

loét miệng 8,0%, phân táo- lỏng 10,7%, phân đen 8,0%.

+ Tổn thương dạ dày- tá tràng qua hình ảnh nội soi có tỷ lệ 100%. Trong đó: viêm phù nề- xung huyết 86,7%, trợt phẳng 24,0%, trợt lõ 4,0%, xuất huyết 12,0%, viêm phi đại 9,3%, viêm teo 10,7%, trào ngược dịch mật 5,3%, loét dạ dày- tá tràng 29,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Hoài Nam. "Nghiên cứu lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học tổn thương dạ dày- tá tràng ở bệnh nhân suy thận mạn đang lọc máu chu kỳ", Luận văn thạc sỹ y khoa, Học viện quân y 2007.

2. Nguyễn Khánh Trạch, Phạm Thu Hồ. "Loét dạ dày- tá tràng", Bệnh học nội khoa- tập 2, Trường đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản y học 2004, tr 231- 43.

3. ABDEL WAHAB M, KHALIL A, MOUSTAFA FE. "Helicobacter pylori and uremic gastritis: a histopathologic study and a correlation with endoscopic

and bacteriologic findings", Am J Nephrol 1997; 17(2), pp. 165- 71.

4. AL- MUEILO SH. "Gastroduodenal lesions and Helicobacter pylori infection in hemodialysis patients", Saudi Med J 2004, 25(8), pp.1010- 32.

5. CANO AE, NEIL AK, KANG JY. "Gastrointestinal symptoms in patients with end-stage renal disease undergoing treatment by hemodialysis or peritoneal dialysis", Am J Gastroenterol 2008, 103(5), pp. 1317- 8.

6. CHACALTANA A, VELARDE H, ESPINOZA J. "Endoscopic lesions in the upper digestive tract in patients with terminal chronic renal insufficiency", Rev Gastroenterol Peru 2007; 27(3), pp. 246- 52.

7. KARARI EM. et al. "Endoscopic findings and the prevalence of Helicobacter pylori in chronic renal failure patients with dyspepsia", East Afr Med J 2000, 77(8), pp. 406-9.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỘ THÔNG CƠ HỌC CỦA VÒI TỬ CUNG TRONG ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VÒI TỬ CUNG TRONG CHỮA NGOÀI TỬ CUNG CHƯA VỠ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI HOẶC METHOTRAXTE

TRẦN CHIẾN THẮNG, VƯƠNG TIẾN HÒA, NGUYỄN VIỆT TIẾN
Bệnh viện Phụ sản Trung ương

TÓM TẮT

Đánh giá hiệu quả độ thông của vòi tử cung trong điều trị chữa ngoài tử cung chưa vỡ bằng phẫu thuật nội soi bảo tồn (NSBT) hoặc Methotrexate (MTX).

Phương pháp: 160 bệnh nhân lựa chọn nghiên cứu được chia thành 2 nhóm điều trị, nhóm 1 sử dụng MTX tiêm bắp với liều 50mg/BN, nhóm 2 điều trị bằng phẫu thuật NSBT. Sau điều trị ổn định và xuất viện từ 3 – 6 tháng sẽ được chụp tử cung – vòi tử cung và đánh giá tỷ lệ có thai sau điều trị.

Kết quả: Tỷ lệ thông VTC bên có khối chứa ở nhóm MTX là 71.2% và ở nhóm PTNS là 77.5%. Ở các trường hợp nồng độ β hCG < 2,000UI/L, tỷ lệ tắc VTC ở nhóm MTX cao gấp 2.25 lần so với nhóm NSBT ($0.6 < OR < 9.12$). Ở các trường hợp có nồng độ β hCG \geq 2,000UI/L, tỷ lệ tắc VTC ở nhóm MTX cao gấp 1.5 lần so với nhóm NSBT ($0.47 < OR < 4.76$). Ở các trường hợp kích thước khối chứa < 2cm, tỷ lệ tắc VTC ở nhóm MTX cao gấp 1.3 lần so với nhóm NSBT ($0.33 < OR < 5.08$). Ở các trường hợp kích thước khối chứa \geq 2cm, tỷ lệ tắc VTC ở nhóm MTX cao gấp 1.42 lần so với nhóm NSBT ($0.53 < OR < 3.88$). Tỷ lệ VTC tắc ở nhóm có nạo hút thai cao gấp 1.56 lần ở nhóm không có nạo hút thai ($0.69 < OR < 3.55$), tỷ lệ VTC tắc ở nhóm có CNTC cao gấp 2.24 lần ở nhóm không có CNTC ($0.83 < OR < 5.96$), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Tỷ lệ có thai trở lại ở nhóm MTX là 65%, ở nhóm PTNS là 58.75%, tỷ lệ CNTC nhắc lại lần lượt ở hai phương pháp là 7.5% và 3.75%.

Kết luận: Nồng độ β hCG càng thấp, tỷ lệ thông VTC càng cao, tiền sử CNTC có ảnh hưởng đến độ thông cơ học của VTC.

Từ khóa: vòi tử cung, nội soi bảo tồn, Methotrexate

SUMMARY

Evaluating the effectiveness of circulation of uterus tube in the treatment of unruptured ectopic pregnancy by laparoscopy salpingostomy or Methotrexate (MTX).

Method: 160 patients selected for studies were divided into two treatment groups: group one used intramuscular dose MTX 50mg/BN, group 2 treated with laparoscopy salpingostomy. After stabilized treatment and discharged from 3 to 6 months, they will be taking the uterus – uterus tube and estimating the pregnancy rate after treatment.

Result: The circulation of uterus tube rate at the fetal block of MTX group was 71.2% and was 77.5% in laparoscopy salpingostomy group. In cases of the concentration of β hCG < 2,000UI/L, the obstruction uterus tube rate in MTX group was 2.25 times higher than laparoscopy salpingostomy group ($0.6 < OR < 9.12$). In cases of the concentration of β hCG \geq 2,000UI/L, the obstruction uterus tube rate in the MTX group was 1.5 times higher compared with laparoscopy salpingostomy group ($0.47 < OR < 4.76$). In cases of the fetal block < 2cm, the rate of obstruction uterus tube in MTX group was 1.3 times higher than laparoscopy salpingostomy group ($0.33 < OR < 5.08$). In cases of the block size \geq 2 cm, the obstruction uterus tube rate was 1.42 times higher in the MTX group compared laparoscopy salpingostomy group ($0.53 < OR < 3.88$). The rate of uterus tube obstructes in abortion groups 1.56 times higher than non – abortion group ($0.69 < OR < 3.55$), the rate of uterus tube obstructes in unruptured ectopic pregnancy group was

2.24 times higher in the group without unruptured ectopic pregnancy ($0.83 < OR < 5.96$), these differences were not statistically significant with $p > 0.05$. Pregnancy rates again in the MTX group was 65%, 58.75% in laparoscopy salpingostomy group, the rate of unruptured ectopic pregnancy repeated alternately in two methods was 7.5% and 3.75%.

Conclusion: The lower of the concentrations β hCG, the higher the rate of circulation uterus tube. The history of unruptured ectopic pregnancy affects the circulation of the uterus tube.

Keywords: ectopic pregnancy, laparoscopy salpingostomy, Methotrexate

ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc đánh giá hiệu quả của điều trị bảo tồn vòi tử cung (VTC) không chỉ ở khía cạnh đánh giá về 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 chúng ta 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 [4].

Các phương pháp điều trị bảo tồn vòi tử cung (VTC) bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) hoặc điều trị nội khoa bằng Methotrexate (MTX) đã được nghiên cứu rất nhiều, nhưng hiệu quả sau điều trị là việc VTC được bảo tồn có thông hay tắc và tình trạng thai nghén sau điều trị như thế nào thì còn rất ít tác giả đề cập đến. Để biết được tỷ lệ thông cơ học của VTC sau điều trị và yếu tố nào có thể ảnh hưởng đến độ thông của VTC, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục hai mục tiêu sau:

1. Tỷ lệ thông cơ học của VTC sau điều trị bảo tồn VTC
2. Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến độ thông cơ học của VTC ở từng phương pháp điều trị.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Các bệnh nhân trong độ tuổi sinh đẻ, được chẩn đoán CNTC chưa vỡ, được điều trị bảo tồn VTC tại khoa Phụ 1 Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

2. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp, so sánh 2 nhóm không đối chứng điều trị bằng hai phương pháp khác nhau, có theo dõi dọc. Do tính chất của 2 phương pháp điều trị riêng biệt nên chúng tôi không chọn ngẫu nhiên.

3. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được chọn theo phương pháp nghiên cứu can thiệp (Các phương pháp lấy mẫu).

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

Với $p_1 = 0.95$, $p_2 = 0.738$, chúng tôi tính được $n = 80$ bệnh nhân cho mỗi nhóm.

4. Tiêu chuẩn lựa chọn

Những bệnh nhân được chẩn đoán chữa ngoài tử cung với những tiêu chuẩn sau: Kích thước khối thai ngoài qua siêu âm ≤ 3.5 cm; không có hoạt động của tim thai; nồng độ β hCG ≤ 5.000 UI/l; khối thai làm tổ ở đoạn eo, đoạn bóng hay đoạn loa VTC và còn nhu cầu sinh đẻ về sau.

5. Tiêu chuẩn loại trừ:

Những bệnh nhân CNTC vỡ, choáng; CNTC thể huyết tụ thành nang; khối thai làm tổ ở đoạn kê, ở cổ tử cung, bề mặt buồng trứng, trong ổ bụng... Không đồng ý hoặc không tuân thủ chế độ điều trị; có chống chỉ định dùng MTX hoặc chống chỉ định của gây mê hồi sức.

6. Phương pháp tiến hành:

Một nhóm sử dụng phương pháp phẫu thuật nội soi mở thông vòi tử cung lấy khối thai, một nhóm điều trị bằng Methotrexate liều 50mg/BN. Các nhóm bệnh nhân này sau khi điều trị được theo dõi hàng tuần qua việc định lượng nồng độ β hCG trong huyết thanh và siêu âm cho đến khi nồng độ β hCG giảm dưới 10UI/l. Sau khi ra viện, hẹn 3-6 tháng sau đến chụp phim tử cung – VTC để đánh giá độ thông cơ học của VTC và tình trạng thai nghén sau điều trị.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thời gian nghiên cứu từ tháng 3/2009 đến tháng 6 năm 2011, tại khoa Phụ 1 bệnh viện Phụ sản Trung ương, chúng tôi đã chọn được 160 bệnh nhân CNTC có đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu và được chia thành 2 nhóm điều trị, mỗi nhóm 80 bệnh nhân. Kết quả như sau:

Bảng 1. Tỷ lệ thông cơ học của VTC bên có khối chứa

PP điều trị	MTX		PTNS		Tổng số	p
	n	%	n	%		
Vòi tử cung Thông	57	71.2	62	77.5	119	>0.05
Tắc	23	28.8	18	22.5	41	

Tỷ lệ VTC thông cơ học sau điều trị ở nhóm MTX là 71.2%, ở nhóm PTNS là 77.5%, tỷ lệ VTC tắc sau điều trị ở nhóm MTX là 28.8%, ở nhóm PTNS là 22.5%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Bảng 2. Mối liên quan giữa hàm lượng β hCG trước điều trị và VTC thông cơ học ở từng phương pháp điều trị

PP điều trị	MTX		PTNS		OR CI 95%	p
	Thông	Tắc	Thông	Tắc		
β hCG (UI/L) <2000	42	14	27	4	2.25 0.6 < OR < 9.12	>0.05
β hCG (UI/L) \geq 2000	15	9	35	14	1.5 0.47 < OR < 4.76	>0.05
Tổng số	57	23	62	18		

Ở các trường hợp nồng độ β hCG < 2,000UI/L, tỷ lệ tắc VTC ở nhóm MTX cao gấp 2.25 lần so với nhóm NSBT. Ở các trường hợp có nồng độ β hCG \geq 2,000UI/L, tỷ lệ tắc VTC ở nhóm MTX cao gấp 1.5 lần so với nhóm NSBT. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Bảng 3. Mối liên quan giữa kích thước khối chứa và VTC thông cơ học

PP điều trị Kích thước	MTX		PTNS		OR CI 95%	p
	Thông	Tắc	Thông	Tắc		
<2cm	27	7	30	6	1.3 0.33<OR<5.08	>0.05
≥2cm	30	16	32	12	1.42 0.53<OR<3.88	>0.05
Tổng số	57	23	62	18		

Ở các trường hợp kích thước khối chứa < 2cm, tỷ lệ tắc VTC ở nhóm MTX cao gấp 1.3 lần so với nhóm NSBT. Ở các trường hợp kích thước khối chứa ≥2cm, tỷ lệ tắc VTC ở nhóm MTX cao gấp 1.42 lần so với nhóm NSBT. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa tiền sử nạo hút thai và VTC thông cơ học

Tiền sử nạo hút thai	n	VTC thông		VTC tắc		OR CI 95%	p
		n	%	n	%		
Có	63	50	79.4	13	20.6	1.56	>0.05
Không	97	69	71.1	28	28.9	0.69<OR<3.55	

Trong 63 trường hợp có tiền sử nạo hút thai, tỷ lệ VTC tắc chiếm 20.6%, ở các trường hợp không có tiền sử nạo hút thai, tỷ lệ VTC tắc chiếm 28.9%. Tỷ lệ VTC tắc ở nhóm có nạo hút thai cao gấp 1.56 lần ở nhóm không có nạo hút thai, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê $p > 0.05$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa tiền sử nạo hút thai và VTC thông cơ học ở 2 phương pháp điều trị

Tiền sử nạo hút thai	n	MTX (n=37)		NSBT (n=26)		OR (CI 95%)
		VTC thông	VTC tắc	VTC thông	VTC tắc	
Có	63	31	6	19	7	1.9 0.48<OR<7.71
Không	97	26	17	43	11	2.56 0.95<OR<6.96
Tổng cộng	160	57	23	62	18	

Trong 63 trường hợp có tiền sử nạo hút thai, tỷ lệ VTC tắc ở phương pháp PTNS cao gấp 1.9 lần so với phương pháp MTX. Trong 97 trường hợp không có tiền sử nạo hút thai, tỷ lệ VTC tắc ở phương pháp MTX cao gấp 2.56 lần so với phương pháp NSBT. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 6. Mối liên quan giữa tiền sử CNTC và VTC thông cơ học

Tiền sử CNTC	n	VTC thông		VTC tắc		OR (CI 95%)
		n	%	n	%	
Có	25	15	60	10	40	2.24
Không	135	104	77	31	24	0.83<OR<5.96
Tổng cộng	160	119	74.4	41	25.6	

Trong 25 trường hợp có tiền CNTC, tỷ lệ VTC tắc chiếm 40%, ở các trường hợp không có tiền sử CNTC, tỷ lệ VTC tắc chiếm 24%. Tỷ lệ VTC tắc ở nhóm có

CNTC cao gấp 2.24 lần ở nhóm không có CNTC, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Bảng 7. Mối liên quan giữa tiền sử CNTC và VTC thông cơ học ở hai phương pháp điều trị

Tiền sử CNTC	n	MTX (n=13)		NSBT (n=12)		OR (CI 95%)
		VTC thông	VTC tắc	VTC thông	VTC tắc	
Có	25	7	6	8	4	1.71 0.26<OR<11.9
Không	135	50	17	54	14	1.31 0.55<OR<3.17
Tổng số	160	57	23	62	18	

Trong 25 trường hợp có tiền CNTC, tỷ lệ VTC tắc ở phương pháp MTX cao gấp 1.71 lần so với phương pháp NSBT. Trong 135 trường hợp không có tiền sử CNTC, tỷ lệ VTC tắc ở phương pháp MTX cao gấp 1.31 lần so với phương pháp NSBT. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$)

Bảng 8. Tình trạng thai nghén sau khi điều trị

PP điều trị Tình trạng thai	MTX		PTNS		Tổng số	p
	n	%	n	%		
Có thai trong buồng tử cung	41	51.25	41	51.25	82	>0.05
Sảy thai tự nhiên	5	6.25	3	3.37	8	
Chửa ngoài tử cung	6	7.5	3	3.75	9	
Chưa có thai trở lại	28	35.0	33	41.25	61	
Tổng số	80	100	80	100	160	

Tỷ lệ có thai trong buồng tử cung ở 2 nhóm bằng nhau và chiếm tỷ lệ 51.25%, tỷ lệ CNTC nhắc lại ở nhóm MTX chiếm 8.1% cao gấp 2.08 lần so với nhóm NSBT. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$

BÀN LUẬN

1. Kết quả chụp TC - VTC

Theo bảng 1 cho thấy, trong nhóm điều trị MTX tỷ lệ VTC thông bên có khối chứa là 71.2%, ở nhóm PTNS là 77.5%. 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, trong 77 ca chụp TC - VTC thấy tỷ lệ thông bên có khối chứa là 74%, tỷ lệ tắc là 26%. Đỗ Bình Trí [5] 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.

Vũ Văn Du lại có kết quả nghiên cứu thấp hơn chúng tôi, tỷ lệ thông VTC cùng bên là 64.9% và tắc cùng bên là 35.1% [1], 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 β hCG < 20,000UI/L vào nghiên cứu, tác giả cũng chỉ rõ là nồng độ β hCG càng thấp, đặc biệt khi nồng độ β hCG < 300 IU/L có tỷ lệ thông VTC 100%, còn lại khi nồng độ β hCG 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 vòi tử cung cùng bên trong nhóm MTX là 23 trường hợp (chiếm 55%), trong nhóm PTNS là 23 trường hợp (chiếm 59%) [7] và thấp hơn của Stovall – Ling, tỷ lệ thông cùng bên là 82.3% [10].

2. Các yếu tố ảnh hưởng tới độ thông cơ học của VTC

Kết quả tại bảng 4 cho thấy: các trường hợp có tiền sử nạo hút thai tỷ lệ VTC tắc là 20.6%, nhóm không có tiền sử nạo hút thai tỷ lệ VTC tắc là 28.9%. VTC tắc ở nhóm có tiền sử nạo hút thai cao gấp 1.56 lần so với nhóm không có tiền sử. Điều này có thể được giải thích do hậu quả của nạo hút thai làm viêm nhiễm VTC và làm tăng tỷ lệ tắc VTC. Theo Dubuisson JB [6], quá trình viêm đưa đến những biến đổi tế bào như thực bào, tế bào bạch cầu và những chất gây viêm như các prostaglandin, cytokin tạo nên hiện tượng dính bởi những mảng fibrin và sự xâm nhập của nguyên bào sợi, phá hủy niêm mạc và cơ VTC. Những tế bào lông chuyển rất dễ tổn thương và không có khả năng hồi phục. Kết quả là gây tắc VTC hoàn toàn hoặc một phần của VTC.

Theo kết quả tại bảng 5, những người có tiền sử nạo hút thai thì tỷ lệ VTC thông ở phương pháp điều trị MTX cao gấp 1.9 lần so với phương pháp PTNS, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Nghiên cứu của Vũ Văn Du [1], Nguyễn Văn Học [2] cũng không nêu được ảnh hưởng của nạo hút thai đến độ thông cơ học của VTC.

Theo kết quả tại bảng 6: trong 25 trường hợp có tiền sử CNTC, VTC thông bên có khối chứa chiếm 60% và VTC tắc chiếm 40%. Ở nhóm không có tiền sử, tỷ lệ này tương ứng là 57% và 43.6%. Như vậy, những người có tiền sử CNTC, tỷ lệ VTC tắc bên có khối chứa cao gấp 2.24 lần so với những người không có tiền sử CNTC (OR = 2.24, 0.83 < OR < 5.96, CI 95%). Trong nghiên cứu của Vũ Văn Du, tỷ lệ VTC thông bên mổ ở nhóm có tiền sử CNTC là 58.3% và tắc cả 2 bên chiếm 25%. Có thể nói rằng, CNTC cũng có ảnh hưởng đến kết quả thông VTC ở các phương pháp điều trị. Trong nhóm có tiền sử CNTC, phương pháp điều trị MTX có tỷ lệ VTC tắc cao gấp 1.71 lần so với phương pháp PTNS (OR = 1.71, 0.26 < OR < 11.92, CI 95%). Điều này có thể giải thích do PTNS chỉ rạch dọc bờ tự do của VTC lấy khối chứa, không có tác động cơ học khác vào VTC nên phần nào VTC được mở rộng hơn tại vị trí khối chứa, còn ở phương pháp điều trị MTX thì sự tiêu hủy khối chứa xảy ra từ từ và có thể tiêu hủy không hoàn toàn nên nguy cơ tắc VTC sẽ cao hơn. Qua kết quả trên, có thể kết luận: *Những người có tiền sử CNTC tỷ lệ tắc VTC cao gấp 2.24 lần so với những người không có tiền sử, phương pháp điều trị MTX có tỷ lệ tắc VTC cao gấp 1.71 lần so với phương pháp PTNS.*

Kích thước khối chứa có ảnh hưởng đến độ thông cơ học của VTC ở các phương pháp điều trị không thì còn rất ít tác giả đề cập đến. Bảng 3 cho thấy: các trường hợp có kích thước khối chứa < 2cm, tỷ lệ VTC tắc ở ở phương pháp điều trị MTX cao gấp 1.3 lần so với phương pháp PTNS, tỷ lệ này ở các trường hợp có kích thước khối chứa ≥ 2 cm là 1.42 lần, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Kết quả tại bảng 2: các trường hợp có nồng độ β hCG trước điều trị ≥ 2000 UI/L có tỷ lệ VTC tắc là 23/73 chiếm 31.5% cao hơn so với các trường hợp có nồng độ β hCG trước điều trị < 2000UI/L là 18/87 (chiếm 20.7%). Qua kết quả trên cho chúng ta thấy, *nồng độ β hCG càng cao thì tỷ lệ VTC tắc càng cao.* Điều này có thể giải thích là do có mối liên quan giữa nồng độ β hCG với chức năng của VTC, chức năng VTC bình thường hay bất thường phụ thuộc vào mức độ xâm lấn của nguyên bào nuôi vào thành VTC.

Các trường hợp có nồng độ β hCG trước điều trị < 2,000UI/L: phương pháp điều trị MTX có tỷ lệ tắc cao gấp 2.25 lần so với phương pháp PTNS. Tỷ lệ này tương ứng ở các trường hợp có nồng độ β hCG trước điều trị $\geq 2,000$ UI/L là 1.5 lần, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Điều này được giải thích trong nghiên cứu này do phương pháp điều trị MTX có tỷ lệ VTC tắc cao hơn phương pháp PTNS nên nồng độ β hCG cao hay thấp thì tỷ lệ tắc ở nhóm MTX cũng sẽ cao hơn nhóm PTNS.

Nghiên cứu của Vũ Văn Du cũng giống kết quả của chúng tôi, tác giả cho rằng nồng độ β hCG càng thấp, đặc biệt khi nồng độ β hCG < 300IU/L, có tỷ lệ thông VTC 100%, còn lại khi nồng độ β hCG càng cao, càng làm giảm tỷ lệ thông VTC sau mổ.

Qua kết quả trên chúng ta thấy: *nồng độ β hCG trước điều trị tỷ lệ nghịch với độ thông cơ học của VTC, nồng độ β hCG càng cao tỷ lệ thông càng giảm. Nồng độ β hCG trước điều trị không có sự khác biệt về độ thông cơ học của VTC ở các phương pháp điều trị.*

3. Tỷ lệ có thai sau điều trị

Kết quả tại bảng 8 cho thấy: tỷ lệ có thai trở lại sau điều trị bảo tồn VTC bằng phương pháp MTX là 65%, tỷ lệ CNTC nhắc lại là 7.5%; phương pháp PTNS có tỷ lệ tương ứng là 58.75% và 3.75%, không có trường hợp nào thai dị dạng.

Nghiên cứu của Tạ Thị Thanh Thủy về điều trị bảo tồn VTC bằng MTX cho thấy tỷ lệ có thai trở lại là 47.8% và CNTC nhắc lại là 9.9%. Trong nghiên cứu này, tác giả cũng chưa phát hiện các trường hợp thai bất thường [3]. Nghiên cứu của tôi cao hơn của Tạ Thị Thanh Thủy có thể do cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Đỗ Bình Trí nghiên cứu tại BVPSTW cho thấy tỷ lệ có thai trở lại là 30.2%, tác giả cho rằng có 3 yếu tố làm giảm khả năng có thai nhưng làm tăng nguy cơ CNTC nhắc lại đó là dính quanh phần phụ hai bên, tiền sử vô sinh và tổn thương VTC bên đối diện [5].

Heather Murray và cộng sự đã điều trị phẫu thuật cho 267 trường hợp bao gồm bảo tồn VTC và cắt bỏ VTC triệt để bên có khối chứa. Theo dõi sau 7 năm thấy: tỷ lệ có thai trở lại là 89% ở nhóm bảo tồn VTC, 66% ở nhóm cắt VTC triệt để; tỷ lệ CNTC nhắc lại

tương ứng ở hai nhóm lần lượt là 17% và 16%. Tỷ lệ có thai trở lại và CNTC nhắc lại trong nghiên cứu của Heather Murray cao hơn của chúng tôi do thời gian theo dõi sau điều trị dài hơn [8].

Krag Moeler [9] đã nghiên cứu 106 trường hợp CNTC và chia thành 2 nhóm điều trị: nhóm PTNS và nhóm điều trị nội khoa bằng MTX. Kết quả có thai ở nhóm MTX là 73% và ở nhóm PTNS là 62%; CNTC nhắc lại ở 2 nhóm tương ứng là 9.6% và 17.3%. Kết quả của Krag Moeler cao hơn kết quả của chúng tôi do thời gian theo dõi dài hơn, và nồng độ β hCG trước điều trị cũng thấp hơn của chúng tôi rất nhiều (< 2000 UI/L).

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thai nghén sau điều trị cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Văn Du [1], tỷ lệ có thai trở lại là 41.9%, CNTC nhắc lại là 7.5%. Tác giả cũng đã tìm thấy một số yếu tố làm giảm sự có thai như viêm dính tiểu khung, dính phần phụ, tình trạng tổn thương VTC trên phim chụp TC – VTC.

KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ VTC thông cơ học của phương pháp MTX là 71.2%, phương pháp PTNS là 77.5%.
2. Nồng độ β hCG trước điều trị tỷ lệ nghịch với độ thông cơ học của VTC, nồng độ β hCG càng cao, tỷ lệ thông VTC càng giảm.
3. Những người có tiền sử CNTC, tỷ lệ tắc VTC cao gấp 2.24 lần so với người không có tiền sử CNTC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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, 2011
2. Nguyễn Văn Học (2005), " Nghiên cứu sử dụng

Methotrexate trong điều trị chữa ngoài tử cung chưa vỡ tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng", Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y năm 2004

3. Tạ Thị Thanh Thủy, Đỗ Danh Toàn (2004), "Điều trị thai ngoài tử cung với MTX: một nghiên cứu thực nghiệm không so sánh tại bệnh viện Hùng Vương - Thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Sản phụ khoa, Hội Sản phụ khoa Việt Nam, tr. 58 - 64.

4. Nguyễn Việt Tiến (2000), "Chữa ngoài tử cung" Bài giảng Sản phụ khoa. Nhà xuất bản Y học, Tr 117 124

5. 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 Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội năm 2008.

6. Dubuisson JB, Aubriot FX (1987), "Laparoscopic salpingectomy for tubal pregnancy". Fertil Steril; 47: 225.

7. Hajenius P.J, Lammes F.B, Bossuyt P.M, Hemrika D.J (1997), "Randomised trial of systemic MTX versus laparoscopic salpingostomy in tubal pregnancy", The Lancet, Sep 13 (350), pp. 774-9.

8. Heather Murray, Hanadi Baakdah, Trevor Bardell (2005), "Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy" CMAJ. 2005 October 11; 173(8): 905-912.

9. Krag Moeller LB, Moeller C, Thomsen SG et al (2009), "Success and spontaneous pregnancy rates following systemic methotrexate versus laparoscopic surgery for tubal pregnancies: a randomized trial". Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2009; 88 (12): 1331-7

10. Stovall T, Ling F (1993), "Methotrexat treatment of un-ruptured ectopic pregnancy: A report of 100 cases", Obstet Gynecol, pp. 168, 1759, 1765.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA U BUỒNG TRỨNG THỰC THỂ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TỪ 2007 ĐẾN 2008

LÊ QUANG VINH - Bệnh viện Phụ sản Trung ương
LÊ HOÀNG LINH - Đại học Y Hà nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả một số các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các u BT thực thể đã điều trị tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong thời gian từ 2007-2008. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tổng số 799 bệnh nhân có chẩn đoán xác định là u BT thực thể. Các bệnh nhân nghiên cứu được khai thác các đặc điểm về nhân trắc, tiền sử sản khoa, các triệu chứng lâm sàng, đặc điểm u, các kết quả cận lâm sàng (siêu âm, mô bệnh học). Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân có u BT lành tính là $33,0 \pm 13,2$, thấp hơn của nhóm ung thư BT là $46,1 \pm 15,2$. Tỷ lệ mắc u BT thực thể ở nhóm phụ nữ chưa có thai là cao nhất (39,7%). U BT phải chiếm 51,3%, bên trái 39,3%, hai bên 9,4%. Nhóm u có kích thước 6 - 10cm chiếm tỷ lệ cao nhất (58,6%). Có 84,5% u lành tính di động để. ung thư BT chiếm 67,9% số u BT không di động hoặc di động hạn chế. Trên siêu âm, nhóm u có âm vang hỗn hợp hoặc không đồng nhất chiếm tỷ lệ cao nhất (42,1%). Chẩn đoán mô bệnh học sau mổ: Tỷ lệ u lành tính là 92%, UTBT chiếm 7%, u giáp biên chiếm 1%.

Từ khóa: U buồng trứng, ung thư buồng trứng

SUMMARY

This study investigated clinical and paraclinical characteristics of somatic ovarian tumors undergoing treatment in the National Hospital of Obstetrics and Gynecology during the period 2007-2008. This is a descriptive cross-sectional study. There were totally 799 patients received confirmative diagnosis of somatic ovarian tumor. Analysis was conducted using general history, obstetric history, clinical features, tumor characteristic, paraclinical data including ultrasonography and histopathology. Results: the patients with benign tumors had the average age of 33 ± 13.2 , younger than 46.1 ± 15.2 of the cancer patients. The prevalence rate of somatic ovarian tumor was highest in the nulliparous patients (39.7%). There were 51.3% of tumors located at the right side, 39.3% at the left side, and 9.4% located at both sides. With regards to the tumor size, the most common size was 6-10cm (58.6%). In mobility, 84.5% of tumors were