

quả điều trị ung thư tuyến tiền liệt di căn bằng liệu pháp ức chế Androgen." Tạp chí Y học Việt Nam 507.2 (2021).

9. **Kaisary, A. V., et al.** "Comparison of LHRH analogue (Zoladex) with orchiectomy in patients with metastatic prostatic carcinoma." British journal of urology 67.5 (1991): 502-508.

10. **Choueiri, Toni K., et al.** "Time to prostate-specific antigen nadir independently predicts overall survival in patients who have metastatic hormone-sensitive prostate cancer treated with androgen - deprivation therapy." Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society 115.5 (2009): 981-987.

KẾT QUẢ XỬ TRÍ ĐIỀU TRỊ CHỮA NGOÀI TỬ CUNG TÁI PHÁT Ở NGƯỜI BỆNH CÓ TIỀN SỬ PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG

Mai Trọng Hưng¹, Trần Trung Kiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả xử trí chữa ngoài tử cung tái phát ở người bệnh có tiền sử phẫu thuật điều trị chữa ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả hồi cứu tất cả các bệnh nhân chữa ngoài tử cung từ lần hai tại vòi tử cung được điều trị tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ 01/01/2019 đến 31/12/2019, có tiền sử đã điều trị chữa ngoài tử cung. **Kết quả:** Tất cả các trường hợp chữa ngoài tử cung tái phát của chúng tôi đều được xử trí bằng phương pháp điều trị ngoại khoa, trong đó mổ nội soi là 98,31%, mổ mở là 1,69%. Điều trị chữa ngoài tử cung từ lần 2: Có 177/178 (99,44%) trường hợp phẫu thuật cắt vòi tử cung. Chỉ có duy nhất 1 trường hợp bảo tồn vòi tử cung, đây là trường hợp chữa ngoài tử cung bên đối diện và lần chữa ngoài tử cung trước đã phẫu thuật cắt vòi tử cung. Có 1,7% số bệnh nhân phải truyền máu, trường hợp truyền nhiều nhất là 2 đơn vị hồng cầu. Số ngày nằm viện trung bình của các bệnh nhân chữa ngoài tử cung tái phát là $4,5 \pm 1,8$ ngày, của phương pháp mổ mở là $5,67 \pm 1,15$ ngày, đặc biệt là phương pháp mổ nội soi là $3,32 \pm 2,43$ ngày. **Kết luận:** Xử trí chữa ngoài tử cung tái phát ở bệnh viện Phụ sản Hà Nội đối với tất cả các bệnh nhân đều được điều trị bằng phương pháp ngoại khoa, trong đó mổ nội soi là 98,31%, mổ mở là 1,69%. Cách thức phẫu thuật chủ yếu là cắt vòi tử cung bên có khối chứa (99,44%), chỉ có duy nhất 1 trường hợp bảo tồn được vòi tử cung (chiếm 0,56%). Có 1,7% trường hợp chữa ngoài tử cung tái phát phải truyền máu. **Từ khóa:** chữa ngoài tử cung tái phát; tiền sử phẫu thuật chữa ngoài tử cung tại vòi; phẫu thuật cắt vòi tử cung

SUMMARY

THE TREATMENT OUTCOMES OF ECTOPIC PREGNANCY IN PATIENTS WITH A HISTORY OF ECTOPIC PREGNANCY SURGERY

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Trọng Hưng

Email: drhung.pshn1@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 15.8.2025

Objective: Evaluate the effectiveness of the treatment methods for ectopic pregnancy from the second occurrence at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and Methods:** We conducted a retrospective cohort study on all patients with recurrent ectopic pregnancy in the fallopian tubes treated at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2019, to December 31, 2019, with a history of ectopic pregnancy treatment. **Results:** A total of 178 cases (100%) underwent surgical treatment, of which 98.31% were laparoscopic surgeries and 1.69% were open surgeries. For recurrent ectopic pregnancy treatment, 177 out of 178 cases (99.44%) underwent salpingectomy. Only one case preserved the fallopian tube, which involved an ectopic pregnancy on the opposite side, with the tube on the previous side already surgically removed. Blood transfusion was required in 1.7% of cases, with the highest amount being 2 units of red blood cells. The average hospital stay for patients with recurrent ectopic pregnancy treatment was 4.5 ± 1.8 days, with open surgery requiring 5.67 ± 1.15 days and laparoscopic surgery requiring 3.32 ± 2.43 days. **Conclusion:** All cases (100%) received surgical treatment, with 98.31% undergoing laparoscopic surgery and 1.69% undergoing open surgery. For recurrent ectopic pregnancy treatment, 177 out of 178 cases (99.44%) underwent salpingectomy, only one case preserved the fallopian tube. 1.7% of cases of recurrent ectopic pregnancy require blood transfusion.

Keywords: ectopic pregnancy; history of surgery for tubal ectopic pregnancy; salpingectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ngoài tử cung (CNTC) là một bệnh lý phụ khoa phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trong giai đoạn đầu thai kỳ. Bệnh có thể gặp ở mọi độ tuổi từ dậy thì đến mãn kinh. Đây là tình trạng cấp cứu nguy hiểm, có thể gây ra nhiều di chứng nghiêm trọng, ảnh hưởng đến sức khỏe, khả năng sinh sản, hạnh phúc gia đình, và thậm chí đe dọa tính mạng nếu không được xử lý kịp thời. Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, một trong hai bệnh viện chuyên khoa đầu ngành về Sản - Phụ khoa, luôn cập nhật các kỹ thuật mới nhất trong chẩn đoán và điều trị nhằm

chăm sóc sức khỏe toàn diện cho phụ nữ. Nhằm nghiên cứu sự khác biệt trong chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung trên những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật chữa ngoài tử cung tại vòi (chữa ngoài tử cung tái phát) so với lần đầu, góp phần nâng cao chất lượng điều trị và bảo vệ sức khỏe sinh sản cho phụ nữ, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: "*Nhận xét kết quả xử trí chữa ngoài tử cung tái phát ở người bệnh có tiền sử phẫu thuật điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân có bệnh án được chẩn đoán là chữa ngoài tử cung tái phát ở người bệnh có tiền sử phẫu thuật điều trị chữa ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội có hồ sơ lưu trữ tại phòng Kế hoạch tổng hợp từ 01/01/2019 đến 31/12/2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân có bệnh án được chẩn đoán là chữa ngoài tử cung tái phát ở người bệnh có tiền sử phẫu thuật điều trị chữa ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội đã được chẩn đoán xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh.

- Tiền sử đã điều trị chữa ngoài tử cung bằng phương pháp phẫu thuật.

- Các thông tin nghiên cứu được ghi đầy đủ trong hồ sơ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh án có kết quả giải phẫu bệnh không phải là chữa ngoài tử cung.

- Những bệnh nhân mà không có đủ thông tin cần thiết trong bệnh án.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.3. Kỹ thuật thu thập thông tin Hồi cứu số liệu của bệnh nhân có trong bệnh án của khoa Phụ ngoại theo tiêu chuẩn lựa chọn ở phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội và ghi chép lại vào phiếu thu thập thông tin theo mẫu nghiên cứu.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được thu thập và làm sạch trước khi đưa vào phân tích.

Bảng 3.2. Phương pháp điều trị và thời gian nằm viện

		Cắt VTC (n, %)	Bảo tồn (n, %)	Tổng (n)
Phương pháp phẫu thuật	Mổ nội soi	174 (98,31%)	1 (0,56%)	175
	Mổ mở	3 (1,69%)	0 (0,00%)	3
Thời gian nằm viện (ngày)	Mổ nội soi	3,32 ± 2,43 (2-7)		175
	Mổ mở	5,67 ± 1,15 (5 - 7)		3
Tổng cộng		177 (99,44%)	1 (0,56%)	178

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích trên phần mềm IBM SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội bằng phương pháp hồi cứu bệnh án của bệnh nhân chữa ngoài tử cung tái phát ở người bệnh có tiền sử phẫu thuật điều trị chữa ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội nhập viện điều trị trong khoảng thời gian từ 01/01/2019 đến 31/12/2019, có 178 trường hợp được chẩn đoán là chữa ngoài tử cung tái phát tại vòi tử cung (VTC) đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ được lấy vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Nơi ở	Hà Nội	121	68,0
	Địa phương khác	57	32,0
Nhóm tuổi (năm)	< 25	19	10,7
	25 – 30	45	25,3
	31 – 35	69	38,8
	36 – 40	33	18,5
	> 40	12	6,7
Nghề nghiệp	Tự do/Nội trợ	66	37,1
	Công nhân/Viên chức	86	48,3
	Sinh viên	2	1,1
	Nông dân	4	2,3
	Khác	20	11,2

Nhận xét: Nơi ở: Phần lớn bệnh nhân cư trú tại Hà Nội (68,0%), số còn lại đến từ các địa phương khác (32,0%).

Nhóm tuổi: Bệnh nhân chủ yếu nằm trong nhóm 31 – 35 tuổi (38,8%) và 25 – 30 tuổi (25,3%). Nhóm <25 tuổi chiếm 10,7%, nhóm 36 – 40 tuổi là 18,5%, và nhóm > 40 tuổi chiếm 6,7%.

Nghề nghiệp: Đa số bệnh nhân làm công nhân/viên chức (48,3%) hoặc lao động tự do/nội trợ (37,1%). Các nhóm khác gồm nông dân (2,3%), sinh viên (1,1%) và nghề khác (11,2%).

3.2. Phương pháp điều trị và thời gian nằm viện

Nhận xét: Tỷ lệ mổ nội soi chiếm 98,31%; mổ mở chỉ có 3 trường hợp, chiếm 1,69% và có 01 trường hợp (0,56%) mổ nội soi bảo tồn vòi tử cung. Thời gian nằm viện ở nhóm phẫu thuật nội soi ngắn hơn nhóm mổ mở.

3.3. Tình trạng khô chửa ngoài tử cung

Bảng 3.3. Tình trạng khô chửa ngoài tử cung

Đặc điểm khô chửa	CNTC tại VTC bên đối diện (n=153)	CNTC nhắc lại (n=25)	Tổng (n=178)
Khô chửa chưa vỡ	26 (16,99%)	9 (36,00%)	35 (19,66%)
Rỉ máu	102 (66,67%)	9 (36,00%)	111 (62,36%)
Khô chửa vỡ	21 (13,73%)	7 (28,00%)	28 (15,73%)
Huyết tụ thành nang	1 (0,65%)	0 (0,00%)	1 (0,56%)
Sảy qua loa	3 (1,96%)	0 (0,00%)	3 (1,69%)
Tổng cộng	153 (100,00%)	25 (100,00%)	178 (100%)

Nhận xét: Tỷ lệ khối thai ngoài tử cung chưa vỡ chiếm 19,66%. Trong nhóm thai ngoài tử cung tại vòi tử cung bên đối diện, tỷ lệ chưa vỡ là 16,99%, trong khi nhóm thai ngoài tử cung tái phát có tỷ lệ chưa vỡ là 36%. Tỷ lệ khối thai ngoài tử cung đã vỡ chiếm 15,73%. Cụ thể, trong nhóm thai ngoài tử cung tại vòi tử cung bên đối diện, tỷ lệ này là 13,73%, còn trong nhóm thai ngoài tử

cung tái phát, tỷ lệ vỡ là 28%. Khối thai ngoài tử cung rỉ máu chiếm 62,36%. Trong nhóm thai ngoài tử cung tại vòi tử cung bên đối diện, tỷ lệ khối chửa rỉ máu là 66,67%, trong khi nhóm thai ngoài tử cung tái phát có tỷ lệ 36%.

3.4. Điều trị chửa ngoài tử cung tái phát bằng phương pháp ngoại khoa và tiên sử điều trị chửa ngoài tử cung

Bảng 3.4. Điều trị chửa ngoài tử cung tái phát bằng phương pháp ngoại khoa và tiên sử điều trị chửa ngoài tử cung

Tiên sử điều trị CNTC	CNTC nhắc lại		CNTC bên đối diện	Tổng cộng
	Cắt VTC (n, %)	Bảo tồn VTC (n, %)	Cắt VTC (n, %)	n (%)
Bảo tồn VTC	1 (0,56%)	0 (0,00%)	2 (1,12%)	3 (1,68%)
Cắt VTC	23 (12,90%)	1 (0,56%)	151 (84,86%)	175 (98,32%)
Tổng cộng	24 (13,46%)	1 (0,56%)	153 (85,98%)	178 (100%)

Nhận xét: Đa số các trường hợp chửa ngoài tử cung tái phát đều phải cắt vòi tử cung, chỉ có 1 trường hợp được bảo tồn vòi tử cung chiếm 0,56%.

3.5 Lượng máu trong ổ bụng và thời gian từ khi vào viện đến khi mổ

Bảng 3.5. Lượng máu trong ổ bụng và thời gian từ khi vào viện đến khi mổ

Thời gian nhập viện	Không có máu	<50 ml	50–<100 ml	100–<500 ml	>500 ml	Tổng cộng
< 24 giờ (n=52)	12 (6,74%)	0 (0,00%)	5 (2,81%)	34 (19,10%)	1 (0,56%)	52 (29,21%)
24 – 48 giờ (n=97)	11 (6,18%)	1 (0,56%)	2 (1,12%)	72 (40,45%)	11 (6,18%)	97 (54,49%)
> 48 giờ (n=29)	6 (3,37%)	0 (0,00%)	3 (1,69%)	15 (8,43%)	5 (2,81%)	29 (16,29%)
Tổng cộng (n=178)	29 (16,29%)	1 (0,56%)	10 (5,62%)	121 (67,98%)	17 (9,55%)	178 (100%)

Nhận xét: Có 16,29% các trường hợp nghiên cứu khi mổ không có máu trong ổ bụng; trường hợp có lượng máu trong ổ bụng từ 100 đến dưới 500 ml tỷ lệ cao nhất (67,98%).

Thời gian mổ của bệnh nhân từ lúc vào viện đến lúc mổ từ 24 - 48 giờ tỷ lệ cao nhất 54,49%, trong đó lượng máu trong ổ bụng từ 100 đến 500 ml được mổ tỷ lệ 40,45%.

Thời gian mổ của bệnh nhân từ lúc vào viện đến lúc mổ < 24 giờ 29,21%, trong đó lượng máu trong ổ bụng từ 100 đến 500 ml được mổ tỷ lệ 19,1%.

Còn lại 16,29% bệnh nhân có thời gian mổ từ lúc vào viện đến lúc mổ > 48 giờ.

3.6. Lượng máu trong ổ bụng theo vị trí khô chửa

Bảng 3.6: Phân bố lượng máu trong ổ bụng theo vị trí khô chửa

Lượng máu trong ổ bụng (ml)	Đoạn kẽ (n, %)	Đoạn eo (n, %)	Đoạn loa (n, %)	Đoạn bóng (n, %)	Tổng số (n, %)
Không có máu	16 (8,99%)	0 (0%)	4 (2,25%)	9 (5,06%)	29 (16,29%)
<100	3 (1,69%)	1 (0,56%)	1 (0,56%)	6 (3,37%)	11 (6,18%)
100 - ≤500	5 (2,81%)	3 (1,68%)	8 (4,49%)	110 (61,80%)	126 (70,78%)
>500 - ≤1000	5 (2,81%)	1 (0,56%)	0 (0%)	6 (3,37%)	12 (6,74%)
Tổng số	29 (16,30%)	5 (2,80%)	13 (7,30%)	131 (73,60%)	178 (100%)

Nhận xét: Có 16,29% các trường hợp nghiên cứu khi mổ không có máu trong ổ bụng. Trường hợp có lượng máu trong ổ bụng từ 100 đến ≤ 500 ml tỷ lệ cao nhất là 70,78%, trong đó tỷ lệ này lại rất khác nhau ở các vị trí khác nhau: tại đoạn bóng chiếm 61,8%, đoạn loa: 4,49%, ở đoạn kể là 2,81% và tại đoạn eo là 1,68%. Các trường hợp có lượng máu trong ổ bụng nhỏ hơn 100 ml và từ > 500 đến ≤ 1000 ml có tỉ lệ gần tương đương nhau, lần lượt là 6,18% và 6,74%, trong đó tại đoạn bóng chiếm tỷ lệ lớn hơn cả là 3,37%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phương pháp điều trị và số ngày nằm viện. Vào năm 2019, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội ghi nhận 178 ca chữa ngoài tử cung tái phát được điều trị bằng phương pháp ngoại khoa. Trong đó, phẫu thuật nội soi chiếm tới 98,31%, chỉ có 3 ca mổ mở, tương đương 1,69%. Tỷ lệ mổ nội soi này cao hơn đáng kể so với các số liệu khác: theo Thân Ngọc Bích, tỷ lệ phẫu thuật nội soi trong chữa ngoài tử cung năm 2009 là 72,7%; so với nghiên cứu của Mai Thanh Hằng về chữa ngoài tử cung tái phát, tỷ lệ mổ nội soi đạt 58,13% thì con số tại BVPSHN cao gấp 1,7 lần; còn theo Nguyễn Thị Thủy Hà, tỷ lệ này trong điều trị ngoại khoa là 78,6%, cao hơn gần 20%¹⁻³. Điều này phản ánh xu hướng ưu tiên phẫu thuật nội soi trong chữa ngoài tử cung tại BVPSHN, nhờ vào trang thiết bị hiện đại, đội ngũ y bác sĩ và kỹ thuật viên giàu kinh nghiệm, cùng với việc chẩn đoán sớm giúp nâng cao tỷ lệ áp dụng phương pháp này.

Ngoài ra, chỉ có một trường hợp (0,56%) được thực hiện mổ nội soi bảo tồn vòi tử cung trong chữa ngoài tử cung tái phát. Tỷ lệ này thấp hơn so với nhóm mổ nội soi năm 2013 của Nguyễn Thị Thủy Hà (7,8%)³. Nguyên nhân có thể do quan điểm của các phẫu thuật viên ưu tiên loại bỏ hơn là bảo tồn các vòi tử cung bị tổn thương.

Số ngày nằm viện trung bình của các bệnh nhân điều trị chữa ngoài tử cung tái phát là $4,5 \pm 1,8$ ngày, của phương pháp phẫu thuật nội soi là $3,32 \pm 2,43$ ngày, nhỏ hơn so với số ngày nằm viện trung bình của phương pháp phẫu thuật mổ mở là $5,67 \pm 1,15$ ngày. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu của Mai Thanh Hằng, Thân Ngọc Bích và Nguyễn Thị Thủy Hà¹⁻³. Do phẫu thuật nội soi là phẫu thuật kín, được thực hiện trên những người bệnh có tình trạng huyết động bình thường, khối chữa chưa có biến chứng nhiều nên sức khỏe của người bệnh có khả năng hồi phục tốt hơn.

4.2. Tình trạng khối chữa ngoài tử cung. Nghiên cứu chỉ ra rằng 15,73% khối chữa

đã bị vỡ, với tỷ lệ vỡ ở nhóm chữa ngoài tử cung tại vòi tử cung bên đối diện là 13,73%, trong khi ở nhóm chữa ngoài tử cung tái phát, tỷ lệ này cao hơn, đạt 28%. Tình trạng khối chữa rỉ máu xuất hiện ở phần lớn bệnh nhân, chiếm 62,36%; cụ thể, trong nhóm chữa ngoài tử cung tại VTC bên đối diện, tỷ lệ rỉ máu là 66,67%, còn ở nhóm chữa ngoài tử cung tái phát, tỷ lệ này giảm xuống 36%. Khối chữa dạng huyết tụ thành nang hoặc sảy qua loa chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ và chỉ ghi nhận trong nhóm chữa ngoài tử cung tại vòi tử cung bên đối diện.

Về khối chữa chưa vỡ, tỷ lệ chung là 19,66%, với 16,99% ở nhóm chữa ngoài tử cung tại vòi tử cung bên đối diện và 36% ở nhóm chữa ngoài tử cung tái phát. Tỷ lệ này thay đổi tùy nghiên cứu: theo Mai Thanh Hằng, khối chữa chưa vỡ chiếm 69,07%, còn theo Nguyễn Thị Thủy Hà, con số này lên tới 76,1%, là mức cao nhất^{2,3}. Hiện nay, nhờ sự phổ biến của điều trị nội khoa, những trường hợp khối chữa chưa vỡ có nồng độ β hCG dưới 500 mIU/ml thường được ưu tiên điều trị bằng phương pháp này hơn.

4.3. Điều trị chữa ngoài tử cung tái phát bằng phương pháp ngoại khoa và tiên sử điều trị chữa ngoài tử cung. Trong số các ca, có 3 trường hợp, chiếm 1,68%, từng được bảo tồn vòi tử cung từ lần chữa ngoài tử cung trước. Tuy nhiên, không có trường hợp chữa ngoài tử cung tái phát nào được chọn bảo tồn thêm lần nữa. Đây là cách xử trí hoàn toàn hợp lý, bởi việc tiếp tục bảo tồn vòi tử cung đã điều trị bảo tồn một lần trước đó sẽ làm tăng nguy cơ chữa ngoài tử cung tái diễn cho bệnh nhân.

Có 1 trường hợp, chiếm 0,56%, được bảo tồn vòi tử cung trong chữa ngoài tử cung tái phát, khi kiểm tra thấy vòi tử cung bên kia đã bị cắt bỏ. Đây là biện pháp mang lại hy vọng mang thai tự nhiên cho bệnh nhân, dù họ phải chấp nhận rủi ro chữa ngoài tử cung tái phát sau này.

Ngoài ra, 174 trường hợp, chiếm 97,75%, đã cắt vòi tử cung từ lần chữa ngoài tử cung trước và lần này cắt luôn vòi tử cung còn lại. Như vậy, những bệnh nhân này hoàn toàn mất khả năng sinh sản tự nhiên. Do đó, sau phẫu thuật, các bác sĩ cần tư vấn kỹ lưỡng để họ lên kế hoạch thụ tinh trong ống nghiệm nếu muốn có con.

4.4. Truyền máu. Có 3/178 trường hợp chữa ngoài tử cung tái phát phải truyền máu, chiếm 1,7%. Trong đó có 01 trường hợp truyền 2 đơn vị khối hồng cầu. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy Hà, tỷ lệ chữa ngoài tử cung tái phát phải truyền máu là 1,8%³. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết Mai

(2,4%), tỷ lệ truyền máu của chữa ngoài tử cung tái phát giảm đi so với tỷ lệ truyền máu của chữa ngoài tử cung lần đầu⁴. Như vậy việc chẩn đoán chữa ngoài tử cung tái phát sớm hơn đã giúp cho bệnh nhân đỡ bị mất máu hơn, không phải truyền máu nhiều, tình trạng bệnh nhân không nặng nề vì vậy quá trình mổ và điều trị đỡ vất vả hơn cho bác sĩ và bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Xử trí chữa ngoài tử cung tái phát ở bệnh viện Phụ sản Hà Nội đối với tất cả các bệnh nhân đều được điều trị bằng phương pháp ngoại khoa, trong đó, phẫu thuật nội soi là 98,31%, phẫu thuật mở là 1,69%. Cách thức phẫu thuật chủ yếu là cắt vòi tử cung bên có khối chứa (99,44%), chỉ có duy nhất 1 trường hợp bảo tồn được vòi tử cung (chiếm

0,56%). Có 1,7% trường hợp chữa ngoài tử cung tái phát phải truyền máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thần 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 bác sĩ chuyên khoa cấp II, 2010.
2. **Mai Thanh Hằng** (2004), "Tình hình chữa ngoài tử cung lần 2 điều trị tại bệnh viện phụ sản Trung Ương trong 3 năm (2001 - 2003)", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội, 2004.
3. **Nguyễn Thị Thủy Hà** (2014), "Nghiên cứu về chẩn đoán và xử trí chữa tại vòi tử cung từ lần 2 tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương", Luận văn Thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Tuyết Mai** (2007), "Tìm hiểu những tiến bộ trong chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung năm 2005 so với năm 2000 tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LẤY BỎ RĂNG THỪA NGẪM VÙNG KHẨU CÁI TRƯỚC

Hoàng Kim Loan¹, Võ Văn Nhân¹, Dương Chí Hiếu¹,
Phan Huy Hoàng¹, Hoàng Văn Minh¹, Trần Đông Bắc¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Răng thừa ngậm vùng khẩu cái trước hàm trên có thể gây cản trở mọc răng vĩnh viễn và dẫn đến biến chứng nếu không được chẩn đoán và xử lý kịp thời. CBCT là phương tiện hiện đại giúp đánh giá chính xác vị trí và liên quan giải phẫu của răng thừa. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình thái, vị trí và biến chứng của răng thừa ngậm vùng khẩu cái trước trên phim CBCT; đánh giá kết quả phẫu thuật lấy bỏ các răng này. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 35 bệnh nhân từ 6–30 tuổi có răng thừa ngậm vùng khẩu cái trước, được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (07/2024–07/2025). Dữ liệu được thu thập từ phim CBCT và theo dõi hậu phẫu, xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. **Kết quả:** Tỷ lệ nam giới chiếm 71,4%. Răng thường mọc ngược (51,4%), nằm phía khẩu cái, ngang hoặc dưới chân răng cửa giữa. Biến chứng phổ biến là chậm mọc răng vĩnh viễn (21,95%), nang thân răng ít gặp (4,88%) nhưng liên quan đến kết quả điều trị kém. Đau và sưng giảm nhanh sau 3 ngày, không có khác biệt ý nghĩa giữa các đường tiếp cận. **Kết luận:** CBCT đóng vai trò quan trọng trong đánh giá răng thừa ngậm. Phẫu thuật cho kết quả khả quan nếu có chỉ định phù hợp và không kèm biến chứng

phức tạp. **Từ khóa:** Răng thừa ngậm; răng cửa hàm trên; CBCT; phẫu thuật nhổ răng; nang thân răng.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF REMOVAL OF IMPACTED SUPERNUMERARY TEETH IN THE ANTERIOR PALATAL REGION

Background: Palatally impacted supernumerary teeth in the anterior maxilla can interfere with permanent tooth eruption and lead to complications if not properly diagnosed and treated. Cone-beam computed tomography (CBCT) is a modern imaging modality that enables precise assessment of tooth position and anatomical relationships. **Objective:** To describe the morphology, position, and complications of anterior palatal supernumerary teeth on CBCT, and to evaluate surgical outcomes. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 35 patients aged 6–30 years with anterior palatal supernumerary teeth who underwent surgery at Hanoi Medical University Hospital (July 2024 – July 2025). Data from CBCT and postoperative follow-up were collected and analyzed using SPSS 16.0. **Results:** Male patients accounted for 71.4%. The most common orientation was inverted (51.4%), with teeth located palatally, at or below the level of the central incisor roots. Delayed eruption of permanent teeth was the most frequent complication (21.95%), while dentigerous cysts were rare (4.88%) but associated with poor outcomes. Postoperative pain and swelling decreased markedly after 3 days, with no significant differences observed between surgical approaches. **Conclusion:** CBCT plays a vital role in

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đông Bắc

Email: trandongbac@yhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 15.8.2025