

hướng đến vị trí gãy, đồng thời còn giúp chúng ta đánh giá cường độ lực tác động, thời gian từ khi bị tổn thương đến khi được thăm khám.

Dấu hiệu được xác định thông qua thăm khám sờ nắn dọc theo bờ nền XHD là dấu hiệu đau chói bờ xương, gián đoạn xương và gián đoạn cung răng là dấu hiệu quan trọng trong chẩn đoán vị trí gãy xương. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ xuất hiện triệu chứng đau chói bờ xương, gián đoạn xương và gián đoạn cung răng lần lượt là 100%, 50% và 69,4%. Tuy nhiên, chúng tôi chỉ ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở triệu chứng gián đoạn xương với $p < 0,001$. Tỉ lệ triệu chứng gián đoạn xương trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trương Nhựt Khuê (43,2%) [5], Hồ Hoài Nam (48,9%) [7].

Chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về cả 2 triệu chứng sai khớp cắn và há miệng hạn chế với p lần lượt là 0,014 và 0,011. Tỉ lệ xuất hiện sai khớp cắn và há miệng hạn chế lần lượt là 63,9% và 80,6%. Tuy nhiên, dấu hiệu sai khớp cắn và há miệng hạn chế chỉ là dấu hiệu gợi ý chẩn đoán gãy XHD chứ không thể chẩn đoán xác định. Nhưng hai triệu chứng này là hai trong các triệu chứng quan trọng quyết định phương pháp điều trị vì phục hồi khớp cắn là một trong các mục tiêu chính của điều trị.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương vùng hàm mặt trong đó gãy XHD thường gặp ở các bệnh nhân nam, tổng độ tuổi từ 19-39 tuổi với nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông. Các đặc điểm của gãy XHD

đa dạng và phức tạp từ triệu chứng cơ năng, thực thể đến đặc điểm gãy xương. Gãy XHD không chỉ ảnh hưởng thẩm mỹ mà còn ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai, làm suy giảm đáng kể chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Văn Trương (2015), "Nghiên cứu kết quả điều trị gãy xương hàm bằng nẹp vis Titanium tại Bệnh viện Đa khoa Quảng Nam", Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện Đa khoa Quảng Nam.
2. Gadicherla Srikanth (2016), Mandibular Fractures and Associated Factors at a Tertiary Care Hospital, Arch Trauma Res, Vol 5, pp.30574-39581.
3. Trần Minh Triết (2018), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy thân xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, năm 2017-2018", Luận án chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
4. Phạm Hoàng Tuấn (2016), "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy lồi cầu xương hàm dưới tại BV Răng hàm mặt TW từ 10/2015-10/2016", Luận án Thạc sĩ Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội.
5. Trần Linh Nam (2017), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy thân xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, năm 2016-2017", Luận án chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. Trương Nhựt Khuê, Nguyễn Bắc Hùng, Lâm Hoài Phương (2012), "Nghiên cứu đặc điểm gãy xương hàm dưới và đánh giá kết quả điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ", Luận án Tiến sĩ học, Viện nghiên cứu Y Dược Lâm sàng 108.
7. Hồ Hoài Nam (2015), "Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy xương hàm dưới vùng cằm bằng nẹp thanh chống thẳng", Luận án chuyên khoa II, Đại học Y Dược Huế.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RAU BONG NON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TỈNH NAM ĐỊNH

Trần Quang Tuấn¹, Nguyễn Anh Tiến¹

thai chiếm tỷ lệ 62,9%, mất tim thai 8,6%. Huyết sắc tố < 70 g/l chiếm 2,9%, tiểu cầu < 100 G/l chiếm 13,3%, fibrinogen từ 1-2g/l chiếm 9,5%. Mổ lấy thai cấp cứu 98,1%, đẻ thường 1,9%. Tỷ lệ non tháng 83,8%. Thai chết 13 trường hợp chiếm 12,4%. Không có trường hợp tử vong mẹ nào xảy ra. **Kết luận:** Không có trường hợp tử vong mẹ nào xảy ra. Các trường hợp phải cắt tử cung chỉ chiếm tỷ lệ thấp. Tuy nhiên vẫn có nhiều các biến chứng cho mẹ và đặc biệt tỷ lệ thai chết chiếm 12,4%.

Từ khóa: Rau bong non, điều trị rau bong non.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT OF INFLAMMATION AT NAM DINH OBSTETRICS

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của rau bong non và đánh giá kết quả điều trị rau bong non tại Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Ra máu âm đạo chiếm tỷ lệ 35,2%, vỡ ấu bụng vừa ra máu âm đạo chiếm 32,4%. Bệnh lý tiền sản giật: 34,3% trường hợp RBN có tiền sản giật. Suy

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Tuấn

Email: tranquangtuan@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 24.5.2024

AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of placenta abruption and evaluate the results of treatment of placenta abruption at Nam Dinh Provincial Obstetrics and Gynecology Hospital.

Methods: cross-sectional description. **Results:** Vaginal bleeding accounted for 35.2%, both abdominal pain and vaginal bleeding accounted for 32.4%. Preeclampsia: 34.3% of cases of placental abruption have preeclampsia. Fetal failure accounts for 62.9%, fetal heart loss accounts for 8.6%. Hemoglobin < 70 g/l accounts for 2.9%, platelets < 100 G/l accounts for 13.3%, fibrinogen from 1-2g/l accounts for 9.5%. Emergency cesarean section 98.1%, normal birth 1.9%. Preterm rate 83.8%. Fetal death occurred in 13 cases, accounting for 12.4%. No maternal deaths occurred. **Conclusion:** No maternal deaths occurred. Cases requiring hysterectomy only account for a low rate. However, there are still many complications for the mother and especially the fetal death rate is 12,4%.

Keywords: Placenta abruption, treatment of placenta abruption

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau bong non là rau bám đúng vị trí (ở thân và đáy tử cung) nhưng bị bong trước khi sổ thai [1]. Rau bong non là một tai biến của thai sản, một cấp cứu sản khoa, do có sự hình thành khối huyết tụ sau rau, khối huyết tụ lớn dần làm bong bánh rau và màng rau khỏi thành tử cung, cắt đứt trao đổi giữa mẹ và thai. Bệnh xảy ra đột ngột diễn biến nhanh tiến triển từ nhẹ đến nặng, gây nhiều biến cố nguy hiểm cho mẹ và thai.

Tỷ lệ RBN rất thấp so với tổng số sản phụ vào đẻ trong năm. Tỷ lệ khác nhau tùy theo quần thể và địa giới nghiên cứu. Theo Phan Trường Duyệt và Đình Thế Mỹ vào khoảng 0,38% đến 0,6% và hay xảy ra vào 3 tháng cuối của thai nghén [2]. Theo Hladky, Yankowitz J, Hansen WF (2002) tại Đức tỷ lệ là 1,4% [6], tại Mỹ tỷ lệ là 1%-2% [5].

Việc điều trị rau bong non phụ thuộc vào mức độ nặng hay nhẹ của bệnh và các biến chứng, tình trạng của mẹ và thai, đồng thời phụ thuộc kinh nghiệm của bác sỹ từ đó quyết định cho theo dõi để đường dưới hay phải mổ lấy thai. Sau mổ lấy thai có bảo tồn tử cung hay phải cắt tử cung, có thể kết hợp thắt động mạch tử cung hoặc các can thiệp khác. Cùng với việc điều trị rối loạn đông máu, theo dõi chảy máu sau đẻ là một vấn đề quan trọng. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của rau bong non và đánh giá kết quả điều trị rau bong non 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 sản phụ được chẩn đoán và điều trị rau bong non tại Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Được chẩn đoán xác định là rau bong non (Chẩn đoán sau đẻ, sau mổ) tại BVPS tỉnh Nam Định từ 01/01/2020 đến 31/12/2023.

- Có đủ các thông tin cần thiết trong hồ sơ bệnh án

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh án nghi ngờ RBN nhưng sau đẻ không phải RBN.

- Những sản phụ bệnh án không đầy đủ các thông tin cần thiết

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2020-12/2023

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu chọn mẫu ngẫu nhiên tại Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

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 $Z(0,05/2) = 1,96$

$p = 0,53$ (Trong rau bong non có 53% là biến chứng của tiền sản giật theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Huệ) [3].

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

* Cỡ mẫu trong nghiên cứu: 105

2.2.3. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

* Bộ công cụ: Bộ công cụ gồm 4 phần:

Phần I: có 10 câu, bao gồm các thông tin cá nhân của người đối tượng nghiên cứu: giới tính, năm sinh, nghề nghiệp, tiền sử sản khoa,...

Phần II: có 2 câu hỏi về các triệu chứng lâm sàng.

Phần III: có 2 câu hỏi về các xét nghiệm cận lâm sàng.

Phần IV: có 13 câu hỏi về thái độ và điều trị rau bong non.

* Phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn.

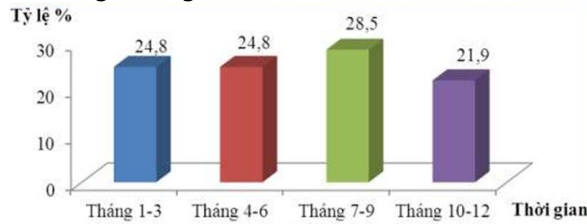
2.2.4. Phương pháp phân tích số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 20 để phân tích số liệu, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm của thai phụ rau bong**

non. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, thai phụ rau bong non trên 35 tuổi có tỷ lệ cao nhất, chiếm 39%; độ tuổi 25-29 chiếm tỷ lệ là 33%. Độ tuổi 30-34 chiếm 11%, độ tuổi 20-24 chiếm 11%, và độ tuổi ≤ 19 chiếm tỷ lệ thấp nhất trong nhóm đối tượng nghiên cứu là 6%.

Đối tượng tham gia nghiên cứu nghề nghiệp là cán bộ công chức chiếm tỷ lệ 11%, công nhân là 22% và nhóm các nghề khác là 67%

Đối tượng nghiên cứu sống ở thành thị có tỷ lệ là 28,%, ở nông thôn đồng bằng chiếm 67% và có 5% sống ở nông thôn miền núi và miền biển.



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân rau bong

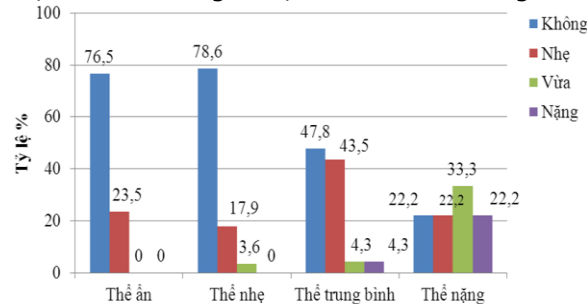
Bảng 3.1. Tỷ lệ giữa các triệu chứng lâm sàng và các thể rau bong non

Triệu chứng thực thể	Thể bệnh				p-value
	Thể ẩn (%)	Thể nhẹ (%)	Thể trung bình (%)	Thể nặng (%)	
Choáng	0	0	0	100	<0,05
Ra máu âm đạo	6	9	19,1	8,8	<0,05
Không	1	1	7	8,1	
Có	5	8	27,0	8,1	
Tiền sản giật	5	53,6	21,7	7,2	>0,05
Không	0	66,7	33,3	0	
Nặng	1	42,9	14,3	19,0	
Tim thai	4	70,0	6,7	0	<0,05
Bình thường	2	53,0	27,3	4,5	
Suy tim thai	0	0	3,3	66,7	

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có triệu chứng ra máu âm đạo tập trung nhiều nhất ở thể nhẹ với 62,2%, thể trung bình là 27,05, thể nặng là 8,1% và thể ẩn là 2,7%.

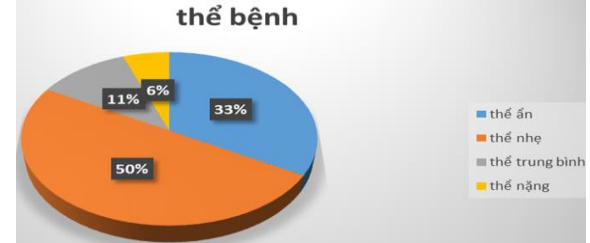
Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có triệu chứng tiền sản giật nhẹ có 15 trường hợp chỉ gặp ở nhóm rau bong non thể nhẹ 66,7% và thể trung bình chiếm 33,3%.

Tỷ lệ đối mất tim thai: có 9 trường hợp mất tim thai trong đó thể nặng chiếm 66,7% còn 33,3% ở thể trung bình, các thể khác không có.



non theo tháng trong năm

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân rau bong non cao nhất trong năm là thời gian từ tháng 7 - 9 với 28,5%, thấp nhất là thời gian từ tháng 10 - 12 với tỷ lệ 21,9%.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ rau bong non theo thể bệnh

Nhận xét: Thể nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất với 50%, thể ẩn là 33%, thể trung bình chiếm 11%, và thấp nhất là thể nặng với tỷ lệ 6%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ rau bong non

Biểu đồ 3.3: Phân bố các thể RBN và mức độ thiếu máu

Nhận xét: Đối với thể ẩn, thiếu máu nhẹ chiếm 23,5% còn lại là không thiếu máu chiếm tỷ lệ 66,5%. Đối với rau bong non thể nhẹ, tỷ lệ bệnh nhân không thiếu máu là 78,6%, thiếu máu nhẹ là 17,9% và thiếu máu vừa là 3,6%.

3.3. Kết quả điều trị rau bong non

Bảng 3.2. Các phương pháp cầm máu khi mổ

Các thể	Phương pháp cầm máu				P
	Không can thiệp (%)	Cắt tử cung (%)	Đắp gạc ấm, thuốc tăng co (%)	Thắt ĐM TC (%)	
Thể ẩn	35,3	0	58,8	5,9	P>
Thể nhẹ	23,2	0	71,4	5,4	

Thể TB	4,3	4,3	82,6	8,7	0,05
Thể nặng	0	11,1	88,9	0	
Tổng	19,1	1,9	73,3	5,7	

Nhận xét: Phương pháp cầm máu hay sử dụng nhất là dùng thuốc tăng co và (hoặc) đắp gạc ấm (73,3%); tỷ lệ ở thể nặng 88,9%, thể trung bình 82,6%, thể nhẹ 71,4%.

Bảng 3.3. Phân bố tình trạng và trọng lượng trẻ sau mổ

Cân nặng	Số trẻ sống		Số trẻ chết		Tổng n (%)	p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
Cực thấp (< 1000 gr)	6	66,7	3	33,3	100	<0,05
Rất thấp (1000 - < 1500gr)	15	88,2	2	11,8	100	
Thấp (1500 - < 2500gr)	47	90,4	5	9,6	100	
Đủ cân (\geq 2500gr)	24	88,9	3	11,1	100	
Tổng	87,6		12,4		100	

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ đẻ ra sống là 87,6% và trẻ đẻ ra chết là 12,4%. Trong đó tỷ lệ nhóm trẻ có cân nặng cực kỳ thấp <1000 gam có 33,3% đẻ ra chết, tỷ lệ trẻ nhóm này đẻ ra sống là 66,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Từ kết quả nghiên cứu thấy rằng trong độ tuổi từ 25-34 có tỷ lệ rau bong non chiếm tỷ lệ cao nhất. Đó cũng là điều tất yếu vì đây là lứa tuổi mà phụ nữ sinh đẻ nhiều nhất. Theo nhiều tài liệu khi nói về yếu tố nguy cơ của tiền sản giật cũng chính là yếu tố liên quan tới rau bong non, thường gặp nhiều ở người nhiều tuổi. Nhưng trong nghiên cứu này chưa thể thấy được điều đó.

Trong 105 sản phụ thuộc đối tượng nghiên cứu, cán bộ công chức chiếm tỷ lệ cao nhất là 27,6%, công nhân viên chức chiếm 22,9%, nông dân chiếm 21,0%, nội trợ thấp nhất chiếm 11,4% và nghề nghiệp khác chiếm 17,1%. So với các nghiên cứu khác thấy có sự khác biệt về phân bố nhóm nghề nghiệp, đối tượng là cán bộ công chức và công nhân có tỷ lệ rau bong non vào điều trị cao hơn các nhóm nghề nghiệp khác.

Có 62 sản phụ trong đối tượng nghiên cứu sống ở thành phố, thị xã chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,9%. Ở nông thôn/ đồng bằng chiếm tỷ lệ 32,4% và thấp nhất là nhóm sống ở nông thôn/ miền núi, miền biển với 8,6%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ rau bong non/tiền sản giật là 3,0%, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh Huệ (2020) tỷ lệ này là 4,6% [3], nghiên cứu của tác giả Ngô Văn Tài (2000) tỷ lệ này là 4%, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Diễm (1983) với tỷ lệ 2,17%. Cũng dễ dàng nhận thấy rằng thời điểm nghiên cứu của tác giả Lê Diễm (1983) giao thông đi lại còn có rất nhiều hạn chế, cùng với đời sống kinh tế còn nhiều khó khăn, khiến cho điều kiện vận chuyển bệnh nhân từ tuyến dưới

lên mất nhiều thời gian hơn, nhất là bệnh nặng khi đã có biến chứng của tiền sản giật có thể trở nên nguy hiểm, thậm chí có thể tử vong vì sự chậm trễ. Mặt khác hiện nay tuyến dưới có nhiều kinh nghiệm điều trị và hồi sức trong tiền sản giật nên chỉ khi những trường hợp nặng, vượt quá khả năng điều trị mới chuyển tuyến, vì vậy tỷ lệ tiền sản giật tăng lên khiến tỷ lệ rau bong non/tiền sản giật giảm hơn trước đây.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng. Chúng tôi thấy triệu chứng choáng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên, dấu hiệu đau bụng tương đương với nghiên cứu của tác giả Hoàng Đình Thảo và Buckley và Kulb (có 50% đau bụng cấp tính theo Buckley và Kulb).

Nhưng triệu chứng ra máu âm đạo thấp hơn so với các tác giả khác. So sánh với một số tác giả nước ngoài thì tỷ lệ có dấu hiệu ra máu âm đạo cũng thấp hơn, theo Gilbert có 80% trong tổng số RBN ra máu âm đạo. Rau bong non gặp nhiều hơn trên bệnh nhân tiền sản giật vì vậy khi theo dõi, điều trị tiền sản giật mà bệnh nhân có xuất hiện ra máu âm đạo thì bác sỹ sản khoa cần phải xem có liên quan tới rau bong non không.

Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều thể ẩn và thể nhẹ, chính vì thế triệu chứng cơ năng cũng có phần mờ nhạt hơn. Rau bong non có đặc điểm diễn biến nhanh từ nhẹ sang nặng và có thể không tương đồng giữa các dấu hiệu lâm sàng và tổn thương thực thể tại tử cung, vì vậy khi một bệnh nhân RBN vào viện, chúng ta cần chẩn đoán càng sớm càng tốt, không cần phải chờ đầy đủ các triệu chứng điển hình. Mà cần phải xem có phải RBN hay không khi có một vài triệu chứng chỉ điểm trên bệnh nhân có nguy cơ cao để giúp chẩn đoán sớm, nhằm hạn chế các tai biến cho cả mẹ lẫn con.

Tình trạng thai: trong nghiên cứu của chúng tôi có 62,9% trường hợp suy thai, mất tim thai là 8,6%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc

Khanh (1996), tỷ lệ tim thai âm tính 41,8%. Ngô Văn Quỳnh (2003) [4], suy thai 32%, tim thai âm tính 37,4%, Nguyễn Thị Minh Huệ [3], suy thai 54,2% và mất tim thai là 18,2%. Mất tim thai có 9 trường hợp gặp chủ yếu ở thể nặng chiếm tỷ lệ 66,7% và 33,3% ở thể trung bình. Suy thai nhiều hơn ở thể nhẹ chiếm tỷ lệ 53,0% và 27,3% ở thể trung bình, ở thể ẩn thấp hơn với 15,2% và 4,5% ở thể nặng. Theo nghiên cứu của Ngô Văn Quỳnh [4], thể nặng mất tim thai 100%, suy thai có tỷ lệ cao nhất ở RBN thể trung bình 27,2%, thể nhẹ 2,7%, thể ẩn 2%, theo tác giả Nguyễn Thị Minh Huệ [3], mất tim thai thể nặng 65,7%, thể trung bình 25,7% và thể nhẹ 8,5%, suy thai nhiều nhất ở thể trung bình với 46,1%, thể nhẹ 44,2% và thể ẩn 9,6%.

Triệu chứng cận lâm sàng. Tổng số bệnh nhân được siêu âm là 105 trường hợp, trong đó có 84 trường hợp phát hiện có máu cục sau rau chiếm tỷ lệ 80%. So sánh với tác giả Ngô Văn Quỳnh [4] tổng số siêu âm có máu tụ/tổng số ca siêu âm chiếm 46,0%. Sự chênh lệch này là rất đáng kể, còn theo tác giả Nguyễn Thị Minh Huệ [3] tỷ lệ này là 74,6%. Chứng tỏ trong những năm gần đây các Bác sỹ đã quan tâm đến việc sử dụng siêu âm trong chẩn đoán, điều trị, tiên lượng, đồng thời công nghệ máy móc ngày một hiện đại, kinh nghiệm của người làm siêu âm tốt hơn rất thuận lợi cho công tác chẩn đoán và xử trí. Chính vì thế mà trong nghiên cứu của chúng tôi đã chẩn đoán sớm, xử trí sớm hạn chế được rất nhiều tai biến cho mẹ và thai. Trong nghiên cứu này suy thận gặp cao nhất ở thể nhẹ, vì suy thận là một chỉ định can thiệp sản khoa không cho phép kéo dài điều trị nội vì nguy cơ suy thận không hồi phục không những ảnh hưởng đến tính mạng thai mà còn đe dọa đến tính mạng mẹ, vì vậy đã đình chỉ thai nghén và phát hiện RBN khi can thiệp, làm giảm tỷ lệ RBN thể nặng ở những bệnh nhân có triệu chứng suy thận này.

4.3. Kết quả điều trị. Chúng ta thấy tỷ lệ đẻ thường của bệnh nhân RBN giảm rất nhanh theo thời gian, tỷ lệ mổ đẻ tăng dần đặc biệt rất cao trong nghiên cứu này tới 98,1%, tương đương với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Minh Huệ. Trước đây quan niệm RBN thể nhẹ có thể theo dõi, bấm ối đẻ đường dưới nếu cuộc chuyển dạ diễn biến thuận lợi. Nhưng hiện nay do nhận thức rõ ràng về triệu chứng lâm sàng đôi khi không tương xứng với tổn thương thực thể tại tử cung cũng như mức độ tiến triển khó lường của RBN, vì vậy khi đã được chẩn đoán RBN thể nào đi chăng nữa cũng không được phép chần chừ

theo dõi mà phải mổ lấy thai ngay. Bởi mổ lấy thai làm cho cuộc đẻ kết thúc nhanh, tử cung sẽ nhanh chóng trống rỗng và được làm sạch, mục đích hạn chế tổn thương thêm cho mẹ và tổn thương cho thai, đồng thời đánh giá được tổn thương tại tử cung, từ đó có những can thiệp cần thiết giảm tỷ lệ biến chứng của RBN. Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy có 2 trường hợp đẻ thường là RBN thể ẩn, sau khi đẻ con tốt và phát hiện ra khối máu tụ sau rau khoảng 30-50g. Tỷ lệ cắt tử cung giảm dần theo thời gian từ 53,6% năm 1961 xuống còn 14,3% năm 2003, năm 2020 là 2,6% và nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ cắt tử cung chỉ còn 1,9%. Với các kỹ thuật chẩn đoán ngày càng hiện đại, cùng với phương pháp mới trong việc cầm máu và bảo tồn tử cung, chính vì thế mà tỷ lệ cắt tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi đã giảm xuống rõ rệt.

Kết quả nghiên cứu thấy tỷ lệ trẻ chết chiếm 12,4%, trong đó có 9 trẻ chết trước lúc đẻ, 4 trẻ chết sau đẻ chiếm 3,8%. Qua quá trình thu thập số liệu thấy với 9 trường hợp thai chết trước lúc đẻ thì có tới 7 trường hợp chết trước lúc vào viện chiếm 6,7% (7/105) và 2 trẻ chết từ lúc vào viện đến lúc đẻ chiếm 1,9%. So sánh với tác giả Ngô Văn Quỳnh (2003) [4] thai chết trước lúc vào viện là 30,6%, thai chết từ lúc vào viện đến lúc đẻ là 8,8%, và tác giả Nguyễn Thị Minh Huệ [3] tỷ lệ thai chết trước lúc vào viện là 14,6%, chết từ lúc vào viện đến lúc đẻ là 3,6%.

V. KẾT LUẬN

Không có trường hợp tử vong mẹ nào xảy ra. Các trường hợp phải cắt tử cung chỉ chiếm tỷ lệ thấp. Tuy nhiên vẫn có nhiều các biến chứng cho mẹ và đặc biệt tỷ lệ thai chết chiếm 12,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Duyệt (2003), Tổn thương chảy máu sau rau, Kỹ thuật siêu âm và ứng dụng trong sản phụ khoa. Nhà xuất bản y học và kỹ thuật, tr88.
2. Phan Trường Duyệt - Đinh Thế Mỹ (2000), Rau bong non, Lâm sàng sản phụ khoa, Nhà xuất bản y học, tr192-198
3. Nguyễn Thị Minh Huệ (2020), Nghiên cứu về chẩn đoán và xử trí rau bong non tại bệnh viện phụ sản trung ương, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Hà Nội
4. Ngô Văn Quỳnh (2004), Tình hình rau bong non điều trị tại bệnh viện phụ sản trung ương. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học y Hà Nội.
5. Dickason E, Silvernan B and Kaplan J. (1998), Maternal-Infant Nursing Care, 3rd edition. NewYork: Mosby.
6. Hladky K, Yankowitz J, Hansen WF, (2002), Placental Abruption

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH VỠNG MẠC TRẺ ĐẸ NON BẰNG TIÊM BEVACIZUMAB NỘI NHÃN SAU 5 NĂM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Bá Trung¹, Lưu Thị Quỳnh Anh¹, Nguyễn Xuân Tịnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh võng mạc trẻ đẻ non bằng tiêm Bevacizumab nội nhãn sau 5 năm tại Bệnh viện Nhi trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên bệnh nhân mắc bệnh võng mạc trẻ đẻ non hình thái 1 đã được điều trị bằng tiêm Bevacizumab nội nhãn tại Khoa Mắt, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 02 năm 2018 trở về trước. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có hồi cứu trên 224 mắt của 115 bệnh nhân. **Kết quả:** Kết quả sau điều trị: 177 mắt sau điều trị bệnh thoái triển hoàn toàn chiếm 79%, 47 mắt sau điều trị bệnh thoái triển không hoàn toàn chiếm 21%, trong đó có 3 mắt (1,3%) bong võng mạc. Kết quả thị lực (TL) sau chỉnh kính tối ưu: có 185 mắt (82,6%) có TL \geq 5/10, 39 mắt (17,4%) có TL < 5/10. Ba mắt (1,3%) có TL < đếm ngón tay (ĐNT) 3m. Tình trạng nhược thị và lác: 43 mắt nhược thị chiếm 29,3%, có 29/115 bệnh nhân bị lác, chiếm tỷ lệ 25,2%. **Kết luận:** kết quả điều trị bệnh võng mạc trẻ đẻ non bằng Bevacizumab sau 5 năm là khả quan với 79% mắt bệnh thoái triển hoàn toàn sau điều trị, 82,6% mắt sau chỉnh kính có thị lực bình thường.

SUMMARY

OUTCOMES OF INTRAVITREAL BEVACIZUMAB THERAPY IN THE MANAGEMENT OF RETINOPATHY OF PREMATURITY: A FIVE-YEAR EVALUATION AT A VIET NAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: Assess the outcomes of intravitreal Bevacizumab therapy for retinopathy of prematurity over five years at the National Children's Hospital. **Materials and methods:** the study was conducted on patients diagnosed with retinopathy of prematurity type 1 who underwent intravitreal Bevacizumab injection at the Department of Ophthalmology – National Children's Hospital before February 2018. This retrospective cross-sectional descriptive study encompasses 224 eyes of 115 patients. **Results:** Following treatment, 177 eyes had complete regression, comprising 79% of the total, while 47 eyes exhibited incomplete regression, accounting for 21%, with 1,3% experiencing retinal detachment. 185 eyes had best-corrected visual acuity (BCVA) of more than 5/10 (82,6%), while 39 eyes had BCVA less than 5/10 (17,4%), and three eyes had BCVA only counting

fingers at 3 meters. Amblyopia was observed in 43 eyes (29,3%), while strabismus affected 25,2% (29/115 patients). **Conclusion:** The outcomes of Bevacizumab treatment for retinopathy of prematurity over five years are encouraging, with 79% of affected eyes achieving complete regression post-treatment, and 82,6% attaining normal BCVA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh võng mạc trẻ đẻ non (BVMTĐN) là tình trạng bệnh lý tại mắt do quá trình phát triển bất thường của mạch máu võng mạc ở trẻ đẻ non. Bệnh là nguyên nhân quan trọng gây giảm thị lực cũng như mù lòa ở trẻ em^{1,2}.

Trước đây, phương pháp điều trị phổ biến đối với BVMTĐN là quang đông võng mạc bằng laser. Từ năm 2008 trở lại đây, trên thế giới đã có nhiều tác giả báo cáo về kết quả nghiên cứu điều trị BVMTĐN bằng các loại thuốc ức chế tăng sinh tân mạch và cho kết quả rất khả quan, với tỷ lệ khỏi bệnh cao đồng thời hạn chế được các biến chứng sau điều trị.

Một trong những thuốc được sử dụng đầu tiên để điều trị BVMTĐN là Bevacizumab, khi tiêm Bevacizumab nội nhãn, bệnh thoái triển, các mạch máu tiếp tục phát triển gần như trẻ đủ tháng, nên thường cho kết quả tốt nếu được điều trị đúng thời điểm^{3,4}. Năm 2010, tại Việt Nam, tác giả Nguyễn Xuân Tịnh bắt đầu thử nghiệm tiêm Bevacizumab nội nhãn cho bệnh nhân bị BVMTĐN hình thái 1 và cho kết quả điều trị rất thành công⁵. Năm 2014, tại Bệnh viện Nhi Trung ương bắt đầu điều trị BVMTĐN hình thái 1 bằng Bevacizumab, tuy nhiên chưa có công trình nghiên cứu nào đánh giá về kết quả điều trị lâu dài sau tiêm.

Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị bệnh võng mạc trẻ đẻ non bằng tiêm Bevacizumab nội nhãn sau 5 năm tại Bệnh viện Nhi Trung ương" nhằm: Đánh giá kết quả điều trị bệnh võng mạc trẻ đẻ non bằng tiêm Bevacizumab nội nhãn sau 5 năm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên bệnh nhân mắc BVMTĐN hình thái 1 đã được điều trị bằng tiêm Bevacizumab nội nhãn tại Khoa Mắt, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 02 năm 2018 trở về trước.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân mắc BVMTĐN hình thái 1 được

¹Bệnh viện Nhi trung ương

²Bệnh viện Mắt Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Trung

Email: trungnb1988@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024