

năm 2023 sử dụng thang đo tuân thủ thuốc Morisky gồm tám mục (MMAS-8) trên 1030 người bệnh điều trị ARV thì 35% tuân thủ điều trị thấp.

Hầu hết các nghiên cứu nêu trên sử dụng phương pháp đo lường, đánh giá khác nhau cũng như khoảng thời gian để đánh giá khác nhau và ở các vùng, miền, đối tượng khác nhau nên việc so sánh tỉ lệ tuân thủ sẽ có sự khác biệt. Việc đo lường tuân thủ điều trị của bệnh nhân là một thách thức lớn vì tính chất chủ quan và riêng tư của hành vi uống thuốc của bệnh nhân. Những thách thức này càng được tăng thêm khi có thực tế là sự tuân thủ không chỉ bị ảnh hưởng bởi hành vi của bệnh nhân mà còn bởi hệ thống y tế, kinh tế xã hội, bệnh liên quan đến và các yếu tố liên quan đến ma túy.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ người bệnh tuân thủ điều trị ARV ở mức tốt là 47,9%; tuân thủ ở mức không tốt là 52,1%.

- Trong số đối tượng tuân thủ điều trị tốt có 99% uống đúng thuốc, 96,4% uống đúng số lần trong ngày và 95,4% uống đúng thời điểm quy định.

- Trong số đối tượng tuân thủ điều trị không tốt có 22,7% đã từng bỏ uống thuốc với lý do hay gặp nhất là quên (10,8%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2022). Global HIV situation and trends. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids>

2. Cục phòng chống HIV/AIDS - Bộ Y tế (2022). Định hướng năm 2023 và những năm tiếp theo: Hướng tới chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030. <https://vaac.gov.vn/>
3. UNAIDS (2016). Fact sheet 2016 & Global-AIDS-update-2016. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/>
4. Cục Phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế (2020). Báo cáo tổng kết công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2020. <https://vaac.gov.vn/bao-cao-tong-ket-cong-tac-phong-chong-hiv-aids-nam-2020.html>.
5. Đào Đức Giang (2019). Thực trạng tuân thủ điều trị ARV, một số yếu tố liên quan và hiệu quả can thiệp tại một số phòng khám ngoại trú Hà Nội. Luận án Tiến sĩ y học. Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương
6. Bộ Y tế (2019). Hướng dẫn chăm sóc và điều trị HIV/AIDS năm 2019. Nhà xuất bản Y học.
7. Bùi Thị Tú Quỳnh, Nguyễn Thùy Linh (2020). Mối liên quan giữa một số yếu tố cá nhân với tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại các nước thu nhập trung bình: phân tích gộp (meta-analysis). Tạp chí Y tế công cộng. 52:36.
8. Nguyễn Thị Minh Hương, Lê Thị Hương, Lê Minh Giang (2023). Thực trạng tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan tại phòng khám ngoại trú Ba Vì trong bối cảnh dịch Covid-19 từ tháng 9/2021 đến tháng 3/2022. Tạp chí Y học Cộng đồng. 102-107.
9. Lê Tân Đạt, Phạm Thị Vân Phương (2022). Tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhiễm hiv tại khoa tham vấn và hỗ trợ cộng đồng quân bình thanh, thành phố hồ chí minh năm 2021. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh. 26(2).
10. Mai Thị Huệ (2020). Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam. Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa. 4(1).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN CÁC TRƯỜNG HỢP SỐT RAU ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Duy Hưng^{1,2}, Chu Bích Hà², Đỗ Tuấn Đạt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân được chẩn đoán sốt rau tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2020. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 150 bệnh nhân được chẩn đoán sốt rau được điều trị tại Khoa sản nhiễm khuẩn – Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Kết quả:** Sốt rau thường gặp ở những trường

hợp thai dưới 12 tuần (75,3%). Trong đó tỉ lệ cao nhất là những trường hợp sau hút 50,7% vẫn có 7,3% sau mổ đẻ. Thời gian từ khi thai ra đến khi chuẩn đoán sốt rau trung bình 45,4 ngày trong đó thấp nhất là 2 ngày và cao nhất là 240 ngày. Triệu chứng lâm sàng rong huyết chiếm tỉ lệ cao nhất 68,7%, số không có triệu chứng chiếm tới 14%. Tỷ lệ bệnh nhân có lượng β hCG dương tính chiếm 80%. 98,7% bệnh nhân siêu âm có hình ảnh khối bất thường trong buồng tử cung. Hình ảnh khối giữa buồng tử cung và có mạch trong khối chiếm đa số tỷ lệ lần lượt là 81,8% và 80,4%. 11,5% trường hợp có hình ảnh khối lệch góc. **Kết luận:** Hai triệu chứng chính để chẩn đoán sốt rau là rong huyết và siêu âm có khối trong buồng tử cung. Cần phải lưu ý đến nhóm bệnh nhân không triệu chứng lâm sàng chiếm 14%. Tỷ lệ sốt rau sau mổ lấy thai là 7,3% còn cao so với tỷ lệ chung trên thế giới.

Từ khóa: sốt rau, β hCG, phá thai, sốt tổ chức thai

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Hưng

Email: nguyenduyhung2802@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024

SUMMARY**THE CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS DIAGNOSED WITH RETAINED PLACENTA AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients diagnosed with retained placenta at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2020. **Methods:** A cross-sectional, prospective study. **Results:** Gestational age under 12 weeks accounted for 75.3%. The highest percentage is the cases after suction aspiration 50.7% and 7.3% after caesarean section. The average time from termination of pregnancy to hospital admission was 45.4 days, the lowest was 2 days and the highest was 240 days. Symptoms of bleeding accounted for the highest rate 68.7%, the number of asymptomatic accounted for 14%. The percentage of patients with β hCG level > 5 U/ml was 80%. Most of the patients with ultrasound showed an intrauterine mass (98.7%). The images of mid-uterine mass and vascularity in the mass was 81.8% and 80.4%. 11.5% of cases had mass in the corner of the uterus in ultrasound. **Conclusion:** Two main symptoms to diagnose placental retained are bleeding and ultrasound with a mass in the uterus. It should be noted that the group of patients without clinical symptoms was 14%. The rate of retained placenta after caesarean section is 7.3%, still high compared to the general rate in the world. **Keywords:** retained placenta, β hCG, abortion, retained product of conception.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt rau là tình trạng còn sót lại mô rau hoặc tổ chức thai trong buồng tử cung sau sẩy thai, đình chỉ thai, đẻ thường hay mổ đẻ. Sốt rau có thể dẫn đến những biến chứng gần như băng huyết, rong huyết, nhiễm trùng hay biến chứng xa như dính buồng tử cung, vô sinh [1]. Theo một số nghiên cứu trên thế giới việc chẩn đoán sót rau gặp nhiều khó khăn do tỷ lệ bệnh nhân không triệu chứng lâm sàng chiếm tới 30% các trường hợp [2]. Các phương pháp điều trị sót rau chủ yếu là dùng các thủ thuật như hút hoặc nạo lại buồng tử cung, các can thiệp này cũng có thể gây ra các tai biến cho bệnh nhân như tai biến về gây mê gây tê, tổn thương tử cung, tổn thương các tạng xung quanh (ruột, bàng quang...) nhiễm trùng, gây dính buồng tử cung và vô sinh... đều gây ảnh hưởng xấu lâu dài đến lần mang thai sau.

Trong những năm gần đây trên thế giới có nhiều nghiên cứu về sót rau nhằm tăng tính chính xác trong chẩn đoán, tuy nhiên tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này và bản thân các bác sỹ lâm sàng cũng có tâm lý coi nhẹ vấn đề chẩn đoán sót rau. Vì vậy nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị sót

rau chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân sót rau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân được chẩn đoán sót rau điều trị tại Khoa sản nhiễm khuẩn - Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng: Những bệnh nhân được chẩn đoán sót rau được điều trị tại Khoa sản nhiễm khuẩn - Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Có kết quả giải phẫu bệnh là sót rau. Có đầy đủ thông tin nghiên cứu trong hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp được chẩn đoán sót rau nhưng chỉ điều trị nội khoa hoặc kết quả giải phẫu bệnh không phải là sót rau.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 150 bệnh nhân

2.3. Thu thập và xử lý số liệu. Thu thập số liệu dựa theo bệnh án nghiên cứu. Số liệu được đưa vào máy tính, sử dụng chương trình SPSS 16.0. Các thuật toán được sử dụng: Tính trung bình và độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm (%).

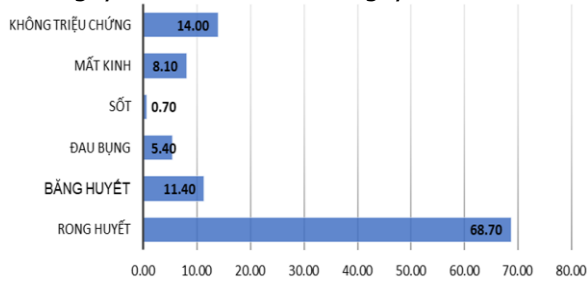
2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Đề tài sẽ được thông qua hội đồng Y đức Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Phụ sản Trung ương trước khi tiến hành nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả tiến cứu trên những người bệnh sót rau được điều trị tại khoa theo phác đồ của Bệnh viện. Tất cả các thông tin đều được mã hóa và giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1. Đặc điểm của lần có thai gần nhất**

Đặc điểm của lần có thai gần nhất	n	%
Tuổi thai (tuần)		
<12	113	75,3
>12 → 22	8	5,4
> 22 → 37	6	4,0
> 37	23	15,3
Nơi thực hiện thủ thuật		
Bệnh viện	58	45,3
Phòng khám tư	61	47,6
Trạm y tế	9	7,1
Phương pháp kết thúc thai nghén		
Phá thai bằng thuốc	34	22,7
Hút thai	76	50,7
Sẩy thai	11	7,3
Đình chỉ thai nghén	2	1,3
Đẻ thường	16	10,7
Mổ đẻ	11	7,3

Thời gian từ khi kết thúc thai kỳ đến khi vào viện (ngày)	45,4+51,9 ngày, Thấp nhất: 2, Cao nhất: 240
--	---

Nhận xét: Tuổi thai dưới 12 tuần chiếm tới 75,3%. Nơi thực hiện thủ thuật bệnh viện 45,3% phòng khám tư 47,6%. Về cách đình chỉ thai nghén chiếm tỉ lệ cao nhất là những trường hợp sau hút 50,7% vẫn có 7,3% sau mổ đẻ. Thời gian từ khi chấm dứt thai kỳ đến khi vào viện trung bình 45,4 + 51,9 ngày trong đó thấp nhất là 2 ngày và cao nhất là 240 ngày.



Biểu đồ 1: Triệu chứng cơ năng

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng rong huyết chiếm tỉ lệ cao nhất 68,7%, số không có triệu chứng lâm sàng chiếm tới 14%.

Bảng 2. Kết quả xét nghiệm máu

Chỉ số	n	%
Hb (g/l)		
< 80	1	0,7
80 - 110	8	5,3
> 110	141	94,0
BC (G/l)		
<10000	126	86,3
>10000	20	13,7
CRP (mg/l)		
< 6	133	90,5
>6	17	9,5
βhCG (Ui/l)		
< 5	30	20
> 5	120	80

Nhận xét: Đa số bệnh nhân không có biểu hiện thiếu máu và nhiễm trùng. Tỷ lệ bệnh nhân có lượng βhCG > 5 chiếm đa số 80%.

Bảng 3. Hình ảnh bất thường trên siêu âm

Hình ảnh siêu âm	n	%	
Niêm mạc tử cung dày >10 mm	70	46,7	
Khối trong buồng tử cung (n=148)	Giữa buồng tử cung	131	88,5
	Lệch góc	17	11,5
Mạch trong khối	119	80,4	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân siêu âm có khối trong buồng tử cung chiếm 98,7%. Hình ảnh khối giữa buồng tử cung và có mạch trong khối chiếm đa số lần lượt là 81,8% và 80,4%. 11,5% trường hợp có hình ảnh khối lệch góc.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 1 cho thấy sót rau có thể gặp sau bất kỳ thời tuổi thai nào sau kết thúc thai kỳ nhưng chủ yếu xảy ra ở tuổi thai dưới 12 tuần (75,3%) điều này cũng phù hợp vì tỷ lệ phá thai đang còn rất cao tại Việt Nam hiện đang đứng thứ 1 ở Đông Nam Á và thứ 5 trên thế giới [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ sót rau sau hút thai ở bệnh viện và phòng khám tư tương đồng nhau 45,3 và 47,6% [1]. Mặc dù tại bệnh viện là nơi có quy trình chuyên môn kỹ thuật, trang thiết bị thường cao hơn các phòng khám tư tuy nhiên tỷ lệ sót rau sau hút tại 2 nơi là như nhau. Nguyên nhân có thể do những trường hợp hút tại bệnh viện là những trường hợp khó hơn nhưng cũng có thể do ngay tại các bệnh viện chúng ta vẫn chưa tuân thủ đầy đủ quy trình sau hút và hẹn khám. Về cách đình chỉ thai nghén chiếm tỉ lệ cao nhất là những trường hợp sau hút 50,7% tuy nhiên vẫn có 7,3% sót rau sau mổ đẻ dù tỉ lệ sót rau sau mổ lấy thai là rất thấp (<1%). Đây là điểm đáng lưu ý vì trong qui trình mổ lấy thai đều có kiểm soát tử cung tuy nhiên vẫn còn sót rau có thể thấy đây thuộc vấn đề chuyên môn kỹ thuật cần phải được lưu ý và điều chỉnh lại tại các bệnh viện.

Về triệu chứng lâm sàng thì đa số các trường hợp có biểu hiện rong huyết, tuy nhiên số không có triệu chứng chiếm tới 14% điều này gây nhiều khó khăn cho việc chẩn đoán bệnh. Mặc dù hầu hết các trường hợp bệnh nhân có biểu hiện rong huyết hoặc băng huyết tuy nhiên 94% bệnh nhân không có biểu hiện thiếu máu có thể do đa phần các trường hợp rong huyết tuy kéo dài nhưng số lượng ít, nhiều trường hợp mỗi ngày chỉ ra một ít máu không gây ảnh hưởng nhiều đến toàn trạng bệnh nhân.

Thời gian từ khi chấm dứt thai kỳ đến khi vào viện trung bình 45,4 ngày, cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Maslovitz (14,75 ngày) một số nguyên nhân do bệnh nhân không quay lại khám theo hẹn, do tâm lý dẫu đi khám đi khám của bệnh nhân hoặc do quá trình tư vấn sau hút và hẹn khám của nhân viên y tế chưa tốt hoặc... bên cạnh đó cũng vì triệu chứng không rõ ràng vì nhiều trường hợp không có triệu chứng (14%) [3].

Về hình ảnh trên siêu âm: đa số các trường hợp đều có khối trong buồng tử cung chiếm 98,7%, tỷ lệ có mạch trong khối chiếm 80,4% kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Esmaeillou với tỷ lệ lần lượt là 93,9% và 87,9% hay Abbasi (93% và 78%) [4]. Như vậy đây là 2 hình ảnh quan trọng trong siêu âm góp phần cho

chẩn đoán sót rau. Bên cạnh đó chúng tôi cũng ghi nhận có 17 trường hợp (11,5%) có hình ảnh khối lệch góc, đây là những trường hợp gây khó khăn trong chẩn đoán cũng như điều trị do khối rau sót nằm ở vị trí khó can thiệp cũng như khó quan sát để bỏ sót trên siêu âm [2], [3], [4], [5].

Bên cạnh hình ảnh siêu âm thì xét nghiệm β hCG cũng có giá trị khi có tới 80% các trường hợp có lượng β hCG > 5 ui/ml. Tuy nhiên trong chẩn đoán cũng cần thận trọng vì 20% các trường hợp β hCG âm tính nhưng vẫn là sót rau.

Về biểu hiện nhiễm trùng hầu hết bệnh nhân không có biểu hiện sốt (99,3%). Tỷ lệ bệnh nhân có lượng Bạch cầu > 10000 G/l chỉ chiếm 13,7% và tỷ lệ CRP >6 chỉ chiếm 9,5%. Như vậy biểu hiện nhiễm trùng không phải là triệu chứng có giá trị để chẩn đoán sót rau.

V. KẾT LUẬN

Sau nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 150 bệnh nhân sót rau chúng tôi nhận thấy hai triệu chứng chính để chẩn đoán sót rau là rong huyết và siêu âm có khối

trong buồng tử cung. Cần phải lưu ý đến nhóm bệnh nhân không triệu chứng lâm sàng chiếm 14%. Tỷ lệ sót rau sau mổ lấy thai là 7,3% còn cao so với tỷ lệ chung trên thế giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Phụ sản** (2014), Bài giảng sản phụ khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **P. Brook (last), M. Curley, và B. Sutton.** Evidence-Based Reporting of Suspected Retained Products of Conception Following Miscarriage or Termination of Pregnancy. .
3. **Maslovitz S., Almog B., Mimouni G.S. và cộng sự.** (2004). Accuracy of Diagnosis of Retained Products of Conception After Dilation and Evacuation. J Ultrasound Med, 23(6), 749–756.
4. **Esmaeilou H., Jamal A., Eslamian L. và cộng sự.** (2015). Accurate Detection of Retained Products of Conception after First- and Second-trimester Abortion by Color Doppler Sonography. J Med Ultrasound, 23(1), 34–38.
5. **Abbasi S., Jamal A., Eslamian L. và cộng sự.** (2008). Role of clinical and ultrasound findings in the diagnosis of retained products of conception. Ultrasound Obstet Gynecol, 32(5), 704–707.

ĐÓNG TRỰC TIẾP TRÌ HOÃN SAU PHẪU THUẬT MỞ CÂN CẰNG CHÂN: MỘT TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG TỔN KHUYẾT RỘNG

Hoàng Tuấn Anh^{1,2}, Phan Văn Tân²

Từ khóa: mở cân cẳng chân, kéo ép liên tục, đóng trực tiếp trì hoãn

SUMMARY

DELAYED PRIMARY CLOSURE AFTER FASCIOTOMY: A LARGE DEFECT CASE REPORT

Patients usually have large defects after fasciotomy of the extremities. By far, there are two main treatments for this defect: skin graft and delayed primary closure. Surgeons need to evaluate the characteristics of defect and patients's condition before indicating a delayed primary closure method. We present a case of 42 year old male patient, with traumatic brain injury and hypertension history. At the left thigh, there was a 30x7 cm defect. Medial and lateral calf defects were 24x8 and 25x6 cm respectively. Nylon suture and plastic buttons were used to design a traction system. Patient underwent 2 surgeries in 14 days. The results were excellent at 6-months follow-up. Conclusion: Delayed primary closure after fasciotomy has several advantages: simple, economical and requires a short learning curve. However, appropriate patient selection based on patient's overall condition and defect width/circumference ratio are essential for optimal results. **Keywords:** fasciotomy, continuous traction, delayed primary closure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TÓM TẮT

Mở cân cẳng chân giải phóng chèn ép khoang thường để lại tổn khuyết rộng vùng chi thể. Hai phương pháp tạo hình che phủ chính bao gồm ghép da, đóng trực tiếp có trì hoãn. Lựa chọn phương pháp đóng trực tiếp có trì hoãn cần dựa trên đặc điểm tổn khuyết và thể trạng từng bệnh nhân. Chúng tôi trình bày ca lâm sàng bệnh nhân nam 42 tuổi, tiền sử chấn thương sọ não, tăng huyết áp, khuyết phần mềm đùi kích thước 30x7, và cẳng chân trái mặt trong và mặt ngoài kích thước 24x8 và 25x6cm. Sử dụng hệ thống chỉ nylon và cúc, tổn khuyết đã được đóng trực tiếp toàn bộ sau 2 lần phẫu thuật với tổng thời gian 14 ngày. Khám lại sau 6 tháng cho thấy kết quả tốt về chức năng và thẩm mỹ. Kết luận: phương pháp đóng trì hoãn sau mở cân cẳng chân cho thấy nhiều ưu điểm: đơn giản, an toàn, chi phí thấp với chất liệu sẵn có. Tuy nhiên, chỉ định cần dựa trên tình trạng toàn thân cũng như tỉ lệ chiều rộng tổn khuyết/chu vi để đạt được kết quả tối ưu.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Tuấn Anh

Email: tuanhcmfs@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 5.7.2024