

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59, nữ giới chiếm đa số 54,5%, bệnh hay gặp người có tiền sử tăng huyết áp (58,2%). Triệu chứng khởi phát thường gặp là đau đầu, chiếm 88,5%. Tại thời điểm nhập viện, dấu hiệu thần kinh khu trú hay gặp nhất là gáy cứng, chiếm 50,5%, vị trí túi phình thường gặp nhất nằm ở tuần hoàn não trước, chiếm 81,5%. Về mức độ nặng khi nhập viện, mức độ I chiếm 59% tính theo phân độ WFNS, còn theo thang điểm Hunt & Hess, mức độ II chiếm đa số là 54,5%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, việc phối hợp chặt chẽ giữa lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh là cần thiết để phát hiện kịp thời các biến chứng sau chảy máu dưới nhện là do vỡ phình động mạch não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Steiner, T., Juvela, S., Unterberg, A., Jung, C., Forsting, M., & Rinkel, G. (2013). European Stroke Organization guidelines for the management of intracranial aneurysms and subarachnoid haemorrhage. *Cerebrovascular diseases*, 35(2), 93-112.
2. Rosenørn, J., Eskesen, V., Schmidt, K., & Rønde, F. (1987). The risk of rebleeding from ruptured intracranial aneurysms. *Journal of neurosurgery*, 67(3), 329-332. <https://doi.org/10.3171/jns.1987.67.3.0329>
3. Cha, K. C., Kim, J. H., Kang, H. I., Moon, B. G., Lee, S. J., & Kim, J. S. (2010). Aneurysmal rebleeding: factors associated with clinical outcome in the rebleeding patients. *Journal of Korean Neurosurgical Society*, 47(2), 119-123. <https://doi.org/10.3340/jkns.2010.47.2.119>
4. Kassell, N. F., Torner, J. C., Haley, E. C., Jr, Jane, J. A., Adams, H. P., & Kongable, G. L. (1990). The International Cooperative Study on the Timing of Aneurysm Surgery. Part 1: Overall management results. *Journal of neurosurgery*, 73(1), 18-36. <https://doi.org/10.3171/jns.1990.73.1.0018>
5. Rivero Rodríguez, D., Scherle Matamoros, C., Cúe, L. F., Miranda Hernández, J. L., Pernas Sánchez, Y., & Pérez Nellar, J. (2015). Predictor's of Mortality in Patients with Aneurysmal Subarachnoid Haemorrhage and Rebleeding. *Neurology research international*, 2015, 545407. <https://doi.org/10.1155/2015/545407>
6. Vương Thị Thu Hiền, Lương Quốc Chính. (2022). Giá trị tiên lượng của thang điểm wfns đối với kết quả xấu sau chảy máu dưới nhện do phình động mạch não. *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 149(1), 135-142. <https://doi.org/10.52852/tcnchy.v149i1.516>
7. Rosengart, A. J., Schultheiss, K. E., Tolentino, J., & Macdonald, R. L. (2007). Prognostic factors for outcome in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke*, 38(8), 2315-2321. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.484360>
8. Brawanski, N., Dubinski, D., Bruder, M., Berkefeld, J., Hattingen, E., Senft, C.,... & Konczalla, J. (2021). Poor grade subarachnoid hemorrhage: treatment decisions and timing influence outcome. Should we, and when should we treat these patients?. *Brain hemorrhages*, 2(1), 29-33.
9. Zhou, Z., Wang, F., Chen, T., Wei, Z., Chen, C., Xiang, L., Xiang, L., Zhang, Q., Huang, K., Jiang, F., Zhao, Z., & Zou, J. (2023). Pre- and Post-Operative Online Prediction of Outcome in Patients Undergoing Endovascular Coiling after Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: Visual and Dynamic Nomograms. *Brain sciences*, 13(8), 1185. <https://doi.org/10.3390/brainsci13081185>

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHỮA NGOÀI TỬ CUNG BẰNG METHOTREXATE TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TỈNH NAM ĐỊNH TỪ THÁNG 01/2023 ĐẾN THÁNG 09/2024

Đào Thị Hồng Nhung¹, Lê Thị Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý chữa ngoài tử cung (CNTC) bằng Methotrexate tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu bệnh nhân CNTC chưa vỡ điều trị bằng Methotrexate đơn liều từ 01/01/2023 - 30/09/2024 tại

khoa Phụ, Bệnh viện Phụ sản Nam Định. **Kết quả:** Có 88 hồ sơ thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu, trước điều trị có 93,1% số trường hợp có đủ 3 triệu chứng: chậm kinh, đau bụng, ra máu âm đạo. Kích thước khối chứa trung bình là $15 \pm 1,2$ mm; nồng độ β hCG trung bình là 987 ± 350 mIU/ml. Sau điều trị, tỷ lệ thành công là 89,9% và thất bại 10,2%; với chủ yếu số trường hợp tiêm 3 mũi (chiếm 73,8%), chỉ 3,6% số trường hợp tiêm Methotrexate kết hợp Acid Folic. Thời gian β hCG âm tính trung bình là $34,6 \pm 3,5$ ngày, trong đó chủ yếu là những trường hợp β hCG âm tính trước 30 ngày (chiếm 66%). **Kết luận:** Điều trị nội khoa CNTC chưa vỡ bằng Methotrexate đạt hiệu quả cao với tỷ lệ thành công 89,9%; đặc biệt với những khối chứa kích thước nhỏ và nồng độ β hCG ≤ 1000 mIU/ml.

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Hồng Nhung

Email: daonhung.tl89@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 12.5.2025

Từ khóa: Methotrexate, chữa ngoài tử cung

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY WITH METHOTREXATE AT NAM DINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL FROM JANUARY 2023 TO SEPTEMBER 2024

Objective: To assess the results of treatment of ectopic pregnancy (ECP) with Methotrexate at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2023 to September 2024. **Method:** Retrospective cross-sectional study of patients with unruptured ECP treated by single-dose Methotrexate from January 1, 2023 to September 30, 2024 at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital. **Results:** 88 records met the research criteria, before treatment, 93.1% of cases had all 3 symptoms: delayed menstruation, abdominal pain, vaginal bleeding. The average size of the ectopic pregnancy was 15 ± 1.2 mm; the average beta hCG concentration was 987 ± 350 mIU/ml. After treatment, the success rate was 89.9% and the failure rate was 10.2%; with most cases receiving 3 injections (accounting for 73.8%), only 3.6% of cases received Methotrexate combined with Folic Acid. The average time for negative hCG was 34.6 ± 3.5 days, in which most cases had negative hCG before 30 days (accounting for 66%). **Conclusion:** Medical treatment of unruptured ectopic pregnancy with Methotrexate is highly effective with a success rate of 89.9%; especially with small gestational masses and hCG concentrations ≤ 1000 mIU/ml.

Keywords: Methotrexate, ectopic pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ngoài tử cung (CNTC) là tình trạng trứng làm tổ ngoài buồng tử cung; chiếm tỷ lệ 1,5-2% tổng số trường hợp mang thai. CNTC là bệnh lý 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 phụ nữ. 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 nhưng CNTC tăng lên ở tất cả các tuyến điều trị. Các phương pháp điều trị CNTC phổ biến là: điều trị ngoại khoa (mổ mở, phẫu thuật nội soi) lấy khối chứa; điều trị nội khoa bằng Methotrexate (MTX)[1],[2]. Điều trị CNTC bằng MTX hiện nay phổ biến với 2 phác đồ: đa liều và đơn liều. Các phác đồ này vẫn chưa có sự đồng thuận về chế độ liều lượng nào là tối ưu. Phác đồ liều đơn có những ưu điểm giảm tỷ lệ tác dụng phụ và tuân thủ tốt hơn so với phác đồ đa liều, nhưng tỷ lệ thất bại điều trị cao hơn [3]. Tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định lần đầu tiên áp dụng phương pháp điều trị CNTC bằng MTX từ năm 2022. Sau gần 3 năm triển khai kỹ thuật chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý*

CNTC bằng Methotrexate tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả người bệnh được chẩn đoán CNTC và được điều trị bằng Methotrexat tại bệnh viện Phụ Sản Nam Định từ 01/01/2023 - 30/09/2024

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả bệnh nhân điều trị MTX tại khoa Phụ Bệnh viện Phụ sản Nam Định từ ngày 01/01/2023 đến 20/9/2024

- Xét nghiệm betaHCG trước điều trị < 10000 mIU/mL

- Kích thước khối chứa trên siêu âm đầu dò âm đạo $< 3,5$ cm

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Chửa ngoài tử cung vỡ, chửa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang

- Chửa ở các vị trí đặc biệt: trong ổ bụng, ống cổ tử cung, chứa tại vết mổ

- Nồng độ β hCG > 3000 mIU/ml

- Kích thước khối chứa $> 3,5$ cm; có tim thai; dịch cùng đồ > 15 mm

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: Chọn mẫu thuận tiện tất cả những hồ sơ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu

2.2.3. Biến số nghiên cứu

- Triệu chứng cơ năng:

+ Đau bụng

+ Chậm kinh

+ Ra máu âm đạo bất thường

- Triệu chứng thực thể:

+ Tình trạng tử cung: bình thường hay to.

+ Phần phụ: bình thường hay có khối nề đau.

+ Khám cùng đồ sau: Đau hay không đau

- Triệu chứng cận lâm sàng:

+ Nồng độ β hCG huyết thanh trước khi điều trị chia thành các mức độ

+ Siêu âm: kích thước khối chứa

- Số liều MTX

- Kết quả điều trị:

+ Thành công: khi lâm sàng bệnh nhân hết đau, nồng độ β hCG sau điều trị về âm tính

+ Thất bại: khi nồng độ β hCG sau điều trị tăng, giữ nguyên hoặc không giảm sau khi tiêm tối đa các liều MTX, bệnh nhân đau

- Thời gian nồng độ β hCG trở về âm tính

2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu được xử lý theo chương trình phần mềm SPSS 20.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: - Nghiên cứu của chúng tôi đảm bảo tính trung thực, khách

quan, có tính kế thừa và cũng có tính cá nhân
- Các đối tượng trong nghiên cứu được bảo vệ quyền riêng tư và ẩn danh thông tin

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/01/2023 đến 20/9/2024, có 88 hồ sơ của bệnh nhân chữa ngoài tử cung thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả được trình bày dưới dạng các bảng và biểu đồ như sau:

Bảng 3.1. Triệu chứng cơ năng và thực thể của đối tượng nghiên cứu

Triệu chứng cơ năng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chậm kinh		73	82,9
Đau bụng		63	71,6
Ra máu âm đạo bất thường		72	81,8
Phối hợp các triệu chứng		82	93,1
Tổng		88	100
Triệu chứng thực thể			
Tử cung	Bình thường	72	81,8
	To hơn bình thường	16	18,2
Phần phụ	Bình thường	37	42,0
	Có khối nề	51	58,0
Cùng đồ	Không đau	83	94,3
	Đầy đau	5	5,7

Nhận xét: Về triệu chứng cơ năng, phần lớn các trường hợp phối hợp các triệu chứng chậm kinh, đau bụng, ra máu âm đạo bất thường (chiếm 93,1%). Về triệu chứng thực thể, tử cung to hơn bình thường chiếm 18,2%; có 58% số trường hợp phần phụ có khối nề và chỉ 5,7% số trường hợp cùng đồ đầy đau.

Bảng 3.2. Triệu chứng cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Kích thước khối chứa (mm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 10	3	3,4
10-20	66	75
>20	19	21,6
X±SD (mm)	15 + 1,2	
Min – Max (mm)	7 - 39	
Tổng	88	100
βhCG (mUI/ml)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 500	37	42,0
500-1000	31	35,2
>1000	20	22,8
X±SD (mUI/ml)	987 + 350	
Min – Max (mUI/ml)	72 - 8048	

Nhận xét: Kích thước khối chứa trung bình là 15 + 1,2 mm; nhỏ nhất là 7 mm, lớn nhất là 39 mm; kích thước từ ≤20 mm chiếm tỷ lệ chủ yếu (78,4%). Nồng độ βhCG trung bình của đối tượng nghiên cứu là 987±350 mUI/ml; nhỏ nhất là 72 mUI/ml, lớn nhất là 8048 mUI/ml; tỷ lệ

nồng độ βhCG < 500 mUI/ml chiếm 42%; nồng độ βhCG ≥ 1000 mUI/ml chiếm 22,8%.

Kết quả điều trị



Biểu đồ 3.1. Kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Điều trị CNTC bằng MTX đạt tỷ lệ thành công là 89,9% và thất bại 10,2%.

Bảng 3.3. Số mũi tiêm Methotrexate điều trị

Số mũi MTX	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1 mũi	65	73,8
2 mũi	18	20,4
3 mũi	2	2,2
MTX phối hợp Acid Folic	3	3,6
Tổng	88	100

Nhận xét: Có 73,8% số trường hợp điều trị 1 mũi MTX; chỉ 3,6% số trường hợp điều trị MTX phối hợp Acid Folic.

Bảng 3.4. Thời gian xét nghiệm βhCG trở về âm tính

Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 30 ngày	58	66
30 - 60 ngày	23	26,1
> 60 ngày	7	7,9
Tổng	88	100
X±SD (ngày)	34,6 + 3,5	
Min – Max (ngày)	14 - 90	

Nhận xét: Thời gian trung bình βhCG trở về âm tính là 34,6 + 3,5 ngày; ngắn nhất là 14 ngày, dài nhất là 90 ngày. Thời gian xét nghiệm βhCG trở về âm tính chiếm tỷ lệ chủ yếu là < 30 ngày, chiếm 66%.

IV. BÀN LUẬN

Triệu chứng cơ năng và thực thể của đối tượng nghiên cứu. Tam chứng cơ năng hay gặp ở người bệnh chữa ngoài tử cung là chậm kinh, đau bụng, ra máu. Đây là những dấu hiệu khiến người bệnh phải đi khám. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 93,1% bệnh nhân có phối hợp các triệu chứng này. Chậm kinh là triệu chứng gặp nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 82,9% (bảng 3.1) phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Học[4] là 71,8%. Triệu chứng đau bụng vùng hạ vị chiếm 71,6% tương tự nghiên cứu của Cao Thị Thuý [5] là 64,3%, Nguyễn Thị Bích Thuý [6] là 60,5%. Bệnh nhân thường đau âm ỉ vùng hạ vị bên khối chứa ở giai đoạn sớm. Nếu đau nhiều, kéo dài có xu hướng tăng lên là dấu

hiệu báo trước của vỡ khối chứa. Những trường hợp đầu nhiều nên chỉ định phẫu thuật để hạn chế tỷ lệ thất bại khi điều trị nội khoa. Bảng 3.1 chỉ ra triệu chứng ra máu âm đạo bất thường hay gặp chiếm 81,8%. Kết quả này phù hợp với kết quả của Vũ Thanh Vân [7] là 85,8%. Những trường hợp ra máu sớm hoặc ra máu đúng kì sẽ được chẩn đoán sớm hơn, khi khối thai nhỏ chưa bị rạn nứt thì tỷ lệ thành công sẽ cao hơn. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Vương Tiến Hoà, Phạm Trọng Thuật [8], những người bệnh có triệu chứng ra máu bất thường, tỷ lệ thành công là 88,3%, không ra huyết tỷ lệ thành công là 89,5%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Vì vậy, ra máu bất thường không có giá trị để chỉ định lựa chọn bệnh nhân điều trị nội khoa.

Đa số người bệnh trong nghiên cứu có kích thước tử cung bình thường chiếm 81,8%, chỉ 18,2% khám thấy tử cung to hơn bình thường (bảng 3.1). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Cao Thị Thuỷ [5] chủ yếu khám thấy kích thước tử cung bình thường (chiếm 96,1%), có thể do người bệnh vào viện ở giai đoạn sớm nên chưa biểu hiện triệu chứng này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 58,0% trường hợp khám phần phụ có khối. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thanh [9] là 58,7%. Triệu chứng cùng đồ ấn đau thường xuất hiện khi khối chứa rỉ máu đọng lại ở túi cùng làm xuất hiện cảm giác đau khi khám ở vùng này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 5,7% số trường hợp có triệu chứng này. Tương tự trong nghiên cứu của Cao Thị Thuỷ [5], tỷ lệ này là 3,9%.

Triệu chứng cận lâm sàng của đôi tượng nghiên cứu. Xét nghiệm định lượng nồng độ β hCG huyết thanh là một xét nghiệm quan trọng để khẳng định có thai hay không. Trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ β hCG trước điều trị của người bệnh từ 72 mUI/ml đến 8048 mUI/ml (bảng 3.2). Việc lựa chọn nhóm người bệnh này phù hợp với cách lựa chọn người bệnh của Nguyễn Thị Bích Thuỷ [6], nồng độ β hCG từ 100 đến 5000UI/l, phù hợp với phác đồ điều trị của Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Theo tác giả Tạ Thị Thanh Thuỷ lựa chọn nồng độ β hCG trước khi điều trị từ 40-2000IU/l thấy tỷ lệ thành công là 91% [10]. Nếu lựa chọn β hCG quá thấp để điều trị có khả năng là những trường hợp thể CNTC tự thoái triển chỉ cần theo dõi mà không cần điều trị và trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào nồng độ β hCG < 10 IU/l.

Kích thước khối thai trên siêu âm trước khi điều trị đóng vai trò rất quan trọng trong việc lựa chọn người bệnh điều trị nội khoa. Chính vì

vậy, kích thước khối thai có mối liên quan chặt chẽ đến kết quả điều trị. Hiện nay, siêu âm vẫn là phương pháp có giá trị trong chẩn đoán sớm và theo dõi CNTC. Đặc biệt, siêu âm đầu dò âm đạo xác định chính xác vị trí cũng như kích thước khối thai. Nếu siêu âm thấy hình ảnh túi thai có túi noãn hoàng hoặc tim thai thì những yếu tố này sẽ ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào có túi noãn hoàng hoặc tim thai. Nếu khối thai là một khối âm vang hỗn hợp có nghĩa là máu đã hoặc đang chảy và đọng lại trong túi thai thì nguy cơ vỡ vòi tử cung cũng rất cao vì rất có thể khi diệt nguyên bào nuôi hoặc vòi tử cung tiếp tục bị rạn nứt sẽ làm cho quá trình chảy máu tăng lên và gây nguy cơ cao vỡ vòi tử cung làm cho điều trị thất bại. Nhiều tác giả nghiên cứu lấy kích thước khối chứa với nhiều kích thước khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn người bệnh có kích thước khối chứa trên siêu âm $\leq 3,5$ cm theo phác đồ của Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Tác giả Nguyễn Văn Học [4] và Tạ Thị Thanh Thuỷ [10] cũng lựa chọn người bệnh với kích thước khối thai ≤ 3 cm giống với nghiên cứu của chúng tôi. Một vài nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thuỷ [6] nghiên cứu trên 172 bệnh nhân CNTC chưa vỡ tiêu chuẩn về kích thước túi thai được lựa chọn là $\leq 3,5$ cm cho kết quả thành công là 88,4%. Nghiên cứu của Cao Thị Thuỷ [5] cũng lựa chọn kích thước khối chứa $\leq 3,5$ cm và tỷ lệ thành công cũng khá cao 85,3%. Đa số các tác giả nước ngoài cũng lựa chọn kích thước khối chứa $\leq 3,5$ cm trong các nghiên cứu.

Kết quả điều trị. Biểu đồ 3.1 cho thấy kết quả điều trị CNTC bằng MTX đạt tỷ lệ thành công là 89,8% và thất bại 10,2%. Và chủ yếu điều trị 1 liều MTX, chiếm tỷ lệ 73,8% (bảng 3.3), có 2 trường hợp sử dụng đến 3 liều MTX và 3 trường hợp điều trị MTX phối hợp acid folic (chiếm 5,8%).

Định lượng nồng độ β hCG không chỉ có vai trò quan trọng giúp chẩn đoán sớm CNTC mà còn có giá trị trong việc theo dõi và tiên lượng sau khi tiêm MTX. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian trung bình nồng độ β hCG trở về âm tính là 34,6 ngày, thời gian ngắn nhất là 14 ngày và dài nhất là 61 ngày (bảng 3.4). Nghiên cứu của Vương Tiến Hoà, Nguyễn Thị Bích Thuỷ [6] cho thấy thời gian nồng độ β hCG trở về âm tính nhanh nhất là 7 ngày, chậm nhất là 72 ngày. Thời gian này dài hơn nghiên cứu của chúng tôi bởi nồng độ β hCG và kích thước khối chứa của các nghiên cứu trên lớn hơn nghiên cứu của chúng tôi. Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi sau khi được tiêm thuốc xong

sẽ được ra viện và điều trị ngoại trú. Vì thế thời gian nằm viện không nhiều, ít tốn kém. Tuy nhiên để theo dõi đến khi nồng độ β hCG trở về âm tính cũng mất khá nhiều thời gian, mất công đi lại và chi phí xét nghiệm máu, siêu âm. Có những người bệnh nồng độ β hCG trở về âm tính trong thời gian ngắn nên người bệnh rất hài lòng với phương pháp điều trị nội khoa.

V. KẾT LUẬN

Điều trị nội khoa CNTC chưa vỡ bằng Methotrexate đạt hiệu quả cao với tỷ lệ thành công 89,9%; đặc biệt với những khối chứa kích thước nhỏ và nồng độ β hCG ≤ 1000 mIU/ml.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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
2. **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.
3. **Saleh H.** Double Versus Single Dose Methotrexate

- Regimens in Management of Undisturbed Ectopic Pregnancy. *Obstet. Gynecol. Int.* J.2016;5.
4. **Nguyễn Văn Học** (2005), "Kết quả điều trị 103 trường hợp chứa ngoài tử cung chưa vỡ bằng Methotrexat tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng". Nội San Sản Phụ Khoa Số Đặc Biệt Năm 2005, 86–91
 5. **Cao Thị Thủy.** Nhận xét điều trị chứa ngoài tử cung bằng Methotrexate tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2015. 2015
 6. **Nguyễn Thị Bích Thủy.** Nghiên cứu điều trị chứa ngoài tử cung chưa vỡ bằng Methotrexate đơn liều và đa liều tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. 2011
 7. **Vũ Thanh Vân.** Điều trị chứa ngoài tử cung bằng Methotrexate tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 3/2005 đến 7/2006. 2006.
 8. **Vương Tiên Hòa, Phạm Trọng Thuật** (2014), Nghiên cứu hiệu quả điều trị chứa ngoài tử cung chưa vỡ bằng Methotrexate tại Bệnh viện Đa khoa Tuyên Quang, Tạp chí y học thực hành, 3(893), 54-59.
 9. **Nguyễn Thị Bích Thanh** (2006), "Chẩn đoán và điều trị chứa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2006", Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
 10. **Tạ Thị Thanh Thủy, Đỗ Danh Toàn** (2000), "Đánh giá bước đầu điều trị chứa ngoài tử cung chưa vỡ bằng Methotrexat tại Bệnh viện Phụ sản Hùng Vương, Thành phố Hồ Chí Minh". Tạp chí sản phụ khoa 2001, 58–64.

KẾT QUẢ NGẮN HẠN PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ RỖN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN CỔ TRƯỞNG

Huỳnh Văn Linh¹, Đặng Trần Khiêm¹, Trần Phùng Dũng Tiến¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Thoát vị rốn được định nghĩa là thoát vị thành bụng ở rốn hoặc gần rốn. Theo Hội thoát vị Châu Âu vị trí thoát vị ở đường giữa từ 3 cm trên và dưới rốn. Tỷ lệ thoát vị rốn khoảng 2% dân số, tỷ lệ này gia tăng ở bệnh nhân xơ gan, béo phì. 20% bệnh nhân xơ gan có biểu hiện thoát vị rốn. Bệnh nhân có thoát vị rốn kèm bệnh cảnh xơ gan có nhiều rối loạn toàn thân nên việc điều trị gặp nhiều thách thức. Việc điều trị thoát vị rốn ở bệnh nhân xơ gan cổ trướng vẫn còn nhiều tranh luận nhưng phương pháp phẫu thuật phục hồi thành bụng sớm, tránh khi có triệu chứng hoặc biến chứng được chấp nhận nhiều hơn. Kỹ thuật phục hồi thành bụng bằng khâu cân đơn thuần và đặt mảnh ghép nhân tạo tiếp cận theo hướng nội soi và mổ mở. Tuy nhiên, trong bối cảnh bệnh nhân xơ gan cổ trướng mổ mở vẫn chiếm ưu thế. Tỷ lệ biến chứng và tử vong là vấn đề cần được quan tâm. Các yếu tố giúp tiên lượng tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ

đóng vai trò quan trọng trong việc đưa ra hướng điều trị phù hợp trên từng bệnh nhân. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, báo cáo loạt ca bệnh 43 trường hợp phẫu thuật điều trị thoát vị rốn ở bệnh nhân xơ gan cổ trướng từ 01/2018 đến 12/2022 tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Nghiên cứu kết quả ngắn hạn sau phẫu thuật trong thời gian bệnh nhân nằm viện. **Kết quả:** Đặc điểm giới tính nam chiếm đa số (79,1%). Độ tuổi trung bình $56,9 \pm 10,7$ tuổi (27 – 79 tuổi). 100% bệnh nhân nhập viện có xuất hiện khối phồng ở rốn. Thoát vị kẹt và ấn đau khối thoát vị lần lượt 51,2% và 55,8%. Có 8/43 trường hợp (18,6%) có biến chứng vỡ khối thoát vị. Kích thước khối thoát vị trung bình $6,4 \pm 5,1$ cm (2 – 30 cm). Mức độ xơ gan đánh giá theo thang điểm MELD trung bình $16 \pm 6,3$ và tỷ lệ xơ gan mất bù trong nghiên cứu chiếm đa số (90,7%). Bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu 37/43 trường hợp (86%). 100% được tiến hành mổ hở, phương pháp phục hồi thành bụng khâu cân đơn thuần 35/43 trường hợp (81,4%), đặt lưới onlay 4/43 trường hợp (9,3%), đặt lưới sublay 1/43 trường hợp (2,3%) và đặt lưới tiền phúc mạc 3/43 trường hợp (7%). Thời gian mổ trung bình $93 \pm 37,2$ phút (50 – 200 phút). Thời gian nằm viện trung bình $7 \pm 3,2$ ngày (2 – 17 ngày). Thời gian phục hồi lưu thông ruột sau mổ kéo dài hơn ở những bệnh nhân có điểm MELD ≥ 20 và có kích thước lỗ thoát vị

¹Trường Y Dược, Đại học Trà Vinh
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Văn Linh
Email: hvlinh@tvu.edu.vn
Ngày nhận bài: 4.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 11.4.2025
Ngày duyệt bài: 12.5.2025