

# SO SÁNH THÔNG VÒI TỬ CUNG SAU ĐIỀU TRỊ CHỮA NGOÀI TỬ CUNG BẰNG METHOTRAXATE

VƯƠNG TIẾN HÒA, TRẦN CHIẾN THẮNG

## TÓM TẮT

160 bệnh nhân CNTC chưa vỡ được chia làm 2 nhóm, mỗi nhóm 80 bệnh nhân đã được điều trị bằng MTX đơn liều và phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện phụ sản trung ương được nghiên cứu theo phương pháp can thiệp tiên cứu so sánh 2 nhóm. Kết quả nghiên cứu như sau:

Tỷ lệ thành công chung: Nhóm MTX: là 93,75%, Nhóm PTNS: tỷ lệ thành công là 90,00%, với  $p > 0,05$ .

Kích thước khối chứa:  $\leq 2,0$  cm, tỷ lệ thành công ở hai phương pháp điều trị là như nhau.  $> 2,0$  cm tỷ lệ thành công ở phương pháp MTX cao gấp 2,71 lần so với phương pháp PTNS.

Tỷ lệ VTC tắc cùng bên (bên bị CNTC): Nhóm điều trị MTX là 28,75%; Nhóm PTNS là 22,5%.

Nồng độ  $\beta$ hCG và kích thước khối thai trước điều trị: Nồng độ  $\beta$ hCG  $\leq 1.000$  mIU/ml, tỷ lệ thông VTC ở phương pháp điều trị MTX cao hơn phương pháp PTNS. Nồng độ  $\beta$ hCG  $> 1000$  mIU/ml, tỷ lệ thông VTC ở phương pháp điều trị MTX thấp hơn phương pháp PTNS. Nồng độ  $\beta$ hCG từ  $\leq 1.000$  mIU/ml, phương pháp điều trị MTX có tỷ lệ thành công cao gấp 3,5 lần ( $3,18 < OR < 3,83$ ) so với phương pháp điều trị PTNS. Kích thước khối chứa liên quan đến độ thông cơ học của VTC ở phương pháp điều trị PTNS, kích thước càng bé độ thông cơ học của VTC càng cao.

Tiền sử CNTC: MTX có tỷ lệ thành công cao gấp 2,4 lần so với phương pháp PTNS ( $2,19 < OR < 2,63$ ).

- Tiền sử CNTC, tỷ lệ VTC tắc ở phương pháp điều trị MTX cao gấp 1,71 lần so với phương pháp PTNS.

- Tiền sử nạo hút thai: Tỷ lệ VTC tắc ở phương pháp MTX cao gấp 2,07 lần so với phương pháp PTNS ( $1,95 < OR < 2,2$ ).

- Không nạo hút thai, là yếu tố bảo vệ bị CNTC và giảm nguy cơ tắc VTC nếu bị CNTC vì tỷ lệ VTC tắc ở phương pháp MTX bằng 0,76 lần so với phương pháp PTNS ( $0,24 < OR < 2,41$ ).

**Từ khóa:** CNTC, Phẫu thuật nội soi, MTX, thông VTC, tắc VTC, kích thước túi thai.

## SUMMARY

160 cases suffering unruptured ectopic pregnancy was divided 2 groups (including 80 cases have been treated by single doses of MTX and the rest treated by laparoscopy salpingostomy). Methods are Clinical Trial study. The results following:

The rate of successes of MTC groups was 93.75%; and laparoscopy group was 90,00% with  $p > 0,05$ .

- The pregnancy sac size:  $\leq 2.0$  cm, the rate of successes of 2 MTX equal laparoscopy but the pregnancy sac  $> 2.0$  cm the rate of successes of 2

MTX was 2,71 times higher than laparoscopy salpingostomy group. The circulation of uterus tube rate of MTX group was 28,75%; laparoscopy salpingostomy group was 22.5%.

The rate of successes depends of  $\beta$ hCG concentration: of  $\beta$ hCG  $\leq 1.000$  mIU/ml, the circulation of uterus tube rate of MTX group was higher than laparoscopy salpingostomy group.  $\beta$ HCG  $> 1000$  mIU/ml, the circulation of uterus tube rate of MTX group was lower laparoscopy salpingostomy group.  $\beta$ HCG  $\leq 1.000$  mIU/ml, the rate of successes of rate of MTX group was 3.5 times higher than laparoscopy salpingostomy group ( $3.18 < OR < 3.83$ ). The gestation sac size was relative to the circulation of uterus tube. In cases have been suffered ectopic pregnancy, the rate of successes of MTX group was 2,4 times higher than laparoscopy salpingostomy group PTNS ( $2.19 < OR < 2.63$ ) but the rate of obstruction uterus tube in MTX group was 1.71 times higher than laparoscopy salpingostomy group. In cases have been suffered abortion, the rate of obstruction uterus tube in MTX group was 2,07 times higher than laparoscopy salpingostomy group ( $1.95 < OR < 2.2$ ) but non abortion was only 0.76 with  $0.24 < OR < 2.41$ .

**Conclusion:** the rate of successes and circulation of uterus tube was depended on the concentration  $\beta$  CG., gestation sac size and history suffering of EC, abortion.

**Keywords:** unruptured ectopic pregnancy, laparoscopy salpingostomy  $\beta$ hCG concentration, MTX, circulation of uterus tube, obstruction uterus tube gestation sac size.

## MỞ ĐẦU

Chửa ngoài tử cung (CNTC) đang tăng cả trong và ngoài nước. Điều trị bảo tồn vòi tử cung (VTC) bằng phẫu thuật nội soi và MTX đang được áp dụng rộng rãi trong cả nước. Mục tiêu của điều trị bảo tồn VTC là duy trì khả năng có thai trong tương lai, vì vậy điều trị bảo tồn VTC chủ yếu được chỉ định cho những người còn có nhu cầu sinh sản. Có thai phụ thuộc nhiều yếu tố nhưng điều cơ bản để có thai tự nhiên là VTC phải thông về mặt cơ học. Tuy nhiên nghiên cứu về thông VTC hầu như chưa được quan tâm, vì vậy nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu:

- So sánh tỷ lệ thông VTC trong điều trị CNTC bằng MTX và phẫu thuật nội soi.

- Mô tả một số yếu tố liên quan đến kết quả thông VTC của 2 phương pháp trên.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng là những bệnh nhân VNTC chưa vỡ

được điều trị tại BVPSTW, thời gian từ 03/2009 đến 06/2011 có kích thước thai  $\leq 3,5\text{cm}$  và nồng độ  $\beta\text{hCG}$  huyết thanh  $\leq 5.000\text{UI/L}$ .

Phương pháp nghiên cứu là *thử nghiệm lâm sàng* tiến cứu, so sánh 2 nhóm điều trị khác nhau.

**Cỡ mẫu:**

Cỡ mẫu được tính theo phương pháp nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm so sánh [36].

**Công thức tính cỡ mẫu:**

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \times (p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó: - n: Số lượng bệnh nhân cần nghiên cứu cho mỗi nhóm. -  $p_1$ : Tỷ lệ thành công của phương pháp phẫu thuật nội soi = 0,95. -  $p_2$  là tỷ lệ thành công của Methotrexat = 0,738. Thay vào công thức trên,  $n = 70$  bệnh nhân cho mỗi nhóm. Lấy thêm 10% cỡ mẫu để đảm bảo độ tin cậy. Như vậy cỡ mẫu tối đa của nghiên cứu là 77 trường hợp, thực tế nghiên cứu này chúng tôi tiến hành 80 trường hợp cho mỗi nhóm.

- Nghiên cứu được thực hiện qua 2 bước:

+ Bước 1: Từ 03/2009 - 12/2010 chọn nhóm nghiên cứu từ những bệnh nhân nhập viện tại khoa Phụ I, được chẩn đoán là CNTC thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu và tiến hành điều trị.

+ Bước 2: Từ 09/2009 - 06/2011, hẹn bệnh nhân 3 - 6 tháng sau khi xuất viện đến chụp TC - VTC và đánh giá độ thông VTC sau điều trị.

Chụp X quang chụp buồng tử cung - vòi tử cung được thực hiện tại khoa Chẩn đoán hình ảnh BVPSTW. Thời gian chụp buồng tử cung - vòi tử cung từ 3 - 6 tháng sau khi ra viện. Điều kiện chụp: sau khi sạch kinh từ 3 - 5 ngày, không viêm nhiễm đường sinh dục. Bệnh nhân được sử dụng kháng sinh 12 giờ trước khi chụp, sau chụp cho uống kháng sinh 5 ngày. Để chống hiện tượng co thắt ở TC hay VTC, trước khi chụp khoảng 30 phút, bệnh nhân được ngậm 02 viên thuốc spason 20mg.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Phân bố kích thước khối thai trên siêu âm

Bảng 1. Kích thước khối chứa theo siêu âm ngưỡng nồng độ  $\beta\text{hCG}$  huyết thanh trước điều trị

PP điều trị	MTX		PTNS		p
	n	%	n	%	
Kích thước (cm)					
$\leq 1,0$	4	5,0	2	2,5	$> 0,05$
Từ 1,1 - 2,0	35	43,75	37	46,25	$> 0,05$
Từ 2,1 - 2,5	17	21,25	17	21,25	$> 0,05$
$> 2,5$	24	30	24	30	$> 0,05$
<b>Tổng cộng</b>	80	100	80	100	
<b>Trung bình (cm)</b>	2,13 $\pm$ 0,73		2,1 $\pm$ 0,69		$> 0,05$

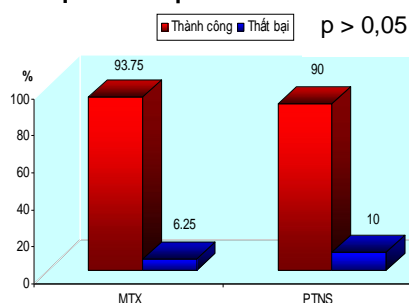
- Kích thước khối chứa từ 1,1- 2,0 cm chiếm tỷ lệ cao nhất 43,75% ở nhóm MTX và 46,25% ở nhóm PTNS. Kích thước khối chứa  $\leq 1,0\text{cm}$  ở nhóm MTX chiếm 5,0% và ở nhóm PTNS chiếm 2,5%.

Bảng 2. Phân bố ngưỡng nồng độ  $\beta\text{hCG}$  huyết thanh trước điều trị

PP điều trị	MTX		PTNS		p
	n	%	n	%	
$\beta\text{hCG}$ (mIU/ml)					
$\leq 500$	7	8,75	7	8,75	$> 0,05$
Từ 501 - 1000	15	18,75	13	16,25	$> 0,05$
Từ 1001 - 2000	22	27,5	25	31,25	$> 0,05$
Từ 2001 - 3000	9	11,25	9	11,25	$> 0,05$
$\geq 3001$	27	33,75	26	32,5	$> 0,05$
<b>Nồng độ <math>\beta\text{hCG}</math> TB</b>	2208 $\pm$ 1530		2250 $\pm$ 1493		$> 0,05$

- Nồng độ  $\beta\text{hCG}$  trước khi điều trị  $\geq 3001\text{mIU/ml}$  chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm điều trị MTX và PTNS tương ứng là 33,75% và 32,5%, nồng độ  $\beta\text{hCG} < 500\text{mIU/ml}$  chiếm tỷ lệ thấp nhất 8,75% cho cả 2 nhóm. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

## 2. Kết quả điều trị



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ thành công**

- Trong nhóm điều trị MTX: Tỷ lệ thành công là 93,75%, thất bại chiếm 6,25%. Nhóm PTNS: tỷ lệ thành công là 90,00%, thất bại chiếm 10%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**Bảng 3. Tỷ lệ thông cơ học của VTC**

Tinh trạng VTC	PP điều trị	MTX		PTNS		Tổng số	p
		n	%	n	%		
VTC cùng bên	Thông	57	71,25	62	77,5	119	$> 0,05$
	Tắc	23	28,75	18	22,5		
VTC bên đối	Thông	69	86,25	73	91,25	142	$> 0,05$
	Tắc	11	13,75	7	8,75		

Tỷ lệ VTC tắc cùng bên ở nhóm điều trị MTX là 28,75%, ở nhóm PTNS là 22,5%, tỷ lệ VTC tắc bên đối diện ở nhóm MTX là 13,75% và ở nhóm PTNS là 8,75%. Trong đó có 6 trường hợp tắc 2 bên ở nhóm điều trị MTX và 4 trường hợp ở nhóm PTNS. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Bảng 4. Liên quan giữa nồng độ  $\beta\text{hCG}$  trước điều trị và kết quả điều trị thành công ở hai phương pháp

PP điều trị	MTX		PTNS		Tổng số	p
	n	%	n	%		
Tinh trạng VTC						
$\leq 500$	7	100	6	85,71	13	3,5
Từ 501 - 1000	14	93,33	10	76,92		
Từ 1001	20	90,91	24	96	44	0,58

- 2000						0,52<OR<0,65
Từ 2001 - 3000	8	88,89	8	88,89	15	
≥ 3001	26	96,3	24	92,31	51	2,17 1,91<OR<2,47
<b>Tổng</b>	<b>75</b>	<b>93,75</b>	<b>72</b>	<b>90</b>	<b>147</b>	

- Ở các trường hợp có nồng độ βhCG từ ≤ 1.000 mIU/ml, phương pháp điều trị MTX có tỷ lệ thành công cao gấp 3,5 lần (3,18<OR<3,83) so với phương pháp điều trị PTNS. Nồng độ βhCG từ 1001 – 3000 mIU/ml, phương pháp điều trị MTX có tỷ lệ thành công thấp hơn so với phương pháp điều trị PTNS, OR = 0,58 (0,52<OR<0,65).

Nồng độ βhCG có liên quan đến kết quả điều trị của hai phương pháp: nồng độ βhCG ≤ 1000mIU/ml và ≥ 3001 mIU/ml, tỷ lệ thành công ở phương pháp điều trị MTX cao hơn so với PTNS; nồng độ βhCG từ 1.001 – 3.000 mIU/ml, phương pháp PTNS có tỷ lệ thành công cao hơn phương pháp điều trị MTX.

Bảng 6. Liên quan giữa tiền sử CNTC và kết quả điều trị.

Tiền sử CNTC	MTX		PTNS		Tổng số	OR 95% CI
	Thành công	Thất bại	Thành công	Thất bại		
Có	12 (92,3%)	1 (7,7%)	10 (83,33)	2 (16,67)	25	2,4 2,19<OR<2,63
Không	63 (94,03)	4 (5,97)	62 (91,18)	6 (8,82)	135	1,52 1,37<OR<1,7
<b>Tổng số</b>	<b>75</b>	<b>5</b>	<b>72</b>	<b>8</b>	<b>160</b>	
<b>OR CI 95%</b>	1,31 1,17<OR<1,47		2,07 1,89<OR<2,26			

- Phương pháp điều trị MTX: Tỷ lệ thất bại ở các trường hợp có tiền sử CNTC cao gấp 1,31 lần các trường hợp không có tiền sử CNTC (1,17<OR<1,47).

- Phương pháp PTNS: Tỷ lệ thất bại ở các trường hợp có tiền sử CNTC cao gấp 2,07 lần các trường hợp không có tiền sử CNTC (1,89<OR<2,26).

- Các trường hợp có tiền sử CNTC: Phương pháp điều trị MTX có tỷ lệ thành công cao gấp 2,4 lần so với phương pháp PTNS (2,19<OR<2,63).

Bảng 7. Liên quan giữa tiền sử nạo hút thai và VTC tác ở 2 phương pháp điều trị

Tiền sử nạo hút thai	n	MTX		PTNS		OR 95% CI
		n	%	n	%	
Có	23	16	43,24	7	26,92	2,07 1,95<OR<2,2
Không	18	7	16,28	11	20,37	0,76 0,24<OR<2,41
<b>Tổng cộng</b>	<b>41</b>	<b>23</b>	<b>28,75</b>	<b>18</b>	<b>22,5</b>	

- Trong các trường hợp có tiền sử nạo hút thai, tỷ lệ VTC tác ở phương pháp MTX cao gấp 2,07 lần so với phương pháp PTNS (1,95<OR<2,2). Trong các trường hợp không có tiền sử nạo hút thai, tỷ lệ VTC tác ở phương pháp MTX bằng 0,76 lần so với phương pháp PTNS (0,24<OR<2,41).

Những người có tiền sử nạo hút thai, tỷ lệ VTC

Bảng 5. Liên quan giữa kích thước khối chửa và kết quả điều trị thành công ở hai phương pháp

PP điều trị	MTX		PTNS		Tổng số	OR 95% CI
	n	%	n	%		
Kích thước (cm) ≤ 2,0	36	92,31	36	92,31	39	1,0 2,71 2,43<OR<3,02
> 2,0	39	95,12	36	87,8	41	
<b>Tổng cộng</b>	<b>75</b>	<b>93,75</b>	<b>72</b>	<b>90</b>	<b>80</b>	

- Ở các trường hợp kích thước khối chửa ≤ 2,0cm, tỷ lệ thành công ở hai phương pháp điều trị là như nhau. Ở các trường hợp kích thước khối chửa > 2,0cm tỷ lệ thành công ở phương pháp MTX cao gấp 2,71 lần so với phương pháp PTNS.

tác ở phương pháp điều trị MTX cao gấp 2,07 lần so với phương pháp PTNS.

Bảng 8. Liên quan giữa tiền sử CNTC và VTC tác ở hai phương pháp điều trị

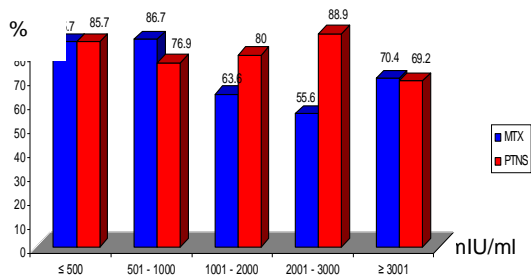
Tiền sử CNTC	MTX		PTNS		Tổng số	OR 95% CI
	n	%	n	%		
Có	6	46,15	4	33,33	10	1,71 1,62<OR<1,82
Không	17	25,37	14	20,59	31	1,31 0,55<OR<3,17
<b>Tổng</b>	<b>23</b>	<b>28,75</b>	<b>18</b>	<b>22,5</b>	<b>41</b>	

Trong các trường hợp có tiền sử CNTC, tỷ lệ VTC tác ở phương pháp MTX cao gấp 1,71 lần so với phương pháp PTNS (1,62<OR<1,82). Trong các trường hợp không có tiền sử CNTC, tỷ lệ VTC tác ở phương pháp MTX cao gấp 1,31 lần so với phương pháp PTNS.

Ở những người có tiền sử CNTC, tỷ lệ VTC tác ở phương pháp điều trị MTX cao gấp 1,71 lần so với phương pháp PTNS.

Ở các trường hợp nồng độ βhCG ≥ 3001mIU/ml, VTC thông chiếm tỷ lệ thấp nhất 69,23%, cao hơn so với các trường hợp có nồng độ βhCG ≥ 3001mIU/ml.

Nồng độ βhCG trước điều trị và VTC thông cơ học ở các trường hợp thành công.



**Biểu đồ 1** Nồng độ βhCG trước điều trị và VTC thông cơ học ở các trường hợp thành công

Nồng độ βhCG ≤ 1.000mIU/ml, tỷ lệ thông VTC ở phương pháp điều trị MTX cao hơn phương pháp PTNS. Nồng độ βhCG > 1000mIU/ml, tỷ lệ thông VTC ở phương pháp điều trị MTX thấp hơn phương pháp PTNS.

Nồng độ βhCG trước điều trị liên quan đến độ thông cơ học của VTC giữa 2 phương pháp điều trị.

Kích thước khối chứa liên quan đến độ thông cơ học của VTC ở phương pháp điều trị PTNS, kích thước càng bé độ thông cơ học của VTC càng cao.

## BÀN LUẬN

### 1. Đánh giá độ thông cơ học của VTC

Việc đánh giá hiệu quả của điều trị bảo tồn VTC không chỉ ở khía cạnh đánh giá kết quả tỷ lệ thành công hay thất bại của từng phương pháp điều trị, đó mới chỉ là việc đánh giá ban đầu của quá trình điều trị bảo tồn VTC. Mục đích của việc bảo tồn VTC không chỉ dừng lại ở khía cạnh là có giữ được VTC hay phải cắt bỏ mà cần phải đánh giá được VTC còn giữ được chức năng của nó hay không nghĩa là VTC còn thông hay đã tắc. Nếu VTC tắc sau điều trị bảo tồn cũng đồng nghĩa với việc chúng ta đã điều trị thất bại. Mục đích cuối cùng của việc điều trị bảo tồn VTC là tình trạng có thai tự nhiên sau điều trị.

Việc xác định thời gian để chụp TC - VTC sau điều trị bảo tồn thì còn rất ít tác giả đề cập đến. Nguyễn Văn Học [1], Đinh Bích Thủy [2], Trần Quốc Việt [3] lấy mốc thời gian là từ 3 - 6 tháng sau điều trị. Tác giả Elito JR và cộng sự khuyến nghị nên tiến hành chụp TC - VTC sau khi điều trị từ 3 - 6 tháng vì thời gian này khối chứa đã biến mất trên hình ảnh siêu âm. Tác giả cũng đề nghị có thể chụp TC - VTC sau mổ 8 tuần hoặc khi nào BN quyết định muốn có thai. Vũ Văn Du lấy mốc thời gian sau mổ là 3 tháng với lý do là sau mổ thời gian càng dài thì tỷ lệ dính sau mổ càng cao[4]. De Cheney trong 61 trường hợp mổ nội soi lần 2 kiểm tra thấy tỷ lệ dính tăng lên theo thời gian từ 15% trong 4 tháng đầu đến 63% trong 16 - 19 tháng. Mingos và cộng sự đã cho chụp TC - VTC cho các bệnh nhân sau mổ 2 năm thấy tỷ lệ tắc VTC là 40%.

Qua các nghiên cứu đã nêu ở trên và dựa vào điều kiện thực tiễn hiện có ở Việt Nam, chúng tôi chọn phương pháp chụp TC - VTC để đánh giá độ thông cơ học của VTC với *mốc thời gian là từ 3 - 6 tháng* với lý do đó là thời gian để khối chứa biến mất

trên siêu âm, chức năng sinh lý của VTC trở lại bình thường và giảm sự tăng dính sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, thời gian chụp sớm nhất là 3 tháng và muộn nhất là 12 tháng.

### 2. Kết quả chụp TC - VTC

Tỷ lệ VTC thông cùng bên ở nhóm MTX là 71,25%, ở nhóm PTNS là 77,5%, tỷ lệ VTC thông bên đối ở nhóm MTX là 86,25%, ở nhóm PTNS là 91,25%. Như vậy, tỷ lệ VTC thông cơ học ở phương pháp PTNS cao hơn so với phương pháp điều trị MTX, tuy nhiên sự khác biệt này là không đáng kể. Kết quả nghiên cứu của tôi cũng giống với các kết quả của Nguyễn Văn Học[1], trong 77 ca chụp TC - VTC thấy tỷ lệ thông bên có khối chứa là 74%, tỷ lệ tắc là 26%. Đỗ Bình Trí [7] đã theo dõi 25 trường hợp chụp TC - VTC trong tổng số 116 ca điều trị PTNS bảo tồn VTC thấy tỷ lệ VTC thông cùng bên là 40%, tỷ lệ tắc chiếm 60%. Vì là nghiên cứu hồi cứu nên tác giả cũng không bàn luận về các yếu tố làm tăng tỷ lệ tắc VTC sau phẫu thuật. Trần Quốc Việt chụp phim TC - VTC cho 380 trường hợp; trong đó CNTT có 50 trường hợp, thấy tắc 1 bên chiếm tỷ lệ 46,6%, tắc bên phải chiếm 61% và bên trái 39% [3].

Vũ Văn Du lại có kết quả nghiên cứu thấp hơn chúng tôi, tỷ lệ thông VTC cùng bên trong điều trị bằng phương pháp PTNS là 64,9% và lệ thông VTC bên đối là 81,7% [4], sự khác nhau này có thể do cách lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu. Vũ Văn Du đã lựa chọn các trường hợp có nồng độ βhCG < 20,000 mIU/ml vào nghiên cứu, tác giả cũng chỉ rõ là nồng độ βhCG càng thấp, đặc biệt khi nồng độ βhCG < 300 mIU/ml có tỷ lệ thông VTC 100%, còn lại khi nồng độ βhCG càng cao, tỷ lệ thông VTC sau mổ càng giảm. Kết quả của chúng tôi cao hơn của Hajenius: trong nhóm điều trị bằng MTX, thông VTC cùng bên trong nhóm MTX là 23 trường hợp (chiếm 55%), trong nhóm PTNS là 23 trường hợp (chiếm 59%) và thấp hơn của Stovall - Ling, tỷ lệ thông cùng bên là 82,3% [12].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 trường hợp trong nhóm điều trị MTX khi chụp phim thấy VTC bên chứa thông, VTC bên đối diện bị tắc và 2 trường hợp này sau đó đã có thai lại. Nguyễn Văn Học cũng đã ghi nhận 1 trường hợp tương tự, đây là bằng chứng để khẳng định sự phục hồi chức năng sinh lý của VTC sau điều trị bảo tồn VTC bằng MTX [1].

### 3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

#### *Liên quan giữa nồng độ βhCG và kích thước khối chứa trước điều trị và kết quả điều trị*

Nồng độ βhCG ≥ 3001 mIU/ml, tỷ lệ thành công ở phương pháp MTX cao gấp 2,17 lần so với phương pháp PTNS. Nồng độ βhCG ≤ 1000 mIU/ml, tỷ lệ thành công ở nhóm MTX là 93,33% cao gấp 3,5 lần so với phương pháp PTNS (tỷ lệ thành công là 80%, 3,19<OR<3,84). Nồng độ βhCG từ 1001 - 3000 mIU/ml, tỷ lệ thất bại ở nhóm MTX là 9,68% cao gấp 1,72 lần so với phương pháp PTNS (tỷ lệ thất bại là 5,88%, 1,54<OR<1,91). Như vậy, nồng độ càng thấp việc điều trị bằng phương pháp MTX sẽ có hiệu quả

hơn so với phương pháp PTNS. Kết quả này có thể do nồng độ  $\beta$ hCG thấp thuốc sẽ có hiệu quả hơn các trường hợp có nồng độ  $\beta$ hCG cao hơn, còn trong PTNS khi nồng độ  $\beta$ hCG thấp thì kích thước khối chứa bé nên trong quá trình phẫu thuật khi lấy khối chứa các gai rau dễ sót lại nên tỷ lệ thất bại sẽ cao hơn.

Nghiên cứu của tôi giống với nghiên cứu của Vũ Văn Du, các trường hợp có nồng độ  $\beta$ hCG  $\leq$  500 mIU/ml, tỷ lệ thành công là 100%, nồng độ  $\beta$ hCG càng cao, tỷ lệ thành công càng giảm [4]. Nghiên cứu của Tạ Thị Thanh Thủy cũng cho thấy nồng độ  $\beta$ hCG trước mổ có liên quan chặt chẽ với biến chứng nguyên bào nuôi tồn tại sau mổ bảo tồn VTC. Nếu  $\beta$ hCG trước mổ  $>$  500 mIU/ml thì nguy cơ bị biến chứng tăng từ 2,9 – 5,9 lần so với nhóm chứng [9].

Qua nghiên cứu trên chúng tôi rút ra kết luận: Nồng độ  $\beta$ hCG  $\leq$  1000 mIU/ml và  $>$  3001 mIU/ml nên điều trị MTX, nồng độ  $\beta$ hCG từ 1001 – 3000 mIU/ml nên điều trị PTNS.

Phương pháp điều trị MTX, kích thước khối chứa  $\leq$  2,0 cm có tỷ lệ thành công là 92,31%, kích thước khối chứa  $>$  2,0 cm có tỷ lệ thành công là 95,12%. Trong phương pháp PTNS, kích thước khối chứa  $\leq$  2,0 cm có tỷ lệ thành công là 92,31%, kích thước khối chứa  $>$  2,0 cm có tỷ lệ thành công là 87,8%. Như vậy, kích thước khối chứa càng lớn thì tỷ lệ thất bại càng cao. Điều này được giải thích do kích thước lớn dễ có nguy cơ vỡ VTC, khối thai đang phát triển mạnh nên phẫu thuật rất dễ sót gai rau.

Trong nghiên cứu của tôi cũng có kết luận như nghiên cứu của Vũ Văn Du, nhóm chiều rộng khối chứa  $\leq$  2 cm, tỷ lệ nguyên bào nuôi tồn tại là 8,6%, trong khi ở nhóm chiều rộng khối chứa  $>$  2 cm, tỷ lệ nguyên bào nuôi tồn tại là 13,3%. Nghiên cứu của tôi khác với các nghiên cứu của Kazandi [10], Martin C. Sowter thấy rằng kích thước khối chứa  $<$  2cm thì tỷ lệ thất bại cao hơn các trường hợp có kích thước  $\geq$  2cm do không lấy hết NBN sau mổ [11].

#### **Liên quan giữa tiền sử nạo hút thai và VTC tắc ở 2 phương pháp điều trị**

Trong các trường hợp có tiền sử nạo hút thai, tỷ lệ VTC tắc ở phương pháp MTX cao gấp 2,07 lần so với phương pháp PTNS (1,95<OR<2,2). Trong các trường hợp không có tiền sử nạo hút thai, tỷ lệ VTC tắc ở phương pháp MTX bằng 0,76 lần so với phương pháp PTNS (0,24<OR<2,41).

Những người có tiền sử nạo hút thai, tỷ lệ VTC tắc ở phương pháp điều trị MTX cao gấp 2,07 lần so với phương pháp PTNS.

#### **Liên quan giữa tiền sử CNTC và VTC tắc ở hai phương pháp điều trị**

Trong các trường hợp có tiền sử CNTC, tỷ lệ VTC tắc ở phương pháp MTX cao gấp 1,71 lần so với phương pháp PTNS (1,62<OR<1,82). Trong các trường hợp không có tiền sử CNTC, tỷ lệ VTC tắc ở phương pháp MTX cao gấp 1,31 lần so với phương pháp PTNS.

Ở những người có tiền sử CNTC, tỷ lệ VTC tắc ở phương pháp điều trị MTX cao gấp 1,71 lần so với

phương pháp PTNS.

### **KẾT LUẬN**

Tỷ lệ thành công chung: Nhóm MTX: là 93,75%, Nhóm PTNS: tỷ lệ thành công là 90,00%, với  $p >$  0,05.

#### **1. Kích thước khối chứa**

$\leq$  2,0 cm, tỷ lệ thành công ở hai phương pháp điều trị là như nhau.

$>$  2,0 cm tỷ lệ thành công ở phương pháp MTX cao gấp 2,71 lần so với phương pháp PTNS.

#### **2. Nồng độ $\beta$ hCG**

-  $\beta$ hCG  $\leq$  1.000mIU/ml và  $\geq$  3.001 mIU/ml, tỷ lệ thành công ở phương pháp điều trị MTX cao hơn so với PTNS;

-  $\beta$ hCG từ 1.001 – 3.000 mIU/ml, phương pháp PTNS có tỷ lệ thành công cao hơn phương pháp điều trị MTX.

#### **3. Tỷ lệ VTC tắc cùng bên (bị CNTC)**

Nhóm điều trị MTX là 28,75%,

Nhóm PTNS là 22,5%.

#### **4. Nồng độ $\beta$ hCG và kích thước khối thai trước điều trị**

Nồng độ  $\beta$ hCG  $\leq$  1.000mIU/ml, tỷ lệ thông VTC ở phương pháp điều trị MTX cao hơn phương pháp PTNS.

- Nồng độ  $\beta$ hCG  $>$  1000mIU/ml, tỷ lệ thông VTC ở phương pháp điều trị MTX thấp hơn phương pháp PTNS.

- Ở các trường hợp có nồng độ  $\beta$ hCG từ  $\leq$  1.000 mIU/ml, phương pháp điều trị MTX có tỷ lệ thành công cao gấp 3,5 lần (3,18<OR<3,83) so với phương pháp điều trị PTNS.

- Kích thước khối chứa liên quan đến độ thông cơ học của VTC ở phương pháp điều trị PTNS, kích thước càng bé độ thông cơ học của VTC càng cao.

#### **5. Tiền sử CNTC và nạo hút thai**

- Tiền sử CNTC: phương pháp điều trị MTX có tỷ lệ thành công cao gấp 2,4 lần so với phương pháp PTNS (2,19<OR<2,63).

- Tiền sử CNTC, tỷ lệ VTC tắc ở phương pháp điều trị MTX cao gấp 1,71 lần so với phương pháp PTNS.

- Tiền sử nạo hút thai: Tỷ lệ VTC tắc ở phương pháp MTX cao gấp 2,07 lần so với phương pháp PTNS (1,95<OR<2,2).

- Không nạo hút thai, là yếu tố bảo vệ bị CNTC và giảm nguy cơ tắc VTC nếu bị CNTC vì tỷ lệ VTC tắc ở phương pháp MTX bằng 0,76 lần so với phương pháp PTNS (0,24<OR<2,41).

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Văn Học (2005), "Nghiên cứu sử dụng methotrexat trong điều trị chứa ngoài tử cung chưa vỡ tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng", Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.

2. Đinh Bích Thủy (2009), "Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến vô sinh do tắc vòi tử cung và nhận xét kết quả những phương pháp can thiệp phẫu thuật làm thông vòi tử cung", Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

3. Trần Quốc Việt (2004), "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh tắc vòi trứng trên phim chụp tử cung vòi trứng có đối chiếu với phẫu thuật nội soi ổ bụng", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Vũ Văn Du (2011), "Nghiên cứu điều trị bảo tồn vòi tử cung trong chữa ngoài tử cung chưa vỡ bằng phẫu thuật nội soi". Luận án Tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. F.Lecuru; F.Robin; P.Bernard et al (2004), "Single-dose methotrexate for unruptured ectopic pregnancy", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol 84, Issue 3, pp 271 – 272.
6. Gary H. Lipscomb; Norman L et al (2002), "Oral methotrexate for treatment of ectopic pregnancy", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol 186, Issue 6, June 2002, pp 1192 - 1195.
7. Đỗ Bình Trí (2008), "Nghiên cứu điều trị chữa ngoài tử cung bằng phẫu thuật nội soi bảo tồn vòi tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. Vũ Thanh Vân (2006), "Đánh giá hiệu quả của methotrexat trong điều trị chữa ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ sản Trung ương". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú các Bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
9. Tạ Thị Thanh Thủy (2006), "Tác dụng của methotrexate trên sự thay đổi  $\beta$ hCG sau mổ bảo tồn thai ngoài tử cung", *Nghiên cứu Y học, Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 10, số 2, tr. 100 - 104.
10. Kazandi M; Turan V (2011), "Ectopic pregnancy: risk factors and comparison of intervention success rates in tubal ectopic pregnancy", *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, Vol 38, (1), pp 67 - 70.
11. Mark Pearlman; Judith E. Tintinalli; Pamela L. Dyne (2003), "Ectopic Pregnancy", *Obstetric & gynecologic emergencies: diagnosis and management*, pp 217 - 225.
12. Stovall T; Ling F (1993), "Methotrexat treatment of un-ruptured ectopic pregnancy: A report of 100 cases", *Obstet Gynecol*, Vol 168, pp 1759- 1765.