

Nhận xét các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, quý IV năm 2017

Describing clinical and paraclinical characteristics to diagnose ectopic pregnancy at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2017

Nguyễn Duy Ánh

Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang với đối tượng là những phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ nghi ngờ chữa ngoài tử cung vào điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2017. *Kết quả:* Chữa ngoài tử cung gặp nhiều nhất ở lứa tuổi từ 25 - 39 tuổi. Trong tiền sử sản phụ khoa, tiền sử nạo hút, sẩy thai chiếm tỷ lệ cao nhất 63,8%. Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt, ra máu âm đạo và đau bụng phổ biến nhất. Trong 191 bệnh nhân chữa ngoài tử cung, khám âm đạo thấy 101 ca có khối nề phần phụ (52,9%), 57 ca di động tử cung đau (29,8%), 47 ca đau cùng đồ sau (24,6%). Hàm lượng β -hCG huyết thanh nhỏ hơn 1000mUI/l chiếm tỷ lệ 59,8%. Trên siêu âm, thấy khối âm vang hỗn hợp cạnh tử cung (62,8%), dịch ở túi cùng sau (41,9%), hình ảnh thai và tim thai (15,2%). Có 178 ca được chẩn đoán kết hợp 3 yếu tố: Lâm sàng, nồng độ β -hCG và siêu âm (93,2%), 13 trường hợp chẩn đoán dựa vào 4 yếu tố: Lâm sàng, nồng độ β -hCG, siêu âm và các xét nghiệm khác (6,8%). *Kết luận:* Chẩn đoán chữa ngoài tử cung cần kết hợp nhiều yếu tố, quan trọng nhất là lâm sàng, định lượng β -hCG và siêu âm.

Từ khóa: Chữa ngoài tử cung, phương pháp chẩn đoán chữa ngoài tử cung.

Summary

Objective: To describe clinical and paraclinical characteristics to diagnose ectopic pregnancy at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. *Subject and method:* The cross-sectional descriptive study selected women at reproductive age that were suspected of ectopic pregnancy at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2017. *Result:* Ectopic pregnancy was the most common disease in women of age 25 - 39 years old. About obstetrical and gynecological history, abortion and miscarriage had the highest rate (63.8%). Menstrual disorders, vaginal bleeding and abdominal pain were the most frequent clinical symptoms. In 191 ectopic pregnancy cases, vaginal

Ngày nhận bài: 08/9/2021, ngày chấp nhận đăng: 06/11/2021

Người phản hồi: Nguyễn Duy Ánh, Email: bsanhbnhn@yahoo.com - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

examination found 101 cases having adnexal mass (52.9%), 57 cases having cervical motion tenderness (29.8%), 47 cases having pain in the pouch of Douglas (24.6%). Serum β -hCG concentrations were mainly lower than 1000IU/L (59.8%). Transvaginal ultrasonography identified inhomogenous echogenic mass (62.8%), fluid in the pouch of Douglas (41.9%) and a gestation sac with or without cardiac activity (15.2%). 93.2% of final diagnosis were made of 3 factors (clinical presentation, serum β -hCG concentrations, transvaginal ultrasonography), the other were made of 4 factors (clinical presentation, serum β -hCG concentrations, transvaginal ultrasonography and other test). *Conclusion:* EP diagnosis needs to combine factors of clinical presentation, serum β -hCG concentrations and transvaginal ultrasonography.

Keywords: Ectopic pregnancy, diagnosis method of ectopic pregnancy.

1. Đặt vấn đề

Chửa ngoài tử cung khi chưa vỡ thì các triệu chứng không điển hình và không có các biện pháp thăm dò đặc hiệu nên chẩn đoán sớm thường khó khăn.

Trong bối cảnh xã hội ngày càng phát triển, việc cải thiện sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và sức khỏe sinh sản là vấn đề thiết yếu của quyền về sức khỏe, đồng thời cũng làm giảm đói nghèo và kích thích phát triển kinh tế của mỗi nước. Hàng năm số ca tử vong mẹ phần lớn là do chảy máu, tăng huyết áp và nhiễm trùng. Trong những nguyên nhân gây chảy máu, chửa ngoài tử cung (CNTC) là một trong những tác nhân phổ biến nhất ở 3 tháng đầu. CNTC là hiện tượng trứng được thụ tinh và làm tổ ở ngoài tử cung. CNTC xảy ra ở 1 - 2% số người mang thai, chiếm tỉ lệ tử vong mẹ lên đến 6% [10]. CNTC khi chưa vỡ thường khó chẩn đoán do chỉ có các triệu chứng nghèo nàn, không điển hình và không có biện pháp thăm dò đặc hiệu. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân CNTC tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội quý IV năm 2017.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định chửa ngoài tử cung được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội ở quý IV năm 2017 (bao gồm cả điều trị bằng phẫu thuật và điều trị nội khoa bằng methotrexate) có các tiêu chuẩn sau:

Rối loạn kinh nguyệt (chậm kinh hoặc ra máu âm đạo đúng ngày dự báo có kinh nhưng kéo dài hoặc ra máu có kinh trước ngày dự kiến có kinh và kéo dài).

Đau bụng.

Khám âm đạo thấy đau cùng đồ sau:

Triệu chứng CNTC trên siêu âm.

Xét nghiệm β -hCG dương tính.

Có kết quả giải phẫu bệnh là chửa ngoài tử cung đối với các bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Có kết quả giải phẫu bệnh lý sau phẫu thuật không phải CNTC.

Hồ sơ không đầy đủ thông tin.

2.2. Phương pháp

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Sản, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu: Từ ngày 01/10/2017 đến ngày 31/12/2017.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 218 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, loại 27 bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn.

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu được thu thập, phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các số liệu thu thập được thể hiện dưới dạng: Tỷ lệ %, trung bình cộng \pm độ lệch chuẩn.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng Phê duyệt Đạo đức Nghiên cứu Y sinh học (IRB) và được chấp thuận bởi Hội đồng khoa học của Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Các thông tin về hồ sơ bệnh án đều được chúng tôi bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học, không sử dụng cho bất kì mục đích nào khác.

3. Kết quả

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

| Chỉ số nghiên cứu | | n | Tỷ lệ % |
|----------------------|-------------------------|------------|------------|
| Nhóm tuổi (năm) | < 20 | 2 | 1,1 |
| | 20 - 24 | 23 | 12 |
| | 25 - 29 | 60 | 31,4 |
| | 30 - 34 | 51 | 26,7 |
| | 35 - 39 | 37 | 19,4 |
| | > 40 | 18 | 9,4 |
| Tiền sử sản phụ khoa | Nạo, hút thai, sảy thai | 122 | 63,8 |
| | Mổ lấy thai | 41 | 21,5 |
| | Chửa ngoài tử cung | 16 | 8,4 |
| | Không | 12 | 6,3 |
| Tổng số | | 191 | 100 |

Nhận xét: Tỷ lệ chữa ngoài tử cung cao nhất ở nhóm tuổi 25 - 29 (31,4%). Tiền sử nạo, hút thai, sảy thai chiếm tỷ lệ cao nhất (63,8%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của chữa ngoài tử cung

3.2.1. Triệu chứng cơ năng

Bảng 2. Các triệu chứng cơ năng

| Triệu chứng cơ năng | | n | Tỷ lệ % |
|-------------------------|----|-----|---------|
| Kinh nguyệt bình thường | | 3 | 1,6 |
| Rong kinh, rong huyết | | 42 | 22 |
| Chậm kinh | | 146 | 76,4 |
| Đau bụng | Có | 147 | 77 |

| | | | |
|---------------|-------|-----|------|
| | Không | 44 | 23 |
| Ra máu âm đạo | Có | 169 | 88,5 |
| | Không | 22 | 11,5 |

Nhận xét: Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt chiếm tỷ lệ cao nhất 98,4%. Tiếp theo là triệu chứng ra máu âm đạo chiếm tỷ lệ 88,5% và thấp nhất là triệu chứng đau bụng chiếm tỷ lệ 77%. Trong các hình thái rối loạn kinh nguyệt, dấu hiệu chậm kinh chiếm tỷ lệ cao nhất 76,4%.

3.2.2. Triệu chứng toàn thân

Bảng 3. Các triệu chứng toàn thân

| Chỉ số nghiên cứu | | n | Tỷ lệ % |
|-------------------|------------------------|------------|------------|
| Toàn trạng | Bình thường | 188 | 98,43 |
| | Tình trạng sốc | 3 | 1,57 |
| Da, niêm mạc | Bình thường | 188 | 98,43 |
| | Da xanh, niêm mạc nhợt | 3 | 1,57 |
| Mạch | Bình thường | | |
| | Nhanh nhỏ | 3 | 1,57 |
| Huyết áp | Bình thường | 188 | 98,43 |
| | Tụt huyết áp | 3 | 1,57 |
| Tổng | | 191 | 100 |

Nhận xét: Chỉ có 3 ca chữa ngoài tử cung vỡ có triệu chứng toàn thân của sốc mất máu cấp chiếm 1,57%.

3.2.3. Triệu chứng thực thể

Bảng 4. Triệu chứng thực thể của CNTC (n = 191)

| Triệu chứng thực thể | | n | Tỷ lệ % |
|------------------------------|-------|-----|---------|
| Phản ứng thành bụng khi khám | Có | 16 | 8,38 |
| | Không | 175 | 91,62 |
| Phần phụ có khối nề đau | Có | 101 | 52,9 |
| | Không | 90 | 45,3 |
| Di động tử cung đau | Có | 57 | 29,8 |
| | Không | 134 | 70,2 |
| Cùng đồ sau đau | Có | 47 | 24,6 |
| | Không | 144 | 75,4 |

Nhận xét: Kết quả siêu âm phần phụ: Trong 191 bệnh nhân CNTC có 101 trường hợp có khối nề hoặc đám nề phần phụ chiếm tỷ lệ 52,9%, 90 trường hợp không có khối nề hoặc đám nề ở phần phụ chiếm tỷ lệ 47,1%. Di động tử cung đau: Có 57 trường hợp di động tử cung đau chiếm tỷ lệ 29,8%, 134 trường hợp còn lại di động tử cung không đau

chiếm 70,2%. Cùng đồ sau: Túi cùng sau đầu có 47 trường hợp chiếm tỷ lệ 24,6%, túi cùng sau không đầu có 134 trường hợp chiếm tỷ lệ 75,4%.

3.2.4. Kết quả xét β -HCG trước khi điều trị

Bảng 5. Kết quả xét nghiệm β -HCG trước khi điều trị

| Kết quả β -HCG (mUI/l) | n | Tỷ lệ % |
|------------------------------|------------|------------|
| < 25 | 3 | 1,6 |
| 25 - 500 | 72 | 37,7 |
| 500 - 1000 | 39 | 20,4 |
| 1000 - 2000 | 27 | 14,1 |
| 2000 - 5000 | 33 | 17,3 |
| > 5000 | 17 | 8,9 |
| Tổng | 191 | 100 |

Nhận xét: Giá trị β -HCG trong khoảng 25 - 500mUI/l có tỷ lệ gặp cao nhất (37,7%). Trong số 191 trường hợp CNTC đều được xét nghiệm β -hCG huyết thanh trong đó: 134 trường hợp xét nghiệm β HCG huyết thanh 1 lần đã được chẩn đoán CNTC, 25 trường hợp theo dõi xét nghiệm β HCG huyết thanh lần 2, 32 trường hợp theo dõi xét nghiệm β HCG huyết thanh lần 3 trở lên. Trong đó, có trường hợp theo dõi β HCG huyết thanh đến 7 lần.

3.2.5. Kết quả siêu âm trước mổ

Bảng 6. Kết quả siêu âm trước mổ

| Kết quả siêu âm | n | Tỷ lệ % |
|---------------------------------------|-----|---------|
| Khối âm vang hỗn hợp cạnh tử cung | 120 | 62,8 |
| Có dịch cùng đồ Douglas | 111 | 58,1 |
| Có hình ảnh thai và tim thai | 29 | 15,2 |
| Có hình ảnh chửa ở sẹo mổ lấy thai cũ | 10 | 5,3 |

Nhận xét: Trên siêu âm, có hình ảnh khối âm vang hỗn hợp cạnh tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất (62,8%), có hình ảnh chửa tại sẹo mổ lấy thai chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,3%).

3.2.6. Chẩn đoán chửa ngoài tử cung

Bảng 7. Các yếu tố chẩn đoán chửa ngoài tử cung

| Các yếu tố chẩn đoán CNTC | n | Tỷ lệ % |
|---|------------|------------|
| Lâm sàng + β -HCG + siêu âm | 178 | 93,2 |
| Lâm sàng + β -HCG + siêu âm + xét nghiệm khác | 13 | 6,8 |
| Tổng | 191 | 100 |

Nhận xét: Tỷ lệ được chẩn đoán dựa vào 3 yếu tố (lâm sàng, nồng độ β -HCG và siêu âm) chiếm tỷ lệ 93,2%. Chỉ có 6,8% chẩn đoán dựa vào 4 yếu tố (lâm sàng, nồng độ β -HCG, siêu âm và các xét nghiệm khác).

4. Bàn luận

4.1. Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu

4.1.1. Tiền sử nạo hút thai, sảy thai với chửa ngoài tử cung

CNTC có tiền sử nạo hút thai, sảy thai chiếm tỷ lệ 63,8%. So với kết quả nghiên cứu của Phạm Thanh Hiền là 41% [3], Phan Viết Tâm là 47,93% [4] và của Nguyễn Thị Bích Thanh là 57,7% [2] thì kết quả của chúng tôi cao hơn. Như vậy, tỷ lệ CNTC ở số bệnh nhân này có xu hướng gia tăng. Giải thích cho xu hướng này có nhiều nguyên nhân ví dụ như sự gia tăng sử dụng

các biện pháp phòng tránh thai và sự gia tăng phá thai so với những thập kỷ trước đây. Nghiên cứu của Levin và cộng sự cũng chỉ ra rằng đặt dụng cụ tử cung làm tăng nguy cơ CNTC và những trường hợp có tiền sử nạo hút thai từ 2 lần trở lên có nguy cơ CNTC cao hơn, đặc biệt là các trường hợp sau phá thai bất hợp pháp có băng huyết kéo dài trên 1 tuần và có nhiễm trùng [9].

4.1.2. Tiền sử chữa ngoài tử cung, mổ lấy thai với chữa ngoài tử cung

Ở nghiên cứu này tiền sử CNTC chiếm 8,4%. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Nguyệt là 5,68% [1]. Như vậy, tỷ lệ CNTC ở bệnh nhân có tiền sử mổ CNTC có xu hướng tăng lên, nguyên nhân có thể là trình độ y học phát triển làm tăng tỷ lệ chẩn đoán và tỷ lệ CNTC đang thực sự tăng lên do sự phổ biến của các yếu tố nguy cơ như tiền sử phẫu thuật vòi tử cung, bệnh lý vòi tử cung, nhiễm trùng phụ khoa, vô sinh và hút thuốc lá.

Ở nghiên cứu của chúng tôi, tiền sử mổ lấy thai chiếm 21,5%. So với kết quả của Phan Viết Tâm thì là 8,07% [4] thì cao hơn. Tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng lên do các yếu tố xã hội. Mổ lấy thai hay các phẫu thuật ổ bụng nói chung và phẫu thuật ổ bụng dưới nói riêng, đều làm tăng nguy cơ bám dính các tạng và làm tăng nguy cơ tổn thương vòi tử cung.

4.1.3. Độ tuổi mắc chữa ngoài tử cung

CNTC gặp nhiều nhất ở lứa tuổi 25 - 39 tuổi chiếm tỷ lệ 77,6% và độ tuổi trung bình là 31,06 tuổi. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thanh 74,5% [2].

4.2. Chẩn đoán chữa ngoài tử cung

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng cơ năng

Trong các triệu chứng cơ năng thì triệu chứng rối loạn kinh nguyệt chiếm tỷ lệ lớn

nhất 98,4% đặc biệt là dấu hiệu chậm kinh 73,4% (Bảng 1). Các tỷ lệ này phù hợp với các kết quả của nghiên cứu của Phan Viết Tâm [4], Nguyễn Thị Bích Thanh [2] và Phạm Thanh Hiền [3].

Triệu chứng đau bụng chiếm tỷ lệ 77% (Bảng 1). Tỷ lệ này cao hơn với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thanh là 72,2% [2], của Vương Tiến Hòa 73,3% [5]. Trong nghiên cứu tại Mỹ, nghiên cứu của Giustina thống kê triệu chứng đau bụng xấp xỉ 90% [6].

Triệu chứng ra máu âm đạo chiếm tỷ lệ 88,5%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thanh là 90,6% [2], của Vương Tiến Hòa là 92% [5] và của Nguyễn Minh Nguyệt là 93,47% [1]. Nghiên cứu của Giustina [6] cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ 80%.

Tam chứng chậm kinh, đau bụng và ra máu âm đạo là những triệu chứng cơ năng thường gặp nhất trong CNTC.

Triệu chứng thực thể

Tình trạng phần phụ: Khám lâm sàng để xác định tình trạng phần phụ tùy thuộc vào rất nhiều các yếu tố như: Kinh nghiệm thầy thuốc, tình trạng của bệnh nhân lúc đến viện, lượng máu trong ổ bụng... Do đó, kết quả khám trong các nghiên cứu có sự khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi khám lâm sàng sờ thấy được phần phụ nề đau chiếm 52,9%. Kết quả này cao hơn với kết quả chẩn đoán sớm của Vương Tiến Hòa 52% [5] nhưng lại thấp hơn so với kết quả của Nguyễn Thị Bích Thanh 57,8% [2] và kết quả của Phan Viết Tâm 61,52% [4].

Tình trạng cùng đồ: Trong 191 bệnh nhân có tỷ lệ cùng đồ sau đau chiếm 24,6%. So sánh tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thanh 24,2% [2]. Nhưng có sự khác biệt so với kết quả chẩn đoán sớm của Vương Tiến Hòa 19% [5]. Sự khác biệt này là do các đề tài nghiên cứu ở

các giai đoạn khác nhau của CNTC, tình trạng lúc bệnh nhân đến viện khác nhau. Nếu chẩn đoán muộn thì lượng dịch ở cùng đồ sau nhiều và đau nhiều khi khám và ngược lại.

4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Định lượng β -hCG huyết thanh

β -hCG (beta human chorionic gonadotropin) là một hormone do rau thai tiết ra. β -hCG có thể phát hiện sớm nhất từ thai 3 tuần tuổi, ngưỡng phát hiện trong máu là 5IU/L và trong nước tiểu là 20IU/L. Khi xét nghiệm β -hCG lần đầu, nghiên cứu của chúng tôi có 144 trường hợp cho kết quả nhỏ hơn 1000IU/L, chiếm 59,8%. Xét nghiệm β -hCG 1 lần giúp chúng tôi chẩn đoán được 134 trường hợp. Tuy nhiên vẫn có một số bệnh nhân có kết quả β -hCG từ 1500 đến 3000IU/L và cao hơn, nằm trong vùng chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân thai bất thường khác. Để chẩn đoán các trường hợp này, chúng tôi phối hợp với siêu âm hoặc theo dõi động học của β -hCG. Trong trường hợp bệnh nhân có một thai bình thường trong buồng tử cung, β -hCG sẽ tăng 66% mỗi 2 ngày cho đến khi đạt đỉnh 100.000IU/L vào tuần thứ 10 sau đó sẽ giảm dần, mức tăng này đúng cho 85% bệnh nhân [7].

Siêu âm

Khối âm vang hỗn hợp cạnh tử cung xuất hiện chiếm tỷ lệ 62,8%. Kết quả này khá tương đồng so với kết quả của Nguyễn Thị Bích Thanh là 62,7% [2] nhưng thấp hơn của Vương Tiến Hòa 72% [5]. Nghiên cứu của Condous năm 2005 cho thấy tỷ lệ xuất hiện của khối âm vang không đồng nhất là khoảng 60% [8]. Tuy các nghiên cứu có sự khác biệt do phụ thuộc vào đánh giá của bác sĩ siêu âm, dấu hiệu này vẫn cho giá trị dương tính dự đoán là 80 - 90% [8].

Dấu hiệu hình nhấn là hình ảnh vôi tử cung tăng âm ôm quanh túi thai, chiếm 15,1%. Kết quả này tương đương với Phan Viết Tâm là 15,8% [4], cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thanh là 11,2% [2] và thấp hơn một số nghiên cứu quốc tế là 20% [8].

Hình ảnh túi thai nằm ngoài tử cung xuất hiện với tỷ lệ 15,2%, cao hơn so với nghiên cứu của Condous là 13,2%. Dấu hiệu hình ảnh túi thai có tim thai ít xuất hiện nhưng có giá trị dương tính dự đoán lên tới 100%. Hình ảnh túi thai không có tim thai xuất hiện nhiều hơn và khi kết hợp với dấu hiệu hình nhấn cũng cho giá trị dương tính dự đoán đạt 97,8 - 100% [8].

Dịch cùng đồ phát hiện trên siêu âm của 111 trường hợp chiếm tỷ lệ 61,3%. Tỷ lệ này cao hơn so với Nguyễn Thị Bích Thanh là 48,4% [2] và nghiên cứu chẩn đoán sớm của Vương Tiến Hòa 31% [5], nhưng thấp hơn nghiên cứu của Phan Viết Tâm 78,02% [4]. Nghiên cứu của Condous tại Anh công bố tỷ lệ này là 31% [8]. Dịch tự do ở túi cùng Douglas do khối chứa chảy máu rỉ rả hoặc khối chứa vỡ gây chảy máu ổ ạt. Sự khác biệt kết quả giữa các nghiên cứu phụ thuộc vào tình trạng lúc bệnh nhân vào viện khác nhau.

4.3. Giá trị của các phương pháp chẩn đoán chửa ngoài tử cung

Triệu chứng lâm sàng của CNTC thường không đầy đủ và điển hình, thậm chí có những bệnh nhân không triệu chứng. Do đó chúng tôi chẩn đoán CNTC dựa vào các yếu tố sau:

Kết hợp 3 yếu tố lâm sàng, nồng độ β -hCG, siêu âm: Chiếm tỷ lệ 93,2% cao hơn so với kết quả của Nguyễn Thị Bích Thanh là 33,2% [2].

Kết hợp 4 yếu tố, lâm sàng, nồng độ β -hCG, siêu âm và xét nghiệm khác: 6,8%

thấp hơn so với Nguyễn Thị Bích Thanh là 13,4% [2].

Do giới hạn của nghiên cứu, chúng tôi chưa phân tích được giá trị của từng yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng. Trong tương lai, nghiên cứu này sẽ là cơ sở để chúng tôi tiến hành nhiều nghiên cứu khác nhằm tối ưu hóa quá trình chẩn đoán CNTC và làm giảm tỷ lệ tử vong do biến chứng vỡ CNTC.

5. Kết luận

Triệu chứng lâm sàng điển hình của chữa ngoài tử cung vỡ, ngập máu ổ bụng (triệu chứng sốc mất máu) chỉ gặp với tỷ lệ 1,57%. Triệu chứng lâm sàng của chữa ngoài tử cung chưa vỡ gồm: Rối loạn kinh nguyệt, chậm kinh, ra máu âm đạo, đau bụng, khi khám: Di động tử cung đau, rất đau khi chạm vào túi cùng sau. Triệu chứng cận lâm sàng gồm: Hình ảnh siêu âm (khối nề ở phần phụ, khối âm vang hỗn hợp cạnh tử cung, có dịch ở túi cùng sau. β HCG huyết thanh từ 10 - 62806mUI/l (có 59,8% trường hợp thấp hơn 1000mUI/l).

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Minh Nguyệt (1991) *Tình hình chữa ngoài tử cung tại viện Bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh trong 5 năm 1985 - 1989*. Hội nghị Tổng kết nghiên cứu khoa học và điều trị, tr. 1-4.
2. Nguyễn Thị Bích Thanh (2006) *Chẩn đoán và điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2006*. Luận văn Thạc sĩ học - Trường Đại học Hà Nội.
3. Phạm Thanh Hiền (1999) *Tình hình điều trị chữa ngoài tử cung năm 1998 tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh*. Tạp chí Thông tin dược chuyên đề sản phụ khoa, tr. 22-25.
4. Phan Viết Tâm (2002) *Nghiên cứu tình hình chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 1999 - 2000*. Luận văn chuyên khoa cấp II - Trường Đại học Hà Nội.
5. Vương Tiến Hòa (2002) *Nghiên cứu một số yếu tố góp phần chẩn đoán chữa ngoài tử cung*. Luận án Tiến sĩ học - Trường Đại học Hà Nội.
6. Della-Giustina D and Denny M (2003) *Ectopic pregnancy*. Emerg Med Clin North Am 21(3): 565-584.
7. Barnhart KT, Sammel MD, Rinaudo PF et al (2004) *Symptomatic patients with an early viable intrauterine pregnancy: HCG curves redefined*. Obstet Gynecol 104(1): 50-55.
8. Condous G, Okaro E, Khalid A et al (2005) *The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery*. Hum Reprod Oxf Engl 20(5): 1404-1409.
9. Levin AA, Schoenbaum SC, Stubblefield PG et al (1982) *Ectopic pregnancy and prior induced abortion*. 72(3): 4.
10. Panelli DM, Phillips CH and Brady PC (2015) *Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: A review*. Fertil Res Pract 1(1): 15.