

thuật là $42,86 \pm 11,59$ phút, ngắn nhất là 30 phút và dài nhất là 60 phút. Đa số bệnh nhân có thời gian nằm viện là 3 ngày (21 bệnh nhân, chiếm 50%), thời gian nằm viện trung bình là $2,83 \pm 0,98$, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 6 ngày. Về mức độ đau cho thấy có 20 bệnh nhân đau ít chiếm 47,6%, 19 bệnh nhân đau vừa sau mổ chiếm 45,2% và 3 bệnh nhân đau nhiều chiếm 7,1%. Kết quả xuất viện 100% bệnh nhân đều ghi nhận khỏi bệnh, không có trường hợp nào phải mổ lại hoặc chuyển tuyến. Đánh giá chung có 40 bệnh nhân ghi nhận kết

quả điều trị tốt: chiếm tỷ lệ 95,24% và 2 trường hợp kết quả trung bình chiếm 4,76%, ngoài ra không ghi nhận trường hợp nào kém, thất bại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Chung** (2018), Đánh giá kết quả điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật Milligan-Morgan tại bệnh viện Thái Nguyên, Đại học Y Thái Nguyên.
2. **Hà Văn Quyết, Phạm Đức Tuấn** (2020), Bài Giảng Bệnh học ngoại khoa, NXB Y học, Hà Nội.
3. **Nguyễn Đức Trọng** (2018), Đánh giá kết quả điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật Milligan-Morgan tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA CÁC BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2022 - 2023

Võ Thị Quỳnh¹, Đào Thị Hoa²,
Trần Thị Dung³, Nguyễn Tuấn Minh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân phẫu thuật chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2022-2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu 205 hồ sơ bệnh nhân được chẩn đoán chữa ngoài tử cung và được điều trị phẫu thuật tại khoa Phụ Sản bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 7/2022 đến tháng 12/2023 nhằm phân tích đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân trên. **Kết quả:** Đa số trường hợp phối hợp từ 2/3 triệu chứng kinh điển trở lên, đau cùng đồ khi thăm khám có tỷ lệ gặp cao nhất với 65,4% và 2,9% trường hợp có dấu hiệu sốc. Siêu âm phát hiện khối không điển hình phổ biến nhất với 67,3%. Trong các dấu hiệu điển hình, siêu âm có túi noãn hoàng chiếm tỷ lệ cao nhất (15,2%). Khối trên siêu âm lớn hơn 3cm chiếm phần lớn (75,1%). Đa số trường hợp ghi nhận có dịch ổ bụng trên siêu âm đường bụng trước mổ (85,4%). Kích thước khối thai càng lớn có liên quan đến nồng độ β -hCG càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,002<0,05$. Kích thước khối thai càng lớn có liên quan đến mức độ thiếu máu nặng hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,032<0,05$. **Kết luận:** Trong đó phối hợp cả 3 triệu chứng đau, ra máu âm đạo và chậm kinh chiếm tỷ lệ cao nhất (42,4%). Siêu âm phát hiện khối không điển hình phổ biến nhất với

67,3%. Kích thước khối thai càng lớn có liên quan đến nồng độ β -hCG càng cao và mức độ thiếu máu nặng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. **Từ khóa:** Chữa ngoài tử cung, lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERGOING SURGERY FOR ECTOPIC PREGNANCY AT THANH NHAN HOSPITAL IN 2022-2023

Objective: Describe the clinical and subclinical characteristics of patients undergoing surgery for ectopic pregnancy at Thanh Nhan Hospital in 2022-2023. **Research method:** Cross-sectional, retrospective study of 205 patient records diagnosed with ectopic pregnancy and treated surgically at the Department of Obstetrics and Gynecology, Thanh Nhan Hospital from July 2022 to December 2023 to analyze the clinical and subclinical characteristics of the above patients. **Results:** Most cases had a combination of 2/3 or more classic symptoms, with pain in the sacrum during examination having the highest rate of 65.4% and 2.9% of cases showing signs of shock. Ultrasound detected the most common atypical mass with 67.3%. Among the typical signs, ultrasound showed yolk sac with the highest rate (15.2%). The majority of cases had masses larger than 3cm on ultrasound (75.1%). Most cases had abdominal fluid on preoperative abdominal ultrasound (85.4%). The larger the size of the gestational mass was associated with higher β -hCG concentrations, the difference was statistically significant with $p=0.002<0.05$. The larger the size of the gestational mass was associated with more severe anemia, the difference was statistically significant with $p=0.032<0.05$. **Conclusion:** In which, the combination of all 3 symptoms of pain, vaginal

¹Bệnh viện Sản nhi Nghệ An

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

³Bệnh viện Thanh Nhàn

⁴Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Minh

Email: tuanminh0306@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 11.3.2025

bleeding and delayed menstruation accounted for the highest rate (42.4%). Ultrasound detected the most common atypical mass with 67.3%. The larger the size of the gestational mass was associated with higher β -hCG concentrations and more severe anemia, the difference was statistically significant with $p < 0.05$.

Keywords: Ectopic pregnancy, clinical characteristics, subclinical characteristics

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, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trong ba tháng đầu.¹ Mặc dù những năm gần đây nhờ áp dụng siêu âm đầu dò âm đạo, định lượng β hCG huyết thanh, nội soi chẩn đoán nên CNTC ngày càng được chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả nhưng tỷ lệ thai ngoài tử cung có xu hướng ngày càng tăng cao do đó CNTC vẫn là thách thức đối với công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản của hầu hết các nước trên thế giới. Đối với các trường hợp nặng, CNTC vỡ chảy máu ồ ạt hoặc chẩn đoán sai, chẩn đoán muộn, nguy cơ tử vong cho người bệnh là rất lớn². Phẫu thuật nội soi trong sản phụ khoa đã được áp dụng tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ năm 2015 và đạt được nhiều thành tựu. Tuy nhiên hiện tại chưa có công trình nghiên cứu nào về vấn đề CNTC tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Nhằm đóng phần chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân chửa ngoài tử cung kịp thời và hiệu quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân phẫu thuật CNTC tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 7/2022 đến tháng 12/2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán chửa 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.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Được chẩn đoán chửa ngoài tử cung và được phẫu thuật
- Kết quả mô bệnh học bệnh phẩm sau mổ có gai rau và tế bào nuôi.
- Có hồ sơ, bệnh án lưu trữ với đầy đủ thông tin cần nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh án không ghi đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.
- Thai ngoài tử cung được mổ ở tuyến khác chuyển đến vì bất cứ lý do gì.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Mẫu thuận tiện. Chúng tôi lấy toàn bộ bệnh án đủ điều kiện từ ngày 01 tháng 07 năm 2022 đến ngày 31 tháng 12 năm 2023, có hồ sơ lưu trữ tại phòng kế hoạch tổng hợp bệnh viện Thanh Nhàn.

2.3. Xử lý số liệu. Sau khi thu thập đầy đủ thông tin, số liệu được làm sạch, mã hóa và xử lý theo các thuật toán thống kê y học với phần mềm xử lý SPSS 20.0.

- Test χ^2 để khảo sát các mối liên quan của các yếu tố nghiên cứu.

- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

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

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 205 bệnh nhân phẫu thuật, 183 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi chiếm 89.2%

3.1. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân chửa ngoài tử cung

Bảng 3.1. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân chửa ngoài tử cung

Triệu chứng thực thể	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	21	10,2
Chậm kinh	8	3,9
Ra máu âm đạo	3	1,5
Chậm kinh + ra máu	10	4,9
Đau bụng + chậm kinh	50	24,4
Đau bụng + ra máu âm đạo	26	12,7
Đau bụng + chậm kinh + ra máu âm đạo	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 âm đạo và chậm kinh chiếm tỷ lệ cao nhất (42,4%).

3.2. Triệu chứng thực thể của bệnh nhân chửa ngoài tử cung

Bảng 3.2. Triệu chứng thực thể của bệnh nhân chửa ngoài tử cung

Triệu chứng thực thể	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có phản ứng thành bụng	25	12,2
Tử cung to	113	55,1
Khối hạ vị	87	42,4
Cùng đồ đau	134	65,4
Sốc mất máu	6	2,9

Nhận xét: Thăm khám đau cùng đồ có tỷ lệ gặp cao nhất với 65,4% trường hợp. Có 6 trường

hợp (2,9%) có dấu hiệu sốc lúc thăm khám vào viện.

3.3. Đặc điểm khối thai ngoài tử cung trên siêu âm

Bảng 3.3. Đặc điểm khối thai ngoài tử cung trên siêu âm

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khối điển hình	Có phôi+tim thai	15	7,3
	Có phôi+chưa có tim thai	21	10,2
	Có túi noãn hoàng	31	15,2
Khối không điển hình		138	67,3
Kích thước	<3 cm	51	24,9
	≥3cm	154	75,1
Dịch ổ bụng	Có	175	85,4
	Không	30	14,6

Nhận xét: Siêu âm phát hiện khối không điển hình phổ biến nhất với 67,3%. Trong các dấu hiệu điển hình, siêu âm có túi noãn hoàng chiếm tỷ lệ cao nhất (15,2%). Khối trên siêu âm lớn hơn 3cm chiếm phần lớn (75,1%). Đa số trường hợp ghi nhận có dịch ổ bụng trên siêu âm đường bụng trước mổ (85,4%)

3.4. Liên quan kích thước khối thai và β -hCG

Bảng 3.4. Liên quan kích thước khối thai và β -hCG

Phân loại β -hCG (mUI/ml)	Kích thước (n/%)		Tổng	p
	<3 cm	≥ 3cm		
<1000	21 (58,3)	15 (41,7)	36	0,002
1000 - 3000	13 (24,1)	41 (75,9)	54	
3000 - 5000	10 (16,1)	52 (83,9)	62	
>5000	7 (13,2)	46 (86,8)	53	
Tổng	51	154	205	

Nhận xét: Kích thước khối thai càng lớn có liên quan đến nồng độ β -hCG càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,002<0,05$.

3.5. Liên quan kích thước khối thai và tình trạng thiếu máu trước mổ

Bảng 3.5. Liên quan kích thước khối thai và tình trạng thiếu máu trước mổ

Phân loại kích thước khối thai	Tình trạng thiếu máu (n/%)		Tổng	p
	Không/ít	Trung bình/nặng		
<3cm	39 (76,5)	12 (23,5)	51	<0,032
≥ 3cm	51 (33,1)	103 (66,9)	154	
Tổng	90	115		

Nhận xét: Kích thước khối thai càng lớn có liên quan đến mức độ thiếu máu nặng hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,032 <0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân có TNTC

- Triệu chứng cơ năng: Tỷ lệ cao của tam chứng kinh điển chậm kinh, đau bụng, ra máu

âm đạo được ghi nhận khá tương đồng với nghiên cứu của Ranji và cs (2018) với 27,7%³ và tác giả Nguyễn Đức Anh 34,9% trường hợp⁴. Đau bụng thường ở tại vị trí thai làm tổ, quy chiếu theo vị trí vòi trứng thường nằm ở hạ vị lệch về 1 phía. Khác với đau bụng do dọa sảy thai (đau do co thắt tử cung, thường đau giữa vùng hạ vị), khi khối thai chưa vỡ, tính chất đau do khối thai làm tổ ở VTC, nguyên bào nuôi xâm lấn vào thành VTC phá vỡ các cấu trúc thành VTC làm căng giãn thanh mạc VTC gây đau. Khi khối thai vỡ, cảm giác đau có dịu hơn nhưng khi lượng máu chảy vào ổ bụng đủ lớn, gây kích thích phúc mạc, tùy mức độ chảy máu mà vùng đau và mức độ đau cũng thay đổi.

- Triệu chứng thực thể: Việc phát hiện khối bất thường qua thăm khám rất có giá trị trong chẩn đoán, tuy nhiên, việc thăm khám phụ thuộc vào kích thước khối chứa, tình trạng gây béo của bệnh nhân, lượng máu trong ổ bụng và kinh nghiệm của bác sĩ. Một khối cạnh tử cung hoặc đám nề không rõ khối hoặc đám nề nhưng ấn đau là một dấu hiệu lâm sàng có giá trị gợi ý cho chẩn đoán sớm TNTC. Tần suất của triệu chứng cùng đồ đau trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao với 65,4% trường hợp. Biểu hiện này khá đặc trưng khi có dịch viêm hoặc máu trong khoang phúc mạc, bệnh nhân rất đau khi đụng vào cùng đồ sau nơi thấp nhất của ổ phúc mạc, và có xu hướng gạt tay bác sĩ.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng bệnh nhân có TNTC

- Siêu âm: Siêu âm là một xét nghiệm cận lâm sàng đầu tay do tính dễ tiếp cận và có giá trị cao trong đánh giá sơ bộ tình trạng ổ bụng ở các bệnh nhân đau bụng vào cấp cứu nói chung, và các bệnh nhân định hướng TNTC nói riêng. Tương tự kết quả của chúng tôi, các tác giả khác đều cho thấy xu hướng hình ảnh không điển hình chiếm tỷ lệ cao hơn. Nguyễn Duy Ánh nghiên cứu trên 191 bệnh nhân TNTC ghi nhận, trên siêu âm, có 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%). Hình ảnh thai và tim thai chỉ ghi nhận ở 15,2%⁵. Xu hướng ghi nhận hình ảnh không điển hình nhiều hơn có thể do ngày nay việc chẩn đoán TNTC và can thiệp đang dần trở nên sớm hơn. Do vậy các hình ảnh rõ ràng của túi thai ở thời điểm muộn ít được quan sát thấy trên siêu âm.

- β -hCG: β -hCG định lượng cung cấp rất nhiều thông tin cho bác sĩ lâm sàng. Ở một số trường hợp không rõ vị trí, tương quan giữa β -hCG và hình ảnh sẽ giúp nhận định sơ bộ thai ở trong hay ngoài tử cung. Đào Nguyên Hùng và

cs cho thấy nồng độ trung bình của β -hCG ở nhóm TNTC (3161,5 mUI/ml) thấp hơn nhóm thai trong tử cung (39185,8 mUI/ml) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$)⁶. Nồng độ cao β -hCG ở bệnh nhân có thai ngoài tử cung cũng gợi ý thai đã ở tuần tuổi lớn hơn do đó chỉ định nội khoa bảo tồn ít được cân nhắc, thay vào đó phẫu thuật sẽ được ưu tiên hơn. Cuối cùng với định lượng β -hCG nhiều lần giúp nhận biết các trường hợp thai đang thoái triển khi chỉ số này giảm dần qua các lần đo.

V. KẾT LUẬN

- Đa số trường hợp có phôi hợp tử 2/3 triệu chứng kinh điển trở lên, trong đó phôi hợp cả 3 triệu chứng đau, ra máu âm đạo và chậm kinh chiếm tỷ lệ cao nhất (42,4%).
- Thăm khám đau cùng đồ có tỷ lệ gặp cao nhất với 65,4% trường hợp.
- Siêu âm phát hiện khối không điển hình phổ biến nhất với 67,3%. Đa số trường hợp ghi nhận có dịch ổ bụng trên siêu âm đường bụng trước mổ (85,4%).
- Kích thước khối thai càng lớn có liên quan đến nồng độ β -hCG càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,002 < 0,05$.
- Kích thước khối thai càng lớn có liên quan

đến mức độ thiếu máu nặng hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,032 < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhang S, Liu J, Yang L, Li H, Tang J, Hong L. Global burden and trends of ectopic pregnancy: An observational trend study from 1990 to 2019. PLOS ONE. 2023;18(10):e0291316. doi:10.1371/journal.pone.0291316
2. Thân Ngọc Bích (2010). Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị chữa 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.
3. Takeda A, Manabe S, Mitsui T, Nakamura H. Spontaneous ectopic pregnancy occurring in the isthmus portion of the remnant tube after ipsilateral adnexectomy: report of two cases. J Obstet Gynaecol Res. 2006;32(2):190-194. doi:10.1111/j.1447-0756.2006.00385.x
4. Nguyễn Đức Anh, Nghiên cứu xử trí chữa 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, 2016.
5. Nguyễn Duy Anh. Nhận xét các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, quý IV năm 2017. J 108 - Clin Med Pharmac. Published online March 15, 2022. doi:10.52389/ydls.v17i2.1157
6. Đào Nguyễn Hùng, Luận án Tiến sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội, 2021. Nghiên cứu vai trò của một số dấu ấn sinh học trong chẩn đoán chữa ngoài tử cung.

KẾT QUẢ THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM Ở CÁC CẶP VỢ CHỒNG MANG GEN THALASSEMIA TẠI TRUNG TÂM HTSS & CÔNG NGHỆ MÔ GHÉP BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Ngọc Dung¹, Nguyễn Thị Hạnh¹, Nguyễn Thanh Hoa¹,
Đào Thị Thuý Phượng¹, Nguyễn Mạnh Hà¹, Nguyễn Khang Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng phôi, kết quả PGT và tỷ lệ có thai ở các cặp vợ chồng mang gen Thalassemia. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu các cặp vợ chồng mang gen Thalassemia làm thụ tinh trong ống nghiệm kết hợp với xét nghiệm PGT- A và PGT- M tại Trung tâm HTSS và CNMG - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 05/2022 – 06/2024. **Kết quả:** 26 cặp vợ chồng mang gen bệnh α -thalassemia (20 cặp) hoặc β -thalassemia (6 cặp) tham gia nghiên cứu với 134 phôi làm PGT- A có 57,5% phôi không bị lệch bội NST và 42,5% phôi lệch bội từ 1 NST đến >4 NST, phôi chất lượng tốt (độ

1, 2) có tỉ lệ lệch bội thấp hơn phôi chất lượng thấp (độ 3) ($p < 0,05$). Sau khi làm PGT- A có 89 phôi sàng lọc gen Thalassemia 26,5% phôi không mang gen bệnh, 73,5% phôi mang ít nhất một gen bệnh (đồng hợp tử hoặc dị hợp tử). Không có mối liên hệ rõ ràng giữa chất lượng phôi và tình trạng di truyền ($p > 0,05$). Tỷ lệ có thai (beta hCG dương tính) là 22/29 chu kì chuyển phôi. Tỷ lệ có thai cao nhất ở nhóm dưới 35 tuổi, giảm mạnh khi tuổi mẹ tăng ($p < 0,05$). Hai nhóm phôi chuyển (dị hợp tử hoặc không mang gen bệnh) đều cho thấy tỷ lệ có thai tương tự nhau ($p > 0,05$). **Kết luận:** Quá trình thụ tinh trong ống nghiệm ở các cặp vợ chồng mang gen Thalassemia, tuổi mẹ và chất lượng phôi là hai yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến khả năng mang thai thành công. Trong khi tình trạng di truyền (dị hợp tử hoặc không mang gen) dường như không ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công của thai kỳ. **Từ khóa:** Thalassemia, PGT- A, PGT-M, TTON

SUMMARY

IVF OUTCOMES IN COUPLES CARRYING THALASSEMIA GENES AT THE ASSISTED

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Dung

Email: lengocdung254@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025