

với cả 2 trẻ, tuy nhiên xét nghiệm chẩn đoán xác định lại chỉ có 1 trẻ mắc bệnh.

Như vậy, sàng lọc SGTBS ở các trường hợp sinh đôi cần lưu ý tình trạng dương tính giả, nguyên nhân do sự pha trộn máu ở 2 trẻ vẫn tồn tại trong những ngày đầu sau sinh, trẻ mắc bệnh suy giáp có TSH cao sẽ pha phộn với trẻ bình thường có TSH thấp làm TSH của trẻ không mắc bệnh này cao hơn trong những ngày đầu. Vì vậy, những trường hợp sinh đôi cùng trứng, nếu sàng lọc dương tính ở 1 trong 2 trẻ, nên được lặp lại xét nghiệm sàng lọc cho cả 2 trẻ sau đó 1 tuần hoặc ngay trước khi xuất viện.

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ sàng lọc SGTBS ở BVPSHN từ tháng 9/2018 đến tháng 8/2019 là 76,5%. Tỷ lệ sàng lọc dương tính là 1/1.350, tỷ lệ chẩn đoán dương tính là 1/3.600. Giá trị của sàng lọc dương tính là 37,5%

- Suy giáp trạng bẩm sinh gặp nhiều hơn ở trẻ gái, trẻ sơ sinh quá ngày sinh, trẻ có cân nặng sau sinh > 3.500gr, trẻ mắc hội chứng Down.

- Suy giáp trạng bẩm sinh đa số có nguyên nhân tự phát, ít liên quan đến yếu tố di truyền.

- Có hiện tượng suy giáp thoáng qua gặp ở trẻ sinh non, nhẹ cân gây nên hiện tượng dương tính giả của test sàng lọc.

- Có hiện tượng tăng TSH bị trì hoãn gây âm tính giả của test sàng lọc ở trẻ non tháng nhẹ cân, có bệnh lý kèm theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **N. T. Nhạn**, Sàng lọc sơ sinh phát hiện và can thiệp sớm bệnh suy giáp bẩm sinh nhằm giảm thấp tàn phế cho trẻ em, Đề tài Nghiên cứu Khoa học Công nghệ cấp Bộ. (2006)..

2. **N. T. Hoàn**, "Góp phần chẩn đoán và điều trị sớm suy giáp trạng nguyên phát ở trẻ em Việt Nam".

3. **Kanike**, Transient hypothyroidism in the newborn: to treat or not to treat", 2017.

4. **Uhrmann**, "Frequency of transient hypothyroxinaemia in low birthweight infants. Potential pitfall for neonatal screening programmes". *PubMed*, vol. Arch Dis Child. 1981;56 (3):214.

5. Newborn screening for Congenital Hypothyroidism: Recommended Guidelines. Pediatrics 1993, American Academy of Pediatrics Section on Endocrinology and Committee on Genetics, and America Thyroid Association Committee on Public Health.

6. **L. J.**, European Society for Paediatric Endocrinology Consensus Guidelines on Screening, Diagnosis, and Management of Congenital Hypothyroidism.

7. **Cavarzere**, Congenital Hypothyroidism With Delayed TSH Elevation in Low-Birth-Weight Infants: Incidence, Diagnosis and Management, *Eur J Endocrinol*, Vols. 2016 Nov;175 (5):395-402.

8. **H. C. Woo**, Congenital Hypothyroidism with a Delayed Thyroid-Stimulating Hormone Elevation in Very Premature Infants: Incidence and Growth and Developmental Outcomes, *Pediatric*, Vols. 2011 Apr;158 (4):538-42. doi: 10.1016/j.jpeds.2010.10.018. Epub 2011 Jan 13.

9. **Therell.**, B. L. US newborn screening policy dilemmas for the 21 century", *Mol. Genet. Metab.* 74 (2001).

10. **U. S.**, Frequency of transient hypothyroxinaemia in low birthweight infants. Potential pitfall for neonatal screening programmes. *PubMed*, vol. Arch Dis Child. 1981;56 (3):214.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG DÒ KÊNH CỔ TỬ CUNG – KHOANG CẠNH CỔ TỬ CUNG TRONG Ổ BỤNG TRÊN BỆNH NHÂN TỬ CUNG HAI BUỒNG

LÊ THỊ ANH ĐÀO¹,
ĐỖ TUẤN ĐẠT¹, NGUYỄN MẠNH TRÍ²
¹Trường Đại học Y Hà Nội
²Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

TÓM TẮT

Một trường hợp bệnh nhân chẩn đoán viêm phần phụ mãn tính do đau bụng hạ vị và ra dịch âm đạo hôi từng đợt trong một năm. Sau phẫu thuật nội soi cắt vòi tử cung không thuyên giảm triệu chứng và hình ảnh ứ dịch dạng ống vẫn tồn

tại. Cộng hưởng từ đã nhận định ra một đường dò giữa kênh cổ tử cung và tổ chức cạnh cổ tử cung trong tổ chức đáy chậu trên một bệnh

Chịu trách nhiệm: Lê Thị Anh Đào
Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận: 22/9/2020

Ngày phản biện: 18/11/2020

Ngày duyệt bài: 11/12/2020

nhân dị dạng sinh dục- tiết niệu. Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn rộng rãi đã giải quyết triệt để đường dò này.

SUMMARY

A case of misdiagnosis of chronic hydrosalpingites due to pelvic pain and vaginal discharge has been operated salpingectomy via laparoscopy. One month post-operation, two clinical signs still existed, ultrasound revealed a tubular, hypoechogenic image near the uterus. Magnetic Resonance Image (MRI) identified a path between the cervical canal and the mass next to the upper part of the cervix. Radical hysterectomy later has thoroughly resolved this problem.

Bệnh nhân nữ 43 tuổi. Para 1021 mổ đẻ 1 lần năm 1997, 1 lần hút thai 2017, 1 lần hút thai lưu tháng 12 năm 2018. Bệnh nhân đến khám vì ra dịch âm đạo đục hôi kéo dài từng đợt trong một năm này kèm đau hạ vị bên phải. BN đã được bệnh viện tuyến dưới chẩn đoán là viêm phần phụ và điều trị nhiều đợt kháng sinh nhưng không tiến triển. Bệnh nhân đến bệnh viện Phụ Sản Hà Nội khám với tình trạng: không sốt, không có dấu hiệu nhiễm trùng cấp tính. Khám phụ khoa thấy âm đạo có dịch đục hôi chảy từ cổ tử cung, cổ tử cung không tổn thương, tử cung dính lên vết mổ đẻ cũ ở thành bụng trước, kích thước tử cung bình thường không đau khi khám; 2 phần phụ không sờ thấy khối không đau. Hình ảnh siêu âm quan sát thấy tử cung dính lên thành bụng trước 2 buồng trứng bình thường cạnh tử cung bên phải có một khối âm vang thưa dạng ống gấp khúc kích thước 50 x 5 mm Các xét nghiệm máu tại thời điểm này không thấy tình trạng viêm bạch cầu: 9000 G/L; CRP : 3,8 mg/l. Bệnh nhân được chẩn đoán tại Khoa Khám bệnh là: viêm phần phụ mạn tính và được nhập viện. Do bệnh nhân đã có rất nhiều đợt điều trị viêm âm đạo ngoại trú mà không khỏi nên bệnh nhân được điều trị phối hợp 3 loại kháng sinh: cephalosporin thế hệ 3, metronidazole, quinolone đường tĩnh mạch trong 7 ngày. Sau đó bệnh nhân được siêu âm lại vẫn quan sát thấy khối chứa dịch bên phải tử cung. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi. Hình ảnh nội soi ổ bụng quan sát thấy tử cung dính lên thành bụng, không quan sát thấy khối bất thường nào bên cạnh tử cung, vòi tử cung

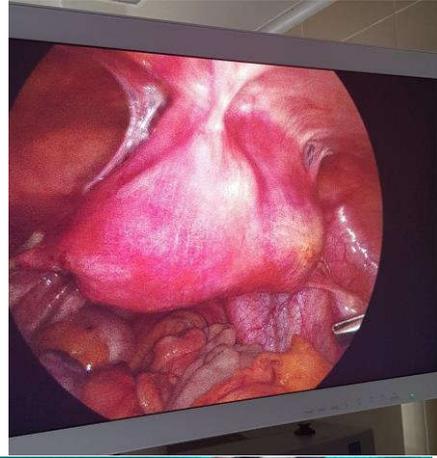
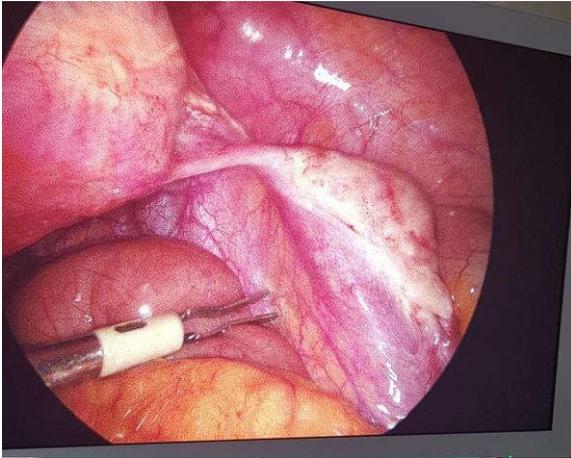
không có dấu hiệu viêm nhiễm bệnh nhân vẫn được cắt vòi tử cung bên phải vì đã lớn tuổi. Bệnh nhân được ra viện và liên tục 1 tháng sau khi ra viện bệnh nhân vẫn tiếp tục bị ra dịch âm đạo và đau hạ vị bên phải. Bệnh nhân được siêu âm và chụp cộng hưởng từ tại 2 bệnh viện lớn khác tại Hà Nội và nghĩ đến khối viêm vẫn tồn tại trong ổ bụng. Bệnh nhân quay lại khám tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội lần này được siêu âm đường bụng kết hợp với siêu âm đường âm đạo cho thấy hình ảnh dạng ống này không phải nằm trong tiểu khung. Kết hợp với IRM khối viêm chứa dịch đó được xác định nằm cạnh phần cổ tử cung (trên chỗ thành âm đạo bám vào cổ tử cung) và khối viêm lan sang nền của dây chằng rộng phía bên phải. Tuy nhiên vì sao khối viêm này lại xuất hiện tại vị trí đặc biệt như vậy? Chúng tôi phải khai thác kỹ lại tiền sử của người bệnh mới tìm ra được nguyên nhân. Bệnh nhân chỉ xuất hiện dấu hiệu đau và ra dịch âm đạo sau lần hút thai lưu năm 2018. Và đã chữa rất nhiều đợt viêm âm đạo mà không cải thiện được triệu chứng. Từ hình ảnh siêu âm đường bụng kết hợp âm đạo thấy vị trí khối viêm nằm rất thấp. Trong khi IRM lại chỉ ra rằng bệnh nhân chỉ có 1 thận bên trái, tử cung 1 thân nhưng 2 buồng và 2 kênh cổ tử cung trong 1 cổ tử cung duy nhất. Hình ảnh IRM tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội cũng cho thấy có đường thông từ cổ tử cung sang khối dịch bên cạnh cổ tử cung. Hình ảnh của IRM giúp loại trừ khả năng khối dịch này là một niệu quản bất thường và lý giải vì sao liên tục có một lượng dịch chảy vào trong khối viêm cạnh cổ tử cung như vậy. Có thể do tử cung dính lên thành bụng đồng thời tử cung có 2 buồng, 2 kênh cổ tử cung nên khi hút thai người làm thủ thuật đã chọc thủng cổ tử cung và xuyên sang tổ chức quanh cổ tử cung dẫn tới một đường dò nối thông từ cổ tử cung. Đường dò này thường xuyên dẫn dịch nhầy từ cổ tử cung vào trong khoang cạnh cổ tử cung khi dịch ở khoang này đầy gây đau và dịch lại trào ngược qua đường dò về kênh cổ tử cung và chảy ra âm đạo. Chúng tôi đã thảo luận với bệnh nhân cách điều trị triệt để là cắt tử cung và cổ tử cung lẫn khối dò này qua phẫu thuật qua đường bụng. Quá trình phẫu thuật gỡ dính tử cung khỏi thành bụng sau đó cắt tử cung hoàn toàn và cắt rộng sang phần tổ chức quanh cổ tử cung bên phải tại đây không quan sát rõ hình ảnh khối dịch hay nang dịch tự do nào nhưng tổ chức xơ dày lên so với xung quanh tương đối rõ ràng. Kết quả giải phẫu bệnh đại thể ủng hộ cho giả thuyết của chúng

tôi. Khi bỏ dọc tử cung từ cổ tử cung lên cho thấy cổ tử cung bè ngang. Trong cổ tử cung này, có vách ngăn mảnh chia long cổ tử cung thành 2 kênh cổ tử cung bình thường nổi lên buồng tử cung. Buồng tử cung có vách ngăn tử cung kéo dài từ đáy tử cung xuống đến gần cổ tử cung nhưng vẫn có khoang chung giữa 2 buồng tử cung ở thấp. Bên cạnh ống cổ tử

cung bình thường thì có đường thông với một khoang ở cạnh cổ tử cung, trong khoang này chứa dịch nâu bẩn giống với dịch chảy xuống âm đạo khi khám bệnh nhân trước mổ.

Sau phẫu thuật bệnh nhân không còn ra dịch âm đạo và hình ảnh siêu âm không còn thấy khối chứa dịch dạng ống.





NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẮT LỚP VI TÍNH VÀ BIOFILM TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH

NGUYỄN ĐÌNH TRƯỜNG¹,
LƯƠNG THỊ MINH HƯƠNG²
¹Bệnh viện 19-8, Bộ Công an
²Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Tổng quan: Viêm mũi xoang mạn tính là tình trạng viêm niêm mạc mũi và các xoang cạnh mũi có triệu chứng kéo dài trên 12 tuần. Đây là bệnh thường gặp trong chuyên ngành tai mũi họng và do nhiều nguyên nhân gây nên trong đó có biofilm.

Mục tiêu: Đánh giá sự hiện diện của biofilm, triệu chứng lâm sàng, CT scan của bệnh viêm mũi xoang mạn tính.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu trên nhóm 30 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm mũi xoang mạn tính. Đánh giá điểm triệu chứng, điểm nội soi Lund - Kennedy và điểm CT scan Lund - Mackay. Được phẫu thuật nội soi mũi xoang lấy bệnh phẩm xét