

- functional variant in the MICA promoter which regulates MICA expression and increases HCV-related hepatocellular carcinoma risk. *PLoS One*, 8(4):e61279.
4. **Chen D, Gyllensten U (2014).** MICA polymorphism: biology and importance in cancer. *Carcinogenesis*, 35(12):2633–42.
 5. **Kumar V, Kato N, Urabe Y, Takahashi A, Muroyama R, Hosono N, et al (2011).** Genome-wide association study identifies a susceptibility locus for HCV-induced hepatocellular carcinoma. *Nat Genet*, 43(5):455–8.
 6. **Luo X, Wang Y, Shen A, Deng H, Ye M (2019).** Relationship between the rs2596542 polymorphism in the MICA gene promoter and HBV/HCV infection-induced hepatocellular carcinoma: a meta-analysis. *BMC Med Genet*, 20(1):142.
 7. **Tong HV, Toan NL, Song LH, Bock C-T, Kreamsner PG, Velavan TP (2013).** Hepatitis B virus-induced hepatocellular carcinoma: functional roles of MICA variants. *J Viral Hepat*, 20(10):687–98.
 8. **Thoa Nguyen Phuong VNH (2021).** Nghiên cứu xác định đa hình đơn Nucleotide RS2596542 của gen mica ở bệnh nhân ung thư vòm họng. *Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển*, Tập 5, số 3, tr. 110-114

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN CHỮA NGOÀI TỬ CUNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 TỪ THÁNG 6/2020 ĐẾN THÁNG 5/2022

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chữa ngoài tử cung điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 6/2020 - 5/2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, phân tích mô tả trên 111 bệnh nhân CNTC điều trị tại Bệnh viện Quân Y 103 từ 6/2020-5/2022. Có 3 phương pháp điều trị được áp dụng: phẫu thuật mở bụng (PTMB), phẫu thuật nội soi (PTNS) và điều trị nội khoa bằng methotrexat (MTX). **Kết quả:** Tuổi trung bình $32,68 \pm 5,55$ tuổi; nghề nghiệp tự do chiếm 45%. Bệnh nhân có 2 con chiếm 54,95%. 45,05% bệnh nhân có tiền sử nạo phá thai, 26,23% bệnh nhân có tiền sử mổ cũ ổ bụng. Đau bụng vùng hạ vị chiếm 95,5%, ra máu âm đạo chiếm 67,57%, chậm kinh chiếm 56,76%. Khám lâm sàng khối nề ở phần phụ đau chiếm 87,39%, túi cùng Douglas đau chiếm 73,87%, có phản ứng cơ thành bụng chiếm 67,57%, tử cung to hơn bình thường chiếm 38,74%, gõ đục vùng thấp chiếm 37,84%. Triệu chứng sốc mất máu chiếm 3,6%. 41,38% bệnh nhân có nồng độ β hCG từ 1000-3000 mUI/ml; 27,59% bệnh nhân có nồng độ β hCG từ 3000-5000 mUI/ml, nồng độ β hCG dưới 1000 mUI/ml có 24,14%, nồng độ β hCG từ 5000 trở lên chiếm 6,9%. 100% bệnh nhân điều trị bằng MTX có nồng độ β hCG dưới 5000 mUI/ml. Có 55,86% bệnh nhân siêu âm có túi thai ngoài tử cung điển hình, hình ảnh siêu âm khối cạnh tử cung chiếm tỉ lệ 44,14%. Kích thước khối CNTC dưới 3cm chiếm tỉ lệ 79,28%, kích thước túi thai ≥ 3 cm chiếm 20,72%.

Từ khóa: Chửa ngoài tử cung, β hCG...

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: 22.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.7.2022

Ngày duyệt bài: 11.8.2022

SUMMARY

COMMENT ON CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ECTOPIC PREGNANCY TREATED AT MILITARY HOSPITAL 103 FROM JUNE 2020 TO MAY 2022

Objectives: Comment on clinical and subclinical characteristics of patients with ectopic pregnancy treated at Military Hospital 103 from June 2020 to May 2022. **Methods:** Retrospective study, prospective, descriptive analysis on 111 patients with ectopic pregnancy, hospitalized at Military Hospital 103 from June 01, 2020 to May 31, 2022. During the study period, 3 methods were applied to treat ectopic pregnancy: laparotomy, laparoscopic surgery and medical treatment with methotrexate. **Results:** The mean age of ectopic pregnancy is 32.68 ± 5.55 . Patients with 2 children accounted for the rate of 54.95%. 45.05% of patients have a history of abortion, 26.23% of patients have a history of abdominal surgery. The most common symptom of abdominal pain accounted for 95.5%, vaginal bleeding accounted for 67.57%, delayed menstruation accounted for 56.76%. The most common physical symptoms were painful swelling in the appendages 87.39%, with full pain 73.87%, peritoneal reaction/abdominal wall reaction accounted for 67.57%, and the uterus was larger than normal. accounted for 38.74%, perforated low areas accounted for 37.84%. Shock symptoms only accounted for 3.6%. Patients with β hCG concentration from 1000-3000mUI/ml accounted for the highest proportion (41.38%), β hCG concentration from 3000-5000mUI/ml accounted for 27.59%, β hCG concentration below 1000mUI/ml accounted for 27.59%. 24.14%, patients with β hCG levels from 5000 or more accounted for 6.9%. 100% of patients treated with MTX had β hCG levels below 5000mUI/ml. The typical ultrasound image of the ectopic amniotic sac

accounts for the highest rate of 55.86%, and the ultrasound image of the parauterine mass accounts for 44.14%. Ectopic pregnancy size less than 3cm accounted for 79.28%, mass 3-5cm accounted for 20.72%.

Keyword: Ectopic pregnancy, β hCG...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa 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 chửa ngoài tử cung có xu hướng ngày càng gia tăng. Tại Hoa Kỳ tỷ lệ chửa ngoài tử cung từ 4,5/1000 các trường hợp mang thai năm 1970 tăng lên 19,7/1000 các trường hợp mang thai năm [1]. Ở Việt Nam, tỉ lệ chửa ngoài tử cung có xu hướng tăng. Nghiên cứu của Mai Trọng Dũng (2016) tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, tỉ lệ chửa ngoài tử cung có xu hướng ngày càng tăng, theo thống kê của Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2003 có 1006 trường hợp được điều trị tại bệnh viện thì đến năm 2013 có tới 2619 trường hợp đến và điều trị, tăng 2,6 lần sau 10 năm và đến năm 2015 số ca được chẩn đoán và điều trị là 3174 tăng 3,16 lần [2], [3]. Triệu chứng chửa ngoài tử cung ở giai đoạn sớm thường không điển hình và khó chẩn đoán. Bộ môn-Khoa Phụ Sản - Bệnh viện Quân y 103 là một đơn vị có kinh nghiệm, trang thiết bị hiện đại, thường xuyên được cập nhật những kỹ thuật, phương pháp mới nhất trong lĩnh vực Sản Phụ khoa. Trong những năm gần đây Bộ môn-Khoa đã đạt được một số thành công đáng kể trong chẩn đoán và điều trị chửa ngoài tử cung. Để góp phần vào việc chẩn đoán và điều trị chửa ngoài tử cung tại Bệnh viện Quân y 103 chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân chửa ngoài tử cung điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 6/2020 đến tháng 5/2022*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 111 bệnh nhân CNTC, năm điều trị tại Bộ môn - Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Quân Y 103 từ ngày 31/6/2020 đến 31/05/2022. Có tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ:

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu nhóm điều trị nội khoa:

- Huyết động học ổn định (không shock)
- Nồng độ β hCG \leq 5000 mIU/ml
- Không có phôi thai, tim thai trong khối CNTC (qua siêu âm)

- Kích thước khối thai < 3-5cm (qua siêu âm)
Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu nhóm phẫu thuật mở:

- Chửa ngoài tử cung vỡ có shock
- Bệnh nhân có chống chỉ định gây mê hồi sức
- Bệnh nhân dính nhiều ở tiểu khung

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu nhóm phẫu thuật nội soi:

- Huyết động học ổn định (không shock)
- Có phôi thai, tim thai trong khối CNTC (qua siêu âm)

- Kích thước khối thai > 5cm (qua siêu âm)
- Có nhiều dịch trong ổ bụng (qua siêu âm)
- Chống chỉ định điều trị nội khoa

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

- Cách thức tiến hành: Chọn tất cả những người bệnh theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Bệnh nhân được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Theo dõi, điều trị cho bệnh nhân đến khi ra viện, các số liệu được thu thập vào bệnh án nghiên cứu, nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, phân tích kết quả theo mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân tích dữ liệu từ 111 bệnh nhân chửa ngoài tử cung, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ 6/2020-5/2022, chúng tôi thu được các kết quả sau:

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu: 32,68 \pm 5,55 tuổi. Nhóm tuổi từ 30-34 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (39,6%). Nhóm tuổi trên 35 chiếm 37,8%, nhóm từ 25-29 tuổi chiếm 14,4 %, nhóm dưới 25 tuổi chiếm 8,1%.

- Tiền sử sản khoa:

Bảng 1. Tiền sử sản khoa

Tiền sử sản khoa	N	Tỷ lệ %
Chưa có con	12	10,8
Có 1 con	25	22,5
Có 2 con	61	54,95
Có từ 3 con trở lên	13	11,75

Nhận xét: Số bệnh nhân có 2 con chiếm tỉ lệ cao nhất 54,95%. Số bệnh nhân có 1 con chiếm tỉ lệ 22,5%, có 11,75% bệnh nhân đã có từ 3 con trở lên và có 10,8% bệnh nhân chưa có con.

Bảng 2. Tiền sử nạo phá thai

Tiền sử nạo phá thai	N	Tỷ lệ %
Không phá thai	51	54,95
1 lần	28	25,23
2 lần	13	11,7
Từ 3 lần trở lên	9	8,12

Nhận xét: Số bệnh nhân có tiền sử phát thai chiếm tỉ lệ lớn 45,05% trong đó có 25,3% bệnh nhân đã phá thai 1 lần, 11,7% bệnh nhân đã phá thai 2 lần và 8,12% bệnh nhân đã phá thai từ 3 lần trở lên.

- Tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung:

Bảng 3. Tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung

Tiền sử phẫu thuật ở vùng tiểu khung	N	Tỷ lệ %
Không có PT	82	73,87

Bảng 4. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	PTMB	PTNS	MTX	Tỷ lệ %	
Chậm kinh	Có	3	44	16	56,76
	Không	2	39	7	43,24
Đau bụng vùng hạ vị	Có	5	83	18	95,5
	Không	0	0	5	4,5
Ra máu âm đạo	Có	4	53	18	67,57
	Không	1	30	5	32,43

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau bụng vùng hạ vị chiếm tỉ lệ 95,5%, ra máu âm đạo chiếm 67,57%, chậm kinh chiếm 56,76%.

Bảng 5. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	PTMB	PTNS	MTX	Tỷ lệ %
Phản ứng thành bụng/cảm ứng phúc mạc	4	53	18	67,57
Gõ đục vùng thấp	4	38	0	37,84
Tử cung to hơn bình thường	1	39	3	38,74
Phần phụ có khối nề, đau	5	78	14	87,39
Cùng đồ đầy, đau	5	75	2	73,87
Tình trạng sốc mất máu	2	2	0	3,6

Nhận xét: khám phần phụ có khối nề, đau chiếm tỉ lệ 87,39%; cùng đồ Douglas đầy, đau chiếm 73,87%; phản ứng phúc mạc/ phản ứng thành bụng chiếm 67,57%, tử cung to hơn bình thường chiếm 38,74%, gõ đục vùng thấp chiếm 37,84%. Triệu chứng sốc mất máu chiếm 3,6%.

3.3. Cận lâm sàng. Trong số 111 bệnh nhân nghiên cứu, chỉ có 29 trường hợp được xét nghiệm β HCG máu, chiếm 26,13%. 100% các bệnh nhân điều trị bằng MTX được xét nghiệm β HCG trước điều trị, chỉ có 7,2% bệnh nhân PTNS được xét nghiệm β HCG trước điều trị và không có bệnh nhân PTMB nào được xét nghiệm β HCG trước điều trị.

Bảng 6. Nồng độ β -hCG trong huyết thanh

Nồng độ β -hCG (mIU/ml)	PTNS (n,%)	MTX (n,%)	Tỷ lệ %
Dưới 1.000	2(6,9)	5(17,24)	24,14
Từ 1.000 đến 3.000	1(3,45)	11(37,93)	41,38
Từ 3.000 đến 5.000	1(3,45)	7(24,14)	27,59
Từ 5.000 trở lên	2(6,9)	0(0)	6,9

Nhận xét: nồng độ β HCG từ 1000-3000 mUI/ml chiếm 41,38%. nồng độ β HCG từ 3000-5000 mUI/ml chiếm tỉ lệ 27,59%, nồng độ β HCG dưới 1000 mUI/ml chiếm 24,14%, nồng độ β HCG trên 5000 chiếm 6,9%. 100% bệnh nhân điều trị bằng MTX có nồng độ β HCG dưới 5000 mUI/ml.

Bảng 7. Kết quả siêu âm

Hình ảnh siêu âm	PTMB (n)	PTNS (n)	MTX (n)	Tổng (n,%)
Có khối cạnh tử cung	3	34	12	35(44,14)
Có túi ối ngoài tử cung điển hình	2	49	11	62(55,86)
Kích thước khối thai dưới 3cm	4	64	20	88(79,28)
Kích thước khối thai \geq 3cm	1	19	3	23(20,72)

Nhận xét: Bệnh nhân có hình ảnh siêu âm túi ối ngoài tử cung điển hình chiếm tỉ lệ nhiều nhất là 55,86%, tiếp theo đó là hình ảnh siêu âm

PTMB do CNTC	6	5,4
PTNS do CNTC	4	3,6
Phẫu thuật khác	19	17,13

Nhận xét: Số bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vào ổ bụng chiếm tỉ lệ 26,23% trong đó PTMB do chữa ngoài tử cung chiếm 5,4%, PTNS do CNTC chiếm 3,6% và các phẫu thuật khác vào ổ bụng chiếm 17,13%.

3.2. Triệu chứng lâm sàng

khối cạnh tử cung chiếm tỉ lệ 44,14%. Kích thước khối chứa ngoài tử cung đưa vào điều trị chủ yếu là khối kích thước dưới 3cm chiếm tỉ lệ 79,28%,

khối kích thước 3-5cm chỉ chiếm tỉ lệ 20,72%.

IV. BÀN LUẬN

Tam chứng cơ năng hay gặp ở người bệnh chữa ngoài tử cung là chậm kinh, đau bụng hạ vị, ra máu âm đạo.

Trong nghiên cứu của tôi, triệu chứng đau bụng chiếm 95,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Erdem Tas có 89,7% bệnh nhân có đau vùng chậu [4], cao hơn so với các nghiên cứu của các tác giả trong nước như Nguyễn Anh Tuấn có 72,9% bệnh nhân đau bụng [5], nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thủy 60,5% [6]. Đau bụng vùng hạ vị là dấu hiệu tiên lượng quyết định điều trị và theo dõi diễn biến bệnh, bệnh nhân thường đau âm ỉ vùng hạ vị lệch về bên khối chứa. Mức độ đau ít hay nhiều, còn phụ thuộc vào các yếu tố như cảm nhận chủ quan của bệnh nhân, vị trí và kích thước khối chứa. Dấu hiệu đau bụng có giá trị chẩn đoán sớm CNTC.

Ra máu âm đạo bất thường trước hoặc sau ngày kinh, thường gặp rong huyết kéo dài, máu đỏ thẫm gặp trong 67,57% số bệnh nhân. Thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thủy (83,7%) [6] và cao hơn nghiên cứu của Erdem Tas (55,17%) [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ ra máu âm đạo thấp hơn do bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được chẩn đoán sớm bằng siêu âm khi các triệu chứng lâm sàng chưa đầy đủ.

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, chậm kinh có chiếm tỷ lệ 56,76%, kết quả này thấp hơn các nghiên cứu của Nguyễn Thị Hường (chậm kinh gặp trong 72,7% bệnh nhân) [7], nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn có 103/144 trường hợp chậm kinh chiếm 71,5% [5]. Có 48/111 bệnh nhân không có chậm kinh chiếm tỷ lệ 43,24%. Khi vào viện những bệnh nhân này cần được định lượng β hCG, kết hợp siêu âm cho chẩn đoán xác định.

Trong nghiên cứu này thể tích tử cung khi khám lâm sàng được ghi nhận là thân tử cung to hơn bình thường chiếm tỷ lệ 38,4%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Minh Phúc là 34% và cao hơn kết quả của Nguyễn Thị Hường với 3,3% [7]. Tỷ lệ thể tích tử cung to hơn bình thường trong nghiên cứu này cao hơn, là vì có nhiều bệnh nhân chậm kinh nhiều ngày mới vào điều trị, đồng thời tử cung to hơn bình thường là một triệu chứng thực thể phụ thuộc vào kinh nghiệm và đánh giá chủ quan của người khám bệnh nên kết quả giữa các nghiên cứu khác nhau sẽ có sự chênh lệch.

Phần phụ có khối nề, ấn tức có 97/111 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 87,39%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Thu Lệ

(2016) 81,2% [10]. Tỷ lệ sờ thấy khối nề ở phần phụ cao vì trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng bệnh nhân CNTC vỡ nhiều cũng như khối chứa kích thước đã lớn. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn 38,2% [5]. Việc xác định được khối bất thường tại phần phụ khi thăm khám lâm sàng là một trong những dấu hiệu quan trọng góp phần chẩn đoán CNTC. Tuy nhiên để khám và phát hiện được dấu hiệu này cần khối CNTC phải đạt đến một kích thước nhất định, ngoài ra nó còn phụ thuộc vào kinh nghiệm, kỹ năng của từng thầy thuốc, tình trạng thành bụng bệnh nhân vì vậy mà kết quả nghiên cứu của các nghiên cứu có sự khác nhau.

Dấu hiệu cùng đồ khám đau xuất hiện khi khối chứa rỉ máu đọng lại ở túi cùng dẫn đến cảm giác đau khi khám, thường xảy ra ở giai đoạn muộn khi khối chứa đã vỡ. Trong nghiên cứu này có 82/111 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 73,87%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Thu Lệ 71,7% [10] và cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Trương Văn Vũ là 11,7%. Nghiên cứu của Trương Văn Vũ ở trên các bệnh nhân CNTC đến viện sớm nên xảy ra sự khác biệt này. Ngoài ra, theo chúng tôi có sự khác nhau về dấu hiệu cùng đồ đau còn phụ thuộc vào thời điểm, kỹ thuật khám của thầy thuốc, cảm giác chủ quan của người bệnh. Kết quả của chúng tôi là phù hợp vì đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu có tình trạng khối chứa là vỡ, rỉ máu, sẩy qua loa... nên có máu trong ổ bụng sẽ có dấu hiệu cùng đồ đầy đau.

Về dấu hiệu cảm ứng phúc mạc, phản ứng cơ thành bụng cơ chế tương tự dấu hiệu cùng đồ đau, tuy nhiên thường xuất hiện muộn hơn khi máu trong ổ bụng nhiều và kèm theo bụng chướng, trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 67,57%, chiếm tỷ lệ cao vì hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi vào viện muộn và khối chứa đã vỡ.

Nghiên cứu của chúng tôi có 3,6% bệnh nhân có biểu hiện của sốc mất máu. Kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của Bùi Minh Phúc (2014) là 4,2% [9], thấp hơn của Nguyễn Anh Tuấn là 9,2% [5]. Sự khác nhau này là do nghiên cứu ở các địa phương khác nhau, vào các thời điểm khác nhau nên có các yếu tố liên quan đến CNTC khác nhau, đặc biệt là nhận thức của người dân về CNTC và khoảng cách từ nhà đến bệnh viện để họ có thể đến khám và điều trị sớm hay muộn.

- Xét nghiệm nồng độ β hCG máu:

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 73,83% bệnh nhân không được xét nghiệm β hCG và

26,13% bệnh nhân được xét nghiệm β hCG trong đó 100% các bệnh nhân điều trị bằng MTX được xét nghiệm β hCG trước điều trị, chỉ có 7,2% bệnh nhân PTNS được xét nghiệm β hCG trước điều trị và không có bệnh nhân PTMB nào được xét nghiệm β hCG trước điều trị. Sở dĩ tỉ lệ bệnh nhân không được xét nghiệm β hCG trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ cao bởi vì trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các bệnh nhân vào viện trong tình trạng khối chứa đã vỡ, bệnh nhân chủ yếu được dùng test hCG định tính và siêu âm để nhanh chóng chẩn đoán cũng như tiến hành phẫu thuật để cứu sống bệnh nhân.

Trong nghiên cứu 111 bệnh nhân của chúng tôi, có 29 bệnh nhân được xét nghiệm nồng độ β hCG, người bệnh có nồng độ β hCG trước khi điều trị < 1000 mIU/ml chiếm tỷ lệ cao 24,14%. Kết quả thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hường với 69,4% trường hợp có nồng độ β hCG < 1000 mIU/ml và nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Trâm với 42,8% trường hợp có nồng độ β hCG < 1000 mIU/ml. Có 12 trường hợp nồng độ β hCG trước khi điều trị 1000 - < 3000 mIU/ml chiếm tỷ lệ lớn nhất 41,38% và 8 trường hợp có nồng độ β hCG từ 3000 - 5000 mIU/ml chiếm tỷ lệ 27,59%, 2 bệnh nhân có nồng độ β hCG trên 5000mIU/ml chiếm tỷ lệ 6,9%.

Chẩn đoán sớm CNTC thường là khó và dễ bị sai sót, vì vậy rất cần phải có sự phối hợp nhiều yếu tố chẩn đoán khác nhau. Chẩn đoán sớm CNTC thì các triệu chứng cận lâm sàng rất có giá trị, đặc biệt là theo dõi nồng độ β hCG và siêu âm đầu dò âm đạo. Xét nghiệm định lượng nồng độ β hCG huyết thanh là một xét nghiệm quan trọng để khẳng định có thai hay không. Tuy nhiên nếu chỉ làm xét nghiệm nồng độ β hCG 1 lần thì không chẩn đoán chắc chắn chứa ngoài tử cung. Vì vậy, các bệnh nhân nghiên cứu đều được định lượng β hCG tối thiểu 2 lần, tránh trường hợp chẩn đoán nhầm. Nếu lựa chọn β hCG quá thấp để điều trị có khả năng là những trường hợp thể CNTC tự thoái triển chỉ cần theo dõi mà không cần điều trị.

- Siêu âm phụ khoa:

Siêu âm là phương tiện không thể thiếu trong chẩn đoán và theo dõi điều trị CNTC. Vị trí, kích thước, hình ảnh phôi, hoạt động tim thai, dịch tự do trong ổ bụng là các dấu hiệu giúp bác sỹ lâm sàng lựa chọn phương pháp điều trị. Siêu âm đường bụng hoặc ngã âm đạo đều giúp chẩn đoán và tiên lượng chứa ngoài tử cung. Tuy nhiên, trong chẩn đoán CNTC, siêu âm ngã âm đạo có ưu điểm vượt trội do khảo sát được kỹ và rõ nét hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất

cả các bệnh nhân đều được siêu âm ngã âm đạo, khi hình ảnh siêu âm có túi thai ngoài tử cung điển hình chiếm tỉ lệ nhiều nhất là 55,86%, hình ảnh siêu âm khối cạnh tử cung chiếm tỉ lệ 44,14%. Chúng tôi nhận thấy hình ảnh siêu âm túi thai ngoài tử cung điển hình cao hơn nghiên cứu của Trần Thu Lệ 6,6%, Còn hình ảnh khối cạnh tử cung lại thấp hơn nghiên cứu của Trần Thu Lệ là 85,1% [10]. Khác biệt này khả năng do ở Bệnh viện Quân Y 103 sử dụng siêu âm ngã âm đạo nên hình ảnh chính xác hơn so với nghiên cứu của Trần Thu Lệ ở bệnh viện C Thái Nguyên sử dụng đầu dò bụng.

Tất cả kích thước khối chứa trong nghiên cứu của chúng tôi đều < 5cm. Tất cả các bệnh nhân đều được siêu âm ngã âm đạo để xác định khối âm vang cạnh tử cung (khối thai), cho kết quả 79,28% có kích thước < 3cm, chỉ có 20,72% kích thước khối chứa \geq 3cm. Kích thước này tương tự như trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hường với kích thước khối chứa < 20 mm chiếm 94,2% [7], và nghiên cứu của các tác giả khác như Nguyễn Thị Bích Thủy [6].

Theo Nguyễn Văn Học, siêu âm rất có giá trị trong chẩn đoán sớm CNTC cũng như các trường hợp nghi ngờ CNTC vỡ, nhưng ít có giá trị trong tiên lượng sớm trong điều trị bằng MTX vì kích thước khối chứa trên siêu âm hầu như giữ nguyên hoặc tăng lên sau khi tiêm thuốc. Bởi vậy việc theo dõi bằng siêu âm hàng ngày là không cần thiết. Theo chúng tôi, siêu âm nên thực hiện khi có nghi ngờ về lâm sàng (có giá trị chẩn đoán chính xác khối chứa có dấu hiệu vỡ hay dọa vỡ hay không, lượng máu trong ổ bụng nhiều hay ít) để ra y lệnh kịp thời hay siêu âm trước khi ra viện cho bệnh về nhà theo dõi.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là $32,68 \pm 5,55$ tuổi, nghề nghiệp tự do chiếm 45%. Bệnh nhân có 2 con chiếm 54,95%. 45,05% có tiền sử nạo phá thai, 26,23% có tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung. Triệu chứng đau bụng vùng hạ vị chiếm 95,5%, ra máu âm đạo chiếm 67,57%, chậm kinh chiếm 56,76%. Khám phần phụ có khối nề, đau chiếm 87,39%; cùng đồ Douglas đầy, đau 73,87%, phản ứng phúc mạc/ phản ứng thành bụng chiếm 67,57%, tử cung to hơn bình thường chiếm 38,74%, gõ đục vùng thấp chiếm 37,84%. Triệu chứng sốc mất máu chỉ chiếm 3,6%. Bệnh nhân có nồng độ β hCG từ 1000-3000mIU/ml chiếm tỉ lệ cao nhất (41,38%), nồng độ β hCG từ 3000-5000mIU/ml chiếm tỉ lệ 27,59%, nồng độ β hCG dưới 1000mIU/ml chiếm 24,14%, bệnh

nhân có nồng độ β hCG trên 5000 chiếm 6,9%. 100% bệnh nhân điều trị bằng MTX có nồng độ β hCG dưới 5000mUI/mml. Hình ảnh siêu âm túi thai ngoài tử cung điển hình chiếm 55,86%, hình ảnh siêu âm khối cạnh tử cung chiếm 44,14%. Kích thước khối thai dưới 3cm chiếm tỉ lệ 79,28%, khối kích thước khối thai \geq 3m chiếm tỉ lệ 20,72%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Heather Murray và cộng sự. (2005).** Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. CMAJ: Canadian Medical Association Journal, 173(8).
2. **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.
3. **Mai Trọng Dũng, Đoàn Thị Thu Trang (2016)** Nhận xét chẩn đoán và điều trị chữa kể tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương năm 2015. Tạp chí Phụ sản, 14(1): 137-141.
4. **Emre Erdem Tas, Gulın Feykan Yegin Akay, và Aysel Filiz Avsar. (2017).** Single-dose methotrexate for the treatment of ectopic pregnancy: Our experience from 2010 to 2015. Pakistan journal of medical sciences, 33(1).
5. **Nguyễn Anh Tuấn. (2013)** Nghiên cứu điều trị chữa ngoài tử cung chữa vỡ bằng Methotrexat đơn liều tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2011, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Thị Bích Thủy. (2011)** Nghiên cứu điều trị chữa ngoài tử cung chữa 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.
7. **Nguyễn Thị Hương. (2018)** Nghiên cứu điều trị chữa ngoài tử cung bằng Methotrexat tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2018 – 2019, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Vương Tiến Hòa. (2003)** Nghiên cứu một số yếu tố góp phần chẩn đoán sớm chữa ngoài tử cung, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học y Hà Nội, 69-112.
9. **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.
10. **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 tốt nghiệp Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.

THỰC TRẠNG NHẠY CẢM NGÀ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI PHƯỜNG PHƯƠNG LIÊN, ĐÔNG ĐÀ, HÀ NỘI NĂM 2022

Lưu Văn Tường*, Đặng Minh Quang**
Nguyễn Anh Chi*, Phạm Thị Thu Hiền*, Đào Thị Dung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả thực trạng nhạy cảm ngà và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại phường Phương Liên, Đông Đa, Hà Nội năm 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 424 người từ 60 tuổi trở lên dựa vào bộ câu hỏi phỏng vấn định lượng và khám lâm sàng ghi nhận tình trạng nhạy cảm ngà bằng phương pháp kích thích thổi hơi. **Kết quả:** Tỷ lệ nhạy cảm ngà trong nghiên cứu là 48,4% với trung bình số răng bị nhạy cảm ngà là $2,0 \pm 3,8$ răng. Các yếu tố nguy cơ bao gồm vệ sinh răng miệng chưa tốt (RR = 1,7; 95%CI = 1,4 – 2,1), là công nhân viên trước khi nghỉ hưu (RR = 1,3; 95%CI = 1,2 – 1,5), có tình trạng kinh tế nghèo/cận nghèo (RR = 2,3; 95%CI = 1,8 – 3,0).

Từ khóa: nhạy cảm ngà, người cao tuổi, kích thích hơi

SUMMARY

DENTINE HYPERSENSITIVITY AND RISK FACTORS IN ELDERLY PEOPLE AT PHUONG LIEN WARD, DONG DA DISTRICT, HANOI CAPITAL CITY, 2022

Objectives: the study was conducted to determine the dentine hypersensitivity situation and risk factors in elders at Phuong Lien Ward, Dong Da District, Hanoi Capital City, 2022. **Methodology:** the study used the cross-sectional design with 424 elderly people aged 60+ years old based on a quantitative approach with a structured questionnaire and intraoral tests using the air stimuli method. **Results:** The proportion of dentine hypersensitivity was 48.4% and the average number of teeth with dentine hypersensitivity was 2.0 ± 3.8 . The risk factors were poor dental hygiene (RR = 1.7; 95%CI = 1.4 – 2.1), worked as factory worker or office worker before retiring (RR = 1.3; 95%CI = 1.2 – 1.5), poor/near poor economic status (RR = 2.3; 95%CI = 1.8 – 3.0)

Keywords: dentine hypersensitivity, elderly people, air stimuli

*Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

**Trung tâm Y tế quận Đống Đa

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Văn Tường

Email: tuongdentist@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.7.2022

Ngày duyệt bài: 11.8.2022