

an toàn, hiệu quả, và phục hồi tốt chức năng bàn tay sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ching-Hsuan Hu** (2015). Revisiting spontaneous rupture of the extensor pollicis longus tendon: eight cases without identifiable predisposing factor. *HAND* (2015) 10:726-731. DOI 10.1007/s11552-015-9746-y.
2. **Adrián Bullón, Elena Bravo** (2007). Reconstruction after Chronic Extensor Pollicis Longus Ruptures. *CLINICAL ORTHOPAEDICS AND RELATED RESEARCH* Number 462, pp. 93-98.
3. **Hirasawa Y, Katsumi Y, Akiyoshi T et al** (1990). Clinical and microangiographic studies on rupture of the E.P.L. tendon after distal radial fractures. *J Hand Surg Br.* 1990;15:51-7.
4. **Bjorkman A, Jorgsholm P** (2004). Rupture of the extensor pollicis longus tendon: a study of aetiological factors. *Scand J Plast Reconstr.* 2004;38:32-5.
5. **Choi JC, Kim WS, Na HY, et al** (2011). Spontaneous rupture of the extensor pollicis longus tendon in a tailor. *Clin Orthop Surg.* 2011;3:167-9.

6. **Straub LR, Wilson Jr EH** (1956). Spontaneous rupture of extensor tendons in the hand associated with rheumatoid arthritis. *J Bone Joint Surg Am.* 1956;38-A:1208-17. Passim.
7. **Ferreres A, Llusa M, Garcia-Elias M, et al** (2008). A possible mechanism of direct injury to the EPL tendon at Lister's tubercle during falls with the wrist fully extended. *J Hand Surg Eur Vol.* 2008;33:149-51.
8. **Roth KM, Blazar PE, Earp BE, et al** (2012). Incidence of extensor pollicis longus tendon rupture after nondisplaced distal radius fractures. *J Hand Surg-Am.* 2012;37:942-7.
9. **Avcı S, Yılmaz C, Saylı U** (2002). Comparison of nonsurgical treatment measures for de Quervain's disease of pregnancy and lactation. *J Hand Surg Am.* 2002;27:322-4.
10. **Cauldwell EW, Anson BJ, Wright RR** (1943). The extensor indicis proprius muscle. A study of 263 consecutive specimens. *Q Bull Northwest Univ Med Sch.* 1943;17:267-79.
11. **el-Badawi MG, Butt MM, al-Zuhair AG, et al** (1995). Extensor tendons of the fingers: arrangement and variations-II. *Clin Anat.* 1995;8:391-8.

CHẨN ĐOÁN CÁC TRƯỜNG HỢP SÓT RAU ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

NGUYỄN DUY HƯNG¹, LÊ THỊ MINH², LÊ THỊ THANH VÂN¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân được chẩn đoán sốt rau tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2020.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Kết quả: Sốt rau thường gặp ở những trường hợp thai dưới 12 tuần (75,3%). Trong đó tỉ lệ cao nhất là những trường hợp sau hút 50,7% vẫn có 7,3% sau mổ đẻ. Thời gian từ khi thai ra đến khi vào viện trung bình 45,4+51,9 ngày trong đó thấp nhất là 2 ngày và cao nhất là 240 ngày. Triệu chứng lâm sàng rong huyết chiếm tỉ lệ cao nhất 68,7%, số không có triệu chứng chiếm tới 14%. Tỉ lệ bệnh nhân có lượng β hCG dương tính chiếm 80%. 98,7% bệnh nhân siêu âm có hình ảnh khối bất thường trong buồng tử cung. Hình ảnh khối giữa buồng tử cung và có mạch trong

khối chiếm đa số tỷ lệ lần lượt là 81,8% và 80,4%. 11,5% trường hợp có hình ảnh khối lệch góc.

Kết luận: Hai triệu chứng chính để chẩn đoán sốt rau là rong huyết và siêu âm có khối trong buồng tử cung. Cần phải lưu ý đến nhóm bệnh nhân không triệu chứng lâm sàng chiếm 14%. Tỷ lệ sốt rau sau mổ lấy thai là 7,3% còn cao so với tỷ lệ chung trên thế giới.

Từ khóa: Sốt rau, β hCG, phá thai, sốt tử chửa thai.

SUMMARY

Objectives: To describe clinical and subclinical characteristics of patients diagnosed with retained placenta at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2020.

Methods: A cross-sectional, prospective study. **Results:** Gestational age under 12 weeks accounted for 75.3%. The highest percentage is the cases after suction aspiration 50.7% and 7.3% after caesarean section. The average time from termination of pregnancy to hospital admission was 45.4 + 51.9 days, the lowest was

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Duy Hưng
Email: nguyenduyhung2802@gmail.com
Ngày nhận: 17/8/2021
Ngày phản biện: 28/9/2021
Ngày duyệt bài: 13/10/2021

2 days and the highest was 240 days. Symptoms of bleeding accounted for the highest rate 68.7%, the number of asymptomatic accounted for 14%. The percentage of patients with β hCG level > 5 U/ml was 80%. Most of the patients with ultrasound showed an intrauterine mass (98.7%). The images of mid-uterine mass and vascularity in the mass was 81.8% and 80.4%. 11.5% of cases had mass in the corner of the uterus in ultrasound.

Conclusion: Two main symptoms to diagnose placental retained are bleeding and ultrasound with a mass in the uterus. It should be noted that the group of patients without clinical symptoms was 14%. The rate of retained placenta after cesarean section is 7.3%, still high compared to the general rate in the world.

Keywords: Retained placenta, β hCG, abortion, retained product of conception.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt rau là tình trạng còn sót lại mô rau hoặc tổ chức thai trong buồng tử cung sau sảy thai, đình chỉ thai, đẻ thường hay mổ đẻ. Sốt rau có thể dẫn đến những biến chứng gần như băng huyết, rong huyết, nhiễm trùng hay biến chứng xa như dính buồng tử cung, vô sinh [1]. Theo một số nghiên cứu trên thế giới việc chẩn đoán sót rau gặp nhiều khó khăn do tỷ lệ bệnh nhân không triệu chứng lâm sàng chiếm tới 30% các trường hợp [2]. Các phương pháp điều trị sót rau chủ yếu là dùng các thủ thuật như hút hoặc nạo lại buồng tử cung, các can thiệp này cũng có thể gây ra các tai biến cho bệnh nhân như tai biến về gây mê gây tê, tổn thương tử cung, tổn thương các tạng xung quanh (ruột, bàng quang...) nhiễm trùng, gây dính buồng tử cung và vô sinh... đều gây ảnh hưởng xấu lâu dài đến lần mang thai sau.

Trong những năm gần đây trên thế giới có nhiều nghiên cứu về sót rau nhằm tăng tính chính xác trong chẩn đoán, tuy nhiên tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này và bản thân các bác sỹ lâm sàng cũng có tâm lý coi nhẹ vấn đề chẩn đoán sót rau. Vì vậy nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị sót rau chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân sót rau.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân được chẩn đoán sót rau điều trị tại Khoa sản nhiễm khuẩn - Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng: Những bệnh nhân được chẩn đoán sót rau được điều trị tại Khoa sản nhiễm khuẩn - Bệnh viện Phụ sản

Trung ương. Có kết quả giải phẫu bệnh là sót rau. Có đầy đủ thông tin nghiên cứu trong hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp được chẩn đoán sót rau nhưng chỉ điều trị nội khoa hoặc kết quả giải phẫu bệnh không phải là sót rau.

2. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 150 bệnh nhân.

3. Thu thập và xử lý số liệu

Thu thập số liệu dựa theo bệnh án nghiên cứu. Số liệu được đưa vào máy tính, sử dụng chương trình SPSS 16.0. Các thuật toán được sử dụng tính tỷ lệ %, kiểm định so sánh để xác định mức độ khác nhau có ý nghĩa thống kê khi so sánh 2 tỷ lệ bằng test χ^2 hoặc test Fisher.

4. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài sẽ được thông qua Hội đồng Y đức Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Phụ sản Trung ương trước khi tiến hành nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả tiến cứu trên những người bệnh sót rau được điều trị tại khoa theo phác đồ của bệnh viện. Tất cả các thông tin đều được mã hóa và giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm của lần có thai gần nhất

Đặc điểm của lần có thai gần nhất	n	%
Tuổi thai (tuần)		
≤ 12	113	75,3
>12 → 22	8	5,4
> 22 → 37	6	4,0
> 37	23	15,3
Nơi thực hiện thủ thuật		
Bệnh viện	58	45,3
Phòng khám tư	61	47,6
Trạm y tế	9	7,1
Phương pháp kết thúc thai nghén		
Phá thai bằng thuốc	34	22,7
Hút thai	76	50,7
Sảy thai	11	7,3
Đình chỉ thai nghén	2	1,3
Đẻ thường	16	10,7
Mổ đẻ	11	7,3
Thời gian từ khi kết thúc thai kỳ đến khi vào viện (ngày)	45,4 ± 51,9	
	Thấp nhất: 2	
	Cao nhất: 240	

Tuổi thai dưới 12 tuần chiếm tới 75,3%. Nơi thực hiện thủ thuật bệnh viện 45,3% phòng khám tư 47,6%. Về cách đình chỉ thai nghén chiếm tỉ lệ cao nhất là những trường hợp sau hút 50,7% vẫn có 7,3% sau mổ đẻ. Thời gian từ khi chấm dứt thai kỳ đến khi vào viện trung bình 45,4 + 51,9 ngày trong đó thấp nhất là 2 ngày và cao nhất là 240 ngày.

Triệu chứng cơ năng rong huyết chiếm tỉ lệ cao nhất 68,7%, số không có triệu chứng lâm sàng chiếm tới 14%, mất kinh 8,10%, băng huyết chiếm 11,40%, đau bụng chiếm 5,4%, sốt chiếm 0,70%.

Bảng 2. Kết quả xét nghiệm máu

Chỉ số	n	%
Hb (g/l)		
< 80	1	0,7
80 - 110	8	5,3
> 110	141	94,0
BC (G/l)		
<10000	126	86,3
>10000	20	13,7
CRP (mg/l)		
< 6	133	90,5
>6	17	9,5
βhCG (Ui/l)		
< 5	30	20
> 5	120	80

Đa số bệnh nhân không có biểu hiện thiếu máu và nhiễm trùng. Tỷ lệ bệnh nhân có lượng βhCG > 5 chiếm đa số 80%.

Bảng 3. Hình ảnh bất thường trên siêu âm

Hình ảnh siêu âm	n	%	
Niêm mạc tử cung dày > 10 mm	70	6,7	
Khối trong buồng tử cung (n=148)	Giữa buồng tử cung	131	88,5
	Lệch góc	17	11,5
Mạch trong khối	119	80,4	

Đa số bệnh nhân siêu âm có khối trong buồng tử cung chiếm 98,7%. Hình ảnh khối giữa buồng tử cung và có mạch trong khối chiếm đa số lần lượt là 81,8% và 80,4%. 11,5% trường hợp có hình ảnh khối lệch góc.

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy sót rau có thể gặp sau bất kỳ thời tuổi thai nào sau kết thúc thai kỳ nhưng chủ yếu xảy ra ở tuổi thai dưới 12 tuần (75,3%) điều này cũng phù hợp vì tỷ lệ phá thai đang còn rất cao tại Việt Nam hiện đang đứng thứ 1 ở Đông Nam Á và thứ 5 trên thế giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ sót rau sau hút thai ở bệnh viện và phòng khám tư tương đồng nhau 45,3 và 47,6%. Mặc dù tại bệnh viện là nơi có quy trình chuyên môn kỹ thuật, trang thiết bị thường cao hơn các phòng khám tư tuy nhiên tỷ lệ sót rau sau hút tại 2 nơi là như nhau. Nguyên nhân có thể do những trường hợp hút tại bệnh viện là những trường hợp khó hơn nhưng cũng có thể do ngay tại các bệnh viện chúng ta vẫn chưa tuân thủ đầy đủ quy trình sau hút và hẹn khám. Về cách đình chỉ thai nghén chiếm tỉ lệ cao nhất là những trường hợp sau hút 50,7% tuy nhiên vẫn có 7,3% sót rau sau mổ đẻ dù tỉ lệ sót rau sau mổ lấy thai là rất thấp (<1%). Đây là điểm đáng lưu ý vì trong qui trình mổ lấy

thai đều có kiểm soát tử cung tuy nhiên vẫn còn sót rau có thể thấy đây thuộc vấn đề chuyên môn kỹ thuật cần phải được lưu ý và điều chỉnh lại tại các bệnh viện.

Về triệu chứng lâm sàng thì đa số các trường hợp có biểu hiện rong huyết, tuy nhiên số không có triệu chứng chiếm tới 14% điều này gây nhiều khó khăn cho việc chẩn đoán bệnh. Mặc dù, hầu hết các trường hợp bệnh nhân có biểu hiện rong huyết hoặc băng huyết tuy nhiên 94% bệnh nhân không có biểu hiện thiếu máu có thể do đa phần các trường hợp rong huyết tuy kéo dài nhưng số lượng ít, nhiều trường hợp mỗi ngày chỉ ra một ít máu không gây ảnh hưởng nhiều đến toàn trạng bệnh nhân.

Thời gian từ khi chấm dứt thai kỳ đến khi vào viện trung bình $45,4 \pm 51,9$ cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Maslovitz (14,75 ngày) một số nguyên nhân do bệnh nhân không quay lại khám theo hẹn, do tâm lý dẫu đi khám đi khám của bệnh nhân hoặc do quá trình tư vấn sau hút và hẹn khám của nhân viên y tế chưa tốt hoặc... bên cạnh đó cũng vì triệu chứng không rõ ràng vì nhiều trường hợp không có triệu chứng (14%)^[1].

Về hình ảnh trên siêu âm: Đa số các trường hợp đều có khối trong buồng tử cung chiếm 98,7%, tỷ lệ có mạch trong khối chiếm 80,4% kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Esmaellou với tỷ lệ lần lượt là 93,9% và 87,9% hay Abbasi (93% và 78%). Như vậy đây là 2 hình ảnh quan trọng trong siêu âm góp phần cho chẩn đoán sót rau. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận có 17 trường hợp (11,5%) có hình ảnh khối lệch góc, đây là những trường hợp gây khó khăn trong chẩn đoán cũng như điều trị do khối rau sót nằm ở vị trí khó can thiệp cũng như khó quan sát để bỏ sót trên siêu âm^[2,3].

Bên cạnh hình ảnh siêu âm thì xét nghiệm βhCG cũng có giá trị khi có tới 80% các trường hợp có lượng βhCG > 5 ui/ml. Tuy nhiên, trong chẩn đoán cũng cần thận trọng vì 20% các trường hợp βhCG âm tính nhưng vẫn là sót rau.

Về biểu hiện nhiễm trùng hầu hết bệnh nhân không có biểu hiện sốt (99,3%). Tỷ lệ bệnh nhân có lượng bạch cầu > 10000 G/l chỉ chiếm 13,7% và tỷ lệ CRP >6 chỉ chiếm 9,5%. Như vậy, biểu hiện nhiễm trùng không phải là triệu chứng có giá trị để chẩn đoán sót rau.

KẾT LUẬN

Sau nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 150 bệnh nhân sót rau chúng tôi nhận thấy hai triệu chứng chính để chẩn đoán sót rau là rong huyết và siêu âm có khối trong buồng tử cung. Cần phải lưu ý đến nhóm bệnh nhân không triệu chứng lâm sàng chiếm 14%. Tỷ lệ sót

rau sau mổ lấy thai là 7,3% còn cao so với tỷ lệ chung trên thế giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ sản (2014). Bài giảng sản phụ khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. **P. Brook (last), M. Curley, B. Sutton.** Evidence-Based Reporting of Suspected Retained Products of Conception Following Miscarriage or Termination of Pregnancy.

3. **Maslovitz S., Almog B., Mimouni G.S. và cộng sự** (2004). Accuracy of Diagnosis of Retained

Products of Conception After Dilation and Evacuation. *J Ultrasound Med*, 23(6), 749-756.

4. **Esmaeillou H., Jamal A., Eslamian L. và cộng sự.** (2015). Accurate Detection of Retained Products of Conception after First- and Second-trimester Abortion by Color Doppler Sonography. *J Med Ultrasound*, 23(1), 34-38.

5. **Abbasi S., Jamal A., Eslamian L. và cộng sự.** (2008). Role of clinical and ultrasound findings in the diagnosis of retained products of conception. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 32(5), 704-707.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN TÍNH CÓ LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN E

NGUYỄN HỒNG VĨ, LÊ THU HÀ, VŨ THÚY MÙI,
NGUYỄN VĂN HƯNG, NGUYỄN TRUNG NGHĨA, PHẠM HOÀNG CHUNG,
NGUYỄN BẢO NGỌC, NGUYỄN THỊ THANH HƯƠNG
Bệnh viện E

TÓM TẮT

Với mục tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện E năm 2019. Nghiên cứu được tiến hành với phương pháp mô tả thiết kế cắt ngang 152 bệnh nhân suy thận có lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện E. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân bị thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) chiếm tỷ lệ khá cao (30,2%). Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ Albumin huyết thanh thấp (< 35g/l) chiếm 11,8%. Bệnh nhân bị thiếu máu chiếm tỷ lệ rất cao (75,0%). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp SGA có tới 62,5% bệnh nhân bị SDD nhẹ, 5,3% bệnh nhân bị SDD nặng.

Từ khoá: Tình trạng dinh dưỡng, suy thận mạn tính, lọc máu chu kỳ, Bệnh viện E.

SUMMARY

NUTRITION STATUS OF CHRONIC RENAL FAILURE PATIENT WITH DIALYSIS CYCLE AT E HOSPITAL

With the objective of evaluating the nutritional status of patients on chronic renal failure with dialysis cycle at E Hospital in 2019. The study

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Hưng
Email: nguyenvinhhunghospe@gmail.com
Ngày nhận: 07/8/2021
Ngày phản biện: 21/9/2021
Ngày duyệt bài: 04/10/2021

was conducted with a methodology describing a cross-sectional design of 152 patients on chronic renal failure with dialysis cycle at E Hospital. The results showed that the rate of patients with chronic energy deficiency (BMI <18.5) accounted for a high rate (30.2%). The rate of patients with low serum albumin concentration (< 35g/l) accounted for 11.8%. Patients with anemia accounted for a very high rate (75.0%). Assessing nutritional status by SGA method, up to 62.5% of patients were mild malnutrition and 5.3% of patients with severe malnutrition.

Keywords: Nutritional status, chronic renal failure, dialysis cycle, E Hospital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính và bệnh thận giai đoạn cuối là vấn đề sức khỏe có tính toàn cầu. Bệnh có xu hướng ngày càng tăng nhanh và đòi hỏi chi phí điều trị rất lớn^[2].

Ở bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ (LMCK), thường gặp những biểu hiện như: tụt huyết áp, đau đầu, buồn nôn, loạn nhịp tim... và các biến chứng lâu dài như: tăng huyết áp không kiểm soát được, biến chứng tim mạch (suy tim, thiếu máu cơ tim...), hô hấp (phù phổi, tràn dịch màng phổi), suy dinh dưỡng, thiếu máu, loãng xương. Trong đó, biến chứng suy dinh dưỡng là phổ biến hơn cả^[2].

Ở Việt Nam, có khoảng 72.000 bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối cần điều trị bằng lọc máu. Hiện tại, chỉ mới 7% bệnh nhân (xấp xỉ