

- yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ em từ 2-36 tháng tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên", *TNU Journal of Science Technology*, 207, (14), 67-72.
4. **Nguyễn Nữ Anh Đào** (2020), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Quận 8, từ tháng 2/2020 đến 12/2020", (01).
 5. **Lương Ngọc Khải Hoàn** (2018), Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến bệnh viêm phổi ở trẻ em từ 2 tháng - 5 tuổi nhập viện Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2017-2018, Luận văn tốt nghiệp Y khoa, Đại học Y dược Cần Thơ, Cần Thơ.
 6. **Quách Ngọc Ngân, Trương Ngọc Phước, Trương Thành Nam** (2021), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở trẻ bệnh kawasaki tại bệnh viện nhi đồng thành phố cần thơ năm 2020-2021", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, (40), 61-68.
 7. **Võ Minh Tân, Thanh Hải Nguyễn, Trung Kiên Nguyễn, Tấn Đạt Nguyễn** (2019), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi trên trẻ suy dinh dưỡng từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ năm 2017 đến 2018".
 8. **Hoàng Thị Phương Thanh** (2017), "Đặc điểm và nguyên nhân gây bệnh viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Trung tâm nhi Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên", Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Thái Nguyên.
 9. **Teepe J, Grigoryan L, Verheij T. J.** (2010), "Determinants of community-acquired pneumonia in children and young adults in primary care", *Eur Respir J*.
 10. **World Health Organization** (2013), "WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee", *Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses*, World Health Organization World Health Organization 2013., Geneva

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Phan Thúy Quỳnh¹, Trần Văn Hoàng²,
Nguyễn Tuấn Minh³, Nguyễn Duy Hưng⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật bệnh nhân chữa ngoài tử cung tại khoa Sản Bệnh viện Bưu Điện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 151 bệnh nhân chữa ngoài tử cung và được can thiệp phẫu thuật tại Bệnh viện Bưu Điện từ ngày 01/10/2021 đến ngày 31/12/2022. **Kết quả:** 38% bệnh nhân hỗ trợ sinh sản (HTSS). Dấu hiệu khối cạnh tử cung: 50,3%, ấn đau cùng đồ: 38,4%. 60,9% bệnh nhân có lượng β hCG trước mổ dưới 5000 mUI/ml. Có 3,3% hình ảnh cả thai trong và thai ngoài BTC đều là thai HTSS, khối cạnh tử cung điển hình 33,7%, có hình ảnh CNTC có tim thai 15,2%. 71,7% chữa ngoài tử cung tại đoạn bóng. Tỷ lệ phẫu thuật cắt vòi tử cung: 76,5%. Phần lớn bệnh nhân nằm viện sau mổ không quá 3 ngày (84,8%). **Kết luận:** Chữa ngoài tử cung chủ yếu ở đoạn bóng vòi và phẫu thuật nội soi cắt vòi tử cung. Bệnh nhân chữa ngoài tử cung được phẫu thuật nội soi có thời gian nằm viện ngắn hơn so với phẫu thuật mổ mở.

Từ khóa: phẫu thuật, chữa ngoài tử cung

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF ECTOPIC PREGNANCY AT THE OBSTETRICS DEPARTMENT OF BUU DIEN HOSPITAL

Objective: To evaluate the surgical results of ectopic pregnancy treatment at the Obstetrics Department of Buu Dien Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective study on 151 patients with ectopic pregnancy were treated by surgery at Obstetrics Department of Buu Dien Hospital from October 2021 to December 2022. **Results:** Of these, 38% were assisted reproductive technology, 50.3 had a parauterine mass, 38.4% had exquisite pain in the Pouch of Douglas, 60.9% had preoperative β hCG under 5000 mUI/m. 3.3% had images of both intrauterine and ectopic pregnancy related to assisted reproductive technology. 33.7% had typical parauterine mass, 15.2% mass had postive fetal cardiac activity. The incidence of mass at ampullary segment was 71.7%. 76.5% were treated by tubal resection containing the fetal mass. The length of admission was mainly below 3 days (84.8%). **Conclusion:** The position of ectopic pregnancy mass was mainly in the ampullary segment of the fallopian tube and most were treated by laparoscopic salpingectomy. The mean hospital stay duration of patients treated with laparoscopic surgery were shorter than those with laparotomy surgery. **Keywords:** surgical, outcome, ectopic pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chữa ngoài tử cung là trứng đã thụ tinh làm tổ và phát triển ở một vị trí ngoài buồng tử cung,

¹Đại học Y Hải Phòng

²BV Bưu Điện

³BV Phụ Sản Hà Nội

⁴Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Hưng

Email: nguyenduyhung2802@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 28.6.2024

khi phát triển nó có thể gây vỡ, chảy máu và nguy hiểm đối với tính mạng của bệnh nhân. Đây là cấp cứu thường gặp trong sản phụ khoa và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho sản phụ trong 3 tháng đầu thai kỳ. CNTC không những có nguy cơ tử vong cao mà còn ảnh hưởng đến sức khỏe, khả năng sinh sản, tinh thần và hạnh phúc của người phụ nữ cũng như những người thân trong gia đình họ. Tại cộng hòa liên bang Đức, ngày nay ước tính có khoảng 20 trường hợp CNTC cho mỗi 1000 trường hợp sinh sống¹. Nghiên cứu của Mai Trọng Dũng (2016) tại bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỷ lệ chữa ngoài tử cung ngày càng tăng, từ năm 2003 đến 2013 là 6,67%, năm 2015 là 6,9% trường hợp chữa ngoài tử cung trên tổng số người bệnh đến điều trị². Như vậy tại các nước trên thế giới cũng như tại Việt Nam tần số CNTC ngày càng gia tăng. Chảy máu liên quan đến CNTC vẫn là nguyên nhân thường gặp nhất gây tử vong mẹ liên quan đến thai kỳ trong ba tháng đầu và là nguyên nhân gây ra 4% của tất cả các trường hợp tử vong liên quan đến mang thai, mặc dù chẩn đoán và điều trị tốt³. Những năm gần đây nhờ áp dụng những tiến bộ của y học nên CNTC ngày càng được chẩn đoán sớm, giúp điều trị hiệu quả, giảm thời gian nằm viện và đặc biệt có thể lựa chọn phương pháp điều trị bảo tồn khả năng sinh sản của người phụ nữ bằng phẫu thuật nội soi bảo tồn hoặc điều trị MTX.

Tại Bệnh viện Bưu điện, do sự phát triển của trung tâm hỗ trợ sinh sản nên CNTC là bệnh lý thường gặp và tỷ lệ tăng lên hàng năm. Nhằm tìm hiểu về chẩn đoán và phẫu thuật CNTC tại đây chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật của bệnh nhân chữa ngoài tử cung tại khoa Sản Bệnh viện Bưu Điện.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những bệnh nhân đã được chẩn đoán CNTC và được can thiệp phẫu thuật tại Bệnh viện Bưu Điện từ ngày 01/10/2021 đến ngày 31/12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Được chẩn đoán chữa ngoài tử cung và can thiệp phẫu thuật tại bệnh viện Bưu Điện
- Có giải phẫu bệnh là gai rau và tế bào nuôi

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân chữa ngoài tử cung

Triệu chứng	Thai tự nhiên		Thai HTSS		Tổng		P	
	n = 93	%	n = 58	%	n =151	%		
Khối cạnh tử cung	có	46	49,5	30	51,7	76	50,3	> 0,05
	không	47	51,5	28	48,3	75	49,7	
Cùng đồ đau	có	39	41,9	19	32,8	58	38,4	> 0,05

- Có đầy đủ thông tin nghiên cứu được lưu trữ trong hồ sơ bệnh án

Tiêu chuẩn loại trừ: Tất cả đối tượng nghiên cứu không thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Dùng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả

$$n = z^2(1 - \alpha/2) \frac{p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu.

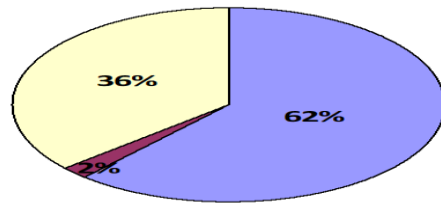
p: là tỷ lệ phẫu thuật nội soi CNTC (p = 0.889)⁴⁷. Z_{1- α /2} = 1,96; hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% và α = 0,05; d: là độ chính xác tuyệt đối mong muốn, ta lấy d= 0,05. Vậy khi đó ta có cỡ mẫu nghiên cứu là: n = 151.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán sử dụng tần suất, tỉ lệ, số trung bình. Các test so sánh: χ^2 , T-Student để so sánh sự khác biệt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p \leq 0,05.

Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu thu thập số liệu dựa trên hồ sơ bệnh án, được tiến hành nghiên cứu tại Bệnh viện Bưu Điện với sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện và được Hội đồng đề cương cao học Trường Đại học Y Hà Nội thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 10/2021 đến tháng 12/2022 tại khoa sản Bệnh viện Bưu điện, chúng tôi đã lựa chọn được 151 trường hợp chẩn đoán CNTC và được phẫu thuật đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.



Biểu đồ 3.1. Các phương pháp có thai

Nhận xét: Bệnh nhân được can thiệp hỗ trợ sinh sản là 38%, trong đó 2% IUI và 36% IVF.

	không	54	58,1	39	67,2	93	61,6	
Phản ứng thành bụng	có	25	26,9	7	12,1	32	21,2	< 0,05

Nhận xét: Dấu hiệu khám khối cạnh tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,3%. Cùng đồ ấn đau và phản ứng thành bụng lần lượt chiếm tỷ lệ 38,4% và 21,2%.

Bảng 3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Triệu chứng		Thai tự nhiên	Thai HTSS	Tổng		
				n	%	
Hình ảnh siêu âm						
Không có khối cạnh TC		4	2	6	4,0	
Có khối cạnh TC n =145 (96%)	Không điển hình		52	42	94	62,2
	Điển hình	Có tim thai	17	6	23	15,2
		Không có tim thai	20	8	28	18,5
Có thai trong BTC		0	5	5	3,3	
		93	53	146	96,7	
Dịch cùng đồ	Có	59	24	83	55,0	
	Không	34	34	68	45,0	
Nồng độ βhCG						
< 500 mUI/ml		6	1	7	4,6	
500 – < 1000 mUI/ml		9	4	13	8,6	
1000 - 5000 mUI/ml		38	34	72	47,7	
≥ 5000 mUI/ml		39	20	59	39,1	

Nhận xét: Nồng độ βhCG trước mổ dưới 5000 mUI/ml là 60,9% (100% - 39,1%). Có 5 trường hợp (3,3%) siêu âm có hình ảnh cả thai trong và thai ngoài BTC đều là thai HTSS. Phần lớn bệnh nhân có khối cạnh tử cung không điển hình (62,2%). Chỉ có 37,7% bệnh nhân có khối cạnh tử cung điển hình và 15,2% bệnh nhân có hình ảnh CNTC có tim thai.

Bảng 3.3. Vị trí khối chứa VTC

Vị trí	Thai tự nhiên		Thai HTSS		Tổng		P
	n	%	n	%	n	%	
Kể	12	13,3	5	9,1	17	11,7	>0,05
Eo	9	10,0	6	10,9	15	10,3	
Bóng	66	73,3	38	69,1	104	71,7	
Loa	3	3,3	6	10,9	9	6,2	
Tổng	90	62,1	55	37,9	145	100,0	

Nhận xét: Trong số 145 trường hợp chứa tại VTC vị trí hay gặp nhất ở cả 2 nhóm thai tự nhiên và thai HTSS là tại đoạn bóng với tỷ lệ lần lượt là 73,3% và 69,1%.

Bảng 3.4. Cách thức xử trí VTC

Cách xử trí	Thai tự nhiên		Thai HTSS		Tổng		P
	n	%	n	%	n	%	
Cắt VTC	79	87,8	33	60,0	111	76,5	< 0,05
Cắt VTC có khối chứa + kẹp VTC đối diện	11	12,2	22	40,0	34	23,5	
Tổng	90	62,1	55	37,9	145	100,0	

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân CNTC tại VTC đều được cắt bỏ VTC. Tỷ lệ cắt VTC có khối chứa và kẹp VTC bên đối diện ở những bệnh nhân có thai HTSS là 40,0% lớn hơn nhóm bệnh nhân có thai tự nhiên với 12,2%.
- Có sự khác biệt về cách thức xử trí VTC giữa thai tự nhiên và thai HTSS. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.5. Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian nằm viện sau mổ	Mổ nội soi		Nội soi chuyển mổ mở		Tổng		P
	n	%	n	%	n	%	
≤ 3 ngày	128	86,5	0	0,0	128	84,8	< 0,05
4 ngày – 6 ngày	20	13,5	3	100,0	23	15,2	
Tổng	148	98,0	3	2,0	151	100,0	

Nhận xét: 84,8% bệnh nhân nằm viện sau mổ không quá 3 ngày. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian nằm viện giữa mổ nội soi và nội soi chuyển mổ mở với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chữa ngoài tử cung. Trong nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân CNTC có can thiệp hỗ trợ sinh sản chiếm 38%, tỷ lệ này cao hơn so với nhiều nghiên cứu các tác giả khác nhau như của Đỗ Thị Thi là 4,1%.⁵ Điều này là do bệnh viện Bưu Điện có khoa HTSS tương đối phát triển nhiều bệnh nhân được chẩn đoán CNTC khám lại sau khi chuyển phôi cũng như IUI được chuyển đến khoa sản để điều trị tiếp. Đây cũng là cơ hội thuận lợi cho chúng tôi tiến hành nghiên cứu, so sánh về chẩn đoán và điều trị đối với CNTC ở hai nhóm có thai tự nhiên và thai HTSS. Một điều đáng lưu ý hiện nay là tỷ lệ đa thai ở nhóm bệnh nhân hỗ trợ sinh sản cao, tỷ lệ gặp thai trong BTC và có cả thai ngoài BTC không phải hiếm, cá biệt còn gặp cả những trường hợp thai trên 2 vòi tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân có cả thai trong và thai ngoài BTC sau chuyển 2 phôi nhưng phát hiện tương đối muộn lúc thai đã được khoảng 12 tuần.

Bảng 3.1 cho thấy khối cạnh tử cung chiếm 50,3%, tỷ lệ này cao hơn với nghiên cứu của Đỗ Thị Thi là 19,2%.⁵ Dấu hiệu sờ thấy khối nề phần phụ là dấu hiệu có giá trị chẩn đoán cao nhất trong các triệu chứng thực thể tuy nhiên tỷ lệ này có thể khác nhau ở các tác giả do triệu chứng này phụ thuộc vào thời điểm thăm khám, kỹ thuật thăm khám của các bác sỹ và cảm giác chủ quan và ngưỡng đau của từng bệnh nhân. Dấu hiệu phản ứng thành bụng chiếm tỷ lệ 21,2%. Bên cạnh đó trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về triệu chứng phản ứng thành bụng ở 2 nhóm bệnh nhân phân theo phương pháp có thai. Điều này có thể giải thích do những bệnh nhân HTSS được chẩn đoán và điều trị CNTC sớm hơn so với những bệnh nhân có thai tự nhiên thường đến viện trong tình trạng muộn hơn, khi khối chứa đã vỡ hoặc rỉ máu.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân CNTC có nồng độ β hCG \leq 1000 mUI/mL chiếm 13,2%, tôi 6/7 bệnh nhân có nồng độ β hCG huyết thanh trước mổ $<$ 500 mUI/ml thuộc nhóm bệnh nhân có thai tự nhiên (Bảng 3.2). Những trường hợp này khi mổ khối chứa đều đã rỉ máu hoặc vỡ, trong đó có 1 bệnh nhân cách vào viện 2 ngày có đi khám tại phòng khám tư và được theo dõi chữa ngoài tử cung với nồng độ β hCG là 359 mUI/mL được tư vấn nhập viện nhưng bệnh nhân không đồng ý. Chúng tôi nhận thấy có những bệnh nhân có nồng độ β hCG thấp

nhưng khối chứa có thể vỡ vì vậy cần chẩn đoán và nhập viện điều trị kịp thời với những bệnh nhân theo dõi CNTC. Bảng 3.2 cho thấy 100% bệnh nhân được siêu âm trước mổ, 96% số bệnh nhân có khối cạnh tử cung tương đương so với nghiên cứu của Cao Xuân Hùng là 95,3%, và 05 trường hợp thai trong kèm thai ngoài tử cung.⁴ Tất cả đều là thai IVF chuyển 2 phôi, trong đó có 1 trường hợp cả 2 thai đều đã có tim thai. Có 1 trường hợp được chẩn đoán khá là muộn khi thai được 11 tuần trong buồng tử cung khi có dấu hiệu chảy máu trong ổ bụng thì được mổ cấp cứu lúc vào ổ bụng thấy khối chứa ở kẽ vòi tử cung đã vỡ. Trong nghiên cứu này ở những bệnh nhân không có thai trong BTC có 3,3% các trường hợp không có dấu hiệu khối cạnh tử cung, có 55% bệnh nhân siêu âm có dịch cùng đồ

4.2. Xử trí bệnh nhân chữa ngoài tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ chữa tại đoạn bóng VTC chiếm tỷ lệ cao nhất là 71,7%. Bên cạnh đó không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vị trí khối chứa ở VTC đối với 2 nhóm bệnh nhân có thai tự nhiên và thai HTSS (Bảng 3.3). Điều này là có thể là do đoạn bóng của VTC dài nhất và rộng nhất nên tỷ lệ chữa ở đoạn này là cao nhất.

Bảng 3.4 cho thấy tất cả các bệnh nhân CNTC tại VTC trong nghiên cứu của chúng tôi đều được cắt bỏ VTC. Kết quả này cao hơn của tác giả Đào Nguyên Hùng với 97,73% bệnh nhân được phẫu thuật cắt vòi tử cung và tác giả Lê Thị Hồng với 96,4% bệnh nhân cắt vòi tử cung.^{6,7} Trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về việc có kết hợp thêm kẹp VTC bên đối diện hay không giữa 2 nhóm bệnh nhân chia theo phương pháp có thai. Điều này có thể do tâm lý của lần mắc CNTC lần này ở 1 số bệnh nhân HTSS cộng thêm có việc còn nhiều phôi trữ nên bệnh nhân đã lựa chọn kết hợp thêm kẹp VTC để hi vọng giảm khả năng CNTC ở những lần chuyển phôi sau. Tỷ lệ kẹp vòi tử cung ở những bệnh nhân mới chỉ có dưới 1 con hiện sống là 25,2%, trong số này chủ yếu là các bệnh nhân có thai HTSS, đáng chú ý có 5 bệnh nhân trong nhóm này thuộc nhóm có thai tự nhiên đây đều là những bệnh nhân có tiền sử làm IVF nhưng thất bại lần nay có thai tự nhiên và những lần có thai sau đã xác định làm IVF nên có nguyện vọng kẹp VTC trong lúc phẫu thuật CNTC.

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi (84,8%) được ra viện sau 03 ngày, cao hơn so với nghiên cứu của Đỗ Thị Thi là 57%.⁵ Điều này có thể giải thích do tỷ lệ mổ nội soi của trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn cũng

như lượng bệnh nhân phải truyền máu thấp hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian nằm viện giữa nhóm mổ nội soi và mổ nội soi chuyển mổ mở cho thấy nhờ các tiến bộ y học mà giúp bệnh nhân chẩn đoán sớm, xử trí kịp thời, hậu phẫu nhẹ nhàng thời gian ra viện sớm hơn và giảm chi phí điều trị người bệnh. Năm 2019, Suneeta Singh nghiên cứu trên 75 bệnh nhân CNTC thấy thời gian trung bình phẫu thuật nội soi ngắn hơn 39 phút so với mổ mở là 50 phút.⁸

V. KẾT LUẬN

Chửa ngoài tử cung là một bệnh lý phụ khoa thường gặp, chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng, βhCG và đặc biệt là hình ảnh trên siêu âm. Chửa ngoài tử cung chủ yếu gặp ở đoạn bóng. Phẫu thuật nội soi với phương pháp bảo tồn hoặc cắt bỏ vòi tử cung là phương pháp được sử dụng rộng rãi với tính hiệu quả và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mikolajczyk R T, Kraut A A, Garbe E, (2013), "Evaluation of Pregnancy Outcome Records in the German Pharmacoepidemiological Research Database (GePaRD)", Pharmacoepidemiol Drug Saf, 22 (8), Pp. 873-880.

2. Mai Trọng Dũng và Đoàn Thị Thu Trang (2016). Nhận Xét Chẩn Đoán và Điều Trị Chửa Kết thúc Tại Bệnh Viện Phụ sản Trung Ương Năm 2015. Tạp Chí Phụ sản. 14(01): P. 137-141.
3. Creanga A A, Shapiro-Mendoza C K, Bish C L, Zane S, et al, (2011), "Trends in Ectopic Pregnancy Mortality in the United States: 1980-2007", Obstet Gynecol, 117 (4), Pp. 837-843.
4. Cao Xuân Hùng. Nghiên Cứu về Phẫu Thuật Chửa Ngoài Tử Cung Tại Bệnh Viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học. Trường Đại Học Y Hà Nội. 2019.
5. Đỗ Thị Thi. Nghiên Cứu Điều Trị Ngoại Khoa Chửa Ngoài Tử Cung Tại Bệnh Viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2021.
6. Hùng ĐN, Hưng NHV, Sơn HV. Đánh giá kết quả điều trị chửa ngoài tử cung tại bệnh viện quân y 103. Vmj. 2022;520(2). doi:10.51298/vmj.v520i2.4119
7. Nông THL, Nguyễn TN, Nguyễn TG, Lê ĐT. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị chửa ngoài tử cung tại khoa sản bệnh viện trung ương thái nguyên năm 2020. VMJ. 2021;501(1). doi:10.51298/vmj.v501i1.467
8. Singh S, Sandhu N, Singh S, Kumar P, Aziz A. Comparison between laparoscopy and laparotomy in the management of ectopic pregnancy: a retrospective study. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2020;9(2):705-709. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20200363

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN VIỆC TUÂN THỦ SỬ DỤNG THUỐC Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TIỀN GIANG

Nguyễn Thụy Hồng Thảo¹, Đỗ Quang Thành¹, Bùi Thị Tú Quyên²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong toàn cầu, 1 tỷ người mắc, dự kiến tăng 1.5 tỷ vào năm 2025. Việt Nam có 25% dân số mắc bệnh tim mạch và tăng huyết áp, tỷ lệ tăng huyết áp ở người trưởng thành là 47,3%. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Đánh giá tuân thủ điều trị dùng thuốc của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Khoa Khám - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang năm 2022; (2) Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Khoa Khám - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, đang điều trị tăng huyết áp ngoại trú tại Phòng khám Nội Tim mạch -

Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang. **Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc là 61%; Bệnh nhân nữ có tuân thủ cao gấp 2,2 lần so với nam; Bệnh nhân đã kết hôn sống cùng người thân có tuân thủ cao gấp 1,9 lần; Bệnh nhân mắc bệnh trên 5 năm có tuân thủ cao gấp 2,2 lần; Bệnh nhân nhận thông tin tư vấn chế độ điều trị có tuân thủ cao gấp 2,3 lần so với những người không nhận.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, tăng huyết áp, Bệnh viện Tiền Giang.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH MEDICATION ADHERENCE IN HYPERTENSIVE PATIENTS RECEIVING OUTPATIENT TREATMENT AT TIEN GIANG GENERAL HOSPITAL

Background: Hypertension is a leading cause of global mortality, affecting 1 billion people, with an anticipated increase to 1.5 billion by 2025. In Vietnam, 25% of the population suffers from cardiovascular diseases and hypertension, with a prevalence rate of 47.3% in adults. **Objective:** (1) Assessing adherence to medication treatment of hypertensive patients treated as outpatients at the Department of

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

²Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Thảo

Email: nguyenthuyhongthao88@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024