

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 57

Thai lạc chỗ



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

Mục lục

Y HỌC SINH SẢN TẬP 57 – QUÝ I/2021

THAI LẠC CHỖ

- 04 Thai lạc chỗ: cập nhật phân loại và chẩn đoán
Hồ Ngọc Lan Nhi, PGS. TS. Vương Thị Ngọc Lan
- 10 Phân biệt thai ngoài tử cung đoạn kẽ, thai góc tử cung và thai ở sừng tử cung
ThS. BS. Đinh Thế Hoàng và cộng sự
- 15 Một số cơ chế phân tử liên quan đến tình trạng thai lạc chỗ tại vòi trứng
ThS. Võ Như Thanh Trúc
- 20 Vai trò của đại thực bào trong cơ chế bệnh sinh thai ngoài tử cung
ThS. BS. Trần Doãn Tú
- 23 Các chất chỉ điểm sinh học trong thai ngoài tử cung hiện tại và tương lai
ThS. BS. Trần Thị Ngọc Bích
- 30 Phân biệt các trường hợp thai làm tổ gần vị trí nối tử cung với vòi tử cung
ThS. BSNT. Lê Quang Đò, PGS. TS. Lê Hoàng
- 34 Thai đoạn kẽ
ThS. BSNT. Dương Văn Sang, GS. TS. Cao Ngọc Thành
- 38 Thai bám sẹo mổ lấy thai: các biện pháp quản lý hiện nay
BS. CKI Trần Nguyễn Phương An và cộng sự
- 44 Thai ở cổ tử cung
BSNT. Nguyễn Thị Kim Mai và cộng sự
- 49 Thai ống cổ tử cung: ca lâm sàng tổng quan chẩn đoán và điều trị
ThS. BS. Lê Nam Hùng và cộng sự
- 54 Thai lạc chỗ ở cổ tử cung và mối liên quan đến hỗ trợ sinh sản
BS. Trần Thị Thu Vân, BS. Lý Thiện Trung
- 58 Những yếu tố tiên đoán thành công của methotrexate trong điều trị thai ngoài tử cung
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 63 Phẫu thuật nội soi trong thai bám vết mổ cũ: triển vọng và thách thức
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 67 Thai ngoài tử cung đồng thời với thai trong tử cung
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 70 Tử cung một sừng và thai ở sừng tử cung chột
BS. Nguyễn Đức Minh Quân và cộng sự
- 74 Nhân một trường hợp thai trong ổ bụng chẩn đoán và phẫu thuật tại bệnh viện Sản Nhi An Giang
BS. Mai Tấn Đạt, BS. CKII Hồ Thái Phong
- 78 Thai ngoài tử cung và các yếu tố liên quan đến chuyển phôi trong hỗ trợ sinh sản
CNSH. Nguyễn Thị Ngọc Huệ và cộng sự
- 82 Thai ngoài tử cung: những vị trí hiếm gặp
BS. Vũ Quốc Hùng, ThS. BS. Hà Tố Nguyễn
- 93 Sinh chọn lọc trước 39 tuần có đáng không?
BS. CKI Trần Thế Hùng
- 96 Kích hoạt nang noãn nguyên thủy (In vitro Activation – IVA): hướng ứng dụng mới trong điều trị hỗ trợ sinh sản
ThS. Huỳnh Trọng Kha, ThS. Nguyễn Ngọc Quỳnh

101 *Hỏi – đáp tình huống lâm sàng*

104 *Journal Club*

Đáp ứng tạo kháng thể sau tiêm ngừa vắc xin ở trẻ sinh non

Khởi phát chuyển dạ bằng Foley và nguy cơ sinh non trong thai kỳ kế tiếp: kết quả của nghiên cứu nối tiếp hai thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng (PROBAAT-1 và PROBAAT-2)

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 59 – Quý III/2021
Chủ đề “**Bệnh truyền nhiễm và thai kỳ**”
Vui lòng nộp bài trước 30/05/2021



Y học sinh sản tập 60 – Quý IV/2021
Chủ đề “**Tiền sản giật – Sản giật**”
Vui lòng nộp bài trước 30/08/2021

THAI LẠC CHỖ Ở CỔ TỬ CUNG VÀ MỐI LIÊN QUAN ĐẾN HỖ TRỢ SINH SẢN

BS. Trần Thị Thu Vân, BS. Lý Thiện Trung

IVFMD

TỔNG QUAN

Thai lạc chỗ được định nghĩa là thai không làm tổ ở trong buồng tử cung, tức là ở vị trí trong khoảng nội mạc đáy đến trên lỗ trong cổ tử cung. Trước đây, thai lạc chỗ được mô tả bằng thuật ngữ “thai ngoài tử cung”. Tuy nhiên thuật ngữ này không hoàn toàn đúng, vì lòng tử cung chính là cấu trúc giải phẫu duy nhất có thể giúp cho thai phát triển khỏe mạnh đến ngày dự sinh, những thai kỳ mà phôi không làm tổ trong buồng tử cung đều không thể giúp thai phát triển và có khả năng gây ảnh hưởng đến sức khỏe của thai phụ (Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy, 2016).

Theo một nghiên cứu năm 2002 tại Pháp, thống kê 1.800 trường hợp thai lạc chỗ, có 70% thai nằm ở đoạn bóng của ống dẫn trứng, 12% nằm ở đoạn eo của ống dẫn trứng, 11,1% nằm ở đoạn loa của ống dẫn trứng, 2,4% nằm ở đoạn kẽ ống dẫn trứng, 3,2% ở buồng trứng, 1,3% trong ổ bụng, không ghi nhận trường hợp nào có thai lạc chỗ ở cổ tử cung (Bouyer, 2002). Có thể thấy, thai lạc chỗ ở cổ tử cung là một dạng thai lạc chỗ hiếm gặp. Theo một vài nghiên cứu khác, thì tỷ lệ thai lạc chỗ ở cổ tử cung là vào khoảng dưới 1%, cụ thể, dao động từ 1:2.400 đến 1:18.000 thai kỳ (Parente và cs, 1983; Yankowitz và cs, 1990). Mặc dù tần suất thai lạc chỗ ở cổ tử cung là thấp, tuy nhiên, việc nhận diện tình trạng này là cực kỳ quan trọng vì nếu chậm trễ có thể gây chảy máu, băng huyết, một số trường hợp phải cắt tử cung để cứu tính mạng cho bệnh nhân.

Nguyên nhân chính xác gây ra thai lạc chỗ ở cổ tử cung chưa được biết rõ. Tuy nhiên, có giả thuyết cho rằng phôi được đưa tới cổ tử cung

ngay trước khi phôi có khả năng làm tổ (Vela và Tulandi, 2007). Một số yếu tố nguy cơ đã biết của thai lạc chỗ ở cổ tử cung gồm cổ tử cung bị tổn thương do thủ thuật xâm lấn kênh cổ tử cung, bất thường giải phẫu, đặt dụng cụ tử cung và điều trị thụ tinh trong ống nghiệm (Kirk, 2017).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Triệu chứng thường gặp nhất đưa bệnh nhân đến gặp bác sĩ là xuất huyết âm đạo bất thường không đi kèm đau bụng, ít gặp trường hợp chỉ đau bụng mà không xuất huyết. Tuy nhiên, có một số trường hợp thai lạc chỗ ở cổ tử cung không có triệu chứng và chỉ được phát hiện tình cờ trên siêu âm (Vela và Tulandi, 2007).

Khi thực hiện khám mở vạt trên những bệnh nhân này, bác sĩ lâm sàng có thể phát hiện ra cổ tử cung to lên và sung huyết. Khi nghi ngờ bệnh nhân có thai lạc chỗ ở cổ tử cung thì việc khám âm đạo bằng tay là chống chỉ định, vì động tác khám có thể gây tổn thương kênh cổ tử cung và dẫn đến băng huyết.

CHẨN ĐOÁN

Thai lạc chỗ ở cổ tử cung được chẩn đoán bằng siêu âm ngả âm đạo trên bệnh nhân có thai, khi có các dấu hiệu sau (Kirk, 2017; Kung và cs, 2004):

- Không thấy thai trong lòng tử cung.
- Tử cung có dạng đồng hồ cát.
- Cổ tử cung có hình thùng (barrel-shaped).
- Hình ảnh túi thai ở cổ tử cung: đây là dấu chỉ quan trọng nhất trên siêu âm (Hình 1).

Theo đồng thuận của Hiệp hội sinh sản và phôi người châu Âu (European Society of Human

Reproduction and Embryology – ESHRE), thai lạc chỗ ở cổ tử cung được phân chia làm 2 nhóm là thai lạc chỗ ở cổ tử cung bán phần và toàn phần. Thai lạc chỗ ở cổ tử cung bán phần là túi thai có lõi vào trong lòng của kênh cổ tử cung, trong khi đó thai lạc chỗ ở cổ tử cung toàn phần là túi thai nằm chìm hoàn toàn trong mô cơ của cổ tử cung (Hình 2, 3).

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

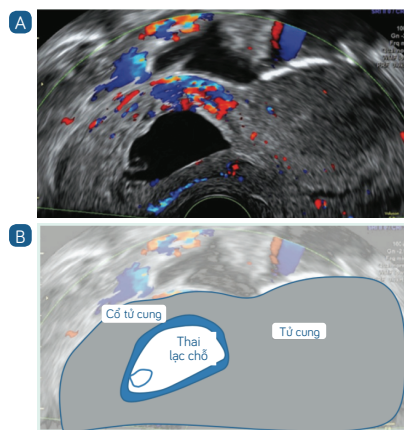
Đứng trước hình ảnh siêu âm thấy túi thai ở cổ tử cung, những điều cần chú ý là đây có phải là túi thai đang sẩy diễn tiến, hay là thai bám sẹo mổ lấy thai trên những bệnh nhân có tiền sử mổ lấy thai (Bảng 1).

Thai bám sẹo mổ lấy thai và thai lạc chỗ ở cổ tử cung khó phân biệt. Theo Elson và cộng sự, những trường hợp từng có mổ ngang đoạn dưới tử cung lấy thai khi siêu âm thấy hình ảnh túi thai nằm ở thành sau của cổ tử cung, chẩn đoán thai lạc chỗ ở cổ tử cung sẽ được thiết lập. Trong khi đó, nếu hình ảnh siêu âm ghi nhận túi thai bám ở thành trước cổ tử cung, cần phân biệt với thai bám sẹo mổ lấy thai. Để phân biệt 2 trường hợp này, cần siêu âm để đánh giá vị trí nhau bám để chẩn đoán thai bám sẹo mổ lấy thai hay thai ở cổ tử cung để đưa ra xử trí phù hợp (Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy, 2016).

ĐIỀU TRỊ

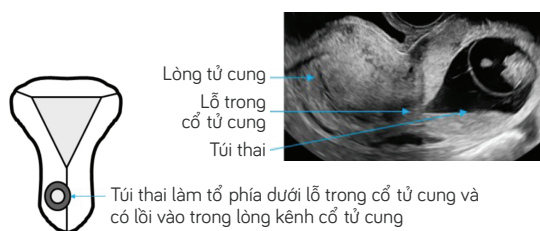
Thai lạc chỗ ở cổ tử cung rất hiếm gặp, tính đến nay chỉ có một vài báo cáo loạt ca hoặc báo cáo từng ca, vì vậy vẫn chưa có đồng thuận và phác đồ rõ ràng về việc điều trị các trường hợp này. Các phương pháp điều trị thai lạc chỗ ở cổ tử cung gồm có điều trị nội khoa và can thiệp ngoại khoa. Lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào tuổi thai, nồng độ β hCG huyết thanh, hoạt động tim thai, tình trạng đau bụng, xuất huyết âm đạo, huyết động học và mong muốn bảo tồn khả năng sinh sản của bệnh nhân.

Một thống kê trên 25 nghiên cứu và báo cáo loạt ca từ năm 2000, cho thấy có 95,6% (86/90) trường hợp thành công với điều trị bảo tồn,



Hình 1. Thai lạc chỗ ở cổ tử cung.

Hình ảnh trên siêu âm không thấy thai trong lòng tử cung, tử cung có dạng đồng hồ cát, cổ tử cung có hình thủng và có hình ảnh túi thai ở cổ tử cung (A) và mô tả cụ thể (B) (Kirk, 2017).



Hình 2. Thai lạc chỗ ở cổ tử cung bán phần.

(a) Hình mô tả; (b) Hình ảnh siêu âm 2D.



Hình 3. Thai lạc chỗ ở cổ tử cung toàn phần.

(a) Hình mô tả; (b) Hình ảnh siêu âm 2D.

Bảng 1. Một số dấu hiệu giúp phân biệt thai lạc chỗ ở cổ tử cung và thai đang sẩy diễn tiến.

Thai lạc chỗ ở kênh cổ tử cung	Thai đang sẩy diễn tiến
Bờ túi thai đều	Bờ túi thai không đều, có thể dẹt hoặc thay đổi hình dạng trong quá trình siêu âm
Có viền phản âm dày	Không có hoặc không rõ viền phản âm dày
Không có dấu hiệu trượt	Có dấu hiệu trượt
Phổ Doppler có tăng sinh mạch máu xung quanh túi thai	Phổ Doppler không tăng sinh mạch máu

4,4% (4/90) trường hợp phải cắt tử cung (Kirk và cs, 2006). Điều trị bảo tồn gồm: điều trị nội

khoa bằng MTX, hút lòng tử cung, thuyên tắc động mạch tử cung,... Từ đó, có thể thấy điều trị bảo tồn đóng vai trò vô cùng quan trọng, đặc biệt đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và đang mong con.

Điều trị nội khoa

Trong một nghiên cứu hồi cứu khảo sát tại bệnh viện St George, Luân Đôn từ năm 1997 đến năm 2004 trên 7 trường hợp thai lạc chỗ ở cổ tử cung điều trị bảo tồn (6 trường hợp điều trị khởi đầu bằng MTX và 1 trường hợp theo dõi thai thoái triển) (Kirk và cs, 2006).

Tiêu chuẩn điều trị bảo tồn trong nghiên cứu là bệnh nhân huyết động học ổn định, không đau bụng, không có hình ảnh xuất huyết nội trên siêu âm và chức năng gan, thận bình thường.

– Trường hợp không ghi nhận hoạt động tim thai:

- N1: β hCG huyết thanh, MTX 50 mg/m² bề mặt da hoặc 1 mg/kg.
- N4: β hCG huyết thanh.
- N7: β hCG huyết thanh.

Nếu nồng độ hCG huyết thanh giảm $\geq 15\%$ từ ngày 4 đến ngày 7 thì đánh giá là có đáp ứng và thử lại hCG huyết thanh mỗi tuần.

– Trường hợp vẫn còn hoạt động tim thai, bệnh nhân sẽ được ưu tiên dùng MTX đa liều hoặc tiêm MTX vào buồng ối.

- Phác đồ MTX đa liều:
 - ▷ N1, 3, 5: MTX 50 mg/m² bề mặt da hoặc 1 mg/kg.
 - ▷ N2, 4, 6: Folinic acid 0,1 mg/kg.
- Phác đồ tiêm MTX vào buồng ối: sử dụng kim chọc hút trứng 16G tiêm MTX vào buồng ối dưới hướng dẫn của siêu âm. Nếu tim thai vẫn còn hoạt động, sẽ tiêm vào buồng ối 5 mmol/L KCl. Sau đó, bệnh nhân được điều trị nội trú và theo dõi cho đến khi hCG huyết thanh < 10 IU/L.

Kết quả của nghiên cứu cho thấy 5/6 trường hợp điều trị thành công với MTX. Một trường hợp ghi nhận thất bại với cả MTX đơn liều và đa liều sau đó thành công với MTX tiêm vào buồng

ối. Nhóm tác giả cũng tổng kết một vài đặc điểm ghi nhận có thể thất bại với MTX: có hoạt động tim thai, nồng độ β hCG huyết thanh > 10.000 IU/L, tuổi thai > 9 tuần và chiều dài đầu mông (CRL) > 10 (Hung và cs, 1998).

Từ đó có thể thấy điều trị nội khoa có hiệu quả đối với các trường hợp đủ chỉ định và là lựa chọn đầu tay ở những bệnh nhân mong muốn bảo tồn khả năng sinh sản.

Can thiệp ngoại khoa

Các biện pháp can thiệp ngoại khoa thường được áp dụng trong những trường hợp tiên lượng thất bại hoặc không đủ chỉ định hoặc thất bại với điều trị nội khoa.

Hút nạo kênh cổ tử cung

Nếu việc xuất huyết vẫn tiếp tục sau khi điều trị MTX hoặc điều trị MTX thất bại sẽ xem xét đến việc hút nạo kênh tử cung, đặc biệt ở các trường hợp muốn bảo tồn khả năng sinh sản. Tuy nhiên, hút thai lạc chỗ ở cổ tử cung có nguy cơ băng huyết cao, trong một thống kê trên 9 trường hợp thai lạc chỗ ở cổ tử cung được điều trị bằng phương pháp hút nạo thì có 5 trường hợp phải sử dụng các biện pháp cầm máu trong quá trình hút nạo, 2 trường hợp cắt tử cung do xuất huyết không kiểm soát được, 1 trường hợp cắt tử cung do rách đoạn dưới tử cung. Do đó cần có phương pháp cầm máu phù hợp. Các phương pháp thường được áp dụng:

- Nhét meche tẩm noradrenaline sau hút nạo kênh cổ tử cung.
- Tiêm vasopressin vào cơ tử cung: sử dụng kim 21G tiêm 20 – 30 ml vasopressin xung quanh lỗ ngoài cổ tử cung và mô đệm ở cổ tử cung.
- Thất nhánh cổ tử cung – âm đạo của động mạch tử cung qua ngả âm đạo tại vị trí 3 giờ và 9 giờ.

Sau đó, tiến hành hút nạo kênh cổ tử cung cho đến khi không thấy hình ảnh mô thai (Kung và cs, 2004).

– Sau thủ thuật, nếu vẫn còn xuất huyết, có thể dùng Foley 26 bơm khoảng 95 ml nước muối sinh lý chèn vào kênh cổ tử cung (Fylstra, 2014).

Thất động mạch tử cung

Thất động mạch tử cung được xem xét là một phương pháp điều trị nếu các biện pháp đã nêu trên không hiệu quả, tuy nhiên, dự hậu khả năng sinh sản và thai kỳ trong tương lai vẫn chưa chắc chắn (Zakaria và cs, 2011).

Cắt tử cung

Phương pháp cắt tử cung được chỉ định trên những trường hợp huyết động học không ổn định và xuất huyết không kiểm soát được bằng các biện pháp đã kể trên.

TIỀN LƯỢNG THAI KỲ SAU

Các dữ liệu hiện nay về tỷ lệ thai lạc chỗ ở cổ tử cung tái phát hoặc kết cục thai kỳ sau ở những phụ nữ có tiền căn thai lạc chỗ ở cổ tử cung vẫn còn hạn chế. Các trường hợp thai lạc chỗ ở cổ tử cung được cho rằng sẽ làm tăng nguy cơ thai lạc chỗ ở thai kỳ sau. Một nghiên cứu phân tích trên 37 trường hợp thai lạc chỗ ở cổ tử cung cho thấy có 21 trường hợp sinh con đủ tháng, 4 trường hợp sinh non, 3 trường hợp sẩy thai 8 – 9 tuần, 2 trường hợp phải chấm dứt thai kỳ chủ động (không rõ lý do), 2 trường hợp thai lạc chỗ ở ống dẫn trứng, 1 trường hợp thai lạc chỗ ở cổ tử cung (thai thụ tinh trong ống nghiệm) và 4 trường hợp thai diễn tiến tại thời điểm khảo sát. Trong đó, có 3 trường hợp khâu cổ tử cung ngã âm đạo vì cổ tử cung bất toàn.

MỐI LIÊN QUAN CỦA THAI Ở KÊNH CỔ TỬ CUNG VÀ HỖ TRỢ SINH SẢN

Như đã đề cập trong phần trước, hỗ trợ sinh sản có thể là một yếu tố nguy cơ của thai lạc chỗ ở cổ tử cung. Tỷ lệ thai lạc chỗ ở cổ tử cung trong hỗ trợ sinh sản là 3,5/10.000 trường hợp, cao hơn gấp 3 lần so với dân số chung (1/10.000 trường hợp) (Ushakov và cs, 1997; Vela and Tulandi, 2007).

Gần đây, Roberto Matorras và cộng sự công bố một nghiên cứu hồi cứu từ năm 2007 đến 2015 tại 15 trung tâm thụ tinh trong ống nghiệm tại Tây Ban Nha, nhằm đánh giá các yếu tố nguy cơ của thai lạc chỗ ở cổ tử cung, trong đó có hỗ

trợ sinh sản (Matorras và cs, 2020).

Kết quả nghiên cứu trên 91.067 trường hợp thai diễn tiến, trong đó có 32 trường hợp thai lạc chỗ ở cổ tử cung từ phương pháp hỗ trợ sinh sản. Tác giả so sánh các kết cục ở 3 nhóm: thai lạc chỗ ở cổ tử cung, thai ở ống dẫn trứng và thai đúng vị trí. Đối với kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, tỷ lệ thai lạc chỗ ở cổ tử cung chiếm 43,75% các trường hợp chuyển phôi tươi ở các chu kỳ xin noãn, 21,88% trường hợp chuyển phôi trữ, 32,25% trường hợp chuyển phôi tươi từ ICSI và 3,13% từ chuyển phôi tươi từ IVF. Tuy nhiên, tỷ lệ này tương đương khi so sánh với 2 nhóm còn lại. Độ dày nội mạc tử cung cũng tương tự ở cả 3 nhóm, điều này ngược lại với giả thuyết nội mạc tử cung kém phát triển sẽ làm gia tăng tỷ lệ thai lạc chỗ ở cổ tử cung. Số lượng noãn thu được không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 nhóm. Tuy nhiên, với trường hợp chọc hút < 10 noãn thì tỷ lệ thai lạc chỗ ở cổ tử cung cao hơn có ý nghĩa so với nhóm thai đúng vị trí. Nồng độ estradiol cũng cho thấy không có khác biệt giữa 3 nhóm. Nghiên cứu này cũng cho thấy yếu tố tiền sử sản khoa (số lần nạo hút thai, sẩy thai), hút thuốc lá là những yếu tố nguy cơ có mối liên quan đến tăng tỷ lệ thai lạc chỗ ở cổ tử cung.

Tóm lại, vẫn chưa tìm được các yếu tố nguy cơ làm gia tăng tỷ lệ thai lạc chỗ ở cổ tử cung ở các chu kỳ hỗ trợ sinh sản.

KẾT LUẬN

Thai lạc chỗ ở cổ tử cung là một dạng hiếm gặp của thai lạc chỗ. Các triệu chứng lâm sàng có thể rõ ràng, rầm rộ nhưng cũng có những trường hợp chỉ được phát hiện tình cờ khi siêu âm. Tần suất xuất hiện ngày càng tăng kèm theo sự nguy hiểm của thai lạc chỗ ở cổ tử cung thúc cho các nhà lâm sàng phải chú ý nhận diện và xử trí kịp thời. Những nghiên cứu ngày nay về thai lạc chỗ ở cổ tử cung vẫn còn ít, chủ yếu là báo cáo loạt ca, nên bằng chứng hiện nay vẫn còn bỏ ngỏ.

Mời xem tiếp
ở trang 62

âm tính mà không có can thiệp ngoại khoa) và chỉ có 3 ca thất bại (cần can thiệp ngoại khoa khi huyết động học không ổn định). Khi so sánh giữa nhóm thành công và nhóm thất bại, nồng độ β hCG ban đầu lại khác biệt không có ý nghĩa thống kê (8.582 UI/L so với 5.280 UI/L, $p = 0,163$). Tuy nhiên, một số yếu tố khác lại khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm. Cụ thể, những phụ nữ trong nhóm thành công có BMI cao hơn nhóm thất bại ($26,7 \text{ kg/m}^2$ so với $20,6 \text{ kg/m}^2$, $p = 0,005$). Ngoài ra, số liều MTX được sử dụng ở nhóm thành công là 6 liều cũng thấp hơn so với nhóm thất bại là 9 liều ($p = 0,022$), tuy nhiên tổng lượng MTX ở nhóm thành công lại cao hơn (70 mg) so với nhóm thất bại (60 mg) với $p = 0,044$. Khi xét về khả năng tiên lượng sự thất bại điều trị MTX đa liều, diện tích dưới đường cong ROC của yếu tố BMI ($\leq 22 \text{ kg/m}^2$) là $0,957 \pm 0,049$ ($p < 0,001$), số liều MTX (> 7 liều) là $0,870 \pm 0,071$ ($p < 0,001$) và tổng lượng MTX ($\leq 60 \text{ mg}$) là $0,899 \pm 0,064$ ($p < 0,001$)^[10]. Tuy nhiên, do cỡ mẫu của nghiên cứu còn quá thấp, vì vậy vẫn chưa thể rút ra được kết luận gì nhiều từ nghiên cứu này. Qua nghiên cứu, chỉ có thể thấy hiệu quả của MTX đa liều áp dụng cho nhóm bệnh nhân thai ngoài tử cung có nồng độ β hCG ban đầu cao không phụ thuộc nhiều vào nồng độ β hCG ban đầu bao nhiêu mà tùy thuộc vào số liều cũng như lượng MTX được tiêm cho bệnh nhân cũng như sự thoái triển của nguyên bào nuôi dựa vào sự biến thiên nồng độ β hCG sau điều trị. Nghiên cứu cũng cho thấy cần lưu ý điều trị MTX đa liều cho những phụ nữ có BMI thấp.

TÓM LẠI

Trong các yếu tố giúp tiên đoán khả năng thành công của methotrexate trong điều trị thai ngoài tử cung, β hCG là một yếu tố duy nhất đến hiện tại có khả năng ảnh hưởng tới quyết định điều trị thai ngoài tử cung. Còn lại những yếu tố khác như kích thước khối thai, dịch ổ bụng hay độ dày nội mạc tử cung vẫn còn chưa thống nhất kết quả. Sự thay đổi β hCG giữa các

ngày 0, 4 và 7 là yếu tố giúp tiên lượng khả năng thành công của MTX đơn liều, từ đó quyết định có dùng thêm liều thứ hai MTX cho bệnh nhân hay không. Đối với MTX đa liều, khó có thể tiên lượng được khả năng thành công, tuy nhiên qua các nghiên cứu ta nhận thấy khả năng thành công của MTX đa liều khá cao. Dù vậy vẫn cần thêm những nghiên cứu khác về MTX đa liều để tìm ra những yếu tố giúp tiên đoán khả năng thành công của MTX đa liều.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *The Lancet*. 2006;367(9516):1066 – 74.
2. Panelli DM, Phillips CH, Brady PC. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. *Fertil Res Pract*. 2015;1:15.
3. Obstetricians ACo, Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 193: tubal ectopic pregnancy. *Obstetrics and gynecology*. 2018;131(3):e91 – e103.
4. NICE. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. NICE guidelines. 2019;NG126.
5. Menon S, Collins J, Barnhart KT. Establishing a human chorionic gonadotropin cutoff to guide methotrexate treatment of ectopic pregnancy: a systematic review. *Fertility and sterility*. 2007;87(3):481 – 4.
6. Pulatoglu C, Dogan O, Basbug A, Kaya AE, Yildiz A, Temizkan O. Predictive factors of methotrexate treatment success in ectopic pregnancy: A single – center tertiary study. *Northern clinics of Istanbul*. 2018;5(3):227.
7. Zhang J, Zhang Y, Gan L, Liu X – y, Du S – p. Predictors and clinical features of methotrexate (MTX) therapy for ectopic pregnancy. 2020.

Tiếp theo bài  THAI LẠC CHỖ Ở CỔ TỬ CUNG VÀ MỐI LIÊN QUAN ĐẾN ...
ở trang 57

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bouyer J, 2002. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Human Reproduction* 17, 3224–3230. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.12.3224>.
2. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. Green-top Guideline No. 21, 2016. *BJOG: Int J Obstet Gy* 123, e15–e55. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14189>.
3. Fylstra DL, 2014. Cervical pregnancy: 13 cases treated with suction curettage and balloon tamponade. *Am J Obstet Gynecol* 210, 581e1–5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.03.057>.
4. Hung TH, Shau WY, Hsieh TT, Hsu JJ, Soong YK, Jeng CJ, 1998. Prognostic factors for an unsatisfactory primary methotrexate treatment of cervical pregnancy: a quantitative review. *Hum Reprod* 13, 2636–2642. <https://doi.org/10.1093/humrep/13.9.2636>.
5. Kirk E, 2017. Tubal Ectopic Pregnancy, in: Kirk E (Ed), *Early Pregnancy Ultrasound*. Cambridge University Press, pp. 39–49. <https://doi.org/10.1017/9781316481776.007>.
6. Kirk E, Condous G, Haider Z, Syed A, Ojha K, Bourne T, 2006. The conservative management of cervical ectopic pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 27, 430–437. <https://doi.org/10.1002/uog.2693>.
7. Kung F-T, Lin H, Hsu T-Y, Chang C-Y, Huang H-W, Huang L-Y, Chou, Y-J, Huang K-H, 2004. Differential diagnosis of suspected cervical pregnancy and conservative treatment with the combination of laparoscopy-assisted uterine artery ligation and hysteroscopic endocervical resection. *Fertil Steril* 81, 1642–1649. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.11.034>.
8. Matorras R, Zallo A, Hernandez-Pailos R, Ferrando M, Quintana F, Remohi J, Malaina I, Lainz L, Exposito A, 2020. Cervical pregnancy in assisted reproduction: an analysis of risk factors in 91,067 ongoing pregnancies. *Reprod Biomed Online* 40, 355–361. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2019.12.011>.
9. Parente JT, Ou CS, Levy J, Legatt E, 1983. Cervical pregnancy analysis: a review and report of five cases. *Obstet Gynecol* 62, 79–82.