

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm VAS của bệnh nhân giảm đáng kể so với trước phẫu thuật ở thời điểm 24h, 1 tháng và 12 tháng với $P < 0,001$. Điểm MacNab của bệnh nhân sau mổ chủ yếu ở mức độ rất tốt và tốt, không có bệnh nhân nào ở mức xấu. Trong nghiên cứu của Robinson và cộng sự¹⁰ trên 102 bệnh nhân, sau khi tạo hình thân đốt sống bằng bơm xi măng có bóng, điểm VAS cũng giảm đáng kể sau 24h là $2,3 \pm 2,2$, sau 6 tháng là $1,4 \pm 0,9$ so với trước phẫu thuật là $7,5 \pm 1,3$. Trong nghiên cứu của Nguyễn Đình Hoà⁶, các bệnh nhân sau bơm xi măng cũng cải thiện đáng kể theo thang điểm MacNab chủ yếu ở mức tốt và rất tốt chiếm 89,2%.

Một lợi thế rất lớn của bơm xi măng có bóng so với bơm xi măng không bóng là cải thiện được chiều cao của thân đốt sống. Trong nghiên cứu của Nguyễn Đình Hoà⁶, chiều cao của đốt sống được cải thiện sau bơm xi măng có bóng là $3,7^\circ$, còn của Boszczyk là 2° , của Xiong là 8° .

V. KẾT LUẬN

Tạo hình thân đốt sống bằng bơm xi măng sinh học có bóng đối với bệnh nhân xẹp đốt sống ngực do loãng xương mang lại hiệu quả lâm sàng đáng kể, là phương pháp an toàn giúp cải thiện chiều cao đốt sống và giảm tỉ lệ biến chứng rò xi măng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mothe AJ, Tator CH. Advances in stem cell therapy for spinal cord injury. J Clin Invest. 2012;122(11):3824-3834.
2. Kendler DL, Bauer DC, Davison KS, et al.

Vertebral Fractures: Clinical Importance and Management. The American Journal of Medicine. 2016;129(2):221.e1-221.e10.

3. Baaj AA, Downes K, Vaccaro AR, Uribe JS, Vale FL. Trends in the treatment of lumbar spine fractures in the United States: a socioeconomic perspective: clinical article. J Neurosurg Spine. 2011;15(4):367-370.
4. Jo DJ, Kim YS, Kim SM, Kim KT, Seo EM. Clinical and radiological outcomes of modified posterior closing wedge osteotomy for the treatment of posttraumatic thoracolumbar kyphosis. J Neurosurg Spine. 2015;23(4):510-517.
5. Munting E. Surgical treatment of post-traumatic kyphosis in the thoracolumbar spine: indications and technical aspects. Eur Spine J. 2010;19 Suppl 1:S69-73.
6. Dinh-Hoa Nguyen et al. Safety of balloon kyphoplasty in the treatment of thoracic osteoporotic vertebral compression fractures in Vietnamese patients. Clin Orthop Surg. 2020 Jun;12(2):209-216.
7. Boszczyk BM, Bierschneider M, Hauck S, Beisse R, Potulski M, Jaksche H. Transcostovertebral kyphoplasty of the mid and high thoracic spine. Eur Spine J. 2005;14(10):992-999.
8. Ge J, Cheng X, Li P, Yang H, Zou J. The clinical effect of kyphoplasty using the extrapedicular approach in the treatment of thoracic osteoporotic vertebral compression fracture. World Neurosurg 2019;131:e284-e289.
9. Hulme PA, Krebs J, Ferguson SJ, Berlemann U. Vertebroplasty and kyphoplasty: a systematic review of 69 clinical studies. Spine (Phila Pa 1976) 2006;31(17):1983-2001.
10. Robinson Y, Tschoke SK, Stahel PF, Kayser R, Heyde CE. Complications and safety aspects of kyphoplasty for osteoporotic vertebral fractures: a prospective follow-up study in 102 consecutive patients. Patient Saf Surg 2008;2:2

ĐIỀU TRỊ CHỨA NGOÀI TỬ CUNG CHƯA VỠ BẰNG METHOTREXATE ĐƠN LIỀU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VĨNH PHÚC

Phạm Huy Hiền Hào¹, Nguyễn Văn Lãi², Ngô Toàn Anh³,
Nguyễn Quang Minh³, Đỗ Thị Hằng Nga³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị của bệnh nhân chữa ngoài tử cung chưa vỡ bằng Methotrexate đơn liều và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2022 – 2024. **Đối tượng và**

phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên 98 bệnh nhân được chẩn đoán là chữa ngoài tử cung được điều trị bằng Methotrexate đơn liều của bệnh viện từ ngày 01/5/2022 đến hết ngày 30/4/2024; Tiêu chuẩn chọn lựa: Có nồng độ β -hCG trước điều trị ≤ 5000 IU/l; kích thước khối thai ngoài tử cung $\leq 3,5$ cm trên siêu âm, không có hoạt động tim thai, huyết động ổn định. **Kết quả:** Tỷ lệ cộng dồn điều trị methotrexate thành công: 1 mũi thành công: 67,3%; 2 mũi: 87,8%; 3 mũi: 92,9%. Nồng độ β -hCG < 1000 IU/l có tỷ lệ điều trị thành công đạt 97,1%, 1000 - < 2000 IU/l: 87,5%; 2000 – 5000 IU/l: 78,6%. Kích thước khối chưa $< 1,5$ cm có kết quả điều trị thành công chiếm 98,2%; 1,5 - < 3 : 89,5%. Không có dịch cùng độ có tỷ lệ điều trị thành công chiếm 98,0%; ≤ 15 mm: 91,2%; > 15 mm: 80,0%. **Kết luận:** Điều trị

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

³Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Huy Hiền Hào

Email: phienhao@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 12.2.2025

chửa ngoài tử cung bằng Methotrexate đơn liều là tương đối hiệu quả với tỷ lệ thành công có liên quan tới các yếu tố chọn lựa ban đầu như nồng độ β -hCG, kích thước khối chửa trên siêu âm, dịch ổ bụng. **Từ khóa:** chửa ngoài tử cung, methotrexate đơn liều.

SUMMARY

MANAGEMENT OF UNRUPTURED ECTOPIC PREGNANCY WITH SINGLE-DOSE METHOTREXATE AT VINH PHUC PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and subclinical characteristics of unruptured ectopic pregnancy patients treated with single-dose Methotrexate at Vinh Phuc Provincial General Hospital from 2022 to 2024, and to evaluate the treatment outcomes of these patients. **Subjects and Methods:** A retrospective study was conducted on 98 patients diagnosed with ectopic pregnancy and treated with single-dose Methotrexate from May 1, 2022, to April 30, 2024; selective criteria: initial β -hCG levels ≤ 5000 IU/l and an ectopic pregnancy mass $\leq 3,5$ cm on ultrasound, hemodynamic stability, no fetal cardiac activity. **Results:** The accumulative success rate of treatment: one dose: 67,3%; double dose: 87,8%, triple dose 92.9%. Patients with initial β -hCG levels < 1000 IU/l had a success rate of 97.1%, 1000 - < 2000 IU/l: 87.5%; 2000 - 5000 IU/l: 78,6%. For a ectopic pregnancy mass size on ultrasound: < 1.5 cm the success rate was 98.2%; 1,5 - < 3 cm: 89.5%. The absence of cul-de-sac fluid on ultrasound was associated with a success rate: 98.0% ; ≤ 15 mm: 91.2%; > 15 mm: 80.0%. **Conclusion:** Single-dose Methotrexate is a relatively effective treatment for ectopic pregnancy, a success rate related with initial selective factors as β -hCG levels, ectopic pregnancy mass sizes on ultrasound, and intraabdominal fluid.

Keywords: ectopic pregnancy, single-dose Methotrexate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ngoài tử cung (CNTC) là một cấp cứu trong sản khoa nếu chẩn đoán muộn và điều trị không kịp thời sẽ đe dọa tới tính mạng. Phác đồ methotrexate "đơn liều" được thực hiện với liều lượng 50 mg trên m² diện tích bề mặt cơ thể; phác đồ "đa liều" bao gồm 1mg trên kg methotrexate, xen kẽ với 0,1mg trên kg leucovorin, cho tới đa bốn liều của mỗi loại thuốc. Tỷ lệ thành công của điều trị nội khoa tương đương với phẫu thuật, với những lợi thế bổ sung là tránh được nguy cơ gây mê và phẫu thuật trong khi vẫn duy trì khả năng sinh sản. Người đầu tiên tiến hành điều trị CNTC bằng MTX là Tanaka T. thực hiện năm 1982 đạt tỷ lệ thành công là 83% [1,2]. Ở Việt Nam, năm 2011, Nguyễn Thị Bích Thủy tiến hành nghiên cứu so sánh điều trị MTX đơn liều và đa liều cho 172 bệnh nhân, mỗi nhóm 86 bệnh nhân, tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, tỷ lệ thành công của nhóm

đơn liều đạt 86% và nhóm đa liều đạt 90,7% [3]. Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Vinh Phúc bắt đầu điều trị nội khoa chửa ngoài tử cung, để đánh giá nhằm mục đích củng cố và nâng cao chất lượng điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với: **Mục tiêu:** "Nhận xét kết quả điều trị của bệnh nhân chửa ngoài tử cung chửa vỡ bằng Methotrexate đơn liều và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vinh Phúc năm 2022 – 2024".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Các trường hợp được chẩn đoán là chửa ngoài tử cung được điều trị bằng Methotrexate đơn liều tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vinh Phúc có bệnh án lưu trữ tại Phòng Kế hoạch Tổng hợp của bệnh viện từ ngày 01/5/2022 đến hết ngày 30/4/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các trường hợp được chẩn đoán xác định là chửa ngoài tử cung
+ Được điều trị bằng phác đồ Methotrexate đơn liều.

+ Có nồng độ β -hCG trước điều trị ≤ 5000 IU/l.

+ Kích thước khối thai ngoài tử cung $\leq 3,5$ cm trên siêu âm, không có hoạt động tim thai.

+ Huyết động ổn định

Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ không ghi chép đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

- Các trường hợp khối thai không ở vòi tử cung như chửa trong ổ bụng, buồng trứng, buồng tử cung, ống cổ tử cung...

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

Cỡ mẫu và chọn mẫu. Theo công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{1-\alpha \frac{p(1-p)}{(\epsilon.p)^2}}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu của đối tượng CNTC điều trị MTX

α : mức ý nghĩa thống kê, $\alpha = 0,05$ thì hệ số giới hạn tin cậy = 1,96

p: tỷ lệ điều trị MTX thành công trên bệnh nhân CNTC là 87% theo Cohen và các cộng sự nghiên cứu năm 2013 [4].

ϵ : là tỷ lệ sai lệch ($\epsilon = 0,055$)

Từ công thức trên tính được số đối tượng nghiên cứu tối thiểu là $n = 97$ đối tượng.

Trên thực tế, nghiên cứu lấy được 98 bệnh nhân CNTC điều trị bằng MTX đơn liều trong tổng bệnh nhân CNTC tại bệnh viện đa khoa Tỉnh Vinh Phúc năm 2022 - 2024.

Phác đồ MTX đơn liều: Tiêm bắp MTX liều

50mg/m² da hoặc 1 mg/kg cân nặng.

Định lượng nồng độ β-hCG vào ngày thứ 4 và ngày thứ 7 sau tiêm thuốc, nếu nồng độ βhCG ngày thứ 7 giảm > 15% so với ngày thứ 4, lâm sàng ổn định thì tiếp tục theo dõi hàng tuần cho đến khi nồng độ βhCG < 15 IU/l, siêu âm khối chứa biến mất.

Chỉ định tiêm liều 2 khi nồng độ hCG ngày thứ 7 giảm chậm < 15%, giữ nguyên hoặc tăng lên so với ngày thứ 4, người bệnh được giữ lại viện theo dõi tiếp. Sau 1 tuần định lượng βhCG và siêu âm lại, đánh giá và xử trí như trên.

Chỉ định tiêm liều 3 như đối với liều 2.

Trước mỗi lần tiêm thuốc người bệnh được thử lại công thức máu, đánh giá chức năng gan, thận. Khoảng cách giữa hai đợt tiêm thuốc là 7 ngày.

Kết quả điều trị

Tiêu chuẩn thành công: Lâm sàng ổn định, bệnh nhân hồi phục tốt sau điều trị, ra viện không phải phẫu thuật. Nồng độ β-hCG trở về < 15 IU/l. Siêu âm thấy khối chứa biến mất hoặc nhỏ hơn so với trước điều trị.

Tiêu chuẩn thất bại: Có dấu hiệu vỡ khối thai: Đau tăng lên, choáng, sốc, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt. Khám thấy có phản ứng thành bụng, thăm âm đạo cùng đồ sau đây và đau chói. Siêu âm thấy kích thước khối thai cạnh tử cung tăng lên, dịch cùng đồ tăng lên. Nồng độ β-hCG sau tiêm không giảm hoặc tăng lên sau tiêm 3 mũi. Có dấu hiệu ngộ độc MTX phải ngừng điều trị. Phải chuyển sang điều trị bằng phương pháp khác.

Đạo đức trong nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu được Hội đồng Y đức của Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc thông qua và cho phép tiến hành tại Bệnh viện. Tất cả các bệnh nhân đều được nghiên cứu trên bệnh án vì vậy không có can thiệp trực tiếp trên người bệnh. Các thông tin của người bệnh được mã hóa, giữ bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin của đối tượng nghiên cứu		Số lượng	Tỷ lệ
Nhóm tuổi	Dưới 20 tuổi	3	3,1
	20 - 35 tuổi	72	73,5
	Trên 35 tuổi	23	23,5
	Trung bình ± ĐLC (GTLN – GTNN)	30,8 ± 6,4 (19 - 48)	
Tiền sử	Đặt dụng cụ tử cung	20	20,4
	Viêm đường sinh dục	68	69,4

phụ khoa	Nạo hút thai	39	39,8
	Chứa ngoài tử cung	13	13,1
	Không có tiền sử phụ khoa	33	33,7

Độ tuổi trung bình của CNTC là 30,8 ± 6,4 (cao nhất 45 tuổi, nhỏ nhất 19 tuổi). Nhóm tuổi chiếm đa số là trong nhóm từ 20 - 35 tuổi chiếm tỷ lệ 73,5%. Số bệnh nhân có tiền sử viêm đường sinh dục chiếm tỷ lệ cao nhất 69,4%, thấp nhất là tiền sử chứa ngoài tử cung với 13,1%.

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng của ĐTNC (n=98)

Triệu chứng cơ năng	Số lượng	Tỷ lệ
Chậm kinh	60	61,2
Ra máu âm đạo	85	86,7
Đau bụng vùng hạ vị	52	53,1
Chậm kinh + ra máu	30	30,6
Chậm kinh + đau bụng	40	40,8
Ra máu + đau bụng	47	48,0
Chậm kinh+đau bụng+ra máu	20	20,4

Trong 3 triệu chứng chậm kinh, đau bụng âm ỉ hạ vị và ra máu âm đạo, số bệnh nhân có triệu chứng ra máu chiếm tỷ lệ cao nhất 86,7%.

Bảng 3. Kết quả điều trị chứa ngoài tử cung bằng MTX đơn liều

Kết quả cộng dồn	Số liều	1 mũi	2 mũi	3 mũi
	Thành công	n	66	86
%		67,3	87,8	92,9
Thất bại	n	32	12	7
	%	32,7	12,2	7,1

Phương pháp điều trị chứa ngoài tử cung bằng MTX đơn liều đạt tỷ lệ thành công là 92,9%, thất bại 7,1%. Không có trường hợp nào bị ngộ độc thuốc phải ngừng điều trị.

Bảng 4. Mối liên quan giữa số liều MTX và tỷ lệ điều trị thành công

Kết quả	Số liều	1 mũi	2 mũi	3 mũi	Tổng
	Thành công	n	66	20	5
%		95,7	87,0	83,3	92,9
Thất bại	n	3	3	1	7
	%	4,3	13,0	16,7	7,1

$\chi^2=2,84, p>0,05$

Trong nhóm điều trị thành công, nhóm tiêm 1 mũi chiếm tỷ lệ cao nhất với 95,7%, tiếp theo là nhóm tiêm 2 mũi với 87,0% và nhóm tiêm 3 mũi có tỷ lệ điều trị thành công thấp nhất là 83,3%.

Bảng 5. Mối liên quan giữa nồng độ β-hCG và kết quả điều trị

Nồng độ β-hCG (IU/l)		Kết quả		Tổng số
		Thành công	Thất bại	
< 1000	n	66	2	68
	%	97,1	2,9	100,0

1000 - < 2000	n	14	2	14
	%	87,5	12,5	100,0
2000 - 5000	n	11	3	16
	%	78,6	21,4	100,0
Tổng số	n	91	7	98
	%	92,9	7,1	100,0

$\chi^2=6,1, p<0,05$

Với nhóm bệnh nhân có β hCG < 1000 IU/l, tỷ lệ điều trị thất bại thấp nhất trong các nhóm với 2,9%. Nhóm bệnh nhân có β hCG từ 1000 đến dưới 2000 IU/l tỷ lệ điều trị thất bại tăng lên là 12,5%. Nhóm bệnh nhân có β hCG từ 2000 - 5000 IU/l, tỷ lệ thất bại cao nhất lên tới 21,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa kích thước khối chứa và kết quả điều trị

Kích thước khối chứa trên siêu âm (cm)		Kết quả		Tổng số
		Thành công	Thất bại	
< 1,5	n	57	1	58
	%	98,3	1,7	100,0
1,5 - < 3	n	34	4	38
	%	89,5	10,5	100,0
3 - 3,5	n	0	2	2
	%	0,0	100,0	100,0
Tổng số	n	91	7	98
	%	92,9	7,1	100,0

$\chi^2=29,2, p<0,01$

Kích thước khối chứa < 1,5 cm có 58/98 bệnh nhân điều trị thành công đạt tỷ lệ 98,3%. Nhóm có kích thước khối chứa từ 3 - 3,5 cm có 2/98 bệnh nhân thì đều thất bại. Sự khác biệt về tỷ lệ điều trị thành công ở các nhóm có kích thước khối chứa khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bảng 7. Mối liên quan giữa dịch cùng đồ và kết quả điều trị

Độ dày dịch cùng đồ (mm)		Kết quả		Tổng số
		Thành công	Thất bại	
Không có dịch	n	48	1	49
	%	98,0	2,0	100,0
≤15	n	31	3	34
	%	91,2	8,8	100,0
>15	n	12	3	15
	%	80,0	20,0	100,0
Tổng số	n	91	7	98
	%	92,9	7,1	100,0

$\chi^2=5,8, p<0,05$

Nhóm không có dịch cùng đồ có tỷ lệ điều trị thành công cao nhất với 98,0%, nhóm dịch cùng đồ ≤ 15 mm có tỷ lệ thành công 91,1% và nhóm có dịch cùng đồ > 15 mm có tỷ lệ điều trị thành công thấp nhất với 80,0%. Sự khác nhau về tỷ lệ thành công ở các nhóm có độ dày dịch đồ khác

nhau có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu chỉ có 13 trường hợp có tiền sử CNTC chiếm tỷ lệ rất thấp nhất 13,1% (Bảng 1). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tú (2020) với các trường hợp có tiền sử CNTC chiếm 10% [5]. Những đối tượng này khi được điều trị nội khoa sẽ bảo tồn được vòi tử cung nếu còn nguyên vọng sinh đẻ và tránh được nguy cơ dính tử các cuộc mổ trước.

Kết quả điều trị nội khoa bằng MTX và các yếu tố liên quan

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kết quả điều trị CNTC bằng MTX đơn liều đạt tỷ lệ thành công là 92,9% và thất bại 7,1% (Bảng 3). Kết quả này phù hợp với kết quả của các nghiên cứu khác. Trên thế giới, tỷ lệ điều trị thành công của Stovall (1993) là 94,2%, Lipscomb (2005) là 90% [6,7]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Bùi Thị Thu Trang (2021), tỷ lệ thành công chung của phương pháp điều trị bằng MTX đơn liều là 86,7% [8]. Trong số 98 trường hợp mà chúng tôi nghiên cứu tất cả các trường hợp để được điều trị MTX với liều 50 mg/2ml tiêm bắp cho bệnh nhân, không có trường hợp nào bị ngộ độc thuốc phải ngừng điều trị.

Trong nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ thành công của từng nhóm như sau: (1) Nhóm tiêm 1 mũi tỷ lệ thành công là 95,7%; (2) Nhóm tiêm 2 mũi tỷ lệ thành công là 87,0%; (3) Nhóm tiêm 3 mũi tỷ lệ thành công là 83,3% (Bảng 4), kết quả này phù hợp với các nghiên cứu Bùi Thị Thu Trang (2021), tỷ lệ thành công chung của phương pháp điều trị bằng MTX đơn liều là 86,7% trong đó 1 mũi MTX là 80%, 2 mũi MTX là 13,33%, 3 mũi MTX là 6,67% [8]. Kết quả khác nhau giữa các tác giả do sự khác nhau về địa điểm và thời gian nghiên cứu và cũng phù hợp với xu hướng điều trị CNTC chưa vỡ bằng MTX chỉ dùng 1 liều đơn hiện nay. Trong nhóm dùng một liều, 14,5% phụ nữ cần dùng nhiều hơn một liều methotrexate. Trong nhóm dùng nhiều liều, 53,5% đã dùng bốn liều trở lên.

Xét nghiệm định lượng nồng độ β -hCG huyết thanh là một xét nghiệm quan trọng để khẳng định có thai hay không và là điều kiện để xét điều trị nội khoa. Trong tất cả các người bệnh nghiên cứu CNTC được lựa chọn điều trị nội khoa bằng MTX đơn liều, nhóm bệnh nhân có nồng độ β -hCG trước điều trị < 1000 IU/l có tỷ lệ điều trị thành công cao nhất với 97,1%, thất bại chỉ 2,9%, nhóm bệnh nhân có nồng độ β -hCG từ 1000 - < 2000 IU/l có 85,7% điều trị thành công

và 14,3% điều trị thất bại. Nhóm bệnh nhân có β -hCG từ 2000 - 5000 IU/l có tỷ lệ điều trị thất bại cao 18,8% và điều trị thành công thấp 81,2% (Bảng 5). Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả cao hơn một số nghiên cứu do có khoảng nồng độ β -hCG của các bệnh nhân nghiên cứu thấp hơn. Mỗi liên quan giữa nồng độ β -hCG ban đầu và kết quả điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nồng độ β -hCG càng thấp tỷ lệ thành công càng cao và ngược lại. Trong nghiên cứu của chúng tôi có trường hợp nồng độ β -hCG cao nhất 3420 IU/l được chỉ định phương pháp điều trị MTX đơn liều có kích thước khối chứa tăng lên, kết quả điều trị thất bại và phải chuyển sang phẫu thuật nội soi. Chính vì vậy, nồng độ β -hCG là yếu tố quan trọng liên quan chặt chẽ đến tỷ lệ thành công của thuốc.

Bảng 8: So sánh tỷ lệ điều trị chứa ngoài tử cung thành công bằng methotrexate tương ứng với nồng độ β -hCG

B-hCG trước điều trị (IU/l)	Tỷ lệ thành công (%)	
	Aviad Cohen [4]	Phạm Huy Hiền Hào [11]
0-500	96,2	97,1
500-1000	93,9	
1000-1500	90,7	87,5
1500-2000	88,4	
2000-2500	75,7	78,6
2500-3500	75,0	
3500-4500	72,7	
>4500	65,5	
Tổng	87,0	92,9

Kích thước khối chứa trên siêu âm trước khi điều trị đóng vai trò rất quan trọng trong việc lựa chọn người bệnh điều trị nội khoa. Chính vì vậy, kích thước khối chứa có mối liên quan chặt chẽ đến kết quả điều trị. Nhóm bệnh nhân có kích thước khối chứa < 1,5 cm có điều trị thành công đạt tỷ lệ 98,3%. Nhóm có kích thước khối chứa từ 1,5 - < 3 cm có kết quả điều trị thành công là 89,5%. Nhóm có kích thước khối chứa từ 3 - 3,5 cm có kết quả điều trị không thành công (Bảng 6). Kết quả này cho thấy tỷ lệ thành công ở các nhóm có kích thước khối chứa khác nhau có sự khác biệt và mối liên hệ này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này chứng tỏ kích thước khối chứa càng nhỏ thì tỷ lệ thành công càng cao và ngược lại.

Tỷ lệ thành công của nhóm không có dịch cùng đồ là 98,0%, tỷ lệ thành công của nhóm dịch cùng đồ ≤ 15 mm là 91,2% và nhóm có dịch cùng đồ >15 mm tỷ lệ thành công là 80,0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Bảng 7). Kết quả này cho thấy bệnh nhân có dịch cùng đồ càng nhiều nguy cơ vỡ

khối chứa cao hơn, đau tăng lên, vì vậy tỷ lệ điều trị thành công thấp hơn. Kết quả trên cùng phù hợp với thực tế lâm sàng, người bệnh được chẩn đoán sớm chưa có dịch cùng đồ trên siêu âm được ưu tiên điều trị nội khoa. Trong nghiên cứu của Tanaka, Stovall và Ling, Nguyễn Văn Học đều lựa chọn các bệnh nhân siêu âm không có dịch cùng đồ [2, 6, 9]. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây của Lipscomb H, Banhart K cho rằng lượng dịch ở cùng đồ sau không phải là chống chỉ định của điều trị nội khoa [7, 10].

V. KẾT LUẬN

Điều trị chứa ngoài tử cung bằng Methotrexate đơn liều là tương đối hiệu quả, nồng độ β hCG, kích thước khối chứa, độ dày dịch cùng đồ càng lớn thì nguy cơ thất bại điều trị càng tăng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Keff G. and Wale D. (1994), "The medical treatment of unruptured ectopic pregnancy: An extended clinical trial", J reprod Med.Fertil, 48- 752.
2. Tanaka T., Hayyashi K., Utsuzawa T., et al (1982), "Treatment of interstitial ectopic pregnancy with methotrexate: report of a successful case", Fertil Steril, 37, 851.
3. Nguyễn Thị Bích Thủy (2011), Nghiên cứu điều trị CNTC chứa vỡ bằng Methotrexate đơn liều và đa liều tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Luận văn bác sĩ chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Aviad Cohen, Liat Zakar, Yaron Gil, et al (2014), "Methotrexate success rates in progressing ectopic pregnancies: a reappraisal", American journal of obstetrics gynecology, 211(2), 128. e1-128. e5.
5. Nguyễn Văn Tú (2020), Nghiên cứu kết quả điều trị chứa ngoài tử cung bằng methotrexate tại bệnh viện Sản nhi Vĩnh Phúc, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Thomas G Stovall and Frank W Ling (1993), "Single-dose methotrexate: an expanded clinical trial", American journal of obstetrics gynecology, 168(6), 1759-1765.
7. Gary H Lipscomb, Vanessa M Givens, Norman L Meyer, et al (2005), "Comparison of multidose and single-dose methotrexate protocols for the treatment of ectopic pregnancy", American journal of obstetrics gynecology, 192(6), 1844-1847.
8. Bùi Thị Thu Trang, Nguyễn Thanh Hà, Trần Thanh Hương và các cộng sự. (2021), "Đánh giá kết quả điều trị chứa ngoài tử cung chứa vỡ bằng methotrexat đơn liều", Journal of 108-Clinical Medicine Pharmacy, 16(4), 1039.
9. Nguyễn Văn Học (2004), Nghiên cứu sử dụng methotrexat trong điều trị chứa ngoài tử cung chứa vỡ tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, Luận văn Tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
10. Kurt Barnhart, Christos Coutifaris and Melissa Esposito (2001), "The pharmacology of methotrexate", Expert Opinion on pharmacotherapy, 2(3), 409-417.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CỦA CÁC BỆNH NHÂN THAI NGOÀI TỬ CUNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐỊNH NĂM 2023

Trần Thị Thu Hường¹, Ngô Văn Thịnh²,
Nguyễn Tuấn Minh³, Nguyễn Thị Tâm Lý⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật ở các bệnh nhân thai ngoài tử cung (TNCT) được điều trị tại bệnh viện phụ sản Nam Định. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 183 bệnh nhân thai ngoài tử cung được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ điều trị thai ngoài tử cung bằng phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mổ mở lần lượt là 92,3% và 7,7%. Tỷ lệ bảo tồn được vòi tử cung là 4,4%. Tất cả bệnh nhân đều có khối chứa nằm trên vòi tử cung, tỷ lệ khối chứa ở đoạn bóng là 79,2%, đoạn eo, 13,7%, đoạn loa vòi 5,5% và đoạn kẽ là 1,6%. 81,5% bệnh nhân khi phẫu thuật đều đã có tình trạng vỡ khối chứa. 84,7% bệnh nhân mất máu < 500ml, tỷ lệ truyền máu là 12%, trong đó 2% bệnh nhân cần truyền ≥ 3 đơn vị máu. **Kết luận:** Phần lớn các trường hợp thai ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ sản Nam Định được điều trị bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng, 4,4% bệnh nhân bảo tồn được vòi tử cung sau mổ. Vị trí khối chứa thường gặp nhất là đoạn bóng vòi tử cung với tỷ lệ 79,2%. 15,3% bệnh nhân có lượng máu mất > 500ml, tỷ lệ cần truyền máu là 12%.

Từ khóa: Thai ngoài tử cung, phẫu thuật nội soi, Bệnh viện Phụ sản Nam Định

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT FOR ECTOPIC PREGNANCY PATIENTS TREATED AT NAM DINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2023

Objective: To describe some surgical characteristics of patients with ectopic pregnancy treated at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective study on 183 patients with ectopic pregnancy who underwent surgery at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2023 to December 2023. **Results:** The proportion of patients treated with laparoscopic surgery was 92.3%, while 7.7% underwent laparotomy. The rate of salpingostomy was 4.4%. All patients presented with ectopic pregnancies located in the fallopian tube. The distribution of ectopic pregnancies by anatomical site was as follows:

ampullary segment (79.2%), isthmic segment (13.7%), infundibular segment (5.5%), and interstitial segment (1.6%). At the time of surgery, 81.5% of patients had experienced tubal rupture. Blood loss of less than 500 mL was observed in 84.7% of cases, and the blood transfusion rate was 12%, with 2% of patients requiring ≥ 3 units of blood. **Conclusion:** The majority of ectopic pregnancies at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital were managed via laparoscopic surgery, with a tubal preservation rate of 4.4%. The ampullary segment was the most common site of ectopic pregnancy, accounting for 79.2% of cases. Blood loss was more than 500 mL in 15.3% of patients, and 12% required blood transfusion.

Keywords: Ectopic pregnancy, laparoscopy, Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai ngoài tử cung (TNCT) là một cấp cứu sản khoa nguy hiểm, là bệnh lý gây tử vong mẹ thường gặp nhất trong 3 tháng đầu thai kỳ với tỷ lệ 4-6% [1]. Bệnh lý này xảy ra khi phôi thai làm tổ ngoài buồng tử cung, thường gặp nhất tại vòi tử cung, dẫn đến nguy cơ vỡ khối chứa và xuất huyết nội nghiêm trọng nếu không được chẩn đoán và can thiệp kịp thời. Phương pháp điều trị TNCT hiện nay bao gồm phẫu thuật nội soi, phẫu thuật mổ ổ bụng, và điều trị nội khoa bằng methotrexate. Trong đó, phẫu thuật nội soi được ưu tiên nhờ ưu thế ít xâm lấn, giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện và bảo tồn khả năng sinh sản. Tuy nhiên, việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng, kích thước, vị trí khối chứa, nồng độ β-hCG cũng như kỹ năng của phẫu thuật viên.

Bệnh viện Phụ sản Nam Định là bệnh viện hạng II chuyên ngành sản phụ khoa hoạt động từ năm 1987 với quy mô 250 giường, mỗi năm có khoảng 200 bệnh nhân TNCT nhập viện điều trị. Nhằm đánh giá đúng tình trạng, nâng cao hiểu biết, chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật TNCT phù hợp với tình hình thực tế tại tỉnh Nam Định, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật ở các bệnh nhân TNCT được điều trị tại Bệnh viện phụ sản Nam Định năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: - Bệnh nhân được chẩn đoán thai ngoài tử cung
- Được can thiệp phẫu thuật điều trị tại Bệnh

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện Phụ sản Nam Định

³Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

⁴Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec:

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tâm Lý

Email: nguyentamly@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2025

Ngày duyệt bài: 12.2.2025