

**SỞ Y TẾ BẠC LIÊU
TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ GIÁ RAI**

**BÁO CÁO ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU
ỨNG DỤNG VÀ PHÁT TRIỂN CÔNG NGHỆ CẤP CƠ SỞ**

**NGHIÊN CỨU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ
THAI NGOÀI TỬ CUNG
TẠI TTYT THỊ XÃ GIÁ RAI TỪ 2015-2019**

Bs. Trần Hồng Dũng

ĐẶT VẤN ĐỀ

- TNTC: Trúng thụ tinh 1/3 ngoài VT → Làm tổ → Phát triển bên ngoài TC.
- TỶ LỆ: Thế giới 2%, Việt Nam ?
- SỰ HƯỞNG TĂNG: MỸ 1970 – 1992 (17.800 – 108.000); BVTD: 15/1000 (1999) tăng 30/1000 (2006); BVHV 27/1000 TH; BVBL 150 (2010) chiếm 20/1000TH . TTYTGR khoảng 10 trường hợp/năm

(tt)

- Bệnh CC: không kịp thời → Tử vong. 3 tháng đầu thai kỳ 9-13%, bị lần 2 10-25%. Khả năng có thai sau TNTC 50-80%
- Điều trị: Nội khoa (chưa vỡ); Phẫu thuật (vỡ);
 - + PT mở: Nhược: Không thẩm mỹ, đau nhiều, phục hồi sinh hoạt chậm, trở lại lao động sớm. Ưu: cấp cứu, chống chỉ định PTNS
 - + PTNS: Ưu là nhược của MM

(tt)

- Điều trị TNTC: Mổ mở  PTNS  Nội khoa (chưa vỡ phải định lượng β hCG).
- TTYTGR: PTNS năm 2014 đến 2017 PTNS TNTC
- Cần đánh giá toàn diện hiệu quả MM & PTNS , tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

*** Mục tiêu TQ: Đánh giá kết quả PT TNTC
5 năm (2015- 2019) tại TTYT**

*** Mục tiêu cụ thể:**

- + *KS ĐĐ LS, CLS bệnh TNTC*
- + *KS các YTNC liên quan đến bệnh TNTC*
- + *ĐG KQ ĐT: thời gian mổ, thời gian điều trị, biến chứng...*

Chương 1: Tổng quan tài liệu

1.1. Sơ lược bệnh lý TNTC: (xem tài liệu)

1.2. Các yếu tố nguy cơ TNTC:

- Viêm VT: Tổn thương NM → sẹo → tắc VT → phôi không di chuyển vào buồng TC: Westrom 1204 TH viêm VT có 46 TNTC chiếm 0,9%
- Tiền căn nạo thai: Nguy cơ TNTC 3- 5 lần, do TT niêm mạc
- Tiền căn TNTC: 15-25% bị lại
- Tiền căn PT VT: 3-4 lần so với nhóm chứng

(tt)

- Tiền căn PT bụng: Có nguy cơ TNTC 2 lần
- Dụng cụ tránh thai : Tietze(1950) 4,4% TNTC, Nguyễn T Như Ngọc (1987) 20,9%, Bastianelli (1998) đặt DCTC 2 năm có nguy cơ TNTC
- Các yếu tố khác: Hút thuốc (nicotin làm giảm nhu động VT), tuổi, tiền căn vô sinh, thụt rửa ÂĐ, thụ tinh ống nghiệm

(tt)

1.3. Lịch sử bệnh TNTC:

- Đề cập đầu tiên Albucasis 963
- TK 17 Mauricean, Vasal mô tả trên tử thi và cho rằng: bào thai của TNTC làm chết mẹ : nhịn ăn, dùng thuốc tẩy...
- John Bard và Huck 1759 (New York) CĐ đúng, XT thành công mẹ sống, 10 ngày sau VT lành
- Năm 1879 Pary và Lea NC 500 TH xuất bản cuốn sách: “*Chữa ngoài tử cung:nguyên nhân, hình thái, giải phẫu, bệnh học, triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán, tiên lượng và điều trị*”.

(tt)

- Năm 1883 Robert Lowson Tait (Anh) mô tả MMTC cứu sống NB, sau đó Ông phát huy quan điểm của Parry và Lea
- TK 20 cắt khối thai ngoài + truyền máu: tiến bộ lớn
- Những năm 1940- 1950 PP điều trị bảo tồn
- Năm 1937 Hope Nội soi CĐ
- Năm 1962 Panmer dung que đốt đơn cực điều trị TNTC
- Thập niên 70- 80 Dụng cụ PTNS phát triển

(tt)

- Năm 1977 Bruhat bảo tồn VT bằng PTNS đầu tiên
- Năm 1982 Tanaka(Mỹ) dùng MTX điều trị TNTC đầu tiên. Những năm tiếp theo các thuốc mới ra đời: RU- 485, Actinomycin D, Etoposide, Protaglandin E,F
- Việt nam: Năm 1998 dùng MTX, mở mở từ lâu. Năm 2004 PTNS BVTD,

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả tất cả BN được mổ TNTC tại TTYT GR.

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Tất cả những BN được mổ TNTC.
- Bệnh án đầy đủ các dữ liệu theo phiếu thu thập số liệu.

(tt)

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp BN hoặc bệnh án không đủ dữ liệu cần thiết để nghiên cứu.
- Bệnh nhân sốc nặng tử vong
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Thời gian nghiên cứu: 01/2015- 10/2019

2.5. Thiết kế nghiên cứu : Hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả có phân tích.

2.6. Cỡ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện

(tt)

2.7. Nội dung nghiên cứu:

* ***Đặc điểm chung:*** Năm mổ, nghề nghiệp, tuổi, dân tộc, nơi cư trú...

* ***Dấu hiệu LS, cận LS:*** Tiền sử, đau bụng, trễ kinh, ra huyết ÂĐ, buồn nôn, vú căng. Phản ứng TB, U, TC to. Xét nghiệm β hCG, Hct, SÂ...

* ***Các yếu tố nguy cơ TNTC:*** Viêm VT, Nạo Phá Thai, Đặt vòng.....

* ***Kết quả điều trị:*** PP mổ; Tình trạng ổ bụng; Số lượng máu; Vị trí khối thai; VT đối diện; Xử trí; Thời gian mổ; Thời gian PH; Thời gian NV; TB và BC sau mổ...

(tt)

2.8. Các bước tiến hành:

a. Thu thập số liệu

* **Nhóm tiến cứu:** Hỏi bệnh theo bộ câu hỏi, làm BA và XN tiền phẫu, ghi nhận thông tin trong lúc mổ và diễn biến sau mổ

* **Nhóm hồi cứu:** Thu thập thông tin theo bộ câu hỏi từ BA lưu trữ

- Nhập số liệu, xử lý số liệu trên phần mềm thống kê SPSS 20.0
- Lập bảng, vẽ biểu đồ, tính tần suất, tỷ lệ, giá trị trung bình, sử dụng các PP kiểm toán thống kê (nếu có)
- Viết, chỉnh sửa đề tài hoàn chỉnh

Chương 3: KẾT QUẢ - BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của nghiên cứu: Bảng 3.1. Nơi cư trú

Nơi cư trú	Số ca (n= 70)	Tỷ lệ (%)
Nông thôn	43	61,4
Thành thị	27	38,4

Nông thôn chiếm 61,4%, thành thị chiếm 38,4%

Bảng 3.2. Dân tộc

Dân tộc	Số ca (n= 70)	Tỷ lệ (%)
Kinh	59	84,4
Hoa	5	7,1
Khmer	6	8,6

Dân tộc Kinh chiếm cao nhất 84,4%, kể đến dân tộc Khơme chiếm 8,6%, dân tộc Hoa chỉ chiếm 7,1%.

KẾT QUẢ - BÀN LUẬN (tt)

Bảng 3.3 Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số ca (n= 70)	Tỷ lệ (%)
Nội trợ	36	51,4
Buôn bán	8	11,4
Làm ruộng	19	27,1
Công nhân	4	5,7
CBVC	3	4,3

Bảng 3.4. Tuổi

Nhóm tuổi	Số ca (n= 70)	Tỷ lệ (%)
< 18 tuổi	1	1,4
18 - < 25 tuổi	13	18,6
25 - < 35 tuổi	25	50,0
≥ 35 tuổi	21	30,0
Trung bình	32,21 ± 6,68 tuổi	

Nguyễn chí quang (2010) TB: 32 25 -<34 và >35 đa số

Trần Phương Nga (2009) > 35 TNTC gấp 3 lần. Golder(1993): 25 – 34 TNTC gấp 2,8 lần; > gấp 3,5 lần

Trương thị Quế lâm (2012): Nội trợ 35,6%, Nông dân 22%, CBVC 20,4%. Mang dấu ấn KT địa phương. **Nữ**

KẾT QUẢ - BÀN LUẬN (tt)

3.2. Đặc điểm LS, CLS :

Bảng 3.5. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Số ca (n= 70)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	70	100
Trễ kinh	56	80,0
Ra huyết âm đạo	39	55,7
Buồn nôn	12	17,1
Vú căng	12	17,1
Ngất	15	21,4
Tình trạng sốc	21	30,0
Phản ứng thành bụng	70	100
Thăm âm đạo	n= 16/70 (22,8/100)	Tỷ lệ (%)
Cổ tử cung mềm	14	87,5
Tử cung to	10	62,5
Sờ khối thai	2	12,5
Lắc cổ tử cung đau	16	100
Chạm túi cùng đau	14	87,5
Gant tay có máu	15	93,8
Giá trị TB mạch	94,40 ± 15,28 lần/phút	
Giá trị TB huyết áp	101,57 ± 21,30 mmHg	

Nguyễn Chí Quang: Trễ kinh 81,0%, đau bụng 69%, rong huyết 57,0%. Khưu Văn Hậu (2015): tâm chứng trên đều 41,1%.

KẾT QUẢ - BÀN LUẬN (tt)

Khuru Văn Hậu: KÂĐ thân TC to 46,4%, túi cùng đầy đau 41,1%, sờ khối thai 35,7%. Võ Doãn Mỹ Thanh (2011) 21,5%, Phạm Mỹ Hoài (2010) 57,3%, Nguyễn Chí Thương 26,0%  chủ quan mỗi BS. Của chúng tôi vào viện sốc 30%



Khám qua loa hoặc khó khám do đau

Nguyễn Chí Thương (2010) Mạch TB 95,21 l/p, HA: 119mHg. Khuru Văn Hậu MạchTB: 99,38L/P, HA TB: 87,05 ± 11,51mHg. BN của chúng tôi phần lớn đến BV **huyết động học ổn, có thể đến sớm do gần BV, sốc ít chỉ 30%**

KẾT QUẢ - BÀN LUẬN (tt)

Bảng 3.6. Thời gian đau và thời gian trể kinh

Thời gian đau (giờ)	Số ca (n= 70)	Tỷ lệ (%)
< 6 giờ	10	14,3
6 - < 12 giờ	20	28,6
12 - < 24 giờ	11	15,7
≥ 24 giờ	29	41,4
Trung bình	24,00 giờ (nhỏ nhất 4, lớn nhất 240)	
Thời gian trể kinh (ngày)	n= 52/70	74,28
< 7 ngày	16	30,8
7 - < 14 ngày	8	15,4
14 - < 21 ngày	6	11,5
≥ 21 ngày	22	42,3
Trung bình :	15,00 ngày (nhỏ nhất 3, lớn nhất 60)	

Dương Mỹ linh thời gian đau TB: 28 giờ. Lê Thị Quế Lâm trể kinh < 2 tuần 66,1%, > 3 tuần 15,3%. Thời gian đau của chúng tôi ngắn hơn có thể do đến sớm hơn vì địa bàn hẹp BN trong NC chủ yếu là **người địa phương**. Theo y văn TNTC trể kinh 1 tuần, thực tế BN đau **khai thác không chính xác**.

KẾT QUẢ - BÀN LUẬN (tt)

Bảng 7.7. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng	Số ca (n= 70)	Tỷ lệ (%)
Định tính HCG nước tiểu	70	100
Siêu âm ổ bụng	70	100
Thấy khối thai	55	78,6
Lượng máu ổ bụng :		
Lượng ít	15	21,4
Lượng trung bình	23	32,9
Lượng nhiều	32	45,7
Huyết cục	43	61,4
Giá trị TB ĐK khối thai (mm)	TB : 40,95 ± 15,74	
Giá trị TB Hct (%)	TB : 28,27 ± 4,65	
Giá trị TB Hb (gr/l)	TB : 9,70 ± 1,89	

Khưu Văn Hậu HCG (+) 96,4%; SÂ: TNTC vỡ 89,3%, chưa vỡ 10,7%, HTTN 21,4% dịch ổ bụng 87,5%, không thấy dịch 12,5%; KT TB KT: 40,59 ±15,74. Dương Chí Quang KT TB KT: 34,1 ± 9,1mm.

➡ **Siêu âm là đầu tay, chính xác 80%, KT KT phụ thuộc người đo**

KẾT QUẢ - BÀN LUẬN (tt)

Nguyễn Chí Quang Hct TB: 35,6%, Hb TB: 11,9gr/l

Khuru Văn Hậu: Nhóm Hb 91-100gr/l 30,4%, > 100gr/l 35,8%.

NC của chúng tôi các chỉ số thấp hơn có thể **BN đến viện sớm hơn**, SÂ trước mổ ổ bụng có máu lượng nhiều 45,7%

KẾT QUẢ - BÀN LUẬN (tt)

3.3. Các yếu tố nguy cơ:

Bảng 3.8. Các yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ	Số ca (n= 70)	Tỷ lệ (%)
Số lần sanh		
Chưa sanh	8	11,4
Sanh 1 lần	31	44,3
Sanh trên 2 lần	31	44,3
Tiền sử	n= 29/70	41,42/100
Hút thai	5	7,1
Sảy thai	7	10,0
Thai ngoài tử cung	1	1,4
Phẫu thuật vùng tiểu khung	0	00
Viêm phần phụ	3	4,3
Đặt vòng	1	1,4
Mổ lấy thai	11	15,7
Phá thai nội khoa	1	1,4

7,7%; DCTT 96,2%; PTVC 25,0%. Nguyễn Lam Phương (2015): con số 16,7%, con rạ 83,3%, sảy thai 31,6%, TNTC 5,0%, hút nạo thai 35,0%, VPP 56,7%, PTVC 25,0%.

Chúng tôi MTL cao nhất. Y văn MLT có thai lại nguy cơ thai bám vết mổ cũ, TNTC:

gây **dính VT, Viêm nội mạc TC** ➡ **Cản trở di chuyển phôi**

KẾT QUẢ - BÀN LUẬN (tt)

3.4. Kết quả điều trị:

Bảng 3.9. Tình trạng trong lúc mổ

Phương pháp mổ	Số ca (n= 70)	Tỷ lệ (%)
Mổ mở	59	84,3
Mổ nội soi	11	15,7
Chuyển mổ mở	4	5,7
Vòi trứng tổn tổn thương		
Bên (P)	39	55,7
Bên (T)	31	44,3
Vị trí khối thai		
Đoạn loa	23	32,9
Đoạn bóng	24	34,1
Đoạn eo	13	18,6
Đoạn thành	10	14,3
Huyết tụ thành nang	1	1,4
Tình trạng VT đối diện		
Bình thường	69	98,6
PT cắt bỏ	0	00
Dị dạng	0	00
Viêm dính	1	1,4
Phương pháp phẫu thuật		
Cắt bỏ tận gốc	69	98,6
Bảo tồn	1	1,4
Dẫn lưu ổ bụng	18	25,7

KẾT QUẢ - BÀN LUẬN (tt)

Khuru Văn Hậu: NC 56 ca TT bên (P) 27 ca (kẻ 1, eo 2, **bóng 13**, loa 3); TT bên (T) 29 ca (kẻ 2, eo 5, **bóng 17**, loa 5). PP cắt lấy thai VT tận gốc 73%; xẻ lấy máu tụ 17,9%; Khâu bảo tồn VT 5,4%.

NC chưa chúng tôi cắt tận gốc vẫn cao và kèm theo DL ổ bụng

**PP cắt tận gốc là PP cổ điển theo y
văn**

KẾT QUẢ - BÀN LUẬN (tt)

Bảng 3.10. Kết quả điều trị

Máu mất	Giá trị TB		ĐL chuẩn
Máu cục (gr)	301,71		170,17
Máu loãng (mml)	607,86		299,59
Máu truyền	n= 41/70 (58,6%/100%)		
TB : 500ml (min : 250, max : 1500ml)			
TG mổ (phút)	Giá trị TB	Độ lệch chuẩn	p
Mổ mở	53,47	10,59	0,001
Mổ nội soi	73,64	18,98	
TG nằm viện (ngày)	Giá trị TB	Độ lệch chuẩn	p
Mổ mở	7,36	1,07	0,12
Mổ nội soi	7,91	1,13	

Nguyễn Chí Quang: lượng máu mất TB: 60ml (min: 20; max: 600ml). Khưu Văn Hâu: Lượng máu cần truyền TB: 275ml, 1 ĐV 53,6%, 2 ĐV: 12,5%. NC **chúng tôi truyền nhiều hơn do máu mất nhiều hơn**

KẾT QUẢ - BÀN LUẬN (tt)

Bảng 4.1. So sánh

Tác giả	Thời gian mổ (phút)	
	Mổ mở	Mổ nội soi
Khuru Văn Hậu [3]		51,34 ± 12,11
Nguyễn Chí Quang [7]		59,1
Dương Mỹ Linh [6]	35,7 ± 9,3	36,9 ± 11,7
Chúng tôi	53,47 ± 10,59	73,64 ± 18,98
Tác giả	Thời gian nằm viện (ngày)	
	Mổ mở	Mổ nội soi
Khuru Văn Hậu [3]		5,27 ± 1,21
Nguyễn Chí Quang [7]		3
Dương Mỹ Linh [6]	6,23 ± 1,12	6,72 ± 1,34
Chúng tôi	7,36 ± 1,07	7,91 ± 1,13

KẾT QUẢ - BÀN LUẬN (tt)

Khuru Văn Hậu Thời gian PTNS TB: $51,34 \pm 12,11$ phút; Nguyễn Chí Quang 59,1 phút. NC chúng tôi PTNS ít “*đường cong huấn luyện ngắn*”  Thời gian PT dài hơn .

Khuru Văn Hậu 5,27 1,21 ngày; Nguyễn Chí Quang 3 ngày. NC chúng tôi PTNS mới mở BS thận trọng muốn *giữ BN lại TD*
 TG NV kéo dài hơn.

KẾT QUẢ - BÀN LUẬN (tt)

Bảng 3.11. Biến chứng

Biến chứng	Số ca (n= 70)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	0	0
Tắc ruột	0	0
Áp xe tồn lưu	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	2	2,9
Khác	0	0

Bảng 4.2. So sánh biến chứng

Tác giả	Biến chứng (%)				
	Chảy máu	Tắc ruột	Áp xe TL	NTVM	Khác
Khưu Văn Hậu [3]	3,6**				
Dương Mỹ Linh [6]				3,4 *	
Phạm Trọng Hòa [4]					3,12**
Chúng tôi				2,9*	

*MM; ** PTNS

NTVM nhóm MM độ I săn sóc VM vài ngày ổn ra viên ngày thứ 10,11
PTTNTC Là PT đơn giản, kỹ thuật dễ thực hiện, TT ít phức tạp, PT sạch



ít TB và BC

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thai ngoài tử cung

** Đặc điểm lâm sàng:*

- Đau bụng 100% ; trể kinh 80,0% ; ra huyết âm đạo 55,7% ; buồn nôn 17,1% ; vú căng 17,1% ; ngất 21,4% ; tình trạng sốc 30,0% ; phản ứng thành bụng 100%
- Thăm âm đạo 22,8% (cổ tử cung mềm 87,5% ; tử cung to 62,5% ; sờ được khối thai 12,5% ; lắc cổ tử cung đau 100% ; chạm túi cùng đau 87,5% ; gant tay dính máu 93,8%.)
- Thời gian đau TB : 24 giờ ngắn nhất 4 giờ dài nhất 240 giờ ; thời gian trể kinh TB : 15 ngày ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 60 ngày.
- Mạch TB : $94,40 \pm 15,28$ lần/phút ; Huyết áp TB : $101,57 \pm 21,30$ mmHg

KẾT LUẬN (tt)

** Đặc điểm cận lâm sàng :*

- Xét nghiệm định tính β – HCG 100% ; siêu âm thực hiện 100% (thấy khối thai 78,6%, lượng máu ổ bụng ít 21,4%, trung bình 32,9%, nhiều 45,7%, huyết cục 61,4%.)
- Đường kính TB khối thai $40,95 \pm 15,74\text{mm}$; Hct TB : $28,27 \pm 4,65\%$; Hb TB : $9,70 \pm 1,89\text{gr/l}$.

2. Các yếu tố nguy cơ thai ngoài tử cung

Chưa sanh 11,8% ; sanh 1 lần 44,3% ; sanh > 2 lần 44,3%. Hút thai 7,1% ; sảy thai 10,0% ; TNTC 1,4% ; viêm phần phụ 4,3%, đặt vòng ,4% ; mổ lấy thai 15,7% ; phá thai nội khoa 1,4%.

KẾT LUẬN (tt)

3. Kết quả điều trị

- MM 84,3%, PTNS 15,7% ; chuyển MM5,7%.
- Tổn thương VT bên (P) 55,7%, bên (T) 44,3%. (loa 32,9% ; bóng 34,1% ; eo 18,6% ; thành 14,3%) ; HTTN 1,4%. VT đối diện BT 98,6%, viêm dính 1,4%.
- PPPT cắt tận gốc VT98,6% ; BT 1,4% ; DL 25,7%.
- Lượng máu loãng mất TB : $607,68 \pm 299,59$ ml ; máu cục TB : $301,71 \pm 170,17$ gr. Truyền máu chiếm 58,6%, lượng truyền TB : 500ml (ít nhất 250 ; nhiều nhất 1500ml).
- Thời gian MM TB : $53,47 \pm 10,59$ p; PTNS TB: $73,64 \pm 18,98$ p. Có sự khác biệt ý nghĩa thống kê ($p= 0,001$).
- Thời gian nằm viện nhóm mổ mở TB : $7,3 \pm 1,07$ ngày; mổ nội soi TB: $7,91 \pm 1,13$ ngày. Không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê ($p= 0,12$).
- Biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm 2,9%.

KIẾN NGHỊ

- Bệnh lý TNTC là một cấp cứu sản khoa cần phải được phát hiện sớm, xử trí kịp thời nếu trễ tình trạng XHN gây mất máu cấp dẫn đến TV **TTCĐSK**  rủi đến chị em PN trong lứa tuổi sinh đẻ..
- Các yếu tố nguy cơ dễ gây TNTC: hút nạo thai, đặt vòng, sảy thai..... khi thực hiện cần phải tư vấn tốt đồng thời **thực hiện QTKT đúng qui định Bộ y tế ban hành.**

XIN TRÂN TRỌNG CẢM ƠN !