

# So sánh kết quả chẩn đoán chữa ngoài tử cung trên bệnh nhân được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 2003 và 2008

*Cung Thị Thu Thủy\**

## TÓM TẮT

So sánh kết quả chẩn đoán qua xử trí phẫu thuật nội soi (PTNS) cho 766 bệnh nhân (BN) (năm 2003 có 402 BN và năm 2008: 364 BN) chữa ngoài tử cung (CNTC) đã được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Phụ sản TW. Kết quả: vị trí khối chứa không có sự khác biệt giữa 2 năm. Tuy nhiên, năm 2008, CNTC đã được chẩn đoán sớm hơn năm 2003. Tỷ lệ CNTC ch- a vỡ, BN đã mổ sớm khi máu chảy trong ổ bụng còn ít của năm 2008 cao hơn 2003, do đó, tỷ lệ mổ CNTC khi đã vỡ cũng thấp hơn. Năm 2003, CNTC thể huyết tụ cao hơn năm 2008.

\* Từ khóa: Chữa ngoài tử cung; Phẫu thuật nội soi; Kết quả điều trị.

## Comparison of diagnosis outcomes for ectopic pregnancy patients operated at the National obstetric and Gynecology Hospital between 2003 and 2008

### SUMMARY

*The study was performed in 766 patients (402 patients in 2003 and 364 others in 2008) with ectopic pregnancy, who treated in the National Obstetric and Gynecological Hospital, between 2003 and 2008. Results: There was no difference between the two years over the position of pregnancy. However, in 2008 ectopic pregnancy was diagnosed more early than that in 2003: The rate of unruptured ectopic pregnancy, the rate of patient was operated early when small bleed in the abdominal in 2008 is higher than that in 2003. in 2003 the rate of ectopic pregnancy hematocele was higher than that in 2008.*

\* *Key words: Ectopic pregnancy; Laparoscopic surgery; Results of treatment.*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Chữa ngoài tử cung là một cấp cứu chảy máu trong 3 tháng đầu của thai kỳ, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời khối chứa có thể vỡ đột ngột, gây chảy máu trong ổ bụng và dẫn đến tử vong [5,

9]. Đây là một bệnh cấp cứu bắt buộc phải phẫu thuật. Tỷ lệ phát hiện muộn hay sớm hoàn toàn phụ thuộc vào ng- òi phụ nữ mang thai và thầy thuốc sản khoa. Theo kết quả báo cáo trong y văn, có tới 50% trường hợp CNTC đã được chẩn đoán muộn, do thầy thuốc không phát hiện được hoặc do

---

\* Đại học Y Hà Nội

Phân biện khoa học: PGS. TS. Lê Trung Hải

BN đến muộn [10]. Nếu được chẩn đoán sớm, có thể giảm 50% tử vong do CNTC [10]. Hiện nay, nhờ công nghệ tiên tiến trong y học nh- siêu âm chẩn đoán, chụp cắt lớp hoặc cộng h- ởng tử, việc chẩn đoán CNTC được cải thiện rất nhiều.

Bệnh viện Phụ sản TW, là bệnh viện chuyên khoa đầu ngành, số BN CNTC không ngừng tăng lên hàng năm [5]. Nếu chẩn đoán sớm CNTC ở giai đoạn khối chứa ch- a vỡ, sẽ giảm được tỷ lệ tử vong và BN sẽ được áp dụng những ph- ơng pháp điều trị tối - u nh- : phẫu thuật nội soi (PTNS) bảo tồn vòi trứng hay điều trị nội khoa... góp phần bảo vệ khả năng sinh sản cho phụ nữ còn có nhu cầu sinh đẻ. Để xem xét khả năng chẩn đoán sớm CNTC, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm *so sánh kết quả chẩn đoán qua xử trí PTNS CNTC năm 2008 với năm 2003 tại Bệnh viện Phụ sản TW.*

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu.**

\* *Tiêu chuẩn chọn BN:*

Tất cả BN CNTC được chẩn đoán và PTNS tại Bệnh viện Phụ sản TW trong 2 năm (2003 và 2008), có đầy đủ hồ sơ quản lý tại Phòng Kế hoạch tổng hợp của bệnh viện.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:* tr- ởng hợp hồ sơ không đủ thông tin cho nghiên cứu.

### **2. Phương pháp nghiên cứu.**

\* *Thiết kế nghiên cứu:*

Nghiên cứu mô tả hồi cứu các hồ sơ l- u lại, so sánh các yếu tố chẩn đoán và xử trí CNTC năm 2003 với 2008. Năm 2008, 364 BN được phẫu thuật và năm 2003 là 402 BN. Số liệu nhập vào máy vi tính và xử lý trên phần mềm SPSS 10.0. Kiểm định thống kê, so sánh sự khác nhau đối với kết quả phần trăm sử dụng:  $\chi^2$  test đối với mẫu lớn và test chính xác của Fisher đối với mẫu nhỏ.

## **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

### **1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.**

Tỷ lệ BN CNTC các nhóm tuổi trong 2 năm không khác biệt, hay gặp nhất trong nhóm tuổi từ 25 - 39. Độ tuổi trung bình của BN CNTC năm 2003 là  $31,6 \pm 5,7$  tuổi và năm 2008 là  $31,4 \pm 5,9$  tuổi,  $p > 0,05$ . Không có sự liên quan của CNTC với tiền sử sản - phụ khoa;  $p > 0,05$ .

*Bảng 1: Vị trí khối CNTC khi phẫu thuật.*

VỊ TRÍ KHỐI CHỨA		2003		2008		p
		n	%	n	%	
Vòi tử cung	Loa	26	6,5	16	4,4	> 0,05
	Bóng	324	80,5	303	83,4	

	Eo	27	6,7	27	7,4	
	Kê	13	3,3	7	2,0	
Buồng trứng		8	2,0	4	1,0	> 0,05
Sừng tử cung		3	0,7	5	1,2	> 0,05
Ống cổ tử cung		0	0	2	0,6	> 0,05
Khác		1	0,3	0	0	> 0,05

Đa số vị trí khối chứa ở vòi tử cung (VTC) và vị trí khối chứa không có sự khác biệt giữa các năm ( $p > 0,05$ ).

*Bảng 2:* Tình trạng và kích thước khối chứa khi phẫu thuật.

TÌNH TRẠNG KHỐI CHỨA	2003		2008		p
	n	%	n	%	
Ch- a vỡ	41	10,1	59	14,6	< 0,05
Rỉ máu	220	55,0	255	63,1	> 0,05
Vỡ	67	16,7	37	9,1	< 0,01
Huyết tụ thành nang	8	2,0	2	0,5	< 0,01
Sảy qua loa	26	6,5	14	3,5	> 0,05
Không xác định	40	10,0	37	9,2	> 0,05
Tổng số	402	100	364	100	

- Tỷ lệ CNTC ch- a vỡ đ- ợc m ở năm 2008 cao hơn năm 2003;  $p < 0,05$ .
- Tỷ lệ m ở CNTC đã vỡ năm 2008 thấp hơn năm 2003;  $p < 0,01$ .
- Năm 2003, CNTC thể huyết tụ cao hơn năm 2008,  $p < 0,01$ .

*Bảng 3:* Kích thước khối chứa.

KÍCH THƯỚC KHỐI CHỨA	2003		2008		p
	n	%	n	%	
< 3 cm	117	29,1	145	39,9	< 0,05
3 - 5 cm	161	40,0	132	36,4	> 0,05
> 5 cm	15	3,7	12	3,2	
Không xác định	109	27,1	75	20,5	
Tổng số	402	100	364	100	

Tỷ lệ BN có kích thước khối chứa nhỏ (< 3 cm) năm 2003 thấp hơn 2008,  $p < 0,05$ .

**Bảng 4:** Lượng máu trong ổ bụng khi phẫu thuật.

LƯỢNG MÁU (ml)	2003		2008		p
	n	%	n	%	
Không có	80	19,9	115	31,7	< 0,05
< 500	274	68,2	217	59,7	
500 - < 1000	27	6,7	19	5,2	
≥ 1000	21	5,2	13	3,5	

Tỷ lệ BN được mổ sớm khi máu chảy trong ổ bụng còn ít của năm 2008 cao hơn 2003,  $p < 0,05$ .

**Bảng 5:** Kết quả giải phẫu bệnh lý.

GIẢI PHẪU BỆNH LÝ	2003		2008		p
	n	%	n	%	
Có gai rau	325	80,8	332	91,2	< 0,05
Không có gai rau	77	19,2	32	8,8	
Tổng	402	100	364	100	

Tỷ lệ BN có kết quả giải phẫu bệnh CNTC năm 2008 cao hơn 2003,  $p < 0,05$ .

## BÀN LUẬN

### 1. Vị trí khối chứa.

Vị trí khối CNTC có thể tại vòi tử cung (chiếm đa số), chứa sừng, chứa góc, chứa ở buồng trứng, chứa ống cổ tử cung và chứa trong ổ bụng. Trong nghiên cứu này không có sự khác biệt về vị trí khối chứa của BN được mổ tại viện trong hai năm. Khối chứa tại vòi tử cung là vị trí thường gặp, năm 2003: 97%; năm 2008: 97,2%. Kết quả này tương tự với Phan Viết Tâm (2000): 97,43% [7], Nguyễn Thị Tuyết Mai (2005): 96,32% [5] và Nguyễn Thị Kim Dung (2006): 98,06% [1]. Khối chứa tại buồng trứng năm 2003 là 2% và năm 2008 là 1%. Theo Nguyễn Đức Hình (2000) tỷ lệ này là 0,78% [3], Phan Viết Tâm (2000): 1,92% [7], Nguyễn Thị Tuyết Mai (2005): 1,3% [5], J. Lansac (2003): 2% [8].

Khối chứa tại sừng tử cung năm 2003 là 0,7%; năm 2008: 1,2%, theo Nguyễn Thị Tuyết Mai: tỷ lệ này năm 2000 là 1,63% và năm 2005 là 1,47% [6], theo J. Lansac (2003): 1,5% [8]. Năm 2005 có 0,6% chứa tại ống cổ tử cung, không có sự khác biệt lớn với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Nguyễn Đức Hình (1996) gặp 0,78% và Nguyễn Thị Tuyết Mai (2005): 0,41% [5].

Nh- vậy, trong các nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản TW, tỷ lệ chữa trong ổ bụng và ống cổ tử cung cao hơn kết quả nghiên cứu của S. Ferrand, P. Madelenat (1991): chữa ống cổ tử cung và trong ổ bụng là 0,1%. Có thể do Bệnh viện Phụ sản TW th- ờng tiếp nhận những ca CNTC khó từ tuyến d- ới chuyển lên, hình thái CNTC hiếm gặp có tỷ lệ cao hơn.

## **2. Sự tiến bộ trong chẩn đoán sớm CNTC.**

Khối chữa ch- a vỡ khi phẫu thuật và khối chữa rỉ máu năm 2003 thấp hơn năm 2008 (*bảng 2*). Tỷ lệ khối chữa vỡ năm 2003 cao hơn năm 2008. Theo Nguyễn Thị Tuyết Mai: tỷ lệ CNTC ch- a vỡ và rỉ máu (2000) lần l- ợt là 8,17% và 52,89%, tỷ lệ này năm 2005 lần l- ợt là 12,33% và 64%, tỷ lệ CNTC vỡ năm 2000 là 25,56% và năm 2005 là 13,38% [5]. T- ờng tự, tỷ lệ CNTC thể huyết tụ thành nang năm 2003 là 2% giảm xuống 0,5% vào năm 2008. CNTC thể huyết tụ th- ờng là hậu quả của việc bỏ sót CNTC không điều trị do nhiều nguyên nhân.

Kích th- ớc khối chữa khi phẫu thuật < 3 cm năm 2008 cao hơn năm 2003 (*bảng 3*). L- ợng máu chảy trong ổ bụng cũng giảm hơn ở nhóm BN mổ năm 2008 so với năm 2003. 31,7% BN CNTC năm 2008 đ- ợc đánh giá là không có máu trong ổ bụng cao hơn năm 2003 (19,9%). Tỷ lệ BN có máu trong ổ bụng khi phẫu thuật > 500 ml (2003) cao hơn năm 2008. Điều đó cho thấy CNTC ngày càng đ- ợc chẩn đoán sớm hơn, nhờ áp dụng các kỹ thuật mới trong chẩn đoán (sử dụng  $\beta$ hCG trong chẩn đoán và theo dõi, sử dụng siêu âm đầu dò âm đạo giúp chẩn đoán chính xác và sớm hơn). Theo Hoàng Xuân Sơn [6]: một số yếu tố dẫn đến chẩn đoán muộn CNTC: (1) BN đến muộn hoặc không đi khám do không hiểu biết về bệnh CNTC (43,5% các tr- ờng hợp CNTC), khoảng 50,8% các tr- ờng hợp đến viện muộn sau 3 ngày, dù đã có dấu hiệu thai nghén bất th- ờng (chậm kinh, đau bụng, ra máu) kể cả BN có tiền sử CNTC, vô sinh... (2) do thầy thuốc (35,5%) chẩn đoán sai ban đầu, nhầm với các bệnh viêm ruột thừa, viêm đại tràng, u buồng trứng, hút buồng tử cung vì nghi thai trong tử cung...

Kết quả giải phẫu bệnh có CNTC sau khi phẫu thuật năm 2003 là 80,8% và năm 2008 là 91,2%, của Nguyễn Thị Tuyết Mai năm 2000: 80,9% và năm 2005: 78,61% [5]. Nh- vậy, mặc dù đ- ợc chẩn đoán sớm hơn, nh- ng chẩn đoán CNTC ngày càng chính xác hơn.

Cùng với việc BN CNTC đến viện khám và điều trị sớm, trình độ khám, phát hiện bệnh của thầy thuốc cao hơn, các ph- ơng tiện cận lâm sàng ngày càng hiện đại. Điều đó đ- ợc thể hiện ở: tỷ lệ khối chữa ch- a vỡ và khối chữa có kích th- ớc d- ới 3 cm tăng. L- ợng máu trong ổ bụng giảm, dấu hiệu choáng ít gặp hơn. Tuy nhiên, đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh, tỷ lệ chẩn đoán đúng năm 2008 là 80,8% và năm 2003 là 91,2%, có sự khác biệt ( $p < 0,05$ ). Có thể nói, CNTC năm 2008 đ- ợc chẩn đoán sớm hơn so với năm 2003 nh- ng vẫn đảm bảo chính xác.

## **KẾT LUẬN**

Không có sự khác biệt giữa hai năm về vị trí khối chữa. Tuy nhiên, năm 2008, CNTC đ- ợc chẩn đoán sớm hơn năm 2003: tỷ lệ CNTC ch- a vỡ, tỷ lệ BN đ- ợc mổ sớm khi máu chảy trong ổ bụng còn ít của năm 2008 cao hơn năm 2003, theo đó tỷ lệ mổ CNTC khi đã vỡ cũng thấp hơn. Năm 2003, CNTC thể huyết tụ cao hơn năm 2008.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Nguyễn Thị Kim Dung*. Tình hình điều trị CNTC ch- a vỡ tại Bệnh viện Phụ sản Trung - ương từ 01 - 7 - 2004 đến 30 - 6 - 2006. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội. 2006.
2. *D- ợc th- Quốc gia Việt Nam*. Hà Nội. 2002, tr.679-683.
3. *Nguyễn Đức Hình*. Nhận xét tình hình CNTC năm 1995 tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh. Tạp chí Y học. Hà Nội . 2000, tr.17-22.
4. *Nguyễn Đức Hình*. Tổng kết chặng đ- ờng 10 năm áp dụng nội soi ổ bụng của Bệnh viện Phụ sản Trung - ương. Nội san sản phụ khoa số đặc biệt. Hội nghị đại biểu SPK - KHHGDVN khoá XV - Kỳ họp thứ 3. 2005, tr.107-114.
5. *Nguyễn Thị Tuyết Mai*. Tìm hiểu những tiến bộ trong chẩn đoán và xử trí CNTC năm 2005 với năm 2000 tại Bệnh viện Phụ sản Trung - ương. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II. Đại học Y Hà Nội. 2007, tr.18.
6. *Hoàng Xuân Sơn*. Tìm hiểu về CNTC phát hiện và xử trí muộn đ- ợc điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2004. Luận văn Thạc sỹ Y học. Tr- ờng Đại học Y Hà Nội. 2004.
7. *Phan Viết Tâm*. Nghiên cứu tình hình CNTC tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh trong 2 năm 1999 - 2000. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội. 2002.
8. *J. Lansac, D. Lecomte*. Grossesse extra - utérine. Gynécologie pour le praticiens. 6<sup>th</sup> éditions. Masson. 2003, pp.155-167.
9. *J. Lansac, G. Body, F. Pierre*. La pratique chirurgicale en gynécologie - obstétrique. Chirurgie par voie coelioscopique. Masson. 2002, pp.161-176.
10. *Job-Spira N, Fernander H, Beuyer J*. Rupture tubal ectopic pregnancy: risk factors and reproductive outcome. Am J Obst Gynecol. 1999, pp.938-944.