

2. **Takasaki K** (2007), Glissonean pedicle transection method for hepatic resection, Springer Science & Business Media.
3. **Menon K V, Al-Mukhtar A, Aldouri A, et al** (2006), "Outcomes after major hepatectomy in elderly patients", Journal of the American college of Surgeons, 203 (5), pp. 677-683.
4. **Lê Văn Thành** (2013), "Nghiên cứu chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat Jacob trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan", Luận án tiến sĩ Y học - Đại học Quân Y.
5. **Vũ Văn Quang** (2019), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát cuồng Glisson theo Takasaki trong cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Luận án tiến sĩ Y học.
6. **Lee C-W, Tsai H-I, Sung C-M, et al** (2016), "Risk factors for early mortality after hepatectomy for hepatocellular carcinoma", Medicine, 95 (39).
7. **Trình Quốc Đạt** (2019), "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật kiểm soát chọn lọc cuồng Glisson trong cắt gan điều trị ung thư tế bào gan", Luận án Tiến sĩ Y học - Đại học Y Hà Nội.
8. **Belghiti J, Noun R, Malafosse R, et al** (1999), "Continuous versus intermittent portal triad clamping for liver resection: a controlled study", Annals of surgery, 229 (3), pp. 369.
9. **Nanashima A, Abo T, Hamasaki K, et al** (2013), "Predictors of intraoperative blood loss in patients undergoing hepatectomy", Surgery today, 43 (5), pp. 485-493.
10. **Yoon Y-I, Kim K-H, Kang S-H, et al** (2017), "Pure laparoscopic versus open right hepatectomy for hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis", Annals of surgery, 265 (5), pp. 856-863.

KẾT QUẢ THAI NGHÉN CỦA SONG THAI MỘT BÁNH RAU, HAI BUỒNG ỒI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thùy Nhung^{1,2}, Vũ Văn Bạ²,
Vũ Thị Hà^{1,2}, Vương Thị Vui¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Song thai là thai nghén có nguy cơ cao, có thể gây nhiều biến chứng cho sức khỏe cho mẹ và thai trong cả quá trình mang thai cũng như sinh đẻ. Song thai một noãn, một bánh rau, hai buồng ối chiếm tỷ lệ khoảng 70% của song thai một noãn và là song thai có nhiều biến chứng nhất trong các loại song thai. **Mục tiêu:** Mô tả kết quả thai nghén của các thai phụ được chẩn đoán song thai một bánh rau hai buồng ối tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ năm 2017 đến năm 2019. **Kết quả:** Song thai một bánh rau hai buồng ối là thai nghén nguy cơ cao, tỷ lệ đẻ non (< 37 tuần) trong loại song thai này là 75,6%, trong đó tỷ lệ đẻ non <34 tuần chiếm 42,2%. Mổ lấy thai là phương pháp đỉnh chỉ thai nghén chủ yếu (78,9%). Tỷ lệ hội chứng truyền máu 26,7%. Hội chứng truyền máu làm tăng tỷ lệ phải nhập viện điều trị sớm và làm tăng nguy cơ đẻ non dưới 34 tuần cao gấp 3,1 lần song thai không có hội chứng truyền máu. Tuổi thai trung bình lúc ĐCTN của nhóm có theo dõi HCTM là 31,1 ± 5,2 (tuần), 64,4% sau đẻ 2 thai phát triển bình thường, 20% song thai có 1 thai sống, 1 thai chết và 15,6% cả 2 thai đều chết. **Kết luận:** Song thai hội chứng truyền máu là thai nghén nguy cơ cao và biến chứng hội chứng truyền máu làm tăng tỷ lệ đẻ non dưới 34 tuần so với song thai không có hội chứng truyền máu. Xu hướng mổ lấy thai sớm hơn do những tiến bộ về nuôi dưỡng sơ sinh và tiến bộ trong

theo dõi phát hiện sớm các biến chứng của hội chứng truyền máu.

Từ khóa: Song thai; truyền máu song thai

SUMMARY

THE PREGNANT RESULTS OF MATERNALS WHO ARE DIAGNOSED TWIN PREGNANCY WITH ONE PLACENTA AND TWO AMNIOTIC SACS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Introduction: Twins pregnancy is high-risk obstetrical condition, which can cause many complications for the health of both maternals and their babies during pregnancy and also delivery process. There are two types of twins: identical (monozygotic) and fraternal (dizygotic). 70% of monozygotic twins that share a placenta, two amniotic sacs and this type has the most complications. **Purposes:** Describe the pregnant results of maternals who are diagnosed twin pregnancy with one placenta and two amniotic sacs at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 2017 to 2019. **Results:** Monozygotic twins pregnancy with one placenta and two amniotic sacs was a type of high-risk pregnancy, the proportion of preterm birth (<37 weeks) in this type of twins pregnancy was 75.6%, in which the rate of preterm birth <34 weeks was about 42.2%. Caesarean section was the main method of suspending pregnancy (78.9%), the percentage of blood transfusion syndrome was 26.7%. Twin-twin transfusion syndrome made the rate of early hospital admission increase and the risk of preterm birth under 34 weeks risen 3.1 times higher than twins without blood transfusion syndrome. The average gestational age when suspended pregnancy of group that was monitored twin twin transfusion syndrome was 31.1 ±

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Vương Thị Vui

Email: vuongthivui@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biên khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 19.3.2024

5.2 (week). The cases of two babies had normal development after delivery was 64.4%, the postpartum cases where one fetus lived, one fetus died 2 was 20%, and the proportion of both babies die was 15,6%. **Conclusions:** Twins transfusion syndrome is a high-risk pregnancy and the complication of blood transfusion syndrome makes the rate of preterm birth under 34 weeks increase higher than twin pregnancy without transfusion syndrome. Due to advances in neonatal feeding and progress in follow-up detection of twin twin transfusion syndrome complication, the tendency of early cesarean section takes place more often. **Keywords:** twins pregnancy, twin transfusion syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Song thai là thai nghén có nguy cơ cao. Song thai có hai loại: song thai một noãn và song thai hai noãn, trong đó song thai một noãn, một bánh rau, hai buồng ối là song thai có nhiều biến chứng nhất. Hội chứng truyền máu trong loại song thai này là biến chứng nguy hiểm nhất, thường có tiên lượng rất xấu tỷ lệ tử vong sơ sinh thường rất cao và những trẻ sống sót thường tiên lượng cũng không tốt vì tỷ lệ bệnh tật sơ sinh cao đặc biệt những di chứng thần kinh như hoại tử chất trắng, bại não [1], [2]. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục đích mô tả kết quả thai nghén của các thai phụ được chẩn đoán song thai một bánh rau hai buồng ối tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ năm 2017 đến năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu quan sát mô tả, hồi cứu trên 90 trường hợp song thai một noãn một bánh rau hai buồng ối được chẩn đoán tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ 2017-2019.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn. Song thai một bánh rau hai buồng ối: dựa vào kết quả siêu âm và phần mô tả đặc điểm bánh rau, buồng ối trong phần tổng kết sau đẻ hoặc cách thức phẫu thuật. Hai thai cùng giới tính. Đặc điểm hai buồng ối: Đa ối khi đo bề nước ối lớn nhất trên 80 mm khi tuổi thai dưới 20 tuần, trên 100mm khi tuổi thai từ 20 đến 22 tuần, trên 120 mm ở tuổi thai sau 22 tuần. Thiếu ối khi đo bề nước ối lớn nhất nhỏ hơn 20 mm ở bất kỳ tuổi thai nào. Cân nặng sơ sinh. Thai chậm phát triển trong tử cung: trọng lượng trẻ sơ sinh khi sinh ít hơn đường bách phân vị thứ 10.

Song thai một bánh rau, hai buồng ối có biến chứng: Đặc điểm bàng quang thai cho máu và thai nhận máu, Doppler ĐM rốn thai cho máu và thai nhận máu, phù thai, một hoặc hai thai chết lưu. Thời điểm đình chỉ thai nghén: trước 37

tuần và từ sau 37 tuần trở đi. Đối với những trường hợp có theo dõi biến chứng hội chứng truyền máu chúng tôi lấy mốc 34 tuần vì đa số những trường hợp này đều đẻ non. Mốc 34 tuần là thời điểm phổi thai nhi đã trưởng thành, khả năng sống của thai nhi sau thời điểm này có tỷ lệ cao hơn nhiều.

Phương pháp đình chỉ thai nghén: đẻ thường, mổ lấy thai, đẻ thủ thuật.

2.3. Xử lý số liệu. Biểu diễn biến định lượng dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm sd$) khi biến phân bố chuẩn và dưới dạng trung vị (tứ phân vị) khi biến phân bố không chuẩn. Biểu diễn biến định tính dưới dạng số lượng (n) và phần trăm (%). Sử dụng kiểm định χ^2 để so sánh hai tỉ lệ có giá trị kỳ vọng > 5 và kiểm định Fisher's Exact Test so sánh hai tỉ lệ có giá trị kỳ vọng <5. Sử dụng kiểm định T-test cho so sánh hai trung bình. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 26.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của song thai một bánh rau hai buồng ối. Tỷ lệ sản phụ được chẩn đoán theo dõi hội chứng truyền máu trong song thai là 26,7 %. Tỷ lệ các giai đoạn của hội chứng truyền máu song thai (bảng 1). Số bệnh nhân có hội chứng truyền máu ở giai đoạn 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 37,5%, bệnh nhân có hội chứng truyền máu ở giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,1%. Tỷ lệ phát hiện ở giai đoạn muộn (IV và V) cũng chiếm tỷ lệ lớn 37,5% (25% + 12,5%).

Bảng 1. Tỷ lệ các giai đoạn của hội chứng truyền máu song thai

Giai đoạn	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
I	5	20,8
II	9	37,5
III	1	4,2
IV	6	25
V	3	12,5
Tổng	24	100

3.2. Kết quả thai nghén của song thai một bánh rau hai buồng ối

3.2.1. Phương pháp đình chỉ thai nghén. Mổ lấy thai là phương pháp đình chỉ thai nghén phổ biến nhất trong song thai một bánh rau, hai buồng ối, chiếm tỷ lệ 78,9%, tiếp theo là đẻ thường chiếm tỷ lệ 20,0%. Đẻ thủ thuật chiếm tỷ lệ 1,1%. Tỷ lệ đẻ non dưới 37 tuần là 75,6%, tỷ lệ đẻ dưới 34 tuần 42,2%.

Bảng 2. Phương pháp đình chỉ thai nghén

Phương pháp đình chỉ thai nghén	Số sản phụ (n)	Tỷ lệ (%)
Đẻ thường	18	20,0

Mổ lấy thai	71	78,9
Đẻ thủ thuật	1	1,1
Tổng	90	100

3.2.2. Liên quan giữa song thai có hội chứng truyền máu và tỷ lệ đẻ non. Tỷ lệ đẻ non dưới 34 tuần trong nhóm song thai có hội chứng truyền máu là 62,5%. Trong đó tỷ lệ này ở nhóm không có hội chứng truyền máu là 34,8%.

Liên quan giữa tuổi thai trung bình lúc đình chỉ thai nghén của nhóm có hội chứng truyền máu và nhóm không có hội chứng truyền máu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng tuổi thai trung bình lúc ĐCTN của nhóm có theo dõi HCTM là $31,1 \pm 5,2$. Tuổi thai trung bình lúc nhập viện của nhóm không có HCTM là $34,4 \pm 5,2$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Mối liên quan giữa biến chứng hội chứng truyền máu và tỷ lệ đẻ non dưới 34 tuần

Tuổi thai	HCTM Theo dõi		Không có HCTM		p	OR
	N	%	N	%		
≤ 34	15	62,5	23	34,8	<0,05	3,1
>34	9	37,5	43	65,2		
Tổng	24	100	66	100		

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Trong số 90 trường hợp nghiên cứu có 24 trường hợp, (26,7%), được chẩn đoán theo dõi hội chứng truyền máu. Theo một số nghiên cứu trên thế giới, hội chứng truyền máu trong song thai chiếm khoảng 1:40 đến 1: 60 song thai [1], [2] và 5 – 24% song thai một bánh rau hai buồng ối [3], [4], [5], [6]. So với những số liệu trên, tỷ lệ số trường hợp được chẩn đoán theo dõi hội chứng truyền máu trong nghiên cứu này cao hơn. Khi nghiên cứu về các giai đoạn của hội chứng truyền máu trong nhóm bệnh nhân được chẩn đoán theo dõi hội chứng truyền máu trong song thai ta thấy nhóm bệnh nhân ở giai đoạn 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 37,5% và nhóm bệnh nhân ở giai đoạn muộn (IV, V) vẫn chiếm tỷ lệ lớn 37,5. Điều này cho thấy vẫn còn có những thiếu sót trong công tác quản lý thai nghén. Mặt khác do ở Việt Nam cũng chưa có biện pháp can thiệp trong hội chứng truyền máu nên tỷ lệ bệnh nhân tiến triển đến giai đoạn muộn còn cao.

4.2. Phương pháp đình chỉ thai nghén. Phương pháp đình chỉ thai nghén chủ yếu là mổ lấy thai chiếm 78,9%, đẻ thường 20,0%, đẻ thủ thuật chiếm 1,1%. Tuổi thai trung bình tại thời điểm chấm dứt thai kỳ là $33,5 \pm 5,3$ tuần, tỷ lệ đẻ non dưới 34 tuần chiếm tới 42,2%. Tỷ lệ mổ lấy thai trong song thai một bánh rau hai buồng

ối có xu hướng tăng lên, và cao hơn tỷ lệ mổ lấy thai trong song thai nói chung. Nguyên nhân do song thai một bánh rau hai buồng ối ngoài chỉ định mổ lấy thai vì song thai nói chung các chỉ định mổ lấy thai còn có thêm một số chỉ định chỉ có trong song thai một bánh rau, hai buồng ối như mổ lấy thai vì hội chứng truyền máu, vì song thai một thai sống, một thai chết lưu.

4.3. Mối liên quan giữa song thai hội chứng truyền máu và đẻ non. Tỷ lệ đẻ non dưới 34 tuần trong nhóm song thai có hội chứng truyền máu là 62,5%. và ở nhóm không có hội chứng truyền máu là 34,8% với $p < 0,05$ và tỷ suất chênh OR = 3,1 cho thấy song thai có hội chứng truyền máu nguy cơ đẻ non <34 tuần cao gấp 3,1 lần so với song thai không có hội chứng truyền máu. Kết quả này cũng tương tự trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Dương về song thai một bánh rau hai buồng ối tại BVPSTW từ 2006-2011 [7].

Tuổi thai trung bình lúc ĐCTN của nhóm có theo dõi HCTM là $31,1 \pm 5,2$ (tuần). Tuổi thai trung bình lúc ĐCTN của nhóm không có HCTM là $34,4 \pm 5,2$ (tuần). Hai kết quả này khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy với song thai khi có xuất hiện hội chứng truyền máu tuổi thai trung bình lúc đình chỉ thai nghén sớm hơn so với nhóm không có hội chứng truyền máu. Tuy nhiên khi so sánh với các nghiên cứu khác về song thai thì thời điểm đình chỉ thai nghén của chúng tôi trong nghiên cứu này sớm hơn [2], [4], [5]. Điều này bước đầu cho thấy có sự thay đổi trong thái độ xử trí song thai nói chung và song thai hội chứng truyền máu nói riêng. Xu hướng đình chỉ thai nghén ở tuổi thai non tháng ngày càng được mở rộng hơn. Có sự thay đổi này phải kể đến sự tiến bộ trong nuôi dưỡng thai non tháng của sơ sinh. Khi nuôi dưỡng sơ sinh non tháng ngày càng phát triển sẽ làm giảm nguy cơ tử vong và bệnh tật ở trẻ non tháng do đó với trường hợp song thai có biến chứng khi cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích có thể đình chỉ thai nghén sớm ở những cơ sở có chăm sóc sơ sinh tốt.

V. KẾT LUẬN

Song thai hội chứng truyền máu là thai nghén nguy cơ cao và biến chứng hội chứng truyền máu làm tăng tỷ lệ đẻ non dưới 34 tuần so với song thai không có hội chứng truyền máu. Xu hướng mổ lấy thai sớm hơn do những tiến bộ về nuôi dưỡng sơ sinh và tiến bộ trong theo dõi phát hiện sớm các biến chứng của hội chứng truyền máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trevett T, Johnson A** (2005). "Monochorionic twin pregnancies". Clin Perinatol 2005; 32:475.
2. **Mari G, Roberts A, Detti L, et al** (2001). "Perinatal morbidity and mortality rates in severe twin-twin transfusion syndrome: Results of the International Amnioreduction Registry". Am J Obstet Gynecol 2001; 185:708.
3. **Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al** (2007). "Births: the final data for 2005". Natl Vital Stat Rep 2007; 56:1.
4. **Sebire NJ, Snijders RJ, Hughes K, et al** (1997). "The hidden mortality of monochorionic twin pregnancies". Br J Obstet Gynaecol 1997; 104:1203.
5. **Lutfi S, Allen VM, Fahey J, et al** (2004). "Twin – twin transfusion syndrome: a population – based study". Obstet Gynecol 2004; 104:1289
6. **Phạm Thị Thùy** (2016), "Chẩn đoán trước sinh, kết quả thai nghén của song thai có hội chứng truyền máu tại bệnh viện Phụ sản Trung ương", Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 43 – 58.
7. **Nguyễn Thị Thùy Dương** (2012), "Bước đầu nghiên cứu một số đặc điểm của song thai một bánh rau hai buồng ối tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, 33 – 76.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CÁC TỔN THƯƠNG CỔ TỬ CUNG MỨC ĐỘ CAO BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHOẾT CHÓP TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG NĂM 2018-2020

Huỳnh Xuân Nghiêm¹, Nguyễn Minh Phương²,
Trần Khánh Nga², Huỳnh Thụy Thảo Quyên¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc tầm soát phát hiện sớm bằng tế bào học và HPV có thể giúp phát hiện sớm các trường hợp tiền ung thư để ngăn ngừa phát triển thành ung thư cổ tử cung (UTCTC) và có thể chữa khỏi bằng các phương pháp can thiệp tối thiểu như khoét chóp để lấy mô tổn thương ra khỏi cổ tử cung. **Mục tiêu:** 1. Xác định tỷ lệ điều trị thành công các tổn thương cổ tử cung (CTC) mức độ cao bằng phương pháp khoét chóp. 2. Xác định các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị khoét chóp CTC. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang có phân tích, cỡ mẫu 220 trường hợp được khoét chóp CTC lần đầu tại bệnh viện thực hiện trong thời gian 2018 – 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ điều trị thành công các tổn thương CTC mức độ cao bằng phương pháp khoét chóp CTC sau 30 tháng là 87,7% (KTC 95%: 83,36-92,1%). Tỷ lệ thất bại 12,3%. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị khoét chóp CTC: Tuổi \geq 38 tuổi làm tăng nguy cơ điều trị thất bại với OR= 1,32 (KTC 95%: 1,22-3,95, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,012 < 0,05$. Tình trạng mãn kinh làm tăng nguy cơ điều trị thất bại với OR= 1,18 (KTC 95%: 1,07-3,7, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,004 < 0,05$. Tình trạng nhiễm HPV sau khoét chóp CTC làm tăng nguy cơ điều trị thất bại gấp 5,8 lần so với HPV (-) với OR= 5,8 (KTC 95%: 3,69-8,27), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001 < 0,05$. **Kết luận:** Điều trị tổn thương cổ tử cung mức độ cao bằng phương pháp khoét chóp dao thường hay

vòng điện (LEEP) có tỷ lệ điều trị thành công cao. Lớn tuổi, mãn kinh và nhiễm HPV sau khoét chóp làm tăng nguy cơ thất bại của khoét chóp. **Từ khóa:** Cổ tử cung, phương pháp khoét chóp, CIN

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT OF HIGH-GRADE CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA (CIN) LESIONS TREATED THROUGH CONIZATION METHODS IN HUNG VUONG HOSPITAL IN 2018-2020

Background: Early screening through cytology and HPV screening can help identify precancerous cases to prevent their progression into invasive cervical cancer which can be treated by early interventions. These early interventions may include minimally invasive methods such as conization to remove the damaged tissue from the cervix. **Objectives:** 1. Determining the success rate of high-grade Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) lesions treated through conization methods. 2. Identifying factors associated with treatment outcomes in conization for high-grade Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) lesions. **Methods:** Cross-sectional study, sample size 220 cases undergoing initial conization in Hung Vuong hospital from 2018 to 2022. **Results:** The success rate of treating high-grade Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) lesions through conization after 30 months is 87.7% (95% CI: 83.36-92.1%). The failure rate is 12.3%. Factors associated with conization treatment outcomes for CIN lesions: Age \geq 38 years increases the risk of treatment failure with an odds ratio (OR) of 1.32 (95% CI: 1.22-3.95). This difference is statistically significant with $p=0.012 < 0.05$. Postmenopausal status increases the risk of treatment failure with an odds ratio (OR) of 1.18 (95% CI: 1.07-3.7). This difference is statistically

¹Bệnh viện Hùng Vương

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Phương

Email: nmphuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 22.3.2024