

KẾT QUẢ SINH SẢN SAU MỔ NỘI SOI ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VÒI TỬ CUNG Ở NHỮNG BỆNH NHÂN BỊ CHỮA NGOÀI TỬ CUNG TẠI VÒI TỬ CUNG

VŨ VĂN DU - Bệnh viện phụ sản trung ương
VƯƠNG TIẾN HOÀ - Trường đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT:

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá về độ thông cơ học của vòi tử cung và chức năng sinh sản sau mổ nội soi bảo tồn vòi tử cung ở những trường hợp chữa ngoài tử cung tại vòi tử cung.

Thiết kế và phương pháp: Thử nghiệm lâm sàng không có nhóm chứng. 120 trường hợp chữa ngoài tử cung chưa vỡ được điều trị bằng soi ổ bụng bảo tồn vòi tử cung từ 2007 đến 2009 tại bệnh viện phụ sản trung ương. Tiêu chuẩn chọn: Huyết động ổn định, nồng độ β hCG <20.000mIU/ml, kích thước khối chứa <6cm, bệnh nhân có nhu cầu sinh đẻ trong tương lai.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ có thai tự nhiên trong buồng tử cung là 40,8% với thời gian theo dõi ít nhất là 12 tháng và thời gian theo dõi dài nhất là 24 tháng. Tỷ lệ có thai tự nhiên xảy ra trong vòng 12 tháng đầu tiên là 94,8%. Tỷ lệ CNTC nhắc lại là 7,5% với thời gian theo dõi ngắn nhất là 12 tháng và dài nhất là 24 tháng, trong đó CNTC nhắc lại cùng bên chữa là 77,8% và bên đối diện là 22,2%. Tỷ lệ thông cơ học VTC bên mổ bảo tồn là 64,9%, tỷ lệ tắc VTC cơ học bên mổ bảo tồn là 35,1%.

Kết luận: Thông VTC bên mổ chiếm tỷ lệ 64,9%, tắc VTC bên mổ chiếm tỷ lệ 35,1%. Tỷ lệ có thai trong tử cung là 40,8%. Tỷ lệ CNTC nhắc lại trong nghiên cứu này là 7,5%.

Từ khóa: vòi tử cung, sinh sản, chữa ngoài tử cung

SUMMARY

Objectives: To evaluate tubal patency and Reproductive outcome after laparoscopic conservative suregy for tubal pregnancy.

Design and Method: uncontrolled clinical trials. 120 patients with unruptured ectopic pregnancy treated between 2007 and 2009 by laparoscopic at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. The inclusion criteria for treatment : hemodynamic stability, β hCG levels less than 20.000mIU/ml, and adnexal mass of 6cm or less in diameter and the patients desire for a

future pregnancy and the patients consent to participate in the study obtained through a signed document approved by the institutional ethical committee.

Result(s): Patency of the ipsilateral tube was observed in 72 of 120cases (64.9%) and the obstruction rate of the ipsilateral tube was 35.1% (48/120). Our study shows that there were no postoperative complication or returns to theatre.

In a mean follow-up period of months, 7.5% of 120 women with a history of ectopic pregnancy had a repeat ectopic pregnancy and 40.8% Of 120 had intrauterine pregnancies.

Conclusion(s): The rate of the tube patency is 64,9%.

The rate of intrauterine pregnancy is 40,8%.

The rate of repeat ectopic pregnancy is 7,5%.

Key Words: ectopic pregnancy, tubal patency, intrauterine pregnancy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chữa ngoài tử cung là hiện tượng trứng thụ tinh làm tổ bên ngoài buồng tử cung. Cứ 15 trường hợp tử vong mẹ liên quan đến thai nghén trong 3 tháng đầu thì có 11 trường hợp do nguyên nhân CNTC. Nói chung, tử vong do CNTC chiếm 10% các trường hợp tử vong mẹ và có từ 20-60% phụ nữ bị vô sinh sau khi bị CNTC. Tuổi, tiền sử vô sinh, tiền sử CNTC hoặc tổn thương VTC làm giảm khả năng sinh sản của bệnh nhân.

Ngày nay, nhờ chẩn đoán sớm nên chữa ngoài tử cung có thể được điều trị bằng cách bảo tồn vòi tử cung, mang lại nhiều cơ may cho người bệnh, nhất là những trường hợp chỉ còn một vòi tử cung.

Mục tiêu nghiên cứu:

Đánh giá về độ thông cơ học của vòi tử cung và chức năng sinh sản sau mổ nội soi bảo tồn vòi tử cung ở những trường hợp chữa ngoài tử cung tại vòi tử cung.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu :

❖ Kích thước khối chứa được đánh giá lúc nội soi <6 cm.

❖ Khối chứa ở vị trí đoạn bóng còn nguyên vẹn hoặc rỉ máu

❖ Nồng độ βhCG trước mổ < 20.000mIU/ml.

Tiêu chuẩn loại trừ

❖ Các trường hợp chống chỉ định của nội soi ổ bụng.

❖ Kích thước khối chứa ≥ 6cm.

❖ βhCG trước mổ ≥ 20.000mIU/ml.

❖ Dính nhiều ở vùng tiểu khung.

2.Thiết kế nghiên cứu

Là nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng.

3. Phương pháp chọn mẫu: Công thức tính cỡ mẫu

$$N = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{pq}{d^2}$$

N là cỡ mẫu trong nghiên cứu.

Chọn $Z(1 - \alpha/2) = 1,96$ tương ứng với $\alpha = 0.05$.

P : tỷ lệ điều trị thành công chứa ngoài tử cung chưa vỡ bằng phẫu thuật nội soi là 93,4 % (Michael J.Heard và John E. Buster)

q = 1 - p ; d = ε x p với ε là tỷ lệ sai lệch nghiên cứu so với thực tế (ε= 0, 05), d là độ chính xác tuyệt đối và ε là độ chính xác tương đối).

Thay số liệu vào công thức trên ta được N=108

Như vậy số bệnh nhân tối thiểu cần cho nghiên cứu là 108 trường hợp.

Chúng tôi lấy thêm 10% cỡ mẫu để đảm bảo độ tin cậy trong nghiên cứu. Như vậy cỡ mẫu tối đa của nghiên cứu là 118 trường hợp, thực tế nghiên cứu này tiến hành trên 120 trường hợp.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Kết quả sau mổ

Kết quả sau mổ		Tần suất	Tỷ lệ %
Chụp tử cung-vòi tử cung	Thông vòi tử cung bên mổ	72	64,9
	Tắc vòi tử cung bên mổ	48	35,1
Thai nghén sau mổ	Thai trong tử cung	49	40,8
	Chứa ngoài tử cung nhắc lại	9	7,5
	Chưa có thai	62	51,7

Bảng 2: Chứa ngoài tử cung nhắc lại

CNTC nhắc lại	Tần suất	Tỷ lệ %
Bên đối diện	2	22,2
Bên bảo tồn	7	77,8
Tổng số	9	100

Bảng 3: Thời gian có thai lại

Thời gian có thai lại	Tần suất	Tỷ lệ %
< 6 tháng	27	46,5
6-12 tháng	28	48,3
>12 tháng	3	5,2
Tổng số	58	100

Bảng 4: Đặc điểm của những trường hợp chưa có thai lại

Lý do chưa có thai lại	Tần suất	Tỷ lệ %
Bỏ chồng	6	9,7
Áp dụng BPTT	16	25,8
Thất sự chưa có thai lại	40	64,5
Tổng số	62	100

BÀN LUẬN

Kết quả chụp tử cung-vòi tử cung sau mổ nội soi bảo tồn.

Theo kết quả của bảng 1 : trong số 120 trường hợp được chụp TC-VTC, có 72 trường hợp thông VTC bên mổ chiếm tỷ lệ 64,9%, còn lại 48 trường hợp tắc VTC bên mổ chiếm tỷ lệ 35,1%, điều này có thể được giải thích là do sự hình thành dính hoặc tái dính sau mổ. Thời gian chụp tử cung-vòi tử cung sớm nhất là 3 tháng, muộn nhất là 12 tháng sau khi ra viện, thời gian chụp TC-VTC trung bình là 3,4 tháng sau ra viện. Trên thực tế, nhiều trường hợp, trên phim chụp TC-VTC có dấu hiệu tắc VTC nhưng khi mổ nội soi, bơm xanh mê-ty-len thì VTC lại thông, điều này chỉ có thể là do có hiện tượng co thắt VTC làm tắc tạm thời hoặc do chúng ta bơm thuốc chưa đủ áp lực nên thuốc cũng không vào đến ổ bụng được. Chính vì vậy chúng tôi đã đưa ra kiến nghị nên sử dụng thuốc chống co thắt trước khi tiến hành chụp TC-VTC.

Kết quả thai nghén sau mổ nội soi bảo tồn VTC

Theo kết quả của bảng 3: thời gian có thai sớm nhất là 5 tháng, muộn nhất là 21 tháng, trung bình là 7,8 tháng. Ở khoảng thời gian < 6 tháng có 27 trường hợp có thai chiếm 46,5%; từ 6-12 tháng có 28 trường hợp có thai chiếm 48,3% và trên 12 tháng có 3 trường hợp mang thai chiếm 5,2%. Nếu tính gộp lại thì tỷ lệ có thai trong vòng 12 tháng là 94,8%. Như vậy thời gian có thai tự nhiên chủ yếu xảy ra trước 12 tháng, do đó việc chúng tôi quyết định lấy mốc thời gian 12 tháng theo dõi đối với bệnh nhân cuối cùng là hợp lý. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với quy định của Tổ chức y tế thế giới về vấn đề vô sinh. Nghiên cứu này cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả khác. Vấn đề đặt ra là sau CNTC chúng ta nên theo dõi sự có thai tự nhiên trong bao lâu là hợp lý? Trong nghiên cứu này, sau thời gian 12 tháng chỉ có 3 trường hợp có thai trong tổng số 58 trường hợp có thai chiếm tỷ lệ 5,1%, trong khi trước 12 tháng có 55 trường hợp đã có thai trong tổng số 58 trường hợp có thai chiếm tỷ lệ 94,9%. Như vậy, 1 vấn đề đặt ra là có nên theo dõi sự có thai tự nhiên quá 12 tháng hay không, theo chúng tôi, chúng ta không nên tiếp tục theo dõi sau 12 tháng vì bản thân CNTC đã là 1 nguyên nhân gây vô sinh cho 20-60% các trường hợp và mốc thời gian 12 tháng đã được Tổ chức y tế thế giới coi là mốc cần can thiệp về vô sinh. Tồn thương VTC có thể đã được hình thành từ khi bệnh nhân mong muốn có thai hoặc trước đó. Vì vậy, thời gian mong muốn có thai càng dài thì tổn thương VTC có lẽ đã diễn biến ngày càng nặng lên. Với thời gian theo dõi ngắn nhất là 12 tháng, thời gian theo dõi dài nhất là 24 tháng, tỷ lệ có thai trong TC là 40,8%, tỷ lệ CNTC nhắc lại là 7,5%, còn lại 51,7% tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu vẫn chưa có thai, tuy nhiên theo kết quả của bảng 4, trong số 62 trường hợp chưa có thai lại tính đến thời điểm kết

thức nghiên cứu thì có 6 trường hợp bỏ chông, chiếm 9,7%; 16 trường hợp áp dụng biện pháp tránh thai chiếm 25,8% thực sự chỉ có 40 trường hợp thực sự chưa có thai chiếm tỷ lệ 64,5%. Như vậy nếu thực sự tính tỷ lệ có thai trên nhóm bệnh nhân thực sự mong muốn có thai trong thời gian chúng tôi tiến hành nghiên cứu thì có lẽ tỷ lệ có thai sẽ cao hơn, nhưng để đảm bảo tính logic và tránh nhầm lẫn chúng tôi vẫn tính mẫu số bao gồm cả những trường hợp bỏ chông hoặc đang áp dụng biện pháp tránh thai tính đến thời điểm nghiên cứu vì vậy, nếu so với các tác giả khác thì tỷ lệ thai trong TC của chúng tôi thấp hơn, còn tỷ lệ CNTC nhắc lại thì cũng tương tự. Tính đến hiện nay, theo NCS được biết, số lượng bệnh nhân lớn nhất trong nghiên cứu về mổ nội soi bảo tồn VTC có lẽ là của 2 tác giả Michael J. Heard và John E. Buster thực ra đây là 1 nghiên cứu tổng hợp của nhiều nghiên cứu và trong 1 thời gian rất dài bao gồm tập hợp của 32 công trình nghiên cứu, trên tổng số 1614 trường hợp, trong khoảng thời gian từ 1980-1997, với số lượng bệnh nhân lớn như vậy, tỷ lệ có thai trong TC là 56,6% và tỷ lệ CNTC nhắc lại là 13,4%, trong 1 nghiên cứu khác của Mylen Yao và cộng sự, trong số 528 trường hợp được mổ bảo tồn, tỷ lệ có thai trong tử cung là 53,0% và tỷ lệ CNTC nhắc lại là 14,8%, như vậy tuy tỷ lệ có thai trong TC của chúng tôi có thấp hơn các tác giả Michael J. Heard - John E. Buster và Mylen Yao nhưng tỷ lệ CNTC nhắc lại của chúng tôi lại cũng thấp hơn các tác giả trên, và với tỷ lệ CNTC nhắc lại chỉ có 7,5% trong khi thế giới là khoảng 13-15%,

Theo kết quả của bảng 2: trong số 9 trường hợp CNTC nhắc lại có 7 trường hợp CNTC nhắc lại cùng bên bảo tồn VTC chiếm 77,8%, có 2 trường hợp CNTC nhắc lại ở VTC bên đối diện chiếm 22,2%. Như vậy, tỷ lệ CNTC nhắc lại trong nghiên cứu này là 7,5%. Kết quả này thấp hơn nhiều so với một số tác giả, chẳng hạn theo Nannie Bangsgaard và cộng sự, nguy cơ CNTC nhắc lại là 16%. Một số nghiên cứu khác báo cáo tỷ lệ CNTC nhắc lại cao hơn khoảng 25%, nhưng các nghiên cứu này tính cả các trường hợp CNTC nhắc lại lần thứ hai và lần thứ ba. Các nguy cơ của CNTC nhắc lại không phụ thuộc vào loại phẫu thuật. Do đó có thể kết luận rằng việc điều trị bảo tồn không làm tăng thêm nguy cơ CNTC nhắc lại.

KẾT LUẬN:

- Thông VTC bên mổ chiếm tỷ lệ 64,9%, tác VTC bên mổ chiếm tỷ lệ 35,1%.
- Tỷ lệ có thai trong tử cung là 40,8%.
- Tỷ lệ CNTC nhắc lại trong nghiên cứu này là 7,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Học (2004) “ *Nghiên cứu sử dụng Methotrexate trong điều trị chửa 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. Đoàn Thị Bích Ngọc - Đoàn Thị Thuý Hà (2003) “ *Bảo tồn vòi trứng bằng phương pháp phẫu thuật nội soi trong điều trị chửa ngoài tử cung*”, Nội san sản phụ khoa-Phan Thiết 15-16/7/2003.
3. Hoàng Xuân Sơn (2004) “ *Tìm hiểu về chửa ngoài tử cung phát hiện và xử trí muộn được điều trị tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2004*”, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học y Hà Nội.
4. Michael J. Heard and John E. Buster (2003) *Ectopic Pregnancy*, Danforth's Obstetrics and Gynecology, 9th Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 9th edition.
5. Graczykowski JW, Mishell DR Jr (1997) “ *Methotrexate prophylaxis for persistent ectopic pregnancy after conservative treatment by salpingostomy*”, *Obstet Gynecol*, 89(1), pp. 118-22.
6. Jam Hopkisson (2005) “ *The management of ectopic pregnancy*”, *Current Obstetrics & Gynaecology*.15, 343-347.
7. Jorgen Nathorst-Boos and Rangeen Rafik Hamad (2004) “ *Risk factor for persistent trophoblastic activity after surgery for ectopic pregnancy*”, *Acta Obstet Gynecol Scand*: 83: 471- 475.
8. Leach Richard E. (2000) “ *Ectopic pregnancy: trend and risks*”, *Management of ectopic pregnancy*. Edited by Richard E. Leach and Steven J. Ory. Blackwell Science, Inc, Massachusetts. 2 – 13.
9. Mylene Yao, M.D., Togas Tulandi, M.D (1997) “ *Current status of surgical and nonsurgical management of ectopic pregnancy*”, *Fertility and Sterility* Vol. 67, No. 3, March.