

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUẾ VÕ

LƯU THỊ HUẾ

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
CHỮA NGOÀI TỬ CUNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUẾ VÕ NĂM 2025- 2026

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Bắc Ninh - 2026

**SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUẾ VÕ**

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
CHỮA NGOÀI TỬ CUNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUẾ VÕ NĂM 2025-2026**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Người thực hiện: Lư Thị Huệ

Bắc Ninh – 2026

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN	4
1.1. Định nghĩa, sơ lược về giải phẫu và sinh lý vòi tử cung.....	4
1.2. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ chữa ngoài tử cung.....	5
1.3. Ảnh hưởng của chữa ngoài tử cung đến tương lai sinh sản.....	6
1.4. Phân loại chữa ngoài tử cung.....	7
1.5. Chẩn đoán chữa ngoài tử cung.....	8
1.6. Điều trị chữa ngoài tử cung.....	11
1.7. Các nghiên cứu phẫu thuật nội soi chữa ngoài tử cung đã được thực hiện.....	15
1.8. Sơ đồ nghiên cứu.....	18
1.9. Giới thiệu về bệnh viện đa khoa Quế Võ.....	19
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	20
2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	20
2.2. Đối tượng nghiên cứu	20
2.3. Phương pháp và thiết kế nghiên cứu.....	20
2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu.....	20
2.5. Phương pháp thu thập số liệu.....	20
2.6. Các biến số nghiên cứu.....	21
2.7. Quy trình phẫu thuật nội soi chữa ngoài tử cung.....	24
2.8. Xử trí và phân tích kết quả.....	27
2.9. Đạo đức nghiên cứu.....	27
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	28
Chương 4. BÀN LUẬN	36
KẾT LUẬN	37
KHUYẾN NGHỊ	38
TÀI LIỆU THAM KHẢO	39

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

PT	Phẫu thuật
BVPSTU	Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương
CNTC	Chửa ngoài tử cung
hCG	Human chorionic gonadotropin
MTX	Methotrexate
PTNS	Phẫu thuật nội soi
TC	Tử cung
VTC	Vòi tử cung
YTNC	Yếu tố nguy cơ
β hCG	β Human chorionic gonadotropin

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1: Phân bố tỷ lệ chữa ngoài tử cung được điều trị bằng phẫu thuật nội soi theo tuổi

Bảng 3.2: Phân bố tỷ lệ chữa ngoài tử cung theo nghề nghiệp

Bảng 3.2: Phân bố tỷ lệ chữa ngoài tử cung theo tiền sử sản, phụ khoa

Bảng 3.4: Tiền sử phẫu thuật

Bảng 3.5: Triệu chứng cơ năng của chữa ngoài tử cung

Bảng 3.6: Triệu chứng thực thể của chữa ngoài tử cung

Bảng 3.7: Triệu chứng toàn thân của chữa ngoài tử cung

Bảng 3.8: Nồng độ β hCG lúc vào viện

Bảng 3.9: Kết quả siêu âm chữa ngoài tử cung

Bảng 3.10: Vị trí khối chữa khi phẫu thuật

Bảng 3.11: Tình trạng khối chữa khi phẫu thuật

Bảng 3.12: Kích thước khối chữa khi phẫu thuật

Bảng 3.13: Lượng máu trong ổ bụng khi phẫu thuật

Bảng 3.14: Cách thức phẫu thuật

Bảng 3.15: Lượng Hemoglobin sau mổ

Bảng 3.16: Lượng máu truyền sau mổ

Bảng 3.17: Số ngày điều trị sau mổ

Bảng 3.18: Biến chứng của phẫu thuật

Bảng 3.19: Đánh giá kết quả phẫu thuật

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ngoài tử cung là một tình trạng trứng đã được thụ tinh nhưng không làm tổ và phát triển ở buồng tử cung, đây là một cấp cứu phụ khoa thường gặp gây chảy máu trong 3 tháng đầu. Chửa ngoài tử cung không chỉ ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe, khả năng sinh sản mà còn có thể đe dọa tính mạng của người phụ nữ như shock mất máu nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời, vì vậy đây luôn là vấn đề được quan tâm hàng đầu trong công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản ở cộng đồng không chỉ riêng ở Việt Nam mà còn trên toàn thế giới.

Tần suất chửa ngoài tử cung ngày càng gia tăng ở Việt Nam cũng như trên thế giới liên quan trực tiếp tới với các bệnh lây truyền qua đường tình dục, đặc biệt Chlamydia trachomatis, viêm nhiễm tiểu khung, tiền sử nạo phá thai, sử dụng các biện pháp tránh thai như đặt dụng cụ tử cung hay mẹ lớn tuổi. Theo nghiên cứu của Stullberg tại Hoa Kỳ, tỷ lệ chửa ngoài tử cung giai đoạn 1991- 1992 là 1,97%, tăng lên 2,07- 2,43% trong giai đoạn 2000- 2003. Theo nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh, trong năm 2019 tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội có 2590 ca chửa ngoài tử cung thì có 178 ca chửa ngoài tử cung tái phát, trong đó 57,87% bệnh nhân có tiền sử nạo phá thai, và 44,38% bệnh nhân có viêm sinh dục dưới. Theo nghiên cứu của Nông Thị Huệ (2023) tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, năm 2017 có 102 trường hợp, năm 2022 có 158 trường hợp bị chửa ngoài tử cung [20] [8] [14].

Điều trị chửa ngoài tử cung có nhiều phương pháp như mổ mở, mổ nội soi, điều trị nội khoa bằng Methotrexate, trước đây thường là mổ mở cắt vòi tử cung. Những năm gần đây nhờ áp dụng siêu âm đầu dò âm đạo, siêu âm doppler màu, định lượng β hCG, nội soi chẩn đoán, nên chửa ngoài tử cung ngày càng được chẩn đoán sớm và phương pháp phẫu thuật nội soi trong điều trị chửa ngoài tử cung được áp dụng ngày càng nhiều và tỷ lệ thành công cao. Phẫu thuật nội soi là phương pháp điều trị tối ưu vì nó có thể cùng lúc chẩn đoán tổn thương, tiên lượng và điều trị. Không gian thao tác và tiếp xúc khi phẫu thuật chỉ giới hạn trong vùng chậu, do đó tránh được các nhiễm trùng từ không khí vào các mô trong ổ bụng.

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi bắt đầu triển khai từ năm 1992 tại bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh viện Từ Dũ thành phố Hồ Chí Minh áp dụng từ năm 1993, và bệnh

viện Phụ sản Trung Ương áp dụng từ năm 1996. Việc điều trị chữa ngoài tử cung bằng phẫu thuật nội soi dần được áp dụng nhiều từ trung ương tới địa phương. Theo nghiên cứu của Trần Thị Dung (2024) tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi là 89,3%, còn theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng (2024) tỷ lệ phẫu thuật nội soi chữa ngoài tử cung thành công là 96,1% [10] [13].

Bệnh viện đa khoa Quế Võ đã bắt đầu ứng dụng phẫu thuật nội soi từ năm 2017, cùng đó, phẫu thuật nội soi điều trị chữa ngoài tử cung cũng đã được áp dụng và dần trở thành thường quy.

Nhưng đến hiện tại chưa có đề tài nào nghiên cứu về kết quả điều trị CNTC bằng phẫu thuật nội soi để tổng kết, đánh giá hiệu quả mà phẫu thuật nội soi mang lại, cũng như tai biến, biến chứng của phẫu thuật này. Từ thực tế trên, việc nghiên cứu đánh giá tình hình phẫu thuật nội soi điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện đa khoa Quế Võ là thực sự cần thiết. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá kết quả điều trị chữa ngoài tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện đa khoa Quế Võ năm 2025-2026”** với hai mục tiêu:

Mục tiêu nghiên cứu:

- 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân chữa ngoài tử cung được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện đa khoa Quế Võ năm 2025-2026.*
- 2. Đánh giá kết quả điều trị chữa ngoài tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện đa khoa Quế Võ năm 2025-2026.*

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Định nghĩa, sơ lược về giải phẫu và sinh lý vòi tử cung

1.1.1. Định nghĩa

Chửa ngoài tử cung là trường hợp noãn được thụ tinh và làm tổ ở ngoài buồng tử cung.

1.1.2. Sơ lược về giải phẫu và sinh lý vòi tử cung

Vòi tử cung là ống dẫn noãn từ buồng trứng tới buồng tử cung, một đầu mở vào ổ bụng, một đầu thông với buồng tử cung. Vòi tử cung dài khoảng 10 – 12cm. Lỗ thông với tử cung nhỏ 3mm, lỗ thông ở phúc mạc tỏa rộng như một loa, kích thước 7 – 8 mm. Vòi được chia thành 4 đoạn:

- Đoạn kẽ: nằm trong thành tử cung, chạy chéo lên trên và ra ngoài dài khoảng 1cm, khẩu kính rất hẹp, dưới 1mm.

- Đoạn eo: Chạy ra ngoài, dài khoảng 2 – 4 cm, đây là phần cao nhất của vòi tử cung, tiếp nối với đoạn kẽ, thẳng như một sợi thừng, khẩu kính 1mm

- Đoạn bóng: Dài khoảng 5 – 7cm chạy dọc bờ trước của buồng trứng nối đoạn eo và đoạn loa, lòng ống không đều do những nếp gấp cao của lớp niêm mạc. Đoạn bóng là nơi noãn và tinh trùng gặp nhau để tạo lên hiện tượng thụ tinh.

- Đoạn loa: Là đoạn tận cùng của vòi tử cung dài khoảng 2 cm, tỏa hình phễu, có từ 10 – 12 tua, mỗi tua dài khoảng 1 – 1,5cm, dài nhất là tua Richard dính vào dây chằng vòi - buồng trứng, các tua có nhiệm vụ hứng noãn khi phóng ra khỏi buồng trứng vào thẳng vòi tử cung.

Về mặt cấu tạo, thành vòi tử cung có 4 lớp:

Ở ngoài cùng là lớp thanh mạc nhẵn bóng tạo bởi lá phúc mạc. Dưới lớp thanh mạc là mô liên kết giàu mạch máu, mạch bạch huyết và thần kinh. Lớp cơ có hai lớp: Ở ngoài các sợi cơ sắp xếp theo thớ dọc, lớp trong các sợi cơ sắp xếp theo thớ tròn. Độ dày của lớp cơ mỏng dần từ phía tử cung ra đến loa vòi tử cung. Lớp niêm mạc ở trong cùng, lớp niêm mạc có ba loại tế bào:

+ Tế bào hình trụ: Có những lông dài 8 – 9 μm cắm vào thể đáy và chuyển động theo một hướng nhất định về phía tử cung.

+ Tế bào chế tiết: Tiết dịch để nuôi dưỡng trứng và góp phần vào dòng chảy của vòi tử cung trong chức năng vận chuyển trứng về buồng tử cung

+ Lớp tế bào hình thoi: Ở lớp đệm, có tiềm năng phát triển giống như những tế bào ở lớp đệm của nội mạc tử cung nên có thể biệt hóa thành những tế bào màng rụng trong trường hợp chửa ngoài tử cung.

Động mạch vòi tử cung xuất phát từ hai nguồn là: Động mạch buồng trứng và động mạch tử cung nối tiếp nhau ở trong mạc treo vòi tạo thành những vùng nối cung cấp máu cho vòi tử cung.

1.2. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ của chửa ngoài tử cung

1.2.1. Nguyên nhân

1.2.1.1. Nguyên nhân cơ học

Viêm vòi tử cung: đặc biệt là viêm niêm mạc vòi gây hiện tượng dính tạo thành túi bịt, giảm số lượng lông mao của tế bào hình trụ, làm hẹp lòng, ứ dịch, hoặc tắc nghẽn hoàn toàn vòi tử cung góp phần gây ra chửa ngoài tử cung.

Sự phát triển bất thường của vòi tử cung: Vòi tử cung có sự phát triển bất thường như có túi thừa, lỗ phụ, thiếu sản vòi tử cung gây nên chửa ngoài tử cung.

Khối u phụ khoa: Khối lạc nội mạc tử cung ở vòi tử cung, khối u ngoài vòi tử cung như u nang buồng trứng, u xơ tử cung...chèn ép làm hẹp lòng vòi tử cung và làm thay đổi vị trí giải phẫu bình thường của vòi tử cung là nguyên nhân gây chửa ngoài tử cung.

1.2.1.2. Nguyên nhân cơ năng

Trứng đi vòng: Noãn phóng ra từ buồng trứng bên này nhưng lại đi vòng qua VTC bên đối diện để vào buồng tử cung, làm cho thời gian và quãng đường di chuyển dài ra, phôi chưa kịp vào làm tổ tại buồng tử cung.

Rối loạn cân bằng nội tiết: Rối loạn cân bằng nội tiết có thể làm thay đổi sự co bóp của VTC hoặc làm giảm sự chuyển động của tế bào lông mao trong lòng VTC, ảnh hưởng tới sự di chuyển của phôi gây CNTC.

Do bản thân phôi: Phôi phát triển quá nhanh trong quá trình phân bào hoặc do chửa nhiều thai, nên kích thước phôi lớn nhanh và to hơn trong lòng VTC, do đó phôi bị giữ lại gây CNTC.

1.2.2. Yếu tố nguy cơ của chữa ngoài tử cung

-Tiền sử chữa ngoài tử cung: Tiền sử CNTC làm tăng nguy cơ CNTC thứ phát. Theo nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh (2021), tỷ lệ tái phát chữa ngoài tử cung là 6,87 % [8].

-Tiền sử phẫu thuật vùng chậu: Tiền sử phẫu thuật vùng chậu có liên quan đến CNTC. Theo nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh (2021), tỷ lệ bệnh nhân có phẫu thuật vùng chậu bị chữa ngoài tử cung tái phát là 34,83%, và theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng (2024), bệnh nhân có tiền sử mổ cũ ở bụng bị chữa ngoài tử cung là 54,9% [8] [13].

-Tiền sử nạo phá thai: Đây là 1 trong những yếu tố nguy cơ hay gặp nhất trên các bệnh nhân CNTC tái phát theo nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh (2021), tỷ lệ bệnh nhân tái phát chữa ngoài tử cung có tiền sử nạo phá thai chiếm tỷ lệ 57,87% [8]

-Các phương pháp tránh thai: Nhìn chung các phương pháp tránh thai đều sẽ làm giảm nguy cơ mắc CNTC vì làm giảm khả năng có thai. Tuy nhiên khi phương pháp tránh thai thất bại thì đặt dụng cụ tử cung (DCTC) sẽ làm tăng nguy cơ mắc CNTC, những người sử dụng DCTC để tránh thai có nguy cơ mắc CNTC cao gấp 2 lần những người không đặt DCTC.

-Điều trị vô sinh: là một trong những yếu tố nguy cơ của chữa ngoài tử cung. Theo nghiên cứu của Phan Thúy Quỳnh (2024), tỷ lệ bệnh nhân bị chữa ngoài tử cung có hỗ trợ sinh sản chiếm tỷ lệ 37,9% [17].

-Viêm nhiễm phụ khoa: Tiền sử viêm sinh dục dưới, viêm tiểu khung cũng là một YTNC của CNTC. Theo nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh (2021), tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội, bệnh nhân chữa ngoài tử cung có viêm sinh dục dưới chiếm tỷ lệ 44,38%, tỷ lệ viêm tiểu khung và viêm phần phụ chiếm tỷ lệ 3,37%. [8].

1.3. Ảnh hưởng của chữa ngoài tử cung đến tương lai sinh sản

Phụ nữ mắc CNTC chịu ảnh hưởng nhiều đến tương lai sinh sản, khả năng hồi phục của phụ nữ CNTC sẽ tốt nếu được chẩn đoán và điều trị sớm. Khi bị CNTC thì nguy cơ vô sinh là 50% và nguy cơ CNTC nhắc lại là 15% vì CNTC thường kèm theo tổn thương VTC. Ngoài ra CNTC là một chấn thương về thể xác và tinh thần làm cho người phụ nữ cảm giác bị mất thai và sợ không có khả năng có

con trong tương lai. Do đó, cần có thời gian để người phụ nữ lấy lại trạng thái cân bằng trước khi quyết định có thai lần sau cũng như cần có sự tư vấn, chuẩn bị tinh thần cho cả hai vợ chồng về tình trạng CNTC trong cả quá trình chẩn đoán, điều trị.

1.4. Phân loại chữa ngoài tử cung

1.4.1. Phân loại theo các thể lâm sàng.

- *Chữa ngoài tử cung chưa vỡ*

Lâm sàng: triệu chứng nổi bật nhất là đau vùng hạ vị âm ỉ, toàn trạng tốt, mạch, huyết áp ổn định.

Thăm âm đạo: cổ tử cung tím, mềm, di động không đau, hai phần phụ không đau, và rất ít khi sờ thấy khối chữa.

Siêu âm: không có thai trong buồng tử cung, cạnh tử cung có thể có khối âm vang không đồng nhất, cùng đồ không có dịch, kết quả thử thai dương tính.

- *Chữa ngoài tử cung thể lựu máu trong ổ bụng*

Triệu chứng nổi bật là đau bụng dữ dội vùng bụng dưới, da xanh niêm mạc nhợt, mạch nhanh huyết áp tụt. Có phản ứng thành bụng, gõ đục vùng thấp, tử cung bập bênh trong nước, khám cùng đồ sau đầy đau chói. Cũng có trường hợp ngập máu ổ bụng nhưng diễn ra từ từ, người bệnh thích nghi được nên các dấu hiệu choáng không rõ.

- *Chữa ngoài tử cung thể giả sảy*

Để nhầm lẫn với sảy thai, bệnh nhân có đau vùng hạ vị từng cơn, hết đau khi mảnh tổ chức bị tống ra. Xét nghiệm giải phẫu bệnh tổ chức sảy hoặc nạo thấy hình ảnh màng rụng, không thấy gai rau.

- *Thể huyết tụ thành nang*

Biểu hiện lâm sàng là rong huyết kéo dài, toàn thân có tình trạng thiếu máu, cạnh tử cung có khối, bờ không rõ, ấn rất đau, đôi khi có dấu hiệu rối loạn tiêu hóa do kích thích của khối huyết tụ.

Siêu âm cạnh tử cung có khối âm vang không đồng nhất, ranh giới không rõ, kích thước phụ thuộc vào khối máu tụ to hay nhỏ, thử thai nhanh dương tính.

1.4.2. Phân loại theo vị trí khối chữa.

- Chữa ngoài tử cung ở vòi tử cung: chiếm khoảng 95% các trường hợp

CNTC, trong đó:

- + Chửa đoạn loa là 55%
- + Khối chửa ở đoạn bóng là 17%
- + Đoạn eo là 25%
- + Đoạn kẽ: 2 %
- Các vị trí khác (buồng trứng, ống cổ tử cung, cơ tử cung, ổ bụng, chửa các tạng) chiếm ít hơn 5%. [1]

1.5. Chẩn đoán chửa ngoài tử cung

Triệu chứng lâm sàng của CNTC không phải lúc nào cũng xuất hiện đầy đủ. Và khi đã có đầy đủ triệu chứng thì việc chẩn đoán và điều trị đã là muộn. Chính vì thế mà trước một trường hợp nghi ngờ CNTC cần phải làm một số thăm dò như: xét nghiệm hCG, β hCG, siêu âm, chọc dò cùng đồ sau, nội soi ổ bụng, giúp cho chẩn đoán xác định.

1.5.1. Triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng của CNTC rất đa dạng, tùy thuộc vào tình trạng vỡ hay chưa vỡ khối chửa.

1.5.1.1. Triệu chứng cơ năng

Ba triệu chứng thường gặp là chậm kinh, đau bụng và ra máu âm đạo.

- Chậm kinh là triệu chứng thường gặp, đôi khi bệnh nhân không lưu ý đến vì kinh nguyệt không đều.

- Ra máu âm đạo với tính chất: ra ít một, sẫm màu, ra liên tục dai dẳng.

- Đau bụng: thường xuất hiện do vòi tử cung bị căng giãn và nứt vỡ hoặc máu trong ổ bụng gây kích thích phúc mạc, thường đau ở vị trí chỗ chửa. Đôi khi đau bụng kèm theo một rặn khi trực tràng bị kích thích.

1.5.1.2. Triệu chứng toàn thân

Có thể choáng ngất do đau, do vỡ khối chửa.

Hoặc có dấu hiệu thiếu máu mãn tính, da hơi ánh vàng nhạt trong thể huyết tụ thành nang.

1.5.1.3. Triệu chứng thực thể

Khám bụng có điểm đau, phản ứng thành bụng trong trường hợp có máu trong ổ bụng.

Khám mỏ vịt: dấu hiệu có thai như cổ tử cung tím khó phát hiện, nhưng âm đạo có máu từ lỗ cổ tử cung ra, số lượng ít, màu sẫm giống như bã cà phê.

Thăm âm đạo: tử cung to hơn bình thường, nhưng không tương xứng tuổi thai. Sờ nắn thấy có khối cạnh tử cung, mềm, ranh giới không rõ, đau khi di động tử cung. Túi cùng sau đầy, và rất đau khi có chảy máu trong. Đặc trưng là tiến kêu “Douglas” khi chạm và túi cùng sau làm người bệnh đau giật nảy người và hắt tay thày thuốc ra [1].

1.5.2. Triệu chứng cận lâm sàng

Các phương pháp cận lâm sàng thường dùng tại Việt Nam hiện nay là định tính và định lượng β hCG, siêu âm với đầu dò âm đạo và nội soi ổ bụng.

1.5.2.1. β hCG (Beta human Chorionic Gonadotropin)

- Định lượng β hCG huyết thanh là kỹ thuật cho phép phát hiện β hCG huyết thanh từ ngày thứ 8 sau phóng noãn. Độ nhạy của phương pháp này là 94% và độ đặc hiệu là 91,6%. Trong thai nghén bình thường, thời gian tăng gấp đôi của β hCG từ 36h-48h. Tỷ lệ tăng ít nhất là 66%. Nếu tăng quá cao hoặc quá thấp hoặc không tăng là biểu hiện một thai nghén không bình thường.

Trong CNTC nồng độ β hCG huyết thanh: Tăng hoặc giảm ít. Thời gian tăng gấp đôi kéo dài ≥ 7 ngày. Một số ít bệnh nhân CNTC có nồng độ β hCG huyết thanh biểu hiện giống như thai trong tử cung. Nồng độ β hCG và vị trí CNTC hoàn toàn không liên quan đến nhau . [1]

1.5.2.2. Xét nghiệm công thức máu:

Có biểu hiện thiếu máu nếu CNTC vỡ hoặc rỉ máu gây chảy máu trong ổ bụng. Phân loại thiếu máu theo WHO dựa vào lượng Hb:

Mức độ nhẹ: $100 \text{ g/l} \leq \text{Hb} < 120 \text{ g/l}$

Mức độ vừa: $80 \text{ g/l} \leq \text{Hb} < 100 \text{ g/l}$

Mức độ nặng : $60 \text{ g/l} \leq \text{Hb} < 80 \text{ g/l}$

Mức độ rất nặng: $\text{Hb} < 60 \text{ g/l}$

1.5.2.3. Siêu âm

Siêu âm là phương pháp cận lâm sàng rất có giá trị trong chẩn đoán CNTC, siêu âm qua đường âm đạo phát hiện CNTC hiệu quả hơn đường bụng.

Siêu âm không thấy hình ảnh túi ối trong buồng tử cung kết hợp với nồng độ β HCG để nghi ngờ đến chửa ngoài tử cung.

Tìm khối chứa ở xung quanh, cạnh tử cung, có thể có dịch ở túi cùng Douglas, hình ảnh túi ối giả trong buồng tử cung do máu và màng rụng đọng lại.

Siêu âm đường bụng nhìn thấy túi ối trong buồng tử cung là khoảng 6 tuần (chậm kinh 2 tuần, β HCG đạt 3000- 3500 mUI/ ml). Siêu âm đường âm đạo có thể nhìn thấy túi ối sớm hơn khoảng 5 ngày (β HCG đạt 1000- 2000 mUI/ ml). Khi chưa đến các thời điểm này hay dưới các giới hạn này thì không quan sát thấy túi ối trong buồng tử cung là bình thường. [1]

1.5.2.4. Chọc dò túi cùng sau

Thủ thuật này ngày càng ít thực hiện hơn do hiệu quả của các phương pháp cận lâm sàng. Chọc dò có giá trị khi hút ra máu không đông chứng tỏ đã có biến chứng. Nhưng khi kết quả chọc dò âm tính vẫn không loại trừ được CNTC ngay khi khối chứa đã vỡ. Trường hợp chảy máu trong ổ bụng đã rõ ràng thì không thực hiện thủ thuật này.

1.5.2.5. Định lượng progesteron trong huyết thanh

Nồng độ progesterone >25 ng/ml có giá trị chẩn đoán thai trong tử cung và loại trừ CNTC với độ nhạy 97,5%

- Bệnh nhân có triệu chứng nghi ngờ CNTC.
- Định lượng β hCG huyết thanh <1500 IU/l
- Định lượng progesteron huyết thanh < 15 ng/ml
- Siêu âm đầu dò âm đạo: không thấy túi thai trong buồng tử cung hoặc kèm theo 1 dấu hiệu nghi ngờ phải nghi đến CNTC và tiến hành soi ổ bụng ngay.

1.5.2.6. Hút buồng tử cung

Chỉ định hút buồng tử cung, chỉ đặt ra khi: bệnh nhân bị chảy máu nhiều, kết quả siêu âm không phù hợp, progesteron huyết thanh nhỏ hơn 15ng/ml và β hCG không

tăng sau 48 giờ. Bệnh phẩm làm mô bệnh học có phản ứng ngoại sản mạc và không có gai rau (phản ứng Arias - Stella).

1.5.2.7. Soi ổ bụng

Là phương pháp chẩn đoán xác định CNTC đồng thời còn là phương pháp điều trị CNTC.

Soi ổ bụng trong CNTC thấy vòi tử cung có khối chứa căng phồng, tím sẫm, dài theo chiều vòi tử cung, có rỉ máu qua loa hoặc có ít máu ở cùng đồ sau. Nếu soi quá sớm khối chứa còn bé thì không phát hiện được CNTC.

Hiện nay nội soi ổ bụng thăm dò ít được sử dụng do sự phát triển của siêu âm, đặc biệt siêu âm đầu dò âm đạo kết hợp xét nghiệm định lượng β hCG sẽ chẩn đoán xác định chứa ngoài tử cung.

1.6. Điều trị chứa ngoài tử cung

1.6.1. Điều trị nội khoa chứa ngoài tử cung bằng methotrexat

Methotrexat (MTX) là chất ức chế acid folic với tác dụng gây độc tế bào thuộc nhóm ức chế chuyển hóa, MTX có tác dụng ức chế tổng hợp DNA, những tế bào tăng trưởng mạnh (tế bào ung thư, tế bào nuôi, tế bào trứng đang phân chia) thì nhạy cảm hơn những tế bào bình thường. Liều lượng và cách sử dụng trong điều trị CNTC chưa vỡ thường sử dụng MTX tiêm bắp, liều lượng phụ thuộc diện tích da bệnh nhân, thường dùng đơn liều là 50 mg. Cần theo dõi công thức máu, chức năng gan, thận. Theo dõi nồng độ β hCG giảm ít nhất 15% khoảng thời gian từ ngày thứ 4 đến ngày thứ 7 sau tiêm. Nếu nồng độ β hCG giảm ít hoặc không thay đổi mấy thì có thể tiêm thêm MTX mũi thứ 2 hoặc phẫu thuật. Ngừng theo dõi khi nồng độ β hCG dưới 10mIU/ml.

Ở Việt Nam từ năm 1998 bắt đầu điều trị MTX cho bệnh nhân CNTC đến nay tỷ lệ thành công là trên 90%, đã mở ra hy vọng mới cho bệnh nhân CNTC được điều trị bảo tồn mà không phải phẫu thuật.

Theo nghiên cứu của Vũ Văn Du (2023), tỷ lệ điều trị chứa ngoài tử cung bằng Methotexate thành công là 92,6%. [9]

Chỉ định: Khối chứa có kích thước dưới 3,5cm, không có hoạt động tim thai,

huyết động học ổn định, nồng độ β hCG < 5000 mUI/ ml.

1.6.2. Phẫu thuật mở bụng cắt khối chửa

Cắt bỏ khối chửa và vòi tử cung tận gốc là phương pháp cổ điển trong điều trị chửa ngoài tử cung đã vỡ và chưa vỡ, nhất là ở các trường hợp đã vỡ vòi tử cung gây chảy máu vào trong ổ bụng, toàn trạng có dấu hiệu mất máu.

Điều trị bảo tồn vòi tử cung được chỉ định trong trường hợp bệnh nhân chưa đủ số con mong muốn.

Chửa ngoài tử cung thể ngập máu trong ổ bụng cần tiến hành phẫu thuật song song với các biện pháp hồi sức (truyền dịch, truyền máu....) không bắt buộc phải chờ huyết áp lên mới mở bụng. Cần có các đường truyền an toàn, chắc chắn để đưa máu và dịch thay thế máu vào. Trong hoàn cảnh này, mục đích trên hết là cứu sống người bệnh, vì vậy không đặt ra vấn đề điều trị bảo tồn vòi trứng đã vỡ. Cắt xử trí là cắt vòi tử cung để cầm máu. Hồi sức trong trường hợp chửa ngoài tử cung thể ngập máu thường cho kết quả tốt, rối loạn đông máu có thể xảy ra nhưng không nặng nề. Luôn luôn lưu ý đình sản vòi TC còn lại nếu có chỉ định (đủ con, lớn tuổi, có thương tổn...) bởi vì khả năng bị chửa ngoài tử cung ở vòi tử cung còn lại là cao.

Trong thể huyết tụ thành nang phẫu thuật thường khó khăn do khối CNTC dính với các cơ quan lân cận phải bóc tách. Nếu cầm máu khó khăn sau khi bóc tách, cần đặt ống dẫn lưu để theo dõi sau mổ.

Chửa trong ổ bụng, nếu thai còn sống và mẹ chưa có biến chứng, một số tác giả khuyên nên chờ đến tuần 36 -39 sẽ mổ lấy thai chủ động. Trong lúc mổ, sau khi lấy thai, kẹp cuống rốn sát gốc sau khi đã để máu trong bánh rau chảy ra hết, để lại bánh rau là phương pháp được sử dụng hiện nay (phần rau còn lại sẽ tự tiêu hủy, hay thúc đẩy tiến trình này nhanh hơn bằng methotrexate). Tuy nhiên việc để bánh rau lại có thể là nguyên nhân của nhiễm trùng, áp xe ổ bụng, tắc ruột. Đôi khi lấy thai ra làm bánh rau bị bong ngay gây chảy máu và rất khó cầm. Giải pháp tình thế lúc này là chèn gạc thật chặt để cầm máu tạm thời, rút dần gạc này trong những ngày sau mổ. Chửa trong ổ bụng vẫn còn là biến chứng nặng nề của sản khoa. Chẩn

đoán sớm và điều trị triệt để chữa ngoài tử cung trong ba tháng đầu là phương pháp tốt nhất để tránh bệnh lý này.

Đối với trường hợp thai ở buồng cổ tử cung, khi bệnh nhân chưa có con nên giữ tử cung, sau nạo chèn gạc cầm máu vùng rau bám, nếu không kết quả thì cắt tử cung hoàn toàn. Trong trường hợp người mẹ đã đủ con thì phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn. Kỹ thuật cắt tử cung hay gặp khó khăn vì cổ tử cung phình to. Trong lúc phẫu thuật cấp cứu dễ gây tổn thương niệu quản do hai niệu quản bất chéo ở ngay khu vực này. Nếu chẩn đoán được chữa ngoài tử cung ở ống cổ tử cung, người ta đề nghị kỹ thuật như khâu vòng cổ tử cung (kỹ thuật của McDonald) để cầm máu rồi mới lấy thai và rau.

1.6.3. Phẫu thuật nội soi điều trị chữa ngoài tử cung

Ngày nay phẫu thuật nội soi là một phương pháp rất được ưa chuộng trong điều trị chữa ngoài tử cung. Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi ngày càng tăng, có tính ưu việt trong điều trị chữa ngoài tử cung. Do đó đây là phương pháp chính trong phẫu thuật chữa ngoài tử cung, mở mở chỉ đặt ra với những bệnh nhân chữa ngoài tử cung có chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

Từ năm 1974 phẫu thuật nội soi được thực hiện đầu tiên ở pháp do ông Bruhat M.A, đến 1977 ông đã công bố 26 trường hợp cắt bỏ khối chữa ngoài tử cung qua nội soi, năm 1997 chính ông là người đầu tiên thực hiện việc bảo tồn vòi tử cung qua nội soi. Hiện nay phẫu thuật nội soi đã trở thành phương pháp điều trị chủ yếu trong điều trị chữa ngoài tử cung. Phẫu thuật nội soi không còn giới hạn ở các nước phát triển mà đã trở thành phổ biến ở nhiều nước trên thế giới, đặc biệt là khu vực Châu Á Thái Bình Dương trong đó có Việt Nam.

Ở Việt Nam điều trị chữa ngoài tử cung bằng phẫu thuật nội soi được áp dụng lần đầu tiên tại bệnh viện Từ Dũ năm 1993 và đến năm 1996 Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương thực hiện thành công ca phẫu thuật nội soi chữa ngoài tử cung đầu tiên và kỹ thuật này phát triển rất nhanh tại đây. Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh áp dụng phẫu thuật nội soi từ năm 2003. Bệnh viện đa khoa Quế Võ áp dụng phẫu thuật nội soi từ năm 2017 bước đầu đạt được những thành công nhất định.

1.6.3.1. Phương pháp phẫu thuật nội soi bảo tồn vòi tử cung

Chống chỉ định tuyệt đối bảo tồn vòi tử cung

- Chống chỉ định của gây mê.
- Choáng.
- Kích thước khối chứa > 6 cm.
- Nồng độ β hCG ban đầu > 20.000 mUI/ml.

Chống chỉ định tương đối bảo tồn vòi tử cung

- Dấu hiệu mất máu cấp.
- Béo phì.
- Dính nhiều vùng tiểu khung.
- Kích thước khối chứa > 4 cm.
- Chứa đoạn kẽ.

Chỉ định bảo tồn vòi tử cung:

- Kích thước khối chứa < 3cm
- Không có dấu hiệu mất máu cấp

Kỹ thuật nội soi bảo tồn vòi tử cung:

- Rửa và hút sạch ổ bụng nếu có chảy máu.
- Bộc lộ khối chứa, đánh giá VTC bên đối diện.
- Mở dọc bờ tự do của VTC ở vị trí khối chứa khoảng 1cm.
- Lấy mô rau thai ra.
- Cầm máu : dùng dao lưỡng cực cầm máu tối thiểu mép vết rạch.

1.6.3.2. Phẫu thuật nội soi cắt vòi tử cung và khối chứa**Chỉ định:**

- + Bệnh nhân đã đủ con
- + Huyết động ổn định

Chống chỉ định:

- Chống chỉ định tuyệt đối:
 - + Chống chỉ định chung của gây mê
 - + Bệnh nhân mắc bệnh nội khoa nặng kết hợp.
- Chống chỉ định tương đối:
 - + Chứa đoạn kẽ vòi tử cung
 - + Dính nhiều ở tiểu khung
 - + Huyết tụ thành nang

Kỹ thuật

- Đánh giá ổ bụng, hút hết máu, rửa ổ bụng nếu có máu chảy. Đánh giá vòi tử cung bên đối diện.

- Tùy thuộc vào vòi tử cung có bị dính không mà có kỹ thuật cắt vòi tử cung từ eo vòi tới loa vòi hoặc ngược lại. Thường cầm máu từ loa vòi và cắt ngược về gốc đoạn eo vòi. Trường hợp loa vòi dính, khó bộc lộ thì cầm máu từ eo VTC, vừa cầm máu vừa cắt bằng kéo dọc theo bờ mạc treo của VTC.
- Cho bệnh phẩm vào túi plastic rồi lấy qua thành bụng.
- Rửa, hút sạch ổ bụng

1.7. Các nghiên cứu phẫu thuật nội soi chữa ngoài tử cung đã được thực hiện

1.7.1. Các nghiên cứu trong nước

- Theo nghiên cứu của Kiều Duy Anh (2022) tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, từ ngày 01/01/2018 đến 31/12/2021, có 179 bệnh nhân được chẩn đoán chữa ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm, trong đó, độ tuổi trung bình là $30,3 \pm 4,8$ tuổi, lứa tuổi hay gặp nhất là 25- 29 tuổi (42,5%), ít gặp nhất là lứa tuổi 40- 45 tuổi (3,3%), chủ yếu là chữa ngoài tử cung 1 bên. Trong đó, phẫu thuật nội soi thành công chiếm 97,8%. Trong số bệnh nhân được phẫu thuật nội soi thành công thì khối chữa ngoài tử cung chưa vỡ chiếm 56,6%, chủ yếu bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp cắt vòi tử cung chiếm 89,7%, thời gian nằm viện chủ yếu ≤ 3 ngày (67,6%). [1]

- Theo nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh (2021) về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội quý IV năm 2017, có 191 bệnh nhân bị chữa ngoài tử cung, lứa tuổi hay gặp nhất là 25- 29 tuổi (31,4%) và 30- 34 tuổi (26,7%), tiền sử nạo, hút, sảy thai chiếm tỷ lệ cao nhất (63,8%), trong 191 bệnh nhân có 3 bệnh nhân bị chữa ngoài tử cung vỡ có triệu chứng toàn thân của sốc mất máu cấp chiếm 1,5%. Có 101 bệnh nhân khám có khối nề hoặc đám nề phần phụ chiếm tỷ lệ 52,9%, 90 trường hợp không có khối nề hoặc đám nề phần phụ chiếm 47,1%, có 57 trường hợp đi động tử cung đau chiếm 29,8%, 134 trường hợp còn lại di động tử cung không đau chiếm 70,2%. Túi cùng sau đau có 47 trường hợp chiếm tỷ lệ 24,6%, túi cùng sau không đau có 134 trường hợp chiếm tỷ lệ 75,4%. Xét nghiệm β hCG trong khoảng 5- 500 m UI/ml có tỷ lệ hay gặp cao nhất chiếm 37,7%. Tỷ lệ chẩn đoán chữa ngoài tử cung được chẩn đoán dựa vào 3 yếu tố (lâm sàng, nồng độ β hCG và siêu âm) chiếm tỷ lệ 93,2%. [7]

- Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Quốc Hiền (2024) tại khoa Sản- bệnh viện Gang Thép Thái Nguyên trong 3 năm 2022 đến 2024, có 41 trường hợp chữa ngoài tử cung, tuổi trung bình là $34,3 \pm 6,8$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 23, tuổi lớn nhất là 44. Nhóm tuổi hay gặp nhất là > 35 tuổi chiếm 53,7%, nhóm bệnh nhân sinh từ 2 lần trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất là 73,1%. Tiền sử sẹo mổ cũ ở bụng có 20 trường hợp chiếm 48,8%, trong đó vết mổ nội soi có 4 trường hợp chiếm 9,8%, mổ lấy thai có 16 trường hợp chiếm tỷ lệ 39%. Tiền sử nạo hút thai chiếm tỷ lệ cao là 36,6%. 100% trường hợp có rối loạn kinh nguyệt. Đa số các trường hợp chữa ngoài tử cung có rối loạn kinh nguyệt kèm theo đau bụng chiếm tỷ lệ 92,7%. Vị trí khối thai hay gặp nhất là đoạn bóng chiếm 75,6%. Khối chứa hay gặp ở bên trái hơn bên phải. Trong số 41 bệnh nhân nghiên cứu, có 40 bệnh nhân không có tai biến, biến chứng, 01 bệnh nhân chảy máu nhẹ chân trocar rốn. đánh giá kết quả có 97,6% bệnh nhân đạt kết quả tốt [12].

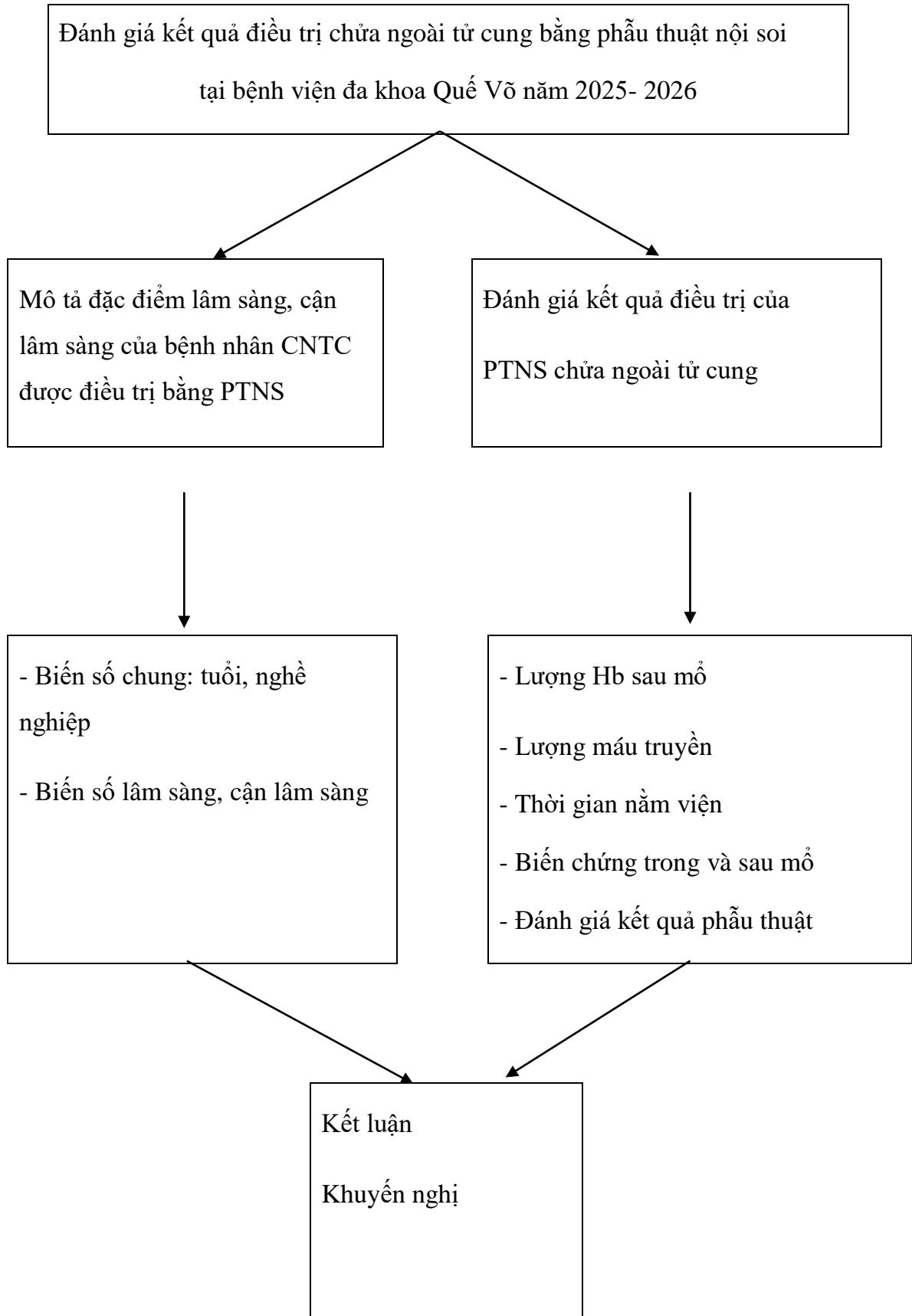
1.7.2. Các nghiên cứu trên thế giới

- Theo nghiên cứu của Aviad Cohen (2013), tại trung tâm y tế Tel Aviv Sourasky, Tel- Aviv, Israel, từ 01/01/2000 đến 31/12/2008, có 702 phụ nữ được chẩn đoán chữa ngoài tử cung và có 293 trường hợp được điều trị bằng phẫu thuật. Trong số 293 bệnh nhân, có 60 bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết ổ bụng nghiêm trọng, và 48 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi chiếm 80%, và 12 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật mở bụng (20%). Có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa 2 nhóm phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi, trong đó phẫu thuật nội soi thời gian ngắn hơn, trung bình là 50 phút (trong khoảng 43- 63 phút), trong khi đó, thời gian phẫu thuật mở bụng thời gian trung bình là 60 phút (trong khoảng 60- 72 phút). Lượng máu trong ổ bụng có sự khác biệt rõ rệt giữa 2 nhóm phẫu thuật là 1500ml (1400ml – 2000ml) và 1000ml (800- 1200ml). [18]

- Theo nghiên cứu của Junu Shrestha và Rachana Saha (2012), tại khoa Phụ sản, Đại học Y khoa Kathmandu, Kathmandu, Nepal từ tháng 10 năm 2009 đến tháng 10 năm 2010, có tổng 32 bệnh nhân chữa ngoài tử cung, trong đó, 12 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi (37,5%) và 20 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật mở bụng (52,5%). Nội soi ổ bụng chủ yếu ở bệnh nhân chữa ngoài tử cung sảy

thai do tắc ống dẫn trứng (40%) và chữa ngoài tử cung chưa vỡ (12,5%), trong khi phẫu thuật mở bụng chủ yếu cho chữa ngoài tử cung đã vỡ (70%), cắt bỏ ống dẫn trứng là phổ biến của cả 2 nhóm. 1 bệnh nhân nhóm nội soi ổ bụng và 4 bệnh nhân nhóm phẫu thuật mở bụng (20%) có biến chứng. [19]

1.8. Sơ đồ nghiên cứu



1.9. Giới thiệu bệnh viện đa khoa Quế Võ

Bệnh viện đa khoa Quế Võ là đơn vị hạng 2, có quy mô 250 giường kế hoạch, thực kê 354 giường.

Bệnh viện có 05 phòng chức năng là: Tổ chức- hành chính; Kế hoạch nghiệp vụ; Tài chính- kế toán; Điều dưỡng- công tác xã hội; Dân số.

Khoa chuyên môn: Hồi sức cấp cứu- gây mê- thận nhân tạo; Khám bệnh; Nội tổng hợp; Phụ sản; Nội- Truyền nhiễm; Nhi; Y học cổ truyền và phục hồi chức năng; Liên chuyên khoa.

Khoa cận lâm sàng: Xét nghiệm; Chẩn đoán hình ảnh- Thăm dò chức năng.

02 khoa hậu cần phụ trợ: Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn; Dược- vật tư- thiết bị y tế.

Khoa Phụ sản- Bệnh viện đa khoa Quế Võ có quy mô 30 giường kế hoạch, thực kê 50 giường, với 13 cán bộ, trong đó: 04 bác sỹ chuyên khoa cấp I, 01 bác sỹ chuyên khoa định hướng, 02 cử nhân điều dưỡng, 06 cao đẳng nữ hộ sinh.

Khoa đã triển khai phẫu thuật nội soi từ 2017 và bước đầu đã thu được nhưng kết quả khả quan.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Phụ sản- Bệnh viện đa khoa Quế Võ

2.2.2. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ 01/2025 đến 08/2026.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán Chửa ngoài tử cung và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện đa khoa Quế Võ

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: phải thỏa mãn các tiêu chí sau:

- Được chẩn đoán là chửa ngoài tử cung
+ Lâm sàng: bệnh nhân có triệu chứng chậm kinh, đau bụng, ra máu âm đạo hoặc rối loạn kinh nguyệt

+ Siêu âm: có khối bất thường tại tiểu khung

+ Xét nghiệm định lượng beta HCG

+ Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: chửa ngoài tử cung.

- Được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện đa khoa Quế Võ.

- Có hồ sơ ghi chép đầy đủ

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Chẩn đoán sau mổ: vỡ nang buồng trứng, không thấy gai rau.

2.3. Phương pháp và thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu mô tả (hồi cứu kết hợp tiến cứu).

- Hồi cứu từ 01/2025 đến 02/2026

- Tiến cứu từ 03/2026 đến 08/2026

2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu:

- Phương pháp chọn mẫu: chúng tôi chọn mẫu là tất cả bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập số liệu được thực hiện theo một mẫu phiếu thu thập số liệu nghiên cứu thống nhất đủ các chỉ tiêu nghiên cứu cho từng bệnh nhân (phụ lục 1).

2.6. Các biến số nghiên cứu

2.6.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi của đối tượng (tính theo năm) được chia theo độ tuổi sinh đẻ: [16]

< 18 tuổi

18- 35 tuổi

> 35 tuổi

- Nghề nghiệp:

Cán bộ, viên chức

Học sinh, sinh viên

Công nhân

Làm ruộng

Nghề khác

- Số con hiện có:

Chưa có con

Có 1 con

Có từ 2 con trở lên

- Tiền sử nạo, hút, sảy:

Có

Không

- Tiền sử viêm sinh dục

Có

Không

- Tiền sử đặt dụng cụ tử cung

Có

Không

- Tiền sử phẫu thuật

Không

Mổ u buồng trứng

Niêm mạc tử cung dày và không thấy có thai trong buồng tử cung

Có dịch cùng đồ

Khối chửa tử cung

- Lượng máu trong ổ bụng:

< 300 ml

300- 500ml

> 500ml

- Vị trí khối chửa:

Đoạn kẽ	Đoạn eo	Đoạn bóng	Đoạn loa	Buồng trứng	Ổ bụng
---------	---------	-----------	----------	-------------	--------

- Hình thái khối chửa:

Chưa vỡ

Rỉ máu

Ngập máu ổ bụng

Huyết tụ thành nang

- Kích thước khối chửa: < 3cm 3- 6cm > 6cm

- Xử trí: Cắt VTC Bảo tồn VTC Chuyển mổ mở

2.6.2. Biến số đánh giá kết quả phẫu thuật

- Lượng Hb sau phẫu thuật: g/l

- Số lượng máu truyền: ml

- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: ngày

- Biến chứng trong và sau mổ:

Không

Chảy máu

Tràn khí dưới da

Nhiễm trùng

- Đánh giá kết quả điều trị dựa theo tiêu chí đánh giá kết quả phẫu thuật của

Nguyễn Thị Quốc Hiền và Trần Thị Sang về “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và

kết quả điều trị thai ngoài tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại khoa Sản bệnh viện Gang Thép- Thái Nguyên trong 3 năm 2022- 2024 [12]:

Tốt: phẫu thuật thuận lợi và không có biến chứng, bệnh nhân không phải truyền máu sau mổ, thời gian nằm điều trị sau phẫu thuật ngắn, không có biến chứng sau mổ.

Trung bình: phẫu thuật có biến chứng nhẹ, không phải mổ lại, thời gian nằm viện ngắn, không có biến chứng sau mổ.

Kém: phẫu thuật có biến chứng nặng, hoặc phải mổ lại, hoặc chuyển mổ mở.

2.7. Quy trình phẫu thuật nội soi chữa ngoài tử cung.

* Quy trình kỹ thuật đang thực hiện tại Khoa Phụ sản- Bệnh viện đa khoa Quế Võ (theo Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ sản- Quyết định số 1377/QĐ- BYT của Bộ y tế 2013) [2]:

Chỉ định:

- Chữa ngoài tử cung với huyết động ổn định
- Chẩn đoán các trường hợp nghi ngờ chữa ngoài tử cung

Chống chỉ định:

- các trường hợp có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi ổ bụng
- Chữa ngoài tử cung vỡ gây trụy mạch

Không bảo tồn vòi tử cung trong trường hợp huyết tụ thành nang hoặc đã có hoạt động tim thai.

Chuẩn bị:

Người thực hiện: Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản có kinh nghiệm, được đào tạo và có kỹ năng về phẫu thuật nội soi.

Phương tiện: hiện nay bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi đang dùng tại Bệnh viện đa khoa Quế Võ là bộ nội soi của hãng Covidien.

Người bệnh:

- Khám toàn thân và khám chuyên khoa đánh giá có chỉ định PTNS không

- Tư vấn cho người bệnh về lý do phẫu thuật, các nguy cơ của phẫu thuật, tương lai sinh sản say này, các biện pháp tránh thai có thể được áp dụng và nguy cơ chữa ngoài tử cung tái phát.

- Người bệnh ký cam đoan phẫu thuật.

- Thụt tháo, vệ sinh vùng bụng và âm hộ, thông đái, sát khuẩn thành bụng vùng mổ.

- Gây mê nội khí quản.

Hồ sơ bệnh án: chuẩn bị hồ sơ phẫu thuật theo quy định

Các bước tiến hành:

***Thì 1: Bơm CO2**

- Điểm chọc kim CO2 thường ở ngay mép dưới rốn cũng là nơi chọc trocar đèn soi (đây là điểm chọc phổ biến nhất). Trong ca có sẹo mổ cũ đường trắng giữa dưới rốn thì có thể chọc kim ở vị trí hạ sườn trái hoặc nội soi mở.

- Có thể chọc trocar ở mép dưới rốn sau đó bơm CO2.

- Bơm CO2 đến áp lực mong muốn (khoảng 15mmHg)

***Thì 2: Chọc trocar:**

- Chọc trocar đèn soi (trocart 10) ở ngay mép dưới rốn và trocar 5 phẫu thuật trên vệ.

***Thì 3: Đánh giá ổ bụng và tiểu khung:**

- Hút bớt máu, rửa ổ bụng, đánh giá toàn bộ ổ bụng và tiểu khung đặc biệt là vị trí, tình trạng khối chứa và vòi tử cung bên đối diện.

***Thì 4: Phẫu thuật: tùy thuộc tổn thương**

- Cắt vòi tử cung triệt để:

+ Cắt vòi tử cung từ eo đến loa hoặc ngược lại.

+ Kẹp vòi tử cung chỗ tiếp giáp giữa eo và bóng để bộc lộ đoạn eo.

+ Đưa dao điện 2 cực vào trocar bên đối diện khối chứa, cầm máu từ eo vòi tử cung, vừa cầm máu vừa cắt bằng kéo hoặc dao điện 1 cực dọc theo bờ mạc treo vòi tử cung về phía loa, cần chú ý nhánh nối giữa động mạch buồng trứng và động mạch tử cung.

+ Lấy bệnh phẩm: phần vòi tử cung cắt bỏ được cho vào túi nội soi sau đó lấy ra ngoài qua thành bụng, có thể lấy từng phần qua trocar to nhưng không nên vì đề phòng sót nguyên bào nuôi trong ổ bụng sẽ dẫn đến biến chứng nguyên bào nuôi tồn tại sau mổ.

+ Rửa ổ bụng và kiểm tra lần cuối.

- Bảo tồn vòi tử cung:

+ Mở VTC:

Rạch bờ tự do của VTC khoảng 1- 2cm ở chỗ phồng nhất bằng dao điện 1 cực, có thể rạch rộng hơn để có thể lấy hết khối chứa 1 cách dễ dàng.

+ Lấy thai ra khỏi VTC:

Đưa ống hút qua vết rạch vào lòng VTC để hút máu cục và nguyên bào nuôi. Đưa đèn soi lại gần để xác định đã lấy hết nguyên bào nuôi chưa và có chảy máu không?

+ Kiểm tra tình trạng chảy máu và cầm máu:

Thông thường máu hay chảy ở mép vết rạch VTC hay ở vị trí rau bám. Nếu có chảy máu thì dùng dao điện 2 cực cầm máu nhẹ tránh làm tổn thương vùng xung quanh, có thể ngâm toàn bộ VTC trong nước ấm cũng có tác dụng cầm máu và tránh làm khô VTC.

+ Lấy bệnh phẩm:

Tổ chức rau thai sau đó sẽ được đưa vào túi nội soi và đưa ra ngoài ổ bụng. Cần chú ý lấy hết tổ chức vì nếu để sót có thể dẫn đến hậu quả nguyên bào nuôi tiếp tục làm tổ và phát triển trong ổ phúc mạc.

+ Kết thúc cuộc mổ:

. Kiểm tra lại VTC

. Rửa vùng tiểu khung

. Đánh giá lại VTC đối diện cũng như toàn bộ tiểu khung

. Không cần thiết đặt dẫn lưu

+ Một số kỹ thuật phối hợp:

. Tạo hình loa vòi

. Gỡ dính

- . Mở thông VTC
- . Lộn loa vòi
- . Cắt VTC

2.8. Xử trí và phân tích kết quả

Số liệu được làm sạch và nhập vào máy tính và quản lý bằng phần mềm SPSS. Bộ nhập liệu được thiết kế với tệp check để không chế các sai số. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.9. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu hoàn toàn được sự chấp thuận của lãnh đạo bệnh viện đa khoa Quế Võ, được Hội đồng khoa học bệnh viện đa khoa Quế Võ duyệt.
- Nghiên cứu đảm bảo không gây hại về cả thể chất và tinh thần đối tượng nghiên cứu.
- Đảm bảo giữ bí mật các thông tin mà đối tượng nghiên cứu cung cấp.
- Thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

Chương 3

DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. 1. Phân bố tỷ lệ chữa ngoài tử cung được điều trị bằng phẫu thuật nội soi theo tuổi

Độ tuổi	Số trường hợp	Tỷ lệ %
≤ 18		
18 – 35		
≥ 35		
Tổng số		

*Nhận xét:***Bảng 3. 2. Phân bố tỷ lệ chữa ngoài tử cung theo nghề nghiệp**

Nghề nghiệp	n	Tỷ lệ %
Cán bộ		
Học sinh, sinh viên		
Công nhân		
Làm ruộng		
Khác		
Tổng số		

Nhận xét:

Bảng 3. 3. Phân bố CNTC theo tiền sử sản – phụ khoa

Tiền sử sản - phụ khoa, phẫu thuật		n	%
Đẻ	không		
	1 con		
	≥ 2 con		
Nạo, hút, sảy thai	Có		
	Không		
Đặt dụng cụ tử cung	Có		
	Không		
Viêm sinh dục	Có		
	Không		

Nhận xét:

Bảng 3. 4. Tiền sử phẫu thuật

Tiền sử phẫu thuật	n	%
Không		
Mổ u buồng trứng		
Mổ phụ khoa		
Mổ lấy thai		
Mổ chữa ngoài		
Tổng số		

*Nhận xét:***Bảng 3. 5. Triệu chứng cơ năng của chữa ngoài tử cung**

Triệu chứng	n	%
Chậm kinh, RLKN (1)		
Đau bụng (2)		
Ra huyết âm đạo (3)		
(1) & (2)		
(1) & (3)		
(2) & (3)		
Cả 3 triệu chứng		

Nhận xét:

Bảng 3. 6. Triệu chứng thực thể của CNTC

Triệu chứng		n	%
Phản ứng thành bụng	Có		
	Không		
Kích thước tử cung	Bình thường		
	To		
Khối nề phần phụ	Có		
	Không		
Di động tử cung đau	Có		
	Không		
Cùng đồ	Đầy đau		
	không		
Tổng số nghiên cứu			

Nhận xét:

Bảng 3. 7. Triệu chứng toàn thân chửa ngoài tử cung

Triệu chứng choáng	n	%
Có		
Không		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.8. Nồng độ ßhCG lúc vào viện

	Nồng độ (mUI/ml)	n	%
Không làm			
Có làm	<1000		
	1000 - <5000		
	>5000		
Tổng			

Nhận xét:**Bảng 3.9. Kết quả siêu âm chửa ngoài tử cung**

Siêu âm	Số lượng	Tỷ lệ %
Niêm mạc TC dày và không có thai trong tử cung (1)		
Có dịch cùng đồ (2)		
Khối cạnh tử cung (3)		
(1) và (2)		
(1) và (3)		
(2) và (3)		
Tổng		

Nhận xét:**Bảng 3.10. Vị trí khối chửa khi phẫu thuật**

Vị trí khối chửa		n	Tỷ lệ %
Vòi tử cung	Đoạn kẽ		
	Đoạn eo		
	Đoạn bóng		
	Đoạn loa		
Buồng trứng			
Ổ bụng			
Tổng			

Nhận xét:

Bảng 3. 8. Tình trạng khối chứa khi phẫu thuật

Tình trạng khối chứa	Số trường hợp	Tỷ lệ
Chưa vỡ		
Rỉ máu		
Ngập máu ổ bụng		
Huyết tụ thành nang		
Tổng		

*Nhận xét:***Bảng 3. 12. Kích thước khối chứa khi phẫu thuật**

Kích thước khối chứa	Số trường hợp	Tỷ lệ %
<3cm		
3 – 6 cm		
>6cm		
Tổng		

*Nhận xét:***Bảng 3. 13. Lượng máu ổ bụng khi phẫu thuật**

Lượng máu trong ổ bụng	Số trường hợp	Tỷ lệ %
<300ml		
300 - 500 ml		
> 500ml		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3. 14. Cách thức phẫu thuật

Cách thức phẫu thuật	n	%
Bảo tồn vòi tử cung		
Cắt vòi tử cung cùng khối chứa		
Chuyên mổ mở		
Tổng		

Nhận xét:

3.2. Kết quả điều trị chữa ngoài tử cung bằng phẫu thuật nội soi

Bảng 3. 15. Lượng Hb sau mổ

Lượng Hb sau mổ		Số trường hợp	Tỷ lệ%
Hemoglobin	Bình thường		
	Thiếu nhẹ		
	Thiếu vừa		
	Thiếu nặng		
Tổng			

Nhận xét:

Bảng 3.16. Lượng máu truyền sau mổ:

Lượng máu truyền sau mổ	n	%
Không		
350ml		
350- 700ml		
>700ml		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3. 17. Số ngày điều trị sau mổ

Số ngày điều trị sau phẫu thuật	n	%
≤ 3 ngày		
4 – 5 ngày		
≥ 6 ngày		
Tổng		

*Nhận xét:***Bảng 3. 18. Biến chứng của phẫu thuật**

Biến chứng	n	%
Không		
Nhiễm trùng		
Chảy máu		
Tràn khí dưới da		
Tổng		

*Nhận xét:***Bảng 3.19. Đánh giá kết quả phẫu thuật**

Đánh giá kết quả	n	%
Tốt		
Trung bình		
Kém		
Tổng		

Nhận xét:

Chương 4

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân CNTC tại Bệnh viện đa khoa Quế Võ
2. Kết quả điều trị CNTC bằng phương pháp nội soi ổ bụng tại Bệnh viện đa khoa Quế Võ

KẾT LUẬN

KIẾN NGHỊ

TÀI LIỆU THAM KHẢO**TIẾNG VIỆT**

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa*, Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/02/2015). (tr. 149- 153)
2. Bộ Y tế (2013), *Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ sản*, Quyết định số 1377/ QĐ- BHYT ngày 24/4/2013, tr. 120- 122
3. Bộ môn giải phẫu trường Đại học Y Hà Nội (2018)- *Hệ sinh dục nữ*, Nhà xuất bản Y học, tr.304- 312
4. Bộ môn phụ sản trường Đại học Y Hà Nội (2020)- *Bài giảng sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học, tr. 291- 299
5. Bệnh viện Từ dũ (2022), *Phác đồ điều trị sản phụ khoa*, Nhà xuất bản tổng hợp thành phố Hồ Chí Minh, tr. 388- 397
6. Kiều Duy Anh, Vũ Văn Du, Lê Thị Ngọc Hương (2022), “Kết quả điều trị phẫu thuật của bệnh nhân chữa ngoài tử cung đoạn bóng sau thụ tinh trong ống nghiệm”, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108 tập 18- số 1 năm 2023*, tr.124-128
7. Nguyễn Duy Ánh (2021), “Nhận xét các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, quý IV năm 2017”, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108 tập 16- số 2 năm 2022*, tr.95-102
8. Nguyễn Duy Ánh, Trần Trung Kiên (2021), “Nghiên cứu tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục và một số yếu tố liên quan đến chữa ngoài tử cung tái phát tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2019”, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108 tập 17- số 1 năm 2022*, tr.133-138.
9. Vũ Văn Du (2023), “Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị chữa ngoài tử cung bằng Methotrexate đơn liều tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội”, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108 tập 18- số 4 năm 2023*, tr.110-117.
10. Trần Thị Dung (2024), “Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật điều trị chữa vòi tử cung tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2022- 2023”, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108 tập 20- số 1/2025*, tr.128-134.
11. Danh Xà Mách (2024), “Kết quả điều trị thai ngoài tử cung bằng phẫu thuật nội soi”, *Tạp chí y học Việt Nam tập 539 năm 2024*, tr.67- 71.
12. Nguyễn Thị Quốc Hiền, Trần Thị Sang (2024), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thai ngoài tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại khoa Sản

- bệnh viện Gang Thép trong 3 năm từ 2022 đến 2024*”, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở bệnh viện Gang Thép, Sở Y tế Thái Nguyên năm 2024
13. Nguyễn Thị Hồng (2024), “Kết quả điều trị chữa vòi tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cẩm Phả- Quảng Ninh từ 2022- 2024”, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108 tập 20- số 2/2025*, tr.107-112.
 14. Nông Thị Huệ (2023), “Kết quả điều trị chữa ngoài tử cung bằng phương pháp phẫu thuật năm 2017 và 2022 tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên”, *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Đại học Thái Nguyên số 229*, tr.472-478
 15. Đào Nguyên Hùng (2022), “Đánh giá kết quả điều trị chữa ngoài tử cung tại bệnh viện Quân y 103”, *Tạp chí Y học Việt Nam tập 520, số 2- 2022*, tr.1-5
 16. Lê Thị Liễu (2022), “Đánh giá kết quả điều trị chữa ngoài tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại trung tâm y tế Thuận Thành năm 2020- 2021”, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở Trung tâm y tế Thuận Thành, Sở Y tế Bắc Ninh năm 2022.
 17. Phan Thúy Quỳnh (2024), “Kết quả phẫu thuật chữa ngoài tử cung tại bệnh viện Bưu Điện”, *Tạp chí Y học Việt Nam tập 540, số 2 năm 2024*, tr.369-373.

TIẾNG ANH

18. Aviad Cohen, Benny Almog and et.al (2013), “Laparoscopy versus laparotomy in the management of ectopic pregnancy with massive hemoperitoneum”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 123, p.139–141
19. Junu Shrestha and Rachana Saha (2012), “Comparison of Laparoscopy and Laparotomy in the Surgical Management of Ectopic Pregnancy”, *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, Vol. 22 (12): p.760-764
20. A Julien, A-S Gremeau, S Campagne- Loiseau (2023), “Case report of an exceptional spontaneous abdominal heterotopic pregnancy with superfetation: Diagnosis and treatment: Heterotopic pregnancy with superfetation (8+1WG & 5+4WG)”, *Journal of Gynecology Obstetric and Human Reproduction*, Vol. 53 (1)
21. Stullberg Debra B, Cain Loretta R, Dahlquist Irma, et al. (2013). Etopic pregnancy rates in the Medicaid population. *American journal of obstetrics and gynecology*. (208). p. 274. el- 274.

7. Thực thể:

Phản ứng thành bụng	1 Có	2 Không
Kích thước tử cung	1 Bình thường	2 To
Khối nề phần phụ	1 Có	2 Không
Di động tử cung	1 Có	2 Không
Cùng đồ	1 Đầy đau	2 Không

8. Định lượng β hCG huyết thanh lúc vào viện:

1 Có

2 Không

Nếu có làm

Kết quả xn betahCG	
<1000	
1000- 5000	
>5000	

9. Siêu âm:

- Hình ảnh siêu âm
1. Niêm mạc tử cung dày và không có thai trong tử cung
 2. Có dịch cùng đồ
 3. Khối cạnh tử cung

10. Lượng máu trong ổ bụng:

1. <300ml
2. 300-500ml
3. >500ml

11. Vị trí khối chứa:

1 Vòi tử cung	3 Chứa kẽ
2 Buồng trứng	4 Ổ bụng

12. Hình thái khối chứa:

1. Chưa vỡ
2. Rỉ máu
3. Ngập máu ổ bụng
4. Huyết thụ thành nang

13. Kích thước khối chữa:

1. <3cm
2. 3-6cm
3. >6cm

14. Xử trí khối chữa:

- 1 Cắt VTC
- 2 Bảo tồn
- 3 Chuyển mổ mở

15. Lượng Hb sau phẫu thuật:

Số lượng Hb: g/l

16. Số lượng máu truyền: ...ml**17. Thời gian điều trị sau phẫu thuật: ... ngày****18. Biến chứng trong và sau mổ**

0. Không
1. Tràn khí dưới da
2. Chảy máu
3. Nhiễm trùng

19. Đánh giá kết quả điều trị

1. Tốt
2. Trung bình
3. kém