

ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VỎI TỬ CUNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG CHỮA NGOÀI TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Vương Tiến Hoà, Đỗ Bình Trí

Tóm Tắt

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ và kết quả điều trị bảo tồn vòi tử cung (VTC) bằng nội soi tại BV PSTW. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả cỡ mẫu là 116 trường hợp chữa ngoài tử cung (CNTC)

chưa vỡ được điều trị bằng nội soi bảo tồn VTC trong năm 2007. **Kết quả:** Tỷ lệ bảo tồn VTC trong CNTC chưa vỡ 2007 tại Bệnh viện PSTW là 116/1.710 chiếm 11,6%. Tỷ lệ thành công 87,1%, tỷ lệ sót rau là 12,9%.

Kích thước khối thai 2-4 cm thành công cao nhất, chiếm - 86,3%. Theo dõi sau mổ: 63/116: 54,30%. Mất theo dõi: 53/116: 45,7%. Chụp CT - VTC: 25/63: 40%; Thông VTC bên bảo tồn: 15/25: 40%. Có thai: 19/63: 30,2%. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn VTC trong CNTC chưa vỡ bằng nội soi đạt tỷ lệ kết quả cao và có nhiều lợi ích. Số bệnh nhân mất theo dõi còn quá cao, làm hạn chế trong việc đánh giá kết quả xa sau mổ nội soi bảo tồn VTC.

Từ khóa: vòi tử cung, chữa ngoài tử cung.

Summary

Treatment of uterine tube enrapture of ectopic pregnancy by laparoscopy at the at National Hospital of Obstetrics and Gynecology (NHOB). **Objective:** To determine the rate and the results of conservation treatment of uterine tube unrupture of ectopic pregnancy by laparoscopy. **Method is prospective study:** Simple size are 116 pregnant suffering enrapture ectopic pregnancy have been treated conservation of uterine tube by laparoscopy in 2007. **Result:** The rate of conservation treatment of uterine tube by laparoscopy of unrupture ectopic pregnancy at NHOB is 116/1.710 (11.6%). The rate successful is 87.1%; The rate of placental retention is 12.9%. The dimension site of pregnancy sac from 2 to 4 cm, the rate successful is 86.3%. The rate of follow up is 63/116: (54.30%). Lost follow up: 53/116: 45.70%. Hysterosalpingraphy 25/63: (40%); The uterine tube which have been concerved get through is 15/25 (40%). Having pregnan after operation is 19/63: 30.2%. **Conclusion:** The rate of conservation treatment of uterine tube of unrupture ectopic pregnancy by laparoscopy is high and having more advantage. The rate of lost follow up is limiting to assess the further results after operation of conservation uterine tube by laparoscopy.

Keywords: conservation, unrupture ectopic pregnancy

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước đây, điều trị chữa ngoài tử cung thường là mổ mở cắt bỏ khối chứa tại vòi tử cung (VTC) đã làm giảm hoặc mất khả năng sinh sản của bệnh nhân đặc biệt ở những bệnh nhân còn có nhu cầu sinh đẻ. Mặc dù điều trị bảo tồn vòi tử cung trong chữa ngoài tử cung bằng nội soi đang tăng nhưng cũng còn nhiều bất cập. Năm 2003, Đoàn Thị Bích Ngọc, trong tổng số 326 trường hợp chữa ngoài tử cung chỉ có 72 trường hợp được điều trị bảo tồn VTC qua nội soi, chiếm 16,25% và tỷ lệ thành công là 73,68% (53/ 72 trường hợp) [5]. Nguyễn Văn Hà nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (2004), tỷ lệ bảo tồn vòi tử cung chỉ chiếm 15,6% [1]. Tại BVPSTU, trong những năm qua, nhiều trường hợp CNTC được điều trị bảo tồn, tuy nhiên còn những vấn đề cần thảo luận, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

Xác định tỷ lệ và đánh giá kết quả điều trị bảo tồn chữa ngoài tử cung chưa vỡ bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2007

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1 Đối tượng nghiên cứu: là những bệnh nhân

được chẩn đoán xác định chữa ngoài tử cung tại vòi tử cung bằng nội soi và được bảo tồn vòi tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện PSTU, thoả mãn những tiêu chuẩn: kết quả chẩn đoán xác định mô bệnh học thấy gai rau hoặc tổ chức thai, được theo dõi bằng beta hCG và siêu âm, được theo dõi các triệu chứng lâm sàng sau mổ khi đã ổn định mới được ra viện, nếu phát hiện chữa ngoài tử cung tồn tại sẽ được xử lý bằng tiêm Methotrexate hoặc mổ lại tùy theo từng trường hợp

2. Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả cắt ngang, thu thập thông tin tại bệnh án những bệnh nhân chữa ngoài tử cung được điều trị bảo tồn vòi tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện PSTU. Cơ mẫu lấy theo thời gian tất cả những bệnh án CNTC được điều trị bảo tồn trong năm 2007, lựa chọn những bệnh án đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

Thu thập thông tin từ những bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu và được ghi chép theo Phiếu thu thập thông tin. Để biết kết quả lâu dài sau khi bệnh nhân đã ra viện, gửi thư mời bệnh nhân đến khám lại hoặc điện thoại để biết thông tin sau mổ và tình hình có thai lại sau mổ nội soi bảo tồn vòi tử cung.

Các yếu tố nghiên cứu bao gồm: đặc trưng về nhân khẩu và xã hội, tiền sử phụ khoa, các triệu chứng lâm sàng, định lượng beta hCG huyết thanh trước mổ. Hình ảnh siêu âm: hình ảnh điển hình của khối CNTC: buồng tử cung rỗng, có khối nằm ở VTC giống hình chiếc nhẫn một vòng, nằm ở VTC, có túi noãn hoàng, âm vang thai hoặc tim thai, cùng đồ có thể có dịch hoặc không [7].

Ghi nhận khi mổ nội soi: tình trạng và lượng máu trong ổ bụng, kích thước và vị trí khối thai, phương pháp xử trí khi lấy khối thai, các phương pháp cầm máu, diễn biến nồng độ beta hCG huyết thanh sau mổ, kết quả thành công hoặc thất bại điều trị, thời gian phẫu thuật và nằm viện, kết quả thăm khám lại bệnh nhân theo thư mời hoặc gọi điện thoại. Nếu sót rau (CNTC tồn tại) sẽ được điều trị bằng MTX với liều 50mg cho 1 lần tiêm, cho đến khi beta hCG xuống <15 UI/L. Nếu không kết quả sẽ nội soi lại giải quyết theo tình trạng cụ thể

Số liệu thu thập được nhập, xử lý, phân tích theo chương trình EPI - INFO 6.0.4. Thống kê mô tả được tính toán cho tất cả các biến số. Test χ^2 được sử dụng để kiểm định khi so sánh giữa các yếu tố nghiên cứu với giá trị p. Student test và Fisher test được sử dụng để so sánh các giá trị trung bình khi cần thiết.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả nghiên cứu.

Năm 2007 có 1.710 trường hợp (t/h) CNTC được điều trị tại BVPSTU, mổ nội soi là 1297 chiếm 75,9% và 413 trường hợp được điều trị nội khoa chiếm 24,1%. Có 151 trường hợp nội soi bảo tồn VTC chiếm 11,6%, 1.146 trường hợp nội soi cắt bỏ VTC chiếm 88,4%. Trong 151 trường hợp nội soi bảo tồn VTC, có 35 bệnh án quá sơ sài, không đủ những thông tin cần thiết để phân tích vì vậy trong chúng tôi chỉ lấy được 116 bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, cho nên trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ phân tích các dữ kiện

của 116 trường hợp đủ tiêu chuẩn

2. Phân bố theo một số đặc trưng về nhân khẩu học.

- Phân bố theo nhóm tuổi: <25: 39/116 t/h (33.6%). 25-29: 45/116 chiếm 38,8%; 30-35: 25/116 chiếm 21,6% và >35 có 7/116 chiếm 6%

- Phân bố theo học vấn Nhóm bệnh nhân có trình độ cao đẳng - đại học và sau đại học (16 t/h) chỉ chiếm 16,4%, Trung học cơ sở: 35 t/h chiếm 30.2%. Đáng nhất là nhóm bệnh nhân có trình độ trung học phổ thông (62 t/h) chiếm tỷ lệ 53,4%.

Phân bố theo nơi cư trú: Nông thôn 31,9%, thành thị chiếm tỷ lệ 68,1%.

Số con hiện có: chưa đẻ lần nào có 73 trường hợp chiếm 62,9%. Số bệnh nhân có 1 con: 43 trường hợp chiếm 37,1%.

3. Triệu chứng lâm sàng: Khối phần phụ có 113 trường hợp, chiếm 94.4%. Di động tử cung đau có 99 trường hợp, chiếm 85.3%. Cùng đồ đau có 71 trường hợp, chiếm tỷ lệ 61.2%

4. Xét nghiệm

4.1. Định lượng β hCG

Bảng 1: Định lượng β hCG trước mổ

| Xét nghiệm β hCG | N | Tỷ lệ % |
|------------------------|-----|---------|
| Không làm | 10 | 8.6 |
| 500UI/L | 36 | 31 |
| 500-1000 | 25 | 21.6 |
| 1000-1500 | 14 | 12.1 |
| 1500-2000 | 6 | 5.2 |
| 2000-3000 | 10 | 8.6 |
| 3000-4000 | 3 | 2.6 |
| > 4000 | 12 | 10.3 |
| Tổng số | 116 | 100 |

- Có 10 trường hợp không được xét nghiệm hCG trước mổ chiếm 8,6%

- Số bệnh nhân có nồng độ hCG trước mổ từ 500UI/L - 1.500 IU/L chiếm tỷ lệ cao nhất 64,6%

4.2. Siêu âm chẩn đoán:

Bảng 2. Hình ảnh siêu âm trước mổ

| Hình ảnh siêu âm | N | Tỷ lệ % | |
|------------------|-------|---------|------|
| Vị trí thai | Phải | 61 | 52.6 |
| | Trái | 55 | 47.4 |
| Túi thai | Có | 42 | 36.2 |
| | Không | 74 | 63.8 |
| Âm vang phôi | Có | 5 | 4.3 |
| | Không | 111 | 95.7 |

- Có 61 trường hợp chữa vòi tử cung bên phải chiếm tỷ lệ 52,6% và 55 trường hợp chữa vòi tử cung bên trái chiếm 47,4%. Hình ảnh siêu âm có túi thai ngoài tử cung có 42 trường hợp, chiếm tỷ lệ 36.2%. Hình ảnh siêu âm có âm vang phôi có 5 trường hợp, chiếm tỷ lệ 4,3%.

Bảng 3. Lượng máu ổ bụng khi nội soi

| Lượng máu trong ổ bụng | N | Tỷ lệ % |
|------------------------|----|---------|
| ít < 50ml | 34 | 29,3 |
| 50 ≤ 100 ml | 65 | 56,1 |
| 100-200ml | 11 | 9,4 |
| >200ml | 6 | 5,2 |

| Tổng | 116 | 100 |
|------|-----|-----|
|------|-----|-----|

- Có 34 trường hợp có lượng máu trong ổ bụng < 50ml chiếm 29,3%. Có 65 trường hợp có lượng máu trong ổ bụng từ 50-100ml chiếm 56,1%.

5. Kết quả điều trị nội soi bảo tồn VTC

Kích thước khối thai lúc nội soi: số bệnh nhân có kích thước khối chữa từ 2- 4 cm là 95 trường hợp, chiếm tỷ lệ 81,9%. Số bệnh nhân có kích thước khối chữa < 2cm chỉ có 4 trường hợp, chiếm tỷ lệ 3.4%

Phương pháp xử trí khối chữa lúc mổ nội soi: rạch bờ tự do lấy khối chữa chiếm tỷ lệ 94% (109 t/h). Có 7 bệnh nhân lấy khối chữa qua loa vòi tử cung chiếm tỷ lệ 6% vì khối thai đang sẩy tại loa VTC.

Dùng dao 2 cực đốt cầm máu trong bảo tồn VTC chiếm tỷ lệ 90,5% (105 t/h). Khâu cầm máu 7 t/h chiếm 6,1%.. Có 4 trường hợp cầm máu khó khăn chiếm tỷ lệ 3,4% nhưng vẫn không phải cắt bỏ VTC

Bảng 4: Tình trạng khối thai lúc nội soi

| Vòi tử cung trái | | N | Tỷ lệ % |
|------------------|------------|----|---------|
| Vị trí | Eo | 4 | 7.3 |
| | Bóng | 49 | 89.1 |
| | Loa | 2 | 3.6 |
| Tình trạng | Nguyên vẹn | 54 | 98.2 |
| | Nứt | 1 | 1.8 |
| Kích thước | < 2cm | 4 | 7.3 |
| | 2- 4cm | 43 | 78.2 |
| | > 4cm | 8 | 14.5 |
| Vòi tử cung phải | | N | Tỷ lệ % |
| Vị trí | Eo | 6 | 9.8 |
| | Bóng | 51 | 83.6 |
| | Loa | 4 | 6.6 |
| Tình trạng | Nguyên vẹn | 55 | 90.2 |
| | Nứt | 6 | 9.8 |
| Kích thước | <2cm | 0 | 0 |
| | 2- 4cm | 52 | 85.2 |
| | > 4cm | 9 | 14.8 |

- Vị trí khối chữa ở đoạn bóng VTC cao nhất (89,1% ở bên trái và 83,6% ở bên phải).

- Tỷ lệ khối chữa nguyên vẹn là 98,2% ở VTC bên trái và 90,2% ở VTC bên phải.

- Kích thước khối chữa từ 2- 4 cm chiếm tỷ lệ 78,2% ở VTC bên trái và 85,2% ở VTC bên phải.

Diễn biến nồng độ beta hCG huyết thanh sau mổ so với trước khi mổ

Có 19 trường hợp không được làm xét nghiệm beta hCG sau mổ chiếm tỷ lệ 16,4%. 11 t/h có lượng beta hCG huyết thanh ngày đầu sau mổ giảm < 50% là 9,5%. Giảm > 50% sau mổ có 86 trường hợp chiếm tỷ lệ 74,1%. Trong số này có 15 trường hợp beta hCG huyết thanh những ngày sau không giảm hoặc tăng lên, đó là những trường hợp CNTC tồn tại (thất bại trong điều trị) đã được điều trị bằng MTX và đều khỏi, không có trường hợp nào phải mổ lại. Vì được theo dõi ngoại trú nên các xét nghiệm beta hCG huyết thanh không đầy đủ cho nên chúng tôi không phân tích được chi tiết

Kết quả điều trị: 101 trường hợp khỏi, chiếm tỷ lệ 87,1%. 15 trường hợp sót rau (CNTC tồn tại) chiếm tỷ lệ 12,9%. Những trường hợp này hợp phải điều trị MTX và khỏi hoàn toàn, không có trường hợp nào mổ lại. 15 trường hợp này đều có lượng beta hCG huyết

thanh ngày thứ nhất sau mổ giảm > 50% so với trước khi mổ

6. Kết quả kiểm tra lại sau khi ra viện.

Chúng tôi đã gửi thư mời hoặc gọi điện thoại cho toàn bộ 116 bệnh nhân đến khám lại hoặc là cung cấp thông tin sau khi ra viện, nhưng chỉ liên lạc được 63 bệnh nhân có được những thông tin theo yêu cầu nghiên cứu. Tỷ lệ theo dõi sau mổ là $63/116 = 54,3\%$. Mất theo dõi sau mổ là $53/116 = 45,7\%$

Bảng 5. Kết quả

| Kết quả | N | Tỷ lệ |
|---|---------|-------|
| <i>Kết quả chung</i> | | |
| Thành công | 101/116 | 87,1 |
| Thất bại (CNTC tồn tại) | 15/116 | 12,9 |
| Vỡ chảy máu VTC phải mổ lại | 0 | 0 |
| Mất theo dõi | 53/116 | 45,7% |
| <i>Kết quả số bệnh nhân được theo dõi sau khi ra viện</i> | | |
| Chụp VTC | 25/63 | 39,7 |
| Thông bên bảo tồn | 10/25 | 40,0 |
| Tắc bên bảo tồn | 15/25 | 60 |
| Không hoặc chưa chụp VTC | 38/63 | 60,3 |
| Có thai | 19/63 | 30,2 |

Bảng 6: Mối liên quan giữa kích thước khối chứa và sự thất bại

| Kích thước khối chứa | Thành công | Thất bại | Tổng số |
|----------------------|-------------|------------|-------------|
| < 2cm | 4 (100%) | 0 (0%) | 4 (3, 4%) |
| 2-4 cm | 82 (86,3%) | 13 (13,7%) | 95 (81, 9%) |
| 4-6 cm | 15 (88,2%) | 2 (11,8%) | 17 (14,7%) |
| Tổng số | 101 (87,1%) | 15 (12,9%) | 116 (100%) |

- Kích thước khối chứa < 2cm có 4 trường hợp đều thành công

- Kích thước khối chứa từ 2-4 cm có 82 trường hợp thành công chiếm tỷ lệ 86,3% và có 13 trường hợp thất bại chiếm tỷ lệ 13,7%.

- Kích thước khối chứa từ 4-6 cm có 15 trường hợp thành công chiếm tỷ lệ 88,2% và có 2 trường hợp thất bại chiếm tỷ lệ 11,8%.

BÀN LUẬN

1. Một số đặc trưng về nhân khẩu và xã hội.

Tỷ lệ mổ nội soi bảo tồn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2007 là 11,6%. Tuổi sinh đẻ từ 25-35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 60,4%. Đây là nhóm đối tượng có nhu cầu sinh đẻ nên cần điều trị bảo tồn Tuổi >35 cũng có 7 trường hợp chiếm tỷ lệ 6%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hà với độ tuổi từ 25-35 chiếm tỷ lệ 68% [1]. Mai Thanh Hằng [2]. Cán bộ công chức chiếm 32,30%, tỷ lệ phụ nữ làm các nghề khác (buôn bán và nội trợ) chiếm 51,20%, trong khi tỷ lệ ở nhóm làm ruộng chỉ chiếm 16,50%. Trình độ trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất 53,4%. Nhóm bệnh nhân có trình độ cao đẳng - đại học và sau đại học thì chiếm tỷ lệ 69,8%. Trình độ trung học cơ sở chỉ chiếm 30,2%, phù hợp với Nguyễn Văn Hà với tỷ lệ lần lượt là 77% và 23% [1]. Thành thị chiếm tỷ lệ cao 68,1% trong khi ở nông thôn tỷ lệ này là 31,9%. Kết quả này

cũng phù hợp với nghiên cứu của Mai Thanh Hằng, Nguyễn Văn Hà. Điều này cũng dễ hiểu vì tính chất cấp cứu của bệnh lý chứa ngoài tử cung nên bệnh nhân ở khu vực Hà Nội và các tỉnh lân cận đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương nhiều hơn. Cũng có thể các phụ nữ ở thành thị có điều kiện kinh tế khá hơn nên cho phép họ lựa chọn dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương [2], [1], [3]. Chúng tôi chỉ nhấn mạnh đến kích thước khối thai trên siêu âm và khi mổ, nồng độ beta huyết thanh vì đó là những yếu tố quyết định để chỉ định bảo tồn VTC và thành công hay thất bại trong điều trị

2. Định lượng beta hCG và Siêu âm.

Có 10 trường hợp đến viện không làm xét nghiệm beta hCG mà chỉ làm xét nghiệm hCG trong nước tiểu chiếm tỷ lệ 8,6%. 75 trường hợp có nồng độ beta hCG trước mổ từ 500 -1.500IU/L. Hình ảnh siêu âm nhìn thấy túi thai bên ngoài buồng tử cung có 42 trường hợp chiếm 36,2%, 100% các trường hợp không thấy túi thai bên trong buồng tử cung (dấu hiệu buồng tử cung rỗng). Đặc biệt có 5 trường hợp CNTC thấy âm vang phôi trong túi thai chiếm tỷ lệ 4,3%.

3. Kết quả điều trị

3.1 Kích thước khối thai: Các trường hợp có kích thước khối chứa từ 2- 4cm chiếm 78,2% bên trái và 85,2% bên phải [3]. Theo Vương Tiến Hoà kích thước khối thai khi soi ổ bụng có chiều dài: 2,8 cm ± 0,1; chiều rộng: 2,1 cm ± 0,1. Nhưng với $P > 0,05$ nên so sánh giữa chiều dài và rộng không có ý nghĩa. Có 87% khối thai còn nguyên vẹn, chưa bị rạn nứt phù hợp với lâm sàng và siêu âm. Có 66% khối thai có chiều dài nằm trong khoảng 2,1 đến ≤ 4 cm. Có 67% có chiều rộng từ 1 đến 2 cm. Có 69 trường hợp đường kính khối thai ≤ 3 cm [4]

3.2. Phương pháp điều trị

- Các chỉ định khác của phẫu thuật bao gồm khối thai có đường kính trên 4cm và có dịch cùng đồ, mặc dù các nghiên cứu gần đây cho thấy các yếu tố trên không phải luôn luôn là nguy cơ của điều trị nội thất bại. Có tới 38% các trường hợp beta hCG > 5.000UI/L nhưng điều trị nội khoa vẫn thành công. Khi beta hCG < 5.000UI/L, khối thai có đường kính dưới 4cm và không có tim thai có thể điều trị bằng nội khoa.

- Theo dõi sau mổ: định lượng beta hCG hàng tuần cho tới khi âm tính, không giao hợp hoặc khám tiêu khùng cho tới khi điều trị thành công. Nếu chứa ngoài tử cung tồn tại sẽ được tiêm MTX 50mg/m² da.

3.3. Chứa ngoài tử cung tồn tại (sốt rau sau mổ nội soi bảo tồn):

- 116 trường hợp mổ nội soi bảo tồn thì có 15 trường hợp sốt rau chiếm tỷ lệ 12,9%. Chúng tôi dựa vào xét nghiệm beta hCG để xác định CNTC tồn tại vì theo các tác giả nếu đợi đến khi có dấu hiệu lâm sàng thường đã muộn. Một số tác giả đã dựa vào sự giảm nồng độ beta hCG sau mổ ngày thứ nhất để tiên lượng nguy cơ sốt rau [6]. Theo Togas Tulandi và cộng sự: nếu beta hCG sau mổ 1 ngày giảm >50% so với trước mổ, không có trường hợp nào bị thất bại trong vòng 9 ngày đầu sau mổ, do đó không cần xét nghiệm beta hCG liên tục mà chỉ cần xét nghiệm cách nhau 1tuần/1

lần. Nếu nồng độ beta hCG sau mổ 1 ngày giảm >50% so với trước khi mổ thì 85% các trường hợp không sót rau. Nếu nồng độ beta hCG sau mổ 1 ngày giảm >77% thì không có trường hợp nào sót rau [8], [9].

- 15 trường hợp có biểu hiện sót rau được chẩn đoán bằng xét nghiệm beta hCG mà không có trường hợp nào có biểu hiện lâm sàng, được điều trị bằng phác đồ MTX 50mg/m² da và tất cả đều thành công. Không có trường hợp nào có tác dụng phụ của MTX. Trong số 15 trường hợp thì 12 trường hợp được điều trị thành công bằng 1 liều MTX, còn lại 3 trường hợp phải dùng tới hai liều MTX và tất cả đều an toàn. Vì là nghiên cứu hồi cứu nên chúng tôi không tìm hiểu được các yếu tố nguy cơ dẫn đến sót rau sau mổ.

- Mỗi liên quan giữa kích thước khối thai với kết quả điều trị:

Trong nhóm bệnh nhân có kích thước khối chứa từ 2- 4 cm, 95 trường hợp chiếm 81,9% và điều trị thành công 82 t/h chiếm 86,3%

Vì không đủ dữ liệu nên chúng tôi không phân tích được liên quan giữa nồng độ βhCG và kết quả điều trị

3.4. Đánh giá kết quả điều trị xa (sau khi ra viện).

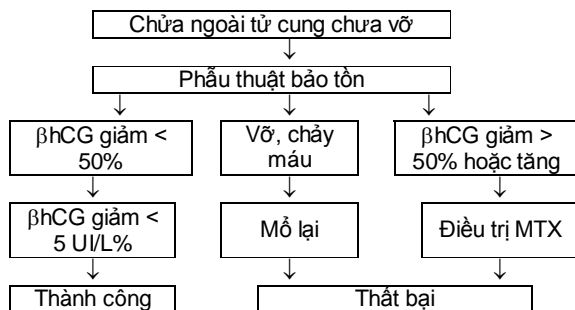
Có 15/116 trường hợp sót rau chiếm tỷ lệ 12,9%. Như vậy tỷ lệ thất bại ngay từ đầu là 12,9%. Trong số 101 trường hợp còn lại bệnh nhân đều được theo dõi cho tới khi xét nghiệm beta hCG < 25IU/L thì được ra viện. Như vậy tỷ lệ thành công bước đầu là 87,1%. 53 trường hợp không liên lạc được, chiếm tỷ lệ 43,7%.

- Theo dõi sau mổ: 63/116 chiếm 54,35%
- Mất theo dõi: 53/116 chiếm 45,7%
- Chụp TC – VTC: 25/63 là 40%;
- Thông VTC bên bảo tồn: 15/25 là 40%
- Có thai: 19/63 chiếm 30,2%

4. Những tai biến và biến chứng của mổ nội soi

Những tai biến thường gặp trong SOB là tràn khí dưới da, chảy máu và tổn thương các tạng. thủng bàng quang, thủng ruột, biến đổi nhiều về huyết động học: bị suy hô hấp nặng chảy máu nặng do tổn thương động mạch chậu trong. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp tai biến

SƠ ĐỒ NỘI SOI BẢO TỒN VỎI TỬ CUNG



KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ bảo tồn chữa chưa vỡ tại Bệnh viện PSTW là 151 chiếm tỷ lệ 11,6%
2. Kết quả điều trị bảo tồn chữa ngoài tử cung.

- Tỷ lệ thành công 87,1%
- Tỷ lệ sót rau là 12,9%
- Kích thước khối thai 2-4 cm thành công cao nhất, chiếm 81,9%.
- Theo dõi sau mổ: 63/116: 54,35.
- Mất theo dõi: 53/116: 45,7%
- Chụp tc-vtc: 25/63: 40%;
- Thông VTC bên bảo tồn: 15/25: 40%
- Có thai: 19/63: 30,2%

Theo dõi và xét nghiệm beta hCG chưa thật chặt chẽ cũng như số lượng bệnh nhân mất theo dõi còn quá cao, làm hạn chế trong việc đánh giá kết quả xa sau mổ nội soi bảo tồn VTC

Tài Liệu Tham Khảo

1. Nguyễn Văn Hà (2004), “Đánh giá giá trị chẩn đoán sớm và kết quả điều trị chữa ngoài tử cung bằng phương pháp nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2004” Luận văn tốt nghiệp CK2 Trường ĐHY Hà Nội, Hà Nội.
2. Mai Thanh Hằng (2005). Nghiên cứu chữa ngoài tử cung tái phát tại. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa 2, trường Đại học Y Hà Nội
3. Phạm Thị Thanh Hiền (2007). Nghiên cứu giá trị nồng độ progesterone huyết thanh kết hợp với những yếu tố lâm sàng và một số thăm dò khác trong chẩn đoán chữa ngoài tử cung. Luận án tiến sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội
4. Vương Tiến Hoà (2002) “Nghiên cứu một số yếu tố góp phần chẩn đoán sớm chữa ngoài tử cung” Luận án tiến sĩ y học, Đại học y Hà Nội.
5. Đoàn Thị Bích Ngọc - Đoàn Thị Thuý Hà (2003) Bảo tồn vòi trứng bằng phương pháp phẫu thuật nội soi trong điều trị chữa ngoài tử cung. Nội san sản phụ khoa-Phan Thiết 15-16/7/2003.
6. Vũ Thị Thanh Vân (2006) “Điều trị chữa ngoài tử cung bằng Methotrexat tại bệnh viện phụ sản trung ương từ 3/2005 tới 7/2” Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Nội trú các bệnh viện”, Trường Đại học Y Hà Nội, 2006.
7. Ilan E. Timor - Tritsch, Shraga Rottem and Yacov Levron (1988), "The fallopian tube", Transvaginal sonography. Edited by Ilan E. Timor - Tritsch and Shraga Rottem. Elsevier science publishing company, Inc, New York. 45 – 58.
8. Togas Tulandi, and Ahmed Saleh(1999) “Surgical Management of Ectopic Pregnancy”. Clinical Obstetrics and Gynecology Volum 42, Number 1.
9. Tanaka T, Haayshi K, Kusuzawa T, et al (1982). Treatment of interstitial ectopic pregnancy with Methotrexate. Report of a successful case. Fertil. Steril. pp 49, 595.