

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHỮA NGOÀI TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Đào Nguyên Hùng¹, Nguyễn Hà Việt Hưng², Hoàng Văn Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Quân y 103 trong 2 năm (2020-2022). **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiền cứu cắt ngang trên 111 bệnh nhân chữa ngoài tử cung điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 6/2020 đến tháng 5/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 32,68 ± 5,55 tuổi, từ 25-35 tuổi chiếm 54%, 74,78% bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi, 27,72% điều trị bằng phẫu thuật mổ mở, còn lại là điều trị nội khoa bằng methotrexat (MTX) (4,5%). Bệnh nhân được nhân từ 1-3 liều MTX, 65,22% bệnh nhân dùng 1 liều MTX. Có 97,73% cắt vòi tử cung chứa khối thai, bảo tồn vòi tử cung chiếm 2,27%. Thời gian trong phẫu thuật dưới 60 phút chiếm tỉ lệ 84,09%, thời gian trung bình mổ mở là 47,2±3,03 phút, phẫu thuật nội soi là 55,73±16,58 phút. Thời gian nằm viện trung bình điều trị bằng MTX là 6,65±2,93 ngày, điều trị bằng mổ mở 5±2,12 ngày, phẫu thuật nội soi là 3,47±0,89 ngày. **Kết luận:** tỉ lệ điều trị nội khoa 27,72%, mổ mở 4,5%, phẫu thuật nội soi 74,78%. Phẫu thuật nội soi điều trị chữa ngoài tử cung có thời gian nằm viện trung bình ngắn nhất, sự khác biệt với mổ mở và điều trị nội khoa có ý nghĩa thống kê. Chỉ định điều trị nội khoa đơn liều ở các trường hợp CNTC chưa vỡ, không có triệu chứng lâm sàng, siêu âm khối thai dưới 3,5cm, chưa có phôi, nồng độ βhCG máu dưới 3000mUI/ml, tỉ lệ thành công với phác đồ đơn liều là 100%. Chỉ định PTNS điều trị CNTC ở các trường hợp không còn chỉ định điều trị nội khoa, những trường hợp khối thai vỡ có sốc đã hồi sức, huyết áp ổn định. Chỉ định PTMB điều trị CNTC những trường hợp sốc mất máu, huyết động không ổn định sau khi đã hồi sức tích cực.

Từ khóa: Chữa ngoài tử cung, nồng độ βhCG, mổ mở, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

RESULTS TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY AT THE 103 MILITARY HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of ectopic pregnancy treatment at 103 Military Hospital in 2 years (2020-2022). **Subjects and methods:** A prospective cross-sectional study on 111 patients with ectopic pregnancy were treated at 103 Military Hospital from June 2020 to May 2022. **Results:** The mean age was 32.68 ± 5.55 years old, from 25-35 years old accounted for 54%, 74.78% of patients were

treated by laparoscopic surgery, 27.72% were treated by laparotomy surgery, the rest was medical treatment with methotrexate (MTX) (4.5%). Patients were received 1-3 doses of MTX, 65.22% of patients with 1 dose of MTX. There are 97.73% tubal resection containing the fetal mass and preserving the fallopian tube accounting for 2.27%. The time in surgery is less than 60 minutes, accounting for 84.09%, the mean time of laparotomy surgery is 47.2±3.03 minutes, laparoscopic surgery is 55.73±16.58 minutes. The mean hospital stay was 6.65±2.93 days for MTX treatment, 5±2.12 days for laparotomy surgery, 3.47±0.89 days for laparoscopic surgery. **Conclusion:** the rate of medical treatment 27.72%, laparotomy surgery 4.5%, laparoscopic surgery 74.78%. Laparoscopic surgery for ectopic pregnancy has the shortest mean hospital stay, the difference with laparotomy surgery and medical treatment is statistically significant. Indications for single-dose medical treatment in cases of unruptured of ectopic pregnancy, no clinical symptoms, ultrasound of fetal mass less than 3.5cm, no embryo, βhCG level in blood less than 3000mUI/ml, success rate with single dose regimen is 100%. Indications for laparoscopic surgery in cases with ectopic pregnancy where medical treatment is no longer indicated, cases of fetal mass rupture with shock have been resuscitated, blood pressure is stable. Indicated for laparotomy surgery in cases with ectopic pregnancy of hemorrhagic shock, hemodynamic instability after intensive resuscitation.

Keywords: Ectopic pregnancy, βhCG

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chữa ngoài tử cung là hiện tượng trứng sau khi thụ tinh làm tổ và phát triển ngoài buồng tử cung, là một cấp cứu sản khoa, nếu không được chẩn đoán và xử trí sớm khối thai vỡ gây chảy máu trong ổ bụng đe dọa tính mạng của người bệnh, thậm chí tử vong. Tỷ lệ chữa ngoài tử cung có xu hướng tăng. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Mai Trọng Dũng (2016) tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, năm 2003 có 1006 trường hợp CNTC nhập viện bệnh viện điều trị, năm 2013 có 2619 trường hợp điều trị, tăng 2,6 lần sau 10 năm, đến năm 2015 số ca được chẩn đoán và điều trị CNTC là 3174 tăng 3,16 lần [1]. Điều trị chữa ngoài tử cung trước đây là phẫu thuật mổ bụng, cắt vòi tử cung. Với sự tiến bộ của y học, những phương pháp mới đã được áp dụng: điều trị nội khoa bằng MTX bảo tồn vòi tử cung, phẫu thuật nội soi với ưu điểm tính thẩm mỹ cao, ít đau, nhanh phục hồi, giảm tai biến, biến chứng, giảm số ngày nằm viện. Bộ môn Khoa Phụ Sản - Bệnh viện Quân y 103 đã áp

¹Bệnh viện Quân Y 103

²Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Nguyên Hùng

Email: bshung103@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.11.2022

Ngày duyệt bài: 7.11.2022

dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi trong phụ khoa từ gần 20 năm trước, đã có kinh nghiệm trong phẫu thuật chữa ngoài tử cung vỡ chưa có sốc mất máu, gần đây nhờ trang thiết bị hiện đại, bác sỹ gây mê giàu kinh nghiệm, các trường hợp chữa ngoài tử cung vỡ có sốc mức độ nhẹ và trung bình đã được áp dụng phẫu thuật nội soi, do đó tỉ lệ mổ mở đã giảm. Để tổng kết, rút kinh nghiệm trong điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Quân y 103 chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Nhận xét kết quả điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 6/2020 đến tháng 5/2022" nhằm đưa ra chỉ định điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân cụ thể.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang, có 111 bệnh nhân chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 06/2021 - 05/2022 được đưa vào nghiên cứu, sau khi bệnh nhân được khám, chẩn đoán và được chỉ định điều trị theo một trong ba phương pháp: phẫu thuật mở bụng (PTMB), phẫu thuật nội soi (PTNS), điều trị nội khoa bằng Methotrexat (MTX). Áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên, lấy toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu. Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0.

- Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu nhóm điều trị nội khoa: Bệnh nhân có huyết động học ổn định, nồng độ β hCG ≤ 5000 mIU/ml, siêu âm chưa thấy phôi thai, tim thai trong khối, kích thước khối thai $< 3,5$ cm.

- Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu nhóm phẫu thuật mở: Chữa ngoài tử cung vỡ có sốc mất máu mức độ nặng, bệnh nhân phẫu thuật nội soi thất bại chuyển mổ mở.

- Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu nhóm phẫu thuật nội soi: Bệnh nhân CNTC vỡ có huyết động học ổn định (thoát sốc ở những bệnh nhân CNTC vỡ có sốc). Bệnh nhân CNTC chưa vỡ, Bệnh nhân có chống chỉ định điều trị nội khoa hoặc điều trị nội khoa thất bại.

- Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu nhóm điều trị nội khoa: chữa ngoài tử cung vỡ, vừa CNTC vừa có thai trong tử cung. Bệnh nhân CNTC đang cho con bú, Dị ứng với MTX, có bệnh lý nội khoa mãn tính, không chấp nhận điều trị MTX.

- Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu nhóm phẫu thuật nội soi, bệnh nhân CNTC có tình trạng sốc nặng. Bệnh nhân có chống chỉ định bơm khí CO2 trong phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Phân tích, đánh giá kết quả điều trị trên 111

bệnh nhân được chẩn đoán chữa ngoài tử cung trong thời gian từ tháng 6/2021 đến tháng 6/2022 tại Bệnh viện Quân y 103, chúng tôi thu được các kết quả sau:

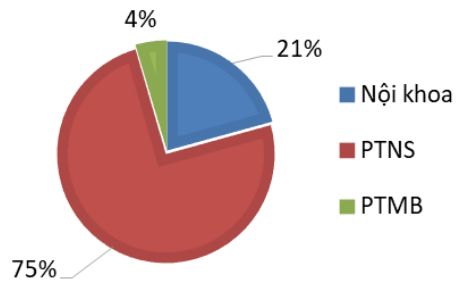
- Tuổi:

Bảng 1. Phân bố nhóm đối tượng nghiên cứu theo tuổi

| Tuổi | N | Tỷ lệ % |
|-----------------|-----------------------|---------|
| <25 | 9 | 8,1% |
| 25-29 | 16 | 14,4% |
| 30-35 | 44 | 39,6% |
| >35 | 42 | 37,8% |
| Tổng | 111 | 100,00 |
| Tuổi trung bình | 32,68 \pm 5,55 tuổi | |

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 32,68 \pm 5,55 tuổi, nhỏ nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 45 tuổi. Những bệnh nhân ở độ tuổi từ 25-35 tuổi 54%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình tương đương với tuổi trung bình trong nghiên cứu của Nguyễn Gia Cường [2], nhưng tuổi trung bình của nghiên cứu này cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thủy [3], Hà Minh Tuấn [4]. Lựa tuổi từ 25-35 tuổi, là tuổi sinh đẻ của phụ nữ Việt Nam nên chữa ngoài tử cung thường gặp trong độ tuổi này.

- Phương pháp điều trị:

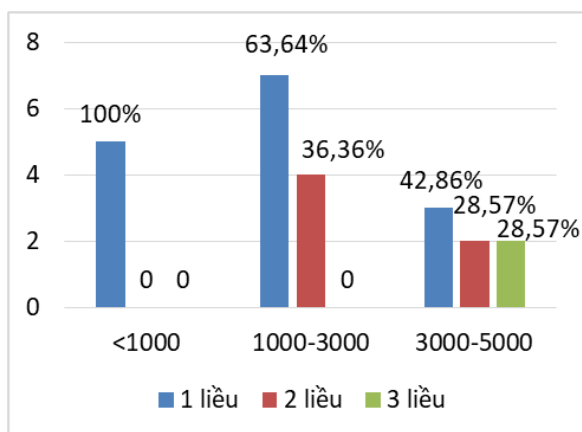


Biểu đồ 1: Phương pháp điều trị chữa ngoài tử cung

Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng 3 phương pháp điều trị CNTC chính: điều trị nội khoa bằng MTX, phẫu thuật nội soi và mổ mở, còn phương pháp không can thiệp gì chỉ theo dõi tình trạng bệnh nhân và xét nghiệm β hCG định kỳ chúng tôi không cho bệnh nhân nhập viện, theo dõi ngoại trú cho đến khi xét nghiệm β hCG về âm tính. Tỉ lệ điều trị nội khoa chiếm 27,72%, mổ mở chiếm 4,5%, phẫu thuật nội soi chiếm 74,78%. Theo dõi kết quả điều trị các bệnh nhân CNTC được điều trị bằng lâm sàng và xét nghiệm β hCG, đánh giá điều trị thành công khi toàn trạng bệnh nhân ổn định, xét nghiệm β hCG máu âm tính. Tỉ lệ PTNS điều trị chữa ngoài tử cung

của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Thân Ngọc Bích (95,7%) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Trần Thu Lê (88%) ở bệnh viện C Thái Nguyên [5]. Tỷ lệ PTNS của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác do tại Bệnh viện Quân Y 103 có tỷ lệ điều trị nội khoa cao, tỷ lệ mổ mở dưới 5%. Chỉ định PTNS rất rộng rãi chỉ trừ các trường hợp CNTC vỡ có ngập máu ổ bụng, bệnh nhân có tình trạng sốc choáng hay sẹo mổ cũ mới có chỉ định mổ mở.

- Điều trị methotexat: Có 15 bệnh nhân điều trị 1 liều MTX chiếm tỷ lệ 65,22%, có 6 bệnh nhân điều trị 2 liều chiếm tỷ lệ 26,1%, có 2 bệnh nhân điều trị 3 liều chiếm 8,68 % số bệnh nhân, số bệnh nhân chỉ tiêm 1 liều là 65,22% cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Thanh Vân 55,2% [6]. Đó là do cách thức điều trị khác nhau, chúng tôi điều trị khoảng cách giữa các liều là 7 ngày, còn của Vũ Thanh Vân khoảng cách này là 4 ngày. Tỷ lệ số bệnh nhân tiêm 1 liều điều trị của chúng tôi tương đương với số liều điều trị trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thủy [3].



Biểu đồ 2: Môi liên quan giữa nồng độ βhCG trước điều trị và số liều MTX

Có sự khác biệt về liều điều trị MTX giữa các nhóm, ở mức nồng độ βhCG lúc vào viện dưới 1000mUI/ml số bệnh nhân điều trị 1 liều MTX chiếm tỷ lệ 100%. Ở mức nồng độ βhCG ban đầu từ 1000-3000mUI/ml số bệnh nhân điều trị 1 liều MTX chiếm tỷ lệ 64,64%, điều trị 2 liều MTX chiếm tỷ lệ 36,36% và không có bệnh nhân nào phải điều trị 3 liều MTX. Ở mức nồng độ βhCG ban đầu từ 3000-5000mUI/ml số bệnh nhân điều trị 1 liều MTX giảm xuống 42,86%, có 28,57% bệnh nhân điều trị 2 liều MTX và 28,57% bệnh nhân điều trị 3 liều MTX. Đây là yếu tố tiên lượng quan trọng hàng đầu trong việc đưa ra quyết định điều trị CNTC chưa vỡ bằng Methotrexat đơn liều và đa liều. Đặc biệt giữa CNTC và sảy

thai thì có sự khác biệt rõ rệt, nếu sảy thai hoàn toàn nồng độ βhCG sẽ giảm trên 50% sau 48 giờ, còn trong CNTC nồng độ βhCG thường giảm không đáng kể hoặc tăng nhẹ. Chúng tôi dựa vào triệu chứng lâm sàng, siêu âm và diễn biến của nồng độ βhCG sau 48 giờ để chẩn đoán và chỉ định điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ βhCG ban đầu thấp thì số liều MTX giảm và tỷ lệ thành công càng cao. Nghiên cứu này của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thủy [3].

- Tình trạng khối thai trong phẫu thuật:

Bảng 2. Tình trạng khối thai khi phẫu thuật

| Tình trạng khối thai | PTMB | PTNS | Tổng số (%) |
|----------------------|----------|-----------|-------------|
| Nguyên vẹn | 0 | 7 | 7(7,95%) |
| Rạn nứt | 0 | 4 | 4(4,55%) |
| Vỡ | 4 | 71 | 75(85,23%) |
| Sảy qua loa vòi | 1 | 1 | 2(2,27%) |
| Tổng | 5 | 83 | 100% |

Tình trạng khối thai vỡ chiếm tỷ lệ cao trong phẫu thuật (85,23%), tiếp theo đó là tình trạng khối thai nguyên vẹn chiếm tỷ lệ 7,95%, rạn nứt chiếm 4,55% và sảy qua loa vòi chiếm 2,27%. Tỷ lệ bệnh nhân CNTC chưa vỡ trong các bệnh nhân được phẫu thuật tương đồng với nghiên cứu của Bùi Minh Phúc là 8,8% [7], tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Thân Ngọc Bích, tỷ lệ CNTC vỡ chiếm tỷ lệ rất cao 85,23% [8] cao hơn các nghiên cứu khác, theo chúng tôi do các bệnh nhân đến viện muộn, thường đến viện khi có các triệu chứng lâm sàng rõ ràng như đau bụng nhiều, đau tăng khi đi lại hoặc hoa mắt chóng mặt...

- Lượng máu mất trong phẫu thuật

Bảng 3. Lượng máu trong ổ bụng khi phẫu thuật

| Lượng máu (ml) | PTMB | PTNS | Tổng số (%) |
|------------------------|------|------|-------------|
| Không có | 0 | 6 | 6(6,82%) |
| Dưới 500 ml | 0 | 30 | 30(34,1%) |
| Từ 500 ml đến 1.000 ml | 0 | 34 | 34 (38,64%) |
| Trên 1.000 ml | 5 | 13 | 18(20,44%) |

Lượng máu trong ổ bụng khi phẫu thuật từ 500 -1000ml chiếm tỷ lệ cao nhất (38,64%), dưới 500ml chiếm 34,1%, trên 1000ml chiếm 20,44% và không có máu trong ổ bụng chiếm 6,82%. Lượng máu trong ổ bụng trên 1000ml trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Bùi Minh Phúc (13%) do bệnh nhân của chúng tôi đến viện muộn, khối chứa đã vỡ.

- Xử trí khối thai trong phẫu thuật:

Bảng 4. Các cách xử trí trong khi phẫu thuật

| Cách xử trí | PTMB | PTNS | Tổng số (%) |
|------------------------|----------|-----------|-----------------|
| Cắt VTC | 5 | 81 | 86(97,73%) |
| Bảo tồn VTC | 0 | 2 | 2(2,27%) |
| Cắt VTC và buồng trứng | 0 | 0 | 0(0%) |
| Tổng số | 5 | 83 | 88(100%) |

Cách xử trí cắt VTC trong phẫu thuật chiếm tỉ lệ cao nhất với 97,73%, chỉ có 2 trường hợp bảo tồn VTC trong phẫu thuật chiếm 2,27% và 100% các bệnh nhân bảo tồn buồng trứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân chữa ngoài tử cung phải phẫu thuật mở bụng đều cắt vòi tử cung, đây là những trường hợp CNTC có sốc mất máu mức độ nặng, chúng tôi vừa hồi sức tích cực vừa đẩy đi mổ, không còn chỉ định phẫu thuật nội soi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trần Thu Lệ (2016) là 94,3% [5]. Mặc dù bác sĩ phẫu thuật luôn ưu tiên bảo tồn VTC một cách tối đa tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ cắt VTC cao do do khối thai vỡ, bệnh nhân đã đủ con.

- Thời gian phẫu thuật:

Bảng 6. Thời gian nằm điều trị

| Thời gian nằm viện | PTMB | PTNS | MTX | Tổng số (%) |
|----------------------|---------------|------------|------------|-------------|
| Dưới 4 ngày | 1(1,93%) | 48(92,3%) | 3(5,77%) | 52(46,85%) |
| Từ 4 đến 5 ngày | 3(6,82%) | 34(77,27%) | 7(15,91%) | 44(39,64%) |
| Từ 6 ngày trở lên | 1(6,66%) | 1(6,66%) | 13(86,67%) | 13(13,51%) |
| Thời gian trung bình | 5±2,12 | 3,47±0,89 | 6,65±2,93 | 111(100%) |
| | 4,2±2,04 ngày | | | |

Thời gian nằm viện dưới 4 ngày chiếm 46,85%, trong đó PTNS chiếm 92,3%, điều trị bằng MTX chiếm 5,77% và PTMB chiếm 1,93%. Tiếp theo đó là thời gian nằm viện từ 4-5 ngày chiếm 39,64% trong đó PTNS chiếm 77,27%, MTX chiếm 15,91%, PTMB chiếm 6,82%. Thời gian từ 6 ngày trở lên chiếm 13,51% trong đó điều trị bằng MTX chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm này với tỉ lệ 86,67%, tiếp theo đó là PTNS và PTMB đều 6,66%. Thời gian nằm viện trung bình điều trị bằng MTX cao nhất là 6,65±2,93, tiếp theo là điều trị bằng PTMB 5±2,12, PTNS là 3,47±0,89. Do PTNS là phẫu thuật kín được thực hiện trên người bệnh có huyết động ổn định, nên bệnh nhân hồi phục tốt hơn và ra viện sớm hơn. Điều trị bằng MTX thời gian nằm viện kéo dài vì để theo dõi tình trạng đáp ứng sau dùng thuốc để có hướng xử trí tiếp theo. Các trường hợp PTNS hay PTMB đều dùng kháng sinh thông thường và không có biến chứng hậu phẫu.

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật (tính bằng phút)

| Thời gian phẫu thuật | PTMB | PTNS | Tổng số (%) |
|----------------------|-----------------|------------------|-------------|
| Dưới 30 phút | 00 | 5 | 5(5,68) |
| Từ 30-60 phút | 05 | 64 | 69(78,41) |
| Trên 60 phút | 00 | 14 | 14(15,91) |
| Thời gian trung bình | 47,2±3,03 phút | 55,73±16,58 phút | 88(100%) |
| | 43,8±26,73 phút | | |

Thời gian trong phẫu thuật từ 30-60 phút chiếm tỉ lệ cao nhất (78,41%), thời gian phẫu thuật dưới 30 phút có 5 bệnh nhân, đó là bệnh nhân được PTNS, Thời gian trung bình của PTMB là 47,2±3,03 phút, thời gian trung bình của PTNS là 55,73±16,58 phút, sự khác biệt về thời gian phẫu thuật trung bình giữa hai nhóm PTMB và PTNS có ý nghĩa thống kê. Trong đó thời gian phẫu thuật dài nhất là 120 phút, thuộc nhóm PTNS, ngắn nhất là 25 phút, cũng thuộc nhóm PTNS. Những trường hợp PTNS có thời gian phẫu thuật kéo dài là do khối thai vỡ, ngập máu ổ bụng, có máu đông ở góc gan, góc lách, chúng tôi mất nhiều thời gian lấy máu ổ bụng.

- Thời gian nằm viện:

IV. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ điều trị nội khoa 27,72%, mổ mở 4,5%, phẫu thuật nội soi 74,78%. Phẫu thuật nội soi điều trị chữa ngoài tử cung có thời gian nằm viện trung bình ngắn nhất, sự khác biệt với mổ mở và điều trị nội khoa có ý nghĩa thống kê.

- Chỉ định điều trị nội khoa đơn liều ở các trường hợp CNTC chưa vỡ, không có triệu chứng lâm sàng, siêu âm khối thai dưới 3,5cm, chưa có phôi, nồng độ β hCG máu dưới 3000mUI/ml, tỉ lệ thành công với phác đồ đơn liều là 100%. Khi nồng độ β hCG trên 3000mUI/ml nên điều trị phác đồ đa liều.

- Chỉ định PTNS điều trị CNTC ở các trường hợp không còn chỉ định điều trị nội khoa, những trường hợp khối thai vỡ có sốc đã hồi sức, huyết áp ổn định.

- Chỉ định PTMB điều trị CNTC những trường hợp sốc mất máu, huyết động không ổn định sau khi đã hồi sức tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai Trọng Dũng.** (2014). Nhận xét kết quả điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2013. Tạp chí Phụ sản, 12(2): 44-47.
2. **Nguyễn Gia Cường.** (2019). Nghiên cứu kết quả điều trị chữa ngoài tử cung bằng Methotrexate đa liều tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Bích Thủy.** (2011). Nghiên cứu điều trị chữa ngoài tử cung chưa vỡ bằng Methotrexat đơn liều và đa liều tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học y Hà Nội.
4. **Hà Minh Tuấn.** (2010). Nghiên cứu điều trị chữa ngoài tử cung chưa vỡ bằng methotrexat tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương năm 2009, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Trần Thu Lệ.** (2016). Nhận xét lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí chữa ngoài tử cung tại bệnh viện C Thái Nguyên trong 3 năm từ 2013-2015, Luận văn thạc sĩ. Đại học y Hà Nội.
6. **Vũ Thanh Vân.** (2016). Điều trị chữa ngoài tử cung bằng Methotrexat tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 03/2005 đến 07/2006, Luận án thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Bùi Minh Phúc.** (2014). Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện đa khoa Hòa Bình trong 3 năm 2011 – 2013, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học y Hà Nội, Hà Nội.
8. **Thân Ngọc Bích.** (2010). Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị chữa ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 1999 và 2009, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II. Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT TROCAR HỖ TRỢ CẮT U QUÁI BUỒNG TRỨNG LÀNH TÍNH Ở TRẺ EM

Trần Xuân Nam¹, Phạm Duy Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi (PTNS) một trocar hỗ trợ cắt u quái buồng trứng lành tính (UQBTLT) ở trẻ em. **Phương pháp:** Hồi cứu các bệnh nhi với chẩn đoán và được PTNS một trocar hỗ trợ cắt UQBTLT từ tháng 1/2015 tới tháng 12/2020 tại bệnh viện Nhi Trung Ương. Các thông tin trước trong và sau phẫu thuật được ghi nhận. Hen khám lại toàn bộ bệnh nhân. Quản lý và xử lý số liệu bằng Excel và SPSS 16.0. **Kết quả:** Có 40 bệnh nhi thuộc diện nghiên cứu với tuổi trung bình là 88 tháng tuổi (5 tháng - 164 tháng). Lý do chủ yếu làm bệnh nhân đến khám là đau bụng âm ỉ (70%). Cân nặng trung bình của bệnh nhân: 23,5 ± 9,9 (kg) (từ 10- 47kg). Đường kính trung bình của UQBTLT là: 60,47 ± 22,26 (mm) (từ 25-115mm). Giá trị trung vị AFP trước mổ: 1,2 mUi/ml (từ 0,1- 25,1 mUi/ml) (với 95% giá trị nằm trong giới hạn bình thường). Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, tỉ lệ mổ rộng vết mổ rốn là 85%, tỉ lệ chọc hút dịch trong nang là 72,5%. Không ghi nhận tai biến và biến chứng trong và sau mổ. Thời gian mổ trung bình: 51,75 ± 8,29 (phút) (35-70 phút). Thời gian nằm viện trung bình: 3,65 ± 1,09 (từ 2-6 ngày). Theo dõi sau mổ toàn bộ bệnh nhân với thời gian trung bình: 49,69 ± 14,31 (tháng) (từ 30,3-76,6 tháng) ghi nhận 2 bệnh nhân tái phát tại thời điểm 12 và 24 tháng đã được mổ lại nội soi 3 trocar cắt toàn bộ buồng trứng cho kết quả tốt. Kết quả thẩm mỹ là rất tốt. **Kết luận:** PTNS là khả thi, an toàn, hiệu quả và

có tính thẩm mỹ cao trong điều trị UQBTLT ở trẻ em.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, u quái buồng trứng lành tính, trẻ em.

SUMMARY

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR MATURE OVARIAN TERATOMA IN CHILDREN

Objective: The aim of this study is to describe the pre-clinical and clinical feature of mature ovarian teratoma (MOT) and outcomes of one trocar assisted laparoscopic surgery (OTALS) for treatment of MOT. **Methods:** Medical record of all patients with diagnosis of MOT and underwent OTALS at VietNam National Children's hospital from Jan, 2015 to Dec 2020 were reviewed. The pre and post operative data were collected. Data management and analysis were made by Excel and SPSS 20.0. **Results:** 40 patients were identified, with medium age of 88 months (ranged from 5 month to 164 months). The commonest admission reason was persistent abdominal pain (70%). The medium weight of patient was 23,5 ± 9,9 (kg) (from 10- 47kg). The medium diameter of the cyst was 60,47 ± 22,26 (mm)(25-115mm). Pre-operative AFP level was: 1,2 mUi/ml (from 0,1- 25,1 mUi/ml) (95% cases in the normal range). There was no conversion and intra - or postoperative complications. The rate of umbilical scar expanding was 85%, intra MOT fluid suction was 72,5%. The mean operative time was 51,75 ± 8,29 (min) (35-70 min). The mean postoperative hospital stay was 3,65 ± 1,09 (2- 6 days). At the follow up 30 - 76 months, two patients had recurrence after ovarian tissue sparing surgery, which underwent laparoscopic oophorectomy with good results. The rest of patients were in good health. The post-operative comesis was excellent. **Conclusion:** OTALS is highly feasible, safe, effective, with excellent comesis in management of MOT in children.

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Nam

Email: namtranxuan1989@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.11.2022

Ngày duyệt bài: 7.11.2022