

Hiệu quả kỹ thuật “khâu thắt miệng túi” trong phẫu thuật nội soi thai làm tổ đoạn kẽ

Đặng Văn Tân¹, Lê Sĩ Phúc An², Nguyễn Tuyết Trinh², Trần Minh Thăng¹, Châu Khắc Tú¹, Lê Sĩ Phương¹

¹ Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Huế

² Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

doi:10.46755/vjog.2020.4.1148

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Đặng Văn Tân, email: dangtany@gmail.com

Nhận bài (received): 14/10/2020 - Chấp nhận đăng (accepted): 18/03/2021

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả kỹ thuật hỗ trợ “khâu thắt miệng túi” trong phẫu thuật nội soi điều trị thai làm tổ ở đoạn kẽ.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu loạt ca trên các bệnh nhân thai làm tổ đoạn kẽ và được điều trị phẫu thuật nội soi bằng kỹ thuật hỗ trợ “khâu thắt miệng túi” trước khi xẻ hoặc cắt góc tử cung tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2019 đến 8/2020.

Kết quả: Tổng cộng có 14 bệnh nhân được thu nhận. Độ tuổi trung bình là $31,1 \pm 4,5$ tuổi (từ 27 - 43 tuổi). Tuổi thai trung bình theo kinh cuối cùng $7,5 \pm 1,8$ tuần (từ 5 - 12 tuần), 7 trường hợp (50%) không có triệu chứng lâm sàng, nồng độ β hCG trung bình trước mổ là $39.335,9$ mIU/ml. Kích thước khối thai trung bình trong mổ là $36,1 \pm 9,0$ mm (từ 20 - 50mm), 13/14 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi thành công, 1 trường hợp phải chuyển qua mổ hở vì kích thước khối thai tương đối lớn (50mm) và khối thai bị đung võ trong phẫu thuật làm chảy máu khó kiểm soát. Thời gian phẫu thuật trung bình $60,7 \pm 12,7$ phút (từ 50 - 90 phút), lượng máu mất trung bình trong mổ $66,1 \pm 19,4$ ml. Không ghi nhận biến chứng đáng kể nào trong và sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $4,1 \pm 0,9$ ngày. Và tất cả các trường hợp đều có nồng độ β hCG giảm tốt sau mổ với nồng độ β hCG trung bình 48 giờ sau mổ là $5.086,4$ mIU/ml.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị thai làm tổ ở đoạn kẽ với tử cung bằng kỹ thuật “khâu thắt miệng túi” là một can thiệp xâm lấn tối thiểu, an toàn và đặc biệt hiệu quả trong kiểm soát chảy máu trong mổ nếu được thực hiện bởi các bác sĩ phẫu thuật giàu kinh nghiệm.

Từ khóa: Thai làm tổ đoạn kẽ, Phẫu thuật nội soi.

Effect of “cornual purse-string suture” technique in the laparoscopic management of interstitial pregnancy

Dang Van Tan¹, Le Si Phuc An², Nguyen Tuyen Trinh², Tran Minh Thang¹, Chau Khac Tu¹, Le Si Phuong¹

¹ Obstetrics and Gynecology Department of Hue Central Hospital

² Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Objectives: To evaluate the effectiveness of the supportive technique of “cornual purse-string suture” in laparoscopic surgery for interstitial pregnancy.

Materials and Methods: A case series study on patients with interstitial pregnancy treated laparoscopically using the technique of “cornual purse-string suture” before cornuotomy or cornual resection admitted to the Obstetrics and Gynecology Department of Hue Central Hospital from January 2019 to August 2020.

Results: A total of 14 patients were included in this study. The mean age was 31.1 ± 4.5 years old (27 - 43). The mean gestational age was 7.5 ± 1.8 weeks (range 5 - 12 weeks), half of the cases (7/14) had no clinical symptoms, the mean preoperative β -hCG concentration was $39,335.9$ mIU/ml. The mean interstitial pregnancy size during surgery was 36.1 ± 9.0 mm (range 20 - 50 mm), 13/14 patients had been successfully treated by laparoscopy and 1 case had to be converted to open surgery because of intraoperative rupture of the large gestational sac (50mm), causing uncontrolled bleeding. The mean surgical time was 60.7 ± 12.7 minutes (range 50 - 90min). The mean blood loss in surgery was 66.1 ± 19.4 ml. No significant complications were recorded during and after surgery. The mean hospital stay after surgery was 4.1 ± 0.9 days. And all cases had a good postoperative reduction in β hCG concentration with the mean β hCG concentration of $5,086.4$ mIU/ml after 48 hours.

Conclusions: *Laparoscopic surgery for the treatment of interstitial pregnancy with the supportive technique of “cornual purse-string suture” is a minimally invasive, safe and effective in bleeding control during the operation, if it is performed by experienced surgeons.*

Keywords: *Interstitial pregnancy, laparoscopy.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai làm tổ ở đoạn kẽ là thai lạc chỗ ở vòi tử cung đoạn trong cơ tử cung. Tuy đây là một trường hợp hiếm của thai lạc chỗ, chỉ chiếm tỷ lệ khoảng 2 - 4% các trường hợp thai làm tổ ở vòi tử cung nhưng do phần vòi tử cung này tương đối dày và có nhiều mạch máu, nên thai làm tổ đoạn kẽ thường bị vỡ muộn, chảy máu nhiều và gây hậu quả nghiêm trọng hơn các loại thai lạc chỗ khác. Một trong những biến chứng nguy hiểm nhất của thai làm tổ ở vị trí này là vỡ tử cung, gặp trong 20% trường hợp và thường gặp lúc thai trên 12 tuần. Tỷ lệ tử vong mẹ gây ra do thai làm tổ ở đoạn kẽ ước tính lên đến 2 - 2,5% [1-3].

Để ngăn ngừa các biến chứng và bảo tồn chức năng sinh sản thì việc chẩn đoán sớm là rất quan trọng. Tuy nhiên đây là một thách thức vì thai làm tổ đoạn kẽ có tỷ lệ xuất hiện triệu chứng không quá cao và nếu có triệu chứng cũng thường xuất hiện muộn. Theo Myoung-Hwa Lee và cộng sự (2017) [4] khi nghiên cứu 75 trường hợp thai làm tổ đoạn kẽ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi, 41 bệnh nhân có triệu chứng ra máu âm đạo hoặc đau bụng hạ vị, 34 bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng. Còn theo nghiên cứu của Soriano và cộng sự (2007) [3] trên 27 ca thai làm tổ đoạn kẽ: 66,7% các trường hợp có triệu chứng và không triệu chứng là 33,3%. Siêu âm đầu dò âm đạo là phương tiện chính giúp chẩn đoán thai làm tổ đoạn kẽ. Tiêu chuẩn chẩn đoán trên siêu âm được Timor - Tritsch đưa ra năm 1990 [5], [6] bao gồm: không có túi thai trong buồng tử cung, túi thai nằm cách rời ít nhất 1cm tính từ khoang nội mạc tử cung và lớp cơ tử cung bao quanh khối thai mỏng (< 5mm). Sau đó, nhiều ý kiến thêm “dấu hiệu đường kẽ” (interstitial line sign) vào tiêu chuẩn chẩn đoán trên, đây là đường tăng âm từ nội mạc đến túi thai. Độ nhạy và độ đặc hiệu của tiêu chuẩn Timor-Tritsch sau khi thêm dấu hiệu này vào tương ứng là 80% và 90% [7].

Phương thức điều trị thai làm tổ đoạn kẽ vẫn chưa được thống nhất. Trước đây, thai làm tổ đoạn kẽ thường được điều trị bằng phẫu thuật cắt tử cung hoặc cắt bỏ góc tử cung qua đường bụng. Một số nghiên cứu lại ủng hộ việc điều trị bằng Methotrexate toàn thân hoặc tại chỗ. Gần đây, khi kỹ thuật nội soi phát triển, phẫu thuật nội soi dần thay thế mổ hở trong điều trị thai làm tổ đoạn kẽ. Kỹ thuật nội soi bao gồm: phẫu thuật cắt bỏ góc, phẫu thuật xẻ góc tử cung [2], [3]. Vấn đề chảy máu trong phẫu thuật nội soi điều trị thai làm tổ đoạn kẽ đặc biệt được quan tâm. Một số phương pháp nhằm mục đích kiểm soát tốt chảy máu trong mổ đã được nghiên cứu và báo cáo, bao gồm: tiêm Vasopressin quanh khối thai, khâu thắt miệng túi quanh khối thai, tiêm carboprost, thắt động mạch tử cung [2], [8], [9]....

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi 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 Trung ương Huế, kỹ thuật “khâu thắt miệng túi” trong phẫu thuật nội soi điều trị thai làm tổ đoạn kẽ đã được ứng dụng trong vài năm trở lại đây. Đề tài nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục đích: đánh giá hiệu quả kỹ thuật hỗ trợ “khâu thắt miệng túi” trong phẫu thuật nội soi trong điều trị thai làm tổ ở đoạn kẽ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNGNGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 14 bệnh nhân được chẩn đoán thai làm tổ đoạn kẽ và được điều trị phẫu thuật nội soi bằng kỹ thuật hỗ trợ “khâu thắt miệng túi” trước khi tiến hành xẻ hoặc cắt góc tử cung tại khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2019 đến 8/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: thai làm tổ ở đoạn kẽ vòi tử cung, chưa vỡ. Khối thai trong ổ có kích thước lớn nhất ≤ 6cm, bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: khối thai vỡ, choáng. Dính nhiều vùng tiểu khung, khó thực hiện kĩ thuật. Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu loạt ca.

Các thông số đánh giá trong nghiên cứu bao gồm: tuổi, địa dư, tiền sử sản - phụ khoa, triệu chứng lâm sàng, tuổi thai theo kinh cuối cùng, kích thước khối thai trên siêu âm, tim thai trên siêu âm, nồng độ βhCG huyết thanh trước mổ, kích thước khối thai trong ổ, lượng máu mất trong mổ, vị trí thai ngoài tử cung, thời gian phẫu thuật, tình trạng tiểu khung, tỷ lệ phẫu thuật thành công, biến chứng trong và sau mổ, nồng độ βhCG huyết thanh 48h sau mổ và thời gian nằm viện sau mổ.

Kỹ thuật:

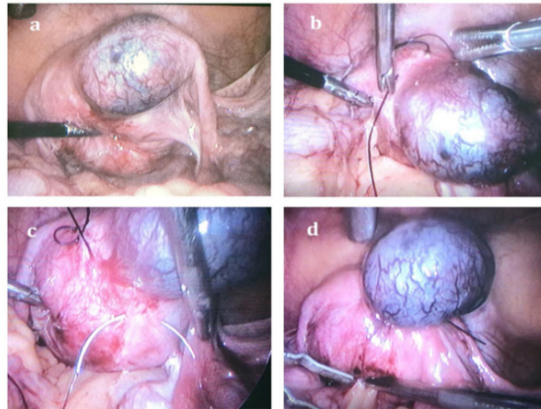
Tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm và được gây mê nội khí quản. Bệnh nhân được theo dõi sát huyết áp, điện tim, độ bão hòa oxy trong suốt quá trình phẫu thuật.

Đặt bệnh nhân ở tư thế Trendelenburg. Đặt một trocar 10mm ở rốn và ba trocar 5mm ở hạ vị. Quan sát và xác định chẩn đoán thai làm tổ ở đoạn kẽ tử cung. Tiến hành bóc lộ và sử dụng kĩ thuật “khâu thắt miệng túi” bằng chỉ Vicryl 1.0:

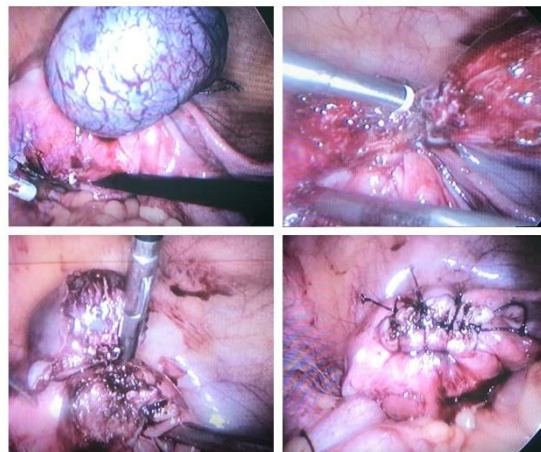
- Mũi khâu thứ nhất ôm - buộc thắt vòi tử cung nhằm cô lập nguồn mạch máu từ tử cung – vòi trứng cho khối thai, mũi thứ hai và mũi thứ 3 đi từ phải sang trái, cách nhau 5 - 8mm, sâu khoảng 1mm, cách khối thai khoảng 10mm.

- Các mũi tiếp theo tương tự, khâu vòng quanh khối thai.

- Cuối cùng buộc chỉ nút trượt với đầu chỉ của nút chỉ thứ nhất
- Dùng bipolar đốt quanh rìa khối thai. Sau đó, cắt bỏ góc tử cung kèm khối thai bằng kéo. Kiểm tra, cầm máu bằng bipolar. Có thể khâu tăng cường phục hồi góc tử cung.
- Hoặc xẻ 1 đường thẳng lên trên khối thai bằng monopolar. Bóc tách, gấp mô nhau thai ra ngoài, đốt cầm máu lớp đáy, khâu cơ tử cung bằng chỉ Vicryl 1.0.
- Lấy bệnh phẩm qua lỗ trocar rốn [10].



Hình 1. Kỹ thuật khâu thắt miệng túi.



Hình 2. Cắt góc tử cung + khâu phục hồi.

Xử trí số liệu:

Thông tin được thu thập dựa vào bảng câu hỏi soạn sẵn, nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 20	0	0,0
	20 - 34	12	85,7
	≥ 35	2	14,3
	± SD, (GTNN - GTLN)	31,1 ± 4,5 (27-43)	
Địa dư	Thừa Thiên Huế	3	21,4
	Ngoại tỉnh	11	78,6

Số con hiện có	0	3	21,4
	1	8	57,2
	≥ 2	3	21,4
	± SD	1,1 ± 1,0	

Độ tuổi trung bình là 31,1 ± 4,5 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 20 - 35 tuổi với tỷ lệ 85,7%. Tỷ lệ có 1 con chiếm cao nhất 57,2%. Số con hiện có trung bình của nghiên cứu là 1,1 ± 1,0.

Yếu tố nguy cơ

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Tiền sử mổ lấy thai	2	14,3	
Tiền sử thai lạc chỗ	Điều trị bảo tồn	0	
	Cắt vòi tử cung cùng bên	3	21,4
	Cắt vòi tử cung đối bên	1	7,1
Nội soi gỡ dính, thông vòi	1	7,1	
Hỗ trợ sinh sản	1	7,1	
Không có yếu tố nguy cơ	8	42,9	
Tổng	14	100	

Tiền sử mổ thai lạc chỗ chiếm tỷ lệ cao nhất 28,5%. Tiền sử mổ lấy thai chiếm 14,3%. Tiền sử phẫu thuật vùng chậu bao gồm tiền sử mổ lấy thai, tiền sử mổ thai lạc chỗ và mổ nội soi gỡ dính + thông vòi lên đến 49,9%.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	n hoặc SD	% hoặc (GTNN-GTLN)	
Triệu chứng lâm sàng	Có	7	50,0%
	Không	7	50,0%
Tim thai trên siêu âm	Có	6	42,9%
	Không	8	57,1%
Tuổi thai trung bình (tuần)	7,5 1,8	5 - 12	
Kích thước khối thai trung bình trên siêu âm (mm)	31,2 7,5	20 - 45	
Nồng độ βhCG trung bình trước mổ (mIU/ml)	39335,9 47924,1	2195 - 140627	

Tuổi thai trung bình theo kinh cuối cùng 7,5 ± 1,8 tuần (dao động từ 5 - 12 tuần). 7/14 trường hợp (50,0%) có biểu hiện đau bụng và/hoặc ra máu âm đạo. Kích thước khối thai trung bình trên siêu âm là 31,2 ± 7,5 mm. Có 42,9% trường hợp thấy được tim thai trên siêu âm. Nồng độ βhCG trung bình trước mổ là 39335,9 ± 47924,1 mIU/ml.

Đặc điểm liên quan đến phẫu thuật

Bảng 4. Đặc điểm liên quan đến phẫu thuật

Đặc điểm	n hoặc SD	% hoặc (GTNN-GTLN)	
Vị trí khối thai	Đoạn kể Trái	3	21,4
	Đoạn kể Phải	11	78,6
Kích thước khối thai trung bình trong mổ (mm)	36,1 ± 9,0	20 - 50	
Lượng máu mất trung bình (ml)	66,1 ± 19,4	50 - 120	
Tình trạng vùng tiểu khung	Bình thường	11	78,6%
	Dính	3	21,4%
Loại phẫu thuật	Nội soi cắt góc	11	78,6%
	Nội soi xẻ góc	2	14,3%
	Chuyển mổ hở	1	7,1%

Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	60,7 ± 12,7	50 – 90
Biến chứng trong mổ	Có	0
	Không	13
Nồng độ βhCG trung bình sau mổ (mIU/ml)	5086,4 ± 6268,0	287 – 22375
Thời gian nằm viện trung bình sau mổ (ngày)	4,1 ± 0,9	3 – 6

Trong 14 trường hợp thai lạc chỗ đoạn kễ, 13 trường hợp được xử trí thành công bằng phẫu thuật nội soi (chiếm tỷ lệ 92,9%). Một trường hợp phải chuyển sang mổ hở vì khối thai có kích thước tương đối lớn (5cm), tiểu khung viêm dính và khối thai bị đụng vỡ trong quá trình thao tác làm chảy máu khó kiểm soát. Kích thước khối thai trung bình trong mổ là 36,1 ± 9,0 mm, 12/14 ca có kích thước khối thai ≥ 3 cm, khối thai có kích thước lớn nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 5cm. Trong 13 ca mổ thành công thời gian phẫu thuật trung bình là 60,7 phút (dao động từ 50 – 90 phút), hầu hết các ca mổ điều hoàn thành trước 70 phút. Lượng máu mất trong mổ tương đối ít với trung bình 66,1 ml trong một ca mổ. Không có biến chứng đáng kể nào được ghi nhận trong suốt quá trình phẫu thuật và thời gian hậu phẫu. Thời gian hồi phục, nằm viện sau mổ trung bình 4,1 ngày (dao động từ 3 đến 6 ngày) với lượng βhCG giảm tốt sau mổ (nồng độ βhCG trung bình sau mổ là 5.086,4 mIU/ml so với trước mổ là 39.335,9 mIU/ml)

4. BÀN LUẬN

Trong suốt thời gian nghiên cứu, có 14 ca thai lạc chỗ ở đoạn kễ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi, 7 trường hợp khác được phẫu thuật mở bụng cắt tử cung trên tổng cộng 685 ca thai lạc chỗ vào điều trị tại khoa sản Bệnh viện Trung ương Huế, tỷ lệ thai làm tổ ở đoạn kễ ở bệnh viện chúng tôi là 3,07%.

Đoạn kễ của vòi tử cung là phần gần của vòi nằm trong thành cơ của tử cung, rộng khoảng 0,7mm và dài 1 - 2 cm. Đây là phần dày nhất của vòi tử cung nên thai làm tổ ở đoạn kễ thường có biểu hiện lâm sàng muộn. Đây cũng là thử thách trong việc chẩn đoán sớm [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 50% trường hợp không có triệu chứng lâm sàng, được phát hiện tình cờ trên siêu âm khi đi khám thai và tuổi thai trung bình theo kinh cuối cùng là 7,5 ± 1,8 tuần (dao động từ 5 - 12 tuần), tương tự như tác giả Selma Ng và cộng sự [9] (tuổi thai trung bình là 8 tuần); hay với tác giả Wai Yoong và cộng sự [11] (tuổi thai trung bình là 8 tuần, dao động từ 5 đến 12 tuần).

Các yếu tố nguy cơ của thai lạc chỗ tại đoạn kễ cũng tương tự như các trường hợp thai lạc chỗ tại các vị trí khác của vòi tử cung [12]. Trong 1 báo cáo gồm 27 trường hợp thai làm tổ ở đoạn kễ của Soriano và cộng sự (2008) [3], các yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là tiền sử phẫu thuật vùng chậu (75%), thai ngoài tử cung trước đó (54,1%), hỗ trợ sinh sản IVF (29,7%) và viêm nhiễm vùng chậu. Các yếu tố nguy cơ được tìm thấy trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với báo cáo của Soriano: tiền sử phẫu thuật vùng chậu chiếm tỷ lệ cao nhất 49,9% (bao gồm: tiền sử mổ lấy thai và thai lạc chỗ, tiền sử mổ

nội soi gỡ dính + thông vòi), thai ngoài tử cung trước đó chiếm 28,5%, hỗ trợ sinh sản chiếm 7,1%.

Trước đây, thai làm tổ ở đoạn kễ thường được điều trị bằng phẫu thuật mở bụng cắt tử cung hoặc cắt bỏ góc tử cung. Gần đây nhiều tác giả ủng hộ việc bảo tồn cấu trúc tử cung nhằm duy trì chức năng sinh sản bằng phẫu thuật nội soi [3], [13]. Thêm vào đó, nội soi ổ bụng 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 làm tổ ở đoạn kễ có huyết động ổn định. Điều trị nội soi cho phép thời gian nằm viện ngắn hơn, hồi phục nhanh hơn và có tỷ lệ biến chứng thấp hơn [2], [9]. Tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi: không có biến chứng đáng kể nào xảy ra trong và sau mổ, thời gian hồi phục, nằm viện sau mổ ngắn (trung bình 4,1 ngày). Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi trong điều trị thai làm tổ đoạn kễ là một kỹ thuật khó, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm và thao tác nhẹ nhàng tránh đụng dập vỡ khối thai khi chưa hoàn tất nút buột túi, đặc biệt trong các trường hợp kích thước khối thai lớn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 14 trường hợp thai lạc chỗ đoạn kễ được nghiên cứu, 13 trường hợp được xử trí thành công bằng phẫu thuật nội soi (chiếm tỷ lệ 92,9%). Một trường hợp phải chuyển sang mổ hở vì khối thai có kích thước tương đối lớn (5cm), tiểu khung viêm dính và khối thai bị đụng vỡ trong quá trình thao tác làm chảy máu khó kiểm soát, lượng máu mất trước khi quyết định chuyển sang mổ hở khoảng 400ml.

Tác giả Selma Ng và cộng sự (2009) [9], báo cáo 53 trường hợp thai làm tổ đoạn kễ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi với kỹ thuật tiêm Vasopressin quanh khối thai với kết quả: lượng máu mất trung bình là 500ml (dao động 250 - 4000 ml) trong đó có 8 trường hợp cần phải truyền máu. Thời gian phẫu thuật trung bình là 67 phút (từ 23 - 207 phút). Trong nghiên cứu của chúng tôi, thực hiện kỹ thuật khâu vòng quanh khối thai, bước đầu cho kết quả khả quan hơn với lượng máu mất trung bình là 66,1 ± 19,4 ml (dao động từ 50 - 120ml), không có trường hợp nào cần truyền máu trong và sau mổ, thời gian phẫu thuật trung bình ngắn hơn (60,7 phút). Điều này có thể do việc kiểm soát chảy máu tốt trong mổ giúp làm giảm thời gian phẫu thuật. Nghiên cứu của Cucinella và cộng sự (2014) [14], khi nghiên cứu 354 bệnh nhân thai làm tổ đoạn kễ 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: lượng máu mất là 38ml, thời gian phẫu thuật là 31 phút, tiêm vasopressin: lượng máu mất là 41ml, thời gian phẫu thuật là 43 phút, không

sử dụng cầm máu: lượng máu mất là 113ml, thời gian phẫu thuật là 72 phút.

Cho đến nay, không có sự đồng thuận về phương pháp nội soi tốt nhất trong điều trị thai làm tổ ở đoạn kẽ. Tuy nhiên hầu hết các tác giả đồng ý rằng kích thước khối thai quyết định phương pháp mổ nội soi tốt nhất. Tulandi và cộng sự [15] báo cáo rằng xẻ góc tử cung lấy khối thai thích hợp cho các trường hợp khối thai < 3,5 cm, trong khi Grobman và Milad (1998) [16] hay Cucinella (2014) [14] khuyến cáo cắt góc tử cung khi khối thai > 4 cm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có xu hướng thực hiện cắt góc tử cung qua nội soi hơn xẻ góc tử cung lấy khối thai (78,6% so với 14,3%) vì kích thước khối thai trong nghiên cứu chúng tôi khá lớn (kích thước khối thai trung bình trong mổ là $36,1 \pm 9,0$ mm) và chúng tôi nhận thấy rằng cắt góc tử cung giúp kiểm soát chảy máu tốt hơn trong mổ và ít khi sót tổ chức nhau thai sau mổ. Chúng tôi thường sử dụng xẻ góc tử cung lấy khối thai trong các trường hợp kích thước khối thai < 3 cm.

Vấn đề tồn tại tế bào nuôi sau mổ cũng cần được quan tâm, đặc biệt trong các trường hợp xẻ góc tử cung lấy khối thai. Theo tác giả Spandorfer và cộng sự [17], nếu sau mổ 48h nồng độ β hCG giảm < 50%; nguy cơ tế bào nuôi tồn tại gấp 3,5 lần, ngược lại nếu sau mổ nồng độ β hCG giảm > 50% thì 85% khả năng sẽ không xảy ra biến chứng này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp điều có nồng độ β hCG giảm tốt sau mổ (nồng độ β hCG trung bình sau mổ là 5.086,4 mIU/ml so với trước mổ là 39.335,9 mIU/ml), 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 mổ và kiểm soát tốt máu chảy trong mổ so với xẻ góc tử cung.

Hai mối quan tâm chính sau điều trị nội soi thai làm tổ đoạn kẽ là sự mang thai kế tái phát và nguy cơ vỡ tử cung trong lần mang thai sau. Tuy nhiên, thời gian nghiên cứu của chúng tôi còn ngắn chưa thể đánh giá được 2 vấn đề chính này. Thêm vào đó, mặc dù cho một số kết quả có vẻ khả quan, nhưng số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu còn ít nên để đảm bảo tính khách quan cần tiếp tục đánh giá thêm trong các nghiên cứu khác trong tương lai.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị thai làm tổ ở đoạn kẽ vòi tử cung bằng kỹ thuật hỗ trợ “khâu thắt miệng túi” là một can thiệp xâm lấn tối thiểu, an toàn và đặc biệt hiệu quả trong kiểm soát chảy máu trong mổ nếu được thực hiện bởi các bác sĩ phẫu thuật giàu kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ sản Trường Đại học Y Dược Huế. Thai lạc chỗ. Giáo trình Sản khoa; 2016. p. 264 - 274.
2. Pramayadi C T, Bramantyo A, Gunardi E R. Successful procedure in conservative management of interstitial (Cornual) ectopic pregnancy. *Gynecology and minimally invasive therapy* 2018; 7 (4): 172.

3. Soriano D, Vicus D, Mashiach R, Schiff E, et al. Laparoscopic treatment of cornual pregnancy: a series of 20 consecutive cases. *Fertility and sterility* 2008; 90 (3): 839-843.
4. Lee M-H, Im S-Y, Kim M-K, Shin S-Y, et al. Comparison of laparoscopic cornual resection and cornuotomy for interstitial pregnancy. *Journal of minimally invasive gynecology* 2017; 24 (3): 397-401.
5. Kahramanoglu I, Mammadov Z, Turan H, Urer A, et al. Management options for interstitial ectopic pregnancies: a case series. *Pakistan journal of medical sciences* 2017; 33 (2): 476.
6. Timor-Tritsch I E, Monteagudo A, Matera C, Veit C R. Sonographic evolution of cornual pregnancies treated without surgery. *Obstetrics and gynecology* 1992; 79 (6): 1044-1049.
7. Grant A, Murji A, Atri M. Can the presence of a surrounding endometrium differentiate eccentrically located intrauterine pregnancy from interstitial ectopic pregnancy?. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2017; 39 (8): 627-634.
8. Mallick R, Ajala T, Kelly A. Carboprost: A useful adjunct in laparoscopic resection of a cornual ectopic pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2015; 35 (7): 761-762.
9. Ng S, Hamontri S, Chua I, Chern B, et al. Laparoscopic management of 53 cases of cornual ectopic pregnancy. *Fertility and sterility* 2009; 92 (2): 448-452.
10. Lei R, Liang J, Ling X, Xu J, et al. Use of Laparoscopic Slip Knot with Purse-String Suture in Surgical Management of Unruptured Heterotopic Interstitial Pregnancies. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research* 2020; 26: e921185-921181.
11. Yoong W, Neophytou C, de Silva L, Adeyemo A, et al. Novel laparoscopic cornual resection of interstitial pregnancy using the Endo GIA™ Universal Stapler (Medtronic): A series of 12 cases. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2020; 60 (1): 130-134.
12. Tulandi T, Al-Jaroudi D. Interstitial pregnancy: results generated from the Society of Reproductive Surgeons Registry. *Obstetrics & Gynecology* 2004, 103 (1): 47-50.
13. Jourdain O, Fontanges M, Schiano A, Rauch F, et al. Management of other ectopic pregnancies (cornual, interstitial, angular, ovarian). *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction* 2003; 32 (7 Suppl): S93.
14. Cucinella G, Calagna G, Rotolo S, Granese R, et al. Interstitial Pregnancy: A 'Road Map' of Surgical Treatment Based on a Systematic Review of the Literature. *Gynecologic and obstetric investigation* 2014; 78 (3): 141-149.
15. Tulandi T, Vilos G, Gomel V. Laparoscopic treatment of interstitial pregnancy. *Obstetrics and gynecology* 1995; 85 (3): 465-467.
16. Grobman W, Milad M. Conservative laparoscopic management of a large cornual ectopic pregnancy. Hu-

man reproduction (Oxford, England) 1998; 13 (7): 2002-2004.

17. Spandorfer S D, Sawin S W, Benjamin I, Barnhart K T. Postoperative day 1 serum human chorionic gonadotropin level as a predictor of persistent ectopic pregnancy after conservative surgical management. *Fertility and sterility* 1997, 68 (3): 430-434.