

vết thương, ra viện lần lượt là 13 và 14 ngày sau mổ. Kết quả lâm sàng về chức năng khớp háng khi khám lại đều đạt kết quả rất tốt.

IV. KẾT LUẬN

TKH - TTLT là PT đạt hiệu quả cao, đặc biệt trong 6 tuần đầu sau mổ, BN hồi phục nhanh và chức năng vận động khớp rất tốt. PT hoàn toàn có thể tiến hành trên các bàn PT thông thường mà không cần sử dụng bàn chỉnh hình. Tuy nhiên, tỉ lệ biến chứng vết mổ và gãy xương còn cao khi “đường cong học tập” chưa đủ. Chính vì vậy, PT viên muốn chuyển đổi sang kĩ thuật này cần thiết phải được đào tạo bài bản, lựa chọn BN phù hợp trong giai đoạn đầu tiên

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phú HMT, Ninh PĐ.** Thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng kĩ thuật xâm nhập tối thiểu đường mổ trước với bàn mổ chỉnh hình. Tạp Chí Học Việt Nam. 2017;455(2):15-19.
2. **Kong X, Grau L, Ong A, Yang C, Chai W.** Adopting the direct anterior approach: experience and learning curve in a Chinese patient population. J Orthop Surg. 2019;14(1):218. doi:10.1186/s13018-019-1272-0
3. **Jungwirth-Weinberger A, Do HT, Krell EC, Valle AGD, Chalmers BP, Boettner F.** Blood management in direct anterior versus posterior primary total hip arthroplasty using tranexamic acid: a matched cohort study. Arch Orthop Trauma Surg. 2021;143(1):91-95. doi:10.1007/s00402-021-03965-2
4. **Dunn H, Rohlfing G, Kollmorgen R.** A comparison of leg length discrepancy between

direct anterior and anterolateral approaches in total hip arthroplasty. Arthroplasty. 2020;2(1):30. doi:10.1186/s42836-020-00051-7

5. **Barrett WP, Turner SE, Leopold JP.** Prospective Randomized Study of Direct Anterior vs Postero-Lateral Approach for Total Hip Arthroplasty. J Arthroplasty. 2013;28(9):1634-1638. doi:10.1016/j.arth.2013.01.034
6. **Berend KR, Lombardi AV, Seng BE, Adams JB.** Enhanced Early Outcomes with the Anterior Supine Intermuscular Approach in Primary Total Hip Arthroplasty. J Bone Jt Surg. 2009; 91 (Supplement 6): 107-120. doi:10.2106/JBJS.I.00525
7. **Barnett SL, Peters DJ, Hamilton WG, Ziran NM, Gorab RS, Matta JM.** Is the Anterior Approach Safe? Early Complication Rate Associated With 5090 Consecutive Primary Total Hip Arthroplasty Procedures Performed Using the Anterior Approach. J Arthroplasty. 2016;31(10): 2291-2294. doi:10.1016/j.arth.2015.07.008
8. **Van Den Eeden Y, Van Den Eeden F.** Learning curve of direct anterior total hip arthroplasty: a single surgeon experience. Acta Orthop Belg. 2018;84(3):321-330.
9. **Carlson SW, Taunton MJ.** Diagnosing and Managing Complications from the Anterior Approach. In: Matta JM, Sah AP, eds. Anterior Hip Replacement: From Origin to Current Advanced Techniques. Springer International Publishing; 2022: 137-146. doi:10.1007/978-3-030-91896-5_12
10. **Suarez JC, Rodriguez SH.** The Learning Curve for the Anterior Approach: Early, Middle, and How It Continues. In: Matta JM, Sah AP, eds. Anterior Hip Replacement: From Origin to Current Advanced Techniques. Springer International Publishing; 2022:51-61. doi:10.1007/978-3-030-91896-5_5

TỶ LỆ PHẪU THUẬT BẢO TỒN BUỒNG TRỨNG TRONG ĐIỀU TRỊ U BUỒNG TRỨNG XOẮN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Võ Phương Nhi¹, Nguyễn Xuân Vũ¹

TÓM TẮT

Xoắn buồng trứng là một cấp cứu phụ khoa. Hai phương pháp phẫu thuật điều trị chủ yếu là bảo tồn buồng trứng và cắt phần phụ. Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG 2019) khuyến cáo phẫu thuật tháo xoắn và bảo tồn buồng trứng với bất kể hình dạng của buồng trứng. Phẫu thuật viên không nên cắt phần phụ bị xoắn trừ khi việc cắt phần phụ là không thể tránh khỏi, chẳng hạn như buồng trứng bị hoại tử nghiêm trọng. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn buồng trứng trong điều trị u buồng trứng xoắn tại

Bệnh viện Hùng Vương từ 01/2020 - 03/2023. Xác định mối liên quan giữa tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn buồng trứng trong điều trị u buồng trứng xoắn với: yếu tố tuổi, đặc điểm sản phụ khoa, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (bach cầu máu, siêu âm) và đặc điểm u buồng trứng lúc phẫu thuật. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu trên 355 bệnh nhân bị u buồng trứng xoắn tại bệnh viện Hùng Vương từ 01/2020 - 03/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn buồng trứng là 67% với KTC 95% [59,3% - 71,3%]. Các yếu tố liên quan làm tăng tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn buồng trứng: nhóm dưới 18 tuổi cao hơn nhóm trên 45 tuổi 12,5 lần, KTC 95% [1,9-82,1], nhóm 18 - 45 tuổi cao hơn nhóm trên 45 tuổi 2,1 lần KTC 95% [1,7-6,3]. Thời gian từ lúc bệnh nhân khởi phát đau bụng đến lúc được nhập viện: 24 - 48 giờ cao hơn thời gian đau trên 48 giờ là 3,6 lần, KTC 95% [1,3-10]. Không có triệu chứng nôn, buồn nôn cao hơn 7,2 lần KTC 95% [3,1-16,9]. Số vòng xoắn: 01 vòng có tỷ lệ bảo tồn cao hơn xoắn từ 03 vòng trở lên

¹Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Vũ

Email: bsxuanvu@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 12.11.2025

6,6 lần KTC 95% [2,6-17,2]. 02 vòng cao hơn xoắn từ 03 vòng trở lên 3,8 lần KTC 95% [1,6-8,7]. **Kết luận:** Tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn buồng trứng tại bệnh viện Hùng Vương là 67%. Các yếu tố liên quan làm tăng tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn buồng trứng bao gồm: tuổi bệnh nhân trẻ hơn, thời gian từ lúc đau bụng đến nhập viện ngắn hơn, không có triệu chứng nôn, buồn nôn và số vòng xoắn buồng trứng ít hơn. **Từ khóa:** u buồng trứng xoắn, bảo tồn buồng trứng

SUMMARY

THE PROPORTION OF CONSERVATIVE SURGERY OF OVARIAN TORSION AND RELATED FACTORS AT HUNG VUONG HOSPITAL

Background: Ovarian torsion is a gynecological emergency. The two main surgical treatment methods are ovarian conservation and adnexectomy. The ACOG 2019 recommends a minimally invasive surgical approach with detorsion and preservation of the adnexal structures regardless of the appearance of the ovary. A surgeon should not remove a torsed ovary unless oophorectomy is unavoidable, such as when a severely necrotic ovary falls apart. **Objectives:** Determine the rate of ovarian conservation surgery in the treatment of ovarian torsion at Hung Vuong Hospital from January 2020 to March 2023. Determine the relationship between the rate of ovarian preservation surgery in the treatment of ovarian torsion with: age, obstetric and gynecological characteristics, clinical symptoms and paraclinical tests (leukemia, ultrasound) and ovarian tumor characteristics at surgery. **Methods:** Retrospective cross-sectional study on 355 patients with ovarian torsion at Hung Vuong hospital from January 2020 to March 2023. **Results:** The proportion of ovarian preservation surgery was 67% with 95% CI [59.3% - 71.3%]. Related factors that increase the rate of ovarian preservation surgery include: the age group under 18 years old is 12.5 times higher than the group over 45 years old, 95% CI [1.9-82.1], the 18 - 45 year olds are 2.1 times higher than those over 45 years old, 95% CI [1.7-6.3]. Time from the patient's onset of abdominal pain to admission to the hospital: 24 - 48 hours is 3.6 times higher than pain duration over 48 hours 95% CI [1,3-10]. Without symptoms of vomiting, nausea is 7.2 times higher than the 95% CI [3.1-16.9]. Number of twists: 1 twist has a higher conservation rate than 3 twists or more, 6.6 times 95% CI [2.6-17.2] and 2 twists is 3.8 times higher than 3 twists or more than 95% CI [1.6-8.7]. **Conclusions:** The rate of ovarian preservation surgery at Hung Vuong hospital is 67%. Related factors that increase the rate of ovarian preservation surgery include: younger patient age, shorter time from abdominal pain onset to hospitalization, no symptoms of vomiting or nausea, and number of ovarian twists less than.

Keywords: ovarian torsion, ovarian conservation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xoắn buồng trứng (BT) là một cấp cứu phụ khoa, chiếm khoảng 2,7-3% các trường hợp phẫu thuật cấp cứu phụ khoa, đứng thứ 4 trong các nguyên nhân cấp cứu phụ khoa thường

gặp.^{1,2} Triệu chứng cơ năng và thực thể của XBT không rõ ràng và không đặc hiệu, nên rất dễ nhầm với các bệnh cảnh lâm sàng khác.³⁻⁵ Khi các triệu chứng lâm sàng càng rõ dần, càng nặng dần, sự bảo tồn buồng trứng sẽ giảm dần theo thời gian.⁶

Tiêu chuẩn vàng để điều trị u buồng trứng (UBT) xoắn là phẫu thuật (PT) và đây cũng là cách duy nhất để chẩn đoán xác định tình trạng xoắn của BT.⁷ Hai phương pháp PT điều trị chủ yếu là bảo tồn BT và cắt phần phụ được thực hiện qua nội soi hoặc mở bụng. Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG 2019) khuyến cáo PT tháo xoắn và bảo tồn BT với bất kể hình dạng của BT. PT viên không nên cắt phần phụ bị xoắn trừ khi việc cắt phần phụ là không thể tránh khỏi, chẳng hạn như BT bị hoại tử nghiêm trọng.⁸ Việc quyết định cắt phần phụ hay bảo tồn BT hiện nay chủ yếu dựa vào kinh nghiệm và nhận định của PT viên.⁹⁻¹⁰ Điều trị bảo tồn BT có nhiều phương pháp bao gồm việc tháo xoắn đơn thuần, tháo xoắn và chọc hút UBT, hoặc tháo xoắn và bóc UBT.

Bệnh viện Hùng Vương là một trong hai bệnh viện chuyên khoa Phụ Sản hàng đầu miền Nam Việt Nam, nơi tiếp nhận nhiều trường hợp cấp cứu phụ khoa, trong đó có khoảng 13-15 trường hợp nghi ngờ xoắn BT mỗi tháng. Từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá: "*Tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn buồng trứng trong điều trị u buồng trứng xoắn và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Hùng Vương*".

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định tỷ lệ PT bảo tồn BT trong điều trị UBT xoắn tại bệnh viện Hùng Vương từ 01/2020 đến 03/2023.

2. Xác định mối liên quan giữa tỷ lệ PT bảo tồn BT trong điều trị UBT xoắn với: yếu tố tuổi, đặc điểm sản phụ khoa, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (bạch cầu máu, siêu âm), đặc điểm UBT lúc phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi thu nhận vào nghiên cứu những bệnh nhân được chẩn đoán xác định và xử trí UBT xoắn bằng PT tại Bệnh viện Hùng Vương 01/2020 - 03/2023 đến khi đủ cỡ mẫu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trường hợp PT thiếu số vòng xoắn, thiếu mô tả màu sắc BT, chẩn đoán sau PT xoắn ống dẫn trứng, xoắn cấu trúc cạnh phần phụ (nang cạnh phần phụ) đơn độc.

2.3. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu tính bằng công thức ước lượng một tỷ lệ, với $\alpha=0,05$, hằng số phân

phối chuẩn $Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$ và sai số ước tính $d=0,05$. Chúng tôi tham khảo tỷ lệ PT bảo tồn BT của tác giả Phạm Văn Soạn¹⁴ với $p=0,639$, từ đó cỡ mẫu cho nghiên cứu là 355 trường hợp.

2.4. Chọn mẫu

Bước 1: Sàng lọc đối tượng tham gia nghiên cứu. Sử dụng phần mềm quản lý bệnh nhân Hsoft của Bệnh viện Hùng Vương, lọc ra danh sách bệnh nhân có mã ICD-10¹⁵ N83.5 “Xoắn buồng trứng, cuống buồng trứng và vòi trứng” 69 từ ngày được thông qua y đức hồi cứu trở về trước để lập danh sách chọn mẫu các bệnh nhân nêu trên.

Bước 2: Chọn đối tượng vào tham gia nghiên cứu. Tiếp tục dựa trên phần mềm kiểm tra các bệnh nhân có được PT hay không và chẩn đoán sau PT. Nếu không được PT hoặc chẩn đoán sau PT không phải là UBT xoắn thì loại bệnh nhân khỏi nghiên cứu.

Bước 3: Thu nhận thông tin của các đối tượng nghiên cứu. Xem hồ sơ và ghi nhận các thông tin theo phiếu thu thập số liệu và loại những trường hợp không thỏa điều kiện chọn mẫu.

Bước 4: Kết thúc nghiên cứu.

Dữ liệu được kiểm tra, mã hóa, nhập liệu và quản lý bằng phần mềm EPIDATA 3.1, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu không tiếp xúc trực tiếp với đối tượng nghiên cứu, được chấp thuận của Hội đồng đạo đức bệnh viện Hùng Vương theo Quyết định số: 6510/HĐĐĐ - BVHV ngày 26/12/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm cơ bản của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1. Tuổi trung bình của 355 phụ nữ trong nghiên cứu là $32 \pm 12,4$ tuổi (10-82 tuổi), đa số các trường hợp nằm trong nhóm tuổi sinh sản 18-45 tuổi chiếm 76,9% và bệnh nhân chưa có con hoặc 1 con cao gấp 2 lần những bệnh nhân có từ 2 con trở lên. UBT xoắn trong thai kỳ kiểm khoảng 17%, tập trung 3 tháng đầu thai kỳ và chủ yếu xảy ra ở những bệnh nhân chưa có tiền căn PT bụng – chậu.

Bảng 1. Đặc điểm cơ bản của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n=355)	Tỷ lệ %
Tuổi		
Tuổi trung bình	$32 \pm 12,4$ (10-82)	
< 18 tuổi	36	10,1
18-45 tuổi	273	76,9
>45 tuổi	46	13
Số con		
0 - 1 con	228	64,2
≥ 2 con	127	35,8

Tình trạng thai kỳ		
Không mang thai	295	83,1
Có thai	60	16,9
Thai kỳ		
Tuổi thai trung bình	$11,9 \pm 8,3$ (5-36)	
3 tháng đầu	43	12,1
3 tháng giữa	6	1,7
3 tháng cuối	5	1,4
Hậu sản	6	1,7
Tiền căn phẫu thuật bụng-chậu		
Không	280	78,9
01 lần	50	14,1
02 lần	16	4,5
≥ 03 lần	9	2,5

Triệu chứng lâm sàng UBT xoắn ghi nhận trong Bảng 2. 100% các trường hợp trong nghiên cứu có triệu chứng đau bụng, với tính chất đau dữ dội (82,8%). 136 bệnh nhân (38,3%) có thời gian từ lúc đau bụng đến lúc nhập viện dưới 24 giờ và chỉ có 27 bệnh nhân (7,6%) là có phản ứng thành bụng. Triệu chứng thường gặp tiếp theo là buồn nôn, nôn (56,3%), sốt (2%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng

Đặc điểm	Tần số (n=355)	Tỷ lệ %
Đau bụng		
Có	355	100
Tính chất đau		
Âm ỉ	61	17,2
Dữ dội	294	82,8
Thời gian đau- nhập viện		
<24 giờ	136	38,3
24-48 giờ	106	29,9
>48 giờ	113	31,8
Phản ứng thành bụng		
Có	27	7,6
Không	328	92,4
Buồn nôn, nôn		
Có	200	56,3
Không	155	43,7
Sốt		
Có	7	2
Không	348	98

Cận lâm sàng khảo sát trong nghiên cứu gồm bạch cầu máu và siêu âm. Bạch cầu máu trung bình $11,4 \pm 3,8$ K/ μ L (3,5 - 27,2 K/ μ L). Bạch cầu máu tăng nhẹ chiếm 47%. Các khối u có kích thước trên 5cm chiếm đa số 87,3%. Các dấu hiệu gợi ý UBT xoắn, dấu cuống xoắn trên SA ghi nhận được 78% số trường hợp, dấu xoáy nước có 49,6% trường hợp, nang trứng ngoại vị hay phù nề mô BT chiếm 25,6% trường hợp. Siêu âm phổ Doppler dòng mạch máu ghi nhận tín hiệu dòng chảy mạch máu đến BT bất thường là 51,8%.

Bảng 3. Đặc điểm bạch cầu và siêu âm của đối tượng

Đặc điểm	Tần số (n=355)	Tỷ lệ %
Bạch cầu		
Trung bình	11,4±3,8	
≤ 10,5 K/ μ L	128	36,1
10,5-15 K/ μ L	167	47
≥ 15 K/ μ L	60	16,9
Siêu âm		
Kích thước u		
Trung bình	87,5±34,2	
≤ 5cm	45	12,7
> 5 cm	310	87,3
Dấu cuống xoắn		
Có	277	78
Không	78	22
Dấu xoáy nước		
Có	176	49,6
Không	179	50,4
Dòng chảy mạch máu		
Không thông tin	51	14,4
Dòng chảy mạch máu bình thường	120	33,8
Dòng chảy mạch máu bất thường	184	51,8
Phù nề mô BT		
Có	91	25,6
Không	264	74,4
Dịch ổ bụng		
Có	239	67,3
Không	116	32,7

Nghiên cứu ghi nhận từ khi bệnh nhân được nhập viện đến lúc được phẫu thuật dưới 12 giờ có tỷ lệ 92,7%. Số bệnh nhân được PT nội soi là 178 bệnh nhân gần như bằng với số lượng PT mở bụng. 149 trường hợp (42%) BT bị xoắn còn màu hồng và 100 trường hợp (28,2%) BT đã tím đen. Số vòng xoắn được ghi nhận nhiều nhất là xoắn 2 vòng 146 bệnh nhân (41,1%), nghiên cứu ghi nhận trường hợp xoắn nhiều nhất là 5 vòng.

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật của đối tượng

Đặc điểm	Tần số (n=355)	Tỷ lệ %
Thời gian nhập viện - phẫu thuật		
<12 giờ	329	92,7
12-24 giờ	14	3,9
>24 giờ	12	3,4
Phương pháp PT		
Mở bụng	177	49,9
Nội soi	178	50,1
Màu sắc BT		
Hồng	149	42
Tím	100	28,2
Tím đen	106	29,9
Số vòng xoắn		
1 vòng	124	34,9

2 vòng	146	41,1
≥3 vòng	85	23,9

Trong 355 trường hợp nghiên cứu ghi nhận được có 238 trường hợp được PT bảo tồn BT, tháo xoắn bóc UBT. Và 117 trường hợp cắt phần phụ bị xoắn chiếm tỷ lệ 33%. Tỷ lệ PT bảo tồn BT là 67%, với KTC 95% [59,3-71,3%].

Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận được: u lành tính chiếm 98%, trong đó thường gặp nhất là u bọc bì 41,7%. Có 7 kết quả giải phẫu bệnh ác tính, chiếm 2% và 01 trường hợp u tế bào hạt thể thanh xuân được PT bảo tồn BT (do bệnh nhân chưa có con nên không mổ lần 2).

Bảng 5. Đặc điểm giải phẫu bệnh UBT xoắn

Giải phẫu bệnh	Tần số (n=355)	Tỷ lệ %
U bọc bì lành tính	148	41,7
U tuyến dịch trong lành tính	101	28,5
Nang hoàng thể, nang noãn	47	13,2
U tuyến dịch nhầy lành tính	27	7,6
U sợi bào lành tính	15	4,2
U lạc nội mạc tử cung	10	2,8
U ác buồng trứng	7	2

Kết quả giải phẫu bệnh ngoài ghi nhận bản chất mô UBT còn ghi nhận được mức độ tổn thương vi thể. Mô BT bình thường là 234 trường hợp (65,9%) và hoại tử mô BT là 14 trường hợp (3,9%). Những trường hợp PT viên nghi ngờ hoại tử trên đại thể (BT có màu tím đen) và quyết định cắt phần phụ bị xoắn 93 trường hợp thì chỉ có 13 trường hợp (14%) thật sự hoại tử trên giải phẫu bệnh và 30 trường hợp (32,2%) mô BT bình thường. Có 1 trường hợp BT hoại tử thật sự được cắt lọc mô BT bị hoại tử, bảo tồn BT và không ghi nhận biến chứng hậu phẫu.

Bảng 6. Mức độ tổn thương vi thể trên giải phẫu bệnh

Mức độ tổn thương vi thể	Tần số (n=355)	Tỷ lệ %
Bình thường	234	65,9
Sung huyết-xuất huyết	107	30,1
Hoại tử	14	3,9
Mức độ tổn thương vi thể	BT tím đen + Cắt phần phụ (N=93)	Tỷ lệ %
Bình thường	30	32,2
Sung huyết-xuất huyết	50	53,8
Hoại tử	13	14

Khi dùng mô hình hồi quy đa biến phân tích các yếu tố ghi nhận các đặc điểm liên quan đến tỷ lệ PT bảo tồn BT. Tuổi liên quan nghịch chiều đến khả năng bảo tồn BT, nhóm tuổi càng dưới 45 tuổi có tỷ lệ bảo tồn buồng trứng cao. Triệu chứng nôn, buồn nôn liên quan đến tỷ lệ bảo tồn BT. Thời gian từ lúc đau bụng đến lúc nhập viện

trong khoảng từ 24 đến 48 giờ có khả năng bảo tồn BT cao hơn 3,6 lần so với nhập viện trên 48 giờ đau bụng. Những BT có số vòng xoắn từ 01

vòng và 02 vòng đều có tỷ lệ bảo tồn BT cao hơn so với những BT xoắn 03 vòng trở lên.

Bảng 7. Mối liên quan đa biến của các yếu tố liên quan và tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn buồng trứng

Đặc điểm	Cắt phần phụ (n=117) (%)	Bảo tồn BT (n=238) (%)	OR*	KTC* 95%	p*
Tuổi					
>45	37 (80,4)	9 (19,6)	1		
18-45	74 (27,1)	199 (72,9)	2,1	1,7-6,3	0,000
<18	6 (16,7)	30 (83,3)	12,5	1,9-82,1	0,000
Nôn buồn nôn					
Có	94 (47)	106 (53)	1		
Không	23 (14,8)	132 (85,2)	7,2	3,1-16,9	0,000
Thời gian đau bụng - nhập viện					
>48 giờ	52 (46)	61 (54)	1		
24-48 giờ	48 (45,3)	58 (54,7)	3,6	1,3-10	0,000
<24 giờ	17 (12,5)	119 (87,5)	2,5	0,9-7,4	0,092
Số vòng xoắn					
≥3 vòng	47 (55,3)	38 (44,7)	1		
2 vòng	46 (31,5)	100 (68,5)	3,8	1,6-8,7	0,002
1 vòng	24 (19,4)	100 (80,6)	6,6	2,6-17,2	0,000

OR*: OR hiệu chỉnh, KTC* 95%: KTC 95% hiệu chỉnh, p*: giá trị p hiệu chỉnh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn buồng trứng trong điều trị u buồng trứng xoắn

Bảng 8. Tỷ lệ PT bảo tồn BT trong nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác

Tác giả	Năm	Nơi nghiên cứu	Tỷ lệ bảo tồn BT(%)
Lý Thị Hồng Vân ¹⁶	2009	BV Phụ sản Trung Ương	44,9
Phạm Văn Soan ¹⁴	2016	Phụ sản Hà Nội	63,9
Nguyễn Châu Trí ¹⁷	2019	BV Từ Dũ	66,6
Yong-xue Wang và cs ¹²	2020	Bắc Kinh	64,6
Đinh Quốc Hưng ¹⁸	2020	BV Phụ sản Trung Ương	73,2
Maria Novoa ¹⁹	2021	Mỹ	20,4
Odelia Yaakov ²⁰	2022	Israel	98,7
Chúng tôi	2023	BV Hùng Vương	67

Kết quả tỷ lệ PT bảo tồn BT trong nghiên cứu chúng tôi là 67%. Kết quả này tương đồng với tác giả Yong-xue Wang¹⁴ thực hiện hồi cứu trên đối tượng phụ nữ mang thai và các tác giả trong nước như tác giả Phạm Văn Soan thực hiện trong 5 năm với 122 mẫu được ghi nhận. Tác giả Nguyễn Châu Trí tại BV Từ Dũ cũng có tỷ lệ 66,6% và tác giả Đinh Quốc Hưng.

Cùng được thực hiện tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương, nhưng trong nghiên cứu của tác giả

Lý Thị Hồng Vân¹⁶ báo cáo 2009 tỷ lệ bảo tồn BT 44,9% thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong khi tác giả Đinh Quốc Hưng 2019 thì tỷ lệ bảo tồn BT đã tăng cao đến 73,2%. Sự khác biệt này có thể do, trong giai đoạn của tác giả Hồng Vân kỹ thuật nội soi chưa phát triển nhiều, còn toàn bộ mẫu của tác giả Đinh Quốc Hưng đều được PT nội soi 100%. Và càng ngày các biến chứng hậu phẫu người ta lo sợ như: huyết khối, tắc mạch, nhiễm trùng nhiễm độc đã được chứng minh không có sự khác biệt giữa bảo tồn hay cắt bỏ phần phụ, nên ủng hộ cho quyết định bảo tồn BT của phẫu thuật viên.

Nhưng tác giả Odelia Yaakov có tỷ lệ bảo tồn cao hơn đáng kể đến 98,7%. Có thể do tiêu chuẩn chọn mẫu vào là những phụ nữ 18-45 tuổi, thời gian từ lúc có triệu chứng đến nhập viện nhỏ hơn 12 giờ và thời gian phẫu thuật nhỏ hơn 24 giờ từ lúc nhập viện, các ca xoắn ống dẫn trứng được loại khỏi nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện tại Mỹ nhưng có tỷ lệ bảo tồn BT rất thấp như nghiên cứu Maria Novoa và cs chọn mẫu ngẫu nhiên nhưng số lượng mẫu còn hạn chế, 49 mẫu trong 4 năm và đa số bệnh nhân đến viện sau 24 giờ đau bụng.

4.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ bảo tồn buồng trứng trong phẫu thuật u buồng trứng xoắn tại bệnh viện Hùng Vương. Như đã bàn luận ở trên, xoắn BT xảy ra ở những phụ nữ trẻ trong độ tuổi sinh sản là chủ yếu. Trong nghiên cứu của chúng tôi liên quan nghịch

chiều đến khả năng bảo tồn BT, phụ nữ dưới 18 tuổi và 18-45 tuổi có tỷ lệ bảo tồn BT cao hơn nhóm trên 45 tuổi lần lượt là 12,5 lần và 2,1 lần. Đồng thời cũng ghi nhận các báo cáo, nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Soạn, tuổi trung bình của nhóm bảo tồn BT là $25,8 \pm 6,97$ tuổi. Tác giả RS Mandelbaum và cs cũng ghi nhận tuổi trung bình nhóm bảo tồn BT là 23,6 tuổi, những trường hợp nhỏ hơn 20 tuổi, 20-29 tuổi và 30-39 tuổi đều có tỷ lệ bảo tồn BT cao hơn nhóm 40-49 tuổi lần lượt là 8 lần, 5,8 lần và 3,4 lần, tất cả đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Như vậy, mặc dù các nghiên cứu khác nhau nhưng đều tương đồng, tuổi là yếu tố liên quan rõ ràng đối với khả năng bảo tồn của bệnh cảnh UBT xoắn. Tuổi càng trẻ thì tỷ lệ bảo tồn BT càng tăng đã được chứng minh mối liên quan qua các nghiên cứu trong và ngoài nước.

Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đau đến nhập viện từ 24-48 giờ có tỷ lệ bảo tồn BT cao hơn so với những bệnh nhân nhập viện sau 48 giờ đau bụng 3,6 lần. Thời gian đau trên 24 giờ có mối quan liên quan với hoại tử mô BT trong nghiên cứu của Maria Novoa và cs

Triệu chứng nôn, buồn nôn là triệu chứng thường gặp thứ 2 để gợi ý đến chẩn đoán UBT xoắn trước mổ, tỷ lệ dao động từ 34,2% đến 80,5% 14,73,74 Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng nôn, buồn nôn chiếm 56,3%. Tác giả Nguyễn Châu Trí cũng báo cáo triệu chứng tiêu hóa có liên quan đến tỷ lệ bảo tồn BT và triệu chứng nôn, buồn nôn là yếu tố gây hại.

Số vòng xoắn của UBT càng nhiều thì nguy cơ tắc mạch máu càng cao và tỷ lệ cắt phần phụ càng cao. Số vòng xoắn từ 01 vòng và 02 vòng có tỷ lệ bảo tồn BT cao hơn so với xoắn 03 vòng trở lên lần lượt là 6,6 lần và 3,8 lần. Phù hợp với sinh lý bệnh của UBT xoắn, số vòng xoắn càng nhiều sự tắc mạch máu nuôi BT càng cao, nên BT càng dễ hoại tử, tương đồng với tác giả Zengyan Wang. Tác giả Nguyễn Châu Trí cũng ghi nhận mối liên quan giữa số vòng xoắn và bảo tồn BT tương tự nghiên cứu chúng tôi. Số vòng BT xoắn 02 vòng có tỷ lệ bảo tồn cao hơn những BT bị xoắn 3 vòng gấp 3,2 lần.

4.3. Đặc điểm giải phẫu bệnh. Kết quả giải phẫu bệnh của nghiên cứu chúng tôi, u bọc bì có tỷ lệ cao nhất (41,7%), u bì thường chứa chất bì, da, lông, tóc và cả xương nên khối lượng của u thường nặng hơn so với những u khác nên cũng sẽ dễ gây xoắn buồng trứng hơn. Đặc trưng của bệnh lý lạc nội mạc tử cung là tình trạng viêm mạn, dẫn đến hình thành các dây dính ổ bụng, những vẫn có những trường hợp u

lạc nội mạc BT không có lạc nội mạc sâu vùng chậu nên u vẫn di động tốt. Kết quả giải phẫu bệnh 98% là u lành tính phù hợp với UBT xoắn thường xảy ra ở những bệnh nhân trẻ tuổi (<45 tuổi). Nghiên cứu báo cáo 7 trường hợp u ác tính chiếm 2% bệnh nhân phù hợp với y văn ghi nhận tỷ lệ xoắn BT với u ác là dưới 2% trong một loạt trường hợp được báo cáo.

Khi UBT xoắn được PT chẩn đoán, lúc PT để đánh giá khả năng thiếu máu, hoại tử mô BT phẫu thuật viên thường dựa vào màu sắc của BT quan sát được. Giải phẫu bệnh ghi nhận mức độ hoại tử của mô BT trên vi thể như sau: 65,9% mô BT bình thường, 30,1% mô sung huyết - xuất huyết và chỉ có 14 trường hợp ghi nhận vi thể hoại tử mô BT (3,9%).

Xem xét các trường hợp BT quan sát thấy màu tím đen và được cắt phần phụ (93 trường hợp) vì nghi ngờ đại thể hoại tử mô BT, không còn khả năng sống và có thể gây biến chứng nếu tháo xoắn và phẫu thuật bảo tồn. Những trường hợp đã được đánh giá mức độ tổn thương trên vi thể giải phẫu bệnh lại chỉ có 13 trường hợp hoại tử thật sự (14%), 50 trường hợp sung huyết - xuất huyết (53,8%) và 30 trường hợp bình thường (32,2%). Trong nghiên cứu của Maria Novoa và cs báo cáo trong 32 trường hợp BT tím đen trên lâm sàng có 5 UBT (16%) hoại tử trên vi thể, 20 UBT sung huyết-xuất huyết (64,5%) và 6 UBT bình thường (19%), gần tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Như vậy, những buồng trứng xoắn tím đen nghi ngờ hoại tử cũng có thể được hưởng lợi từ việc tháo xoắn và cắt lọc bảo tồn BT mà không nên cắt bỏ phần phụ.

V. KẾT LUẬN

Hồi cứu 355 trường hợp, ghi nhận tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn buồng trứng tại bệnh viện Hùng Vương 01/2020-03/2023 là 67%. Các yếu tố làm tăng tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn buồng trứng: tuổi bệnh nhân trẻ hơn, thời gian từ lúc bệnh nhân khởi phát đau bụng đến lúc được nhập viện ngắn hơn, không có triệu chứng nôn, buồn nôn và số vòng xoắn buồng trứng ít hơn. Kết quả giải phẫu bệnh 98% là u lành tính, 41,7% u bì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oelsner G, Shashar D. Adnexal torsion. Clinical obstetrics and gynecology. Sep 2006;49(3):459-63. doi:10.1097/00003081-200609000-00006
2. Hibbard LT. Adnexal torsion. American journal of obstetrics and gynecology. Jun 15 1985;152(4):456-61. doi:10.1016/s0002-9378(85)80157-5
3. White M, Stella J. Ovarian torsion: 10-year perspective. Emergency medicine Australasia: EMA. Jun 2005;17(3):231-7. doi:10.1111/j.1742-6723.2005.00728.x

4. **Varras M, Tsikini A, Polyzos D, Samara C, Hadjopoulos G, Akrivis C.** Uterine adnexal torsion: pathologic and gray-scale ultrasonographic findings. Clinical and experimental obstetrics & gynecology. 2004; 31(1):34-8.
5. **Houry D, Abbott JT.** Ovarian torsion: a fifteen-year review. Annals of emergency medicine. Aug 2001;38(2):156-9. doi:10.1067/mem.2001.114303
6. **Anders JF, Powell EC.** Urgency of evaluation and outcome of acute ovarian torsion in pediatric patients. Archives of pediatrics & adolescent medicine. Jun 2005;159(6): 532-5. doi:10.1001/archpedi.159.6.532
7. **Huang C, Hong MK, Ding DC.** A review of ovary torsion. Ci ji yi xue za zhi = Tzu-chi medical journal. Jul-Sep 2017;29(3): 143-147. doi:10.4103/tcmj.tcmj_55_17
8. **Gynecologists TACoOa.** Adnexal Torsion in Adolescents: ACOG Committee Opinion No, 783. Obstetrics and gynecology. Aug 2019;134(2):e56-e63. doi:10.1097/aog.0000000000003373
9. **Wang JH, Wu DH, Jin H, Wu YZ.** Predominant etiology of adnexal torsion and ovarian outcome after detorsion in premenarchal girls. European journal of pediatric surgery: official journal of Austrian Association of Pediatric Surgery [et al] = Zeitschrift fur Kinderchirurgie. Sep 2010;20(5): 298-301. doi:10.1055/s-0030-1254110
10. **Harkins G.** Ovarian torsion treated with untwisting: second look 36 hours after untwisting. Journal of minimally invasive gynecology. May-Jun 2007;14(3):270. doi:10.1016/j.jmig.2006.10.006

GIÁ TRỊ CỦA MỘT SỐ YẾU TỐ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRONG TIÊN LƯỢNG NHU CẦU THỞ MÁY Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Trần Thị Hằng¹, Nguyễn Văn Tình²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định giá trị của một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng trong tiên lượng nhu cầu thở máy ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (ĐCBPTNMT). **Đối tượng và phương pháp:** 108 bệnh nhân ĐCBPTNMT: (43 bệnh nhân thở máy và 65 bệnh nhân không thở máy), nhập viện điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện 74 Trung ương từ 01/01/2024 – 15/9/2024, chẩn đoán ĐCBPTNMT theo tiêu chuẩn Bộ Y tế (2023). Các bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm nhập viện. Đánh giá nhu cầu thở máy theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế 2023. Phân tích tổng hợp các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng theo phương pháp hồi quy logistic đơn biến và đa biến. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ chung nam/nữ: (8,8/1), tuổi trung bình: 73,1 + 10,4, từ 42 đến 99 tuổi. Không có sự khác biệt về tuổi, giới, số đợt cấp, thời gian mắc bệnh giữa 2 nhóm. ($p > 0,05$). Giá trị tiên lượng về nhu cầu thở máy của tổ hợp lâm sàng, cận lâm sàng khi phân tích đa biến: tím tái (OR;0,08), huyết áp trung bình (OR;0,92), mMRC ≥ 3 (OR;9,62), điểm CURB-65 (OR;3,21) có giá trị độc lập tiên lượng nguy cơ thở máy trong đợt cấp của BPTNMT ($p < 0,05$). **Trong TMKXN:** AUCROC của CURB-65, BAP-65, PaCO₂: 0,67; 0,72; 0,76 ($p < 0,05$), điểm cut-off: CURB-65 > 2 Se: 47,7%, Sp: 89,8%, PaCO₂ > 56 mmHg: Se: 53,8%, Sp: 86,9, BAP-65 > 3 Se: 38,5%, Sp: 85,4%. **Trong TMXN:** AUCROC của CURB-65: 0,92, BAP-65: 0,85,

PaCO₂: 0,86 ($p < 0,05$), điểm cut-off; BAP-65 > 3 , Se: 27,3%, Sp: 100%, CURB-65 > 2 , Se: 48,8%, Sp: 97,8%, PaCO₂ > 69 mmHg, Se: 83,3%, Sp: 91,2%. **Kết luận:** Các tổ hợp triệu chứng tím tái, điểm mMRC, huyết áp trung bình thang điểm CURB -65, BAP-65, PaCO₂ có giá trị tốt trong tiên lượng nhu cầu thở máy của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Từ khóa: Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tiên lượng nhu cầu thở máy.

SUMMARY

THE VALUE OF SOME CLINICAL AND PARACLINICAL FACTORS IN PROGNOSIS THE NEED FOR MECHANICAL VENTILATION IN PATIENTS WITH ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Research objective: To determine the value of some clinical and paraclinical factors in predicting the need for mechanical ventilation in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Subjects and methods:** 108 patients with COPD (43 patients with mechanical ventilation and 65 patients without mechanical ventilation), admitted to the Department of Emergency Resuscitation - National Hospital 74 from January 1, 2024 to September 15, 2024, diagnosed with COPD according to the standards of the Ministry of Health (2023). Patients were examined clinically and paraclinically at the time of admission. Assess the need for mechanical ventilation according to the standards of the Ministry of Health 2023. Synthesize clinical and paraclinical factors by univariate and multivariate logistic regression methods. **Research results:** Overall male/female ratio: (8.8/1), mean age: 73.1 + 10.4, from 42 to 99 years old. There was no difference in age, gender, number of acute episodes, duration of

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện 74 Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tình

Email: bsnguyentinh74@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025