

Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật điều trị chữa vòi tử cung tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2022 - 2023

Evaluation of the early outcomes of surgical treatment for ectopic pregnancy in the salpinx at Thanh Nhan Hospital in 2022 - 2023 stage

Trần Thị Dung¹, Đặng Thị Minh Nguyệt²,
Dương thị Thu Hiền², Nguyễn Văn Anh²
và Đào Thị Hoa^{2*}

¹Bệnh viện Thanh Nhàn,
²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật thai ngoài tử cung ở vòi tử cung tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2022 -2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu 205 hồ sơ bệnh nhân được chẩn đoán thai ngoài tử cung ở vòi tử cung và được điều trị phẫu thuật tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Thanh Nhàn từ ngày 01 tháng 07 năm 2022 đến ngày 31 tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân của nhóm nghiên cứu là $33,4 \pm 9,5$; 46,8% ở nhóm tuổi 31-40. 10,2% bệnh nhân có tiền sử thai ngoài tử cung. 89,7% bệnh nhân có triệu chứng đau bụng; 75,6% chậm kinh và 61,5% trường hợp ra máu âm đạo bất thường. Đa số bệnh nhân có phối hợp từ 2/3 triệu chứng đau bụng-ra máu bất thường-chậm kinh và 42,4% có cả 3 triệu chứng. Vị trí khối chứa gặp nhiều nhất là ở loa (phễu) vòi tử cung (40,9%); Kích thước trung bình khối chứa là 4,1cm; đa số trường hợp ≥ 3 cm. 183/205 (89,3%) bệnh nhân điều trị bằng phẫu thuật nội soi. Trường hợp mổ mở thường do bệnh nhân đến viện trong tình trạng sốc mất máu, ổ bụng dính. 98,5% trường hợp được phẫu thuật cắt vòi tử cung. Thời gian nằm viện trung bình $5,2 \pm 1,1$ ngày, kéo dài ở nhóm mổ mở. **Kết luận:** Bệnh nhân có cả 3 triệu chứng đau-ra máu bất thường-chậm kinh chiếm tỷ lệ cao nhất. Kích thước khối chứa càng lớn, bị vỡ trước phẫu thuật và lượng máu trong ổ bụng > 1000 ml làm tăng nguy cơ phẫu thuật mổ mở và tăng thời gian điều trị.

Từ khóa: Thai ngoài tử cung, phẫu thuật nội soi, Bệnh viện Thanh Nhàn.

Summary

Objective: To evaluate the results of surgical treatment of ectopic pregnancy in the salpinx at Thanh Nhan Hospital in 2022-2023. **Subject and method:** A cross-sectional, retrospective study of 205 patients diagnosed with ectopic pregnancy in the salpinx and treated surgically at the Department of Obstetrics and Gynecology, Thanh Nhan Hospital from July 1, 2022 to December 31, 2023. **Result:** The mean age of the study group was 33.4 ± 9.5 , 46.8% were in the 31-40 age group. 10.2% had previous ectopic pregnancy. 89.7% of patients had abdominal pain; 75.6% had late period and 61.5% had abnormal uterine bleeding. Most patient had a combination of 2/3 of these symptoms, and 42.4% had the classic triad. The most common location of the gestational sac on the fallopian tube was the infundibulum (40.9%); the average size of the gestational sac was 4.1cm; most cases were ≥ 3 cm. 183/205 (89.3%) patients were treated by laparoscopic surgery. Open surgery was often due to patients coming to the hospital in a state of hemorrhagic shock and peritoneum adhesion. 98.5% of cases underwent

Ngày nhận bài: 06/11/2024, ngày chấp nhận đăng: 19/12/2024

* Tác giả liên hệ: drdaothihoapstw@gmail.com - Bệnh viện Phụ sản Trung ương

salpingectomy. The average length of hospital stay was 5.2 ± 1.1 days, longer in the open surgery group. **Conclusion:** Patients with all 3 symptoms of pain-abnormal bleeding-delayed menstruation accounted for the highest proportion. The larger the size of the gestational sac, the ruptured sac before surgery and the amount of blood in the abdomen $> 1000\text{ml}$ increased the risk of open surgery and increased the treatment time.

Keywords: Ectopic pregnancy, laparoscopic surgery, Thanh Nhan Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai ngoài tử cung (TNTC) là một cấp cứu trong sản khoa, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trong quý một thai kỳ¹. Tỷ lệ thai ngoài tử cung có xu hướng ngày càng tăng cao do đó TNTC và luôn đặt ra thách thức lớn đối với công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản không chỉ ở Việt Nam mà ở hầu hết các nước trên thế giới. Cùng với sự phát triển và ứng dụng các phương pháp thăm dò sản khoa, các trường hợp TNTC thường được chẩn đoán sớm và kịp thời góp phần giảm tỷ lệ cần can thiệp ngoại khoa^{2, 3}. Phẫu thuật nội soi với các ưu điểm như: Thời gian phẫu thuật rút ngắn, sẹo nhỏ thẩm mỹ hơn, lượng mất máu ít hơn, nhu cầu giảm đau sau mổ ít hơn và thời gian nằm viện sau mổ giảm đáng kể⁴. Bệnh viện Thanh Nhàn là bệnh viện đa khoa hạng 1 của thành phố Hà Nội, hằng năm đã thực hiện rất nhiều ca phẫu thuật nội soi TNTC tại viện và đạt nhiều kết quả tích cực. Hiện tại chưa có công trình nghiên cứu nào về vấn đề TNTC tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Chính vì vậy để góp phần vào nghiên cứu tình hình điều trị TNTC gần đây tại Bệnh viện Thanh Nhàn chúng tôi tiến hành nghiên cứu và thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân TNTC và kết quả điều trị kết quả điều trị phẫu thuật thai ngoài tử cung ở vòi tử cung tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2022 -2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Gồm 205 bệnh nhân được chẩn đoán thai ngoài tử cung, điều trị phẫu thuật tại khoa Phụ Sản bệnh viện Thanh Nhàn từ ngày 01/07/2022 đến tháng 31/12/2023 thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh sau.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Tất cả các bệnh nhân vào viện được chẩn đoán TNTC ở vòi tử cung và được điều trị phẫu thuật tại

Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Thanh Nhàn từ ngày 01 tháng 07 năm 2022 đến ngày 31 tháng 12 năm 2023.

Có hồ sơ, bệnh án lưu trữ với đầy đủ thông tin cần nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Có thai ngoài tử cung đồng thời ở vị trí khác vòi tử cung.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ ngày 01 tháng 7 năm 2022 đến ngày 31 tháng 12 năm 2023.

Địa điểm: Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Thanh Nhàn.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu không ngẫu nhiên, tất cả bệnh án bệnh nhân được chẩn đoán thai ngoài tử cung, điều trị phẫu thuật tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Thanh Nhàn từ ngày 01/07/2022 đến tháng 31/12/2023 thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu đều được đưa vào phân tích. Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \alpha P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu tối thiểu

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ là giá trị từ phân bố chuẩn, với mức thống kê bằng 5% thì có giá trị 1,96.

p là tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công, tham khảo nghiên cứu của tác giả Lê Thị Ngọc Hương (2022) là 96,6%⁵.

d là mức sai số chấp nhận được là 0,03.

Áp dụng vào ta được $n \geq 164$ BN.

Quá trình lấy mẫu chúng tôi thu thập được 205 bệnh nhân, thỏa mãn tiêu chí cỡ mẫu tối thiểu.

Biến số trong nghiên cứu

Đặc điểm chung:

Tuổi: Tính bằng năm dương lịch (năm vào viện - năm sinh). Chia thành các nhóm tuổi dưới 20 tuổi, từ 20-24 tuổi, từ 25 - 29 tuổi, từ 30 - 34 tuổi và ≥ 35 tuổi

Tiền sử sản khoa:

Số lần có thai: Chưa có thai, 1 lần, ≥ 2 lần.

Số lần sinh: Chưa sinh, 1 lần, ≥ 2 lần.

Tiền sử phá thai: 0, 1, ≥ 2 lần.

Tiền sử sảy: 0, 1, ≥ 2 lần.

Số con hiện tại: 0, 1, ≥ 2 lần.

Triệu chứng lâm sàng:

Chậm kinh là không ra máu theo ngày dự kinh dự kiến (có/không).

Đau bụng là cảm nhận của người bệnh thấy đau tức vùng hạ vị, khám đau (có/không).

Ra máu âm đạo bất thường là ra máu ngoài kỳ kinh bình thường (có/không).

Triệu chứng cận lâm sàng: Hình ảnh trên siêu âm:

Khối điển hình: Khối+tim thai (+)/khối + tim thai (-)/túi noãn hoàng/khối trống âm viên tăng âm; Khối không điển hình.

Kích thước túi thai (cm): $< 3\text{cm}$, $\geq 3\text{cm}$.

Cách thức phẫu thuật: Mở mổ/nội soi.

Lí do mổ mở: Sốc, huyết tụ, dính...

Một số yếu tố ảnh hưởng: Kích thước khối thai, tình trạng khối thai trước mổ, lượng máu trong ổ bụng.

Thời gian nằm viện; trung bình.

Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu từ bệnh án nghiên cứu được nhập, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các biến phân loại sẽ được biểu diễn dưới dạng số đếm (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Các biến liên tục

sẽ được biểu diễn dưới dạng trung bình ($\pm$ phương sai) cho phân bố chuẩn, hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) cho phân bố không chuẩn. Các số liệu sẽ được phân tầng theo các biến nhân khẩu học chính (tuổi, giới, v.v.).

Các tỷ lệ sẽ được so sánh bằng kiểm định khi-bình phương (χ^2) với phân bố chuẩn hoặc Fisher's Exact Test nếu bất kỳ ô nào trong bảng có tần suất kỳ vọng nhỏ hơn 5. Trong tất cả các kiểm định, mức có ý nghĩa thống kê được chọn là $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu hoàn toàn nhằm mục đích nghiên cứu khoa học, nghiên cứu sau khi bệnh nhân đã ra viện.

Nghiên cứu không phát sinh thêm bất cứ chi phí điều trị nào cho BN.

Các thông tin về BN được bảo mật hoàn toàn và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng nhóm bệnh nhân

Bảng 1. Phân bố tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
< 20	8	3,9
20-30	75	36,6
31- 40	96	46,8
> 40	26	12,7
$\bar{X} \pm SD$	$33,4 \pm 9,5$	
Min-Max	19-42	
Tổng	205	100,0

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 33, độ tuổi từ 31-40 chiếm tỷ lệ cao nhất với 46,8%. Tuổi thấp nhất là 19, cao nhất là 42.

Bảng 2. Tiền sử phụ khoa

Tiền sử	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ %
Thai ngoài tử cung	Có	21	10,2
	Không	184	89,8
Viêm phần phụ	Có	103	50,2
	Không	102	49,8

Viêm âm đạo	Có	75	36,5
	Không	130	63,4
Phẫu thuật trước đây	Mổ đẻ	45	21,9
	U buồng trứng	21	10,2
	Viêm ruột thừa	8	3,9
	Khác	5	2,4
Tổng		205	100,0

Nhận xét: 10,2% có tiền sử thai ngoài tử cung trước đây. Tiền sử viêm phần phụ (50,2%) và viêm âm đạo (36,5%) khá thường gặp. Tiền sử phẫu thuật vùng bụng-chậu phổ biến nhất là mổ đẻ (21,9%) và u buồng trứng (10,2%).

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng liên quan thai ngoài tử cung

Triệu chứng cơ năng	Số lượng	Tỷ lệ %
Đau bụng	21	10,2
Chậm kinh	8	3,9
Ra máu bất thường	3	1,5
Chậm kinh +ra máu	10	4,9
Đau+chậm kinh	50	24,4
Đau+ra máu	26	12,7
Đau+chậm kinh+ra máu	87	42,4
Tổng	205	100,0

Nhận xét: Đa số trường hợp có phối hợp từ 2/3 triệu chứng kinh điển trở lên, trong đó phối hợp cả 3 triệu chứng đau-ra máu bất thường-chậm kinh chiếm tỷ lệ cao nhất (42,4%).

Bảng 4. Đặc điểm khối thai ngoài tử cung trên siêu âm (n = 205)

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ %
Tính chất	Có phôi+tim thai	15	7,3
	Có phôi+chưa có tim thai	21	10,2
	Có túi noãn hoàng	31	15,2
	Khối trống âm viên tăng âm	45	21,9
	Khối không điển hình	93	45,4
Kích thước	< 3cm	51	24,9
	≥ 3cm	154	75,1
	$\bar{X} \pm SD$	4,1 ± 1,0	
	Min- Max	(2,1 -5,7)	
Tổng		205	100,0

Nhận xét: Phát hiện khối cạnh tử cung không điển hình (45,4%) và khối trống âm viên tăng âm (21,9%) là các dấu hiệu phổ biến nhất. Trong nhóm khối không điển hình, chủ yếu là hình ảnh khối hỗn âm trên hình ảnh siêu âm đường bụng.

Đa số kích thước khối thai là trên 3cm, kích thước trung bình là 4,1cm.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 5. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	Phân loại		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Phương pháp phẫu thuật	Phẫu thuật nội soi		183	89,3
	Mổ mở (n = 22)	Sốc mất máu	6	2,9
		Dính	8	3,9
		Chứa đoạn kẽ kích thước lớn	3	1,5
		Huyết tụ thành nang + dính nhiều	5	2,4
Cách thức phẫu thuật	Cắt vòi tử cung		202	98,5
	Bảo tồn vòi tử cung		3	1,5

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được phẫu thuật nội soi (183/205). Dính nhiều là lý do mổ mở nhiều nhất (36,4%). Các lý do tiếp theo là sốc mất máu (27,2%) và huyết tụ thành nang + dính (22,7%). Chỉ có 3 trường hợp (13,6%) trường hợp do chứa đoạn kẽ kích thước lớn.

98,5% trường hợp được phẫu thuật cắt vòi tử cung.

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến phương pháp phẫu thuật

Đặc điểm	Phân loại	Đường vào		Tổng	p
		Nội soi	Mổ mở		
Kích thước khối	< 3cm	49 (96,1)	2 (3,9)	51	0,045*
	≥ 3cm	134 (87,0)	20 (13,0)	154	
Tình trạng khối	Chưa vỡ	54 (100,0)	0	54	0,015*
	Đã vỡ	129 (83,8)	22 (14,2)	201	
Lượng máu trong ổ bụng	< 500ml	34 (100,0)	0	34	0,022*
	500-1000ml	134 (90,5)	14 (9,5)	148	
	> 1000ml	15 (65,2)	8 (34,8)	23	
Tổng		183	22	205	

Nhận xét: Kích thước khối thai lớn hơn, tình trạng khối thai vỡ trước phẫu thuật và lượng máu trong ổ bụng > 1000ml làm tăng nguy cơ phẫu thuật mổ mở.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng

Về tuổi, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 33, với nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 31 - 40 với 46,8% trường hợp. Xu hướng về độ tuổi trung bình và nhóm tuổi ưu thế trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các tác giả khác. Tác giả Lý Thị

Hồng Vân và cộng sự ghi nhận nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 31 - 35 tuổi, chiếm 27,8%, tiếp theo là nhóm 36 - 40 tuổi (25%), tỷ lệ bệnh nhân trong độ tuổi 20 - 40 tuổi là 86,1%; 13,9% người bệnh trên 40 tuổi⁶. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Anh và cộng sự ghi nhận, thì tỷ lệ bệnh nhân bị TNTC là cao nhất ở 2 nhóm tuổi 26 - 30 và 31 - 35 (58,2%)⁷. Tác giả Trần Thu Lệ, nghiên cứu trên 308 trường hợp TNTC tại Bệnh viện C Thái Nguyên ghi nhận, tỷ lệ gặp nhiều nhất ở nhóm 20 - 40 tuổi chiếm 89,7%, độ tuổi dưới 20 hoặc trên 40 có tỷ lệ TNTC thấp (nhóm dưới 20 tuổi là 1,9%, độ tuổi trên 40 là 8,4%)⁸.

Về tiền sử sản khoa, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có ≥ 2 lần sinh đạt cao

nhất với 60,5%; tiếp đến là 1 lần sinh với 29,7%. Số lần mang thai của nhóm ≥ 2 có tỷ lệ cao, tuy nhiên tỷ lệ con sống lại chủ yếu chỉ có 1 con, số lượng bệnh nhân đã có 2 con trở lên chỉ chiếm 26,4%, tương ứng với số lần sinh chủ yếu là 1 (62,9%). Lý giải cho xu hướng này do có 19,5% bệnh nhân phá thai và 15,1% bệnh nhân sảy thai. Nhóm này có những bệnh nhân bao gồm cả sảy sau IVF và cả sinh hoạt bình thường, đặc biệt nhóm này có tỷ lệ cao của đối tượng học sinh-sinh viên, do sinh hoạt tình dục không có biện pháp tránh thai. Xu hướng mang thai nhiều lần ở bệnh nhân TNTC cũng quan sát được ở các nghiên cứu. Cao Xuân Hùng và cộng sự (CS), với 32,2% mang thai 2 lần⁹. Lý Thị Hồng Vân và CS báo cáo 38,9% người bệnh có 2 con; 31,7% người bệnh có 3 con⁶. Trần Thu Lệ ghi nhận 94,1% bệnh nhân có từ 1-2 con, mà trong đó 79,5% là có 2 con⁸.

Đau bụng (184/205), chậm kinh (155/205) và ra máu âm đạo bất thường (126/205) là các dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất của nhóm nghiên cứu. Xét trong bối cảnh các triệu chứng vào viện, thống kê cho thấy các trường hợp có tam chứng kinh điển (Đau bụng + chậm kinh + ra máu bất thường) chiếm tỷ lệ cao với 42,4% trường hợp. Trong các trường hợp chỉ có 2 triệu chứng, đau và chậm kinh chiếm tỷ lệ cao nhất với 24,4% trường hợp. Các nghiên cứu khác ghi nhận tỷ lệ các triệu chứng tương tự chúng tôi. Trần Thu Lệ báo cáo triệu chứng đau bụng ở 96,8%; chậm kinh ở 68,5% và ra máu âm đạo ở 71,1% trường hợp⁸. Lý Thị Hồng Vân và CS, triệu chứng đau bụng chiếm tỷ lệ cao nhất là 91,7%, có lần lượt 87,2% và 61,7% người bệnh có triệu chứng chậm kinh và ra máu âm đạo bất thường⁶.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận đặc tính không điển hình trên siêu âm được ghi nhận với tỷ lệ cao nhất (45,4% trường hợp). Đa số là hình ảnh hỗn âm trên siêu âm. Các hình ảnh thai điển hình chiếm tỷ lệ rất thấp, và các dấu hiệu tuổi thai sớm hơn có tỷ lệ tăng dần. Điều này cho thấy khả năng chẩn đoán TNTC ngày càng sớm hơn, đặc biệt là vai trò hỗ trợ chẩn đoán của định lượng beta-hCG nhiều lần. Các tác giả khác đều cho thấy xu hướng hình ảnh không điển hình chiếm tỷ lệ cao hơn. Trần Thu Lệ và CS ghi nhận 85,1% có hình ảnh khối cạnh tử cung trên siêu âm, tuy vậy chỉ 6,6% trường hợp ghi

nhận hình ảnh khối TNTC điển hình. Nguyễn Duy Ánh báo cáo hình ảnh khối âm vang hỗn hợp cạnh tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất (62,8%), tiếp đến là dịch túi cùng Douglas (58,1%)¹⁰. Kích thước cũng là 1 dấu hiệu quan trọng được đánh giá qua các nghiên cứu về TNTC. Qua siêu âm và đánh giá của PTV lúc phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận KT khối thai trung bình trong nghiên cứu là 4,1cm; khối lớn nhất là 5,0cm; khối nhỏ nhất là 1,5cm. Đa số trường hợp đều có KT khối thai ≥ 3 cm (75,1%).

4.2. Kết quả phẫu thuật

Qua thống kê, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 183/205 trường hợp được chỉ định mổ nội soi, chiếm 90,2% nhóm bệnh nhân. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Lý Thị Hồng Vân, khi ghi nhận 81,7% trường hợp có chỉ định này⁶. Trần Thu Lệ báo cáo tỷ lệ mổ nội soi là 88%⁸. Phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm hơn so với phẫu thuật mở ổ bụng trong điều trị TNTC. Nó rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm lượng máu mất trong mổ, giảm thời gian nằm viện, rút ngắn thời gian gây mê, tăng tỷ lệ mang thai và giảm tỷ lệ bị TNTC sau đó. Phẫu thuật mổ mở được ghi nhận ở 22 trường hợp. Dính nhiều là lý do mổ mở nhiều nhất (36,4%). Các lý do tiếp theo là sốc mất máu (27,2%) và huyết tụ thành nang+dính (22,7%). Chỉ có 3 trường hợp (13,6%) trường hợp do chữa đoạn kén kích thước lớn. Nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận đa số trường hợp được PT cắt vòi tử cung, chỉ có 3 trường hợp được bảo tồn vòi tử cung. Nghiên cứu DEMETER của tác giả Fernandez và CS (2013) cho thấy phẫu thuật bảo tồn không làm tăng tỷ lệ có thai (cả tự nhiên và IVF), tuy vậy làm tăng nguy cơ tái phát và chảy máu do sót tổn thương rau thai¹¹. Chính vì vậy, các hướng dẫn điều trị hiện tại khuyến cáo nên sử dụng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt bỏ vòi tử cung với các bệnh nhân TNTC mà có vòi tử cung bên đối diện bình thường.

Liên quan đến việc lựa chọn đường vào và một số yếu tố khác, chúng tôi nhận thấy kích thước u lớn hơn, tình trạng khối đã vỡ và lượng máu trong ổ bụng nhiều làm tăng tỷ lệ mổ mở hơn. Dễ hiểu rằng các yếu tố này thường liên quan đến tình trạng mất máu nhiều hơn, do đó việc lựa chọn mổ mở trong

những tình huống này là hợp lý và an toàn cho người bệnh. Dính nhiều và sốc mất máu là các chỉ định mổ mở (hoặc chuyển mổ mở) kinh điển đối với các trường hợp phẫu thuật ổ bụng do khả năng kiểm soát phẫu trường tốt hơn, đặc biệt bắt buộc trong các tình huống cần kiểm soát nhanh ổ chảy máu như sốc mất máu. Chứa đoạn kê như đã đề cập ở trên, thường có khối lớn hơn và khả năng mổ mở để lấy khối thai hoàn toàn cao hơn. Nghiên cứu của Kiều Duy Anh ghi nhận các khối chứa ở đoạn loa vòi và đoạn eo đều được PTNS. Trong khi đó có 97,8% khối chứa ở đoạn bóng được PTNS và 2,2% mổ mở. Tỷ lệ này đối với chứa kê là 71,4% PTNS và 28,6% mổ mở¹².

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân có cả 3 triệu chứng đau-ra máu bất thường-chậm kinh chiếm tỷ lệ cao nhất. Kích thước khối chứa càng lớn, bị vỡ trước phẫu thuật và lượng máu trong ổ bụng > 1000ml làm tăng nguy cơ phẫu thuật mổ mở và tăng thời gian điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhang S, Liu J, Yang L, Li H, Tang J, Hong L (2023) *Global burden and trends of ectopic pregnancy: An observational trend study from 1990 to 2019*. PLOS ONE 18(10): 0291316. doi:10.1371/journal.pone.0291316.
2. Stovall TG, Ling FW (1993) *Ectopic pregnancy. Diagnostic and therapeutic algorithms minimizing surgical intervention*. J Reprod Med 38(10): 807-812.
3. Nguyễn Thị Tươi, Nguyễn Hữu Dự, Lê Thị Phương Thảo, Nguyễn Thị Mốt (2021) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị thai ngoài tử cung chưa vỡ bằng methotrexate tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2019-2020*. Tạp chí Dược học Cần Thơ, 40, tr. 230-236.
4. Thân Ngọc Bích (2010) *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị chứa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 1999 và 2009*. Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Lê Thị Ngọc Hương, Vũ Văn Du, Kiều Duy Anh (2022) *Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp phẫu thuật xử trí chứa ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm*. Tạp chí Nghiên cứu học 160(12V2): 172-179. doi:10.52852/tcncyh.v160i12V2.1226.
6. Lý Thị Hồng Vân (2016) *Nghiên cứu về chẩn đoán và xử trí chứa ngoài tử cung tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*. Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Đức Anh (2016) *Nghiên cứu xử trí chứa ngoài tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai*. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Trần Thu Lệ (2016) *Nhận xét các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí chứa ngoài tử cung tại Bệnh viện C Thái Nguyên trong 3 năm từ 2013-2015*. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
9. Cao Xuân Hùng (2019) *Nghiên cứu về phẫu thuật chứa ngoài tử cung tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*. Thesis. ĐHY Hà Nội.
10. Nguyễn Duy Ánh (2022) *Nhận xét các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân chứa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, quý IV năm 2017*. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108 17(2). Published online doi: 10.52389/ydls.v17i2.1157.
11. Fernandez H, Capmas P, Lucot JP et al (2013) *Fertility after ectopic pregnancy: The DEMETER randomized trial*. Hum Reprod Oxf Engl 28(5): 1247-1253. doi: 10.1093/humrep/det037.
12. Kiều Duy Anh (2022) *Nghiên cứu điều trị phẫu thuật chứa ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.