xác định được bệnh lý ổ bụng của cả 38 bệnh nhân với 34 (89,5%) bệnh nhân được chẩn đoán với kết quả giải phẫu bệnh là lao phúc mạc, có 3(7,9%) bệnh nhân kết quả là viêm mạn tính và 1(2,6%) bệnh nhân là ung thư di căn phúc mạc. Kết quả của chúng tôi khác với các nghiên cứu khác trên thế giới. Trong nghiên cứu của Chetan R Kulkarni chẩn đoán thành công 90% bệnh nhân, với kết quả 57% lao phúc mạc, 25% ung thư di căn phúc mạc, 5% xơ gan và 10% viêm phúc mạc không rõ nguyên nhân [3]. Trong khi đó, nghiên cứu của Han CM và cộng sự chẩn đoán thành công 84,6% các bệnh nhân, trong đó 56,2% là ung thư di căn phúc mạc, 19% xơ gan và 17,6% là do lao phúc mạc [5]. Ở các nước phát triển, điều kiện kinh tế xã hội ở mức cao, tỷ lệ mắc lao thấp hơn ở các nước đang phát triển, nguyên nhân gây ra các bệnh lý mạn tính ổ bụng hàng đầu là ung thư di căn ổ bụng, sau đó là bệnh lý gan, lao phúc mạc và viêm mạn tính.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng phẫu thuật nội soi chẩn đoán bệnh lý ổ bụng với các chỉ định chính: tràn dịch ổ bụng, hạch trong ổ bụng, đau bụng mạn tính không tìm được nguyên nhân chính xác bằng các lâm sàng và cận lâm sàng. Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán thành công nguyên nhân gây ra bệnh lý trong ổ bụng bằng phẫu thuật nội soi chẩn đoán. Đa số nguyên nhân gây bệnh lý ổ bụng được chẩn đoán do lao phúc mạc, một số trường hợp do viêm ruột mạn tính và ung thư di căn phúc mạc.

Nội soi ổ bụng chẩn đoán là phương pháp an toàn, nhanh chóng, hiệu quả và chính xác để chẩn đoán nguyên nhân gây ra các bệnh lý trong ổ bụng, phục vụ điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amandeep S Nar, Ashvind Bawa, Atul Mishra, and Amit Mittal**. Role of Diagnostic Laparoscopy in Chronic Abdominal Conditions with Uncertain Diagnosis; 2014; 20(2): 75–78.
2. **American Thoracic Society.** Diagnostic standards and classification of tuberculosis. Tuberculin skin test. Am Rev Respir Dis; 1990; 142:732-5.
3. **Chetan R Kulkarni, et al.** Laparoscopy as a Diagnostic Tool in Ascites of Unknown Origin; 2018; 21(2): 124-131.
4. **Davis CJ, Filipi CJ et al.** History of endoscopic surgery. In: Arregui ME; Principles of Laparoscopic Surgery: Basic and Advanced Techniques. New York: Springer-Verlag; 1995; 112: 79-83.
5. **Han CM et al.** Diagnostic laparoscopy in ascites of unknown origin: Chang Gung Memorial Hospital 20-year experience. Chang Gung Med J; 2008; 31(4):378-383.
6. **Kallakuri Sailaja et al.** Role of Diagnostic Laparoscopy in Chronic Abdominal Pain; 2018; 16(1): 65-72.
7. **Porcel A.** Value of laparoscopy in ascites of undetermined origin. Rev Esp Enferm Dig; 1996; 88(7): 485-9.
8. **Salky BA, Edye MB.** The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of abdominal pain syndromes. Surg Endosc; 1998; 12(7):911-914.

NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ CÁC TRƯỜNG HỢP CHỬA SẸO MỔ LẤY THAI BẰNG PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quảng Bắc[1], Nguyễn Thị Kim Ngân[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả điều trị phẫu thuật các trường hợp chửa sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Phương pháp:** Tiến cứu mô tả. **Kết quả:** Các trường hợp mổ mở lấy khối chửa bảo tồn tử cung chiếm tỷ lệ là 83,1%, mổ cắt tử cung bán phần là 13,5%, mổ nội soi lấy khối chửa chiếm 3,4%. Nguyên nhân chuyển phương pháp nhiều nhất là chảy máu có 23 trường hợp. Có 14 trường hợp có tai biến chảy máu chiếm 23,7%. **Kết luận:** Phẫu thuật các trường hợp chửa sẹo mổ lấy thai chủ yếu là mổ lấy khối chửa bảo tồn tử cung.

Từ khoá: Chửa sẹo mổ lấy thai.

[1]Bệnh viện Phụ sản Trung ương
[2]Bệnh viện đa khoa Gia Lâm
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc
Email: drbacbvpstw@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.4.2021
Ngày phản biện khoa học: 25.5.2021
Ngày duyệt bài: 14.6.2021

SUMMARY

STUDY ON OUTCOME OF SURGICAL TREATMENT OF CESEAREAN-SECTION PREGNANCY AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objectives: To describe surgical treatment of cesearean-scar pregnancy at National hospital of obstetrics and gynecology. **Methodology:** this is a prospective study among 59 patients who were diagnosed with C-section pregnancy. **Results:** Open surgery for uterus preservation was 83,1%, partial hysterectomy was 13,5%, laparoscopy removal of pregnancy was 3,4%. Bleeding is the most common

cause to open surgery (23 cases). Post-surgical bleeding was recored with 14 cases. **Conclusion:** Surgical treatment in cesearean-scar pregnancy is to remove amniotic sac and preserve the uterine.

Key words: C-section scar pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ở sẹo mổ lấy thai (CSMLT) gây biến chứng nặng nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời. Bệnh có nguy cơ gây vỡ tử cung và băng huyết đe dọa tính mạng người bệnh hoặc mất khả năng sinh sản khi bệnh nhân còn rất trẻ. Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng cho thấy số lượng CSMLT ngày càng tăng, bệnh có tỷ lệ biến chứng cao, nguy hiểm đe dọa tính mạng và sức khỏe sinh sản của người bệnh. Phương pháp điều trị gồm các nhóm sau: điều trị nội khoa, can thiệp ngoại khoa, phẫu thuật, phối hợp các phương pháp điều trị. Điều trị bằng phẫu thuật là điều trị triệt để và là phương pháp cuối cùng, từ đó đưa ra các khuyến cáo, bài học từ những thất bại này để cải thiện, nâng cao chất lượng điều trị.Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài *"Nghiên cứu điều trị các trường hợp chửa sẹo mổ lấy thai bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân chẩn đoán chửa ở sẹo mổ lấy thai và điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 01/9/2017 – 31/8/2018.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các trường hợp chẩn đoán xác định là CSMLT được điều trị bằng phẫu thuật với các tiêu chuẩn sau:

+ Bệnh nhân có thai, có tiền sử mổ lấy thai trước đó.

+ Siêu âm trước điều trị: Siêu âm đầu dò âm đạo kết hợp với siêu âm đường bụng khi bàng quang đầy nước tiểu. Túi thai nằm thấp tại vị trí sẹo mổ lấy thai, ống cổ tử cung rỗng.

+ Không có dấu hiệu sẩy thai.

+ Hình ảnh đại thể khi phẫu thuật: khối thai ở vị trí sẹo mổ lấy thai, có thể dãn căng đội bàng quang lên.

+ Giải phẫu bệnh khi phẫu thuật cắt tử cung: hình ảnh gai rau xâm lấn thành bó vào cơ tử cung tại vị trí sẹo mổ lấy thai.

+ Giải phẫu bệnh khi phẫu thuật lấy khối chửa: Tổ chức gai rau

+ Các bệnh nhân có hồ sơ điều trị tại BVPSTW, được theo dõi sau điều trị tới khi khỏi bệnh.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ**:

- Thai ở ống CTC.

- Các trường hợp không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1.Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả

Tiến cứu dựa trên hồ sơ bệnh án, hỏi bệnh lập hồ sơ nghiên cứu cho từng bệnh nhân từ khi vào viện điều trị tới khi các triệu chứng về bình thường.

2.2.2. Mẫu và cách chọn mẫu. Chúng tôi chọn mẫu thuận tiện không xác xuất, lấy tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là CSMLT được điều trị bằng phẫu thuật tại BVPSTW từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 8 năm 2018. Số mẫu chúng tôi thu thập được là 59 bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phân bố theo phương pháp điều trị

Phương pháp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mổ nội soi lấy khối chửa	2	3,4
Mổ mở lấy khối chửa	49	83,1
Mổ cắt TC bán phần	8	13,5
Tổng số	59	100

Nhận xét: Các trường hợp mổ mở lấy khối chửa bảo tồn tử cung chiếm tỷ lệ là 83,1%, mổ cắt tử cung bán phần là 13,5%, mổ nội soi lấy khối chửa chiếm 3,4%.

Bảng 2: Phân bố điều trị tại viện trước phẫu thuật

Phương pháp điều trị	số lượng	tỷ lệ
Không điều trị gì	32	54,2
Diệt phôi	1	1,7
Hút thai DSA	7	11,9
Hút thai DSA+ chèn bóng	11	18,6
MTX + hút thai DSA+ chèn bóng	4	6,8
Diệt phôi + MTX + hút thai DSA+chèn bóng	3	5,1
Diệt phôi + hút thai DSA	1	1,7
Tổng số	**59**	**100**

Nhận xét: Không xử trí gì có 32 trường hợp chiếm 54,2%, trong đó có 12 trường hợp chưa được điều trị bất kỳ phương pháp nào trước đó, hút thai DSA + chèn bóng có 11 trường hợp chiếm 18,6%.

Bảng 3: Nguyên nhân chuyển phương pháp phẫu thuật

Phương pháp điều trị	số lượng	tỷ lệ	Nguyên nhân chuyển PP phẫu thuật			
			Băng huyết	Khối AVHH	Thai To	Nguyên nhân khác
Không điều trị gì	32	54,2	10	2	6	14

Diệt phôi	1	1,7			0	1
Hút thai DSA	7	11,9	3	3	0	1
Hút thai DSA + chèn bóng	11	18,6	9	1	0	1
MTX + hút thai DSA + chèn bóng	4	6,8	0	3	0	1
Diệt phôi + MTX + hút thai DSA+ chèn bóng	3	5,1	1	2	0	0
Diệt phôi + hút thai DSA	1	1,7	0	1	0	0
Tổng số	**59**	**100**	**23**	**12**	**6**	**18**

Nhận xét: Nguyên nhân chuyển phương pháp nhiều nhất là chảy máu có 23 trường hợp nằm ở nhóm không điều trị gì trước đó, nguyên nhân khác 18 trường hợp.

Bảng 4: Tai biến

Tai biến	số lượng	tỷ lệ
Chảy máu	14	23,7
Mổ lại + tổn thương cơ quan khác	2	3,4
Không có tai biến	43	72,9
Tổng số	**59**	**100**

Nhận xét: Có 14 trường hợp có tai biến chảy máu chiếm 23,7 %.

IV. BÀN LUẬN

Các trường hợp mổ mở lấy khối chửa bảo tồn tử cung có 49/59 trường hợp chiếm tỷ lệ cao nhất là 83,1%, mổ cắt tử cung bán phần có 8/59 trường hợp chiếm 13,5%, mổ nội soi lấy khối chửa có 2/59 trường hợp chiếm 3,4%. Trong đó có 2 ca mổ mở lấy khối chửa do chảy máu quá nhiều phải chuyển mổ cắt tử cung bán phần, 1 trường hợp mổ nội soi lấy khối chửa do chảy máu nhiều phải chuyển mổ mở lấy khối chửa, 1 trường hợp mổ nội soi chẩn đoán sau chuyển mổ mở lấy khối chửa. Theo các tác giả Wang, Y.L và các cộng sự [1], phẫu thuật nội soi là lựa chọn phù hợp của CSMLT vừa chẩn đoán và loại bỏ khối thai, lượng máu mất ít, nhưng bác sỹ cần phải được đào tạo tốt, có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi.

Hiện nay CSMLT không còn là bệnh hiếm gặp và cũng có 1 số các khuyến cáo về các phương pháp điều trị vì vậy CSMLT không chỉ được điều trị ở các tuyến chuyên khoa đầu ngành mà còn được điều trị tại các tuyến cở sở có khả năng phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 25 trường hợp chiếm 42,4% được điều trị trước khi vào viện. Các phương pháp điều trị chủ yếu là: có 18 ca là hút thai dưới siêu âm, 1 trường hợp hút thai kết hợp MTX 4 trường hợp phá thai nội khoa, 2 trường hợp điều trị MTX. Trong đó có 7 trường hợp băng huyết chiếm 28% vào viện phải mổ cấp cứu, tất cả các bệnh nhân đều được hút thai trước đó. Đa số tác giả nước ngoài [2] khuyến cáo không nên nạo hút thai ngay cho các trường hợp CSMLT vì thường thất bại hoặc gây biến chứng nặng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các trường hợp đều kết thúc điều trị bằng phẫu thuật để loại bỏ khối chửa. Nguyên nhân chuyển sang phương pháp phẫu thuật có các nguyên nhân chính sau: băng huyết có 23 trường hợp chiếm 39%, thai to chiếm 10,2%, còn khối âm vang hỗn hợp tại vị trí vết mổ đẻ cũ chiếm 20,3%, nguyên nhân khác chiếm 30,5% (rong huyết, mổ đẻ từ 2 lần trở lên xin triệt sản, bệnh nhân không muốn theo dõi điều trị lâu ...)

Chảy máu là nguyên nhân đe dọa tính mạng bệnh nhân, là lý do cấp thiết hàng đầu đưa ra quyết định phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi thai lớn từ 9 tuần đến 10 tuần, đều có tim thai, cơ tử cung còn lại <3mm, tăng sinh mạch máu nhiều, tất cả các trường hợp đều được mổ chủ động, có 2 trường mất máu nhiều trong phẫu thuật phải truyền truyền máu, 2 trường hợp phải cắt tử cung. Theo Timor – Trisch [3] Điều trị nội khoa chỉ áp dụng cho trường hợp tuổi thai dưới 7 tuần. Các trường hợp thai 8 -9 tuần nên hủy thai và tiêm MTX vào vị trí rau bám sau 1 tuần βHCG giảm trên 50% khi đó hút thai đem lại thành công cao. Thai 10 -11 tuần nên phẫu thuật lấy khối chửa, trước khi phẫu thuật nên hủy thai bằng tiêm KCL vào buồng tim và tiêm MTX vào vùng rau bám sẽ giảm thiểu chảy máu và bảo tồn được tử cung cho bệnh nhân. Tỷ lệ băng huyết khi theo dõi điều trị là 8,4%, phải chuyển phẫu thuật. Theo Lee [4] phẫu thuật lấy khối chửa có thể thực hiện sau điều trị nội khoa mà khối âm vang hỗn hợp tại sẹo mổ lớn, tồn tại lâu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12 trường hợp còn khối âm vang hỗn hợp sau điều trị có kích thước khác nhau, các khối này thời gian theo dõi thường 1 tuần đến 2 tuần. Như vậy điều trị bảo tồn CSMLT đòi hỏi phải kiên nhẫn, theo dõi sát đề phòng biến chứng chảy máu, xử trí kịp thời các biến chứng nguy hiểm cho người bệnh, nhằm tránh phẫu thuật nếu có thể, bảo tồn khả năng sinh sản.

Biến chứng chảy máu trước phẫu thuật chiếm 39%, trong và sau phẫu thuật có 6 trường hợp mổ chủ động thai to, khối âm vang hỗn hợp sau điều trị mổ có biến chứng chảy máu phải truyền máu. Theo Đinh Quốc Hưng [5] tỷ lệ biến chứng chảy máu là 18,3%, theo Phạm Thị Hải Yến [6] là 14,8%. Có 14 trường hợp phải truyền máu, chiếm 23,7%, có 6/14 trường hợp truyền máu do mất máu trong quá trình phẫu thuật, 8/14 trường hợp nguyên nhân rất khó phân định do triệu chứng ra máu lâu ngày, băng huyết, điều trị trước đó hay do trong quá trình phẫu thuật, hoặc kết hợp các quá trình trên. Theo Đinh Quốc Hưng [5] tỷ lệ truyền máu 14,1%, theo Diêm Thị Thanh Thủy [7] là 11,8%. Sở dĩ biến chứng chảy máu, truyền máu của chúng tôi cao hơn hẳn các nghiên cứu khác vì nghiên cứu của chúng tôi chỉ nghiên cứu các trường hợp phẫu thuật. Có 2 trường hợp mổ lại do tổn thương cơ quan tiêu hóa và do tổn thương bàng quang. Trong quá trình mổ, tiến hành mổ mở lấy khối chửa vì chảy máu nhiều nên phải cắt tử cung bán phần, sau mổ chảy máu, mổ lại phát hiện gai rau đâm xuyên bàng quang, tổn thương bàng quang.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật các trường hợp chửa sẹo mổ lấy thai chủ yếu là mổ lấy khối chửa bảo tồn tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wang, Y.L., et al.,** Laparoscopic management of ectopic pregnancies in unusual locations. Taiwan J Obstet Gynecol, 2014. **53**(4): p. 466-70.
2. **Ghezzi, F., et al.,** Conservative treatment by chemotherapy and uterine arteries embolization of a cesarean scar pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2002. **103**(1): p. 88-91.
3. **Timor-Tritsch, I.E., et al.,** The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 2012. **207**(1): p. 44 e1-13.
4. **Lee, C.L., et al.,** Laparoscopic management of an ectopic pregnancy in a previous Caesarean section scar. Hum Reprod, 1999. **14**(5): p. 1234-6.
5. **Đinh Quốc Hưng (2011),** Nghiên cứu chửa ở sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương,. Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Phạm Thị Hải Yến (2014),** Đánh giá kết quả điều trị chửa sẹo mổ lấy thai bằng MTX/ hút thai tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 9 năm 2014, Đại học Y Hà Nội.
7. **Diêm thị Thanh Thuỷ (2013),** Nghiên cứu chửa sẹo mổ lấy thai tại bệnh viện phụ sản Hà Nội, Trường đại học Y Hà Nội.

PHÂN TÍCH KẾT QUẢ KINH DOANH CÁC NHÓM THUỐC CHỐNG NHIỄM KHUẨN, TAI MŨI HỌNG, MẮT CỦA CÔNG TY TRÁCH NHIỆM HỮU HẠN DƯỢC PHẨM XUÂN HÒA NĂM 2017-2018

Bùi Việt Dũng*, Đỗ Xuân Thắng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phân tích hoạt động kinh doanh của doanh nghiệp dược là cần thiết để nhìn nhận những điểm đã làm tốt và một số hạn chế để từ đó có giải pháp phù hợp cho doanh nghiệp phát triển trong những năm tiếp theo. Theo đó, Phân tích kết quả hoạt động kinh doanh của Công ty TNHH Dược phẩm Xuân Hoà năm 2017-2018 là cần thiết. **Đối tượng và phương pháp**: các mặt hàng thuốc, thực phẩm chức năng kinh doanh của công ty TNHH Dược phẩm Xuân Hòa năm 2017 và năm 2018. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang hồi cứu số liệu. **Kết quả**: Doanh thu của Công ty TNHH Dược phẩm Xuân Hòa năm 2018 với 50 sản phẩm đạt 122.598 tỷ đồng, đạt 87,61 so với năm 2017 với 47 sản phẩm (đạt 139.925 tỷ VND). Nhóm thuốc Hóa dược kinh doanh của công ty năm 2018 là 48 sản phẩm đạt doanh thu là 116,768 tỷ VND chiếm tỷ trọng 87,3 % thấp hơn so với năm 2017 (134.784 tỷ đồng). Doanh thu bán hàng tập trung vào một số nhóm thuốc chủ đạo là **nhóm thuốc điều trị mắt, tai mũi họng** với 3 sản phẩm đạt doanh thu là 28,583 tỷ đồng năm 2018, giảm hơn so với năm 2017 (doanh thu đạt 39,932 tỷ đồng). Tiếp theo là nhóm **chống nhiễm khuẩn** có 5 sản phẩm với doanh thu năm 2018 đạt 24,754 tỷ VND tăng hơn so với năm 2017 (doanh thu đạt 15,224 tỷ đồng). Thuốc kinh doanh theo nguồn gốc sản xuất trong nước năm 2017 có 45 sản phẩm doanh thu đạt 130,899 tỷ chiếm 93,5%, tới năm 2018 có 47 sản phẩm doanh thu đạt 113,586 tỷ đồng. Đối với nhóm hàng nhập khẩu năm 2017 có 2 sản phẩm, giá trị đạt được là 9,026 tỷ chiếm tỷ lệ 4% tổng doanh thu, năm 2018 có 3 sản phẩm giá trị đạt được 9,012 tỷ chiếm 6% tổng doanh thu. Lợi nhuận và tỷ suất lợi nhuận đạt mức thấp trong năm 2018 khi so với 2017. Tỷ suất lợi nhuận trên doanh thu thuần LN/DTT (ROS) đạt ở mức thấp 0,01% năm 2018. Tỷ suất lợi nhuận trên VCSH (ROE) của Công ty năm 2018 đạt 0,11 %. **Kết luận**: Công ty cần tìm kiếm thêm các nguồn hàng có lợi thế cạnh tranh để tăng hiệu quả kinh doanh của công ty trong các năm tiếp theo.

**Đại Học Dược Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Việt Dũng
Email: buivietdung2904@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.4.2021
Ngày phản biện khoa học: 28.5.2021
Ngày duyệt bài: 15.6.2021