

NGHIÊN CỨU CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ CHỮA NGOÀI TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THANH HÓA

VƯƠNG TIẾN HÒA, VÕ MẠNH HÙNG

TÓM TẮT

CNTC đang tăng nhưng nghiên cứu về chẩn đoán và xử trí tại các tỉnh chưa nhiều vì vậy nghiên cứu này được tiến hành tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa trong 2 năm 2005 – 2006 với cỡ mẫu là 338 trường hợp CNTC và được thực hiện theo theo phương pháp hồi cứu mô tả cắt ngang. Kết quả:

- Tỷ lệ chẩn đoán sớm CNTC là 43,49%, chẩn đoán muộn là 56,51%.

- Triệu chứng cơ năng: ra máu bất thường, ra máu âm đạo không có sự khác biệt giữa chẩn đoán sớm và chẩn đoán muộn với $p > 0,05$. Có sự khác biệt về triệu chứng đau bụng giữa chẩn đoán sớm và chẩn đoán muộn với $p < 0,05$.

- Chẩn đoán dựa vào lâm sàng kết hợp với cận lâm sàng chiếm tỷ lệ 96,75%, chẩn đoán dựa vào nội soi là 3,25%.

- Điều trị ngoại khoa chiếm tỷ lệ 100% trong đó phẫu thuật mở là 69,23%; phẫu thuật nội soi là 30,77%.

- Bảo tồn vòi tử cung chiếm tỷ lệ 4,14%.

- 325 trường hợp được làm QuickStick và (+) là 95,08%. Không làm test hCG chiếm tỷ lệ 3,85%

- Chỉ có 37 trường hợp được làm xét nghiệm β hCG, trong đó có 62,16% những trường hợp được làm β hCG có nồng độ < 1.000 mUI/ml. β hCG tối thiểu là 11,23 mUI/ml, tối đa là 11.000 mUI/ml.

Kết luận: Cần trang bị máy xét nghiệm β hCG và máy nội soi cho tuyến tỉnh để chẩn đoán sớm CNTC

Từ khóa: CNTC; chữa ngoài tử cung, Bảo tồn VTC, nội soi. Beta hCG, Quickstick

SUMMARY

Ectopic Pregnancy is increasing but research about diagnosis and treatment at provincial level did not much so this research has realized at Obstetric and Gynecology of Thanh Hoa from 2005-2006. Sample size was 338 cases of EP.

Method: prospective study and **Results:**

- The rate of early diagnosis was 43.49%; late diagnosis was 56.51%.

- There was not signification different among Hemorrhage syndrome on early or late diagnosis ($p > 0.05$) but the abdominal pain symptom was signification different with $p < 0.05$.

- The diagnosis based on combined the clinical symptoms and laboratory was 96.75%, on laparoscopy was 3.25%.

- The rate of surgery was 100% in which the laparotomy was 69.23%; and laparoscopy get 30.77%.

- The rate of tube conservation was 4.14%.

- 325 cases has been tested by Quick Stick and (+) is 95.08%. The patient which did not hCG testing was 3.85%

- Just be 37 cases was tested β hCG, in which 62.16% has β hCG concentration < 1.000 mUI/ml. β hCG minimum was 11.23 mUI / ml, and maximum 11.000 mUI/ ml.

Conclusion: it is necessary to supply β hCG kits and laparoscopy for the provincial hospital level in order to early EP diagnosis.

Keywords: Ectopic pregnancy, conservation, β hCG, Quickstick

ĐẶT VẤN ĐỀ

CNTC là một cấp cứu sản khoa không những đe dọa tính mạng mà còn ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của người phụ nữ. Nếu không được chẩn đoán đúng và điều trị kịp thời có thể dẫn đến CNTC vỡ ngạt máu trong ổ bụng đe dọa đến tính mạng của người bệnh.

Thanh Hóa là một tỉnh ở khu vực Bắc Trung Bộ, có diện tích 11.168 km², dân số gần 3,7 triệu người, trong đó hai phần ba là vùng núi cao, vùng sâu vùng xa, đi lại khó khăn, sự hiểu biết của người dân về chăm sóc sức khỏe còn hạn chế, nhiều trường hợp CNTC vào viện đã vỡ ngạt máu trong ổ bụng đe dọa đến tính mạng của người bệnh. Cho tới nay tại Thanh Hóa chưa có một đề tài nào nghiên cứu đầy đủ về tình hình CNTC, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "**Nghiên cứu chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa trong 2 năm 2005 - 2006**", với mục tiêu: **Nhận xét chẩn đoán và xử trí CNTC tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa trong thời gian trên.**

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Những người bệnh có kết quả giải phẫu bệnh lý được chẩn đoán xác định khi ra viện là CNTC điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa trong thời gian từ 01/01/2005 đến 31/12/2006.

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang. Theo mẫu thuận tiện, lấy theo thời gian trên.

Các yếu tố nghiên cứu: Triệu chứng kinh nguyệt, lâm sàng, tiểu khung.

Các triệu chứng cận lâm sàng: siêu âm, huyết sắc tố, Quick Stick Test, : Định lượng β hCG trong huyết thanh.

Chẩn đoán sớm: hi khối chưa vỡ. Chẩn đoán muộn: khi khối chưa đã vỡ. Phương pháp xử lý: mổ mở, nội soi, truyền máu, ngày điều trị sau phẫu thuật.

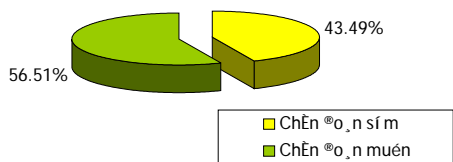
Xử lý số liệu:

Sau đó số liệu được mã hoá các thông tin, nhập và xử lý trên máy vi tính sử dụng phần mềm Epi - info 6.04. Test thống kê χ^2 Test, T-Test để so sánh các giá trị trung bình và các tỉ lệ. Kết quả có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Chẩn đoán Ra máu âm đạo chiếm tỷ lệ cao

nhất 91,72% ; có 22 t/h ra máu trước ngày dự kiến có kinh 6,51%, 50 t/h ra máu đúng ngày dự kiến có kinh 14,79 %. 266 t/h chậm kinh 78,70%. Thấp nhất là triệu chứng đau bụng chiếm tỷ lệ 73,96%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ chẩn đoán sớm và chẩn đoán muộn CNTC

Bảng 1. Tình trạng choáng trước khi phẫu thuật

Tình trạng choáng	Chẩn đoán sớm		Chẩn đoán muộn		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Mạch >100 HA <90/60	6	4,08	39	20,42	45	13,31	< 0,05
Mạch < 100 HA > 90/60	141	95,92	152	79,58	293	86,69	
Tổng	147	100	191	100	338	100	

Có 45 t/h (trường hợp) bị choáng trước khi phẫu thuật chiếm tỷ lệ 13,31%. Trong số chẩn đoán sớm là 6 t/h (chiếm 4,08%), chẩn đoán muộn là 39 t/h chiếm tỷ lệ 20,42% sự với p < 0,05.

Có 147/338 trường hợp được chẩn đoán sớm chiếm tỷ lệ 43,49%; chẩn đoán muộn có 191/ 338 trường hợp chiếm tỷ lệ 56,51%.

Kết quả chọc dò cùng đồ

257/338 chọc dò chiếm 76,04%, có máu 61,87%. Không chọc dò 81 chiếm 23,96%. Có 159 trường hợp chọc dò cùng đồ có máu trên tổng số 257 trường hợp được chọc dò cùng đồ chiếm tỷ lệ 61,87%.

Bảng 2. Hàm lượng huyết sắc tố trước khi phẫu thuật

Hàm lượng (g/l)	n	%
≥ 125	24	7,10
70 – 124	303	89,64
< 70	11	3,25
Tổng	338	100

Có 11 trường hợp trong tổng số 338 trường hợp CNTC có hàm lượng huyết sắc tố < 70 g/l chiếm tỷ lệ 3,25%.

Bảng 3. Kết quả xét nghiệm hCG

Xét nghiệm	N		%
	n	%	
Quick-Stick	Dương tính	309	95,08
	Âm tính	16	4,92
	Tổng	325	100
Không làm Test hCG	13		3,85
Tổng	338		100

Có 325 trường hợp được làm test hCG, tỷ lệ dương tính là 309 x 100/325 = 95,08%. Có 13 trường hợp không làm test hCG chiếm tỷ lệ 3,85% tổng số trường hợp CNTC.

Bảng 4. Kết quả xét nghiệm βhCG

Hàm lượng βhCG (mUI/ml)	n	%	
< 100	7	18,92	62,16
≥ 100 < 200	3	8,11	
≥ 200 < 300	0	0,00	
≥ 300 < 400	2	5,41	
≥ 400 < 500	0	0,00	
≥ 500 < 600	1	2,70	
≥ 600 < 700	1	2,70	
≥ 700 < 800	4	10,81	
≥ 800 < 900	4	10,81	
≥ 900 < 1000	1	2,70	
≥ 1000	14	37,84	
Tổng	37	100	

Chỉ có 37 trường hợp được làm xét nghiệm βhCG, trong đó có 62,16% những trường hợp được làm βhCG có nồng độ < 1.000mUI/ml. βhCG tối thiểu là 11,23 mUI/ml, tối đa là 11.000 mUI/ml.

Bảng 5. Hình ảnh trên siêu âm

Hình ảnh siêu âm	n	%	
Siêu âm phần phụ	Không có khối	102	40,32
	Có khối	151	59,68
	Tổng	253	100
Siêu âm dịch cùng đồ Douglas	Không có dịch	124	49,01
	Có dịch	129	50,99
	Tổng	253	100
Niêm mạc tử cung	< 8 mm	145	57,31
	≥ 8 mm	108	42,69
	Tổng	253	100

- 253 trường hợp được làm siêu âm chiếm tỷ lệ 74,85% (253 x 100/338).

- Có 57,31% trường hợp niêm mạc tử cung dưới 8 mm (không phát triển như có thai bình thường).

- Hình ảnh siêu âm có khối ở phần phụ chiếm tỷ lệ cao nhất là 59,68%.

Các phương pháp chẩn đoán quyết định CNTC

- Lâm sàng + cận lâm sàng (Siêu âm, test Quick Stich, βhCG) 327/338 chiếm 96,75%. Nội soi 11 t/h chiếm 3,25%

- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng kết hợp với các phương pháp cận lâm sàng chiếm tỷ lệ 96,75%.

- Chẩn đoán dựa vào nội soi chẩn đoán chiếm tỷ lệ 3,24%.

2.2. Xử trí chữa ngoài tử cung

Trong 338 trường hợp CNTC, điều trị bằng phương pháp ngoại khoa (chiếm tỷ lệ 100%). Trong đó có 104 trường hợp được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi (chiếm tỷ lệ 30,77%).

Lượng máu trong ổ bụng

Bảng 6. Lượng máu trong ổ bụng khi phẫu thuật

Lượng máu (ml)	n	%		
Không có máu	27	7,99	85,21	
Có máu	< 100	154		45,56
	100 – 200	60		17,75
	200 – 300	47		13,91
	300 – 500	23		6,80
	> 500	27		7,99
Tổng	338	100		

- Không có máu trong ổ bụng có 27 trường hợp chiếm tỷ lệ 7,99%.

- Lượng máu trong ổ bụng < 100 ml chiếm tỷ lệ nhiều nhất 45,56%.

Phương pháp phẫu thuật

- Có 14 trường hợp được bảo tồn vòi tử cung chiếm tỷ lệ 4,14%.

- Cắt khối chửa có 304 trường hợp chiếm tỷ lệ cao nhất 89,94%.

- Có 15 trường hợp phải cắt tử cung vì khối chửa ở kẽ vỡ phức tạp chiếm tỷ lệ 4,44%.

- 5 trường hợp cắt góc buồng trứng chiếm 1,48%

Truyền máu

- Không truyền máu: 301 trường hợp 89,05%

- Không phải truyền máu: 37 trường hợp chiếm 10,95%.

- Lượng máu trung bình phải truyền là 525 ml, tối thiểu là 500 ml, tối đa là 1.250 ml.

Số ngày nằm viện: trung bình sau phẫu thuật điều trị CNTC bằng phương pháp nội soi là $4,5 \pm 1,5$, của mổ mở là $7,2 \pm 1,8$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

BÀN LUẬN

1. Chẩn đoán

Nhóm được chẩn đoán sớm có 6 trường hợp bị choáng mạch > 100/lp và HA < 90/60 mmHg chiếm tỷ lệ 4,08%. Nhóm người bệnh CNTC chẩn đoán muộn có 39 trường hợp chiếm tỷ lệ 20,42%. với $p < 0,05$. 6 trường hợp bị choáng trong nhóm chẩn đoán sớm phẫu thuật mô tả lượng máu mất trong ổ bụng dưới 100ml. có thể là do người bệnh chịu đau kém và tâm lý quá lo sợ.

Triệu chứng cơ năng

Rối loạn kinh nguyệt được thể hiện dưới 3 hình thức: ra máu trước ngày dự kiến có kinh là 6,25%; ra máu đúng ngày dự có kinh và kéo dài là 14,79%; chậm kinh là 78,70%. phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phạm Thanh Hiền [2], Phan Viết Tâm [11], và Nguyễn Thị Bích Thanh [12].

Đau bụng :

Theo Vương Tiến Hoà (2002): 73,30% [3], [4]; Nguyễn Văn Hà (2004)[3]: 72,00% Nguyễn Thị Bích Thanh (2006): 73,96% [12]. Vương Tiến Hoà, Võ Mạnh Hùng (2006): 73,96%

Ra máu âm đạo

Trong 338 trường hợp CNTC có 310 trường hợp có triệu chứng ra máu âm đạo chiếm tỷ lệ 91,72% Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Vương Tiến Hoà là 92% [4,5], Nguyễn Thị Minh Nguyệt là 93,47% [9], Nguyễn Thị Bích Thanh là 90,6% [12]. Ra máu âm đạo là vì khi phôi làm tổ, các gai rau đã bắt đầu phá hủy lớp niêm mạc và cơ của VTC, làm rạn nứt các mạch máu nhỏ gây chảy máu vào lòng VTC, vào buồng tử cung, rồi ra ngoài âm đạo.

Thời gian chậm kinh

Có 266 trường hợp chậm kinh trong tổng số 338 trường hợp CNTC chiếm tỷ lệ 78,70%, trong đó thời gian chậm kinh dưới 2 tuần chiếm tỷ lệ 46,75%. Kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thanh là 44,8% [12], và cũng phù hợp với nhận định của Vương Tiến Hoà là nếu chậm

kinh 2 tuần mà không có túi thai trong buồng tử cung là một yếu tố để chẩn đoán CNTC [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ ra máu âm đạo trong CNTC là 91,72% tổng số CNTC, trong đó triệu chứng ra máu âm đạo trong số được chẩn đoán sớm là 93,20%, và 90,58% tổng số CNTC được chẩn đoán muộn, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Cùng đồ đau

Trong số 338 trường hợp CNTC trong 2 năm 2005 - 2006 có 104 trường hợp khám lâm sàng có cùng đồ đau chiếm tỷ lệ 30,77%, theo kết quả nghiên cứu của Vương Tiến Hoà cùng đồ đau chiếm tỷ lệ 19%. Có sự khác biệt này là vì trong kết quả của chúng tôi có cả chẩn đoán sớm và chẩn đoán muộn CNTC, còn kết quả nghiên cứu của Vương Tiến Hoà là chẩn đoán sớm CNTC. Tỷ lệ bệnh nhân bị CNTC có cùng đồ đau trong chẩn đoán sớm là 10,20%, trong chẩn đoán muộn là 40,60%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Vì máu rỉ qua VTC hoặc VTC vỡ máu chảy vào ổ bụng đọng lại ở vùng thấp nhất của ổ làm cho cùng đồ đầy và đau. Theo Nguyễn Thị Kim Dung tỷ lệ người bệnh trong CNTC chưa vỡ có túi cùng đau là 11,2%, tương đương với kết quả chẩn đoán sớm của chúng tôi [1].

Theo Lê Thị Hoà tỷ lệ người bệnh CNTC có túi cùng đau trong chẩn đoán sớm là 33,99%, chẩn đoán muộn là 75,19%. Kết quả này đều cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi [7]. Theo chúng tôi cùng đồ đau trong CNTC có sự khác biệt giữa chẩn đoán sớm và chẩn đoán muộn là do chẩn đoán sớm khi khối chửa chưa vỡ nên dịch cùng đồ không có hoặc có ít do đó khám lâm sàng thì dấu hiệu cùng đồ đau ít và ngược lại.

Kết quả chọc dò cùng đồ

Kết quả chọc dò cùng đồ của những người bệnh CNTC. Năm 2005 và 2006 có 338 trường hợp CNTC thì có 257 trường hợp được chọc dò cùng đồ chiếm tỷ lệ 76,04%. Trong số được chọc dò cùng đồ 61,87% có máu không đông còn lại 38,13% được chọc dò cùng đồ mà không có máu. Theo chúng tôi đây là những trường hợp CNTC chưa vỡ nên không có máu hoặc có máu nhưng rất ít hoặc kinh nghiệm của người chọc dò còn hạn chế.

Có 81 trường hợp không được chọc dò cùng đồ chiếm tỷ lệ 23,96% tổng số CNTC, đây là những trường hợp vào viện trong tình trạng ổ bụng có nhiều máu chẩn đoán CNTC rõ, hoặc siêu âm khối chửa có tim thai, hoặc người bệnh trong tình trạng sốc.

Vậy kết quả chọc dò khác nhau giữa các tác giả theo chúng tôi là do phụ thuộc vào tình trạng người bệnh khi đến viện và kỹ thuật chọc dò của thầy thuốc lâm sàng.

Nồng độ huyết sắc tố

Có 11 trường hợp hàm lượng huyết sắc tố < 70 g/l chiếm tỷ lệ 3,25% tổng số CNTC. Đây là những trường hợp CNTC khi vào viện đã vỡ ngập máu trong ổ bụng, trong đó có 4 trường hợp tuyến huyện chuyển lên mặc dù đã được chẩn đoán CNTC vỡ, đây là cách xử trí không hợp lý của tuyến huyện khi chuyển người bệnh. 5 trường hợp người bệnh thuộc

vùng miền núi không qua tuyến y tế cơ sở, phương tiện vận chuyển người bệnh thô sơ. 2 trường hợp người bệnh thuộc vùng thành phố, cách bệnh viện không xa nhưng khi đến rất nặng, vì khối chứa nằm ở đoạn kẻ VTC vỡ đang chảy máu.

Định tính hCG trong nước tiểu

Kết quả xét nghiệm dương tính thấp là do định tính hCG nước tiểu làm bằng phương pháp sinh vật độ nhạy không cao, gần đây phương pháp này được thay thế bằng phương pháp miễn dịch có độ nhạy rất cao nên kết quả dương tính tăng lên rõ rệt, tuy kết quả dương tính ngày càng cao nhưng vẫn còn 3,85% âm tính. Tỷ lệ này biểu lộ mặt hạn chế của xét nghiệm định tính hCG trong nước tiểu, khi kết quả xét nghiệm âm tính cũng không loại trừ được CNTC. Xét nghiệm định tính hCG trong nước tiểu bằng các xét nghiệm miễn dịch tuy là một phương pháp nhanh chóng, rẻ tiền nhưng kết quả âm tính giả khá cao nên chỉ sử dụng với mục đích hỗ trợ lâm sàng và khi kết quả âm tính cũng không loại trừ được CNTC, kết hợp với khám siêu âm không có túi thai trong buồng tử cung thì phải nghĩ đến CNTC. Điều này có lẽ tương đối phù hợp với các cơ sở chưa có điều kiện trang bị phương tiện hiện đại để định lượng β hCG trong huyết thanh rất đắt tiền.

Định lượng β hCG trong huyết thanh

Trong 2 năm 2005 – 2006 có 338 trường hợp CNTC có 37 trường hợp được làm xét nghiệm β hCG lần thứ nhất và 2 trường hợp được làm xét nghiệm β hCG trong huyết thanh lần thứ hai, hàm lượng phân tán từ 11,2 mUI/ml đến 11000 mUI/ml nên hàm lượng trung bình có độ lệch rất lớn $\bar{X} = 1760,02 \pm 2528,24$ mUI/ml, 23 trường hợp CNTC có hàm lượng β hCG huyết thanh lần thứ nhất < 1000mUI/ml chiếm tỷ lệ 62,16%, tỷ lệ này tương đương với kết quả nghiên cứu của Vương Tiến Hoà (63%) [5,6], Nguyễn Thị Bích Thanh là 57,84% [12] và của Job-Spira là 60,8% [Error! Reference source not found.]. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 trường hợp được làm xét nghiệm β hCG trong huyết thanh lần thứ hai nên không đủ số lượng để phân tích diễn biến nồng độ β hCG trong huyết thanh giữa 2 lần.

Hình ảnh siêu âm

Trong số 338 trường hợp CNTC có 253 trường hợp được làm siêu âm chiếm tỷ lệ 74,85% (253/338), 85 trường hợp không được làm siêu âm, qua thu thập số liệu chúng tôi thấy rằng những trường hợp không được làm siêu âm thường là những trường hợp vào cấp cứu có dấu hiệu ngạt máu trong ổ bụng hoặc vào cấp cứu ban đêm không được làm siêu âm. Các nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương qua các giai đoạn tỷ lệ bệnh nhân CNTC được làm siêu âm cũng khác nhau: Nguyễn Minh Nguyệt (1985 - 1989) là 16,85% [9], Phan Việt Tâm (1999 - 2000) là 73,04% [11], Nguyễn Thị Bích Thanh là 100% [12]. Theo chúng tôi, có sự khác nhau này là do máy siêu âm (phương tiện chẩn đoán) ngày càng được sử dụng rộng rãi và siêu âm là phương pháp cận lâm sàng được lựa chọn đầu tiên trong chẩn đoán CNTC.

Khối âm vang hỗn hợp cạnh tử cung

Trong số 253 trường hợp CNTC được siêu âm có 151 trường hợp siêu âm có khối hỗn hợp cạnh tử cung chiếm tỷ lệ 59,68%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thanh là 62,7% [12], Kenneth Clark là trên 60% CNTC khám siêu âm có khối âm vang hỗn hợp cạnh tử cung [Error! Reference source not found.], nhưng thấp hơn kết quả nghiên cứu của Vương Tiến Hoà là 72% [5,6]. Sự khác nhau này có lẽ do hình ảnh CNTC trên siêu âm được biểu hiện đa hình thái, không có một tiêu chuẩn tuyệt đối chẩn đoán xác định.

Có 35 trường hợp siêu âm thấy hình ảnh túi thai cạnh tử cung chiếm tỷ lệ 10,36%. So với kết quả nghiên cứu của Phan Việt Tâm khi siêu âm thấy hình ảnh túi thai cạnh tử cung là 15,88% [11], Nguyễn Thị Bích Thanh là 11,2% [12] và của Kenneth Clark là 10 – 15% [17] thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt. Trong nghiên cứu này, siêu âm xác định có khối âm vang hỗn hợp cạnh tử cung chiếm tỷ lệ 59,68%, không có sự khác biệt với kết quả khám lâm sàng sờ thấy khối hoặc đám nề ở phần phụ là 60,65%

Dịch cùng đồ Douglas

Dịch cùng đồ Douglas phát hiện khi siêu âm có 129 trường hợp chiếm tỷ lệ 50,99%. Tỷ lệ này tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thanh là 48,4% [12], thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Phan Việt Tâm là 78,02% [11], Nguyễn Văn Hà là 58% [3], nhưng cao hơn kết quả chẩn đoán sớm CNTC của Vương Tiến Hoà là 31% [6]. Sự khác biệt này có lẽ trong những năm gần đây nhận thức và hiểu biết của người phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ về bệnh CNTC cao hơn, kết hợp với trình độ chuyên môn của người thầy thuốc ngày càng nâng cao đồng thời có nhiều phương tiện chẩn đoán hiện đại nên CNTC được chẩn đoán sớm hơn, mặt khác trong nghiên cứu này có nhiều trường hợp CNTC vỡ ngạt máu trong ổ bụng khi vào viện đã có dấu hiệu sốc nên không làm siêu âm [10]

Phương pháp chẩn đoán quyết định

Chẩn đoán CNTC không chỉ dựa vào một phương pháp, mà là sự kết hợp lâm sàng, cận lâm sàng, nội soi để chẩn đoán. Tuy nhiên sự kết hợp 3 phương pháp trên thì thường có một phương pháp chẩn đoán quyết định.

Trong 338 trường hợp CNTC được chẩn đoán trong 2 năm 2005 và 2006 có 327 trường hợp được chẩn đoán bằng phương pháp lâm sàng kết hợp với cận lâm sàng chiếm tỷ lệ 96,75%, chẩn đoán dựa vào nội soi có 11 trường hợp chiếm tỷ lệ 3,25%. Những trường hợp được chẩn đoán bằng phương pháp nội soi qua thu thập số liệu chúng tôi thấy đây là những trường hợp có dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng chưa điển hình để chỉ định phẫu thuật. Nội soi chẩn đoán là thì đầu của phẫu thuật nội soi điều trị, nội soi ổ bụng ngày nay được xem là phương pháp chắc chắn nhất để chẩn đoán xác định CNTC khi chưa có biến chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ chẩn đoán nội soi trong CNTC dương tính tuyệt đối 100%, không có tỷ lệ chẩn đoán âm tính giả. Theo

Phan Việt Tâm tỷ lệ chẩn đoán âm tính giả là 0,32% [11], Stenchever A. Morton tỷ lệ này là 1 – 5%, điều này có thể chúng tôi chỉ định nội soi chẩn đoán quá chặt chẽ.

Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành năm 2005 – 2006 nhưng tỷ lệ CNTC được chẩn đoán bằng nội soi chỉ chiếm tỷ lệ 3,25%. Điều này có thể giải thích: nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại Thanh Hoá, máy nội soi còn hạn chế (01 máy), đội ngũ phẫu thuật viên làm được nội soi chưa nhiều, mặt khác người bệnh vẫn quan niệm đây là một phẫu thuật và chưa hiểu đúng mức về giá trị nội soi chẩn đoán, khi nội soi chẩn đoán không thấy khối chữa người bệnh cho là phẫu thuật nhằm nên chỉ định làm nội soi chẩn đoán trong CNTC còn dè dặt.

2. Phương pháp xử trí

Trong 338 trường hợp CNTC có 100% được điều trị bằng ngoại khoa, không có trường hợp nào được điều trị bằng nội khoa hoặc theo dõi CNTC thoái triển không cần thiệp điều trị. Trong đó điều trị bằng phẫu thuật nội soi chiếm tỷ lệ 30,77%, mổ bụng chiếm tỷ lệ 69,23%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Phan Việt Tâm năm 1999 – 2000 tỷ lệ phẫu thuật nội soi CNTC là 36,52%, mổ bụng 63,48%, không có điều trị nội khoa [11], Nguyễn Thị Kim Dung tỷ lệ phẫu thuật nội soi năm 2006 là 94,3% [1], Nguyễn Thị Bích Thanh tỷ lệ phẫu thuật nội soi trong số được điều trị bằng ngoại khoa là 93,37% [12]. Theo chúng tôi phẫu thuật nội soi trong CNTC tại Thanh Hoá thấp có thể do các nguyên nhân sau:

- Chỉ định phẫu thuật nội soi trong CNTC chưa được mở rộng, chỉ phẫu thuật nội soi những trường hợp CNTC chưa vỡ.

- Trang thiết bị phẫu thuật nội soi còn hạn chế (01 máy nội soi).

- Đội ngũ phẫu thuật viên, kỹ thuật viên ít kỹ năng còn hạn chế.

- Trong trực không đủ nhân lực để bố trí đầy đủ một kíp nội soi.

Theo Lê Thị Hoà thì tỷ lệ mổ nội soi đạt tỷ lệ cao hay thấp phụ thuộc vào chẩn đoán được CNTC sớm hay muộn [7].

Lượng máu trong ổ bụng khi phẫu thuật

27 trường hợp khi phẫu thuật không có máu trong ổ bụng chiếm tỷ lệ 7,99%, tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn của Nguyễn Thị Bích Thanh là 13,2% [12]. Chẩn đoán sớm CNTC ở giai đoạn này là mục tiêu của các thầy thuốc lâm sàng, nhưng thường khó khăn vì lúc này các triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn và các xét nghiệm cận lâm sàng chưa đặc hiệu cho CNTC.

Khi phẫu thuật CNTC có lượng máu trong ổ bụng nhỏ hơn hoặc bằng 300ml chiếm tỷ lệ 85,21%. Tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thanh là 93,3% [12]. Đây có thể là do người bệnh của chúng tôi đến khám bệnh muộn hoặc được phát hiện CNTC muộn. Chẩn đoán sớm CNTC ở thời điểm này sẽ mở rộng được phẫu thuật nội soi, không phải truyền máu, khả năng hồi phục sức khỏe sau mổ tốt hơn.

Phương pháp phẫu thuật

Tỷ lệ bảo tồn vòi tử cung là 4,14% tương tự như kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Hiền năm 1998 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, nhưng thấp hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu của Phan Việt Tâm là 7,11%, Nguyễn Thị Bích Thanh là 17,20% đều tiến hành nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Kết quả bảo tồn ngày càng cao như vậy là do có nhiều tiến bộ kỹ thuật trong phẫu thuật và chẩn đoán CNTC.

14 trường hợp được bảo tồn vòi tử cung trong đó có 10 trường hợp được phẫu thuật bằng nội soi và 4 trường hợp được phẫu thuật mổ mở, trong đó tỷ lệ phẫu thuật nội soi lại thấp hơn mổ mở điều đó nói lên sự ưu việt của phẫu thuật nội soi.

Tỷ lệ cắt khối chữa còn cao 89,94% do phụ thuộc vào tình trạng vòi tử cung, tình trạng viêm dính tiểu khung, tình trạng huyết động lúc vào viện, số con sống của bệnh nhân, kinh nghiệm của phẫu thuật viên...

Có 5 trường hợp chữa ở buồng trứng vì vậy khi mổ cắt góc buồng trứng. 15 trường hợp cắt tử cung không hoàn toàn do khối chữa làm tổ ở đoạn kẽ, sừng tử cung hoặc kết hợp với u xơ tử cung ở những bệnh nhân đã đẻ con.

Như vậy, chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời CNTC không những làm giảm tỷ lệ mất máu, giảm tỷ lệ cắt tử cung mà còn mở ra một triển vọng mới trong điều trị bảo tồn vòi tử cung.

Có 37 trường hợp phải truyền máu chiếm tỷ lệ 10,95%. Lượng máu trung bình truyền cho người bệnh phải truyền máu là 525 ml, tối thiểu là 500ml, tối đa là 1250ml. Phải truyền máu là những trường hợp khi xét nghiệm có huyết sắc tố < 70 g/l hoặc những trường hợp huyết sắc tố > 70 g/l nhưng khi truyền dịch thông thường và dịch cao phân tử mà HA < 90/60 mmHg. Có 1 trường hợp phải truyền 1250ml máu vì khi người bệnh đến viện trong tình trạng choáng nặng, khi mổ trong ổ bụng có khoảng 1500ml máu. Tất cả người bệnh được truyền máu từ nguồn máu dự trữ của bệnh viện hoặc máu của người nhà người bệnh, không có trường hợp nào truyền máu hoàn hồi, sau truyền máu người bệnh đều ổn định.

Ngày nằm viện sau khi phẫu thuật

Số ngày nằm viện trung bình sau phẫu thuật điều trị CNTC bằng phương pháp phẫu thuật nội soi là $4,5 \pm 1,5$ ngày, ngắn hơn thời gian nằm viện sau phẫu thuật mổ bụng ($7,2 \pm 1,8$ ngày). Do phẫu thuật nội soi là phẫu thuật kín, được thực hiện trên những người bệnh có tình trạng huyết động bình thường, khối chữa chưa có biến chứng nhiều nên sức khỏe của người bệnh có khả năng hồi phục tốt hơn.

KẾT LUẬN

Chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung

- Tỷ lệ chẩn đoán sớm CNTC tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hoá trong 2 năm 2005 – 2006 là 43,49%, chẩn đoán muộn là 56,51%.

- Triệu chứng cơ năng: ra máu bất thường, ra máu âm đạo không có sự khác biệt giữa chẩn đoán sớm và chẩn đoán muộn với $p > 0,05$. Có sự khác biệt về triệu chứng đau bụng giữa chẩn đoán sớm và chẩn đoán muộn với $p < 0,05$.

- Chẩn đoán dựa vào lâm sàng kết hợp với cận lâm sàng chiếm tỷ lệ 96,75%, chẩn đoán dựa vào nội soi là 3,25%.
- Điều trị ngoại khoa chiếm tỷ lệ 100% trong đó phẫu thuật mở là 69,23%; phẫu thuật nội soi là 30,77%.
- Bảo tồn vòi tử cung chiếm tỷ lệ 4,14%, cắt khối chứa chiếm tỷ lệ 89,35%.
- Không có trường hợp nào tử vong.

KIẾN NGHỊ

1. Cần cung cấp máy định lượng β hCG, nếu không có vẫn có thể sử dụng Quick-stick, nhưng chú ý có những trường hợp CNTC Quick-stick âm tính mà vẫn là CNTC
2. Mở rộng chỉ định nội soi trong chẩn đoán và phẫu thuật CNTC tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hoá vì có giá trị chẩn đoán cao, tăng tỷ lệ can thiệp sớm, tỷ lệ bảo tồn vòi tử cung tăng.
3. Nên áp dụng điều trị nội khoa bằng MTX khi đủ điều kiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Kim Dung (2006), "Tình hình chữa ngoài tử cung chưa vỡ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/07/2004 đến 30/06/2006", *Luận văn chuyên khoa cấp II*, Đại học Y Hà Nội.
2. Phạm Thanh Hiền (1999), "Tình hình điều trị CNTC năm 1998 tại Viện BVBMSTSS", *Tạp chí thông tin y dược chuyên đề sản phụ khoa*, Tr. 22-25.
3. Nguyễn Văn Hà (2004), "Đánh giá giá trị chẩn đoán sớm và kết quả điều trị CNTC bằng phương pháp nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương", *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II*, Đại học Y Hà Nội, Tr. 15 - 57.
4. Vương Tiến Hoà (2005), "Chẩn đoán sớm chữa ngoài tử cung" *Sản khoa và sơ sinh*, nhà xuất bản Y học, Tr. 386-403.

5. Vương Tiến Hoà (1996), "Nhận xét 202 trường hợp chữa ngoài tử cung được chẩn đoán sớm", *Kỹ yếu công trình nghiên cứu khoa học Trường Đại học Y, Hà Nội*. (5), Tr. 49 - 58.

6. Vương Tiến Hoà (2002), "Nghiên cứu một số yếu tố góp phần chẩn đoán sớm CNTC", *Luận án tiến sĩ Y học*, Tr. 8 - 79.

7. Nguyễn Thị Hoà (2004), "Nghiên cứu các yếu tố liên quan và giá trị của triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trong chẩn đoán sớm CNTC tại BVPSTU năm 2003", *Luận văn chuyên khoa cấp II*, Đại học Y Hà Nội, Tr. 63 - 65.

8. Đoàn Thị Bích Ngọc (2005), "Giá trị của phương pháp phẫu thuật nội soi bảo tồn vòi trứng trong điều trị CNTC tại Bệnh viện phụ sản Hải Phòng trong 2 năm từ tháng 7/2001 - 6/2005", *Nội san Sản phụ khoa, số đặc biệt tháng 7/2005*, Tr. 92 - 96.

9. Nguyễn Minh Nguyệt (1991), "Tình hình CNTC tại Viện BVBMSTSS trong 5 năm 1985 - 1989", *Hội nghị tổng kết nghiên cứu khoa học và điều trị*, Tr. 1 - 14.

10. Hoàng Xuân Sơn (2004), "Tìm hiểu về CNTC phát hiện và xử trí muộn được điều trị tại BVPSTU năm 2004", *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Đại học Y Hà Nội, Tr. 27 - 30.

11. Phan Viết Tâm (2002), "Nghiên cứu tình hình CNTC tại Viện BVBMSTSS trong 2 năm 1999 - 2000", *Luận văn chuyên khoa cấp II*, Đại học Y Hà Nội, Tr. 25 - 26.

12. Nguyễn Thị Bích Thanh (2006), "Chẩn đoán và điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2006", *Luận văn thạc sĩ y học*, Đại học Y Hà Nội.

13. Lê Thị Thanh Vân (1985), "Nhìn lại tình hình CNTC trong 3 năm 1982 - 1984 tại VBVMSTSS", *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú*, Đại học Y Hà Nội, Tr. 4 - 30.

14. Batzer R.Frances (1986), "Diagnostic techniques used for ectopic pregnancy", *The Journal of Reproductive Medicin*, February, 31 (2): pp. 85 - 93.