

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chung, F.-T.; Lin, S.-M.** Impact of Extravascular Lung Water Index on Outcomes of Severe Sepsis Patients in a Medical Intensive Care Unit. *Respir. Med.* 2008, 102 (7), 956–961.
2. **Abraham, E.; Shoemaker, W. C.; Cheng, P. H.** Cardiorespiratory Responses to Fluid Administration in Peritonitis. *Crit. Care Med.* 1984, 12 (8), 664–668.
3. **Nguyễn Hữu Quân.** Nghiên cứu hiệu quả huyết động với sự hỗ trợ của phương pháp PICCO trong xử trí sốc nhiễm khuẩn. Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội, 2016.
4. **Martin, G. S.; Eaton, S.; Mealer, M.; Moss, M.** Extravascular Lung Water in Patients with Severe Sepsis: A Prospective Cohort Study. *Crit. Care Lond. Engl.* 2005, 9 (2), R74–82.
5. **The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)** - PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26903338/> (accessed 2021-06-06).
6. **Rhodes, A.; Evans, L. E.; Alhazzani.** Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Crit. Care Med.* 2017, 45 (3), 486–552.
7. **Lu, Y.; Zhang, H.; Teng, F.** Early Goal-Directed Therapy in Severe Sepsis and Septic Shock: A Meta-Analysis and Trial Sequential Analysis of Randomized Controlled Trials. *J. Intensive Care Med.* 2018, 33 (5), 296–309.

HÌNH THÁI LÂM SÀNG VÀ XỬ TRÍ SẢN PHỤ NHIỄM VI RÚT VIÊM GAN B TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Lâm Quang Tùng¹, Nguyễn Quảng Bắc²

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Mô tả các hình thái lâm sàng và xử trí sản phụ nhiễm VRVGB tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Sản phụ có triệu chứng mệt mỏi và phù chiếm tỷ lệ 18,3% và 19,4%. Sản phụ nhiễm VRVGB có HbeAg dương tính 28,5%, sản phụ có Log10 HBV DNA cao trên 6 chiếm 22,4%. Sản phụ đẻ thường chiếm tỷ lệ cao nhất (55%), mổ lấy thai chiếm 44%. Sản phụ có chỉ định mổ lấy thai do yếu tố chuyển dạ (58,6%), nguyên nhân do viêm gan B chiếm 6,1%. **Kết luận:** Sản phụ VGVRB có triệu chứng mệt mỏi. Sản phụ đẻ thường chiếm tỷ lệ 55%, mổ lấy thai chiếm 44%, chỉ định mổ lấy thai do viêm gan chiếm 6,1%.

Từ khóa: Vi rút viêm gan B, mổ lấy thai, HbeAg.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN INFECTED WITH THE HEPATITIS B VIRUS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objectives: To describe the clinical characteristics and management of pregnant women who were infected with hepatitis B virus at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Methods:** This is a retrospective descriptive study on 263 pregnant women infected with hepatitis B virus. **Results:** Pregnant women with symptoms of fatigue

and edema accounted for 18.3% and 19.4%, respectively. Pregnant women infected with hepatitis B virus were positive for HBeAg 28.5%, and pregnant women with Log10 HBV DNA higher than 6 accounted for 22.4%. Vaginal delivery accounted for the highest percent (55%), cesarean section accounted for 44%. Women with indications for cesarean section due to labor factors was 58.6%, the cause of hepatitis B accounted for 6.1%. **Conclusion:** Pregnant women with hepatitis B virus have symptoms of fatigue. Vaginal delivery was 55%, cesarean section was 44%, cesarean section due to hepatitis accounts for 6.1%.

Keywords: Hepatitis B virus, cesarean section, HBeAg.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan Virus B là bệnh truyền nhiễm phổ biến trên thế giới. Theo điều tra năm 1996, tại Hà Nội có khoảng 12,9% số phụ nữ có thai bị nhiễm HBV¹. Tại Bệnh viện phụ sản Trung ương, hàng năm có nhiều sản phụ bị nhiễm HBV vào viện đẻ, trong đó có một số trường hợp ở giai đoạn bệnh tiến triển thành viêm gan tối cấp, diễn biến phức tạp, có thể sinh con non dưới 34 tuần, chuyển dạ sớm có biến chứng, xuất huyết trước sinh, đái tháo đường thai kỳ, trẻ sinh ra bị suy hô hấp... Tử vong mẹ cao do chảy máu ồ ạt trong và sau đẻ và hôn mê gan². Để hạn chế mức thấp nhất những tai biến do HBV gây ra, đặc biệt với các sản phụ VGVRB cấp trong chuyển dạ đẻ, đòi hỏi phải có sự phối hợp chặt chẽ giữa các thầy thuốc sản khoa, thầy thuốc truyền nhiễm nhằm phát hiện sớm, nắm được các yếu tố tiên lượng, có thái độ xử trí đúng đắn và kịp thời để đạt được kết quả tốt nhất cho cả mẹ và con.

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacbvpsstw@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2023

Ngày duyệt bài: 7.2.2023

Nhằm mục đích nâng cao hiệu quả quản lý thai nghén và giảm tỷ lệ biến chứng khi chuyển dạ và tỷ lệ lây truyền mẹ con, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Hình thái lâm sàng và xử trí sản phụ nhiễm VRVGB tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Toàn bộ các sản phụ viêm gan Virus B có xét nghiệm HBsAg (+) đến khám và chuyển dạ tại BVPSTW trong thời gian từ tháng 01/2020 đến hết tháng 12/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Sản phụ đến khám tại BVPSTW được chẩn đoán viêm gan Virus B có xét nghiệm HBsAg (+)
- Tuổi thai từ 38 tuần trở lên
- Lấy 01 thai sống được chẩn đoán viêm gan B và theo dõi đẻ tại Bệnh viện phụ sản Trung ương

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Sản phụ có xét nghiệm HBsAg (-)
- Viêm gan do Virus khác: Virus viêm gan A, C, D, E, herpes Virus, CMV-Virus, Leptospira.
- Vàng da và tăng men gan do các nguyên nhân khác không phải do viêm gan B.
 - Hội chứng HELLP trong tiền sản giật nặng: Vàng da, tăng enzym gan nhưng HbsAg (-) và LDH tăng cao.
 - Ứ mật trong gan thai kỳ.
 - Viêm gan do thuốc.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu. Chọn mẫu không xác suất, phương pháp chọn mẫu: Chọn tất cả sản phụ bị viêm gan B trong thời gian từ tháng 01/2020 đến hết tháng 12/2021 được 263 sản phụ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ %
Có triệu chứng	Mệt mỏi	48	18.3
	Chán ăn	10	3,8
	Buồn nôn, nôn	16	6.1
	Đau hạ sườn phải	6	2.3
Không có triệu chứng		215	81,7

Nhận xét: Sản phụ nghiên cứu có triệu chứng mệt mỏi 18,3%, phần lớn sản phụ không có triệu chứng (81,7%).

Bảng 2. Triệu chứng thực thể

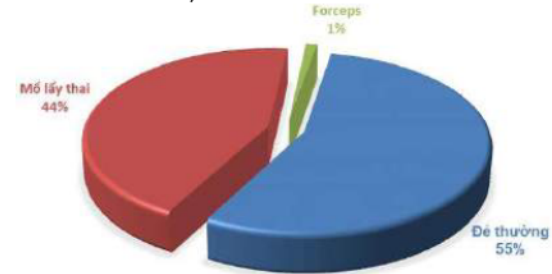
Triệu chứng	Có		Không	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Xuất huyết	0	0	263	100
Phù	51	19,4	212	80,6
Cổ trướng	0	0	263	100
Gan bình thường	263	100	0	100
Gan teo	0	0	263	100
Gan to	0	0	263	100
Lách to	0	0	263	100

Nhận xét: Sản phụ nhiễm VRVGB không có triệu chứng thực thể: không xuất huyết, không cổ trướng, gan không to, lách không to (100%). Trong đó sản phụ có triệu chứng phù 19,4%.

Bảng 3. Đặc điểm xét nghiệm miễn dịch

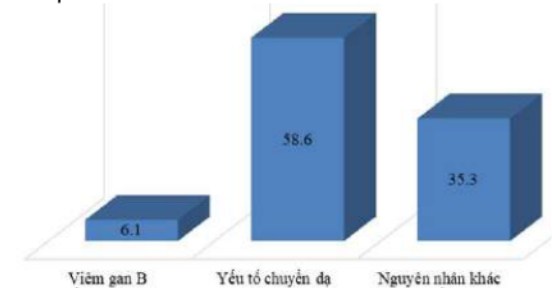
Chỉ số	Số lượng	Tỷ lệ
HBeAg	Âm tính	188 71,5
	Dương tính	75 28,5
Log10 HBV DNA	<6	204 77,6
	≥6	59 22,4

Nhận xét: Sản phụ nhiễm VRVGB có 28,5% HbeAg dương tính. Còn lại là các sản phụ có HBeAg âm tính 71,5%. Số sản phụ có Log10 HBV DNA cao trên 6 chiếm 22,4%, sau đó là số tăng dưới 6 chiếm 77,6%.



Biểu đồ 1. Phương pháp đẻ của các sản phụ

Nhận xét: Sản phụ đẻ thường chiếm tỷ lệ cao nhất (55%), mổ lấy thai chiếm 44%, đẻ forceps 1%.



Biểu đồ 2. Phân tích chỉ định mổ lấy thai

Nhận xét: Sản phụ có chỉ định mổ lấy thai do yếu tố chuyển dạ (58,6%), nguyên nhân do viêm gan B chiếm 6,1%.

IV. BÀN LUẬN

Thông thường các triệu chứng sốt, mệt mỏi, vàng da, vàng mắt, chán ăn, gan to phù đều gặp hầu hết bệnh nhân viêm gan cấp, tuy nhiên kết quả của chúng tôi cho thấy, không có triệu chứng lâm sàng rõ rệt, chỉ có 18,3% triệu chứng mệt mỏi và 19,4% triệu chứng phù. Còn lại các triệu chứng khác chiếm tỷ lệ thấp hơn: Buồn nôn và nôn (6,1%), vàng da (2,7%), đau hạ sườn phải (2,3%), chán ăn (3,8%). Theo bảng 2, đặc điểm triệu chứng thực thể của phụ nữ mang thai nhiễm HBsAg(+) không có gì khác biệt với phụ nữ mang thai không nhiễm VRVGB. Nghiên cứu của Trần Trung Anh và cộng sự (2018) trên trên 38 sản phụ mang thai 3 tháng cuối có HBsAg (+), quản lý thai nghén và sinh con tại Khoa Sản, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 4/2017-10/2017 cũng nhận thấy các triệu chứng như mệt mỏi 5,3%, triệu chứng chán ăn 7,9%, triệu chứng đau khớp 5,3%, có sốt 2,6%. Các triệu chứng này có thể cũng xuất hiện khi có thai, do vậy các sản phụ thường không biết bản thân mình mắc bệnh nên không đi khám phát hiện³. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Dư Dậu (2006) trên 133 sản phụ bị VGVR B tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, cho thấy triệu chứng lâm sàng mệt mỏi (54,9%), chán ăn (46,6%), vàng da (81,2%)⁴. Kết quả đây cho thấy 133 sản phụ chuyển dạ bị VGVR đều ở 3 tháng cuối, tuổi thai nhỏ nhất là 26 tuần chiếm 2,3%, triệu chứng cận lâm sàng khá rõ rệt. Tác giả Nguyễn Văn Hiền (2011) nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, xử trí trong chuyển dạ ở sản phụ VGB tại BVPSTƯ (2006-2010) cũng có triệu chứng lâm sàng bao gồm: chán ăn và mệt mỏi chiếm tỷ lệ 52,6% và 48,1%⁵, tỷ lệ này là thấp hơn khi so sánh với kết quả của tác giả Nguyễn Dư Dậu. Ngoài ra các triệu chứng của các đối tượng nhiễm VRVGB mạn tính với xét nghiệm HBeAg (+) không rõ rệt. Điều này dễ gây chủ quan cho các sản phụ khi không có triệu chứng lâm sàng rõ ràng dễ dẫn đến mất cảnh giác, phòng ngừa cũng như tiêm phòng vaccin điều trị VGVRB.

Theo biểu đồ 1, Phần lớn các sản phụ đẻ đường dưới (56%) trong đó đẻ thường 55%, forceps 1%, mổ lấy thai chiếm 44%. Trong số các trường hợp mổ lấy thai chúng tôi thấy 58,3% là do bất thường các yếu tố chuyển dạ, 6,1% là do các nguyên nhân liên quan đến VGVR B, còn lại 35,6% là do các nguyên nhân khác. Tỷ lệ mổ lấy thai của chúng tôi là 44% cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Dư Dậu (là 30,8%) và Vũ Thị Thanh Huyền^{4,6}.

Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác đều cho rằng phương châm cố gắng cho đẻ đường dưới ở các sản phụ bị nhiễm VRVGB là tối ưu nhất. Như vậy hướng xử trí sản khoa những năm gần đây có lẽ phù hợp với tác giả Ngô Kim Phụng và các tác giả nước ngoài cho rằng: có thể lây truyền HBV từ mẹ sang con xảy ra quanh thời điểm sinh do cơ co tử cung giúp HBV dễ dàng qua những vết rách ở gai nhau đi vào tuần hoàn của thai. Chuyển dạ càng dài lây nhiễm càng cao. Mổ lấy thai là phương pháp rút ngắn chuyển dạ có thể hạn chế nhiễm HBV nếu mổ lấy thai chủ động. Tuy nhiên, mổ lấy thai có nhiều tai biến và biến chứng và có thể phòng ngừa HBV từ mẹ sang con không được khuyến cáo⁷.

Nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Huyền (1996 – 2000) thì hướng xử trí của các nhà sản khoa là phù hợp với đa số tác giả trong nước ở những năm trước đây⁶. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, 5 trường hợp sản phụ bị VGVR nặng có suy thai trong nghiên cứu của chúng tôi đều đã được phẫu thuật để cứu con mặc dù sau phẫu thuật sản phụ vẫn bị chảy máu do rối loạn đông máu. Chúng tôi thấy rằng trong trường hợp sản phụ bị VGVR B nặng có rối loạn đông máu dù để đẻ thường dưới hay phẫu thuật thì biến chứng chảy máu là khó tránh khỏi nếu như chúng ta không điều chỉnh được rối loạn đông máu, vì vậy việc phẫu thuật ở các sản phụ nhiễm VGVR B nặng có suy thai chỉ ít cũng cứu sống được con – nhất là những năm gần đây do tiến bộ của ngành hồi sức, giúp khả năng nuôi sống sơ sinh suy thai hay ở sản phụ đều kết quả tốt.

V. KẾT LUẬN

Sản phụ VGVRB có triệu chứng mệt mỏi. Sản phụ đẻ thường chiếm tỷ lệ cao nhất (55%), mổ lấy thai chiếm 44%, đẻ forep 1%. Chỉ định mổ lấy thai do yếu tố chuyển dạ 58,6%, chỉ định mổ lấy thai do viêm gan chiếm 6,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Vân VTT.** Nghiên cứu tình trạng nhiễm virus viêm gan B (HBV) của phụ nữ có thai tại Hà Nội và khả năng lây truyền HBV từ mẹ và con. Luận án phó tiến sĩ khoa học y dược, Dự ứng và miễn dịch học, Học Viện Quân Y, Viện Y học lâm sàng các bệnh nhiệt đới. 1996.
- Hàn Y-T, Sun C, Liu C-X, et al.** Clinical features and outcome of acute hepatitis B in pregnancy. BMC infectious diseases. 2014;14(1):1-7.
- Anh TT.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tải lượng virus viêm gan B ở phụ nữ mang thai có HBsAg (+) tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2018;Tập 1(Số 4).
- Dậu ND.** Nhận xét thai phụ bị viêm gan virus

- chuyển dạ đẻ tại bệnh viện phụ sản Trung ương trong 10 năm (1996 -2005). Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Huế. 2006;
5. **Hiền NV.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và phương pháp xử trí trong chuyển dạ ở sản phụ viêm gan B tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm (2006 – 2010). Đại học Y Hà Nội. 2011;Luận văn thạc sĩ y học.
6. **Huyền VTT.** Bước đầu nhận xét tình hình viêm gan siêu vi trùng ở phụ nữ có thai tại BV PSTU trong 5 năm 1996- 2000. Luận văn thạc sĩ, trường Đại học Y Hà Nội. 2000;Luận văn thạc sĩ.
7. **Ngô Thị Kim Phụng DMN.** Lây truyền viêm gan siêu vi B từ mẹ sang con tại Bệnh viện đa khoa khu vực Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2010;14((1)):tr. 329-332.

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ CỦA THUỐC CHỐNG VIÊM BROMFENAC TRONG DỰ PHÒNG PHÙ HOÀNG ĐIỂM DẠNG NANG SAU PHẪU THUẬT PHACO THỂ THỦY TINH (PCME)

Vũ Văn Trường¹, Hoàng Trần Thanh¹, Đỗ Văn Hải^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu vai trò của thuốc chống viêm Bronuck (Bromfenac) trong dự phòng phù hoàng điểm dạng nang sau phẫu thuật phaco tại bệnh viện Mắt Hà Đông. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 184 mắt sau phẫu thuật phaco thay thể thủy tinh sau đó đánh giá vai trò dự phòng của thuốc chống viêm Bronuck 0.1%(Bromfenac0.1%) bằng theo dõi các chỉ số CST, CV, CAT trên Máy chụp cắt lớp quang học Cirrus HD – OCT 5000 qua các thời điểm trước phẫu thuật, 1 tuần, 5 tuần, 9 tuần sau phẫu thuật từ tháng 10/2021 đến hết tháng 8/2022 tại Bệnh viện Mắt Hà Đông. **Kết quả:** Khả năng dự phòng phù hoàng điểm dạng nang Bronuck (Bromfenac 0.1%) khi phối hợp với Dexamethasone tại chỗ là tốt hơn khi so với Dexamethasone đơn trị liệu tại chỗ với tỉ lệ bị bệnh là 0% ở nhóm Bromfenac + Dexamethasone và 2.2% ở nhóm Dexamethasone đơn trị liệu. Thay đổi CST ở nhóm dùng thêm Bromfenac 2.97 ± 23.48 , $1.5 \pm 10.25 \mu\text{m}$ tốt hơn so với chỉ dùng Decamethasone đơn thuần là 15.60 ± 39.77 , $13.2 \pm 40.5 \mu\text{m}$ tại thời điểm 5 tuần, 9 tuần sau phẫu thuật với $p < 0.05$. Mức độ cải thiện thị lực so các thời điểm 5 tuần và 9 tuần là tương đương với p lần lượt là 0.25 và 0.745. Bromfenac+ Dexamethasone là 0.5699 ± 0.2327 và 0.5772 ± 0.2396 LogMAR; Dexamethasone đơn thuần 0.5872 ± 0.2236 và 0.5897 ± 0.2257 LogMAR. **Kết luận:** Sử dụng OCT như là phương tiện cận lâm sàng không xâm lấn, với độ tin cậy và an toàn cao cho phép chúng ta phát hiện và chẩn đoán, theo dõi, điều trị phù hoàng điểm dạng nang(PCME).Dùng dung dịch Bromfenac kết hợp Dexamethasone có tác dụng dự phòng phù hoàng điểm dạng nang tốt hơn so với Dexamethasone đơn trị liệu

Từ khóa: Bromfenac 0.1%, Phù hoàng điểm dạng nang (PCME), chụp OCT.

SUMMARY

STUDYING THE ROLE OF THE ANTI-INFLAMMATORY DRUG BROMFENAC FOR PREVENTING PSEUDOPHAKIC CYSTOID MACULAR EDEMA

Objective: Studying the role of the anti-inflammatory drug bromfenac for preventing pseudophakic cystoid macular edema. **Method :** Prospective descriptive study on 184 eyes after phacoemulsification, then, evaluate the role of the anti-inflammatory drug Bronuck 0.1% (bromfenac 0.1%) by monitoring CST, CV, CAT indicators on Optical Tomography Machine Cirrus HD –OCT 5000 through the time points before surgery, 1 week, 5 weeks, 9 weeks after surgery from October 2021 to the end of August 2022 at Ha Dong Eye Hospital. **Results :** Bronuck's ability to prevent cystic macular edema (Bromfenac 0.1%) in combination with topical dexamethasone was better than with dexamethasone as local monotherapy with morbidity rates of 0% in the Bromfenac + Dexamethasone group and 2.2% in the dexamethasone monotherapy group. Change in CST in the group adding Bromfenac 2.97 ± 23.48 , $1.5 \pm 10.25 \mu\text{m}$ was better than with Decamethasone alone, 15.60 ± 39.77 , $13.2 \pm 40.5 \mu\text{m}$ at 5 weeks, 9 weeks after surgery with $p < 0.05$. The degree of visual acuity improvement compared with the 5 weeks and 9 weeks is equivalent to p of 0.25 and 0.745, respectively. Bromfenac+ Dexamethasone is 0.5699 ± 0.2327 and 0.5772 ± 0.2396 LogMAR; Dexamethasone alone 0.5872 ± 0.2236 and 0.5897 ± 0.2257 LogMAR. **Conclusion:** Using OCT as a non-invasive, reliable and safe subclinical means allows us to detect, diagnose, monitor, and treat cystic macular edema (PCME). Using Bromfenac solution combined with Dexamethasone has a better effect on prevention of cystic macular edema than Dexamethasone monotherapy.

Keywords: Bromfenac 0.1%, Pseudophakic Cystic macular edema (PCME), OCT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phù hoàng điểm dạng nang sau phẫu thuật lấy thể thủy tinh được Irvine và Gass mô tả trên

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Hà Đông

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Trường

Email: bstruongnhanhokhoa90@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2023

Ngày duyệt bài: 3.2.2023