

sức và chăm sóc người bệnh sau mổ là 88,4%. Kết quả thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thanh Thảo (2021) tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình cho thấy 100% bác sĩ kiểm tra những vấn đề chính về hồi sức và chăm sóc người bệnh sau mổ [5]. Nghiên cứu của Lương Thị Thoa (2018), Có 52/1.010 (5,1%) sau phẫu thuật các phẫu thuật viên không có lưu ý gì cho phòng hồi tỉnh. Nguyên nhân do các ca phẫu thuật này là phẫu thuật loại 3, phương pháp trừ đau là gây tê vùng. không có gì đặc biệt cần lưu ý và không cần chuyển về phòng hồi tỉnh [6].

V. KẾT LUẬN

Bác sĩ gây mê, bác sĩ phẫu thuật, điều dưỡng tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương đã thực hiện tuân thủ tốt hầu hết các nội dung của bảng kiểm ATPT. Tuy nhiên vẫn còn một số nội dung thực hiện tuân thủ chưa cao cần phải được khắc phục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Woodman N., Walker I.** World Health Organization Surgical Safety Checklist. World Fed

- Soc Anesthesiol ATOTW. 2016; 325.
2. **Walker I.A., Reshamwalla S., Wilson I.H.** Surgical safety checklists: do they improve outcomes?. Br J Anaesth. 2012; 109, (1), 47-54.
3. **Lyons V.E., Popejoy L.L.** Meta-analysis of surgical safety checklist effects on teamwork, communication, morbidity, mortality, and safety. West J Nurs Res. 2014; 36, (2), 245-261.
4. **Tadesse Girma, Lidya Gemechu Mude, Azmeraw Bekele.** Utilization and Completeness of Surgical Safety Checklist with Associated Factors in Surgical Units of Jimma University Medical Center, Ethiopia. International Journal of General Medicine. 2022; 15-2022, 7781-7788
5. **Phạm Thanh Thảo, và cộng sự.** Đánh giá việc tuân thủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật tại Khoa phẫu thuật hồi sức bệnh viện Chấn thương chỉnh hình. 2021.
6. **Lương Thị Thoa, Nguyễn Thị Lan Phương, Đặng Quang Dũng, Đặng Hoàng Nga.** Đánh giá sự tuân thủ thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật tại khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2018; 4, (1), 64-71.
7. **Phan Thị Dung, Phạm Thị Vân.** Đánh giá kết quả thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp. Tạp chí Y học thảm họa và Bông. 2021; Số 3-2021, 57-63.

TÌNH HÌNH ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA THAI NGOÀI TỬ CUNG CHƯA VỠ BẰNG METHOTREXATE ĐƠN LIỀU TẠI 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 trường hợp cấp cứu hay gặp trong sản khoa, mặc dù ngày nay có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, nhưng thai ngoài tử cung vẫn là mối đe dọa có thể gây tử vong cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị nội khoa chữa ngoài tử cung tại khoa Sản – 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 TNTC chưa vỡ và được điều trị bằng methotrexate tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long thời gian từ 07/2022- 08/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu chúng tôi là 90,38%, thất bại 9,62%. Có 05 trường hợp thất bại trong đó: 03 trường hợp thai ngoài tử cung vỡ, 02 trường hợp thai ngoài tử cung sảy qua loa. Hầu hết các trường hợp thất bại đều được điều trị thành công với phẫu thuật nội soi,

lượng máu từ 350 - 400 ml. Thời gian β hCG trở về âm tính trung bình là $27,08 \pm 8,62$ ngày và không ghi nhận tác dụng phụ nặng trên bệnh nhân. **Kết luận:** Điều trị nội khoa thai ngoài tử cung chưa vỡ bằng methotrexate đạt hiệu quả cao với tỷ lệ thành công là 90,38%, ít tác dụng phụ, an toàn cho bệnh nhân. **Từ khóa:** thai ngoài tử cung, methotrexate, β hCG.

SUMMARY

THE STATUS OF SINGLE-DOSE METHOTREXATE MEDICAL TREATMENT FOR UNRUPTURED ECTOPIC PREGNANCY AT VINH LONG GENERAL HOSPITAL IN 2022–2023

Background: Ectopic pregnancy (EP) is a common obstetric emergency. Despite advances in diagnosis and treatment, ectopic pregnancy remains a potentially fatal threat to women of reproductive age. **Objective:** To evaluate the outcomes of medical treatment for ectopic pregnancy at the Obstetrics Department, Vinh Long General Hospital, during 2022–2023. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on all patients diagnosed with unruptured ectopic pregnancy who were treated with methotrexate at Vinh Long General Hospital from 07/2022 to 08/2023. **Results:** The success rate in our study was 90.38%, with a

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: 13.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

failure rate of 9.62%. Among the five failure cases, three were due to ruptured ectopic pregnancies, and two cases involved tubal abortion. Most failures were successfully managed with laparoscopic surgery, with blood loss ranging from 350–400 ml. The average time for β HCG levels to return to negative was 27.08 ± 8.62 days, with no severe side effects reported in patients. **Conclusions:** Medical management of unruptured ectopic pregnancy with methotrexate was highly effective, with a success rate of 90.38%, minimal adverse effects, and safety for patients. **Keywords:** ectopic pregnancy, methotrexate, β HCG.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai ngoài tử cung (TNTC) là trường hợp cấp cứu hay gặp trong sản khoa. 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 [1].

Hiện nay việc ứng dụng điều trị thai ngoài tử cung chưa vỡ bằng Methotrexate đơn liều đạt tỷ lệ thành công cao. Đây là phương pháp điều trị không can thiệp vào vòi tử cung, bảo tồn chức năng sinh sản cho người bệnh. Theo Grigoriu (2022), điều trị nội khoa thai ngoài tử cung rất an toàn, hiệu quả, kinh tế hơn so với phẫu thuật, khả năng bảo tồn chức năng sinh sản trong tương lai tương tự như phẫu thuật nội soi bảo tồn. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Lê Ngọc Hải Yến tại Bệnh viện Phụ sản Hùng Vương có 152 trường hợp thai ngoài tử cung từ 01/01/2018 đến 30/06/2018 dùng phác đồ methotrexate đơn liều với tỷ lệ thành công là 88,2%. Từ đó đến nay phương pháp này được áp dụng ngày càng rộng rãi. Để có cái nhìn chuyên sâu hơn về vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị nội khoa thai ngoài tử cung tại Khoa Sản – Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long năm 2022 – 2023 [7], [10].

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 và được điều trị bằng MTX đơn liều tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long thời gian từ 07/2022- 08/2023.

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 mUI/ml.

Siêu âm ngã âm đạo: Buồng tử cung rỗng, cạnh tử cung có khối hình nhẵn (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 [5]. 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: Tuổi trung bình, số lần sinh, sử dụng biện pháp tránh thai, tiền sử phẫu thuật.

Mối liên quan giữa kết quả điều trị nội khoa thai ngoài tử cung với một số đặc điểm như kích thước khối thai, dịch túi cùng, nồng độ β hCG ban đầu và sự thay đổi nồng độ β hCG ngày 7 so với ngày 4.

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. 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%

Số lần sinh thì đối tượng nghiên cứu chưa sanh lần nào chiếm tỷ lệ 30,72%, sanh 1 lần 24,96%, sanh từ 2 lần trở lên chiếm tỷ lệ nhiều nhất 44,32%.

Đa số các trường hợp không sử dụng biện pháp tránh thai với tỷ lệ 94,08%, có 1 trường hợp có sử dụng biện pháp ngừa thai khẩn cấp chiếm tỷ lệ 1,92% và 2 trường hợp sử dụng dụng cụ tử cung chiếm tỷ lệ khoảng 3,84%.

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

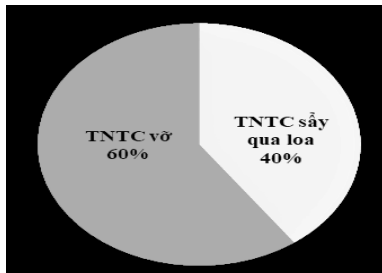
khoảng 11,54%. Mổ thai ngoài tử cung có 4 trường hợp chiếm tỷ lệ 7,96%, các trường hợp không mổ ghi nhận chiếm tỷ lệ 68,96%.

3.2. Tình hình điều trị nội khoa thai ngoài tử cung chưa vỡ bằng methotrexate

Bảng 1. Kết quả điều trị nội khoa bằng methotrexate

Kết quả điều trị	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thành công	47	90,38
Thất bại	5	9,62
Tổng	52	100

Nhận xét: Kết quả điều trị thành công trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ 90,38%, thất bại chiếm tỷ lệ 9,62%.



Biểu đồ 1. Các trường hợp thai ngoài tử cung điều trị nội khoa thất bại

Nhận xét: Trong 5 trường hợp thất bại: thai ngoài tử cung sảy qua loa 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 40%, 3 trường hợp TNTC vỡ chiếm tỷ lệ 60%.

Bảng 2. Đặc điểm các trường hợp thai ngoài tử cung điều trị thất bại

Đặc điểm	Tần số (n=5)	Tỷ lệ (%)
Đường kính khối thai	< 25 mm	2
	≥ 25 mm	3
Nồng độ β hCG (mUI/ml)	500 - < 1000	1
	1000 - 3500	2
	3500 - < 5000	2
Số liều MTX	1 liều	3
	2 liều	2
Nồng độ Progesterone (ng/ml)	5 - < 15	3
	> 15	2
Lượng máu mất	< 300 ml	0
	350 - 400 ml	5
Phương pháp phẫu thuật	Phẫu thuật nội soi	5
Truyền máu trong lúc mổ	Có	0
	Không	5

Nhận xét: Trong 5 trường hợp thất bại điều trị, tập trung nhiều nhất ở các trường hợp có đường kính túi thai ≥ 25 mm (tỷ lệ 60%), nồng độ β hCG > 1000 mUI/ml chiếm tỷ lệ 80%, nồng độ progesterone > 5 ng/ml đa số thất bại điều trị. Các trường hợp thất bại được điều trị thành

công bằng phẫu thuật nội soi, lượng máu mất 350 - 400 ml và không có trường hợp nào cần truyền máu.

Bảng 3. Thời gian β hCG trở về âm tính

Thời gian	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
14 - < 21 ngày	5	10,64
21 - ≤ 28 ngày	20	63,84
> 28 Ngày	12	25,52
Tổng	47	100
Trung bình	27,08 ± 8,62 ngày	
Nhanh nhất	14 ngày	
Chậm nhất	62 ngày	

Nhận xét: Có 5 trường hợp thất bại phải chuyển sang phẫu thuật nên tổng số bệnh nhân theo dõi còn 47. Thời gian trở về âm tính trung bình là 27,08 ± 8,62 ngày, nhanh nhất là 14 ngày, chậm nhất là 62 ngày.

Bảng 4. Số liều điều trị methotrexate

Số liều	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Một	30	55,77
Hai	17	34,82
Ba	5	9,62
Tổng	52	100

Nhận xét: Số liều điều trị MTX 1 liều chiếm tỷ lệ 55,77%, 2 liều chiếm tỷ lệ 34,82%, 3 liều chiếm tỷ lệ 9,62%.

Bảng 5. Tác dụng phụ của methotrexate

Triệu chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đau đầu	Có	17
	Không	35
Buồn nôn, nôn	Có	18
	Không	34
Tổng	52	100

Nhận xét: Tác dụng phụ của MTX trong nghiên cứu đau đầu chiếm tỷ lệ 32,69%, buồn nôn, nôn chiếm tỷ lệ 34,62%.

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]. 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 tiền căn số con trong nghiên cứu, chưa sanh hay sanh 1 con chiếm tỷ lệ lần lượt là 30,72% và 24,96%, có sự tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Trinh Thức chưa sanh chiếm tỷ lệ khoảng 33,33%, sanh 1 lần chiếm tỷ lệ khoảng 29,88% [4]. Nhưng nhìn chung tỷ lệ chưa đủ con trong nghiên cứu chúng tôi cũng cao vì vậy bệnh nhân có nguyện vọng điều trị nội khoa bằng MTX để bảo vệ VTC duy trì khả năng sinh sản. Mặt khác về chỉ định y khoa trên những đối tượng này là hoàn toàn phù hợp. Hầu hết các nghiên cứu đều cho kết quả tương tự nhau. Tuy nhiên việc điều trị nội khoa TNTC chưa vỡ có ý nghĩa quan trọng đối với mọi bệnh nhân nói chung và đặc biệt là nhóm phụ nữ chưa đủ con. Điều trị nội khoa TNTC giúp bệnh nhân tránh được tai biến của vô cảm, tai biến của cuộc phẫu thuật đồng thời bảo tồn được VTC, giúp cải thiện tương lai sản khoa của phụ nữ tốt hơn.

Về tiền sử kế hoạch hóa gia đình đa số các trường hợp không sử dụng các biện pháp tránh thai chiếm tỷ lệ khoảng 94,08%, dụng cụ tử cung chiếm tỷ lệ khoảng 3,84%, thuốc ngừa thai khẩn cấp chiếm tỷ lệ khoảng 1,92%. Gần tương đồng với nghiên cứu của Lê Hoàng Tín đặt dụng cụ tử cung và thuốc ngừa thai khẩn cấp là 2,9% [5]. Dụng cụ tử cung làm tăng nguy cơ thai ngoài tử cung nếu thất bại, nếu đặt dụng cụ tử cung không vô khuẩn sẽ làm tăng nguy cơ viêm VTC và nội mạc tử cung. Cũng như khi sử dụng thuốc ngừa thai khẩn cấp làm giảm nhu động VTC tăng nguy cơ TNTC. Nên tư vấn các biện pháp kế hoạch hóa gia đình ở vùng nông thôn để giảm nguy cơ thai ngoài ý muốn [9].

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%. Tỷ lệ tiền sử TNTC tương đồng nghiên cứu của Lê Hoàng Tín là 7,1% về tiền sử mổ lấy thai của chúng tôi là 23,08% cao hơn trong nghiên cứu của Lê Hoàng Tín là 2,9% [5]. 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 [6], [9].

4.2. Tình hình điều trị nội khoa thai ngoài tử cung chưa vỡ bằng methotrexate.

Hiện nay có nhiều phác đồ điều trị nội khoa TNTC chưa vỡ gồm phác đồ đơn liều, liều đôi, và đa liều cho tỷ lệ thành công cao. Nhưng phác đồ đơn liều vẫn được áp dụng rộng rãi trong tất cả các tỉnh thành trong cả nước, cụ thể trong những năm gần đây có rất nhiều nghiên cứu kết quả điều trị nội khoa TNTC đơn liều ở Việt Nam cho tỷ lệ thành công cao. Trong đó kết quả điều trị thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 47 trường hợp chiếm tỷ lệ 90,38%, thất bại 5 trường hợp chiếm tỷ lệ 9,62%. Tỷ lệ điều trị TNTC trong nghiên cứu chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong nước mặc dù cỡ mẫu nghiên cứu có khác nhau. Nhìn chung kết quả điều trị nội khoa TNTC chưa vỡ đơn liều của các nghiên cứu có tỷ lệ thành công cao từ 88,2 - 92,8%. Vì vậy sử dụng phương pháp đơn liều sẽ giảm tác dụng phụ của MTX cho bệnh nhân [4], [6], [9].

Đặc điểm các trường hợp thất bại trong nghiên cứu chúng tôi: 3 trường hợp thai ngoài tử cung vỡ, 2 trường hợp TNTC sảy qua loa đau bụng nhiều. Tất cả các trường hợp thất bại đang nằm viện theo dõi đều được chỉ định mổ nội soi và lượng máu mất từ 350 - 400 ml, không có trường hợp nào truyền máu.

Thời gian β hCG trở về âm tính trung bình là $27,08 \pm 8,62$ ngày, nhanh nhất là 14 ngày, chậm nhất là 62 ngày, cao hơn nghiên cứu của Lê Hoàng Tín trung bình $22,8 \pm 6,757$ ngày, nhanh nhất là 7 ngày, chậm nhất là 35 ngày, vì nồng độ β hCG trong nghiên cứu chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất 42,34% từ 3500 - 5000 mUI/ml, và có sử dụng MTX liều thứ 3 (tỷ lệ 9,62%) trong khi nghiên cứu của Lê Hoàng Tín nồng độ β hCG <1000 mUI/ml chiếm tỷ lệ cao nhất 57,1% và chỉ sử dụng tối đa 2 liều [5]. Theo Phan Thị Thanh Hiền thời gian theo dõi trung bình của nhóm điều trị 1 liều là 15 ngày, 2 liều là 21,5 ngày, 3 liều là 32,5 ngày [2]. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi về thời gian theo dõi β hCG trở về âm tính phù hợp với nghiên cứu trong nước, số liều MTX lặp lại càng nhiều thì thời gian theo dõi càng lâu.

Số liều Methotrexate trong nghiên cứu chúng tôi là 1 liều chiếm tỷ lệ 55,77%, 2 liều chiếm tỷ lệ 34,82%, 3 liều chiếm tỷ lệ 9,62%, so với nghiên cứu của Huỳnh Trinh Thức 1 liều 76,36%, 2 liều 23,64%, không có trường hợp nào sử dụng liều thứ 3 [4]. Số liều điều trị MTX trong nghiên cứu chúng tôi 2 liều, 3 liều cao hơn so với các nghiên cứu trong nước do nồng độ β hCG từ 3500 - < 5000 mUL/ml chiếm 21,16%. Tuy vậy các tác dụng phụ MTX trong nghiên cứu chúng tôi gặp chủ yếu là đau đầu chiếm tỷ lệ 32,69%, buồn nôn, nôn chiếm tỷ lệ 34,62%. Các tác dụng phụ đáp ứng với thuốc chống nôn và giảm đau thông thường (Acetaminophen 0,5g), chỉ thoáng qua và không ghi nhận các trường hợp nào vì tác dụng phụ của MTX mà ngưng điều trị. Tương đồng trong nghiên cứu của Lê Hoàng Tín tác dụng phụ thường gặp là đau bụng và chán ăn. Theo Barnhart K (2003) sử dụng phác đồ đơn liều methotrexate để điều trị TNTC chưa ghi nhận những tác dụng phụ gì nặng nề trên bệnh nhân. Dùng phác đồ đơn liều với liều MTX tối đa 3 liều an toàn cho bệnh nhân ở những trường hợp có mức nồng độ β hCG < 5000mUL/ml [8].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu chúng tôi là 90,38%, thất bại 9,62%. Có 05 trường hợp thất bại trong đó: 03 trường hợp thai ngoài tử cung vỡ, 02 trường hợp thai ngoài tử cung sảy qua loa. Hầu hết các trường hợp thất bại đều được điều trị thành công với phẫu thuật nội soi, lượng máu từ 350 - 400 ml. Thời gian β hCG trở về âm tính trung bình là $27,08 \pm 8,62$ ngày và không ghi nhận tác dụng phụ nặng trên bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai Trọng Dũng** (2014), "Nhận xét kết quả điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2013", Tạp chí Phụ sản 2014, 12(02), tr. 44-47.
2. **Phạm Thị Thanh Hiền** (2012), "Đánh giá kết quả điều trị chữa ngoài tử cung chữa vỡ bằng Methotrexate tại Bệnh viện Phụ sản trung ương", Tạp chí Phụ sản 4/2012, 10(2), tr.184-189.
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 Thức** (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. **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.
6. **Phan Văn Tự, Lê Minh Toàn** (2012), "Tìm Hiểu Một Số Yếu Tố Nguy Cơ Trong Thai Ngoài Tử Cung Bệnh Viện Trung Ương Huế", Tạp chí Phụ sản tháng 7 năm 2012, Tập 10 (số 3), tr. 159-161.
7. **Lê Ngọc Hải Yến** (2020), "Đơn liều 50mg/m² Methotrexate trong điều trị thai ngoài tử cung ở bệnh viện Hùng Vương", Tạp chí Phụ sản, 18(2).
8. **Barnhart K., Gabriella G., and Mary S. Rachel A.** (2003), "The management of ectopic pregnancy: A meta-analysis comparing "single dose" and multidose regimen", Obstetric and Gynecology, 101, pp.778 - 84.
9. **Barnhart KT, Sammel MD, Clarisa SD** (2006), "Risk factors of ectopic pregnancy in women with symptomatic firsttrimester pregnancies", Fertil Steril.
10. **Grigoriu, C., Bohiltea, R. E., Mihai, B. M., Zugravu, C. A., Furtunescu, F., Georgescu, T. A., & Munteanu, D. I.** (2022), "Success rate of methotrexate in the conservative treatment of tubal ectopic pregnancies", Experimental and Therapeutic Medicine, 23(2), pp: 1-7.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHIẾU TIA PLASMA LẠNH TĂNG SINH MÔN CHO SẢN PHỤ SAU SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2024

Phó Thị Quỳnh Châu¹, Phạm Thị Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả chiếu tia Plasma lạnh tăng sinh môn cho sản phụ sau sinh tại khoa Sản thường, Bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2024. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả

cắt ngang trên 238 sản phụ sinh thường tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, nằm tại khoa Sản thường, từ 01/01/2024 đến 30/04/2024 thực hiện chiếu Plasma lạnh tăng sinh môn lần đầu trong 24 giờ đầu sau sinh. Theo dõi tình trạng sản phụ trước và sau khi chiếu tia Plasma lạnh tăng sinh môn. **Kết quả:** Chiếu tia Plasma lạnh tăng sinh môn làm thay đổi có ý nghĩa thống kê về tình trạng tăng sinh môn trước và sau khi chiếu tia Plasma lạnh: Tỷ lệ sản phụ bị sưng, nề, đỏ giảm từ 16% xuống còn 4,6%; đau rát vết khâu tăng sinh môn giảm từ 40,5% xuống 5,1%. Tỷ lệ thâm tím và phù nề sau sinh cũng giảm sau khi chiếu tia Plasma lạnh tăng sinh môn từ 2,5% xuống 0,8% và 3,4%

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phó Thị Quỳnh Châu

Email: ptquynhchau73@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024