

Tỷ lệ nằm viện > 2 ngày của các nhóm có kích thước tổn thương >30mm; từ 20-30mm và <20mm lần lượt là 70,8%; 51,5% và 9,1%. Phân tích đơn biến cho thấy có mối tương quan thuận giữa 2 yếu tố này, với bệnh nhân có kích thước tổn thương >30mm có nguy cơ nằm viện > 2 ngày cao gấp 24,28 lần (95%CI: 7,198-81,944, $p < 0,001$) so với nhóm có kích thước tổn thương <20mm. Thật vậy, đối với những trường hợp tổn thương kích thước lớn, bệnh nhân thường có các triệu chứng như đau hoặc bông rất nhiều hơn, nguy cơ chảy máu, thủng không triệu chứng trong và sau can thiệp cao hơn, nguy cơ nhiễm trùng nhiều hơn, do đó có xu hướng nằm viện lâu hơn để kiểm soát các yếu tố này trước khi xuất viện.

V. KẾT LUẬN

Chăm sóc bệnh nhân sau ESD là một quy trình rất quan trọng, mang lại lợi ích lớn về chất lượng sống cho người bệnh và giảm thiểu nguy cơ dẫn đến các biến chứng sau can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492.
2. Okubo Y, Ishihara R. Endoscopic Submucosal Dissection for Esophageal Cancer: Current and

- Future. *Life (Basel)*. 2023;13(4):892. doi:10.3390/life13040892
3. Tsujii Y, Nishida T, Nishiyama O, et al. Clinical outcomes of endoscopic submucosal dissection for superficial esophageal neoplasms: a multicenter retrospective cohort study. *Endoscopy*. 2015;47(9): 775-783. doi: 10.1055/s-0034-1391844
4. Higuchi K, Tanabe S, Azuma M, et al. A phase II study of endoscopic submucosal dissection for superficial esophageal neoplasms (KDOG 0901). *Gastrointest Endosc*. 2013;78(5): 704-710. doi:10.1016/j.gie.2013.04.182
5. Takahashi H, Arimura Y, Masao H, et al. Endoscopic submucosal dissection is superior to conventional endoscopic resection as a curative treatment for early squamous cell carcinoma of the esophagus (with video). *Gastrointest Endosc*. 2010;72(2): 255-264, 264.e1-2. doi: 10.1016/j.gie.2010.02.040
6. Watanabe J, Watanabe J, Kotani K. Early vs. Delayed Feeding after Endoscopic Submucosal Dissection for Gastric Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina*. 2020; 56(12): 653. doi: 10.3390/medicina56120653
7. Probst A, Ebigbo A, Märkl B, et al. Endoscopic submucosal dissection for early rectal neoplasia: experience from a European center. *Endoscopy*. 2017;49(3):222-232. doi:10.1055/s-0042-118449
8. Bourke MJ, Neuhaus H, Bergman JJ. Endoscopic Submucosal Dissection: Indications and Application in Western Endoscopy Practice. *Gastroenterology*. 2018; 154(7): 1887-1900.e5. doi: 10.1053/j.gastro.2018.01.068

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ CHỨA NGOÀI TỬ CUNG CHƯA VỠ BẰNG METHOTREXATE LIỀU ĐƠN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Phương Thảo¹, Nguyễn Thị Thu Hà^{1,2}, Đỗ Tuấn Đạt^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị ngoại trú CNTC chưa vỡ bằng Methotrexate (MTX) đơn liều. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 98 bệnh nhân được chẩn đoán chưa ngoài tử cung (CNTC) chưa vỡ và điều trị bằng MTX đơn liều tại khoa khám phụ khoa Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 7/2021 đến tháng 6/2022. **Kết**

quả: Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $39,5 \pm 4,2$ với 48% bệnh nhân chưa có con và 61,2% bệnh nhân có tiền sử nạo hút, sảy thai. Tỷ lệ điều trị thành công cao nhất ở nhóm bệnh nhân có nồng độ β hCG ban đầu dưới 500mUI/ml và kích thước khối chứa nhỏ hơn 20mm. Nồng độ β hCG ban đầu và kích thước khối chứa càng nhỏ thì tỷ lệ thành công càng cao, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p,0,05$. 32,65% bệnh nhân có xuất hiện tác dụng phụ, tuy nhiên phần lớn tác dụng phụ nhẹ không cần điều trị. **Kết luận:** Nồng độ β hCG ban đầu và kích thước khối chứa càng nhỏ thì tỷ lệ thành công càng cao trong điều trị CNTC chưa vỡ bằng MTX.

Từ khoá: Methotrexate, chưa ngoài tử cung

SUMMARY

RESULTS OF MEDICAL TREATMENT OF UNRUPTED ECTOPIC PREGNANCY WITH

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà
Email: thuha.ivf@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 12.3.2024

SINGLE DOSE METHOTREXATE AT HANOI OBSTETRIC HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness of medical treatment of unruptured ectopic pregnancy with single dose Methotrexate (MTX). **Study Design and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 98 patients diagnosed with unruptured ectopic pregnancies treated with a single dose of MTX at the gynecology outpatient clinic of Hanoi Obstetrics Hospital from July 2021 to June 2022. **Results:** The average age of the study participants was 39.5 ± 4.2 , with 48% nulliparous patients and 61.2% having a history of curettage or miscarriage. The highest treatment success rate was observed in patients with initial β hCG levels below 500mIU/ml and ectopic mass size smaller than 20mm. Initial β hCG levels and smaller ectopic mass size were associated with higher success rates, and this difference was statistically significant with $p < 0.05$. Adverse effects were observed in 32.65% of patients, mostly mild and not requiring treatment. **Conclusion:** Lower initial β hCG levels and smaller ectopic mass size are associated with higher success rates in the treatment of unruptured ectopic pregnancies with MTX

Keywords: Methotrexate, ectopic pregnancy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ngoài tử cung (CNTC) chiếm 1,5-2% tổng số các trường hợp mang thai và là nguyên nhân quan trọng gây ra bệnh tật và tử vong ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Đây là một cấp cứu trong sản phụ khoa và luôn là vấn đề được quan tâm hàng đầu trong công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ. Tỷ lệ CNTC có xu hướng ngày càng tăng trong những năm gần đây. Ở Mỹ tỷ lệ CNTC tăng từ 4,5/1000 phụ nữ mang thai (1970) đến 20/1000 phụ nữ mang thai (1992). Ở Anh, từ 2006–2008 có khoảng 19,6% tổng số ca tử vong do thai nghén và 45,6% ca tử vong thời kỳ thai sớm có liên quan đến CNTC. Ở Việt Nam tỷ lệ CNTC gặp từ 1/250 đến 1/300 tổng số trường hợp có thai, hiện nay con số này chưa được thống kê đầy đủ và toàn diện nhưng CNTC tăng lên ở tất cả các tuyến điều trị. Các phương pháp điều trị CNTC phổ biến là: điều trị ngoại khoa (phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi), điều trị nội khoa bằng thuốc methotrexate (MTX). [5],[8]

Hiện nay, điều trị bằng MTX toàn thân đã được chấp nhận và sử dụng rộng rãi như một giải pháp thay thế an toàn và hiệu quả cho PT trong các trường hợp CNTC chưa vỡ. Sự kết hợp giữa nồng độ β -hCG và kết quả siêu âm qua đường âm đạo góp phần quan trọng vào việc chẩn đoán sớm CNTC đem lại những lợi ích thiết thực cho người bệnh. Chẩn đoán sớm CNTC khi khối chứa chưa vỡ sẽ tăng khả năng điều trị nội khoa thành công, giúp người bệnh tránh không

phải phẫu thuật, không can thiệp vào vòi tử cung, bảo tồn được chức năng sinh sản. Điều trị CNTC bằng MTX là phương pháp điều trị đơn giản, dễ thực hiện, an toàn và rất hiếm gặp tác dụng phụ. Điều trị CNTC bằng MTX hiện nay phổ biến với 2 phác đồ: đa liều và liều đơn. Các phác đồ này đều cho kết quả thành công khá cao, tuy nhiên, hiện vẫn chưa có sự đồng thuận về chế độ liều lượng nào là tối ưu. Phác đồ đa liều sử dụng tối đa bốn liều methotrexat xen kẽ với leucovorin, có liên quan các tác dụng phụ thường xảy ra hơn và thường được áp dụng với các trường hợp nồng độ β -hCG cao hoặc đang có chiều hướng tăng nhanh. Phác đồ liều đơn có những ưu điểm, tỷ lệ tác dụng không mong muốn thấp hơn và tuân thủ tốt hơn, nhưng có liên quan đến tỷ lệ thất bại điều trị cao hơn. [7]

Tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, điều trị CNTC bằng MTX đã được thực hiện từ năm 2008, nhưng chủ yếu cho nhóm điều trị nội trú. Điều trị CNTC ngoại trú bằng MTX cũng đã được áp dụng rải rác tại khu vực ngoại trú, tuy nhiên chưa có hệ thống, chưa được quản lý và có phác đồ điều trị một cách chặt chẽ thống nhất. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu kết quả điều trị ngoại trú CNTC chưa vỡ bằng Methotrexat liều đơn tại BVPS Hà Nội từ tháng 7/2021 đến tháng 6/2022" với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả điều trị ngoại trú CNTC chưa vỡ bằng MTX liều đơn tại khoa khám phụ khoa Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 98 trường hợp đến khám tại khu khám ngoại trú Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 7/2021 đến tháng 6/2022, được chẩn đoán CNTC chưa vỡ

Tiêu chuẩn lựa chọn

- CNTC chưa vỡ, khối thai tại vòi tử cung.
- Lâm sàng: không đau bụng, huyết động ổn định: HA bình thường ($100/60\text{mmHg} \leq \text{HA} \leq 140/90\text{mmHg}$).
- Nồng độ β hCG từ 100mIU/ml đến 3,000mIU/ml. Các BN có nồng độ β hCG thấp xung quanh 100mIU/ml được xét nghiệm 2 lần cách nhau 48h không giảm thì được nhận vào nghiên cứu.
- Siêu âm: kích thước khối chứa $\leq 3\text{cm}$, không có tim thai, cùng đồ sau không có dịch hoặc dịch cùng đồ sau $\leq 15\text{mm}$.
- Không có chống chỉ định dùng MTX.
- Thời gian từ nhà tới BV PSHN ≤ 30 phút
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

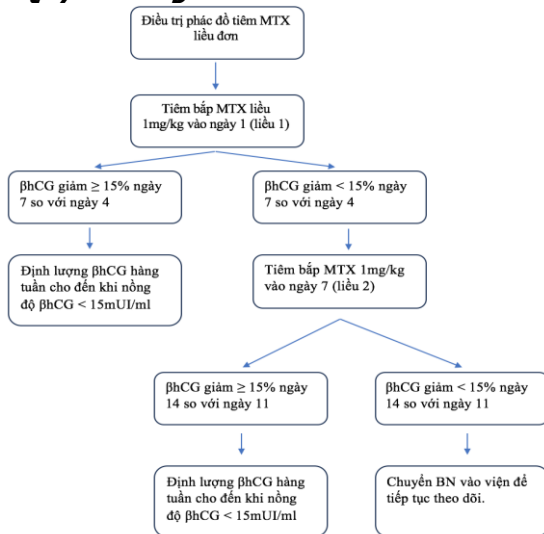
Tiêu chuẩn loại trừ

- Chứa ngoài tử cung vỡ, huyết tụ thành nang.
- Chứa ở các vị trí đặc biệt : trong ổ bụng, ống CTC, tại vết mổ để cũ.
- Nồng độ β hCG > 3000mUI/ml.
- Lâm sàng: NB đau bụng, huyết động không ổn định, có dấu hiệu choáng.
- Siêu âm: Kích thước khối chứa > 3cm, có tim thai, dịch cùng đồ > 15mm.
- Có chống chỉ định dùng MTX: Suy gan, suy thận, bệnh máu...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Quy trình nghiên cứu:



Sơ đồ 1: Quy trình nghiên cứu

Biến số nghiên cứu: Đánh giá một số biến số như tuổi, tiền sử sản khoa (số con, tiền sử nạo hút, sảy thai), định lượng β hCG, thành công, thất bại, kích thước khối chứa trên siêu âm, tác dụng phụ khi điều trị bằng MTX.

Xử lý số liệu: Số liệu xử lý và phân tích thông qua phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học và hội đồng y đức của Bệnh viện Phụ sản Hà Nội thông qua, các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu này đều tuân thủ nguyên tắc đạo đức nghiên cứu Y sinh học của Việt Nam và quốc tế. Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều tự nguyện tham gia sau khi được tư vấn đầy đủ. Toàn bộ thông tin của người bệnh trong nghiên cứu được giữ bí mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 7/2021 đến tháng 6/2022, tại khu khám ngoại trú Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội tiếp

nhận 98 trường hợp chứa ngoài tử cung đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, trong đó tuổi trung bình của bệnh nhân là $39,5 \pm 4,2$. Có 47 bệnh nhân chưa có con (chiếm 48%).

Bảng 3.1. Tuổi và tiền sử sản khoa của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình		$39,5 \pm 4,2$	
Tiền sử sản khoa		n	%
Số con	Chưa có con	47	48,0
	1 con	32	32,7
	2 con	16	16,3
	≥ 3 con	3	3,1
Tiền sử nạo hút, sảy thai	Chưa lần nào	38	38,8
	1 lần	24	24,5
	2 lần	25	25,5
	≥ 3 lần	11	11,2

Nhận xét: Trung bình của bệnh nhân là $39,5 \pm 4,2$. Có 47 bệnh nhân chưa có con (chiếm 48%). Hơn 61% có tiền sử nạo hút thai.

Bảng 3.2. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	n	%
Thành công	84	85,71
Thất bại	14	14,29
Tổng	98	100,0

Nhận xét: Với 98 trường hợp nghiên cứu, có 84 trường hợp đã điều trị thành công chiếm 85,71%. Còn lại 14,29% trường hợp điều trị không thành công phải chuyển phương pháp điều trị.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa kết quả điều trị và nồng độ β hCG ban đầu

β hCG ban đầu (mUI/ml)	Thành công		Thất bại		p
	n	%	n	%	
<500	40	95,24	2	4,76	<0,05
500 - 1000	15	88,24	2	11,76	
>1000 - 2000	18	85,71	3	14,29	
>2000	11	61,11	7	38,89	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có xét nghiệm nồng độ β hCG ban đầu < 500mUI/ml có tỷ lệ thành công cao nhất, chiếm 95,24%. Sự khác biệt về tỷ lệ thành công giữa các nhóm nồng độ β hCG ban đầu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa kết quả điều trị và kích thước khối chứa

Kích thước (mm)	Thành công		Thất bại		p
	n	%	n	%	
<20	65	94,20	4	5,80	<0,05
20-30	14	66,67	7	33,33	
>30	5	62,50	3	37,50	

Nhận xét: Kích thước khối chứa trên siêu âm nhỏ hơn 20mm có tỷ lệ thành công cao nhất (94,20%). Sự khác biệt về tỷ lệ thành công ở các nhóm kích thước khối chứa khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn của phác đồ điều trị

Tác dụng không mong muốn của thuốc	n	%
Buồn nôn, nôn	11	11,22
Đau bụng	7	7,14
Nhức đầu	5	5,10
Ngứa da	1	1,02
Rối loạn tiêu hoá	6	6,12
Tăng men gan	2	2,04

Nhận xét: Trong 98 đối tượng nghiên cứu, có 11 bệnh nhân có triệu chứng buồn nôn, nôn (11,22%). Có 7 bệnh nhân bị đau bụng khi điều trị (7,14%), 6 bệnh nhân (6,12%) bị rối loạn tiêu hóa, 5 bệnh nhân (5,10%) bị nhức đầu. Chỉ có 1 bệnh nhân bị ngứa da, 2 bệnh nhân bị tăng men gan.

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu trong bảng 3.1, đa số người bệnh chưa có con, chiếm tỷ lệ 48% đối tượng nghiên cứu. Đây là nhóm bệnh nhân có nhu cầu sinh con cao cũng như nhu cầu điều trị bảo tồn vòi tử cung cao hơn so với những đối tượng khác, do vậy nên được ưu tiên điều trị nội khoa. Về tiền sử sản khoa, tiền sử nạo hút, sảy thai cao, chiếm 61,2%. Đây cũng là nguyên nhân dẫn đến CNTC do nhiễm khuẩn sau phá thai, đặc biệt là phá thai không an toàn.

Một số yếu tố dự báo thất bại của điều trị CNTC bằng thuốc đã được xác định qua nhiều năm, trong đó phổ biến nhất là hoạt động của tim thai, kích thước khối chứa lớn hơn 40mm và nồng độ beta-hCG ban đầu lớn hơn 5.000 mIU/mL, có máu trong khoang màng bụng, tăng tỷ lệ β hCG trên 50% trong vòng 48 giờ trước điều trị MTX, cũng như sự gia tăng nhanh chóng và liên tục của nồng độ β hCG trong quá trình điều trị MTX.

Xét nghiệm định lượng β hCG là một xét nghiệm quan trọng để khẳng định bệnh nhân có thai hay không. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có nồng độ β hCG trước điều trị <500(mUI/ml) chiếm tỷ lệ lớn nhất. Ngoài ra, bệnh nhân có nồng độ β hCG quá thấp cũng không được chỉ định điều trị bằng MTX do thể CNTC có thể tự thoái triển và theo dõi ngoại trú. Đây cũng là nhóm có tỷ lệ điều trị thành công cao nhất. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Menon và cộng sự, theo đó tỷ lệ thất bại lớn hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân có nồng độ β hCG ban đầu lớn hơn 5000 (mUI/ml) [4]. Gần đây, tác giả Sagiv và cộng sự cũng công bố kết quả nghiên cứu trên 238 bệnh

nhân với kết luận nồng độ β hCG lớn hơn 2000(mUI/ml) làm tăng tỷ lệ thất bại lên đến 4,5 lần [6]. Tuy nhiên, các tiêu chí về ngưỡng nồng độ β hCG giữa các nghiên cứu còn khác nhau, vì vậy rất khó để đưa ra khoảng tham chiếu cho chỉ số này khi quyết định điều trị bằng phác đồ liều đơn MTX.

Kích thước khối chứa trên siêu âm trước khi điều trị đóng vai trò quan trọng trong lựa chọn bệnh nhân cũng như phác đồ điều trị. Hiện nay, siêu âm vẫn là phương pháp có giá trị trong chẩn đoán sớm và theo dõi CNTC. Hơn thế nữa, siêu âm đầu dò âm đạo cho phép xác định chính xác vị trí cũng như kích thước khối thai. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thành công cao nhất ở nhóm bệnh nhân có kích thước khối chứa < 20mm. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả trong nước, theo đó, kích thước khối chứa càng nhỏ thì hiệu quả điều trị càng tăng. Hiện nay, kích thước tối đa của khối chứa cũng là một đặc điểm khác biệt giữa các chuyên gia trên toàn thế giới. Trong khi một số tác giả chỉ chỉ định điều trị ở khối chứa có đường kính dưới 35mm, một số tác giả khác lại cho phép mở rộng chỉ định cho bệnh nhân có khối chứa lớn hơn 35 mm. Cobellis và cộng sự đã báo cáo tỷ lệ thành công khi sử dụng MTX cho bệnh nhân có khối chứa lên đến 50 mm và mức β hCG lên tới 10.000 mIU/ml là 91% [2]. Ngược lại, nghiên cứu của Balci và cộng sự lại quan sát thấy tiên lượng xấu hơn và tỷ lệ chuyển đổi sang phương pháp phẫu thuật cao hơn ở bệnh nhân có khối chứa trên siêu âm lớn hơn 30 mm [1].

Trong điều trị CNTC, các chống chỉ định và tác dụng phụ của MTX cũng là vấn đề cần được nghiên cứu đánh giá. Một số tác dụng phụ liên quan đến đường tiêu hoá có thể xuất hiện là đau bụng, buồn nôn, rối loạn tiêu hoá. Ngoài ra, một số tác dụng phụ nghiêm trọng hơn có thể gặp như tăng men gan, suy gan, suy thận,... cũng có thể xảy ra, tuy nhiên hầu hết chỉ ghi nhận được ở các trường hợp điều trị MTX liều cao > 1000mg kéo dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có xuất hiện tác dụng phụ chiếm 32,65%, tuy nhiên hầu hết bệnh nhân chỉ xuất hiện các triệu chứng ở mức độ nhẹ, chỉ cần theo dõi và không cần điều trị. Kết quả nghiên cứu này tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Khánh Linh (2022), theo đó không có trường hợp bệnh nhân nào bị ngộ độc phải dừng điều trị [3].

V. KẾT LUẬN

Điều trị CNTC chưa vỡ điều trị nội khoa bằng

MX có liên quan tới nồng độ β hCG ban đầu và kích thước khối chứa (nồng độ β hCG ban đầu và kích thước khối chứa càng nhỏ thì tỷ lệ thành công càng cao). Điều trị MTX khá an toàn hầu như chỉ xuất hiện tác dụng phụ mức độ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Balci O, Ozdemir S, Mahmoud AS, Acar A, Colakoglu MC.** The efficacy of multiple-dose methotrexate treatment for unruptured tubal ectopic pregnancy and conversion rate to surgery: a study on 294 cases. *Fertil. Steril.* 2010; 93(7):2415–2417.
2. **Cobellis G, Pierno G, Pecori E, et al.** Methotrexate treatment for tubal pregnancy. Criteria for medical approach. *Minerva Ginecol.* 2003;55(6):531–535..
3. **Khánh Linh P, Hùng Dũng T, Thị Phương Thanh P, Thị Thanh Xuân Đình.** Đánh giá kết quả điều trị nội khoa chứa ngoài tử cung chưa vỡ bằng methotrexat đơn liều tại bệnh viện quân y 103. *VMJ.* 2022;516(1). doi:10.51298/vmj.v516i1.2934
4. **Menon S, Colins J, Barnhart KT.** Establishing a human chorionic gonadotropin cutoff to guide methotrexate treatment of ectopic pregnancy: a systematic review. *Fertil Steril.* 2007;87(3):481–484. doi:10.1016/j.fertnstert.2006.10.007
5. **Mergenthal MC, Senapati S, Zee J, et al.** Medical management of ectopic pregnancy with single-dose and 2-dose methotrexate protocols: human chorionic gonadotropin trends and patient outcomes. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2016; 215(5): 590.e1–590.e5.
6. **Sagiv R, Debby A, Feit H, et al.** The optimal cutoff serum level of human chorionic gonadotropin for efficacy of methotrexate treatment in women with extrauterine pregnancy. *Int. J. Gynaecol. Obstet. Off. Organ Int. Fed. Gynaecol. Obstet.* 2012;116(2):101–104.
7. **Saleh H.** Double Versus Single Dose Methotrexate Regimens in Management of Undisturbed Ectopic Pregnancy. *Obstet. Gynecol. Int. J.* 2016;5.
8. **Snigdha Alur-Gupta et al,** 2019 Two-dose versus single-dose methotrexate for treatment of ectopic pregnancy: a meta-analysis; *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Aug. ;221(2):95–108.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG U LYMPHO HODGKIN TRẺ EM TẠI VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2017 - 2023

Phạm Thị Ngọc¹, Hoàng Thị Hồng¹,
Mai Lan², Nguyễn Quang Tùng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trên 22 bệnh nhi được chẩn đoán u lympho Hodgkin tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương giai đoạn 2017 - 2023. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhi trong độ tuổi từ 4 đến 15 tuổi với tuổi trung vị là 13. Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ (nam/nữ là 1,4/1). Về đặc điểm lâm sàng, triệu chứng hay gặp của bệnh bao gồm hạch to (81,8%), thiếu máu (50%) và hội chứng B (45,5%). Tổn thương hạch chủ yếu ở khu vực trên cơ hoành bao gồm hạch cổ (86,4%), hạch trung thất (68,2%), hạch nách (59,1%). Ít gặp tổn thương ngoài hạch, trong đó tổn thương ngoài hạch hay gặp nhất là u trung thất trước (18,2%). Về đặc điểm cận lâm sàng, u lympho Hodgkin kinh điển chiếm tỷ lệ cao (91,9%), trong đó hai thể bệnh thường gặp là thể xơ nốt (36,4%) và thể hỗn hợp tế bào (31,8%). Ở thể kinh điển, CD30 dương tính trong 100% trường hợp, CD15 dương tính trong 80% trường hợp. Đa số bệnh

nhi vào viện ở giai đoạn muộn (III, IV), chiếm 63,7%. Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi cho thấy 54,5% bệnh nhi có số lượng bạch cầu tăng, tăng chủ yếu là bạch cầu trung tính trong khi số lượng bạch cầu lympho trong giới hạn bình thường.

Từ khóa: U lympho Hodgkin trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF PEDIATRIC HODGKIN LYMPHOMA AT NATIONAL INSTITUTE OF HAEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION IN 2017-2023

The study describes the clinical and laboratory features of 22 pediatric patients diagnosed with Hodgkin's lymphoma at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion in the period 2017 - 2023. Results showed that pediatric patients' age ranged from 4 to 15 years old with the median age of 13. The incidence rate in boys is higher than in girls (male/female is 1.4/1). Regarding clinical features, common symptoms of the disease include enlarged lympho nodes (81.8%), anemia (50%), and B syndrome (45.5%). Enlarged lymph nodes were mainly found above the diaphragm, including cervical (86.4%), mediastinal (68.2%), and axillary lympho nodes (59.1%). Extranodal lesions are rare, of which the most common is anterior mediastinal tumor (18.2%). Regarding laboratory features, classic

¹Đại học Y Hà Nội

²Viện Huyết học – Truyền máu Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc

Email: ngoc28011997@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 12.3.2024