

RESULTS OF LAPAROSCOPIC FOR INTERSTITIAL ECTOPIC PREGNANCY AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Nguyen Huu Hoai*, Tran Thi Phuong, Chu Trong Tuoc

Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital - 19 Ton That Tung, Hung Dung Ward, Vinh City, Nghe An Province, Vietnam

Received: 07/03/2025

Revised: 29/03/2025; Accepted: 17/04/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the results of treating interstitial ectopic pregnancy by laparoscopic surgery at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. Materials and methods: A retrospective, cross-sectional study on 41 patients with unruptured interstitial ectopic pregnancy and indicated for laparoscopic surgery at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from 2020 to 2023.

Results: The average β -hCG concentration before surgery was 35333 ± 32948.9 mUI/mL, 92.7% had a good decrease in β -hCG concentration after surgery. 43.9% of cases had a gestational mass size $\geq 3,5$ cm. Laparoscopic cornual resection accounting for 78.1%. The rate of patients without complications and with good results after surgery was 100%. The average hospital stay after surgery was $4,5 \pm 0,9$ days.

Conclusion: Laparoscopic surgery for interstitial ectopic pregnancy is a method with a high success rate and low complications.

Keywords: Laparoscopic, interstitial ectopic pregnancy.

*Corresponding author

Email: huuhoaihmu0915@gmail.com **Phone:** (+84) 942001098 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2281**

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THAI LẠC CHỖ ĐOẠN KẼ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Nguyễn Hữu Hoài*, Trần Thị Phương, Chu Trọng Tước

Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An - 19 Tôn Thất Tùng, P. Hưng Dũng, Tp. Vinh, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 07/03/2025

Chỉnh sửa ngày: 29/03/2025; Ngày duyệt đăng: 17/04/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị thai lạc chỗ đoạn kẽ bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 41 bệnh nhân thai đoạn kẽ chưa vỡ và được chỉ định phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 2020 - 2023.

Kết quả: Nồng độ β -hCG trung bình trước phẫu thuật là $35333 \pm 32948,9$ mUI/mL, 92,7% có nồng độ β -hCG giảm tốt sau phẫu thuật. Có 43,9% trường hợp có kích thước khối thai $\geq 3,5$ cm. Phương pháp phẫu thuật nội soi cắt góc tử cung chiếm tỉ lệ 78,1%. Tỉ lệ bệnh nhân không xảy ra biến chứng và được đánh giá kết quả tốt sau phẫu thuật là 100%. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $4,5 \pm 0,9$ ngày.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị thai lạc chỗ đoạn kẽ là phương pháp có tỉ lệ thành công cao và biến chứng thấp.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, thai lạc chỗ đoạn kẽ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai lạc chỗ đoạn kẽ là tình trạng thai làm tổ tại đoạn vòi tử cung nằm trong lớp cơ tử cung [1]. Thai lạc chỗ đoạn kẽ chiếm khoảng 2-4% tổng số thai lạc chỗ và khoảng 1/2500- 5000 trẻ sinh sống. Mặc dù hiếm gặp nhưng tỉ lệ vỡ là 13,6%, tỉ lệ tử vong mẹ là 2-2,5% và chiếm 20% tổng số ca tử vong do thai lạc chỗ, cao gấp 7 lần so với thai lạc chỗ ở vị trí khác [1]. Đây là một cấp cứu sản phụ khoa, nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời, khối thai vỡ gây chảy máu trong ổ bụng đe dọa tính mạng người bệnh.

Thai lạc chỗ đoạn kẽ có khả năng phát triển lớn hơn so với thai lạc chỗ ở những vị trí khác trên vòi tử cung. Do đặc điểm khối thai nằm trong lớp cơ tử cung dày, khả năng dẫn nở tốt của lớp cơ bao quanh túi thai, vì vậy thai kẽ có các triệu chứng muộn nên chẩn đoán có thể trì hoãn hoặc bỏ sót. Đã có báo cáo về trường hợp thai đoạn kẽ đạt 14 tuần tuổi thai vỡ và gây tử vong cho bệnh nhân [2]. Thai đoạn kẽ nhận được nguồn máu nuôi dồi dào bởi các nhánh tận của động mạch tử cung và vòng nối với động mạch buồng trứng nên mất máu rất nhiều và sốc có thể xảy ra rất nhanh khi thai bị vỡ dẫn đến nguy hiểm đến tính mạng người bệnh. Vỡ đoạn kẽ vòi tử cung gặp trong 20% trường hợp thai trên 12 tuần [3].

Phẫu thuật nội soi là bước tiến lớn trong lĩnh vực Ngoại

khoa nói chung và Phụ khoa nói riêng, nó đã dần dần thay thế cho phẫu thuật mở truyền thống trong nhiều bệnh lý. Trước đây, thai lạc chỗ đoạn kẽ thường được điều trị bằng phương pháp mở bụng cắt góc tử cung hoặc cắt tử cung [4]. Nhưng hiện nay, các tác giả đều ủng hộ việc bảo tồn tử cung nhằm duy trì khả năng sinh sản bằng phẫu thuật nội soi. Thêm vào đó, phẫu thuật nội soi mang lại một số ưu điểm hơn so với phẫu thuật mở bụng và dần trở thành cách tiếp cận điều trị ưa thích trong các trường hợp thai lạc chỗ đoạn kẽ có huyết động ổn định [4].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi (PTNS) trong điều trị thai làm tổ đoạn kẽ đã được sử dụng ở nhiều bệnh viện trên cả nước, tuy nhiên có rất ít nghiên cứu được báo cáo vì tỷ lệ mắc bệnh thấp. Tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, kỹ thuật PTNS điều trị thai làm tổ đoạn kẽ đã được ứng dụng trong vài năm trở lại đây. Xuất phát từ yêu cầu đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: “*Kết quả phẫu thuật nội soi thai ngoài tử cung đoạn kẽ tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An*” với 2 mục tiêu sau:

1. Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thai ngoài tử cung đoạn kẽ tại khoa Phụ Ngoại từ 01/01/2020 đến 31/08/2023.

2. Đánh giá kết quả của phương pháp phẫu thuật nội soi những bệnh nhân trên.

*Tác giả liên hệ

Email: huuhoaiahmu0915@gmail.com Điện thoại: (+84) 942001098 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2281>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán thai lạc chỗ đoạn kẽ chưa vỡ và được chỉ định phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ năm 2020 – 2023.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*

+ Bệnh nhân được chẩn đoán thai lạc chỗ đoạn kẽ chưa vỡ.

+ Được chỉ định điều trị ngoại khoa ban đầu bằng phẫu thuật nội soi.

+ Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*

+ Hồ sơ bệnh án không có đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.2. Thời gian nghiên cứu.

Số liệu được lấy từ 01/01/2020 đến ngày 31/08/2023.

2.3. Địa điểm nghiên cứu.

Khoa Phụ (từ 01/01/2020 đến 30/6/2022) và Khoa Phụ Ngoại (từ 01/7/2022 đến 31/08/2023) - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: thuận tiện, lấy toàn bộ hồ sơ bệnh án phù hợp tiêu chuẩn

2.5. Các biến số thu thập số liệu.

Các nội dung và biến số nghiên cứu bao gồm:

- *Nhóm các biến thông tin chung của đối tượng nghiên cứu*

+ Tuổi, Nghề nghiệp

+ Tiền sử

+ Số con hiện có

+ Địa chỉ

+ PARA

+ Ngày nhập viện

+ Ngày vào / ra viện

+ Ngày phẫu thuật

- *Nhóm các biến đặc điểm lâm sàng trước PTNS*

+ Triệu chứng cơ năng

+ Triệu chứng thực thể

+ Nhóm các biến đặc điểm cận lâm sàng trước PTNS

+ Quicktick

+ Nồng độ β -hCG

+ Chỉ số Hemoglobin

+ Siêu âm khối thai kẽ, kích thước khối

+ Dịch Douglas và dịch trong ổ bụng

- *Nhóm các biến theo dõi trong PTNS*

+ Vị trí khối thai

+ Tình trạng tiểu khung

+ Cách thức phẫu thuật

+ Biến chứng trong phẫu thuật

+ Lượng máu mất trong phẫu thuật

+ Kích thước khối quan sát được

+ Tăng sinh mạch

+ Truyền máu trước, trong và sau phẫu thuật

- *Theo dõi sau phẫu thuật*

+ Sử dụng Methotrexate sau phẫu thuật

+ Sử dụng kháng sinh

+ Biến chứng sau phẫu thuật

+ Nồng độ β -hCG 48h sau phẫu thuật

+ Thời gian nằm viện

+ Kết quả phẫu thuật nội soi

2.6. Cách tiến hành và phương pháp thu thập số liệu

Xây dựng phiếu thu thập số liệu được dựa trên mục tiêu nghiên cứu, biến số nghiên cứu.

Thu thập số liệu có sẵn từ bệnh án và các sổ sách lưu trữ tại phòng kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

Số liệu trong nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu.

Tất cả các hoạt động tiến hành trong nghiên cứu này đều tuân thủ các quy định và chuẩn mực về đạo đức nghiên cứu y sinh học của Việt Nam và quốc tế.

Tất cả các thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ bí mật tuyệt đối.

Các số liệu thu thập chính xác, trung thực và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Bảng 1. Phân bố nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 20	1	2,4
21 - 40	34	82,9
≥ 41	6	14,6
Tổng	41	100
X ± SD (GTNN – GTLN)	31,3 ± 4,3 (18 – 46)	

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh nhiều nhất chủ yếu tập trung ở độ tuổi trong khoảng 21 - 40 (82.9%), tỷ lệ thấp nhất là nhóm tuổi ≤20 (2.4%), nhóm có độ tuổi ≥ 41 (14.6%).

Bảng 2. Số lần có thai

Số lần có thai	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
0	8	19,5
1	18	43,9
≥ 2	15	36,6
Tổng	41	100

Nhận xét: Bệnh nhân có 1 thai rồi chiếm tỷ lệ cao nhất (43.9%), có thai thứ 2 rồi chiếm 36,6% và chưa có thai chiếm 19,5%. Giá trị số con trung bình ở các bệnh nhân nghiên cứu là $2,17 \pm 0,738$.

Bảng 3. Các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không	13	31,7
Thai lạc chỗ	15	36,6
Viêm phần phụ	3	7,3
Phẫu thuật lấy thai	5	12,2
Hỗ trợ sinh sản	5	12,2
Tổng	41	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, bệnh nhân có tiền sử thai ngoài tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất 36,6%. Tiền sử có phẫu thuật cũ ổ bụng bằng tiền sử hỗ trợ sinh sản chiếm 12,2%. Tiền sử viêm phần phụ là 7,3%.

Bảng 4. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng		Có	không	Tổng
Chậm kinh	n	41	-	41
	%	100%	-	100%
Đau bụng	n	30	11	41
	%	73,2%	26,8%	100%
Ra máu âm đạo	n	17	24	41
	%	41,5%	58,5%	100%

Nhận xét: Phân tích từng triệu chứng cơ năng riêng cho thấy 100% bệnh nhân có chậm kinh, 73,2% bệnh nhân đau bụng, 41,5% ra máu âm đạo.

Bảng 5. Hình ảnh siêu âm

Siêu âm		Số lượng (n)/ X ± SD	Tỷ lệ (%) / MIN - MAX
Tuổi thai trên siêu âm (tuần)		9,6 ± 2,675	7 - 16
Kích thước khối thai	<1,5cm	2	4,9%
	1,5 - <2,5cm	8	19,5%
	2,5 - <3,5cm	14	34,1%
	≥3,5cm	12	29,3%
	Không xác định	5	12,2%
	Tổng:	41	100%

Nhận xét: Các bệnh nhân nghiên cứu khi siêu âm cho thấy. Có 10/41 bệnh nhân tuổi thai đánh giá được trên siêu âm trong đó tuổi thai trung bình là $9,6 \pm 2,675$ tuần, tuổi thai nhỏ nhất thấy trên siêu âm là 7 tuần, tuổi thai lớn nhất là 16 tuần. Kích thước khối thai trên siêu âm phát hiện nhiều nhất là từ 2,5 - < 3,5 cm gồm 14/41 bệnh nhân (34,1%). Tỷ lệ khối thai ≥ 3,5 cm (29,3%). Khối thai 1,5 - < 2,5 cm (19,5%), không xác định được kích thước khối thai (12,2%), khối thai < 1,5 cm có tỷ lệ nhỏ nhất (4,9%).

Bảng 6. Dịch trong túi cùng Douglas và dịch trong ổ bụng

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dịch Douglas và dịch ổ bụng	Có	10	24,4%
	Không	31	75,6%
Tổng:		41	100%

Nhận xét: Các bệnh nhân nghiên cứu trên siêu âm thấy dịch trong túi cùng Douglas có 15/41 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 36,6%.

3.2. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị

Bảng 7. Đặc điểm liên quan đến phẫu thuật

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí khối thai	Đoạn kẽ trái	25	61%
	Đoạn kẽ phải	16	39%
	Tổng:	41	100%
Kích thước khối thai trong phẫu thuật	≤ 1,5cm	2	4,9%
	1,5 - < 2,5 cm	6	14,6%
	2,5 - < 3,5cm	15	36,6%
	≥ 3,5cm	18	43,9%
	Tổng:	41	100%

Nhận xét: Vị trí khối thai trong phẫu thuật của đoạn kẽ trái: 61% và đoạn kẽ phải: 39%. Kích thước khối thai trong phẫu thuật lớn nhất là $\geq 3,5$ cm (43,9%). Tiếp theo đó là khối thai từ 2,5 - < 3,5 cm (36,6%). Khối thai có kích thước từ 1,5 - < 2,5 cm (14,6%) và $\leq 1,5$ cm (4,9%).

Bảng 8. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nội soi cắt góc tử cung	32	78,1
Nội soi xẻ góc tử cung	9	21,9
Chuyển phẫu thuật mở	-	-
Tổng	41	100

Nhận xét: Phẫu thuật bằng phương pháp nội soi cắt góc tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất: 78%. Phương pháp nội soi xẻ góc tử cung chiếm tỷ lệ 22%. Không có bệnh nhân nào phẫu thuật nội soi xén góc và chuyển phẫu thuật mở bụng trong quá trình phẫu thuật.

Bảng 9. Truyền máu và biến chứng liên quan đến phẫu thuật

		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Truyền máu	Không	41	100
	Có	-	-
Biến chứng	Không	41	100
	Có	-	-

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều không phải truyền máu.

Bảng 10. Thay đổi nồng độ β -hCG sau phẫu thuật 48 giờ

Mức độ thay đổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không giảm hoặc tăng	-	-
Giảm < 50%	3	7,3
Giảm $\geq 50\%$	38	92,7
Tổng	41	100

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân xét nghiệm β -hCG 48 giờ sau phẫu thuật so với ngày đầu thì giảm $\geq 50\%$ chiếm: 92,7%. Giảm < 50% chiếm: 7,3%.

Bảng 11. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

	GTNN	GTLN	X $\pm$ SD
Thời gian (ngày)	3	6	4,5 $\pm$ 0,9

Nhận xét: Thời gian nằm viện nhỏ nhất: 3 ngày. Thời gian nằm viện dài nhất: 6 ngày. Giá trị trung bình 4,49 $\pm$ 0,898 ngày.

Bảng 12. Kết quả phẫu thuật nội soi

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	41	100
Trung bình hoặc kém	-	-
Tổng	41	100

Nhận xét: Nghiên cứu 41 bệnh nhân TNTC đoạn kẽ chưa vỡ được điều trị PTNS cho kết quả tốt chiếm 100%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Nhóm tuổi

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng tỉ lệ thai lạc chỗ đoạn kẽ tập trung chủ yếu ở nhóm 21 – 40 tuổi, chiếm tỉ lệ 82,9%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đặng Văn Tân với 85,7% thai làm tổ đoạn kẽ nằm trong nhóm tuổi này (12/14 trường hợp) [5]. Đây là nhóm tuổi thuộc độ, tuổi sinh đẻ, vì thế tỉ lệ thai lạc chỗ nói chung và thai lạc chỗ đoạn kẽ nói riêng cao hơn nhiều so với nhóm tuổi khác.

4.2. Số lần mang thai

Số bệnh nhân từng mang thai chiếm 80,5%, trong đó tiền sử mang thai 1 lần chiếm tỉ lệ cao nhất 43,9% với 18 trường hợp và mang thai ≥ 2 lần chiếm tỉ lệ 36,6% với 15 trường hợp. Trường hợp chưa từng mang thai lần nào chỉ chiếm 19,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đặng Văn Tân với tỉ lệ bệnh nhân có tiền sử mang thai 1 lần là 57,2% [5].

4.3. Các yếu tố nguy cơ

- *Thai lạc chỗ*: trong nghiên cứu của chúng tôi, có 15 trường hợp có tiền sử thai lạc chỗ trước đây, chiếm tỉ lệ 36,6%. Đây không phải là nguyên nhân trực tiếp gây ra thai lạc chỗ lần nữa, nhưng với bệnh nhân đã từng bị thai lạc chỗ thì dù điều trị bằng phương pháp nội khoa hay phẫu thuật bảo tồn thì tỉ lệ mắc thai lạc chỗ tăng, vì với việc còn bảo tồn vòi trứng đã từng bị tổn thương do thai lạc chỗ thì hình dáng và chức năng của vòi tử cung đã ít nhiều bị ảnh hưởng và không còn được như trước đây.

- *Viêm nhiễm phần phụ*: có 3 bệnh nhân có tiền sử viêm nhiễm phần phụ, chiếm tỉ lệ 7,3%. Trong thực tế lâm sàng rất khó để phân biệt rõ ràng giữa viêm phần phụ, viêm vòi trứng đơn thuần với viêm nhiễm tiêu khung. Viêm phần phụ có nguy cơ làm chít hẹp vòi trứng do hẹp và bán tắc do tổn thương lòng ống vòi tử cung hoặc hẹp do sự co kéo của các dải dính bên ngoài, hậu quả cuối cùng là gây thai lạc chỗ.

- *Phẫu thuật lấy thai trước đây*: tỉ lệ có tiền sử phẫu thuật lấy thai là 12,2%. Phẫu thuật ổ bụng nói chung hay phẫu thuật lấy thai nói riêng đều gây nguy cơ dính vùng tiểu khung. Điều này có thể ngăn cản sự hức

trứng rụng của vòi tử cung cũng như sự co kéo các dải dính gây nên chít hẹp và gấp khúc vòi tử cung. Do đó làm tăng nguy cơ mắc phải thai lạc chỗ.

- *Có thai nhờ hỗ trợ sinh sản*: Bệnh nhân cần hỗ trợ sinh sản cũng có một tỉ lệ không nhỏ là do tình trạng bất thường của vòi tử cung (chít hẹp, gấp khúc) do đó cũng làm tăng nguy cơ mắc phải thai lạc chỗ. Hơn nữa, trong các phương pháp hỗ trợ sinh sản, có những phương pháp giúp tạo nhiều phôi cùng lúc để tăng tỉ lệ đậu thai (kích trứng, thụ tinh trong ống nghiệm) cũng là yếu tố làm tăng nguy cơ thai lạc chỗ.

4.4. Nồng độ β -hCG trước phẫu thuật

Hiện nay, việc định lượng β -hCG huyết thanh có giá trị chẩn đoán cao và được áp dụng trong chẩn đoán và theo dõi thai lạc chỗ. Với thai lạc chỗ nói chung, nồng độ β -hCG không cao do sự làm tổ ở vị trí không thuận lợi cho sự phát triển (chủ yếu là ở đoạn bóng). Trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ β -hCG trung bình tương đối cao là $35333 \pm 32948,9$ mUI/ml. Điều này cũng rất dễ hiểu, bởi đoạn kẽ là vị trí có khả năng nuôi dưỡng tốt với mạch máu dồi dào giúp cho sự phát triển của thai, hơn nữa thường được phát hiện muộn do khối chứa có thể lớn mà không hề gây nên triệu chứng đau.

4.5. Kích thước khối thai trong phẫu thuật

Đa số trường hợp có kích thước khối thai quan sát trực tiếp trong phẫu thuật là $\geq 3,5$ cm, chiếm tỉ lệ 43,9%, kế tiếp là $2,5 - < 3,5$ cm với 36,6%. Khối thai lạc chỗ đoạn kẽ lớn như vậy cũng là với vị trí này có khả năng nuôi dưỡng tốt với mạch máu dồi dào giúp cho sự phát triển của thai. Tuy nhiên khối thai lớn chính là thách thức cho phẫu thuật nội soi.

4.6. Phương pháp phẫu thuật

Cho đến nay, không có sự đồng thuận về phương pháp nội soi tốt nhất trong điều trị thai lạc chỗ đoạn kẽ. Tuy nhiên hầu hết các tác giả đồng ý rằng kích thước khối thai quyết định phương pháp phẫu thuật nội soi tốt nhất. Tulandi và cộng sự báo cáo rằng xẻ góc tử cung lấy khối thai thích hợp cho các trường hợp khối thai $< 3,5$ cm [6], trong khi Grobman và Milad (1998) hay Cucinella (2014) khuyến cáo cắt góc tử cung khi khối thai > 4 cm [7], [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có xu hướng thực hiện cắt góc tử cung hơn xẻ góc tử cung lấy khối thai (78,1% so với 21,9%) vì kích thước khối thai khá lớn ($> 3,5$ cm chiếm 43,9%) và chúng tôi nhận thấy rằng cắt góc tử cung giúp kiểm soát chảy máu tốt hơn trong phẫu thuật và ít khi sót tổ chức nhau thai sau phẫu thuật. Đối với phương pháp xén góc hình chêm hiện nay ít sử dụng vì làm tổn thương lớp cơ tử cung lớn, chảy máu nhiều. Không có trường hợp nào mà chúng tôi phải chuyển qua phẫu thuật mở bụng.

4.7. Truyền máu trước, trong và sau phẫu thuật

Không có bệnh nhân nào truyền máu trước, trong và

sau phẫu thuật. Có thể do cách thức lựa chọn bệnh nhân là thai kế chưa vỡ và phương pháp phẫu thuật hợp lý, rằng chúng tôi thực hiện kỹ thuật khâu thắt miệng túi quanh khối thai. Kỹ thuật này giúp cho việc kiểm soát chảy máu tốt trong phẫu thuật đồng thời làm giảm thời gian phẫu thuật.

Cucinella và cộng sự (2014) nghiên cứu 354 bệnh nhân thai đoạn kẽ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi trong đó 183 bệnh nhân được sử dụng biện pháp cầm máu hỗ trợ, bao gồm: khâu thắt miệng túi ở 50 bệnh nhân, Vasopressin ở 125 bệnh nhân và thực hiện cả 2 trên 8 bệnh nhân, cho kết quả: khâu thắt miệng túi có lượng máu mất là 38ml và thời gian phẫu thuật là 31 phút, tiêm vasopressin có lượng máu mất là 41ml và thời gian phẫu thuật là 43 phút, không sử dụng cầm máu có lượng máu mất là 113ml và thời gian phẫu thuật là 72 phút [8].

4.8. Tai biến và biến chứng liên quan đến phẫu thuật

100% bệnh nhân không có tai biến và biến chứng sau phẫu thuật. Tỉ lệ này cao hơn của Khuru Văn Hậu (2015), khi có 2 bệnh nhân chiếm 3,6% có biến chứng chảy máu nhẹ dưới da ở chân trocar rốn sau phẫu thuật 1 giờ và được xử lý khâu ép da cầm máu [9]. Ở cơ sở chúng tôi, trang thiết bị cho phẫu thuật nội soi khá đầy đủ, ngoài ra phẫu thuật nội soi thai đoạn kẽ sẽ do những phẫu thuật viên có kinh nghiệm nên hạn chế được các tai biến và biến chứng xảy ra.

4.9. Thay đổi nồng độ β -hCG sau phẫu thuật

Vấn đề tồn tại tế bào nuôi sau phẫu thuật cũng cần được quan tâm, đặc biệt trong các trường hợp xẻ góc tử cung lấy khối thai. Vì vậy trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân được làm xét nghiệm β -hCG sau phẫu thuật.

Nồng độ β -hCG 48 giờ sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật: theo tác giả Spandorfer và cộng sự, nếu sau phẫu thuật 48h nồng độ β -hCG giảm $< 50\%$ thì nguy cơ tế bào nuôi tồn tại gấp 3,5 lần, ngược lại nếu sau phẫu thuật nồng độ β -hCG giảm $\geq 50\%$ thì 85% khả năng sẽ không xảy ra biến chứng này [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các trường hợp đều có nồng độ β -hCG giảm tốt sau phẫu thuật. Giảm $\geq 50\%$ có 38/41 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 92,7%; giảm $< 50\%$ có 3/41 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 7,3%; không có bệnh nhân nào nồng độ β -hCG sau phẫu thuật không giảm hoặc tăng lên. Điều này có thể là do phẫu thuật cắt góc tử cung là phương pháp được lựa chọn chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi. Đây là phương pháp giúp hạn chế sót tổ chức sau phẫu thuật và kiểm soát tốt máu chảy trong phẫu thuật so với xẻ góc tử cung cũng như xén góc tử cung.

4.10. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Thời gian nằm viện của các bệnh nhân trong nghiên cứu nằm trong khoảng thời gian từ 3 - 6 ngày, thời gian nằm viện trung bình là $4,5 \pm 0,9$ ngày. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Đặng Văn Tân có thời gian nằm viện trung bình $4,1 \pm 0,9$ ngày, thời gian nằm viện

từ 3 - 6 ngày [5]. Kết quả này cũng tương tự kết quả về phẫu thuật nội soi thai lạc chỗ của tác giả Phạm Mỹ Hoài là $4,6 \pm 1,4$ ngày (2 -> 6 ngày) [11]. Do phẫu thuật nội soi là phẫu thuật kín, được thực hiện trên những bệnh nhân có huyết động ổn định, khối thai chưa vỡ nên thời gian hồi phục tốt hơn.

4.11. Kết quả phẫu thuật nội soi

Nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân (41/41) sau phẫu thuật nội soi thai lạc chỗ đoạn kẽ có kết quả tốt (không có biến chứng trong và sau phẫu thuật, không phải chuyển phẫu thuật mở bụng). Nghiên cứu của tác giả Phạm Mỹ Hoài, 98,1% đạt kết quả tốt, thất bại của tác giả là do các trường hợp có vết phẫu thuật cũ nhiều lần, viêm dính nhiều nên không thực hiện được qua nội soi [11]. Theo tác giả Khuru Văn Hậu, 3,6% chảy máu nhẹ dưới da ở chân trocar rốn sau phẫu thuật 1 giờ, xử lý khâu ép da cầm máu [9].

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi trong điều trị thai lạc chỗ đoạn kẽ là phương pháp có tỉ lệ thành công cao và biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Elsherbiny M., Lim E.T., và Ma K. (2023). Interstitial Ectopic Pregnancy: Laparoscopic Cornuostomy. *J Minim Invasive Gynecol*, 30(6), 439–440.
- [2] Schraft E. và Gottlieb M. (2022). Near fatal interstitial pregnancy. *The American Journal of Emergency Medicine*, 57, 235.e5-235.e8.
- [3] Gao M.Y., Zhu H., và Zheng F.Y. (2020). Interstitial Pregnancy after Ipsilateral Salpingectomy: Analysis of 46 Cases and a Literature Review. *J Minim Invasive Gynecol*, 27(3), 613–617.
- [4] Mittal S. và Shekhar B. (2021). Large Interstitial Ectopic Pregnancy: Management by Laparoscopic Cornuostomy Following Initial Misdiagnosis. *Cureus*, 13(11), e19280.
- [5] Đặng Văn Tân, Lê Sỹ Phúc An, và Nguyễn Tuyết Trinh (2021). Hiệu quả kỹ thuật “khâu thắt miệng túi” trong phẫu thuật nội soi thai làm tổ đoạn kẽ. *Tạp chí Phụ Sản*, 18(4), 58–64.
- [6] Tulandi T., Vilos G., và Gomel V. (1995). Laparoscopic treatment of interstitial pregnancy. *Obstet Gynecol*, 85(3), 465–467.
- [7] Grobman W.A. và Milad M.P. (1998). Conservative laparoscopic management of a large cornual ectopic pregnancy. *Hum Reprod*, 13(7), 2002–2004.
- [8] Cucinella G., Calagna G., Rotolo S. và cộng sự. (2014). Interstitial pregnancy: a “road map” of surgical treatment based on a systematic review of the literature. *Gynecol Obstet Invest*, 78(3), 141–149.
- [9] Khuru Văn Hậu (2015). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Quân y 121. Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
- [10] Spandorfer S.D., Sawin S.W., Benjamin I. và cộng sự. (1997). Postoperative day 1 serum human chorionic gonadotropin level as a predictor of persistent ectopic pregnancy after conservative surgical management. *Fertil Steril*, 68(3), 430–434.
- [11] Phạm Mỹ Hoài (2013). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi bệnh lý chửa ngoài tử cung tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ*, 177–183.