Androl Urol. Tháng Giêng 2020;9(Suppl 1):S3–13.
7. **Gaillard F.** Testicular teratoma | Radiology Reference Article | Radiopaedia.org [Internet]. Radiopaedia. [cited 27 Tháng Ba 2023]. Available at:https://radiopaedia.org/articles/testicular-teratoma
8. **Williamson SR, Delahunt B, Magi-Galluzzi C, Algaba F, Egevad L, Ulbright TM, và c.s.** The World Health Organization 2016 classification of testicular germ cell tumours: a review and update from the International Society of Urological Pathology Testis Consultation Panel. Histopathology. Tháng Hai 2017;70(3):335–46.
9. **Wagner T, Scandura G, Roe A, Beltran L, Shamash J, Alfrangis C, và c.s.** Prospective molecular and morphological assessment of testicular prepubertal-type teratomas in postpubertal men. Modern Pathology. 1 Tháng Tư 2020; 33(4):713–21.
10. **Funt SA, Patil S, Feldman DR, Motzer RJ, Bajorin DF, Sheinfeld J, và c.s.** Impact of Teratoma on the Cumulative Incidence of Disease-Related Death in Patients With Advanced Germ Cell Tumors. J Clin Oncol. 10 Tháng Chín 2019;37(26):2329–37.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN RONG KINH RONG HUYẾT CƠ NĂNG TUỔI TRẺ VÀ TUỔI VỊ THÀNH NIÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Tuấn Minh[1], Đỗ Tuấn Đạt[1], Đặng Thị Minh Nguyệt[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân RKRH cơ năng tuổi trẻ và tuổi vị thành niên tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được tiến hành dựa trên 108 hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân RKRH cơ năng, có độ tuổi từ 10 đến 24 tuổi tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong năm 2019 và 2020. **Kết quả:** Tuổi vị thành niên chiếm tỉ lệ 86,1%. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 16,05 ± 3,47 tuổi. Bệnh nhân đã kết hôn rất thấp 5,56%, chưa quan hệ tình dục chiếm tỉ lệ 90,74%. Trong nhóm RKRH 7 - 15 ngày, tỉ lệ bệnh nhân ra máu cục cao nhất, chiếm tỉ lệ 54,5%. Số bệnh nhân có lượng hemoglobin bình thường rất thấp 8,3%. Bệnh nhân có lượng hemoglobin dưới 80 g/l chiếm tỉ lệ cao nhất 63,9%, có 2 bệnh nhân hemoglobin rất thấp, chỉ ở mức 30 – 39 g/l, 6 bệnh nhân hemoglobin ở mức 40 -49 g/l. Niêm mạc tử cung dưới 5mm: 100% bệnh nhân có thời gian rong kinh 16-30 ngày. Niêm mạc trên 10mm: bệnh nhân rong kinh 16-30 ngày là cao nhất (47,1%), bệnh nhân rong kinh trên 30 ngày cao (23,5%). **Kết luận:** Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 16,05 ± 3,47 tuổi. Bệnh nhân chưa quan hệ tình dục là 90,74%. Bệnh nhân có lượng hemoglobin dưới 80 g/l chiếm tỉ lệ cao nhất 63,9%, có 8 bệnh nhân hemoglobin rất thấp, chỉ ở mức 30 – 49 g/l. Niêm mạc trên 10mm : bệnh nhân rong kinh 16-30 ngày là cao nhất (47,1%), bệnh nhân rong kinh trên 30 ngày cao (23,5%).

Từ khóa: Lâm sàng, cận lâm sàng, rong kinh rong huyết cơ năng, tuổi trẻ.

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Minh Nguyệt
Email: drdangminhnguyet@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.4.2023
Ngày phản biện khoa học: 26.5.2023
Ngày duyệt bài: 20.6.2023

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS IN YOUNG AND ADOLESCENT MENORRHAGIA PATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To describe the clinical and subclinical characteristics of young and adolescent patients with menorrhagia at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Materials and Methods:** This retrospective descriptive study was carried out based on 108 medical records of functional menorrhagia patients aged 10 to 24 years at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2019 and 2020. **Results:** Adolescents account for 86.1%. The mean age of the study was 16.05 ± 3.47 years old. Married patients are very low 5.56%. Patients have never had sex account for 90.74%. In the group of menorrhagia from 7 to 15 days, the rate of patients with blood clots was the highest, accounting for 54.5%. The number of patients with normal hemoglobin is very low: 8.3%. Patients with hemoglobin below 80 g/l accounted for the highest rate (63.9%). There were 2 patients with very low hemoglobin, only at 30-39 g/l, 6 patients with hemoglobin at 40-49 g/l . Endometrial lining less than 5mm: 100% of patients have menorrhagia for 16-30 days. Endometrial lining over 10mm: patients with menorrhagia for 16-30 days is the highest (47.1%), patients with menorrhagia over 30 days is high (23.5%). **Conclusion:** The mean age of the study was 16.05 ± 3.47 years old. Patients who have not had sex are 90.74%. Patients with hemoglobin less than 80 g/l accounted for the highest rate (63.9%). There were 8 patients with very low hemoglobin, only at 30-49 g/l. Endometrial lining over 10mm: patients with menorrhagia for 16-30 days is the highest (47.1%), patients with menorrhagia over 30 days is high (23.5%). ***Keywords:*** Clinical, subclinical, functional menorrhagia, young age.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rong kinh là hiện tượng ra máu từ tử cung có chu kì và kéo dài trên 7 ngày. Khi máu ra từ tử cung cũng kéo dài trên 7 ngày nhưng lại không có tính chất chu kì thì gọi là rong huyết [1].

Rong kinh rong huyết ở mỗi một lứa tuổi lại có đặc điểm riêng nên việc chẩn đoán và điều trị khác nhau. Đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, điều trị RKRH bằng thủ thuật hút buồng tử cung được đánh giá là có hiệu quả cao, cầm máu nhanh[2,3].

Tuổi trẻ và tuổi vị thành niên là nhóm tuổi gặp nhiều khó khăn trong thăm khám và điều trị, thậm chí có những trường hợp ngại không nói với bố mẹ, hay không muốn trì hoãn việc học hành trong giai đoạn thi cử, hoặc vì một hay nhiều lí do chủ quan, khách quan khác, để cho thời gian rong kinh rong huyết kéo dài, đến khám trong tình trạng muộn, thiếu máu nặng nề[4,5]. Để góp phần nâng cao kinh nghiệm của người thầy thuốc sản phụ khoa về lĩnh vực rong kinh rong huyết cơ năng nói chung và đặc biệt ở lứa tuổi trẻ, tuổi vị thành niên, chúng tôi mong muốn thực hiện đề tài: Với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân RKRH cơ năng tuổi trẻ và tuổi vị thành niên tại Bệnh viện Phụ sản trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân RKRH cơ năng dựa theo định nghĩa RKRH cơ năng (RKRH cơ năng là hiện tượng ra máu tại tử cung quá 7 ngày, không có tổn thương tại tử cung và 2 buồng trứng).
- Theo tuổi: Lựa chọn các bệnh nhân có độ tuổi từ 10 đến 24 tuổi.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những trường hợp RKRH do nguyên nhân toàn thân: bệnh lý tuyến giáp, bệnh gan, thận, bệnh máu.
- Những trường hợp RKRH do các tổn thương thực thể tại cơ quan sinh dục: u xơ cơ tử cung, bệnh tuyến cơ tử cung, u buồng trứng, polyp buồng tử cung, ung thư cơ quan sinh dục.
- Dị vật trong buồng tử cung: dụng cụ tránh thai.
- Có thai hoặc các biến chứng của thai nghén.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã khảo sát hồ sơ của hai năm 2019 và 2020, có 108 hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu, không có tiêu chuẩn loại trừ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố độ tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố độ tuổi của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi	N	%	Trung bình
10 - 19	93	86,1	15,04 ± 2,53
20 - 24	15	13,9	
Tổng	108	100	16,05 ± 3,47

Nhận xét: Có 93 bệnh nhân ở lứa tuổi vị thành niên, chiếm tỉ lệ 86,1%, độ tuổi còn lại là 13,9%. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 16,05 ± 3,47 tuổi, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân lứa tuổi vị thành niên là 15,04 ± 2,53 tuổi.

3.2. Tình trạng hôn nhân và quan hệ tình dục

Bảng 3.2. Tình trạng hôn nhân và quan hệ tình dục

Tình trạng hôn nhân và quan hệ tình dục		N	%
Đã lấy chồng	Đã quan hệ tình dục	6	5,56
Chưa lấy chồng		4	3,70
	Chưa quan hệ tình dục	98	90,74
Tổng số		108	100

Nhận xét: Bệnh nhân đã kết hôn chiếm tỉ lệ 5,56%, 102 bệnh nhân chưa lập gia đình (chiếm tỉ lệ 94,44%). Tỉ lệ bệnh nhân đã quan hệ tình dục là 9,26%, bệnh nhân chưa quan hệ tình dục chiếm tỉ lệ 90,74%.

3.3. Phân bố tình trạng ra máu theo thời gian rong kinh

Bảng 3.3. Tình trạng ra máu theo thời gian rong kinh

Tình trạng ra máu / Thời gian rong kinh	Máu cục N(%)	Máu đỏ loãng N(%)	Máu sẫm N(%)	Tổng số N(%)	p
7 - 15 ngày	18 (54,5)	2 (6,1%)	13 (39,4)	33 (100)	0,07
16 – 30 ngày	18 (32,1)	6 (10,7)	32 (57,1)	56 (100)	
Trên 30 ngày	2 (10,5)	0 (0,0)	17 (89,5)	19 (100)	
Tổng số	38 (35,2)	8 (7,4)	62 (57,4)	108 (100)	

Nhận xét: Trong nhóm RKRH 7 - 15 ngày, tỉ lệ bệnh nhân ra máu cục cao nhất, chiếm tỉ lệ 54,5%, thấp nhất là tỉ lệ ra máu đỏ loãng chỉ chiếm 6,1%, trong 2 nhóm còn lại, số bệnh nhân ra máu sẫm màu là nhiều nhất, chiếm tỉ lệ lần lượt là 57,1% (nhóm rong kinh 16-30 ngày) và

89,5% (nhóm rong kinh trên 30 ngày). Sự khác biệt về tình trạng ra máu không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05

3.4. Lượng hemoglobin lúc vào viện

Bảng 3.4. Lượng hemoglobin

Lượng Hemoglobin (g/l)			N	%
< 80	30 - 39	2 (2,9%)	69	63,9
	40 - 49	6 (8,7%)		
	50 - 59	11 (15,9%)		
	60 - 69	26 (37,7%)		
	70 - 79	24 (34,8%)		
	Tổng	69 (100%)		
80 - 109			24	22,2
110 – 119			6	5,6
≥ 120			9	8,3
Tổng		108		100

Nhận xét: Bệnh nhân có lượng hemoglobin dưới 80 g/l chiếm tỉ lệ cao nhất 63,9%, số bệnh nhân có lượng hemoglobin giảm mức độ nhẹ và trung bình lần lượt là 5,6% và 22,2%. Số bệnh nhân có lượng hemoglobin bình thường rất thấp 8,3%.

Trong nhóm hemoglobin < 80 g/l, có 2 bệnh nhân hemoglobin rất thấp, chỉ ở mức 30 – 39 g/l, 6 bệnh nhân hemoglobin ở mức 40 -49 g/l.

3.5. Mức độ thiếu máu và thời gian RKRH trước vào viện

Bảng 3.5. Mức độ thiếu máu và thời gian RKRH

Mức độ thiếu máu theo hemoglobin[6]		Thời gian ra máu N (%)			Tổng	p
Mức độ thiếu máu	Lượng hemoglobin (g/l)	7-15 ngày	16-30 ngày	>30 ngày		
Thiếu máu nặng	< 80	22(31,9)	37(53,6)	10(14,5)	69(100)	0,35
Thiếu máu trung bình	80-109	6(25,0)	14(58,3)	4(16,7)	24(100)	
Thiếu máu nhẹ	110-119	1(16,7)	2(33,3)	3(50,0)	6(100)	
Không thiếu máu	≥ 120	4(44,4)	3(33,3)	2(22,2)	9(100)	
Tổng		33(30,6)	56(51,9)	19(17,6)	108(100)	

Nhận xét: Trong nhóm thiếu máu nặng và thiếu máu trung bình, thời gian ra máu 16 – 30 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất với tỉ lệ lần lượt là 53,6% và 58,3%, thời gian ra máu trên 30 ngày lần lượt là 14,5% và 16,7%.

Ở nhóm thiếu máu nhẹ, thời gian ra máu > 30 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 50,0%. Trong nhóm không thiếu máu, thời gian ra máu 7 - 15 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 44,4%, thời gian ra máu trên 30 ngày chiếm tỉ lệ thấp nhất (22,2%).

Sự khác biệt về thời gian ra máu trong các nhóm này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

3.6. Niêm mạc tử cung lúc vào viện phân bố theo thời gian rong kinh

Bảng 3.6. Niêm mạc tử cung lúc vào viện và thời gian rong kinh

Độ dày niêm mạc tử cung lúc vào viện (mm)	Thời gian rong kinh N(%)			Tổng N(%)	p
	7-15 ngày	16-30 ngày	>30 ngày		
< 5	0(0,0)	3(100,0)	0(0,0)	3(100)	0,5
5 – 10	18(33,3)	29(53,7)	7(13,0)	54(100)	
> 10	15(29,4)	24(47,1)	12(23,5)	51(100)	
Tổng	33(30,6)	56(51,9)	19(17,6)	108(100)	

Nhận xét: Trong nhóm có kết quả siêu âm niêm mạc tử cung < 5mm, Toàn bộ bệnh nhân có thời gian rong kinh 16-30 ngày.

Ở nhóm niêm mạc trên 10mm, số bệnh nhân có thời gian rong kinh 16-30 ngày là cao nhất (47,1%), bệnh nhân có thời gian rong kinh trên 30 ngày cao (23,5%).

Sự khác biệt về thời gian rong kinh trong các nhóm không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và tình trạng hôn nhân. Nghiên cứu của chúng tôi lấy độ tuổi từ 10 đến 24 tuổi bao gồm lứa tuổi vị thành niên và tuổi trẻ. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 16,05 ± 3,47 tuổi. Trong đó, nhóm bệnh nhân có độ tuổi ở lứa tuổi vị thành niên chiếm tỉ lệ 86,1%, có độ tuổi trung bình là 15,04 ± 2,53 tuổi. Tuổi vào viện tập trung chủ yếu ở lứa tuổi 13 – 17 tuổi, độ tuổi này tương đương với các nghiên cứu trước đó của các tác giả khác[7,8,9].

Bảng 4.1. Tuổi mắc bệnh

Tác giả	Tuổi mắc bệnh
Nguyễn Thị Thủy (2000)	15,8 ± 1,5
Lê Thị Thanh Vân (2003)	16,4 ± 2,8
Nguyễn Viết Tiến (2004)	17 ± 0,2
Nghiên cứu này	16,05 ± 3,47

Bên cạnh đó, qua khai thác thông tin về tình trạng hôn nhân và quan hệ tình dục, chúng tôi nhận thấy có 10 bệnh nhân đã quan hệ tình dục (chiếm tỉ lệ 9,26%), 98 bệnh nhân chưa quan hệ tình dục (chiếm tỉ lệ 90,74%); trong số đó có 6 bệnh nhân đã lập gia đình. Trong nghiên cứu này gặp một số trường hợp bệnh nhân đã quan hệ tình dục, hoặc đã lấy chồng, điều này cũng dễ

dàng hơn khi chẩn đoán và điều trị. Những trường hợp chưa quan hệ tình dục sẽ gặp rất nhiều khó khăn khi hỏi bệnh, thăm khám và thường đến viện trong tình trạng muộn khiến cho tình trạng bệnh phức tạp, khó khăn trong điều trị nhất là chảy máu nhiều hoặc kéo dài, thiếu máu nặng, điều trị khó đáp ứng, khi thất bại với điều trị nội khoa phải hút buồng tử cung cũng rất chậm trễ trong việc can thiệp do gia đình phản đối hoặc phải mất nhiều thời gian tư vấn giải thích.

4.2. Đặc điểm rong kinh rong huyết khi vào viện. Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian RKRH cho đến khi vào viện kéo dài từ 16 đến 30 ngày thậm trí có trường hợp RKRH trên 30 ngày. Kết quả này cũng tương tự ở một số nghiên cứu khác. Một số trường hợp bệnh nhân đến viện điều trị tương đối muộn, khi các triệu chứng đã trở lên nặng nề, có thể do điều kiện về vị trí địa lý, hoặc do điều kiện kinh tế khó khăn, trình độ dân trí một số nơi chưa cao, bệnh nhân tiếp cận các cơ sở y tế khó khăn có xu hướng tìm đến các phương pháp cổ truyền khác, hoặc tiếp cận được cơ sở điều trị nhưng đáp ứng điều trị chưa tốt phải chuyển tuyến cao hơn.

Về đặc điểm ra máu là máu sẫm màu chiếm tỉ lệ cao nhất (57,4%), đứng thứ 2 là nhóm ra máu cục (35,2%). Theo tác giả Lê Thị Thanh Vân, nếu để ra máu kéo dài, tỉ lệ ra máu cục sẽ càng tăng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng ra máu cục lại gặp nhiều ở nhóm rong kinh 7 – 15 ngày, các nhóm còn lại cho thấy tỉ lệ ra máu sẫm màu cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Điều này có thể lí giải do sự chủ quan của bệnh nhân, việc mua thuốc tại các quầy thuốc không còn quá khó khăn nên tự ý mua thuốc về điều trị, hoặc bệnh bệnh nhân đã có các đợt điều trị tại cơ sở y tế khác bằng các thuốc nội tiết, cầm máu trước khi đến nhập viện, dẫn đến đặc điểm ra máu thời điểm vào viện cũng có sự thay đổi so với thời gian đầu RKRH.

4.3. Mức độ thiếu máu ở bệnh nhân RKRH. Trong số các bệnh nhân vào viện điều trị, tỉ lệ bệnh nhân có thiếu máu là 92,7%, bệnh nhân thiếu máu nặng (Hemoglobin < 80 g/l) chiếm tỉ lệ cao nhất 63,9%, đây là những trường hợp phải chỉ định truyền máu, nguyên nhân có thể do bệnh nhân đến muộn hoặc do tình trạng rong kinh kèm băng kinh nặng

Bảng 4.2. Tỉ lệ thiếu máu của bệnh nhân RKRH

Tác giả	Tỉ lệ %
Nguyễn Viết Tiến (2002)	74,1%
Phạm Thị Bình (2003)[10]	78,2
Nguyễn Hoàng Hà (2008)[11]	86,1

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ RKRH cơ năng có thiếu máu cao hơn so với một số tác giả khác, điều này có thể do bệnh nhân đến muộn trên một nền ra máu nặng, hoặc do đã điều trị nhưng không triệt để dẫn đến một tình trạng RKRH kéo dài. Khi đánh giá về thời gian rong kinh ở từng nhóm mức độ thiếu máu, chúng tôi nhận nhấy ở hai nhóm thiếu máu nhẹ và thiếu máu trung bình tập trung chủ yếu ở các bệnh nhân ra máu từ 16 – 30 ngày, ở nhóm thiếu máu nhẹ, tỉ lệ thiếu máu lại phân bố cao hơn ở nhóm rong kinh trên 30 ngày. Điều này cũng phù hợp với lí giải trên, tuy nhiên sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê với p = 0,35 (p > 0,05).

Khi tìm hiểu về mức độ thiếu máu trong các trường hợp bệnh nhân đã có tiền sử điều trị trước khi vào viện, chúng tôi nhận thấy sự liên quan này có ý nghĩa nhất định. Với các bệnh nhân chưa điều trị gì, tỉ lệ thiếu máu nặng cao hơn so với nhóm đã điều trị, do được cầm máu kịp thời làm giảm bớt mức độ xuất huyết buồng tử cung cho bệnh nhân. Ở nhóm thiếu máu trung bình, tỉ lệ này lại thay đổi, cao hơn ở nhóm đã điều trị, có thể do bệnh nhân đã được dùng thuốc nhưng không hiệu quả, dẫn đến tình trạng ra máu kéo dài gây thiếu máu, tâm lý đã được điều trị cũng khiến bệnh nhân đến viện muộn hơn so với việc chưa được chỉ định bất kì một loại thuốc nào. Sự khác biệt về việc điều trị trước vào viện ảnh hưởng lên mức độ thiếu máu có ý nghĩa thống kê với p = 0,04 (p <0,05), tuy nhiên để đánh giá các vấn đề liên quan đến mức độ thiếu máu, không chỉ đơn thuần căn cứ vào 1 biến số về điều trị hay thời gian, mà còn cần kết hợp nhận định phối hợp nhiều yếu tố để đưa ra phương án điều trị phù hợp nhất cho bệnh nhân.

Trong quá trình nghiên cứu có ghi nhân 02 trường hợp vào viện trong tình trạng thiếu máu rất nặng. Trường hợp thứ nhất là bệnh nhân 15 tuổi ở Hà Nội, tiền sử kinh nguyệt không đều, kinh thưa, số ngày thấy kinh trong 1 chu kì 5 – 7 ngày, đã từng RKRH trước đó, bệnh nhân vào viện vì rong kinh 1 tháng, điều trị thuốc nam không cải thiện, tình trạng lúc vào da niêm mạc nhợt, ra rất nhiều máu cục, lượng Hemoglobin là 33g/l. Tuy nhiên, sau khi được vào viện truyền 02 đơn vị máu, tích cực dùng các thuốc cầm máu, phối hợp tăng co bóp cơ tử cung bằng oxytocin và ergometrin, thuốc nội tiết estrogen kết hợp thuốc tránh thai hàng ngày, tình trạng bệnh nhân ổn định sau 06 ngày. Đây là một

trường hợp rong kinh đến muộn, mặc dù về vị trí địa lý không hề khó khăn cho bệnh nhân để tiếp cận cơ sở y tế. Có lẽ do tâm lý đã điều trị bằng thuốc nam, bệnh nhân là học sinh đang đi học ngại ảnh hưởng đến quá trình học hành, nên đã trì hoãn việc đi khám sớm gây ra tình trạng thiếu máu nặng nề. Trường hợp thứ 2 là bệnh nhân 19 tuổi, có 1 lần RKRH trước đó, sau khi rong kinh 14 ngày và chưa điều trị gì trước đó. Tình trạng vào viện ra nhiều máu cục, lượng huyết sắc tố giảm còn 39 g/l. Bệnh nhân này được truyền 3 đơn vị KHC, điều trị estrogen + progesteron (thuốc tránh thai hàng ngày), các thuốc hỗ trợ cầm máu. Tình trạng thiếu máu rất nặng nếu đến sớm khi phát hiện rong kinh rong huyết có lẽ đã hạn chế được nguy cơ thiếu máu trầm trọng hơn rất nhiều và việc điều trị cũng sẽ thuận lợi hơn.

4.4. Kết quả siêu âm độ dày niêm mạc tử cung ở bệnh nhân RKRH. Độ dày niêm mạc tử cung trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi là 11,16 ± 5,08 mm, cao hơn so với tác giả Nguyễn Viết Tiến là 9,68 ± 3,8 mm cũng như 1 số tác giả khác, dù nhóm có độ dày niêm mạc tử cung ở mức bình thường vẫn chiếm tỉ lệ cao hơn cả 50% tuy nhiên nhóm có độ dày niêm mạc tử cung trên 10 mm chỉ thấp hơn không đáng kể (47,2%), dẫn đến chỉ số trung bình về niêm mạc tử cung cũng cao hơn.

Hoạt động về mặt nội tiết của một chu kì kinh nguyệt là sự thay đổi có tính lặp lại hàng tháng của các hormon trục dưới đồi, tuyến yên và buồng trứng, biểu hiện trên niêm mạc tử cung thông qua 3 giai đoạn: giai đoạn tăng sinh, giai đoạn chế tiết và giai đoạn hành kinh. Trong thời gian có kinh, niêm mạc khó nhìn thấy, có thể thấy đường thẳng giữa tử cung tách đôi. Ở giai đoạn tăng sinh, niêm mạc tử cung thể hiện là một dải giảm âm quanh đường thẳng giữa dày khoảng 10 mm ở ngày thứ 14. Đến khoảng thời gian chế tiết, niêm mạc tử cung là một dải tăng âm kèm vòng giảm âm ở bên ngoài và có thể dày 12mm. Chính bởi sự thay đổi độ dày niêm mạc tử cung qua các thời kì như vậy, việc đánh giá thời điểm vào viện bệnh nhân đang ở giai đoạn nào của chu kì kinh nguyệt là hạn chế, cũng như rất khó khăn trong việc nhận định cơ thể đang xảy ra sự thiếu hụt nội tiết nào trên trục hoạt động của nó. Thời gian rong kinh cũng như tiền sử điều trị trước đó có thể ảnh hưởng phần nào lên kết quả siêu âm niêm mạc cử cung, tuy nhiên khi đánh giá mối liên quan giữa các chỉ số này với độ dày niêm mạc tử cung, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Tuy nhiên, người ta cho rằng có thể căn cứ một phần vào chiều dày niêm mạc tử cung để chỉ định bổ sung hormon, đưa nồng độ hormon cơ thể vào ngưỡng cầm máu để đạt hiệu quả điều trị cho bệnh nhân. Trên thực tế lâm sàng, siêu âm là xét nghiệm cần thiết trong chẩn đoán loại trừ cũng như có giá trị nhất định trong điều trị. Trước một tình trạng bệnh nhân ra máu nhiều, kết quả siêu âm niêm mạc tử cung dày, chúng ta cần xử trí nhanh để làm bong nội mạc tử cung với mục đích cầm máu cho bệnh nhân, hoặc ở các bệnh nhân có niêm mạc tử cung mỏng, có thể tái tạo lại nội mạc tử cung để cầm máu sớm.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi vị thành niên chiếm tỉ lệ 86,1%. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 16,05 ± 3,47 tuổi, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân lứa tuổi vị thành niên là 15,04 ± 2,53 tuổi. Bệnh nhân đã kết hôn rất thấp 5,56%, chưa quan hệ tình dục chiếm tỉ lệ 90,74%.
- Trong nhóm RKRH 7 - 15 ngày, tỉ lệ bệnh nhân ra máu cục cao nhất, chiếm tỉ lệ 54,5%, Sự khác biệt về tình trạng ra máu không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05
- Số bệnh nhân có lượng hemoglobin bình thường rất thấp 8,3%. Bệnh nhân có lượng hemoglobin dưới 80 g/l chiếm tỉ lệ cao nhất 63,9%, có 2 bệnh nhân hemoglobin rất thấp, chỉ ở mức 30 – 39 g/l, 6 bệnh nhân hemoglobin ở mức 40 -49 g/l.
- Trong nhóm thiếu máu nặng và thiếu máu trung bình, thời gian ra máu 16 – 30 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất với tỉ lệ lần lượt là 53,6% và 58,3%, thời gian ra máu trên 30 ngày lần lượt là 14,5% và 16,7%.
- Niêm mạc tử cung dưới 5mm: 100% bệnh nhân có thời gian rong kinh 16-30 ngày. Niêm mạc trên 10mm: bệnh nhân rong kinh 16-30 ngày là cao nhất (47,1%), bệnh nhân rong kinh trên 30 ngày cao (23,5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Sản – Trường đại học Y Hà Nội.** Bài giảng sản phụ khoa. Nhà xuất bản Y học; 2013.
2. **Nguyễn Viết Tiến.** Sinh lý kinh nguyệt và điều trị RKRH cơ năng bằng hormon. Nhà xuất bản Y học; 2013.
3. **Dương Thị Cương.** Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành. Nhà xuất bản Y học; 2004.
4. **Furlong.** Bleeding disorders, menorrhagia and iron deficiency: impacts on health-related quality of life. Haemophilia: the official journal of the World Federation of Hemophilia. 2013;19: 385-391.
5. **Yaşa et Güngör Uğurlucan.** Approach to Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents. Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology.

2020;12: 1-6.
6. **World Health Organization (WHO).** Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. VMNIS. 2011.
7. **Lê Thị Thanh Vân.** Đặc điểm lâm sàng của rong kinh, rong huyết cơ năng. Tuổi dậy thì và tuổi tiền mãn kinh. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội; 2003.
8. **Nguyễn Viết Tiến.** Tác dụng của estrogen và progestin trong điều trị RKRH tuổi trẻ. Trường Đại học Y Hà Nội; 2004.
9. **Nguyễn Thị Thuỷ.** Bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị rong kinh tuổi trẻ bằng viên thuốc rigevidon tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa. Trường đại học Y Hà Nội, 2001.
10. **Phạm Thị Bình.** Nghiên cứu một số phương pháp điều trị RKRHCN tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. Trường Đại học Y Hà Nội; 2003.

CHỬA NGOÀI TỬ CUNG THỂ NGẬP MÁU Ổ BỤNG: SO SÁNH KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI VỚI PHẪU THUẬT MỞ BỤNG

Đào Nguyên Hùng[1], Hoàng Văn Sơn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự an toàn, hiệu quả của phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở bụng điều trị chửa ngoài tử cung thể ngập máu ổ bụng tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 04/2020 đến tháng 09/2022. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mổ tả cắt ngang trên 53 bệnh nhân được chẩn đoán chửa ngoài tử cung thể ngập máu ổ bụng điều trị tại Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 04/2020 đến tháng 09/2022. **Kết quả:** Có 22 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật mở bụng chiếm 41,51% và 31 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật nội soi chiếm 58,49%. Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm phẫu thuật mở bụng là 50,00±9,38 phút, của nhóm phẫu thuật nội soi là 59,84±9,44 phút. Lượng máu mất trong ổ bụng trung bình của nhóm phẫu thuật mở bụng là 2000,00±377,96 ml, của nhóm phẫu thuật nội soi là 1083,87±288,78 ml. 100% bệnh nhân phẫu thuật mở bụng phải truyền máu, với phẫu thuật nội soi là 64,5%. Lượng máu truyền trung bình của nhóm phẫu thuật mở bụng là 834,09±331,80 ml, của nhóm phẫu thuật nội soi là 364,52±316,01 ml. Có 4,5% bệnh nhân nhóm phẫu thuật mở bụng và 25,8% bệnh nhân nhóm phẫu thuật nội soi sử dụng kháng sinh dự phòng, thời gian dùng kháng sinh trung bình của nhóm phẫu thuật mở bụng là 4,05±1,43 ngày, của nhóm phẫu thuật nội soi là 2,97±1,37 ngày. Số liều giảm đau sau mổ trung bình của nhóm phẫu thuật mở bụng là 2,14±0,46 liều, của nhóm phẫu thuật nội soi là 1,45±0,56 liều. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm phẫu thuật mở bụng 4,68±1,04 ngày, của nhóm phẫu thuật nội soi là 3,81±0,94 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi có thời gian phẫu thuật trung bình dài hơn, lượng máu mất trong ổ bụng trung bình và lượng máu truyền trung bình ít hơn so với nhóm phẫu thuật mở bụng. Nhưng phẫu thuật nội soi có số ngày sử dụng kháng sinh trung bình ngắn hơn, số liều giảm đau trung bình ít hơn, thời gian hồi phục sau mổ nhanh hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn so với nhóm phẫu thuật mở bụng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Phẫu thuật nội soi điều trị an toàn với các trường hợp chửa ngoài tử cung vỡ ngập máu ổ bụng có sốc mất máu mức độ nhẹ, trung bình hoặc mức độ nặng sau khi đã hồi sức nội khoa tích cực, huyết áp ổn định. Các trường hợp sốc nặng,huyết động không ổn định hoặc sốc rất nặng nên chỉ định mổ mở.

Từ khóa: Chửa ngoài tử cung thể ngập máu ổ bụng, phẫu thuật mở bụng, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

ECTOPIC PREGNANCY WITH ABDOMINAL APOPLEXY: COMPARISON OF LAPAROSCOPY AND LAPAROTOMY

Objective: To evaluate the safety and effectiveness of laparoscopic and laparotomy in the treatment of ectopic pregnancy with abdominal apoplexy at Military Hospital 103 from April 2020 to September 2022. **Subjects and methods:** A cross-sectional study on 53 patients diagnosed of ectopic pregnancy with abdominal apoplexy treated at Military Hospital 103 from April 2020 to September 2022. **Results:** There were 22 patients treated by laparotomy (41.5%) and 31 patients treated by laparoscopy (58.5%). The mean surgery time of the laparotomy group was 50.00±9.38 minutes, and the laparoscopy group was 59.84±9.44 minutes. The mean intra-abdominal blood loss of the laparotomy group was 2000.00±377.96 ml and the laparoscopy group was 1083.87±288.78 ml. 100% of patients undergoing laparotomy required blood transfusion, the figure for the laparoscopy was 64.5%. The mean blood transfusion volume of the laparotomy group was 834.09±331.80 ml and the laparoscopy group was 364.52±316.01 ml. 4.5% of patients in the laparotomy group and 25.8% of patients in the laparoscopy group used prophylactic antibiotics, the mean antibiotic time of the laparotomy group was 4.05±1 ,43 days, 2.97±1.37 days of laparoscopy group. The average number of postoperative analgesic doses of the laparotomy group was 2.14±0.46 doses, and that of the laparoscopy group was 1.45±0.56 doses. The mean hospital stay of the laparotomy group was

[1]*Bệnh viện Quân Y 103*
Chịu trách nhiệm chính: Đào Nguyên Hùng
Email: bshung103@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.4.2023
Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023
Ngày duyệt bài: 20.6.2023