

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

NHỮNG YẾU TỐ TIÊN ĐOÁN THÀNH CÔNG CỦA METHOTREXATE TRONG ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG

BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh¹, ThS. BS. Thân Trọng Thạch²

¹Đại học Tân Tạo, ²Đại học Y Dược TP HCM

TỔNG QUAN

Thai ngoài tử cung là một trong những bệnh lý phụ khoa thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Đây là tình trạng phôi làm tổ bên ngoài buồng tử cung, những vị trí này có thể là ống dẫn trứng, buồng trứng, cổ tử cung, vết mổ cũ và trong ổ bụng; trong đó, thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng là thường gặp nhất với tần suất là 95,5%^[1]. Bệnh lý này chỉ chiếm khoảng 1 – 2% trong dân số chung trên toàn thế giới và khoảng 2 – 5% ở những bệnh nhân có thực hiện những phương pháp hỗ trợ sinh sản, nhưng tỷ lệ tử vong do vỡ thai ngoài tử cung lại chiếm đến 6% trong những nguyên nhân tử vong mẹ và 31,9/100.000 thai kỳ ART^[2]. Để điều trị tình trạng này, hiện đã có nhiều phương pháp, trong đó phương pháp điều trị nội khoa với Methotrexate (MTX) cho thấy hiệu quả đi đôi với kinh tế khi điều trị thai ngoài tử cung. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị của MTX trong thai ngoài tử cung còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác và tỷ lệ thành công cũng dao động giữa các nghiên cứu, thông thường từ 70 – 95%^[3]. Vậy đâu là những yếu tố có thể ảnh hưởng đến sự thành công của điều trị thai ngoài tử cung bằng MTX?

βhCG: YẾU TỐ MANG TÍNH QUYẾT ĐỊNH TRONG ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG BẰNG METHOTREXATE ĐƠN LIỀU

Nồng độ βhCG trước điều trị là một yếu tố thường được xem xét để ra quyết định có thể

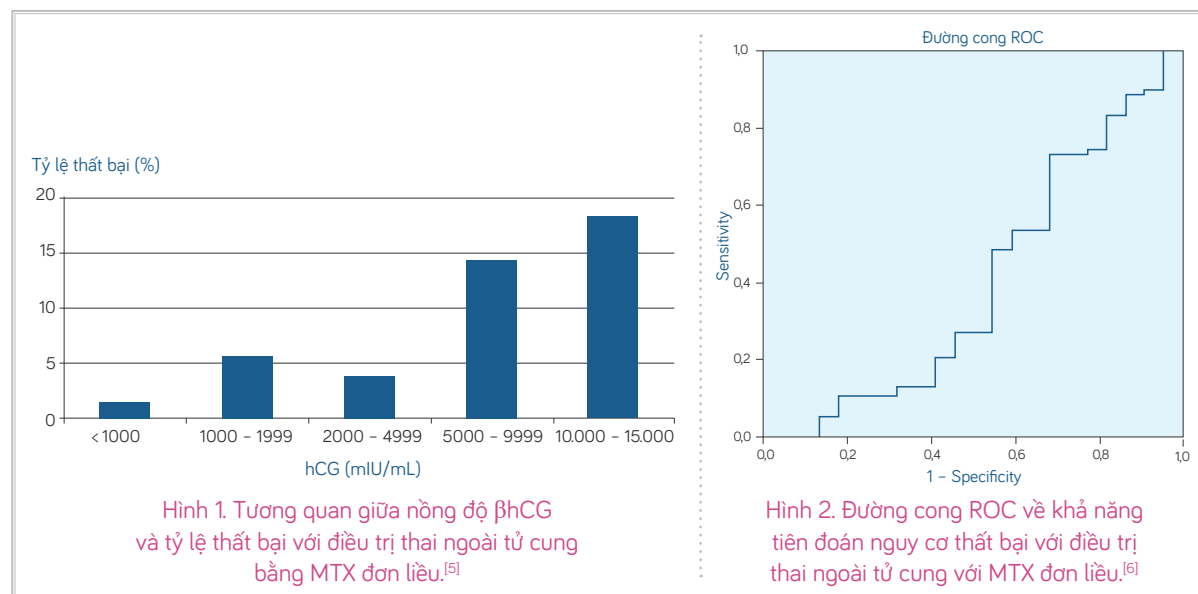
điều trị MTX cho những bệnh nhân thai ngoài tử cung hay không. Theo Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) năm 2018 cũng cho thấy rằng điều trị nội khoa với MTX cũng phụ thuộc vào nồng độ βhCG ban đầu. Tuy nhiên, ACOG cũng chưa chỉ rõ ngưỡng nồng độ βhCG ban đầu để điều trị nội khoa^[3]. Mặt khác, theo Viện Sức khỏe và Chăm sóc chất lượng cao Quốc gia (NICE) năm 2019, điều trị nội khoa với MTX nên là lựa chọn hàng đầu cho những bệnh nhân thai ngoài tử cung có nồng độ βhCG ban đầu < 1.500 UI/L hoặc cân nhắc giữa điều trị nội khoa và phẫu thuật nếu βhCG ≥ 1.500 UI/L và < 5.000 UI/L, khả năng tái khám để theo dõi sự thoái lui của khối thai^[4]. Tuy nhiên, trong nhiều nghiên cứu cũng cho thấy rằng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ βhCG ban đầu giữa nhóm thành công và nhóm thất bại với điều trị, tuy nhiên tỷ lệ thành công của MTX trong điều trị thai ngoài tử cung cũng như nồng độ βhCG ban đầu để dự đoán sự thành công của điều trị còn nhiều hạn chế. Một ngưỡng cắt thường được sử dụng để lựa chọn để điều trị MTX cho bệnh nhân thai ngoài tử cung đó là 5.000 UI/L. Ngưỡng cắt này là kết quả của một tổng quan hệ thống của Menon và cộng sự vào năm 2007. Tổng quan bao gồm 5 nghiên cứu quan sát (503 trường hợp thai ngoài tử cung và điều trị nội khoa bằng MTX đơn liều). Kết quả cho thấy, tỷ lệ thất bại tăng dần theo sự gia tăng của nồng độ βhCG ban đầu (Hình 1). Khi so sánh theo từng cặp khoảng nồng độ βhCG về nguy cơ thất bại

điều trị, chỉ có nhóm những bệnh nhân có nồng độ β hCG trong khoảng 2.000 – 4.999 UI/L so với nhóm 5.000 – 9.999 UI/L là khác biệt có ý nghĩa thống kê với OR 3,76 (KTC 95%, 1,16 – 12,33, $p = 0,02$). Nói cách khác, những phụ nữ thai ngoài tử cung có nồng độ β hCG ban đầu trong khoảng 5.000 – 9.999 UI/L thì có nguy cơ thất bại cao gấp 3,76 lần so với những trường hợp mà nồng độ β hCG chỉ có 2.000 – 4.999 UI/L. Mặt khác, khi xét khoảng nồng độ rộng hơn, kết quả cho thấy nguy cơ thất bại là cao nhất khi so sánh giữa nhóm có β hCG > 5.000 UI/L so với nhóm β hCG < 5.000 UI/L với OR 5,45 (KTC 95%, 3,04 – 9,78, $p < 0,01$)^[5]. Qua đó, ta nhận thấy, nên cân nhắc khi quyết định sử dụng MTX đơn liều để điều trị những trường hợp thai ngoài tử cung mà có nồng độ β hCG ban đầu > 5.000 UI/L. Đến hiện tại, ngưỡng β hCG < 5.000 UI/L cũng là ngưỡng nồng độ được áp dụng rộng rãi trên thực hành lâm sàng để điều trị thai ngoài tử cung với MTX đơn liều.

Tuy nhiên, trong những nghiên cứu gần đây hơn, sự phân định giữa thành công và thất bại bằng điều trị nội khoa thai ngoài tử cung với MTX đơn liều đã đưa ngưỡng cắt β hCG ban đầu xuống thấp hơn con số 5.000 UI/L. Một nghiên cứu hồi cứu của Pulatoglu và cộng sự năm 2018 được tiến hành ở Thổ Nhĩ Kỳ đã khảo sát giá trị tiên đoán của β hCG ban đầu trong điều trị

nội khoa thai ngoài tử cung với MTX đơn liều. Nghiên cứu được thực hiện trên 101 trường hợp thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng và được điều trị bằng MTX đơn liều. Kết quả cho thấy, nồng độ β hCG ở nhóm thành công với điều trị thấp hơn so với nhóm thất bại (2.589 ± 1.784 UI/L so với 3.887 ± 3.300 UI/L, $p = 0,017$). Khi xét về điểm cắt β hCG để tiên đoán nguy cơ thất bại với điều trị MTX đơn liều, theo đường cong ROC thì β hCG > 1.362 UI/L có độ nhạy 71,8% và độ đặc hiệu 68,2%. Với những ca có β hCG ban đầu > 1.362 UI/L thì tỷ lệ thất bại là 23,9% (Hình 2)^[6]. Như vậy, với điểm cắt 1.362 UI/L để tiên đoán khả năng thành công hay thất bại của điều trị MTX đơn liều lại quá khác biệt so với điểm cắt 5.000 UI/L của Menon và cộng sự năm 2007.

Một nghiên cứu hồi cứu gần đây hơn của Zhang và cộng sự năm 2020 cũng đã khảo sát những yếu tố có liên quan đến sự thành công của điều trị MTX đơn liều trên 238 bệnh nhân. Nghiên cứu bao gồm 166 ca được điều trị thành công, 72 ca thất bại MTX và phải chuyển sang phẫu thuật. Tỷ lệ thành công chung của MTX đơn liều trong nghiên cứu là 69,75%. Khi xét về sự khác biệt về β hCG giữa nhóm thành công và nhóm thất bại là có ý nghĩa thống kê ($2.538,08 \pm 3.107,07$ so với $3.533,17 \pm 1.967,80$, $p = 0,000$). Nếu lấy 3.393,78 IU/L là ngưỡng phân định giữa thành công và thất bại với điều trị



Hình 1. Tương quan giữa nồng độ β hCG và tỷ lệ thất bại với điều trị thai ngoài tử cung bằng MTX đơn liều.^[5]

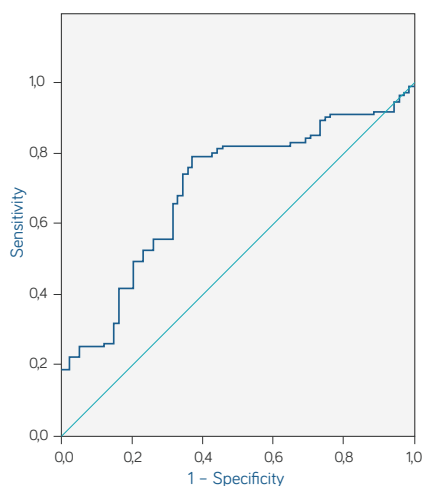
Hình 2. Đường cong ROC về khả năng tiên đoán nguy cơ thất bại với điều trị thai ngoài tử cung với MTX đơn liều.^[6]

bằng MTX thì diện tích dưới đường cong ROC là 0,695 (KTC 95% 0,624 – 0,767), độ nhạy là 78,9%, độ đặc hiệu là 62,5%, PPV là 67,78% và NPV là 74,76% (Hình 3). Ngoài ra, nghiên cứu cũng cho thấy rằng tỷ lệ thành công giữa nhóm có β hCG ban đầu < 4.000 UI/L (74,32%) cao hơn nhóm > 4.000 UI/L (54,55%) và khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,005$). Tuy nhiên, các tác giả trong nghiên cứu cũng cho thấy rằng tỷ lệ thành công ở nhóm những phụ nữ có β hCG ban đầu > 4.000 UI/L vẫn còn khá cao với 54,55%^[7].

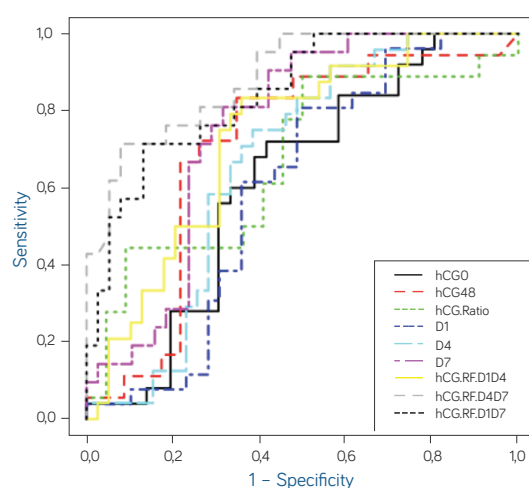
Mặt khác, sự thay đổi của nồng độ β hCG sau điều trị cũng là một trong những yếu tố giúp tiên lượng hiệu quả điều trị, từ đó có quyết định có nên lặp lại MTX cho bệnh nhân hay không. Một nghiên cứu hồi cứu của Leonardi và cộng sự năm 2020 đã khảo sát về sự thay đổi của nồng độ β hCG sau điều trị MTX đơn liều để tiên đoán khả năng thành công của điều trị trên 65 trường hợp thai ngoài tử cung. Kết quả có 39 ca thành công và 26 ca thất bại với điều trị. Khi so sánh đường cong ROC về khả năng tiên đoán thành công của điều trị MTX dựa vào thay đổi β hCG (Hình 4), ta nhận thấy diện tích dưới đường cong của β hCG vào ngày 4 – 7 và ngày 1 – 7 là tương đương nhau với 0,887 (KTC 95%, 0,803 – 0,970) và 0,846 (KTC 95%, 0,746 – 0,946) ($p = 0,395$). Đối với sự thay đổi β hCG ngày 1 – 7, với ngưỡng cắt giảm 15% sẽ cho độ nhạy 84%,

độ đặc hiệu 71%, PPV là 84% và NPV là 84% và những giá trị này là tương đương với ngưỡng cắt giảm 15% giữa ngày 4 – 7 với độ nhạy 89%, độ đặc hiệu 71%, PPV là 85% và NPV là 79%. Cần lưu ý thêm giữa ngày 1 và ngày 4, nồng độ β hCG sẽ tăng ở cả hai nhóm thành công và thất bại. Qua đó, nghiên cứu cho thấy, việc không bỏ qua β hCG vào ngày 4 sẽ không làm giảm giá trị tiên lượng thành công của điều trị, thay vào đó, sự thay đổi β hCG ngày 1 – 7 cũng có giá trị tương đương β hCG giữa ngày 4 – 7 (Hình 4).

Vậy liệu giá trị β hCG ngày 4 sau điều trị là thực sự không cần thiết? Nghiên cứu hồi cứu của Zhang và cộng sự năm 2020 cũng đã khảo sát về khả năng tiên lượng của động học β hCG sau điều trị. Kết quả cho thấy 92,47% những bệnh nhân có β hCG giảm vào ngày thứ 4 sẽ thành công với MTX đơn liều. Ngược lại, chỉ có 56,27% bệnh nhân có tăng β hCG vào ngày 4 sẽ thành công với MTX. Khi xét về diện tích dưới đường cong ROC để tiên đoán khả năng thành công của điều trị MTX đơn liều về sự thay đổi β hCG giữa ngày 0 – 4 và ngày 4 – 7 lần lượt là 0,863 (KTC 95%, 0,805 – 0,920) và 0,767 (KTC 95%, 0,685 – 0,877). Xét về ngưỡng cắt để tiên lượng điều trị, điều trị hiệu quả nếu β hCG giữa ngày 0 – 4 tăng 8,2% sẽ cho độ nhạy 88,6%, độ đặc hiệu 74,5%, PPV là 77,65% và NPV là 86,73%. Còn đối với sự thay đổi giữa ngày 4 – 7,



Hình 3. Đường cong ROC trong đánh giá khả năng tiên lượng hiệu quả điều trị MTX đơn liều của β hCG ban đầu.^[7]



Hình 4. Đường cong ROC về khả năng tiên lượng điều trị của β hCG giữa các ngày 1, 4 và 7.^[8]

giảm 13,9% là hiệu quả sẽ cho độ nhạy là 85%, độ đặc hiệu 63,6%, PPV là 70,02% và NPV là 80,92%^[7]. Như vậy, nghiên cứu cho thấy sự thay đổi β hCG giữa ngày 0 – 4 là yếu tố tiên lượng điều trị khá hiệu quả và cũng là một yếu tố giúp tiên lượng sớm hiệu quả điều trị.

NGOÀI β hCG, LIỆU CÒN YẾU TỐ NÀO KHÁC ẢNH HƯỞNG ĐẾN HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG BẰNG METHOTREXATE?

Ngoài β hCG, nhiều yếu tố khác về phía bản thân người phụ nữ hay những yếu tố về đợt thai ngoài tử cung lần này cũng được khảo sát. Theo ACOG năm 2018, tim thai và kích thước khối thai lớn hơn 4cm là những chống chỉ định tương đối của điều trị nội khoa^[3]. Đối với NICE năm 2019, nên đề nghị phẫu thuật đối với những ca thai ngoài tử cung mà kích thước khối thai ≥ 35 mm hoặc đã có tim thai. Tuy nhiên, những yếu tố này vẫn chưa có sự đồng nhất về kết quả giữa các nghiên cứu. Cụ thể, nghiên cứu hồi cứu của Pulatoglu và cộng sự năm 2018 cũng đã khảo sát những yếu tố khác có thể có liên quan đến điều trị nội khoa thai ngoài tử cung với MTX đơn liều. Trong các yếu tố về tuổi mẹ, số lần sinh và mang thai, kích cỡ của khối thai, tuổi thai và sự hiện diện của dịch ổ bụng, chỉ có sự hiện diện của dịch ổ bụng là có khác biệt giữa nhóm thành công với điều trị và nhóm thất bại (12,7% so với 37,8%, $p = 0,03$)^[6]. Như vậy, sự hiện diện của dịch ổ bụng cũng là một yếu tố tiên lượng xấu trong điều trị. Ngoài ra, nghiên cứu hồi cứu của Zhang và cộng sự năm 2020 cũng khảo sát những yếu tố khác như tuổi, số ngày vô kinh, số lần mang thai và sinh con, BMI và kích thước khối thai đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thành công và nhóm thất bại điều trị MTX đơn liều với $p > 0,05$ ^[7]. Một nghiên cứu hồi cứu khác của Tasgoz và cộng sự năm 2020 trên 114 bệnh nhân thai ngoài tử cung được điều trị MTX đơn liều, trong đó có 88 ca thành công với 77,2% cũng đã khảo sát những yếu tố trước điều trị mà có liên quan đến

sự thành công hay thất bại của điều trị. Kết quả nghiên cứu cũng đã một lần nữa khẳng định lại sự liên quan giữa nồng độ β hCG ban đầu với sự thành công của điều trị với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thành công và nhóm thất bại ($1.479,14 \pm 1.253,49$ so với $4.442,88 \pm 3.392,58$, $p = 0,0001$). Bên cạnh đó, yếu tố về kích thước khối thai cũng không khác biệt giữa hai nhóm ($20,65 \pm 10,48$ và $19,40 \pm 5,95$, $p = 0,066$). Ngoài ra, nghiên cứu cũng đề cập đến độ dày nội mạc tử cung với những trường hợp thành công với MTX đơn liều ($9,28 \pm 3,53$) có nội mạc tử cung mỏng hơn so với nhóm thất bại ($12,61 \pm 5,79$) với $p = 0,002$. Mặt khác, kết quả nghiên cứu lại cho thấy dịch tự do ổ bụng lại không có sự khác biệt giữa sự thành công và thất bại điều trị với $p = 0,149$. Ngoài ra, nghiên cứu cũng khảo sát những yếu tố về huyết động học như hemoglobin, tiểu cầu và bạch cầu nhưng cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa về những yếu tố này ($p > 0,05$)^[9].

Như vậy, những yếu tố như dịch ổ bụng hay kích thước khối thai trong một vài nghiên cứu có thể có ảnh hưởng đến kết quả điều trị thai ngoài tử cung bằng MTX đơn liều, tuy nhiên trong một số nghiên cứu khác lại không. Vì vậy, vẫn chưa thể rút ra được kết luận gì nhiều về những yếu tố này.

LIỆU CÓ THỂ DỰ ĐOÁN ĐƯỢC KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRONG NHỮNG TRƯỜNG HỢP THAI NGOÀI TỬ CUNG ĐIỀU TRỊ BẰNG METHOTREXATE ĐA LIỀU KHÔNG?

Với những trường hợp có nồng độ β hCG ban đầu cao và được điều trị MTX đa liều, liệu ở những trường hợp này có thể tiên lượng khả năng thành công của điều trị hay không? Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu của Tug và cộng sự năm 2019 trên một cỡ mẫu khá nhỏ (26 ca thai ngoài tử cung) với nồng độ β hCG ban đầu > 5.000 UI/L, không có bất thường về động học và đồng ý với điều trị MTX đa liều. Trong nghiên cứu, có 23 ca thành công với MTX đa liều (β hCG

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, Colins 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
ở trang 57 VÀ MỐI LIÊN QUAN ĐẾN ...

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.