

5. Mark A.Anderson, William E.Palmer and Simeone F.Joseph (2018). "Acute posterior cruciate ligament injuries: effect of location,severity, and associated injuries on surgical management", Skeletal Radiology, Vol. 43, pp.68 - 76.

6. Tarek Boutefnouché, Malek Bentayeb, Qutub Qadr, and Salman Ali (2013). "Long-term outcomes following single-bundle transtibial arthroscopic posterior cruciate ligament reconstruction", International Orthopaedics, Vol. 37, pp. 337-343.

7. Ching Jen Wang, Han Shiang Chen, and Ting Wen Huang (2003). "Outcome of arthroscopic single bundle reconstruction for complete posterior cruciate ligament tear", International journal of the care of the injured, Vol. 34, pp. 747 - 751.

8. Rui Wang, Bin Xu (2017). "Long-term outcomes after arthroscopic single-bundle reconstruction of the posterior cruciate ligament: A 7-year follow-up study", The Journal of International Medical Research, Vol. 10, pp. 1 - 8.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA NHỮNG TRƯỜNG HỢP CHỮA NGOÀI TỬ CUNG NHẮC LẠI ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

HO SIKHEANG¹, VŨ VĂN DU²
¹Trường Đại học Y Hà Nội
²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những trường hợp chữa ngoài tử cung nhắc lại được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu tất cả các trường hợp được chẩn đoán là chữa ngoài tử cung (CNTC) nhắc lại vào điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương (BVPSTU) từ ngày 01/1/2017 đến hết ngày 31/12/2019.

Kết quả: Trong số CNTC nhắc lại bệnh nhân chưa đẻ lần nào 32,7%, chưa có con 32,4; có 1 con 37,2%; có tiền sử CNTC 1 lần 94,9%; 2 lần 4,8% và 3 lần 0,3%; tỷ lệ tam chứng chậm kinh + đau bụng + ra máu âm đạo chiếm 10,1%; 2/3 tam chứng là 83,0%; 1/3 tam chứng là 6,9%. Siêu âm không có túi ối trong buồng tử cung 100%, siêu âm có khối thai điển hình 28,4%. Định lượng β hCG < 1.000mIU/L (26,3%), β hCG \geq 5.000mIU/L (27,9%). Trung bình nồng độ β hCG lần 1 là $5838,6 \pm 10394$ mIU/L.

Kết luận: Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng không có sự khác biệt nhiều so với CNTC nói chung.

Từ khóa: Chữa ngoài tử cung, chữa ngoài tử cung nhắc lại.

Chịu trách nhiệm: Ho Sikheang
Email: sikheangoppoa92020@gmail.com
Ngày nhận: 08/7/2021
Ngày phản biện: 13/8/2021
Ngày duyệt bài: 24/8/2021

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES OF REPEAT ECTOPIC PREGNANCY AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics of repeated ectopic pregnancies diagnosed and treated at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study, all cases diagnosed as ectopic pregnancy were repeated and treated at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 1, 2017 to December 31, 2019.

Results: In the repeat ectopic pregnancy, the patient had never given birth 32.7%, had no child 32.4; have 1 child 37.2%; have a history of ectopic pregnancy once 94.9%; 2 times 4.8% and 3 times 0.3%; the rate of triad of delayed menstruation + abdominal pain + vaginal bleeding accounted for 10.1%; 2/3 of triads is 83.0%; 1/3 of the triad is 6.9%. Ultrasound showed no amniotic sac in the uterus 100%, ultrasound showed typical fetal mass 28.4%. Quantitative β hCG < 1,000mIU/L (26.3%), β hCG \geq 5,000mIU/L (27.9%). Average 1st β hCG concentration was 5838.6 ± 10394 mIU/L.

Conclusion: Clinical symptoms and subclinical are not much different from ectopic pregnancy in general.

Keywords: Ectopic pregnancy, repeat ectopic pregnancy, GEU.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chữa ngoài tử cung (CNTC) là một thách thức đối với công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản

cộng đồng, không chỉ riêng ở những nước kém phát triển mà ngay cả những nước có nền y học phát triển vì từ diễn biến đến mọi phương pháp xử trí của bệnh đều có ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe, tính mạng và khả năng sinh sản của người phụ nữ.

Chửa ngoài tử cung là hiện tượng oán đã được thụ tinh nhưng làm tổ ở bên ngoài buồng tử cung. Theo các tác giả, có hơn 95% các trường hợp là khối thai ở vòi tử cung (VTC), còn lại là ở ống cổ tử cung, buồng trứng và trong ổ bụng. CNTC là một trong những nguyên nhân gây chảy máu trong ba tháng đầu thai kỳ.

Hiện nay, tỷ lệ CNTC là 2%, ở nhóm bệnh nhân áp dụng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản thì tỷ lệ CNTC chiếm 2,8% - 5,7%, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân làm thụ tinh trong ống nghiệm thì CNTC chiếm 2 - 11% tùy từng nghiên cứu [1]. Theo Vương Tiến Hòa, CNTC sau thụ tinh ống nghiệm chiếm 2,1% các trường hợp mang thai [2].

Ngày nay với sự ra đời của siêu âm đầu dò âm đạo có độ phân giải cao kết hợp với xét nghiệm sinh hóa beta hCG cũng như trình độ, kinh nghiệm của người làm siêu âm ngày càng tốt đã giúp cho việc chẩn đoán sớm CNTC ngay từ khi khỏi chữa chưa vỡ, khi đó phẫu thuật sẽ đơn giản hơn, mất máu ít hơn, khả năng bảo tồn VTC cao hơn. Mặt khác, gần đây với việc áp dụng điều trị CNTC bằng phương pháp nội khoa đã đem lại nhiều cơ may cho những phụ nữ có nhu cầu sinh đẻ [3].

Cùng với sự gia tăng về tần suất CNTC lần đầu thì CNTC lần hai cũng tăng theo. Tại BVPSTU (1979 - 1980), số ca CNTC lần hai là 10 ca cho đến năm (1999 - 2000) số ca chữa ngoài tử cung lần hai là 97 ca, tăng gấp 9 lần [4,5]. Năm 2004, Mai Thanh Hằng [6] đã nghiên cứu về tình hình CNTC lần 2 tại BVPSTU trong 3 năm 2001 đến 2003 và tỷ lệ chữa ngoài tử cung lần 2 là 10,1%. Năm 2012-2013, theo nghiên cứu của Lê Hoàng - Đặng Thị Minh Nguyệt [7] tỷ lệ CNTC nhắc lại là 7,1% và đến năm 2014 tỷ lệ chữa ngoài tử cung nhắc lại theo nghiên cứu của Đàm Thị Quỳnh Liên, Nguyễn Văn Xuyên [8] đã lên tới 11,3%. Các tác giả quốc tế cho rằng tỷ lệ CNTC nhắc lại lần lượt là 10 và 15% nếu bệnh nhân đã từng có tiền sử phẫu thuật tạo hình hoặc phẫu thuật cắt vòi tử cung trước đó [9]. Để góp phần nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị chữa ngoài tử cung nói chung, trong đó có chữa ngoài tử cung nhắc lại, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những trường hợp chữa ngoài tử cung nhắc lại được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 09/2020 đến tháng 09/2021.

2. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán là chửa ngoài tử cung nhắc lại vào điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương có bệnh án lưu trữ tại Phòng Kế hoạch tổng hợp của bệnh viện từ ngày 01/1/2017 đến hết ngày 31/12/2019.

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Có tiền sử CNTC đã được điều trị bằng phương pháp nội khoa hay phẫu thuật.

- Được chẩn đoán xác định khi ra viện là chửa ngoài tại vòi tử cung.

+ Được điều trị bằng phẫu thuật hoặc phương pháp nội khoa.

+ Có kết quả siêu âm, β hCG trước và sau điều trị.

+ Có kết quả mô bệnh học cho những trường hợp được điều trị bằng phẫu thuật.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Chửa ngoài tử cung nhắc lại đã phẫu thuật ở nơi khác chuyển về.

- Chửa ngoài tử cung không phải ở vòi tử cung (buồng trứng, ống cổ TC, ổ bụng...).

- Có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật không phải là chửa ngoài tử cung.

- Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin nghiên cứu.

3. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu bệnh án.

Cỡ mẫu:

Chúng tôi chọn mẫu thuận tiện không xác suất, lấy toàn bộ các hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

Trên thực tế, chúng tôi đã thu thập được thông tin của 395 hồ sơ bệnh án trong 3 năm (từ tháng ngày 01/1/2017 đến hết ngày 31/12/2019) thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đưa vào nghiên cứu.

Kỹ thuật thu thập thông tin hồi cứu bệnh án, ghi chép vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

4. Phân tích số liệu: Số liệu được thu thập và làm sạch, nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó được phân tích bằng phần mềm STATA 13.0.

5. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được ban lãnh đạo Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho phép tiến hành nghiên cứu, thu thập và phân tích số liệu. Nghiên cứu chỉ thu thập thông tin số liệu của bệnh nhân, không ảnh hưởng đến quá trình thăm khám cũng như điều trị của sản phụ. Các thông tin về đối tượng nghiên cứu được

đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng chữa ngoài tử cung nhắc lại tại BV Phụ sản Trung ương

1.1. Tuổi

Bảng 1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 20 tuổi	1	0,3
20 - 29 tuổi	166	42,0
30 - 39 tuổi	200	50,6
≥ 40 tuổi	28	7,1
Tổng số	395	100
$\bar{X} \pm SD$ (GTNN - GTLN)	31,1 ± 5,4 (19 - 44)	

Độ tuổi trung bình của CNTC nhắc lại là 31,1 ± 5,4. Trong đó tuổi cao nhất là 44, tuổi nhỏ nhất là 19. Tuổi hay gặp nhất là 30 đến 39 tuổi chiếm tỷ lệ 50,6% và nhóm tuổi 20 - 29 tuổi (42,0%). Nhóm dưới 20 tuổi và từ 40 tuổi trở lên ít gặp nhất chiếm tỷ lệ tương ứng là 0,3% và 7,1%.

1.2. Triệu chứng cơ năng

Bảng 2. Tỷ lệ các triệu chứng cơ năng (n = 395)

Triệu chứng cơ năng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chậm kinh	283	71,7
Đau bụng	180	45,6
Ra máu âm đạo	204	51,7
Chỉ có 01 triệu chứng	27	6,9
Đau bụng + ra máu âm đạo	73	18,5
Chậm kinh + đau bụng	110	27,8
Chậm kinh + ra máu âm đạo	145	36,7
Chậm kinh + đau bụng + ra máu âm đạo	40	10,1

Bệnh nhân CNTC đến viện với triệu chứng chậm kinh (71,7%) và đau bụng hạ vị (45,6%), ra máu âm đạo bất thường (51,7%).

Bệnh nhân đến viện do một triệu chứng đơn thuần chiếm tỷ lệ 6,9%.

Tỷ lệ tam chứng chậm kinh, đau bụng, ra máu âm đạo: Phần lớn bệnh nhân đến viện khi có 2/3 các triệu chứng chậm kinh, đau bụng, ra máu âm đạo bất thường với 328 trường hợp (83,0%).

Có 40 (10,1%) trường hợp đi khám khi có cả 3/3 triệu chứng xuất hiện.

Chỉ có 17 (6,9%) trường hợp đi khám sớm khi mới chỉ có 1 trong 3 triệu chứng bất thường.

1.3. Triệu chứng thực thể

Bảng 3. Tỷ lệ các triệu chứng thực thể (n = 395)

Triệu chứng thực thể	n	%
Phản ứng thành bụng hoặc cảm ứng phúc mạc	136	34,4
Gõ đục vùng thấp	9	2,3

Khối cạnh tử cung, đầu	291	73,7
Cứng đồ đầy, đau	179	45,3
HA < 90/60 mmHg	3	0,8
Mạch ≥ 100 lần/phút	5	1,3
Sốc (Mạch > 100 lần/phút và HA < 90/60 mmHg)	0	0

Dấu hiệu cứng đồ đầy, đau chiếm tỷ lệ 45,3%, dấu hiệu có khối cạnh tử cung ấn đau chiếm tỷ lệ 81,0%. Có 5 bệnh nhân có dấu hiệu trụy mạch chiếm 1,3%.

2. Đặc điểm cận lâm sàng chữa ngoài tử cung nhắc lại tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

2.1. Định lượng β hCG

Tỷ lệ làm xét nghiệm định lượng β -hCG huyết thanh trước điều trị (n=395): Tất cả 395/395 bệnh nhân đều được làm xét nghiệm β -hCG ít nhất 1 lần trước điều trị. Số bệnh nhân làm 2 lần xét nghiệm này là 71 trường hợp (18,0%) và từ 3 lần trở lên là 17 trường hợp, chiếm tỷ lệ thấp với 4,3%.

Bảng 4. Nồng độ β hCG lần 1

β hCG (mIU/ml)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 1.000	104	26,3
1.000 - < 3.000	113	28,6
3.000 - < 5.000	68	17,2
≥ 5.000	110	27,9
Tổng số	395	100
$\bar{X} \pm SD$ (GTNN - GTLN)	5838,6 ± 10394 (43,3 - 89108,7)	

Bệnh nhân CNTC nhắc lại 100% được làm định lượng β hCG khi vào viện. Trong đó nhóm có nồng độ β hCG > 5000 mIU/L và nhóm từ 1000 đến dưới 3000 mIU/L chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 27,9% và 28,6%. Nhóm có nồng độ β hCG từ 3000 mIU/L đến dưới 5000 mIU/L là thấp nhất 17,2%.

2.2. Định lượng Hemoglobin

Bảng 5. Định lượng Hemoglobin (Hb)

Hemoglobin (Hb)	n	%
Thiếu máu nặng (Hb < 70 g/l)	0	0
Thiếu máu trung bình (Hb 70 - < 90 g/l)	1	0,3
Thiếu máu nhẹ (Hb 90 - < 120 g/l)	48	12,2
Không mất máu (Hb ≥ 120 g/l)	346	87,5
Tổng số	395	100
$\bar{X} \pm SD$ (GTNN - GTLN)	128,0 ± 9,0 (75 - 152)	

Không có trường hợp thiếu máu nặng; có 0,3% thiếu máu trung bình; 12,2% thiếu máu nhẹ còn lại 87,5% không có thiếu máu.

2.3. Dấu hiệu siêu âm

Bảng 6. Dấu hiệu siêu âm (n = 395)

Dấu hiệu siêu âm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khối cạnh tử cung đơn thuần	391	99,0
Khối thai điển hình	112	28,4
Có dịch cùng đồ	176	44,6

Không có trường hợp nào thấy hình ảnh khối thai trong buồng tử cung. Có 99,0% các trường hợp thấy hình ảnh khối cạnh tử cung đơn thuần; có 28,4% trường hợp thấy khối thai điển hình và 44,6% trường hợp có dịch cùng đồ.

Bảng 7. Dấu hiệu khối chứa trên siêu âm (n=395)

Dấu hiệu khối chứa trên siêu âm	n	%
Có túi noãn hoàng	71	18,0
Có phôi thai, không có tim thai	8	2,0
Có phôi thai, có tim thai	33	8,4

Dấu hiệu khối chứa trên siêu âm: có túi noãn hoàng (18,0%); Có phôi thai, không có tim thai chiếm 2,0% và có phôi thai, có tim thai chiếm 8,4%.

Bảng 8. Kích thước khối chứa trên siêu âm (n=112)

Kích thước khối chứa trên siêu âm	n	%
< 3,5 cm	97	86,6
≥ 3,5 cm	15	13,4
Tổng	112	100

Đa số kích thước khối chứa trên siêu âm < 3,5 cm chiếm tỷ lệ 86,6%.

Bảng 9. Sự tương quan giữa kích thước khối chứa và nồng độ βhCG

Nồng độ βhCG (mIU/ml)	Kích thước khối chứa trên siêu âm (cm)				p
	≤ 3,5		> 3,5		
	n	%	n	%	
< 1.000	21	100	0	0	0,05
1.000 - < 3.000	29	90,5	3	9,5	
3.000 - < 5.000	17	78,1	5	21,9	
≥ 5.000	30	81,1	7	18,9	
Tổng số	97	86,6	15	13,4	
$\bar{X} \pm SD$	5190,5 ± 1972,7		17895,4 ± 11391,7		< 0,05

Nồng độ βhCG trung bình ở nhóm CNTC có kích thước khối chứa > 3,5 cm (17895,4 ± 11391,7) cao hơn nhóm có kích thước khối chứa ≤ 3,5 cm (5190,5 ± 1972,7) với p<0,05.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng chứa ngoài tử cung nhắc lại tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

1.1. Phân bố tuổi

Theo Bảng 1, độ tuổi trung bình của CNTC nhắc lại là 31,1 ± 5,4. Kết quả này có nét tương đồng so với các nghiên cứu khác. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Đạo^[10] cho thấy độ tuổi trung bình của CNTC nhắc lại là 31,35 ± 4,913. Kết quả này không khác biệt so với nghiên cứu của Roar Sandvei^[11] và Mai Thanh Hằng^[6], Đỗ Thị Phương^[12].

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân có độ tuổi thấp nhất là 19 tuổi và cao nhất là 44 tuổi. Theo nghiên cứu về CNTC lần 2 của Mai Thanh

Hằng^[6] tuổi thấp nhất là 21, cao nhất là 48. Theo Nguyễn Văn Đạo^[10], bệnh nhân có độ tuổi thấp nhất là 22 tuổi và cao nhất là 41 tuổi.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy nhóm tuổi phần lớn hay gặp là 30 đến 39 tuổi chiếm tỷ lệ 50,6% và nhóm tuổi 20 – 29 tuổi (42,0%). Đây là nhóm tuổi sinh đẻ, tỷ lệ mang thai cao nên khả năng bị CNTC cũng cao hơn

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đạo^[10], lứa tuổi thường gặp của bệnh nhân CNTC nhắc lại là nhóm tuổi từ 30 tuổi đến 35 tuổi, chiếm tỷ lệ 39,4% và phù hợp với nghiên cứu của Mai Thanh Hằng^[6]. Tuổi của CNTC nhắc lại có xu hướng lớn hơn tuổi của CNTC lần 1 vì xảy ra sau CNTC lần 1 một khoảng thời gian, tuy nhiên đều nằm trong lứa tuổi sinh đẻ phổ biến.

Bên cạnh đó, nhóm dưới 20 tuổi và từ 40 tuổi trở lên ít gặp nhất chiếm tỷ lệ tương ứng là 0,3% và 7,1%. Kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Phương (2019) cũng cho thấy có 9,2% bệnh nhân trên 40 tuổi bị CNTC tái diễn^[12]. Đây là nhóm tuổi được khuyến cáo không nên sinh con do có nhiều nguy cơ cho sản phụ và thai nhi, trong đó có nguy cơ CNTC.

Như vậy, độ tuổi thường hay gặp của CNTC nhắc lại là từ 30 tuổi đến 39 tuổi, không gặp nhóm tuổi < 20 tuổi và ≥ 40 tuổi.

Từ đó, các chương trình truyền thông giáo dục về kế hoạch hóa gia đình cần có các chiến lược tiếp cận và lựa chọn, phân loại các nhóm đối tượng để có những biện pháp phòng tránh thai an toàn, giảm tỷ lệ có thai ngoài ý muốn, giảm tỷ lệ CNTC.

1.2. Triệu chứng cơ năng

CNTC là bệnh lý đã được mô tả từ lâu, và đa số các tác giả nghiên cứu đều thấy 3 triệu chứng cơ năng chính của CNTC là chậm kinh, đau bụng hạ vị và ra máu âm đạo bất thường. Kết quả nghiên cứu cho thấy Bệnh nhân CNTC đến viện với triệu chứng chậm kinh (71,7%) và đau bụng hạ vị (45,6%), ra máu âm đạo bất thường (51,7%) (Bảng 2). Theo nghiên cứu của Đỗ Thị Phương^[12], phần lớn bệnh nhân CNTC đến viện với triệu chứng chậm kinh và đau bụng hạ vị (78,9%), tiếp đến là ra máu âm đạo bất thường (67,0%). Theo nghiên cứu của Đàm Thị Quỳnh Liên^[8], triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là chậm kinh chiếm 91,6%, sau đó là đau bụng hạ vị (73,5%) và cuối cùng là ra máu âm đạo bất thường (69,7%).

Phần lớn bệnh nhân đến viện khi có 2/3 các triệu chứng chậm kinh, đau bụng, ra máu âm đạo bất thường với tỷ lệ 83,0%. Có 40 (10,1%) trường hợp đi khám khi có cả 3/3 triệu chứng

xuất hiện. Tuy nhiên vẫn có 6,9% bệnh nhân đến viện khi chỉ có 1/3 triệu chứng. Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Đạo^[10], tỷ lệ tam chứng chậm kinh + đau bụng + ra máu âm đạo chiếm tỷ lệ 33,3%. Theo tác giả Đỗ Thị Phương^[12] cũng cho thấy có phần lớn bệnh nhân đến viện khi có 2/3 hoặc 3/3 triệu chứng chậm kinh, đau bụng, ra máu âm đạo bất thường; 17 bệnh nhân đến viện khi chỉ có 1/3 triệu chứng (9,2%). Có thể nói do kiến thức tích lũy được qua ít nhất 1 lần CNTC nên chỉ cần có 1 triệu chứng duy nhất trong tam chứng cổ điển (chậm kinh, đau bụng hạ vị, ra máu âm đạo bất thường) là bệnh nhân đến khám sớm bởi họ quan tâm đến sức khỏe bản thân cũng như mong muốn một thai nghén bình thường.

1.3. Triệu chứng thực thể

Dấu hiệu cùng đồ đầy, đau chiếm tỷ lệ 45,3% (Bảng 3). Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Đạo^[10] là 42,4%; trong nghiên cứu của Mai Thanh Hằng^[6] là 60,14%.

Dấu hiệu thấy khối cạnh tử cung đau chiếm 73,7% cao hơn so với nghiên cứu của Mai Thanh Hằng^[6] với 60,14%. Theo Đỗ Thị Phương^[12], trong các dấu hiệu khám thực thể ổ bụng và âm đạo có 2 dấu hiệu hay gặp nhất là dấu hiệu sờ thấy khối ấn đau tức ở phần phụ (91,9%) và cùng đồ đầy, đau bụng hạ vị (51,9%).

Dấu hiệu ít gặp nhất là dấu hiệu gõ đục vùng thấp với tỷ lệ 2,3% (Bảng 3). Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Đạo^[10] là 4,5%. Nghiên cứu có 5 trường hợp mạch ≥ 100 lần/phút chiếm tỷ lệ 1,3% bởi các dấu hiệu này có thể gặp chỉ trên trường hợp sốc do CNTC vỡ.

Ta có sự so sánh tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng CNTC nhắc lại với CNTC từ lần 2 ở các tác giả khác nhau: Theo nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu khác tại, tỷ lệ bệnh nhân CNTC nhắc lại đến viện có dấu hiệu sờ thấy khối ấn đau tức ở phần phụ chiếm tỷ lệ khá cao. Tuy các bệnh nhân đã được tư vấn kỹ khi ra viện, nhưng phần lớn họ còn chủ quan, và hi vọng lần mang thai này không phải là CNTC. Tuy nhiên, việc thăm khám phát hiện ra khối cạnh tử cung còn phụ thuộc vào kích thước khối chứa, thể trạng của bệnh nhân gầy hay béo, tình trạng dịch ổ bụng và kinh nghiệm của bác sĩ.

Khi so sánh triệu chứng lâm sàng CNTC nhắc lại với các nghiên cứu CNTC và CNTC từ lần 2 của các tác giả ta thấy rằng các tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng kinh điển có sự khác biệt không đáng kể, điều này chứng tỏ các triệu chứng trên vẫn là các dấu hiệu lâm sàng chỉ điểm có giá trị trong khám, chẩn đoán CNTC nói chung và CNTC nhắc lại nói riêng.

So với các kết quả của các tác giả trên kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt đôi chút điều này được giải thích bởi sự phát triển của xã hội, về phía người bệnh trình độ dân trí, kiến thức, chất lượng cuộc sống, sự hiểu biết được nâng cao... nên nhận thức của người dân về tình trạng sức khỏe tốt hơn, đặc biệt với những người tiền sử 1 lần CNTC họ có kiến thức, kinh nghiệm và sự quan tâm hơn nên khi có các dấu hiệu nghi ngờ thường đi khám sớm. Đồng thời về phía thầy thuốc, việc chẩn đoán CNTC tại BVPSTU đã trở thành kinh nghiệm thành thạo và không ngừng hoàn thiện. Như vậy, ta có thể khẳng định không có sự khác nhau về các dấu hiệu lâm sàng của CNTC nhắc lại trong nghiên cứu của chúng tôi so với triệu chứng lâm sàng CNTC của các tác giả đã so sánh.

2. Đặc điểm cận lâm sàng chữa ngoài tử cung nhắc lại tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

2.1. Định lượng β hCG

Trong nghiên cứu 100% bệnh nhân được định lượng β hCG trước chẩn đoán. Trong đó nhóm có nồng độ β hCG > 5000 mIU/L và nhóm từ 1000 đến dưới 3000 mIU/L chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 27,9% và 28,6%. Nhóm có nồng độ β hCG từ 3000 mIU/L đến dưới 5000 mIU/L là thấp nhất 17,2%.

Theo Nguyễn Văn Đạo^[10], có 57,6% trường hợp có nồng độ β hCG > 5000 mIU/ml, có 12,1% trường hợp có nồng độ β hCG < 1000 mIU/ml. Nhóm có nồng độ β hCG từ 1000 đến 3000 mIU/ml và từ 3000 đến 5000 mIU/ml lần lượt là 10,6% và 19,7%. Nồng độ β hCG trung bình là $5838,6 \pm 10394$ mIU/ml, theo Đỗ Thị Phương^[12] là $5750,9 \pm 1086,9$ mIU/ml. Một số tác giả khuyến cáo nên phẫu thuật khi nồng độ β hCG > 5000 mIU/ml, tuy nhiên các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chỉ định phẫu thuật 100% các trường hợp vì với kinh nghiệm của thầy thuốc lâm sàng kết hợp với sự hỗ trợ của các phương tiện cận lâm sàng khác như siêu âm đồng thời bệnh nhân tiền sử CNTC do đó việc chẩn đoán CNTC và vị trí khối chứa tại phần vòi tử cung còn lại sau lần phẫu thuật CNTC trước có độ chính xác cao nên việc chỉ định phẫu thuật là hoàn toàn hợp lý khi nồng độ β hCG < 5000 mIU/ml.

Nhiều tác giả cũng thấy, nồng độ β hCG tại chẩn đoán của lần CNTC nhắc lại thấp hơn so với lần CNTC đầu tiên. Điều đó chứng tỏ, các bệnh nhân CNTC đã được tư vấn rất kỹ sau khi ra viện, có thể họ biết rõ những dấu hiệu đầu tiên của bệnh, nên đến viện khám và điều trị sớm hơn. Tuy nhiên, việc chẩn đoán CNTC phải dựa

vào cả triệu chứng lâm sàng (cơ năng, thực thể) và triệu chứng cận lâm sàng (β hCG, siêu âm...).

2.2. Định lượng Hemoglobin

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp thiếu máu nặng; có 0,3% thiếu máu trung bình; 12,2% thiếu máu nhẹ còn lại 87,5% không có thiếu máu (bảng 5). Theo Nguyễn Văn Đạo^[10], có 6,1% bệnh nhân có thiếu máu vừa (trung bình), 43% bệnh nhân thiếu máu nhẹ và 50% bệnh nhân không bị thiếu máu.

Điều này phản ánh phần nào thể trạng bệnh nhân nói chung đã được nâng cao, đồng thời việc quan tâm đến sức khỏe, kiến thức và kinh nghiệm sau 1 lần CNTC nên bệnh nhân thường đến khám sớm, đồng thời kinh nghiệm lâm sàng và trình độ của các bác sĩ, phẫu thuật viên nâng cao do đó hạn chế tối đa tình trạng mất máu cho bệnh nhân.

2.3. Dấu hiệu siêu âm

Theo nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được siêu âm, đây là một công cụ đắc lực trong chẩn đoán CNTC, giúp xác định vị trí, kích thước khối chứa dịch ổ bụng... Đặc biệt là đối với các trường hợp chưa rõ là CNTC, song song với việc khám lâm sàng, theo dõi diễn biến β hCG, có thể siêu âm nhiều lần để theo dõi và chẩn đoán nhanh, chính xác hơn.

Trong nghiên cứu không có trường hợp nào có túi thai trong buồng tử cung; có 99,0% các trường hợp thấy hình ảnh khối cạnh tử cung đơn thuần; có 28,4% trường hợp thấy khối thai điển hình và 44,6% trường hợp có dịch cùng đồ.

Theo Nguyễn Văn Đạo^[10], cũng không ghi nhận có trường hợp nào có túi thai trong buồng tử cung. Tác giả cũng cho thấy có 90,9% các trường hợp có hình ảnh khối cạnh tử cung đơn thuần, 9,1% trường hợp có hình ảnh khối thai điển hình với túi noãn hoàn và hình ảnh tim thai. Có 28,8% trường hợp có hình ảnh dịch cùng đồ với mức độ khác nhau. Đây là những dấu hiệu khuyến khích cho việc lựa chọn phương pháp điều trị phẫu thuật ngoại khoa.

Kích thước khối chứa trên siêu âm

Trên siêu âm, chúng tôi ghi nhận thấy phần lớn kích thước khối chứa < 3,5 cm chiếm tỷ lệ 86,6%. Tỷ lệ này cũng tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Phương^[12], có tới trong đó có tới 88,5% trường hợp có kích thước khối chứa < 3,5 cm, và 11,5% trường hợp kích thước khối chứa \geq 3,5 cm. Kích thước khối chứa càng lớn thì nguy cơ càng cao, đòi hỏi cần phải xử trí khẩn trương, nếu không có thể gây biến chứng nguy hiểm tới tính mạng của bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân có kích thước khối chứa lớn chiếm tỷ lệ thấp, điều này chứng tỏ, những bệnh nhân đã

có tiền sử CNTC, họ sẽ chú ý hơn đến tình hình sức khỏe của mình và đến viện khám sớm hơn khi có bất kỳ các dấu hiệu như chậm kinh, rối loạn kinh nguyệt...

3. Liên quan giữa nồng độ β hCG và kích thước khối chứa

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng nồng độ β hCG trung bình ở nhóm CNTC có kích thước khối chứa > 3,5 cm ($17895,4 \pm 11391,7$) cao hơn nhóm có kích thước khối chứa \leq 3,5 cm ($5190,5 \pm 1972,7$). Có mối liên quan giữa kích thước khối chứa và nồng độ β hCG, β hCG càng cao thì tỷ lệ bệnh nhân có hình ảnh siêu âm có kích thước khối chứa > 3,5 cm càng lớn với $p < 0,05$ (Bảng 8). Tác giả Đỗ Thị Phương^[12] cũng có nhận định tương đồng so với nghiên cứu của chúng tôi. Theo tác giả, xét trên 131 trường hợp phần phụ có khối bất thường trên siêu âm, cho thấy nồng độ β hCG càng cao thì kích thước khối chứa đo được trên siêu âm càng lớn. Nồng độ β hCG trung bình ở nhóm có kích thước khối chứa > 3,5 cm là $19167,4 \pm 4236,4$ cao gấp 4,5 lần nhóm có kích thước khối chứa \leq 3,5 cm ($4290,7 \pm 1485$) ($p < 0,05$). Điều này là hợp lý bởi β hCG là một glicoprotein do hoàng thể và bánh rau tiết ra, giúp cho phôi thai tồn tại và phát triển. Mặc dù diễn biến của β hCG trong thai kỳ khá dao động nhưng nhìn chung thai càng phát triển thì β hCG càng cao và ngược lại.

KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng của những trường hợp chứa ngoài tử cung nhắc lại.

Trong số CNTC nhắc lại bệnh nhân chưa đẻ lần nào 32,7%, chưa có con 32,4%; có 1 con 37,2%; có tiền sử CNTC 1 lần 94,9%; 2 lần 4,8% và 3 lần 0,3%.

Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng không có sự khác biệt so với CNTC nói chung trong đó tỷ lệ tam chứng chậm kinh + đau bụng + ra máu âm đạo chiếm 10,1%; 2/3 tam chứng là 83,0%; 1/3 tam chứng là 6,9%.

Đặc điểm cận lâm sàng của những trường hợp chứa ngoài tử cung nhắc lại

Siêu âm không có túi ối trong buồng tử cung 100%; siêu âm có khối thai điển hình 28,4%

Định lượng β hCG < 1.000mIU/L (26,3%), β hCG \geq 5.000mIU/L (27,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rajesh Varma and Lawrence Mascarehas** (2002). "Evidence - Based management of ectopic pregnancy", Current Obstet Gynecol, 12, 191 - 199".

2. **Trần Thị Lợi** (2008). "Tỷ lệ viêm âm đạo và các yếu tố liên quan ở phụ nữ đến khám phụ khoa tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ", Tạp

chí Y học Tp. Hồ Chí Minh, Chuyên đề Sản phụ khoa, tr. 1 - 7.

3. **Nguyễn Thu Hương và Lê Hữu Chiến** (2013), "Nhận xét kết quả xét nghiệm vi khuẩn của bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 5/2011 - 4/2012", Tạp chí Y học thực hành, 887+888, tr. 106 - 108.

4. **Phan Việt Tâm** (2002). Nghiên cứu tình hình chữa ngoài tử cung tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh trong 2 năm 1999 - 2000, Luận văn tốt nghiệp Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội."

5. **Phạm Thu Xanh và Đinh Viết Đạt** (2010). "Thực trạng viêm đường sinh dục dưới và kiến thức, thực hành của phụ nữ có chồng dưới 49 tuổi tại khu vực ven biển huyện Tiên Lãng, Hải Phòng năm 2010", Tạp chí Y học thực hành, 8(778), tr. 21-22.

6. **Phan Anh Tuấn** (2010). "Đặc điểm lâm sàng và dịch tễ viêm âm đạo do vi nấm SPP của phụ nữ từ 18-49 tuổi tại Bệnh viện Quận 12 Tp. Hồ Chí Minh", Tạp chí Nghiên cứu Y học Tp. Hồ Chí Minh, 15(1), tr. 166 - 170.

7. **Lê Hoàng và Đặng Thị Minh Nguyệt** (2013). Mô tả đặc điểm lâm sàng chữa ngoài tử cung từ lần

thứ 2 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1/2013 đến 12/2013, Hoàng, ed, Tạp chí Y học Quân sự cấp này 23/12/2013.

8. **Đàm Thị Quỳnh Liên, Đỗ Thị Ngọc Lan và Nguyễn Văn Xuyên** (2014). Nhận xét về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí chữa ngoài tử cung tái phát tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2013, Liên, ed, Hội nghị Sản phụ khoa Việt Pháp 5/2014, 57 - 60.

9. Department of Health (2001). Why Mothers Die. The Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom 1997-1999, HMSO, London.

10. **Nguyễn Văn Đạo** (2016). Nghiên cứu về chẩn đoán và xử trí ngoại khoa chữa ngoài tử cung nhắc lại tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2014 - 2015 Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

11. **Trần Đỗ Hùng** (2012). "Khảo sát tình hình nhiễm trùng sinh dục ở phụ nữ 18 đến 49 tuổi có chồng tại huyện Đông Hải, tỉnh Bạc Liêu", Tạp chí Y học thực hành, 864 (Số 3/2013).

12. **Đỗ Thị Phương** (2019). Tình hình chữa ngoài tử cung tái diễn tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2017 - 2018, Trường Đại học Y Hải Phòng, Hải Phòng.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ PHƠI NHIỄM VỚI DỤNG CỤ TIÊM TRUYỀN TRONG TIÊM TRUYỀN CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐẠI NAM

NGUYỄN THỊ BÔNG¹, LÊ VĂN DUY¹,
HUỖNH VĂN KHOL², NGUYỄN VĂN AN³

¹Trường Đại học Đại Nam

²Công ty TNHH Phát triển Công nghệ Anapath

³Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thái độ về phòng và xử trí phơi nhiễm với dụng cụ tiêm truyền của sinh viên Khoa Điều dưỡng Đại học Đại Nam.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 248 sinh viên Khoa Điều dưỡng, Đại học Đại Nam từ 3/2021 đến 6/2021.

Kết quả: Tỷ lệ kiến thức đúng cao nhất là an toàn tiêm truyền, việc xử lý kim tiêm truyền sau sử dụng bị rơi ra sàn nhà đúng chiếm tỷ lệ cao nhất 94,35%, thấp nhất là thời điểm nhân viên y tế có thể bị tổn thương do dụng cụ tiêm truyền chiếm 18,55%. Thái độ đúng cao nhất là việc chủ động tiêm phòng viêm gan B 89,52%; thái độ

đúng thấp nhất thái độ báo cáo khi bị tiêm đâm vào tay chiếm 63,71%.

Kết luận: Tỷ lệ sinh viên có kiến thức đạt và thái độ tích cực về phòng và xử trí phơi nhiễm với dụng cụ tiêm truyền trong tiêm truyền lần lượt là 77,02% và 70,97%.

Từ khóa: Sinh viên, kiến thức phòng và xử trí phơi nhiễm, thái độ, dụng cụ tiêm truyền.

SUMMARY

Objectives: Describe the knowledge and attitudes about prevention and treatment of exposure to infusion equipment of students of the Nursing Faculty of Dai Nam University.

Patients and methods: A cross-sectional descriptive study of 248 students of Nursing Faculty of Dai Nam University from 3/2021 to 6/2021.

Results: The highest percentage of correct knowledge is infusion safety, the correct handling

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Bông

Email: maruko20890@gmail.com

Ngày nhận: 17/7/2021

Ngày phân biện: 14/8/2021

Ngày duyệt bài: 24/8/2021