

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BẢO TỒN VÒI TỬ CUNG TRONG THAI NGOÀI TỬ CUNG TẠI KHOA PHỤ-SẢN BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM-CUBA ĐỒNG HỚI - QUẢNG BÌNH.

*Phạm Trọng Hoà, Dương Thị Thu Thảo
Khoa Phụ - Sản, Bệnh viện Việt Nam-Cuba, Đồng Hới.*

Tóm tắt:

Qua 32 trường hợp thai ngoài tử cung đã được phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung từ năm 1996 đến tháng 5 năm 2006, chúng tôi nhận thấy: 100% là phẫu thuật theo phương pháp cổ điển. Độ thông vòi trứng 75,85%, trong đó thông tốt là 48,27%. Tỷ lệ có thai lại chiếm 18,5% và tỷ lệ có thai ngoài tử cung là 6,25%. Biến chứng sót tổ chức nhau là 3,12%.

Summary

From 32 cases of ectopic pregnancy treated by conservative surgery from 1996 to May 2006, following results are observed: conventional surgery 100%. Tubal permeability 75,85%, good 48,27%. Postoperative pregnancy rate 18,5% and ectopic pregnancy rate 6,25%. Rate of remaining placental tissues 3,12%

1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Thai ngoài tử cung (TNTC) là danh từ để chỉ các trường hợp trứng đã được thụ thai, nhưng vì một lý do nào đó thai không làm tổ trong buồng tử cung mà làm tổ ở bất kỳ đoạn nào của vòi tử cung gọi là thai ở vòi (Tubal pregnancy), thai ở buồng trứng (Ovary pregnancy), hoặc hiếm hơn nữa là nằm bất kỳ ở đâu trong ổ bụng (Abdominal pregnancy)

Thai ngoài tử cung là một cấp cứu sản khoa, là một trong những nguyên nhân gây tử vong sản khoa hoặc ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe, tính mạng người mẹ do mất máu cấp, ảnh hưởng rất lớn đến khả năng sinh sản - chức năng được làm mẹ của người phụ nữ trong hoạt động sinh đẻ do mất ống dẫn trứng.

Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến TNTC và tần suất có xu hướng ngày một gia tăng ở Việt Nam cũng như trên toàn thế giới

Điều trị kinh điển là phẫu thuật cắt bỏ vòi trứng có khối thai. Trong một số trường hợp đặc biệt sẽ khó có thai do vòi tử cung còn lại đã bị cắt, bị dị tật, bị viêm nhiễm mãn tính, ú nước, ú mủ mà người bệnh cũng như gia đình tha thiết muốn có thai lại thì việc điều trị bảo tồn vòi tử cung là rất cần thiết. Tuy nhiên, những phụ nữ được điều trị bảo tồn vòi tử cung sẽ có nguy cơ bị chửa ngoài tử cung cao hơn rất nhiều so với những phụ nữ khác.

Bệnh viện hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới là một bệnh viện Đa khoa tuyến tỉnh, các thiết bị thăm dò mới như định lượng β -hCG và các nội tiết tố sinh dục, siêu âm đầu dò âm đạo còn thiếu nên việc hỗ trợ điều trị TNTC còn nhiều hạn chế. Tuy vậy, với mục đích tìm ra những thành công và hạn chế trong việc điều trị phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung trong TNTC tại bệnh viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "**Kết quả điều trị phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung trong thai ngoài tử cung tại khoa Phụ - Sản, Bệnh viện hữu nghị Việt Nam - Cuba, Đồng Hới**" nhằm các mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung trong thai ngoài tử cung
2. Đánh giá độ thông vòi tử cung sau điều trị bảo tồn vòi tử cung.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 32 bệnh nhân đã được phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung do chửa ngoài tử cung chưa vỡ từ năm 1996 đến hết tháng 5 năm 2006.

2.1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Những bệnh nhân có chẩn đoán xác định chửa ngoài tử cung chưa có dấu hiệu vỡ choáng và tha thiết xin điều trị bảo tồn vì còn nhu cầu về sinh đẻ.
- Khối thai không quá to và làm tổ ở đoạn bóng hay loa vòi trứng.
- Chấp nhận các điều kiện tham gia nghiên cứu.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ:

- Thai ngoài tử cung đã vỡ hoặc có dấu hiệu choáng vỡ;
- Khối thai to cảm giác dính nhiều, ít di động hoặc TNTC thể huyết tụ thành nang;
- Không có nhu cầu điều trị bảo tồn;
- Không đồng ý các điều kiện tham gia nghiên cứu;
- Sau mổ bụng kiểm tra vòi tử cung còn lại có dấu hiệu bình thường, hoặc không bình thường nhưng nếu điều trị bảo tồn thì vòi tử cung không có khả năng thông được hoặc không đảm bảo được các chức năng sinh lý sinh sản.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Tiến cứu cắt ngang mô tả.

2.3. Phương pháp phẫu thuật điều trị và theo dõi bệnh nhân

Áp dụng điều trị bảo tồn vòi tử cung bằng phẫu thuật mở bụng.

Sau khi mở bụng, tiến hành kiểm tra vị trí khối thai, xác định mức độ tổn thương của vòi tử cung, kiểm tra đánh giá buồng trứng 2 bên và tử cung tiên lượng có thai lại được; kiểm tra vòi tử cung bên còn lại nếu có dấu hiệu bất thường mới có chỉ định điều trị bảo tồn vòi tử cung có khối thai.

Khối thai ở bóng: rạch vòi tử cung vùng vô mạch, lấy và nhẹ nhàng gấp nạo hết tổ chức thai và nhau thai; khâu viên cầm máu và chừa lỗ cửa sổ. Nếu khối thai ở loa thì rạch hình dấu cộng lấy thai và nhau, khâu lộn loa vòi. Giải phóng và cắt các dây chằng vòi, tua vòi (nếu có). Cố gắng tìm và xử lý các nguyên nhân (có thể) gây TNTC.

Điều trị vòi trứng bên còn lại: cắt giải phóng các dây chằng, tổ chức dính hoặc chích tháo dịch, mũ, máu (nếu có) và khâu chừa cửa sổ; nếu ở loa vòi thì chích rạch hình dấu cộng tháo hết mũ, dịch và khâu lộn loa vòi.

Do bệnh viện chưa có điều kiện định lượng β -hCG, ngày thứ 2 và ngày thứ 4 sau phẫu thuật, các bệnh nhân có chỉ định điều trị bảo tồn vòi tử cung đều được điều trị kết hợp bằng tiêm bắp Methotrexate 1mg/kg/ngày.

Theo dõi bệnh nhân và khuyên bệnh nhân quan hệ tình dục an toàn (không để có thai) đến khi bệnh nhân được chụp kiểm tra vòi tử cung ngày thứ 3 - 5 của chu kỳ kinh đầu tiên sau phẫu thuật.

Những bệnh nhân đã điều trị bảo tồn vòi tử cung có kết quả chụp vòi trứng tử cung thông vừa (bán tắc), đều được tư vấn quay lại bệnh viện điều trị và quan hệ tình dục an toàn (chưa được có thai) để đề phòng TNTC lại.

2.4. Đánh giá kết quả thông vòi tử cung

Đánh giá sự thông vòi tử cung sau phẫu thuật bằng chụp tử cung - vòi tử cung với thuốc cản quang theo các mức độ và tiêu chuẩn sau:

- Thông tốt là vòi tử cung bên phẫu thuật hoặc cả hai vòi tử cung hoặc vòi bên kia ngấm thuốc đều, thuốc cản quang lan toả đều trong ổ phúc mạc.(Cotte +)
- Thông vừa là thuốc cản quang có qua vòi trứng bên phẫu thuật, vòi bên kia hoặc cả hai vòi nhưng ngấm không đều. Thuốc cản quang lan toả trong ổ phúc mạc ít, hay còn đọng lại ở một hoặc hai vòi tử cung.(Cotte ±)
- Không thông là thuốc cản quang không qua hoặc ứ lại vòi tử cung, ổ phúc mạc không có thuốc cản quang. (Cotte -)

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

3.1.1 Phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	Số trường hợp	Tỷ lệ %
≤ 20	02	6,25
21 – 39	26	81,25
≥ 40	04	12,5
Tổng cộng	32	100

Số bệnh nhân được điều trị bảo tồn vòi tử cung chủ yếu ở lứa tuổi còn chưa đẻ. Có 02 trường hợp (6,25%) chưa có chồng mà đã có thai ngoài tử cung, trong phẫu thuật kiểm tra vòi tử cung buồng trứng bên đối diện viêm ứ mủ.

3.1.2 Phân bố theo lần sinh

Số lần sinh	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Chưa sinh lần nào	16	50,00
Sinh một lần	12	37,5
Sinh trên một lần	04	12,5
Tổng cộng	32	100

Số bệnh nhân chưa sinh lần nào chiếm 50%, sinh 1 con chiếm tỷ lệ 37,5 % Theo Nguyễn Văn Tuấn và Lê Minh Toàn chưa sinh lần nào là 55,9%, sinh 1 lần chiếm 41,2 %, còn trên một lần chiếm tỷ lệ là 2,9%.

3.1.3 Phân bố theo tiền sử sản khoa

Tiền sử	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Nạo hút thai	08	25,00
Sảy thai	09	28,12
Thai ngoài tử cung	07	21,8
Phẫu thuật tiểu khung	03	9,37
Điều trị viêm phần phụ	16	50,00
Điều trị vô sinh thứ phát	12	37,5
Điều trị vô sinh tiên phát	03	9,37
Mang DCTC trên 05 năm	08	25,0

Đa số bệnh nhân được điều trị bảo tồn vòi tử cung của chúng tôi đều thuộc những người rất khó có thai và có nguy cơ cao gặp thai ngoài tử cung. Tiền sử đã điều trị viêm phần phụ có tỷ lệ cao nhất (50%). Nghiên cứu này của chúng tôi cũng có kết quả tương tự

52,1% tắc vòi tử cung là chủ yếu do viêm phần phụ của Nguyễn Thị Kim Anh. ⁽⁶⁾ Tỷ lệ bệnh nhân điều trị vô sinh thứ phát sau nạo phá thai và sảy thai khá cao (37%). Theo tổng kết của Vương Tiến Hoà trong 73 % trường hợp chữa ngoài tử cung sau nạo hút thai có kết quả giải phẫu bệnh lý là viêm vòi tử cung. Tạ thị Bích Thủy ⁽³⁾ cũng có chung nhận xét tiền sử nạo hút thai là yếu tố nguy cơ cao của thai ngoài tử cung. Tổng kết của Nguyễn Văn Tuấn và Lê Minh Toàn thì thai ngoài tử cung gặp ở phụ nữ vô sinh là 11,8% ⁽⁴⁾.

3.2 Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Chậm kinh	28	87,5
Đau bụng	30	93,75
Ra máu âm đạo	26	81,25

Phần lớn số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi hầu như có đầy đủ “tam chứng cổ điển” của TNTC là chậm kinh (87,5%), đau bụng (93,75%) và ra máu âm đạo (81,25%).

3.2.2 Triệu chứng thực thể

Triệu chứng	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Phản ứng thành bụng	28	87,5
Thân tử cung to	24	75,00
Túi cùng sau đầy, đau	26	81,25
Khối cạnh tử cung	19	59,37
Lay động CTC đau	24	75,00

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì triệu chứng bụng có phản ứng hầu như bệnh nhân nào cũng có. Sau đó là lay động CTC đau, túi cùng sau đầy và đau chói. Khối cạnh tử cung gặp gần hết trong số bệnh nhân mà chúng tôi phẫu thuật.

3.3 Đặc điểm cận lâm sàng

Kỹ thuật		Số trường hợp	Tỷ lệ %
Tets thai nhanh	Dương tính	24	75,0
	Âm tính	08	25,0
Siêu âm	Tử cung không có túi thai	32	100
	Khối thai ngoài tử cung	21	65,6
	Dịch túi cùng sau	28	87,5

Có 24 trường hợp thử thai (+) (75%), nhưng cũng có 08 trường hợp thử thai (-) (25%) trong nhóm nghiên cứu. Theo chúng tôi, ở những cơ sở chưa có xét nghiệm đặc hiệu cao cấp (định lượng β -hCG), dấu chứng thử thai mặc dầu không hoàn toàn đặc hiệu trong giúp chẩn đoán TNTC, nhưng nếu dương tính thì thường rất có giá trị trong chẩn đoán.

Dấu hiệu siêu âm tử cung không có túi thai, thử thai dương tính kèm theo khám có khối đau chói cận tử cung hay siêu âm có khối thai ngoài tử cung là triệu chứng quan trọng trong quyết định chẩn đoán của chúng tôi. Tuy nhiên, chúng tôi đã gặp 07 trường hợp có túi thai giả trong buồng tử cung và có 02 trường hợp đã nạo đi nạo lại nhiều lần.

3.4 Điều trị

3.4.1 Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Mở bụng	32	100
Nội soi	00	00
Tổng cộng	32	100

Trong 32 trường hợp điều trị phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung đều phẫu thuật theo phương pháp cổ điển, không có trường hợp nào phẫu thuật nội soi. So với các nghiên cứu khác thì phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung bằng nội soi tại bệnh viện chúng tôi chưa được thực hiện. (Tại BV chúng tôi, phẫu thuật nội soi ổ bụng bắt đầu được tiến hành từ giữa năm 2006). Tỷ lệ này tại Viện bảo vệ bà mẹ trẻ em năm 2000 phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung trong TNTC là 37/58, trong đó phẫu thuật nội soi chiếm 63,8 %. Còn tại bệnh viện Từ Dũ năm 2002 tỷ lệ phẫu thuật nội soi bảo tồn vòi tử cung chiếm tỷ lệ là 98,2%.

3.4.2 Vị trí khối thai ở trên vòi tử cung

Vị trí	Vòi tử cung			Tổng cộng
	Loa	Bóng	Eo	
Số trường hợp	14	18	00	32
Tỷ lệ %	43,75	56,25	00	100

Có 43,75 % vị trí khối thai ở loa và 56,25% trường hợp khối thai đóng ở bóng, tỷ lệ này cao hơn nhiều so với 23,5% khối thai ở loa và 76,5% ở bóng của Nguyễn Văn Tuấn và Lê Minh Toàn. Chỉ có những trường hợp thai làm tổ tại loa và bóng vòi tử cung mới được phẫu thuật bảo tồn. Các trường hợp thai ở eo và kể chúng tôi không có chỉ định phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung.

3.4.3 Xét về vị trí phần phụ

Vị trí phần phụ	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Bên phải	17	53,12
Bên trái	15	46,87
Tổng cộng	32	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thai ở phần phụ phải cao hơn thai ở phần phụ trái (17/15). Tỷ lệ này cũng tương đương 52,9 % ở vòi trứng phải và 47,1 % ở vòi trứng trái của Nguyễn Văn Tuấn và Lê Minh Toàn.

3.4.4 Đặc điểm vòi tử cung bên đối diện trong khi đang phẫu thuật

Đặc điểm	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Viêm dính tử cung- phần phụ	11	34,37
Vòi tử cung đã bị cắt	04	12,5
Vòi tử cung dị dạng, hình bi	02	6,25
Vòi tử cung ứ dịch, máu, mủ	09	28,12
Đã phẫu thuật cắt mất buồng trứng	04	12,5

Các trường hợp điều trị bảo tồn của chúng tôi đều có vòi tử cung, buồng trứng bên đối diện không bình thường. Ở những bệnh nhân này nguy cơ vô sinh sẽ xảy ra nếu không

được điều trị vòi tử cung bên mang thai. Tuy nhiên, do nguy cơ sẽ gặp lại thai ngoài tử cung rất cao đối với các bệnh nhân này, nên chúng tôi cũng rất thận trọng và cân nhắc khi quyết định điều trị bảo tồn vòi tử cung đang mang khối thai.

3.4.5 Thời gian phẫu thuật

Thời gian \ Phương pháp	30 - 45 phút		> 45 phút	
	Tổng số	Tỷ lệ %	Tổng số	Tỷ lệ %
Phẫu thuật mở	3	9,37	29	90,62
Phẫu thuật nội soi	00	00	00	00
Tổng cộng	03	9,37	29	90,62

Tại khoa chúng tôi phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung chỉ thực hiện trong phẫu thuật mở bụng. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi thường kéo dài trên 45 phút chiếm 90,62%, chỉ có 03 trường hợp phẫu thuật dưới 45 phút. Nhanh nhất là 40 phút nhưng sau đó bị sót tổ chức thai và phải phẫu thuật lại.

3.4.6 Tai biến

Tai biến	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Chảy máu	00	00
Sốt tổ chức thai	01	3,12
Khác	00	00

Có một bệnh nhân đã phẫu thuật bảo tồn vòi trứng do TNTC và đã được xuất viện ngày thứ 7 sau phẫu thuật. Ngày thứ 32 sau phẫu thuật bệnh nhân kêu đau bụng (chưa có hành kinh lại), được tư vấn qua điện thoại khuyên nhập viện điều trị. Ngày thứ 37 sau phẫu thuật bệnh nhân đau bụng nhiều và có dấu hiệu choáng đã nhập viện và đã được phẫu thuật với chẩn đoán: chảy máu sau điều trị bảo tồn vòi trứng trong chửa ngoài tử cung. Chẩn đoán sau phẫu thuật lần 2: thai ngoài tử cung vỡ trên vòi trứng đã điều trị bảo tồn do thai ngoài tử cung.

Đây là một trường hợp rất đặc biệt vì sau phẫu thuật, GPB đã trả lời tổ chức lấy ra trong phẫu thuật là tổ chức thai ngoài tử cung và bệnh nhân cũng đã được điều trị kết hợp 2 liều Methotrexate 1mg/kg ngày thứ 2 và ngày thứ 4 sau mổ. Theo Lê Sĩ Phương và Lê Minh Toàn, tiêm bắp Methotrexate với liều đơn 50mg/m² da có hiệu quả cao (85,7%)⁽⁵⁾ trong điều trị TNTC chưa vỡ với kích thước ban đầu của khối thai không lớn hơn 4 cm. Ở đây chúng tôi đã phẫu thuật lấy khối thai và kết hợp hoá chất trị liệu nhưng vẫn bị vỡ lại vòi tử cung đã phẫu thuật. Vì ở đây chưa giải thích được cơ chế bệnh sinh nên chúng tôi vẫn xếp vào đây là tai biến phẫu thuật để sót tổ chức thai.

3.4.7 Thời gian nằm viện

Thời gian	Số trường hợp	Tỷ lệ %	X ± SD
< 8 ngày	24	75,00	5,9 ± 1,1
8-9 ngày	06	18,75	8,3 ± 0,5
≥ 10 ngày	02	6,25	11,5 ± 1,3
Tổng cộng	32	100	6,8 ± 2,5

Do phẫu thuật mở, thời gian nằm viện của chúng tôi phần lớn là < 08 ngày (75%), có 02 (6,25) bệnh nhân nằm trên 10 ngày. Thời gian trung bình là $6,8 \pm 2,5$ ngày. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả khác trong phẫu thuật mở bụng.

3.5 Đánh giá độ thông vòi tử cung sau phẫu thuật

3.5.1 Độ thông tử cung qua chụp vòi tử cung- tử cung có thuốc cản quang.

Tình trạng thông	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Tốt	14	48,27
Vừa	08	27,58
Không thông	07	24,13
Tổng cộng	29	100

Sau phẫu thuật, số được chụp kiểm tra bằng Xquang có thuốc cản quang có 22 trường hợp thông (75,85%), trong đó có 14 trường hợp thông tốt (48,27%) và 07 trường hợp (24,13%) không thông. Đặc biệt, có 13 trường hợp (44,32%) đã thông được cả 02 vòi, (vì phần lớn các ca ứ dịch, ứ mủ vòi trứng còn lại chúng tôi đều cố gắng mở thông cửa sổ). Kết quả này của chúng tôi thấp hơn 90,5% trường hợp thông với 85,7% thông tốt; 4,8% thông vừa và 9,5% không thông của Nguyễn Văn Tuấn và Lê Minh Toàn. Tuy nhiên trong mẫu nghiên cứu, chỉ định điều trị bảo tồn của chúng tôi có phần nghiêm ngặt hơn nhiều.

(Có 03 trường hợp sau khi phẫu thuật thai ngoài tử cung lần 1 cắt vòi tử cung, lần 2 điều trị phẫu thuật bảo tồn, sau khi xuất viện bệnh nhân đã đi thụ tinh trong ống nghiệm nên không chụp kiểm tra được vòi tử cung).

Trong nghiên cứu, có 27,58 % trường hợp thông vừa (bán tắc) là một tỷ lệ khá cao sẽ có nguy cơ bị TNTC lại. Số này đã được chúng tôi tư vấn, tiếp tục điều trị nội khoa và phần lớn trong số này có kết quả thông tốt sau điều trị.

3.5.2 Kết quả sau phẫu thuật

Bệnh nhân	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Có thai trong tử cung	06	18,75
Có thai lại ngoài tử cung	02	6,25
Chưa có thai lại	16	50,00
Thụ tinh trong ống nghiệm	03	9,37
Không có hội âm	05	15,65
Tổng cộng	32	100

Mặc dầu với thời gian theo dõi khá lâu (trên 10 năm) nhưng số có thai lại của chúng tôi vẫn còn thấp (06 trường hợp chiếm 18,75%) và chủ yếu là các trường hợp đã đẻ trên 01 lần; trên 50% chưa có thai lại; có 02 trường hợp có thai lại nhưng TNTC. Tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn 11,8% của Nguyễn Văn Tuấn và Lê Minh Toàn nhưng thời gian của 2 tác giả này chỉ mới theo dõi < 2 năm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số có thai lại sau điều trị bảo tồn vòi tử cung chủ yếu đã đẻ trên 01 lần (5/6), thường gặp sau nạo hút thai nhiều lần, đặt DCTC quá lâu. Số chưa đẻ lần nào được điều trị bảo tồn khá cao nhưng chỉ mới gặp 03 trường hợp có thai lại nhưng trong đó có 02 trường hợp thai ngoài tử cung lại. Phải chăng, có thể ngoài nguyên nhân do viêm nhiễm tử cung - vòi trứng chung gây bán tắc, những bệnh nhân có thai lần

đầu mà bị TNTC còn có thể do nguyên nhân chủ yếu khác như dị dạng hay rối loạn dẫn truyền vòi tử cung.

4. KẾT LUẬN

4.1 Kết quả phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung trong điều trị TNTC

- Phẫu thuật mở bụng cổ điển là kỹ thuật chính điều trị bảo tồn vòi tử cung trong điều trị thai ngoài tử cung của khoa chúng tôi.

- Có 06 trường hợp (18,75%) đã có thai trong tử cung và 02 trường hợp (6,25 %) có thai ngoài tử cung.

- Mặc dầu đã có điều trị kết hợp (02 liều Methotrexate 1mg/kg ngày thứ 2 và thứ 4 sau phẫu thuật cho mỗi bệnh nhân) nhưng tai biến điều trị vẫn còn xảy ra (3,12 %).

4.2 Đánh giá độ thông vòi tử cung sau điều trị phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung.

Độ thông vòi tử cung là 75,85%, trong đó thông tốt 48,27%, thông vừa (bán tắc) 27,58%; không thông 24,13 %.

5. KHUYẾN NGHỊ

Mặc dầu đây là phẫu thuật rất chọn lọc và đã đem lại hạnh phúc được làm mẹ cho 18,5% chị em phụ nữ không may đã bị TNTC. Nhưng bên cạnh đó, vẫn còn trên 6,25% chị em lại bị đe dọa đến sinh mệnh lần nữa. Vì vậy, theo chúng tôi cần phải hết sức thận trọng và cân nhắc khi có chỉ định điều trị bảo tồn vòi tử cung trong chữa ngoài tử cung.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Văn Bắc (2001): “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị thai ngoài tử cung tại khoa Phụ sản, Bệnh viện trung ương Huế*”. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y khoa Huế năm 2001.

2. Phan Viết Tâm (2002): “*Nghiên cứu tình hình thai ngoài tử cung tại Viện bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh trong hai năm 1999-2000*”. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ CKII, Trường Đại học y Hà Nội năm 2002.

3. Tạ Thị Bích Thủy (2003) “*Theo dõi và xử trí thai ngoài tử cung tại BV Phụ sản Từ Dũ năm 2002*” - Giáo trình giảng dạy chuyên khoa cấp I Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ.

4. Nguyễn Văn Tuấn, Lê Minh Toàn: “*Kết quả điều trị phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung trong thai ngoài tử cung*” tại khoa Phụ sản - Bệnh viện trung ương Huế

5. Lê Sĩ Phương, Lê Minh Toàn: “*Điều trị thai ngoài tử cung bằng Methotrexate*” tại khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Huế.

6. Nguyễn Thị Kim Anh, Cao Ngọc Thành: “*Đánh giá độ thông vòi tử cung qua chụp vòi tử cung tại khoa Phụ-sản, Bệnh viện Trung ương Huế*”