

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thai chửa góc - kể tử cung tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ năm 2022 đến năm 2024

Nguyễn Xuân Chung¹, Đỗ Tuấn Đạt^{2,3*}, Tăng Xuân Hải¹

¹ Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

² Trường Đại học Y Hà Nội

³ Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

doi: 10.46755/vjog.2025.3.1912

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Đỗ Tuấn Đạt, email: drdodatpshn@gmail.com

Nhận bài (received): 24/10/2025 - Chấp nhận đăng (accepted): 3/11/2025

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân thai chửa góc - kể tử cung tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ năm 2022 đến năm 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên 41 bệnh nhân được chẩn đoán thai chửa góc - kể tử cung chưa vỡ và được điều trị phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong 3 năm từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024.

Kết quả: Phần lớn bệnh nhân trong độ tuổi 20 - 41 (82,9%), đa số đã từng mang thai (80,5%) và 36,3% có tiền sử thai thai ngoài tử cung. Triệu chứng thường gặp là chậm kinh (100%) và đau bụng (73,2%), tất cả đều có Quicktick dương tính. Hơn 60% có khối cạnh tử cung đau và tử cung to. Tuổi thai trung bình khi phát hiện là $9,6 \pm 2,67$ tuần, 43,9% có tim thai. Kích thước khối phổ biến nhất $2,5 - < 3,5$ cm (51,2%), β -hCG trung bình $35.333,44 \pm 32.948,89$ mIU/ml và Hb trung bình $123,41 \pm 8,42$ g/l.

Kết luận: Phần lớn bệnh nhân thai chửa góc - kể tử cung thuộc nhóm tuổi sinh sản, đã từng mang thai và có đặc điểm lâm sàng điển hình là chậm kinh, đau bụng, Quicktick dương tính. Siêu âm và xét nghiệm β -hCG giúp chẩn đoán sớm, góp phần định hướng xử trí phù hợp và hạn chế biến chứng.

Từ khóa: thai thai ngoài tử cung, thai chửa góc - kể tử cung, lâm sàng thai chửa góc - kể tử cung.

Clinical and paraclinical characteristics of patients with cornual-interstitial ectopic pregnancy at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital, 2022 - 2024

Nguyen Xuan Chung¹, Do Tuan Dat^{2,3*}, Tang Xuan Hai¹

¹ Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital

² Hanoi Medical University

³ Hanoi Obstetric and Gynecology Hospital

Abstract

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with unruptured cornual-interstitial ectopic pregnancy treated with hysteroscopic surgery at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 41 patients diagnosed with unruptured cornual-interstitial ectopic pregnancy who underwent hysteroscopic surgery at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from January 2022 to December 2024.

Results: Most patients were aged 20 - 41 years (82.9%), the majority had previous pregnancies (80.5%), and 36.3% had a history of ectopic pregnancy. The most common symptoms were missed menstruation (100%) and abdominal pain (73.2%), with all patients testing positive on Quicktick. Over 60% presented with a painful adnexal mass and an enlarged uterus. The mean gestational age at diagnosis was 9.6 ± 2.67 weeks, with fetal cardiac activity detected in 43.9% of cases. The most frequent ectopic mass size was $2.5 - < 3.5$ cm (51.2%). Mean serum β -hCG was $35,333.44 \pm 32,948.89$ mIU/ml, and mean hemoglobin was 123.41 ± 8.42 g/L.

Conclusion: Most patients with cornual-interstitial ectopic pregnancy were of reproductive age, had a history of previous pregnancy, and exhibited characteristic clinical features including missed menstruation, abdominal pain, and a positive Quicktick test. Ultrasound and β -hCG testing facilitate early diagnosis, guide appropriate management, and help reduce complications.

Keywords: Ectopic pregnancy, cornual-interstitial ectopic pregnancy, clinical features of ectopic pregnancy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai chửa ngoàihàng trước đây thường gọi là thai ngoài tử cung là hiện tượng trứng thụ tinh, làm tổ và phát triển ngoài buồng tử cung [1], [2]. Nghiên cứu của Mai Trọng Dũng tại bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỉ lệ thai chửa ngoài ngày càng tăng, từ năm 2003 đến 2013 là 6,67%, năm 2015 là 6,9% trường hợp thai chửa ngoài trên tổng số người bệnh đến điều trị [3]. Việc phân biệt thai ở góc tử cung hay thai ở đoạn kể vòi tử cung trên thực tế gặp nhiều khó khăn, ngoài ra còn do sự không nhất quán về thuật ngữ trong các tài liệu [2]. Thai chửa góc - kể tử cung nhận được nguồn máu nuôi dôi dào bởi các nhánh tận của động mạch tử cung và vòng nối với động mạch vòi tử cung, nên mất máu nhiều và sốc có thể xảy ra rất nhanh, khi thai bị vỡ nguy hiểm đến tính mạng người bệnh. Vì thế, chẩn đoán sớm thai chửa góc - kể tử cung là một trong những chìa khóa để giảm tối thiểu nguy cơ cho người bệnh. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu **“Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thai chửa góc - kể tử cung tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ năm 2022 đến năm 2024”**.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: tất cả hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán thai chửa góc - kể tử cung chưa vỡ và được điều trị phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong 3 năm từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán thai chửa góc – kể tử cũng và được phẫu thuật.
- Hồ sơ bệnh án ghi đầy đủ thông tin cần thiết cho

quá trình nghiên cứu.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ, bệnh án lưu trữ không ghi chép đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu và mắc các bệnh lý cấp tính khác kèm theo.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang với cỡ mẫu là toàn bộ các bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã chọn được 41 có chẩn đoán thai chửa góc - kể tử cung chưa vỡ và được điều trị phẫu thuật nội soi tham gia vào nghiên cứu.

2.3. Các biến số trong nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành phân tích các số liệu liên quan đến đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi mẹ, số lần mang thai, tiền sử các yếu tố nguy cơ), đặc điểm lâm sàng (triệu chứng cơ năng, tình trạng thứ Quicktick, triệu chứng thực thể), đặc điểm siêu âm (vị trí, kích thước khối thai, hoạt động tim thai, tuổi thai trên siêu âm), đặc điểm xét nghiệm (nồng độ β -hCG, chỉ số Hb).

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu trong nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến định tính được thể hiện theo tỉ lệ phần trăm; biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nguyên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức của Bệnh viện Sản nhi Nghệ An theo Quyết định số 02CS/SNNA/DC/2025. Các số liệu trong nghiên cứu này đã được Bệnh viện Sản nhi Nghệ An cho phép sử dụng và công bố.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	n = 41	Tỉ lệ %
Tuổi		
≤ 20	1	2,1
21 - 40	34	82,9
≥ 41	6	14,6
Số mang thai		
0 lần	8	19,5
1 lần	15	36,6
≥ 2 lần	18	43,9
TS các yếu tố nguy cơ		
Không	13	31,7
PT cũ trong ổ bụng	5	12,2
Thai chửa ngoài	15	36,6
Viêm phần phụ	3	7,3
Hỗ trợ sinh sản	5	12,2

Nhóm tuổi phổ biến của đối tượng nghiên cứu là 21 - 40 tuổi (82,9%). Tỉ lệ thai phụ đã có ≥ 1 con chiếm đến 80,5%. Có 12,2% trường hợp đã từng PT trong ổ bụng, 36,6% có tiền sử thai chửa ngoài và 7,3% viêm phần phụ.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	n = 41	Tỉ lệ %
Triệu chứng cơ năng		
Chậm kinh	41	100
Đau bụng	30	73,2
Ra máu âm đạo	17	41,5
Quickstick		
Có làm		
Dương tính	38	92,7
Âm tính	0	0
Không làm	3	7,3
Triệu chứng thực thể		
Khối nề và đau cạnh TC	27	65,9
Thân tử cung to	25	61,0
Ấn đau cùng đồ Douglas	10	24,4
Gõ đục vùng thấp	1	2,4

100% thai phụ thai chữa ngoài có triệu chứng chậm kinh. Trong 41 thai phụ, có 38/41 thử Quickstick và tất cả đều có kết quả dương tính. Hai triệu chứng thực thể phổ biến nhất ở các thai phụ chữa ngoài là khối nề - đau cạnh TC và thân tử cung to (> 60%).

Bảng 3. Đặc điểm siêu âm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm siêu âm	n = 41	Tỉ lệ %
Vị trí khối thai		
Bên trái	18	43,9
Bên phải	23	56,1
Kích thước khối thai (cm)		
< 1,5	2	4,9
1,5 - < 2,5	8	19,5
2,5 - < 3,5	21	51,2
≥ 3,5	10	24,4
Tim thai trên siêu âm		
Không	23	56,1
Có	18	43,9

Tuổi thai trên siêu âm (tuần)
Giá trị trung bình ± SD (Min - Max) 9,6 ± 2,67 (7 - 11)

Khối thai nằm ở bên phải chiếm tỉ lệ cao hơn (56,1%). Kích thước khối thai khi phát hiện trên siêu âm chủ yếu thuộc nhóm 2,5 - < 3,5 cm (51,2%) với 56,1% không có âm vang tim thai. Tuổi thai trung bình là 9,6 ± 2,67 tuần.

Bảng 4. Đặc điểm xét nghiệm của đối tượng nghiên cứu

Kết quả xét nghiệm	n = 41
Nồng độ β-hCG (mIU/ml) Giá trị trung bình ± SD (Min - Max)	35333,44 ± 32948,89 (1065 - 152357)
Chỉ số Hemoglobin (g/L) Giá trị trung bình ± SD (Min - Max)	123,41 ± 8,42 (98 - 142)

Nồng độ β-hCG trung bình của các thai phụ là 35333,44 mIU/ml với trường hợp lớn nhất là 152357 mIU/ml. Chỉ số Hb trung bình khi vào viện là 123,41 g/l.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành dựa trên hồ sơ bệnh án của 41 bệnh nhân có chẩn đoán thai chửa góc - kể tử cung chưa vỡ và được điều trị phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong 3 năm từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024. Qua nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ thai chửa góc - kể tử cung tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ 21 - 40 tuổi, chiếm tỉ lệ 82,9%. Kết quả này tương đồng với tác giả Đặng Văn Tân với 85,7% bệnh nhân có thai chửa góc - kể tử cung thuộc nhóm tuổi 21 - 40 hay theo Nguyễn Thị Bích Thanh về độ tuổi thai phụ mắc thai ngoài tử cung chủ yếu từ 25 - 39 tuổi (74,9%), trung bình là $30,05 \pm 6,31$ tuổi [4], [5]. Lý do nhóm tuổi từ 21 - 40 chiếm tỉ lệ cao trong các nghiên cứu về thai chửa góc - kể tử cung là do đây thuộc nhóm tuổi sinh sản nên tỉ lệ thai chửa ngoài nói chung và thai chửa ngoài đoạn kể nói riêng cao hơn so với độ tuổi khác.

Về số lần mang thai của đối tượng nghiên cứu cho thấy, đa số bệnh nhân đã từng mang thai với 33/41 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 80,5%. Kết quả này trùng với nghiên cứu của Đặng Văn Tân: 57,2% [4]. Trong số các trường hợp đã từng mang thai, thì mang thai ≥ 2 lần chiếm tỉ lệ cao nhất 43,9% và có 36,6% số bệnh nhân từng mang thai 1 lần. Chỉ có 8/41 trường hợp chưa từng mang thai lần nào, chiếm tỉ lệ 19,5%. Đặc điểm về số lần mang thai và sinh con có vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh và là một trong những yếu tố giúp bác sĩ lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp bao gồm: cắt góc, xẻ góc hay là xén góc... nhằm hạn chế tổn thương và tối ưu hóa khả năng mang thai về sau ở người bệnh.

Bảng 1 cũng thể hiện các yếu tố nguy cơ của thai chửa tại góc - kể tử cung. Qua đó, chúng ta có thể thấy, tỉ lệ bệnh nhân có tiền sử thai chửa ngoài chiếm tỉ lệ cao nhất (36,6%), tương tự với kết quả nghiên cứu về thai chửa ngoài đoạn kể của tác giả Đặng Văn Tân (28,5%) [4]. Dù không phải là nguyên nhân trực tiếp gây ra thai chửa ngoài lần này nhưng đối với bệnh nhân đã từng bị thai chửa ngoài thì dù điều trị bằng phương pháp nội khoa hay phẫu thuật thì tỉ lệ mắc thai chửa ngoài sẽ tăng. Việc bảo tồn thì cũng không đạt được hình dáng giải phẫu bình thường của vòi tử cung như trước nên rất dễ gây thai chửa ngoài tái phát [6].

Trong nghiên cứu này có 12,2% có tiền sử hỗ trợ sinh sản bằng với tỉ lệ tiền sử phẫu thuật cũ ổ bụng. Điều này tương tự kết quả nghiên cứu của Đặng Văn Tân với tỉ lệ lần lượt 7,1% và 14,3% [4]. Những phẫu thuật cũ trong ổ bụng là nguyên nhân gây dính dẫn đến chít hẹp, gấp khúc vòi trứng gây thai lạc chỗ. Ngoài ra, các biện pháp hỗ trợ sinh sản ngày càng tăng do tỉ lệ vô sinh nhiều cũng là nguyên nhân gây thai ngoài tử cung [6]. Tiền sử viêm 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

tiểu khung. Viêm phần phụ làm chít hẹp, bán tắc vòi tử cung và hậu quả cuối cùng là thai chửa ngoài [1].

Đoạn kể của vòi tử cung là phần gần của vòi nằm trong thành cơ của tử cung, rộng khoảng 0,7 mm và dài 1 - 2 cm. Đây là phần được cơ tử cung bao quanh nên nên thai làm tổ ở góc - kể tử cung thường có biểu hiện lâm sàng muộn. Đây cũng là thách thức trong việc chẩn đoán sớm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 100% trường hợp vào viện có biểu hiện chậm kinh; 73,2% xuất hiện đau bụng và 41,5% có ra máu âm đạo. Như vậy, có thể thấy, thai chửa góc - kể tử cung đặc biệt khi chưa vỡ thường có ít triệu chứng cơ năng đặc hiệu và dễ bị nhầm lẫn với các trường hợp khác như theo dõi thai sớm, dọa sảy thai - sảy thai.

Trong nghiên cứu này, có 38/41 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 92,7%) đã tự làm xét nghiệm định tính hCG trong nước tiểu tại nhà và toàn bộ đều cho kết quả dương tính. Hiện nay đa số phụ nữ đều có kiến thức về sinh sản, khi có dấu hiệu chậm kinh đã mua que thử thai để thử tại nhà. Xét nghiệm định tính hCG trong nước tiểu bằng xét nghiệm miễn dịch là 1 phương pháp nhanh chóng, rẻ tiền có mục đích hỗ trợ lâm sàng nhưng khi có kết quả âm tính vẫn không loại trừ được thai lạc chỗ.

Khi thăm khám các trường hợp thai chửa góc - kể tử cung trên 41 trường hợp trong nghiên cứu cho thấy, có đến 65,9% có thể sờ thấy phần phụ có khối nề, đau ở góc tử cung, cao hơn nhiều so với tác giả Khuu Văn Hậu (35,7%) [7]. Việc phát hiện ra khối bất thường khi thăm khám rất quan trọng để chẩn đoán thai lạc chỗ, tuy nhiên kết quả này phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của bác sĩ và tình trạng thành bụng của người bệnh. Dấu hiệu thực thể phổ biến thứ 2 trong nghiên cứu là phát hiện thân tử cung to (61%), cao hơn tỉ lệ 46,4% của tác giả Khuu Văn Hậu [7]. Theo chúng tôi có sự biến động này là do thăm khám mang tính chủ quan, phụ thuộc nhiều vào tư thế tử cung, độ dày mỏng của thành bụng và kinh nghiệm thăm khám của từng bác sĩ. Bên cạnh đó đoạn kể là đoạn có lớp cơ tử cung dày nên phát hiện thường muộn khiến cho khối thai to. Từ đó dẫn đến thân tử cung to để phát hiện hơn so với thai chửa vị trí khác.

Bên cạnh đó, dấu hiệu ấn đau cùng đồ Douglas cũng chiếm tỉ lệ khá cao trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu với tỉ lệ 24,4%, thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Minh Phúc (33,5%) nhưng cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Du (80,3%) [8], [9]. Nguyên nhân của những sự khác biệt này là phụ thuộc vào thời điểm, kỹ thuật khám của thầy thuốc, cảm giác chủ quan về cảm giác đau của người bệnh. Thêm vào đó, dấu hiệu cùng đồ đau phụ thuộc vào lượng máu trong ổ bụng của bệnh nhân mà đối tượng nghiên cứu chúng tôi là những trường hợp thai chửa góc - kể tử cung chưa vỡ nên việc chảy máu ra ổ bụng và cùng đồ Douglas thường ít gặp nên khi thăm khám cùng đồ

đa số bệnh nhân sẽ ít đau hơn. Tương tự, có thể giải thích lý do trong nghiên cứu này chỉ có 1/41 trường hợp được ghi nhận triệu chứng gõ đục vùng thấp.

Đặc điểm khối thai chứa ngoài trên siêu âm được chúng tôi thể hiện ở bảng 3, theo đó vị trí khối thai bên phải chiếm tỉ lệ cao hơn so với bên trái (56,1% so với 43,9%), có sự khác biệt lớn so với tác giả của Đặng Văn Tân khi vị trí đoạn kể phải nhiều hơn chiếm 78,6% [4]. Vị trí khối thai chứa ngoài lần này phụ thuộc vào vị trí lần trước thai chứa ngoài hay phẫu thuật ổ bụng, viêm nhiễm phần phụ... Các nghiên cứu hiện nay chưa cho thấy ưu thế về bên phải hay bên trái của thai chứa góc - kể tử cung. Về kích thước khối thai cho thấy, đa số khối thai được phát hiện nhiều nhất là từ 2,5 - < 3,5 cm (51,2%). Tỉ lệ khối thai có kích thước $\geq 3,5$ cm, 1,5 - < 2,5 cm và < 1,5 cm lần lượt là 24,4%, 19,5% và 4,9%. Điều này có thể được giải thích cho vị trí góc - kể tử cung được bao bọc bởi khối cơ dày với chiều dài khoảng 1 - 2 cm và đường kính lòng ống là từ 1 - 2 mm nên khối thai kích thước quá nhỏ sẽ ít biểu hiện triệu chứng [2]. Ngược lại, khi khối thai lớn hơn đường kính đoạn kể sẽ kích thích gây đau nhiều khiến người bệnh đi khám ngay chứ ít khi để khối thai quá to.

Tim thai phát hiện được phát hiện trên siêu âm chiếm tỉ lệ 43,9%. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu về thai chứa ngoài đoạn kể của Đặng Văn Tân với 42,9% [4]. Tỉ lệ này cao hơn nhiều so với thai chứa các vị trí khác. Bởi vì các trường hợp thai chứa góc - kể tử cung, thai làm tổ ở vị trí được cơ tử cung bao quanh và có nguồn cấp máu dồi dào, nên thai phát triển trong giai đoạn đầu tương tự như thai nằm trong buồng tử cung. Tuổi thai khi phát hiện bệnh trên siêu âm là khoảng $9,6 \pm 2,67$ tuần, sớm nhất là 7 tuần và muộn nhất là 11 tuần, muộn hơn tuổi thai trong nghiên cứu của Đặng Văn Tân là $7,5 \pm 1,8$ tuần [4]. Sự khác biệt này có thể do việc chẩn đoán tuổi thai trên siêu âm, nhất là các trường hợp chưa có phôi thai - tim thai thường khá chủ quan, phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của bác sĩ.

Bảng 4 đã thể hiện được đặc điểm cận lâm sàng của các trường hợp thai chứa ngoài tại góc - kể tử cung trong nghiên cứu. Theo đó, nồng độ β -hCG của các đối tượng nghiên cứu nằm trong khoảng từ 1065 - 152375 UI/l và nồng độ β -hCG trung bình lúc vào viện là $35333,44 \pm 32948,89$ UI/l. Kết quả này tương tự kết quả của Đặng Văn Tân với β -hCG nằm trong khoảng 2195 - 140627 UI/l, nồng độ trung bình là $39335,9 \pm 47924,1$ UI/l. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Hà Duy Tiến về thai chứa ngoài (9845 ± 15405 UI/l) [4, 10]. Sự khác biệt là chủ yếu là do vị trí làm tổ của phôi. Với lại thai chứa góc - kể tử cung thường được phát hiện muộn hơn so với vị trí thai chứa ngoài khác và vùng thai đóng tổ có mạch máu dồi dào giúp cho sự phát triển của thai hơn nên giá trị β -hCG cao hơn cũng là điều dễ hiểu.

Bệnh nhân có nồng độ Hb trung bình khi vào viện

là $123,41 \pm 8,42$ g/l. Giá trị nằm trong khoảng 98 - 142 g/l. Do hiện nay, phụ nữ hiểu biết về vấn đề sinh sản, đi khám ngay khi có bất thường nên được phát hiện thai chứa giai đoạn sớm, tránh vỡ khối thai chứa ngoài gây mất máu nhiều trong ổ bụng. Cũng như hiện nay có điều kiện về kinh tế nên phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ ít thiếu máu hơn. Đối với các trường hợp thai ngoài tử cung nói chung và thai chứa tại góc - kể tử cung nói riêng cần quan tâm đến toàn trạng, số lượng hồng cầu và chỉ số Hb nhằm kịp thời phát hiện tình trạng mất máu, thiếu máu nhằm hỗ trợ bác sĩ quyết định phương pháp phẫu thuật phù hợp bao gồm phẫu thuật nội soi hoặc phẫu thuật mở bụng nhằm đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

5. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân thai chứa góc - kể tử cung thuộc lứa tuổi sinh sản. Triệu chứng cơ năng phổ biến nhất trong nhóm bệnh nhân này là chậm kinh, đau bụng, ra máu âm đạo. Khi thăm khám lâm sàng, bác sĩ thường phát hiện các triệu chứng bao gồm khối nề - đau cạnh tử cung và thân tử cung to. Nồng độ xét nghiệm độ β -hCG khi được chẩn đoán là khá cao (> 30000 mUI/ml) và gần 50% đã có tim thai trên siêu âm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Ánh và các cộng sự. Giáo trình Sản phụ khoa: dành cho học viên Sau đại học (Tập 1). Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội. 2022
2. Cunningham, F. Gary et al. Williams Obstetrics 25th edition, Chương 19: Ectopic pregnancy, McGraw-Hill Education. 2018
3. Mai Trọng Dũng và Đoàn Thị Thu Trang. Nhận xét chẩn đoán và điều trị chứa kể tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2015. Tạp chí Phụ sản. 2016; 14(1), tr. 137-141.
4. Đặng Văn Tân. Hiệu quả kỹ thuật "khâu thắt miệng tử" trong phẫu thuật nội soi thai làm tổ đoạn kể. Tạp chí Phụ sản. 2020; tr. 18(4), 58-64.
5. Nguyễn Thị Bích Thanh. Chẩn đoán và điều trị thai ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2006, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2006
6. Petrini, Allison và Spandorfer, Steven. Recurrent ectopic pregnancy: current perspectives. International Journal of Women's Health. 2020; tr. 597-600.
7. Khuu Văn Hậu. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi thai ngoài tử cung tại Bệnh viện Quân y 121. Kỷ yếu Hội nghị khoa học Bệnh viện quân y 121 năm 2015. 2015
8. Bùi Minh Phúc. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị thai ngoài tử cung tại bệnh viện Đa khoa Hoà Bình trong 3 năm 2011 - 2013. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội. 2014
9. Vũ Văn Du và Lương Thị Phượng. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thai ngoài tử cung bằng Methotrexate đơn liều. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2022;

156(8), tr. 102-110.

10. Hà Duy Tiến. Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến thai ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2010. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2010.