

ĐÁNH GIÁ ĐỘ THÔNG VÒI TỬ CUNG VÀ CÓ THAI SAU ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VÒI TỬ CUNG Ở BỆNH NHÂN BỊ CHỮA NGOÀI TỬ CUNG

Vương Tiến Hòa*, Trần Chiến Thắng**

(*) Đại học Y Hà Nội, (**) Trường Cao đẳng Y tế Hà Tĩnh

Mở đầu

Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn vòi tử cung (VTC) không chỉ ở khía cạnh tỷ lệ thành công hay thất bại của từng phương pháp bởi vì đó mới chỉ là việc đánh giá kết quả ban đầu của quá trình điều trị. Mục đích bảo tồn VTC không chỉ dừng lại có giữ được VTC hay phải cắt bỏ mà cần phải đánh giá chức năng của VTC còn thông hay đã tắc. Nếu VTC tắc sau điều trị bảo tồn sẽ đồng nghĩa là đã thất bại trong điều trị. Mục đích cuối cùng của việc điều trị bảo tồn VTC là mong muốn có thai tự nhiên sau điều trị.

Ở những người VTC bên đối diện bình thường thì tình trạng VTC bên có khối chứa nếu bị tắc thì cũng ảnh hưởng một phần nào trong quá trình thụ thai tự nhiên vì VTC còn lại vẫn đảm bảo được chức năng sinh sản. Tuy nhiên, khả năng có thai tự nhiên sẽ giảm đi một nửa so với những người có hai VTC bình thường, vì trong mỗi chu kỳ kinh nguyệt thì thường chỉ có một buồng trứng phóng noãn.

Trong nghiên cứu của Mai Thanh Hằng gồm 201 bệnh nhân bị chữa ngoài tử cung (CNTC) lần 2, chỉ có 45/291 có khả năng sinh sản tự nhiên (chiếm 15.47% do còn một VTC

nhưng cũng chỉ có 7/45 trường hợp là VTC bình thường về đại thể không có viêm dính và VTC mềm mại. Số còn lại 38/45 (chiếm tỷ lệ 84.4%) VTC kèm theo một yếu tố bất thường như VTC bất thường, viêm dính, xoắn vặn... 243/291 bệnh nhân không còn khả năng sinh sản trong đó 234/291 bệnh nhân bị cắt cả hai VTC (chiếm 80.41%) phải yêu cầu hỗ trợ sinh sản. Xem xét 60 bệnh nhân bị CNTC lần 1 chưa có thai đã bị CNTC lần 2, có 43/60 (chiếm 71.67%) đã thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm nhưng không thành công nhấn mạnh để nhận thấy tầm quan trọng về đánh giá tổn thương VTC khi mổ cũng như độ thông cơ học để có những can thiệp sớm và thích hợp về sinh sản cho bệnh nhân^[1].

Vì vậy trong điều trị bảo tồn, khi VTC bên đối mất chức năng như bị tắc hoặc bị cắt bỏ trước đó thì tình trạng thông hay tắc của VTC bên có khối chứa là yếu tố quyết định tình trạng có thai tự nhiên hay không. Trong nghiên cứu của Vương Tiến Hòa và Trần Chiến Thắng^[2] cũng như của Vũ Văn Du^[3] và một số tác giả khác, việc đánh giá tình trạng thai nghén là chưa đầy đủ vì thời gian của các nghiên cứu này ở mức giới hạn nên việc theo dõi để có kết luận chính xác về

tỷ lệ thai nghén sau điều trị mới chỉ dừng lại ở một mức độ nhất định.

Độ thông cơ học của VTC được đánh giá bằng nhiều phương pháp khác nhau, ở mỗi mốc thời gian đều sử dụng những kỹ thuật khác nhau và mỗi phương pháp đều có những ưu điểm và nhược điểm riêng. Các phương pháp đánh giá độ thông cơ học của VTC được sử dụng cho đến nay bao gồm:

- Phương pháp bơm hơi TC – VTC: phương pháp này hiện nay không sử dụng và có nhiều biến chứng.

- Soi buồng TC: kỹ thuật này chỉ cho phép khảo sát tình trạng BTC và lỗ trong của VTC mà không đánh giá được tình trạng VTC.

- Soi VTC: đưa ống soi mềm vào lòng VTC để trực tiếp quan sát VTC. Phương pháp này hiện nay chưa phổ biến rộng rãi, khó thực hiện, dễ gây tai biến thủng VTC^{[4],[5]}.

- Siêu âm đầu dò âm đạo kết hợp với bơm thuốc cản quang từ buồng tử cung. Phương pháp này chẩn đoán độ thông VTC chính xác 94.7% và là phương pháp có triển vọng trong tương lai^{[4],[5]}.

- Soi ổ bụng: thường áp dụng trong chẩn đoán và điều trị vô sinh. Soi ổ bụng kết hợp với bơm xanh Methylen vào buồng tử cung lên cho biết chính xác độ thông của VTC. Phương pháp này hiện nay đang được áp dụng rộng rãi nhất là trong chẩn đoán và điều trị vô sinh^{[4],[5]}.

- Chụp TC – VTC với chất cản quang tan trong nước bơm vào buồng TC. Phương pháp này có ưu điểm là đơn giản, dễ thực hiện, ít có các tai biến và biến chứng, nhược điểm là nếu bơm không đủ áp lực thì kết quả dễ bị sai lệch^{[4],[5]}.

Rất ít tác giả đề cập đến việc xác định thời gian để chụp TC – VTC sau điều trị bảo tồn VTC. Thời gian như thế nào là phù hợp để chụp TC - VTC thì mỗi tác giả đều có những quan điểm riêng của mình. Nguyễn Văn

Học^[6], Đinh Bích Thủy^[4], Trần Quốc Việt^[5] lấy mốc thời gian là từ 3 – 6 tháng sau điều trị nhưng không giải thích lý do. Sau mổ khối chứa đã được loại bỏ thì thời gian chụp có thể thực hiện sớm hơn. Nếu điều trị bằng MTX thì chỉ chụp TC – VTC khi khối chứa đã biến mất trên siêu âm, nhưng thời gian để khối chứa biến mất trên hình ảnh siêu âm sẽ phụ thuộc vào kích thước khối chứa cũng như sự đáp ứng khác nhau ở từng bệnh nhân và tiêu chí của từng tác giả. Elito JR và cộng sự khuyến nghị nên chụp TC - VTC sau 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 bệnh nhân quyết định có thai^[7]. Vũ Văn Du lấy mốc thời gian sau mổ nội soi bảo tồn là 3 tháng vì cho rằng thời gian sau mổ càng dài thì tỷ lệ dính tiểu khung và VTC càng cao^[3].

Qua nghiên cứu 61 trường hợp mổ nội soi lần hai, De Cheney nhận thấy tỷ lệ dính tăng lên theo thời gian từ 15% trong 4 tháng đầu đến 63% trong 16 – 19 tháng^[8].

Một câu hỏi được đặt ra là liệu chụp TC – VTC sớm có ảnh hưởng như thế nào đến kết quả và có thể gây ra các tai biến, biến chứng gì không thì còn rất ít tác giả bàn luận. Nếu sau mổ, khối chứa đã được loại bỏ thì việc chụp VTC sẽ không ảnh hưởng đến kết quả nhưng tai biến vỡ VTC và biến chứng có thể xảy ra do tổn thương tại vết mổ chưa được ổn định, xa hơn nữa là có thể gây dính vòi tử cung. Trong phương pháp điều trị CNTC bằng MTX, do khối chứa thoái hóa và tiêu hủy từ từ vì vậy nếu chụp sớm có thể làm sai lệch kết quả hoặc có thể vỡ VTC do tăng áp lực VTC khi bơm thuốc sẽ làm tăng tỷ lệ tắc VTC. Trong nghiên cứu của Trần Chiến Thắng và Vương Tiến Hòa^[2], trường hợp khối chứa biến mất trên hình ảnh siêu âm sớm nhất là 35 ngày sau khi nồng độ β hCG trở về bình thường, có

trường hợp sau 6 tháng khối chứa mới biến mất hoàn toàn trên hình ảnh siêu âm.

Việc chụp TC – VTC ảnh hưởng như thế nào đến tình trạng có thai sau chụp thì vẫn chưa có tác giả nào đề cập đến. Một số nhà chuyên môn cho rằng, chụp TC – VTC sẽ có nguy cơ dính VTC sau khi chụp, điều này sẽ tác động không nhỏ đến yếu tố tâm lý cho người bệnh, làm cho người bệnh sẽ phân vân liệu có hay không nên chụp TC – VTC. Một số tác giả còn khuyên người bệnh chỉ chụp TC – VTC khi không có khả năng thụ thai tự nhiên. Điều này sẽ làm khó khăn khi mời bệnh nhân đến chụp TC – VTC và đã có nhiều bệnh nhân từ chối chụp, thậm chí có những bệnh nhân phải mời nhiều lần và giải thích rất rõ ràng mới đến để khám lại và chụp TC – VTC.

Qua các nghiên cứu đã nêu ở trên và dựa vào điều kiện thực tiễn hiện có ở Việt Nam, chúng tôi thấy rằng, chọn phương pháp chụp TC - VTC để đánh giá độ thông cơ học của VTC với mốc thời gian là từ 3 – 6 tháng là hợp lý nhất bởi vì với thời gian đó, khối chứa đã 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 của chúng tôi^[2], thời gian chụp sớm nhất là 3 tháng và muộn nhất là 12 tháng.

Kết quả chụp tử cung-vòi tử cung sau điều trị bảo tồn

Tỷ lệ VTC thông bên có khối chứa trong nhóm điều trị MTX và PTNS lần lượt là 71.2% và 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 ($p > 0.05$) (Trần Chiến Thắng^[2]). Kết quả này cũng giống với các kết quả của Nguyễn Văn Học^[6]: trong 77 trường hợp chụp TC – VTC, tỷ lệ thông bên có khối chứa là 74%, tỷ lệ tắc

là 26%. Đỗ Bình Trí^[9] 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 CNTC có 50 trường hợp tắc 1 bên chiếm tỷ lệ 46.6%, tắc bên phải chiếm 61% và bên trái 39%^[5]. Nguyễn Văn Tuấn nghiên cứu 21 trường hợp chụp TC – VTC sau PTNS thấy tỷ lệ VTC thông là 90.5% và VTC tắc là 9.5%^[10]. Kết quả của Nguyễn Văn Tuấn cao hơn của chúng tôi có thể do số lượng bệnh nhân nghiên cứu còn ít nên việc so sánh là không tương đồng.

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%^[3], 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 < 20,000 mIU/ml vào nghiên cứu, tác giả cũng chỉ rõ là nồng độ β hCG càng thấp, đặc biệt khi nồng độ β hCG < 300 mIU/ml 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 chiếm 55%, trong nhóm PTNS chiếm 59%^[11] và thấp hơn của Stovall – Ling, tỷ lệ thông VTC cùng bên là 82.3%^[12].

Những trường hợp VTC bảo tồn bị tắc trong PTNS được giải thích là do hiện tượng dính sau phẫu thuật. Sau mổ có thể tạo thành các dải xơ gây bí tắc trong lòng VTC, có thể do các tua VTC bị dính cũng có thể do các dải dính từ ngoài vào trong trường hợp viêm nhiễm tiểu khung. De Cheney và cộng sự đã nghiên cứu 61 trường hợp mổ nội soi

lần 2 để kiểm tra, có 20 trường hợp nội soi lại sau mổ lần trước từ 4 - 16 tuần thì chỉ có 15% các trường hợp dính, trong khi đó 41 trường hợp nội soi lại sau mổ lần trước từ 16 - 19 tháng thì có đến 63%, điều này chứng tỏ hiện tượng dính tăng dần theo thời gian^[8]. Trong điều trị MTX, tắc VTC được giải thích do trong quá trình tiêu hủy khối chứa còn tồn tại các dải xơ dính; có thể do hiện tượng tiêu hủy xảy ra không hoàn toàn hoặc sau khi tiêu hủy thì niêm mạc VTC bị tổn thương và dính vào nhau tạo nên sự tắc.

Ngoài các nguyên nhân gây tắc VTC đã phân tích trên, còn có thể gặp các yếu tố dẫn đến tắc giả như bơm thuốc không đủ áp lực nên thuốc chỉ dừng lại ở loa vòi mà chưa vào ổ bụng, hoặc có thể do hiện tượng co thắt VTC trong khi chụp. Theo Trần Quốc Việt, trong khi bơm thuốc cản quang vào buồng tử cung có khoảng 28.9% bệnh nhân đau khi bơm thuốc, hiện tượng đau này làm co thắt VTC gây nên tắc giả trên phim chụp^[5], nếu dùng thuốc chống co thắt trong khi chụp thì sẽ làm giảm bớt hiện tượng tắc giả. Tác giả đã so sánh tắc VTC ở các trường hợp dùng thuốc chống co thắt và không dùng thuốc thấy tỷ lệ tắc giả là 18.6%. Trong nghiên cứu của Đinh Bích Thủy, tỷ lệ tắc giả là 5.8% và tắc ở đoạn kẽ chiếm tỷ lệ cao nhất 46%^[4], trong khi đó tỷ lệ này ở Trần Quốc Việt là 20,6%^[5].

Trong thực tế, để đánh giá chính xác độ thông cơ học của VTC, tránh hiện tượng tắc giả trên phim chụp TC – VTC thì soi ổ bụng kết hợp bơm xanh Methylen vào buồng tử cung sẽ cho kết quả chính xác hơn. Trong quá trình soi ổ bụng, ngoài đánh giá tình trạng VTC và các tổn thương, còn quan sát được mức độ thông và vị trí tắc của VTC. Trần Quốc Việt cũng đã đối chiếu các trường hợp tắc trên phim chụp với soi ổ bụng có bơm xanh Methylen thấy trong 48 VTC bên

phải và 44 VTC bên trái tắc trên phim chụp thì soi ổ bụng chỉ có 37 trường hợp tắc ở bên phải và 32 trường hợp tắc bên trái. Tỷ lệ tắc giả trên phim chụp đối chiếu với soi ổ bụng là 25%. Rất tiếc là trong nghiên cứu chúng tôi chưa đối chiếu được kết quả của các trường hợp tắc VTC cùng bên là tắc thật hay tắc giả. Nghiên cứu của Trần Quốc Việt và Đinh Bích Thủy thực hiện ở các trường hợp điều trị vô sinh, nên khi có dấu hiệu tắc trên phim chụp TC – VTC thì những bệnh nhân đó được soi ổ bụng can thiệp để biết được tình trạng VTC trước khi thực hiện phương pháp hỗ trợ sinh sản. Trong CNTC, việc chụp phim TC – VTC nhằm mục đích đánh giá độ thông cơ học của VTC chứ không can thiệp gì nên chúng tôi không đánh giá tỷ lệ tắc giả. Hơn nữa, việc VTC thông hay VTC tắc trên phim chụp không làm ảnh hưởng đến bàn luận về kết quả nghiên cứu trong nghiên cứu của tôi.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Học đã ghi nhận 1 trường hợp hợp khi chụp phim thấy VTC bên chứa thông, VTC bên đối diện bị tắc và trường hợp này sau đó đã có thai lại, theo tác giả, đây là bằng chứng duy nhất khẳng định sự phục hồi chức năng sinh lý của VTC sau điều trị bảo tồn VTC bằng MTX^[6].

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

Tiền sử phá thai

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, 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 làm tăng tỷ lệ tắc VTC. Theo Dubuisson JB^[13], quá trình

viêm nhiễm làm 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.

Một câu hỏi được đặt ra là liệu nạo hút thai có ảnh hưởng đến độ thông của VTC trong từng phương pháp điều trị hay không. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, 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^[3], Nguyễn Văn Học^[6] cũng không nêu được ảnh hưởng của nạo hút thai đến độ thông cơ học của VTC.

Tiền sử CNTC

Trong 25 trường hợp có tiền sử CNTC trong nghiên cứu của chúng tôi, VTC thông bên có khối chứa chiếm 60% và VTC tắc chiếm 40%. Ở nhóm không có tiền sử CNTC, tỷ lệ này tương ứng là 77% và 23%. 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 ($OR = 2.24$, $CI\ 95\%: 1.16 - 4.32$). 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, tiền sử bị CNTC 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 ($OR = 1,71$; $CI\ 95\%: 1.62 - 1.82$). Điều này có thể giải thích do phẫu thuật nội soi 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. Với những kết quả trên, có thể kết luận rằng: *Những người có tiền sử CNTC tỷ lệ tắc VTC cao gấp 2.24 lần so với những người không có tiền sử CNTC và phương pháp điều trị MTX có tỷ lệ tắc VTC cao gấp 1.71 lần so với phương pháp NSBT.*

Kích thước khối chứa

Kích thước khối chứa có ảnh hưởng đến độ thông cơ học của VTC ở các phương pháp điều trị không thì vẫn còn rất ít tác giả đề cập đến. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các trường hợp có kích thước khối chứa $< 2\text{cm}$, 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 $\geq 2\text{cm}$ là 1,42 lần, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Nồng độ βhCG trước điều trị

Các trường hợp có nồng độ βhCG trước điều trị $\geq 2000\text{ mIU/ml}$ có tỷ lệ VTC tắc là 23/73 chiếm 31.5% cao hơn so với các trường hợp có nồng độ βhCG trước điều trị $< 2000\text{ mIU/ml}$ là 18/87 (20.7%). Qua kết quả trên cho chúng ta thấy, *nồng độ βhCG càng cao thì tỷ lệ VTC tắc càng cao*. Điều này có thể giải thích là do có mối liên quan giữa nồng độ βhCG 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. Để đánh giá mức độ xâm lấn của nguyên bào nuôi vào thành VTC, có thể dựa vào nồng độ βhCG . Nếu nồng độ $\beta\text{hCG} \geq 5.990\text{ mIU/ml}$, nguy cơ thâm nhiễm vào thành VTC cao gấp 13,9 lần so với nồng độ $\beta\text{hCG} < 5.990\text{ mIU/ml}$, ngoài ra, nồng độ βhCG càng cao, nguy cơ phá hủy thành VTC càng lớn^[1].

Đối với các trường hợp có nồng độ β hCG trước điều trị < 2.000 mIU/ml, phương pháp điều trị MTX có tỷ lệ tác 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 mIU/ml 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 tác cao hơn phương pháp PTNS nên nồng độ β hCG cao hay thấp thì tỷ lệ tác 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 < 300 mIU/ml, có tỷ lệ thông VTC 100%, còn lại khi nồng độ β hCG càng cao, càng làm giảm tỷ lệ thông VTC sau mổ^[3].

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.*

Tình trạng thai nghén sau điều trị

Việc đánh giá kết quả cuối cùng của các phương pháp điều trị bảo tồn VTC là tình trạng có thai trở lại sau điều trị. Trong hai phương pháp điều trị bảo tồn VTC bằng PTNS hoặc điều trị nội khoa bằng MTX, phương pháp nào sẽ có hiệu quả hơn về kết quả thai nghén, liệu MTX có ảnh hưởng đến tình trạng thai nghén hay không? Trả lời vấn đề này, đã có rất nhiều công trình nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới cũng như trong nước được công bố.

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 tái phát là 9.9%. Trong nghiên cứu này, tác giả cũng chưa phát hiện các trường hợp thai

bất thường^[14]. Năm 2004, Nguyễn Văn Tuấn theo dõi 30 trường hợp sau mổ bảo tồn VTC bằng phương pháp PTNS trong thời gian 6 tháng thấy có 4 trường hợp có thai trong tử cung chiếm 11.8%, không có trường hợp nào CNTC tái phát. Do số lượng quá ít nên tác giả cũng không bàn luận sau về các trường hợp có thai này^[10].

Nguyễn Văn Học nghiên cứu 103 trường hợp điều trị bảo tồn VTC bằng MTX, có 24 trường hợp có thai trở lại chiếm 23.3%. Thai trong tử cung có 23 trường hợp trong đó thai phát triển bình thường có 17 trường hợp, 1 trường hợp sẩy thai, 5 trường hợp hút thai vì chưa muốn có con, 1 trường hợp CNTC tái phát chiếm khoảng 1%. Vì thời gian theo dõi ngắn nên tác giả cũng chưa phát hiện trường hợp nào có thai bất thường^[6]. Một nghiên cứu khác về bảo tồn VTC bằng phương pháp PTNS của Đỗ Bình Trí 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^[9]. Tuy nhiên, vì đây là một nghiên cứu hồi cứu nên cũng có những hạn chế riêng của nó, vì lẽ đó chúng tôi không bàn luận gì thêm về nghiên cứu này.

Các nghiên cứu trên cũng chỉ là đơn lẻ, chưa so sánh được liệu phương pháp PTNS hay MTX, phương pháp nào có tỷ lệ thai nghén sau điều trị cao hơn và ảnh hưởng của mỗi phương pháp lên thai nghén như thế nào và đó là *hạn chế lớn của các nghiên cứu trên*.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ có thai trở lại sau điều trị bảo tồn VTC bằng phương pháp MTX là 65%, tỷ lệ CNTC tái phát 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. Trong 28 trường hợp chưa có thai trở lại ở phương

pháp điều trị MTX và 33 trường hợp ở phương pháp PTNS, có những trường hợp chưa muốn có thai trở lại vì lý do như con nhỏ, công việc, chưa thể có thai trở lại như ly hôn hoặc chưa kết hôn. Do thời gian theo dõi sau điều trị của nghiên cứu còn chưa đủ dài nên chúng tôi chưa thể đánh giá chính xác tỷ lệ thai nghén sau điều trị và những ảnh hưởng của MTX lên thai nghén.

Năm 1991, Stovall nghiên cứu điều trị bảo tồn VTC bằng MTX, tỷ lệ có thai sau điều trị là 52,3%, tỷ lệ CNTC nhắc lại là 13%^[15]. Murray H và cộng sự^[16] 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%. Tác giả khẳng định là mổ bảo tồn VTC làm tăng khả năng có thai sau phẫu thuật, còn tỷ lệ CNTC tái phát ở hai phương pháp là không có sự khác biệt giữa bảo tồn VTC và cắt VTC triệt để. Sự khẳng định trên rất có ý nghĩa đối với các cặp vợ chồng còn mong muốn có thai, nhất là những trường hợp chỉ còn 1 VTC thì việc bảo tồn VTC là rất cần thiết. Tỷ lệ có thai trở lại và CNTC nhắc lại trong nghiên cứu của Murray H cao hơn của chúng tôi do thời gian theo dõi sau điều trị dài hơn.

Krag Moeler 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%^[17]. 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 (< 2.000 mIU/ml).

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.

Năm 1998, Keefe và Wald đánh giá kết quả có thai ở những bệnh nhân sau điều trị bằng MTX tại Brigham, trong 170 trường hợp từ 1989 - 1994 qua điện thoại, trong đó có 66 trường hợp không liên lạc được, có 94 (90%) người tham gia, trong đó 82 trường hợp mong con thì 57 trường hợp (70%) có thai trở lại, 46 trường hợp (81%) có thai trong buồng tử cung, 11 trường hợp (19%) chứa ngoài tử cung nhắc lại. Trong số có thai trong buồng tử cung thì 26 trường hợp (45%) sảy thai. Qua 6 năm theo dõi số trẻ đẻ ra đều khỏe mạnh, không có trường hợp trẻ bị dị tật bẩm sinh hay chết lưu trong những lần có thai lại. Tác giả kết luận, điều trị MTX trong chứa ngoài tử cung chưa rõ không có ảnh hưởng về sau cho thai nhi^[18].

Theo Barnhart sử dụng MTX để điều trị chứa ngoài tử cung chưa vỡ là cần thiết vì an toàn, hiệu quả, kinh tế so với phẫu thuật. Chức năng sinh sản trong tương lai cũng tương tự như phương pháp phẫu thuật bảo tồn, mặc dù hiệu quả điều trị của MTX không phải là 100% như mong đợi^[19].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Thanh Hằng (2004), "Tình hình chứa ngoài tử cung lần hai điều trị tại bệnh viện phụ sản trung ương trong 3 năm (2001-2003)", *Luận văn tốt nghiệp Chuyên khoa cấp II*, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Trần Chiến Thắng; Vương Tiến Hòa; Nguyễn Viết Tiến (2011), "Nghiên cứu mối liên quan giữa nồng độ β hCG và kích thước khối chứa trong điều trị bảo tồn vòi tử cung trong chứa ngoài tử cung chưa vỡ bằng phẫu thuật nội soi

- hoặc Methotrexat", *Tạp chí y học thực hành*, 9(782), tr 2-6.
3. 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.
 4. 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.
 5. Trần Quốc Việt (2004), "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh tắc vòi trứng trên phim chụp tử cung vòi trứng có đôi chiếu với phẫu thuật nội soi ổ bụng", *Luận văn tốt nghiệp Chuyên khoa cấp II*, Trường Đại học Y Hà Nội.
 6. 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.
 7. Elito Junior J, Montenegro NA, Soares Rda C, Camano L (2008), Unruptured ectopic pregnancy: diagnosis and treatment, State of art, *Rev Bras Ginecol Obstet*, 30(3), pp.149- 159.
 8. DeCherney AH, Diamond MP (1987) Laparoscopic salpingostomy for ectopic pregnancy, *Obstet Gynecol*, 70(6), pp.948-50.
 9. 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.
 10. Nguyễn Văn Tuấn (2003), "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung trong thai ngoài tử cung tại khoa sản Bệnh viện Trung ương Huế", *Luận văn thạc sĩ y học*, Trường Đại học Y Huế.
 11. Hajenius PJ, Lammes FB, Bossuyt PM, Hemrika DJ (1997), Randomised trial of systemic MTX versus laparoscopic salpingostomy in tubal pregnancy, *The Lancet*, 350, pp.774-9.
 12. Stovall T, Ling F (1993), Methotrexat treatment of un-ruptured ectopic pregnancy: A report of 100 cases, *Obstet Gynecol*, 168, pp.1759-1765.
 13. Dubuisson JB, Aubriot FX (1987), Laparoscopic salpingectomy for tubal pregnancy, *Fertil Steril*, 47(2), pp.225-228.
 14. 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*, tr. 58 - 64.
 15. Stovall T.G, Ling F.W, Buster J.E (1990), Reproductive performance after methotrexate treatment of ectopic pregnancy, *Am J Obstet Gynecol*, 162, pp.1620-4.
 16. Murray H, Baakdah H, Bardell T (2005), Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy, *CMAJ*, 173(8), pp.905-912.
 17. 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*, 88(12), pp.1331-7.
 18. Keefe KA, Wald JS (1998), Reproductive outcome after MTX treatment of tubal pregnancies, *J Reprod Med*, 43(1), 28 - 32.
 19. Barnhart K, Coutifaris C, Esposito M (2001), The pharmacology of methotrexate, *Expert Opin Pharmacother*, 2(3), pp.409-17.