MỤC LỤC
SỐ 782

•LÊ QUANG VINH, LÊ HOÀNG LINH	⇒ 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	50
•HÀ VĂN NHƯ	⇒ Đánh giá thiệt hại cơ sở y tế do bão Ketsana, tháng 9 năm 2009 tại bốn tỉnh miền Trung và Tây Nguyên	54
•VŨ MINH NGỌC, NGUYỄN VIẾT TIẾN, PHẠM THỊ HOA HỒNG	⇒ Kết quả sản khoa và chu sinh của thai nghén sau thụ tinh ống nghiệm xin noãn	57
•TRỊNH HỒNG SƠN, NGUYỄN THÀNH KHIÊM, BÙI TRUNG NGHĨA, QUÁCH VĂN KIÊN, NINH VIỆT KHẢI, PHẠM GIA ANH	⇒ Cắt gan trong ung thư tụy ngoại tiết di căn gan	60
•PHẠM LÊ TUẤN, HOÀNG HẢI, PHẠM QUANG HUY	⇒ Thực trạng nguồn nhân lực quân dân y và khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân và bộ đội ở các xã đảo trên địa bàn quân khu 7 và quân khu 9 (2005-2009)	63
•VŨ XUÂN NGHĨA, NGUYỄN THANH VIỆT	⇒ Nghiên cứu xây dựng mô hình tạo gốc tự do trên chuột bằng Tetraclorua carbon (CCL4)	67

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ βhCG VÀ KÍCH THƯỚC KHỐI CHỬA TRONG ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VÒI TỬ CUNG TRONG CHỬA NGOÀI TỬ CUNG CHƯA VỠ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI HOẶC METHOTRAXTE

TRẦN CHIẾN THẮNG, VƯƠNG TIẾN HÒA, NGUYỄN VIẾT TIẾN
Bệnh viện Phụ Sản trung Ương

TÓM TẮT

Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn vòi tử cung (VTC) và mối liên quan giữa nồng độ βhCG, kích thước khối chửa trong chửa ngoài tử cung (CNTC) chưa vỡ bằng phẫu thuật nội soi (NSBT) hoặc Methotrexate (MTX).

Phương pháp: 160 bệnh nhân CNTC chưa vỡ, có nồng độ βhCG ≤ 5000UI/L và kích thước khối thai ngoài qua siêu âm ≤3.5cm, được chia thành 2 nhóm điều trị, nhóm 1 sử dụng MTX tiêm bắp với liều 50mg, nhóm 2 điều trị bằng phẫu thuật NSBT. Sau điều trị, bệnh nhân được theo dõi hàng tuần bằng định lượng βhCG và siêu âm. Bệnh nhân được xuất viện khi nồng độ βhCG giảm dưới 10UI/L

Kết quả: Nhóm điều trị MTX: tỷ lệ thành công là 93.75%, thất bại 6.25%. Nhóm PTNS: tỷ lệ thành công là 90%, thất bại chiếm 10%. Nồng độ βhCG < 2000UI/L, tỷ lệ thành công ở nhóm MTX là 94.9%, ở nhóm NSBT (81.1%), các trường hợp nồng độ βhCG ≥ 2000UI/L tỷ lệ tương ứng là 90.5% và 93.2%. Kích thước khối thai < 2cm và βhCG < 2000UI/L, tỷ lệ thành công ở phương pháp MTX cao gấp 1.63 lần (0.1<OR = 1.63 <65 với CI 95%) so với phương pháp PTNS. Các trường hợp có dịch cùng đồ < 10mm, tỷ lệ này là 4.04 lần (0.34 <OR = 4.04< 107 với CI 95%) Kết luận: Nồng độ βhCG và dịch cùng đồ trước điều trị càng thấp, tỷ lệ thành công càng cao. Nồng độ βhCG trước điều trị < 2000 UI/L, dịch cùng đồ < 10 mm nên điều trị MTX, nồng độ βhCG trước điều trị ≥2000 UI/L, dịch cùng đồ ≥ 10 mm nên điều trị PTNS

Từ khóa: *vòi tử cung, chửa ngoài tử cung, phẫu thuật nội soi, Methotrexate*

SUMMARY

Evaluating the relationship between βhCG concentration and fetal block size in the unruptured ectopic pregnancy by laparoscopy salpingostomy to conserve uterius tube or Methotrexate (MTX).

Methods: 160 patients surfering unruptured ectopic pregnancy had the concentrations βhCG ≤ 5000UI / L and size ≤ 3.5cm by ultrasound were divided into two groups: group one used intramuscular dose MTX 50mg, group 2 treated with laparoscopy salpingostomy. After treatment, patients were monitored weekly by quantitative βhCG and ultrasound, and was discharged when the βhCG concentration falls below 10UI/L.

Results: MTX treatment group: the success rate was 93.75%, the failure accounted for 6.25%. Laparoscopy salpingostomy group: success rate was 90%. βhCG concentration <2,000UI/L, the success rate in the MTX group was 94.9%, in laparoscopy salpinggostomy group (81.1%). In cases fetal blok size < 2 cm and βhCG concentration <2000UI/L, the rate of success in the method of MTX was 1.63 times higher than laparoscopy salpinggostomy method (0.1<OR = 1.63 <65 với CI 95%). Cases of Douglas' fluid <10 mm, the ratio is 4.04 times (0.34 <OR = 4.04< 107 với CI 95%)

Conclusion: The βhCG concentration and Douglas' fluid pre-treatment is lower, the higher success rate. βhCG concentration before treatment <2000 UI / L, Douglas' fluid <10 mm should be treated by MTX concentrations, βhCG concentration before treatment ≥ 2000 UI/L, Douglas' fluid ≥ 10 mm should be treated by laparoscopy salpingostomy.

Keywords: *ectopic pregnancy, laparoscopy salpingostomy, Methotrexate.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ngoài tử cung (CNTC) là một cấp cứu hay gặp, điều trị kinh điển CNTC trước đây chủ yếu là phẫu thuật cắt bỏ vòi tử cung bên có khối thai. Ngày nay với những tiến bộ khoa học thì việc chẩn đoán chửa ngoài tử cung ở giai đoạn sớm đã tạo điều kiện tốt cho điều trị bảo tồn vòi tử cung bằng phương pháp phẫu thuật nội soi (PTNS) hay điều trị nội khoa bằng Methotrexate (MTX) [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, song tỷ lệ thành công là khác nhau ở từng tác giả tùy thuộc vào cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Lựa chọn nhóm đối tượng nghiên cứu chủ yếu dựa vào nồng độ βhCG và kích thước khối chửa trên siêu âm, vì mỗi ngưỡng nồng độ βhCG và kích thước khối chửa khác nhau sẽ cho kết quả khác nhau. Tuy nhiên để biết được nồng độ βhCG và kích thước khối chửa có liên quan như thế nào đến kết quả điều trị thì còn rất ít nghiên cứu đề cập đến. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu sau:

1. Kết quả điều trị bảo tồn VTC trong CNTC chưa vỡ PTNS hoặc MTX.

2. Tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ βhCG và kích thước khối chửa trong việc bảo tồn VTC bằng phương pháp PTNS hoặc MTX.

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).

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 . (p_1 q_1 + p_2 q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

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 chửa ngoài tử cung với những tiêu chuẩn sau: Kích thước khối thai ngoài qua siêu âm ≤ 3.5cm; không có hoạt động của tim thai; nồng độ βhCG ≤ 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 kẽ, 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 Methotraxte liều 50mg/BN, nếu sau tiêm 1 tuần mà nồng độ βhCG huyết thanh không giảm hoặc giảm <15% so với ban đầu, bệnh nhân được tiêm mũi 2 hoặc mũi 3. Các nhóm bệnh nhân này sau khi điều trị được theo dõi hàng tuần qua việc định lượng nồng độ βhCG trong huyết thanh và siêu âm cho đến khi nồng độ βhCG giảm dưới 10UI/l.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

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. Kết quả như sau:

Bảng 1. Kết quả điều trị

PP điều trị / Kết quả	MTX		PTNS		p
	n	%	n	%	
Thành công	75	93.75	72	90	p>0.05
Thất bại	5	6.25	8	10	
Tổng số	80	100	80	100	

Nhóm điều trị MTX: tỷ lệ thành công là 93.75%, thất bại chiếm 6.25%. Nhóm PTNS: tỷ lệ thành công là 90%, thất bại chiếm 10%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0.05.

Bảng 2. Mối liên quan giữa hàm lượng βhCG trước điều trị và kết quả điều trị

PP điều trị / βhCG (UI/L)	MTX		PTNS		OR CI 95%	p
	Thành công	Thất bại	Thành công	Thất bại		
<2000	56	3	31	5	3.1 0.57<OR<12.8	>0.05
≥2000	19	2	41	3	1.44 0.15<OR<12.0	>0.05
Tổng số	75	5	72	8		

- Ở các trường hợp nồng độ βhCG < 2000UI/L, tỷ lệ thành công ở nhóm MTX cao gấp 3.1 lần so với nhóm NSBT, ở các trường hợp nồng độ βhCG ≥ 2000UI/L có tỷ lệ thất bại ở nhóm MTX cao hơn 44% so với nhóm NSBT với p > 0.05.

Bảng 3. Mối liên quan giữa kích thước khối chửa và kết quả điều trị

PP điều trị / Kích thước	MTX		PTNS		OR CI 95%	p
	Thành công	Thất bại	Thành công	Thất bại		
<2cm	34	3	36	3	0.94 0.14<OR<6.42	>0.05
≥2.0cm	41	2	36	5	2.85 0.45<OR<22.8	>0.05
Tổng số	75	5	72	8		

Ở các trường hợp kích thước khối chửa < 2cm, tỷ lệ thành công ở 2 nhóm là như nhau. Ở các trường hợp kích thước khối chửa ≥ 2cm, tỷ lệ thành công ở nhóm MTX cao gấp 3.42 lần so với nhóm NSBT với p > 0.05. Trong nhóm NSBT thì những trường hợp có kích thước khối chửa < 2 cm có tỷ lệ thất bại cao gấp 3 lần so với các trường hợp có kích thước khối chửa ≥ 2cm với p>0.05.

Bảng 4. Mối liên quan giữa kích thước khối chửa < 2cm trên siêu âm và hàm lượng βhCG trước khi điều trị và kết quả điều trị

PP điều trị / βhCG (UI/L)	MTX		PTNS		OR CI 95%	p
	Thành công	Thất bại	Thành công	Thất bại		
<2000	26	1	16	1	1.63 0.1 <OR<65	>0.05
≥2000	8	2	20	2	2.5 0.2<OR<31.9	>0.05
Tổng số	34	3	36	3		

- Các trường hợp có nồng độ βhCG < 2,000UI/L thì tỷ lệ thất bại ở nhóm PTNS cao gấp 1.63 lần so với nhóm MTX, còn ở các trường hợp có nồng độ βhCG ≥ 2,000UI/L thì tỷ lệ thất bại ở nhóm MTX cao gấp 2.5 lần so với nhóm PTNS, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0.05)

Bảng 5. Mối liên quan giữa kích thước khối chửa ≥ 2cm trên siêu âm và hàm lượng βhCG trước khi điều trị và kết quả điều trị

PP điều trị / βhCG (UI/L)	MTX		PTNS		OR CI 95%	p
	Thành công	Thất bại	Thành công	Thất bại		
< 2000	30	1	15	4	8 0.72<OR<206	<0.05
≥2000	11	1	21	1	1.91 0.1<OR<79	>0.05
Tổng số	41	2	36	5		

Các trường hợp có nồng độ βhCG < 2000UI/L thì tỷ lệ thất bại ở nhóm PTNS cao gấp 8 lần so với nhóm MTX, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p > 0.05). Các trường hợp có nồng độ βhCG ≥ 2000UI/L thì tỷ lệ thất bại ở nhóm MTX cao gấp 1.91 lần so với nhóm PTNS, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0.05)

Bảng 6. Mối liên quan giữa lượng dịch cùng đồ và kết quả điều trị

PP điều trị / Kích thước	MTX		PTNS		OR CI 95%	p
	Thành công	Thất bại	Thành công	Thất bại		
<10mm	35	1	26	3	4.04 0.34<OR<107	>0.05
≥10mm	40	4	46	5	1.09 0.23<OR<5.25	>0.05
Tổng số	75	5	72	8		

Lượng dịch cùng đồ trên siêu âm < 10mm thì tỷ lệ thành công ở phương pháp MTX cao gấp 4.04 lần so với phương pháp NSBT và cao gấp 3.5 lần so với các trường hợp có dịch ≥ 10mm ở cùng phương pháp điều trị. Lượng dịch cùng đồ trên siêu âm ≥10mm thì tỷ lệ thành công ở 2 phương pháp là như nhau với p > 0.05.

Bảng 7. So sánh tỷ lệ thành công giữa MTX và PTNS với một số yếu tố

PP điều trị / Yếu tố so sánh	MTX	PTNS	OR (CI 95%)	Độ chênh
Nồng độ βhCG trước điều trị <2000UI/L	56/59	31/36	3.01 (0.57<OR<17.28)	2.01
Kích thước khối thai < 2cm	34/37	36/39	0.94 (0.14<OR< 6.42)	- 0.06
Kích thước khối thai < 2cm và βhCG<2000UI/L	26/27	16/17	1.63 (0.1<OR< 65)	0.63
Kích thước khối thai ≥2cm và βhCG≥2000UI/L	11/12	21/22	0.52 (0.01< OR< 21.6)	- 0.48
Dịch cùng đồ <10mm	35/36	26/29	4.04 (0.34<OR< 107)	3.04

Nồng độ βhCG có giá trị quyết định chỉ định điều trị khi: Nồng độ βhCG trước điều trị <2000 UI/L, dịch cùng đồ < 10 mm: điều trị MTX. Nồng độ βhCG trước điều trị ≥ 2000 UI/L, dịch cùng đồ ≥ 10 mm: điều trị PTNS.

BÀN LUẬN

1. Kết quả điều trị

Theo kết quả nghiên cứu, tại bảng 1 cho thấy tỷ lệ thành công của MTX là 93.75% cao hơn không đáng kể so với phẫu thuật nội soi bảo tồn là 90%. Sự khác biệt này có thể do các trường hợp điều trị MTX đa phần đều có nồng độ βhCG trước điều trị thấp, trong khi đó các trường hợp phẫu thuật nội soi đều có nồng độ βhCG cao hơn.

Trong nghiên cứu của Hajenius [6] và Krag Moeller [8], tỷ lệ thành công thấp hơn nhiều so với của chúng tôi vì đối tượng nghiên cứu của 2 tác giả này hoàn toàn khác với cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi. Hajenius lựa chọn tất cả các trường hợp có nồng độ βhCG < 20,000UI/L và kích thước khối chửa ≤ 3.5cm. Krag Moeller cũng lựa chọn các trường hợp có nồng độ cũng lớn hơn rất nhiều, kích thước tối đa là 5.1 cm. Vũ Văn Du, Martin C. Sowter và nhiều nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng, nồng độ βhCG ban đầu càng cao thì tỷ lệ thất bại càng lớn [1,9].

Nghiên cứu của tôi phù hợp với Kazandi [7] có tỷ lệ thành công giữa 2 nhóm lần lượt là 92.8% và 90.7%. So với nghiên cứu của F Lecuru [5] thì tỷ lệ thành công ở nhóm MTX tương đương với nghiên cứu của tôi (91.8%) nhưng ở nhóm PTNS thì nghiên cứu của tôi cao hơn nhiều (90% so với 81.6%). Tuy nồng độ βhCG trước điều trị giữa 2 nghiên cứu là như nhau nhưng kích thước khối thai trong nghiên cứu của F. Lecuru lại bé hơn (3cm), tỷ lệ thành công của tôi cao hơn có thể trong nghiên cứu của tôi có sự đồng nhất về trình độ phẫu thuật viên.

Thất bại trong điều trị Methotrexate

Thất bại trong điều trị MTX do nhiều nguyên nhân, có thể do vỡ VTC trong giai đoạn đầu sử dụng thuốc

khi các gai rau chưa chịu sự tác động của thuốc, có thể do thuốc kém nhạy cảm, cũng có thể do khối chửa trong quá trình tiêu hủy gây chảy máu rỉ rả kéo dài tạo nên khối huyết tụ. Để giảm nguy cơ thất bại trong quá trình điều trị do vỡ VTC hoặc khối huyết tụ, ngoài việc định lượng βhCG để đánh giá diễn biến của nó chúng ta cần phải phối hợp với các dấu hiệu lâm sàng để tiên đoán nguy cơ thất bại. Nếu trong quá trình điều trị, dấu hiệu đau không giảm mà có xu hướng tăng lên thì dễ có nguy cơ thất bại. Nghiên cứu của Martin C. Sowter [9] cũng có kết quả giống với nghiên cứu của chúng tôi.Qua nghiên cứu trên, chúng tôi đưa ra kết luận: *Nếu trong quá trình điều trị MTX mà diễn biến nồng độ βhCG có xu hướng tăng lên hoặc kết hợp dấu hiệu đau không giảm là yếu tố có giá trị tiên lượng sự thất bại của thuốc.*

Thất bại trong phẫu thuật PTNS

Thất bại của PTNS bảo tồn VTC là sự tồn tại của nguyên bào nuôi sau phẫu thuật. NBN tồn tại là hiện tượng nguyên bào nuôi còn hoạt động một thời gian dài sau khi phẫu thuật lấy khối chửa hoặc sau khi điều trị bằng MTX. Các mô nguyên bào nuôi có thể tái hoạt động tại buồng tử cung hay phát triển và lan tràn ở những cơ quan khác trong ổ bụng như phúc mạc, túi cùng Douglas.

Trong nghiên cứu của Kazandi M [7], ở nhóm PTNS tỷ lệ nguyên bào nuôi tồn tại là 13% và ở nhóm MTX là 9.64%. Nghiên cứu của Martin C. Sowter thì nguyên bào nuôi tồn tại là 7.1% ở nhóm PTNS và 5.8% ở nhóm MTX [9]. Nghiên cứu của Tạ Thị Thanh Thủy tại bệnh viện Hùng Vương trong giai đoạn 2001 – 2002 cho thấy tỷ lệ nguyên bào nuôi tồn tại sau mổ mở bảo tồn VTC là 30% và sau mổ NS bảo tồn VTC là 29% [3]. Trong nghiên cứu của Krag Moeller [8] có 5 trường hợp NBN tồn tại sau mổ và 2 trường hợp vỡ VTC trong phẫu thuật, nghiên cứu của Hajenius cũng cho thấy có 20% NBN tồn tại sau mổ và của Martin C. Sowter là 7.15% [9]. Các tác giả cũng đã chỉ ra rằng những trường hợp khối chửa có kích thước ≤ 2cm thì nguy cơ nguyên bào nuôi tồn tại cao hơn các trường hợp các kích thước > 2cm.

2. Yếu tố ảnh hưởng

Nồng độ βhCG và kích thước khối chửa trước điều trị và kết quả điều trị

Theo bảng 2, trong nhóm MTX: các trường hợp có nồng độ βhCG < 2,000UI/L có tỷ lệ thành công cao gấp 1.96 lần so với các trường hợp có nồng độ βhCG ≥2,000UI/L, ở phương pháp PTNS tỷ lệ này là 0.45. Ở các trường hợp nồng độ βhCG < 2000UI/L, tỷ lệ thành công ở nhóm MTX cao gấp 3.1 lần so với nhóm NSBT, ở các trường hợp nồng độ βhCG ≥ 2000UI/L, tỷ lệ thất bại ở nhóm MTX cao hơn 44% so với nhóm NSBT với p > 0.05.

Nồng độ βhCG càng thấp thì tỷ lệ thành công càng cao trong phương pháp MTX. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Học cũng giống với kết quả của chúng tôi [2]. Trong điều trị MTX, Tạ Thanh Thủy lựa chọn nồng độ βhCG trước điều trị từ 40 UI/L 2000UI/L thấy tỷ lệ thành công là 91%[3], Stovall lựa chọn nồng độ βhCG < 2000UI/L thấy tỷ lệ thành công 96.7% [10]. Zbigniew Pietrzak [11] lựa chọn nồng độ βhCG tối đa trước điều trị là 57,154UI/L thấy tỷ lệ thành công là 78%. Kết quả các nghiên cứu trên cho chúng ta thấy rằng nồng độ βhCG trước điều trị liên quan chặt chẽ tới tỷ lệ thành công của thuốc.

Kích thước khối chửa trước điều trị và kết quả điều trị

Bảng 3, trường hợp có kích thước khối chửa < 2 cm: tỷ lệ thành công ở hai phương pháp là tương đương nhau. Trường hợp có kích thước khối chửa ≥ 2 cm, tỷ lệ thất bại ở phương pháp PTNS cao gấp 3.42 lần so với MTX. Trong nhóm PTNS thì những trường hợp có kích thước khối chửa < 2 cm có tỷ lệ thất bại cao gấp 1.67 lần so với các trường hợp có kích thước khối chửa ≥ 2cm. Nghiên cứu của chúng tôi giống với các tác giả Hajeniu, Kazandi, Martin C. Sowter, thấy rằng trong PTNS kích thước khối chửa < 2cm thì tỷ lệ thất bại cao hơn các trường hợp có kích thước ≥ 2cm do dễ sót lại NBN sau mổ [6], [7], [9]. Nếu kích thước khối chửa lớn lại có nguy cơ vỡ VTC hoặc chảy máu trong phẫu thuật.

Kết quả bảng 4 – 5: kích thước khối chửa < 2cm và nồng độ βhCG < 2000UI/L: tỷ lệ thất bại ở nhóm PTNS cao gấp 1.63 lần so với MTX, ở ngưỡng nồng độ βhCG ≥ 2000UI/L thì tỷ lệ thất bại ở phương pháp MTX cao gấp 2.5 lần so với phương pháp PTNS. Ở các trường hợp kích thước khối chửa ≥ 2cm cũng cho kết quả tương tự những tỷ lệ này lần lượt là 8 và 1.91. Như vậy, ở ngưỡng nồng độ βhCG ban đầu thấp, tỷ lệ thành công ở phương pháp MTX cao hơn phương pháp PTNS, ở ngưỡng nồng độ βhCG ban đầu cao có kết quả ngược lại.

Dịch cùng đồ và kết quả điều trị

Theo bảng 6: ở các trường hợp dịch cùng đồ dưới 10mm thì tỷ lệ thành công ở nhóm MTX cao gấp 4.04 lần so với nhóm PTNS. Tỷ lệ thất bại ở các trường hợp có dịch cùng đồ > 10mm là như nhau ở hai phương pháp (OR: 1.09, p>0.05). Tuy nhiên, tỷ lệ thất bại ở các trường hợp có dịch cùng đồ <10mm và >10 mm ở cả 2 phương pháp điều trị là khác nhau. Tỷ lệ thành công trong phương pháp MTX ở các trường hợp dịch cùng đồ <10mm là 35/36, cao gấp 3.5 lần so với các trường hợp dịch cùng đồ ≥ 10mm (40/44). Ở phương pháp PTNS là không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

Qua nghiên cứu kết quả điều trị giữa hai nhóm, chúng tôi đã so sánh tỷ lệ thành công giữa hai nhóm trong một số yếu tố để từ đó có thể đưa ra những ý kiến phù hợp cho từng bệnh nhân cụ thể. Trong bảng 7 cho thấy: nồng độ βhCG < 2,000UI/L ở phương pháp điều trị MTX có tỷ lệ thành công cao gấp 3 lần so với PTNS; kích thước khối thai < 2cm và nồng độ βhCG < 2,000UI/L ở phương pháp điều trị MTX có tỷ lệ thành công cao gấp 1.63 lần so với PTNS; các trường hợp có dịch cùng đồ < 10mm ở phương pháp điều trị MTX có tỷ lệ thành công cao gấp 4.04 lần so với PTNS; kích thước khối thai < 2cm tỷ lệ thành công ở hai nhóm là tương đương nhau. Kích thước khối thai ≥ 2cm và nồng

độ βhCG ≥ 2,000UI/L, phương pháp điều trị PTNS có tỷ lệ thành công cao gấp 2 lần so với MTX.

Qua bảng so sánh trên, chúng tôi rút ra kết luận: *Nồng độ βhCG có giá trị quyết định chỉ định điều trị: nồng độ βhCG trước điều trị < 2000 UI/L, dịch cùng đồ < 10 mm: chỉ định điều trị MTX. Nồng độ βhCG trước điều trị ≥2000 UI/L, dịch cùng đồ ≥ 10 mm: chỉ định điều trị PTNS.*

KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ thành công của phương pháp MTX là 93.75% và ở phương pháp PTNS là 90%.

2. Nồng độ βhCG trước điều trị càng thấp, tỷ lệ thành công càng cao.

3. Nồng độ βhCG có giá trị quyết định chỉ định điều trị: nồng độ βhCG trước điều trị < 2000 UI/L, dịch cùng đồ < 10 mm: chỉ định điều trị MTX. Nồng độ βhCG trước điều trị ≥2000 UI/L, dịch cùng đồ ≥10 mm: chỉ định điều trị PTNS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Văn Du (2011), *"Nghiên cứu điều trị bảo tồn vòi tử cung trong chửa 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 chửa 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 Viết Tiến (2000), *"Chửa ngoài tử cung"* Bài giảng Sản phụ khoa. Nhà xuất bản Y học, Tr 117 - 124

5. F. Lecuru F. Robin J. -P. Bernard et al (2004), *"Single-dose methotrexate for unruptured ectopic pregnancy"*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 84, Issue 3, Match 2004, Pages 271 - 272

6. 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.

7. 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. 2011;38(1):67-70.

8. 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 Obstetricia et Gynecologyca Scandinavica. 2009; 88 (12): 1331-7

9. Martin C. Sowter, Cindy M. Farquhar, Guy Gudex (2003), *"An economic evaluation of single dose systemic Methotrexate and laparoscopic surgery for the treatment of unruptured ectopic pregnancy"* Article first published online: 22 DEC 2003

10. Stovall T et all (1990), *"Methotrexat treatment of un-ruptured ectopic pregnancy: A report of 100 cases"* Obstet Gynecol, pp. 77, 753, 749.

11. Zbigniew Pietrzak, Tomasz Augustyniak et al (1998), *"Efficacy of Methotrexate in the treatment of nonruptured ectopic pregnancy"*. Acta Obstet Gynocol Scand 1999; 78; 258 – 259.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM TRÊN NGƯỜI TỪ 25-64 TUỔI TẠI HÒA BÌNH 2009-2010

LƯƠNG NGỌC KHUÊ, LÝ NGỌC KÍNH, TRƯƠNG LÊ VÂN NGỌC, PETR OTAHAL, LEIGH BLIZZARD, ÂU BÍCH THỦY, TRẦN QUỐC BẢO

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố hành vi nguy cơ liên quan tới bệnh không lây nhiễm ở những người từ 25-54 tuổi tại Hòa Bình năm 2009-2010. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 6/2009 đến tháng 10/2009 tại tỉnh Hòa Bình với cỡ mẫu là 2583 người từ 25-64 tuổi. Kết quả: Tỷ lệ người hút thuốc lá hàng ngày ở nam là 51,9%, ở nữ chiếm 7,9%, tỷ lệ hút thuốc ở khu vực nông thôn là 54,2%, thành thị chiếm 34,1%; Tỷ lệ nam giới từng uống rượu, bia lại chiếm 76,6%; uống rượu bia trong 12 tháng qua 74,7%; đặc biệt tỷ lệ nam giới uống ở mức có hại chiếm tới 14,5% và uống ở mức nguy hiểm là 17,7%. Tỷ lệ người ăn trên 5 suất trái cây và rau củ/ngày chiếm 20,1 ± 7,3%, ăn dưới 5 suất/ngày chiếm 79,9 ± 7,3%; 75,8% người có mức vận động thể lực cao; 11,8% có mức vận động thể lực vừa. Kết luận: Tình trạng hút thuốc, uống rượu bia khá phổ biến trong nam giới từ 25-64. Tỷ lệ người ăn trên 5 suất trái cây và rau củ/ngày chiếm 20,1 ± 7,3%; 75,8% người có mức vận động thể lực cao; 11,8% có mức vận động thể lực vừa.

Từ khóa: *yếu tố hành vi nguy cơ, vận động thể lực, hút thuốc, Hòa Bình.*

SUMMARY

Objectives: Determine some risk behaviours relate to NCDs among people at aged 25-64 in Hoa Binh province, 2009-2010. Methods: Cross-sectional survey was conducted for 2583 people at aged 25-64 in Hoa Binh province, from June, 2009- October, 2009. Results: Current smoke daily smokers in men was 51.9%, 7.9% in women, smoking rates in rural areas is 54.2%, accounting for 34.1% urban; rate of male ever drink, beer accounted for 76.6% alcohol in 12 months 74.7%, in particular the proportion of men drinking at harmful levels accounted for 14.5% and drinking at