

ĐỐI CHIẾU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VỚI PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC THAI TRỨNG

Võ Thị Ngọc Diễm¹, Lưu Thị Thu Thảo¹, Đặng Hoàng Minh¹,
Dương Ngọc Thiên Hương¹, Hoàng Lê Quỳnh Anh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thai trứng là một thai kỳ bất thường, phổ biến nhất ở Đông Nam Á với tỷ lệ mắc 2-13/1000. Thai trứng có thể diễn tiến thành tân sinh nguyên bào nuôi, với tỷ lệ tử vong cao. Hiện nay tại Việt Nam chưa có công trình nghiên cứu nào kết hợp và đối chiếu đặc điểm lâm sàng và phân loại mô bệnh học thai trứng, để hiểu rõ hơn về vai trò chẩn đoán của các yếu tố nguy cơ, siêu âm, nồng độ β -hCG trong chẩn đoán thai trứng. **Mục tiêu:** Đối chiếu một số đặc điểm lâm sàng với phân loại mô bệnh học thai trứng. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả, gồm 88 bệnh phẩm thai trứng tại Bệnh viện Hùng Vương từ tháng 07/2022 đến tháng 03/2024. Quy trình nghiên cứu bao gồm đánh giá các đặc điểm lâm sàng và phân loại mô bệnh học thai trứng. Số liệu được phân tích bằng phần mềm STATA 14.0. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 88 trường hợp bệnh nhân thai trứng cho thấy tuổi mẹ trung bình là 32,3 tuổi, độ lệch chuẩn 8,8 tuổi. Tuổi thai trung bình khi chẩn đoán bệnh là 8,5 tuần, độ lệch chuẩn 2,5 tuần. Với 29,6% bệnh nhân có tiền sử sảy thai tự nhiên, 3,4% có tiền sử thai trứng. Nồng độ β -hCG trung bình trước hút nạo là 143 032 mIU/mL. Thời gian β -hCG trở về âm tính trung bình là 8 tuần. Siêu âm chẩn đoán trước hút nạo phát hiện 64,8% trường hợp. Phân loại mô bệnh học cho thấy 15 trường hợp thai trứng toàn phần giai đoạn sớm (17%), 54 trường hợp thai trứng toàn phần (61,4%), và 19 trường hợp thai trứng bán phần (21,6%). **Kết luận:** Nghiên cứu cung cấp một cái nhìn tổng quan về các yếu tố lâm sàng liên quan đến bệnh lý thai trứng, bao gồm độ tuổi mẹ, tuổi thai, tiền sử sản khoa, nồng độ β -hCG, thời gian β -hCG trở về âm tính và kết quả siêu âm.

Từ khóa: Thai trứng, β -hCG.

SUMMARY

"CORRELATION OF SOME CLINICAL FEATURES WITH HISTOPATHOLOGICAL CLASSIFICATION OF HYDATIDIFORM MOLE"

Background: Molar pregnancy is an abnormal pregnancy, most common in Southeast Asia with an incidence of 2-13/1000 pregnancies. Molar pregnancy can progress to trophoblastic neoplasia, which carries a high mortality rate. Currently, there are no studies in Vietnam that combine and compare the clinical characteristics and histopathological classification of

molar pregnancies to better understand the diagnostic role of risk factors, ultrasound, and β -hCG levels in the diagnosis of molar pregnancy. **Objective:** To compare clinical characteristics with histopathological classification of molar pregnancy. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study was conducted, including 88 molar pregnancy cases at Hung Vuong Hospital from July 2022 to March 2024. The research process involved evaluating clinical characteristics and histopathological classification of molar pregnancy. Data were analyzed using STATA 14.0 software. **Results:** The study on 88 cases of molar pregnancy revealed an average maternal age of 32.3 years (standard deviation 8.8 years). The average gestational age at diagnosis was 8.5 weeks (standard deviation 2.5 weeks). Of the patients, 29.6% had a history of spontaneous miscarriage, and 3.4% had a history of molar pregnancy. The average pre-curettage β -hCG level was 143,032 mIU/mL. The average time for β -hCG to return to negative was 8 weeks. Ultrasound before curettage identified 64.8% of cases. Histopathological classification showed 15 cases of early-stage complete molar pregnancy (17%), 54 cases of complete molar pregnancy (61.4%), and 19 cases of partial molar pregnancy (21.6%). **Conclusion:** The study provides an overview of clinical factors related to molar pregnancy, including maternal age, gestational age, obstetric history, β -hCG levels, time for β -hCG to return to negative, and ultrasound findings.

Keywords: Molar pregnancy, β -hCG.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai trứng là một thai kỳ bất thường, đặc trưng bởi sự tăng sinh các nguyên bào nuôi và lông nhau thoái hóa nước, gồm thai trứng toàn phần và thai trứng bán phần. Bệnh lý này phổ biến nhất ở khu vực Đông Nam Á, tỷ lệ bệnh hiện mắc 2-13/1000 thai kỳ.¹ Đặc biệt, ở miền Nam tập trung nhiều ở bệnh viện Từ Dũ và bệnh viện Hùng Vương. Thai trứng thường ảnh hưởng đến phụ nữ trong độ tuổi sinh sản có độ tuổi trung bình khoảng 30 tuổi.² Theo nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 956 bệnh nhân thai trứng tại Thụy Điển của Joneborg U và cộng sự, có khoảng 8% trường hợp thai trứng diễn tiến thành tân sinh nguyên bào nuôi.³ Trong đó, tỷ lệ tử vong của thai trứng xâm lấn là 15%, tỷ lệ này ở ung thư đệm nuôi gần như 100% khi đã di căn.⁴

Hiện nay tại Việt Nam chưa có công trình nghiên cứu nào kết hợp và đối chiếu đặc điểm lâm sàng và phân loại mô bệnh học thai trứng. Bên cạnh đó để hiểu rõ hơn về vai trò chẩn đoán

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Hùng Vương

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Ngọc Diễm

Email: votngocdiem@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 28.3.2025

của các yếu tố nguy cơ, siêu âm, nồng độ β -hCG trong chẩn đoán thai trứng. Chính vì những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng trong bệnh lý thai trứng toàn phần và thai trứng bán phần.
2. Đối chiếu một số đặc điểm lâm sàng với phân loại mô bệnh học thai trứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân có bệnh phẩm hút nạo với kết quả giải phẫu bệnh là thai trứng tại khoa Giải phẫu bệnh – tế bào, Bệnh viện Hùng Vương từ tháng 7/2022 đến tháng 03/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Các bệnh phẩm hút nạo có kết quả giải phẫu bệnh là thai trứng và có theo dõi động học β -hCG mỗi 1-2 tuần sau hút nạo cho đến khi chỉ số này trở về âm tính.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai trứng diễn tiến bệnh lý tân sinh nguyên bào nuôi dựa trên động học β -hCG.
- Tiêu bản Hematoxylin & Eosin (H&E) không đạt và mất khối vùi nén.
- Các trường hợp không có đủ các thông tin lâm sàng cho việc nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Hồi cứu cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu. Chọn mẫu thuận tiện 88 trường hợp.

2.3. Quy trình nghiên cứu

- Thu thập các đặc điểm lâm sàng (tuổi mẹ, tuổi thai, tiền căn sản khoa, kết quả siêu âm, nồng độ β -hCG trước hút nạo và thời gian β -hCG trở về âm tính sau hút nạo) thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.
- Trích lục các tiêu bản H&E thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.
- Phân loại mô bệnh học các tiêu bản bằng kính hiển vi.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

- Xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 14.0.

2.5. Vấn đề y đức. Nghiên cứu đã được chấp thuận thông qua hội đồng đạo đức của Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh (Mã số 814/HĐĐĐ-ĐHYD) ngày 22/09/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm lâm sàng và phân loại mô bệnh học thai trứng

Tuổi mẹ. Tuổi mẹ trung bình là 32,3 tuổi; độ lệch chuẩn là 8,8 tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất được chẩn đoán bệnh là 15 tuổi và lớn nhất là 53 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 20-40 tuổi, với tỷ lệ 75,0%. Nhóm tuổi <20 chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,4%). Nhóm > 40 tuổi chiếm tỷ lệ 21,6%.

Tuổi thai theo kinh chót. Tuổi thai theo kinh chót trung bình là 8,5 tuần; độ lệch chuẩn 2,5 tuần. Tuổi thai nhỏ nhất phát hiện bệnh là 4 tuần và lớn nhất là 16 tuần.

Tiền sử sản khoa. Trong 88 trường hợp nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 3 trường hợp tiền sử mắc thai trứng (chiếm 3,4%), có 26 trường hợp tiền sử sảy thai tự nhiên (chiếm 29,6%) và 59 trường hợp không ghi nhận cả hai yếu tố trên (chiếm 67%).

Nồng độ β -hCG trước hút nạo thai trứng. Nồng độ β -hCG trung bình là 143 032 mIU/mL; độ lệch chuẩn 126 804 mIU/mL; trung vị 97 304 mIU/mL. Giá trị β -hCG trước hút nạo thai trứng nhỏ nhất là 1 205 mIU/mL và lớn nhất là 535 666 mIU/mL. Đề tài ghi nhận 46 trường hợp (chiếm 52,3%) có nồng độ β -hCG <100 000 mIU/mL và 42 trường hợp (chiếm 47,7%) có nồng độ β -hCG $\geq$ 100 000 mIU/mL.

Thời gian β -hCG trở về âm tính. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận thời gian β -hCG trở về âm tính trung bình là 8 tuần; độ lệch chuẩn 3,5 tuần. Thời gian β -hCG trở về âm tính nhỏ nhất là 2 tuần và lớn nhất là 21 tuần.

Kết quả siêu âm chẩn đoán trước hút nạo thai trứng. Trong 88 trường hợp nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận kết quả siêu âm chẩn đoán trước hút nạo thai trứng, có 34 trường hợp chẩn đoán thai trứng (chiếm 38,6%), có 23 trường hợp chẩn đoán nghi ngờ thai trứng (chiếm 26,1%) và 31 trường hợp không ghi nhận cả hai yếu tố trên (chiếm 35,2%).

Phân loại mô bệnh học của mẫu nghiên cứu. Chúng tôi phân loại mô bệnh học của 88 trường hợp, như sau: thai trứng toàn phần giai đoạn sớm có 15 trường hợp (chiếm 17%), thai trứng toàn phần có 54 trường hợp (chiếm 61,4%) và thai trứng bán phần có 19 trường hợp (chiếm 21,6%). Kết quả này đã được nhóm nghiên cứu chúng tôi báo cáo trong bài báo "Biểu hiện protein p57^{KIP2} trong bệnh lý thai trứng toàn phần và bán phần" mã ISSN trên Tạp chí Y học Việt Nam; số 1859 – 1868 trên Tạp chí Y học Việt Nam.

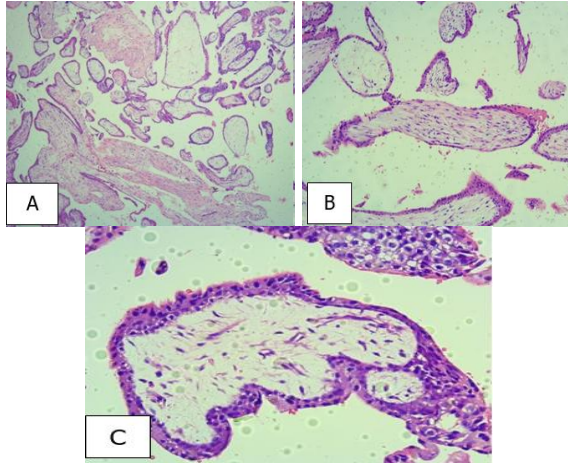
Bảng 3.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng nhóm tuổi mẹ, tiền căn sản khoa, kết quả siêu âm của mẫu nghiên cứu

Biến số của mẫu nghiên cứu (N=88)		Số TH (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi mẹ	<20	3	3,4
	20-40	66	75,0
	>40	19	21,6
Tiền căn sản khoa	Thai trứng	3	3,4
	Sảy thai	26	29,6
	Không ghi nhận cả hai	59	67

Kết quả siêu âm	Thai trứng	34	38,7
	Nghi ngờ thai trứng	23	26,1
	Không ghi nhận cả hai	31	35,2

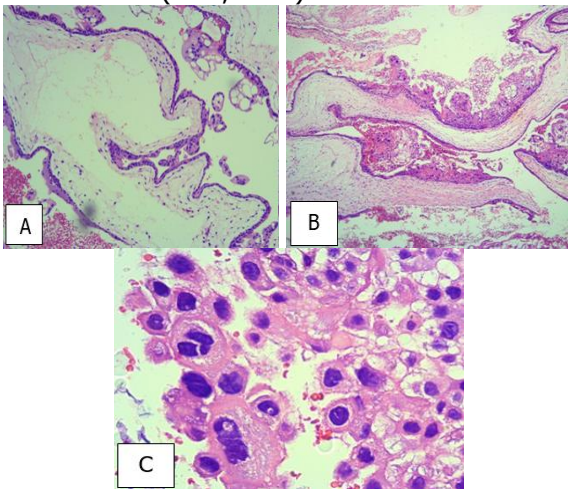
Bảng 3.2. Mô tả đặc điểm lâm sàng tuổi mẹ, tuổi thai theo kinh sót, nồng độ β -hCG trước hút nạo, thời gian β -hCG trở về âm tính của mẫu nghiên cứu

Biến số của mẫu nghiên cứu (N=88)	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Tuổi mẹ (tuổi)	32,3	8,8	15	53
Tuổi thai theo kinh sót (tuần)	8,5	2,5	4	16
β -hCG (mIU/mL)	143 032	126 804	1 205	535 666
Thời gian âm tính (tuần)	8	3,5	2	21



Hình 3.1. Thai trứng bán phần, Mã 024

(A) Hai quần thể lông nhau (H&E, x40); (B) Lông nhau xơ hóa (H&E, x100); (C) Lông nhau dạng này chồi, mô đệm giàu mạch máu và có tế bào hình thoi (H&E, x200).

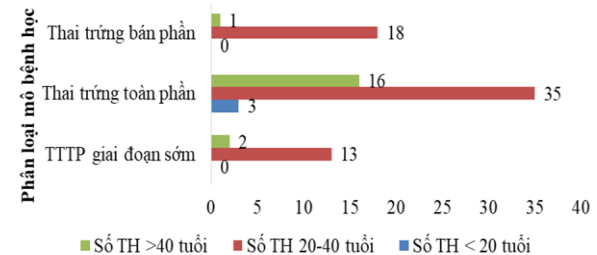


Hình 3.2. Thai trứng toàn phần, Mã 008

(A) Xoang chứa dịch nổi bật (H&E, x100); (B) Lông nhau lớn, tăng sản NBN rõ ràng (H&E, x40); (C) NBN không điển hình (H&E, x400);

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi mẹ. Nguy cơ thai trứng ở phụ nữ dưới 20 tuổi cao gấp 7 lần, đặc biệt ở phụ nữ trên 40 tuổi có nguy cơ cao gấp 1,9 lần so với nhóm 20-40 tuổi. Tuy nhiên, tuổi mẹ tăng nguy cơ đối với thai trứng toàn phần, không tăng nguy cơ thai trứng bán phần⁵. Nghiên cứu chúng tôi có 3 trường hợp <20 tuổi tất cả đều mắc thai trứng toàn phần, trẻ nhất là 15 tuổi. Bên cạnh đó, 18 trong 19 trường hợp >40 tuổi mắc thai trứng toàn phần và thai trứng toàn phần giai đoạn sớm; ở thai trứng bán phần chỉ ghi nhận 1 trường hợp có nhóm tuổi này. Trong khi đó, tỷ lệ nhóm tuổi 20-40 mắc bệnh thai trứng toàn phần giai đoạn sớm, thai trứng toàn phần và thai trứng bán phần đều cao (Biểu đồ 4.1). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Gockley và cs⁵ năm 2016. Như vậy, phần lớn các trường hợp thai trứng xảy ra trong độ tuổi sinh sản 20-40 tuổi và nguy cơ thai trứng toàn phần ở phụ nữ < 20 tuổi và > 40 tuổi là rất cao.



Biểu đồ 4.1. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và phân loại mô bệnh học thai trứng

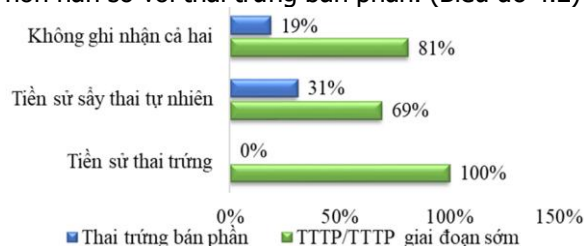
4.2. Tuổi thai theo kinh sót. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tuổi thai trung bình là 8,4 tuần gần bằng với tuổi thai trung vị (8 tuần). Tuổi thai phát hiện bệnh nhỏ nhất là 4 tuần và lớn nhất là 16 tuần. So với nghiên cứu Sun và cs² và Joneborg và cs⁶, tuổi thai trung bình ở thai trứng toàn phần và thai trứng bán phần của nghiên cứu chúng tôi thấp hơn, chi tiết trong Bảng 4.1. Hiện nay, cả thai trứng toàn phần và thai trứng bán phần được chẩn đoán sớm trong ba tháng đầu thai kỳ. Siêu âm thai trong ba tháng đầu hiện được thực hiện phổ biến, và điều này có thể góp phần chẩn đoán thai trứng bán phần sớm hơn^{2,6}. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tuổi thai trung bình ở thai trứng bán phần (9 tuần) gần bằng ở thai trứng toàn phần (8,4 tuần), và nhỏ hơn so với các nghiên cứu trước đó của Sun và cs, Joneborg và cs (lần lượt là 12 và 13,7 tuần).

Bảng 4.1. So sánh tuổi thai với các nghiên cứu khác

Tác giả	Nơi nghiên cứu	Năm nghiên cứu	Cỡ mẫu (N)	Thai trứng toàn phần*			Thai trứng bán phần		
				Tuổi thai trung bình	Tuổi thai trung vị	Khoảng tuổi thai	Tuổi thai trung bình	Tuổi thai trung vị	Khoảng tuổi thai
Chúng tôi	Việt Nam	2024	90	8,4	8	4 - 16	9	9	4 - 12
Sun và cs ²	Hoa Kỳ	2016	375	9	n/a	8 - 11	12	n/a	10 - 13
Joneborg và cs ⁶	Thụy Điển	2014	341	11,4	n/a	n/a	13,7	n/a	n/a

Ghi chú: n/a không thu thập được dữ liệu, (*) bao gồm cả thai trứng toàn phần giai đoạn sớm

4.3. Tiền sử sản khoa. Phụ nữ có tiền sử thai trứng có nguy cơ mắc thai trứng gấp 10-20 lần so với dân số chung. Một yếu tố nguy cơ khác của thai trứng là tiền sử sảy thai tự nhiên, nguy cơ thai trứng cao gấp 2 đến 3 lần so với phụ nữ không có tiền sử sảy thai⁴. Trong 88 trường hợp nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có tới 59 trường hợp (67%) không ghi nhận hai tiền sử trên, 03 trường hợp (3,4%) có tiền sử thai trứng và 26 trường hợp (29,6%) có tiền sử sảy thai tự nhiên. Tuy nhiên, cả 100% tiền sử thai trứng và 69% tiền sử sảy tự nhiên mắc thai trứng toàn phần/thai trứng bán phần giai đoạn sớm, cao hơn hẳn so với thai trứng bán phần. (Biểu đồ 4.2)

**Biểu đồ 4.2. Mối liên quan giữa tiền căn sản khoa và phân loại mô bệnh học thai trứng**

4.4. Nồng độ β -hCG trước hút nạo thai trứng. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận nồng độ β -hCG trước hút nạo thai trứng có nồng độ trung bình là 143 032 mIU/mL, trung vị 97 304 mIU/mL. Nồng độ β -hCG có giá trị nhỏ nhất là 1 205 mIU/mL và lớn nhất là 535 666 mIU/mL. Trong đó, giá trị trung bình của nồng độ β -hCG trước hút nạo thai trứng ở nhóm thai trứng toàn phần là 157 337 mIU/mL, ở nhóm thai trứng bán phần là 91 083 mIU/mL. Tỷ lệ trường hợp có nồng độ β -hCG >100 000 mIU/mL ở nhóm thai trứng toàn phần (52,2%) cao hơn ở nhóm thai trứng bán phần (31,6%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Sun và cs² Hoa Kỳ năm 2016), trong đó, giá trị trung bình của nồng độ β -hCG trước hút nạo thai trứng ở nhóm thai trứng toàn phần là 164 579 mIU/mL, ở nhóm thai trứng bán phần là 71 000 mIU/mL; với tỷ lệ trường hợp có nồng độ β -hCG >100 000 mIU/mL ở nhóm thai trứng toàn phần là khoảng 50% và

ở nhóm thai trứng bán phần là <10%.

4.5. Thời gian β -hCG trở về âm tính.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận thời gian β -hCG trở về âm tính trung bình là 8 tuần. Thời gian β -hCG trở về âm tính nhỏ nhất là 2 tuần và lớn nhất là 21 tuần. Trong đó, thời gian trung bình β -hCG trở về âm tính ở nhóm thai trứng toàn phần và thai trứng bán phần giống nhau đều bằng 8 tuần.

4.6. Kết quả siêu âm chẩn đoán trước hút nạo thai trứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 88 trường hợp thai trứng được siêu âm chẩn đoán trước hút nạo có 64,8% trường hợp được phát hiện (trong đó 38,6% được chẩn đoán và 26,2% nghi ngờ thai trứng) và 35,2% trường hợp còn lại siêu âm không phát hiện. Trong đó tỷ lệ phát hiện thai trứng toàn phần (69,6%) cao hơn ở thai trứng bán phần (47,5%). Nghiên cứu của tác giả Fowler và cs⁷ (tại Vương Quốc Anh năm 2006, nghiên cứu trên 1053 mẫu) với tỷ lệ phát hiện thai trứng toàn phần cao hơn (79%) và thai trứng bán phần thấp hơn (29%) so với nghiên cứu của chúng tôi. Chúng tôi nhận thấy siêu âm ngày càng tăng khả năng phát hiện thai trứng nói chung, và chủ yếu cải thiện trong khả năng chẩn đoán thai trứng bán phần.

V. KẾT LUẬN

Từ các số liệu trên, nghiên cứu chúng tôi cung cấp một cái nhìn tổng quan về các yếu tố lâm sàng liên quan đến bệnh lý thai trứng, bao gồm độ tuổi mẹ, tuổi thai, tiền sử sản khoa, nồng độ β -hCG, thời gian β -hCG trở về âm tính, kết quả siêu âm. Kết quả cho thấy tuổi mẹ trung bình mắc thai trứng là 32,3 tuổi, với nhóm tuổi có nguy cơ cao là dưới 20 và trên 40, đặc biệt đối với thai trứng toàn phần. Tuổi thai khi chẩn đoán bệnh trung bình là 8,4 tuần, phản ánh sự tiến bộ trong việc phát hiện sớm thai trứng nhờ vào siêu âm ba tháng đầu thai kỳ. Mặc dù phần lớn bệnh nhân không có tiền sử thai trứng hay sảy thai tự nhiên, nhưng những người có tiền sử này có nguy cơ cao hơn mắc thai trứng toàn phần. Nồng độ β -hCG trước hút nạo thai trứng có sự khác biệt rõ rệt giữa thai trứng toàn phần và bán phần, với nồng độ cao hơn ở nhóm thai

trứng toàn phần. Thời gian β -hCG trở về âm tính trung bình là 8 tuần, cho thấy khả năng hồi phục sau nạo thai trứng. Siêu âm phát hiện thai trứng toàn phần tốt hơn so với thai trứng bán phần, mặc dù khả năng chẩn đoán thai trứng bán phần qua siêu âm đã được cải thiện đáng kể trong những năm gần đây.

VI. LỜI CẢM Ạ

Nghiên cứu được sự hỗ trợ kinh phí từ Đề tài Nghiên cứu khoa học cấp cơ sở của Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. Nhóm tác giả trân trọng cảm ơn Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh đã cấp kinh phí thực hiện đề tài theo Hợp đồng số 125/2024/HĐ-ĐHYD ngày 17 tháng 04 năm 2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngan HY, Seckl MJ, Berkowitz RS, et al.** Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2018;143:79-85.
2. **Sun SY, Melamed A, Joseph NT, et al.** Clinical presentation of complete hydatidiform mole and partial hydatidiform mole at a regional trophoblastic disease center in the United States over the past 2 decades. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 2016;26(2)
3. **Joneborg U, Folkvaljon Y, Papadogiannakis N, Lambe M, Marions L.** Temporal trends in incidence and outcome of hydatidiform mole: a retrospective cohort study. *Acta Oncologica*. 2018;57(8):1094-1099.
4. **John R, Lurain M.** Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;9
5. **Gockley AA, Melamed A, Joseph NT, et al.** The effect of adolescence and advanced maternal age on the incidence of complete and partial molar pregnancy. *Gynecologic oncology*. 2016;140(3):470-473.
6. **Joneborg U, Marions L.** Current clinical features of complete and partial hydatidiform mole in Sweden. *J Reprod Med*. 2014;59(1-2):51-5.
7. **Fowler D, Lindsay I, Seckl M, Sebire N.** Routine pre-evacuation ultrasound diagnosis of hydatidiform mole: experience of more than 1000 cases from a regional referral center. *Ultrasound in obstetrics & gynecology*. 2006;27(1):56-60.

THỰC TRẠNG CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT CÓ KẾ HOẠCH TẠI KHOA NGOẠI TIÊU HÓA BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG NĂM 2024

Đặng Thu Thanh¹, Nguyễn Thị Mai², Nguyễn Đăng Trường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 207 người bệnh phẫu thuật tại khoa Ngoại Tiêu hóa từ tháng 4/2024 đến tháng 08/2024. **Kết quả:** Việc thực hiện tuân thủ chung của quy trình chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật đạt 84,5%. Hướng dẫn chế độ ăn nhiều ngày trước phẫu thuật là khâu được thực hiện kém nhất chỉ có 44,9% người bệnh được thực hiện đạt; chuẩn bị vệ sinh cá nhân trước mổ có 66,2% NB thực hiện đầy đủ. Bước kiểm tra việc vệ sinh của người bệnh trước mổ vẫn còn 54,1% NB được thực hiện một phần không đầy đủ. Tìm hiểu tâm lý người bệnh trước mổ có 52,7% thực hiện không đầy đủ. **Kết luận:** Việc thực hiện tuân thủ chung của quy trình chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật đạt 84,5%. Hầu hết các bước chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật của điều dưỡng được thực hiện khá tốt. Tuy nhiên, còn một số bước được thực hiện

chưa tốt là: hướng dẫn chế độ ăn nhiều ngày trước phẫu thuật, tìm hiểu tâm lý người bệnh, hướng dẫn và kiểm tra người bệnh vệ sinh cá nhân trước mổ.

Từ khóa: Chuẩn bị trước phẫu thuật, an toàn người bệnh, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF PATIENT PREPARATION FOR PLANNED SURGERY AT THE DEPARTMENT OF DIGESTIVE SURGERY, HA DONG GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objective: To describe the current status of patient preparation before planned surgery at Ha Dong General Hospital and explore some related factors. **Method:** To study the horizontal description on 207 patients operated at the Department of Digestive Surgery from April to August, 2024. **Results:** The overall compliance rate with the patient preparation process before surgery reached 84.5%. The instructions on the preoperative diet for many days were the least implemented step with only 44.9% of patients receiving proper implementation; only 66.2% of the patients fully followed personal hygiene preparation before the surgery. The step of checking the patient's hygiene before surgery is still partly incomplete in 54.1% of patients. Find out the patient's psychology before surgery to explain to the patient that up to 52.7% are not fully performed.

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông

²Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thu Thanh

Email: thanh dang thu hd@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025