

Bảng 3. Mối liên quan giữa nồng độ vitamin B12 và một số chỉ số huyết học của bệnh nhân UTDD sau phẫu thuật

Chỉ số huyết học	Đặc điểm vitamin B12 (n,%)		p	95%CI
	Giảm (n=13, 19,12%)	Bình thường/tăng (n=55, 88,88%)		
Số lượng hồng cầu (T/l)				
Giảm (n=31)	12 (38,7%)	19 (61,3%)	< 0,001	22,74 (2,74-188,35)
Bình thường (n=37)	1 (2,7%)	36 (97,3%)		
Hemoglobin (g/l)				
Giảm (n=22)	11 (50%)	11 (50%)	< 0,001	22 (4,25-113,9)
Bình thường (n=46)	2 (4,3%)	44 (95,7%)		
Chỉ số MCV (fl)				
Giảm (n=10)	2 (20%)	8 (80%)	1,000	1,07 (0,2-5,75)
Bình thường (n=58)	11 (19%)	47 (81%)		

Nhận xét: Tình trạng giảm nồng độ vitamin B12 có liên quan rõ rệt với giảm số lượng hồng cầu và giảm hemoglobin với $p < 0,001$; OR = 22,74; 95%CI: 2,74–188,35 và $p < 0,001$; OR = 22; 95%CI: 4,25–113,9.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tình trạng giảm vitamin B12 sau phẫu thuật UTDD chiếm 19,1%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nhiều báo cáo quốc tế, thường dao động từ 20–40%, và có thể cao hơn ở bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày [4–7]. Sự khác biệt này có thể do phần lớn bệnh nhân của chúng tôi được cắt bán phần dạ dày (95,6%), trong khi các nghiên cứu khác thường bao gồm tỷ lệ cao hơn các trường hợp cắt toàn bộ dạ dày [5,6]. Ngoài ra, thời điểm đánh giá sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối sớm, trong khi nhiều nghiên cứu quốc tế ghi nhận tỷ lệ thiếu hụt vitamin B12 tăng dần theo thời gian, đặc biệt sau 12–24 tháng [6,7].

Trong phân tích mối liên quan giữa nồng độ vitamin B12 và các đặc điểm lâm sàng, chúng tôi ghi nhận giai đoạn bệnh là yếu tố duy nhất có ý nghĩa thống kê, với tỷ lệ giảm B12 cao hơn ở bệnh nhân giai đoạn III–IV. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu cho thấy tổn thương niêm mạc lan rộng, viêm mạn tính và mức độ tiến triển của bệnh có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng hấp thu vitamin B12 [9]. Mặc dù chưa đạt ý nghĩa thống kê, các đặc điểm khối u kích thước ≥ 2 cm hoặc xâm lấn lớp cơ/thanh mạc cũng có xu hướng liên quan đến tình trạng giảm B12. Hiện chưa có nghiên cứu nào khảo sát trực tiếp mối liên hệ giữa mức độ xâm lấn của khối u và giảm vitamin B12; tuy nhiên, các cơ chế bệnh sinh đã được mô tả cho thấy tổn thương niêm mạc lan rộng hoặc mất tế bào thành dạ dày có thể làm giảm sản xuất yếu

tố nội tại – yếu tố thiết yếu cho hấp thu vitamin B12 [9].

Đối với mối liên quan giữa B12 và các chỉ số huyết học, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ giảm hồng cầu và giảm hemoglobin cao hơn rõ rệt ở nhóm giảm vitamin B12. Kết quả này nhất quán với vai trò của vitamin B12 trong tạo máu và phù hợp với các báo cáo quốc tế về thiếu máu dinh dưỡng sau phẫu thuật dạ dày [10]. Tuy nhiên, chỉ số MCV không khác biệt giữa hai nhóm, phù hợp với các nghiên cứu cho thấy ở giai đoạn thiếu B12 sớm hoặc khi thiếu sắt đồng thời, kiểu hình hồng cầu to không biểu hiện rõ rệt [10].

Ngoài ra, tỷ lệ giảm vitamin B12 tương đối cao ở nhóm tê bì chân tay, mặc dù mối liên quan chưa đạt ý nghĩa thống kê. Điều này hoàn toàn phù hợp với y văn, bởi triệu chứng tê bì còn có thể do thiếu vitamin nhóm B khác (B1, B6), bệnh lý thần kinh ngoại biên, đái tháo đường, rối loạn điện giải [11]. Do đó, nhóm bệnh nhân có triệu chứng tê bì thường là tập hợp của nhiều nguyên nhân phối hợp, dẫn đến việc mối liên quan với vitamin B12 không biểu hiện rõ về mặt thống kê.

Từ những kết quả trên, có thể nhận định rằng bệnh nhân UTDD giai đoạn tiến triển, có khối u lớn hoặc xâm lấn sâu, và có rối loạn huyết học sau phẫu thuật là những đối tượng có nguy cơ cao thiếu vitamin B12. Điều này gợi ý nhu cầu theo dõi định kỳ nồng độ vitamin B12 cho các nhóm bệnh nhân này trong thời gian hậu phẫu. Một số nghiên cứu quốc tế gần đây cũng đề xuất bổ sung vitamin B12 chủ động sau phẫu thuật ở các nhóm nguy cơ cao nhằm giảm thiếu máu, cải thiện thần kinh ngoại biên và nâng cao chất lượng sống [7]. Việc bổ sung này có thể mang lại lợi ích rõ rệt, nhưng cần được thực hiện có kiểm soát, dựa trên đánh giá cận lâm sàng cụ thể để đảm bảo hiệu quả và tránh lạm dụng.

Nghiên cứu còn một số hạn chế, bao gồm cỡ mẫu tương đối nhỏ và thời gian theo dõi ngắn, khiến việc đánh giá đầy đủ diễn biến thiếu hụt vitamin B12 dài hạn còn hạn chế. Các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn để xác định rõ cơ chế thiếu hụt và tối ưu hóa chiến lược bổ sung vitamin B12 sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy gần 20% bệnh nhân ung thư dạ dày sau phẫu thuật bị giảm vitamin B12, với nguy cơ cao hơn rõ rệt ở nhóm giai đoạn tiến triển. Cần tiếp tục đánh giá nồng độ vitamin B12 với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-263.
2. **International Agency for Research on Cancer (IARC).** GLOBOCAN 2022: Viet Nam Fact Sheet.
3. **O'Leary F, Samman S.** Vitamin B12 in health and disease. *Nutrients.* 2010;2(3):299-316.
4. **Ao M, Awane M, Asao Y, Kita S, Miyawaki T, Tanaka K.** High prevalence of vitamin B-12

- deficiency before and early after gastrectomy in patients with gastric cancer. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2023;32(2):275-281.
5. **Bahardoust M, Mousavi S, Ziafati H, Alipour H, Hahmoradi M, Olamaeian F, Tavebi A, Tizmaghz A.** Vitamin B12 deficiency after total gastrectomy for gastric cancer, prevalence, and symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Prev.* 2024;33(3):208-216.
 6. **Hu Y, Kim HI, Hvuna WJ, Song KJ, Lee JH, Kim YM, Noh SH.** Vitamin B(12) deficiency after gastrectomy for gastric cancer: an analysis of clinical patterns and risk factors. *Ann Surg.* 2013;258(6):970-5.
 7. **Park SH, Eom SS, Lee H, Eom BW, Yoon HM, Kim YW, Rvu KW.** Effect of Vitamin B12 Replacement Intervals on Clinical Symptoms and Laboratory Findings in Gastric Cancer Patients after Total Gastrectomy. *Cancers (Basel).* 2023; 15(20):4938.
 8. **Phạm Tuấn, A., Nguyễn Trường, K., & Nguyễn Thị Phương, A.** Kết quả điều trị ung thư dạ dày bằng phẫu thuật kết hợp hoá chất trước mổ tại Bệnh viện K. *Tạp Chí Y học Việt Nam.* 2025; 549(2).
 9. **Cavalcoli F, Zilli A, Conte D, Massironi S.** Micronutrient deficiencies in patients with chronic atrophic autoimmune gastritis: A review. *World J Gastroenterol.* 2017;23(4):563-572.
 10. **Hines, J.D. et al.** The hematologic complications following partial gastrectomy. *The American Journal of Medicine, Volume 43, Issue 4, 555 - 569.*
 11. **Mauermann ML, Staff NP.** Peripheral Neuropathy: A Review. *JAMA.* 2025; 17.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG Ở VÒI TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Tuấn Linh^{1*}, Lê Sỹ Dũng¹, Kiều Thị Thanh¹, Vũ Thị Lệ Mỹ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật của bệnh nhân chữa ngoài tử cung ở vòi trứng tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu thực hiện trên 60 hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân được chẩn đoán chữa ngoài tử cung ở vòi trứng và can thiệp phẫu thuật tại khoa Phụ sản - Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2024 đến hết ngày 31/12/2024. **Kết quả:** Phương pháp mổ nội soi chiếm 76,7% và mổ mở chiếm 23,3%. Nhóm bệnh nhân được phẫu thuật < 24h kể từ khi vào viện chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,7%. Khối chứa ở đoạn bóng vòi tử cung

chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,3%. Tỷ lệ mổ mở khi chứa tại đoạn kè là 75%. Khối chứa chứa vỡ rỉ máu trong ổ bụng là dạng phổ biến nhất với tỷ lệ 73,3%. Có 33,3% trường hợp khối chứa đã vỡ, và tỷ lệ mổ mở khi khối chứa đã vỡ là 60%. Lượng máu trong ổ bụng khi phẫu thuật thường gặp nhất là từ 100ml - <500ml chiếm tỷ lệ 60%. Tỷ lệ mổ mở tăng cao khi lượng máu mất > 500ml. **Kết luận:** Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu và hiệu quả trong xử trí chữa ngoài tử cung. Phẫu thuật nội soi chiếm ưu thế, tuy nhiên, mổ mở vẫn cần thiết trong các trường hợp khối chứa đã vỡ và tình trạng huyết động không ổn định. **Từ khóa:** Chữa ngoài tử cung, phẫu thuật, vòi trứng.

¹Khoa Phụ sản - Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Linh
Email: dr.phamtuanlinh@gmail.com
Ngày nhận bài: 19.1.2026
Ngày phản biện khoa học: 9.2.2026
Ngày duyệt bài: 16.3.2026

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF TUBAL ECTOPIC PREGNANCY AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate the surgical outcomes of patients with tubal ectopic pregnancy at Bach Mai

Hospital. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 60 medical records of patients diagnosed with tubal ectopic pregnancy who underwent surgical intervention at the Department of Obstetrics and Gynecology, Bach Mai Hospital, from January 1, 2024 to December 31, 2024. **Results:** Laparoscopic surgery accounted for 76.7% of cases, while open surgery accounted for 23.3%. The highest proportion of patients (51.7%) underwent surgical intervention within 24 hours of hospital admission. Ectopic pregnancies located in the ampullary segment of the fallopian tube were the most common, comprising 73.3% of cases. In contrast, the rate of open surgery was notably high in interstitial ectopic pregnancies, reaching 75%. Unruptured ectopic pregnancies with hemoperitoneum were the most prevalent presentation (73.3%). Ruptured ectopic pregnancies were observed in 33.3% of cases, and among these, open surgery was required in 60%. The most frequently encountered volume of intraperitoneal blood at surgery ranged from 100 mL to <500 mL, accounting for 60% of cases. The likelihood of open surgery increased significantly when blood loss exceeded 500 mL. **Conclusion:** Surgery remains the primary and effective treatment for ectopic pregnancy. Laparoscopic surgery is the preferred approach; however, open surgery is still necessary in cases of ruptured ectopic pregnancy and hemodynamic instability. **Keywords:** Ectopic pregnancy, surgery, fallopian tube.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ngoài tử cung (CNTC) là hiện tượng trứng được thụ tinh và làm tổ ở ngoài buồng tử cung, chiếm tỷ lệ 1.3 - 2,4% tổng số thai kỳ, và hiện tại có xu hướng ngày càng gia tăng¹. Triệu chứng điển hình của bệnh là chậm kinh, đau bụng và ra máu âm đạo trong 3 tháng đầu. Chửa ngoài tử cung ảnh hưởng đến sức khỏe, khả năng sinh sản, tinh thần và hạnh phúc của người phụ nữ cũng như những người thân trong gia đình họ. Nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời, khối chửa có thể gây vỡ chảy máu trong ổ bụng dẫn đến tử vong.²

Cho đến nay, chảy máu do chửa ngoài tử cung vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ liên quan đến thai kỳ trong ba tháng đầu, chiếm khoảng 4% tổng số các trường hợp tử vong liên quan đến mang thai, mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị.³ Vì vậy, chẩn đoán sớm CNTC đóng vai trò quan trọng trong việc giảm tỷ lệ tử vong mẹ. Những năm gần đây, nhờ ứng dụng siêu âm đầu dò âm đạo, định lượng β -hCG huyết thanh và nội soi, CNTC ngày càng được phát hiện sớm, cho phép lựa chọn các phương pháp điều trị hiệu quả và bảo tồn khả năng sinh sản cho người phụ nữ.⁴

95% các trường hợp chửa ngoài tử cung là chửa tại vòi tử cung.¹ Hiện nay, điều trị CNTC

bao gồm hai phương pháp chính là phẫu thuật xâm lấn tối thiểu và điều trị nội khoa bằng methotrexate (MTX). Trong đó, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị kinh điển và được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng.⁴ Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu đánh giá tình hình phẫu thuật CNTC tại các cơ sở y tế trên cả nước, nhưng số lượng nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Phụ - Sản, Bệnh viện Bạch Mai vẫn còn hạn chế. Trong bối cảnh những tiến bộ về khoa học kỹ thuật, các phương tiện chẩn đoán hiện đại cùng với sự cải thiện trong truyền thông giáo dục sức khỏe sinh sản, việc thực hiện các nghiên cứu cập nhật là cần thiết nhằm đánh giá thực trạng và hiệu quả điều trị CNTC hiện nay. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả phẫu thuật của bệnh nhân chửa ngoài tử cung ở vòi trứng tại Bệnh viện Bạch Mai."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán chửa ngoài tử cung ở vòi trứng và can thiệp phẫu thuật tại khoa Phụ sản - Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2024 đến hết ngày 31/12/2024 có hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu

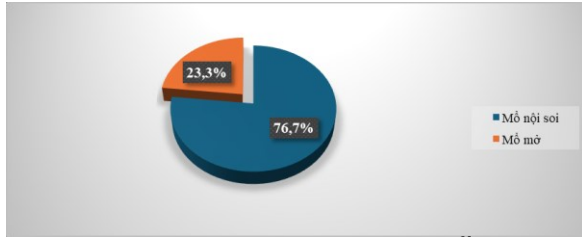
- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Áp dụng chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân chửa ngoài tử cung ở vòi trứng được chẩn đoán, can thiệp phẫu thuật tại Khoa Phụ - Sản, Bệnh viện Bạch Mai từ ngày 01/01/2024 đến ngày 31/12/2024 với 60 bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn, có hồ sơ lưu trữ tại phòng kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai vào nghiên cứu.

- **Phương pháp thu thập thông tin:** Các dữ liệu về bệnh nhân phục vụ nghiên cứu được thu thập theo phiếu nghiên cứu dựa trên các hồ sơ bệnh án lưu tại kho hồ sơ của viện, sau đó được lưu trữ trên bảng dữ liệu trong máy tính.

- **Xử lý và phân tích số liệu:** các số liệu thu thập được sẽ được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 26.0.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả, chỉ sử dụng số liệu trên hồ sơ bệnh án. Nghiên cứu không can thiệp trực tiếp vào đối tượng nghiên cứu vì vậy không ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân. Mọi thông tin về bệnh nhân đều được mã hoá và giữ bí mật. Kết quả thu được trong nghiên cứu sẽ được áp dụng nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1: Các phương pháp phẫu thuật

Nhận xét: Phương pháp mổ nội soi chiếm 76,7% và mổ mở chiếm 23,3%.

Bảng 1: Thời gian nằm viện trước mổ

Thời gian nằm viện trước mổ	Số lượng (n=60)	Tỷ lệ (%)
< 24h	31	51,7
24h – 48h	17	28,3
>48h	12	20
Tổng	60	100,0

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân được phẫu thuật < 24h kể từ khi vào viện chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,7% và nhóm bệnh nhân được phẫu thuật > 48h chiếm tỷ lệ thấp nhất với 20%.

Bảng 2: Vị trí khối chứa khi phẫu thuật

Vị trí khối chứa	Nội soi		Mổ mở		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
Vòi tử cung	Loa	3	75,0	1	25,0	4	6,7
	Bóng	39	88,6	5	11,4	44	73,3
	Eo	2	50,0	2	50,0	4	6,7
	Kẽ	2	25,0	6	75,0	8	13,3
Tổng	46	76,7	14	23,3	60	100,0	

Nhận xét: Khối chứa ở đoạn bóng VTC chiếm tỷ lệ cao nhất 73,3%, chứa đoạn kẽ là 13,3%, chứa ở đoạn eo là 6,7%. Tỷ lệ mổ mở khi chứa đoạn kẽ là 75%.

Bảng 3: Liên quan tình trạng khối chứa và phương pháp phẫu thuật

Tình trạng khối chứa	Nội soi		Mổ mở		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Chứa vỡ không có máu trong ổ bụng	5	100	0	0	5	8,3
Chứa vỡ có rỉ máu trong ổ bụng	28	96,6	1	3,4	29	48,4
Đã vỡ	8	40	12	60,0	20	33,3
Sảy qua loa vòi	3	100	0	0,0	3	5,0
Huyết tụ thành nang	2	66,7	1	33,3	3	5,0
Tổng	46	76,7	14	23,3	60	100

Nhận xét: Khối chứa chưa vỡ rỉ máu trong ổ bụng chiếm tỷ lệ cao nhất 48,4% và tỷ lệ khối chứa đã vỡ trong ổ bụng chiếm 33,3%. Tỷ lệ mổ mở khi khối chứa đã vỡ là 60%.

Bảng 4: Lượng máu trong ổ bụng và phương pháp phẫu thuật

Lượng máu trong ổ bụng	Nội soi		Mổ mở		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Không có máu	5	100	0	0	5	8,3
< 100ml	7	70	3	30	10	16,7
100 - < 500ml	32	88,9	4	11,1	36	60
500 - < 1000ml	2	28,6	5	71,4	7	11,6
≥ 1000ml	0	0	2	100	2	3,3
Tổng	46	75,3	14	23,3	73	100,0

Nhận xét: Lượng máu trong ổ bụng khi phẫu thuật thường gặp nhất là từ 100ml - <500ml chiếm tỷ lệ 60% và ít gặp nhất là lượng máu ≥ 1000ml chiếm 3,3%. Tỷ lệ mổ mở tăng cao khi lượng máu mất > 500ml.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân chữa ngoài tử cung được xử trí bằng phẫu thuật nội soi chiếm đa số với 76,7%, trong khi tỷ lệ mổ mở chỉ chiếm 23,3%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Đức Anh với tỷ lệ phẫu thuật nội soi và mổ mở lần lượt là 79,1% và 20,9%.⁵ Hiện nay, nội soi ngày càng chiếm ưu thế trong phẫu thuật chữa ngoài tử cung do tính ít xâm lấn, giảm đau, giảm chảy máu, đồng thời giảm thời gian điều trị sau mổ.

Trong nghiên cứu, nhóm bệnh nhân được mổ trong vòng 24h chiếm tỷ lệ chủ yếu với 51,7%. Kết quả này có thể được lý giải bởi những tiến bộ trong những năm gần đây về các phương tiện thăm dò cận lâm sàng, đặc biệt là định lượng β-hCG huyết thanh và siêu âm qua đường âm đạo, cùng với kinh nghiệm ngày càng được nâng cao của các thầy thuốc. Nhờ đó, chữa ngoài tử cung được chẩn đoán ở giai đoạn sớm hơn, tạo điều kiện cho việc chỉ định và can thiệp phẫu thuật kịp thời.

Chứa tại đoạn bóng vòi tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất với 44/60 trường hợp, chiếm 73,3%. Điều này có thể là do đoạn bóng của VTC là dài nhất và rộng nhất nên tỷ lệ chứa đoạn này cao nhất. Bên cạnh đó, tỷ lệ chứa đoạn kẽ trong