

# MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT XỬ TRÍ CHỮA NGOÀI TỬ CUNG SAU THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

Vũ Văn Du<sup>1</sup>, Kiều Duy Anh<sup>2</sup> và Lê Thị Ngọc Hương<sup>1,✉</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

*Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp phẫu thuật xử trí của bệnh nhân chữa ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả, hồi cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tổng số 232 bệnh nhân chữa ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm đã được phẫu thuật. Kết quả: đau bụng 80,2%, ra máu 75,0%, phần phụ sờ thấy khối 93,1%, cùng đồ đau 71,6%, nồng độ  $\beta$ hCG < 1000 IU/l 52,2%, kích thước khối chứa  $\leq 3$ cm là 59,1%, hình ảnh trên siêu âm không điển hình 60,8%, có dịch cùng đồ 79,3%, tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công là 96,6%, cắt vòi tử cung 90,9%.*

**Từ khóa:** chữa ngoài tử cung, thụ tinh trong ống nghiệm, phẫu thuật.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chữa ngoài tử cung là trường hợp phôi làm tổ và phát triển ở ngoài buồng tử cung.<sup>1</sup> Đây là một bệnh lý nguy hiểm, thường gặp trong cấp cứu sản phụ khoa ở 1 - 2% phụ nữ mang thai.<sup>2</sup> Chữa ngoài tử cung nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời có thể ảnh hưởng đến tính mạng của người phụ nữ.

Trong những năm gần đây, tỷ lệ chữa ngoài tử cung ngày càng xu hướng gia tăng cả ở trong nước và trên thế giới. Trên thế giới, nghiên cứu của Shobeiri và cộng sự tại Iran tỷ lệ chữa ngoài tử cung tăng đáng kể từ 0,15% năm 2000 lên 0,48% năm 2010.<sup>3</sup> Nghiên cứu của Phan Viết Tâm năm 2002 và Nguyễn Thị Hòa năm 2003 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỷ lệ chữa ngoài tử cung lần lượt là 2,26% và 4,4%.<sup>4,5</sup> Chữa ngoài tử cung có thể gặp ở bất kỳ phụ nữ nào trong thời kỳ mang thai, kể cả những phụ nữ áp dụng phương pháp thụ tinh trong ống

NGHIỆM. Bản thân người phụ nữ có liên quan đến các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản như kích thích rụng trứng, thụ tinh trong ống nghiệm... phần lớn có những yếu tố bất thường, đặc biệt là tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung, viêm nhiễm tiểu khung, các bất thường tử cung, vòi tử cung... nên nguy cơ chữa ngoài tử cung trên nhóm phụ nữ này là rất cao. Những người phụ nữ áp dụng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm họ rất mong mỗi có được người con, họ trông chờ mong đợi từng ngày từ khi chuyển phôi vào buồng tử cung. Khi chữa ngoài tử cung xảy ra ở người phụ nữ được thụ tinh trong ống nghiệm nó không chỉ ảnh hưởng trực tiếp đến tâm lý, khả năng sinh sản, kinh tế mà còn ảnh hưởng đến hạnh phúc của cả gia đình họ, hậu quả để lại rất nặng nề. Hiện nay, có 2 phương pháp chính điều trị chữa ngoài tử cung là phẫu thuật và nội khoa bằng Methotrexate. Phẫu thuật trong chữa ngoài tử cung là phương pháp điều trị kinh điển. Để có một góc nhìn tổng quan hơn, cập nhật hơn về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp phẫu thuật xử trí chữa ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm chúng tôi thực hiện đề tài "Một số đặc

Tác giả liên hệ: Lê Thị Ngọc Hương

Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Email: huongle0583@gmail.com

Ngày nhận: 19/09/2022

Ngày được chấp nhận: 03/11/2022

điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp phẫu thuật xử trí chữa ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm" với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp phẫu thuật xử trí chữa ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Các bệnh nhân được chẩn đoán là chữa ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2018 đến hết ngày 31/12/2021.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

Những bệnh nhân được chẩn đoán xác định chữa ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm được phẫu thuật.

Có hồ sơ bệnh án lưu trữ với đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

Các trường hợp khối thai ở vết mổ lấy thai, chữa ống cổ tử cung, buồng trứng.

Các bệnh nhân được chẩn đoán chữa ngoài tử cung sau các phương pháp mang thai khác như mang thai tự nhiên, IUI.

Hồ sơ không ghi chép đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

### 2. Phương pháp

*Thiết kế nghiên cứu:* mô tả, hồi cứu.

*Địa điểm và thời gian nghiên cứu*

*Địa điểm nghiên cứu:* Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

*Thời gian nghiên cứu:* từ 01/01/2018 đến hết ngày 31/12/2021.

**Cỡ mẫu:** cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu tối thiểu cần có.

$Z_{1-\alpha/2}$ : là hệ số giới hạn tin cậy, với  $\alpha = 0,05$  tương đương khoảng tin cậy 95% thì  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ .

p: tỷ lệ chữa ngoài tử cung sau chuyển phôi là  $p = 0,05$ .<sup>6</sup>

d: độ chính xác tuyệt đối mong muốn, chọn  $d = 0,03$ .

Theo công thức trên, tính được số đối tượng nghiên cứu tối thiểu là  $n = 203$  đối tượng. Thực tế, nghiên cứu lấy được 232 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

*Kỹ thuật chọn mẫu:* chọn tất cả bệnh nhân chữa ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ ngày 01/01/2018 đến hết ngày 31/12/2021 đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn.

*Thu thập thông tin:* hồ sơ bệnh án.

*Các biến số, chỉ số nghiên cứu*

Triệu chứng lâm sàng:

- Toàn thân: choang.

- Cơ năng: đau bụng, ra máu.

- Thực thể: phần phụ sờ thấy khối, cùng đồ đau, phản ứng thành bụng...

*Đặc điểm cận lâm sàng:* nồng độ  $\beta$ hCG, siêu âm, dịch cùng đồ, kích thước khối chữa...

*Tiêu chuẩn xác định một số chỉ tiêu nghiên cứu:*

- Hình ảnh trên siêu âm:

Hình ảnh khối thai điển hình: khối thai có hình nhẵn, bờ viền dày tăng âm do có 2 lớp màng nuôi phát triển tạo thành, bên trong có chứa túi thai và các thành phần của túi thai như túi noãn hoàng, phôi, có thể có hoạt động của tim thai.<sup>7</sup>

Hình ảnh khối thai không điển hình: là hình ảnh khối khác biệt với buồng trứng. Hình ảnh khối phần phụ thường đa dạng, nhiều hình thái như: khối dạng hình nhẵn, khối dạng nang và khối hỗn hợp âm.<sup>7</sup>

- Phương pháp phẫu thuật: phẫu thuật nội

soi, phẫu thuật mổ mở.

- Cách thức xử trí: cắt khối chứa bảo tồn vòi tử cung, cắt vòi tử cung, cắt vòi tử cung và kẹp vòi tử cung bên đối diện.

- Vị trí khối chứa: kẽ, eo, bóng, loa.

- Tình trạng khối chứa: chưa vỡ, rỉ máu, tràn máu ổ bụng, huyết tụ thành nang.

*Các bước tiến hành:* thu thập số liệu theo mẫu phiếu nghiên cứu có sẵn.

#### **Xử lý số liệu**

Số liệu được nhập và xử lý sử dụng phần mềm SPSS 25.0, tính tỷ lệ phần trăm cho các biến định tính, các biến định lượng biểu thị bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn nếu phân bố chuẩn, hoặc trung vị, giá trị nhỏ nhất, lớn nhất, so sánh tỷ lệ % bằng  $\chi^2$  hoặc Fisher's

exact test. Mức ý nghĩa thống kê  $< 0,05$ , độ tin cậy 95%.

### **3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Tất cả các bệnh nhân đều được nghiên cứu trên bệnh án, vì vậy không có can thiệp trực tiếp trên người bệnh. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Phụ sản Trung ương theo quyết định số 529/CN-PSTW.

### **III. KẾT QUẢ**

Qua nghiên cứu trên 232 bệnh nhân chữa ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm đã phẫu thuật, chúng tôi thu được một số kết quả như sau:

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân chữa ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm đã phẫu thuật.**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Lâm sàng			
Choáng	Có	14	6,0
	Không	218	94,0
Đau bụng	Có	186	80,2
	Không	46	19,8
Ra máu	Có	174	75,0
	Không	58	25,0
Phản phụ sờ thấy khối	Có	216	93,1
	Không	16	6,9
Cùng đồ đau	Có	166	71,6
	Không	66	28,4
Phản ứng thành bụng	Có	17	7,3
	Không	215	92,7
Cận lâm sàng			
Nồng độ $\beta$ hCG (IU/l)	< 1000	121	52,2
	1000 - 3000	63	27,2
	> 3000	48	20,6

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Hình ảnh siêu âm	Điển hình	91	39,2
	Không điển hình	141	60,8
Kích thước khối chứa (cm)	≤ 3	137	59,1
	> 3	95	40,9
Dịch cùng đồ	Không	48	20,7
	Có	184	79,3

Triệu chứng đau bụng 80,2%, ra máu 75,0%, thời gian trung bình từ lúc chuyển phôi đến lúc vào viện là  $19,7 \pm 5,3$  ngày, phần phụ sờ thấy khối 93,1%, phản ứng thành bụng 7,3%,

cùng đồ đau 71,6%, nồng độ  $\beta$ hCG < 1000 IU/l 52,2%, kích thước khối chứa ≤ 3cm là 59,1%, hình ảnh trên siêu âm không điển hình 60,8%, có dịch cùng đồ 79,3%.

**Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật chữa ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương**

Đặc điểm	Phương pháp phẫu thuật			Tổng số (n, %)	Giá trị p
	Nội soi (n, %)	Nội soi chuyển mổ mở (n, %)	Mổ mở (n, %)		
Vị trí khối chứa					
Kế	10 (71,4)	2 (14,3)	2 (14,3)	14 (100)	0,001
Eo	38 (100)	0 (0)	0 (0)	38 (100)	
Bóng	175 (97,8)	4 (2,2)	0 (0)	179 (100)	
Loa	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	
Tổng	96,6%	2,6%	0,9%	100%	
Tình trạng khối chứa					
Chưa vỡ	124 (98,4)	2 (1,6)	0 (0)	126 (100)	< 0,001
Rỉ máu	91 (98,9)	1 (1,1%)	0 (0%)	92 (100)	
Tràn máu ổ bụng	8 (66,7)	2 (16,7)	2 (16,7)	12 (100)	
Huyết tụ thành nang	1 (50)	1 (50)	0 (0)	2 (100)	
Cách thức xử trí					
Bảo tồn vòi tử cung	11 (100)	0 (0)	0 (0)	11 (100)	> 0,05
Cắt vòi tử cung	203 (96,2)	6 (2,8)	2 (0,9)	211 (100)	
Cắt vòi tử cung và kẹp bên đối diện	10 (100)	0 (0)	0 (0)	10 (100)	

Có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân giữa phương pháp phẫu thuật với vị trí khối chửa và tình trạng khối chửa ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nhóm các bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm, đây là nhóm bệnh nhân khá đặc biệt, thường có tiền sử khó khăn trong việc có thai, đặc biệt thường liên quan đến các bệnh lý của vòi tử cung như viêm dính vòi tử cung, ứ dịch ứ nước vòi tử cung cũng như các can thiệp khác vào vòi tử cung sẽ làm tăng nguy cơ gây chửa ngoài tử cung. Trong tổng số 232 bệnh nhân chửa ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, cho thấy: có 14 (6%) bệnh nhân choáng, thấp hơn so với nghiên cứu của Bùi Thị Nhẽ là 8,4%.<sup>6</sup> Những năm gần đây nhờ áp dụng định lượng  $\beta$ hCG huyết thanh, cùng với sự tiến bộ của y học, kỹ thuật siêu âm đầu dò âm đạo ngày càng được nâng cao nên việc phát hiện thai ngoài tử cung thường dễ chẩn đoán và cũng phát hiện sớm vì sau chuyển phôi khoảng 3 tuần là đã nhìn thấy túi thai trong tử cung. Nếu sau thời điểm này mà không thấy,  $\beta$ hCG tăng thì chắc chắn thai ngoài tử cung. Chính vì được phát hiện sớm nên tránh được các biến chứng nặng nề. Các triệu chứng đau bụng, ra máu, phần phụ sờ thấy khối và cùng đồ đau đều chiếm tỷ lệ cao. Kết quả này phù hợp với triệu chứng học chửa ngoài tử cung, cũng như các nghiên cứu khác. Kết quả của Phan Viết Tâm có 83,2% đau bụng, 95,8% ra máu âm đạo.<sup>4</sup> Savang Chanhthilad cũng cho thấy triệu chứng thực thể hay gặp nhất ở bệnh nhân chửa ngoài tử cung là khối cạnh tử cung và cùng đồ đầy, ấn đau.<sup>8</sup> Các triệu chứng trên là điển hình của chửa ngoài tử cung. Sờ nắn thấy khối cạnh tử cung mềm, ranh giới không rõ, khám phần phụ nề, ấn đau rất có giá trị chẩn đoán.<sup>9</sup> Tuy nhiên, khám thấy khối cạnh tử cung tùy thuộc vào kinh

nghiệm lâm sàng của thầy thuốc, vị trí và kích thước khối chửa. Cạnh tử cung có thể sờ thấy khối nề, ranh giới rõ hoặc không nhưng ấn đau có giá trị chẩn đoán với độ nhạy 86,6% và giá trị chẩn đoán dương tính 90%.<sup>10</sup>

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trên siêu âm hình ảnh điển hình của chửa ngoài tử cung gặp ở 25,0% bệnh nhân, không điển hình 60,8%. Dịch cùng đồ Douglas cũng là dấu hiệu hay gặp với 79,3%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với Võ Thành Ngọc có hình ảnh túi thai ngoài tử cung điển hình 25,7%, không điển hình (khối hỗn hợp âm) chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,2%, dịch Douglas gặp 71,7%.<sup>11</sup> Theo Vương Tiến Hoà nếu siêu âm đầu dò âm đạo thấy có khối hình nhẫn hai vòng hoặc khối âm vang không đồng nhất biệt lập với buồng trứng có giá trị chẩn đoán sớm chửa ngoài tử cung với độ nhạy 77,6% và giá trị chẩn đoán dương tính 93%.<sup>9</sup> Thực tế cho thấy khi phát hiện ra hình ảnh khối chửa điển hình có khả năng chẩn đoán 100% chửa ngoài tử cung, việc phẫu thuật cũng là chỉ định bắt buộc trong trường hợp này bởi vì khối chửa lúc này đã lớn, nguy cơ vỡ và chảy máu trong ổ bụng là rất cao. Kích thước khối chửa trong nghiên cứu cho thấy chủ yếu  $\leq 3$ cm (59,1%), cũng tương đồng với Cao Xuân Hùng.<sup>12</sup> Việc phát hiện sớm chửa ngoài tử cung, khi khối chửa còn nhỏ, chưa vỡ, chưa chảy máu vào ổ bụng là rất quan trọng, quyết định đến chỉ định và phương pháp phẫu thuật, cũng như sự thành công của ca mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có 96,6% thai phụ được phẫu thuật nội soi thành công, có 6 trường hợp phải chuyển từ phẫu thuật nội soi sang mổ mở đó là (3 ca vào ổ bụng thấy dính nhiều, khó khăn trong quá trình phẫu thuật nội soi, 1 ca huyết tụ thành nang dính nhiều với các tạng xung quanh, 1 ca sốc mất máu lượng máu trong ổ bụng lớn khó khăn trong việc tìm khối chửa cầm máu, và 1 ca chửa kế

kích thước lớn nguy cơ chảy máu ổ ạt trong ổ bụng), 2 bệnh nhân được mổ mở chiếm 0,8% (2 ca shock mất máu), như vậy tổng có 8 ca được phẫu thuật mổ mở chiếm 3,4%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của nhiều tác giả khác.<sup>13,14</sup> Nhiều nghiên cứu khác nhau đều cho thấy tỷ lệ vượt trội của phẫu thuật nội soi trong điều trị chữa ngoài tử cung, khẳng định sự phổ biến, tính hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị chữa ngoài tử cung. Tuy nhiên, để nâng cao tỷ lệ phẫu thuật nội soi đòi hỏi phải chẩn đoán được sớm tình trạng chữa ngoài tử cung, thể bệnh cũng như nâng cao trình độ phẫu thuật viên, trang thiết bị y tế, gây mê hồi sức... Phát hiện sớm là điều kiện tiên quyết để đặt ra chỉ định phẫu thuật, đồng thời có thể thực hiện các trường hợp phẫu thuật khó. Một số chỉ định mổ mở phổ biến gặp trong các nghiên cứu là bệnh nhân trong tình trạng shock mất máu, tình trạng ổ bụng dính nhiều, khó khăn trong quá trình phẫu thuật nội soi.

Nghiên cứu của chúng tôi tìm được mối liên quan giữa vị trí của khối chứa, tình trạng khối chứa với phương pháp phẫu thuật ( $p < 0,05$ ). Vị trí khối chứa ở đoạn bóng gặp nhiều nhất với 77,2%; đoạn eo chiếm 16,4%, đoạn kẽ chiếm 6,0% và đoạn loa chiếm 0,4%. Trong số 8 ca mổ mở có 4 ca chữa ở đoạn bóng, 4 ca ở đoạn kẽ. Tỷ lệ các vị trí khối chứa trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nhiều nghiên cứu khác.<sup>15,16</sup> Các nghiên cứu cũng cho thấy dù chữa ngoài tử cung ở vị trí nào thì phương pháp phẫu thuật nội soi và mổ mở vẫn luôn song hành với nhau. Một số vị trí chữa ngoài tử cung khó như chữa kẽ, chữa sừng tử cung trước đây thường phải mổ mở do khối chứa tăng sinh mạch nhiều, khó cầm máu trong phẫu thuật, khối chứa thường phát triển lớn, nguy cơ vỡ cao, máu trong ổ bụng nhiều thì nay đã được phẫu thuật nội soi, chữa đoạn eo thường vỡ sớm gây chảy máu trong ổ bụng trước đây

cũng là chỉ định của mổ mở, song nay đã có thể phẫu thuật nội soi do những tiến bộ trong gây mê hồi sức và ngoại khoa. Mặt khác điều đó cũng phản ánh vẫn còn nhiều khó khăn trong điều trị ngoại khoa chữa ngoài tử cung, đặc biệt là việc chẩn đoán sớm sẽ quyết định tiên lượng điều trị, chỉ định điều trị bảo tồn hay chỉ định phẫu thuật, chỉ định phẫu thuật nội soi hay mổ mở kinh điển, một số vị trí chữa ngoài tử cung vẫn là thách thức đối với nhiều phẫu thuật viên đặc biệt là các phẫu thuật viên trẻ, tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung, ổ bụng có thể là yếu tố gây khó khăn trong phẫu thuật nội soi với nguy cơ dính tử cung - phần phụ với các tạng trong ổ bụng. Về tình trạng khối chứa khi phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật, 98,4% các bệnh nhân có khối chứa chưa vỡ được phẫu thuật nội soi. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu Đỗ Thị Thi và Nguyễn Thị Nga là tỷ lệ phẫu thuật nội soi lần lượt là 83%, 84%.<sup>15,16</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ khối chứa đã vỡ thấp hơn nhiều, tỷ lệ khối chứa chưa vỡ cao hơn. Điều đó liên quan mật thiết tới tỷ lệ phẫu thuật nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn hẳn so với những nghiên cứu khác. Khối chứa khi đã vỡ sẽ gây nên tình trạng chảy máu trong ổ bụng, bệnh nhân có thể có dấu hiệu đau khắp bụng, phản ứng thành bụng rõ ràng, choáng, gây nhiều khó khăn trong phẫu thuật và có thể phải chỉ định mổ mở. Việc chẩn đoán sớm có ảnh hưởng rất lớn tới chỉ định và phương pháp phẫu thuật, cũng như sự thành công của ca mổ.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 96,6% thai phụ được chỉ định mổ nội soi, chỉ có 3,4% là mổ mở. Trong đó, tỷ lệ cắt vòi tử cung là 90,9%, tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Bùi Thị Nhé (46,7%).<sup>6</sup> Những bệnh nhân thai ngoài tử cung sau chuyển phôi đa số bệnh nhân sẽ tiếp tục chuyển phôi nữa, nếu bảo tồn vòi tử cung thì lại có nguy cơ thai

ngoài tử cung tiếp sau nữa, do vậy giải pháp cắt vòi tử cung sẽ hợp lý hơn.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp phẫu thuật xử trí chữa ngoài tử cung ở bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm tại bệnh viện Phụ sản Trung ương chúng tôi nhận thấy: Các triệu chứng điển hình của chữa ngoài tử cung nói chung chiếm tỉ lệ cao ở nhóm bệnh nhân chữa ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm, đa số bệnh nhân đến giai đoạn sớm và chủ yếu là chữa đoạn bóng.

Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là mổ nội soi (96,6%), cắt vòi tử cung (90,9%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Văn Linh, Cao Ngọc Thành. *Sản Phụ Khoa*. Nhà xuất bản Y Học; 2007.
2. Panelli DM, Phillips CH, Brady PC. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. *Fertil Res Pract*. 2015;1:15. doi: 10.1186/s40738-015-0008-z.
3. Shobeiri F, Tehranian N, Nazari M. Trend of ectopic pregnancy and its main determinants in Hamadan province, Iran (2000 - 2010). *BMC Research Notes*. 2014;7(1):733. doi: 10.1186/1756-0500-7-733.
4. Phan Viết Tâm. Nghiên cứu tình hình chữa ngoài tử cung tại viện bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh trong 2 năm 1999 - 2000. Chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2002.
5. Nguyễn Thị Hòa. Nghiên cứu các yếu tố liên quan và giá trị của triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trong chẩn đoán sớm chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2003. Chuyên khoa cấp 2. Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Bùi Thị Nhẽ. Nghiên cứu chữa ngoài tử cung ở thai phụ được thụ tinh trong ống nghiệm trong 5 năm từ năm 2009 đến năm 2013. Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.
7. Phan Trường Duyệt. Siêu âm chẩn đoán và một số nội dung lâm sàng sản phụ khoa liên quan. Nhà xuất bản Y học; 2013.
8. Savang Chanthilad. Nghiên cứu các phương pháp điều trị chữa ngoài tử cung ở Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
9. Vương Tiến Hoà. Nghiên cứu một số yếu tố góp phần chẩn đoán sớm CNTC. Trường Đại học Y Hà Nội; 2002.
10. Vương Tiến Hoà. Chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung. Nhà xuất bản Y học Hà Nội; 2012.
11. Võ Thành Ngọc. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị chẩn đoán chữa ngoài tử cung bằng siêu âm đầu dò âm đạo. Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2006.
12. Cao Xuân Hùng. Nghiên cứu về phẫu thuật chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
13. Đinh Huệ Quyên. Nhận xét về lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí chữa ngoài tử cung được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1/2014 đến 6/2014. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa. Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.
14. Nguyễn Thị Bích Thanh. Chẩn đoán và điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2006. Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2006.
15. Nguyễn Thị Nga. Nghiên cứu chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa năm 2016. Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.
16. Đỗ Thị Thi. Nghiên cứu điều trị ngoại khoa chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Bạch Mai. Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2021.

---

**Summary**  
**CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS**  
**AND SURGICAL TREATMENTS OF ECTOPIC PREGNANCY**  
**FOLLOWING IN VITRO FERTILIZATION**

This study described the clinical and paraclinical characteristics of ectopic pregnancy and assessed surgical treatments of ectopic pregnancy after IVF. A retrospective descriptive study was conducted at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. A total of 232 patients were diagnosed with ectopic pregnancy after IVF. Symptoms and signs of ectopic pregnancy included abdominal pain (80.2%), hemorrhage (75.0%), palpable adnexal masses (93.1%), fornix pain (71.6%),  $\beta$ hCG less than 1000 IU/l (52.2%). About 59.1% had less-than-3cm ectopic pregnancies, 60.8% had atypical ultrasound images, and 79.3% had fornix fluid. The success rates of laparoscopic treatments and salpingectomies were 96.6% and 90.9%, respectively.

**Keywords:** ectopic pregnancy, in vitro fertilization, surgery.