LÝ SỐ LIỆU:

Các số liệu được nhập và xử lý bằng chương trình Epi-info 6.04, sử dụng thuật toán kiểm định test T và test χ^2 , test Fisher .

2.5. ĐẠO ĐỨC:

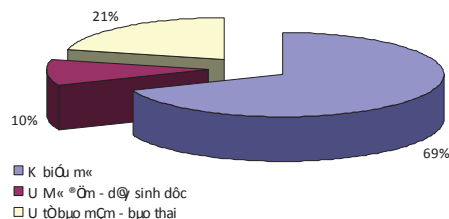
Nghiên cứu không can thiệp trên người bệnh, không làm sai lệch hồ sơ bệnh án.

Tất cả các thông tin cá nhân của bệnh nhân đều được giữ bí mật.

Đề cương được hội đồng y đức BVPSTW.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 CÁC TYP MÔ BỆNH HỌC CỦA UNG THƯ BUỒNG TRỨNG



Biểu đồ 3.1. Phân bố các typ mô bệnh học KBT

Nhận xét: Trong 250 bệnh nhân trong nghiên cứu thì tỷ lệ ung thư biểu mô cao nhất, chiếm 69%; tiếp theo là u tế bào mầm -bào thai với 21% và thấp nhất là u mô đệm - dây sinh dục với 10%.

- Mối liên quan giữa typ MBH với tuổi

Bảng 3.1: Phân bố Typ MBH theo nhóm tuổi

Lứa tuổi Typ MBH	<18		18-49		≥ 50		$\bar{X} \pm SE$
	n	%	n	%	n	%	
K biểu mô	4	12,2	82	68,9	86	88,7	45,7 ± 15,9
U mô đệm-dây sinh dục	1	3	13	10,9	10	10,3	45,0 ± 16,7
U tế bào mầm	28	84,8	24	20,2	1	1	22,3 ± 10,3
Tổng số	33	100	119	100	97	100	40,1 ± 17,7

Nhận xét:

Tuổi trung bình: chung $40,1 \pm 17,7$ ung thư biểu mô $45,7 \pm 15,9$; ung thư mô đệm - dây SD: $45,0 \pm 16,7$; ung thư tế bào mầm - bào thai: $22,3 \pm 10,3$.

- Bệnh nhân ít tuổi nhất là 10 và cao nhất là 84 tuổi.

- Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô và u tế bào đệm - dây sinh dục cao hơn nhóm K tế bào mầm - bào thai.

3.2 ĐỐI CHIẾU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VỚI TYP MÔ BỆNH HỌC CỦA KBT

Bảng 3.2. Phân bố BN KBT theo triệu chứng toàn thân và cơ năng

Triệu chứng	BN	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sốt	Có	32	12,8
	Không	218	87,2
	Tổng	250	100
Giảm cân	Có	62	24,8
	Không	188	75,2
	Tổng	250	100
Đau bụng	Có	147	58,8
	Không	103	41,2
	Tổng	250	100
Rối loạn kinh nguyệt	Có	56	22,4
	Không	194	77,6
	Tổng	250	100
Rối loạn đại tiểu tiện	Có	64	25,6
	Không	186	74,4
	Tổng	250	100
Tự sờ thấy u	Có	162	64,8
	Không	88	35,2
	Tổng	250	100
Phát hiện ngẫu nhiên	Có	36	14,4
	Không	214	85,6
	Tổng	250	100

Bảng 3.3. Tỷ lệ BN KBT theo triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	BN	Số BN	Tỷ lệ %
Vị trí u	1 bên	175	70
	2 bên	75	30
	Tổng	250	100
Di động	Dễ	52	20,8
	Hạn chế	140	56
	không	58	23,2
	Tổng	250	100
Đau khi khám	Có	212	84,8
	Không	38	15,2
	Tổng	250	100
Ranh giới	Rõ	109	43,6
	Không rõ	141	56,4
	Tổng	250	100

Nhận xét:

- Vị trí u 1 bên chiếm đa số với 70%, u cả 2 bên buồng trứng chiếm 30%.

- U di động dễ chiếm tỷ lệ thấp nhất với 20,8%; tiếp theo là u không di động với 23,2% và cao nhất là u di động hạn chế chiếm tới 56%.

- Triệu chứng đau khi khám chiếm tỷ lệ rất cao (84,8%).

- Nhóm u có ranh giới rõ chiếm tỷ lệ 43,6% còn nhóm u không rõ ranh giới chiếm tỷ lệ cao hơn với 56,4%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ BN KBT theo đặc điểm siêu âm /CT/MRI

Đặc điểm	BN	Số BN	Tỷ lệ %
Có vách	Có	197/250	78,8
	Không	53/250	21,2
Có nhú	Có	207/250	82,8
	Không	43/250	17,2
Có tổ chức đặc	Có	214/250	85,6
	Không	36/250	14,4
Kích thước u	>10cm	171/250	68,4
	≤10cm	79/250	31,6
Dịch cổ tử cung	Có	167/250	66,8
	Không	83/250	33,2

Nhận xét:

- Tỷ lệ có vách, có nhú, có tổ chức đặc trong u rất cao (78,8%; 82,8%; 85,6%).

- Tỷ lệ nhóm kích thước u trên 10cm cao hơn nhóm u dưới 10cm (68,8 % so với 31,2%).

- Tỷ lệ BN KBT có dịch cổ tử cung cao hơn nhóm không có dịch cổ tử cung (66,8% so với 33,2%).

Bảng 3.5: Nồng độ CA 125 và Typ MBH KBT theo triệu chứng thực thể

Nồng độ CA125 (IU/ml)	< 35		≥ 35		$\bar{X} \pm SE$
	n	%	n	%	
K biểu mô	26	15	145	85	308 ± 0,58
U mô đệm-dây sinh dục	6	25	18	75	158,2 ± 0,71
U tế bào mầm	21	39	33	61	129,5 ± 0,63
Chung	53	21,2	197	78,8	232,2 ± 0,78

Nhận xét:

- Nồng độ CA 125 huyết thanh trung bình là 232,2UI/ml.

- Sai số chuẩn của trung bình là 0,78.

- Typ K biểu mô có tỷ lệ nồng độ CA-125 trước phẫu thuật trên 35 UI/ml cao hơn 2 nhóm còn lại.

- Nồng độ CA 125 trung bình của typ ung thư biểu mô cao hơn 2 nhóm còn lại.

- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tỷ lệ BN KBT có nồng độ CA 125 huyết thanh trên 35UI/ml cao hơn nhóm có nồng độ CA 125 dưới 35 UI/ml (78,8% so với 21,2%).

4. BÀN LUẬN

4.1 CÁC TYP MÔ BỆNH HỌC CỦA UNG THƯ BUỒNG TRỨNG

Trên thế giới có khoảng trên 10 typ MBH ung thư buồng trứng chính (theo phân loại u buồng trứng của WHO – năm 2003), trong nghiên cứu của chúng tôi tại BVPSTW thì 3 typ MBH thường gặp là: ung thư biểu mô, u mô đệm-dây sinh dục và u tế bào mầm-bào thai. Mỗi năm tại BVPSTW có khoảng trên 100 bệnh nhân KBT nguyên phát vào điều trị nội trú nhưng chỉ chọn trong 5 năm được 250 bệnh nhân có đầy đủ các thông số cần nghiên cứu.

Tỷ lệ K biểu mô là cao nhất với 69%, tỷ lệ u mô đệm dây SD thấp nhất 10%, u TB mầm chiếm 21%. Tỷ lệ này xấp xỉ các nghiên cứu trước đây, tỷ lệ K biểu mô trong nghiên cứu của Lê Quang Vinh (năm 2008) là 79% [5]. Theo Fenoglio và Richard, khoảng 90% các khối u ác tính của buồng trứng có nguồn gốc biểu mô [2]. Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư buồng trứng ở bệnh viện Từ Dũ của Trần Chánh Thuận và CS (1998) cho thấy loại ung thư biểu mô chiếm 79%, u TB mầm-bào thai 16%, u mô đệm dây SD 5%. Nghiên cứu của Lê Hồng Quang (2000) tại bệnh viện K cho thấy ung thư biểu mô chiếm ưu thế (69%) [4].

- Mối liên quan giữa typ MBH với tuổi

Trong nghiên cứu này, ở nhóm dưới 18 tuổi thì typ u TB mầm-bào thai chiếm đa số (84,8%), ở nhóm 18-49 tuổi và trên 50 tuổi thì typ k biểu mô chiếm ưu thế (68,9% và 88,4% tương ứng). Tỷ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu của Ngô Văn Tài [6] về u BT ở trẻ em và phụ nữ trẻ thì typ u TB mầm bào thai chiếm 70%. Theo nghiên cứu của Lý Thị Bạch Như (2004), với các u tế bào mầm lứa tuổi ≤ 20 tuổi chiếm 73,3% các trường hợp [7].

4.2 ĐỐI CHIẾU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VỚI TYP MÔ BỆNH HỌC CỦA KBT

Bệnh nhân tự sờ thấy u ở cả 3 typ MBH đều cao, có thể là do đa số u có kích thước to gây bụng to lên nhiều nên BN có thể phát hiện được, chứng tỏ người bệnh không đi khám bệnh định kỳ

Nghiên cứu cho thấy cả 3 typ MBH KBT tỷ lệ KBT một bên cao hơn KBT 2 bên. Có một số trường hợp KBT một bên kết hợp u BT lành bên đối diện, trên lâm sàng chúng ta không thể phát hiện được điều này mà hoàn toàn phải dựa vào kết quả chẩn đoán MBH.

Đặc điểm độ di động, ranh giới khối u và triệu chứng đau khi khám cũng không có sự khác biệt

giữa 3 typ MBH, đa số các u đều không rõ ranh giới, di động hạn chế và đau khi khám.

* **Đặc điểm KBT trên siêu âm** (CT/MRI nếu có) phối hợp đặc điểm đại thể GPB: số BN chụp CT và MRI là rất ít chỉ có 12 trường hợp, có thể giá thành cao và không quá cần thiết vì siêu âm cũng cho kết quả gần như tương đương, trừ những nhú nhỏ dưới 0,5mm thì siêu âm thường bị bỏ sót nhưng CT/MRI và đặc biệt là GPB sẽ bổ trợ cho siêu âm trong những trường hợp này. - Không có mối liên quan về typ MBH với vị trí, độ di động, tính chất đau khi thăm khám.

Kích thước KBT ở cả 3 typ MBH đa số là trên 10cm (69% typ K biểu mô, 50% typ mô đệm-dây SD, 74% typ u TB mầm). Điều này cũng phù hợp theo như Vũ Bá Quyết và Fenglio (2) kích thước u trung bình là 11 cm, giới hạn từ 0,5 - 30 cm.

- Trên siêu âm, typ ung thư biểu mô và u TB mầm-bào thai có tỷ lệ u trên 10cm cao hơn u dưới 10cm. Tỷ lệ có vách của typ UT biểu mô cao nhất (89%) và thấp nhất ở typ u mô đệm-dây SD (50%).

* CA 125 và KBT

CA 125 là một trong những chất chỉ điểm ung thư BT có giá trị nhất, nồng độ CA 125 liên quan chặt chẽ với sự lan tràn của khối u.

Trong nghiên cứu này, nồng độ trung bình CA 125 ở typ K biểu mô là 308 UI/ml cao hơn typ u mô đệm-dây SD (158UI/ml) và typ u TB mầm-bào thai (129,5UI/ml). 85% ĐTNC typ ung thư biểu mô, 75% ĐTNC typ u mô đệm-dây sinh dục và 61% ĐTNC thuộc typ u tế bào mầm có nồng độ CA 125 huyết thanh trên 35U/ml. Kết quả này cũng tương đương với các nghiên cứu khác.

Theo Lý Thị Bạch Như [7] có 75,7% bệnh nhân ung thư buồng trứng thấy nồng độ CA 125 trong máu trên 35U/ml. Trong nghiên cứu đối chiếu chẩn đoán trước, trong mổ với chẩn đoán giải phẫu bệnh các khối u buồng trứng tác giả đã thấy rằng: Nồng độ CA 125 càng cao thì khả năng ung thư buồng trứng càng lớn. Nếu CA 125 trên 300U/ml thì 100% là ung thư bất kỳ ở lứa tuổi nào. Lý Thị Bạch Như đã đưa ra 2 kết luận rất quan trọng, đó là việc kết hợp các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh siêu âm và CA 125 thì có thể chẩn đoán chính xác được 90,4% các trường hợp u buồng trứng lành tính (nếu lâm sàng và siêu âm không nghi ngờ + CA 125 dưới 35U/ml) và có thể chẩn đoán chính xác được 95% các trường hợp ung thư buồng trứng (nếu lâm sàng và siêu âm nghi ngờ, xét nghiệm CA 125 trên 35 U/ml).

Theo nghiên cứu của Vũ Bá Quyết năm 2011 [8] trên 146 bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng điều trị tại bệnh viện PSTW từ năm 2007 đến 2010, nồng độ CA 125 trung bình là $409 \pm 34,4$ U/ml. Trước phẫu thuật, nồng độ CA 125 máu có xu hướng gia tăng tỷ lệ thuận với giai đoạn bệnh. Mladenovic-Segedi nghiên cứu trên các bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tại Serbia (2009) cũng cho biết có đến trên 80% bệnh nhân có nồng độ CA 125 trên 35U/ml Tác giả cũng khuyến cáo rằng dựa vào nồng độ CA 125 /máu có thể giúp cho việc chẩn đoán sớm ung thư biểu mô buồng trứng và là tiêu chí để có thể theo dõi sự tái phát của ung thư buồng trứng sau khi phẫu thuật và điều trị hóa chất.

Như vậy các nghiên cứu của các tác giả trong nước và nước ngoài chủ yếu là về mối liên quan giữa CA 125 với các typ ung thư biểu mô buồng trứng, do vậy chúng tôi chưa có cơ hội để so sánh kết quả CA 125 trong nghiên cứu này ở typ ung thư mô đệm- dây sinh dục và ung thư tế bào mầm -bào thai với các nghiên cứu khác.

* **Dịch cổ chướng:** tỷ lệ có dịch cổ chướng đều cao ở các typ MBH trong 250 đối tượng nghiên cứu, cao nhất là typ ung thư biểu mô (70%) và typ u mô đệm – dây sinh dục (71%) thấp nhất là ở typ u TB mầm (54%). Chúng tôi không chỉ đánh giá dịch cổ chướng có hay không qua kết quả chẩn đoán hình ảnh trước mổ mà kết hợp cả kết quả đánh giá dịch cổ chướng trong quá trình mổ, vì đa số BN KBT trong nghiên cứu đều có kích thước u to nên khó có thể xác định chính xác có dịch cổ chướng hay không, đặc biệt trong trường hợp ít dịch càng dễ bỏ sót triệu chứng này.

5. KẾT LUẬN

1. VỀ PHÂN BỐ CÁC TYP MBH

- Typ ung thư biểu mô chiếm nhiều nhất với 68,8%, typ u mô đệm dây sinh dục chiếm 9,6%.
- Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô và K tế bào mầm - dây sinh dục cao hơn nhỏ k tế bào mầm bào thai.

2. VỀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA TYP MÔ BỆNH HỌC VỚI CÁC DẤU HIỆU LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG

- Không có mối liên quan về typ MBH với vị trí, độ di động, tính chất đau khi thăm khám.
- Trên siêu âm, typ ung thư biểu mô và u TB mầm -bào thai có tỷ lệ u trên 10cm cao hơn u dưới 10cm. Tỷ lệ có vách của typ UT biểu mô cao nhất

(89%) và thấp nhất ở typ u mô đệm-dây SD (50%).

- Nồng độ CA 125 huyết thanh trung bình là 232,2UI/ml. Typ ung thư biểu mô có tỷ lệ nồng độ CA-125 trước phẫu thuật trên 35IU/ml cao hơn 2 nhóm còn lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức và CS. Tình hình ung thư ở Việt Nam giai đoạn 2001-2004 qua ghi nhận ung thư tại 5 tỉnh thành Việt Nam. Y học thực hành. 2006. Số 541/2006: 9 – 17.
2. Fenoglio, Richard Intervention for the treatment of ovarian tumors. Cochrane Database Syts Rev. Sep 2002. 8: 31(9): 76-96.
3. Bộ môn giải phẫu bệnh- Đại học Y Hà nội. Bệnh của buồng trứng. Giải phẫu bệnh. Nhà xuất bản y học 2000.
4. Lê Hồng quang. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị ung thư buồng trứng tại bệnh viện K Hà Nội 1995 – 1999. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện 2000.
5. Lê Quang Vinh: Nghiên cứu hình thái học u biểu mô buồng trứng. Luận án Tiến Sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội 2008 .
6. Ngô Văn Tài. Khối u buồng trứng ở trẻ em và con gái tuổi dậy thì trong 3 năm tại Viện BVBM TSS. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa I 1983.
7. Lý Thị Bạch Như. Nghiên cứu đối chiếu các chẩn đoán trước mổ, trong mổ với chẩn đoán giải phẫu bệnh các khối u buồng trứng. Luận án Tiến Sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội 2004 .
8. Vũ Bá Quyết. Nghiên cứu giá trị của CA125 trong chẩn đoán và theo dõi điều trị bệnh ung thư biểu mô buồng trứng. Luận án Tiến Sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội 2011.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ TYP MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG VÀ SỰ BỘC LỘ THỤ THỂ ESTROGEN VÀ PROGESTERON

Lê Quang Vinh⁽¹⁾, Lê Trung Thọ⁽²⁾

(1) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, (2) Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ các típ mô bệnh học, độ mô học của UTMTC theo phân loại của WHO 2003. Nhận xét tỷ lệ bộc lộ thụ thể ER, PR của typ ung thư dạng nội mạc, mối liên quan giữa tỷ lệ bộc lộ ER, PR với một số yếu tố mô học. **Đối tượng NC:** Gồm 102 TH được chẩn đoán MBH là UTMTC, đã phẫu thuật cắt bỏ TC, vòi TC, buồng trứng, nạo vét hạch chậu, mạc nối tại BV Phụ sản TW và BV K Hà Nội từ tháng 7/2010 đến 7/2011. **Phương pháp NC:** Nghiên cứu mô tả. Các trường hợp được nghiên cứu MBH, nhuộm HMMED ER, PR của 40 trường hợp UTBM dạng nội mạc. **Kết quả:** Typ UTBM tuyến dạng nội mạc gặp nhiều nhất (80,4%), biến thể biệt hóa vảy có tỷ lệ cao nhất (47,6%). Độ 1 gặp nhiều nhất, chiếm 50%, độ 3 chiếm 23,5%. Nhóm u xâm nhập ít hơn 1/2 chiều dày lớp cơ và $\geq 1/2$ chiều dày lớp cơ chiếm 48% và 43,1%. Có 70,6% trường hợp UTMTC giới hạn ở nội mạc và lớp cơ thân tử cung. Tỷ lệ ER (+) là 65%, PR (+) là 60%, đồng thời ER (+) và PR (+) là 55%, đồng thời ER (-) và PR (-) là 30%. ER, PR có tỷ lệ dương tính cao nhất ở u độ 1 (94,1% và 82,4%). Tỷ lệ dương tính của hai thụ thể này giảm dần ở u độ 2, thấp nhất ở độ 3 ($p < 0,05$). Cả ER và PR dương tính chiếm tỷ lệ cao ở u độ 1 (82,4%), ở u độ 2 là (50,0%) và thấp nhất ở u độ 3 (4,5%). Tỷ lệ ER, PR dương tính cao hơn ở nhóm u xâm nhập ít hơn $\frac{1}{2}$ chiều dày cơ TC so với nhóm xâm nhập hơn $\frac{1}{2}$ chiều dày cơ TC song sự khác biệt là không có ý nghĩa ($p > 0,05$). ER dương tính thì ít lan ra ngoài thân tử cung có ý nghĩa so với trường hợp ER âm tính. ER dương tính chiếm tỷ lệ thấp ở các u có xâm nhập mạch và chiếm tỷ lệ cao hơn đối với các u không xâm nhập mạch cũng như di căn hạch ($p = 0,06$). **Kết luận:** Tỷ lệ các typ UTBM dạng nội mạc chiếm tỷ lệ cao (80,4%). ER (+) là 65%, PR (+) là 60%, đồng thời ER (+) và PR (+) là 55%, đồng thời ER (-) và PR (-) là 30%. Tỷ lệ xâm nhập mạch, di căn hạch, độ mô học, u khu trú ở thân tử cung, xâm nhập $< \frac{1}{2}$ lớp cơ có liên quan thuận với sự bộc lộ ER. Tỷ lệ PR dương tính chỉ liên quan đến độ mô học của u.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến nội mạc tử cung, thụ thể estrogen (ER), thụ thể progesterone (PR).

ABSTRACT

RESEARCH ON HISTOPATHOLOGICAL TYPES OF ENDOMETRIAL CANCER AND ER, PR EXPRESSION

Objectives: To determine the rate of histopathological types, histological grade of endometrial carcinomas classified by WHO 2003. Remarks on the rate of ER and PR receptor expression of endometrioid carcinoma type, the correlation (relation) between the rate of ER, PR expression and some histological factors.

Materials & methods: 102 cases had histopathology diagnosis was endometrial carcinoma, was resected: uterine, uterine tubes, ovary and greater omentum, removed pelvic lymph nodes (if any) at National Cancer Hospital and National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 7/2010 to 7/2011. Descriptive study on the rate of histopathological types of endometrial carcinomas, the rate of vascular invasion, uterine muscle invasion, lymph node metastasis and histological grade of the tumors. Determining the level of ER, PR expression of 40 cases with endometrioid carcinoma type. Determining the correlation between ER, PR expression and vascular invasion, uterine muscle invasion, histological grade.

Results: The endometrioid adenocarcinoma type was the most commonly seen (80,4%), squamous differentiation variant had the highest percentage (47,6%). Grade 1 was the most common, accounted for 50%, 23,5% grade 3. Less than $\frac{1}{2}$ and $\geq \frac{1}{2}$ vascular thickness of uterine invasion groups accounted for 48% and 31%. There were 70,6 % cases of endometrial carcinoma limiting to endometrium and muscle layer of uterine body (corresponding to stage I according to FIGO 2008). The percentage of ER(+) was 65%, PR(+) was 60%, Both PR(+) and ER (+) were 55%, 30% both ER(-) and PR(-). The grade 1 tumors had the highest rate of ER, PR positive expression (94,1% and 82,4%). Positive rate of the two receptors decreased in grade 2 tumors, lowest in grade 3 tumors ($p < 0,05$). Both ER(+) and PR(+) had high rate in grade 1 tumors (82,4%), 50% in grade 2

tumors, lowest in grade 3 tumors (4,5%). The rate of ER, PR-positive tumors was higher in group with invasion less than $\frac{1}{2}$ thickness of uterine muscle in compared with the group with muscle invasion $\geq \frac{1}{2}$ thickness, but the difference was not significant ($p > 0.05$). ER(+) tumors were less spread out uterine body than ER (-) tumors, the difference was significant. ER (-) had low rate in tumors with vascular invasion, but having higher rate in non-invasion as well as no lymph node metastasis tumors ($p=0,06$). There were no difference in the rate of PR (+) of tumors with vascular invasion and non vascular invasion, no lymph node metastasis tumors ($p=1$).

Conclusions: Endometroid adenocarcinoma types accounted for high percentage (80,4%). Grade 1 was the most common, accounted for 50%. ER(+) was 65%, PR(+) was 60%, Both PR(+) and ER (+) were 55%, 30% both ER(-) and PR(-). The rate of vascular invasion, lymph node metastasis, histology grade, limit to the uterus body tumors, less than $\frac{1}{2}$ muscular thickness invasion had favourable correlation with the expression of ER. The proportion of positive PR was only related to the histological grade of tumors.

Keyword: Endometrial carcinoma, estrogen receptor (ER), progesterone receptor (PR).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Ung thư biểu mô nội mạc tử cung (UTNMTC) là u biểu mô ác tính nguyên phát từ biểu mô nội mạc tử cung (NMTC), thường biệt hóa dạng tuyến, nó có khả năng xâm nhập lớp cơ và lan đến những nơi xa [1]. Theo ghi nhận của IARC năm 2002, UTMTC là ung thư thường gặp đứng hàng thứ bảy ở nữ trên thế giới, có 199.000 trường hợp mới mắc chiếm tỷ lệ 3,9% các bệnh ung thư mới mắc ở nữ, 50.000 trường hợp tử vong chiếm tỷ lệ 1,7%. Về sinh bệnh học, UTMTC được chia thành tíu phụ thuộc estrogen (típ I) và tíu không phụ thuộc estrogen (típ II). Trong những năm gần đây nhiều tác giả nước ngoài nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân UTMTC có ER và PR dương tính (ER⁺, PR⁺) được điều trị hỗ trợ bằng nội tiết sau phẫu thuật đáp ứng với lâm sàng và tỉ lệ sống thêm cao hơn có ý nghĩa so với những bệnh nhân âm tính với hai thụ thể này (1). Ở Việt Nam, những nghiên cứu về UTMTC chủ yếu ở khía cạnh lâm sàng còn các nghiên cứu về giải phẫu bệnh học cũng như hóa mô miễn dịch (HMMD) chưa đề cập nhiều. Do vậy chúng tôi tiến hành đề tài: **“Nghiên cứu tỷ lệ typ mô bệnh học ung thư nội mạc tử cung và sự bộc lộ ER, PR”** nhằm hai mục tiêu sau:

- **Xác định tỷ lệ các tíu mô bệnh học, độ mô học của ung thư biểu mô nội mạc tử cung theo phân loại của WHO 2003.**

- **Nhận xét tỷ lệ bộc lộ thụ thể ER, PR của typ ung thư dạng nội mạc, mối liên quan giữa tỷ lệ bộc lộ ER, PR với một số yếu tố mô học.**

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Có 102 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật cắt tử cung (TC) hoàn toàn kèm theo hai phần phụ, nạo

vết hạch chậu (có thể có cắt 1/3 trong âm đạo và/ hoặc tổ chức mạc nối). Mẫu bệnh phẩm được chẩn đoán (mô bệnh học) MBH là UTMTC từ tháng 7/2010 đến 7/2011 tại bệnh viện Phụ sản TW và bệnh viện K Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

Chẩn đoán MBH là UTMTC.

Mẫu bệnh phẩm lấy đủ các phần u ở NMTC, cổ tử cung, phần phụ, hạch và hoặc mạc nối.

Mô tả đầy đủ hình ảnh đại thể của u.

Bệnh nhân có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu

Không có tiêu bản hoặc khối nén.

Không mô tả hình ảnh đại thể xâm nhập u vào thành TC

Những bệnh nhân UTMTC tái phát, đã điều trị.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu không xác suất, loại mẫu mục đích (không bắt buộc tính cỡ mẫu).

- Nội dung nghiên cứu

+ Nghiên cứu mô bệnh học: Bệnh phẩm sau phẫu thuật được mô tả đánh giá đại thể. Bao gồm TC, CTC, buồng trứng, vòi TC, các hạch và mạc nối lớn (nếu có). Tiêu bản nhuộm HE, theo quy trình thường quy tại khoa GPB- BV Phụ sản Trung ương. Xác định tỷ lệ các typ MBH theo tiêu chuẩn của TCYTTG năm 2003.

+ Đánh giá xâm nhập u: Không xâm nhập/xâm nhập chỉ ở lớp nội mạc/xâm nhập dưới 1/2 lớp cơ tử cung/xâm nhập bằng hoặc trên 1/2 lớp cơ tử cung/xâm nhập mạch/xâm nhập CTC/xâm nhập thanh mạc và xâm nhập các mô kế cận khác.

+ Xác định tỷ lệ di căn hạch, di căn xa.

+ Xếp loại giai đoạn lâm sàng theo FIGO 2008.
+ Xác định độ mô học theo FIGO 2008: Độ 1 (G1): ít hơn 5% các tế bào u sắp xếp thành các đám đặc. Độ 2 (G2): 6-50% các tế bào u sắp xếp thành các đám đặc. Độ 3 (G3): Trên 50% các tế bào u sắp xếp thành các đám đặc (Chú ý: Về mặt cấu trúc mô học có độ ác tính G1 hoặc G2 nhưng nhân có độ ác tính cao thì tăng độ mô học lên một độ. Đám đặc không bao gồm đám tế bào vảy).

+ Nghiên cứu hóa mô miễn dịch (HMMD): 40 mẫu bệnh phẩm mô u đã được chẩn đoán UTBMT dạng nội mạc được chọn để nhuộm HMMD với các dấu ấn ER và PR. Sử dụng kháng thể đơn dòng ER1D5 và PR88, kháng chuột, nồng độ pha loãng là 1/100. Kỹ thuật HMMD thực hiện tại Khoa Giải phẫu bệnh – Bệnh viện Phụ sản trung ương. Đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn của Allred và nhà sản xuất Dako. Phản ứng dương tính khi tổng điểm >0.

2.3. XỬ LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU

Các số liệu thu thập được xử lý và phân tích theo chương trình phần mềm tin học SPSS 16.0.

Các biến số độc lập và phụ thuộc được phân tích và trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị thấp nhất, giá trị cao nhất trên các bảng đơn và biểu đồ.

Tính mối liên quan giữa sự bộc lộ của các dấu ấn ER, PR với một số yếu tố mô học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ các typ mô bệnh học UTNMTC

Typ mô học	n	%
UTBM tuyến dạng NM	82	80,4
Các typ khác	UTBM tuyến nhầy	1,0
	UTBM tuyến thanh dịch	7,8
	UTBM tuyến tế bào sáng	5,9
	UTBM tuyến hỗn hợp	2,0
	UTBM tế bào vảy	1,0
	UTBM không biệt hóa	2,0
Tổng	102	100,0

Nhận xét: Typ UTBM tuyến dạng nội mạc gặp nhiều nhất (80,4%). Các loại UTBM khác không phải typ dạng nội mạc gặp tỷ lệ thấp hơn: UTBM tuyến nhầy chiếm 1%, UTBM tuyến thanh dịch 7,8%, UTBM tuyến tế bào sáng 5,9%, UTBM tuyến hỗn hợp 2%, UTBM tế bào vảy 1% và UTBM không biệt hóa 2%. Không gặp typ UTBM tế bào nhỏ cũng như dạng chuyển tiếp.

Bảng 3.2. Tỷ lệ mức độ xâm nhập (XN) u trong cơ thành tử cung và di căn (DC)

Mức độ xâm nhập	n	%	Tỷ lệ xâm nhập và di căn	n	%
Nội mạc	9	8,8	U giới hạn ở thân TC (Gđ 1)	72	72
<1/2 lớp cơ	49	48,0	U lan đến cổ tử cung (Gđ 2)	10	10
≥ 1/2 lớp cơ	44	43,1	U XN phần phụ/Dc hạch (Gđ 3)	16	16
Tổng	102	100,0	U DC mạc nối (Gđ 4)	4	4
			Tổng	102	100,0

Nhận xét: Khối u còn ở lớp nội mạc gặp 9 trường hợp, chiếm 8,8%. Nhóm u xâm nhập ít hơn 1/2 chiều dày lớp cơ và ≥ 1/2 chiều dày lớp cơ là 49 và 44 trường hợp, chiếm 48% và 43,1%. Có 72 trường hợp UTNMTC giới hạn ở nội mạc và lớp cơ thân tử cung (tương ứng giai đoạn I theo FIGO 2008), chiếm tỷ lệ cao nhất (70,6%). Có 10 trường hợp UTNMTC lan tràn đến CTC tương ứng giai đoạn II, chiếm 9,8%. UTNMTC di căn hạch chậu hoặc phần phụ tương ứng ở giai đoạn III có 16 trường hợp, chiếm 15,7%. UTNMTC di căn vào mạc nối tương ứng ở giai đoạn VI gặp ít nhất có 4 trường hợp chiếm 3,9%.

Bảng 3.3. Kết quả xét nghiệm ER, PR, liên quan độ mô học (n = 40)

Bộc lộ ER, PR	n	%	Bộc lộ	Độ mô học			P
ER (+)	26	65,0	ER, PR	Độ 1 (n=17)	Độ 2 (n=14)	Độ 3 (n=9)	
PR (+)	24	60,0	ER+	16 (94,1%)	9 (64,3%)	1 (11,1%)	0,0001
ER (+), PR (-)	4	10,0	PR+	14 (82,4%)	8 (57,1%)	2 (22,2%)	0,011
ER (-), PR (+)	2	5,0	ER+, PR+	14 (82,4%)	7 (50,0%)	1 (4,5%)	0,002
ER (+), PR (+)	22	55,0					
ER (-), PR (-)	12	30,0					

Nhận xét: Kết quả bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ ER (+) là 65%, PR (+) là 60%, đồng thời ER (+) và PR (+) là 55%, đồng thời ER (-) và PR (-) là 30%. Tỷ lệ độ 1, độ 2 và độ 3 lần lượt là: 42,5%, 35% và 22,5%. ER, PR có tỷ lệ dương tính cao nhất ở u độ 1 (94,1%, 82,4%). Tỷ lệ dương tính của hai thụ thể này giảm dần ở u độ 2, thấp nhất ở độ 3. Sự khác biệt này có ý nghĩa với p = 0,0001 đối với ER và p = 0,011 đối với PR. Cả ER và PR dương tính chiếm tỷ lệ cao ở u độ 1 (82,4%), ở u độ 2 là (50,0%) và có tỷ lệ thấp nhất ở u độ 3 (4,5%). Sự khác biệt này có ý nghĩa với p = 0,002.

Bảng 3.4. Liên quan mức độ dương tính ER, PR với độ mô học (n=40)

Độ MH		Độ 1	Độ 2	Độ 3	p
ER	-	1 (5,9%)	5 (35,7%)	8 (88,9%)	p = 0,001
	+	5 (29,4%)	1 (7,1%)	1 (11,1%)	
	++	4 (23,5%)	6 (42,9%)	0	
	+++	7 (41,2%)	2 (14,3%)	0	
PR	-	3 (17,6%)	6 (42,9%)	7 (77,8%)	p = 0,045
	+	2 (11,8%)	2 (14,3%)	2 (22,2%)	
	++	4 (23,5%)	3 (21,4%)	0	
	+++	8 (47,1%)	3 (21,4%)	0	

Nhận xét: - ER có mức độ dương tính (++++) chiếm tỷ lệ nhiều nhất ở u độ 1, u độ 3 phần lớn là âm tính (88,9%) chỉ có 11,1% dương tính (+). Vậy độ mô học càng cao thì mức độ dương tính của u với thụ thể ER càng thấp. Sự khác biệt này có ý nghĩa với $p = 0,001$.

- PR có mức độ dương tính (++++) chiếm tỷ lệ nhiều nhất ở u độ 1, u độ 3 phần lớn là âm tính (77,8%), có 22,2% trường hợp dương tính (+). Độ mô học càng cao thì mức độ dương tính với thụ thể PR càng thấp và ngược lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa với $p = 0,045$.

Bảng 3.5. Liên quan giữa ER, PR với u còn khu trú ở trong thân TC hay ngoài thân TC và xâm nhập (XN) cơ tử cung ($n=40$)

	Xâm nhập thân TC				Xâm nhập cơ TC		
	Trong thân TC	Ngoài thân TC	p		XN < 1/2	XN ≥ 1/2	p
ER+	20 (76,9%)	20 (76,9%)	0,031	ER+	13 (76%)	13 (56%)	0,191
PR+	17 (65,4%)	17 (65,4%)	0,343	PR+	12 (70,6%)	12 (52,2%)	0,24

Nhận xét: UTNMTC có ER (+) chiếm phần lớn u khu trú trong thân tử cung (76,9%) và chiếm 42,9% những u lan ra ngoài thân TC. Sự khác biệt này có ý nghĩa với $p = 0,031$. UTNMTC còn khu trú trong thân TC có 66,4% bộc lộ thụ thể PR lớn hơn so với những u lan ra ngoài thân tử cung có tỷ lệ bộc lộ là 50% ($p = 0,343$).

- ER dương tính ở những u xâm nhập < 1/2 chiều dày lớp cơ TC chiếm 76% lớn hơn tỷ lệ dương tính của ER ở những u xâm nhập ≥ 1/2 lớp cơ TC (56%). Sự khác biệt không có ý nghĩa ($p = 0,191$). Tỷ lệ PR dương tính ở u xâm nhập < 1/2 lớp cơ TC chiếm 70,6% lớn hơn tỷ lệ dương tính của PR ở khối u xâm nhập ≥ 1/2 lớp cơ TC (52,2%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa ($p = 0,24$).

Bảng 3.6. Liên quan ER, PR với xâm nhập mạch, di căn hạch chậu ($n=40$)

	ER+			PR+	
	Có ($n=15$)	7 (46,7%)		9 (60%)	p = 1
Xn mạch	Không ($n=25$)	19 (76,0%)	p = 0,06	15 (60%)	
Đc hạch	Có ($n=5$)	2 (40%)	p = 0,021	3 (60%)	p = 1
	Không ($n=35$)	19 (66,6%)		21 (60%)	

Nhận xét: - ER (+) chiếm 46,7% các u có xâm nhập mạch, chiếm 76% các u không xâm nhập mạch. Vậy ER dương tính chiếm tỷ lệ thấp ở các u có xâm nhập mạch và chiếm tỷ lệ cao hơn đối với các u không xâm nhập mạch ($p = 0,06$).

- PR (+) chiếm 60% các u có xâm nhập mạch và 60% các u không xâm nhập mạch. Không có sự khác biệt của tỷ lệ PR(+) của u có xâm nhập mạch và u không xâm nhập mạch hay đặc điểm xâm nhập mạch không phụ thuộc vào sự bộc lộ PR ($p=1$).

- ER (+) chiếm 40% các u có di căn hạch và 66,6% các u không di căn hạch. Vậy tỷ lệ UTNMTC với ER dương tính có tỷ lệ di căn hạch thấp hơn so

với ER âm tính ($p = 0,021$).

- PR (+) chiếm 60% các u có di căn hạch và 60% các u không di căn hạch. Không có sự khác biệt về tỷ lệ PR dương tính của các u có di căn và không di căn hạch ($p = 1$).

4. BÀN LUẬN

4.1. VỀ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC

- Về typ mô bệnh học: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy UTMTC tuyến dạng NMTC chiếm tỷ lệ cao nhất (80,4%) tiếp đến là typ tuyến thanh dịch (7,8%), tế bào sảng chiếm 5,9%. Các typ tuyến còn lại chỉ chiếm <2%, không gặp típ tế bào chuyển típ cũng như típ tế bào nhỏ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự của Chu Hoàng Hạnh (2005) thấy UTMTC tuyến dạng NMTC 85%, tuyến thanh dịch 3,2%, tế bào sảng 2,8%, không biệt hóa 2%, tuyến hỗn hợp 1,6%, tuyến nhầy 0,4%, tuyến vảy 4% [2]. Kết quả này cũng tương tự như kết quả của Nucci M R & Oliva E (2009), typ dạng nội mạc khoảng 80%, 5% - 10% tuyến thanh dịch, 1% - 9% tuyến nhầy, UTMTC tế bào sảng gặp từ 1% - 6%, tế bào vảy < 1%, típ không biệt hóa chiếm tỷ lệ từ 1 - 2%, các típ còn lại như típ hỗn hợp, tế bào nhỏ, tế bào chuyển tiếp thì tỷ lệ gặp cũng rất thấp. Kết quả của Abeler V M (1992) cũng cho thấy 79,3% các UTMTC là typ dạng NMTC [3]; Ballester M (2010) típ thanh dịch và tế bào sảng là: 5/85(6%) và 5/85(6%) [4].

- Về độ mô học: Trong 102 trường hợp UTMTC, độ 1 chiếm 50%, độ 2: 26,5%; độ 3: 23,5%. Kết quả của chúng tôi tương tự như của Hachisuga T, Creasman WT Hachisuga T, Creasman WT nhưng có sự khác biệt với Kasamatsu T. (bảng 4.1).

Bảng 4.1. So sánh một số tác giả khác về tỷ lệ độ mô học

Tác giả	Độ 1	Độ 2	Độ 3
Kasamatsu T (2003)	181 (64,6%)	66 (23,6%)	33 (11,8%)
Hachisuga T (1999)	111 (36,6%)	115 (38%)	77 (25,4%)
Creasman WT (1987)	180 (29,0%)	288 (46,4%)	153 (24,6%)
Nghiên cứu của chúng tôi	51 (50%)	27 (26,5%)	24 (23,5%)

- Về mức độ xâm nhập u trong thành tử cung: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy u chưa xâm nhập lớp cơ có 9 ca chiếm tỷ lệ thấp nhất 8,8%, xâm nhập < 1/2 lớp cơ có 49 ca chiếm tỷ lệ cao nhất 48%, xâm nhập ≥ 1/2 lớp cơ có 44 ca chiếm tỷ lệ 43,1%. Như vậy, tỷ lệ u xâm nhập < 1/2 lớp cơ và > 1/2 lớp cơ tương tự nhau, tỷ lệ u khu trú ở niêm mạc ít. So sánh với kết quả một số tác giả khác được trình bày bảng dưới đây.

Bảng 4.2. So sánh với một số tác giả về tỷ lệ xâm nhập u vào thành tử cung

Tác giả	U ở niêm mạc	< 1/2 lớp cơ	≥ 1/2 lớp cơ
Chu Hoàng Hạnh (2005)	18 (8,5%)	84 (40,4%)	111 (52,1%)
Bassarak N (2010)	34 (15,9%)	56 (51,9%)	69 (32,2%)
Worasethsin P (2001)	40 (25,6%)	63 (40,4%)	53 (34,0%)
Tang X (1989)	200 (62,7%)		119 (37,3%)
Nghiên cứu của chúng tôi	9 (8,8%)	49 (48,0%)	44 (43,1%)

Qua so sánh với một số nghiên cứu nước ngoài ở bảng 4.2 thì dễ dàng nhận thấy rằng tỷ lệ phát hiện u ở giai đoạn còn khu trú niêm mạc TC của nghiên cứu chúng tôi thấp hơn và tỷ lệ phát hiện u ở giai đoạn xâm nhập ≥ 1/2 lớp cơ tử cung thì cao hơn, điều này có thể phụ thuộc vào những lý do như: thời gian đến khám bệnh khi phát hiện triệu chứng đầu tiên, chất lượng thăm khám phát hiện bệnh tư vấn ban đầu của các cơ sở y tế.

- Về tỷ lệ các giai đoạn xâm nhập, lan tràn và di căn u: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 72 trường hợp u còn khu trú ở thân tử cung tương ứng giai đoạn I, chiếm tỷ lệ cao nhất (70,6%), giai đoạn II, III, IV lần lượt là 9,8%, 15,7%, 3,9%. Kết quả của chúng tôi tương tự như của Chu Hoàng Hạnh (2005) [2]. Tỷ lệ giai đoạn I, II của chúng tôi thấp hơn của Bassarak N (2010).

- Về mức độ xâm nhập u trong cơ thành tử cung và di căn: Kết quả nghiên cứu cho thấy có 62 (75,5%) bệnh nhân ung thư dạng NMTC còn khu trú ở thân TC, chiếm 86,1% trong giai đoạn u còn khu trú ở thân TC; 20 (24,4%) u xâm lấn hoặc di căn ra ngoài thân tử cung. U không thuộc typ dạng NMTC có tỷ lệ xâm lấn hoặc di căn ra ngoài thân TC 50%. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Chu Hoàng Hạnh: ung thư dạng NMTC có 77% khu trú thân tử cung, ung thư không thuộc dạng NMTC có 48,6 % xâm lấn ra ngoài thân tử cung [2]. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt chút ít so với tác giả Mandic A (2004) nghiên cứu 75 trường hợp ung thư dạng NMTC có 50 (66%) u khu trú trong thân TC, 25 (34%) u ra ngoài thân tử cung [5].

4.2. VỀ SỰ BỘC LỘ ER, PR VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ MÔ HỌC

- Về sự bộc lộ ER, PR: Nội mạc tử cung là một trong những cơ quan đích chịu tác động của hormone hướng sinh dục estrogen và progesterone thông qua thụ thể ER và PR. Bằng việc phát hiện sự bộc lộ thụ thể ER, PR trên tế bào ung thư, người ta có thể biết được UTMTC có phụ thuộc hay không

phụ thuộc hormone, những trường hợp bộc lộ với ER, PR được xem xét sử dụng liệu pháp nội tiết. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ ER (+) là 65%, PR (+) là 60%, ER và PR đồng thời dương tính là 55%, ER và PR cùng đồng thời âm tính là 30%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn của Gehring P.A (khi nhuộm HMMD 55 trường hợp, tỷ lệ bộc lộ ER (+) là 87,3%, PR (+) là 76,4%, tỷ lệ dương tính cả ER và PR là 76,4% và tỷ lệ âm tính cả hai là 21,8% [4] và của Gul A.E và CS (2010) nhuộm hóa mô miễn dịch 72 trường hợp cho thấy tỷ lệ bộc lộ ER là 84,1%, PR là 81,9% [6].

- Về liên quan ER, PR với độ mô học: Nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ ER (+), PR(+) ở những u có độ mô học 1 là 94.1% và 82.4% cao hơn độ 2 (64.3% và 57.1%) và độ 3 (11.1% và 22.2%). Sự khác biệt này là có ý nghĩa. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Kleine: Tỷ lệ cả ER và PR dương tính ở u biệt hóa cao chiếm phần lớn (85%), ngược lại chỉ có 13% của những u có độ biệt hóa thấp dương tính với hai thụ thể này [7]. Kết quả nghiên cứu của Chu Hoàng Hạnh thấy tỷ lệ ER, PR dương tính ở u độ 1 (54.9% và 76.5%), độ 2 (37% và 29,6%), độ 3 (0% và 9,1%) có sự khác biệt với $p = 0.07$ và $p < 0.00001$ [8]. Nghiên cứu của Nicholson và CS (2006): tỷ lệ ER, PR dương tính ở u ung thư dạng NMTC độ 1 và độ 2 (84% và 83%), u độ 3 (50% và 42%) [8]. Các nghiên cứu trên có đặc điểm chung là tỷ lệ bộc lộ ER, PR cao ở những u có độ biệt hóa cao và ngược lại những u có độ biệt hóa kém thì tỷ lệ bộc lộ ER, PR thấp hơn.

- Về liên quan ER, PR với xâm nhập cơ: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ER và PR dương tính ở những u có xâm nhập <1/2 chiều dày lớp cơ là 76% và 70,6%, lớn hơn so với những u xâm nhập ≥1/2 chiều dày lớp cơ (56% và 52,2%), không thấy có liên quan giữa bộc lộ ER, PR với xâm nhập cơ. Kết quả nghiên cứu của Chu Hoàng Hạnh lại cho thấy sự liên quan giữa ER (+) và PR (+) với mức độ xâm nhập cơ của u ($p = 0,003$ và $0,0015$) [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu Klein [7]. Khi nghiên cứu 309 trường hợp UTMTC thấy tỷ lệ bộc lộ ER, PR liên quan đến độ mô học nhưng không liên quan đến xâm nhập cơ.

- Về mối liên quan tỷ lệ bộc lộ ER, PR với xâm nhập mạch, di căn hạch: ER dương tính ở những u có xâm nhập mạch cao hơn những u không xâm nhập mạch (76,0% so với 46,7%). Tỷ lệ PR dương tính ở những u có xâm nhập mạch và không xâm nhập mạch là không khác nhau. Trong nhóm

nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp di căn hạch, trong đó có 2 trường hợp dương tính với ER chiếm 40% thấp hơn tỷ lệ ER dương tính trong nhóm không di căn hạch (66,6%), $p = 0,21$. Tỷ lệ PR dương tính không có sự khác nhau giữa nhóm có di căn và nhóm không di căn hạch.

- Về liên quan của ER, PR với giai đoạn u còn khu trú trong thân TC hay ra ngoài thân TC: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những u UTNMTC còn khu trú trong thân TC dương tính với ER là 76,9% và có 42,9% trường hợp u lan ra ngoài thân tử cung hoặc di căn dương tính với ER. Kết quả nghiên cứu của Chu Hoàng Hạnh [2] thấy ER dương tính của u còn khu trú trong thân TC và ra ngoài thân TC lần lượt là 56.3% và 8% [1]. Kết quả nghiên cứu của Gul A.E: có 23/ 28 (82.14%) ca ở giai đoạn I dương tính với ER, chỉ có 1 ca ở giai đoạn II và tất cả 5 ca ở giai đoạn III dương tính với ER, tác giả kết luận không có ý nghĩa thống kê về sự liên quan bậc lộ ER và giai đoạn của u ($p = 0.543$) [5]. Xét mối liên quan PR với giai đoạn bệnh theo nghiên cứu của chúng tôi có 65,4% u còn khu trú trong thân TC có PR dương tính, 50% các u lan ra ngoài thân TC có PR dương tính. U ở giai đoạn sớm có tỷ lệ PR (+) cao hơn những u ở giai đoạn muộn tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa ($p = 0.343$). Kết quả nghiên cứu của Gul [6] cho thấy có 23 trong 28 ca ở giai đoạn I dương tính với PR chiếm tỷ lệ 85,2%, có 1 ca ở giai đoạn II và 3/5 ca ở giai đoạn III dương tính PR, không thấy sự liên quan có ý nghĩa về tỷ lệ dương tính của PR với giai đoạn u ($p = 0.085$).

5. KẾT LUẬN:

Nghiên cứu 102 trường hợp UTNMTC và sự bậc lộ dấu ấn của 40 trường hợp UTNMTC dạng nội mạc, tìm mối liên quan giữa sự bậc lộ ER, PR với một số yếu tố mô học, chúng tôi có kết luận:

- Tỷ lệ các typ UTBMT dạng nội mạc chiếm tỷ lệ cao (80,4%), các typ không phải dạng nội mạc chiếm tỷ lệ thấp, không gặp typ UTBM tế bào nhỏ và dạng chuyển tiếp.

- Tỷ lệ bậc lộ các dấu ấn: ER (+) là 65%, PR (+) là 60%, đồng thời ER (+) và PR (+) là 55%, đồng thời ER (-) và PR (-) là 30%. Tỷ lệ xâm nhập mạch, di căn hạch, độ mô học, u khu trú ở thân tử cung, xâm nhập $< \frac{1}{2}$ lớp cơ có liên quan thuận với sự bậc lộ ER. Tỷ lệ PR dương tính chỉ liên quan đến độ mô học của u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization classification of tumour, Pathology and Genetics of tumours of the Breast and Female Genital Organs, 2003; 221-230.
2. Chu Hoàng Hạnh, Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch của ung thư biểu mô nội mạc tử cung tại bệnh viện K, Luận văn Thạc Sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2005.
3. Abeler V. M., Kjorstad K. E. & Berle E., Carcinoma of the endometrium in Norway: a histopathological and prognostic survey of a total population, Int J Gynecol Cancer, 1992, 2(1), 9-22.
4. Ballester M., Koskas M., Coutant C., Chereau E., Seror J., Rouzier R. & Darai E., Does the use of the 2009 FIGO classification of endometrial cancer impact on indications of the sentinel node biopsy?, BMC Cancer, 2010; 104-5.
5. Mandic A (2004), Endometrial cancer: Importance of tumor infiltrating lymphocytes as a prognostic factor, Arch Oncol, 2004; 12(4), 215-6.
6. Gul A. E., Keser S. H., Barisik N. O., Kandemir N. O., Cakir C., Sensus S. & Karadayi N., The relationship of cerb B 2 expression with estrogen receptor and progesterone receptor and prognostic parameters in endometrial carcinomas, Diagn Pathol, 2010; 513.
7. Kleine W., Maier T., Geyer H. & Pflleiderer A., Estrogen and progesterone receptors in endometrial cancer and their prognostic relevance, Gynecol Oncol, 1990; 38(1), 59-65.
8. Nicholson M.R & al, Immunophenotypic diversity of endometrial adenocarcinomas: implications for differential diagnosis, Modern Pathology, 2006; 191091-1100.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U NANG BUỒNG TRỨNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI VÀO NĂM 2001 VÀ NĂM 2010

Đặng Thị Minh Nguyệt⁽¹⁾, Phạm Thị Thanh Quỳnh⁽²⁾

(1) B Đại học Y Hà Nội, (2) Cao đẳng Y Hải Phòng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị u nang buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại 2 thời điểm 2001 và 2010. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu mô tả dựa trên các dữ liệu, hồ sơ bệnh án mổ u buồng trứng qua nội soi lưu trữ tại BVPSTU năm 2001 là 120 bệnh nhân, năm 2010 là 426 bệnh nhân. **Kết quả:** Tỷ lệ mổ nội soi u nang buồng trứng năm 2010 là 92,3% lớn hơn rất nhiều so với năm 2001 là 35,68%. VMC 1 lần: năm 2001 có 2,5%; năm 2010 có 7,3%. VMC 2 lần: năm 2001 không có trường hợp nào, năm 2010 có 0,7%. Số bệnh nhân có tiền sử nội khoa năm 2001 là 2,5% ít hơn năm 2010 là 14,1% có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$. Tỷ lệ bóc u năm 2010 là 75,8% tăng lên so với năm 2001 là 69,2% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ u nang bì cao nhất, năm 2010 cao hơn năm 2001 với $p < 0,01$. Tỷ lệ u lạc nội mạc năm 2010 cũng cao hơn năm 2001. Năm 2001 có 2 trường hợp: 1 trường hợp chảy máu sau mổ, 1 trường hợp sốt sau mổ. Năm 2010 cũng có 2 trường hợp: 1 trường hợp thủng ruột, 1 trường hợp tụ máu thành bụng lỗ chọc trocar bên phải. **Kết luận:** Mổ nội soi năm 2010 (92,9%) tăng một cách đáng kể so với năm 2001 (35,7%). Bệnh nhân có VMC ổ bụng năm 2010 cao hơn năm 2001. Phương pháp bóc u buồng trứng năm 2010 là 75,8% lớn hơn năm 2001 là 69,2% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tai biến năm 2001 có 1,7% và năm 2010 có 0,5%.

Từ khóa: u buồng trứng, nội soi.

ABSTRACT

TREATMENT OF OVARIAN CYSTS BY LAPAROSCOPIC SURGERY AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2001 AND 2010.

Background: No studies evaluating the progress of laparoscopy in gynecological laparoscopic surgery. **Objectives:** Study results treatment of ovarian cysts in patients who had laparoscopic surgery at National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2001 and 2010. **Materials & methods:** retrospective description study, based on records and data stored in the store of NHOG; there were 120 records in 2001 and 426 records in 2010. **Results:** The rate of laparoscopic surgery for ovarian cysts in 2010 was 92.3%. It was much more significant greater than in 2001 (35.68%) with $p < 0.01$. The rate of patients had a 1 times previous abdominal surgery was 2,5% (in 2001) and 7,3% (in 2010); 2 times previous abdominal surgery was no case (in 2001) and 0,7% (in 2010). The incidence of the patients with internal diseases in 2001 was 2,5%, significant less than in 2010 was 14,1% with $p < 0,01$. Cystectomy in 2010 was performed in 75,8%. It was significant higher than in 2001 (69,2%) with $p < 0,01$. Dermoid cyst rate was highest in 2010. It was significant higher than in 2001 with $p < 0,01$. Endometriosis cyst rate was also significant higher in 2010 than in 2001. There were 2 complications in 2001: 1 case of post-operative bleeding, 1 case of post-operative fever. There were also 2 complications in 2010: 1 case of bowel injury, 1 case of abdominal wall hematoma in right port of Trocar. **Conclusions:** Laparoscopic surgery rate in 2010 (92.9%) increased significantly in 2001 (35.7%). Patients with previous abdominal surgery in 2010 were higher than in 2001. The rate of Cystectomy in 2010 (75.8%) was significant higher than in 2001 (69.2%) with $p < 0.01$. Complications: 1.7% in 2001 and 0.5% in 2010.

Keywords: ovarian cysts, laparoscopy.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Một trong những phẫu thuật nội soi hay được áp dụng nhất trong phụ khoa là phẫu thuật u nang buồng trứng lành tính. Phẫu thuật nội soi điều trị u nang buồng trứng giúp cho người bệnh phục

hồi nhanh sau mổ, đảm bảo thẩm mỹ, thời gian nằm viện ngắn, nguy cơ dính sau mổ giảm đáng kể cũng như duy trì được chức năng sinh sản của người phụ nữ, hoạt động điều hòa các hormone sinh dục để đảm bảo chất lượng cuộc sống cho

người phụ nữ nhất là phụ nữ trẻ. Vì vậy các bác sỹ sản phụ khoa và bệnh nhân đều mong muốn thực hiện nội soi can thiệp với u buồng trứng lành tính. Tuy nhiên chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị u buồng trứng này còn phụ thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm phẫu thuật viên, trang thiết bị, gây mê hồi sức...

Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, phẫu thuật nội soi đã được thực hiện từ năm 1996 và ngày càng có nhiều tiến bộ về máy móc trang thiết bị cũng như trình độ của phẫu thuật viên. Nhưng sự tiến bộ này ở mức độ nào thì chưa có nghiên cứu nào đánh giá, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: **Số sánh kết quả điều trị u nang buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại 2 thời điểm 2010 và 2001.**

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp hồi cứu mô tả dựa trên các dữ liệu, hồ sơ bệnh án mổ u buồng trứng qua nội soi lưu trữ tại BVPSTƯ. Năm 2001 là 120 bệnh nhân, năm 2010 là 426 bệnh nhân được xác định theo công thức.

$$n_1 = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \bar{p}\bar{q}(r+1)}{r(p_1 - p_2)^2} \quad n_2 = rn_1$$

n_1 = cỡ mẫu nhóm 1 (2001)

n_2 = cỡ mẫu nhóm 2 (2010)

$Z_{\alpha/2}$ = 1,96 tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn là 95%

Z_{β} = 0,83 tương ứng với lực mẫu Beta = 80%

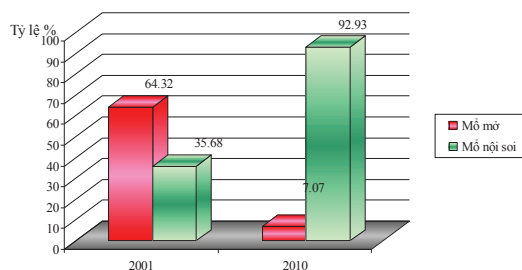
r = 3,55 là tỷ lệ bệnh nhân u nang buồng trứng giữa 2 năm 2001 và

p_1 = tỷ lệ ước tính nhóm 1 và $q_1 = 1 - p_1$

p_2 = tỷ lệ ước tính nhóm 2 và $q_2 = 1 - p_2$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + rp_2}{r+1} \quad \bar{q} = 1 - \bar{p}$$

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU PHÂN BỐ MÔ UNBT THEO NĂM



Biểu đồ 1. Phân bố mô UNBT theo năm

Nhận xét: Tỷ lệ mổ nội soi u nang buồng trứng năm 2010 là 92,3% lớn hơn rất nhiều so với năm 2001 là 35,68%. Tỷ lệ này khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

TIỀN SỬ VẾT MỔ CỬ Ổ BỤNG

Bảng 1. Tiền sử VMC ổ bụng

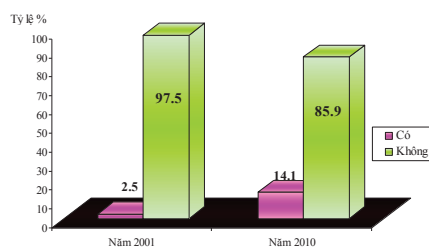
Năm	2001		2010	
	n	%	n	%
VMC ổ bụng				
Không có	117	97,5	392	92,0
1 lần	3	2,5	31	7,3
≥ 2 lần	0	0	3	0,7
Tổng	120	100	426	100

Nhận xét:

- VMC 1 lần: năm 2001 có 2,5%; năm 2010 có 7,3%.

- VMC 2 lần: năm 2001 không có trường hợp nào, năm 2010 có 0,7%.

TIỀN SỬ CÁC BỆNH NỘI KHOA



Biểu đồ 2. Tiền sử nội khoa

Nhận xét: Số bệnh nhân có tiền sử nội khoa năm 2001 là 2,5% ít hơn năm 2010 là 14,1% có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$.

PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT KHI NỘI SOI

Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật khi nội soi

Phương pháp PTNS	2001		2010		p
	n	%	n	%	
Bóc u	83	69,2	323	75,8	< 0,01
Cắt buồng trứng	21	17,5	30	7,1	
Cắt phần phụ	16	13,3	73	17,1	
Tổng	120	100	426	100	

Nhận xét: Tỷ lệ bóc u năm 2010 là 75,8% tăng lên so với năm 2001 là 69,2% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH

Nhận xét: Tỷ lệ u nang bì cao nhất, năm 2010 cao hơn năm 2001 với $p < 0,01$. Tỷ lệ u lạc nội mạc

năm 2010 cũng cao hơn năm 2001. Năm 2010 có 2 trường hợp ung thư.

Bảng 3. Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả giải phẫu bệnh	2001		2010		P
	n	%	n	%	
U nang bì	39	32,5	204	47,9	< 0,01
U nang nước	42	35,0	74	17,4	
U nang LNMTC	12	10,0	79	18,5	
U nang nhầy	9	7,5	28	6,5	
Nang đơn giản	4	3,3	22	5,2	
Nang bọc noãn	7	5,8	4	0,9	
Nang hoàng thể	4	3,3	0	0	
U xơ lành tính	3	2,5	7	1,6	
U tế bào hạt	0	0,0	2	0,5	
Bướu giáp keo buồng trứng	0	0,0	2	0,5	
U tuyến nhú thanh dịch	0	0,0	2	0,5	
Ung thư	0	0,0	2	0,5	

Tai biến và biến chứng: Năm 2001 có 2 trường hợp: 1 trường hợp chảy máu sau mổ, 1 trường hợp sốt sau mổ. Năm 2010 cũng có 2 trường hợp: 1 trường hợp thủng ruột, 1 trường hợp tụ máu thành bụng lỗ chọc trocar bên phải.

BÀN LUẬN

PHÂN BỐ MỔ UNBT BẰNG PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI THEO NĂM

Biểu đồ 1 tỉ lệ mổ UNBT bằng phẫu thuật nội soi/tổng số mổ UNBT năm 2001 là 35,7% và năm 2010 là 92,9%. Tỉ lệ mổ UNBT bằng phương pháp phẫu thuật nội soi năm 2010 tăng lên rất nhiều so với năm 2001, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt này do trình độ phẫu thuật nội soi ở Bệnh viện Phụ sản Trung ương tăng lên rất nhiều nên chỉ định mổ nội soi UNBT ngày càng rộng rãi hơn. Nhận xét của chúng tôi cũng phù hợp với báo cáo của Phạm Văn Mẫn khi nghiên cứu về UNBT tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 1996 và 2006 cho kết quả mổ nội soi tăng từ 11,7% lên đến 72,3% [1]. Một lần nữa qua nghiên cứu này đã khẳng định tính phổ cập của phẫu thuật nội soi cũng như ưu thế điều trị u nang buồng trứng hiện nay là phẫu thuật nội soi.

Trong nghiên cứu này năm 2001 có 3/120 bệnh nhân có vết mổ cũ 1 lần chiếm 2,5%, không có bệnh nhân nào có vết mổ cũ 2 lần. Năm 2010 có 31/426 bệnh nhân có vết mổ cũ 1 lần chiếm 7,3%; 3/426 bệnh nhân có vết mổ cũ 2 lần chiếm 0,7% được mổ nội soi.

Các bệnh nhân có vết mổ cũ ổ bụng có nguy cơ dính nên thường gây khó khăn cho phẫu thuật viên khi chọc trocar vào ổ bụng đặc biệt là trocar đầu tiên có thể dẫn đến tai biến như chọc vào ruột. Khi vào ổ bụng nếu dính nhiều khó phẫu thuật được u hoặc phẫu thuật dễ gây tai biến như vào niệu quản, các mạch máu lớn...

Những năm đầu tiên triển khai phẫu thuật nội soi ở Bệnh viện Phụ sản Trung ương một trong những chống chỉ định là bệnh nhân có vết mổ cũ. Theo Phạm Văn Mẫn năm 1996 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương có 9 bệnh nhân u nang buồng trứng có vết mổ cũ ổ bụng không có trường hợp nào chỉ định phẫu thuật nội soi, đến năm 2006 có 30/80 bệnh nhân u nang buồng trứng có vết mổ cũ ổ bụng được chỉ định phẫu thuật nội soi (1). Theo Nguyễn Bình An năm 2008 có 4,5% bệnh nhân có vết mổ cũ 1 lần, 1% bệnh nhân có vết mổ cũ 2 lần [2].

Theo nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân u nang buồng trứng có vết mổ cũ ổ bụng giữa 2 năm tăng lên, năm 2010 có 3 bệnh nhân có vết mổ cũ 2 lần chiếm 0,7% không có bệnh nhân nào xảy ra tai biến và biến chứng. Một trong những vấn đề quan tâm khi có vết mổ vũ ổ bụng đó là tiền sử phẫu thuật gì, nếu những tiền sử phẫu thuật có nguy cơ dính ổ bụng cao như viêm phúc mạc cần hết sức thận trọng khi chỉ định và chọn phẫu thuật viên có kinh nghiệm vì nguy cơ tai biến cao và cũng không nên chỉ định quá rộng rãi để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

Năm 2001 có 3 bệnh nhân có tiền sử nội khoa chiếm 2,5% đó là: tràn dịch màng phổi phải ổn định, bướu cổ đơn thuần, lồng ruột. Năm 2010 có 60 bệnh nhân chiếm 14,1% trong đó có các bệnh về tim, gan, thận, tiêu hóa.. ở trong giai đoạn ổn định, chức năng các cơ quan trong giới hạn bình thường, trong nhóm này có 2 bệnh nhân bị hẹp hở 2 lá chưa biến chứng suy tim đã hội chẩn với bác sỹ Tim mạch được phép mổ

Vào giai đoạn mới thực hiện nội soi các bác sỹ phụ khoa thường thận trọng trong lựa chọn bệnh nhân hơn, theo thời gian kinh nghiệm đã được nâng cao các phẫu thuật viên đã mạnh dạn hơn và mở rộng hơn trong chỉ định phẫu thuật nội soi u nang buồng trứng.

KỸ THUẬT CAN THIỆP

Năm 2001 phương pháp bóc u chiếm 69,2% và năm 2010 có 75,8%. Ta thấy tỉ lệ này tăng lên rõ rệt

có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Ta thấy tỉ lệ bóc u càng ngày càng tăng chứng tỏ rằng kỹ thuật bóc u bằng nội soi ngày càng tiến bộ.

KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH:

Theo nghiên cứu tỉ lệ u nang bì năm 2001 là 32,5%, năm 2010 là 47,9%, tỉ lệ này tăng lên có ý nghĩa thống kê. Có lẽ do trước kia chẩn đoán u bì là loại u được coi là khó khi phẫu thuật nội soi. nên ít chỉ định mổ nội soi. Những năm gần đây nghiên cứu của Đỗ thị Ngọc Lan tỉ lệ u bì là 41,2% (năm 2003) [3], Nguyễn Bình An là 44% (năm 2008) [2], ta thấy tỉ lệ này cũng tăng dần lên theo năm.

Tỉ lệ u lạc nội mạc tử cung năm 2001 là 10%, năm 2010 là 18,5%, theo Đỗ Thị Ngọc Lan là 12,2% (năm 2003) [3], Nguyễn Bình An là 13% (năm 2008) [2]. Ta thấy tỉ lệ u lạc nội mạc tử cung mổ nội soi cũng tăng lên theo năm. Bệnh nhân được chẩn đoán là u lạc nội mạc tử cung khi vào vùng tiểu khung thường rất dính nên những năm đầu triển khai mổ nội soi phẫu thuật viên còn e ngại. Dần dần kỹ thuật và kỹ năng phẫu thuật nội soi tăng lên nhiều, khi chẩn đoán là u lạc nội mạc tử cung phẫu thuật viên lựa chọn mổ nội soi hơn là mổ mở. Hiện nay người ta cũng thấy rằng u lạc nội mạc tử cung mổ nội soi là ưu việt hơn hẳn mổ mở vì đỡ dính dễ dàng hơn và cầm máu tốt hơn.

Năm 2001 trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không gặp bệnh nhân nào ung thư. Trong năm 2010 có 2 bệnh ung thư chiếm 0,5%. Nghiên cứu của Đỗ Thị Ngọc Lan tỉ lệ ung thư chiếm 0,7% [3], Nguyễn Bình An là 1,5% [2]. Đây thực sự là một tồn tại và cũng là vấn đề khó để giải quyết đòi hỏi các bác sỹ làm thế nào để chẩn đoán được ung thư sớm.

TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG CỦA PHẪU THUẬT

Năm 2001 có 2 bệnh nhân tai biến và biến chứng: Một chảy máu sau phẫu thuật, điểm chảy máu tại vị trí buồng trứng lành trên diện bóc tách u. Trường hợp thứ 2 sau mổ 3 ngày xuất hiện sốt, không thấy máu tụ, không nghĩ tới viêm phúc mạc. Bệnh nhân được dùng kháng sinh liều cao kéo dài 7 ngày ra viện. Năm 2010 có 2 bệnh nhân tai biến và biến chứng: Trường hợp thứ nhất là thủng ruột. Bệnh nhân này không có vết mổ cũ, vào ổ bụng được chẩn đoán là nang lạc nội mạc tử cung rất dính, khi phẫu thuật viên gỡ dính đã làm thủng ruột. Bệnh nhân được phát hiện ngay trong mổ khâu lại ruột. Trường hợp thứ hai là tụ máu thành bụng lỗ chọc trocar, trường hợp này tụ máu

ít nên được theo dõi và dùng kháng sinh 7 ngày thì ra viện. Qua thống kê trên ta thấy tỉ lệ tai biến và biến chứng mổ nội soi u nang buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương qua các năm không cao xong các tai biến đa dạng và phong phú vì vậy chúng ta vẫn phải tiếp tục tìm cách hạn chế tai biến hơn. Để hạn chế tai biến hơn chúng tôi cho rằng nên:

- Trước phẫu thuật khám kỹ để tiên lượng
- Những trường hợp khó đặc biệt là dính nhiều không nên cố phẫu thuật mà mời phẫu thuật viên có kinh nghiệm và chuyên môn giỏi hơn.
- Vào ổ bụng đặc biệt là vào các trocar đã có đèn soi cố gắng tránh mạch máu để không tụ máu thành bụng.
- Trước khi đóng bụng nên rửa bụng kỹ khi u bị vỡ và kiểm tra lại kỹ càng xem còn điểm chảy máu không...

KẾT LUẬN:

Tỉ lệ mổ nội soi tăng một cách đáng kể, năm 2001 là 35,7%; năm 2010 là 92,9%. Bệnh nhân u buồng trứng có VMC ổ bụng được chỉ định mổ nội soi năm 2010 cao hơn năm 2001. Phương pháp bóc u bảo tồn buồng trứng năm 2010 là 75,8% lớn hơn năm 2001 là 69,2% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tai biến và biến chứng: năm 2001 có 1,7% và năm 2010 có 0,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Văn Mẫn. Nhận xét chẩn đoán, điều trị u và nang thực thể buồng trứng lành tính tại bệnh viện phụ sản trung ương trong 2 năm 1996 và 2006: Trường đại học y Hà Nội; 2007.
2. Nguyễn Bình An. Nhận xét về kết quả điều trị u nang buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 6 tháng đầu năm 2008: Đại học Y Hà Nội; 2008.
3. Đỗ Ngọc Lan. Nghiên cứu áp dụng phẫu thuật nội soi cắt u nang buồng trứng lành tính tại viện bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh: Trường đại học Y Hà Nội; 2003.

MỘT SỐ RỐI LOẠN THƯỜNG GẶP VÀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA PHỤ NỮ TUỔI TIỀN MÃN KINH, MÃN KINH

Nguyễn Thị Huyền Linh⁽¹⁾, Đỗ Quan Hà⁽¹⁾, Lưu Thị Hồng⁽²⁾

(1) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, (2) Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả một số rối loạn và thay đổi của phụ nữ tuổi TMK và MK. (2) Tìm hiểu mối liên quan giữa kiến thức và thực hành ở nhóm phụ nữ này. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả cắt ngang trong 400 đối tượng phù hợp tiêu chuẩn đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Bệnh viện Từ Dũ năm 2012. Sử dụng bảng hỏi để thu thập thông tin. **Kết quả:** Một số rối loạn thường gặp trong giai đoạn này: da khô 71,5%; nếp nhăn 71,0%; nám da 63,5%; bốc hỏa 58,3%; hay quên 75,0%, đau xương, khớp 73,25%. giảm ham muốn 76,2%, giảm tần suất giao hợp 78%, bị khô lúc giao hợp là 60,0%. Kiến thức của ĐTNC về TMK và MK liên quan có ý nghĩa thống kê với việc thực hành của đối tượng (đi khám/ tư vấn và sử dụng các sản phẩm hỗ trợ) và đối với việc cảm nhận, suy nghĩ, đánh giá về chất lượng cuộc sống trong giai đoạn này. **Kết luận:** Tỷ lệ phụ nữ có các rối loạn thời kỳ TMK, MK là rất cao. Kiến thức hạn chế của họ về những vấn đề này có liên quan rõ rệt, dẫn đến thiếu chăm sóc sức khỏe và có thể giảm chất lượng cuộc sống của họ. Cần tư vấn, truyền thông nâng cao hiểu biết của phụ nữ về giai đoạn TMK và MK. **Từ khóa:** tiền mãn kinh, mãn kinh

ABSTRACT

SOME DISORDERS, THE RELATIONSHIP BETWEEN

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF CLIMATERIC AND MENOPAUSAL WOMAN

Objectives: (1) to describe some disorders of women during climacterium and menopause. (2) to explore the relationship between knowledge and practice of woman in climacterium and menopause. **Materials & methods:** descriptive cross-sectional study among 400 eligible women visiting the National Hospital of OB/GYN and Tu Du Hospital in 2012. Using questionnaires to collect information. **Results:** Some common disorders: skin dryness 71.5%, wrinkles 71.0%, and pigmentation 63.5%; flushing 58.3%, forgetfulness 75.0%, pain of bones and joints 73.25%, decreased libido 76.2%, decreased sexual frequency 78%, dryness during intercourse 60.0%. Knowledge of women about climacterium and menopause is significantly related to their practice (seeking examination and using support products) and reception, thinking and evaluation of the quality of life in this period. **Conclusion:** The prevalence of disorders during climacterium and menopause is very high. Limited knowledge of women on these problems is clearly related to, and even causing lack of health care and possibly reducing the women's quality of life. Communication and consultation should be used to raise awareness of women about climacterium and menopause. **Key words:** climacterium, menopause

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Theo nghiên cứu của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) thì tuổi mãn kinh (MK) trung bình là 50 tuổi nhưng có thể xảy ra giữa 40 và 60 tuổi. Kết quả nghiên cứu trên 27 triệu phụ nữ ở Mỹ thấy tuổi MK trung bình là 51,4 [1]. Ở Việt Nam kết quả nghiên cứu tuổi MK của phụ nữ Hà Nội là 48 + 3,6 tuổi, phụ nữ TP. Hồ Chí Minh là 48,7 năm + 3,7 tuổi [2, 3].

Giai đoạn tiền mãn kinh (TMK) ghi dấu ấn khoảng 1-5 năm. Trong giai đoạn TMK và MK xuất hiện các triệu chứng như rối loạn kinh nguyệt, bốc hỏa, đau

xương, lo lắng, mất ngủ, v.v. Các rối loạn này có thể rút ngắn hoặc làm giảm chất lượng cuộc sống của người phụ nữ trong những năm sau đó.

Phản ứng của người phụ nữ ở tuổi TMK cũng khác nhau và phụ thuộc một phần vào các yếu tố văn hóa, xã hội, trình độ, sự hiểu biết của người phụ nữ. Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu tìm hiểu về các triệu chứng của TMK và MK nhưng chưa có nghiên cứu về kiến thức, thực hành liên quan đến TMK và MK ở phụ nữ. Do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu một số rối loạn thường gặp ở phụ nữ tuổi từ 40-65 đến khám

tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương và Bệnh viện Từ Dũ năm 2012 với mục tiêu:

1. Mô tả một số rối loạn và thay đổi của phụ nữ tuổi TMK và MK
2. Tìm hiểu mối liên quan giữa kiến thức và thực hành ở phụ nữ tuổi TMK và MK

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là những phụ nữ đến khám TMK, MK tại BV Phụ sản Trung ương và BV Từ Dũ. Với độ tin cậy là 95%, tỷ lệ phụ nữ có biến động kinh nguyệt trước MK là 48,4%, sai số tuyệt đối là 5%, cỡ mẫu ước lượng là 384, làm tròn là 400 chia đều cho 2 cơ sở. Chúng tôi đã chọn mẫu toàn bộ, tại mỗi cơ sở 200 phụ nữ được chọn tuần tự bắt đầu từ tháng 6/2012 cho đến khi đủ cỡ mẫu vào tháng 8/2012. Số liệu được thu thập thông qua bảng hỏi. Dữ kiện được nhập bằng phần mềm Epidata 6.0 và phân tích bằng SPSS 16.0. Kết quả được mô tả với số trung bình và

Bảng 3.1: Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=400)

Thông tin		Tần số	
		N	%
Tuổi	≥ 40 - 44	107	26,7
	45 - 49	143	35,7
	50 - 54	109	27,3
	55 - 59	29	7,3
	60 - 64	12	3,0
Nghề nghiệp	Lao động phổ thông	138	34,5
	Công nhân viên	28	7,0
	Cán bộ	67	16,8
	Kinh doanh	56	14,0
	Nội trợ	95	27,8
Tuổi bắt đầu rối loạn (n=239)		46,8 ± 4,7 tuổi	
Hôn nhân	Có chồng	365	91,3
	Góa	10	2,5
	Li dị	17	4,3
	Chưa kết hôn	8	2,0
Học vấn	Không biết chữ	9	2,3
	Hết cấp 2,3	318	79,6
	Đại học & trên ĐH	73	18,3
Kiến thức về TMK & MK	Biết rõ	57	14,3
	Biết ít	199	49,7
	Không biết/không quan tâm	144	36,0
Tuổi MK trung bình (n=89)		50,2 ± 3,9 tuổi (42-62 tuổi)	

tỷ lệ phần trăm. Sử dụng phép kiểm định chi bình phương để so sánh tỷ lệ. Phân tích hồi quy logistic để xác định các yếu tố liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=400)

Tuổi trung bình của ĐTNC là 47,9 ± 5,1. Đa số ở độ tuổi ≥ 40 đến 54 tuổi, lao động phổ thông là nghề phổ biến, 2/3 có học vấn hết cấp 3. Đa số các đối tượng hiện có chồng và đang sống chung. Tìm hiểu về kiến thức của đối tượng về TMK và MK cho thấy số chị em biết ít, không biết và không quan tâm chiếm tỷ lệ cao 85,7%.

Bảng 3.2: Các rối loạn thường gặp ở tuổi TMK và MK

Rối loạn		Nhóm tuổi					P
		>40-44 (n=107)	>40-44 (n=107)	50 - 54 (n=109)	55 - 59 (n=29)	60 - 64 (n=12)	
Vấn đề về da	Khô	70 (65,4)	107 (74,8)	82 (75,2)	19 (65,5)	8 (66,7)	0,590
	Nhàn	62 (57,9)	104 (72,7)	87 (79,8)	22 (75,9)	9 (75,0)	0,001
	Nám da	67 (62,6)	85 (59,4)	73 (67,0)	22 (75,9)	7 (58,3)	0,138
Âm đạo	Khô	50 (46,7)	75 (52,4)	62 (56,9)	19 (65,5)	10 (83,3)	0,071
	Ra huyết/ rong kinh	20 (18,7)	12 (8,4)	18 (16,5)	4 (13,8)	2 (16,7)	0,284
Tâm thần kinh	Mất ngủ	54 (50,5)	104 (72,7)	69 (63,3)	17 (58,6)	8 (66,7)	0,067
	Hay quên	73 (68,2)	102 (71,3)	87 (79,8)	28 (96,6)	10 (83,3)	0,018
	Cáu gắt	63 (58,9)	98 (68,5)	69 (63,3)	19 (65,5)	7 (58,3)	0,765
Vận mạch	Bốc hỏa	47 (43,9)	85 (59,4)	72 (66,1)	22 (75,9)	7 (58,3)	0,023
	Ù tai	33 (30,8)	46 (32,2)	44 (40,4)	14 (48,3)	2 (16,7)	0,262
Vận mạch	Đau xương/ khớp	75 (70,1)	104 (72,7)	81 (74,3)	22 (75,9)	11 (91,7)	0,622
	Loãng xương	24 (22,4)	43 (30,1)	31 (28,4)	13 (44,8)	3 (25,0)	0,136

Trong nghiên cứu này, các rối loạn TMK và MK chủ yếu là các vấn đề về da, thần kinh, tuần hoàn và các bệnh về khớp. Tỷ lệ các đối tượng phàn nàn về da khô 71,5%; nếp nhăn 71,0%; nám da 63,5%; bốc hỏa

Bảng 3.3: Một số rối loạn về tình dục

Rối loạn		Nhóm tuổi (n=337)					P
		>40-44 (n=101)	45 - 49 (n=127)	50 - 54 (n=84)	55 - 59 (n=19)	60-64 (n=06)	
☐ ham muốn		68 (67,3)	99 (78,0)	67 (79,8)	17 (89,5)	6 (100,0)	0,253
☐ tần suất		65 (64,4)	103 (81,1)	71 (84,5)	18 (94,7)	6 (100,0)	0,012
☐ hứng thú		51 (50,5)	45 (35,4)	12 (14,3)	5 (26,3)	0 (0,0)	<0,001
☐ đạt được cực khoái		42 (41,6)	38 (29,9)	15 (17,9)	3 (15,8)	0 (0,0)	0,001
Tâm lý căng thẳng khi giao hợp		30 (29,7)	46 (36,2)	33 (39,3)	10 (52,6)	3 (50,0)	0,359
Khó lúc giao hợp		47 (46,5)	72 (56,7)	53 (63,1)	14 (73,7)	6 (100,0)	0,024
Khó giao hợp		33 (32,7)	46 (36,2)	33 (39,3)	11 (57,9)	2 (33,3)	0,618

58,3%; hay quên 75,0%, đau xương, khớp 73,25%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ xuất hiện các nếp nhăn trên da, các triệu chứng về bốc hỏa và triệu chứng hay quên của ĐTNC với từng nhóm tuổi.

Bảng 3.3: Một số rối loạn về tình dục

Trong 400 đối tượng tham gia nghiên cứu có 337 đối tượng còn quan hệ tình dục chiếm 84,8%. Số đối tượng có rối loạn về tình dục chiếm tỷ lệ cao, giảm ham muốn chiếm 76,2%, giảm tần suất quan hệ 78%, bị khô lúc giao hợp là 60,0%. Những dấu hiệu về rối loạn tình dục như giảm tần suất, giảm hứng thú, khó đạt được cực khoái và khô lúc giao hợp liên quan có ý nghĩa thống kê với từng nhóm tuổi. Ở độ tuổi càng cao, tỷ lệ giảm ham muốn, giảm tần suất và bị cảm giác khô lúc giao hợp càng tăng.

Bảng 3.4: Thái độ và thực hành, theo nhóm kiến thức TMK/MK

		Kiến thức về TMK/MK					P
		Biết rõ n=57	Biết ít n=199	Ko biết n=115	Ko quan tâm n=29	Tổng n=400	
Đa đi khám/ tư vấn về TMK/MK	Nhiều lần	28 (49,1)	72 (36,2)	15 (13,0)	2 (6,9)	117 (29,2)	<0,001
	1 lần	11 (19,3)	63 (31,7)	16 (13,9)	4 (13,8)	94 (23,5)	
	Chưa đi	18 (31,6)	60 (30,2)	45 (39,1)	13 (44,8)	136 (34,0)	
	Không quan tâm	0 (0,0)	4 (2,0)	39 (33,9)	10 (34,5)	53 (13,2)	
Sử dụng các sản phẩm hỗ trợ	Thảo dược	23 (40,4)	49 (24,6)	5 (4,3)	3 (10,3)	80 (20,0)	<0,001
	Thuốc bổ	23 (40,4)	57 (28,6)	19 (16,5)	3 (10,3)	102 (25,5)	0,001
	TPCN	13 (22,8)	33 (16,6)	5 (4,3)	4 (13,8)	55 (13,8)	0,003
Sử dụng các sản phẩm hỗ trợ	Rất khó chịu	12 (21,1)	38 (19,1)	12 (10,4)	1 (3,4)	63 (15,8)	<0,001
	Hơi khó chịu	29 (50,9)	129 (64,8)	24 (20,9)	5 (17,2)	187 (46,8)	
	Bình thường	14 (24,6)	31 (15,6)	27 (23,5)	7 (24,1)	79 (19,8)	
	Không quan tâm	2 (3,5)	1 (0,5)	52 (45,5)	16 (55,2)	71 (17,8)	
Suy nghĩ về giai đoạn TMK/MK	Rất lo lắng	8 (14,0)	23 (11,6)	11 (9,6)	0 (0,0)	42 (10,5)	<0,001
	lo lắng	20 (35,1)	118 (59,3)	31 (27,0)	6 (20,7)	175 (43,8)	
	Bình thường	29 (50,9)	55 (27,6)	28 (24,3)	11 (37,9)	123 (30,8)	
	Không quan tâm	0 (0,0)	3 (1,5)	45 (39,1)	12 (41,4)	60 (15,0)	
Chất lượng cuộc sống trong giai đoạn TMK/MK	Rất kém	3 (5,3)	7 (3,5)	5 (4,3)	0 (0,0)	15 (3,8)	<0,001
	Kém	29 (50,9)	117 (58,8)	38 (33,0)	6 (20,7)	190 (47,5)	
	Bình thường	25 (43,9)	74 (37,2)	33 (28,7)	11 (37,9)	143 (35,8)	
	Không quan tâm	0 (0,0)	1 (0,5)	39 (33,9)	12 (41,4)	52 (13,0)	

Ghi chú: Ko biết = Không biết; Ko quan tâm = Không quan tâm

Bảng 3.4 phân tích kết quả đánh giá về thái độ và thực hành của ĐTNC, theo từng nhóm kiến thức (biết rõ, biết ít, không biết, không quan tâm). Có thể thấy rõ kiến thức của ĐTNC về TMK và MK liên quan có ý nghĩa thống kê với việc thực hành của

họ (đi khám/ tư vấn và sử dụng các sản phẩm hỗ trợ) cũng như với việc cảm nhận, suy nghĩ, đánh giá về chất lượng cuộc sống trong giai đoạn này. Những đối tượng có biết (bao gồm nhóm biết ít và biết nhiều) có tỷ lệ đi khám 1 lần trở lên cao hơn hẳn so với nhóm đối tượng không biết (bao gồm nhóm không biết, không quan tâm) (49,1% - 6,9%). Từ 20% - 40% đối tượng biết ít và biết nhiều sử dụng thuốc bổ, thực phẩm chức năng, thảo dược nhiều hơn so với nhóm không biết, không quan tâm (dưới 10% đối tượng sử dụng).

62,6% cảm thấy khó chịu đến rất khó chịu; 54,3% cảm thấy lo lắng đến rất lo lắng về giai đoạn TMK và MK. Sự lo lắng và khó chịu khiến tỷ lệ đối tượng đánh giá về chất lượng cuộc sống trong giai đoạn này là kém chiếm tỷ lệ cao (51,3%). Sự lo lắng, khó chịu và việc đánh giá chất lượng cuộc sống trong giai đoạn TMK và MK có liên quan có ý nghĩa thống kê với sự hiểu biết của chị em trong giai đoạn này.

IV. BÀN LUẬN

4.1 ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

Đa số đối tượng nghiên cứu ở độ tuổi từ 40-54 tuổi, và tuổi trung bình là $47,9 \pm 5,1$, phù hợp với định nghĩa tuổi MK trung bình của phụ nữ Việt Nam [4-7]. Các đối tượng trong mẫu nghiên cứu dường như ít phụ thuộc kinh tế vào chồng hay người khác khi chỉ có 27,8% là người ở nhà nội trợ còn lại là cán bộ, kinh doanh, công nhân hay các lao động phổ thông khác (bảng 3.1). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ngô Thị Yên tại Bệnh viện Từ Dũ [8]

79,6% đối tượng học hết cấp 2, 3 (Trung học cơ sở và phổ thông); 18,3% học đại học và trên đại học nên đối tượng có thể hiểu được hết bộ câu hỏi khi cán bộ y tế đưa ra các câu hỏi trong bảng hỏi của nghiên cứu. Điều này cho thấy mẫu nghiên cứu có thể giúp bước đầu tìm hiểu về những rối loạn cũng như những mối liên quan giữa hiểu biết về TMK/MK và thực hành của đối tượng trong giai đoạn này. 91,3% đối tượng đang sống cùng chồng nên việc đặt các câu hỏi liên quan đến đời sống tình dục dễ được các đối tượng chia sẻ để có được những thông tin tương đối chính xác về đời sống tình dục trong giai đoạn TMK và MK.

Mặc dù nghiên cứu được tiến hành ở 2 đô thị lớn là Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh nhưng kết quả từ bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ ĐTNC biết rõ về giai đoạn TMK và MK chỉ chiếm tỷ lệ 14,3%; số biết ít 49,7%;

còn lại là không biết và không quan tâm chiếm tỷ lệ khá cao 36,0%. Kết quả này giúp chúng ta thấy được cần thiết phải truyền thông nâng cao nhận thức của phụ nữ về TMK và MK.

Các nghiên cứu cho thấy độ tuổi bắt đầu thời kỳ TMK không có tiêu chí thời gian rõ ràng, nhìn chung bình quân trên dưới 45 tuổi. Tuổi MK có thể xác định chính xác, trong khoảng 48-55 tuổi (5, 7, 9). Kết quả bảng 3.1 cho thấy: tuổi bắt đầu các rối loạn TMK trung bình là $46,8 \pm 4,7$; tuổi MK trung bình $50,2 \pm 3,9$. Kết quả này tương đương với tuổi MK trung bình ở Trung Quốc 49,5 tuổi (ở thành phố); ở phụ nữ nông thôn là 47,5 (ở nông thôn). Ở phụ nữ Mỹ, tuổi MK trung bình 51,4 [9].

4.2 NHỮNG RỐI LOẠN TRONG GIAI ĐOẠN TMK VÀ MK

Báo cáo của Janssen cho thấy: Phụ nữ MK thường bị khô da do suy giảm estrogen trong quá trình MK. Suy giảm này làm cho da trở nên mỏng hơn, khô hơn, trở nên dễ bị nhăn và chảy xệ. Sự suy giảm nồng độ hormone gây nên mất độ đàn hồi của da vì Estrogen giúp kích thích sản xuất collagen, collagen là một protein giữ cho da khỏe mạnh và căng. Khi estrogen bị mất, collagen bị phá vỡ, collagen mới không hình thành một cách nhanh chóng, làm cho da xuất hiện khô và nhăn nheo (10). Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy 72% phụ nữ phàn nàn da bị khô; 71,5% xuất hiện nhiều nếp nhăn và 64% bị nám da. Cũng do cơ chế giảm nội tiết trong giai đoạn TMK và MK nên niêm mạc sinh dục teo mỏng dần, âm hộ - âm đạo khô làm ngứa, rát [10]. Bảng 3.2 cho thấy có đến 83,3% đối tượng bị khô âm đạo, đây cũng sẽ là một trong những yếu tố gây ảnh hưởng đến quan hệ tình dục của đối tượng trong giai đoạn này.

Tính dễ kích động gia tăng là một biểu hiện thường gặp xảy ra ở hầu hết các bệnh nhân như là một triệu chứng quan trọng của hội chứng TMK. Sự cáu giận, sự bất ổn về cảm xúc và sự mất ngủ ngày càng nặng là những dấu hiệu thường gặp nhất. Kết quả tại Bảng 3.2 cho thấy những thay đổi chủ yếu về thần kinh ở phụ nữ TMK và MK là mất ngủ: 63,5%; hay quên: 80%; cáu gắt: 64%; bốc hỏa 58,4%. Kết quả này tương đương và có phần cao hơn so với các nghiên cứu trong và ngoài nước:

Nghiên cứu của Bulun S và cộng sự [11]

- Cơn bốc hỏa: 60%
- Đau đầu: 40%
- Đau khác (cơ, xương, khớp): 40%
- Chóng mặt: 20%

Toth M và cộng sự [12]

- Dễ bị kích thích: 93,0%
- Mệt mỏi: 91,0%
- Căng thẳng thần kinh: 91,0%
- Hay cáu gắt: 88,0%
- Mất ngủ: 77,0%
- Giảm trí nhớ: 75,0%
- Trầm cảm: 86,0%

Cũng theo Bulun S và cộng sự, các rối loạn này thường nặng nhất vào 2 năm đầu của thời kỳ TMK (11). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ các triệu chứng tỏ ra tương đối tương đồng với các nghiên cứu đã nêu trên có lẽ là do nhóm đối tượng của chúng tôi trung bình đã trải qua 29-31 tháng (2,5 năm) có những triệu chứng TMK là phù hợp.

Kết quả từ bảng 3.2 cho thấy, các triệu chứng về xương khớp chủ yếu là đau khớp và đau lưng 73,25%. Đây cũng là những triệu chứng mà hầu hết phụ nữ có thể cảm nhận được ngay trong cuộc sống hàng ngày. Tỷ lệ phụ nữ đã đi khám và được bác sỹ khẳng định có loãng xương là 29%.

Các yếu tố về tâm lý, sinh lý nội tiết, chức năng sinh dục nữ, các yếu tố chủng tộc, kinh tế, văn hóa, định kiến xã hội có ảnh hưởng đến rối loạn tình dục [13,14]. Tỷ lệ rối loạn tình dục ở phụ nữ đến khám TMK và MK ở bệnh viện Từ Dũ là 67% [8], Chi Lê 51,3% [15], Thái Lan 82% [16], Kết quả này tương đồng với các số liệu trong bảng 3 khi tỷ lệ phụ nữ giảm ham muốn là 76,3%, giảm tần suất 78%, khó giao hợp 57%.

4.3 MỐI LIÊN QUAN GIỮA KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CỦA ĐỐI TƯỢNG ĐỐI VỚI GIAI ĐOẠN TMK VÀ MK

29,3% ĐTNC đã từng đi khám nhiều lần; 23,5% đi khám 1 lần; 47,3% chưa từng đi khám/ không quan tâm về các bệnh liên quan đến TMK và MK. Như vậy tỷ lệ ĐTNC chưa đi khám và không quan tâm về giai đoạn TMK là khá cao và tỷ lệ này có liên quan đến mức độ hiểu biết của ĐTNC về giai đoạn này với $p < 0,01$. Những phụ nữ kém hiểu biết, không biết hoặc không quan tâm về các vấn đề có thể gặp phải trong giai đoạn này có tỷ lệ tìm đến với dịch vụ y tế để tư vấn và hỗ trợ thấp hơn hẳn so với những người có hiểu biết. Nói một cách khác, thiếu kiến thức về giai đoạn này của cuộc đời người phụ nữ đã là một trong những lý do khiến cho họ có ít cơ hội được chăm sóc phù hợp. Do vậy cần truyền thông nâng cao nhận thức của ĐTNC về giai đoạn này để ĐTNC đi khám, tư

vấn và dùng thuốc/ thực phẩm chức năng hỗ trợ, giảm triệu chứng để có thể dễ dàng vượt qua giai đoạn này.

Chính mức độ hiểu biết của ĐTNC về giai đoạn TMK và MK còn hạn chế như đã nêu trên đã góp phần dẫn đến việc không đi khám/điều trị hỗ trợ; đồng thời với việc sử dụng thuốc, thực phẩm chức năng chiếm tỷ lệ rất thấp, tỷ lệ này lần lượt là 24,5%; 25,5%; 20% (Bảng 4). Tất cả các tỷ lệ này thấp hơn rất nhiều, thậm chí thấp hơn vài lần so với tỷ lệ phụ nữ có các triệu chứng thực thể đã nêu ở những phần trên (Bảng 3.2); mặc dù nhiều triệu chứng thực thể đó có thể được điều trị hỗ trợ, giảm nhẹ.

V. KẾT LUẬN:

Tỷ lệ phụ nữ có các rối loạn thời kỳ TMK, MK là rất cao. Kiến thức của họ về những vấn đề này còn hạn chế và sự thiếu kiến thức có liên quan rõ rệt, dẫn đến thiếu chăm sóc sức khỏe và có thể giảm chất lượng cuộc sống của họ trong lứa tuổi này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Amstrong C. AHA and NHLBI review diagnosis and management of the metabolic syndrome. American Family Physician. 2006;74 (6):1039-47.
2. Phạm Thị Minh Đức và cộng sự. Một số chỉ số về kinh nguyệt của phụ nữ và nữ sinh Hà Nội. Trong: Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học: Trường Đại học Y Hà Nội; 1998.
3. Phạm Gia Đức và cộng sự. Tuổi mãn kinh với phụ nữ Thành phố Hồ Chí Minh. Trong: Hội thảo quốc tế về mãn kinh và truyền thông đại chúng. Hồ Chí Minh; 1998.
4. Bộ môn phụ sản, Đại học Y Hà Nội. Bài giảng sản phụ khoa: Nhà xuất bản Y học; 2000.
5. Dương Thị Cương. Thời kỳ tác dục của phụ nữ tiền mãn kinh, mãn kinh và sau mãn kinh. Trong: Chuyên đề mãn kinh – tập 1: Viện bảo vệ Bà mẹ và trẻ sơ sinh; 1981.
6. Trần Hữu Dàng, Nguyễn Ngọc Tuấn, Hà Nguyên Phương Anh. Đặc điểm thể trọng và rối loạn lipid máu ở phụ nữ mãn kinh tăng huyết áp. Trong: Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học Đại hội Hội Nội tiết và Đái tháo đường quốc gia Việt Nam lần thứ 3: Y học

thực hành; 2005.

7. Bộ Y tế. Tuổi mãn kinh. Trong: Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản; 2008.
8. Ngô Thị Yên, Nguyễn Đỗ Nguyên. Tỷ lệ rối loạn tình dục nữ và các yếu tố liên quan ở phụ nữ khám mãn kinh tại Bệnh viện Từ Dũ. Tạp chí Phụ sản. 2012.
9. Y Khoa.net. Thời kỳ tiền mãn kinh bắt đầu vào lúc nào? Sẽ kéo dài bao lâu? 2011 [cited; Available from: http://ykhoa.net/yhocphothong/sach_phunu/939.htm
10. Janssen I., Powell L. H., Crawford S, et al. Menopause and the metabolic syndrome. Arch Intern Med. 2008;168 (14):1568-75.
11. Bulun S. E., Adashi E. Y. The physiology and pathology of the female reproductive axis: Williams Textbook of Endocrinology; 2003.
12. Song Y., Manson J., Tinker L, al e. Insulin sensitivity and insulin secretion determined by HOMA and risk of diabetes in a multiethnic cohort women: the Women's Health Initiative Observational Study. Diabetes Care. 2007;30 (7):1747-52.
13. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Sidat M. Risk factor for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. The Journal of Sex Medicine Jul. 2008;5 (7):1681-93.
14. Najman J M, Koch PB, Voda Am. Sexual Dysfunction in the Australian population. Australian Family Physician. 2000;32:951-54.
15. Castelo-Braco C, Blumel JE, H A, et al. Prevalence of sexual function in Turkish women Urol Int. 2004;72(1):52-7.
16. Peeyananjarassri K, Liabsuetrakul T, Soothornpun K, al e. Sexual functioning in postmenopausal women not taking hormone therapy in the Gyneocological and Menopause Clinic, Songklanagarind Hospital Measured by Female Sexual Function Index questionnaire. J Med Assoc Thai. May 2001;91(5):625-32.



DƯỢC PHẨM HOA LINH

Dạ Hương®

DUNG DỊCH VỆ SINH PHỤ NỮ

Muối - Thảo dược - Acid lactic

♥ Thành phần
tự nhiên - An toàn
Hợp sinh lý phụ nữ
Á Đông

♥ Được thử nghiệm
và chứng nhận an
toàn cho người sử dụng
tại Bệnh viện Phụ Sản
Trung Ương.

♥ Chăm sóc, bảo vệ vùng kín
hàng ngày đúng cách, ngăn
ngừa viêm nhiễm nấm ngứa.



Người mẫu: Mc Thủy Hạnh
Giám đốc công ty người mẫu Elite



Thời báo
Kinh tế
Việt Nam
VIETNAM ECONOMIC TIMES

SẢN PHẨM **SỐ 1**

TRONG DÒNG SẢN PHẨM VỆ SINH PHỤ NỮ

(Theo kết quả khảo sát của Thời báo Kinh tế Việt Nam)

GPOC: 028/11/QCMP-HN

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI VÀ NGOẠI KHOA TINH HOÀN KHÔNG XUỐNG BÌU Ở 104 TRẺ TRƯỚC 2 TUỔI

Lê Minh Trác⁽¹⁾, Trần Ngọc Bích⁽²⁾, Nguyễn Phú Đạt⁽³⁾

(1) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, (2) Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức- Hà Nội, (3) Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị nội khoa và ngoại khoa tinh hoàn không xuống bìu ở trẻ dưới 2 tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** 104 trẻ có tinh hoàn không xuống bìu được theo dõi từ sơ sinh tới 2 tuổi. Tiêm bắp human Gonadotrophin 2 đợt, 7 mũi, tuần 3 mũi, đợt 2 cách đợt 1 từ 1,5-2 tháng. Tinh hoàn không xuống bìu sẽ mổ sau 3 tháng. **Kết quả:** Bên dị tật: phải 44(42,3%), trái 33(31,7%), hai bên:27(26%). Vị trí của 131 tinh hoàn: Lỗ bẹn ngoài 44(33,6%), ống bẹn 70(53,4%), lỗ bẹn trong 10(7,6%), ổ bụng 7(5,4%). Điều trị nội xuống bìu hoàn toàn 25(24%), xuống 1 phần 33(31,7%), không xuống 46(44,2%). Mổ hạ tinh hoàn ở ống bẹn và lỗ bẹn nông thành công 100%, ổ bụng và lỗ bẹn sâu có 13 tinh hoàn thì không thấy 2 tinh hoàn, xuống bìu 9/11, xuống 1 phần 2/11 không gặp biến chứng phẫu thuật. **Kết luận:** Phát hiện sớm và điều trị THKXB trước 2 tuổi cho tỷ lệ thành công cao.

Từ khóa: Tinh hoàn không xuống bìu

ABSTRACT

EVALUATING THE RESULT OF MEDICAL TREATMENT AND ORCHIDOPEXY OF CRYPTORCHIDISM IN 104

CHILDREN UNDER 2 YEARS

Objectives: To evaluate the results of Hormon therapy and early orchidopexy of cryptorchidism in children <2 years of age.

Materials and methods: descriptive, prospective study on 104 cases with 131 undescended testes were followed up from birth to 2 years. Hormone treatment: 300UI of HCG, 7 doses, 2 periods, the second was after the first 1.5-2 months, after 3 months of Hormonal therapy testes still undescended, orchidopexy had been done. **Results:** right 44 (42.3%), left 33 (31.7%), 2 side 27(26%). Positions of 131 undescended testes: Extra inguinal ring 44 (33.6%), inguinal canal 70 (53.4%), intrainguinal ring 10 (7.6%) abdomen 7 (5.4%). Hormonal therapy descended 25(24%), partly descended 33(31.7%), undescended 46(44.2%). If testes in extrainguinal ring and inguinal canal, Orchidopexy succeeded in 100%. If testes in intrainguinal ring, abdomen, that successes in 9/11, imperfectly 2/11, did not find 2 testes. Had not seen any side effects. **Conclusion:** Finding & treating cryptorchidism in children <2 years had highly successful rate

Key words: Cryptorchidism

I/ ĐẶT VẤN ĐỀ :

Tinh hoàn không xuống bìu (THKXB) là một dị tật phổ biến ở trẻ nam. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả tỉ lệ mắc ở trẻ mới sinh 3-5%, trẻ non tháng 17-36%. Tới khi 3 tháng tuổi tỉ lệ còn khoảng 0,8 – 1 %, sau đó tinh hoàn hầu như không di chuyển xuống bìu thêm [1,2,3].

Tinh hoàn muốn thực hiện được chức năng đầy đủ, đòi hỏi nhiệt độ thấp hơn nhiệt độ cơ thể khoảng 2 độ C. Những bằng chứng đã chỉ ra rằng tinh hoàn không xuống bìu gây ra những biến chứng : giảm khả năng sinh sản , vô sinh , nguy cơ ung thư hóa , xoắn tinh hoàn, chấn thương và tác động tâm lí khi lớn. Trên thế giới việc điều trị nội khoa bằng HCG từ năm 1930 cho tới nay, nhưng hiện phác đồ vẫn còn chưa thống nhất.

Tại Châu Âu ưu tiên sử dụng HCG, GnRH hoặc phối hợp cả hai cho tỉ lệ thành công từ 14 – 65 % , sau 3 tuổi thấy đáp ứng tốt hơn trước 3 tuổi [4]. Điều trị ngoại khoa tuổi mổ hạ tinh hoàn theo Campell 1950 – 1967 là sáu tuổi. Nhưng từ nghiên cứu của Melgen 1981, Cooper, Hadziselimovic 1983 đã chỉ ra rằng các tinh nguyên bào sẽ bị thoái hóa nhanh chóng lúc 2 tuổi [5], và các tác giả đề nghị mổ trước 2 tuổi.

Tại Việt nam theo Nguyễn Thị Ân (2000) điều trị nội khoa hạ tinh hoàn xuống bìu hoàn toàn 22,2 % . Điều trị ngoại khoa trước 2 tuổi tại các bệnh viện lớn dưới 10 % , tuổi mổ trung bình thường từ 5,8 – 13,6 tuổi [6,7,4]. Chưa có công trình nào công bố điều trị nội và ngoại khoa cho trẻ trước 2 tuổi. Chính vì vậy

với mục đích đánh giá kết quả điều trị nội và ngoại khoa tinh hoàn không xuống bìu trước 2 tuổi chúng tôi tiến hành đề tài này với 2 mục tiêu :

- Đánh giá kết quả điều trị HCG ở trẻ dưới 2 tuổi
- Kết quả sớm của điều trị ngoại khoa

II/ ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. ĐỐI TƯỢNG:

Bao gồm 104 trường hợp sinh ra tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 1/ 2010 – 1/ 2012 khám phát hiện, theo dõi có THKXB từ sau sinh đến 12 tháng.

Loại trừ những trường hợp không rõ giới tính, hoặc không đến khám lại

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả, tiến cứu.
- Cách thức tiến hành:

- Chỉ định điều trị nội khoa :

Khi trẻ 12 tháng tuổi, không kèm dị tật như thoát vị bẹn, nước màng tinh hoàn.

- Sử dụng phác đồ Job tiêm bắp 300 đv, tuần 3 lần, 7 mũi, nhắc lại sau 1,5 – 2 tháng nếu tinh hoàn vẫn chưa xuống.

- Chỉ định điều trị ngoại khoa :

+Trẻ điều trị nội nhưng tinh hoàn vẫn chưa xuống bìu

+Trẻ dưới 12 tháng tuổi có kèm theo dị tật thoát vị

bẹn mổ hạ luôn tinh hoàn

-Đánh giá kết quả điều trị nội :

+Tinh hoàn xuống hoàn toàn nằm ở bìu- kết quả tốt.

+Xuống không hoàn toàn, có xuống nhưng dừng lại trên đường di chuyển xuống bìu - kết quả khá.

+Không xuống vẫn ở nguyên vị trí - không kết quả.

Đánh giá kết quả điều trị ngoại :

- Tốt là tinh hoàn ở túi bìu
 - Trung bình là nằm lỗ bẹn ngoài đến gốc dương vật
 - Xấu là nằm ống bẹn trở lên hoặc phải loại bỏ
- Xử lý số liệu theo thuật toán thống kê y học

III/ KẾT QUẢ

1. KHÁM LÂM SÀNG.

104 bệnh nhân có 131THKXB được phát hiện và theo dõi từ lúc sinh tới 12 tháng, tuổi điều trị HCG đợt 1 (12 ± 0.7 tháng), HCG đợt 2 (14 ± 0.5 tháng), tuổi mổ hạ tinh hoàn (19 ± 1.5 tháng)

Bên phải 44 (42.3%)

Bên trái 33 (31.7%)

Hai bên 27 (26%)

Sờ thấy 114 (87%)

Không sờ thấy 17 (13%)

2. VỊ TRÍ THKXB THEO SIÊU ÂM.

Ống bẹn 70(53,4 %), lỗ bẹn nông 44 (33,6 %), lỗ bẹn sâu và ổ bụng 17(13%)

3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ.

3.1. Số THKXB được điều trị

Bảng 1. Số THKXB được điều trị

Số tinh hoàn điều trị	n	%
Điều trị nội	104	79,4
Mổ sau điều trị nội không xuống	53	40,5
Mổ kèm thoát vị bẹn	7	5,3
Mổ không có điều trị nội	13	9,9
Đang tiếp tục theo dõi	7	5,3
Tổng số	131	100 %

Số tinh hoàn được điều trị nội 104 (79,4 %), đã mổ 53 (40,5 %), chưa điều trị 7 (5,3 %)

3.2 Kết quả điều trị nội khoa

Bảng 2. Kết quả điều trị nội khoa

Vị trí THKXB	Số tinh hoàn	Xuống bìu hoàn toàn	Xuống một phần	Không xuống
Lỗ bẹn nông	32	20 (62,5 %)	0	12 (37,5 %)
Ống bẹn	56	5 (8,9 %)	24 (42,8 %)	27 (48,2 %)
Lỗ bẹn sâu	10	0	6 (60 %)	4 (40 %)
Ổ bụng	6	0	3 (50 %)	3 (50 %)
Tổng số	104	25 (24 %)	33 (31,7 %)	46 (44,2 %)

Tinh hoàn ở lỗ bẹn ngoài điều trị nội xuống 62,5 %, ở ống bẹn 8,9 %, lỗ bẹn trong đến ổ bụng không xuống.

3.3. Kết quả theo thể lâm sàng

Bảng 3. Kết quả theo thể lâm sàng

THKXB	Số tinh hoàn	Xuống bìu hoàn toàn	Xuống một phần	Không xuống
Sờ thấy	88	25 (28,4 %)	24 (27,3 %)	39 (44,3 %)
Không sờ thấy	16	0	9 (56,3 %)	7 (43,7 %)

Tỉ lệ tinh hoàn không xuống bìu sờ thấy điều trị nội xuống 28,4 %, không sờ thấy không thấy xuống hoàn toàn.

3.4. Kết quả khi điều trị ngoại

Bảng 4. Kết quả điều trị ngoại

Vị trí	Số tinh hoàn	Xuống và cố định vào bìu	Xuống một phần	Không tìm thấy
Lỗ bẹn ngoài	10	7 (100 %)	0	0
Ống bẹn	47	47 (100 %)	0	0
Lỗ bẹn trong đến ổ bụng	13	9	2	2
Mổ kèm thoát vị bẹn	7	7	0	0

Với 53 THKXB sau điều trị nội và 13 THKXB chưa điều trị nội, thì chúng tôi thấy tỉ lệ hạ tinh hoàn ở vị trí lỗ bẹn nông và ống bẹn là 100 %, tinh hoàn ở ổ bụng và lỗ bẹn sâu mổ hạ được 9/11, và 2 tinh hoàn không tìm thấy.

Biến chứng ngoại khoa hiện chưa gặp ngoài 2 trường hợp hạ được xuống một phần.

IV/ BÀN LUẬN

Vì sao chúng ta phải quan tâm đến THKXB trong khi những đứa trẻ mắc cả 2 bên vẫn dậy thì và lớn được bình thường. Những công trình nghiên cứu đã đưa ra bằng chứng thuyết phục khi tinh hoàn từ lỗ bẹn nông đến ổ bụng thì không thể tạo được tinh trùng. Nếu tinh hoàn được hạ xuống bìu có nhiệt độ thấp hơn cơ thể 2 độ C thì số lượng tinh nguyên bào được cải thiện rõ rệt. Vì vậy để đảm bảo chức năng và tránh biến chứng chúng ta cần phải hạ tinh hoàn xuống bìu. THKXB một bên thường chiếm từ 75 – 80 %, Nguyễn Thị Ân (2000) thấy THKXB hai bên 25,6 %, của chúng tôi 26 %. Như vậy cũng phù hợp với các tác giả. Riêng vị trí tinh hoàn nằm ở lỗ bẹn ngoài Nguyễn Thị Ân có 2,7 %, ổ bụng 31,3 %, lỗ bẹn trong 19,6 % trong khi đó chúng tôi thấy tỉ lệ này là 33,6 %, 5,4 % và 7,6 %. Như vậy ở lỗ bẹn nông chúng tôi cao hơn, lỗ bẹn sâu và ổ bụng chúng tôi thấp hơn rất nhiều. Sở dĩ như vậy có thể do chúng tôi khám và tư vấn tầm quan trọng của việc theo dõi và điều trị sau khi sinh nên những trường hợp mà tinh hoàn ở lỗ bẹn ngoài gia đình vẫn đưa trẻ tới khám làm cho tỉ lệ này cao. Của Nguyễn Thị Ân và các tác giả trong nước khi gia đình không thấy tinh hoàn thì mới đưa trẻ tới khám, còn tinh hoàn ở lỗ bẹn nông họ sờ thấy và nghĩ sẽ xuống nên không đưa tới khám [6,7,1].

Mục đích điều trị là đưa tinh hoàn xuống bìu để bảo vệ chức năng và tránh biến chứng sau này. Từ nhiều năm nay có 2 phương pháp điều trị đó là Hormon (HCG, GnRH) và phẫu thuật hạ tinh hoàn. Không có nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên nào giữa 2 biện pháp này. Chính vì vậy ở Mỹ ưu tiên mổ hạ tinh hoàn nhiều hơn, Châu Âu ưu tiên Hormon trước, nếu không thành sẽ mổ hạ tinh hoàn. Nhiều tác giả thông báo tỉ lệ thành công của điều trị nội khoa rất khác nhau từ 14 – 65 %, nó phụ thuộc vào vị trí của tinh hoàn, điều trị 1 thuốc hay phối hợp 2 thuốc, nhưng gộp lại thì tỉ lệ xuống bìu của tinh hoàn khoảng 20 – 25 %[6,1,8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy xuống hoàn

toàn 24 %, nhưng trường hợp ở lỗ bẹn ngoài xuống bìu 62,5 %, ống bẹn 8,9 %, lỗ bẹn sâu và ổ bụng chưa thấy trường hợp nào mà chủ yếu xuống một phần (60 %). Số liệu của chúng tôi cũng phù hợp với Nguyễn Thị Ân (2000) có 4 ở lỗ bẹn ngoài thì xuống 3, ống bẹn xuống 8,4 %, lỗ bẹn trong và ổ bụng xuống một phần 79,2 %. Có thể đây chính là vấn đề thuận lợi cho phẫu thuật nếu điều trị nội không thành [6]. Tuy nhiên một số nghiên cứu gần đây thấy rằng ngay sau điều trị Hormon tế bào gốc sinh tinh có tăng so với không điều trị nhưng khi theo dõi tới tuổi trưởng thành thì có tới 50 % tinh hoàn có thể tích nhỏ hơn. Liệu có khả năng HCG làm tổn thương tế bào sinh tinh sau này hay không? Một số nghiên cứu khác lại thấy không có bằng chứng HCG làm tổn thương, vì vậy còn đang cân nhắc lựa chọn mổ ngay hay không [1,9,10].

Mổ thì có làm hồi phục chức năng tinh hoàn hay không? Hiện nay còn thiếu nghiên cứu đối chứng, tuy vậy xu hướng mổ sớm vẫn được nhiều tác giả đồng tình. Tại Mỹ, năm 1986 khuyến cáo mổ khi trẻ 4 – 6 tuổi, nhưng đến năm 1996 thì lại khuyến cáo mổ lúc 1 tuổi vì tinh hoàn không xuống bìu vẫn bình thường lúc 1 – 2 tuổi và bắt đầu thoái hóa nhanh chóng sau tuổi này. Kollin C và cộng sự (2006) theo dõi sau mổ từ 1 – 2 năm thấy rằng những trẻ mổ trước 2 tuổi có thể tích tinh hoàn to hơn rõ rệt so với mổ sau 2 tuổi [2]. Okuyama A và cộng sự (1989) thấy rằng mổ sớm còn có tác dụng duy trì tốt chức năng tinh hoàn bên lành so với mổ muộn. Đặc biệt 2008 Châu Âu đưa ra đồng thuận nên mổ trước 1 tuổi (4,11) Vì vậy lựa chọn mổ hạ tinh hoàn của chúng tôi 1 – 2 tuổi là phù hợp với khuyến cáo của các tác giả trên thế giới. Kết quả phẫu thuật của chúng tôi (bảng 4) thấy lỗ bẹn và ống bẹn mổ đưa xuống bìu được hoàn toàn, nhưng ổ bụng và lỗ bẹn trong có 13 tinh hoàn thì đưa xuống bìu được 9, 2 tinh hoàn cố định vào ống bẹn chờ mổ thì 2 và không tìm thấy 2 tinh hoàn. Theo nghiên cứu của Hoàng Tiến Việt (2007) [7] hạ được tinh hoàn xuống bìu 100% ở trẻ ẩn tinh hoàn được mổ trước 2 tuổi. Nhận định của Joel M Sumfest và cộng sự (2012) THKXB sờ thấy tỉ lệ thành công là 95 – 96 %, ở đây chúng tôi chưa gặp trường hợp nào không thành công. Biến chứng sau mổ : cắt vào mạch máu, teo tinh hoàn, nhiễm trùng, phù nề tinh hoàn...chúng tôi chưa gặp nhưng theo y văn tỉ lệ này từ 1 – 5 % và chúng tôi cần phải theo dõi thêm [1,11].

V/ KẾT LUẬN :

Qua theo dõi và điều trị 104 trường hợp tinh hoàn không xuống bìu từ sơ sinh đến 2 tuổi chúng tôi rút ra một số kết luận :

- Điều trị HCG xuống bìu hoàn toàn 24 % , xuống 1 phần 31,7 % , không xuống 44,2 %
- Tinh hoàn ở lỗ bẹn ngoài điều trị HCG xuống bìu hoàn toàn 62,5 % , ống bẹn xuống 8,9 %
- Tinh hoàn ở lỗ bẹn nông và ống bẹn mổ hạ thành công 100 % , ổ bụng và lỗ bẹn sâu xuống 9/11 tinh hoàn, xuống một phần 2/11, không tìm thấy 2/13 THKXB không sờ thấy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thái Minh Sâm. Kỹ thuật kéo dài thừng tinh trong điều trị tinh hoàn ẩn thể cao; Luận án tiến sỹ y học. ĐHY Dược thành phố Hồ Chí Minh 2006.
2. Kaleva M, Arsalo A, Lonhimo I, Rapola J, et all. Treatment with Human chorionic gonadotrophin for cryptorchidism: clinical and histological effects. International Journal of andrology, 1996,19(5):293-298.
3. Sekabira. J, Kaggwa.S, Birabwa Male. D. Prevalence and patterns of undescended testis among primary school pupils in Kampala, Uganda. East and central African Journal of Surgery; 2005,P 13-17.
4. Lê Tất Hải. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị tinh hoàn không xuống bìu, không sờ thấy. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II Trường ĐHY Hà Nội; 2006.
5. E Martin Rit zen et al. Undescended testes: a consensus on management. The 5th Ferring International paediatric Edocrinology Symposium, Baveno, Italy 2008 .
6. Nguyễn Thị Ân. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hiệu quả của HCG trong điều trị THKXB ở trẻ em. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y khoa – Trường ĐHY Hà Nội, 2000.
7. Hoàng Tiến Việt. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tinh hoàn không xuống bìu tại Bệnh viện Việt Đức. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa cấp II – Trường ĐHY Hà Nội; 2007.
8. Steven G Docimo, Richard I Silver, William Crome. The undescended testical: Diagnosis and management. Published by the American

Academy of family physicians. November 1. 2000; Vol 62, No 9, P 2037-47

9. Hadziselinovic F. Cryptorchidism: Management and implication. Berlin, 1983, Springer 11-13

10. Joel M Sumfest, Edward David Kim. Cryptorchidism treatment & management. [http:// emedicine.medscape.com/article/438378-treatment#a28](http://emedicine.medscape.com/article/438378-treatment#a28), Jan 20,2012

11. Kollin C, Hesser U, Ritzen EM, Karpe B. Testicular growth from birth to 2 years of age, and the effect of orchidopexy at age nine months: a randomized, controlled study; pubMed, 2006 Mar, 95(3):318-24.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LỘ TUYẾN CỔ TỬ CUNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐỐT ĐIỆN

Lưu Thị Hồng⁽¹⁾, Lê Quang Vinh⁽²⁾

(1) Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị lộ tuyến cổ tử cung bằng phương pháp đốt điện. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu nhận và phân tích 50 trường hợp được chẩn đoán và điều trị đốt điện vì lộ tuyến cổ tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 11/2011 đến 11/2012. Tất cả các trường hợp này được theo dõi và khám lại vào tuần thứ 2, 4, 8 và 12 sau đốt điện để đánh giá kết quả theo các mức độ khỏi, khá và kém, đồng thời phát hiện các biến chứng. **Kết quả:** kết quả điều trị khỏi chiếm tới 74%, khá 16%, kém 105%; kết quả điều trị theo kích thước tổn thương 5 – 20mm, 20 – 25mm và >25mm phân bố: tỷ lệ khỏi chiếm theo thứ tự 100%, 69.23% và 25.005%; tỷ lệ khá theo thứ tự 0%, 23.08% và 41.67%; tỷ lệ kém lần lượt chiếm 0%, 7.69% và 33.33% ($p < 0.05$); kết quả điều trị theo nhóm tuổi: khỏi phân bố từ 62.50% đến 85.72%, khá từ 0% đến 37.50%, kém từ 0% đến 20.00% ($p > 0.05$); biến chứng sau điều trị gặp nhiều nhất là ra dịch máu âm đạo (90.00%), sau đó là chảy máu (10.00%), không gặp biến chứng nặng như chít hẹp cổ tử cung. **Kết luận:** kết quả điều trị khỏi và khá chiếm 80%, hiệu quả điều trị liên quan tới đường kính tổn thương lộ tuyến đạt tới 100% khỏi ở tổn thương có đường kính < 20mm, đốt điện là phương pháp điều trị an toàn.

Từ khóa: Lộ tuyến cổ tử cung, đốt điện.

ABSTRACT

ASSESSING THE RESULTS OF TREATMENT OF CERVICAL EROSION BY ELECTROCAUTERY.

Objectives: Evaluate the result of cervical erosion treatment by electrocautery. **Subjects and methods:** A cross - section descriptive study was conducted. Collection and analysis of 50 cases with cervical erosion diagnosed and treated by electrocautery in NOGH from 11/2011 to 11/2012. All of cases were followed up at week 2, 4, 8 and 12 after treatment to assess the results of treatment and detect the complications. **Results:** Well result: 74%, moderate: 16%, poor: 20%; results/size of lesion in range 5 - 20mm, 20-25mm and >25mm: Well 100%, 69.23%, 25.50% respectively, moderate 0%, 23.08%, 41.67% respectively, poor 0%, 7.69%, 33.33% respectively ($p < 0.05$); results/ age-group: Well 62.50% - 85.72%, moderate 0% - 37.50%, poor 0% - 20.00% ($p > 0.05$); dirty discharge was the mostly common symptom (90.00%), secondly Vaginal bleeding (10.00%), no severe complications. **Conclusion:** Result of treatment at good and moderate level were high (80.00%), there was relationship between results of treatment with size of erosion lesion, electrocautery is safe method to treat cervical erosion.

Keywords: Cervical erosion, electrocautery.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Viêm đường sinh dục nữ là một bệnh khá phổ biến ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, tỷ lệ bệnh thay đổi từ 50% - 65% tùy theo từng nghiên cứu. Theo Dương Thị Cương, viêm âm đạo chiếm tỷ lệ cao nhất (65.28%), tiếp đến là viêm lộ tuyến cổ tử cung, viêm cổ tử cung, viêm âm hộ (lần lượt 30%, 26.7% và 6.3%)(1). Các tổn thương lành tính ở cổ tử cung có thể tiến triển thành những tổn thương tiền ung thư và ung thư. Do vậy, điều trị sớm và triệt để các tổn thương lành tính cổ tử cung là nhằm phòng chống ung thư cổ tử cung (2). Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị khác nhau, trong đó

phương pháp đốt điện cổ tử cung là một phương pháp khá đơn giản, rẻ tiền và có thể áp dụng dễ dàng ở mọi cơ sở y tế. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: đánh giá hiệu quả điều trị lộ tuyến cổ tử cung bằng phương pháp đốt điện.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. ĐỐI TƯỢNG:

Nghiên cứu đã được thực hiện trên 50 người bệnh trong độ tuổi từ 24 – 50 tuổi (tuổi trung bình 37.22 ± 10.30) được chẩn đoán lộ tuyến cổ tử cung đơn thuần có đường kính tổn thương $\geq 5\text{mm}$ và được

điều trị bằng phương pháp đốt điện diệt tuyến tại phòng khám bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 11/2011 đến tháng 11/2012.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh có đủ điều kiện dưới đây được thu nhận vào nghiên cứu

- Đường kính lộ tuyến $\geq 5\text{mm}$
- Đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.
- Tuổi từ 24 – 50 tuổi, đã có quan hệ tình dục và được chẩn đoán là lộ tuyến cổ tử cung.
- Không có dấu hiệu nhiễm trùng đường sinh dục dưới.

- Có kết quả xét nghiệm tế bào âm đạo - cổ tử cung theo phân loại của hệ thống Bethesda 2001 là bình thường.

2.2. PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH:

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang có theo dõi.

2.2.2. Các bước tiến hành

- Khám phụ khoa để xác định lộ tuyến cổ tử cung.
- Xét nghiệm tế bào âm đạo cổ tử cung.
- Tư vấn và chọn người bệnh đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

- Thực hiện đốt diệt tuyến trên máy đốt điện ALSATOM 100-MB tại phòng khám bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

- Thời điểm đốt điện: Sau chống viêm tại chỗ 5 ngày và sạch kinh được 2 – 3 ngày, tối đa không quá ngày thứ 10 của vòng kinh.

- Đánh giá kết quả điều trị: Sau đốt diệt tuyến, người bệnh không quan hệ tình dục ít nhất 4 tuần. Người bệnh được hẹn khám lại sau đốt điện 2, 4, 8 và 12 tuần để phát hiện biến chứng nếu có và đánh giá kết quả điều trị.

- Ghi giấy theo dõi các biến chứng: chảy máu, đau bụng, rối loạn kinh nguyệt, đau hoặc ra máu âm đạo khi giao hợp, chít hẹp cổ tử cung.

- Ghi giấy theo dõi kết quả điều trị dựa vào khám lâm sàng, soi cổ tử cung, xét nghiệm tế bào. kết quả điều trị được đánh giá theo chỉ tiêu của Vương Tiến Hoà [3].

+ Khỏi hoàn toàn: Không có khí hư, biểu mô vảy hồi phục hoàn toàn, Nghiệm pháp Schiller (+).

+ Khá: Khí hư giảm rõ rệt, còn lộ tuyến, nhưng khu trú, nghiệm pháp Schiller không đều.

+ kém: Khí hư nhiều, lộ tuyến không thu hẹp hoặc thu hẹp không đáng kể < nghiệm pháp Schiller (-).

- Sử dụng Fisher Exact – test để phân tích số liệu và tìm mối liên quan.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

3.1. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ.

Bảng 3.1. Kết quả điều trị diệt tuyến.

Kết quả điều trị	số người bệnh	Tỷ lệ (%)
Khỏi hoàn toàn	37	74.00
Khá	8	16.00
Kém	5	10.00
Tổng số	50	100

Đa số bệnh nhân được điều trị khỏi chiếm tới 74.00%, có 16% người bệnh đạt kết quả khá, chỉ có 10% trường hợp không khỏi sau 18 tuần. Sự khác biệt về những tỷ lệ trên có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

Bảng 3.2. Kết quả điều trị theo tuổi.

Kết quả \ Nhóm tuổi	24 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	≥ 45
Khỏi hoàn toàn	5 (83.33%)	11 (64.71%)	12 (85.72%)	5 (62.50%)	4 (80.00%)
Khá	0 (0%)	4 (23.53%)	1 (7.14%)	3 (37.50%)	0 (0%)
Kém	1 (16.67%)	2 (11.76%)	1 (7.14%)	0 (0%)	1 (20.00%)
Tổng số	6 (100%)	17 (100%)	14 (100%)	8 (100%)	5 (100%)

Tính theo mỗi nhóm tuổi, tỷ lệ điều trị khỏi dao động từ 62.50% đến 85.72%, tỷ lệ có kết quả điều trị khá thay đổi từ 0% đến 37.50% và có kết quả kém là 0% đến 20.00%. Tuy nhiên, sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.3. Kết quả điều trị theo đường kính lộ tuyến

Kết quả \ Đường kính (mm)	5 - 20	20 - 25	>25
Khỏi	25 (100%)	9 (69.23%)	3 (25.00%)
Khá	0	3 (23.08%)	5 (41.67%)
Kém	0	1 (7.69%)	4 (33.33%)

Bảng trên cho thấy: Những tổn thương có đường kính từ 5 – 20 mm có kết quả điều trị khỏi hoàn toàn 100%, trong khi các tổn thương có đường kính 20 – 25 mm có kết quả khỏi, khá và kém chiếm tỷ lệ theo thứ tự 69.23%, 23.08% và 7.69%. Tổn thương có đường kính >25 mm có kết quả khá chiếm tỷ lệ cao nhất (41.67%), tiếp theo là kém và khỏi hoàn toàn lần lượt là 33.33% và 25.00%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. CÁC BIẾN CHỨNG

Theo dõi 12 tuần sau điều trị đốt điện, chúng tôi không thấy trường hợp nào có biến chứng chít hẹp hoặc dính lỗ cổ tử cung, giao hợp đau hoặc ra máu, viêm phần phụ. Có 3 trường hợp có thai sau đốt điện diệt tuyến 8 tuần.

Bảng 3.4. Các biểu hiện cơ năng và thực thể sau đốt điện (2 – 4 tuần)

Biểu hiện	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Ra dịch lẫn máu âm đạo	45	90.00
Chảy máu	5	10.00
Đau bụng	0	
Nhiễm trùng	0	

Hầu hết các trường hợp có dấu hiệu ra dịch lẫn máu âm đạo chiếm 90.00%, có 5 trường hợp chảy máu vết đốt điện. Không thấy trường hợp nào đau bụng hoặc bị nhiễm trùng.

4. BÀN LUẬN:

4.1. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ

Đánh giá kết quả điều trị, chúng tôi thấy 74% các trường hợp hết lộ tuyến sau đốt diệt tuyến, có 16% số người bệnh đạt kết quả khá và chỉ có 10% trường hợp không khỏi bệnh. Theo một số nghiên cứu của các tác giả trong nước (3,4,5), kết quả điều trị khỏi và khá dao động từ 82% - 95 %. Tỷ lệ khỏi và khá trong nghiên cứu là 84% tương đương với kết quả nghiên cứu của Lê Minh Toàn 87% (5). Trong 5 trường hợp không khỏi đã được đốt điện lần 2 sau khi đã có kết quả papsmear bình thường và thời gian là sau 12 tuần từ khi đốt lần thứ nhất.

Kết quả điều trị lộ tuyến cổ tử cung liên quan đến đường kính tổn thương. Những tổn thương có đường kính $\leq 20\text{mm}$ có kết quả điều trị khỏi hoàn toàn là 100% so với những tổn thương có đường kính từ 20 – 25 mm và $>25\text{mm}$ thứ tự là 69.23% và 25.00%. Trong khi đó, kết quả điều trị khá hoặc kém tăng nhanh và cao ở những trường hợp có đường kính tổn thương từ 20-25 mm và $>25\text{mm}$ (lần lượt 23.08%, 41.68%, 7.69% và 33.33%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Tuy nhiên, không có sự khác nhau giữa các nhóm tuổi ($p > 0.05$). Kết quả này tương tự những kết quả nghiên cứu của Vương Tiến Hoà và Cung Thị Thuỷ (3, 4).

4.2. CÁC BIẾN CHỨNG SAU ĐIỀU TRỊ ĐỐT DIỆT TUYẾN CỔ TỬ CUNG

4.2.1. Những biểu hiện gần:

Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau đốt điện hầu hết các trường hợp có dấu hiệu ra dịch lẫn máu âm đạo chiếm tới 90% và 5 trường hợp chảy máu, các trường hợp chảy máu, chúng tôi đã đặt gạc dài vào âm đạo 24 giờ, sau đó rút gạc và điều trị đặt thuốc kháng sinh âm đạo phòng nhiễm khuẩn 7

ngày, tất cả các trường hợp đều ngừng chảy máu. Không có trường hợp nào có đau bụng hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng. Điều này chứng tỏ, các biểu hiện gần sau đốt điện diệt tuyến cổ tử cung là không nguy hiểm và có thể kiểm soát. Kết quả trên phù hợp với nhận xét của Vương Tiến Hoà và Lê Minh Toàn (3, 5).

4.2.2. Những biến chứng xa:

Chúng tôi không gặp trường hợp nào có biến chứng chít hẹp lỗ cổ tử cung, giao hợp đau hoặc ra máu âm đạo sau giao hợp, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết luận của Zawislak (6).

5. KẾT LUẬN:

- Đốt điện diệt tuyến cổ tử cung là phương pháp điều trị viêm lộ tuyến tử cung đạt hiệu quả cao, điều trị khỏi chiếm tới 74.00%

- Hiệu quả điều trị liên quan đến đường kính tổn thương lộ tuyến, 100% đạt kết quả tốt với lộ tuyến 5-20mm và không liên quan đến tuổi của người bệnh.

- Đốt điện không có biến chứng nghiêm trọng, không làm chít hẹp lỗ cổ tử cung, không gây giao hợp đau hoặc ra máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Thị Cương và cộng sự. Giá trị soi cổ tử cung để phát hiện sớm ung thư cổ tử cung. Hội nghị chuyên đề ung thư cổ tử cung và nhiễm khuẩn phụ khoa. 7/1986:59-61.
2. Bộ Y Tế. Tài liệu hướng dẫn sàng lọc và điều trị những tổn thương tiền ung thư để phòng ngừa ung thư cổ tử cung thứ phát; 6/2011.
3. Vương Tiến Hoà. Một số vấn đề bệnh lý cổ tử cung; Nhà xuất bản Y học; 2012.118 – 20.
4. Cung Thị Thu Thủy. Soi cổ tử cung và một số tổn thương cổ tử cung. Nhà xuất bản Y học 2011: 201-2.
5. Lê Minh Toàn. Kết quả điều trị các tổn thương lành tính cổ tử cung bằng hai phương pháp đốt điện và áp lạnh. Luận án TS y dược học, Đại học Y Hà Nội. 1995.
6. Zawislak A, Price IH. Efficacy of cervical intraepithelial neoplasia treatment by cold coagulation. Ulstr. Med. J; 2003. 72 (1): 10-15.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHÁ THAI NỘI KHOA TUỔI THAI BA THÁNG GIỮA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2012

Nguyễn Thị Lan Hương, Vũ Văn Du, Phó Thị Tố Tâm, Nguyễn Thị Yến Lê
Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả phá thai nội khoa tuổi thai ba tháng giữa tại BVPSTW năm 2012, tìm hiểu tỷ lệ tai biến và độ an toàn của phương pháp. **Đối tượng và phương pháp:** 144 thai phụ tuổi thai từ 13 đến 22 tuần, đến phá thai tại BVPSTW từ 01/01/2012 đến 30/06/2012, áp dụng phác đồ MSP đơn thuần. Thai 13 - 17 tuần: đặt âm đạo 200 mcg MSP mỗi 4 giờ, tối đa 5 liều đến khi thai sảy. Thai 18 - 22 tuần: đặt âm đạo 200 mcg MSP mỗi 4 giờ, tối đa 5 liều đến khi thai sảy. Mỗi đợt thuốc không quá 3 ngày, tối đa 3 đợt, khoảng cách giữa các đợt 5 - 7 ngày. **Kết quả:** tỷ lệ thành công: 97,2%, tỷ lệ nạo buồng tử cung: 86,1%, tỷ lệ tai biến: 1,4%. **Kết luận:** phá thai nội khoa ba tháng giữa bằng MSP đơn thuần có hiệu quả và độ an toàn cao, tỷ lệ nạo buồng tử cung sau sẩy thai còn cao, cần có thêm các nghiên cứu nhằm làm giảm tỷ lệ can thiệp vào buồng tử cung sau sẩy thai.

Từ khóa: Sẩy thai, Misoprostol.

ABSTRACT

Objective: to assess the efficiency and safety of the misoprostol (MSP) alone in use for medical abortion at the second trimester pregnancy were estimated in the National hospital of Obstetrics and Gynecology. **Materials and methods:** the cross sectional study is applied for 144 pregnant women undergoing abortion at 13 - 22 weeks of gestation (from 01/01/2012 to 30/06/2012) received MSP only. From 13 to 17 weeks of gestation: MSP was intravaginal administered 200 mcg every 4 hours up to 5 times until abortion. From 18 to 22 weeks of gestation: MSP was intravaginal administered 200 mcg every 6 hours up to 5 times until abortion. Event each series not exceeding 3 days, maximum 3 series, serial intervals: 5 - 7 days. **Results:** Success rate: 97.2%, uterine curettage rate: 86.1%, complication rate: 1.4%. **Conclusions:** medical abortion by MSP alone at the second trimester pregnancy has high success rate and safe. The rate of uterine curettage is high.

Keywords: Abortion, Misoprostol.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ phá thai cao trong khu vực và trên thế giới. Tỷ lệ phá thai/tổng số đẻ chung toàn quốc là 52%, tỷ lệ phá thai là 83/1000 phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và tỷ suất phá thai là 2,5 lần/phụ nữ [1].

Phá thai ba tháng giữa chiếm 10% - 15% tổng số các trường hợp phá thai nhưng lại dẫn đến hơn 2/3 tai biến nặng. Có nhiều phương pháp phá thai ba tháng giữa, nhưng gần đây phương pháp phá thai nội khoa đã được nghiên cứu và áp dụng tại nhiều cơ sở y tế và ngày càng trở nên thường quy trên toàn thế giới. Đây là một khuynh hướng mới trong thực hành sản khoa, ngày càng hướng tới các biện pháp ít can thiệp vào cơ thể người phụ nữ trong quá trình điều trị, làm giảm tỷ lệ tử vong và tai biến do các thủ thuật phá thai gây ra. Mifepristone và Misoprostol (MSP) là những thuốc thường được sử dụng để gây sẩy thai,

mang lại hiệu quả và độ an toàn cao. Đối với phá thai to trên 3 tháng, phác đồ MSP đơn thuần đã được áp dụng rộng rãi ở cả trong và ngoài nước, cho thấy đây là một phương pháp hiệu quả, an toàn và tiện lợi. Chỉ với MSP mà đã có rất nhiều tác giả nghiên cứu, đưa ra nhiều phác đồ khác nhau để mong muốn tìm ra một phác đồ ưu việt nhất.

Tại Bệnh viện phụ sản Trung ương, MSP được sử dụng trong phá thai quý II từ năm 1999. Các tác giả đã lựa chọn nhiều phác đồ khác nhau, tỷ lệ thành công khá cao, từ 83% - 97%. Gần đây, với Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009 [2], phá thai ba tháng giữa đã có cơ sở để được thực hiện một cách rộng rãi, bài bản hơn và dựa trên cơ sở pháp lý vững chắc. Để đánh giá hiệu quả của phương pháp phá thai bằng MSP đơn thuần này, chúng tôi đã tiến hành tìm hiểu kết quả phá thai nội khoa ba tháng giữa tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012 với hai mục tiêu:

1. Đánh giá hiệu quả của phương pháp phá thai nội khoa bằng MSP đơn thuần tuổi thai ba tháng giữa.
2. Tìm hiểu tỷ lệ tai biến nhằm đánh giá độ an toàn của phương pháp.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

Tất cả các thai phụ có chỉ định phá thai hoặc xin phá thai, tuổi thai từ 13 đến 22 tuần, được phá thai bằng MSP đơn thuần tại khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2012 đến 30/06/2012.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang bằng phương pháp hồi cứu số liệu trên hồ sơ bệnh án có sẵn.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu nghiên cứu: $n = 144$

Phương pháp tiến hành: Thuốc nghiên cứu: MSP viên nén, hàm lượng 200 mcg.

Mô tả phác đồ điều trị:

Thai 13 – 17 tuần: mỗi 4 giờ đặt âm đạo 1 viên MSP 200 mcg cho đến khi thai sảy, liều tối đa 5 viên một ngày.

Thai 18–22 tuần: mỗi 6 giờ đặt âm đạo 1 viên MSP 200 mcg cho đến khi thai sảy, liều tối đa 3 viên một ngày.

Mỗi đợt MSP không kéo dài quá ba ngày, tối đa dùng 3 đợt, khoảng cách giữ các đợt là 5 - 7 ngày, có thể cho bệnh nhân về phép giữa các đợt.

- Đánh giá kết quả:

Thành công: Khi thai được tổng ra khỏi buồng tử cung chỉ bằng MSP (được xác định bằng lâm sàng và siêu âm).

Thất bại: khi dùng 3 đợt MSP mà thai không sảy, khi phải chuyển phương pháp điều trị khác, khi xảy ra tai biến.

- Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 19.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

TT	Đặc điểm thông tin chung		n	%
1	Nhóm tuổi	< 20	24	16,7
		20 - 24	41	28,5
		25 - 29	40	27,8
		30 - 34	21	14,6
		35 - 39	10	6,9
		≥ 40	8	5,6
		$\bar{X} \pm SD$	26,17 ± 6,78	

2	Tuổi thai	13 - 17	41	28,5
		18 - 22	103	71,5
3	Địa dư	Hà Nội	60	41,7
		Tỉnh khác	84	58,3
4	Tình trạng hôn nhân	Có chồng	85	59,0
		Chưa chồng	59	40,0
5	Tiền sử sinh đẻ	Chưa có con	90	62,5
		1 con	27	18,7
		2 con	22	15,3
		≥ 3 con	05	3,5
6	Tiền sử nạo phá thai	0 lần	89	61,8
		1 lần	27	18,8
		≥ 2 lần	28	19,4
7	Lý do phá thai	Chưa chồng	55	38,2
		Đủ 2 con	18	12,5
		Thai bất thường	62	43,1
		Khác	9	6,2
		Học sinh, sinh viên	37	25,7
		Công nhân	18	12,5
		Cán bộ	17	11,8
		Làm ruộng	19	13,2
		Tự do	53	36,8

Phá thai hay gặp nhất ở lứa tuổi 20 – 29, tuổi thai 18 – 22 tuần. Tỷ lệ chưa có chồng khá cao: 40%. Lý do phá thai do thai bất thường cao nhất: 43,1%, do chưa có chồng: 38,2%.

2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Bảng 2. Tỷ lệ thành công

Kết quả điều trị	n	%
Thành công	140	97,2
Thất bại	4	2,8
Tổng	144	100,0

Tỷ lệ thành công cao: 97,2%.

Bảng 3. Tỷ lệ thành công theo đợt

Đợt sảy thành công	n	%	Thời gian gây sảy (giờ)	Liều MSP (viên)
Đợt I	129	92,1	31,24 ± 18,61	5,83 ± 3,28
Đợt II	7	5,0	80,59 ± 13,69	13,14 ± 5,61
Đợt III	4	2,9	127,10 ± 37,61	21,75 ± 3,95
Tổng	140	100,0	36,44 ± 26,78	6,45 ± 4,02
P (I-II)			$p < 0,001$	$p < 0,001$
Min - max			6,33 - 164	2 - 24

Phần lớn thai sảy sau một đợt điều trị. Trong số 140 trường hợp sảy thai thành công, có 92,1% thai sảy sau một đợt MSP. Thời gian gây sảy thai trung bình là 36,44 ± 26,78 giờ. Liều MSP trung bình gây sảy thai là 6,45 ± 4,02 viên.

Bảng 4. Hình thức sảy thai

Hình thức sảy	Đợt MSP		Đợt I		Đợt II		Đợt III		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hoàn toàn	19	14,3	0	0	1	25,0	20	13,9		
Kiểm soát tử cung	114	85,7	7	100	3	75,0	124	86,1		
Tổng	133	100,0	7	100,0	4	100,0	144	100,0		
p	p>0,05									

Tỷ lệ sảy thai phải kiểm soát tử cung bằng dụng cụ khá cao: 86,1%. Hình thức sảy thai giữa các đợt không có sự khác biệt có ý nghĩa với $p>0,05$.

Bảng 5. Liên quan giữa tỷ lệ thành công của các đợt điều trị với tuổi thai

Đợt MSP	13 - 17		18 - 22	
	n	%	n	%
Đợt I	36	87,8	97	94,2
Đợt II	3	7,3	4	3,9
Đợt III	2	4,9	2	1,9
Tổng	41	100	103	100
p	p>0,05			

Sau các đợt điều trị, tỷ lệ thành công không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi thai với $p>0,05$.

3. TAI BIẾN

Bảng 6. Tỷ lệ tai biến và liên quan giữa tỷ lệ tai biến với tuổi thai

Tai biến	13 - 17		18 - 22		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Không	39	95,2	103	100,0	142	98,6
Băng huyết	1	2,4	0	0	1	0,7
Vỡ TC, Rách CTC	1	2,4	0	0	1	0,7
Choáng	0	0	0	0	0	0
Tổng	41	100,0	103	100,0	144	100,0

Tỷ lệ tai biến chung: 1,4%, gồm 1 trường hợp băng huyết, 1 trường hợp rách cổ tử cung, đều gặp ở tuổi thai 13 - 17 tuần.

Bảng 7. Tỷ lệ tai biến liên quan với số đợt MSP

Tai biến	Đợt I		Đợt II		Đợt III	
	n	%	n	%	n	%
Không	131	98,4	7	100,0	4	100,0
Băng huyết	1	0,8	0	0	0	0
Vỡ TC, Rách CTC	1	0,8	0	0	0	0
Choáng	0	0	0	0	0	0
Tổng	133	100,0	7	100,0	4	100,0

Cả hai trường hợp tai biến đều xảy ra ở đợt điều trị đầu tiên.

BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 144 khách hàng đến phá thai

ở tuổi thai từ 13 đến 22 tuần, dùng phương pháp phá thai bằng MSP đơn thuần, áp dụng theo phác đồ của Hướng dẫn chuẩn quốc gia năm 2009, chúng tôi nhận thấy phá thai hay gặp nhất ở lứa tuổi 20 - 29. Nhóm tuổi vị thành niên cũng chiếm tỷ lệ khá cao: 16,7%. Tầng lớp học sinh, sinh viên chiếm 25,7%. Tỷ lệ chưa chồng khá cao: 40%. Như vậy việc đẩy mạnh công tác tuyên truyền giáo dục về giới tính cũng như các biện pháp kế hoạch hóa gia đình nhằm làm giảm tỷ lệ phá thai to ở lứa tuổi thanh niên và vị thành niên là hết sức quan trọng, cần nhận được sự quan tâm hơn nữa của toàn xã hội.

Tuổi thai 18 - 22 tuần chiếm tỷ lệ 71,5%, cao hơn so với tuổi thai 13 - 17 tuần. Ở thời điểm đầu năm 2012, tại BVPSTƯ vẫn còn áp dụng khá phổ biến biện pháp nong và gắp cho tuổi thai nhỏ hơn 17 tuần. Đây là lý do số trường hợp phá thai nội khoa từ 18 - 22 tuần chiếm tỷ lệ ưu thế.

Lý do phá thai do thai bất thường cao nhất: 43,1%, cao hơn so với kết quả nghiên cứu của một số tác giả như: Phan Thanh Hải (2006): 27,92% [3], Nguyễn Thị Lan Hương (2011): 13,08% [4]. Với sự tiến bộ vượt bậc của các phương pháp chẩn đoán trước sinh, tỷ lệ phá thai do thai bất thường đã tăng lên một cách rõ rệt, do đó đã góp phần làm tăng đáng kể các trường hợp đình chỉ thai ba tháng giữa.

Tỷ lệ thành công của phương pháp là 97,2%. Có nhiều phác đồ MSP đơn thuần khác nhau, cách đánh giá của các tác giả về sự thành công của mỗi phương pháp cũng khác nhau, nhưng so sánh với các tác giả trong và ngoài nước thì kết quả đã đạt được là rất cao. Tỷ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu của các tác giả: Dickinson (2003): thành công 85,7% [5], Bunxu Inthapatha (2007): 91,2% [6], Nguyễn Thị Lan Hương (2011): 75,38% [4].

Tỷ lệ sảy thai phải kiểm soát tử cung bằng dụng cụ chiếm 86,1%. Rất nhiều nghiên cứu trên thế giới chỉ rõ rằng tỷ lệ nạo buồng tử cung sau sảy không cao, chỉ dao động trong khoảng 8% - 20%. Theo Gilbert (2001), tỷ lệ nạo buồng tử cung của hai nhóm nghiên cứu dùng MSP đơn thuần cho tuổi thai ba tháng giữa là 10,8% và 8,2% [7]. Theo Feldman (2003), tỷ lệ nạo buồng tử cung là 18% và 13% [8]. Trái lại các nghiên cứu trong nước cho thấy tỷ lệ nạo buồng tử cung trong phá thai nội khoa ba tháng giữa rất cao, thậm chí trở thành thường qui ngay sau khi sổ thai ở nhiều cơ sở y

tế. Kiểm soát tử cung chiếm tỷ lệ 98,8% - 100% theo báo cáo của các tác giả Bùi Suong – Nguyễn Huy Bạo (2002) [9], Lê Hoài Chương (2005) [10], Bunxu Inthapatha (2006) [6]. Kết quả của chúng tôi xác nhận tỷ lệ nạo buồng tử cung sau sẩy thai còn khá cao. Do đó, cần có thêm những nghiên cứu trong nước để chứng minh việc nạo lại buồng tử cung thường qui ngay sau sẩy thai trong phá thai ba tháng giữa là không bắt buộc, chỉ nên nạo trong những trường hợp cần thiết. Điều này sẽ làm hạn chế những can thiệp vào buồng tử cung, làm giảm tỷ lệ tai biến và những nguy cơ về vấn đề vô sinh sau này cho người phụ nữ.

Các tai biến có thể xảy ra trong phá thai to là choáng, băng huyết, tổn thương đường sinh dục và các tạng xung quanh, nhiễm khuẩn, thậm chí tử vong. Phá thai nội khoa đã hạn chế đến mức tối đa các tai biến này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tai biến chung là 1,4%, gồm một trường hợp băng huyết phải truyền máu, một trường hợp rách cổ tử cung chảy máu phải khâu phục hồi. Cả hai trường hợp này đều xảy ra ở tuổi thai 13 – 17 tuần và trong đợt điều trị MSP đầu tiên. Điều này có vẻ trái ngược với các quan điểm cho rằng, tuổi thai càng lớn, liều MSP càng cao càng dễ tai biến. Tuy nhiên vì số lượng bệnh nhân nghiên cứu không lớn lắm, số trường hợp tai biến ít nên mối liên quan giữa tai biến với tuổi thai và số đợt điều trị chưa thực sự có ý nghĩa. Tỷ lệ tai biến 1,4% là một tỷ lệ rất thấp, phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, dao động ở mức 0% - 3,89%. Tuy nhiên cả hai trường hợp trên đều ở mức độ có thể kiểm soát được và không nghiêm trọng. Tất cả các khách hàng đều được tư vấn đầy đủ về quy trình phá thai, tác dụng phụ của thuốc, được theo dõi và chăm sóc chu đáo. Vì vậy họ đều thấy rất yên tâm trong suốt quá trình điều trị, điều đó cũng góp phần tạo nên sự thành công của phương pháp.

KẾT LUẬN

1. Phác đồ MSP đơn thuần trong phá thai ba tháng giữa tại BVPSTW áp dụng theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009 có tỷ lệ thành công cao: 97,2%. Tỷ lệ nạo buồng tử cung còn kh, cao: 86,1%, do đó cần có thêm các nghiên cứu nhằm làm giảm tỷ lệ can thiệp vào buồng tử cung sau sẩy thai.

2. Tỷ lệ tai biến thấp: 1,4%, chứng minh độ an toàn cao của phương pháp phá thai ba tháng giữa bằng MSP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vương Tiến Hòa. Làm mẹ an toàn: những thành công và thách thức. Những vấn đề thách thức trong sức khỏe sinh sản hiện nay. Nhà xuất bản Y học. 2004, tr. 7-14.
2. Bộ Y tế. Phá thai bằng thuốc từ tuần 13 đến hết tuần 22. Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. 2009, tr. 378-380.
3. Phan Thanh Hải. Nghiên cứu một số lý do, đánh giá hiệu quả của Misoprostol trong phá thai từ 17 đến 22 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2008. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội. 2008.
4. Nguyễn Thị Lan Hương. Nghiên cứu hiệu quả phá thai từ 13 đến 22 tuần của misoprostol đơn thuần và mifepriston kết hợp misoprostol. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2011.
5. Dickinson JE, Evans SF. A comparison of oral misoprostol with vaginal misoprostol administration in second trimester pregnancy termination for fetal abnormality. Obstet. Gynecol. 2003, 101(6), pp. 1294-1299.
6. Bunxu Inthapatha. Nghiên cứu sử dụng Misoprostol đơn thuần trong phá thai với tuổi thai từ 17-24 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2006. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2007.
7. Gilbert A, Reid R. A randomised trial of oral versus vaginal administration of misoprostol for the purpose of mid-trimester termination of pregnancy. Aust. N. L. J. Obstet. Gynaecol. 2001, 41(4), pp. 407-410.
8. Feldman DM, Borgida AF, Rodis JF, Leo MV, Cambell WA. A randomized comparison of two regimens of misoprostol for second-trimester pregnancy termination. Am. J. Obstet. Gynecol. 2003, 189 (3), pp. 710-713.
9. Bùi Suong, Nguyễn Huy Bạo. Nhận xét qua 439 trường hợp phá thai 13 đến 18 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Nội san Khoa học công nghệ y học Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. 2002.
10. Lê Hoài Chương. Nghiên cứu tác dụng làm mềm mở cổ tử cung và gây chuyển dạ của misoprostol. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2005.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH PHÁ THAI TO Ở TRẺ VỊ THÀNH NIÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2012

Nguyễn Thị Bích Vân⁽¹⁾, Vũ Văn Du⁽²⁾, Phan Thị Anh⁽²⁾, Nguyễn Thanh Huyền⁽²⁾, CN. Phạm Thị Dũng⁽²⁾

(1) Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thái độ và kiến thức của các trường hợp phá thai to vị thành niên trong 6 tháng đầu năm 2012 và kết quả đình chỉ thai nghén các trường hợp này. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu dựa trên các hồ sơ của vị thành niên đến khám và bỏ thai ở tuổi thai 13 – 22 tuần tại khoa ĐTTYC, số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê đơn thuần. **Kết quả:** Tỷ lệ phá thai to ở vị thành niên trong 6 tháng đầu năm 2012 chiếm tỷ lệ 10,4%. Lứa tuổi 16 – 19 chiếm 90,7%, học sinh, sinh viên chiếm 70,9%. Có 83,3% không sử dụng biện pháp tránh thai, 90,3 % có biết nguy cơ mang thai khi quan hệ tình dục, 32,3% có tiền sử nạo hút thai trước đó, 86,7% khi đi phá thai không có bạn trai đi cùng. Phá thai nội khoa chiếm 77,4 % và nong gấp thai chiếm 22,6%. Trong đó chỉ có 2 trường hợp chảy máu. **Kết luận:** Phần lớn VTN hiểu biết về nguy cơ có thai khi quan hệ tình dục nhưng có tới 83,3% các em không sử dụng biện pháp tránh thai. Với tâm lý lo sợ và che giấu nên VTN thường quyết định bỏ thai muộn khi tuổi thai đã trên 18 tuần, gây sảy thai bằng phương pháp nội khoa cho kết quả thành công cao. **Từ khóa:** Vị thành niên, phá thai to

ABSTRACT

EVALUATION OF LATE ABORTION SITUATION AMONG TEENAGER S AT NHOG IN THE FIST HALF OF 2012

Objectives: To evaluate the attitude and knowledge when dealing with late abortion cases at teenagers and the results of pregnancy termination. **Materials & methods:** retrospective study on the basis of the medical file of those late abortion (13 – 22 w) cases at teenagers hospitalized and treated at the NHOG in the first half of 2012. **Result:** the ratio of late abortion in NHOG accounted for 10,4%. Age range of 16- 19 accounted for 90,7%. Pupils, students accounted for 70,9%, 83,3% did not applied pregnancy prevention methods, 90,3% aware of pregnancy risks when having sexual relations, 32,3% had experienced abortions, 86,7% were not accompanied by boyfriends. Medical abortion account for 77,4%, curettages of uterine 87,5%. There were only 2 bleeding cases. **Conclusion:** Most of teenagers aware of pregnancy risks when having sexual relation but up to 82,3% did not apply any pregnancy prevention methods. With the felling of being worried and hiding, they tended to do late abortion at the 18th week or above of pregnancy. Medical abortion brought high rate of success. **Keyword:** teenagers, late abortion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vị thành niên là một khái niệm chưa được thống nhất. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) lứa tuổi 10 - 19 tuổi là độ tuổi vị thành niên. Thanh niên trẻ là lứa tuổi 19 - 24 tuổi. Chương trình Sức khỏe sinh sản/Sức khỏe tình dục vị thành niên-thanh niên của khối Liên minh châu Âu (EU) và Quỹ Dân số Liên Hiệp Quốc (UNFPA) lấy độ tuổi 15 - 24 tuổi.

Ở Việt Nam vị thành niên là lứa tuổi từ 10 đến 19 tuổi. Thanh niên là từ 19 - 24 tuổi. Trẻ em được luật pháp bảo vệ chăm sóc giáo dục là dưới 16 tuổi. Về mặt luật pháp vị thành niên là dưới 18 tuổi (1).

Thanh thiếu niên là một lực lượng đông đảo trong cơ cấu dân số nước ta. Hiện có khoảng 28

triệu người ở độ tuổi 10 – 24 và chiếm 31,6% dân số. Riêng độ tuổi vị thành niên có khoảng 16 – 17 triệu người chiếm 20 – 22 %. Một số nghiên cứu trong những năm gần đây cho thấy số thanh niên có quan hệ tình dục trước hôn nhân đang gia tăng và có khoảng 15 – 20% số ca nạo phá thai là của thanh niên chưa lập gia đình. Đặc biệt vị thành niên là nhóm dân cư rất thiếu kiến thức về sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục cũng như thiếu thông tin về phương pháp tránh thai và bệnh lây qua đường tình dục. Thống kê mới nhất của Hội Kế hoạch hóa gia đình, Việt Nam là nước có tỷ lệ nạo phá thai ở tuổi vị thành niên cao nhất Đông Nam Á và đứng thứ 5 trên thế giới. Điều đó phản ánh thực

tế là hiện nay nhiều bạn gái trẻ thiếu kiến thức cơ bản về tình dục, sức khỏe sinh sản... dẫn đến những hệ lụy khôn lường về tâm lý, thể chất. Nguy hiểm hơn nữa, nạo phá thai là một trong những nguyên nhân dẫn đến nguy cơ vô sinh (2).

Theo kết luận được đưa ra tại Hội thảo phổ biến kết quả nghiên cứu về giới và sức khỏe sinh sản cho thanh niên, học sinh, sinh viên do Bộ GD-ĐT và UNESCO tổ chức, thông thường đối tượng vị thành niên bắt đầu mối quan hệ tình cảm vào khoảng 16 tuổi. Tuy nhiên, các em có thể bắt đầu từ lúc 10 tuổi, hoặc thậm chí sớm hơn. Gần 50% vị thành niên từng quan hệ tình dục không áp dụng biện pháp bảo vệ trong lần quan hệ đầu tiên. Con số vị thành niên mang thai, nạo phá thai hiện nay thực sự rất đáng báo động.

Theo thống kê của Hội Kế hoạch hóa gia đình Việt Nam, mỗi năm cả nước có 1,2 - 1,6 triệu ca nạo phá thai, trong đó 20% ở lứa tuổi vị thành niên. Có những sản phụ chỉ mới 12 tuổi. Còn điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam cho thấy 7,6% trong độ tuổi này có quan hệ tình dục trước hôn nhân. Đó là chưa kể tới rất nhiều ca nạo phá thai tại những cơ sở y tế tư nhân mà chúng ta không có con số thống kê chính xác. Việc có thai và phá thai ở vị thành niên không những gây ra cho bản thân bạn trẻ những tổn thương về tâm lý tình cảm, thể xác mà còn để lại những ảnh hưởng không nhỏ cho gia đình, nhà trường và xã hội (3).

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Khảo sát thái độ và kiến thức của các trường hợp phá thai to vị thành niên trong 6 tháng đầu năm 2012 và kết quả đình chỉ thai nghén các trường hợp này

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

Hồ sơ của các trẻ vị thành niên có tuổi thai từ 13 - 22 tuần đến phá tại khoa ĐTTYC Bệnh viện Phụ sản trung ương trong 6 tháng đầu năm 2012

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án
Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê thông thường.

Cỡ mẫu: mẫu tổng thể không xác xuất, toàn bộ hồ sơ đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn đều được lấy vào nghiên cứu. Từ 01/01/2012 đến 30/06/2012 chúng tôi thu nhận được 31 bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

Các biến số nghiên cứu được thu thập theo mẫu với các thông số về tuổi, tình trạng học vấn, kinh tế, đặc điểm và tiền sử sản phụ khoa, bệnh lý kèm theo, lý do mang thai, lý do phá thai... các biến số được xử lý bằng phần mềm Epi info

3. TIÊU CHUẨN LỰA CHỌN:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định tuổi từ 13 - 19, có chứng minh nhân dân hoặc giấy khai sinh hợp lệ
- Tuổi thai khi nhập viện trên 13 tuần

4. TIÊU CHUẨN LOẠI TRỪ:

- Hồ sơ không đầy đủ thông tin.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong 6 tháng đầu năm 2012 chúng tôi thu nhận được 31 hồ sơ phá thai to ở trẻ vị thành niên trong tổng số 298 hồ sơ phá thai to tại khoa điều trị theo yêu cầu, chiếm tỷ lệ 10,4%

Bảng 1. Thông tin chung của vị thành niên

TT	Thông tin chung		N	%
1	Nhóm tuổi	13 - 15	3	9,6%
		16 - 19	28	90,4%
2	Nơi ở	Hà nội	13	41,9%
		Nông thôn	18	58,1%
3	Trình độ văn hóa	Thất học	9	29,1%
		Học sinh	17	54,8%
		Sinh viên	5	16,1%
4	Tình trạng hôn nhân	Có chồng	5	16,1%
		Chưa chồng	26	83,9%
5	Tuổi thai	13 - 17 tuần	5	16,1%
		18 - 22 tuần	26	83,9%

Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 16 - 19 tuổi chiếm tới 90,4% trong đó các đối tượng học sinh, sinh viên là 70,9%. Phần lớn trong số này đều chưa có gia đình (83,9%). Các em thường quyết định phá thai rất muộn, khi thai đã trên 18 tuần (83,9%)

Bảng 2. Tiền sử sản khoa của vị thành niên

Tiền sử		N	%
TS nạo hút	0	21	67,7%
	1 lần	7	22,6%
	≥ 2 lần	3	9,7%
TS phá thai to	Có	3	9,7%
	Không	28	90,3%
Sử dụng BPTT	Có	5	16,7%
	Không	26	83,3%
Hiểu biết về việc có thai	Có	28	90,3%
	Không	3	9,7%
Có bạn trai đi cùng	Có	4	13,3%
	Không	27	86,7%

Gần 1/3 trong số VTN trong nghiên cứu đã từng có tiền sử nạo hút thai trước đó. Chỉ có 5 trường hợp có sử dụng biện pháp tránh thai (16,7%), mặc dù 90,3% có hiểu biết về nguy cơ có thai của lần này.

Bảng 3. Phương pháp phá thai

Phương pháp phá thai		N	%
Nội khoa	13 - 17 tuần	4	12,9%
	18 - 24 tuần	20	64,5%
Nong gấp	13 - 17 tuần	5	16,1%
	18 - 24 tuần	2	6,5%
Tổng		31	100%

Phá thai nội khoa là phương pháp được sử dụng rộng rãi, chiếm 77,4%. Trong đó chủ yếu là ở thai to với tuổi thai trên 18 tuần, nong gấp thai chỉ chiếm 22,6% và phần lớn sử dụng với thai dưới 18 tuần.

Bảng 4. Kết quả phá thai

Phương pháp	Kết quả		Chảy máu	Chuyển phương pháp
Nội khoa	Sảy cả bọc	3 (9,7%)	2 (8,3%)	0
	Nạo lại BTC	21 (67,7%)		
Nong gấp	Thành công	6 (19,4%)	0	0
	Sốt rau	1 (3,2%)		

Trong số 31 hồ sơ theo dõi phá thai trong nghiên cứu chỉ có 2 trường hợp có biến chứng chảy máu chiếm 8,3%, 67,7% các trường hợp phá thai nội khoa phải nạo buồng tử cung do sót rau, rau không bong.

BÀN LUẬN:

Thống kê trong những năm gần đây cho thấy tỷ lệ nạo phá thai ở vị thành niên không ngừng gia tăng, theo khảo sát của tác giả Ngô Thị Nhâm Tuyết tại Thái Bình cho tỷ lệ phá thai to ở vị thành niên chiếm 1/3 trong tổng số, theo tác giả Việt Phương ở Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng là 17,3% và theo báo cáo thống kê của Bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ thì tỷ lệ này tăng lên qua từng năm (4). Tỷ lệ phá thai to của vị thành niên trong nghiên cứu của chúng tôi là 10,4% thấp hơn các tác giả trên, tuy nhiên vì thời gian nghiên cứu ngắn và trên một số lượng chưa nhiều nên tỷ lệ này chắc sẽ cao hơn nếu theo dõi trong khoảng thời gian dài hơn. Lứa tuổi gặp nhiều nhất trong nghiên cứu, chiếm tới 90,4% nằm trong nhóm từ 16- 19 tuổi, chủ yếu là học sinh, sinh viên, đây là một tầng lớp trí thức có văn hóa và được trang bị những kiến thức nhất định về giới tính và sức khỏe sinh sản trong các nhà trường. Tuy nhiên thực tế trong nghiên cứu cho thấy có tới 32,3% các em đã từng nạo hút thai

trước lần này và mặc dù có tới 90,3% các em nhận thức được nguy cơ có thai khi quan hệ tình dục nhưng chỉ có 16,7% sử dụng biện pháp tránh thai. Điều này cho thấy các em rất thiếu kiến thức về sức khỏe sinh sản đặc biệt về tránh thai và tình dục an toàn nhất là trong những năm gần đây việc bùng nổ các kỹ thuật công nghệ thông tin khiến giới trẻ có thêm nhiều cơ hội tiếp xúc với phim ảnh và sách báo khiêu dâm, chỉ với một máy điện thoại cầm tay hay một máy tính cá nhân các em có thể truy cập vào bất cứ một trang web đen nào mà không hề bị ai kiểm soát. Với tâm lý của vị thành niên luôn muốn tìm hiểu và học hỏi, bắt chước nên việc quan hệ tình dục sớm, trong học sinh, sinh viên đã dẫn đến hậu quả tất yếu là có thai ngoài ý muốn (5).

Điều tra của Ủy ban quốc gia Dân số - KHHGĐ năm 1994 tại Hà Nội và Tp.HCM cho thấy 15% nam sinh viên và 2,5% nữ sinh viên đã từng quan hệ tình dục. Viện xã hội học và hội đồng dân số khảo sát tại 6 tỉnh Việt Nam (Lai Châu, Quảng Ninh, Hà Tây, Quảng Nam – Đà Nẵng, Tp.HCM và Kiên Giang) năm 2003 ghi nhận có 6% nam và 4% nữ có quan hệ tình dục lần đầu trước 18 tuổi, tỷ lệ có quan hệ tình dục chung trong toàn nghiên cứu là 10% đối với nam và 5% đối với nữ (6).

Một vấn đề đáng lưu tâm là tỷ lệ phá thai trên 18 tuần trong nghiên cứu này khá cao chiếm tới 83,9%, trong đó chỉ có 9,7% các em không biết mình có thai, phần lớn vị thành niên khi biết mình mang thai đều có tâm lý lo sợ và muốn che giấu, một phần vì các em không đủ kiến thức để đánh giá chính xác thời kỳ thụ thai, tuổi thai, một phần vì các em lúng túng trong cách giải quyết và có xu hướng trông chờ vào sự trợ giúp của bạn tình nên khi quyết định bỏ thì thai đã to và một thực tế đáng buồn là phần lớn các bạn trai sau khi gây hậu quả thì thường cao chạy xa bay, theo khảo sát trong nghiên cứu này thì có tới 83,7% các em khi đến phá thai đều không có bạn tình đi cùng, điều này cũng tạo nên một sang chấn tinh thần lớn cho các em. Tại Tp.HCM sang chấn tâm lý sau bỏ thai ở nữ VTN thường biểu hiện dưới dạng suy nhược tinh thần chiếm tỷ lệ 27,5% trong các trường hợp phá thai. Trong đó mức độ nhẹ chiếm 63,64%, trung bình 27,27% và nặng 9,09%. Các trường hợp nặng thường do có liên quan đến biến chứng và không được sự hỗ trợ tinh thần bởi gia đình (7).

Phương pháp phá thai được sử dụng chủ yếu trong nghiên cứu là phá thai nội khoa, sử dụng

thuốc gây sảy thai (77,4%) với tỷ lệ thành công rất cao 91,7%, tuy nhiên phần lớn (21/24 trường hợp) phải nạo buồng tử cung sau khi thai ra do rau không bong, sót rau, sót màng .. Việc can thiệp nạo buồng tử cung có nguy cơ gây sang chấn đường sinh dục, gây đau, và nguy cơ viêm nhiễm, có thể dẫn tới vô sinh thứ phát. Phần lớn vị thành niên không biết được các nguy cơ này, các em chỉ nghĩ đơn giản khi không muốn mang thai thì nạo bỏ là xong.

IV. KẾT LUẬN

Thực trạng phá thai to ở VTN chiếm tỷ lệ khá cao 10,4% trên tổng số phá thai, gặp nhiều nhất ở đối tượng học sinh, sinh viên. Phần lớn VTN hiểu biết về nguy cơ có thai khi quan hệ tình dục nhưng có tới 83,3% các em không sử dụng biện pháp tránh thai. Với tâm lý lo sợ và che giấu nên VTN thường quyết định bỏ thai muộn khi tuổi thai đã trên 18 tuần, việc gây sảy thai bằng phương pháp nội khoa cho kết quả thành công là 91,7%, nhưng trong đó có tới 87,5% trường hợp phải nạo lại buồng tử cung

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Các thay đổi tâm sinh lý trong thời kỳ vị thành niên. Tài liệu hướng dẫn chuẩn quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản (2005), tr 495 – 498.
2. Tài liệu truyền thông tại các mô hình chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên. Trung ương Đoàn thanh niên cộng sản Hồ Chí Minh, trung tâm giáo dục dân số- sức khỏe – môi trường, NXB Thanh niên (2008)
3. Nạo phá thai tuổi vị thành niên hiểm họa khó lường [Vinafpa.org.vn/kiến thức/sức khỏe sinh sản-tình dục](http://Vinafpa.org.vn/kiến-thức/sức-khỏe-sinh-sản-tình-dục)
4. Huỳnh Thanh Hương. (2005). Các yếu tố nguy cơ của phá thai to ở tuổi vị thành niên. Đại Học Y Dược Tp.HCM, Hồ Chí Minh.
5. Báo động thực trạng mang thai, nạo phá thai ở tuổi vị thành niên Xã hội, thứ tư ngày 27 / 3/ 2013
6. Bộ Y tế & SIDA. (2006). Điều tra quốc gia về vị thành niên, thanh niên Việt Nam. Báo cáo chuyên đề: Một số vấn đề sức khỏe tình dục và sinh sản của vị thành niên và thanh niên Việt Nam (SAVY).
7. Bệnh viện Từ Dũ. (2008). Báo cáo tổng kết hoạt động bệnh viện.

VAI TRÒ CỦA PHƯƠNG PHÁP BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG TRONG ĐIỀU TRỊ VÔ SINH

Hồ Sỹ Hùng

Trung tâm Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

TÓM TẮT

Phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung là phương pháp được áp dụng nhiều nhất trong số các phương pháp điều trị vô sinh. Tuy nhiên cho đến nay vẫn còn nhiều tranh luận và cũng chưa có được sự đồng thuận về chỉ định, phác đồ điều trị cũng như kỹ thuật của phương pháp. Trong phần này chúng tôi đưa ra bằng chứng lâm sàng về phương pháp điều trị này của các nghiên cứu với cỡ mẫu đủ lớn cũng như của các nghiên cứu phân tích gộp cho các bác sỹ thực hành.

ABSTRACT

ROLE OF INTRA-UTERINE INSEMINATION (IUI) IN INFERTILITY TREATMENT

IUI is the most used method in the treatment of infertility. However, so far there is still much debate and no consensus about the indications, ovarian stimulation protocols, as well as technical methods. In this article we provide evidence base of the adequate sample size study as well as results of meta-analysis study for the physician practice.

1. ĐẠI CƯƠNG

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới, vô sinh là tình trạng cặp vợ chồng cố gắng có thai trong thời gian ít nhất một năm, quan hệ tình dục không sử dụng biện pháp tránh thai nào mà không có thai. Nhìn chung tỷ lệ vô sinh dao động khoảng 10% các cặp vợ chồng [1], nghiên cứu tại Việt nam năm 2010 cho thấy tỷ lệ vô sinh chiếm 7,7% các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ [2].

Thuật ngữ thụ tinh nhân tạo (artificial insemination) được hiểu là bao hàm một loạt các thủ thuật bơm tinh trùng vào cơ quan sinh dục của người phụ nữ là bơm tinh trùng vào âm đạo (intra vaginal insemination - IVI), bơm tinh trùng vào cổ tử cung (intra cervical insemination-ICI), bơm tinh trùng vào vòi tử cung (intra fallopian insemination), bơm tinh trùng vào ổ phúc mạc (intra peritoneal insemination), bơm tinh trùng vào buồng tử cung (intra uterine insemination-IUI). Tuy nhiên ngày nay phương pháp được áp dụng nhiều nhất là IUI cho nên thuật ngữ bơm tinh trùng vào buồng tử cung được sử dụng rộng rãi, còn thuật ngữ thụ tinh nhân tạo ít được áp dụng và có thể dẫn sẽ bị lãng quên. Lý do phương pháp IUI lợi thế hơn phương pháp IVI, ICI là khi tinh trùng bơm vào tử cung sẽ hạn chế được tác động của môi trường axit của âm đạo, của chất nhầy của cổ tử cung hoặc kỹ thuật đơn giản hơn mà hiệu quả có thai lại cao hơn [3, 4]. Theo hội nghị đồng thuận của tổ chức y tế thế giới về các thuật ngữ trong hỗ trợ sinh sản (Assisted Reproductive Technology) thì các nhà khoa học không xếp phương pháp IUI vào nhóm các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Hội nghị

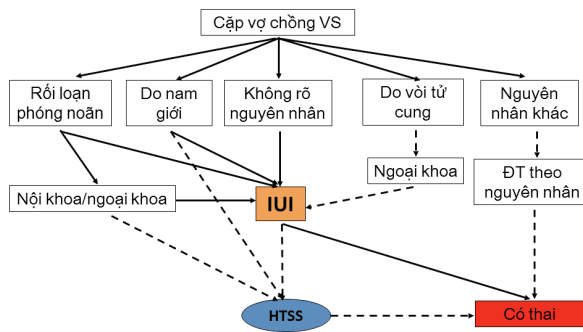
này được tổ chức tại Geneve, trụ sở của WHO vào năm 2008, quy tụ 72 nhà khoa học và chuyên gia đầu ngành trong lĩnh vực vô sinh đã đưa ra được 87 định nghĩa và thuật ngữ trong lĩnh vực vô sinh [5].

2. BẰNG CHỨNG LINH SÀNG

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI), có hoặc không kết hợp với kích thích buồng (COH), là một trong những phương pháp điều trị được chỉ định và áp dụng nhiều nhất cho các vợ chồng hiếm muộn vì phương pháp này đơn giản, thuận tiện, ít xâm lấn và chi phí thấp hơn so với phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm [6, 7]. Khi điều trị bằng phương pháp IUI, tinh trùng lọc rửa và cô đọng với mật độ cao được bơm trực tiếp vào buồng tử cung do vậy làm tăng cơ hội có thai cho bệnh nhân.

Theo sơ đồ 1, thì cho dù vô sinh do nguyên nhân nào đi nữa thì cũng điều trị bằng phương pháp IUI trước khi được điều trị bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm. Đây là phương pháp hợp lý xét về mặt chi phí/hiệu quả.

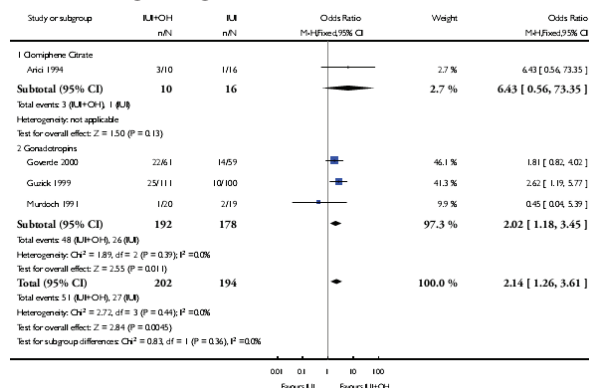
Chỉ định của IUI đạt hiệu quả cao nhất trong các trường hợp vô sinh do rối loạn phóng noãn, do yếu tố cổ tử cung, do bất thường tinh dịch đồ ở mức độ vừa và nhẹ [8] và các trường hợp không rõ nguyên nhân, đặc biệt là các trường hợp xin mẫu tinh trùng, xuất tinh ngược dòng, lỗ đài đổ thấp. Ngoài ra IUI cũng được chỉ định cho các trường hợp vô sinh do lạc nội mạc tử cung, do kháng thể kháng tinh trùng, tuy nhiên nguyên nhân này không phải lúc nào cũng chẩn đoán được.



Biểu đồ 1. Chiến lược điều trị cặp vợ chồng vô sinh

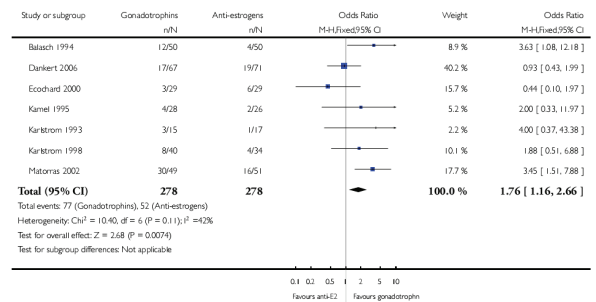
Một vấn đề còn được tranh luận nhiều và vẫn chưa đưa đến đồng thuận cuối cùng là IUI có kết hợp với kích thích buồng trứng hay theo dõi chu kỳ tự nhiên? Nếu kích thích thì kích thích bằng thuốc uống (clomiphene citrat) hay bằng thuốc tiêm (gonadotropin)? Mặc dù chưa có sự đồng thuận nhưng phần lớn các chuyên gia trong lĩnh vực vô sinh đều có quan điểm là IUI kết hợp với kích thích buồng trứng sẽ làm tăng tỷ lệ có thai và nhiều người đều nhất trí kích thích buồng trứng bắt đầu bằng thuốc uống một vài chu kỳ trước khi chuyển sang kích thích bằng thuốc tiêm mặc dù tỷ lệ thành công khi dùng thuốc tiêm cao hơn thuốc uống (biểu đồ 2).

Nghiên cứu phân tích gộp từ 4 nghiên cứu trên 202 bệnh nhân vô sinh không rõ nguyên nhân cho thấy tỷ lệ có thai tăng lên 2,14 lần ở nhóm IUI kết hợp kích thích buồng trứng so với nhóm IUI không kích thích buồng trứng (OR = 2,14, 95% CI từ 1,18 – 3,45)



Biểu đồ 1. So sánh tỷ lệ có thai sau 3 chu kỳ IUI có hoặc không kích thích buồng trứng [9]

Số liệu nghiên cứu phân tích gộp từ 7 nghiên cứu trên 556 bệnh nhân so sánh giữa kích thích buồng trứng bằng FSH với bằng clomiphene citrat cho thấy tỷ lệ có thai cao hơn ở nhóm dùng FSH với OR = 1,8, 95% CI từ 1,2 đến 2,7. Còn nghiên cứu so sánh giữa các loại FSH khác nhau thì không có sự khác biệt đáng kể (9 nghiên cứu với n = 576).



Biểu đồ 2. So sánh tỷ lệ có thai sau IUI giữa hai phác đồ dùng CC và gonadotropin [10]

Thời điểm nào thì nên kết thúc điều trị bằng phương pháp IUI và chuyển sang phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm cũng được nhiều tác giả đề cập đến, và đa số nhất trí là sau bơm tinh trùng vào buồng tử cung 4-6 chu kỳ không có thai thì nên chuyển sang làm thụ tinh trong ống nghiệm. Theo Friedman và cộng sự thì 71% các bệnh nhân IUI sẽ có thai sau 2 chu kỳ điều trị [11] và 85% các bệnh nhân sẽ có thai sau 4 chu kỳ điều trị [12], theo Kirby và cộng sự (1991) không khuyến cáo tiếp tục làm IUI sau 4 chu kỳ [13].

Số lần bơm IUI cũng chưa thống nhất là bơm một lần 36 giờ sau mũi tiêm hCG kích thích trưởng thành nang noãn hay hai lần 24 và 48 giờ sau mũi tiêm hCG. Hiện nay đa số các tác giả chỉ thực hiện bơm IUI một lần sau mũi tiêm hCG 36 giờ mặc dù, số liệu phân tích gộp năm 2003 từ 6 nghiên cứu trên 1785 bệnh nhân, so sánh tỷ lệ có thai giữa hai nhóm bơm một lần và hai lần cho thấy OR = 1,8, 95% CI, từ 1,4 đến 2,4 [14]. Nhưng năm 2006 Liu và cộng sự nghiên cứu trên 1257 chu kỳ IUI, so sánh hai nhóm bơm 1 lần và 2 lần nhận thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ có thai giữa hai nhóm [15]. Nghiên cứu của Bagis và cộng sự năm 2010 cũng kết luận không có sự khác biệt về tỷ lệ trẻ sinh sống giữa hai nhóm bơm 1 lần và 2 lần. Nhóm tác giả cũng cho rằng nếu bơm hai lần sẽ làm tăng chi phí cũng như gánh nặng tâm lý cho bệnh nhân [16].

Một trong những chỉ định của IUI là bất thường tinh dịch đồ mức độ nhẹ và vừa, tuy nhiên câu hỏi đặt ra là các chỉ số tinh dịch đồ như thế nào thì có thể chỉ định IUI và như thế nào thì chỉ định làm IVF? Đặc biệt là chỉ số tinh dịch đồ trước lọc rửa rất quan trọng để quyết định phương pháp điều trị cho bệnh nhân. Theo nghiên cứu của Dickey thì để đạt được tỷ lệ có thai ít nhất là 8% thì chỉ số tinh dịch đồ cần phải đạt là: tổng số tinh trùng > 10.106, tỷ lệ tinh trùng di động nhanh là > 30% với tổng số tinh trùng di động là > 5.106 và ít nhất trên 5% tinh trùng có hình thái bình thường [17]. Theo nghiên cứu của Hồ Sỹ Hùng và Nguyễn Việt Quang (2011) thì chỉ nên chỉ định IUI khi mật độ tinh trùng > 10.106/ml, tổng số tinh trùng > 20.106 và tỷ lệ tinh trùng di động > 2% [18]. Bảng 1 gợi ý cho các bác sĩ lâm sàng có thể lựa chọn quyết định điều trị bằng

phương pháp IUI dựa trên các chỉ số tinh dịch đồ để đạt được tỷ lệ có thai mong muốn [17].

Bảng 1. Liên quan giữa chỉ số tinh dịch đồ và tỷ lệ có thai

Chỉ số	Số chu kỳ	Số thai	Tỷ lệ có thai	P
Mật độ tinh trùng (10^6/ml)				
< 5	121	3	2,5	0,04
5-10 (T)	221	19	8,6	
10-20	434	38	8,8	
20-40	794	83	10,4	
>40	2486	306	12,3	
Tổng số tinh trùng (10^6)				
< 10	102	1	1,0	0,2
10-20 (T)	183	15	8,2	
20-40	352	29	8,2	
40-80	647	55	8,5	
>80	2772	349	12,6	
Tinh trùng di động nhanh (%)				
<20	80	1	1,2	0,001
20-30 (T)	194	7	3,6	
30-40	555	54	9,7	
40-50	955	123	12,9	
>50	2272	264	11,6	
Hình thái bình thường				
<5	11	0	0	0,45
5-10 (T)	34	3	10,7	
10-20	127	16	12,7	
20-30	248	29	11,7	
30-60	1804	209	11,6	
>60	1719	175	10,2	
Tổng số tinh trùng di động				
<5	175	4	2,3	0,02
5-10 (T)	193	16	8,3	
10-20	402	33	8,2	
20-40	658	59	9,0	
>40	2626	337	12,8	

Nguồn Dickey và cs. 1999. T ngưỡng chỉ số tinh dịch đồ

3.KẾT LUẬN

IUI là phương pháp đơn giản, chi phí thấp dễ áp dụng ở các tuyến và cho hầu hết các đối tượng bệnh nhân, đặc biệt hiệu quả cao trong các trường hợp vô sinh do nam giới ở mức độ nhẹ, vừa, vô sinh do yếu tố cổ tử cung, do rối loạn phóng noãn (điển hình là hội chứng buồng trứng đa nang). Ngoài ra còn chỉ định trong các trường hợp lạc nội mạc tử cung, vô sinh không rõ nguyên nhân, các trường hợp không xuất tinh tự nhiên và xin tinh trùng.

IUI kết hợp với kích thích buồng trứng được đa số các tác giả khuyến cáo, thuốc uống được sử dụng trước tiên, nếu không có thai mới chuyển sang dùng thuốc tiêm, không có sự khác biệt về tỷ lệ có thai khi kích thích buồng trứng bằng các loại FSH khác nhau. Số lần IUI cũng khuyến cáo bơm 1 lần sau mũi tiêm hCG 36 giờ. Số chu kỳ cũng được khuyến cáo từ 4-6 chu kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Beurskens MP, Maas JW, Evers JL. Subfertility in South Limburg: calculation of incidence and appeal for specialist care. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 1995, 139(5):235-8
- Nguyễn Việt Tiến và cộng sự. Dịch tế học vô sinh và các phương pháp điều trị. Nhà xuất bản Y học. 2010. Hà nội 2012.
- Besselink DE, Farquhar C, Kremer JAM, Marjoribanks J, O'Brien PA. Cervical insemination versus intra-uterine insemination of donor sperm for subfertility (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Issue 2. Art. No.: CD000317. DOI: 10.1002/14651858.CD000317.pub3.
- Cantineau AEP, Cohlen BJ, Heineman MJ. Intra-uterine insemination versus fallopian tube sperm perfusion for non-tubal infertility (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Issue 2. Art. No.: CD001502. DOI: 10.1002/14651858.CD001502.pub3.
- Zegers Hochschild, G.D. Adamson, J. de Mouzon, O. Ishihara, R. Mansour, K. Nygren, E. Sullivan, and S. van der Poel on behalf of ICMART and WHO. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. *Human Reproduction*, 2009, Vol.24, No.11 pp. 2683-2687.
- Guzick DS, Carson SA, Coutifaris C, Overstreet JW, Factor-Litvak P, Steinkampf MP, et al. Efficacy of superovulation and intrauterine insemination in the treatment of infertility. *New England Journal of Medicine*; 1999, 21:177-83.
- Karande VC, Rao R, Pratt DE, Balin M, Levrant S, Morris R, et al. A randomised prospective comparison between intrauterine insemination and fallopian sperm perfusion for the treatment of infertility. *Fertility and Sterility*; 1995, 64:638-40.
- Duran HE, Morshedi M, Kruger T, Oehninger S. Intrauterine insemination: a systematic review on determinants of success. *Hum Reprod Update*; 2002, 8:373-384.
- Veltman-Verhulst SM, Cohlen BJ, Hughes E, Heineman MJ. Intra-uterine insemination for unexplained subfertility (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, Issue 9. Art. No.: CD001838. DOI: 10.1002/14651858.CD001838.pub4
- Cantineau AEP, Cohlen BJ. Ovarian stimulation protocols (anti-oestrogens, gonadotrophins with and without GnRH agonists/antagonists) for intrauterine insemination (IUI) in women with subfertility (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, Issue 2. Art. No.: CD005356. DOI: 10.1002/14651858.CD005356.pub2.
- Friedman A, Hass S, Kredentser J, Stewart E, Schiff I. A controlled trial of IUI for cervical factor & male factor: a preliminary report. *Int J Fertil*; 1989, 34:199-203.
- Isaksson R, Tiitinen A. Superovulation combined with insemination or timed intercourse in the treatment of couples with unexplained infertility and minimal endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 1997, 76(6):550-4.
- Kirby CA, Flaherty SP, Godfrey BM, Warnes GM, Matthews CD. A prospective trial of intrauterine insemination of motile spermatozoa versus timed intercourse. *Fertil Steril*; 1991, 56(1):102-7.
- Cantineau và cs. Single versus double intra uterineinsemination (IUI) in stimulated cycles for subfertile couples. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, Issue 1. Art. No.: CD003854.
- Liu W, Gong F, Luo K, Lu G. Comparing the pregnancy rates of one versus two intrauterine inseminations (IUIs) in male factor and idiopathic infertility. *J Assist Reprod Genet*; 2006, 23: 75-9.
- Tayfun Bagis, Bulent Haydardedeoglu,, Esra Bulgan Kilicdag, Tayfun Cok, Erhan Simsek and Ayse Huriye Parlakgumus. Single versus double intrauterine insemination in multi-follicular ovarian hyperstimulation cycles: a randomized trial. *Human Reproduction*, 2010, Vol.25, No.7 pp. 1684-1690.
- Dickey RP, Pyrzak R, Lu PY, Taylor SN, Rye PH. Comparison of the sperm quality necessary for successful intrauterine insemination with World Health Organization threshold values for normal sperm. *Fertil Steril*; 1999, 71: 684-9.
- Hồ Sỹ Hùng, Nguyễn Việt Quang. Khuyến cáo ngưỡng các số tinh dịch đồ để chỉ định bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI). Hội nghị sản phụ khoa Việt - Pháp. 2011. Hà nội p48-53.

NHẬN XÉT ẢNH HƯỞNG CỦA NỒNG ĐỘ PROGESTERONE NGÀY TIÊM HCG ĐẾN KẾT QUẢ THỤ TINH ỒNG NGHIỆM SỬ DỤNG PHÁC ĐỒ GNRH ANTAGONIST TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Phạm Thúy Nga, Lê Hoàng
Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá mối liên quan giữa nồng độ progesterone ngày tiêm hCG đến tỷ lệ có thai trong thụ tinh ống nghiệm có sử dụng phác đồ GnRH antagonist. **Đối tượng và phương pháp:** thử nghiệm lâm sàng không đối chứng trên 105 bệnh nhân vô sinh có chỉ định làm TTON tại trung tâm HTSS bệnh viện Phụ sản Trung ương, thời gian từ 1/2012 đến 9/2012. Đánh giá kết quả nghiên cứu dựa vào kết quả có thai và mối liên quan giữa tỷ lệ có thai với nồng độ progesterone ngày tiêm hCG. **Kết quả:** cho thấy tỷ lệ có thai của nhóm có nồng độ progesterone ngày tiêm hCG dưới 1,2 ng/ml cao hơn nhóm có nồng độ progesterone ngày tiêm hCG từ 1,2 ng/ml trở lên. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Mức độ progesterone huyết thanh vào ngày tiêm hCG liên quan đến tỷ lệ có thai trong nghiên cứu này.

Từ khóa: nồng độ progesterone ngày tiêm hCG, phác đồ GnRH antagonist, tỷ lệ có thai, tỷ lệ thụ tinh trong ống nghiệm

ABSTRACT

INFLUENCE OF SERUM PROGESTERONE LEVEL ON DAY OF HCG ADMINISTRATION ON IVF OUTCOME USING GNRH ANTAGONIST PROTOCOL AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

Objective: To evaluate the influence of serum progesterone level on day of hCG administration on pregnancy rate using GnRHant protocol in women undergoing IVF. **Materials and methods:** prospective clinical trial study on 105 women undergoing IVF using GnRH antagonist protocol from 1/2012 – 9/2012 at Assisted reproductive Centre, National hospital of Obstetrics and Gynaecology. Main outcome measure: pregnancy rate and its relationship with progesterone levels on day of hCG administration. **Results:** the pregnancy rate in the progesterone level $< 1,2\text{ng/ml}$ group was statistically significant higher than the pregnancy rate in the progesterone level $\geq 1,2\text{ng/ml}$ group. **Conclusion:** serum progesterone level on day of hCG administration related to pregnancy rate in this study.

Key Words: progesterone level on hCG day, GnRH antagonist protocol, pregnancy rate, IVF.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phác đồ GnRH antagonist gần đây đã được sử dụng tương đối rộng rãi để kích thích buồng trứng trong thụ tinh ống nghiệm nhờ các ưu điểm của phác đồ này như ngăn ngừa có hiệu quả hiện tượng hoàng thể hóa sớm, thời gian kích thích buồng trứng ngắn, hạn chế được tình trạng quá kích buồng trứng nhờ có thể thay thế hCG bằng GnRH agonist để gây trưởng thành noãn. Progesterone ngày tiêm hCG gần đây được đã được các chuyên gia TTON đánh giá là có liên quan nhiều đến kết quả TTON vì có ảnh hưởng đến chất lượng noãn và niêm mạc tử cung.

Với mong muốn tìm hiểu ảnh hưởng của nồng độ progesterone ngày tiêm hCG đến kết quả có thai trong TTON khi sử dụng phác đồ GnRH antagonist, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài này. Hy vọng từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi sẽ có thêm những kinh nghiệm góp phần nâng cao kết quả có thai cho các bệnh nhân làm TTON.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

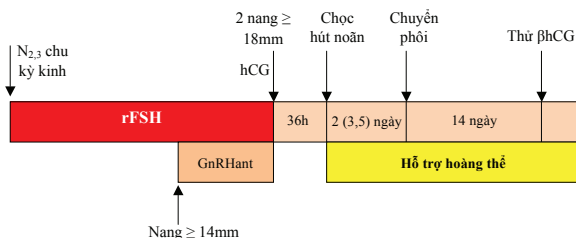
Nhận xét ảnh hưởng của nồng độ progesterone ngày tiêm hCG đến kết quả có thai khi sử dụng phác đồ GnRH antagonist trong thụ tinh ống nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng được thực hiện trên các bệnh nhân vô sinh, điều trị bằng phương pháp TTON, có chỉ định sử dụng phác đồ GnRHant tại trung tâm hỗ trợ sinh sản bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1/2012 – 9/2012. Những bệnh nhân không được đưa vào nghiên cứu là các đối tượng có bệnh lý buồng trứng (khối u buồng trứng, lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng), bệnh lý tử cung (u xơ tử cung, polyp cổ tử cung, polyp buồng tử cung, dị dạng tử cung), các trường hợp TTON xin hoãn, tiền sử phẫu thuật tiểu khung có dính nhiều.

rFSH bắt đầu được dùng vào ngày 2 chu kỳ kinh. Khi có ít nhất 1 nang noãn đạt kích thước 14 mm thì bắt đầu bổ sung GnRHant (Orgalutran, Cetrotide) 0,25 mg /ngày cho đến khi có ít nhất 2 nang noãn $\geq 18\text{mm}$ thì gây trưởng thành noãn bằng hCG (pregnyl) 5000-10000 IU. Chọc hút noãn sau tiêm hCG khoảng 36 giờ. Chuyển phôi 2 ngày sau chọc hút noãn. Thử βhCG sau 2 tuần chuyển phôi. Siêu âm sau chuyển phôi 4 tuần để xác định túi ối, tim thai. Hỗ trợ hoàng thể ngay sau chọc hút noãn.

Đánh giá sự liên quan của nồng độ progesterone ngày tiêm hCG đến kết quả TTON.



Sơ đồ sử dụng phác đồ GnRHant đa liều linh hoạt

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA CÁC ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Trung bình (n=105)	Min - Max
Tuổi	33,2	22-45
Thời gian VS	5,5	1-21
FSH ngày 3 VK (IU/L)	6,3	3- 14,9
LH ngày 3 VK (IU/L)	5,5	1,4-21,1
E2 ngày 3 VK pg/ml	44,4	18-99

Bảng 2. Phân loại vô sinh

Loại VS	Số lượng	Tỷ lệ %
VS I	56	53,3
VS II	49	46,7

Bảng 3. Đặc điểm về chỉ số BMI

BMI (kg/m ²)	Số lượng	Tỷ lệ %
< 18,5	11	10,5
18,5 – 22,9	84	80
≥ 23	10	9,5
Tổng số	105	100,0

2. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHÁC ĐỒ GNRH ANTAGONIST KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG TRONG THỤ TINH ỒNG NGHIỆM.

Bảng 4. Kết quả kích thích buồng trứng và kết quả có thai

Yếu tố	Trung bình $\pm$ SD	Min-max	tỷ lệ có thai %
Tổng liều FSH (IU)	2354 $\pm$ 854	900- 5400 (IU)	
Số ngày KTBT	9,6 $\pm$ 1,8	8 – 14 (ngày)	
Số ngày dùng Antagonist	3,9 $\pm$ 1,6	2 – 6 (ngày)	
E2 ngày hCG (pg/ml)	3533,2 $\pm$ 2078	468 – 9760 (pg/ml)	
Progesterone ngày hCG (ng/ml)	1,14 $\pm$ 0,4	0,31 – 3,42 (ng/ml)	
NMTC ngày Hcg	11,2 $\pm$ 2,1	6,3 – 16,5 (mm)	
Số noãn chọc hút	8,2 $\pm$ 3,6	1 -19	
Số noãn thụ tinh	6,5 $\pm$ 3,7	0 – 19	
Số phôi thu được	5,7 $\pm$ 3,6	0-19	
Tỷ lệ có thai			37,1%
Tỷ lệ thai lâm sàng			34,3%
Tỷ lệ thai tiến triển			29,5%

3. ẢNH HƯỞNG CỦA NỒNG ĐỘ PROGESTERONE NGÀY HCG ĐẾN KẾT QUẢ TTON

Bảng 5. Liên quan giữa nồng độ progesterone ngày hCG đến chất lượng noãn

Nồng độ progesterone (ng/ml)	Chất lượng noãn (TB)				P
	Tốt	TB	Xấu	Thoái hóa	
< 1,2	3,86 ($\pm$ 1,14)	2,41 ($\pm$ 2,12)	1,28 ($\pm$ 0,84)	0,10 ($\pm$ 0,45)	0,0026
$\geq 1,2$	3,00 ($\pm$ 1,23)	4,06 ($\pm$ 2,47)	1,85 ($\pm$ 1,02)	0,32 ($\pm$ 0,56)	

Nhận xét: T student test cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ progesterone ngày tiêm hCG và chất lượng noãn với $p < 0,01$

Bảng 6. Liên quan giữa nồng độ progesterone ngày hCG đến chất lượng phôi

Nồng độ progesterone (ng/ml)	Chất lượng phôi (TB)			P
	Tốt	TB	Xấu	
< 1,2	1,87 ($\pm$ 1,03)	0,94 ($\pm$ 0,74)	0,50 ($\pm$ 0,45)	0,0251
$\geq 1,2$	1,53 ($\pm$ 1,17)	1,18 ($\pm$ 0,82)	1,09 ($\pm$ 0,71)	

Nhận xét: T student test cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ progesterone ngày tiêm hCG với chất lượng phôi với $p < 0,05$.

Bảng 7. Liên quan giữa nồng độ progesterone ngày hCG đến niêm mạc tử TC

Nồng độ progesterone Ngày hCG	Niêm mạc tử cung			Tổng	p
	< 8 mm	8-14 mm	>14 mm		
< 1,2 (ng/ml)	12 (16,9%)	53 (74,6%)	6 (8,5%)	71 (100%)	0,04
≥ 1,2 (ng/ml)	6 (17,6%)	19 (55,9%)	9 (26,5%)	34 (100%)	

Nhận xét: Kiểm định khi bình phương cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ progesterone ngày tiêm hCG và niêm mạc tử cung với $p < 0,05$.

Bảng 8. Liên quan giữa nồng độ progesterone ngày hCG đến tỷ lệ có thai

Progesterone (ng/ml)	Có thai		Không có thai		Tổng
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
< 1,2	36	50,7	35	49,3	71
1,2 - 1,4	2	18,2	9	81,8	11
>1,4	1	4,3	22	95,7	23
Tổng	39	37,1	66	62,9	105

Fisher exact, $p = 0,001$

Nhận xét: Nồng độ progesterone ngày tiêm hCG có ảnh hưởng tới tỷ lệ có thai với kiểm định Fisher ($p < 0,01$). Trong đó, tỷ lệ có thai cao nhất ở nhóm có nồng độ progesterone < 1,2 ng/ml với 50,7% và giảm dần khi nồng độ progesterone tăng.

IV. BÀN LUẬN

Cho tới nay, giá trị tiên lượng của progesterone đối với khả năng có thai là chủ đề đang được tranh luận rất nhiều trong giới chuyên môn. Nồng độ progesterone ngày tiêm hCG cao là do tăng sớm nồng độ progesterone trong quá trình kích thích buồng trứng.

Theo nghiên cứu của Trifon G. Lainas, nồng độ progesterone ngày tiêm hCG là 1,1 (0,7- 1,4) ng/ml [1]. Còn theo nghiên cứu của Ernesto Escudero, nồng độ progesterone ngày tiêm hCG là 1,1 ± 0,1 ng/ml [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ progesterone ngày tiêm hCG trung bình là 1,14 ± 0,4 ng/ml, gần tương đương với hai tác giả nước ngoài trên.

Nồng độ progesterone ngày tiêm hCG liên quan có ý nghĩa thống kê với chất lượng noãn thu được. Ở nhóm có nồng độ progesterone ngày hCG

≥ 1,2 ng/ml cho số noãn tốt ít hơn nhóm có nồng độ progesterone < 1,2 ng/ml. Ngược lại, ở nhóm này, số noãn chất lượng trung bình, xấu và thoái hóa cao hơn ở nhóm có nồng độ progesterone < 1,2 ng/ml (bảng 5).

Trong nghiên cứu này, ta còn thấy nồng độ progesterone ngày hCG cũng liên quan có ý nghĩa thống kê với chất lượng phôi thu được. Số phôi tốt thu được ở nhóm có nồng độ progesterone ngày tiêm hCG < 1,2 ng/ml cao hơn đồng thời số phôi trung bình và phôi xấu lại thấp hơn so với nhóm có nồng độ progesterone ≥ 1,2 ng/ml (bảng 6).

Theo Bosch.E, nồng độ progesterone ngày tiêm hCG ≤ 1,5 ng/ml thì tỷ lệ thai tiến triển cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nồng độ progesterone > 1,5 ng/ml [3]. Cũng theo Bosch, tăng progesterone sớm gây nên chất lượng noãn kém, tỷ lệ thụ tinh và tỷ lệ làm tổ của phôi giảm [3].

Trong nghiên cứu này ta thấy nồng độ progesterone ngày tiêm hCG ảnh hưởng nhiều đến niêm mạc tử cung. Nhóm có nồng độ progesterone < 1,2 ng/ml cho tỷ lệ niêm mạc tử cung từ 8-14 mm (Niêm mạc thuận lợi cho phôi làm tổ) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có nồng độ progesterone ≥ 1,2 ng/ml (74,6% so với 55,9%) (bảng 7).

Theo nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hợi, tỷ lệ có thai ở những bệnh nhân có nồng độ progesterone ngày tiêm hCG ≤ 2 nmol/ml (tương đương 0,629 ng/ml) cao gấp 1,8 lần so với bệnh nhân có nồng độ progesterone ngày tiêm hCG > 2 nmol/ml [4].

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ có thai trong nhóm có nồng độ progesterone ngày tiêm hCG < 1,2 ng/ml là 50,7%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có nồng độ progesterone ngày tiêm hCG ≥ 1,2 ng/ml. Ta cũng nhận thấy rằng từ ngưỡng 1,2 ng/ml, nồng độ progesterone ngày hCG càng cao sẽ cho tỷ lệ có thai càng thấp một cách rõ rệt.

Ta có thể thấy vấn đề nồng độ progesterone ngày tiêm hCG bao nhiêu là thuận lợi cho sự làm tổ của phôi còn nhiều ý kiến rất khác nhau và là vấn đề cần nghiên cứu và xem xét thêm nhưng trong nghiên cứu sử dụng phác đồ GnRHant của chúng tôi, nồng độ progesterone ngày tiêm hCG thuận lợi cho kết quả có thai là khi < 1,2 ng/ml. Tỷ lệ có thai giảm đi một cách rõ rệt khi nồng độ progesterone ngày tiêm hCG ≥ 1,2 ng/ml. Từ kết

luận này, ta có thể quyết định thời điểm tiêm hCG khi làm TTON – không nên chần chừ việc quyết định tiêm hCG để gây trưởng thành noãn khi nồng độ progesterone tiến tới sát ngưỡng 1,2 ng/ml (với điều kiện các nang noãn đủ điều kiện để chọc hút).

V. KẾT LUẬN

Trong thụ tinh ống nghiệm sử dụng phác đồ GnRhant, tỷ lệ có thai cao nhất khi nồng độ progesterone ngày tiêm hCG < 1,2 ng/ml, khi nồng độ này lớn hơn 1,2 ng/ml thì sẽ làm giảm tỷ lệ có thai.

Ngoài ra, nồng độ progesterone ngày tiêm hCG còn ảnh hưởng đến chất lượng noãn, chất lượng phôi và niêm mạc tử cung. Có lẽ cũng vì thế mà dẫn đến làm ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai.

VI. KIẾN NGHỊ

Nên quyết định tiêm hCG gây trưởng thành noãn khi nồng độ progesterone tới gần ngưỡng 1,2 ng/ml trong những trường hợp đang dẫn đo để đưa ra quyết định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trifon G Lainas, Ioannis A. Sfontouris, Ioannis Z. Zorzovilis, George K. Petsas, et al. Flexible GnRH antagonist protocol versus GnRH agonist long protocol in patients with polycystic ovary syndrome treated for IVF: a prospective randomized controlled trial (RTC), Human reproduction, 2010, 25 (3), pp.683-689.
2. Ernesto Escudero MD, Ernesto Bosch MD, Juana Crespo MD, et al. Comparison of two Different Starting multiple dose gonadotropin-releasing hormone antagonist protocols in a selected group of in vitro fertilization- embryo transfer patients. Fertility and sterility, 81 (3), pp. 562- 566.
3. Bosch E, Labarta E, Crespo J, Simon C, Remohi J, Jenkins J, Pellicer A, Circulating progesterone levels for in vitfertilization: analysis of over 4000 cycle, Human Reproduction 2010, Advance Access published June 10, 2010, pp. 1-9
4. Nguyễn Xuân Hợi. Nghiên cứu hiệu quả của GnRH agonist đơn liều thấp phối hợp với FSH tái tổ hợp để kích thích buồng trứng trong điều trị vô sinh bằng thụ tinh trong ống nghiệm. Luận án tiến sỹ Y học 2011. Trường Đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU VÔ SINH DO TẮC VÒI TỬ CUNG VÀ TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nông Hồng Lê⁽¹⁾, Nguyễn Ngọc Minh⁽²⁾

(1) Đại học Y Dược Thái Nguyên, (2) Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố chính liên quan đến vô sinh nữ do tắc vòi tử cung tại Viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2012. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả tiến cứu trên 150 bệnh nhân khám vô sinh được chụp tử cung - vòi tử cung tại Viện Phụ sản Trung ương. **Kết quả:** vô sinh do tắc vòi tử cung chiếm tỉ lệ 40,7%. Các yếu tố ảnh hưởng đến tắc vòi tử cung là bệnh nhân có tiền sử nạo hút thai chiếm tỉ lệ 72,1%, bệnh nhân tắc vòi tử cung có tiền sử đặt dụng cụ tử cung chiếm tỉ lệ 26,22%, bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tiểu khung chiếm tỉ lệ 29,5%, tình trạng viêm đường sinh dục thì nguy cơ tắc vòi tử cung tỉ lệ 49,3%. Có tiền sử nhiễm Chlamydia trachomatis chiếm 32,7%. **Kết luận:** vô sinh do tắc vòi tử cung chiếm tỉ lệ khá cao 40,7%, trong đó tiền sử có nạo hút thai thì nguy cơ tắc vòi tử cung là 2,59 lần, trong tiền sử có đặt dụng cụ tử cung thì nguy cơ tắc vòi tử cung tăng gấp 1,2 lần, trong tiền sử phẫu thuật tiểu khung nguy cơ tắc vòi tử cung tăng gấp 11,9 lần, trong tiền sử có viêm nhiễm đường sinh dục có nguy cơ tắc vòi tử cung là 2,56 lần.

Từ khóa: Vô sinh, tắc vòi tử cung, chụp tử cung - vòi tử cung.

ABSTRACT

Objective: Describe of some factors related to female infertility due to obstructed tubes at National Hospital of Obstetrics and Gynecology (NHOG) from January to June 2012. **Materials and methods:** Prospective descriptive study on 150 patients consulted because of female infertility with hysterosalpingography at NHOG. **Results:** infertility due to tubal obstruction: 40.7%. Risk Factors affecting to tubal obstruction were previous abortion: 72.1%, history of IUD: 26.22%, history of pelvic surgery: 29.5%, genital tract inflammation: 49.3%, history of genital Chlamydia trachomatis infection 32.7%. **Conclusion:** tubal obstruction is 40.7% with risk factor, history of abortion, the risk is 2.59 times. history of IUDs the risk is 1.2 times. History of pelvic surgery, the risk is 11.9 times, genital tract inflammation the risk is 2.56 times.

Keywords: Infertility, tubal obstruction, hysterosalpingography.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Có rất nhiều nguyên nhân gây vô sinh, trong đó vô sinh do tắc vòi tử cung chiếm tỷ lệ rất cao [1]. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy tắc vòi chủ yếu do viêm nhiễm, nguyên nhân chủ yếu từ những viêm nhiễm do những can thiệp từ những dịch vụ y tế trong sinh đẻ hoặc các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình như nạo hút thai, đặt dụng cụ tránh thai [2,3]. Tuy nhiên những viêm nhiễm sinh dục và các bệnh lây truyền qua đường tình dục cũng chiếm tỷ lệ cao: lậu, giang mai, chlamydia...[4,5].

Vi vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu chính:

1. Xác định tỷ lệ vô sinh do tắc vòi tử cung ở bệnh

nhân đến khám vô sinh tại BVPSTW.

2. Tìm hiểu một số yếu tố chính ảnh hưởng vô sinh do tắc vòi tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1 đến tháng 6/2012.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỊA ĐIỂM VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, từ tháng 1/2012 đến tháng 6/2012.

2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả các bệnh nhân khám vô sinh nữ có chụp tử

cung -vòi tử cung

- Tuổi 20 – 45.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp khám vô sinh nam, khám vô sinh nữ không chụp tử cung vòi tử cung.

- Ngoài lứa tuổi từ 20 - 45.

2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 150 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. TỶ LỆ VÔ SINH CÓ LIÊN QUAN ĐẾN VÒI TỬ CUNG.

Bảng 1. Nguyên nhân vô sinh

Nguyên nhân vô sinh	n	Tỷ lệ %
Tắc vòi	61	40,7
Các nguyên nhân khác	89	59,3
Tổng số	150	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng trong 150 bệnh nhân vô sinh thì nguyên nhân do tắc vòi tử cung có 61 chiếm tỷ lệ 40,7%, nhóm bệnh nhân vô sinh do các nguyên nhân khác là 59,3%.

Vô sinh có tắc vòi tử cung chiếm tỷ lệ khá cao 40,7%. Kết quả này phù hợp với kết quả báo cáo của Nguyễn Khắc Liêu và cộng sự năm 1995 là 43,82% [4], nhưng so sánh với tỷ lệ vô sinh do tắc vòi tử cung trên thế giới thì ở Việt Nam là khá cao nghiên cứu của Helle và cộng sự là 14,2%. [3]

3.2. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TẮC VÒI TỬ CUNG

Bảng 2. Yếu tố liên quan giữa tắc vòi tử cung và tình trạng viêm đường sinh dục

Yếu tố nguy cơ	Tắc	Không tắc	Σ	OR 95% CI
Viêm đường sinh dục	38	39	77	2,56 (1,22 - 5,44)
Không viêm	19	50	73	
Tổng	61	89	150	

Viêm nhiễm đường sinh dục là một trong những nguy cơ gây vô sinh do bị tắc vòi tử cung theo bảng 3.2 khi bị viêm đường sinh dục thì nguy cơ bị tắc vòi tử cung gấp 2,56 lần so với những người không bị viêm nhiễm đường sinh dục và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với CI trong khoảng 1,22-5,44)

Trong nghiên cứu của Torress-Sanchez và cộng sự cho thấy tiền sử viêm nhiễm vùng chậu rất có ý nghĩa thống kê nguy cơ vô sinh do vòi tử cung

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặt dụng cụ tử cung (DCTC) với tắc vòi tử cung

Đặt DCTC	Tắc	Không tắc	Σ	OR 95% CI
Có	16	21	37	1,2 (0,51 - 2,6)
Không	45	68	113	
Tổng	61	89	150	

Trong 37 trường hợp có tiền sử đặt dụng cụ tử cung thì có 16 trường hợp bị tắc vòi tử cung chiếm tỷ lệ 26,22% và 21 trường hợp không tắc vòi tử cung chiếm tỷ lệ 21,2% sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tiền sử đặt dụng cụ tử cung có liên quan đến tắc vòi tử cung với OR=1,2 và khoảng tin cậy 95% CI là 0,51 - 2,6.

Trong một số nghiên cứu trên thế giới chưa ghi nhận nguy cơ vô sinh liên quan rõ với nguyên nhân đặt dụng cụ tử cung. Tatum nhận thấy hầu hết nguy cơ gia tăng của bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu ở những người đang sử dụng dụng cụ tử cung có thể xảy ra sau đặt dụng cụ tử cung từ 1 đến 4 tháng [3]. Theo nghiên cứu của Phạm Như Thảo sau khi đặt DCTC tỷ lệ tắc vòi tử cung chỉ chiếm 5,7%[6].

Bảng 4. Mối liên quan giữa số lần nạo hút thai với tắc vòi tử cung

Đặt DCTC	Tắc	Không tắc	Σ	OR 95% CI
≥ 1 lần	44	83	117	2,59 (1,1 - 6,16)
Chưa nạo, hút	17	16	33	
Tổng	61	89	150	

Trong 117 trường hợp trong tiền sử có nạo hút thai thì có 44 trường hợp bị tắc vòi tử cung chiếm tỷ lệ 72,1% và 83 trường hợp không tắc vòi tử cung chiếm tỷ lệ 93,25%, Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, tiền sử có nạo hút thai liên quan đến tắc vòi tử cung. Với OR=2,59 và khoảng tin cậy 95% CI là 1,1 - 6,16. Tiền sử nạo hút thai là một yếu tố nguy cơ gây tắc vòi tử cung, và nguy cơ tắc vòi tử cung tăng cao gấp 2,59 lần so với nhóm chưa nạo hút thai lần nào.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả Nguyễn Khắc Liêu, Phạm Thị Như Thảo [4,6] cũng tại BVPSTW những năm trước đây.

Bảng 5. Mối liên quan giữa tiền sử phẫu thuật (PT) tiểu khung với tắc vòi tử cung

PT tiểu khung	Tắc	Không tắc	Σ	OR 95% CI
Có	18	3	21	11,9 (3,06-53,8)
Không	43	85	118	
Tổng	61	89	150	

Trong 21 trường hợp có tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung thì có 3 trường hợp bị tắc vòi tử cung chiếm tỷ lệ 14,3% và 18 trường hợp không bị tắc

vòi tử cung chiếm tỷ lệ 85,7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Tiền sử phẫu thuật có liên quan đến tắc vòi tử cung với $OR=11,9$ và khoảng tin cậy 95% CI là 3,06 – 53,8. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với với nghiên cứu của Phạm Như Thảo [6]. Có lẽ do Phạm Như Thảo tiến hành nghiên cứu hồi cứu trên hồ sơ, còn chúng tôi thực hiện nghiên cứu tiền cứu ở hai thời điểm cách nhau khoảng 10 năm.

Bảng 6. Mối liên quan giữa tiền sử nhiễm Chlamydia và tắc vòi tử cung

Nhiễm Chlamydia \ Tắc vòi tử cung	Tắc	Không tắc	Σ	OR, 95% CI
Có	20	13	33	2,9 (1,2- 6,8)
Không	41	76	117	
Tổng	61	89	150	

Trong 33 trường hợp có tiền sử nhiễm chlamydia thì có 20 trường hợp tắc vòi tử cung chiếm tỷ lệ là 32,7% và 13 trường hợp không tắc chiếm tỷ lệ 14,6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân nhiễm chlamydia có liên quan đến tắc vòi tử cung. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $OR = 2,9$ và khoảng tin cậy 95% CI là (1,2- 6,8).

Điều đó cho thấy vi khuẩn Chlamydia trachomatis là tác nhân hàng đầu gây tắc vòi tử cung chính vì vậy mà chúng ta nên tăng cường truyền thông giáo dục về nhiễm trùng đường sinh dục cho phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ để phát hiện sớm và điều trị kịp thời các nhiễm trùng đường sinh dục.

4. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi rút ra những kết luận sau:

- Vô sinh do tắc vòi tử cung chiếm tỷ lệ khá cao 40,7% trong tổng số các nguyên nhân gây vô sinh

Các yếu tố chính ảnh hưởng đến vô sinh do tắc vòi tử cung là:

+ Tình trạng viêm nhiễm đường sinh dục thì nguy cơ tắc vòi tử cung tăng gấp 2,56 lần so với nhóm không có viêm đường sinh dục.

+ Trong tiền sử có nạo hút thai thì nguy cơ tắc vòi tử cung là 2,59 lần so với nhóm chưa nạo hút thai lần nào.

+ Tiền sử có đặt dụng cụ tử cung thì nguy cơ tắc vòi tử cung tăng gấp 1,2 lần so với nhóm không đặt dụng cụ tử cung nhưng không có ý nghĩa thống kê.

+ Trong tiền sử có phẫu thuật vùng tiểu khung thì nguy cơ tắc vòi tử cung tăng gấp 11,9 lần so với nhóm không có tiền sử phẫu thuật tiểu khung.

+ Tiền sử bị nhiễm Chlamydia Trachomatis thì nguy cơ tắc vòi tử cung tăng gấp 2,9 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Phương Mai, Nguyễn Thị Ngọc Phương, Nguyễn Song Nguyên, Hồ Mạnh Tường, Vương Thị Ngọc Lan. Hiếm Muộn - Vô sinh và kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, NXBY học, Hà Nội, 2002.

2. Maruyama M., Osuga Y., Homoei M. Pregnancy rates after laparoscopic treatment. Differences related to tubal status and presence of endometriosis", Reprod. Med. Feb. 45 (2), 2000, pp. 89 – 93.

3. T aylor R.C., Berkowitz J. Role of Laparoscopic salpingostomy in the treatment of hydrosalpinx, Fertil Steril, Mar, 2001, 75(3), pp 594 – 600.

4. Nguyễn Khắc Liêu. Đại cương về vô sinh. Bài giảng sản phụ khoa – tập I, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, Hà Nội, 2002, tr 311-316.

5. Nguyễn Viết Tiến và CS. Tỷ lệ vô sinh trong cộng đồng trên toàn quốc. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Quốc gia, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, 2009.

6. Phạm Như Thảo. Tìm hiểu một số đặc điểm, yếu tố liên quan và những biện pháp điều trị vô sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2003. Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học y Hà Nội, Hà Nội, 2004.

KẾT QUẢ VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KỸ THUẬT TIÊM TINH TRÙNG VÀO BÀO TƯƠNG NOÃN BẰNG TINH TRÙNG LẤY TỪ MÀO TINH

Hồ Sỹ Hùng⁽¹⁾, Trần Thị Phương Mai⁽²⁾

(1) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, (2) Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá tỷ lệ thai sinh hóa và thai lâm sàng các cặp vợ chồng vô sinh không có tinh trùng bằng phương pháp chọc hút tinh trùng từ mào tinh/ tiêm tinh trùng vào bào tương noãn và một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai. **Phương pháp:** nghiên cứu tiên cứu can thiệp, sử dụng phần mềm SPSS 16.0 để phân tích kết quả. **Kết quả:** 170 cặp vợ chồng với 226 chu kỳ IVF/PESA/ICSI. Tuổi trung bình của vợ là 28,45 + 4,5 năm, của chồng là 32,41 + 5,7 năm, số năm vô sinh trung bình là 4,09 + 3,4 năm. Số noãn trung bình là 8,62 + 4,3 noãn (1947 noãn). Số phôi trung bình là 5,92 + 3,4 phôi (1337 phôi). Tỷ lệ thụ tinh là 68,67%. Tỷ lệ thai sinh hóa và thai lâm sàng trên số chu kỳ kích thích buồng trứng tương ứng là 39,4% và 36,3%.

Từ khóa: tỷ lệ thai sinh hóa, tỷ lệ thai lâm sàng, tiêm tinh trùng vào bào tương noãn, tinh trùng từ mào tinh

ABSTRACT

RESULTS AND FACTORS AFFECTING THE INTRA CYTOPLASMIC SPERM INJECTION WITH SPERM ASPIRATED FROM EPYDIDYMS

Objectives: to assess biochemical pregnancy rate, clinical pregnancy rate and factors affecting pregnancy rate in treatment azoospermic men by PESA/ICSI method. **Methods:** prospective study intervention, using SPSS 16.0 software to analyze the results. **Results:** 170 couples with 226 cycles of IVF/PESA/ICSI. The average age of the wives was 28.45 + 4.5 years, husband was 32.41 + 5.7 years, the average duration of infertility was 4.09 + 3.4 years. The average number of oocytes 8.62 + 4.3 (1947 oocytes). The average number of embryos 5.92 + 3.4 embryos (1337 embryos). Fertilization rate was 68.67%. Biochemical pregnancy rate and clinical pregnancy per cycles of ovarian stimulation, 39.4% and 36.3% respectively. **Keywords:** biochemical pregnancy rate, clinical pregnancy rate, intra cytoplasmic sperm injection, percutaneous epididymis sperm aspiration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh do không có tinh trùng trong mẫu tinh dịch chiếm khoảng 2-5% trong quần thể nam giới. Nếu như trước đây các cặp vợ chồng này sẽ không thể có được đứa con sinh học (biological child) của chính mình thì ngày nay với sự phát triển của kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI) được Palermo báo cáo lần đầu tiên năm 1992 trên tạp chí Lancet [1] và kỹ thuật trích xuất tinh trùng từ mào tinh hoặc tinh hoàn đã giúp đỡ được nguyện vọng chính đáng của họ.

Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá tỷ lệ thai sinh hóa và thai lâm sàng các trường hợp tiêm tinh trùng vào bào tương noãn bằng tinh trùng trích xuất từ mào tinh và một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. ĐỐI TƯỢNG

Đối tượng nghiên cứu gồm 170 cặp vợ chồng vô sinh do chồng không có tinh trùng được điều

trị bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm/ tiêm tinh trùng lấy từ mào tinh vào bào tương noãn. 226 chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm với tổng số 1947 noãn được tiến hành tiêm tinh trùng vào bào tương.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU TIÊN CỨU CAN THIỆP

Các bước nghiên cứu

– Các cặp vợ chồng vô sinh do chồng không có tinh trùng, vợ có thể có hoặc không kèm theo nguyên nhân vô sinh. Được khám và làm các xét nghiệm cần thiết;

– Kích thích buồng trứng theo phác đồ thụ tinh trong ống nghiệm;

– Chọc hút noãn khi đã đủ điều kiện/chọc hút tinh trùng từ mào tinh hoàn của người chồng vào ngày chọc hút noãn;

– Xử lý noãn (tách noãn), lọc rửa mẫu tinh trùng;

- Tiêm tinh trùng vào bào tương của noãn;
- Ủ noãn sau tiêm trong tủ cấy 37°C với nồng độ CO₂ 5%;
- Đánh giá thụ tinh sau tiêm tinh trùng vào bào tương noãn 16-18 giờ.
- Chuyển phôi sau nuôi cấy phôi
- Xác định thai sinh hóa bằng xét nghiệm β hCG máu, xác định thai lâm sàng bằng siêu âm

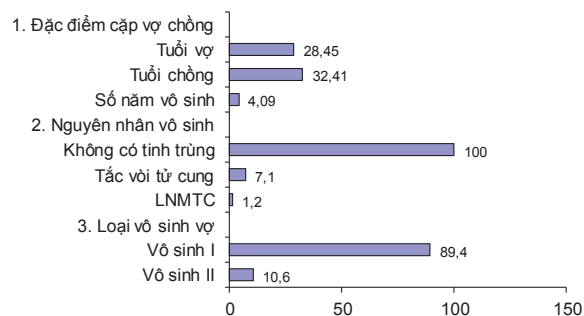
Các biến số nghiên cứu

- Tuổi của người vợ;
- Tuổi người chồng;
- Thời gian vô sinh, loại vô sinh;
- Phác đồ kích thích buồng trứng, liều lượng FSH sử dụng;
- Số noãn, số phôi thu được, chất lượng phôi sau thụ tinh;
- Tỷ lệ thụ tinh sau tiêm tinh trùng vào bào tương noãn;
- Số trường hợp phôi đông lạnh;
- Kết quả chọc hút tinh trùng từ mào tinh.

Xử lý số liệu: Số liệu thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. So sánh các giá trị trung bình bằng T test và so sánh các tỷ lệ bằng χ^2 test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. ĐẶC ĐIỂM CẶP VỢ CHỒNG NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Đặc điểm cặp vợ chồng vô sinh

Nhận xét: 170 cặp vợ chồng tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình của vợ là 28,45 + 4,5 năm, của chồng là 32,41 + 5,7 năm. Số năm vô sinh trung bình là 4,09 + 3,4 năm, lâu nhất là 19 năm và ít nhất là 1 năm. Tất cả chồng đều không có tinh trùng, tuy nhiên có 7,1% kèm theo vợ bị tắc vòi tử cung, 1,2% bị lạc nội mạc tử cung. Có 10,6% vợ bị vô sinh thứ phát và 89,4% vợ bị vô sinh nguyên phát.

3.2. ĐẶC ĐIỂM KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Bảng 1. Kết quả điều trị

Chỉ số nghiên cứu		Kết quả
Phác đồ kích thích buồng trứng	Phác đồ ngắn	37 (16,4%)
	Phác đồ dài	162 (71,7%)
	Phác đồ antagonist	27 (11,9%)
Tổng liều FSH trung bình (IU)		1943,58 + 633,3
Số noãn trung bình		8,62 + 4,3 (1947)
Số phôi trung bình		5,92 + 3,4 (1337)
Số phôi chuyển trung bình		3,5 + 1,2
Tỷ lệ thụ tinh		68,67% (1337/1947)
Tỷ lệ làm tổ		121/783 (15,45%)
Tỷ lệ thai sinh hóa (%)		39,4
Tỷ lệ đẻ thai lâm sàng (%)		36,3

Nhận xét: Số noãn trung bình là 8,62 + 4,3 noãn, tổng số noãn là 1947 noãn. Số phôi trung bình là 5,92 + 3,4 phôi, tổng số phôi là 1337 phôi. Tỷ lệ thụ tinh là 68,67%. Tỷ lệ thai sinh hóa và thai lâm sàng trên số chu kỳ kích thích buồng trứng tương ứng là 39,4% và 36,3%.

3.3. MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TỶ LỆ CÓ THAI

*Tuổi và thời gian vô sinh

Bảng 2. Tuổi người vợ, thời gian vô sinh và tỷ lệ có thai

Yếu tố	Tỷ lệ thai lâm sàng (%)	χ^2	p
Tuổi (năm)	< 35 38,5 (77/200)	2,49	0,114
	> 35 21,7 (5/23)		
Thời gian vô sinh (năm)	< 10 38,5 (80/208)	3,80	0,051
	> 10 13,3 (2/15)		

Nhận xét:

- Không có sự khác biệt về tỷ lệ thai lâm sàng giữa hai nhóm tuổi người vợ dưới 35 và trên 35 tuổi với $\chi^2 = 2,49$, $p > 0,05$.

- Không có sự khác biệt về tỷ lệ thai lâm sàng giữa hai nhóm bệnh nhân có thời gian vô sinh trên và dưới 10 năm với $\chi^2 = 3,8$; $p > 0,05$.

*Tỷ lệ thai lâm sàng và chất lượng phôi chuyển

Bảng 3. Chất lượng phôi liên quan tỷ lệ thai lâm sàng

	Tỷ lệ thai lâm sàng (%)	χ^2	p
0 phôi tốt	2,5 (1/40)	11,81	0,001
1 phôi tốt	32,3 (10/31)		
2 phôi tốt	31,8 (14/44)	5,52	0,019
> 3 phôi tốt	52,8 (57/108)		

Nhận xét:

- Có sự khác biệt về tỷ lệ có thai giữa nhóm chuyển 1 phôi tốt với nhóm không có phôi tốt nào với $\chi^2 = 11,81$; $p < 0,05$.

- Có sự khác biệt về tỷ lệ có thai giữa nhóm

chuyển ít nhất 3 phôi tốt với nhóm chuyển 2 phôi tốt với $\chi^2 = 5,52$; $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

ĐẶC ĐIỂM CẶP VỢ CHỒNG VÔ SINH

Tổng số 170 cặp vợ chồng được điều trị bằng phương pháp thụ tinh ống nghiệm/tiêm tinh trùng vào bào tương noãn bằng tinh trùng lấy từ mào tinh với tổng cộng 226 chu kỳ kích thích buồng trứng, 223 chu kỳ chuyển phôi tươi 3 chu kỳ không chuyển phôi vì không có phôi chuyển.

Tuổi trung bình của người vợ là $28,45 \pm 4,5$ năm, tuổi trung bình của chồng là $32,41 \pm 5,7$ năm. Có 7,1% vợ bị tắc vòi tử cung và 1,2% bị lạc nội mạc tử cung kèm theo nguyên nhân vô sinh do chồng không có tinh trùng. Các trường hợp tắc vòi tử cung đều có tiền sử bị mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục hoặc viêm nhiễm tiểu khung. Ngoài ra cũng có 10,6% các trường hợp vô sinh thứ phát, đây là các trường hợp hoặc do chồng bị vô sinh thứ phát hoặc do người vợ đã từng có con với chồng thứ nhất.

ĐẶC ĐIỂM KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

Một đặc điểm trong điều trị vô sinh nam giới là tuy nguyên nhân vô sinh là do nam giới nhưng việc điều trị lại chủ yếu tiến hành trên người vợ do vậy kết quả thành công phụ thuộc rất nhiều vào các yếu tố tiên lượng của người phụ nữ. Một trong những yếu tố ảnh hưởng đó là tuổi người vợ, mức độ đáp ứng của buồng trứng khi kích thích nang noãn, thời gian vô sinh.

Có 71,7% bệnh nhân dùng phác đồ dài, 16,4% dùng phác đồ ngắn và 11,9% dùng phác đồ sử dụng chất đối vận. Tổng liều FSH sử dụng cho mỗi chu kỳ theo từng phác đồ là $1943,58 \pm 633,3$ đơn vị. Tổng liều FSH sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Rosenlund và cộng sự [2]. Sở dĩ trong nghiên cứu của chúng tôi tổng liều FSH sử dụng ít vì các bệnh nhân của chúng tôi còn trẻ, dự trữ buồng trứng còn tốt. Đây cũng là đặc điểm của các cặp vợ chồng vô sinh không có tinh trùng, bệnh nhân thường đi khám và phát hiện sớm nên tuổi người vợ không quá cao, người vợ ít kèm theo nguyên nhân vô sinh khác kèm theo.

Tổng số 226 chu kỳ kích thích buồng trứng với 1947 noãn chọc hút được, với số noãn trung bình là $8,62 \pm 4,3$ noãn/chu kỳ, đây là số lượng noãn hợp lý cho một chu kỳ kích thích buồng trứng

trong thụ tinh trong ống nghiệm.

TỶ LỆ THỤ TINH, TỶ LỆ LÀM TỔ

Tỷ lệ thụ tinh được tính bằng tổng số phôi/tổng số noãn chọc hút được. Trong số 170 cặp vợ chồng điều trị vô sinh với 226 chu kỳ kích thích buồng trứng thu được tổng số 1947 noãn được thực hiện tiêm tinh trùng vào bào tương, tổng số thụ tinh là 1337 phôi, đạt tỷ lệ thụ tinh là 68,67%. Tỷ lệ thụ tinh trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Du và Jin tương ứng là 71,4% và 73,29% [3, 4] nhưng cao hơn nghiên cứu của Mansour là 56,6% [5]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 chu kỳ không có phôi chuyển do không thụ tinh, nguyên nhân vì chất lượng noãn xấu.

Tỷ lệ làm tổ được tính bằng số túi thai/tổng số phôi chuyển. Trong nghiên cứu này có 121 túi thai trên tổng số 783 phôi được chuyển vào buồng tử cung, đạt tỷ lệ làm tổ là 15,45%. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Friedler và cộng sự có tỷ lệ thụ tinh là 13% (6).

TỶ LỆ THAI SINH HÓA VÀ TỶ LỆ THAI LÂM SÀNG

Theo định nghĩa của tổ chức y tế thế giới, thai sinh hóa là các trường hợp định lượng β hCG trong máu trên 25 đơn vị/ml chưa phát triển thành thai lâm sàng, còn thai lâm sàng là các trường hợp thai siêu âm có túi thai không tính đến vị trí làm tổ của túi thai. Trong nghiên cứu này của chúng tôi tỷ lệ thai sinh hóa là 39,4% và tỷ lệ thai lâm sàng là 36,3% trên tổng số chu kỳ kích thích buồng trứng. Tỷ lệ thai lâm sàng của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Mansour và cộng sự là 37% [5] và cao hơn so với nghiên cứu của Friedler và cộng sự là 29% [6] mặc dù tác giả xác định là tỷ lệ thai trên tổng số chu kỳ chuyển phôi còn nghiên cứu của chúng tôi là trên tổng số chu kỳ kích thích buồng trứng.

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ THỤ TINH BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIÊM TINH TRÙNG VÀO BÀO TƯƠNG NOÃN

Theo nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới về các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai sau thụ tinh trong ống nghiệm/tiêm tinh trùng vào bào tương noãn kết luận tuổi của người vợ, số năm vô sinh không ảnh hưởng đến kết quả thụ tinh. Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng thấy không có mối liên quan giữa tuổi người vợ

và số năm vô sinh với tỷ lệ thụ tinh, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (bảng 2). Tuy nhiên tỷ lệ thai lâm sàng liên quan chặt chẽ với chất lượng phôi chuyển và số lượng phôi tốt chuyển. Nếu bệnh nhân không có phôi tốt nào chuyển thì tỷ lệ có thai chỉ là 2,5% và nếu bệnh nhân có 1 phôi tốt chuyển thì tỷ lệ có thai tăng lên tới 32,3% và nếu chuyển ít nhất 3 phôi tốt thì tỷ lệ có thai là 52,8% (bảng 3). Nghiên cứu của Zorn và cộng sự lại cho thấy kết quả thụ tinh và thai nghén phụ thuộc vào phác đồ và loại FSH sử dụng kích thích buồng trứng [7].

Một yếu tố rất quan trọng khi thực hiện tiêm tinh trùng vào bào tương noãn là kỹ năng của người thực hiện vì nếu kỹ thuật không tốt có thể làm tổn thương màng tế bào noãn hay làm tổn thương thai vô sắc cũng có thể làm giảm tỷ lệ thụ tinh và giảm tỷ lệ có thai, tuy nhiên để đánh giá kỹ thuật này rất khó hơn nữa trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có một số ít người thực hiện nên cũng đã giảm được đáng kể các sai số.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 170 cặp vợ chồng với 226 chu kỳ kích thích buồng trứng, 223 chu kỳ chuyển phôi thu được 1947 noãn, 1337 phôi. Tỷ lệ thai sinh hóa trên số chu kỳ kích thích buồng trứng là 39,4% và tỷ lệ thai lâm sàng là 36,3%

Tỷ lệ có thai không liên quan đến tuổi vợ và thời gian vô sinh nhưng có liên quan đến chất lượng phôi chuyển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Palermo G, Joris H, Devroey P. Pregnancies after intracytoplasmic sperm injection of single spermatozoon into an oocyte. *Lancet* 1992; 340: 17–8.
2. Rosenlund B; Westlander G; Wood M; Lundin K; Reimer E; Hillensjo T. Sperm retrieval and fertilization in repeated percutaneous epididymal sperm aspiration. *Human reprod* 1998, vol.13, no10, pp. 2805-2807.
3. Du Q, Yang DL, Pan BC, He LX, Wang XX, Song YS, Wu B. Intracytoplasmic sperm injection for obstructive azoospermia. *Zhonghua Nan Ke Xue*. 2010 Oct;16(10):922-4.
4. Jin L, Jiang LY, Zhu GJ, Liu Q, Wei YL, Hu J, Ren XL. Comparison between the results of ICSI with fresh and with frozen-thawed sperm obtained by PESA to treat azoospermia. *Zhonghua Nan Ke Xue*. 2006 May;12(5):443-5, 449.
5. R.T.Mansour, A.Kamal, I.Fahmy, N.Tawab, G.I.Serour, M.A.Aboulghar. Intracytoplasmic sperm injection in obstructive and non-obstructive azoospermia. *Human Reproduction* ; 1997; vol.12 no.9 pp.1974–1979.
6. S.Friedler, A.Raziel, D.Strassburger, Y.Soffer, D.Komarovsky and R.Ron-El. Testicular sperm retrieval by percutaneous fine needle sperm aspiration compared with testicular sperm extraction by open biopsy in men with non-obstructive azoospermia. *Human Reproduction* , 1997; vol.12 no.7 pp.1488–1493.
7. Zorn B, Virant-Klun I, Drobni S, Sinkovec J, Meden-Vrtovc H. Male and female factors that influence ICSI outcome in azoospermia or aspermia. *Reprod Biomed Online*. 2009 Feb;18(2):168-76.

NHẬN XÉT THÁI ĐỘ XỬ TRÍ THAI Ở SẴO MỔ LẤY THAI TRONG 3 GIAI ĐOẠN THAI KỲ

Diễm Thị Thanh Thủy, Nguyễn Duy Ánh, Nguyễn Mạnh Trí
Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

TÓM TẮT

Khoảng 60-70% các trường hợp thai ở sỡ mổ lấy thai tiến triển trở thành rau cài răng lược. Xử trí rau cài răng lược ở bất kỳ giai đoạn nào của thai kỳ cũng cực kỳ khó khăn. Báo cáo 3 trường hợp chẩn đoán chữa ở sỡ mổ lấy thai khi thai từ 6 đến 8 tuần tuổi được theo dõi và xử trí ở 3 giai đoạn của thai kỳ: trường hợp 1 thai 6 tuần điều trị nội khoa bằng methotrexate tại chỗ. Trường hợp 2 thai 14 tuần rau cài răng lược sớm tại vết mổ, điều trị bằng hủy thai + thuyên tắc động mạch tử cung + nạo gấp thai. Trường hợp 3 thai 38 tuần rau tiền đạo cài răng lược, được mổ lấy thai, cắt tử cung. Nên xử trí sớm các trường hợp thai ở sỡ mổ cũ lấy thai ngay khi chẩn đoán được. Xử trí các trường hợp RCRLS nên thuyên tắc ĐMTC trước khi lấy bỏ khối thai để bảo tồn tử cung. Xử trí RCRL khi thai đủ tháng cần phối hợp nhiều chuyên khoa: Sản khoa, Phụ khoa, Hồi sức, Huyết học, tiết niệu.

ABSTRACT

COMMENT ON THE MANAGEMENT OF CAESAREAN SCAR PREGNANCY IN 3 TRIMESTERS OF PREGNANCY

Approximately 60-70% of all caesarean scars pregnancy progression becomes placenta accreta. Management placenta accreta in any stage of pregnancy is extremely difficult. Three cases had diagnosed caesarean scar pregnancy between 6 and 8 weeks of age. They were followed and treated in three stages of pregnancy: case 1: 6th week pregnancy, medical treatment with local MTX. Case 2: 14 weeks pregnancy with early placenta accreta in the caesarean scar, treated by abolish pregnancy + uterine artery embolization + dilatation and curettage. Case 3: 38 weeks pregnancy with placenta accreta having cesarean + hysterectomy. We should manage the caesarean scar pregnancies as soon as diagnosed. The early placenta accreta management should make uterine artery embolization before removing blocks pregnant. Treatment of placenta accreta should be coordinated by multiple specialties: Obstetrics, Gynecology, Resuscitation, Hematology, and Urology.

Key word: Ceasarean scar pregnancy, early placenta accreta, placenta accreta.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Chửa ở sỡ mổ lấy thai (CSMLT) là hiện tượng túi thai làm tổ ở vị trí sỡ mổ lấy thai [1,2,3]. Là bệnh hiếm gặp chiếm tỷ lệ 1/1800 đến 1/2500 thai phụ [1,2]. Tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng do tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng nhiều [1,2,3,4]. Bệnh có 2 hình thái lâm sàng. Thứ nhất: Gai rau bám vào phần ngoài sỡ túi thai có xu hướng phát triển về phía buồng tử cung thể này thai có thể sống được nhưng nguy cơ trở thành RCRL. Thứ 2: gai rau xâm nhập sâu vào trong sỡ túi thai phát triển về phía bàng quang và ổ bụng nguy cơ vỡ tử cung gây chảy máu ạt nguy hiểm đến tính mạng người bệnh [4]. 70% các trường hợp CSMLT tiến triển trở thành rau cài răng lược sớm ở quý I và nửa đầu quý II và rau cài răng lược ở nửa sau quý II và quý III của thai kỳ [5]. Việc xử trí rau cài răng lược tại

sỡ mổ lấy thai ở bất kỳ giai đoạn nào của thai kỳ cũng là vấn đề cực kỳ khó khăn, tỷ lệ tử vong là 7% [6]. Hiện nay về phương hướng xử trí còn nhiều tranh cãi đa số ý kiến cho rằng CSMLT nên được xử trí sớm ngay khi chẩn đoán được [1,3,4,5,7]. Có ý kiến cho rằng CSMLT có thể theo dõi thai đến khi thai có khả năng sống được [2]. Hơn nữa có rất ít nghiên cứu về vấn đề này. Do tính chất phức tạp của bệnh chúng tôi báo cáo nhận xét thái độ xử trí 3 ca CSMLT ở 3 giai đoạn của thai kỳ mong rằng đem đến cho quý vị bức tranh về CSMLT và rau cài răng lược tại sỡ mổ lấy thai và cùng suy nghĩ về phương hướng xử trí căn bệnh này.

Từ khóa:

Chửa ở sỡ mổ lấy thai (Ceasarean scar pregnancy)

Rau cài răng lược sớm (Early placenta accreta)

Rau cài răng lược (Placenta accreta)

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 3 bệnh nhân được chẩn đoán chứa ở sẹo mổ lấy thai và được điều trị tại Bệnh Viện Phụ Sản Hà Nội.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

III. KẾT QUẢ

Trường hợp 1: Ngô Minh P, 35 tuổi Para: 2022. Tiền sử mổ đẻ 2 lần

Ngày 11/11/2012. Bệnh nhân đến khám để hút thai, Kết quả siêu âm đầu dò âm đạo : Buồng tử cung và ống cổ tử cung rỗng. Mặt trước vùng eo tử cung tương đương sẹo mổ có túi thai, KT 24mm, có âm vang tim thai. Cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai dày 3mm. XN β hCG: 59.397 mUI/ml

Chẩn đoán vào viện: Thai 6 tuần 3 ngày chứa ở sẹo mổ lấy thai

Ngày 13/11/2013: Hủy thai. Chọc kim dưới hướng dẫn siêu âm đầu dò âm đạo tiêm 2,5ml MTX vào túi thai và 2,5ml MTX vào phía sau rau.

Ngày 25/11/2012: Âm đạo ra máu ít, Siêu âm: khối âm vang hỗn hợp tại sẹo mổ, KT 35 x 40mm. XN β hCG: 25.503 mUI/ml

Ngày 03/12/2012: âm đạo ra máu ít, Siêu âm: khối âm vang hỗn hợp tại sẹo mổ, KT 30 x32 mm. XN β hCG: 9730 mUI/ml.

Ngày 03/01/2012: Bệnh nhân có kinh trở lại, Siêu âm: khối âm vang hỗn hợp tại sẹo mổ, KT 20 x18 mm. XN β hCG: 450 mUI/ml.

Ngày 03/2/2013: Bệnh nhân sạch kinh lần 2, siêu âm: Tại sẹo mổ có lớp dịch 0,5mm. XN β hCG: 2 mUI/ml.

Bệnh nhân khỏi bệnh sau 2 tháng 20 ngày
Chi phí điều trị : 4.000.000 đồng.

Trường hợp 2: Vũ Thúy L, 32 tuổi Para: 1021 Tiền sử mổ lấy thai 2008

Bệnh nhân mất kinh 2 tháng, ra máu âm đạo ít một đi khám

Ngày 12/11/2012: Kết quả siêu âm: Buồng tử cung và ống cổ tử cung rỗng. khối thai nằm ở mặt trước vùng eo tử cung, có âm vang tim thai. Chiều dài đầu mông:16mm tương đương thai 8 tuần 2 ngày. Cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai dày 2,8mm. Siêu âm doppler có rất nhiều mạch máu tăng sinh tại vị trí rau bám ở sẹo mổ.

Chẩn đoán: Thai 8 tuần chứa ở sẹo mổ lấy thai.

Bệnh nhân xin tiếp tục giữ thai.

Ngày 18/12/2012: Bệnh nhân ra máu âm đạo + đau tức hạ vị.

Kết quả siêu âm: khối thai nằm ở vùng eo tử cung thai 13 tuần 3 ngày, tim thai 156L/P. Rau bám mặt trước vùng eo tử cung lan qua lỗ trong CTC. Khó xác định được độ dày lớp cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang. phía sau rau có rất nhiều mạch máu tăng sinh lan vào thành bàng quang. XN β hCG: 64921 mUI/ml.

Chẩn đoán : Thai 13 tuần 3 ngày rau cài răng lược sớm tại sẹo mổ.

Bệnh nhân xin bỏ thai. Giải thích cho bệnh nhân và gia đình quá trình xử trí và các biến chứng có thể xảy ra.

Chỉ định: Hủy thai+ thuyên tắc động mạch tử cung 2 bên.

Ngày 19/12/2012: Hủy thai: Tiêm 2ml Kaliclorua vào ổ tim thai theo dõi tới khi mất tim thai. tiêm 50mg/2ml MTX vào phía sau rau.

Ngày 27/12/2012: Tiến hành nút động mạch tử cung 2 bên tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện đa khoa Saintpaul. XN β hCG: 37.923 mUI/ml.

Ngày 28/12/2012: Nạo gấp thai dưới siêu âm tại phòng mổ. Phần rau bám ở sẹo mổ bám chặt cổ gắng lấy gần hết rau thai. Sau nạo máu chảy khoảng 200ml. Bơm bóng chèn vào vùng eo tử cung.

Ngày 30/12/2012: Tháo bóng chèn ở eo tử cung không chảy máu.

XN β hCG: 943mUI/ml. Bệnh nhân ra viện

Ngày 3/2/2013: XN β hCG: 443 mUI/ml. Kết quả siêu âm: Vùng eo tử cung có khối âm vang hỗn hợp, KT 37 x42mm.

Ngày 8/3/2012: Bệnh nhân có kinh trở lại. XN β hCG: 12 mUI/ml. Kết quả siêu âm: Vùng eo tử cung có khối âm vang hỗn hợp, KT 30 x32mm.

Tổng viện phí cho quá trình điều trị khoảng 14.000.000 đồng.

Trường hợp 3: Đỗ Hà L, 31 tuổi Mã số bệnh án: 07051415

Para 1021. Tiền sử mổ đẻ 2007

Ngày 12/2/2012: Bệnh nhân khám thai tình cờ. Kết quả siêu âm: Thai 6 tuần 2 ngày, Chứa ở sẹo mổ lấy thai. có âm vang tim thai. Túi thai có xu hướng phát triển về phía buồng tử cung.

Ngày 23/3/2012: Chẩn đoán: Thai 13 tuần 3 ngày chứa ở sẹo mổ lấy thai.

Ngày 02/06/2012: Chẩn đoán: Thai 22 tuần theo dõi rau cài răng lược tại sọ mổ.

Ngày 12/08/2012: Chẩn đoán: Thai 32 tuần. rau tiền đạo cài răng lược

Bệnh nhân theo dõi thai nội trú tới 38 tuần.

Chẩn đoán: Thai 38 tuần. rau tiền đạo cài răng lược.

Chỉ định: Mổ lấy thai + cắt tử cung bán phần+ dự trữ 2000ml máu nhóm "A"

Ngày 22/09/2012: Tiến hành phẫu thuật

Nhân xét đại thể khi phẫu thuật: Đoạn dưới tử cung phồng căng, bàng quang treo cao đến giữa thân tử cung, mạch máu tăng sinh nhiều. Rạch dọc thân tử cung lấy ra 1 bé gái 2800g, A8-9. Toàn bộ bánh rau bám ở đoạn dưới tử cung xâm lấn vào bàng quang. Tiến hành: Cắt tử cung bán phần thấp để lại 2 phần phụ. Tổn thương đáy bàng quang 3cm. Khâu phục hồi đáy bàng quang.

Tổng số máu mất 2500ml. truyền 1500 ml hồng cầu khối, 1000ml Plasma tươi..

Điều trị: Kháng sinh, truyền dịch, nâng cao thể trạng. Lưu sonde tiểu 1 tuần

Một tuần sau mổ bệnh nhân bị đái tháo nhạt chuyển điều trị nội khoa.

4/10/2012: Bệnh nhân ra viện.

Tổng số ngày điều trị: 143 ngày

Tổng số chi phí: 61 triệu.

IV. BÀN LUẬN:

- Tỷ lệ mắc bệnh: CSMLT và RCRL sớm ngày càng tăng do tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng nhiều [2].

- Nguyên nhân: Chưa được làm rõ, giả thuyết dễ được chấp nhận nhất là do khiếm khuyết của sọ mổ lấy thai tạo khe hở vi thể cho túi thai bám vào [7]. Theo Krishna 60% sọ mổ lấy thai có các khe hở [8].

- Chẩn đoán bệnh: Cả 3 bệnh nhân của chúng tôi đều được chẩn đoán khi thai từ 6 đến 8 tuần. Trường hợp 2 theo dõi thai tới 13,3 tuần có dấu hiệu dọa vỡ chỉ định chấm dứt thai kỳ, trường hợp 3 theo dõi thai tới khi đủ tháng.

Cho đến nay việc chẩn đoán CSMLT vẫn được cho là khó khăn [1,2,4]. Nhiều trường hợp vẫn bị bỏ sót gây ra tai biến đáng tiếc như vỡ tử cung, chảy máu nặng khi nạo hút thai, Khi thai lớn 70% trở thành rau cài răng lược [5] một xử trí sản khoa khó khăn nhất hiện nay. Việc chẩn đoán sớm rất có giá trị cho chẩn đoán và tiên lượng bệnh.

Rau cài răng lược sớm chẩn đoán ở thai giai đoạn 1 và nửa đầu giai đoạn 2 của thai kỳ[2]. Theo

Ben Nagi: Chẩn đoán rau cài răng lược sớm giúp thai phụ lựa chọn chấm dứt thai kỳ hay theo dõi thai. Chấm dứt thai kỳ ở giai đoạn này có 20-40% có tai biến chảy máu nặng nhưng nguy cơ cắt tử cung thấp hơn so với thai đủ tháng[5].

- Hướng xử trí: Hiện nay chưa thống nhất phương hướng xử trí cho căn bệnh này. Đa số các tác giả cho rằng nên kết thúc thai kỳ sớm ngay khi chẩn đoán được bệnh tránh tai biến đáng tiếc cho người bệnh[1,3,4,5,8]. Có tác giả cho rằng CSMLT có thể theo dõi thai tới khi thai có thể sống được [2].

Phương pháp điều trị: CSMLT chưa có phương pháp điều trị hữu hiệu. Các phương pháp điều trị trên thế giới được tổng kết qua các báo cáo ca bệnh. Khuynh hướng hiện nay là điều trị bảo tồn nội khoa và can thiệp ngoại khoa tối thiểu nhằm kết thúc thai kỳ sớm, nhờ đó tránh được phẫu thuật lớn và đảm bảo khả năng sinh sản. Nguyên tắc điều trị nhằm loại bỏ khối thai, duy trì khả năng sinh sản[7]. Có rất nhiều phương thức điều trị gồm 4 nhóm: Điều trị nội khoa, can thiệp ngoại khoa, phối hợp các phương pháp và chỉ theo dõi[7]. Theo đa số các tài liệu phương pháp điều trị nội khoa là khả thi nhất khi thai dưới 8 tuần[1,2,3,4,5]. Khi thai trên 8 tuần đặc biệt là các trường hợp chẩn đoán RCRLS nên được phối hợp nhiều phương pháp điều trị[5]. Phẫu thuật cắt tử cung nên đặt ra khi điều trị bảo tồn thất bại[9].

Trong báo cáo của chúng tôi trường hợp 1: Thai 6,2 tuần việc xử trí đơn giản hơn, bệnh nhân không bị ảnh hưởng sức khỏe nhiều, bảo tồn được khả năng sinh sản. Bệnh nhân không phải nằm viện lâu. chi phí cho điều trị thấp. Theo Stritch: tỷ lệ thành công của phương pháp này là 87,7%[2].

Trường hợp 2: Thai 13,3 tuần rau cài răng lược sớm, mục tiêu xử trí của trường hợp này là: Loại bỏ khối thai, cầm máu và duy trì khả năng sinh sản.

Ưu điểm: Bảo tồn được tử cung, Sức khỏe không bị ảnh hưởng nhiều

Nhược điểm: chi phí cho điều trị cao, chưa đánh giá được chất lượng sọ sau điều trị.

Theo Stritch tổng hợp 42 bài báo có 39 trường hợp chẩn đoán rau cài răng lược sớm tại sọ mổ lấy thai điều trị bằng các phương pháp: Điều trị nội khoa bằng MTX, Thuyên tắc ĐMTC sau đó nạo hút thai hoặc phẫu thuật, phẫu thuật mở bụng. Kết quả 34/39 trường hợp phải cắt tử cung[2].

Trường hợp 3: Thai 38 tuần mổ lấy thai, em bé khỏe mạnh bình thường. Thời gian phẫu thuật 2h, mất khoảng 2500ml máu + cắt tử cung hoàn toàn + tổn thương bàng quang ảnh hưởng lớn đến sức khỏe và tâm sinh lý người bệnh. Chi phí lớn cho cả quá trình theo dõi thai, phẫu thuật và sau phẫu thuật.

Rau cài răng lược là biến chứng thai kỳ có tỷ lệ tử vong khoảng 7%[6]. Bệnh có biến chứng nặng nề: chảy máu, nhiễm trùng, vỡ tử cung, tổn thương tiết niệu khi phẫu thuật[10]. Theo nghiên cứu của bệnh viện Từ dũ 2012 : Trong phẫu thuật RCRL lượng máu mất TB là 1800ml, Lượng máu truyền trung bình 7 đơn vị, thời gian mổ trung bình là 140 phút, cắt tử cung 69.6%[10].

V. KẾT LUẬN:

- Chưa ở sẹo mổ lấy thai, rau cài răng lược sớm tại sẹo mổ lấy thai và rau cài răng lược tại sẹo mổ lấy thai là 1 chuỗi bệnh lý có liên quan chặt chẽ với nhau. Mức độ khó khăn phức tạp cho xử trí tăng dần theo tuổi thai .

- Nên xử trí sớm các trường hợp CSMLT ngay khi chẩn đoán được.

- Các trường hợp RCRLS ở quý I và nửa đầu quý II của thai kỳ nên truyền tắc ĐMTTC trước khi lấy bỏ khối thai để giảm thiểu chảy máu tăng khả năng bảo tồn tử cung.

- Xử trí RCRL khi thai đủ tháng nên phối hợp nhiều chuyên khoa: Hồi sức, Sản khoa, Phụ khoa, Huyết học, tiết niệu để Giảm thiểu biến chứng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21:220–227.
2. Tristch IET and Monteagudo A. Unforeseen consequences of increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accrete and cesarean scar pregnancy: a review *American Journal of Obstetrics and gynecology*, 2012, 207,14 -29
3. Seow KM, Huang LW, Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2004; 23:247–253.
4. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2000; 16:592–593.
5. Jara Ben Nagi và CS. First-Trimester Cesarean Scar Pregnancy Evolving Into Placenta Previa/Accreta at Term. Wednesday 21 September 2011.
6. OBrien JM, Baton IR, Donaldson ES. The management of placenta percreta: Conservative and operative strategies. *Am J Obstetrics and Gynecology*. 1996; 175 :1632-8.
7. Phan Quyên. Thai ngoài tử cung ở sẹo mổ lấy thai. Sức khỏe sinh sản 2 tháng 3 năm 2012. 1-7.
8. Krishna S.,James E. S., Cesarean Section Scar Diverticulum: Appearance on Hysterosalpingography, *AJR*, 2008;190:870-874.
9. Chen et al; Placenta accreta diagnosed at 9 weeks' gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002; 19: 620–622.
10. Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Thị Bích Ty, Tô Hoài Thu, Đỗ Trung Hiếu. Hội nghị Sản Phụ khoa Việt – Pháp – Châu Á Thái Bình Dương 2012, 10-16. 8.

ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐỐT ĐIỆN GÂY TẮC ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG QUA NỘI SOI

Phan Xuân Khôi, Hoàng Nữ Phú Xuân
Bệnh viện Việt Nam - CuBa, Đồng Hới, Quảng Bình

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trình bày phương pháp tắc động mạch tử cung qua nội soi và đánh giá một số ưu, nhược điểm của phương pháp này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả can thiệp phương pháp đốt gây tắc động mạch tử cung qua nội soi.

Kết quả: Có 9 trường hợp u xơ tử cung được phẫu thuật và theo dõi, 100% (9/9) trường hợp diễn ra thuận lợi, thời gian trung bình phẫu thuật 25,11 phút, thời gian phục hồi sức khỏe trung bình 8 giờ, thời gian nằm viện trung bình 5,6 ngày, tỷ lệ khỏi bệnh theo dõi thời gian 6 tháng 88,88%(8/9) trường hợp, không có biến chứng nào xảy ra với bệnh nhân.

Kết luận: Phương pháp tắc động mạch tử cung qua nội soi trong điều trị u xơ tử cung là một phương pháp mới được nghiên cứu và ứng dụng bước đầu thành công tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – CuBa Đồng Hới – Quảng Bình – Việt Nam. Với nghiên cứu này làm phong phú thêm một phương pháp mới điều trị u xơ tử cung có hiệu quả qua nội soi.

Từ khóa: Nội soi, u xơ tử cung, tắc động mạch.

SUMMARY

TREATMENT FOR FIBROLEIOMYOMA BY ENDOSCOPIC ARTERY CAUTERIZATION

Objectives: Summarize the method of Uterine Artery cauterization by endoscopy and its advantages and disadvantages.

Study method: Describe the method of Uterine Artery cauterization by using the technique of endoscopic surgery.

Results: In 9 cases, the patients having Uterine Artery cauterization was operated and followed. One hundred percent (9/9) of cases were successful, the average 25,11 minutes, the recovery duration was approximately 8 hours, the average in-hospital time was 5,6 days, the percentage of success with patients being following over 6 months was 88.88% (8/9), there were no further complications.

Conclusion: The method of Endoscopic Uterine Artery cauterization is the new method which is studied and applied successfully in Vietnam - Cuba Friendship Hospital, Quang Binh, Vietnam. This method is a new and useful way to treat Fibroleiomyoma.

Keywords: Endoscopy, Fibroleiomyoma, artery cauterization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là loại u thường gặp nhất, tỷ lệ khoảng 20 - 77% gặp ở phụ nữ tuổi sinh đẻ và tỷ lệ cũng khác nhau ở các chủng tộc khác nhau phụ nữ da đen nhiều hơn da trắng, châu Á, châu Mỹ Latinh[1,2]. Bệnh lý u xơ có thể gây cường kinh, rong kinh, đau bụng, sảy thai... và nó có thể xem như một vật lạ nằm trong tử cung ảnh hưởng đến sự làm tổ của phôi. Ngoài ra, triệu chứng thường gặp ở u xơ tử cung đưa đến chỉ định phẫu thuật là chèn ép: triệu chứng chèn ép bàng quang, trực tràng hoặc u xơ nằm trong dây chằng rộng chèn ép niệu quản. Ngày nay có nhiều phương pháp điều trị u xơ tử cung: phương pháp điều trị nội khoa, phương pháp thực hiện dưới X quang làm tắc nghẽn động mạch tử cung, phương pháp ngoại

khoa mổ bóc nhân xơ, cắt tử cung[2]. Mỗi phương pháp điều trị đều có những ưu điểm riêng nhưng cũng có những hạn chế nhất định và có những chỉ định phù hợp với những bệnh cảnh khác nhau. Phương pháp tắc nghẽn động mạch tử cung (Uterine Artery Embolisation – UAE) trên thế giới đã áp dụng từ thập niên 90 và nước ta một số Bệnh viện áp dụng từ năm 2000[1,2,3,4]. Phương pháp này đã khẳng định tính ưu việt trong điều trị u xơ tử cung, tuy nhiên kỹ thuật này đòi hỏi những thiết bị chuyên khoa mạch máu và X quang tăng sáng hiện đại chi phí đắt tiền. Từ ưu thế về nguyên lý làm tắc nghẽn mạch trong điều trị u xơ tử cung đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu từ năm 2010 với đề tài: điều trị u xơ tử cung bằng phương pháp tắc động mạch tử cung qua nội soi.

MỤC TIÊU:

Trình bày phương pháp đốt điện gây tắc động mạch tử cung qua nội soi và đánh giá một số ưu, nhược điểm của phương pháp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Với 09 trường hợp được phẫu thuật và đủ các tiêu chuẩn lựa chọn tiến hành từ tháng 01-2010 đến 01-2011 và được theo dõi siêu âm 1- 2 tháng / lần thời gian trên 12 tháng.

Tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu

Bệnh nhân u xơ tử cung có chỉ định điều trị được giải thích và đồng ý áp dụng phương pháp tắc động mạch tử cung qua nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang còn nguyện vọng sinh đẻ
- Bệnh nhân không đồng ý với phương pháp mới này.
- Có các bệnh viêm dính tiểu khung cấp, mãn tính nặng, ung thư và tổn thương theo dõi ung thư tử cung, cổ tử cung.
- Các bệnh lý khác đang diễn biến nặng không có chỉ định phẫu thuật nội soi.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả tiến cứu phương pháp tắc động mạch tử cung qua nội soi.

2.3. PHƯƠNG TIỆN VÀ KỸ THUẬT TIẾN HÀNH

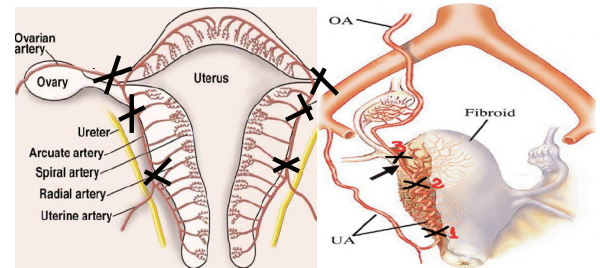
Phương tiện trang thiết bị

- Bộ phẫu thuật nội soi cơ bản đã được trang bị ở các phòng mổ.

Kỹ thuật phẫu thuật áp dụng tắc động mạch tử cung qua nội soi ở các vị trí Tsurunikov đã áp dụng:

- Chuẩn bị bệnh nhân : bệnh nhân được gây mê nội khí quản, sát trùng thành bụng
- Đặt 3 trocars: 1 trocar ở rốn mang kính soi, 1 trocar ở hố chậu phải, 1 trocar ở hố chậu trái.
- Kỹ thuật tiến hành: Đặt trocar thứ nhất ở rốn, sau khi bơm hơi vào ổ bụng kiểm tra ổ bụng nếu đủ điều kiện phẫu thuật, đặt tiếp hai trocars tiếp theo ở hai hố chậu, cho bệnh nhân tư thế đầu thấp, đẩy ruột lên trên. Bộc lộ tử cung phần phụ, dây chằng rộng bên phải, mở thủng dây chằng rộng khoảng 1cm sát gần eo tử cung(vị trí phúc mạc bàng quang tử cung), bóc tách nhẹ nhàng, kiểm tra động mạch tử cung, dùng dao điện lưỡng cực đốt động mạch tử cung vị

trí động mạch tử cung sát nếp phúc mạc eo tử cung(vị trí 1). Nếu khối u xơ ở vùng thân eo tiếp tục tắc động mạch tử cung vị trí cao hơn sát góc dây chằng tròn(vị trí 2). Nếu khối u xơ vùng đáy vị trí tắc động mạch tử cung là hai vị trí 1 và 3. Tiếp tục tiến hành tắc động mạch tử cung bằng đốt điện động mạch tử cung bên đối diện. Nếu tử cung chưa biến đổi màu sau tắc động mạch tử cung cần kiểm tra lại các vị trí tắc động mạch. Kiểm tra ổ bụng sau thủ thuật an toàn, rút các trocar khỏi thành bụng, kết thúc phẫu thuật.



Vị trí đốt gây tắc động mạch qua nội soi

Vị trí đốt điện gây tắc động mạch qua nội soi

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐỘ TUỔI CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân theo độ tuổi

Độ tuổi	N	Tỷ lệ (%)
≤39	03	33,33
40-49	03	33,33
50-59	03	33,33
Tổng	09	100%

3.2. SỐ LẦN SINH CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bảng 3.2. Số lần sinh

Số lần sinh	N	Tỷ lệ (%)
=2	03	33,33
3- 4	06	66,66
≥5	00	0,00
Tổng	9	100 (%)

3.3 PHÂN LOẠI U XƠ TỬ CUNG

Bảng 3.3 Phân loại u xơ tử cung

Phân loại u xơ tử cung	N	Tỷ lệ (%)
U xơ dưới phúc mạc	03	33,33
U xơ kẽ	02	22,22
U dưới niêm mạc	04	44,44
U xơ vị trí khác	00	0,00
Tổng	09	100%

3.4 KÍCH THƯỚC KHỐI U XƠ

Bảng 3.4 Phân loại kích thước u xơ

Kích thước khối u	N	Tỷ lệ (%)
Khối u xơ ≤ 50mm	04	44,44
Khối u xơ 70mm	01	11,11
Khối u xơ 100mm	01	11,11
Đa nhân xơ tử cung	03	33,33
Tổng	09	100%

3.5 THỜI GIAN PHẪU THUẬT

Bảng 3.5 Thời gian phẫu thuật

Thời gian (phút)	N	Tỷ lệ (%)
15-20	04	44,44
21-30	04	44,44
40	01	11,11
Tổng	09	100(%)
Trung bình	25,11 phút	

3.6 MÀU SẮC TỬ CUNG SAU ĐỐT ĐIỆN GÂY TẮC ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG.

Bảng 3.6 Màu sắc tử cung sau tắc động mạch tử cung

Màu sắc tử cung	N	Tỷ lệ (%)
Màu tím	07	77,78
Màu hồng	02	22,22
Tổng	09	100(%)

3.7 DIỄN BIẾN SAU PHẪU THUẬT

Bảng 3.7 Diễn biến sau phẫu thuật

Diễn biến	N	Tỷ lệ
Sốt kéo dài	00	0,00
Mệt mỏi kéo dài	02	22,22
Đau hạ vị (nặng tức)	02	22,22
Ra máu vân đục	05	55,55
Thoát u xơ ra âm đạo	00	00,00

3.8 THỜI GIAN PHỤC HỒI SỨC KHOẺ SAU PHẪU THUẬT

Bảng 3.8 Thời gian phục hồi sức khỏe sau phẫu thuật

Thời gian (giờ)	N	Tỷ lệ (%)
06 giờ	04	44,44
08 giờ	03	33,33
10 giờ	01	11,11
12 giờ	01	11,11
Tổng	09	100 (%)
Trung bình	08 giờ	

- Có 4/9 trường hợp phục hồi sức khỏe trong khoảng 06 giờ đầu (44,44%).

- Có 3/9 trường hợp phục hồi sức khỏe trong khoảng 08 giờ đầu (33,33%).

3.9 THỜI GIAN NÀM VIỆN

Bảng 3.9 Thời gian nằm viện

Thời gian (ngày)	N	Tỷ lệ (%)
≤ 5 ngày	06	66,66
5-7 ngày	02	22,22
> 7 ngày	01	11,11
Tổng	09	100 (%)
Trung bình	5,67 ngày	

3.10 U XƠ TEO NHỎ HOÀN TOÀN (BIẾN MẤT) SAU THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ

Bảng 3.10 Thời gian u xơ teo nhỏ hoàn toàn

Thời gian (Tháng)	N	Tỷ lệ (%)
02	00	0,00
3- 4	03	33,33
5-6	04	44,44
7-8	01	11,11
> 12	01	11,11
Tổng	09	100

IV. BÀN LUẬN

4.1 PHÂN TÍCH NHÓM TUỔI ĐƯỢC NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Trong tổng số 9 trường hợp với ba nhóm tuổi nghiên cứu có một tỷ lệ tương đương nhau 3/9(33,33). Đây là một tỷ lệ trùng hợp ngẫu nhiên không có lựa chọn, bệnh nhân đồng ý với phương pháp tắc động mạch tử cung qua nội soi và không có nguyện vọng sinh thêm con. Bệnh lý u xơ tử cung thường gặp trong độ tuổi thời kỳ hoạt động tình dục do cường estrogen kích thích tổng hợp protein ở tử cung làm tăng actomyosin gây quá sản tế bào, tần suất khoảng 20% ở tuổi trên 35 và khoảng 3% ở độ tuổi 20[1,4].

4.2 PHÂN TÍCH SỐ LẦN SINH CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bảng 3.2. Chỉ có 3/9 trường hợp có số lần sinh là 02(33,33%) vì một số bệnh nhân không chấp nhận phương pháp này vì họ còn nguyện vọng muốn sinh đẻ và để phòng rủi ro trong cuộc sống. Có 6/9 trường hợp có số lần sinh 3-4 (66,66%), như vậy khi họ có số con nhiều thì phương pháp này dễ được chấp nhận hơn, bởi khi tư vấn cho bệnh nhân áp dụng phương pháp tắc động mạch tử cung qua nội soi khả năng sinh đẻ chưa thể khẳng định bình thường, cũng giống như trong phương pháp nút mạch động mạch tử cung (Uterine Artery Embolization-UAE) bảo tồn tử cung nhưng chức năng sinh sản vẫn đang còn bàn cãi như có thể gây vô kinh sau thủ thuật[1,2,4]... Vì vậy tỷ lệ bệnh nhân có số con đông dễ chấp nhận phương pháp này là hoàn toàn phù hợp. Còn những trường hợp còn nguyện vọng sinh đẻ thì bóc u xơ bảo tồn tử cung là hợp lý nhất[4].

4.3 PHÂN TÍCH PHÂN LOẠI U XƠ TỬ CUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bảng 3.3. Trong tổng số 9 trường hợp phẫu thuật có 3/9 trường hợp u xơ dưới phúc mạc(33,33%), các u xơ dưới phúc mạc có thể tích khối u trên 50% nằm trong cơ tử cung mới có chỉ định tắc động mạch tử cung, vì nếu thể tích khối u trên 50% nằm dưới phúc mạc thì sau khi phẫu thuật khối u có thể hoại tử sẽ rơi vào trong ổ phúc mạc gây viêm phúc mạc ổ bụng. Có 2/9 trường hợp u xơ kê(22,22%) chỉ định phẫu thuật rộng rãi trong u xơ kê vì không có biến chứng trên. Các trường hợp u xơ khối u quá to gây chèn ép tiểu khung thì không có chỉ định tắc động mạch tử cung. Số trường hợp u xơ dưới niêm mạc có 4/9 chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm nghiên cứu 44,44%, thường u xơ dưới niêm mạc nên bệnh nhân hay đến khám với rối loạn kinh nguyệt. Tuy nhiên chỉ định này chúng tôi cũng chỉ thực hiện khi mà thể tích khối u trên 50% nằm ở trong cơ tử cung, còn trường hợp trên 50% nằm dưới niêm mạc thì nằm ngoài chỉ định bởi một biến chứng thoát u xơ sau phẫu thuật có thể xảy ra như trong biến chứng của phương pháp truyền tắc động mạch tử cung.

4.4 PHÂN TÍCH KÍCH THƯỚC U XƠ TỬ CUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bảng 3.4. Đa số chúng tôi tiến hành phẫu thuật khối u có kích thước $\leq 50\text{mm}$ có 4/9 trường hợp và 3/9 trường hợp đa nhân xơ nhỏ. Chỉ có 1/9 trường hợp có kích thước 70mm và 1/9 trường hợp có kích thước 100mm. Phương pháp tắc động mạch tử cung qua nội soi tử cung là một phẫu thuật vùng tiểu khung do vậy khi khối u quá lớn, dính hoặc khối u phát triển trong dây chằng rộng, khối u xơ dưới vùng eo cổ tử cung thường di lệch giải phẫu động mạch tử cung thì phẫu thuật này sẽ gặp phải khó khăn. Tuy nhiên phương pháp nút mạch động mạch tử cung thì không gặp khó khăn nhiều vì thủ thuật chỉ thực hiện ngoài ổ bụng qua hệ mạch máu như với khối u trên 120mm vẫn thực hiện thuận lợi, tuy nhiên khối u xơ kích thước trên 100mm hiệu quả thấp hay tái phát [3,4,5].

4.5 PHÂN TÍCH THỜI GIAN PHẪU THUẬT CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bảng 3.5. Đa số thời gian phẫu thuật chúng tôi hoàn thành 30p đầu (90%) trong đó 4/9 trường hợp (44,44%) mất thời gian khoảng 15-20 phút và 4/9 trường hợp thời gian 21-30 phút chỉ có 1/9 trường hợp thời gian mất 40phút do khối u lớn thời gian bóc lộ động mạch tử cung kéo dài, phẫu trường hẹp. Thời gian trung bình chúng tôi phẫu thuật mất khoảng 25,11phút. Nhưng phương pháp truyền tắc động mạch tử cung thời gian kéo dài hơn trung bình khoảng 50-60 phút đây là một kỹ thuật cao sự chính xác khi luồn catheter vào động mạch tử cung. Thời gian hai phương pháp này có sự khác biệt nữa là phương

pháp gây mê, trong PTNS gây mê nội khí quản để ổ bụng mềm cho phẫu thuật, trong phương pháp UAE chỉ cần gây tê tùy sống [1,3,4,5].

4.6 PHÂN TÍCH MÀU SẮC TỬ CUNG SAU TẮC ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG.

Bảng 6.3 Trong 09 trường hợp ngay sau phẫu thuật tắc động mạch tử cung có 07 trường hợp tử cung biến đổi từ màu hồng sang màu tím, và có 02 trường hợp không biến đổi màu, đây là 02 trường hợp khối u xơ lớn 70mm và 100mm. Qua nghiên cứu này, từ quá trình phẫu thuật đến theo dõi kết quả điều trị chúng tôi nhận thấy nếu khi phẫu thuật tắc động mạch tử cung qua nội soi thấy tử cung biến đổi màu tím ngay thì kết quả phẫu thuật tốt (07 trường hợp tử cung biến đổi sang màu tím thì u xơ biến mất hoàn toàn sau 06 tháng), còn 02 trường hợp u xơ lớn không biến đổi màu sắc sau tắc động mạch thì khối u không teo nhỏ. Đây là một ưu thế hơn mà phương pháp UAE không thể đánh giá và tiên lượng kết quả điều trị như phương pháp nghiên cứu của chúng tôi được.

4.7 PHÂN TÍCH DIỄN BIẾN SAU PHẪU THUẬT CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bảng 3.7. Trong 09 trường hợp phẫu thuật chúng tôi không có trường hợp nào sốt kéo dài. Phương pháp truyền tắc động mạch tử cung có một tỷ lệ nhiễm trùng áp-xe hay ứ mủ trong lòng tử cung gây sốt kéo dài khoảng 1-1,8% có thể phải cắt tử cung mà kháng sinh dự phòng không có kết quả[1,4,5]. Có 2/9 trường hợp mệt mỏi kéo dài và 2/9 trường hợp đau hạ vị kéo dài đây là 02 trường hợp có khối u kích thước lớn thời gian phẫu thuật kéo dài, phẫu thuật khó khăn hơn nhưng thời gian mệt mỏi kéo dài cũng chỉ 5-6 ngày. Phương pháp truyền tắc động mạch tử cung có thể gây đau kéo dài trên 2 tuần xảy ra khoảng 5-10% và có thể kèm theo nhiễm trùng[4]. 5/9 trường hợp ra máu âm đạo vẫn đục đây là 5 trường hợp u xơ dưới niêm mạc có thể do thoái hóa nhân xơ gây xuất huyết.

4.8 PHÂN TÍCH THỜI GIAN PHỤC HỒI SỨC KHỎE SAU PHẪU THUẬT CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bảng 3.8. Phục hồi sức khỏe sau phẫu thuật ở nghiên cứu này là bệnh nhân có thể ngồi dậy ăn uống, đi lại tự phục vụ sinh hoạt thông thường được. Tất cả 9/9(100%) trường hợp đều phục hồi sức khỏe trong vòng 8giờ đầu sau phẫu thuật. thời gian phục hồi sức khỏe trung bình là 8 giờ tương đương với thời gian thoát thuốc mê. Đa số trường hợp phục hồi sức khỏe trong 8giờ đầu 7/9 trường hợp(77,77%). Tuy nhiên chỉ có 2/9 (22,22%) trường hợp có thời gian phục hồi sức khỏe muộn hơn, 01 trường hợp mất 10 giờ, 01 trường hợp mất 12 giờ, đây là 02 trường có khối u lớn > 100mm thời gian phẫu thuật kéo dài. Như vậy với phương pháp tắc động mạch tử cung qua nội soi có sự phục hồi nhanh chóng do kỹ thuật đơn giản, ít xâm lấn, ít

đau đớn, không mất máu, thời gian phẫu thuật nhanh, gây mê rút ngắn. Bệnh nhân có thể hồi phục sức khỏe hoàn toàn sau 8-9 ngày sau phẫu thuật tương đương phương pháp UAE[1,3,4,6] trong khi phẫu thuật mở mắt 5-7 tuần.

4.9 PHÂN TÍCH THỜI GIAN NẪM VIỆN CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bảng 3.9. Phần lớn 6/9 trường hợp (66,66%) có thời gian nằm viện ≤ 5 ngày, có 2/9 trường hợp thời gian nằm viện kéo dài hơn, đây là 02 trường hợp khối u lớn hơn bệnh nhân đau nặng vùng hạ vị nhiều hơn nên chúng tôi lưu lại để theo dõi diễn biến thêm và 01 trường hợp u xơ dưới niêm mạc ra máu kéo dài, thời gian nằm viện trung bình 5,67 ngày. Thường hậu phẫu bệnh nhân không có diễn biến gì đặc biệt do là những bệnh nhân lần đầu tham gia nghiên cứu nên tính an toàn chúng tôi phải đặt ra nên thời gian nằm viện kéo dài hơn nhiều so với phương pháp UAE trung bình sau 2-3 ngày bệnh nhân đã được xuất viện vì phương pháp này đã áp dụng từ trên thế giới năm 1996 tính an toàn đã được kiểm chứng[1,3,4,5].

4.10 PHÂN TÍCH KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bảng 3.10. Qua theo dõi bệnh nhân được hẹn tái khám siêu âm (1 đến 2 tháng siêu âm 01 lần) đo kích thước khối thì đa số 7/9(77,77%) trường hợp khối u xơ được điều trị khỏi và các triệu chứng do xơ gây ra cũng hoàn toàn mất theo như rong kinh, đau hạ vị.... Có 1/9 trường hợp sau 8 tháng mới có kết quả tốt vì đây là khối u khoảng 100mm, tuy nhiên có 01 trường hợp khối u không đáp ứng với điều trị đây là trường hợp khối u lớn >100mm nhưng qua theo dõi khối u không tăng kích thước. Như vậy nếu đánh giá ban đầu kết quả điều trị theo phương pháp tắc động mạch tử cung qua nội soi có tỷ lệ khả quan 8/9(88,88%) khỏi bệnh. So sánh với phương pháp truyền tắc động mạch tử cung(Uterine Artery Embolization-UAE) về nguyên lý thì hoàn toàn giống nhau nhưng kỹ thuật thì khác nhau hoàn toàn nhưng kết quả tương đương nhau. Phương pháp UAE kết quả > 80% thành công trong điều trị, đa số khối u teo nhỏ sau 6 tháng, và những khối u lớn >100mm thường kết quả kém và có thể tái phát thường những khối u lớn có nhiều mạch máu tăng sinh và nhiều mạch nối[1,3,5,7].

Qua nghiên cứu này, từ quá trình phẫu thuật đến theo dõi kết quả điều trị chúng tôi nhận thấy nếu khi phẫu thuật tắc động mạch tử cung qua nội soi thấy tử cung biến đổi màu tím ngay thì kết quả phẫu thuật tốt, đây là một ưu thế hơn mà phương pháp UAE không thể đánh giá và tiên lượng kết quả điều trị như phương pháp nghiên cứu của chúng tôi được. Nếu xét về kinh phí phương pháp UAE phải mua thêm thiết bị đặt tiền chuyên dụng truyền tắc mạch khoảng 15-20 triệu đồng cho mỗi trường hợp can thiệp, chưa tính đến trang thiết bị hệ thống điện Xquang tăng

sáng hiện đại khác... trong khi đó phương pháp chúng tôi không trang bị thêm thiết bị chỉ cần bộ nội soi cơ bản hiện có. Qua nội soi chúng tôi có thể thăm sát ổ bụng, nếu tổn thương nghi ngờ có thể lấy mẫu bệnh phẩm sinh thiết.

4.11 TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

Qua 9 trường hợp phẫu thuật tắc động mạch tử cung qua nội soi chúng tôi chưa gặp một tai biến, biến chứng nào, điều gặp phải khó khăn đó là những khối u lớn nằm vùng eo, dây chằng rộng.. sẽ làm thay đổi vị trí động mạch tử cung và niệu quản nguy cơ tai biến có thể xảy ra. Do vậy cần phải được đánh giá thật chính xác những chỉ định khi phẫu thuật qua siêu âm và khám lâm sàng.

KẾT LUẬN

Qua 09 trường hợp nghiên cứu phương pháp tắc động mạch tử cung qua nội soi trong điều trị u xơ tử cung, bước đầu chúng tôi có một số kết luận sau:

- Đây là một phương pháp mới được nghiên cứu lần đầu tiên tại Bệnh viện hữu nghị Việt nam CuBa - Đồng Hới có hiệu quả bước đầu.

- Sử dụng thiết bị nội soi thông thường để làm tắc mạch điều trị u xơ tử cung, không trang bị thêm thiết bị chuyên dụng về mạch máu đặt tiền ngoại nhập... giảm bớt kinh phí cho người bệnh.

- Rút ngắn thời gian phẫu thuật, tránh được những can thiệp xâm lấn trong phẫu thuật, giảm bớt sự đau đớn phục hồi sức khỏe nhanh, đảm bảo tính thẩm mỹ trong PTNS.

- Kỹ thuật phẫu thuật này có thể ứng dụng cho các cơ sở y tế có khả năng phẫu thuật nội soi từ cơ bản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Hoàn Mỹ. Điều trị u xơ tử cung bằng phương pháp truyền tắc động mạch tử cung. 2008.
http://www.hoanmysaigon.com/index.php?Itemid=126&id=982...com
2. Mc Lucas et al, Passage of Submucous myomas, Uterine artery Embolisation. January 2001; No1, Vol 192.
3. Nguyễn Xuân Hiên, Phạm Minh Thông. Kết quả điều trị u xơ tử cung bằng kỹ thuật nút động mạch tử cung trên 80 bệnh nhân tại Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí y học Việt Nam; 2009. Tập 361, số 2: tr 12-18
4. Nguyễn Thị Ngọc Phượng. Điều trị u xơ tử cung. Hội nghị thường niên HOSREM lần V. 2009; tr: 1-15.
5. Bùi Văn Hoàng, Nguyễn Thị Mộng Loan. Truyền tắc động mạch tử cung trong điều trị u xơ tử cung. Tạp chí sinh sản và sức khỏe; 2010. Tr: 11-15.
6. Nguyễn Thị Hoài Thu, Phan Thanh Hải. Truyền tắc động mạch tử cung trong điều trị nhân xơ tử cung, ung thư tế bào nuôi, chảy máu sản khoa. Báo cáo hội nghị diện rộng Pháp-Việt. 2003; tr :9-13.
7. Ravina JH and Coll, Value of Preoperative embolization of Uterine fibroma, Report of a multicenter series of 31 cas, Contracept Fertil Sex. 1995 jan; 23(1): 45-9.

JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

EDITOR-IN-CHIEF

Professor CAO NGOC THANH, MD, PhD

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

Associate Professor VUONG TIEN HOA, MD, PhD
Dr. HO MANH TUONG, MD, MSc

EDITORS

Professor NGUYEN DUC VY, MD, PhD
Professor TRAN THI PHUONG MAI, MD, PhD
Associate Professor NGUYEN VIET TIEN, MD, PhD
Associate Professor NGUYEN DUC HINH, MD, PhD
Professor NGUYEN THI NGOC PHUONG, MD
Professor TRAN THI LOI, MD, PhD
Dr. VU BA QUYET, MD, PhD
Associate Professor VU THI NHUNG, MD, PhD
Associate Professor NGUYEN VU QUOC HUY, MD, PhD
Dr. NGUYEN VAN TRUONG, MD, MSc
Dr. TRINH HUU THO, MD
Dr. LE MINH TOAN, MD, PhD
Dr. TRUONG QUANG VINH, MD, PhD
Dr. TRAN DINH VINH, MD, PhD
Dr. LE MINH TOAN, MD, PhD

GENERAL SECRETARY OF EDITORIAL BOARD

Associate Professor NGUYEN VU QUOC HUY, MD, PhD

SECRETARY BOARD

Dr. LE MINH TAM, MD, PhD
Dr. CHAU KHAC TU, MD, PhD
Dr. PHAM CHI KONG, MD, PhD
Dr. Do Quan Ha, MD, PhD
Dr. TRAN MANH LINH, MD, MSc

EDITORIAL OFFICE

Department of Obstetrics & Gynecology, Hue University
of Medicine and Pharmacy
6 Ngo Quyen - Hue
Tel: 054. 3822 873 - Fax: 054. 3826 269
Email: obgynhue@gmail.com

JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
is the Official Publication of Vietnam Gynecology
- Obstetrics and Family Planning Association
(VINAGOFPA), published quarterly since 2001.

Publication permits Nr. 1933/GP-BTTTT issued by
Ministry of Information & Telecommunication on
Nov 21, 2011.
Printed in Tan A Chau

In 1.000 bản, khổ 19x26,5 cm

In tại Công ty Tân Á Châu

Giấy phép xuất bản số 1933/GP-BTTTT ngày 21/11/2011.

In xong và nộp lưu chiểu tháng 5 năm 2013

Sâm ANGEJA

Sức khỏe, Sắc đẹp & Sinh lý nữ

Sự suy giảm hoạt động của hệ trục não bộ, tuyến yên và buồng trứng dẫn đến rối loạn nội tiết khiến phụ nữ sau tuổi 40 gặp nhiều vấn đề về sức khỏe, sắc đẹp và sinh lý.

Sâm Angela được tinh chiết từ **Lepidium Meyenii** và các thảo dược quý cung cấp dưỡng chất giúp não bộ, tuyến yên và buồng trứng duy trì tốt hoạt động.

Sâm Angela - sức khỏe, sắc đẹp và sinh lý nữ.

"Sản phẩm có bán tại các nhà thuốc lớn trên toàn quốc" | Điện thoại TT tư vấn Y khoa: **(08) 38 112 777 - 1900 545404**

Xuất xứ: Sản xuất tại Công ty St-Paul Brands - 11555 Monarch, Garden Grove, CA 92841, **Mỹ**

Phân phối: Công ty CP DP ECO - 148 Hoàng Hoa Thám, P.12, Q.Tân Bình, Tp.HCM - ĐT: (08) 38 112 777

Tài liệu dành cho công chúng - Thực phẩm chức năng | Sản phẩm này không phải là thuốc và không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh

Số tiếp nhận hồ sơ đăng ký quảng cáo: 12/2011/TNQC-ATTP

www.angela.com.vn



Ecogreen

Chất lượng cuộc sống

VIÊN TRÁNH THAI KẾT HỢP MARVELON GIÚP BẠN NGỪA THAI HIỆU QUẢ

Marvelon®
30 µg ethinylestradiol/150 µg desogestrel



Thông tin kê toa. 1. Tên thuốc: MARVELON/viên nén. **2. Hàm lượng:** 0.15 mg Desogestrel và 0.03 mg Ethinylestradiol/viên. **3. Chỉ định:** Tránh thai. **4. Liều lượng và cách dùng:** Uống viên thuốc đầu tiên của vỉ thứ nhất vào ngày đầu tiên thấy kinh và uống mỗi ngày 1 viên vào khoảng thời gian nhất định trong 21 ngày liên tiếp. Cũng làm như thế khi đổi từ loại thuốc ngừa thai khác sang dùng chế phẩm này. Sau khi nghỉ 7 ngày không dùng thuốc, bắt đầu uống sang vỉ kế tiếp. Sau khi sinh, nếu bạn không cho con bú có thể bắt đầu uống thuốc ngay. Trong trường hợp này, không cần dùng biện pháp ngừa thai bổ sung. Nếu bạn muốn dời ngày kinh, bạn nên bắt đầu ngay vỉ Marvelon mới vào ngày kế tiếp ngày bạn uống viên thuốc cuối cùng của vỉ Marvelon cũ và tiếp tục uống các viên thuốc của vỉ này như đã hướng dẫn. Khi bạn muốn có kinh trở lại, hãy ngưng uống thuốc. Kinh nguyệt của bạn sẽ xuất hiện trong vòng vài ngày sau khi ngưng thuốc. Bắt đầu uống vỉ Marvelon mới sau 7 ngày ngưng thuốc mà không cần quan tâm đến kinh nguyệt của bạn đã hết hay chưa. Nếu bạn muốn có thai, bạn nên ngưng uống thuốc Marvelon và bạn có thể có thai kể từ giờ phút này. **5. Bỏ sót quên uống:** Nếu quên uống 1 viên thì uống ngay khi nhớ ra. Viên kế tiếp vẫn uống vào giờ thường lệ. Nếu quên dưới 12 giờ: tác dụng ngừa thai vẫn tốt. Nếu quên quá 12 giờ: cần dùng thêm biện pháp ngừa thai bổ sung trong 7 ngày đầu hoặc cho đến khi bắt đầu ra huyết (nếu gần tới ngày hành kinh). **6. Chống chỉ định:** Bệnh lý hoặc tiền sử có huyết khối/tắc tĩnh/dộng mạch (như huyết khối tĩnh mạch sâu, tắc mạch phổi, nhồi máu cơ tim) hoặc tai biến mạch máu não. Bệnh lý hoặc tiền sử có tiền chứng huyết khối (cơn thoáng thiếu máu não cục bộ, đau thắt ngực). Đã biết có những yếu tố có khuynh hướng gây huyết khối tĩnh/dộng mạch có/không liên quan đến di truyền như kháng Protein C hoạt hóa, thiếu antithrombin III, thiếu protein C, thiếu protein S, tăng homocystein trong máu và các kháng thể kháng phospholipid (kháng thể kháng cardiolipin, lupus chống đông). Tiền sử đau nửa đầu. Tiểu đường có tổn thương mạch máu. Viêm tụy hoặc có tiền sử liên quan đến tăng triglycerin máu. Bệnh lý gan với chức năng gan bất thường u gan (lành hoặc ác tính). Đã biết hoặc nghi ngờ u ác tính chịu ảnh hưởng của steroid sinh dục (như các cơ quan sinh dục hoặc vú). Xuất huyết âm đạo không rõ nguyên nhân. Có thai hoặc nghi có thai. Mẫn cảm với các thành phần của thuốc. **7. Phụ nữ cho con bú:** Thuốc ngừa thai có chứa estrogen/progestogen có thể ảnh hưởng thành phần sữa mẹ và giảm tiết sữa. Một lượng nhỏ hoạt chất có thể bài tiết vào sữa mẹ. **8. Tác dụng không mong muốn:** Buồn nôn, nôn, đau bụng, tiêu chảy, phát ban, mày đay, ban đỏ nốt, ban đỏ da hình, đau vú, khó chịu ở vú, nở to vú, tăng/giảm cân, giữ nước, đau đầu, đau nửa đầu, tăng/giảm ham muốn tình dục, tâm trạng ức chế, thay đổi tính tình, không dung nạp kính áp tròng, tăng tiết dịch âm đạo/vú, phản ứng quá mẫn. **9. Cảnh báo và thận trọng:** Rối loạn tuần hoàn: Hiếm khi xảy ra gây tăng nguy cơ bệnh huyết khối như nhồi máu cơ tim, đột quy, huyết khối tĩnh mạch sâu, thuyên tắc mạch phổi. Rất hiếm khi xuất hiện huyết khối ở các mạch máu khác như động/tĩnh mạch gan, mạc treo, thận, não, võng mạc. Nguy cơ tắc mạch do huyết khối ở tĩnh/dộng mạch, tai biến mạch máu não tăng lên với: tuổi tăng, người hút thuốc lá, tiền sử gia đình có bệnh, béo phì, rối loạn lipoprotein máu, cao huyết áp, đau nửa đầu, bệnh van tim, rung nhĩ, bất động lâu ngày, đại phẫu, phẫu thuật ở chân, chấn thương lớn, thời kỳ hậu sản. Các tình trạng bệnh lý khác kết hợp với các tai biến tuần hoàn bất lợi bao gồm: Tiểu đường, lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng tăng urê máu do tán huyết, viêm đại tràng mạn tính và thiếu máu hồng cầu hình liềm tăng lên khi dùng thuốc. **U bước:** Tăng nguy cơ ung thư cổ tử cung, ung thư vú khi dùng thuốc. Một số hiếm trường hợp u gan lành tính và hiếm hơn nữa là u ác tính, đã được báo cáo trên người dùng thuốc. **Các tình trạng khác:** Phụ nữ bị tăng triglycerid máu hoặc có tiền sử gia đình như thế có thể tăng nguy cơ viêm tụy khi dùng thuốc. Nám da có thể xảy ra, đặc biệt là trên bệnh nhân có tiền sử nám mặt, nên tránh ánh sáng mặt trời khi đang dùng thuốc. Phải thăm khám, hỏi kỹ bệnh sử người bệnh trước khi kê đơn, chú ý đặc biệt đến nồng độ glucose trong máu, huyết áp, vú, các cơ quan ở bụng và vùng chậu, kể cả xét nghiệm tế bào tử cung. Có thể xảy ra xuất huyết không đều, đặc biệt là những tháng đầu dùng thuốc.

Nhà sản xuất: N. V. Organon. Kloosterstraat 6, 5349 AB Oss, The Netherlands. **Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng.**

Số Giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký quảng cáo thuốc của Cục Quản Lý Dược: 1375/12/QLD-TT, ngày 28 tháng 12 năm 2012.

Ngày tháng năm in tài liệu: 29/03/2013.

MAR-CON-1211023B