

kỳ trường hợp nào. Điều này có thể liên quan đến kích thước tổn thương tương đối nhỏ (1-2,2 cm) và việc đóng kín khuyết niêm mạc dự phòng sau cắt. [3]

Tá tràng là vị trí khó trong can thiệp nội soi do thành ruột mỏng, lòng ruột hẹp và giàu mạch máu dưới niêm mạc. Ngoài ra, ổ loét sau thủ thuật còn tiếp xúc với acid dạ dày, dịch mật và dịch tụy, làm tăng nguy cơ chảy máu hoặc thủng ruột. Vì vậy, việc đóng kín khuyết niêm mạc sau ESD được xem là biện pháp quan trọng giúp giảm biến chứng ruột. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp đều được đóng kín khuyết niêm mạc sau cắt bằng clip, có thể góp phần làm giảm nguy cơ biến chứng và giúp vết loét liền sẹo sau 4 tuần. [4]

Kết quả của chúng tôi cho thấy ESD có thể là phương pháp an toàn và khả thi trong điều trị các u dưới niêm mạc tá tràng kích thước nhỏ, đặc biệt khi được thực hiện bởi bác sĩ nội soi có kinh nghiệm. Tuy nhiên, nghiên cứu này cũng có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là báo cáo loạt ca với số lượng bệnh nhân nhỏ nên chưa thể đánh giá đầy đủ các yếu tố nguy cơ biến chứng. Thứ hai, hầu hết các tổn thương trong nghiên cứu đều có kích thước nhỏ, điều này có thể làm giảm tỷ lệ biến chứng. Cuối cùng, nghiên cứu chưa so sánh ESD với các phương pháp điều trị khác như EMR hoặc phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Trong loạt ca này, ESD điều trị u dưới niêm mạc tá tràng cho thấy tính khả thi và độ an toàn chấp nhận được ở các trường hợp được lựa chọn phù hợp. Đóng kín khuyết niêm mạc dự phòng sau thủ thuật có thể góp phần giảm nguy cơ chảy máu và thủng ruột. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn tại Việt Nam để đánh giá thêm hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li C, Chu Y, Lv L, et al. Safety and efficacy of endoscopic resection for the treatment of duodenal subepithelial lesions. *J Gastrointest Oncol*. 2021;12(2):856-863. doi:10.21037/jgo-20-301
2. Yi K, Kim GH, Kim SJ, et al. Long-term outcomes of endoscopic resection for duodenal neuroendocrine tumors. *Sci Rep*. 2023;13(1):17908. Published 2023 Oct 20. doi:10.1038/s41598-023-45243-8
3. Uozumi T, Abe S, Makiguchi ME, et al. Complications of endoscopic resection in the upper gastrointestinal tract. *Clin Endosc*. 2023;56(4):409-422. doi:10.5946/ce.2023.024
4. Kato M, Ochiai Y, Fukuhara S, et al. Clinical impact of closure of the mucosal defect after duodenal endoscopic submucosal dissection. *Gastrointest Endosc*. 2019;89(1):87-93. doi:10.1016/j.gie.2018.07.026

BÁO CÁO CA BỆNH U BUỒNG TRỨNG XOẮN Ở THAI PHỤ 35 TUẦN

Đoàn Văn Nam^{1,2}, Nguyễn Thị Hân^{1,2}, Phạm Thị Thùy Linh¹, Nguyễn Thị Thúy Vân¹
Lâm Thị Ngân¹, Nông Thị Thanh Quý¹, Phạm Thị Thu¹, Trần Thị Thu Trang¹

TÓM TẮT

U buồng trứng xoắn là bệnh lý cấp cứu phụ khoa, phẫu thuật là bắt buộc. U buồng trứng xoắn trong thai kỳ hiếm gặp, khó chẩn đoán và xử trí phẫu thuật cũng gặp phải khó khăn nhất định. Hầu hết bệnh lý u buồng trứng xoắn xảy ra ở quý 1 và quý 2 thai kỳ, tuy nhiên

đã có một số tác giả báo cáo trường hợp xoắn u buồng trứng và xoắn phần phụ ở quý 3. Trong bài này, chúng tôi trình bày một ca bệnh U buồng trứng xoắn trên thai phụ 35 tuần - một trường hợp hiếm gặp - cũng như cách xử lý và kết cục thai kỳ trong trường hợp này.

Từ khóa: u buồng trứng xoắn, xoắn phần phụ, thai kỳ.

SUMMARY

OVARIAN TORSION IN A PREGNANCY AT 35 WEEKS: A CASE - REPORT

Ovarian torsion is a gynecological emergency requiring surgery. Ovarian torsion during pregnancy is rare, difficult to diagnose, and presents significant surgical challenges. Most cases of ovarian torsion

¹ Trung tâm sức khỏe phụ nữ, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, Hệ thống chăm sóc sức khỏe Vinmec

² Trường khoa học sức khỏe, Đại học VinUni
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Văn Nam
Email: doannam249@gmail.com

Mã bài: N683

Ngày nhận bài: 3.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 3.3.2026

Ngày duyệt bài: 3.4.2026

occur in the first and second trimesters; however, some authors have reported cases of ovarian torsion and adnexal torsion in the third trimester. This paper presents a rare case of ovarian torsion in a 35-week pregnant woman, as well as the management and pregnancy outcome.

Key words: *ovarian torsion, adnexal torsion, pregnancy.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng là bệnh lý phụ khoa hay gặp nhất trong độ tuổi sinh đẻ. Biểu chứng hay gặp nhất là xoắn u buồng trứng, cần được phẫu thuật cấp cứu xử lý tránh hoại tử buồng trứng.

Tỷ lệ gặp u buồng trứng trong thai kỳ từ 0.3 - 5.4%[1]. U buồng trứng được chẩn đoán trong thai kỳ có thể là nang hoàng thể (u cơ năng) phát triển ở quý 1 thai kỳ. Nang này thường tự biến mất sau đó, nên u buồng trứng trong thai kỳ thường được phẫu thuật chủ động ở quý 2 (từ 14 - 16 tuần) để tránh biến chứng xoắn u.

U buồng trứng xoắn trong thai kỳ xảy ra với tỷ lệ 6/10000, chủ yếu trong quý 1[1]. Việc chẩn đoán u buồng trứng xoắn trong thai kỳ, đặc biệt trong quý 2 và quý 3, có những khó khăn khi tử cung to làm thay đổi vị trí giải phẫu của buồng trứng, các triệu chứng lâm sàng của bệnh có thể nhầm lẫn với các bệnh lý sản khoa. Tuy nhiên, phẫu thuật cần được thực hiện khẩn trương khi có chẩn đoán để bảo tồn chức năng buồng trứng. Phẫu thuật nội soi được ưu tiên trong quý 1 và quý 2 thai kỳ khi kích thước tử cung không quá to và những thay đổi huyết động học trong thai kỳ cho phép. Năm 2013, Bouet và cộng sự đã báo cáo trường hợp ca bệnh xoắn phần phụ ở tuần thai 30, được phẫu thuật nội soi thành công, tuy nhiên phương pháp phẫu thuật đơn giản chỉ tháo xoắn phần phụ[2]. Sau phẫu thuật, theo nghiên cứu của Taniel và cộng sự, tỷ lệ sảy thai khoảng 2.8%[1]. Mặt khác, trong một nghiên cứu bệnh chứng vào năm 2019 của Yair Daykan và cộng sự, với 85 trường hợp mổ xoắn phần phụ (cả qua nội soi và mổ mở) và 170 trường hợp trong nhóm chứng, cho thấy rằng tuổi thai lúc sinh của nhóm bệnh và nhóm chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê[3].

Các báo cáo về u buồng trứng xoắn trong thai kỳ chủ yếu ở quý 1 và quý 2, hiện có rất ít báo cáo liên quan đến quý 3. Oriane Bernigaud và cộng sự vào năm 2021 đã báo cáo một ca bệnh u buồng trứng phải xoắn ở thai phụ mang song thai 32 tuần 6 ngày, phẫu thuật mổ mở cắt phần

phụ phải, kết thúc thai kỳ đủ tháng bằng phương pháp đường âm đạo[4].

II. BÁO CÁO CA BỆNH U BUỒNG TRỨNG XOẮN TRÊN THAI THỤ 35 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY

Trường hợp người bệnh 26 tuổi, PARA 0000, tiền sử phát hiện U bì buồng trứng hai bên từ lúc trước mang thai, nhưng không khám định kỳ. Mang thai lần này 34 tuần 5 ngày, quá trình khám thai, người bệnh quản lý thai tại phòng khám tư, siêu âm quý 1 không đề cập đến đánh giá phần phụ.

Trước vào viện khoảng 3 giờ, người bệnh đột ngột xuất hiện đau bụng mạn sườn phải, với tính chất liên tục, điểm đau VAS 7 điểm, có lúc đau tăng trội lên thành cơn, kèm theo nôn 1 lần, không sốt, đại tiểu tiện bình thường, không có ra máu, ra nước âm đạo. Dấu hiệu sinh tồn lúc nhập viện: nhiệt độ 36.9 độ C, mạch: 95 lần/phút, HA: 120/70 mmHg.

Khám toàn trạng: tỉnh, tiếp xúc tốt; da, niêm mạc hồng; không có dấu hiệu mất nước; không có dấu hiệu nhiễm trùng; tim phổi bình thường. Ấn bụng mềm, không có phản ứng thành bụng hay cảm ứng phúc mạc, ấn đau chói vùng mạn sườn phải, phía sau tử cung. Ngoài ra, ghi nhận trương lực cơ tử cung bình thường, cơn co tử cung tần số 3, tim thai: 145 lần/phút, cổ tử cung đóng kín, dài, không có máu, không có nước theo găng.

Siêu âm cho thấy hình ảnh một thai trong buồng tử cung phát triển bình thường, không có hình ảnh bất thường sau bánh rau, ổ bụng không có dịch tự do, buồng trứng phải có khối hỗn hợp âm kích thước 10cm, Doppler không thấy tín hiệu mạch, buồng trứng trái bình thường. Hạn chế đánh giá ổ bụng do tử cung to. CTG tim thai bình thường với cơn co tử cung tần số 3, cường độ 80%.

Xét nghiệm máu: Bạch cầu: 10 G/L, NEU 77%, CRP: 1.7 mg/l, tổng phân tích nước tiểu: bạch cầu niệu âm tính, hồng cầu niệu âm tính, nitrit âm tính.

Sau thời gian theo dõi, người bệnh vẫn tiếp tục đau bụng tăng lên, nôn nhiều. Qua hội chẩn, người bệnh được phẫu thuật cấp cứu với chẩn đoán Nghi ngờ u buồng trứng phải xoắn/Thai 34 tuần 5 ngày. Đường mổ dọc giữa trên và dưới rốn kích thước 10cm, trong quá trình phẫu thuật bóc lộ khối u buồng trứng, xoắn 01 vòng, chưa có dấu hiệu hoại tử, quyết định bóc u bảo tồn

buồng trứng, ngoài ra quan sát rãnh đại tràng phải bình thường, không có dịch, không có mũ, ruột thừa kích thước bình thường. Kết thúc phẫu thuật, đóng bụng. Sau mổ người bệnh được điều trị thuốc giảm co, hồi phục tốt sau 4 ngày phẫu thuật, ra viện trong tình trạng ổn định và khám thai định kỳ. Đến 37 tuần, người bệnh xuất hiện chuyển dạ tự nhiên, kết thúc thai kỳ bằng phương pháp mổ lấy thai do chuyển dạ đình trệ, con 2600g, APGAR 9-10đ.



Hình ảnh phẫu thuật từ ca bệnh cho thấy khối u buồng trứng phải xoắn 1 vòng

III. BÀN LUẬN

3.1. Bàn luận về chẩn đoán

Trong các nguyên nhân gây đau bụng cấp, cần loại trừ các biến chứng có liên quan đến thai kỳ, như dọa đẻ non, rau bong non. Ở ca bệnh của chúng tôi, các cơn co tử cung xuất hiện nhiều nhưng không làm biến đổi cổ tử cung (đóng kín, dài), do đó chẩn đoán Dọa đẻ non được loại trừ. Bên cạnh đó, huyết áp người bệnh lúc nhập viện bình thường, không có tiền sử, yếu tố nguy cơ cao đối với rau bong non, trường lực cơ tử cung bình thường, tim thai ổn định, siêu âm không có nghi ngờ dấu hiệu tụ máu sau bánh rau. Vậy nên, liệu chẳng tình trạng đau bụng cấp ở người bệnh do một nguyên nhân cấp tính nào đó không liên quan đến thai kỳ?

Theo nghiên cứu của J Bouyou và cộng sự[5], các bệnh lý cấp cứu bụng trong thai kỳ (loại trừ nguyên nhân liên quan đến sản khoa) xảy ra với tỷ lệ 1:500-700, bao gồm các bệnh lý của đường tiêu hóa, tiết niệu, phụ khoa, mạch máu, chấn thương, cần phẫu thuật trong 0.2 - 2% trường hợp. Trong đó các bệnh lý hay gặp nhất: viêm ruột thừa cấp, viêm túi mật cấp, tắc ruột. Đối với trường hợp ca bệnh của chúng tôi, ba chẩn đoán có thể được nghĩ đến bao gồm: viêm ruột thừa cấp, viêm túi mật cấp và xoắn u buồng trứng. Với triệu chứng đau đột ngột, mức

độ đau mạnh ngay từ đầu; khám bụng mềm, không có dấu hiệu phản ứng thành bụng hay cảm ứng phúc mạc; kèm theo kết quả cận lâm sàng không có tình trạng nhiễm trùng, chúng tôi không nghĩ đến viêm ruột thừa cấp hay viêm túi mật cấp.

Các triệu chứng phổ biến của u buồng trứng xoắn là đau bụng cấp và nôn[6]. Điều này phù hợp với ca bệnh của chúng tôi. Về phương diện chẩn đoán hình ảnh, vai trò của siêu âm Doppler trong chẩn đoán U buồng trứng xoắn được thể hiện trong nghiên cứu của Viola Polena và cộng sự vào năm 2015, dấu hiệu mất tín hiệu mạch máu trên siêu âm Doppler có độ nhạy cao (từ 76 - 100%) và độ đặc hiệu cao (từ 94 - 100%)[7]. Tuy nhiên, 54% số người bệnh có U buồng trứng xoắn, trong nghiên cứu của Shadinger và cộng sự, vẫn có tín hiệu Doppler buồng trứng bình thường[6]. Khi đó, CT hoặc MRI đóng vai trò quan trọng trong hỗ trợ chẩn đoán. Ở ca bệnh của chúng tôi, triệu chứng lâm sàng điển hình kèm dấu hiệu trên siêu âm Doppler, chẩn đoán U buồng trứng xoắn là phù hợp nhất.

3.2. Bàn luận về điều trị

Phẫu thuật là biện pháp điều trị bắt buộc trong trường hợp u buồng trứng xoắn để tránh nguy cơ hoại tử buồng trứng. Lựa chọn cách thức phẫu thuật tùy vào tuổi thai, kích thước khối u, mức độ tái tưới máu buồng trứng sau tháo xoắn, có hay không các biến chứng shock nhiễm trùng, nhiễm độc do hoại tử.

Với các bệnh lý cần phẫu thuật trong khi mang thai, phẫu thuật nội soi được ưu tiên do ít xâm lấn, hồi phục nhanh, cũng như ít biến chứng hơn mổ mở. Tất cả các bệnh lý phụ khoa cần phẫu thuật trong quý 1 hoặc quý 2, nội soi là lựa chọn ưu tiên do tử cung còn tương đối nhỏ, chưa vượt qua khớp mu nhiều. Hơn nữa, dung tích phổi khi này chưa bị thay đổi nhiều bởi thể tích tử cung, việc kiểm soát huyết động cũng như khi gây mê trong phẫu thuật nội soi (do ảnh hưởng bởi áp lực ổ bụng) cũng không gặp nhiều khó khăn. Năm 2024, Hiệp hội Phẫu thuật Nội soi và Tiêu hóa Hoa Kỳ (SAGES) đã cập nhật hướng dẫn sử dụng phẫu thuật nội soi trong thai kỳ, trong đó phẫu thuật nội soi được sử dụng an toàn trong cả ba quý của thai kỳ.

Tuy nhiên đối với thai phụ ở quý 3, khi tử cung đã lớn, chiều cao tử cung đã vượt qua rốn, không gian để phẫu thuật nội soi rất hạn chế, hơn nữa tư thế phẫu thuật có thể gây chèn ép vào tĩnh mạch chủ dưới làm giảm cung lượng

tim và độ bão hòa oxy máu của người bệnh. Mặc dù vậy, đã có báo cáo ca bệnh phẫu thuật nội soi xử trí u buồng trứng xoắn thành công ở quý 3 thai kỳ với kích thước khối u 7x6cm[8]. Trong trường hợp ca bệnh này, chúng tôi lựa chọn phương án mổ mở vì lý do khối u lớn, phẫu thuật nội soi sẽ tiềm ẩn nguy cơ làm tăng thời gian phẫu thuật và tăng các biến chứng đi kèm, có thể gây đẻ non do người bệnh đã có rất nhiều cơn co tử cung.

Đường mổ giúp tiếp cận tốt nhất với khối u là đường dọc giữa trên rốn, do tử cung lớn đã làm thay đổi vị trí giải phẫu của buồng trứng. Tuy nhiên, trong ca mổ do kích thước khối u lớn, để tránh tác động nhiều vào tử cung làm ảnh hưởng đến thai nhi, chúng tôi lựa chọn mở rộng đường mổ xuống dưới rốn. Thái độ xử trí trong trường hợp u buồng trứng xoắn phụ thuộc vào mức độ thiếu máu của buồng trứng trong lúc mổ và sau khi được tái tuần hoàn (tháo xoắn). Ngoài ra, những yếu tố ảnh hưởng đến quyết định bảo tồn hay cắt buồng trứng bao gồm: tuổi của người bệnh, kích thước khối u, tính chất khối u trên siêu âm và trên đại thể.... Với một trường hợp u buồng trứng xoắn được phát hiện sớm, chưa có dấu hiệu thiếu máu của buồng trứng; trên người bệnh trẻ tuổi (26 tuổi); tính chất khối u trên siêu âm không có nguy cơ ác tính (ORADS 2); quyết định của chúng tôi đưa ra là bóc tách khối u và bảo tồn phần buồng trứng lành cho người bệnh. Dù vậy, thời gian phẫu thuật cũng như nguy cơ chảy máu sẽ tăng lên khi thực hiện phẫu thuật bóc u so với cắt buồng trứng; nên phần buồng trứng lành cần phải được thực hiện khâu cầm máu.

3.3. Bàn luận về kết cục thai kỳ

Sau phẫu thuật, người bệnh được điều trị thuốc giảm co, và theo dõi tích cực. Quá trình hồi phục diễn ra thuận lợi, không gặp biến chứng, các cơn co tử cung cũng thưa dần và biến mất sau 2 ngày phẫu thuật.

Thai kỳ kết thúc với chuyển dạ tự nhiên ở tuần thai 37, chứng tỏ phẫu thuật cấp cứu u buồng trứng

xoắn không làm ảnh hưởng kết cục thai kỳ giống như các nghiên cứu trước đó[3].

IV. KẾT LUẬN

U buồng trứng xoắn trong thai kỳ hiếm gặp nhưng nguy hiểm, có thể gây sảy thai, đẻ non. Chẩn đoán gặp nhiều khó khăn do những thay đổi do thai kỳ. Phẫu thuật là biện pháp điều trị duy nhất và cần được thực hiện khẩn trương, có thể qua nội soi hoặc mổ mở. Dù bằng phương pháp nào, kết cục thai kỳ không có sự khác biệt so với các trường hợp thai phụ bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tariel, O., C. Huissoud, R.C. Rudigoz, and G. Dubernard, *Tumeurs ovariennes présumées bénignes lors de la grossesse*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2013. **42**(8): p. 842-855.
2. Bouet, P.E., et al., *Laparoscopic management of recurrent adnexal torsion in the second and third trimesters of pregnancy*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2013. **170**(1): p. 294-5.
3. Daykan, Y., et al., *Adnexal Torsion during Pregnancy: Outcomes after Surgical Intervention-A Retrospective Case-Control Study*. J Minim Invasive Gynecol, 2019. **26**(1): p. 117-121.
4. Bernigaud, O., E. Fraison, G. Thiberville, and G. Lamblin, *Ovarian torsion in a twin pregnancy at 32 weeks and 6 days: A case-report*. J Gynecol Obstet Hum Reprod, 2021. **50**(6): p. 102117.
5. Bouyou, J., et al., *Abdominal emergencies during pregnancy*. J Visc Surg, 2015. **152**(6 Suppl): p. S105-15.
6. Shadinger, L.L., R.F. Andreotti, and R.L. Kurian, *Preoperative sonographic and clinical characteristics as predictors of ovarian torsion*. J Ultrasound Med, 2008. **27**(1): p. 7-13.
7. Polena, V., et al., *Non-invasive tools for the diagnosis of potentially life-threatening gynaecological emergencies: a systematic review*. PLoS One, 2015. **10**(2): p. e0114189.
8. Elci, E., *Laparoscopic management of a torsioned adnexal mass in the third trimester of pregnancy*. J Obstet Gynaecol Can, 2022. **44**(4): p. 335-336.