

tụy độ C. Rò tụy với biến đổi sinh hóa mà không có triệu chứng lâm sàng là 4 BN chiếm tỉ lệ 15,3%. Rò tụy độ B bao gồm 6 BN chiếm tỉ lệ 23%. Các trường hợp rò tụy độ B cần điều trị kháng sinh và lưu ống dẫn lưu. Không có trường hợp nào tử vong hay phải mổ lại.

Do vậy thời gian lưu ống dẫn lưu trong nghiên cứu trung vị là 14 ngày, lâu nhất là 73 ngày do rò tụy kéo dài. Nhiều BN mang ống dẫn lưu khi ra viện và được rút khi tái khám. Thời gian nằm viện trung vị là 7 ngày, lâu nhất là 18 ngày.

Theo một nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm trên số lượng lớn BN cho thấy tỉ lệ biến chứng từ 37- 40%, tỉ lệ tử vong 2,5-8,3% [8],[9].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy nạo vét hạch triệt để trong điều trị ung thư là kỹ thuật mổ khả thi, được thực hiện an toàn. Các biến chứng chủ yếu là rò tụy. Tuy nhiên, không có trường hợp nào phải mổ lại hoặc tử vong. Việc phổ biến và ứng dụng rộng rãi kỹ thuật mổ này được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị ung thư vùng thân đuôi tụy nhằm mang lại hiệu quả điều trị tốt nhất cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aosasa S, Nishikawa M, Hoshikawa M, Noro T, Yamamoto J** (2016). Inframesocolic superior mesenteric artery first approach as an introductory procedure of radical antegrade modular pancreatectomy for carcinoma of the pancreatic body and tail. *J Gastrointest Surg*, 20(2):450-4.

2. **Eric Jinyi Wu, Tousif Kabir, Joseph J. Zhao**, (2012), Minimally Invasive Versus Open Radical Antegrade Modular Pancreatectomy: A Meta-Analysis. *World J Surg*, 46(1):235-245.
3. **Huo Z, Zhai S, Wang Y, Qian H, Tang X, Shi Y, Weng Y, Zhao S, Deng X, Shen B** (2019) Comparison of radical antegrade pancreas splenectomy with standard retrograde pancreas splenectomy for left-sided pancreatic cancer: a meta-analysis and experience of a single center. *Med Sci Monitor*, 25:4590-4601.
4. **Kawabata Y, Hayashi H, Takai K, Kidani A, Tajima Y** (2015). Superior mesenteric artery-first approach in radical antegrade modular pancreatectomy for borderline resectable pancreatic cancer: a technique to obtain negative tangential margins. *J Am Coll Surg*, 220(5):e49-54.
5. **Kim S, Yoon YS, Han HS, Cho JY** (2019) Laparoscopic subtotal pancreatectomy with radical antegrade pancreas splenectomy for left sided pancreatic cancers. *Surg Oncol*, 28:150.
6. **Strasberg SM, Linehan DC, Hawkins WG** (2004). Radical antegrade modular pancreatectomy procedure for adenocarcinoma of the body and tail of the pancreas: ability to obtain negative tangential margins. *J Am Coll Surg*, 204(2):244-9.
7. **Strasberg SM, Drebin JA, Linehan D** (2003). Radical antegrade modular pancreatectomy. *Surgery*, 133(5):521-7.
8. **Yanming Zhou, Bin Shi, Lupeng Wu, Xiaoying Si** (2016). A systematic review of radical antegrade modular pancreatectomy for adenocarcinoma of the body and tail of the pancreas. *HPB*. 19(1):10-15.
9. **Yun Shin Chun** (2016). Role of Radical Antegrade Modular Pancreatectomy (RAMPS) and Pancreatic Cancer. *Ann Surg Oncol*, 115:303-309.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA U BUỒNG TRỨNG XOẮN Ở PHỤ NỮ CÓ THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Quỳnh¹, Đặng Thị Minh Nguyệt², Nguyễn Tuấn Minh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của u buồng trứng xoắn ở phụ nữ có thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu thực hiện trên 73 hồ sơ bệnh án của những phụ nữ có thai được chẩn đoán sau mổ là u buồng trứng xoắn tại Bệnh

viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2019 đến 31/12/2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là $30,8 \pm 4,4$. Có 50,7% u buồng trứng xoắn xảy ra ở tuổi thai < 10 tuần, nhỏ nhất là 5 tuần. Tỷ lệ thai phụ có thai lần đầu bị u buồng trứng xoắn là 57,7%. Tất cả thai phụ đều có biểu hiện đau bụng, trong đó đau bụng dữ dội gặp ở 69,9%. U buồng trứng xoắn có biểu hiện nôn, buồn nôn gặp phải với 57,2% thai phụ, trong đó hay gặp nhất ở thai < 10 tuần với 57,1%. Phản ứng thành bụng thường gặp với 50,7%. Khối u buồng trứng xoắn thường gặp nhất trên siêu âm với 61,6%. Khối u buồng trứng xoắn bên phải hay gặp hơn bên trái với 63%. U buồng trứng xoắn thường gặp nhất ở kích thước 5 – 10 cm với 64,4%. Có 43,8% trường hợp mất tín hiệu mạch trên siêu âm Doppler. Thời gian từ khi phát hiện triệu chứng đến khi vào viện và thời gian từ khi vào viện đến khi mổ thường ≤ 24 với tỷ lệ 83,6% và 79,5%. Ở những bệnh nhân được làm

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

³Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Minh

Email: tuanminh0306@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

xét nghiệm định lượng nồng độ chất chỉ điểm u, tỷ lệ Ca – 125, HE – 4, α FP tăng lần lượt là 68,6%, 0%, 50%. **Kết luận:** U buồng trứng xoắn ở phụ nữ có thai chủ yếu xảy ra ở quý I thai kỳ với các triệu chứng thường gặp là đau bụng, nôn, buồn nôn, phản ứng thành bụng. Thai phụ thường phát hiện và được xử trí sớm. U buồng trứng bên phải có tỷ lệ xoắn cao hơn. U buồng trứng xoắn thường gặp hơn với khối u có kích thước 5 – 10 cm. Các dấu hiệu trên siêu âm có thể giúp bác sĩ chẩn đoán sớm bệnh, tuy nhiên cần phải kết hợp với các triệu chứng lâm sàng.

Từ khóa: U buồng trứng xoắn, phụ nữ có thai

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF OVARIAN TORSION IN PREGNANT WOMEN AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of ovarian torsion in pregnant women at the National hospital of Obstetrics and Gynecology. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 73 medical records of pregnant women diagnosed with ovarian torsion after surgery at the National hospital of Obstetrics and Gynecology from January 1, 2019, to December 31, 2023. **Results:** The average age of participants is 30.8 ± 4.4 years. Ovarian torsion occurred in 50.7% of cases during pregnancies under 10 weeks, with the earliest case at 5 weeks. The incidence of ovarian torsion in primigravida is 57.7%. All pregnant women had abdominal pain, with severe abdominal pain reported in 69.9% of cases. Nausea and vomiting were observed in 57.2% of cases, most commonly in pregnancies under 10 weeks (57.1%). Blumberg sign was present in 50.7% of cases. The most ultrasound finding was an anechoic mass (61.6%). Right-sided ovarian torsion is more prevalent (63%). Torsion masses were most frequently 5–10 cm in size (64.4%). Absence of vascular signals on Doppler ultrasound was observed in 43.8% of cases. The time from symptom onset to hospital admission and the time from hospital admission to surgery were typically ≤ 24 hours in 83.6% and 79.5% of cases, respectively. Among patients tested for tumor markers, elevated levels of Ca-125, HE-4, and α FP were noted in 68.6%, 0%, and 50% of cases, respectively. **Conclusion:** Ovarian torsion in pregnant women predominantly occurs in the first trimester, with common symptoms including abdominal pain, nausea, vomiting, and abdominal wall reaction. Early detection and intervention are typical. Right-sided ovarian torsion is more frequent, and the condition is commonly associated with masses 5–10 cm in size. Ultrasound findings can assist doctors in early diagnosis of diseases; however, it need to be combined with clinical symptoms.

Keywords: Ovarian torsion, pregnant women

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng xoắn ở phụ nữ có thai là một bệnh lý nghiêm trọng, đòi hỏi phải được chẩn đoán sớm và phẫu thuật cấp cứu kịp thời¹ ở bất

kỳ tuổi thai. Bệnh có thể bắt gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào, khoảng 20% trường hợp u buồng trứng xoắn xảy ra trong thời kỳ thai nghén². Xoắn buồng trứng có thể xảy ra ở mọi thời điểm của thai kỳ, nhưng đa số các trường hợp thường xảy ra ở 3 tháng đầu với tỷ lệ 54,63%, những trường hợp khác xảy ra trong 3 tháng giữa với tỷ lệ 26,36% và 3 tháng cuối 19,01%.

Mối liên quan giữa khối u buồng trứng xoắn và thai nghén rất chặt chẽ và tác động qua lại với nhau. Khối u buồng trứng xoắn có thể gây sảy thai, đẻ non, trở thành khối u tiền đạo,... Mặt khác, quá trình thai nghén cũng làm tăng tỷ lệ xoắn u buồng trứng.

Biểu hiện lâm sàng cổ điển của xoắn buồng trứng là cơn đau cấp tính vùng chậu từ vừa đến nặng kèm đau khi khám, thường kèm theo nôn hay buồn nôn. Tuy nhiên, chẩn đoán u buồng trứng xoắn trong thời kỳ mang thai thường khó khăn hơn do các triệu chứng không đặc hiệu của nó. Những thay đổi về vị trí của buồng trứng và vòi tử cung cùng với việc tử cung to ra cũng làm tăng thêm độ khó cho chẩn đoán. Chậm trễ trong chẩn đoán sẽ làm trì hoãn quá trình điều trị, dẫn đến hậu quả hoại tử buồng trứng. Câu hỏi đặt ra là cần dựa vào những dấu hiệu nào để chẩn đoán u buồng trứng xoắn ở phụ nữ có thai một cách sớm nhất có thể? Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của u buồng trứng xoắn ở phụ nữ có thai*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là u buồng trứng xoắn
- Có thai
- Hồ sơ đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật từ nơi khác chuyển đến Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 73 hồ sơ bệnh án được lưu trữ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không nằm trong nhóm tiêu chuẩn loại trừ.

Phương pháp thu thập thông tin: Lựa chọn những hồ sơ bệnh án đạt tiêu chuẩn lựa chọn và không nằm trong nhóm tiêu chuẩn loại trừ. Các dữ liệu về bệnh nhân phục vụ nghiên cứu được thu thập theo phiếu nghiên cứu dựa trên các hồ sơ bệnh án lưu tại kho hồ sơ của viện, sau đó được lưu trữ trên bảng dữ liệu trong

máy tính.

Xử lý và phân tích số liệu: các số liệu thu thập được sẽ được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Đề tài đã được thông qua Hội đồng Đạo đức nghiên cứu Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi thai		<10 tuần		10-12 tuần		>12 tuần		Tổng	
Min 5; Max 20; 10±3,5		N	%	N	%	N	%	N	%
Tuổi mẹ Min 23; Max 40; 30,8 ± 4,4	≤30 tuổi	18	50	9	25	9	25	36	49,3
	>30 tuổi	19	51,4	10	27	8	21,6	37	50,7
Số con sống	0	23	54,8	13	31	6	14,3	42	57,5
	1	10	43,5	5	21,7	8	34,8	23	31,5
	≥2	4	50	1	12,5	3	35,5	8	11
Hình thức thụ thai	Tự nhiên	30	47,6	17	27	16	25,4	63	86,3
	IUI	6	75	1	12,5	1	12,5	8	11
	IVF	1	50	1	50	0	0	2	2,7
Tổng		37	50,7	19	26	17	23,3		

Nhận xét: Tuổi trung bình của nghiên cứu là 30,8 ± 4,4, tập trung từ 23 đến 40 tuổi. 50,7% u buồng trứng xoắn xảy ra ở tuổi thai < 10 tuần, nhỏ nhất là 5 tuần. U buồng trứng xoắn hay gặp hơn ở thai phụ chưa có con với 57,7%. 11% u buồng trứng xoắn ở thai phụ được làm IUI.

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng của u buồng trứng xoắn ở phụ nữ có thai

Tuổi thai		<10 tuần		10-12 tuần		>12 tuần		Tổng	
Triệu chứng		N	%	N	%	N	%	N	%
Đau bụng	Dữ dội	12	54,5	1	4,6	9	40,9	22	69,9
	Am i	25	49	18	35,3	8	15,7	51	30,1
Buồn nôn, nôn		24	57,1	12	28,6	6	14,3	42	57,2
Sốt		1	50	0	0	1	50	2	2,7
Phản ứng thành bụng		17	45,9	11	29,7	9	24,3	37	50,7

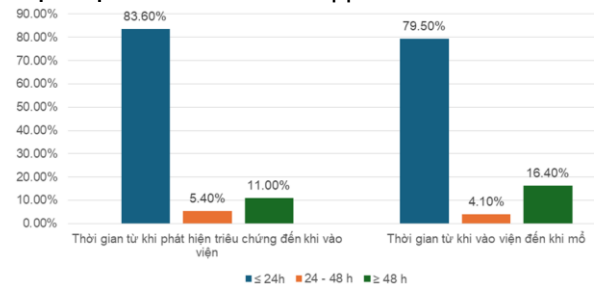
Nhận xét: Tất cả thai phụ đều có biểu hiện đau bụng, đau bụng dữ dội gặp ở 69,9%. 57,2% u buồng trứng xoắn có biểu hiện nôn, buồn nôn, trong đó hay gặp nhất ở thai < 10 tuần với 57,1%. Triệu chứng phản ứng thành bụng thường gặp với 50,7%.

Bảng 3: Kết quả siêu âm của u buồng trứng xoắn ở phụ nữ có thai

Đặc điểm trên siêu âm		N	%
Tính chất u	Trống âm	45	61,6
	Thừa âm	3	4,1

Vị trí u	Âm vang hỗn hợp		22	30,2
	Tăng âm		3	4,1
	Trái		27	37
	Phải		46	63
Kích thước u	<5 cm		13	17,8
	5-10 cm		47	64,4
	>10 cm		13	17,8
Doppler	Có làm	Mất tín hiệu mạch	32	43,8
		Giảm tín hiệu mạch	9	12,3
		Tín hiệu mạch bình thường	17	23,3
	Không làm		15	20,5
Phù nề buồng trứng			45	61,6
Dịch cùng đồ			25	34,2

Nhận xét: Khối trống âm thường gặp nhất trên siêu âm với 61,6%. Khối u buồng trứng xoắn bên phải hay gặp hơn là 63%. U buồng trứng xoắn thường gặp nhất ở kích thước 5 – 10 cm với 64,4%. Có 43,8% trường hợp mất tín hiệu mạch trên siêu âm Doppler.



Biểu đồ 1: Thời gian từ khi có triệu chứng đến lúc vào viện và tới khi mổ của các đối tượng

Nhận xét: Thời gian từ khi phát hiện triệu chứng đến khi vào viện và thời gian từ khi vào viện đến khi mổ thường ≤ 24 với tỷ lệ 83,6% và 79,5%.

Bảng 4: Liên quan giữa marker u và loại u

Phân loại u			Cơ năng		Thực thể		Tổng	
Marker u			N	%	N	%	N	%
Ca-125	Không làm		23	60,5	15	39,5	38	52,1
	Có làm	< 35 mg/l	3	27,3	8	72,7	11	31,4
		≥ 35 mg/l	8	33,3	16	66,7	24	68,6
HE-4	Không làm		24	61,5	15	38,5	39	53,4
	Có làm	<70 pmol/l	10	29,4	24	70,6	34	100
		≥70 pmol/l	0	0	0	0	0	0
αFP	Không làm		25	61	16	39	41	56,2
	Có làm	<7 ng/ml	8	50	8	50	16	50
		≥7 ng/ml	1	6,3	15	93,8	16	50

Nhận xét: Có khoảng một nửa số trường hợp không được làm marker u. Trong số bệnh nhân được làm xét nghiệm định lượng nồng độ chất chỉ điểm u, tỷ lệ Ca – 125, HE – 4, αFP tăng lần lượt là 68,6%, 0%, 50%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của đối tượng

ngiên cứu. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $30,8 \pm 4,4$, tập trung từ 23 – 40 tuổi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Noam Smorgick và Raanan Mayer³ với độ tuổi trung bình là 31 tuổi và 32 tuổi. Điều này là đương nhiên vì đây là lứa tuổi sinh đẻ.

Tuổi thai trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $10 \pm 3,5$ tuần, tập trung từ 5 đến 20 tuần, trong đó nhiều nhất ở nhóm < 10 tuần là 50,7%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Young – Xue Wang⁴ là 11 tuần và Raanan Mayer³ là 13 tuần và đều tập trung ở 3 tháng đầu của thai kỳ. Kết quả này có thể được giải thích do trong quý I, tử cung to hơn bình thường nên đẩy buồng trứng lên trên và có sự xuất hiện của nang hoàng thể hoặc nang hoàng tuyến trong trường hợp đa thai hay điều trị bằng hỗ trợ sinh sản.

Nhóm phụ nữ chưa có con có tỷ lệ xoắn buồng trứng cao hơn ở nhóm có nhiều hơn 1 con là 57,5%. Khác với kết quả của Raanan Mayer³ và cộng sự, xoắn buồng trứng thường xảy ra hơn với phụ nữ có nhiều hơn 1 con, trung bình là $1 \pm 0,8$. Giải thích cho kết quả trên có thể do ở phụ nữ chưa có con, đặc biệt là mang thai lần đầu, cơ chế điều hòa hormon có thể chưa hoàn chỉnh hoặc nhạy cảm hơn với hormon dẫn đến hình thành nang hoàng thể hoặc nang hoàng tuyến.

Ở những phụ nữ có thai tự nhiên, tỷ lệ xoắn buồng trứng là 86,3%, đặc biệt tập trung cao hơn ở nhóm thai < 10 tuần là 47,6%. Các hình thức hỗ trợ sinh sản như IUI và IVF cũng có liên quan đến xoắn buồng trứng với tỷ lệ thấp hơn là 11% và 2,7%. Nghiên cứu của Shira Dvash⁵ và cộng sự cho kết quả tỷ lệ xoắn buồng trứng ở các trường hợp liên quan đến hỗ trợ sinh sản khá cao là 47,9%. Có thể lý giải cho kết quả này là các phương pháp hỗ trợ sinh sản chưa thực sự phổ biến ở những năm trước đó tại Việt Nam.

4.2. Triệu chứng lâm sàng của u buồng trứng xoắn ở phụ nữ có thai. Biểu hiện lâm sàng cổ điển của u buồng trứng xoắn là đau bụng đột ngột, kèm theo nôn, buồn nôn, có thể có sốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả thai phụ đều có biểu hiện đau bụng, có tới 69,6% đau bụng đột ngột, dữ dội. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Wei – Fang Wu⁶ và cộng sự, đau bụng xảy ra ở tất cả bệnh nhân nghiên cứu. Còn trong nghiên cứu của Shuenn – DhyChang, đau bụng xuất hiện ở tất cả trường hợp, trong đó có 60% thai phụ khởi phát đột ngột.

Nôn, buồn nôn cũng là triệu chứng thường gặp trong u buồng trứng xoắn ở phụ nữ có thai. Kết quả của chúng tôi cho thấy xuất hiện ở 57,2% các trường hợp, tập trung ở tuổi thai <

10 tuần với 57,1%. Tỷ lệ này có sự khác biệt trong một số nghiên cứu, theo tác giả Shira Dvash tỷ lệ này là 81,7%, còn với Wei – Fang Wu⁶ là 27,3%. Có sự khác biệt trên là do ở phụ nữ có thai, nôn có thể nhầm lẫn trong trường hợp nôn nghén trong giai đoạn đầu thai kỳ.

Sốt thường ít gặp trong u buồng trứng xoắn ở phụ nữ có thai với 2,7%. Kết quả này cũng tương tự với Shira Dvash là 2,1% và không có trường hợp nào sốt trong nghiên cứu của tác giả Wei – Fang Wu⁶.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phản ứng thành bụng gặp ở 50,7% trường hợp. Giá trị này thấp hơn ở nghiên cứu của tác giả Wei – Fang Wu⁶ là 35% và tác giả Misgav Rottenstreich⁷ là 21,7%.

4.3. Kết quả siêu âm tử cung phần phụ của đối tượng. Siêu âm là phương pháp chẩn đoán hình ảnh phổ biến nhất trong chẩn đoán u buồng trứng xoắn ở phụ nữ có thai. Một số dấu hiệu trên siêu âm có thể giúp bác sĩ lâm sàng hướng đến chẩn đoán sớm xoắn buồng trứng. Tính chất u trên siêu âm đa số là trống âm với 61,6%, sau đó là âm vang hỗn hợp với 30,2%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Yong – Xue Wang⁶ và cộng sự, tỷ lệ nang trống âm là 85% và 15% âm vang hỗn hợp.

Khối u buồng trứng xoắn bên phải thường gặp hơn ở bên trái là 63%. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác ở trong nước và thế giới như tác giả Nguyễn Đức Hà⁸ 2020 có tỷ lệ xoắn u buồng trứng phải là 62%, Jie – Ling Feng⁹ và cộng sự là 64%. Có một số giả thiết cho rằng, dây chằng riêng buồng trứng bên phải dài hơn bên trái. Ngoài ra, hố chậu trái có đại tràng sigma choán chỗ làm cản trở sự xoắn của buồng trứng trái.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, u buồng trứng xoắn có thể gặp ở kích thước bất kỳ, nhưng hay gặp nhất ở những khối u có kích thước 5 – 10 cm, chiếm 64,4%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Hà⁸ có tỷ lệ khối u có kích thước 5 – 10 cm là 75%. Nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Soạn 2016, khối u có kích thước 6 – 10 cm chiếm 71,3%. Như vậy, khối u có kích thước 5 – 10 cm có nguy cơ xoắn cao nhất, tuy nhiên, không thể loại trừ xoắn phần phụ trong các trường hợp u buồng trứng kích thước lớn hơn.

Siêu âm Doppler gần đây được đề xuất như một công cụ hữu ích để cải thiện chẩn đoán u buồng trứng xoắn. Nghiên cứu của chúng tôi có 15 (20,5%) trường hợp không làm siêu âm Doppler. Trong nhóm thai phụ được làm siêu âm Doppler, có tới 23,3% trường hợp tín hiệu mạch bình thường. Kết quả này tương tự với tác giả Yong – xue Wang với 37,5% thai phụ có tín hiệu

mạch bình thường trên siêu âm Doppler và Jie – Ling Feng⁹ có 40% trường hợp có tín hiệu mạch bình thường. Lý do tỷ lệ âm tính giả cao là do mức độ suy giảm mạch máu liên quan tới nhiều yếu tố như số vòng xoắn, độ chặt và thời gian xoắn. Do đó, quyết định phẫu thuật không nên chỉ dựa vào tín hiệu mạch trên siêu âm Doppler mà phải dựa trên các dấu hiệu lâm sàng.

Phù nề buồng trứng và dịch cùng đồ có thể xuất hiện khi buồng trứng xoắn, do tắc nghẽn tĩnh mạch và bạch huyết của buồng trứng. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ xuất hiện phù nề buồng trứng là 61,6% và dịch cùng đồ là 34,2%, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Jie – Ling Feng⁹ với phù nề buồng trứng là 76%, dịch cùng đồ là 12%.

4.4. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện và thời gian từ khi nhập viện đến khi mổ của đối tượng. Nhận xét thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện nhằm đánh giá khả năng nhận thức của đối tượng về vấn đề sức khỏe của bản thân. Thêm vào đó còn giúp bác sĩ chẩn đoán được giai đoạn sớm của bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết thai phụ (83,6%) đều nhập viện trong vòng 24h kể từ khi phát hiện triệu chứng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Misgav Rottenstreich⁷ và cộng sự, có 87,1% thai phụ nhập viện trong vòng 24h phát hiện triệu chứng.

Thời gian từ khi nhập viện đến lúc mổ phụ thuộc vào khả năng chẩn đoán và xử trí của nhân viên y tế. Tuy nhiên, có những trường hợp u buồng trứng xoắn không điển hình cả về lâm sàng và cận lâm sàng thì việc theo dõi là cần thiết để chẩn đoán đúng bệnh và mổ đúng lúc. Nghiên cứu của chúng tôi hầu hết trường hợp được mổ trong vòng 24h sau khi vào viện chiếm 79,5%, thay đổi từ 0 – 9 ngày. Theo tác giả Nguyễn Đức Hà⁸, có 98 bệnh nhân được mổ ngay khi nhập viện chiếm 61,3%, thay đổi từ 0 – 12 ngày. Tác giả Yong – Xue Wang⁶ cho thấy thời gian trung bình từ lúc vào viện đến lúc mổ là 14 giờ, thay đổi từ 0 – 8 ngày. Bệnh nhân đa số được phẫu thuật trong ngày đầu tiên nhập viện. Như vậy, bệnh nhân đang có xu hướng được chẩn đoán và điều trị sớm hơn.

4.5. Liên quan giữa marker u và phân loại u. Các chất chỉ điểm u thường được sử dụng để đánh giá khối u buồng trứng là Ca – 125, HE – 4, αFP. Có khoảng 1/2 số thai phụ không được định lượng chất này trong máu, thường là những bệnh nhân mổ cấp cứu ngay khi vào viện. Trong số bệnh nhân được làm xét nghiệm, không có trường hợp nào tăng HE4, 68,6% tăng Ca – 125 và 50% có tăng αFP. Tuy

nhiên, các chất chỉ điểm u có thể thay đổi trong thai kỳ bình thường. Trong nghiên cứu của Sileny N Han¹⁰ và cộng sự, 35% trường hợp có kết quả Ca – 125 cao hơn ngưỡng 35 mg/l ở những thai kỳ bình thường. Thực tế, nghiên cứu của chúng tôi cũng có sự tăng về các chất chỉ điểm u, nhưng kết quả giải phẫu bệnh của các trường hợp này đều là lành tính.

V. KẾT LUẬN

U buồng trứng xoắn ở phụ nữ có thai chủ yếu xảy ra ở quý I thai kỳ với các triệu chứng thường gặp là đau bụng, nôn, buồn nôn, phản ứng thành bụng. Thai phụ thường phát hiện và được xử trí sớm. U buồng trứng bên phải có tỷ lệ xoắn cao hơn. U buồng trứng xoắn thường gặp hơn với khối u có kích thước 5 – 10 cm. Các dấu hiệu trên siêu âm có thể giúp bác sĩ chẩn đoán sớm bệnh, tuy nhiên cần phải kết hợp với các triệu chứng lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Thị Cường.** Bài giảng Sản phụ khoa - Tập 1. Nhà xuất bản Y học; 2020.
2. **Bider D, Mashlach S, Dulitzky M, Kokia E, Lipitz S, Ben-Rafael Z.** Clinical, surgical and pathologic findings of adnexal torsion in pregnant and nonpregnant women. *Surg Gynecol Obstet.* 1991;173(5):363-366.
3. **Raanan Meyer, Nir Meller, Daphna Amitai Komem, Abraham Tsur, Shlomo B.Cohen, Roy Mashlach & Gabriel Levin.** Pregnancy outcomes following laparoscopy for suspected adnexal torsion during pregnancy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* Published online 2021. doi:10.1080/14767058.2021.1914574
4. **Wang YX, Deng S.** Clinical characteristics, treatment and outcomes of adnexal torsion in pregnant women: a retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):483. doi:10.1186/s12884-020-03173-7
5. **Dvash S, Pekar M, Melcer Y, Weiner Y, Vaknin Z, Smorgick N.** Adnexal Torsion in Pregnancy Managed by Laparoscopy Is Associated with Favorable Obstetric Outcomes. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020;27(6):1295-1299. doi:10.1016/j.jmig.2019.09.783
6. **Wu WF, Wang ZH, Xiu YL, Xie X, Pan M.** Characteristics and surgical intervention of ovarian torsion in pregnant compared with nonpregnant women. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(24):e20627. doi:10.1097/MD.00000000000020627
7. **Rottenstreich M, Moran I, Hirsch A, et al.** Factors Associated With Operatively Confirmed Adnexal Torsion Among Pregnant Women - A Multicenter Cohort Study. *Ultraschall Med Stuttg Ger* 1980.2022;43(6):e98-e104.doi:10.1055/a-1232-1378
8. **Nguyễn Đức Hà.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u buồng trứng xoắn tại bệnh viện phụ sản trung ương. Published online 2020.

9. Feng JL, Zheng J, Lei T, Xu YJ, Pang H, Xie HN. Comparison of ovarian torsion between pregnant and non-pregnant women at reproductive ages: sonographic and pathological findings. *Quant Imaging Med Surg.* 2020; 10(1):137-147. doi:10.21037/qims.2019.11.06

10. Han SN, Lotgerink A, Gziri MM, Van Calsteren K, Hanssens M, Amant F. Physiologic variations of serum tumor markers in gynecological malignancies during pregnancy: a systematic review. *BMC Med.* 2012;10:86. doi:10.1186/1741-7015-10-86

KẾT QUẢ CÁC TRƯỜNG HỢP ĐẶT STENT ĐƯỜNG THOÁT THẤT PHẢI TRÊN BỆNH NHÂN CÓ TẮC NGHẼN ĐƯỜNG THOÁT THẤT PHẢI TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Trần Thanh Minh¹, Đỗ Nguyên Tín², Trần Minh Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tắc nghẽn đường thoát thất phải (ĐTTP) là tật tim bẩm sinh (TBS) gây giảm lưu lượng máu lên phổi. Đặt stent ĐTTP là phương pháp điều trị ít xâm lấn và cải thiện huyết động học. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả và tính an toàn của đặt stent ĐTTP ở bệnh nhi. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả các trường hợp đặt stent ĐTTP trên bệnh nhân có tắc nghẽn ĐTTP tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/01/2019-01/06/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 32 bệnh nhân có tuổi trung vị 76 ngày, sơ sinh chiếm 31,2%. Cân nặng (CN) trung vị 4,7 kg. Các bệnh nhân có tim trung ương với SpO₂ trung vị 76% kèm dị tật bẩm sinh, bệnh đồng mắc nặng, trong đó tứ chứng Fallot chiếm 71,9%. Chỉ số McGoon và Nakata có trung vị 1,4 và 108,7 mm²/m². Kết quả ngay sau đặt stent: SpO₂ trung vị 94,5% và cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) so với ban đầu và tỷ lệ thành công 93,7%. Không tử vong liên quan đến thủ thuật. Kết quả sau 6 tháng: SpO₂ trung vị 88% và khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) so với trước đặt stent. Thân và hai nhánh ĐMP phát triển: Z score ĐMP phải tăng từ -1,8 lên -0,3, ĐMP trái tăng từ -2,1 lên -0,3 và thân ĐMP tăng từ -3,3 lên -1,9 ($p < 0,001$). **Kết luận:** Đặt stent ĐTTP là phương pháp điều trị với tỷ lệ thành công cao, an toàn và ít biến chứng, tạo điều kiện cho phẫu thuật sửa chữa hoàn toàn.

Từ khóa: tắc nghẽn đường thoát thất phải, stent

SUMMARY

RESULT OF RIGHT VENTRICULAR OUTFLOW TRACT STENTING IN PATIENTS WITH RIGHT VENTRICULAR OUTFLOW TRACT OBSTRUCTION IN CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Right ventricular outflow tract obstruction (RVOT) is a congenital heart defect that

causes reduced pulmonary blood flow. RVOT stenting is a minimally invasive treatment and improves hemodynamics. This study aimed to evaluate the efficacy and safety of RVOT stenting in pediatric patients. **Objectives:** To evaluate the result of RVOT stenting in patients with RVOT obstruction at Children's Hospital 1 from January 1, 2019 to June 1, 2021. **Method:** Cross-sectional study. **Results:** The study on 32 patients with median age 76 days, newborns account for 31.2%. Median weight 4.7 kg. The patients are central cyanosis with median SpO₂ of 76% with complex congenital morphology and severe comorbidities, of which 71.9% had tetralogy of Fallot. The McGoon and Nakata indexes have medians of 1.4 and 108.7 mm²/m². **Results immediately after stenting:** Median SpO₂ 94.5% and statistically significant improvement ($p < 0.001$) compared to baseline and success rate 93.7%. No procedure-related deaths. **Results after 6 months:** Median SpO₂ 88% and statistically significant difference ($p < 0.001$) compared to before stent placement. The main and two branches of PA developed: Z score of the right PA increased from -1.8 to -0.3; the left PA increased from -2.1 to -0.3 and PA trunk increased from -3.3 to -1.9 ($p < 0.001$). **Conclusions:** RVOT stenting is a treatment method with high success rate, safety and low complications, facilitating complete surgical repair. **Keywords:** right ventricular outflow stenting, RVOT obstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc nghẽn ĐTTP là bất thường giải phẫu quan trọng trong các tật TBS bên tim phải, gây giảm lưu lượng máu lên phổi, giảm độ bão hòa oxy trong máu có thể dẫn tới tử vong.¹ Các bệnh nhân (BN) cần được mở rộng ĐTTP để đưa máu lên phổi đầy đủ và giảm áp lực thất phải càng sớm càng tốt trước khi suy giảm chức năng không hồi phục.² Phẫu thuật sửa chữa hoàn toàn gặp khó khăn ở BN nhỏ, có giải phẫu phức tạp hoặc có bệnh đồng mắc nặng với nguy cơ tai biến và tử vong khi phẫu thuật cao.³ Các phương pháp cổ điển như: đặt luồng thông Blalock – Taussig (BT), truyền Prostaglandin E1 (PGE1) và đặt stent ống động mạch (ÔĐM) có những bất lợi nhất định. Đặt stent ĐTTP có nhiều ưu điểm

¹Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Tuấn

Email: tuantran@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025