

- ultrasonography. *Obstet Gynecol.* 2013;122(2 Pt 1):210-217. doi:10.1097/AOG.0b013e318298def5
2. **Borgfeldt C, Andolf E.** Transvaginal sonographic ovarian findings in a random sample of women 25-40 years old. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* 1999;13(5): 345-350. doi:10.1046/j.1469-0705.1999.13050345.x
 3. **Minh NT, Đạt ĐT, Nguyệt ĐTM.** Kết quả phẫu thuật u biểu mô buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2023;528(2). doi:10.51298/vmj.v528i2.6081
 4. **Dũng TV, Hiếu TM, Minh NT.** Nhận xét kết quả phẫu thuật u biểu mô buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2024;539(1B). doi:10.51298/vmj.v539i1B.9950
 5. **Kaijser J, Bourne T, Valentin L, et al.** Improving strategies for diagnosing ovarian cancer: a summary of the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) studies. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013;41(1):9-20. doi:10.1002/uog.12323
 6. **Sayasneh A, Ekechi C, Ferrara L, et al.** The characteristic ultrasound features of specific types of ovarian pathology (review). *Int J Oncol.* 2015;46(2):445-458. doi:10.3892/ijo.2014.2764

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NHỮNG TRƯỜNG HỢP SÓT RAU SAU ĐÌNH CHỈ THAI QUÝ 1

Hoàng Thị Hồng Hoa¹, Phạm Thị Thanh Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân được chẩn đoán sốt rau sau đình chỉ thai quý 1 tại khoa Sản nhiễm khuẩn- Bệnh viện Phụ sản Trung ương, từ 01/01/2023-31/12/2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 234 trường hợp được chẩn đoán sốt rau sau đình chỉ thai quý 1, tuổi trung bình của bệnh nhân bị sốt rau là $34,53 \pm 6,27$, đa số tuổi thai dưới 7 tuần chiếm 72,6%, phần lớn đình chỉ ở các phòng khám tư nhân chiếm 62%, trong đó phương pháp đình chỉ thai nội khoa chiếm 118 bệnh nhân, đình chỉ thai ngoại khoa chiếm 116 bệnh nhân, được điều trị tại Khoa Sản nhiễm khuẩn, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Bệnh nhân sốt rau có dấu hiệu ra máu âm đạo chiếm 97%, chủ yếu là ra máu số lượng ít, chiếm 86,8%. Thời gian ra máu từ sau khi đình chỉ thai đến lúc vào viện làm thủ thuật ngăn nhất là 1 ngày, dài nhất là 77 ngày, trung bình là $18,73 \pm 16,57$ ngày, nhóm thời gian ra máu ≥ 21 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 39,3%. Thời gian ra máu khi sốt rau của các phương pháp đình chỉ thai nội khoa và ngoại khoa là như nhau. Tỉ lệ có đau bụng trong sốt rau là 21,4%. Sốt 0,9%. Nồng độ beta-hCG trước điều trị trung bình là $2693,36 \pm 10249,32$. Thấp nhất là <5 UI/L, cao nhất là 117428 UI/L. Không có trường hợp nào thiếu máu nặng, tỉ lệ thiếu máu thiếu máu nhẹ chiếm 6%, trung bình chiếm 3,8%. Trên siêu âm có 94,4% bệnh nhân có hình ảnh khối âm vang không đồng nhất trong buồng tử cung. Trong đó, kích thước khối lớn nhất 76×18 mm. Và 5,6% bệnh nhân có hình ảnh niêm mạc tử cung không đều. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng chủ yếu của sốt rau sau đình chỉ thai là có ra máu, tỉ lệ ra máu chiếm 97%, chủ yếu ra máu kéo dài, số

lượng ít, thời gian ra máu ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 77 ngày, trung bình là $18,73 \pm 16,57$ ngày. Triệu chứng cận lâm sàng chính là có khối âm vang không đồng nhất trong buồng tử cung trên siêu âm chiếm 94,4%. Nồng độ beta-hCG trước điều trị trung bình là $2693,36 \pm 10249,32$. Thấp nhất là <5 UI/L, cao nhất là 117428 UI/L. **Từ khóa:** sốt rau, đình chỉ thai quý 1, beta-hCG, ra máu âm đạo, siêu âm tử cung.

SUMMARY

DESCRIPTION OF CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF THE RETAINED PRODUCTS OF CONCEPTION AFTER FIRST-TRIMESTER PREGNANCY TERMINATION

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients diagnosed with retained products of conception (RPOC) after first-trimester pregnancy termination at the Department of Infectious Obstetrics – National Hospital of Obstetrics and Gynecology, from January 1, 2023, to December 31, 2024. **Methods:** This was a retrospective cross-sectional study conducted on 234 cases diagnosed with retained products of conception (RPOC) following first-trimester pregnancy termination. The mean age of patients with retained products was $34,53 \pm 6,27$ years.. The majority of pregnancies were terminated before 7 weeks of gestation (72.6%). Most procedures were performed at private clinics (62%). Among the cases, 118 patients underwent Medical Abortion (MA) and 116 patients underwent Manual Vacuum Aspiration(MVA). All patients were treated at the Department of Infectious Obstetrics, National Hospital of Obstetrics and Gynecology, from January 2023 to December 2024. **Results:** 97% of patients with RPOC presented with vaginal bleeding, mostly mild in volume (86,8%). The duration of bleeding ranged from 1 to 77 days, with an average of $18,73 \pm 16,57$ days. The highest proportion (39,3%) experienced bleeding lasting ≥ 21 days. There was no significant difference in bleeding duration between Medical Abortion and Manual Vacuum Aspiration groups. Abdominal pain was reported in 21,4% of cases, and

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Hồng Hoa

Email: honghoa15393@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 25.7.2025

fever occurred in 0,9%. The mean pre-treatment serum beta-hCG level was $2693,36 \pm 10249,32$ IU/L, ranging from <5 to 117428 IU/L. No cases of severe anemia were recorded; mild anemia was observed in 6% and moderate anemia in 3,8% of patients. Ultrasound findings revealed that 94,4% of patients had intrauterine heterogeneous echogenic masses with the largest mass measured 76×18 mm. Additionally, 5,6% of patients showed an irregular endometrial lining on ultrasound. **Conclusion:** The primary clinical symptom of retained products of conception (RPOC) after first-trimester pregnancy termination is vaginal bleeding, accounting for 97% of cases. The bleeding is typically prolonged and scanty, with the shortest duration being 1 day and the longest 77 days, averaging $18,73 \pm 16,57$ days. The main paraclinical finding is the presence of a heterogeneous echogenic mass within the uterine cavity on ultrasound, observed in 94.4% of patients. The mean pre-treatment beta-hCG level was $2693,36 \pm 10249,32$ IU/L, ranging from <5 IU/L to a maximum of 117,428 IU/L. **Keywords:** retained products of conception, first-trimester pregnancy termination, beta-hCG, vaginal bleeding, uterine ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đình chỉ thai là việc kết thúc sự mang thai, đưa các sản phẩm của thai nghén ra khỏi đường sinh dục của người mẹ. Theo dữ liệu của Liên hợp quốc năm 2024, Việt Nam là một trong các nước có tỉ lệ đình chỉ thai cao nhất trên thế giới, chiếm 64 ca trên 1000 phụ nữ trong độ tuổi 15-44[1]. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, hằng năm có khoảng 10.000 phụ nữ đình chỉ thai nghén có tuổi thai đến 12 tuần.

Một trong các tai biến thường gặp của đình chỉ thai là sót rau. Sót rau có thể dẫn đến những biến chứng gần như băng huyết, rong huyết, nhiễm trùng hay biến chứng xa như viêm dính buồng tử cung, vô kinh, vô sinh và ảnh hưởng không nhỏ đến sức khỏe của người bệnh [2].

Việc phát hiện và xử trí sớm đóng vai trò quan trọng. Tuy nhiên, biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của sót rau có thể không điển hình, gây khó khăn cho chẩn đoán. Hàng năm, tại khoa Sản nhiễm khuẩn- Bệnh viện Phụ sản Trung Ương đã tiếp cận và điều trị nhiều trường hợp được chẩn đoán là sót rau sau đình chỉ thai quý 1. Để đưa ra góc nhìn thực tế về tình hình sót rau cũng như nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị sót rau, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng những trường hợp sót rau sau đình chỉ thai quý 1.*"

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 sau đình chỉ thai quý 1 được điều trị tại

Khoa Sản nhiễm khuẩn-Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, từ 01/01/2023- 31/12/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Những bệnh nhân có tiền sử đình chỉ thai quý 1: nội khoa hoặc ngoại khoa
- Được chẩn đoán sót rau và điều trị tại Khoa Sản nhiễm khuẩn – Bệnh viện Phụ sản Trung ương được hút buồng tử cung.
- Có kết quả giải phẫu bệnh.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân sót rau sau đình chỉ thai chữa vết mổ, chữa ống cổ tử cung, bệnh nhân có một thai trong buồng tử cung và một thai chứa ngoài tử cung.
- Bệnh nhân có các bệnh lý nội- ngoại khoa liên quan như rối loạn đông máu, đái tháo đường, bệnh lý gan thận.

- Không đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Là nghiên cứu quan sát mô tả cắt ngang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm đình chỉ thai

	n	Tỉ lệ %	$\bar{X} \pm SD$
Tuổi mẹ			$34,53 \pm 6,27$
Tuổi thai trước đình chỉ			
<7 tuần	170	72,6	
7-9 tuần	53	22,6	
10-12 tuần	11	4,7	
Nơi đình chỉ			
Bệnh viện	72	30,8	
Phòng khám tư	145	62	
Tự dùng thuốc	17	7,3	
Phương pháp đình chỉ			
Nội khoa	118	50,4	
Ngoại khoa	116	49,6	

Nhận xét: Tuổi thai trước đình chỉ dưới 7 tuần chiếm đa số 72,6 %. Nơi đình chỉ thai chủ yếu là tại các phòng khám tư chiếm 62%. Số lượng bệnh nhân sử dụng phương pháp đình chỉ thai nội khoa và ngoại khoa là như nhau.

Bảng 2: Phân bố theo triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	n	Tỉ lệ %	$\bar{X} \pm SD$
Sốt: Có	2	0,9	
Không	232	99,1	
Đau bụng: Có	50	21,4	
Không	184	78,6	
Ra máu âm đạo: Có	227	97	
Không	7	3	
Thời gian ra máu âm đạo			
<7	82	35	18,73
7-14	31	13,2	$\pm 16,57$
14-21	29	12,4	Min: 1
≥ 21	92	39,3	Max: 77

Lượng máu ra		
Ít	203	86,8
Trung bình	2	0,9
Nhiều	29	12,4

Nhận xét: Bệnh nhân sốt rau có dấu hiệu ra máu âm đạo chiếm 97%, chủ yếu là ra máu số lượng ít, chiếm 86,8%. Thời gian ra máu từ sau khi đình chỉ thai đến lúc vào viện làm thủ thuật ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 77 ngày, trung bình là $18,73 \pm 16,57$ ngày, nhóm thời gian ra máu ≥ 21 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 39,3%. Tỉ lệ đau bụng 21,4% và sốt 0,9%.

Bảng 3: So sánh thời gian ra máu khi sốt rau của các phương pháp đình chỉ thai

Ngày ra máu	Nội khoa		Ngoại khoa	
	n	%	n	%
<7	36	30,5	46	39,7
7-14	20	16,9	11	9,5
14-21	17	14,4	12	10,3
≥ 21	45	38,1	47	40,5
$X \pm SD$	$18,21 \pm 15,97$		$19,25 \pm 17,23$	

Nhận xét: Thời gian ra máu trung bình khi sốt rau của 2 phương pháp đình chỉ thai là như nhau với độ tin cậy 99%.

Bảng 4: Nồng độ beta-hCG trước điều trị

Nồng độ Beta-hCG (UI/L)	n	Tỉ lệ %	$\bar{X} \pm SD$
<5	23	9,8%	$2693,36 \pm 10249,32$
5-500	127	54,3%	
500-1000	25	10,7%	
≥ 1000	59	25,2%	
Tổng	234	100%	
	Min<5		Max=117428

Nhận xét: Trước điều trị, 100% bệnh nhân được làm xét nghiệm betahCG, trong đó nồng độ beta-hCG 5-500 chiếm tỉ lệ cao 54,3%. Nồng độ trung bình beta-hCG trước điều trị là $2693,36 \pm 10249,32$. Thấp nhất là <5 UI/L, cao nhất là 117428 UI/L.

Bảng 5: Xét nghiệm máu và siêu âm

	n	Tỉ lệ %	
Huyết sắc tố			
≥ 110	211	90,2	$124,84 \pm 12,22$
100-109	14	6,0	
70-99	9	3,8	
<70	0	0	
BC (G/L)			
<11	218	93,2	
11-15	13	5,6	
15-20	3	1,3	
≥ 20	0	0	
Siêu âm	221	94,4	Kích thước khối lớn nhất 76x18mm
Khối trong buồng tử cung	13	5,6	

Hình ảnh niêm mạc tử cung không đều			
-------------------------------------	--	--	--

Nhận xét: Dựa vào lượng huyết sắc tố, phần lớn các trường hợp không có thiếu máu, chiếm 90,2%, tỉ lệ thiếu máu thiếu máu nhẹ chiếm 6%, trung bình chiếm 3,8%, và không có trường hợp nào thiếu máu nặng. Trên siêu âm, tỉ lệ bệnh nhân có khối âm vang không đồng nhất trong buồng tử cung là 94,4%, tỉ lệ bệnh nhân có hình ảnh niêm mạc tử cung không đều chiếm 5,6%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân bị sốt rau sau đình chỉ thai quý 1 là $34,53 \pm 6,27$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương (2020), trong đó tuổi trung bình là $32,8 \pm 5,9$ [3]. Đáng chú ý, phần lớn bệnh nhân thực hiện đình chỉ thai ở tuổi thai dưới 7 tuần (72,6%), thời điểm thường được khuyến cáo phá thai an toàn. Tuy nhiên, việc đình chỉ thai sớm khi bánh rau chưa phát triển rõ ràng có thể làm tăng nguy cơ sốt rau nếu không có phương tiện hỗ trợ như siêu âm trong quá trình thực hiện [2].

Tỉ lệ phá thai được thực hiện tại các cơ sở tư nhân (62%) cao hơn tại bệnh viện công (30,8%), gợi ý rằng chất lượng kỹ thuật và công tác theo dõi sau thủ thuật ở các cơ sở ngoài công lập có thể ảnh hưởng đến tỉ lệ biến chứng. Điều này phù hợp với nhận định của Tổ chức Y tế Thế giới rằng phá thai không an toàn vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tai biến sản khoa tại các nước đang phát triển [8].

Về đặc điểm lâm sàng, triệu chứng phổ biến nhất là ra máu âm đạo, chiếm 97% các trường hợp. Đặc điểm ra máu chủ yếu là lượng ít (86,8%) và kéo dài. Thời gian ra máu từ sau khi đình chỉ thai đến lúc vào viện làm thủ thuật ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 77 ngày, trung bình là $18,73 \pm 16,57$ ngày, thời gian ra máu ≥ 21 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 39,3%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, như của Nguyễn Thị Minh Hạnh (2019) tại Bệnh viện Từ Dũ, ghi nhận 82% bệnh nhân có tình trạng ra máu kéo dài sau phá thai nội khoa [5]. Triệu chứng chảy máu âm đạo kéo dài dù lượng ít là một dấu hiệu quan trọng giúp gợi ý sốt rau, đặc biệt khi không có dấu hiệu nhiễm trùng đi kèm.

Tỉ lệ đau bụng trong nghiên cứu là 21,4%, thấp hơn so với báo cáo của Chen et al. (2020), cho thấy triệu chứng này có thể không đặc hiệu và dễ bị bỏ qua [2]. Trong khi đó, chỉ có 0,9% bệnh nhân sốt – một dấu hiệu của nhiễm trùng – cho thấy đa số trường hợp sốt rau không điển hình và dễ bị chẩn đoán muộn nếu không theo

dõi sót sau đình chỉ thai.

Thời gian ra máu trung bình giữa nhóm nội khoa và ngoại khoa lần lượt là $18,21 \pm 15,97$ ngày và $19,25 \pm 17,23$ ngày, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,01$). Sự tương đồng này cho thấy nguy cơ sót rau tồn tại ở cả hai phương pháp nếu không kiểm tra, theo dõi sau thủ thuật. Ngoài ra, tỉ lệ ra máu ≥ 21 ngày ở nhóm nội khoa là 38,1%, và nhóm ngoại khoa là 40,5% – không khác biệt nhiều. Điều này tương tự với kết quả của Reeves et al. (2016), khẳng định rằng không có sự khác biệt rõ rệt về tỉ lệ sót rau giữa hai phương pháp [6].

Tình trạng huyết học và dấu hiệu nhiễm trùng nhìn chung ổn định. Dựa vào lượng huyết sắc tố, phần lớn các trường hợp không có thiếu máu, chiếm 90,2%, tỉ lệ thiếu máu thiếu máu nhẹ chiếm 6%, trung bình chiếm 3,8%, và không có trường hợp nào thiếu máu nặng. Lượng Huyết sắc tố trung bình là $124,84 \pm 12,22$, không khác biệt so với trường hợp đình chỉ thai thành công. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, khi sót rau dù ra máu kéo dài nhưng lượng máu mất thường ít, chỉ rỉ rả, nên ít khi gây ra thiếu máu. Điều này khác với các nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng sót rau thường gây tình trạng thiếu máu và sụt giảm đáng kể lượng huyết sắc tố. Có 93,2% trường hợp bạch cầu bình thường. Điều này phản ánh phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán và xử trí kịp thời, chưa dẫn đến biến chứng nặng.

Về xét nghiệm beta-hCG trước điều trị cho thấy sự phân bố giá trị rất rộng ($<5 - 117428$ UI/L), trung bình là $2693,36 \pm 10249,32$ UI/L nhưng phổ biến nhất là trong khoảng 5–500 UI/L (54,3%). Điều đáng lưu ý là có một số trường hợp có beta-hCG < 5 UI/L nhưng vẫn cần can thiệp hút lại tổ chức sót, đồng thời cũng có các trường hợp có nồng độ beta-hCG rất cao (>100000 UI/L). Trường hợp beta-hCG rất thấp (<5 UI/L) có thể phản ánh tình trạng tổ chức rau còn sót nhưng không còn hoạt động nội tiết (tổ chức hoại tử, mô nhau thoái hóa...). Ở các bệnh nhân này, triệu chứng lâm sàng như ra máu kéo dài, hình ảnh khối âm vang trong buồng tử cung trên siêu âm vẫn đóng vai trò quyết định trong chỉ định điều trị. Điều này nhấn mạnh rằng: beta-hCG thấp không loại trừ sót rau, và không thể dùng đơn độc chỉ số này để loại trừ chẩn đoán. Ngược lại, các trường hợp có beta-hCG rất cao (ví dụ: 117428 UI/L) cần được cân nhắc kỹ lưỡng. Mặc dù nhiều bệnh nhân trong nhóm này chỉ có tổ chức nhau còn sót, song vẫn cần loại trừ các nguyên nhân khác như thai trứng bán phần, toàn phần, hoặc các bệnh lý nguyên bào

nuôi nhất là khi lâm sàng không điển hình. Do đó, xét nghiệm beta-hCG đóng vai trò quan trọng trong: Hỗ trợ chẩn đoán, phân loại nguy cơ loại trừ các nguyên nhân ác tính hoặc không điển hình, và theo dõi sau điều trị, nhằm đánh giá hiệu quả và phát hiện tái phát hoặc tổ chức nhau còn sót tiềm ẩn. Tuy nhiên, cần nhấn mạnh rằng xét nghiệm beta-hCG chỉ có ý nghĩa khi kết hợp với lâm sàng và siêu âm, không nên sử dụng đơn lẻ để đưa ra quyết định điều trị [7].

Trên siêu âm, có đến 94,4% trường hợp phát hiện khối âm vang không đồng nhất trong buồng tử cung – dấu hiệu kinh điển của sót rau. Kết quả này phù hợp với báo cáo của Sellmyer et al. (2013), cho rằng hình ảnh âm vang không đồng nhất trong nội mạc tử cung dày > 10 mm có độ nhạy cao trong chẩn đoán sót rau [8]. Cũng theo hướng dẫn của WHO về sót rau, siêu âm là tiêu chuẩn hàng đầu để phát hiện sót rau sau phá thai, đặc biệt với hình ảnh khối âm vang không đồng nhất trong buồng tử cung [4]. Tuy nhiên, vẫn có 5,6% có hình ảnh niêm mạc tử cung không đều trên siêu âm, cho thấy siêu âm không thể thay thế hoàn toàn lâm sàng và cần kết hợp với beta-hCG và theo dõi triệu chứng.

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân sót rau sau đình chỉ thai quý 1 tuổi trung bình là $34,53 \pm 6,27$, đa số tuổi thai dưới 7 tuần chiếm 72,6%, có triệu chứng lâm sàng chủ yếu là ra máu âm đạo kéo dài với lượng máu ra ít. Tình trạng ra máu trung bình kéo dài khoảng $18,73 \pm 16,57$ ngày, trong đó tỉ lệ ra máu ≥ 21 ngày chiếm cao nhất (39,3%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian ra máu giữa phương pháp đình chỉ thai nội khoa và ngoại khoa. Thiếu máu mức độ nhẹ và trung bình chiếm tỉ lệ thấp, tỉ lệ đau bụng và sốt không cao, dẫn đến dễ bị bỏ sót nếu không theo dõi chặt chẽ.

Cận lâm sàng có siêu âm là công cụ quan trọng trong chẩn đoán, với 94% bệnh nhân có hình ảnh khối âm vang không đồng nhất trong buồng tử cung. Beta-hCG là một xét nghiệm hỗ trợ hiệu quả trong chẩn đoán và có ý nghĩa khi kết hợp với lâm sàng và siêu âm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abortion Rates by Country** 2024. Accessed June 3, 2024. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/abortion-rates-by-country>
2. **Chen J, Zhang Y, Wu Z, Qian H.** Complications of medical abortion: a review. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;150(2):123–130.
3. **Nguyễn Thị Lan Hương.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sót rau sau phá thai nội khoa. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2020;

- 493(2):45–50.
4. **World Health Organization (WHO).** Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: WHO; 2014.
 5. **Nguyễn Thị Minh Hạnh.** Nghiên cứu sót rau sau phá thai nội khoa tại Bệnh viện Từ Dũ, Tạp chí Y học TP. HCM, 2019.
 6. **Reeves MF, Monmaney JA, Creinin MD.** Predictors of uterine evacuation following early medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception.* 2016;93(2):119-125
 7. **Lee Seung Min, Jun Jin Kyung, Song Jung Yun, et al.** Use of serum hCG measurements to diagnose retained products of conception. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics.* 2010;108(1):50–52.
 8. **Sellmyer MA, Desser TS, Maturen KE, Jeffrey RB Jr, Kamaya A.** Physiologic, histologic, and imaging features of retained products of conception. *Radiographics.* 2013; 33(3):781-796.

ĐẶC ĐIỂM XƠ GAN, BIẾN CHỨNG VÀ TỬ VONG CỦA BỆNH NHÂN TEO ĐƯỜNG MẬT CÓ CHỈ ĐỊNH GHEP GAN TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Nguyễn Hồng Vân Khánh¹, Bùi Thanh Liêm², Hồ Phi Duy¹,
Trịnh Nguyễn Hạ Vi^{1,2}, Dương Thị Thanh¹, Lê Lâm Anh Thy¹,
Trương Thị Yến Nhi¹, Trần Thanh Tri^{1,3}, Bùi Quang Vinh²

TÓM TẮT

Giới thiệu: Teo đường mật (TĐM) là nguyên nhân phổ biến gây vàng da ứ mật ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi, chiếm 25 – 40%. Sau phẫu thuật Kasai, 1/3 trẻ TĐM cần ghép gan sớm trong 24 tháng và 80% cần ghép gan trong 20 năm. Chỉ định ghép gan liên quan TĐM chiếm 50% số lượng các ca ghép ở trẻ em. Tại Việt Nam, số lượng bệnh nhi hiện có chỉ định ghép gan còn nhiều và đa số các trường hợp này bị TĐM. Nghiên cứu chúng tôi khảo sát nhóm bệnh nhân TĐM chờ ghép gan này. **Đối tượng và Phương pháp:** Tiến cứu, mô tả có phân tích. Tất cả các bệnh nhi TĐM có chỉ định ghép gan tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 được đưa vào nghiên cứu và theo dõi từ 05/2023 đến 08/2024. Biến số quan trọng gồm: đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ nặng và biến chứng của bệnh gan mạn, kết cục được ghép gan hay tử vong của bệnh nhi. **Kết quả:** Có 99 trường hợp (TH) TĐM có chỉ định ghép gan được đưa vào nghiên cứu. Bệnh nhi chủ yếu thuộc phân loại Child B và C (94,9%). Điểm PELD trung vị là 17 (13 – 22). Nhóm bệnh có PELD ≥ 10 hay MELD ≥ 15 chiếm 88,9%. Biến chứng thường gặp nhất là tăng áp cửa, gặp ở 83,8% TH (83/99), trong đó 23/83 TH (27,7%) có xuất huyết tiêu hoá; nhiễm trùng đường mật gặp ở 60,6% TH (60/99). Trong quá trình nghiên cứu, 16/97 TH (16,5%) tử vong, trong đó, 1 TH tử vong sau ghép gan. Chỉ có 10 TH (10,1%) được ghép gan. Các yếu tố liên quan đến tử vong gồm: tuổi nhỏ, không được phẫu thuật Kasai, báng bụng, dẫn lưu mật thất bại, GGT thấp, bilirubin tăng, albumin thấp, INR tăng, điểm Child – Pugh cao, phân loại Child – Pugh mức C,

điểm PELD cao, WA < – 2SD, suy dinh dưỡng cấp nặng. Trong đó, chỉ có đặc điểm không được phẫu thuật Kasai là yếu tố tiên lượng độc lập cho tử vong. **Kết luận:** Trẻ TĐM có chỉ định ghép gan là dân số bệnh nặng và có nhiều biến chứng với đa số các bệnh nhi có PELD hoặc MELD cao, và phân độ Child – Pugh mức B, C. Tỷ lệ tử vong chờ ghép là 16,5%, trong khi đó tỷ lệ trẻ được ghép gan còn thấp, chỉ đạt 10,1%. Không được phẫu thuật Kasai là yếu tố nguy cơ độc lập cho tử vong của nhóm trẻ teo đường mật có chỉ định ghép gan.

Từ khóa: Teo đường mật, ghép gan trẻ em, xơ gan, bệnh gan mạn giai đoạn cuối.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CIRRHOSIS, COMPLICATIONS, AND MORTALITY OF PATIENTS WITH BILIARY ATRESIA ON THE LIVER TRANSPLANT WAITING LIST AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

Introduction: Biliary atresia (BA) is a most common cause of cholestatic jaundice in neonates and infants, accounting for 25–40% of cases. After Kasai surgery, one-third of children with BA require liver transplantation (LT) within 24 months, and 80% within 20 years. BA-related indications account for 50% of pediatric LT transplants. In Vietnam, the number of children currently indicated for LT remains high, with the majority of cases being BA. This study was conducted to analyze the group of BA patients awaiting LT. **Patients and Methods:** This is a prospective, descriptive-analytical study. All BA patients indicated for LT at Children's Hospital 2 were enrolled and followed from May 2023 to August 2024. Important variables included epidemiological, clinical, and laboratory characteristics, severity and complications of chronic liver disease, and patient outcomes (either transplanted or mortality). **Results:** A total of 99 BA cases indicated for LT were included in the study. Most patients were classified as Child-Pugh B and C (94.9%). The median PELD score was

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2, TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Tây Đô, Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Vân Khánh

Email: drvankhanh1106@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.6.2025

Ngày duyệt bài: 24.7.2025