

có triệu chứng và/hoặc kích thước lớn. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, có so sánh đối chứng với các vật liệu tắc mạch khác, cũng như các phương pháp điều trị khác để làm nổi bật hơn nữa hiệu quả của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Choi BY, Nguyen MH.** The diagnosis and management of benign hepatic tumors. *J Clin Gastroenterol* 2005;39(5):401–12.
2. **Giavroglou C, Economou H, Ioannidis I.** Arterial embolization of giant hepatic hemangiomas. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2003; 26:92–6.
3. **Erdogan D, Busch OR, Van Delden OM, Bennink RJ, Ten Kate FJ, Gouma DJ, et al.** Management of liver hemangiomas according to size and symptoms. *J Gastroenterol Hepatol* 2007;22(11):1953–8.
4. **Ribeiro Jr MAF, Papaioordanou F, Goncalves JM, et al.** (2010) Spontaneous Rupture of Hepatic Hemangiomas: A Review of the Literature. *World J Hepatol* n.d.;2:428–33.
5. **Ho H-Y, Wu T-H, Yu M-C, Lee W-C, Chao T-C, Chen M-F.** Surgical management of giant hepatic hemangiomas: complications and review

of the literature. *Chang Gung Med J* 2012;35(1):70–8.

6. **Malagari K, Alexopoulou E, Dourakis S, Kelekis A, Hatzimichail K, Sissopoulos A, et al.** Transarterial embolization of giant liver hemangiomas associated with Kasabach-Merritt syndrome: a case report. *Acta Radiol* 2007; 48(6):608–12.
7. **BENNETT JM, REICH SD.** Drugs five years later: bleomycin. *Ann Intern Med* 1979;90(6):945–8.
8. **Oikawa T, HIROTANI K, OGASAWARA H, KATAYAMA T, ASHINOFUSE H, SHIMAMURA M, et al.** Inhibition of angiogenesis by bleomycin and its copper complex. *Chem Pharm Bull (Tokyo)* 1990;38(6):1790–2.
9. **Chen Y, Li Y, Zhu Q, Zeng Q, Zhao J, He X, et al.** Fluoroscopic intrasclerous injection with pingyangmycin lipiodol emulsion for the treatment of orbital venous malformations. *Am J Roentgenol* 2008;190(4):966–71.
10. **Zeng Q, Li Y, Chen Y, Ouyang Y, He X, Zhang H.** Gigantic cavernous hemangioma of the liver treated by intra-arterial embolization with pingyangmycin-lipiodol emulsion: a multi-center study. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2004;27:481–5.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG LỘ TUYẾN CỔ TỬ CUNG Ở PHỤ NỮ CÓ CHỒNG TRONG ĐỘ TUỔI SINH SẢN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TỈNH NAM ĐỊNH

Nguyễn Công Trình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu NC: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các tổn thương lộ tuyến cổ tử cung ở phụ nữ có chồng tuổi 18-49 và đánh giá kết quả điều trị tổn thương lộ tuyến cổ tử cung. **PPNC:** can thiệp không đối chứng. **Kết quả:** 86,6% người bệnh có tiền sử nạo hút thai hoặc sảy thai; 43,3% có tiền sử viêm âm đạo; 45,8% có tiền sử viêm cổ tử cung. 90% người bệnh có triệu chứng là khí hư; nguyên nhân gây viêm âm hộ, âm đạo chủ yếu là do vi khuẩn Gr+ với tỷ lệ là 70%. Đặt thuốc khỏi hoàn toàn đạt 72,6%; đốt diệt tuyến, tỷ lệ khỏi hoàn toàn đạt 92% . **Kết luận:** Người bệnh có các tổn thương lộ tuyến CTC có kiến thức về sức khỏe sinh sản kém. Hiệu quả của phương pháp Laser CO₂ trong điều trị tổn thương lộ tuyến CTC là 92%.

Từ khóa: kết quả điều trị tổn thương lộ tuyến cổ tử cung, lộ tuyến cổ tử cung.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF TREATMENT OF CLASSICAL GRADE DAMAGES IN MARRIED WOMEN OF RESEARCH AGE AT NAM DINH PROVINCE AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: Study on clinical and subclinical characteristics of cervical gland lesions in married women aged 18–49 and evaluate results of treatment of cervical ectropion. **Methods:** uncontrollable intervention. **Results:** 86.6% of patients had a history of abortion or miscarriage; 43.3% have a history of vaginitis; 45.8% had a history of cervicitis. 90% of patients have symptoms of vaginal discharge; The cause of vulvovaginitis is mainly caused by Gr+ bacteria with a rate of 70%. The drug completely cured reached 72.6%; Burn and destroy the gland, the rate of complete cure is 92%. **Conclusion:** Patients with cervical lesions have poor reproductive health knowledge. The efficiency of the CO₂ laser method in the treatment of cervical lesions is 92%.

Keywords: Results of treatment of cervical gland lesions, cervical ectropion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường sinh dục nữ là một

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Trình

Email: trinhсандnd@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

bệnh chiếm tỷ lệ khá cao trong các bệnh phụ khoa, là một trong những vấn đề đang được quan tâm của ngành y tế do tính chất phổ biến và hậu quả của nó đối với sức khỏe phụ nữ và cộng đồng. Tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục nữ chiếm trên 50%, trong đó viêm âm đạo, các tổn thương lành tính cổ tử cung (CTC) chiếm tỷ lệ hàng đầu [3], [4].

Y văn thế giới đã nêu nhiều phương pháp khác nhau được áp dụng để điều trị lộ tuyến cổ tử cung như: đặt thuốc, đốt diệt tuyến bằng hoá chất, đốt điện, đốt nhiệt, áp lạnh, laser.... Mỗi phương pháp đều có những ưu và nhược điểm nhất định. Sử dụng Laser CO₂ là phương pháp điều trị tốt nhất để diệt biểu mô trụ tạo điều kiện cho biểu mô lát phục hồi. Nam Định là một tỉnh nông nghiệp do đó tỷ lệ mắc các bệnh viêm đường sinh dục, đặc biệt các tổn thương lành tính cổ tử cung rất cao. Việc lựa chọn áp dụng các phương pháp điều trị phải đảm bảo đơn giản, dễ thực hiện, hiệu quả, độ an toàn cao và chi phí thấp. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các tổn thương lộ tuyến cổ tử cung ở phụ nữ có chồng tuổi 18-49 và đánh giá kết quả điều trị tổn thương lộ tuyến cổ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên phụ nữ có chồng tuổi từ 18-49, được chẩn đoán là có tổn thương lộ tuyến CTC điều trị tại Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Phụ nữ có chồng tuổi từ 18-49, đồng ý tham gia nghiên cứu
- Người bệnh được chẩn đoán lâm sàng và soi CTC có tổn thương lộ tuyến CTC tại Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh có thai trong quá trình theo dõi; tổn thương nghi ngờ hoặc có bệnh lý khác ở CTC ảnh hưởng đến điều trị.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5/2022-10/2022

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bv Phụ sản tỉnh Nam Định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế: Nghiên cứu can thiệp không đối chứng

2.2.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

$$N = Z^2_{\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

*Trong đó: α : là mức có ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$.

$Z^2_{\alpha/2}$: ở đây $Z(0,05/2) = 1,96$

$p = 0,34$ (Theo nghiên cứu của Trần Thị Hương Liên, Lê Hồng Cẩm, thì tỷ lệ tổn thương lộ tuyến cổ tử cung của các phụ nữ đến khám phụ khoa là 34,1%) [2].

d : là sai số cho phép, chọn tỷ lệ này là 5%

* *Cỡ mẫu trong nghiên cứu:* 120

2.2.3. Quy trình nghiên cứu

- Khám lâm sàng: Hỏi tiền sử bệnh tật, chữa đẻ, tuổi QHTD, tình trạng viêm nhiễm đường sinh dục và cách điều trị; đánh giá tình trạng viêm nhiễm, tình trạng ra khí hư, chảy máu âm đạo, vị trí và kích thước tổn thương...

- Làm xét nghiệm tế bào cổ tử cung - âm đạo: Lấy bệnh phẩm làm tế bào CTC âm đạo; bệnh nhân không thực rửa âm đạo, không đặt thuốc trước đó 48h, không khám phụ khoa trong 24h. Nhuộm tiêu bản theo phương pháp Papanicolaou, đọc phiến đồ trên kính hiển vi quang học với độ phóng đại trung bình và phân loại theo hệ Papanicolaou. Chọn bệnh nhân có PAPI và PAPII.

- Soi cổ tử cung: Nhận định bằng mắt thường xem kích thước, hình dạng CTC, có chỗ rách không; Soi CTC không chuẩn bị, Soi CTC + test acid acetic 3% (chứng nghiệm Hinselmann), Soi CTC sau khi bôi lugol 3% (chứng nghiệm Shiller). Phân độ lộ tuyến CTC:

+ Lộ tuyến cổ tử cung độ 1: Diện tích của vùng lộ tuyến bị viêm nhỏ hơn 1/3 diện tích của bề mặt cổ tử cung.

+ Lộ tuyến cổ tử cung độ 2: Diện tích của vùng lộ tuyến bị viêm chiếm từ 1/3 đến 2/3 diện tích của bề mặt cổ tử cung.

+ Lộ tuyến cổ tử cung độ 3: Vùng bị viêm sẽ chiếm trên 2/3 diện tích cổ tử cung.

- Các phương pháp can thiệp: Đặt thuốc âm đạo, đốt diệt tuyến bằng Laser CO₂

- Đánh giá kết quả điều trị: Khỏi, khá, kém

2.2.4. Phương pháp phân tích số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 20 để phân tích số liệu, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các tổn thương lành tính CTC. Trong tổng 120 người tham gia NC, có 43 người (35,8%) làm nghề tự do, 41 người (34,2%) làm nông nghiệp. Về học vấn: nhóm THCS chiếm đa số với 56 người (46,7%). Về độ tuổi: nhóm 40-

49 tuổi có tỷ lệ là 56,6%. Về tiền sử sản phụ khoa: Nạo hút thai và/hoặc sảy thai 104 người (86,6%); viêm âm đạo 52 người (43,3%), viêm CTC 55 người (45,8%).

Bảng 3.1. Phân bố đặc điểm triệu chứng lâm sàng (n=120)

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khí hư nhiều	108	90,0
Ngứa bên ngoài BPSD	14	11,7
Đau thắt lưng	8	6,7
Đau bụng dưới	7	5,8
Đau khi QHTD	4	3,3
Chảy máu sau khi QH	5	4,2
Ra máu giữa kỳ kinh	5	4,2
Mụn bờ ngoài BPSD	1	0,8

Nhận xét: Hầu hết phụ nữ có triệu chứng về khí hư nhiều với 90%; tiếp sau là triệu chứng ngứa bên ngoài BPSD với tỷ lệ là 11,7% và 6,7% người bệnh có triệu chứng đau thắt lưng.

Bảng 3.2. Đặc điểm nguyên nhân gây viêm âm hộ, âm đạo (n= 120)

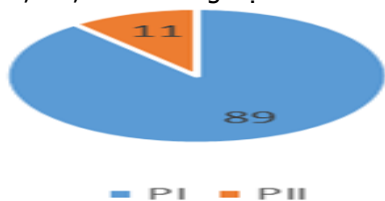
Nguyên nhân gây viêm AH, AD	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nấm	10	8,3
Cầu khuẩn Gr+	84	70,0
Cầu khuẩn Gr-	30	25,0
G. vaginalis	1	0,8
Vi khuẩn khác	2	1,7
Không rõ nguyên nhân	10	8,3
Khác	6	5,0

Nhận xét: Nguyên nhân gây viêm âm hộ, âm đạo chủ yếu do cầu khuẩn Gr+ với tỷ lệ cao nhất mắc phải là 70%; thứ 2 là cầu khuẩn Gr- với 25%.

Bảng 3.3. Phân độ tổn thương lộ tuyến của đối tượng nghiên cứu qua soi CTC (n= 120)

Phân độ tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Độ 1	60	50,0
Độ 2	35	29,2
Độ 3	25	20,8
Tổng cộng	120	100,0

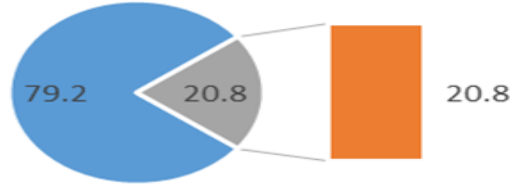
Nhận xét: Có 60 đối tượng có phân độ tổn thương lộ tuyến độ 1 chiếm 50%; tổn thương độ 2 chiếm 29,2%; tổn thương độ 3 chiếm 20,8%.



Biểu đồ 3.1. Kết quả tế bào học Papsmear (n= 120)

Nhận xét: Nghiên cứu chỉ chọn đối tượng có PAPI và PAPII. Trong đó PAPI chiếm 89%, PAPII chiếm 11%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị tổn thương lộ tuyến CTC



■ Đặt thuốc ■ Đốt diệt tuyến

Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo phương pháp điều trị (n= 120)

Nhận xét: Đặt thuốc có 95 người bệnh (79,2%); Đốt Laser CO2 có 25 người bệnh (20,8%).

Bảng 3.4. Phân bố kết quả sau 3 chu kỳ của 2 phương pháp (n= 120)

Kết quả điều trị	Đặt thuốc (n=95)		Đốt diệt tuyến (n=25)	
	SL	%	SL	%
Khỏi hoàn toàn	69	72,6	23	92,0
Khá	17	17,8	2	8,0
Kém	9	9,6	0	0

Nhận xét: Đặt thuốc khỏi hoàn toàn đạt 72,6%; Số lượng bệnh nhân chỉ đạt loại khá là 17,8%; Số bệnh nhân mức độ kém là 9,6%. Với đốt diệt tuyến, tỷ lệ khỏi hoàn toàn đạt 92%, bệnh nhân đạt mức độ khá đạt 8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các tổn thương lành tính CTC. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong tổng 120 người tham gia NC, có 43 người (35,8%) làm nghề tự do, 41 người (34,2%) làm nông nghiệp; học vấn nhóm THCS chiếm đa số với 56 người (46,7%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm địa bàn nghiên cứu tỉnh Nam Định là tỉnh nông nghiệp nên người bệnh chủ yếu làm nông nghiệp và các nghề tự do. Nhóm 40-49 tuổi có tỷ lệ cao nhất (56,6%), điều này thấy rằng sức khỏe nói chung, sức khỏe sinh sản nói riêng ở phụ nữ sẽ suy giảm nhiều hơn sau độ tuổi 30. Đặc biệt các vấn đề liên quan đến sức khỏe sinh sản thường gặp nhiều nhất ở phụ nữ độ tuổi từ 40 đến 49 tuổi.

Tiền sử nạo hút, sảy thai: Trong 120 trường hợp nghiên cứu thì có 104 trường hợp có tiền sử nạo hút sảy thai. Trong đó, nạo hút thai đơn thuần chiếm 39,2%, sảy thai đơn thuần chiếm 23,3%, và vừa có sảy thai vừa có nạo hút thai

24,2%. Đây là tỉ lệ rất lớn, có thể thấy rằng nạo hút sảy thai là nguyên nhân quan trọng dẫn đến lộ tuyến cổ tử cung. Sở dĩ như vậy là do chưa thực hiện tốt các phương pháp kế hoạch hóa gia đình, tổn thương cổ tử cung khi thực hiện thủ thuật, không chú trọng đến điều trị sau khi làm thủ thuật, cơ sở y tế làm thủ thuật có thể chưa tốt đã làm tỉ lệ viêm nhiễm đường sinh dục tăng cao, từ đó tỉ lệ lộ tuyến tăng cao ở những đối tượng này. Điều này phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả là tỉ lệ lộ tuyến CTC tỉ lệ thuận với số lần nạo hút và sảy thai [6].

Hầu hết phụ nữ có triệu chứng về khí hư nhiều với 90%, đây cũng là triệu chứng thường thấy và dễ nhận biết của viêm âm đạo nói chung, cũng do có triệu chứng này bệnh nhân mới đến khám bệnh; tiếp sau là triệu chứng ngứa bên ngoài BPSD với tỷ lệ là 11,7% và 6,7% đối tượng nghiên cứu có triệu chứng đau thắt lưng. Triệu chứng đau bụng dưới cũng được lựa chọn với 5,8%; tiếp sau là chảy máu sau khi quan hệ và ra máu giữa kỳ kinh đều gặp với tỷ lệ là 4,2%. Có duy nhất 1 trường hợp có triệu chứng mụn bờ ngoài bộ phận sinh dục. Khí hư là triệu chứng lâm sàng thường gặp trong bệnh lý viêm âm đạo và cổ tử cung, bên cạnh đó có thể kèm theo ngứa, đau khi giao hợp hoặc ra ít máu. Ở nghiên cứu của Hoàng Sỹ Vương [5], khí hư là triệu chứng phổ biến nhất ở các đối tượng nghiên cứu, có 40,9% đối tượng có khí hư, cùng với đó là 11,7% đối tượng có biểu hiện ngứa bộ phận sinh dục.

Nguyên nhân gây viêm âm hộ, âm đạo chủ yếu do cầu khuẩn Gr+ với tỷ lệ cao nhất mắc phải là 70%. Tiếp đến nguyên nhân cao thứ 2 gây ra viêm âm hộ âm đạo là cầu khuẩn Gr- với 25%. Các nguyên nhân như do nấm, không rõ nguyên nhân đều chiếm tỷ lệ là 8,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu tại Hải Phòng, nguyên nhân gây viêm âm hộ, âm đạo chiếm tỷ lệ cao nhất là trùng roi (chiếm 22,3%), tiếp đến là vi khuẩn *G. vaginalis* (chiếm 17,7%). Trong khi đó nguyên nhân do cầu khuẩn Gr- chiếm 12,85% và nguyên nhân do Gr+ chỉ chiếm 9,4%. Nghiên cứu của Lê Hoài Chương tại bệnh viện phụ sản Trung Ương thì nguyên nhân chủ yếu là do nấm candida chiếm 35,3% [1]. Điều này có thể giải thích do vị trí địa lý khác nhau, nguồn nước khác nhau và tập tục sinh hoạt khác nhau nên có đặc trưng của từng vùng miền khác nhau.

Xét nghiệm PAP: PI chiếm 89 %, PII chiếm 11%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu của Vũ Bá Quyết và các

cộng sự làm tế bào âm đạo cho 10.000 phụ nữ thì PI chiếm 84,54%, PII chiếm 14,08%, PIII chiếm 1,35%, PIV chiếm 0,03%. - Qua soi CTC đã phân độ lộ tuyến cổ tử cung: Độ 1 50%, độ 2 29,2%, độ 3 20,8%, từ soi CTC sẽ phân loại vào 2 phương pháp điều trị thích hợp. Nhìn chung kết quả soi CTC phù hợp với chẩn đoán tế bào âm đạo và mô bệnh học. Theo Nguyễn Khắc Liêu đối với lộ tuyến CTC có thể chẩn đoán được chắc chắn xấp xỉ 100% qua soi CTC. Soi CTC phải xem xét rõ ranh giới giữa biểu mô lát và biểu mô trụ, và toàn bộ biểu mô lát mặt ngoài. Sau khi điều trị soi cổ tử cung là cần thiết để đánh giá kết quả điều trị, phát hiện tổn thương còn tồn tại.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị tổn thương lộ tuyến CTC. Phần lớn các đề tài nghiên cứu trước đây về điều trị lộ tuyến CTC là dùng phương pháp đốt diệt tuyến, bao gồm các phương pháp như đốt điện, áp lạnh hoặc hoá hơi bằng laser. Tuy nhiên, Nam Định là một tỉnh nông nghiệp thuộc đồng bằng sông Hồng, mức sống trung bình của người dân còn thấp, phần lớn các cơ sở y tế chưa có các trang bị hiện đại như máy đốt điện, máy laser, áp lạnh. Nên việc tìm phương pháp điều trị phù hợp, có hiệu quả và giảm chi phí điều trị là việc làm cần thiết. Vì vậy trong đề tài này chúng tôi dùng 2 phương pháp điều trị: 95 bệnh nhân lộ tuyến diện hẹp (lộ tuyến độ I, II) được điều trị bằng đặt thuốc Colposeptine một đến hai chu kỳ; 25 bệnh nhân lộ tuyến diện rộng (lộ tuyến độ III) được điều trị bằng đốt diệt tuyến bằng Laser CO₂.

Chúng tôi chọn Colposeptine vì Chlorquinaldol trong Colposeptine có tính chất kháng khuẩn, còn Promestriene có công dụng estrogene tại chỗ niêm mạc đường sinh dục bằng cách bổ sung các dưỡng chất. Bên cạnh đó, Promestriene còn giúp tái tạo tế bào bề mặt sinh dục giàu glycogene. Ngoài ra Colposeptine có giá thành rẻ, phù hợp với mức thu nhập của người dân. Số lượng bệnh nhân khỏi hoàn toàn là 69 đạt 72,6%, bệnh nhân khá đạt 17,8%, bệnh nhân kém 9,6%. Qua theo dõi thấy phần lớn những bệnh nhân khỏi bệnh có diện tích lộ tuyến hẹp tương đương độ 1. Khả năng tái tạo biểu mô lát là rất tốt, khí hư giảm rõ rệt, test Schiller dương tính. Không có biến chứng nào xảy ra. Bệnh nhân rất hài lòng với kết quả điều trị, đặc biệt không thấy dấu hiệu bong rớt như đặt các thuốc điều trị phụ khoa khác. Chúng tôi thấy đây là kết quả hết sức khả quan, đặc biệt là các tổn thương lộ tuyến độ 1, diện tổn thương được tái tạo rất tốt, không phải can thiệp thủ thuật vào cổ tử cung, diện lộ tuyến tái

tạo một cách tự nhiên nên sẽ giảm nguy cơ biến chứng sau này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 25 bệnh nhân trong tổng số 120 bệnh nhân được áp dụng phương pháp đốt diệt tuyến bằng laser CO₂ chiếm 20,8%. Bệnh nhân được đốt vào khoảng ngày thứ 7 đến 12 chu kỳ kinh, nếu có viêm đặc hiệu thì đặt thuốc chống viêm 5 ngày. Kết quả cho thấy khối đạt 92%, 2 trường hợp không khối 8%. Nguyên nhân có thể do kỹ thuật đốt chưa tốt nên chưa diệt hết tuyến. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Hoàng Sỹ Vương với tỉ lệ khối bệnh của đốt Laser CO₂ là 83% [5]. Như vậy, ưu điểm nổi bật nhất của Laser CO₂ trong điều trị các tổn thương lành tính CTC là kết quả khối bệnh rất cao; Bệnh nhân chỉ cần điều trị ngoại trú mà không cần nằm viện. Ngoài ra, Laser CO₂ có ưu điểm là có thể đốt với bất cứ hình dáng và độ sâu nào của tổn thương. Phương pháp này đặc biệt có giá trị khi tổn thương lan một phần vào ống CTC hoặc đáy tuyến bị tổn thương; Tính chất có thể tập chung ở một điểm rất nhỏ với một năng lượng rất cao là một tính chất rất quan trọng của Laser CO₂. Tính chất này được sử dụng để cắt mô trong khi mô xung quanh bị hư hại rất ít. Mặt khác khi muốn phá huỷ một mô có diện tích lớn hơn ta cũng có thể để dàng điều chỉnh diện tích của tia lớn lên. Do tính năng của Laser là không tiếp xúc trực tiếp với diện đốt cho nên nguy cơ lây nhiễm từ bệnh nhân này với bệnh nhân khác là ít; Thời gian tiến hành đốt Laser rất ngắn, điều này có ý nghĩa quan trọng đối với những cơ sở y tế có số lượng bệnh nhân đông.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh có các tổn thương lộ tuyến CTC có kiến thức về sức khỏe sinh sản kém nên cần có các can thiệp nâng cao kiến thức cho người bệnh. Hiệu quả của phương pháp Laser CO₂ trong điều trị tổn thương lộ tuyến CTC là 92%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hoài Chương (2013). Khảo sát những nguyên nhân gây viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ đến khám phụ khoa tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Y học thực hành, 5(868). 66-69.
2. Trần Thị Liên Hương và Lê Hồng Cẩm (2014). Tỷ lệ phết tế bào cổ tử cung bất thường và các yếu tố liên quan ở phụ nữ 18-60 tuổi tại huyện Khánh Vĩnh tỉnh Khánh Hòa. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 18(1), 1-7.
3. Bùi Đình Long, Nguyễn Trần Hiến và Nguyễn Việt Tiến (2015). Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại một số công ty may tinh Nghệ An năm 2014. Tạp chí Y học dự phòng, tập 25, 18(168). 319-325.
4. Ninh Văn Minh và Nguyễn Trung Kiên (2013). Viêm đường sinh dục dưới do nhiễm Chlamydia trachomatis ở phụ nữ đến khám phụ khoa tại Bệnh viện Trường Đại học Y Thái Bình. Tạp chí Y học thực hành. 5(869). 165-169.
5. Hoàng Sỹ Vương (2016). Nghiên cứu soi cổ tử cung kết hợp với thinpreppaptest trong sàng lọc, điều trị các tổn thương lành tính cổ tử cung tại Vĩnh Bảo. Hải Phòng. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Thái Bình
6. Consul S., Agrawal A., Sharma H., et al (2012), Comparative study of effectiveness of Pap smear versus visual inspection with acetic acid and visual inspection with Lugol's iodine for mass screening of premalignant and malignant lesion of cervix, Indian J Med Paediatr Oncol, 33(3), pp.161-165.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG KHỚP TRÊN X-QUANG CỦA BỆNH NHÂN HEMOPHILIA TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Ngô Hoàng Lam Giang¹, Nguyễn Minh Tuấn², Lâm Thị Mỹ³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm tổn thương khớp trên X-quang ở bệnh nhi hemophilia và mô tả tỉ lệ các yếu tố dịch tễ, tiền căn, lâm sàng của bệnh nhân hemophilia có tổn thương khớp và không

có tổn thương khớp trên X-quang. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân hemophilia dưới 16 tuổi điều trị tại khoa Sốt xuất huyết – Huyết học Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 7/2021 đến tháng 8/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả hàng loạt ca, 42 bệnh nhân hemophilia có tổn thương khớp trên lâm sàng và/hoặc siêu âm khớp được chụp x-quang khớp. **Kết quả:** Trong 42 bệnh nhân, tỉ lệ có tổn thương khớp là 64,2%. Trong 150 khớp được khảo sát, tỉ lệ khớp bị tổn thương là 51,3%. Vị trí khớp bị tổn thương thường gặp nhất là khớp gối 41,5%, sau đó là khớp cổ chân 38,9%. Tổn thương thường gặp nhất là loãng xương (52,4%), sau đó là phì đại đầu xương (35,7%). Tuổi nhập viện trung bình của nhóm có tổn thương khớp trên X-quang là 9,5 tuổi, cao hơn nhóm không tổn

¹Đại học Quốc Gia Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 1

³Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Hoàng Lam Giang

Email: lamgiang318@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 9.5.2023