

MÔ TẢ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CHỮA NGOÀI TỬ CUNG SAU THỤ TINH ỚNG NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TỪ NĂM 2013 ĐẾN NĂM 2015

Phạm Thu Trang⁽¹⁾, Phạm Thị Thanh Hiền⁽²⁾
(1) Bệnh viện Thanh Nhân, (2) Đại học Y Hà Nội

Từ khóa: chữa ngoài tử cung, thụ tinh trong ống nghiệm, điều trị phẫu thuật, chuyển phôi tươi, chuyển phôi đông lạnh.
Keywords: : ectopic pregnancy, in vitro fertilization, surgery, fresh embryo transfer, frozen embryo transfer.

Tóm tắt

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả một số đặc điểm chữa ngoài tử cung sau thụ tinh trong ống nghiệm tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ năm 2013 đến năm 2015.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả 139 bệnh nhân chữa ngoài tử cung sau thụ tinh ống nghiệm được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Phụ Sản trung ương từ năm 2013 đến năm 2015.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ chữa ngoài tử cung tái phát là 16,5%; 91,25% bệnh nhân có tiền sử can thiệp vòi tử cung; Bệnh nhân chuyển 3 phôi trở lên chiếm 88,50% , trong đó đa số là chuyển phôi tươi. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa chuyển phôi tươi hay phôi trữ với chữa ngoài tử cung; 82,7% bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị sớm (khởi chữa chưa vỡ). 30 bệnh nhân vừa có thai trong vừa có thai ngoài tử cung sau thụ tinh ống nghiệm.

Kết luận: Đối với người bệnh sau chuyển phôi, khi siêu âm cần chú ý quan sát buồng tử cung và các tổ chức xung quanh để tránh bỏ sót tình trạng thai ngoài tử cung hay các trường hợp vừa có thai trong vừa có thai ngoài.

Từ khóa: chữa ngoài tử cung, thụ tinh trong ống nghiệm, điều trị phẫu thuật, chuyển phôi tươi, chuyển phôi đông lạnh.

Abstract

DESCRIBE SOME CHARACTERISTIC OF ECTOPIC PREGNANCY AFTER INVITRO FERTILIZATION AT THE NATIONAL OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGY

Objectives: describe some characteristic of ectopic pregnancy after in vitro fertilization at national hospital of obstetric and gynecology in 2013-2015.

Subjects and method: Restropective descriptive with 139 cases ectopic pregnancy after in vitro fertilization was operated at national hospital of obstetric and gynecology in 2013-2015.

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Phạm Thu Trang,
email: trangyh@gmail.com
Ngày nhận bài (received): 01/03/2017
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
15/03/2017
Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 28/04/2017

Result: the rate of recurrent ectopic pregnancy was 16.5%. 91.25% patients had previous tubal surgery. 88.5% patients was transferred more than three embryos, most of them are fresh embryo transfer. No association has been found between fresh embryo transfer and frozen embryo transfer with ectopic pregnancy. 82.7% cases were diagnosed and treated early (ectopic pregnancy not broken). 30 cases heterotopic pregnancy after in vitro fertilization.

Conclusions: For patients after embryo transfer, ultrasound should be observed the uterus and surrounding organs to avoid missing ectopic pregnancy or heterotopic.

Key word: ectopic pregnancy, in vitro fertilization, surgery, fresh embryo transfer, frozen embryo transfer.

1. Đặt vấn đề

Chửa ngoài tử cung (CNTC) là một cấp cứu thường gặp trong sản phụ khoa, đe dọa tính mạng của thai phụ nếu gây biến chứng. Các chu kỳ thụ tinh ống nghiệm làm tăng tỉ lệ sảy thai, đa thai và CNTC so với thai kì tự nhiên. CNTC sau chuyển phôi làm ảnh hưởng đến sức khỏe, đe dọa tính mạng, tâm lý, hạnh phúc và khả năng mang thai của người phụ nữ. Tần suất CNTC ngày càng gia tăng ở Việt Nam cũng như trên thế giới [1].

Nguy cơ CNTC ở nhóm có tiền sử vô sinh cao gấp 2,6 lần so với nhóm phụ nữ không có tiền sử vô sinh [2]. Mặc dù có những cải tiến đáng kể về kỹ thuật hỗ trợ sinh sản trong những thập kỉ vừa qua, nhưng tỉ lệ chửa ngoài tử cung sau thụ tinh ống nghiệm và chuyển phôi được báo cáo với tỉ lệ khác nhau giữa các trung tâm là 1,4% đến 5,4%. Tại Việt Nam, ngày càng có nhiều trung tâm HTSS, việc đưa các tiến bộ của y học thế giới vào điều trị vô sinh đã đạt được những tiến bộ đáng kể với sự ra đời của rất nhiều em bé. Những tác nhân dẫn đến tình trạng vô sinh ở người phụ nữ và việc áp dụng các kĩ thuật hỗ trợ sinh sản được xem là một yếu tố nguy cơ chính của CNTC. Vì vậy chúng tôi tiến hành mô tả một số đặc điểm CNTC sau thụ tinh ống nghiệm tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ năm 2013 đến năm 2015.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là chửa ngoài tử cung sau thụ tinh ống nghiệm, được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ năm 2013 đến năm 2015.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán chửa ngoài tử cung sau thụ tinh ống nghiệm, được điều trị phẫu thuật

- Kết quả giải phẫu bệnh là chửa ngoài tử cung.

- Đầy đủ thông tin bệnh án

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Chửa ngoài tử cung ở thai kì tự nhiên, sau bơm tinh trùng vào buồng tử cung, được điều trị nội khoa. Bệnh án không đầy đủ thông tin

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu.

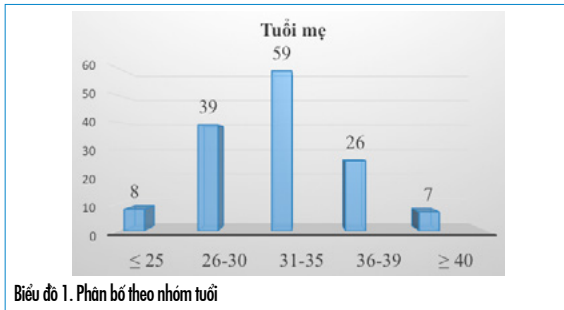
Cỡ mẫu nghiên cứu

Kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện không xác suất, lấy tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Chúng tôi thu thập được 139 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu.

Xử lý và phân tích số liệu

Phân tích và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 16.0

3. Kết quả nghiên cứu



Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 32,41± 4,38.

Nguyên nhân	Phân loại vô sinh		Tổng	
	VS I	VS II	Số lượng	Tỷ lệ %
Do vòi tử cung	31	54	85	61,20
Buồng trứng đa nang	3	1	4	2,80
LNMTCT	3	4	7	5,00
Do chồng	11	2	13	9,40
Không rõ nguyên nhân	13	17	30	21,60
Tổng	61	78	139	100

Nguyên nhân vô sinh do vòi tử cung chiếm đa số 61,20%, tiếp đến là vô sinh không rõ nguyên nhân

Tiền sử phẫu thuật	Số lượng (n=139)	Tỷ lệ %
Can thiệp VTC(*)	73	91,25
Mổ đẻ	17	21,25
Mổ UBT	5	6,25
Phẫu thuật khác	3	3,75
Không phẫu thuật	41	29,50

70,50% bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật, trong đó phẫu thuật can thiệp vòi tử cung chiếm 91,25% (có 23 trường hợp bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật chữa ngoài tử cung)

Số phôi	1 phôi		2 phôi		≥ 3 phôi		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Tinh chất phôi	Phôi tươi	2, 2,1	6, 6,2	89, 91,7	97	69,80		
	Phôi trữ	1, 2,4	7, 16,7	34, 80,9	42	30,20		
Tổng	3, 2,1	13, 9,4	123, 88,5	139	100			

Đa số bệnh nhân được chuyển từ 3 phôi trở lên chiếm 88,50% trong đó chuyển phôi tươi chiếm

Số VTC có khối chứa	Tình trạng khối chứa			Tổng
	Chứa vô	Vô	Huyết tụ thành nang	
1 VTC	114	22	1	137
2 VTC	1	1	0	2
Tổng	115 (82,7%)	23 (16,5%)	1 (1,43%)	139

69,80%. (ít nhất là chuyển 1 phôi, nhiều nhất là chuyển 5 phôi)

82,7% trường hợp chứa ngoài tử cung thể chưa vỡ, 16,5% trường hợp vỡ lựu máu ổ bụng, thể huyết tụ thành nang chiếm 0,8%.

2 bệnh nhân có khối chứa ở cả hai bên vòi tử cung chiếm 1,43%

Cách xử trí	Số lượng	Tỷ lệ %
Cắt 1VTC	77	55,4
Cắt 2VTC	2	1,4
Lấy khối chứa (Khối chứa kẹ)	18	12,9
Cắt VTC+can thiệp khác(*)	42	30,3
Tổng	139	100

(*): cắt VTC đối diện/ kẹp VTC đối diện/ mổ thông VTC/ hút BTC

4. Bàn luận

Tuổi: tuổi trung bình trong nghiên cứu là 32,41 ±4,38, phù hợp với độ tuổi sinh sản. Nhóm tuổi 31-35 chiếm tỉ lệ cao nhất là 42,4%.

Nguyên nhân vô sinh: hay gặp nhất là do vòi tử cung, chiếm 61,2%. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Strandell (1999), 54% bệnh nhân chữa ngoài tử cung sau chuyển phôi có nguyên nhân vô sinh do vòi tử cung, tác giả cho rằng vô sinh do vòi tử cung là yếu tố nguy cơ nổi bật nhất của CNTC sau chuyển phôi [3].

Tiền sử phẫu thuật: 70,5% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tiền sử phẫu thuật trước đó bao gồm phẫu thuật can thiệp đến vòi tử cung như cắt vòi tử cung, nội soi vô sinh tạo hình vòi tử cung, phẫu thuật lấy thai, phẫu thuật u buồng trứng và các phẫu thuật khác trong ổ bụng như viêm ruột thừa, tắc ruột. Các can thiệp phẫu thuật có thể làm thay đổi cấu trúc giải phẫu, viêm dính tiểu khung, thay đổi nhu động của vòi tử cung dẫn đến chữa ngoài tử cung sau chuyển phôi. 91,25% trong nhóm có tiền sử phẫu thuật trước đó là phẫu thuật liên quan đến vòi tử cung. Theo tác giả Cheng Li(2015), khi đánh giá nguy cơ CNTC ở nhóm có tiền sử phẫu thuật, tác giả nhận thấy phẫu thuật ở phần phụ nói chung làm tăng nguy cơ CNTC lên 5,42 lần, cụ thể phẫu thuật ổ buồng trứng làm tăng nguy cơ CNTC lên 2,8 lần, phẫu thuật CNTC tăng 7,3 lần, phẫu thuật tạo hình VTC làm tăng 7,52 lần, phẫu thuật viêm ruột thừa làm tăng 1,67 lần nguy cơ CNTC.

Sự khác biệt giữa các nhóm là có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu, tác giả cũng đề cập đến phẫu thuật mổ lấy thai làm tăng nguy cơ CNTC lên 0,95 lần, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [4].

Tỉ lệ chữa ngoài tử cung tái phát trong nhóm nghiên cứu là 16,5%. Chửa ngoài tử cung có thể tái phát do bệnh nhân đã có những yếu tố nguy cơ trước đó, quá trình điều trị có thể mổ nội soi bảo tồn VTC, sử dụng dao điện cầm máu một cách quá mức có thể làm tổn thương hẹp lòng VTC, hay do kỹ thuật cắt vòi tử cung, chưa cắt sát sừng VTC, do đó có thể có nguy cơ chửa lại tại chính vòi tử cung đó. Theo tác giả Murray (2005), bệnh nhân có tiền sử CNTC có nguy cơ CNTC lại cao hơn 8,3 lần so với bệnh nhân không có tiền sử CNTC trước đó [5].

Đặc điểm phôi chuyển: 123 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được chuyển ≥ 3 phôi vào buồng tử cung chiếm 88,5%. Chuyển nhiều phôi trong một chu kỳ có thể làm tăng nguy cơ CNTC, chửa cả 2 bên vòi tử cung hay vừa có thai trong và thai ngoài tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 30 bệnh nhân (21,5%) vừa có thai trong vừa có thai ngoài tử cung. Theo kết quả nghiên cứu của Kiran M (2015), tỉ lệ CNTC tăng lên theo số lượng phôi chuyển, tỉ lệ là 1,6% khi chuyển 1 phôi, 1,7% khi chuyển 2 phôi, 2,2% khi chuyển 3 phôi và 2,5% khi chuyển trên 4 phôi. Nguy cơ cao nhất xảy ra khi chuyển nhiều hơn 4 phôi so với chu kỳ chuyển 1 phôi với nguy cơ tương đối RR là 1,49 [6]. Theo tác giả Gardner DK (1998) và cộng sự [7], trong những năm gần đây, sự phát triển của môi trường nuôi cấy phôi ngày 5 đã giúp cho việc nuôi cấy phôi ngày 5 tốt hơn có thể đạt đến 66% phôi phát triển đến giai đoạn ngày 5, cũng như khả năng làm tổ cao hơn. Ưu điểm của chuyển phôi ngày 5 bao gồm: chọn lựa được phôi có khả năng làm tổ cao, chuyển ít phôi, giảm khả năng đa thai do chuyển tối đa 2 phôi [7]. 70% bệnh nhân CNTC sau IVF trong nghiên cứu của chúng tôi được chuyển phôi tươi, 30% bệnh nhân chuyển phôi đông lạnh. Một nghiên cứu hồi cứu của Shapiro và cộng sự năm 2012 cho thấy chuyển phôi đông lạnh làm giảm nguy cơ CNTC so với chuyển phôi tươi trên các bệnh nhân được HTSS,

quá trình kích thích buồng trứng để chuyển phôi tươi làm tăng nguy cơ CNTC do sự gia tăng quá mức của estrogen và progesteron có thể ảnh hưởng đến nhu động của vòi tử cung. Một lợi ích khác là chuyển phôi đông lạnh còn làm giảm đi hội chứng quá kích buồng trứng [8].

Tình trạng khối chửa và xử trí: 90,1% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được phẫu thuật nội soi. 1,9% bệnh nhân phải mổ mở vì quá dính không can thiệp được bằng nội soi. 82,7% trường hợp là thể chửa ngoài tử cung chưa vỡ, 16,5% trường hợp CNTC vỡ lỵ máu ổ bụng. Trước một bệnh nhân có thai sau thụ tinh ống nghiệm, khi siêu âm kiểm tra cần chú ý quan sát buồng tử cung và các tổ chức xung quanh để tránh bỏ sót tình trạng thai ngoài tử cung hay các trường hợp vừa có thai trong vừa có thai ngoài. Thái độ xử trí với vòi tử cung có khối chửa chủ yếu là phẫu thuật triệt để, cắt vòi tử cung có khối chửa. Tùy vào tình trạng của vòi tử cung còn lại, diễn biến nồng độ β hCG, tình trạng thai trong buồng tử cung mà phẫu thuật viên có thể thực hiện một số can thiệp kĩ thuật khác như tạo hình vòi tử cung, cắt vòi tử cung còn lại, kẹp vòi tử cung hay hút buồng tử cung. 12,5% phẫu thuật lấy khối chửa là do vị trí khối chửa tại vị trí kẽ vòi tử cung. Trong số 23 bệnh nhân chửa kẽ vòi tử cung, có đến 15 trường hợp chửa đoạn kè còn lại vòi tử cung đã cắt từ lần có thai ngoài tử cung trước, qua cách thức phẫu thuật mô tả nhiều trường hợp đoạn vòi tử cung đã cắt còn để lại 1 cm. Khi phẫu thuật cần phải cắt sát sừng tử cung để hạn chế nguy cơ chửa lại tại đoạn kè vòi tử cung.

5. Kết luận

- Tỉ lệ chữa ngoài tử cung tái phát là 16,5%.
- 91,25% bệnh nhân có tiền sử can thiệp vòi tử cung
- Bệnh nhân chuyển 3 phôi trở lên chiếm 88,50% , trong đó đa số là chuyển phôi tươi. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa chuyển phôi tươi hay phôi trữ với chửa ngoài tử cung.
- 80,2% bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị sớm (khối chửa chưa vỡ). 30 bệnh nhân vừa có thai trong vừa có thai ngoài tử cung sau thụ tinh ống nghiệm.

- Đối với người bệnh sau chuyển phôi, khi siêu âm kiểm tra cần chú ý quan sát buồng tử cung và các tổ chức xung quanh để tránh bỏ sót tình trạng

thai ngoài tử cung hay các trường hợp vừa có thai trong vừa có thai ngoài.

Tài liệu tham khảo

1. Phan Trường Duyệt. Kỹ thuật hiện đại trong thăm dò sản phụ khoa. Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật Hà Nội. 2006.
2. Rajesh Varma, Lawrence Mascarenhas. Evidence-based management of ectopic pregnancy. *Current Obstetrics and Gynaecology*. 2002; 12(4), 191-199.
3. Annika Strandell, Jane Thorburn, Lars Hamberger. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. *Fertility and Sterility*. 1997; 71(2), 282-286.
4. Cheng Li, Wei-Hong Zhao, Qian Zhu, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a multi-center case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015; 15, 187.
5. Heather Murray, Hanadi Baakdah, Trevor Bardell, et al. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2005; 173(8), 905-912.
6. Kiran M. Perkins, Sheree L. Boulet, Dmitry M. Kissin, et al. Risk of Ectopic Pregnancy Associated With Assisted Reproductive Technology in the United States, 2001–2011. *Obstetrics and gynecology*. 2015; 125(1), 70-78.
7. Gardner D.K , P. Vella, M. Lane, et al. Culture and transfer of human blastocysts increases implantation rates and reduces the need for multiple embryo transfers. *Fertil Steril*. 1998; 69(1), 84-8.
8. B. S. Shapiro, S. T. Daneshmand, L. De Leon, et al. Frozen-thawed embryo transfer is associated with a significantly reduced incidence of ectopic pregnancy. *Fertil Steril*. 2012; 98(6), 1490-4.