

AAIR so với DDDR trên 60 BN mắc hội chứng suy nút xoang, chức năng thất trái được bảo tồn và dẫn truyền nhĩ thất bình thường. Mỗi chế độ tạo nhịp kéo dài ít nhất 2 tháng ở từng BN, sau đó, các BN được chuyển sang chế độ tạo nhịp thay thế.

V. KẾT LUẬN

Các thông số tạo nhịp tim sau đặt máy ổn định, cho thấy kỹ thuật cấy máy tạo nhịp tim hai buồng của bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển bước đầu đạt được kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Glikson M, Nielsen JC, Kronborg MB, et al.** ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: Developed by the Task Force on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA). Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2022;75(5):430. doi:10.1016/j.rec.2022.04.004
2. **Trần Văn Đông, Lê Văn Tuấn.** Cấy máy tạo nhịp tim. Tim mạch can thiệp. Nhà xuất bản y học. 2022;Tr 1391.
3. **Iwańska K, Gworys P, Gawor Z.** Prognostic value of NT-proBNP levels in patients undergoing permanent pacemaker implantation. Pol Arch Med Wewn. 2010;120(4):120-126.
4. **Vaturi M, Kusniac J, Shapira Y, et al.** Right ventricular pacing increases tricuspid regurgitation grade regardless of the mechanical interference to the valve by the electrode. Eur J Echocardiogr. 2010;11(6):550-553. doi:10.1093/ejehocardi/jeq018
5. **Lin G, Nishimura RA, Connolly HM, Dearani JA, Sundt TM, Hayes DL.** Severe symptomatic tricuspid valve regurgitation due to permanent pacemaker or implantable cardioverter-defibrillator leads. Journal of the American College of Cardiology. 2005;45(10):1672-1675. doi:10.1016/j.jacc.2005.02.037
6. **Tạ Tiên Phước.** Investigate the Techniques and the Hemodynamic Changing of Pacemaker Implantation. The Thesis of PhD Degree Graduation. 103 Military Medicine University; 2005.
7. **Phạm Như Hùng, Trần Quang Việt.** Ảnh Hưởng Của NT-Pro BNP Lên Ngưỡng Tạo Nhịp ở NB Suy Nút Xoang Được Cấy Máy Tạo Nhịp 2 Buồng. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam số Đặc biệt-Tháng 12/2021; 2008.
8. **Thắng ĐC, Sơn - NL, Anh MX.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân trước và sau đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng tại Bệnh viện Trung ương Huế. TC Tim mạch học VN. 2021;(98):74-82. doi:10.58354/jvc.98.2021.97
9. **Psychari SN, Apostolou TS, Iliodromitis EK, Charalampopoulos A, Kremastinos DT.** DDDR pacing results in left ventricular asynchrony with preservation of ejection fraction and NT-proBNP: A prospective study in sick sinus syndrome and normal ventricular function. International Journal of Cardiology. 2010;144(2):310-312. doi:10.1016/j.ijcard.2009.03.017

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TERATOMA BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Đỗ Thị Hải Yến¹, Nguyễn Thị Như Ngọc², Nguyễn Tuấn Minh¹, Tăng Văn Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật teratoma buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 252 bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2022, có kết quả giải phẫu bệnh là teratoma buồng trứng. **Kết quả:** Thời điểm phẫu thuật: mổ phiên 95,6%; mổ cấp cứu 4,4%. Tỷ lệ mổ nội soi, mổ mở, nội soi chuyển mổ mở lần lượt 96,4%; 2,8%; 0,8%. Bóc u chiếm 90,4%, cắt phần phụ 1 bên, cắt phần phụ 2 bên, cắt tử cung và phần phụ chiếm tỉ lệ lần lượt là 4,4%, 2,8% và 2,4%. Bệnh nhân ≤45 tuổi phẫu thuật bóc u là chủ yếu

(96,5%). Bệnh nhân >45 tuổi phẫu thuật bóc u chiếm 27,3%. Bệnh nhân mãn kinh có khả năng mổ cắt buồng trứng cao hơn gấp 67,8 lần so với nhóm còn lại. Tỷ lệ bóc u ở các nhóm kích thước u <50mm, từ 50-100mm, >100mm lần lượt là: 93,6%, 91,6% và 80,0%. **Kết luận:** Teratoma buồng trứng thường gặp trong độ tuổi sinh đẻ và thường không có triệu chứng điển hình. Phẫu thuật nội soi ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong xử trí teratoma buồng trứng. Hướng xử trí trong mổ phụ thuộc nhiều vào tuổi bệnh nhân và tính chất u trong mổ. **Từ khóa:** u buồng trứng, teratoma, phẫu thuật nội soi,...

SUMMARY

SURGERY RESULT OF TERATOMA AT HA NOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Study Objectives: Consider surgery result of teratoma at Ha Noi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study included 252 patients with ovarian tumors diagnosed and treated at Ha Noi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2022. Postoperative

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội,

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tăng Văn Dũng

Email: dz.161012@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

pathology results were teratoma. **Result:** Time of surgery: elective surgery 95.6%; emergency surgery 4.4%. The rate of laparoscopic, open, and laparoscopic surgery converted to open surgery is respectively 96.4%; 2.8%, 0.8%. Cystectomy accounted for 90.4%; unilateral adnexectomy, bilateral adnexectomy, hysterectomy and adnexectomy were 4.4%, 2.8% and 2.4%, respectively. Patients under 45 years old mainly had surgery to remove the tumor (96.5%). Patients > 45 years old had surgery to remove the tumor, accounting for 27.3%. Menopausal patients are 67.8 times more likely to have oophorectomy than the other group. Tumor removal rates in tumor size groups < 50mm, from 50-100mm, > 100mm are: 93.6%, 91.6% and 80.0%, respectively. **Conclusion:** Ovarian teratoma commonly occurs during childbearing age and often has no typical symptoms. Laparoscopic surgery is more and more widely used, bringing the benefits to the patients. Intraoperative decision depends largely on patient age and tumor qualities during surgery. **Keywords:** ovarian tumor, teratoma, laparoscopic surgery, ...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khối u buồng trứng (UBT) được phân thành 3 loại chính dựa theo nguồn gốc của chúng: u biểu mô (chiếm 60% UBT nói chung và 90% UBT ác tính nói riêng), u tế bào mầm (30%) và u dây sinh dục (8%) [1]. Teratoma buồng trứng là UBT có nguồn gốc từ tế bào mầm thường gặp nhất, chiếm 20% u tân sinh buồng trứng. Những khối u này thường gặp ở trẻ em và phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Về mặt giải phẫu bệnh, teratoma buồng trứng gồm 3 loại: teratoma tế bào trưởng thành, teratoma tế bào non và u dạng đơn mô. Trong đó 8%-15% các trường hợp teratoma buồng trứng có thể có xuất hiện ở cả 2 bên buồng trứng. Teratoma tế bào trưởng thành là lành tính, chiếm 50% các khối UBT và 95% các khối teratoma buồng trứng [2]. Ngược lại, teratoma tế bào non là ác tính. Trên lâm sàng, quan điểm của nhiều bác sĩ cho rằng teratoma buồng trứng là lành tính và vì thế có thể bỏ qua những trường hợp này, hoặc trì hoãn điều trị dẫn tới biến chứng hoặc di căn đe dọa đến tính mạng của người bệnh. Trước đây xử trí UBT nói chung và teratoma buồng trứng nói riêng bằng phẫu thuật mở bụng. Những năm gần đây nhờ sự tiến bộ của phẫu thuật nội soi (PTNS), đặc biệt là tính ưu việt trong PTNS như ít mất máu, ít sang chấn, nhanh bình phục, tính thẩm mỹ cao... được khẳng định vì vậy phần lớn các bệnh nhân teratoma buồng trứng đã được phẫu thuật qua nội soi. Phương pháp phẫu thuật sẽ phụ thuộc vào vị trí u, kích thước khối u và mức độ xâm lấn sang tổ chức lân cận. Sau mổ, tiêu chuẩn vàng chẩn đoán teratoma buồng

trứng là giải phẫu bệnh. Để đánh giá phương pháp xử trí cũng như các yếu tố liên quan đến phương pháp xử trí teratoma buồng trứng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu:

Nhận xét kết quả phẫu thuật teratoma buồng trứng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định teratoma buồng trứng bằng giải phẫu bệnh và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong năm 2022. Có 252 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

- **Xử lý số liệu:** Phần mềm SPSS 20.0, so sánh sự khác biệt bằng test χ^2 , Fisher's Exact Test.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu dựa trên bệnh án, không can thiệp trên người bệnh, không làm sai lệch hồ sơ bệnh án, đảm bảo sự bí mật thông tin. Kết quả nghiên cứu nhằm đưa ra kiến nghị để phục vụ bệnh nhân, nâng cao chất lượng điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm chung của phẫu thuật

Bảng 3.1. Các đặc điểm chung của phẫu thuật (n=252)

Đặc điểm		Giá trị
Thời điểm phẫu thuật	Mổ phiến	241 (95,6)
	Mổ cấp cứu	11 (4,4)
Đường vào bụng	Mổ nội soi	243 (96,4)
	Mổ mở	7 (2,8)
	Nội soi chuyển mổ mở	2 (0,8)
Cách thức can thiệp u	Bóc u	228 (90,4)
	Cắt phần phụ 1 bên	11 (4,4)
	Cắt phần phụ 2 bên	7 (2,8)
	Cắt tử cung và phần phụ	6 (2,4)
Biến chứng chảy máu vết mổ sau mổ		1 (0,4)
Thời gian mổ (phút)		46,56 ± 17,84 (20-120)
Số ngày nằm viện sau mổ (ngày)		3,06 ± 1,66 (1-17)

Giá trị trung bình biểu diễn $X \pm SD$ (Min - Max), biến định tính biểu diễn n (%).

Nhận xét: Thời điểm phẫu thuật: chủ yếu là mổ phiến với chiếm 95,6%; 11BN (4,4%) mổ cấp cứu, tất cả BN mổ cấp cứu đều bị u nang

buồng trứng xoắn. Đường vào bụng chủ yếu là mổ nội soi với 243BN (96,4%); chỉ có 7BN mổ mở và 2BN mổ nội soi chuyển mổ mở.

Cách thức can thiệp u chủ yếu là bóc u với 228BN (90,4%), các cách thức mổ khác như cắt phần phụ 1 bên, cắt phần phụ 2 bên, cắt tử cung và phần phụ chiếm rất ít với tỉ lệ lần lượt là 4,4%, 2,8% và 2,4%. Thời gian mổ trung bình 46,56 phút.

Biến chứng: có 01 bệnh nhân (0,4%) bị chảy máu vết mổ sau mổ. Số ngày nằm viện sau mổ trung bình là 3,06 ngày; nhanh nhất là 1 ngày và lâu nhất là 17 ngày.

3.2. Liên quan giữa nhóm tuổi với cách thức can thiệp u

Bảng 3.2. Liên quan giữa nhóm tuổi với cách thức can thiệp u

	≤45 tuổi	>45 tuổi	p*
Bóc u (228)	222 (96,5)	6 (27,3)	<0,0001
Cắt phần phụ 1 bên (11)	7 (3,0)	4 (18,2)	
Cắt phần phụ 2 bên (7)	0 (0)	7 (31,8)	
Cắt tử cung, phần phụ (6)	1 (0,5)	5 (22,7)	
Tổng số	230 (91,3)	22 (8,7)	

*Kiểm định khi bình phương, các giá trị biểu diễn n(%).

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân từ 45

3.4. Liên quan giữa nhóm kích thước u với cách thức can thiệp u

Bảng 3.4. Liên quan giữa nhóm kích thước u với cách thức can thiệp u

	<50 mm	50-100 mm	>100 mm	p*
Bóc u (228)	59 (93,6)	141 (91,6)	28 (80,0)	0,109
Cắt phần phụ 1 bên (11)	2 (3,2)	4 (2,6)	5 (14,2)	
Cắt phần phụ 2 bên (7)	1 (1,6)	5 (3,2)	1 (2,9)	
Cắt tử cung, phần phụ (6)	1 (1,6)	4 (2,6)	1 (2,9)	
Tổng số	63 (25,0)	154 (61,1)	35 (13,9)	

*Kiểm định khi bình phương, các giá trị biểu diễn n(%).

Nhận xét: Phương pháp bóc u được chỉ định với u ở mọi loại kích thước tuy nhiên tỷ lệ chỉ định giảm dần khi kích thước u tăng. Tỷ lệ bóc u ở các nhóm kích thước u <50mm, từ 50-100mm, >100mm lần lượt là: 93,6%, 91,6% và 80,0%.

3.5. Liên quan giữa phân loại O-RADS với cách thức can thiệp u

Bảng 3.5. Liên quan giữa phân loại O-RADS với cách thức can thiệp u

O-RADS	2	3	4	p*
Bóc u (228)	188 (92,6)	27 (93,1)	13 (65,0)	<0,001
Cắt phần phụ 1 bên (11)	4 (2,0)	2 (6,9)	5 (25,0)	
Cắt phần phụ 2 bên (7)	7 (3,4)	0 (0)	0 (0)	
Cắt tử cung, phần phụ (6)	4 (2,0)	0 (0)	2 (10,0)	
Tổng số	203 (80,6)	29 (11,5)	20 (7,9)	

*Kiểm định khi bình phương, các giá trị biểu diễn n(%).

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được mổ bóc u ở phân loại O-RADS 2 và 3 là gần tương đương nhau và thấp nhất ở phân loại O-RADS 4 với tỷ lệ lần lượt là 92,9%, 93,1% và 65%.

3.6. Môi liên quan giữa giải phẫu bệnh với cách thức can thiệp u

tuổi trở xuống, chỉ định phẫu thuật bóc u là chủ yếu với tỷ lệ 96,5%. Ở nhóm trên 45 tuổi chỉ định cắt triệt căn là chủ yếu, chỉ có 27,3% bệnh nhân của nhóm này được phẫu thuật bóc u. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.3. Liên quan của tình trạng kinh nguyệt đến cách thức can thiệp u

Bảng 3.3. Liên quan của tình trạng kinh nguyệt đến cách thức can thiệp u

	Chưa mãn kinh (241)	Mãn kinh (11)	
Bóc u (228)	226 (93,8)	2 (18,2)	p<0,001*, OR=67,8 95%CI:13,43-342,20
Cắt buồng trứng (24)	15 (6,2)	9 (81,8)	

*Fisher's Exact Test, các giá trị biểu diễn n(%). Chưa mãn kinh gồm: chưa có kinh hoặc đang có kinh. Cắt buồng trứng gồm: cắt phần phụ một bên, cắt phần phụ hai bên, cắt tử cung và phần phụ

Nhận xét: Ở BN chưa mãn kinh phương pháp can thiệp bóc u (bảo tồn buồng trứng) được chỉ định chủ yếu chiếm 93,8%. Ở BN mãn kinh phương pháp cắt buồng trứng được lựa chọn chủ yếu chiếm 81,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001. BN mãn kinh có khả năng mổ cắt buồng trứng cao hơn gấp 67,8 lần so với nhóm còn lại (OR=67,8; 95%CI: 13,43 – 342,20).

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa giải phẫu bệnh với cách thức can thiệp u (n=252)

	Teratoma tế bào non (5)	Teratoma tế bào trưởng thành (247)	p*
Bóc u (228)	0 (0)	228 (92,4)	<0,001
Cắt phần phụ 1 bên (11)	4 (80,0)	7 (2,8)	
Cắt phần phụ 2 bên (7)	0 (0)	7 (2,8)	
Cắt tử cung, phần phụ (6)	1 (20,0)	5 (2,0)	

*Kiểm định khi bình phương, các giá trị biểu diễn n(%).

Nhận xét: Trong 5 bệnh nhân Teratoma tế bào non có 4 bệnh nhân (80%) mổ cắt phần phụ 1 bên, 1 bệnh nhân còn lại (20%) mổ cắt tử cung và phần phụ.

Trong 247 bệnh nhân teratoma tế bào trưởng thành có 228BN (92,4%) được phẫu thuật bóc u, phẫu thuật cắt phần phụ 1 bên, 2 bên và cắt tử cung phần phụ ở nhóm bệnh nhân này lần lượt là 2,8%, 2,8% và 2%.

IV. BÀN LUẬN

Thời điểm phẫu thuật: Trong nghiên cứu này chủ yếu là mổ phiến (mổ có kế hoạch) với 241 bệnh nhân (95,6%); có 11 bệnh nhân (4,4%) mổ cấp cứu, tất cả bệnh nhân mổ cấp cứu đều bị u nang buồng trứng xoắn. Tỷ lệ bệnh nhân mổ cấp cứu là thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy Hà (2022) tỷ lệ mổ cấp cứu là 31/324 trường hợp, chiếm 9,6%; chủ yếu là mổ có kế hoạch, chiếm 90,4% [3]. Tỷ lệ mổ cấp cứu thấp hơn trong nghiên cứu ở bệnh viện khác và các năm về trước như Hắc Ngọc Hùng (2016) năm 2015 là 26,4% [4]. Tất cả các trường hợp mổ cấp cứu trong nghiên cứu của chúng tôi đều là teratoma buồng trứng xoắn, có thể nói việc chẩn đoán và theo dõi u buồng trứng ngày càng tốt do đó tỷ lệ biến chứng xoắn buồng trứng cũng như mổ cấp cứu ngày càng giảm.

Đường vào bụng: Trong nghiên cứu này mổ nội soi là chủ yếu với 243BN (96,4%); chỉ có 7BN (2,8%) mổ mở và 2BN (0,8%) mổ nội soi chuyển mổ mở. Tỷ lệ mổ nội soi là tương đương so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy Hà (2022) tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương là 93,9%, có 5,5% được mổ mở và 0,5% chuyển từ nội soi sang mổ mở [3]. Tỷ lệ này là cao hơn so với nghiên cứu của Hắc Ngọc Hùng (2016) tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa, tỷ lệ phẫu thuật nội soi năm 2015 là 80,6% [4]. Mặc dù phẫu thuật nội soi có thể thực hiện được ở bệnh nhân teratoma buồng trứng thông thường, tuy nhiên theo Teng và cộng sự ghi nhận tỷ lệ mổ nội soi giao động từ 44-100% và mổ mở là từ 0-13% tùy vào nghiên cứu.

Medeiros và cộng sự (2008) tiến hành nghiên cứu tổng hợp phân tích 6 nghiên cứu

ngẫu nhiên có đối chứng so sánh đường vào bụng nội soi với phẫu thuật mổ mở ở tổng số 324 phụ nữ được phẫu thuật cắt bỏ u nang buồng trứng có tính chất khác nhau. Tác giả nhận thấy nội soi ổ bụng có liên quan đến việc giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn, đau sau phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật, tổng chi phí và xuất viện sớm hơn [5].

Hướng dẫn của Hiệp hội Sản phụ khoa Hoàng gia Anh (RCOG) khuyến cáo rằng khi chỉ định phẫu thuật, phương pháp nội soi thường được coi là lựa chọn đầu tay để quản lý tất cả các khối u buồng trứng lành tính. Quản lý nội soi cũng có hiệu quả về mặt chi phí do xuất viện sớm hơn và trở lại làm việc sớm hơn. Khi khối u có kích thước lớn và có nhiều thành phần rắn nên được chỉ định mổ mở. Tuy nhiên kích thước u tối đa cho chỉ định phẫu thuật nội soi vẫn còn đang gây tranh cãi. Một số nhà nghiên cứu đề nghị phẫu thuật mổ mở đối với teratoma trưởng thành >10 cm. Lựa chọn đường vào bụng u buồng trứng phụ thuộc vào một số yếu tố liên quan đến bệnh nhân (bao gồm cả sự phù hợp với phương pháp nội soi và mong muốn của bệnh nhân), đặc điểm khối u (kích thước, độ phức tạp và tính chất của khối u) và điều kiện hiện có (bao gồm kỹ năng và trang thiết bị của phẫu thuật viên). Phẫu thuật nội soi được các nhà phụ khoa và người bệnh ngày càng quan tâm bởi các ưu việt của nó. Phẫu thuật nội soi ngày càng được hoàn thiện về mặt kỹ thuật và khẳng định lợi thế của mình so với các phẫu thuật khác đặc biệt trong điều trị u nang buồng trứng lành tính. Kỹ thuật của phẫu thuật viên và sự phát triển của các công cụ nội soi ngày càng mạnh mẽ do đó chỉ định mổ nội soi ngày càng được mở rộng với cả các khối u có kích thước lớn.

Cách thức can thiệp u: Trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là bóc u với 228BN (90,4%), các cách thức mổ khác như cắt phần phụ 1 bên, cắt phần phụ 2 bên, cắt tử cung và phần phụ chiếm rất ít với tỉ lệ lần lượt là 4,4%, 2,8% và 2,4%. Theo tác giả Nguyễn Hải Linh (2013), trường hợp phẫu thuật bóc u là 66,2%, có 16,1% trường hợp là cắt triệt để [6]. Zulfo và

cộng sự (2011) nghiên cứu 63 bệnh nhân teratoma buồng trứng (58BN (92,6%) teratoma tế bào trưởng thành và 5BN (7,4%) teratoma tế bào non) được phẫu thuật nội soi ông nhận thấy tỷ lệ mổ bóc nang và cắt buồng trứng lần lượt là 88,9% và 11,1%.

Liên quan giữa tuổi và nhóm tuổi với cách thức can thiệp u: Trong nghiên cứu này nhóm bệnh nhân bóc u có tuổi trung bình thấp hơn nhất, sau đó đến bệnh nhân cắt phần phụ 1 bên, cắt phần phụ 2 bên và cao nhất là nhóm cắt tử cung, phần phụ lần lượt là: 28,8, 38,18, 57,71 và 59,9 tuổi. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Trong nhóm bệnh nhân từ 45 tuổi trở xuống, chỉ định phẫu thuật bóc u là chủ yếu với tỷ lệ 96,5%. Ở nhóm trên 45 tuổi chỉ định cắt triệt căn là chủ yếu trong đó phổ biến nhất là phẫu thuật cắt phần phụ hai bên với 7/22 bệnh nhân chiếm 31,8%, chỉ có 27,3% bệnh nhân của nhóm này được phẫu thuật bóc u. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ này là tương đồng với các nghiên cứu trong nước như: Nguyễn Thị Thủy Hà (2023), tỷ lệ bóc u ở bệnh nhân dưới 50 tuổi là 98,9% và từ 50 tuổi trở lên là 23% và ở bệnh nhân trên 50 tuổi tỷ lệ cắt phần phụ hai bên là nhiều nhất với 53,8% [3]. Như vậy việc chỉ định phẫu thuật triệt để cắt buồng trứng ở lứa tuổi >45 được lựa chọn nhiều nhất vì lúc này người phụ nữ bắt đầu chuyển sang thời kỳ tiền mãn kinh và mãn kinh, lúc này buồng trứng và vòi tử cung không còn chức năng nữa, bên cạnh đó nguy cơ ung thư buồng trứng ở lứa tuổi này cao, vì vậy lựa chọn tốt nhất cho lứa tuổi này là buồng trứng và 2 bên phần phụ. Bên cạnh đó vẫn có một số trường hợp được lựa chọn bóc u bởi vì bệnh nhân có u kích thước nhỏ, u nang bì và nguyên vọng bệnh nhân muốn giữ buồng trứng và vòi tử cung, đặc biệt một số trường hợp > 50 tuổi nhưng chất lượng buồng trứng còn tốt, bệnh nhân có điều kiện cuộc sống tốt, một số thầy thuốc vẫn bảo tồn buồng trứng để duy trì chất lượng cuộc sống và tránh trường hợp mãn kinh đột ngột do cắt 2 buồng trứng, nhất là ở trường hợp u buồng trứng 2 bên.

Theo RCOG khuyến cáo rằng chỉ định cắt buồng trứng nên được giải thích kỹ với bệnh nhân trước khi phẫu thuật bao gồm những ưu và nhược điểm của việc lựa chọn cắt buồng trứng, mong muốn của bệnh nhân và trong những tình huống lâm sàng cụ thể. Bóc u buồng trứng có thể coi là kỹ thuật được lựa chọn đầu tiên ở phụ nữ trẻ trừ khi bệnh nhân chọn cắt bỏ buồng trứng. Ngược lại cắt buồng trứng nên là phẫu

thuật tiêu chuẩn ở phụ nữ sau mãn kinh và ở phụ nữ tiền mãn kinh có nhiều u nang trong cùng một buồng trứng hoặc với teratoma buồng trứng trưởng thành lớn và không có nhiều mô buồng trứng để bảo tồn.

Liên quan giữa tình trạng kinh nguyệt đến cách thức can thiệp u: Trong nghiên cứu của chúng tôi ở BN chưa mãn kinh phương pháp can thiệp bóc u (bảo tồn buồng trứng) được chỉ định chủ yếu chiếm 93,8%. Ở BN mãn kinh phương pháp cắt buồng trứng được lựa chọn chủ yếu chiếm 81,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. BN mãn kinh có khả năng mổ cắt buồng trứng cao hơn gấp 67,8 lần so với nhóm còn lại (OR=67,8; 95%CI: 13,43 – 342,20).

Liên quan giữa kích thước u với cách thức can thiệp u: Trong nghiên cứu này nhóm bệnh nhân bóc u có kích thước trung bình thấp hơn so với nhóm cắt phần phụ 1 bên và 2 bên, cao hơn so với nhóm cắt tử cung và phần phụ. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Phương pháp bóc u được chỉ định với u ở mọi loại kích thước tuy nhiên tỷ lệ chỉ định giảm dần khi kích thước u tăng. Tỷ lệ bóc u ở các nhóm kích thước u <50mm, từ 50-100mm, >100mm lần lượt là: 93,6%, 91,6% và 80,0%. Tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy Hà (2022) tỷ lệ bóc u cũng giảm dần khi tăng kích thước ở các nhóm và lần lượt là 98,2%, 95,2%, 76,9%. Sự khác biệt về kích thước khối u và phương pháp xử trí khối u là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [3].

Liên quan giữa giải phẫu bệnh với cách thức can thiệp u: Trong nghiên cứu này: 5 bệnh nhân teratoma tế bào non có 4 bệnh nhân (80%) mổ cắt phần phụ 1 bên, 1 bệnh nhân còn lại (20%) mổ cắt tử cung và phần phụ. Trong 247 bệnh nhân teratoma tế bào trưởng thành có 228BN (92,4%) được phẫu thuật bóc u, phẫu thuật cắt phần phụ 1 bên, 2 bên và cắt tử cung phần phụ ở nhóm bệnh nhân này lần lượt là 2,8%, 2,8% và 2%. Theo Nguyễn Thị Thủy Hà (2022) tỷ lệ bóc u ở nhóm bệnh nhân teratoma tế bào trưởng thành là 96,4%; ở nhóm teratoma tế bào non tỷ lệ cắt tử cung và 2 phần phụ là nhiều nhất với 66,7%; còn lại là cắt phần phụ 1 bên hoặc 2 bên [3].

V. KẾT LUẬN

Teratoma buồng trứng thường gặp trong độ tuổi sinh đẻ và thường không có triệu chứng điển hình. Phẫu thuật nội soi ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong xử trí teratoma buồng trứng. Hướng xử trí trong mổ phụ thuộc nhiều

vào tuổi bệnh nhân và tính chất u trong mô.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Chen VW, Ruiz B, Killeen JL, et al.** Pathology and classification of ovarian tumors. *Cancer Interdiscip Int J Am Cancer Soc.* 2003;97(S10):2631-2642.
- DiSaia PJ, Creasman WT, Mannel RS, McMeekin DS, Mutch DG.** *Clinical Gynecologic Oncology E-Book.* Elsevier Health Sciences; 2017.
- Nguyễn Thị Thủy Hà.** Phương pháp phẫu thuật u quái buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp Chí Y Dược Học.* 2022;61:77-82.
- Hắc Ngọc Hùng.** Nhận xét kết quả phẫu thuật khối u buồng trứng lành tính tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa trong năm 2010 và 2015. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.
- Medeiros LR, Rosa DD, Bozzetti MC, et al.** Laparoscopy versus laparotomy for benign ovarian tumour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(2).
- Nguyễn Hải Linh.** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp phẫu thuật các khối u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1-2012 đến tháng 12-2012. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2013.

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA SUY TIM THEO KHUYẾN CÁO TRƯỚC XUẤT VIỆN TRÊN NGƯỜI BỆNH SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM

Nguyễn Vũ Đạt^{1,2}, Nguyễn Văn Sĩ¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy tim là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong và nhập viện ở người bệnh tim mạch. Việc khởi trị nội khoa theo khuyến cáo (GDMT: Guideline-directed medical treatment) được khuyến thực hiện sớm trong giai đoạn trước xuất viện để tạo thuận lợi về tối ưu hoá liệu thuốc khi điều trị ngoại trú và có thể giúp cải thiện dự hậu. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỉ lệ chỉ định các thuốc điều trị suy tim trên người bệnh suy tim phân suất tổng máu giảm trong giai đoạn trước xuất viện. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 110 người bệnh suy tim phân suất tổng máu giảm chuẩn bị xuất viện tại khoa tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy. Đơn thuốc được ghi nhận ở thời điểm xuất viện. Sự phù hợp với khuyến cáo điều trị suy tim được đánh giá độc lập bởi một chuyên gia tim mạch dựa trên phác đồ điều trị suy tim của Bộ Y tế Việt Nam năm 2022. **Kết quả:** Tỉ lệ chỉ định trước xuất viện các thuốc điều trị suy tim giúp cải thiện tiên lượng bao gồm ACEi/ARB, ARNI, ức chế SGLT2, chẹn beta và kháng aldosterone lần lượt là: 60,9%, 20,9%, 74,5%, 52,7% và 79,1%. Tỉ lệ sử dụng lợi tiểu quai là 48,2%. **Kết luận:** Điều trị nội khoa suy tim theo khuyến cáo trên đối tượng suy tim phân suất tổng máu giảm cần được tối ưu hơn, đặc biệt ở các nhóm thuốc ARNI và chẹn beta.

Từ khóa: Suy tim phân suất tổng máu giảm, GDMT, điều trị trước xuất viện

SUMMARY

PRE-DISCHARGE GUIDELINE-DIRECTED

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

MEDICAL TREATMENT IN HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION

Introduction: Heart failure is one of the leading causes of mortality and hospitalization in cardiovascular patients. The initiation of guideline-directed medical treatment (GDMT) is recommended early in the pre-discharge phase to facilitate optimal medication titration during outpatient management and potentially improve patient outcomes. **Objective:** To determine the rate of prescription of heart failure medications in patients having heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) during the pre-discharge phase. **Method:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 110 heart failure patients with reduced ejection fraction discharged from cardiology department, Cho Ray Hospital. Medication prescriptions were recorded at the time of discharge. Adherence to heart failure treatment recommendations was independently assessed by a cardiologist based on the treatment guideline version 2022 of the Vietnamese Ministry of Health. **Results:** The rates of pre-discharge prescription of heart failure medications associated with improved prognosis, including ACEi/ARB, ARNI, SGLT2 inhibitors, beta blockers and aldosterone antagonists, were 60.9%, 20.9%, 74.5%, 52.7%, and 79.1%, respectively. The rate of loop diuretic use was 48.2%. **Conclusion:** GDMT in patients with HFrEF during the pre-discharge phase needs to be optimized, particularly ARNI and beta-blocker therapy. **Keywords:** HFrEF, GDMT, pre-discharge treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong và nhập viện ở bệnh nhân tim mạch. Một nghiên cứu đời thực cho thấy tỉ lệ tử vong trong hai năm ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm là 22,5% và khoảng 56,0% người bệnh tái nhập viện do suy tim trong 30 ngày kể từ khi có biến cố suy tim xảy ra.¹ Điều trị nội khoa theo khuyến cáo