

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN THAI NGOÀI TỬ CUNG CHƯA VỠ TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN ĐA KHOA VINH LONG NĂM 2022-2023

Hồ Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Lư Hoàng Phong²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thai ngoài tử cung là bệnh lý thường gặp trong sản phụ khoa. Việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời sẽ bảo tồn được chức năng sinh sản cho phụ nữ. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thai ngoài tử cung chưa vỡ tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long năm 2022 – 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định là thai ngoài tử cung chưa vỡ tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long thời gian từ 07/2022- 08/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $33,52 \pm 7,17$ tuổi; 51,92% có viêm nhiễm sinh dục, 91,04% có tiền sử phẫu thuật. Triệu chứng rong kinh và rong huyết chiếm 13,46%, đau bụng 96,15%, trễ kinh 76,92%, khối cảnh tử cung 53,85%. Về cận lâm sàng, kích thước khối thai trung bình $25,4 \pm 9,55$ mm, nồng độ β hCG trung bình $2318,39 \pm 1365,88$ mIU/ml, nồng độ progesteron trung bình $4,80 \pm 45$ ng/ml. **Kết luận:** Độ tuổi trung bình thai ngoài tử cung ngày càng tăng, các triệu chứng thường gặp là đau bụng, trễ kinh, ra huyết âm đạo, định lượng progesterone huyết thanh giúp chẩn đoán và tiên lượng. **Từ khóa:** thai ngoài tử cung, β HCG, sản phụ khoa.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH UNRUPTURED ECTOPIC PREGNANCY AT THE OBSTETRICS DEPARTMENT, VINH LONG GENERAL HOSPITAL, 2022-2023

Background: Ectopic pregnancy is a common condition in obstetrics and gynecology. Early diagnosis and timely treatment are crucial to preserving reproductive function in women. **Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with unruptured ectopic pregnancy at Vinh Long General Hospital from 2022 to 2023. **Materials and methods:** This was a cross-sectional descriptive study conducted on all patients diagnosed with unruptured ectopic pregnancy at Vinh Long General Hospital between July 2022 and August 2023. **Results:** The average age was 33.52 ± 7.17 years; 51.92% had genital infections, and 91.04% had a history of surgery. Common symptoms included irregular bleeding (13.46%), abdominal pain

(96.15%), missed periods (76.92%), and adnexal mass (53.85%). Paraclinical findings revealed an average gestational mass size of 25.4 ± 9.55 mm, average β hCG level of 2318.39 ± 1365.88 mIU/ml, and average progesterone level of 4.80 ± 45 ng/ml. **Conclusions:** The average age for ectopic pregnancy is gradually increasing. Common symptoms include abdominal pain, missed periods, and vaginal bleeding. Serum progesterone measurement aids in diagnosis and prognosis. **Keywords:** ectopic pregnancy, β hCG, obstetrics and gynecology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam tần suất thai ngoài tử cung có xu hướng gia tăng rõ rệt. Nghiên cứu của Mai Trọng Dũng (2016) tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, tỷ lệ ngày càng tăng từ năm 2003 – 2013 là 6,67%, năm 2015 là 9,6% thai ngoài tử cung trong tổng sản phụ đến điều trị. Tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2017 tổng số bệnh nhân thai ngoài tử cung nhập viện là 4813 trường hợp. Tại Hoa Kỳ theo nghiên cứu của Stulberg, tỷ lệ thai ngoài tử cung 1991-1992 là 1,97%, theo Hendriks tỷ lệ này tăng lên khoảng 2% trong năm 2020. Tại vương quốc Anh, ước tính có khoảng 11.000 trường hợp bị thai ngoài tử cung được chẩn đoán mỗi năm. Tại cộng hòa liên bang Đức, ngày nay ước tính có khoảng 20 trường hợp thai ngoài tử cung mỗi 1000 trường hợp sinh sống. Như vậy tại các nước trên thế giới cũng như tại Việt Nam tần số thai ngoài tử cung ngày càng gia tăng [2], [8].

Những năm gần đây nhờ áp dụng siêu âm đầu dò âm đạo, định lượng β - hCG và đặc biệt vai trò của các dấu ấn sinh học nói chung và vai trò của xét nghiệm progesterone nói riêng đang được quan tâm, nên thai ngoài tử cung ngày càng được chẩn đoán sớm, giúp điều trị sớm hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn và góp phần bảo vệ khả năng sinh sản của người phụ nữ [2]. Để có cái nhìn chuyên sâu hơn về vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thai ngoài tử cung chưa vỡ tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long năm 2022 – 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định là TNTC chưa vỡ tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long thời gian từ 07/2022- 08/2023.

¹Sở Y tế Vĩnh Long

²Bệnh viện đa khoa Vĩnh Long

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Thị Thu Hằng

Email: htthang@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2024

Ngày duyệt bài: 14.11.2024

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định TNTC ở vòi tử cung chưa vỡ: dựa vào khám lâm sàng, định lượng β hCG, progesterone huyết thanh và siêu âm ngã âm đạo.

Nồng độ β hCG trong huyết thanh < 5.000 mIU/ml.

Siêu âm ngã âm đạo: Buồng tử cung rỗng, cạnh tử cung có khối hình nhân (không có phôi thai, tìm thai trong khối TNTC) hoặc khối phản âm hỗn hợp kích thước ≤ 40 mm, dịch cùng đồ < 15 mm.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Tính theo công thức:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

Với $Z = 1,96$, $d = 0,1$, $p = 0,914$ là tỷ lệ điều trị thành công thai ngoài tử cung bằng MTX tại bệnh viện Phụ Sản Cần Thơ của Lê Hoàng Tín [6]. Từ tính toán ta có $n = 47$ bệnh nhân. Để đảm bảo cỡ mẫu tối thiểu cần thiết do có thể có những trường hợp bỏ cuộc trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi lấy thêm 10%, ước tính cỡ mẫu là $n=51$. Thực tế 52 mẫu

Nội dung nghiên cứu. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Nhóm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân.

Đặc điểm lâm sàng bao gồm:

+ Tiền sử: phẫu thuật, viêm nhiễm sinh dục, sảy thai, kế hoạch hóa gia đình

+ Triệu chứng lâm sàng: trễ kinh, rối loạn kinh nguyệt, đau bụng, khối cạnh tử cung đau, cùng đồ đau.

Cận lâm sàng: siêu âm tử cung phần phụ qua ngã âm đạo và hóa sinh máu (β hCG và Progesterone)

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Số liệu được nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập bằng phiếu thu thập thông tin. Kết quả được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 25 tuổi	8
	25 – 29 tuổi	8

	30 – 40 tuổi	27	51,84
	> 40 tuổi	9	17,28
	Trung bình (min – max)	33,52 \pm 7,17 (19 – 45)	
Trình độ học vấn	Trung học phổ thông	44	84,62
	Cao đẳng và đại học	8	15,38
Tình trạng hôn nhân	Lập gia đình	50	96,16
	Chưa lập gia đình	2	3,84

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 33,52 \pm 7,17 tuổi, trong đó lớn nhất là 45 tuổi, nhỏ nhất là 19 tuổi, tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 30 đến 40 tuổi chiếm 51,84%, trên 40 tuổi chiếm tỷ lệ 17,28%. Về trình độ học vấn, đối tượng nghiên cứu có trình độ trung học phổ thông chiếm tỷ lệ nhiều nhất 84,62%. Đa số đối tượng nghiên cứu đã lập gia đình chiếm tỷ lệ 96,16%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Tiền sử của đối tượng nghiên cứu.

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có 25% trường hợp viêm âm đạo, 15,38% trường hợp viêm cổ tử cung, 11,54% trường hợp viêm phần phụ.

Về tiền sử phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận có 12 trường hợp mổ lấy thai chiếm 23,08% trong đó có: 6 trường hợp mổ lấy thai 1 lần chiếm tỷ lệ khoảng 11,54%, 6 trường hợp mổ lấy thai 2 lần chiếm tỷ lệ khoảng 11,54%. Mổ thai ngoài tử cung có 4 trường hợp chiếm tỷ lệ 7,96%, các trường hợp không mổ ghi nhận chiếm tỷ lệ 68,96%.

3.2.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Trễ kinh	40	76,92
Rối loạn kinh nguyệt	7	13,46
Đau bụng	50	96,15
Khối cạnh tử cung đau	28	53,85
Cùng đồ đau	8	15,38

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu triệu chứng trễ kinh có 40 trường hợp chiếm tỷ lệ 76,92%. Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt chủ yếu là rong kinh và rong huyết chiếm tỷ lệ 13,46%. Đa số các trường hợp đến khám vì đau hạ vị, mức độ đau từ nhẹ đến trung bình chiếm 96,15%, 53,85% trường hợp có khối cạnh tử cung đau và 15,38% có cùng đồ đau.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

3.3.1. Nồng độ β hCG và Progesterone huyết thanh

Bảng 3. Đặc điểm nồng độ β hCG và Progesterone huyết thanh

Hóa sinh máu	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
β hCG	500 – 1000	8

Progesterone	mUI/ml		
	1000 – 3500 mUI/ml	33	63,46
	3500 – 5000 mUI/ml	11	21,16
	Trung bình (min – max)	2318,39 ± 1365,88 (527,8 – 4996,5)	
	< 5 ng/ml	32	59,62
	5 – 10 ng/ml	15	28,8
	10 – 15 ng/ml	3	5,76
	15 – 25 ng/ml	2	3,84
	Trung bình (min – max)	4,80 ± 45 (1 – 16)	

Nhận xét: Nồng độ β hCG trung bình của nhóm nghiên cứu là 2318,39 ± 1365,88 mUI/ml. Trong đó có 8 trường hợp nồng độ β hCG từ 500 - <1000mUI/ml, có hình ảnh siêu âm đầu dò âm đạo điển hình TNTC và có kích thước khối thai từ 25-30 mm. Nồng độ trung bình của xét nghiệm progesterone trong nhóm nghiên cứu là 4,80 ± 3,45 ng/ml.

3.3.2. Siêu âm tử cung phần phụ qua ngã âm đạo

Bảng 4. Đặc điểm siêu âm tử cung phần phụ

Siêu âm tử cung phần phụ		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Kích thước túi thai	< 25 mm	25	48
	25 – 35 mm	15	28,8
	35 – 40 mm	12	23,02
	Trung bình (min – max)	25,4 ± 9,55 (10 – 40)	
Dịch túi cùng	Có (< 15mm)	36	69,23
	Không	16	30,77

Nhận xét: Đường kính túi thai trung bình trong nhóm nghiên cứu là 25,4±9,55 mm, đường kính túi thai lớn nhất 40 mm, nhỏ nhất 10 mm (trong có yolksac). Có 36 trường hợp có dịch cùng đồ với bề dày lớp dịch <15mm, chiếm tỷ lệ 69,23%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là 33,52 ± 7,17, nhỏ nhất là 19 tuổi và lớn nhất là 45 tuổi, độ tuổi < 25 tuổi chiếm tỷ lệ 15,36%, > 40 tuổi chiếm tỷ lệ 17,28%. Nhìn chung độ tuổi TNTC trong nghiên cứu trong độ tuổi sinh sản ở Việt Nam, phù hợp với nghiên cứu của Đào Nguyên Hùng tại Bệnh viện Quân Y 103 từ năm 2020 đến năm 2022 tuổi trung bình là 32,68±5,55 tuổi, nhỏ nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 45 tuổi [3], cao hơn nghiên cứu của Huỳnh Trinh Thức tại Bệnh viện Phụ sản An Giang 30,31 ± 6,75 tuổi, tuổi nhỏ nhất trong

nghiên cứu của tôi là 19 tuổi và lớn nhất là 45 tuổi [4], gần giống nghiên cứu của Lê Hoàng Tín tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi và lớn nhất là 41 tuổi [6]. Tuy độ tuổi trung bình hiện tại của nghiên cứu chúng tôi cao hơn các nghiên cứu trước đây do hiện nay tỷ lệ phụ nữ có con muộn ngày càng tăng (> 35 tuổi), tỷ lệ vô sinh ngày càng cao và nhu cầu có con ở những phụ nữ lớn tuổi ngày càng cao hơn do điều kiện kinh tế xã hội phát triển. Do đó trong thực hành lâm sàng trước đây trên 35 tuổi tỷ lệ điều trị nội khoa TNTC ít do đa số độ tuổi này bệnh nhân đã đủ con và lựa chọn phương pháp phẫu thuật nội soi, nhưng hiện nay đã khác, thực tế trong nghiên cứu chúng tôi lứa tuổi từ 35 đến 40 tuổi cũng lựa chọn phương pháp điều trị nội hơn phẫu thuật do đa số chưa đủ con và mong muốn bảo vệ vòi tử cung để có khả năng sinh sản sau này, một số ít các trường hợp thì sợ phẫu thuật.

Về trình độ học vấn trong nghiên cứu của chúng tôi về trình độ trung học phổ thông là 84,2%, trình độ cao đẳng và đại học chiếm tỷ lệ 15,38%, tương đồng với nghiên cứu của Lê Hoàng Tín trung học phổ thông là 82,9%, đại học 15,7% [6]. Bệnh nhân đến khám và điều trị chủ yếu là vùng nông thôn nên trình độ trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao. Trình độ học vấn cũng quan trọng giúp bệnh nhân hiểu rõ tư vấn của thầy thuốc về liệu trình điều trị cũng như tư vấn tuân thủ điều trị.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Về tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận như sau có 25% trường hợp viêm âm đạo, 15,38% trường hợp viêm cổ tử cung, 11,54% trường hợp viêm phần phụ, các trường hợp này đều có điều trị. Trong số các trường hợp có tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục thì có 11,54% có tiền sử viêm phần phụ. Theo Branhart, tiền sử viêm nhiễm tiểu khung làm tăng nguy cơ TNTC gấp 1,5 lần [7].

Tiền sử phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận có 12 trường hợp mổ lấy thai chiếm 23,08% cao hơn trong nghiên cứu của Lê Hoàng Tín là 2,9% [6]. Trong đó có 6 trường hợp mổ lấy thai 1 lần chiếm tỷ lệ khoảng 11,54%, 6 trường hợp mổ lấy thai 2 lần chiếm tỷ lệ khoảng 11,54%. Mổ thai ngoài tử cung có 4 trường hợp chiếm tỷ lệ 7,96%. Cũng theo nghiên cứu của Phan Văn Tự các trường hợp có tiền sử mổ TNTC làm tăng nguy cơ TNTC với OR = 12,5, CI (7,5 - 20,9), tiền sử mổ lấy thai là 25,7% làm tăng khả năng TNTC gấp 5 lần (OR = 5,3). Theo Kurt T. Branhart có sự liên quan giữa TNTC và các yếu tố gây tổn thương VTC như viêm tiểu khung, phẫu thuật ở VTC, tiền sử bị TNTC trước đây [7].

Đối với triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu chúng tôi ghi nhận các triệu chứng cơ năng TNTC như sau: triệu chứng trễ kinh có 40 trường hợp chiếm tỷ lệ 76,92%. Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt chủ yếu là rong kinh và rong huyết chiếm tỉ lệ 13,46%. Đa số các trường hợp đến khám vì đau hạ vị chiếm tỷ lệ 96,15%. Tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Trinh Thức triệu chứng đau hạ vị chiếm tỷ lệ khoảng 89,1%, triệu chứng trễ kinh và ra huyết âm đạo chiếm tỷ lệ 83,2% [4], nghiên cứu của Lê Hoàng Tín đau bụng chiếm tỉ lệ 95,7%, trễ kinh 68,6%, ra máu âm đạo 64,3% [6]. Theo nghiên cứu của Vũ Văn Du năm 2021 tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội triệu chứng lâm sàng ra máu âm đạo chiếm 75%, đau bụng 53,7%, trễ kinh chiếm 68,5% [5]. Nhìn chung tam chứng cổ điển trễ kinh, đau bụng, ra huyết âm đạo bất thường tuy có sự không giống nhau về tỷ lệ nhưng đều xuất hiện trong tất cả các trường hợp TNTC chưa vỡ.

Triệu chứng thực thể của TNTC trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận như sau: Triệu chứng khối cạnh tử cung chiếm 53,85% trường hợp. Triệu chứng cùng đồ đau chiếm 15,38%. Theo nghiên cứu của Vũ Văn Du sờ thấy khối phần phụ là 40,7%, cùng đồ đau chiếm 11,1% có sự tương đồng với nghiên cứu chúng tôi [1]. Lê Hoàng Tín triệu chứng khối cạnh tử cung chiếm tỷ lệ 51,1%, cùng đồ đau chiếm tỷ lệ 41,4% [6]. Nghiên cứu của Huỳnh Trinh Thức khối cạnh tử cung chiếm tỷ lệ 95,4%, túi cùng đau chiếm tỷ lệ 9,2% [4]. Triệu chứng thực thể trong nghiên cứu của chúng tôi gần như tương đồng với các nghiên cứu gần đây. Mặt khác đây là dấu hiệu lâm sàng mang tính chủ quan của người thăm khám nên cũng sai số một phần do kỹ năng thăm khám và ghi nhận kết quả, do nhiều bác sĩ thăm khám trên nhiều bệnh nhân nên không đồng nhất trong các nghiên cứu.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Về nồng độ β hCG trong nghiên cứu của chúng tôi. Nồng độ β hCG trung bình của nhóm nghiên cứu là $2318,39 \pm 1365,88$ mUI/ml. Nồng độ β hCG cao nhất 4996,5 mUI/ml, nồng độ β hCG thấp nhất 527,8 mUI/ml. Trong đó nồng độ β hCG < 1000 mUI/ml chiếm tỷ lệ 15,38%, nồng độ β hCG từ 1000 - <3500 mUI/ml chiếm tỷ lệ 63,46%, nồng độ β hCG từ 3500-<5000 mUI/ml chiếm tỷ lệ 21,16%. Nghiên cứu chúng tôi tương đồng nghiên cứu của Lê Hoàng Tín nồng độ β hCG cao nhất 4936 mUI/ml, thấp nhất 49 mUI/ml, nhưng nồng độ β hCG < 1000 mUI/ml trong nghiên cứu Lê Hoàng Tín chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 57,1% (hơn nghiên cứu chúng tôi chỉ chiếm tỷ lệ 13,46%) [6]. Nghiên cứu của Huỳnh Trinh Thức

nồng độ β hCG trung bình $1184 \pm 1180,2$ mUI/ml cao nhất 4900 mUI/ml, thấp nhất 242 mUI/ml. Trong đó nồng độ <1000 mUI/ml chiếm tỷ lệ cao nhất 72,41% [4]. Nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu trong nước thì nồng độ β hCG cao nhất và thấp nhất có phần tương đồng, nhưng tỷ lệ cao nhất 63,46% trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức nồng độ β hCG từ 1000 - <5000 mUI/ml, ngày nay điều trị nội khoa TNTC nồng độ β hCG ngày càng cao hơn so với trước đây.

Về nồng độ progesterone trước điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, nồng độ trung bình của xét nghiệm progesterone trong nhóm nghiên cứu là $4,80 \pm 3,45$ ng/ml. Giá trị nhỏ nhất trong nghiên cứu là 1 ng/ml, giá trị lớn nhất là 16 ng/ml. Theo Stern khi nồng độ progesterone trong thai ngoài tử cung từ tuần 4 - 6 cho kết quả $7,0 \pm 2,9$ ng/ml [10]. Nghiên cứu của B. Refaat và A.O. Bahathiq (2020) [9], gồm 120 đối tượng chia làm 3 nhóm: 40 thai trong tử cung, 40 TNTC, 40 sảy thai sớm, ngưỡng cut-off của progesterone là 6,3 ng/ml, độ nhạy 27,5%, độ đặc hiệu 50%. Nên đưa xét nghiệm progesterone vào chẩn đoán TNTC, cũng như có thể phân biệt các trường hợp thai sớm, sảy thai sớm, cũng như trong việc tiên lượng điều trị TNTC.

Về kích thước khối thai trên siêu âm, đường kính túi thai trung bình trong nhóm nghiên cứu là $25,4 \pm 9,55$ mm, đường kính túi thai lớn nhất 40 mm, nhỏ nhất 10 mm. Tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Trinh Thức là $26,5 \pm 5$ mm (nhỏ nhất 15 mm, lớn nhất 34 mm) [4]. Nhìn chung kích thước túi thai giữa các nghiên cứu là gần tương đương nhau, đường kính túi thai nhỏ nhất ghi nhận trong các nghiên cứu gần đây là 10 mm, nhỏ hơn các nghiên cứu trước đây có thể do sự tiến bộ của máy siêu âm cho hình ảnh chất lượng và độ phân giải cao, giúp ít cho các bác sĩ trong việc siêu âm những hình ảnh túi thai nhỏ rõ nét hơn, đặc biệt là việc ứng dụng siêu âm ngã âm đạo trong các trường hợp thai sớm và thai ngoài tử cung.

Về lượng dịch cùng đồ trên siêu âm nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 36 trường hợp có dịch cùng đồ với bề dày lớp dịch <15 mm, chiếm tỷ lệ 69,23%. Có 16 trường hợp không có dịch cùng đồ chiếm tỷ lệ 30,77%, nghiên cứu Lê Hoàng Tín ghi nhận có 54,3% các trường hợp có lượng dịch túi cùng < 10 mm, còn lại là không có dịch túi cùng [6]. Tuy nhiên trong thực tế nghiên cứu với lượng dịch cùng đồ như vậy bệnh nhân chỉ đau hạ vị mức độ nhẹ và có những trường hợp có dịch cùng đồ lượng ít, bệnh nhân không có biểu hiện đau bụng, cũng như trong quá trình theo

dối với lượng dịch cùng đồ <15 mm, sẽ không ảnh hưởng đến quá trình theo dõi vì triệu chứng đau bụng kích thích phúc mạc, đa số bệnh nhân có tình trạng đau bụng tăng lên ảnh hưởng đến điều trị do tình trạng sảy túi thai, túi thai vỡ hoặc không đáp ứng với điều trị tăng lên gây đau.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là $33,52 \pm 7,17$ tuổi; 51,92% có viêm nhiễm sinh dục, 91,04% có tiền sử phẫu thuật. Triệu chứng rong kinh và rong huyết chiếm 13,46%, đau bụng 96,15%, trễ kinh 76,92%, khối cạnh tử cung $53,85\%$. Về cận lâm sàng, kích thước khối thai trung bình $25,4 \pm 9,55$ mm, nồng độ β hCG trung bình $2318,39 \pm 1365,88$ mIU/ml, nồng độ progesteron trung bình $4,80 \pm 45$ ng/ml.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Văn Du, Lê Thị Ngọc Hương (2022)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị chữa ngoài tử cung bằng Methotrexate đơn liều", Tạp chí nghiên cứu Y học, 156(8), tr. 102-109.
2. **Vương Tiến Hòa (2015)**, Chẩn đoán và điều trị chữa ngoài tử cung, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 54-55.
3. **Đào Nguyên Hùng, Nguyễn Hà Việt Hưng, Hoàng Văn Sơn (2020)**, "Đánh giá kết quả điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Quân y 103", Tạp chí Y học Việt Nam, 517(2), tr. 304-309.
4. **Huỳnh Trinh Thúc (2019)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị TNTC chưa vỡ tại bệnh viện sản nhi An Giang, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. **Bùi Chí Thương (2018)**, "Tỉ lệ thai ngoài tử cung thoái triển và các yếu tố liên quan", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 22, số 1.
6. **Lê Hoàng Tín (2018)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị nội khoa TNTC chưa vỡ bằng methotrexate tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học y Dược Cần Thơ.
7. **Barnhart KT, Sammel MD, Clarisa SD (2006)**, "Risk factors of ectopic pregnancy in women with symptomatic firsttrimester pregnancies", Fertil Steril.
8. **Mikolajczyk R T, Kraut A A, and Garbe E (2018)**, "Evaluation of pregnancy outcome records in the German Pharmacoepidemiological Research Database (GePaRD)". Pharmacoepidemiol Drug Saf, 22 (8), pp. 873-880.
9. **Refaat Bassem and Bahathiq Adil O (2020)**, "The performances of serum activins and follistatin in the diagnosis of ectopic pregnancy: A prospective case-control study", Clinica Chimica Acta, 500, pp. 69-74.
10. **Stern JJ, Voss F, and Coulam CB (1993)**, "Early diagnosis of ectopic pregnancy using receiver-operator characteristic curves of serum progesterone concentrations", Hum Reprod, 8 (5), pp.775-9.

NGHIÊN CỨU ÁP LỰC MỞ VỎI NHỈ Ở TRẺ VIÊM TAI GIỮA MẠN KHÔNG NGUY HIỂM TRƯỚC VÀ SAU NẠO V.A

Đồng Thị Như Quỳnh¹, Nguyễn Thị Tố Uyên²,
Phạm Tiến Dũng³, Lê chí Huy³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá sự thay đổi áp lực mở vôi nhĩ của bệnh viêm tai giữa mạn không nguy hiểm ở trẻ trước và sau nạo V.A. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, số lượng 20 tai trên 20 trẻ được chẩn đoán viêm V.A mạn tính quá phát có viêm tai giữa mạn không nguy hiểm, được phẫu thuật nạo V.A từ 7/2023 đến 9/2024. **Kết quả:** Chảy dịch tai và chảy dịch mũi từng đợt ở 20/20 bệnh nhân, nghe kém

17/20 bệnh nhân. Lỗ thủng màng nhĩ: kích thước nhỏ 5 tai, trung bình 13 tai và lớn 2 tai; V.A quá phát độ II ở 9/20 và độ III ở 11/20 bệnh nhân. Trước nạo V.A, áp lực mở vôi nhĩ trung bình là $344,10 \pm 44,53$ daPa, áp lực ≥ 300 daPa ở 16/20 tai. Sau nạo V.A 1 tháng, áp lực trung bình là $276,45 \pm 56,99$, áp lực ≥ 300 daPa chỉ còn ở 5/20 tai trong đó có 4 bệnh nhân ≥ 11 tuổi. Trước nạo V.A có áp lực mở vôi nhĩ từ 100 - < 300 daPa có 4/20 bệnh nhân thì sau nạo V.A áp lực vẫn trong ngưỡng bình thường. **Kết luận:** Viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm ở trẻ em có viêm V.A mạn tính quá phát với thời gian bị bệnh từ 5 năm trở xuống hay gặp lỗ thủng màng nhĩ nhỏ và trung bình, nghe kém dẫn truyền nhẹ. Sau nạo V.A 1 tháng, áp lực mở vôi nhĩ có cải thiện và tỷ lệ tắc vôi nhĩ cơ giới giảm đáng kể.

Từ khóa: Viêm V.A mạn tính quá phát, kiểm tra áp lực cưỡng bức FRT, áp lực mở vôi nhĩ, viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm.

Danh sách từ viết tắt: V.A: Vegetation Adenoides. VTGMKNH: Viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm. FRT: Forced Response Test. BN: Bệnh nhân

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đồng Thị Như Quỳnh

Email: Dongnhuquynh90@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2024

Ngày duyệt bài: 14.11.2024