

lượng mẫu lớn. Tuy nhiên, cũng tồn tại một số khuyết điểm lớn. Đầu tiên, độ đặc hiệu ORO với các nhóm chất béo khác nhau kém, và khả năng cung cấp thông tin hạn chế về vị trí cũng như sự hình thành giọt mỡ nội bào. Thêm vào đó, ORO chỉ để định lượng tương đối sự ứ mỡ tế bào không thể chính xác được số lượng. Để khắc phục các hạn chế trên, cần thực hiện các kỹ thuật phức tạp hơn như nhuộm tế bào huỳnh quang để đánh giá đặc điểm sự hình thành và vị trí giọt mỡ bên trong tế bào. Đồng thời, áp dụng kỹ thuật sắc ký lỏng kết hợp đầu dò khối phổ để định danh và định lượng chính xác loại chất béo nội bào được tổng hợp dưới tác động của các chất kích thích ứ mỡ khác nhau. Các thông tin bổ sung từ kỹ thuật khác góp phần cung cấp thông tin toàn diện và cụ thể hơn về mô hình ứ mỡ in vitro.

V. KẾT LUẬN

Đề tài đã xây dựng thành công mô hình in vitro trên dòng tế bào HepG2 với các đặc điểm: số lượng tế bào ban đầu là 4.10^4 tế bào/mL, trong môi trường DMEM – no glucose – FBS 10% – nồng độ kháng sinh Gentamicin 50µg/mL chứa 5mM axit valproic trong 48 giờ gây ứ mỡ nội bào hiệu quả và độ tái lập cao. Mô hình tạo tiền đề cho các nghiên cứu chuyên sâu về bệnh lý NAFLD cũng như ứng dụng trong sàng lọc thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bai, Xupeng và các cộng sự.** (2017), "Valproate induced hepatic steatosis by enhanced fatty acid uptake and triglyceride synthesis", *Toxicology Applied Pharmacology*. 324, tr. 12-25.
2. **Chang, Renin và các cộng sự.** (2016), "Study of valproic acid-enhanced hepatocyte steatosis", *BioMed Research International*. 2016.
3. **Komulainen, Tuomas và các cộng sự.** (2015), "Sodium valproate induces mitochondrial respiration dysfunction in HepG2 in vitro cell model", *Toxicology*. 331, tr. 47-56.
4. **Kubickova, Barbara và Jacobs, Miriam N** (2023), "Development of a reference and proficiency chemical list for human steatosis endpoints in vitro", *Frontiers in Endocrinology*. 14, tr. 1126880.
5. **Pirozzi, Claudio và các cộng sự.** (2020), "Butyrate prevents valproate-induced liver injury: in vitro and in vivo evidence", *The FASEB Journal*. 34(1), tr. 676-690.
6. **Rodrigues, Tatiana Lopes** (2017), Evaluation of chemically-induced steatosis in different human in vitro hepatic systems.
7. **Yan, Liang và các cộng sự.** (2021), "PXR-mediated expression of FABP4 promotes valproate-induced lipid accumulation in HepG2 cells", *Toxicology Letters*. 346, tr. 47-56.
8. **Younossi, Zobair M và các cộng sự.** (2016), "Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease—meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes", *Hepatology*. 64(1), tr. 73-84.

NGHIÊN CỨU VỀ TỈ LỆ, YẾU TỐ NGUY CƠ, ĐẶC ĐIỂM CHẨN ĐOÁN VÀ KẾT QUẢ XỬ TRÍ U BUỒNG TRỨNG XOẮN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 TRONG 5 NĂM (2019 - 2024)

Trịnh Hùng Dũng¹, Nguyễn Thị Phương Thảo¹, Hà Văn Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu về tỉ lệ, yếu tố nguy cơ, đặc điểm chẩn đoán và xử trí u buồng trứng xoắn (UBTX). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu trên 53 ca được chẩn đoán u nang buồng trứng xoắn và phẫu thuật trong 5 năm (2019-2024) tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** Tỉ lệ UBTX trên tổng số u buồng trứng là 8,6% hay gặp với u bì, u thanh dịch, kích thước u từ 5-10 cm (93,9%); 100% khối u không dính, không ác tính. Nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy một số yếu tố nguy cơ của UBTX là: đi lại, vận động nhiều (42,9%), quan hệ tình

dục (24,5%), có thai 3 tháng đầu (6,1%). Trước mổ, dựa vào lâm sàng và siêu âm cho phép chẩn đoán UBTX với độ chính xác khá cao (92,4%). Một số bệnh lý có thể chẩn đoán nhầm với UBTX là: u lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng, áp xe phần phụ. Về xử trí: chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi cho 93,8% an toàn không có tai biến, biến chứng; cắt phần phụ không tháo xoắn cho những trường hợp khối u đã bị hoại tử (61,2%), bóc u nang bảo tồn mô lành buồng trứng với khối u chưa hoại tử, bệnh nhân chưa mãn kinh (38,8%). **Kết luận:** u buồng trứng xoắn thường xảy ra với u bì, khối u có kích thước trung bình, phẫu thuật nội soi là phương pháp được lựa chọn tốt nhất để chẩn đoán và xử trí các trường hợp UBTX trong nghiên cứu này.

SUMMARY

TO STUDY THE INCIDENCE OF, THE RISK FACTORS OF, THE DIAGNOSTIC CHARACTERISTICS OF AND MANAGEMENT FOR OVARIAN TUMOUR TORSION WITHIN 5 YEARS

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Hùng Dũng

Email: trinhhungdung103@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025

Ngày duyệt bài: 26.2.2025

(2019-2024) AT MILITARY HOSPITAL 103

Objectives: To study the incidence of, the risk factors of, the diagnostic characteristics of and management for ovarian tumor torsion (OT) or adnexal torsion. **Methods:** A prospective study on 53 cases of OT within 5 years (2019-2024) at Department of Obstet. & Gynecol, Military Hospital 103. **Results:** The incidence of OT was 8.6%. OT is more common with dermoid cyst and serous cyst, moderate size tumors (5-10 cm) more often than large tumors (>10 cm) 93.9% and 6.1% respectively. All tumors are benign and not adhesive. The risk factors of OT were walking a lot (42.9%), sexual intercourse (24.5%), pregnancy in the first trimester (6.1%). Clinical examination combine with ultrasound could help accurately diagnose at preoperation (92.4%). Some diseases could be misdiagnosed were ovarian endometrioma, abscess of fallopian tube. We performed laparoscopy safely on almost patients (93,8%) without complications. Most OT are not salvageable because of ovarian necrosis, in this case, salpingo-oophorectomy without opening twisting will be performed (61,2%). In the case of non necrotic ovarian, cystectomy to preserve normal ovarian tissue will be performed (38,8%). **Conclusion:** Ovarian tumor torsion usually occurs with tumors of moderate size, the most common tumor is dermoid and serous cyst. Laparoscopic surgery were performed safely on almost cases of OT in this study (93.8%).

Keywords: Ovarian tumor torsion, Adnexal torsion; laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng xoắn (ovarian torsion) là một biến chứng cơ học của khối u buồng trứng khi cuống u bị xoắn quay quanh trục của nó [3], [5]. Đây là một cấp cứu ngoại khoa chiếm tỷ lệ từ 6,5% đến 10,5% các khối u buồng trứng [1] nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời sẽ gây biến chứng nguy hiểm như: vỡ u, chảy máu trong nang, nhiễm trùng nhiễm độc, viêm phúc mạc... [4]

Trên thế giới đã có nhiều báo cáo về kết quả nghiên cứu u buồng trứng xoắn [2] tuy nhiên ở Việt Nam các nghiên cứu về u buồng trứng xoắn chưa nhiều.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với các mục đích: *Tìm hiểu về tỷ lệ, yếu tố thuận lợi, đặc điểm chẩn đoán và chiến thuật xử trí u nang buồng trứng xoắn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu được tiến hành trên 53 trường hợp u buồng trứng xoắn được chẩn đoán và xử trí tại khoa Phụ sản, Bệnh viện Quân y 103 trong 05 năm (2019-2024). Số liệu thu thập được phân tích trên phần mềm SPSS 20.0

Tiêu chí lựa chọn: tất cả bệnh nhân được chẩn đoán mắc UBTX. Không có chống chỉ định đối với phẫu thuật nội soi.

Tiêu chí loại trừ: U buồng trứng không bị xoắn.

Các biến nghiên cứu: tuổi, PARA, số lần sinh con, nghề nghiệp, yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, các đặc điểm chẩn đoán của UBTX.

Các biến liên quan đến phẫu thuật: phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, biến chứng, thời gian nằm viện sau phẫu thuật, sử dụng thuốc giảm đau, sử dụng kháng sinh sau phẫu thuật...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong vòng 5 năm (2019-2024), 53 trường hợp UBTX đã được chẩn đoán trước phẫu thuật và xử trí bằng phẫu thuật cấp cứu, trong đó 49 trường hợp thực sự là UBTX (chẩn đoán sau phẫu thuật), còn 4 bệnh nhân bị chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác.

3.1. Tỷ lệ u nang buồng trứng xoắn**Bảng 1. Tỷ lệ u buồng trứng xoắn**

Chẩn đoán	Số ca	Tỷ lệ %
U buồng trứng	569	100
U buồng trứng xoắn	49	8,6
U buồng trứng xoắn ở phụ nữ có thai	3	0,5

Nhận xét: Tổng cộng có 569 bệnh nhân phẫu thuật u buồng trứng từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 1 năm 2024. Tỷ lệ UBTX trong tổng số u buồng trứng là 49/569 (8,6%). Tỷ lệ UBTX ở phụ nữ mang thai trong tổng số các khối u buồng trứng là 3/49 (6,1%), tất cả các trường hợp mang thai đều ở 3 tháng đầu thai kì.

3.2. Các yếu tố thuận lợi của u nang buồng trứng xoắn

- Các yếu tố tuổi, nghề nghiệp, số lần sinh đẻ không thấy ảnh hưởng đến tình trạng xoắn của u buồng trứng trong nghiên cứu này.

- Hoàn cảnh xuất hiện u buồng trứng xoắn

Bảng 2. Hoàn cảnh xuất hiện u buồng trứng xoắn

Hoàn cảnh xuất hiện UBTX	Số ca	Tỷ lệ %
Sau khi đi lại, vận động nhiều	21	42,9
Sau quan hệ tình dục	12	24,5
Có thai 3 tháng đầu	3	6,1
Xuất hiện tự nhiên	13	26,5
Tổng cộng	49	100

Nhận xét: Sau khi đi lại, vận động nhiều và sau quan hệ tình dục là yếu tố thường gặp nhất trong hoàn cảnh xuất hiện u buồng trứng xoắn (tổng cộng 67,4%).

3.3. Đặc điểm chẩn đoán u buồng trứng xoắn**3.3.1. Triệu chứng của u buồng trứng xoắn****Bảng 3. Triệu chứng của u buồng trứng xoắn**

Triệu chứng của u nang buồng trứng xoắn	Số ca	Tỉ lệ %
Đau bụng vùng hạ vị: - Đau quặn từng cơn	49	100
- Đau thành cơn sau đó đau âm ỉ tăng dần	38	77,5
- Buồn nôn, nôn khan	11	22,5
Toàn thân:	30	61,2
- Không sốt	41	83,7
- Sốt nhẹ	8	16,3
- Mạch, huyết áp bình thường	41	83,7
- Mạch nhanh, huyết áp bình thường	8	16,3
Sờ thấy u ở hố chậu, đau nhiều, kém di động	43	87,8
Sờ thấy u bị kẹt trong túi cùng âm đạo, rất đau	6	12,2
Kích thước tử cung bình thường	43	87,8
Kích thước tử cung hơi to	6	12,2
Xét nghiệm máu: BC bình thường	40	81,6
BC tăng nhẹ (>9000-10000)	9	18,4
Siêu âm có hình ảnh u buồng trứng xoắn (*)	42	85,7
Siêu âm không rõ hình ảnh UBTX	7	14,3

Nhận xét: Các triệu chứng thường gặp của UBTX là: đau bụng hạ vị quặn từng cơn (77,5%), sờ thấy khối u ở hố chậu đau nhiều, kém di động (87,8%); siêu âm có hình ảnh u buồng trứng xoắn (85,7%).

(*): Hình ảnh siêu âm UBTX: chúng tôi đã dựa vào để chẩn đoán bao gồm: ít hoặc không có dòng chảy tĩnh mạch, thiếu vắng dòng chảy động mạch, dấu hiệu Whirlpool của cuống mạch bị xoắn.

3.3.2. Sự phù hợp giữa chẩn đoán trước và sau mổ

Bảng 4. Sự phù hợp chẩn đoán u nang buồng trứng xoắn trước và sau mổ

Chẩn đoán trước mổ	Chẩn đoán sau mổ	Số ca	Tỉ lệ %
U buồng trứng xoắn	U buồng trứng xoắn	49	92,4
	Các bệnh lý khác	4	7,6
	U lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng	2	3,8
	Abscess phần phụ	2	3,8
Tổng cộng		53	100

Nhận xét: Có 92,4% chẩn đoán sau phẫu thuật phù hợp với chẩn đoán trước phẫu thuật; 4 bệnh nhân bị chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác (2 trường hợp nang lạc nội mạc tử cung, 2 trường hợp áp-xe phần phụ).

3.3.3. Các đặc tính của u nang buồng trứng xoắn

Bảng 5. Các đặc tính của u buồng trứng xoắn

Các đặc tính của UBTX	Số ca	Tỉ lệ %
-----------------------	-------	---------

Kích thước khối u:	49	100
- Đường kính lớn nhất của u từ 5-6cm	15	30,6
- Đường kính lớn nhất của u từ >6-10cm	31	63,3
- Đường kính lớn nhất của u >10-15cm	3	6,1
Hình ảnh siêu âm:		
- Hình ảnh ECHO trống âm	49	100
- Hình ảnh hỗn hợp âm	18	36,7
- U có vách	20	40,8
- Hình ảnh ác tính theo phân loại trên siêu âm	11	22,4
	0	0
Chẩn đoán giải phẫu bệnh lý:	49	100
- U bì buồng trứng (dermoid cyst)	24	49,0
- U nước buồng trứng (serous cyst)	13	26,5
- U nhầy buồng trứng (mucinous cyst)	7	14,3
- U buồng trứng xuất huyết (hemorrhagic cyst)	5	10,2
- Ung thư buồng trứng (malignant ovarian tumor)	0	0
Các đặc tính khác (quan sát trong mổ):		
- Vỡ UBTX	10	20,4
- Dính với tạng xung quanh	0	0
- Dịch hồng ổ bụng số lượng ít	34	69,4
- Số vòng xoắn: 1 vòng	29	59,2
2 vòng	16	32,6
3 vòng	4	8,2

Nhận xét: Kích thước u trung bình hoặc nhỏ (5-10 cm) chiếm ưu thế - tổng cộng 93,9%, ít khi gặp u to trên 10cm bị xoắn (chỉ có 6,1%); 100% khối u không dính, không ác tính; hay gặp ở dạng u bì (49,0%) và u nang nước (26,5%); số vòng xoắn thường là 1- 2 vòng (91,8%), nhiều nhất là 3 vòng (8,2%).

3.4. Phương pháp xử trí u buồng trứng xoắn

3.4.1. Phương pháp phẫu thuật

Bảng 6. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật u nang buồng trứng xoắn	Số ca	Tỉ lệ %
Kỹ thuật mổ:		
- Mổ nội soi	46	93,9
- Mổ mở	3	6,1
Tổng cộng	49	100
Phương pháp xử trí trong mổ:		
- Cắt UBTX (không tháo xoắn)	30	61,2
- Bóc u nang, bảo tồn tổ chức lành buồng trứng	19	38,8
Tổng cộng	49	100
Xử trí kết hợp:		
+ Bóc nhân xơ tử cung	2	4,1
+ Triệt sản (bệnh nhân có nhu cầu)	2	4,1
Tổng cộng	4/49	8,2

Nhận xét: Tỉ lệ mổ nội soi UBTX khá cao (93,9%). Cắt UBTX không tháo xoắn là phương pháp mổ chiếm tỉ lệ cao hơn phương pháp bóc u, bảo tồn tổ chức lành của buồng trứng (61,2% so với 38,8%).

3.4.2. Điều trị sau mổ. Sử dụng kháng sinh dự phòng cho 32/49 (65,3%) an toàn.

Có 3 trường hợp UBTX trên bệnh nhân đang mang thai 3 tháng đầu, sau khi cắt u chúng tôi điều trị tích cực với phác đồ đề phòng dọa sảy thai, đã giữ thai thành công.

Tai biến, biến chứng: 100% không có tai biến trong mổ, sau mổ 3-5 ngày cắt chỉ liền vết mổ, ra viện không có biến chứng gì.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ u buồng trứng xoắn Tỷ lệ UBTX trên tổng số u buồng trứng trong nghiên cứu của chúng tôi là 49/569 (8,6%) tương đương với Asfour 2015 khi nghiên cứu các yếu tố nguy cơ của UBTX đã công bố tỷ lệ này là 8,9%[2] nhưng thấp hơn so với các tác giả Robertson 2017 (9,8%), Shikma 2010 (10,4%) và Yuk, Jin-Sung 2015 (9,8%)[1], [4], [8].

Tỷ lệ UBTX ở phụ nữ có thai trên tổng số UBTX là 3/49 (6,1%), cả 3 trường hợp đều gặp ở 3 tháng đầu thai kỳ. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của các tác giả Asfour; Varma; Menon năm 2015 đã công bố trên tạp chí Journal of Obstetrics and Gynaecology. 35(7): 721-5 tỷ lệ UBTX ở phụ nữ có thai trên tổng số UBTX là 6,5% [2].

4.2. Các yếu tố thuận lợi của u buồng trứng xoắn. Bảng 2 cho thấy u buồng trứng xoắn thường xuất hiện sau khi bệnh nhân đi lại, vận động nhiều (42,9%) và sau giao hợp (24,5%). Bảng 5 cho thấy những khối u có kích thước vừa và nhỏ (5-10cm) thì có nguy cơ bị xoắn cao hơn là những khối u có kích thước lớn trên 10 cm. Đa số các tác giả cho rằng khi bệnh nhân vận động, đi lại nhiều sẽ làm u buồng trứng di động trong tiểu khung, do vậy những khối u có kích thước không quá lớn và có cuống dài sẽ dễ bị thay đổi vị trí, xoắn vặn quanh cuống của nó [2], [4], [6].

Theo bảng 2, tỷ lệ UBTX ở phụ nữ có thai trên tổng số UBTX là 3/49 (6,1%), cả 3 ca đều gặp trên bệnh nhân có thai 3 tháng đầu. Đa số các tác giả cho rằng u nang buồng trứng dễ bị xoắn trong 3 tháng đầu thai kỳ là vì tử cung có thai to dần đẩy khối u lên cao vượt khỏi tiểu khung, do đó nếu khối u di động rất dễ bị xoắn; ngược lại trong 3 tháng giữa và cuối thai kỳ, tử cung đã khá to chèn ép làm khối u cố định, ít có khả năng di động nên không gây xoắn cuống u được nữa mà biến chứng trong giai đoạn này chủ yếu là vỡ u [1], [2], [4].

Theo bảng 5: UBTX hay gặp hơn với u nang bì và u nang nước (49,0% và 26,5%). Kết quả này phù hợp với nhận định của David và cộng sự

khi nghiên cứu 85 ca u buồng trứng xoắn thấy 51% là u bì và 30,5% là u nang dịch [6]. Theo hầu hết các nghiên cứu thì biến chứng xoắn cuống u có thể xảy ra với bất kỳ loại u buồng trứng nào nhưng hay gặp nhất là u bì (dermoid cyst) vì loại u này có trọng lượng riêng lớn nhất trong các loại u thực thể của buồng trứng [1], [2], [4].

4.3. Đặc điểm chẩn đoán u buồng trứng xoắn

* Triệu chứng của u buồng trứng xoắn:

Bảng 3 cho thấy: Các triệu chứng lâm sàng quan trọng để chẩn đoán UBTX là: đau bụng hạ vị quặn từng cơn (77,5%), buồn nôn, nôn khan (61,2%); sờ thấy khối u ở hố chậu đau nhiều, kém di động (87,7%) hoặc thấy khối u kẹt ở túi cùng âm đạo rất đau (12,2%); toàn thân thường không sốt (83,7%) hoặc sốt nhẹ (16,3%); mạch, huyết áp bình thường (83,7%). Có 22,5% bệnh nhân đau hạ vị âm ỉ tăng dần là do đã được dùng thuốc giảm đau ở tuyến trước.

Từ kết quả này chúng tôi khuyến cáo với tuyến cơ sở, nếu nghi ngờ u buồng trứng xoắn thì không được dùng thuốc giảm đau nếu không sẽ làm lu mờ triệu chứng, làm cho tuyến sau khó chẩn đoán, gây nguy hiểm cho bệnh nhân.

Cũng từ bảng 3 cho thấy: Triệu chứng cận lâm sàng quan trọng là siêu âm có hình ảnh u buồng trứng xoắn (85,7%). Siêu âm cho phép xác định vị trí, kích thước và một số đặc tính của UBTX. Trước mổ chúng tôi dựa vào các hình ảnh có giá trị trên siêu âm Doppler màu để chẩn đoán UBTX, đó là: rất ít hoặc không có dòng chảy tĩnh mạch, thiếu vắng dòng chảy động mạch, thiếu vắng hoặc đảo ngược dòng chảy tâm trương trong u buồng trứng, đặc biệt dấu hiệu "Whirlpool" biểu hiện cuống mạch bị xoắn có giá trị rất cao trong chẩn đoán UBTX. Đây cũng là những tiêu chí thống nhất trong chẩn đoán UBTX mà nhiều tác giả đã sử dụng [4].

Ngoài ra, xét nghiệm công thức máu cho thấy bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ cũng có giá trị hỗ trợ chẩn đoán và phân biệt với abscess phần phụ [1], [7].

* Sự phù hợp chẩn đoán trước và sau mổ:

Bảng 1 cho thấy: Sự phù hợp chẩn đoán UBTX trước và sau mổ là 92,4%. Chẩn đoán trước mổ chúng tôi dựa vào khám lâm sàng và siêu âm, có độ chính xác tương đối cao. Chỉ có 4 ca (7,6%) không phù hợp chẩn đoán, nhầm với một số bệnh lý khác: u lạc nội mạc tử cung (2 ca), abscess phần phụ (2 ca). Đây cũng là các bệnh lý đòi hỏi phải can thiệp phẫu thuật có triệu chứng tương tự nên dễ nhầm với u buồng trứng xoắn [7], [8].

*** Về đặc tính của u buồng trứng xoắn:**

Bảng 5 cho thấy: khối u có kích thước >6-10 cm chiếm tỉ lệ cao nhất (63,3%), tiếp theo là những khối u có kích thước 5-6cm (30,6%), chỉ có 3 trường hợp u có kích thước >10-15 cm bị xoắn chiếm 6,1%. Như vậy những khối u có kích thước vừa và nhỏ (5-10cm) có nguy cơ bị xoắn cao hơn là những khối u có kích thước lớn trên 10 cm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của đa số các tác giả khác [1], [4], [7], [8].

Cũng từ bảng 5 cho thấy: U buồng trứng xoắn bản chất là khối u lành tính (100%) có thể gặp với bất kỳ loại u thực thể nào của buồng trứng, bao gồm: u bì (49,0%), u thanh dịch (26,5%), u nhầy (14,3%) và u buồng trứng xuất huyết (10,2%); 100% khối u không bị dính với tổ chức xung quanh, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Shikma 2010, Asfour 2015[2], [4].

Theo kết quả thống kê bảng 5: số vòng xoắn từ 1-2 vòng chiếm chủ yếu (91,8%), số ca có 3 vòng xoắn rất ít (8,2%), không ca nào có trên 3 vòng xoắn. Dịch hồng với số lượng ít trong ổ bụng cũng là một đặc tính thường gặp trong u buồng trứng xoắn (69,4%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của đa số các tác giả khác [1], [4], [7], [8].

4.4. Phương pháp xử trí u buồng trứng xoắn

*** Kỹ thuật mổ:** Bảng 5 cho thấy tỉ lệ mổ nội soi UBTX của chúng tôi chiếm ưu thế (93,8%). Cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi trong sản phụ khoa, hiện nay chúng tôi đã áp dụng PTNS cho hầu hết các trường hợp UBTX (46/49 ca) an toàn. Chỉ có 3 ca (6,1%) mổ mở do tình trạng ổ bụng có vết mổ cũ, tiền lượng dính nặng (2 ca) hoặc khi trang thiết bị nội soi bị hỏng, chưa sửa chữa được (1 ca). Tỉ lệ mổ nội soi UBTX tại các cơ sở y tế hiện nay phụ thuộc vào trang thiết bị và khả năng của các bác sĩ. Nếu như cách đây hơn một thập niên, hầu hết UBTX được phẫu thuật mở bụng thì hiện nay đang dần được thay thế bởi phẫu thuật nội soi ở hầu hết các bệnh viện tuyến đầu, giúp cho bệnh nhân sau mổ phục hồi nhanh, rút ngắn thời gian nằm viện, mang lại nhiều lợi ích về sức khỏe, kinh tế và xã hội cho người bệnh [7].

*** Phương pháp mổ:** Theo bảng 6, cắt u không tháo xoắn là phương pháp mổ chiếm tỉ lệ cao hơn phương pháp bóc u, bảo tồn tổ chức lành buồng trứng (61,2% so với 38,8%). Chúng tôi tiến hành cắt UBTX không tháo xoắn khi khối u đã bị hoại tử hoặc chưa hoại tử nhưng bệnh nhân đã mãn kinh. Những trường hợp đến sớm, khối u chưa bị hoại tử, bệnh nhân còn chưa mãn

kinh, chúng tôi tiến hành bóc u, giữ lại tổ chức lành của buồng trứng. Việc bảo tồn buồng trứng rất quan trọng, để thực hiện chức năng sinh sản và nội tiết cho bệnh nhân sau mổ [3], [5], [7].

*** Xử trí kết hợp:** 2 trường hợp UBTX có u xơ tử cung dưới thanh mạc kích thước nhỏ 2-3 cm, trong mổ được bóc u an toàn; 2 trường hợp bệnh nhân đủ con có nguyện vọng được triệt sản bằng cách đốt-cắt rời vòi trứng sau khi đã xử trí UBTX. Cả 4 trường hợp xử trí kết hợp đều không có tai biến, biến chứng sau mổ.

*** Điều trị sau mổ:** 32/49 (65,3%) được sử dụng kháng sinh dự phòng an toàn, không có biến chứng nhiễm khuẩn sau mổ.

Có 3 trường hợp UBTX trên bệnh nhân đang mang thai 3 tháng đầu, sau khi cắt u được điều trị tích cực với phác đồ đề phòng dọa sảy thai, đã giữ thai thành công.

*** Tai biến, biến chứng:** 100% bệnh nhân không có tai biến trong mổ, sau mổ 3-5 ngày cắt chỉ liền vết mổ, ra viện không có biến chứng gì.

V. KẾT LUẬN

5.1. Tỷ lệ UBTX trên tổng số u buồng trứng trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,6%, tỷ lệ UBTX ở phụ nữ có thai trên tổng số UBTX là 3/49 (6,1%).

5.2. Các yếu tố thuận lợi: Nghiên cứu này cho thấy: đi lại, vận động nhiều (42,9%), quan hệ tình dục (24,5%), có thai 3 tháng đầu (6,1%) có thể là các yếu tố thuận lợi dẫn đến u buồng trứng xoắn.

5.3. Về đặc điểm chẩn đoán u buồng trứng xoắn:

*Chẩn đoán UBTX trước mổ dựa vào khám lâm sàng và siêu âm có độ chính xác tương đối cao (92,4%). Một số bệnh lý dễ nhầm trong chẩn đoán UBTX ở nghiên cứu này là: u lạc nội mạc tử cung, abscess phần phụ.

*Các đặc tính cơ bản của UBTX: đa số khối u có kích thước nhỏ hoặc trung bình (5-10cm)- 93,9%, có thể gặp với bất kỳ loại u buồng trứng nào nhưng hay gặp hơn là u bì và u thanh dịch; 100% khối u không dính và không ác tính; số vòng xoắn thường gặp từ 1-2 vòng (91,8%), tối đa là 3 vòng (8,2%).

5.4. Về Phương pháp xử trí: Chúng tôi thực hiện cắt u không tháo xoắn nếu u đã hoại tử (61,2%) hoặc bóc u nếu u chưa bị hoại tử để bảo tồn mô lành buồng trứng, duy trì chức năng sinh sản và nội tiết cho các bệnh nhân chưa mãn kinh (38,8%). Trong nghiên cứu này, kỹ thuật mổ nội soi chiếm ưu thế (93,8%). Kết quả 100% bệnh nhân ra viện sau mổ 3-5 ngày, không có tai biến, biến chứng gì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Robertson, JJ; Long, B; Koyfman, A (April 2017). "Myths in the Evaluation and Management of Ovarian Torsion". The Journal of Emergency Medicine. 52 (4): 449-456.
2. Asfour; Varma; Menon (2015). "Clinical risk factors for ovarian torsion". Journal of Obstetrics and Gynaecology. 35(7): 721-5.
3. Ovarian Torsion at eMedicine
4. Bar-On, Shikma; Mashiach, Roy; Stockheim, David; Soriano, David; Goldenberg, Motti; Schiff, Eyal; Seidman, Daniel S. (2010). "Emergency laparoscopy for suspected ovarian torsion: are we too hasty to operate?". Fertility and Sterility. 93 (6): 2012-5.
5. Weerakkody, Yuranga; Dixon, Andrew. "Ovarian torsion". Radiopaedia.
6. Crouch, Naomi S.; Gyampoh, Bright; Cutner, Alfred S.; Creighton, Sarah M. (December 2003). "Ovarian torsion: to pex or not to pex? case report and review of the literature". Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 16 (6): 381-384.
7. Eckler, Kristen; Laufer, Marc R.; Perlman, Sally E. (August 2000). "Conservative management of bilateral asynchronous adnexal torsion with necrosis in a prepubescent girl". Journal of Pediatric Surgery. 35 (8): 1248-1251.
8. Jin-Sung; Kim, Log Young; Shin, Ji-Yeon; Choi, Do Young; Kim, Tae Yoon; Lee, Jung Hun (2015). "A national population-based study of the incidence of adnexal torsion in the Republic of Korea". International Journal of Gynecology & Obstetrics. 129(2): 169-70.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH, KẾT QUẢ KHI SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG ĐÔNG ĐƯỜNG UỐNG Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO CẤP CÓ RUNG NHỊ TẠI BỆNH VIỆN TIM MẠCH AN GIANG

Trương Bảo Ân¹, Nguyễn Quang Vinh¹,
Thái Trường Nhã¹, Võ Minh Thu¹, Bùi Thế Dũng^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình và kết quả khi sử dụng thuốc kháng đông đường uống ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp có rung nhĩ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc 3 tháng trên 51 bệnh nhân đột quỵ não cấp có rung nhĩ tại Bệnh viện Đa Khoa Trung tâm An Giang từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 9 năm 2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 74; thời điểm bắt đầu sử dụng thuốc kháng đông trung bình là 4,3 ngày sau khởi phát đột quỵ não, trong đó 39,2% sử dụng sớm và 49% sử dụng muộn và 7,8% sử dụng thời điểm vừa; thuốc kháng đông đường uống sử dụng chủ yếu là nhóm kháng viatmin K (74%), nhóm kháng đông đường uống thể hệ mới (22%) và có 4% không sử dụng kháng đông. Theo dõi sau 3 tháng có 8% đột quỵ tái phát; 2% xuất huyết nội sọ và 2% xuất huyết tiêu hóa và 12% tử vong do mọi nguyên nhân. **Kết luận:** Ở bệnh nhân đột quỵ não cấp có rung nhĩ thời gian khởi động sử dụng thuốc kháng đông đa phần là muộn, và tỷ lệ tái phát và tử vong do mọi nguyên nhân còn cao. **Từ khóa:** kháng đông đường uống, đột quỵ não, rung nhĩ

SUMMARY

¹Bệnh viện Tim mạch An Giang

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thế Dũng

Email: btdung@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2025

Ngày duyệt bài: 27.2.2025

STUDY ON THE STATUS AND OUTCOMES OF ORAL ANTICOAGULANT USE IN ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION AT AN GIANG CARDIOVASCULAR HOSPITAL

Objective: To investigate the status and outcomes of oral anticoagulant (OAC) use in patients with acute ischemic stroke (AIS) and atrial fibrillation (AF). **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study with a 3-month longitudinal follow-up was conducted on 51 AIS patients with AF at An Giang General Hospital from January 2024 to September 2024. **Results:** The average age was 74 years. The mean time to initiate anticoagulation therapy was 4.3 days post-stroke onset, with 39.2% starting early, 49% late, and 7.8% at an optimal time. The main types of OAC used were vitamin K antagonists (74%), direct oral anticoagulants (22%), and 4% did not receive anticoagulation therapy. After 3 months, 8% experienced recurrent stroke, 2% had intracranial hemorrhage, 2% had gastrointestinal bleeding, and 12% died from all causes. **Conclusion:** In AIS patients with AF, the initiation of anticoagulation therapy was predominantly delayed, and the rates of recurrence and all-cause mortality remained high.

Keywords: oral anticoagulants, stroke, atrial fibrillation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ có liên quan đến nguy cơ đột quỵ tăng lên gấp 5 lần so với người không có rung nhĩ [7]. Hơn nữa, rung nhĩ có liên quan đến tái phát đột quỵ do thiếu máu cục bộ sớm [3] và do đó điều trị bằng thuốc chống đông máu được chỉ định như một phần của phòng ngừa đột quỵ thứ