

- Ter Intensiva. 2016;28(4):442–450.
7. **Bellani G, Laffey JG, Pham T, Fan E, Brochard L, Esteban A, et al.** Epidemiology, patterns of care, and mortality for patients with acute respiratory distress syndrome in intensive care units in 50 countries. *JAMA*. 2016;315(8):788–800.
8. **Terragni PP, Del Sorbo L, Mascia L, Urbino R, Martin EL, Birocco A, et al.** Tidal volume

- lower than 6 mL/kg enhances lung protection: role of extracorporeal CO<sub>2</sub> removal. *Anesthesiology*. 2009;111(4):826–835.
9. **Amato MBP, Meade MO, Slutsky AS, Brochard L, Costa ELV, Schoenfeld DA, et al.** Driving pressure and survival in the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2015;372(8):747–755.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU THẦN KINH LIÊN SƯỜN SAU TẠO HÌNH ĐỐT SỐNG QUA DA BẰNG PHONG BẾ THẦN KINH DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Lương Quang Huy<sup>2</sup>, Phạm Mạnh Cường<sup>1</sup>, Đàm Thuỷ Trang<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Tố Ngân<sup>1</sup>, Trần Văn Lượng<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Anh<sup>1,2</sup>, Vũ Đăng Lưu<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đau thần kinh liên sườn sau tạo hình đốt sống qua da (THĐSQD) là một tình trạng hiếm gặp. Nguyên nhân gây đau có thể do chèn ép rễ tử ban đầu hoặc do ảnh hưởng, biến chứng của thủ thuật. Có nhiều phương pháp điều trị, trong đó, phong bế thần kinh liên sườn là một phương pháp can thiệp vừa giúp ích cho chẩn đoán, vừa có tác dụng điều trị. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả giảm đau thần kinh liên sườn sau tạo hình đốt sống qua da bằng phong bế thần kinh dưới hướng dẫn siêu âm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu chùm ca bệnh trên 15 bệnh nhân đau thần kinh liên sườn sau tạo hình đốt sống qua da. Đánh giá mức độ đau bằng thang điểm VAS trước và sau điều trị. **Kết quả:** trong 15 bệnh nhân có đau thần kinh liên sườn sau THĐSQD có 13 bệnh nhân nữ (86.7%) và 02 bệnh nhân nam (13.3%). Tuổi trung bình là 73.07 ± 8.28, thấp nhất là 61 và cao nhất là 85 tuổi. Sau một tháng có 13/15 (86.7%) bệnh nhân đáp ứng giảm đau hoàn toàn hoặc đáng kể và 2/15 (13.3%) bệnh nhân không đáp ứng và đáp ứng một phần có bệnh lý kèm theo. **Kết luận:** Phong bế thần kinh liên sườn dưới hướng dẫn siêu âm là một thủ thuật nhanh gọn, an toàn, giúp giảm đau hiệu quả cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

**Từ khoá:** Đau thần kinh liên sườn, tạo hình đốt sống qua da, phong bế thần kinh, siêu âm.

### SUMMARY

#### OUTCOME OF ULTRASOUND-GUIDED INTERCOSTAL NERVE BLOCK FOR INTERCOSTAL NEURALGIA FOLLOWING PERCUTANEOUS VERTEBROPLASTY

**Background:** Intercostal neuralgia following

percutaneous vertebroplasty is a rare condition. The etiology of the pain may be attributed to pre-existing nerve root compression or as a complication of the procedure itself. Among various treatment modalities, the intercostal nerve block is an interventional method that is both diagnostically useful and therapeutically effective. **Objectives:** To evaluate the efficacy of ultrasound-guided intercostal nerve block for pain relief in patients with intercostal neuralgia following percutaneous vertebroplasty. **Methods:** A case series study was conducted on 15 patients presenting with intercostal neuralgia after percutaneous vertebroplasty. Pain intensity was assessed using the Visual Analog Scale (VAS) before and after treatment. **Results:** The study included 15 patients, comprising 13 females (86.7%) and 2 males (13.3%). The mean age was 73.07 ± 8.28 years (range: 61-85 years). After 1 month, 13 out of 15 patients (86.7%) achieved complete or significant pain relief. The remaining 2 patients (13.3%), who had a partial or no response, had associated comorbidities. **Conclusion:** Ultrasound-guided intercostal nerve block is a rapid, safe, and effective procedure that provides significant pain relief and improves patients' quality of life.

**Keywords:** Intercostal Neuralgia, Percutaneous Vertebroplasty, Intercostal Nerve Block, Ultrasound Guidance.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tạo hình đốt sống qua da (THĐSQD) hay bơm xi măng sinh học vào thân đốt sống là một phương pháp điều trị phổ biến nhằm giảm đau và làm vững thân đốt sống cho những bệnh nhân xẹp đốt sống. Phương pháp này có nhiều ưu điểm như: can thiệp tối thiểu, nhanh chóng, an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, vẫn có một tỉ lệ đau lưng tái phát sau THĐSQD và làm giảm đáng kể chất lượng sống của bệnh nhân. Theo nghiên cứu của Lin (2010) tỷ lệ còn đau sau tạo hình đốt sống bằng xi măng dao động từ 1,8% đến 15,6%<sup>1</sup>. Trong các nguyên nhân gây đau tái phát thì đau thần kinh liên sườn chiếm một tỷ lệ rất nhỏ từ 1,1-4%<sup>1</sup>. Đau thần kinh liên sườn sau

<sup>1</sup>Trung tâm Điện Quang Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Mạnh Cường

Email: drphammanhcuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

THĐSQD có thể do đau tồn dư từ trước hoặc mới xuất hiện sau thủ thuật.

Nguyên nhân gây đau thần kinh liên sườn có thể do các nguyên nhân chèn ép rễ từ ban đầu hoặc biến chứng của thủ thuật gây chèn ép, kích thích rễ thần kinh như dò xi măng, chọc kim... Một số trường hợp đau vô căn được cho là do tăng áp lực trong thân đốt sống sau bơm xi măng<sup>2</sup> hoặc do tác dụng sinh nhiệt của quá trình trùng hợp xi măng đã gây ra phản ứng viêm kích thích các rễ thần kinh<sup>3</sup>.

Về các phương pháp điều trị tình trạng đau thần kinh liên sườn này, có thể điều trị nội khoa bằng các thuốc giảm đau, có thể kết hợp tập vật lý trị liệu... hoặc phẫu thuật đối với những trường hợp có chèn ép rễ nhiều, điều trị bảo tồn không hiệu quả. Trong đó, phong bế dây thần kinh liên sườn là một phương pháp can thiệp vừa giúp ích cho chẩn đoán, vừa có tác dụng điều trị<sup>4</sup>.

Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá nguyên nhân, triệu chứng và hiệu quả giảm đau thần kinh liên sườn sau tạo hình đốt sống qua da bằng phong bế thần kinh dưới hướng dẫn siêu âm.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 15 bệnh nhân đau thần kinh liên sườn sau tạo hình đốt sống qua da tại bệnh viện Bạch Mai.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:-** Đau thần kinh liên sườn sau tạo hình đốt sống qua da

- VAS  $\geq$  4 điểm
- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Đau do các nguyên nhân khác
- Có chống chỉ định nói chung
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

## **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh.

**2.2.2. Phương pháp phong bế thần kinh liên sườn:**

**a. Chuẩn bị thuốc và dụng cụ:** Thuốc Diprospan (5+2) mg/ml x 02 ống pha với Lidocaine 40mg/2ml x 1 ống, bơm tiêm 5ml, kim tiêm 18G, bọc đầu dò, săng và gạc vô khuẩn.

**b. Chuẩn bị bệnh nhân:** Bệnh nhân nằm sấp, bộ lộ vùng lưng. Tiến hành thăm khám, xác định lại rễ thần kinh chi phối tương ứng với vùng đau trên lâm sàng. Sát trùng rộng vùng tiêm, trải săng vô khuẩn. Bọc đầu dò siêu âm bằng túi nilon vô khuẩn.

**c. Tiến hành tiêm phong bế:** Xác định động mạch liên sườn, định vị đầu mũi kim dưới hướng dẫn siêu âm, tiêm thuốc (tổng lượng thuốc 1ml cho mỗi rễ) vào cạnh bó mạch thần kinh liên

sườn, tránh chọc vào mạch máu. Tiến hành phong bế thêm 01 rễ thần kinh trên và dưới rễ bị tổn thương.

Đánh giá lại mức độ đau của bệnh nhân, khi có đáp ứng giảm đau thì tiến hành sát trùng lại, băng gạc vô khuẩn cho bệnh nhân.

**d. Đánh giá hiệu quả giảm đau:** Bảng thang điểm VAS sau tiêm phong bế 1 tuần và 1 tháng.

**2.3. Xử lý và phân tích số liệu:** Các số liệu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

**2.4. Đạo đức trong nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân đều được giải thích kỹ, hiểu về tình trạng bệnh của mình, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Toàn bộ những thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Đặc điểm tuổi và giới:** nghiên cứu 15 bệnh nhân đau thần kinh liên sườn sau THĐSQD tại Trung tâm Điện Quang - Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian 2021-2025, có 13 bệnh nhân nữ (86.7%) và 02 bệnh nhân nam (13.3%). Tuổi trung bình là  $73.07 \pm 8.28$ , thấp nhất là 61 và cao nhất là 85 tuổi. Tất cả bệnh nhân đều có nền tảng loãng xương nặng. 02 bệnh nhân có bệnh lý kèm theo, 01 bệnh nhân có tiền sử mắc Lupus ban đỏ đang điều trị 02 năm, 01 bệnh nhân mắc đa u tủy xương, được phát hiện trong quá trình điều trị xẹp đốt sống.

Số lượng và vị trí đốt sống bị tổn thương: 15 bệnh nhân xẹp 29 đốt sống, vị trí xẹp thường gặp nhất xảy ra ở D6, D7 và D11, với xẹp độ II, III chiếm >80% số lượng đốt sống xẹp.

**3.2. Phương pháp tạo hình đốt sống qua da**

**Bảng 1. Lượng xi măng bơm vào mỗi thân đốt sống**

Lượng xi măng bơm vào mỗi đốt sống	Số lượng (ml)
Tối thiểu	2
Tối đa	4
Trung bình	$3.6 \pm 0.43$

**Nhận xét:** Lượng xi măng trung bình bơm vào mỗi thân đốt sống là 3.6 ml, lượng xi măng được sử dụng nhiều nhất là 4ml, lượng xi măng thấp nhất là 2ml.

**Bảng 2. Biến chứng trong quá trình can thiệp**

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dò đi măng vào lỗ liên hợp	0	0
Dò xi măng vào khoang ngoài	0	0

màng cứng		
Dò xi măng vào khe đĩa đệm, quanh thân đốt sống	4	26.7
Không có biến chứng	11	73.3
<b>Tổng</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong 15 bệnh nhân được THĐSQD bằng xi măng sinh học có: 11/15 bệnh nhân không có biến chứng dò xi măng, 4/15 bệnh nhân có biến chứng dò xi măng vào khe đĩa đệm hoặc phía trước thân đốt sống, không ghi nhận trường hợp nào dò xi măng vào lỗ liên hợp hay khoang ngoài màng cứng.

**3.3. Đặc điểm đau thần kinh liên sườn.** Hầu hết bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đau thần kinh liên sườn rõ sau THĐSQD khoảng 1-2 ngày (trung bình 1.07 ngày), trước đó triệu chứng mờ nhạt và lặn át bởi cảm giác đau tại vị trí xẹp đốt sống. Tuy nhiên, có 03 bệnh nhân có biểu hiện đau thần kinh liên sườn rõ trước khi THĐSQD.

**Bảng 3: Đặc điểm đau thần kinh liên sườn**

Vị trí Thời gian	Cùng tầng đốt sống xẹp	Khác tầng đốt sống xẹp	Tổng
	Trước THĐSQD	2	
Sau THĐSQD	12	0	12
<b>Tổng</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>15</b>

**Nhận xét:** Có 03 bệnh nhân ngoài biểu hiện đau cột sống tại vị trí xẹp còn có biểu hiện đau thần kinh liên sườn trước khi THĐSQD, trong đó có 01 bệnh nhân đau thần kinh liên sườn gồm cả cùng tầng và khác tầng đốt sống xẹp. Tất cả 12 bệnh nhân có biểu hiện đau sau THĐSQD đều đau cùng tầng với đốt sống xẹp.

**3.4. Phương pháp phong bế thần kinh liên sườn dưới hướng dẫn siêu âm.**

**Bảng 4. Các biến số của kỹ thuật tiêm phong bế**

Số lượng rễ thần kinh phong bế	Số lượng (n,%)	
	2 rễ	3 (20%)
	3 rễ	11 (73.3%)
	6 rễ	1 (6.7%)
Lượng thuốc tiêm mỗi rễ	Trung bình 1ml cho mỗi rễ	
Số lần tiêm	1	14 (93.3%)
	2	1 (6.7%)
Biến chứng can thiệp	Không ghi nhận biến chứng trong và sau can thiệp	

**Nhận xét:** Có 11/15 bệnh nhân can thiệp tiêm phong bế 3 rễ thần kinh liên tiếp, 1/15 bệnh nhân can thiệp tiêm phong bế hai bên với 6 rễ thần kinh và 03 bệnh nhân can thiệp tiêm phong bế 2 rễ thần kinh với lượng thuốc trung bình 1ml cho mỗi rễ. Có 1/15 bệnh nhân tiêm phong bế hai lần, cách nhau 4 ngày.

**Bảng 5: Hiệu quả giảm đau theo thang**

**điểm VAS**

Thời điểm	VAS (Mean ± SD)
Trước tiêm	7.07 ± 0.73
Sau tiêm 1 tuần	1.53 ± 2.29
Sau tiêm 1 tháng	1.20 ± 1.97

**Nhận xét:** Điểm VAS trung bình trước can thiệp là 7.07 ± 0.73. VAS sau can thiệp 1 tuần là 1.53 ± 2.29 và 1 tháng là 1.20 ± 1.97, tỷ lệ giảm có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp (p < 0,001).

**Bảng 6: Phân loại hiệu quả giảm đau**

Mức độ giảm đau	Định nghĩa	Số bệnh nhân (n, %)	
		Sau tiêm 1 tuần	Sau tiêm 1 tháng
Hoàn toàn	VAS = 0	7/15 (46.7%)	7/15 (46.6%)
Đáng kể	VAS giảm ≥ 50%	5/15 (33.3%)	6/15 (40.0%)
Một phần	VAS giảm < 50%	3/15 (20.0%)	1/15 (6.7%)
Không hiệu quả	VAS không giảm	0/15(0.0%)	1/15 (6.7%)

**Nhận xét:** Sau 1 tuần và 1 tháng có 7/15 bệnh nhân đạt hiệu quả giảm đau hoàn toàn và mức độ giảm đau đáng kể từ 5/15 tăng lên 6/15 bệnh nhân; Mức độ giảm đau một phần từ 3/15 còn 1/15 bệnh nhân và có 1/15 bệnh nhân từ mức độ giảm đau một phần đau tái phát trở lại.

**IV. BÀN LUẬN**

Tất cả các bệnh nhân đều có độ tuổi >60 với độ tuổi trung bình là 73.07, trong đó thấp nhất là 61, cao nhất là 85 tuổi. Phần lớn bệnh nhân là nữ 13/15 (86.7%) và tất cả bệnh nhân có tình trạng loãng xương và loãng xương nặng. Những đặc điểm này tương đồng với đặc điểm của nhóm bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Khôi<sup>5</sup>, Trần Văn Tú<sup>6</sup>.

Triệu chứng chính khiến bệnh nhân nhập viện là đau lưng ngang mức đốt sống xẹp. Hầu hết bệnh nhân có biểu hiện đau thần kinh liên sườn rõ sau khi THĐSQD khoảng 1-2 ngày (trung bình 1.07 ngày) và đau vùng chi phối bởi rễ thần kinh liên sườn cùng tầng với đốt sống xẹp. Tuy nhiên, có 03 bệnh nhân ngoài biểu hiện đau cột sống còn có biểu hiện đau thần kinh liên sườn rõ trước khi THĐSQD, trong đó có 01 bệnh nhân biểu hiện đau thần kinh liên sườn nhiều vị trí (cả cùng tầng và khác tầng đốt sống xẹp). Tất cả bệnh nhân đều được điều trị với thuốc giảm đau đường toàn thân nhưng đáp ứng giảm đau một phần hoặc không hiệu quả.

Lượng xi măng trung bình bơm vào mỗi đốt sống là 3.64ml, phù hợp với các khuyến cáo, nghiên cứu trong nước và quốc tế<sup>6,7</sup>. Phần lớn các

bệnh nhân 11/15 (73.3%) không có biến chứng, 4/15 (26.7%) bệnh nhân có dò xi măng vào khe đĩa đệm và quanh thân đốt sống, tỉ lệ này khá tương đồng với một số nghiên cứu trong nước và quốc tế<sup>6,8</sup>. Biến chứng dò xi măng vào khoang ngoài màng cứng hay lỗ tiếp hợp gây chèn ép trực tiếp vào rễ thần kinh không được ghi nhận trong chùm ca bệnh của chúng tôi.

Số lượng rễ thần kinh can thiệp trung bình là 03 rễ liên tiếp cùng bên trên một bệnh nhân, có 01 bệnh nhân phong bế cả 2 bên nên tổng số rễ can thiệp là 06, lượng thuốc trung bình cho mỗi rễ là 1ml. Có 01 bệnh nhân can thiệp lần thứ 2 sau 04 ngày, do đau tái phát sớm. Không ghi nhận biến chứng nào trong và sau quá trình tiêm phong bế.

Điểm VAS trung bình của bệnh nhân trước can thiệp là 7.07. Ngay sau can thiệp tất cả bệnh nhân đều giảm triệu chứng rõ rệt và sau 1 tháng 13/15 (86.7%) bệnh nhân đáp ứng giảm đau hoàn toàn hoặc đáng kể, không cần phải sử dụng phối hợp thêm thuốc giảm đau nội khoa. Tuy nhiên, có 02/15 (13.3%) bệnh nhân không đáp ứng và đáp ứng giảm đau một phần. Trong đó 01 bệnh nhân phải nhập viện lần 2 do đau tăng trở lại như lúc trước can thiệp, sau đó bệnh nhân được làm thêm các xét nghiệm và kết quả tuỷ đồ phát hiện bệnh nhân bị đa u tuỷ xương; 01 bệnh nhân đáp ứng giảm đau một phần sau 1 tháng (VAS =4), khi kết hợp với thuốc giảm đau đường uống, điểm VAS dao động khoảng 2-3, bệnh nhân này có bệnh nền Lupus ban đỏ hệ thống, lún xẹp đa tầng cột sống ngực-thắt lưng, loãng xương nặng.

Có thể thấy tất cả các bệnh nhân xuất hiện đau thần kinh liên sườn sau THĐSQD đều đáp ứng giảm đau hoàn toàn hoặc đáng kể và nhóm bệnh nhân này đều đau rễ thần kinh cùng tầng với đốt sống xẹp, cũng như không ghi nhận nguyên nhân cơ học chèn ép rễ thần kinh. Điều này có thể giải thích nguyên nhân gây đau thần kinh liên sườn sau THĐSQD phần lớn là vô căn (có khả năng là do quá trình sinh nhiệt của phản ứng trùng hợp xi măng gây kích thích viêm hoặc do tăng áp lực đốt sống sau bơm xi măng)<sup>3</sup>.

Trong nhóm bệnh nhân xuất hiện đau thần kinh liên sườn từ trước khi THĐSQD có 02 bệnh nhân có bệnh nền và 01 bệnh nhân trong 02 bệnh nhân này ngoài đau rễ thần kinh cùng tầng đốt sống xẹp còn đau lan toả thêm các tầng khác nữa. Đồng thời đây cũng là 02 bệnh nhân không đáp ứng và đáp ứng giảm đau một phần. Có thể thấy hiệu quả của phương pháp tiêm phong bế thần kinh liên sườn ít tác dụng với nhóm bệnh nhân này, tuy có giảm tức thời sau

tiêm, nhưng nhanh chóng đau tái phát trở lại sau chưa tới 1 tuần.

Hạn chế của nghiên cứu là số lượng bệnh nhân nghiên cứu nhỏ (15 bệnh nhân), do tỷ lệ hiếm gặp của nhóm bệnh nhân đau thần kinh liên sườn sau THĐSQD. Cần nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá thêm về nguyên nhân cũng như hiệu quả lâu dài của phương pháp đối với từng nhóm nguyên nhân.

## V. KẾT LUẬN

Đau thần kinh liên sườn sau tạo hình đốt sống qua da là một nguyên nhân hiếm gặp trong nhóm bệnh nhân còn đau sau tạo hình đốt sống qua da. Ít gặp nguyên nhân thực thể gây ra đau thần kinh liên sườn có thể quan sát được trên chẩn đoán hình ảnh. Tiêm phong bế thần kinh liên sườn dưới hướng dẫn của siêu âm là một phương pháp đơn giản, an toàn và hiệu quả. Khi bệnh nhân không đáp ứng giảm đau cần tìm thêm các nguyên nhân hoặc bệnh lý khác kèm theo.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lin CC, Shen WC, Lo YC, et al.** Recurrent Pain After Percutaneous Vertebroplasty. *Am J Roentgenol*. Published online November 23, 2012. doi:10.2214/AJR.09.3287
2. **Mathis JM.** Percutaneous Vertebroplasty: Complication Avoidance and Technique Optimization. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2003;24(8):1697-1706.
3. **Hoffmann RT, Jakobs TF, Trumm C, Weber C, Glaser C, Reiser MF.** Vertebroplasty in the treatment of osteoporotic vertebral body fracture. *Eur Radiol*. 2007;17(10):2656-2662. doi:10.1007/s00330-007-0582-5
4. **103: Intercostal Neuralgia. Clinical Gate.** May 22, 2015. Accessed June 14, 2024. <https://clinicalgate.com/103-intercostal-neuralgia/>
5. **Nguyễn Thị Khôi, Phạm Mạnh Cường, Vũ Đăng Lưu, Phạm Minh Thông.** Kết quả của phương pháp tạo hình đốt sống ngực qua da ở những bệnh nhân xẹp cấp thân đốt sống do loãng xương. *Tạp Chí Điện Quang Học Hạt Nhân Việt Nam*. 2022;(36): 62-67. doi:10.55046/vjrm.36. 608.2019
6. **Nguyễn Văn Tú, Phạm Mạnh Cường, Đàm Thuý Trang, Trần Văn Lương, Vũ Đăng Lưu.** Kết quả tạo hình đốt sống bằng bơm xi măng sinh học trong điều trị xẹp đốt sống có khoang trống. *Tạp Chí Điện Quang Học Hạt Nhân Việt Nam*. 2025; (59): 49-59. doi:10.55046/vjrm.59.1260. 2025
7. **Nieuwenhuijse MJ, Bollen L, van Erkel AR, Dijkstra PDS.** Optimal Intravertebral Cement Volume in Percutaneous Vertebroplasty for Painful Osteoporotic Vertebral Compression Fractures. *Spine*. 2012;37(20): 1747. doi:10.1097/BRS.0b013e318254871c
8. **Tanigawa N, Kariya S, Komemushi A, et al.** Percutaneous Vertebroplasty for Osteoporotic Compression Fractures: Long-Term Evaluation of the Technical and Clinical Outcomes. *Am J Roentgenol*. 2011;196(6): 1415-1418. doi:10.2214/AJR.10.5586

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA CHỮA NGOÀI TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Văn Thắng<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Hoàng<sup>1</sup>, Trần Thị An<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhân xét kết quả điều trị của các bệnh nhân chữa ngoài tử cung được điều trị nội khoa bằng Methotrexate tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 131 bệnh nhân chữa ngoài tử cung được điều trị nội khoa bằng Methotrexate tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ điều trị nội khoa thành công chung là 84.0%. Có 80/131 bệnh nhân được tiêm 1 liều MTX, 41/131 bệnh nhân được tiêm 2 liều và 10 bệnh nhân được tiêm 3 liều. Tỷ lệ thành công ở nhóm bệnh nhân có nồng độ  $\beta$ hCG trước điều trị  $\leq 1000$  IU/L là 82.7% và tỷ lệ này giảm dần khi nồng độ  $\beta$ hCG trước điều trị tăng lên: 1001 – 2000 IU/L: 76.5% và  $>2000$  IU/L: 60.0%, trong đó cả 2 trường hợp nồng độ  $\beta$ hCG trước điều trị  $>3000$  IU/L đều thất bại với điều trị nội khoa. Những trường hợp có nồng độ  $\beta$ hCG ngày 4 giảm  $\geq 50\%$  so với ngày 1 có tỷ lệ thành công là 96,7%; trường hợp nồng độ  $\beta$ hCG ngày 4 tăng  $> 30\%$  so với ngày 1 có tỷ lệ thành công chỉ là 58,6%. Nồng độ  $\beta$ hCG ngày 7 so với ngày 4 càng giảm nhiều thì tỷ lệ thành công càng cao, trong đó, các bệnh nhân có nồng độ  $\beta$ hCG ngày 7 giảm  $\geq 30\%$  so với ngày 4 có tỷ lệ thành công là 95,2%; các bệnh nhân có  $\beta$ hCG ngày 7 giảm dưới 15% so với ngày 4 có tỷ lệ thành công là 79,4%. Chỉ 6.87% (9/131) bệnh nhân ghi nhận các tác dụng phụ khác khi điều trị nội khoa. **Kết luận:** Phương pháp điều trị nội khoa chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội cho kết quả thành công đến 84.0%, hầu như không ghi nhận tác dụng phụ của phương pháp điều trị này. Bệnh nhân có thể cần điều trị từ 1 đến 3 liều MTX. Nồng độ  $\beta$ hCG ban đầu và tốc độ giảm  $\beta$ hCG trong tuần đầu là yếu tố tiên lượng quan trọng. **Từ khóa:** chữa ngoài tử cung, điều trị nội khoa, MTX

### SUMMARY

#### OUTCOMES OF MEDICAL TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the treatment outcomes of patients with ectopic pregnancy managed medically with Methotrexate (MTX) at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 131 patients with ectopic pregnancy treated medically with Methotrexate at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2022 to June 2023. **Results:** The overall

success rate of medical treatment was 84.0%. Among them, 80/131 patients received a single dose of MTX, 41/131 received two doses, and 10 received three doses. A total of 21/131 (16.0%) patients experienced treatment failure and underwent laparoscopic removal of the ectopic mass. The success rate in patients with pre-treatment  $\beta$ hCG  $\leq 1000$  IU/L was 82.7%, decreasing progressively with higher initial  $\beta$ hCG levels: 76.5% for 1001–2000 IU/L and 60.0% for  $>2000$  IU/L. Notably, both patients with  $\beta$ hCG  $>3000$  IU/L prior to treatment failed medical management. In cases where  $\beta$ hCG on day 4 decreased  $\geq 50\%$  compared to day 1, the success rate was 96.7%; conversely, if  $\beta$ hCG on day 4 increased  $>30\%$ , the success rate dropped to 58.6%. The greater the decline in  $\beta$ hCG from day 4 to day 7, the higher the success rate. Patients with a  $\geq 30\%$  decrease from day 4 to day 7 had a success rate of 95.2%, while those with a  $<15\%$  decrease had a success rate of 79.4%. Only 3.1% of patients reported other adverse effects during medical treatment. **Conclusion:** Medical management of ectopic pregnancy at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital achieved a success rate of 84.0%, with minimal recorded side effects. Patients may require 1 to 3 doses of MTX. The initial  $\beta$ hCG level and the rate of  $\beta$ hCG decline during the first week are important prognostic factors. **Keywords:** ectopic pregnancy, medical treatment, MTX.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ngoài tử cung (CNTC) là trường hợp trứng được thụ tinh, làm tổ và phát triển ở ngoài buồng tử cung. Chửa ngoài tử cung là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ liên quan đến thai ngoài tử cung trong ba tháng đầu và chiếm 4% tổng số ca tử vong liên quan đến thai ngoài. Đây là một cấp cứu thường gặp trong sản phụ khoa, nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời, CNTC sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe người bệnh, thậm chí tử vong. CNTC đã được điều trị nội khoa bằng MTX lần đầu tiên do Tanaka được thực hiện năm 1982 với tỷ lệ thành công 83%.<sup>1</sup> Hiện nay, khả năng chẩn đoán sớm thai ngoài tử cung được cải thiện, điều trị nội khoa bằng MTX đã thay thế phương pháp phẫu thuật trong nhiều trường hợp. Điều trị MTX cho chữa ngoài tử cung có hiệu quả tương đương với phẫu thuật cắt vòi nội soi, tránh các biến chứng phẫu thuật và cho kết quả sinh sản tương tự. Sau đó đã có nhiều nghiên cứu tương tự: Lipscomb G. (2005), Beguin C. (2018) được tiến hành với kết quả điều trị thành công cao từ 80% trở lên.<sup>2</sup> Ở Việt Nam, tác giả Cao Thị Thủy đã nghiên cứu trên 129 bệnh nhân tại Bệnh viện

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hoàng

Email: minhhoangbghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025