

nhiễm vi rút viêm gan C ở một số đơn vị bộ đội, một số đối tượng nguy cơ cao và đặc điểm lâm sàng của viêm gan C, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng, Bệnh viện Trung ương Quân đội, Hà Nội.

16. **Cao Minh Nha, Nguyễn Ngọc Lan và Cao Mỹ Hà** (2005), Tình hình nhiễm HCV, HBV,

HIV và Lao trên các đối tượng nghiện ma túy. *Tạp chí Y học thực hành Thành phố Hồ Chí Minh*, **9(1)**, tr. 73-78.

17. **Nguyễn Viết Thịnh và cộng sự** (2011), Đồng nhiễm HBV, HCV ở bệnh nhân nhiễm HIV tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới. *Tạp chí Y học Dự phòng*, **Tập XXI, số 5(123)**, tr. 112-116.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA U BUỒNG TRỨNG XOẮN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2015 - 2017

VŨ THỊ HUYỀN NGA¹, VŨ VĂN DU²
¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình
²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u buồng trứng xoắn (UBTX) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 3 năm 2015 - 2017.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân được chẩn đoán xác định UBTX được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ ngày 01/01/2015 đến ngày 31/12/2017.

Kết quả: Bệnh nhân có độ tuổi từ 20 – 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 60,3%; Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $27,9 \pm 13,6$.

Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng cơ năng: Hai triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất trong UBTX là đau bụng (100%), nôn và buồn nôn (44,0%). Sốt (4,3%); ít gặp ra máu âm đạo (3,5%); rối loạn kinh nguyệt (2,6%). **Triệu chứng thực thể:** Hai triệu chứng thực thể gặp nhiều nhất trong UBTX là phản ứng thành bụng (40,5%) và sờ thấy u khi khám (93,1%). **Đặc điểm cận lâm sàng:** Đa số các BN UBTX có kích thước u trên siêu âm từ 6 -10cm (60,3%). Hầu hết các trường hợp (63,0%) xét nghiệm máu có tăng bạch cầu. **Vị trí khối u:** Hay gặp UBTX một bên (93,1%), bên phải (59,5%).

Kết luận: Đặc điểm lâm sàng hay gặp ở bệnh nhân u buồng trứng xoắn là đau bụng, nôn và buồn nôn. Hầu hết bệnh nhân có kích thước u từ 6 – 10 cm trên siêu âm; xét nghiệm máu có tăng bạch cầu và u hay gặp ở một bên.

Từ khóa: Lâm sàng, cận lâm sàng, u buồng trứng xoắn.

SUMMARY

CLINICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF TWISTED OVARIAN CYST AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2015 - 2017

Objective: Describe the clinical and subclinical characteristics of the twisted ovarian cyst (TOC) at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 3 years 2015 - 2017.

Subjects and research methods: cross-sectional descriptive study, retrospective number data of medical records of patients diagnosed with TOC treated by surgical methods at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 1, 2015 to December 31, 2017.

Results: Patients aged from 20 to 35 years old accounted for the highest percentage with 60.3%; The mean age of the patients in the study was 27.9 ± 13.6 . **Clinical features:** The two most common functional symptoms in TOC are abdominal pain (100%), vomiting and nausea (44.0%). Fever (4.3%); less vaginal bleeding (3.5%); menstrual disorders (2.6%). The two most common physical symptoms in TOC are

Chịu trách nhiệm: Vũ Thị Huyền Nga
Email: bsvuhuyennga@gmail.com
Ngày nhận: 09/9/2020
Ngày phản biện: 03/10/2020
Ngày duyệt bài: 12/10/2020

abdominal wall reaction (40.5%) and palpability of the tumor on examination (93.1%).

Subclinical features: The majority of patients with TOC have tumor size on ultrasound from 6 - 10cm (60.3%). Most cases (63.0%) have leukocytosis in blood test. Tumor location: common unilateral twisted ovarian tumor (93.1%); right (59.5%).

Conclusion: Common clinical features in patients with torsional ovarian tumor are abdominal pain, vomiting and nausea. Most patients have a tumor size of 6-10 cm on ultrasound; blood test with leukocytosis and a common tumor on one side.

Keywords: Clinical, subclinical, twisted ovarian cyst (TOC).

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau bụng cấp tính ở phụ nữ do nhiều nguyên nhân gây ra, nhiều trường hợp đòi hỏi phải can thiệp cấp cứu. Trong các nguyên nhân, có nguyên nhân về ngoại khoa, có nguyên nhân về sản khoa, có nguyên nhân về phụ khoa. U buồng trứng (UBT) xoắn là một cấp cứu phụ khoa, chiếm 2,7% trong các trường hợp mổ cấp cứu do nguyên nhân phụ khoa, đứng thứ 4 trong các nguyên nhân phụ khoa thường gặp sau chữa ngoài tử cung, vỡ nang hoàng thể và viêm nhiễm tiểu khung, đồng thời chiếm 2- 15% trong các trường hợp phẫu thuật u buồng trứng [1-3].

Phần lớn các UBTX là khối u lành tính, tỷ lệ ác tính trong UBTX là 2 - 5%. Khoảng 70 - 75% khối UBTX xảy ra trên phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ, khoảng 15% gặp ở độ tuổi dậy thì, 17% ở độ tuổi mãn kinh, 18% trên phụ nữ có thai[4]. Chẩn đoán UBTX thường khó khăn, do các triệu chứng không đặc hiệu, ít hằng định nên dễ nhầm với một số bệnh lý khác. Nếu chậm trễ trong chẩn đoán và can thiệp phẫu thuật dẫn đến các biến chứng nặng như hoại tử buồng trứng, viêm phúc mạc tiểu khung hoặc toàn thể gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân[3, 5]. Tuy nhiên nếu được chẩn đoán sớm để điều trị bảo tồn thì có thể tránh được những hậu quả nặng nề này.

Nhiều nghiên cứu gần đây đã cho thấy chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời tỷ lệ bảo tồn có thể đạt 60,2 – 63,9% các trường hợp u nang buồng trứng xoắn [6, 7]. Bệnh viện Phụ sản Trung ương đã áp dụng các phương pháp mổ mở và mổ nội soi trong điều trị bảo tồn buồng trứng và đạt hiệu quả cao. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu “*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm*

sàng của u buồng trứng xoắn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương”.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 08/2019 đến tháng 09/2020.

2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UBTX được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ ngày 01/01/2015 đến ngày 31/12/2017.

3. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu bệnh án.

4. Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu: Để mô tả đặc điểm sản phụ được MLT, chúng tôi áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu ước lượng tỷ lệ sản phụ được MLT:

$$n = Z^2 \times \frac{p(1-p)}{(ep)^2}$$

Trong đó:

n: Là cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu.

$$Z_{(1-\frac{\alpha}{2})} = 1,96$$

Giá trị Z tương ứng với ngưỡng $\alpha = 0,05$, với hệ số tin cậy là 95%.

p: Tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật nội soi UBTX; theo Lý Thị Hồng Vân⁵⁶ (2009) tỷ lệ này là 64,3%; p=0,643.

q: 1- p= 0,357.

ϵ : Khoảng sai lệch tương đối, chọn $\epsilon = 0,15$

Thay vào công thức, chúng tôi tính được cỡ mẫu lý thuyết tối thiểu là 95 bệnh nhân. Trên thực tế chúng tôi đã thu thập được 116 bệnh án của bệnh nhân đủ điều kiện tiêu chuẩn nghiên cứu.

5. Kỹ thuật thu thập thông tin

Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án của người bệnh.

6. Phân tích số liệu

Số liệu được thu thập và làm sạch, nhập bằng Epidata 3.1, sau đó được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được sự cho phép của ban lãnh đạo Bệnh viện Phụ sản Trung ương trước khi tiến hành nghiên cứu, thu thập và phân tích số liệu. Nghiên cứu chỉ thu thập hồi cứu số liệu nên không ảnh hưởng đến quá trình thăm khám cũng như điều trị của người bệnh. Các thông tin về đối tượng nghiên cứu được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm thông tin chung

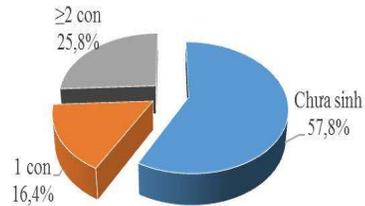
Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 19 tuổi	27	23,3
20 – 35 tuổi	70	60,3
> 35 tuổi	19	16,4
Tổng số	116	100
$\bar{X} \pm SD$ (GTNN – GTLN)	27,9 ± 13,6 (7 – 81)	

Nhận xét: Bệnh nhân có độ tuổi từ 20 – 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 60,3%. Đứng thứ hai là nhóm bệnh nhân từ dưới 19 tuổi (23,3%). Nhóm bệnh nhân trên 35 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 16,4%.

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $27,9 \pm 13,6$. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 7

tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 81 tuổi.

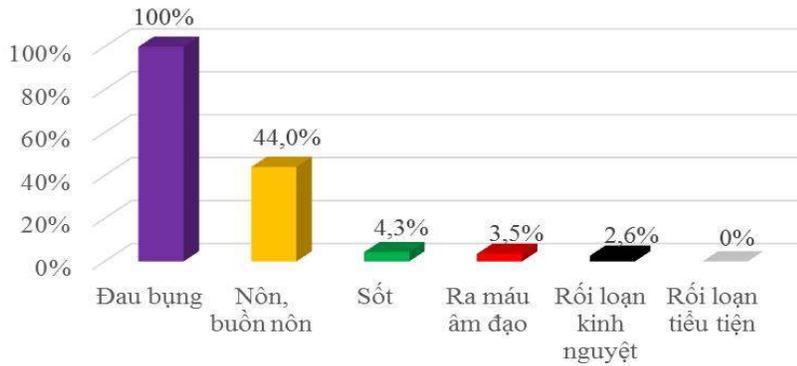


Biểu đồ 1. Đặc điểm số con của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Có 30/116 bệnh nhân đã có từ 2 con trở lên, chiếm tỷ lệ 25,8%; Có 19/116 bệnh nhân có 1 con (16,4%). Còn lại 67/116 bệnh nhân chưa sinh con.

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u buồng trứng xoắn

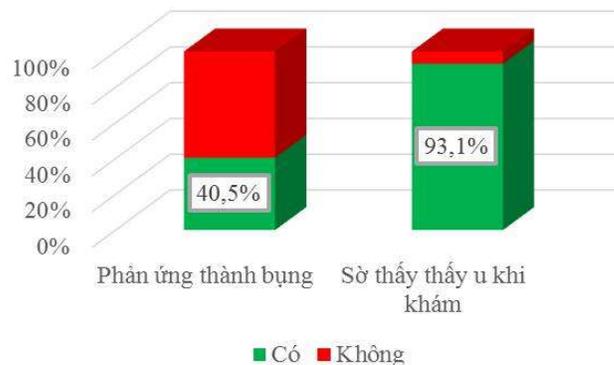
2.1. Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 2. Triệu chứng cơ năng (n=116)

Nhận xét:

Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau bụng với 116/116 trường hợp, chiếm tỷ lệ 100%. Đứng thứ hai là triệu chứng nôn, buồn nôn với 51 trường hợp, chiếm tỷ lệ 44,0%. Có 5 trường hợp sốt, 4 trường hợp ra máu âm đạo và 3 trường hợp rối loạn kinh nguyệt chiếm tỷ lệ thấp, tương ứng lần lượt là 4,3%; 3,5% và 2,6%. Không có trường hợp nào rối loạn tiêu tiện.



Biểu đồ 3. Triệu chứng thực thể (n=116)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có phản ứng thành bụng là 40,5%. Đa số các trường hợp đều sờ thấy u khi khám (93,1%).

Bảng 2. Mức độ di động khối u trên lâm sàng

Mức độ di động	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Di động dễ	62	53,5
Di động hạn chế	52	44,8
Không di động	2	1,7
Tổng số	116	100

Nhận xét: Trên lâm sàng, khối u di động dễ chiếm tỷ lệ 53,5%; di động hạn chế 44,8% và không di động chiếm tỷ lệ nhỏ với 1,7%.

2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi

Số lượng bạch cầu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 4000/mm ³	1	0,8
4000 – 10.000/mm ³	42	36,2
11.000 – 15.000/mm ³	51	44,0
> 15.000/mm ³	22	19,0
Tổng số	116	100
$\bar{X} \pm SD$ (GTNN – GTLN)	11.800 ± 3.840 (3.100 – 24.050)	

Nhận xét: Bệnh nhân có số lượng bạch cầu nằm trong giới hạn bình thường chiếm tỷ lệ 36,2%. Có 51 trường hợp bệnh nhân có số lượng bạch cầu từ 11.000 – 15.000/mm³, chiếm tỷ lệ 44,0%. Bạch cầu trung bình là 11.800 ± 3.840 /mm³ (thấp nhất là 3.100 và cao nhất là 24.050).

Bảng 4. Đặc điểm siêu âm khối u buồng trứng xoắn (n=116)

Đặc điểm siêu âm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kích thước khối u (cm)	≤ 5	33	28,5
	6 – 10	70	60,3
	> 10	13	11,2
Hình ảnh siêu âm	Trống âm	47	40,5
	Tăng âm	27	23,3
	Âm hỗn hợp	36	31,0
	Có vách, có nhú	6	5,2
Dịch cùng đồ, dịch quanh khối u	Có	39	33,6
	Không	77	66,4
Vị trí khối u	UBTX bên phải	69	59,5
	UBTX bên trái	39	33,6
	UBTX cả 2 bên	9	6,9

Nhận xét: Về kích thước khối u, tỷ lệ bệnh nhân có kích thước khối u từ 6 – 10 cm chiếm tỷ lệ cao nhất với 60,3%. Bệnh nhân có kích thước

khối u > 10 cm chiếm tỷ lệ thấp nhất là 11,2%. Bệnh nhân có khối u kích thước ≤ 5 cm chiếm tỷ lệ 28,5%.

Về hình ảnh siêu âm: Phần lớn hình ảnh siêu âm cho thấy tỷ lệ trống âm chiếm đa số với 40,5%; âm hỗn hợp 31,0%; tăng âm 23,3%. Về dịch cùng đồ, dịch quanh khối u: trên siêu âm thấy có 39 trường hợp, chiếm tỷ lệ 33,6%.

Vị trí khối u: Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu có UBTX 1 bên, trong đó chủ yếu là ở bên phải với 59,5%; bên trái là 33,6%. Trường hợp bệnh nhân có UBTX 2 bên chiếm tỷ lệ thấp với 6,9%.

Bảng 5. Tỷ lệ mức độ tổn thương của buồng trứng

Mức độ tổn thương của buồng trứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường, hồng hoặc tím nhẹ (độ 1)	46	39,7
Tím sẫm, bầm tím (độ 2)	34	29,3
Tím đen nứt vỡ (độ 3)	36	31,0
Tổng số	116	100

Nhận xét: Có 46/116 bệnh nhân UBTX độ 1, chiếm tỷ lệ 39,7%; 34/116 bệnh nhân UBTX độ 2, chiếm tỷ lệ 29,3% và 36/116 bệnh nhân UBTX độ 3 (31,0%).

Bảng 6. Tỷ lệ UBTX theo số vòng xoắn của khối u

Số vòng xoắn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1 vòng	32	27,6
2 vòng	46	39,7
≥ 3 vòng	38	32,7
Tổng số	116	100

Nhận xét: Bệnh nhân có UBTX 2 vòng chiếm tỷ lệ cao nhất 39,7% (46 trường hợp). Thứ 2 là nhóm có ≥ 3 vòng, với 38 trường hợp, chiếm tỷ lệ 32,7%. Còn lại 32 trường hợp có 1 vòng, chiếm tỷ lệ 27,6%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm thông tin chung

1.1. Đặc điểm về tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi của bệnh nhân chủ yếu từ 20 – 35 tuổi (60,3%). Thứ hai là nhóm bệnh nhân từ dưới 19 tuổi (23,3%). Nhóm bệnh nhân trên 35 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 16,4%. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 27,9 ± 13,6; thấp nhất là 7 tuổi và lớn nhất 81 tuổi (Bảng 1).

Năm 2016, Phạm Văn Soạn thực hiện đề tài “Nghiên cứu về khối u buồng trứng xoắn ngoài

thời kỳ thai nghén tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong 5 năm (2011-2015)". Tác giả cũng ghi nhận tuổi trung bình của các bệnh nhân là $29,14 \pm 10,96$ (nhỏ nhất 13 tuổi, lớn tuổi nhất là 74 tuổi). Trong đó, tác giả cho thấy nhóm BN có độ tuổi từ 20-35 chiếm tỷ lệ nhiều nhất (65,57%), nhóm BN dưới 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (13,93%) [7].

Trong y văn thế giới, độ tuổi trung bình ở phụ nữ có UBTX là khoảng 26 tuổi, thấp hơn độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Theo nghiên cứu của Chin O.N và Cs (1987), tỷ lệ UBTX ở phụ nữ ≤ 30 tuổi là 70%, 15% xảy ra trước tuổi dậy thì và 17% ở độ tuổi mãn kinh [8].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân (2009). Trong nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân, độ tuổi trung bình của các BN là 28,25 tuổi; 22,7% BN dưới 20 tuổi; 51,9% BN từ 20-35 tuổi; 25,4% BN trên 35 tuổi [9].

1.2. Đặc điểm về số con

Theo biểu đồ 1, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 42,2% bệnh nhân đã có con, trong đó 25,8% bệnh nhân đã có từ 2 con trở lên; 16,4% bệnh nhân đã có 1 con.

Kết quả này của chúng tôi khác với kết quả của Lý Thị Hồng Vân (2009). Tỷ lệ bệnh nhân chưa sinh con trong nghiên cứu của tác giả Lý Thị Hồng Vân là cao nhất (56,8%) [9]. Theo Phạm Văn Soạn (2016), phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu đều đã có con, chiếm 75,41%; trong đó bệnh nhân đã có từ 2 con trở lên là 40,16%; đã có 1 con là 35,25%. Tỷ lệ bệnh nhân chưa sinh con chiếm 24,59% [7]. Sự khác nhau này có thể do các nghiên cứu khác nhau về thời gian, địa điểm nghiên cứu và cơ mẫu được lấy thuận tiện, chưa được đại diện dẫn đến tỷ lệ có khác nhau giữa các nghiên cứu.

2. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u buồng trứng xoắn

2.1. Đặc điểm lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau bụng với 116/116 trường hợp, chiếm tỷ lệ 100%. Thứ hai là triệu chứng nôn, buồn nôn chiếm tỷ lệ 44,0%. Có 5 trường hợp sốt, 4 trường hợp ra máu âm đạo và 3 trường hợp rối loạn kinh nguyệt chiếm tỷ lệ thấp, tương ứng lần lượt là 4,3%; 3,5% và 2,6%. Không có trường hợp nào rối loạn tiêu tiện (Biểu đồ 2).

Theo tác giả Phạm Văn Soạn (2016), đau bụng vùng hạ vị: Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có triệu chứng đau hạ vị

(98,36%). Đây cũng là triệu chứng xuất hiện sớm nhất [7]. Triệu chứng này cũng thường là lý do làm cho BN đến khám sớm và giúp cho các bác sĩ hướng tới chẩn đoán sớm và điều trị, giảm nguy cơ tổn thương buồng trứng.

Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Trịnh Hùng Dũng, Lý Thị Hồng Vân và cao hơn kết quả nghiên cứu của Bayer I.A (1994). Theo nghiên cứu của Trịnh Hùng Dũng và cộng sự (2001) và của Lý Thị Hồng Vân (2009), 100% BN trong nghiên cứu có đau vùng hạ vị [10], [9]. Còn theo Bayer I.A và cộng sự (1994), tỷ lệ BN đau vùng hạ vị là 83% [11]. Sự khác biệt này có thể là do đối tượng và địa điểm nghiên cứu khác nhau.

Nôn và buồn nôn: Nôn và buồn nôn là triệu chứng thường gặp sau đau bụng, chiếm tỷ lệ 44,0%. Triệu chứng này xuất hiện do đau và rối loạn nhu động ruột, có thể kèm theo chướng bụng, bí trung đại tiện nên có thể nhầm với biểu hiện của các bệnh khác có cùng triệu chứng lâm sàng.

Tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Soạn (2016) là 63,93% [7]. Kết quả nghiên cứu này cao hơn kết quả nghiên cứu của Bayer I.A và Cs (1994) (50%) và nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân (2009) (40,5%) [9], [11].

Triệu chứng sốt: Theo biểu đồ 2, bệnh nhân thường không có sốt, cụ thể tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng sốt là 4,3%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Phạm Văn Soạn (2016) là 15,57%, các bệnh nhân thường sốt nhẹ trên dưới 38°C và không có các dấu hiệu nhiễm khuẩn. Theo Trịnh Hùng Dũng và cộng sự (2001), có 17,9% BN có sốt nhẹ [10]. Theo Bayer I.A và Cs (1994) thì tỷ lệ này là 19% [11]. Còn trong nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân (2009) chỉ có 11,4% BN có triệu chứng sốt [9]. Như vậy, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng sốt trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác, nhưng các nghiên cứu đều nhận định rằng bệnh nhân UBTX thường không có triệu chứng sốt.

Như vậy, trong dấu hiệu toàn thân, bệnh nhân thường không có sốt, tỷ lệ bệnh nhân sốt trong mẫu nghiên cứu này chỉ chiếm 4,3% và các bệnh nhân thường sốt nhẹ trên dưới 38°C và không có các dấu hiệu nhiễm khuẩn. Giải thích điều này là do đau là dấu hiệu đầu tiên làm cho bệnh nhân đi khám và đi khám sớm, nên khi bệnh nhân đến viện có tỷ lệ nhiễm khuẩn thấp. Điều này cũng cho thấy phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng khi thăm khám bụng. Triệu chứng phản ứng thành bụng cũng chiếm tỷ lệ khá thấp (40,5%), chứng

tỏ đa số bệnh nhân không có dấu hiệu nhiễm khuẩn phúc mạc và ổ bụng.

Biểu hiện ra máu âm đạo và rối loạn kinh nguyệt: Trong nghiên cứu này, kết quả tại biểu đồ 2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện ra máu âm đạo và rối loạn kinh nguyệt chiếm tỷ lệ nhỏ tương ứng lần lượt là 4,3% và 3,5% (tổng 7,8%). Kết quả này cũng tương tự khi biểu hiện ra máu âm đạo và rối loạn kinh nguyệt trong nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân cũng cho tỷ lệ thấp, chỉ chiếm 8,7% [9]. Ra máu âm đạo và rối loạn kinh nguyệt thường gặp ở những bệnh u xơ tử cung, ít gặp ở bệnh nhân u buồng trứng.

2.1.2. Triệu chứng thực thể

Phản ứng thành bụng: Tỷ lệ bệnh nhân có phản ứng thành bụng là 40,5% (Biểu đồ 3). Tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Soạn (2016) cho thấy phần lớn các BN có phản ứng thành bụng (82,77%) [7].

Tỷ lệ bệnh nhân có phản ứng thành bụng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác. Theo nghiên cứu của Bayer I.A và cộng sự (1994), tỷ lệ bệnh nhân có phản ứng thành bụng là 30,5% [11]. Còn trong nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân (2009), tỷ lệ này là 17,8% [9]. Sở dĩ một số triệu chứng toàn thân và thực thể của các tác giả khác cao hơn chúng tôi có lẽ do thời điểm nhập viện khác nhau. Điều này cho thấy, hiện nay người dân đã có kiến thức và ý thức tốt hơn trong việc chăm sóc sức khỏe nên đến viện khám sớm khi có các dấu hiệu bất thường xảy ra, từ đó giúp bác sĩ chẩn đoán và điều trị bệnh sớm hơn và tiên lượng tốt hơn cho người bệnh.

Sờ thấy khối u: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân vào viện đều được khám âm đạo hoặc thăm trực tràng và có 93,1% bệnh nhân thấy khối u khi khám. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Soạn là 65,57% bệnh nhân sờ thấy khối u khi khám [7]. Những bệnh nhân trẻ tuổi, chưa có quan hệ tình dục hoặc những bệnh nhân ở tuổi vị thành niên, thông thường việc khám khối u sẽ được thực hiện qua thăm trực tràng. Trên thực tế, việc thăm khám qua trực tràng thường khó thực hiện hơn khám qua âm đạo vì khám qua trực tràng cần phải rỗng trực tràng và bác sĩ phải có kinh nghiệm. Điều này giải thích vẫn còn tỷ lệ 6,1% BN không sờ thấy khối u trong nghiên cứu.

Kết quả này của chúng tôi thấp hơn một chút so với các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân, 94,6% BN sờ thấy khối u khi khám [9]. Theo Trịnh Hùng Dũng và Cs (2001), tỷ lệ BN khám thấy u là 100% [10].

Chúng tôi nhận thấy rằng khi bệnh nhân có đau bụng đột ngột, khám thấy khối u hay bệnh nhân trước đó đã được chẩn đoán UBT, thì chẩn đoán nên hướng tới UBTX.

2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

2.2.1. Xét nghiệm bạch cầu

Bệnh nhân trong nghiên cứu có số lượng bạch cầu nằm trong giới hạn bình thường (36,2%). Tỷ lệ bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng từ 11.000 /mm³ trở lên là 63,0% (Bảng 3); chiếm hơn 2/3 tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu trong khi đó các trường hợp có dấu hiệu sốt chỉ chiếm 4,3%. Điều này chứng tỏ rằng khi bệnh nhân tăng bạch cầu, chúng ta cần phải hướng tới dấu hiệu viêm nào đó, mặc dù bệnh nhân chưa có dấu hiệu sốt.

Tỷ lệ bệnh nhân có tăng bạch cầu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Trịnh Hùng Dũng và cộng sự với tỷ lệ 22,4% [10], của Lý Thị Hồng Vân với tỷ lệ là 36,8% [9]; của Phạm Văn Soạn là 26,33% và thấp hơn của Bayer với tỷ lệ là 81% [11].

Sự khác biệt về tỷ lệ bạch cầu tăng trong nghiên cứu của chúng tôi và một số tác giả khác có thể do thời điểm nhập viện của bệnh nhân khác nhau.

2.2.2. Kích thước của các khối u

Kể từ khi được áp dụng lần đầu trong lĩnh vực chẩn đoán sản phụ khoa năm 1958 bởi Donald và cộng sự, siêu âm ngày nay phổ biến và là phương tiện hữu dụng để chẩn đoán cũng như hướng dẫn các can thiệp trong sản phụ khoa nhờ ưu điểm nhanh chóng, chính xác, khách quan và không gây nguy hiểm.

Siêu âm có thể đánh giá một số tính chất quan trọng như số lượng, kích thước, vị trí và bản chất của khối u. Ngoài ra, siêu âm còn có thể phân biệt được các khối u khác nằm trong tiểu khung như u xơ tử cung, thận lạc chỗ, chửa ngoài tử cung, phát hiện các khối nang có nguy cơ ác tính cao. Tuy nhiên, siêu âm ít có ý nghĩa trong việc chẩn đoán có xoắn hay không.

Nghiên cứu của chúng tôi ngoài việc chẩn đoán vị trí, hình thái, phân biệt với các khối u khác trong tiểu khung giúp cho chẩn đoán xác định, chúng tôi lưu ý đến vai trò trong đánh giá kích thước u, đây là chẩn đoán có giá trị trong việc quyết định hướng xử lý khối u trong phẫu thuật và tiên lượng cuộc mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi không chỉ có 44 bệnh nhân nào được siêu âm doppler. Đây là một kỹ thuật thăm dò khó, bác sĩ siêu âm phải có trình độ và kinh nghiệm.

Kết quả trình bày ở bảng 4 cho thấy tỷ lệ khối u có kích thước từ 6 – 10 cm chiếm lớn nhất với 60,3%. Kết quả này cũng tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Soạn (2016), kích thước khối u từ 6 - 10 cm cũng chiếm tỷ lệ lớn nhất (71,31%) [7].

Tỷ lệ khối u có kích thước từ 6 - 10 cm chiếm tỷ lệ lớn nhất là do khối u có trọng lượng lớn nhưng đồng thời lại có khả năng di động nên dễ bị xoắn. Khối u to mặc dù có trọng lượng lớn nhưng do kích thước lớn nên bị vướng vào các thành phần khác trong tiểu khung nên khó di động vì vậy ít có khả năng xoắn.

Kết quả nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân và của Trịnh Hùng Dũng cũng cho kết quả tương tự. Trong nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân (2009), u có kích thước 6 - 10 cm chiếm 73,5%, u có kích thước 11 - 15 cm chiếm 15,1% và khối u trên 15 cm chiếm 1,1% [9]. Còn theo kết quả nghiên cứu của Trịnh Hùng Dũng và Cs thì u có kích thước 5-6 cm chiếm 32,8%, 6 - 10 cm chiếm 60,3% và từ 10 - 20 cm chiếm 6,9% [10]. Oelsner F và Cs cũng cho kết quả tương tự, kích thước u từ 4 - 20 cm, trung bình là 9,5 cm [12].

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm thông tin chung

Độ tuổi của bệnh nhân chủ yếu từ 20 – 35 tuổi (60,3%). Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $27,9 \pm 13,6$; thấp nhất là 7 tuổi và lớn nhất 81 tuổi.

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u buồng trứng xoắn

2.1. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng cơ năng: Hai triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất trong UBTX là đau bụng (100%), nôn và buồn nôn (44,0%). Sốt (4,3%); ít gặp ra máu âm đạo (3,5%); rối loạn kinh nguyệt (2,6%).

Triệu chứng thực thể: Hai triệu chứng thực thể gặp nhiều nhất trong UBTX là phản ứng thành bụng (40,5%) và sờ thấy u khi khám (93,1%).

2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

- Đa số các BN UBTX có kích thước u trên siêu âm từ 6 -10cm (60,3%).

- Hầu hết các trường hợp (63,0%) xét nghiệm máu có tăng bạch cầu.

- Vị trí khối u: hay gặp UBTX một bên (93,1%); bên phải (65,57%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. R. Mashiach, N. Melamed, N. Gilad et al. (2011), Sonographic diagnosis of ovarian torsion: accuracy and predictive factors. *J Ultrasound Med*, 30(9), tr. 1205-10.

2. G. D. McWilliams, M. J. Hill và C. S. Dietrich, 3rd (2008), Gynecologic emergencies. *Surg Clin North Am*, 88(2), tr. 265-83, vi.

3. L. T. Hibbard (1985), Adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol*, 152(4), tr. 456-61.

4. V. Asfour, R. Varma and P. Menon (2015), Clinical risk factors for ovarian torsion. *J Obstet Gynaecol*, 35(7), tr. 721-5.

5. J. J. Robertson, B. Long and A. Koyfman (2017), Myths in the Evaluation and Management of Ovarian Torsion. *J Emerg Med*, 52(4), tr. 449-456.

6. Phạm Diệu Linh (2015). *Nhận xét các khối u buồng trứng xoắn được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm (2013-2014)*, Khóa luận Tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.

7. Phạm Văn Soạn (2016). *Nghiên cứu về khối u buồng trứng xoắn ngoài thời kỳ thai nghén tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong 5 năm (2011-2015)*, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

8. Chin O.N. et al (1987), "Adnexal torsion as a complication of super ovulation for ovum retrieval", *Fertil Steril.*, 48, p. 149-151.

9. Lý Thị Hồng Vân (2009), *Nghiên cứu về chẩn đoán và xử trí khối u buồng trứng xoắn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm (2004-2008)*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

10. Trịnh Hùng Dũng, Trương Thị Chúc (2001), "Một số nhận xét qua 67 trường hợp chẩn đoán u nang buồng trứng xoắn tại khoa Phụ sản, Bệnh viện 103", *Tạp chí Y học thực hành*, số 3, tr. 11 - 12.

11. Bayer I. A., Wiskind K.A. (1994) "Adnexal torsion: Can the adnexa be saved?", *Am J Obstet Gynecol.*, 171, p. 1506-1511.

12. Oelsner F. et al (1993), "Long – term follow – up of the twisted ischemic adnexa managed by detorsion", *Fertil. Steril.*, 60, p. 976 – 979.