Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong các trường hợp thai ngoài tử cung chỉ định điều trị nội khoa

Trương Thị Linh Giang[1*], Phạm Mai Thành Đạt[1]
(1) Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Thai ngoài tử cung là phôi đã được thụ tinh làm tổ và phát triển ở một vị trí bên ngoài buồng tử cung. Đây vẫn còn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trong ba tháng đầu của thai kỳ. Có nhiều phương pháp điều trị thai ngoài tử cung trong đó điều trị nội khoa bằng Methotrexate (MTX) là phương pháp không phẫu thuật có kết quả điều trị, độ an toàn và khả năng sinh sản cao. **Mục tiêu**: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, sinh hóa, siêu âm, các yếu tố nguy cơ của các bệnh nhân thai ngoài tử cung có chỉ định điều trị nội khoa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi được tiến hành trên 39 bệnh nhân chẩn đoán thai ngoài tử cung điều trị nội khoa MTX tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2023. Chẩn đoán được xác định bằng cách khám lâm sàng, siêu âm tử cung-phần phụ, định lượng βhCG, progesterone huyết thanh. **Kết quả**: Tuổi thai trung bình bệnh nhân là 6,89 ± 1,39 tuần. Tam chứng trễ kinh, đau bụng và ra máu âm đạo là những triệu chứng thường gặp. Nồng độ βhCG trung bình 1827 ± 1407,9 mUI/ml. Nồng độ Progesteron trung bình 5,85 ± 4,8 ng/ml. Siêu âm kích thước khối thai trung bình 24,7 ± 11,2 mm, dịch cùng đồ chiếm 53,8% các trường hợp. Tỷ lệ thành công khi điều trị MTX là 89,7%. **Kết luận**: Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng có ý nghĩa quan trọng trong việc chẩn đoán, điều trị nội khoa thành công thai ngoài tử cung.

Từ khóa*: thai ngoài tử cung, βhCG, progesteron, siêu âm sản phụ khoa.*

Clinical and paraclinical characteristics in ectopic pregnancy cases indicated for medical management

Truong Thi Linh Giang[1], Pham Mai Thanh Dat[1]*
(1) Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Ectopic pregnancy is defined as the implantation and development of a fertilized embryo outside the uterine cavity. It remains a leading cause of maternal mortality during the first trimester of pregnancy. Among the various treatment methods for ectopic pregnancy, medical management using methotrexate (MTX) is a non-surgical approach with high success rates, safety, and fertility preservation potential. **Objective:** To study the clinical, biochemical, and ultrasonographic characteristics and risk factors in patients with ectopic pregnancy indicated for medical management. **Materials and methods**: A cross-sectional descriptive study with follow-up was conducted on 39 patients diagnosed with ectopic pregnancy and treated medically with MTX at the Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from January 2020 to January 2023. The diagnosis was confirmed through clinical examination, pelvic ultrasound, and measurements of β-hCG and progesterone levels. **Results:** The mean gestational age was 6.89 ± 1.39 weeks. The triad of delayed menstruation, abdominal pain, and vaginal bleeding was the most common clinical presentation. The mean β-hCG level was 1827 ± 1407.9 mIU/mL, and the mean progesterone level was 5.85 ± 4.8 ng/mL. The mean size of the ectopic mass on ultrasound was 24.7 ± 11.2 mm, and 53.8% of cases presented with abdominal fluid. The success rate of MTX treatment was 89.7%. **Conclusion:** Clinical and paraclinical characteristics play a crucial role in the diagnosis and successful medical treatment of ectopic pregnancy.

Keywords: *Ectopic pregnancy, β-hCG, progesterone, obstetric ultrasound.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai ngoài tử cung là phôi đã được thụ tinh làm tổ và phát triển ở một vị trí bên ngoài buồng tử cung [1]. Mặc dù ngày nay có nhiều phương thức điều trị và cải tiến các phương pháp chẩn đoán thai ngoài tử cung, đây vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trong ba tháng đầu của thai kỳ, chiếm 6 - 13% tổng số ca tử vong do thai kỳ. Do

Tác giả liên hệ: Trương Thị Linh Giang. Email: ttlgiang@huemed-univ.edu.vn
DOI: 10.34071/jmp.2024.7.31
Ngày nhận bài: 23/8/2024; Ngày đồng ý đăng: 14/11/2024; Ngày xuất bản: 25/12/2024

đó, TNTC là một vấn đề sức khỏe quan trọng trong cộng đồng [2].

Tỷ lệ thai ngoài tử cung có xu hướng tăng trên thế giới và tại Việt Nam. Theo nghiên cứu của Stulberg tại Hoa Kỳ, tỷ lệ thai ngoài tử cung giai đoạn 1991 - 1992 là 1,97%, tăng lên 2,07% - 2,43% trong giai đoạn 2000 - 2003 [3]. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Mai Trọng Dũng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỷ lệ thai lạc chỗ trên tổng số bệnh nhân đến điều trị từ năm 2003 - 2013 là 6,67%, nhưng tới năm 2015, tỷ lệ này tăng lên 6,9% [4].

Hiện tại còn nhiều tranh luận về nguyên nhân gây ra TNTC tuy nhiên có nhiều nghiên cứu đã chỉ ra các yếu tố nguy cơ liên quan chặt chẽ đến TNTC. Nhiều tác giả đề cập TNTC tăng dần theo nhóm tuổi với những bà mẹ trên 40 tuổi có nguy cơ cao nhất [5]. Tiền sử phẫu thuật vùng chậu, nạo phá thai, tiền sử TNTC cũng cho thấy nguy cơ mắc TNTC cao hơn [6, 7]. Nguy cơ TNTC ở bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục hoặc bệnh viêm nhiễm vùng chậu cao gấp 3 lần so với phụ nữ không bị viêm nhiễm vùng chậu [8].

Có nhiều phương pháp điều trị thai ngoài tử cung như phẫu thuật mở bụng hay nội soi, điều trị nội khoa. Nhờ sự tiến bộ của kỹ thuật định lượng βhCG và siêu âm đầu dò âm đạo, thai ngoài tử cung đã được chẩn đoán sớm, vì vậy phương pháp điều trị đã được thay đổi đáng kể. Điều trị nội khoa là phương pháp điều trị không xâm lấn, trong đó Methotrexate (MTX) là thuốc được lựa chọn, có kết quả điều trị, độ an toàn và khả năng sinh sản tương đương với điều trị phẫu thuật [9]. Khảo sát sau khi điều trị thành công MTX, chụp HSG có 77,2% trường hợp bảo tồn được chức năng của vòi tử cung, 65% trường hợp mang thai lần tiếp theo thành công và tỷ lệ TNTC tái phát chiếm 13% [10]. Việc chẩn đoán sớm, điều trị hiệu quả giúp bảo tồn khả năng sinh sản của người phụ nữ. Do đó, đề tài được hiện với mục tiêu nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, sinh hóa, siêu âm của các bệnh nhân thai ngoài tử cung có chỉ định điều trị nội khoa.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán thai ngoài tử cung và điều trị nội khoa MTX tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2023. Chẩn đoán được xác định bằng cách khám lâm sàng, siêu âm tử cung phần phụ, định lượng βhCG, progesterone huyết thanh.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Các bệnh nhân thai ngoài tử cung chưa vỡ thỏa mãn tiêu chuẩn điều trị nội khoa Methotrexate phác đồ liều đôi [11].

Bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn:

- Thai ngoài tử cung tại vòi tử cung thể chưa vỡ.
- Không có tim thai trong khối thai ngoài tử cung trên siêu âm.
- β-hCG ≤ 6000 mUI/ml.
- Không có chống chỉ định MTX.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Trên siêu âm phối hợp có túi thai trong lòng tử cung.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi.

2.2.2. Cỡ mẫu

Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện. Trong thời gian nghiên cứu đã thu thập được 39 trường hợp đưa vào nghiên cứu.

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu

- Bàn khám phụ khoa.
- Máy đo huyết áp, ống nghe tim phổi, thước dây, mỏ vịt, găng tay.
- Dụng cụ dùng để lấy máu làm xét nghiệm: ống nghiệm, chất chống đông, bơm tiêm, kim tiêm, dây garo, bông và cồn.
- Định lượng β-hCG, progesterone huyết thanh bằng máy Cobas 8000 của hãng Roche.
- Máy siêu âm đầu dò âm đạo của hãng Samsung.
- Thuốc Methotrexate chai 5ml chứa 50mg hoạt chất.
- Phiếu điều tra nghiên cứu.

2.3. Tiến trình nghiên cứu

Bước 1: Chọn bệnh nhân vào nghiên cứu.

Dựa vào tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ để chọn bệnh nhân vào nghiên cứu. Khai thác các thông tin chung, tiền sử bệnh, các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.

Bước 2: Chẩn đoán xác định thai ngoài tử cung dựa trên lâm sàng, siêu âm tử cung - phần phụ, định lượng β-hCG, progesterone huyết thanh.

Bước 3: Xác định bệnh nhân đủ điều kiện điều trị Methotrexate.

Bước 4: Điều trị thai ngoài tử cung bằng Methotrexate phác đồ hai liều, liều dùng 50 mg/m^2 da, tiêm bắp [11].

Tiêm bắp Methotrexate 50mg/m^2 liều thứ nhất vào ngày 1 và liều hai vào ngày 4. Định lượng β-hCG vào các ngày 1, 4 và 7. Vào ngày 7, nếu so với ngày 4 β-hCG giảm ≥ 15%, định lượng β-hCG hàng tuần cho đến khi âm tính.

Nếu giảm < 15%, tiêm bắp Methotrexate 50mg/m^2 liều ba. Theo dõi β-hCG vào ngày 11, nếu giảm

không đủ, tiêm bắp Methotrexate 50mg/m^2 liều tư ngày thứ 11. Định lượng lại nồng độ β-hCG ngày thứ 14, nếu giảm < 15% cân nhắc chuyển sang phẫu thuật.

Bước 5: Theo dõi trên lâm sàng, cận lâm sàng, và đánh giá đáp ứng điều trị.

- Điều trị thành công khi: định lượng β-hCG giảm ≥ 15% mUI/ml vào ngày 7 hoặc 11 hoặc 14 và bệnh nhân được hẹn tái khám hằng tuần để định lượng β-hCG và siêu âm đến khi β-hCG < 5 mIU/ml.

- Điều trị thất bại khi: định lượng β-hCG giảm < 15% vào ngày 14, hoặc khối thai ngoài vỡ, hoặc chảy máu trong ổ bụng gây thay đổi huyết động, hoặc có tim thai trong khi điều trị.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

- Các số liệu thu thập từ nghiên cứu được xử lý theo thuật toán thống kê trên máy tính bằng chương trình SPSS 22.0 và Excel 2019.

- Mô tả số liệu bằng thống kê mô tả và thống kê phân tích.

- Các kết quả tính toán được biểu diễn dưới 2 hình thức: bảng và biểu đồ.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế thông qua.

3. KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 39 trường hợp đủ tiêu chuẩn điều trị nội khoa MTX phác đồ liều đôi. Qua phân tích thống kê chúng tôi rút ra được một số kết quả như sau:

3.1. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố theo tuổi

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 25	5	12,8
	25 - 29	9	23,1
	30 - 34	16	41,0
	> 35	9	23,1
		30,7 ± 4,8	

Độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu TNTC là 30,7 ± 4,8 tuổi, cao nhất là 43 tuổi, trẻ nhất là 17 tuổi. Nhóm có tỷ lệ cao nhất là nhóm 30 - 34 tuổi, chiếm 41,0%.

Bảng 2. Tiền sử các yếu tố nguy cơ

Tiền sử các yếu tố nguy cơ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật vùng chậu	17	43,6
Biện pháp tránh thai	10	25,6
Thai ngoài tử cung	5	12,8
Điều trị viêm phụ khoa	5	12,8
Điều trị vô sinh	4	10,3
Can thiệp buồng tử cung	3	7,7

Các yếu tố nguy cơ của thai ngoài tử cung hay gặp là tiền sử phẫu thuật vùng chậu chiếm 43,6%, tiền sử dùng biện pháp tránh thai chiếm 25,6%, tiền sử thai ngoài tử cung chiếm 12,8%, tiền sử điều trị viêm phụ khoa chiếm 12,8%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3. Tuổi thai theo kinh cuối cùng

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai	4 - 6 tuần	15	38,5
	6 - 7 tuần	2	5,1
	7 - 8 tuần	22	56,4
		6,89 ± 1,39	

Tuổi thai trung bình trong nghiên cứu là 6,89 ± 1,39 tuần. Tuổi thai hay gặp nhất trong mẫu nghiên cứu là 7 - 8 tuần chiếm 56,4%.

Bảng 4. Phân loại triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng	Trễ kinh	39	100
	Ra máu âm đạo	32	82,1
	Đau bụng	27	69,2
	Túi cùng đau	2	5,1
	Lay CTC đau	2	5,1
	Khối cạnh tử cung (± đau)	11	28,2

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất trong mẫu nghiên cứu là trễ kinh chiếm 100%. Tiếp theo là ra máu âm đạo chiếm 82,1% và đau bụng chiếm 69,2%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

3.3.1. Nồng độ βhCG và Progesteron huyết thanh

Bảng 5. Tỷ lệ nồng độ βhCG và Progesteron huyết thanh khi bắt đầu điều trị

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Trung vị [Min; Max]
Nồng độ β-hCG (mUI/ml)	< 1000	15	38,5	1827±1407,9 1410 [119,8; 5413]
	1000 - 1999	9	23,1	
	2000 - 2999	7	17,9	
	3000 - 6000	8	20,5	
Progesterone (ng/ml)	< 5	19	48,7	5,85 ± 4,8 5,2 [0,55; 19]
	5 - 9,99	12	30,8	
	10 - 14,99	6	15,4	
	15 - 20	2	5,1	

Nồng độ β-hCG ban đầu trung bình là 1827 ± 1407,9 mUI/ml. Nồng độ Progesterone trung bình trong mẫu nghiên cứu là 5,85 ± 4,8 ng/ml.

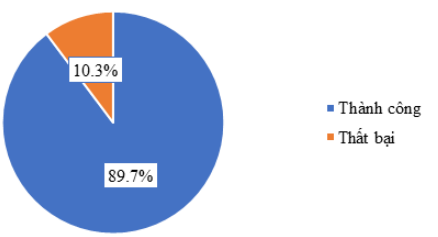
3.3.2. Đặc điểm khối thai qua hình ảnh siêu âm

Bảng 6. Phân bố kích thước khối thai và lượng dịch ổ bụng qua siêu âm

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Trung vị [Min; Max]
Kích thước khối thai	< 20 mm	14	35,9	24,68 ± 11,2 26 [4; 55]
	20 - 29 mm	10	25,6	
	30 - 39 mm	12	30,8	
	≥ 40 mm	3	7,7	
Lượng dịch ổ bụng	Có dịch ổ bụng	21	53,8	
	Không có dịch	18	46,2	

Kích thước khối thai trung bình là 24,68 ± 11,2 mm. Tỷ lệ có dịch ổ bụng chiếm 53,8% tổng số trường hợp nghiên cứu.

3.4. Kết quả điều trị



Biểu đồ 1. Kết quả điều trị

Tỷ lệ thành công sau điều trị MTX là 89,7% (35/39 trường hợp).

4. BÀN LUẬN

4.1. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Nhóm tuổi

Thai ngoài tử cung có thể gặp ở bất cứ độ tuổi nào trong độ tuổi sinh đẻ [1]. Có tới 64,1% bệnh nhân nằm trong nhóm tuổi 25 - 34 tuổi. Kết quả này cao hơn báo cáo của Phạm Văn Tự, Lê Sỹ Phương với tỷ lệ 55,4% và 50% [12, 13]. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 30,7 ± 4,8 tuổi. Theo Phạm Văn Tự là 30,6 ± 1,4 tuổi [12]. Theo Cigdem Pulatoglu, tuổi trung bình của bệnh nhân là 30,6 ± 5,8 tuổi [14]. Độ tuổi theo các cáo của Beguin, Barnhart và Ahmed lần lượt là 31 ± 5, 28,33 ± 6,32 và 29,5 ± 7,04 tuổi [11, 15, 16].

4.1.2. Tiền sử các yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ của thai ngoài tử cung hay gặp là tiền sử phẫu thuật vùng chậu chiếm 43,6%, tiền sử dùng biện pháp tránh thai chiếm 25,6%, tiền sử thai ngoài tử cung chiếm 12,8%, tiền sử điều trị viêm phụ khoa chiếm 12,8%.

Kết quả này tương tự các nghiên cứu khác của Phạm Văn Tự, tiền sử viêm nhiễm phụ khoa chiếm 10,8%, tiền sử thai ngoài tử cung chiếm 9,5% và mổ lấy thai chiếm 25,7% [12]. Theo Moini và cộng sự, các yếu tố liên quan đến tăng nguy cơ TNTC, bao gồm: tuổi mẹ (OR: 1,11, 95%CI: 1,06 - 1,1, p<0,0001), tiền sử TNTC (OR: 17,16, 95%CI: 1,89 - 155,6, p: 0,01), tắc vòi tử cung (OR:10,85, 95% CI: 2,02 - 58,08, p: 0,01), sử dụng dụng cụ tử cung (OR: 4,39 95% CI: 1,78 - 10,81, p: 0,001), tổn thương vòi tử cung (OR: 2,704, 95% CI: 1,26 - 5,78, p: 0,01), và tiền sử vô sinh (OR: 6,13, 95% CI: 2,70 - 13,93, p<0,0001) [8].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

4.2.1. Tuổi thai theo kinh cuối cùng

Trong nhóm mẫu nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân có triệu chứng trễ kinh, vì vậy việc tính tuổi thai không khó khăn. Tuổi thai trung bình tính theo kinh cuối cùng là 6,89 ± 1,39 tuần. Tuổi thai hay gặp nhất trong mẫu nghiên cứu là 7 - 8 tuần chiếm 56,4%. Trong nghiên cứu của Lê Sỹ Phương tuổi thai trung bình là 6,7 ± 1,1 tuần [13], tương tự nghiên cứu của chúng tôi. Theo Cigdem Pulatoglu tuổi thai khi tiêm lần đầu là 7,0 ± 2,13 tuần [14]. Barnhart báo cáo tuổi thai trung bình là 45,4 ± 14,2 ngày [11].

Như vậy, trong TNTC giai đoạn sớm thì tuổi thai thường được phát hiện vào thời điểm 6 - 8 tuần tuổi. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác.

4.2.2. Triệu chứng lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có triệu chứng trễ kinh, đau bụng và ra huyết âm đạo. Đây cũng là tam chứng cổ điển hay gặp trong thai ngoài tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì trễ kinh gặp ở 100% các trường hợp, đau bụng có tỷ lệ 69,2% và ra máu âm đạo chiếm 82,1%. Kết quả này tương tự các nghiên cứu khác của Phạm Văn Tự, triệu chứng trễ kinh chiếm 100%, đau bụng tỷ lệ 73,3% và ra máu âm đạo chiếm tỷ lệ 86,7% [12]. Nghiên cứu hồi cứu của Casanova và cộng sự năm 2009 có kết quả tương đồng với 76% trường hợp có triệu chứng chảy máu âm đạo và 66% có triệu chứng đau bụng [17]. Những triệu chứng trên đây là rất phổ biến trong thời kỳ đầu mang thai, với 1/3 phụ nữ bị đau và hoặc chảy máu, không có nhóm triệu chứng nào có thể chẩn đoán chính xác được TNTC [18], đặc biệt là trong giai đoạn sớm, chưa có biến chứng như trong nghiên cứu của chúng tôi. Vì vậy, để chẩn đoán xác định không nên dựa vào lâm sàng. Theo nghiên cứu của Tay và Morre, có đến 36% các trường hợp không có dấu hiệu lâm sàng và 9% không có triệu chứng [19]. Nên cần phải kết hợp với các phương tiện chẩn đoán khác như siêu âm đầu dò âm đạo, định lượng và theo dõi diễn tiến nồng độ β-hCG, progesterone huyết thanh.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

4.3.1. Nồng độ β-hCG và progesterone huyết thanh trước khi điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi thỏa mãn tiêu chuẩn Fernandez và điều trị thai ngoài tử cung nội khoa bằng MTX thì không có sự khác biệt khi β-hCG ≤ 6000 mUI/ml, nồng độ β-hCG ban đầu trung bình là 1827 ± 1407,9 mUI/ml. Theo Cigdem Pulatoglu, nồng độ β-hCG trung bình trước điều trị cho tất cả bệnh nhân là 2874 (± 2277) mUI/mL [14]. Trong nghiên cứu của Barnhart báo cáo mức nồng độ β-hCG ban đầu là 2013,6 ± 2753,5 mUI/ml [11]. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng, β-hCG ban đầu trung bình là chỉ số quan trọng nhất để dự báo khả năng điều trị thành công MTX [20].

Trong nghiên cứu này Nồng độ Progesterone < 5 ng/ml chiếm tỷ lệ cao nhất với 19 trường hợp chiếm 48,7%, nồng độ Progesterone trung bình trong mẫu nghiên cứu là 5,85 ± 4,8 ng/ml. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phạm Văn Tự với tỷ lệ progesterone trước điều trị < 5 ng/ml là 43,3%. Nồng độ trung bình là 7,7 ± 2,1 ng/ml [12].

4.3.2. Đặc điểm khối thai qua hình ảnh siêu âm

Kích thước khối thai trong nghiên cứu chủ yếu < 40 mm chiếm tỷ lệ 92,3%. Kích thước khối thai trung bình là 24,68 ± 11,2 mm. Các nghiên cứu đã công bố trước đây cho thấy khối thai khi áp dụng điều trị nội khoa thường được chỉ định khi nhỏ hơn 4cm và kích thước khối thai trung bình khác nhau giữa các nghiên cứu tùy thuộc vào phương pháp chọn mẫu

và tiêu chuẩn loại trừ áp dụng khi điều trị MTX. Trong nghiên cứu của Ahmed, 100% các trường hợp có đường kính khối thai < 4 cm, trong đó có 90% các trường hợp có kích thước khối thai nhỏ hơn 1 cm và 10% các trường hợp có kích thước từ 1 - 3 cm [16]. Theo Beguin và cộng sự, đường kính khối thai trung bình 1,8 ± 0,7 cm với đường kính khối thai lớn nhất là 3,6 cm [15].

4.3.3. Dịch ổ bụng

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 21 trường hợp có dịch cùng đồ chiếm tỷ lệ 53,8%. Tỷ lệ này là 53,3% trong nghiên cứu của Phạm Văn Tự [12, 13]. Những nghiên cứu trước đây báo cáo rằng sự hiện diện dịch ổ bụng trên siêu âm có liên quan đến kết quả điều trị [21].

4.4. Kết quả điều trị

Tỷ lệ thành công của phương pháp điều trị trong nghiên cứu là 89,7%. Tỷ lệ điều trị thành công MTX dao động từ 78 - 96%, trung bình là 89% các trường hợp trong các y văn đã được báo cáo. Trong một nghiên cứu trên 101 bệnh nhân đã báo cáo tỷ lệ thành công sau 2 liều là 76% và đạt 87% sau 2 liều tiếp theo [11]. Theo Phạm Văn Tự tỷ lệ thành công khi điều trị MTX là 83,3% [12]. Theo Cigdem Pulatoglu tỷ lệ điều trị MTX thành công là 78% [14].

Có 4 trường hợp thất bại trong điều trị MTX chiếm tỷ lệ 10,3%. Trong đó có 3 trường hợp có dấu hiệu vỡ khối thai, chiếm 75%. Với mục tiêu lựa chọn bệnh nhân phù hợp cho phương pháp điều trị này nhằm giảm khả năng thất bại điều trị, việc xác định các yếu tố tiên lượng cho kết quả điều trị là vô cùng quan trọng.

5. KẾT LUẬN

Tuổi thai trung bình của mẫu nghiên cứu 6,89 ± 1,39 tuần. Triệu chứng trễ kinh, đau bụng, ra máu âm đạo là những triệu chứng thường gặp. Nồng độ βhCG trung bình 1827 ± 1407,9 mUI/ml. Nồng độ Progesteron trung bình 5,85 ± 4,8 ng/ml. Siêu âm kích thước khối thai trung bình 24,68 ± 11,2 mm, dịch cùng đồ chiếm 53,8% các trường hợp. Tỷ lệ thành công khi điều trị MTX là 89,7%. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng có ý nghĩa quan trọng trong việc chẩn đoán, điều trị nội khoa thai ngoài tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ Sản. Thai lạc chỗ. Giáo trình Sản Phụ Khoa dành cho đào tạo sau đại học: Nhà xuất bản Đại Học Huế; 2022. p. 155-69.

2. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2005;84(2):184-8.

3. Stulberg DB, Cain LR, Dahlquist I, Lauderdale DS. Ectopic pregnancy rates in the Medicaid population. Am J Obstet Gynecol. 2013;208(4):274 e1-7.

4. Mai Trọng Dũng, Đoàn Thị Thu Trang. Nhận xét chẩn đoán và điều trị chửa kẽ tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương năm 2015. Tạp chí Phụ sản. 2016;14(1):137-41.

5. Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. BMJ (Clinical research ed). 2000;320(7251):1708-12.

6. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly JL, Fernandez H, Gerbaud L, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. Am J Epidemiol. 2003;157(3):185-94.

7. Sivalingam VN, Duncan WC, Kirk E, Shephard LA, Horne AW. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. J Fam Plann Reprod Health Care. 2011;37(4):231-40.

8. Moini A, Hosseini R, Jahangiri N, Shiva M, Akhoond MR. Risk factors for ectopic pregnancy: A case-control study. Journal of research in medical sciences : the official journal of Isfahan University of Medical Sciences. 2014;19(9):844-9.

9. Fernandez H, Lelaidier C, Thouvenez V, Frydman RJHR. The use of a pretherapeutic, predictive score to determine inclusion criteria for the non-surgical treatment of ectopic pregnancy. 1991;6(7):995-8.

10. Practice Committee of American Society for Reproductive M. Medical treatment of ectopic pregnancy: a committee opinion. Fertil Steril. 2013;100(3):638-44.

11. Barnhart K, Hummel AC, Sammel MD, Menon S, Jain J, Chakhtoura N. Use of "2-dose" regimen of methotrexate to treat ectopic pregnancy. Fertil Steril. 2007;87(2):250-6.

12. Phạm Văn Tự, Lê Minh Toàn. Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị Methotrexate trong thai ngoài tử cung [Luận văn Bác sĩ nội trú]. Huế: Trường Đại học Y Dược Huế; 2012.

13. Lê Sỹ Phương. Đánh giá kết quả điều trị nội khoa thai ngoài tử cung bằng Methotrexate tại khoa Sản bệnh viện Trung ương Huế [Luận văn Thạc sĩ]. Huế: Trường Đại học Y Dược Huế; 2003.

14. 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. North Clin Istanb. 2018;5(3):227-31.

15. Beguin C, Brichant G, De Landsheere L, Tebache L, Karampelas S, Seidel L, et al. Use of methotrexate in

the treatment of ectopic pregnancies: a retrospective single center study. Facts, views & vision in ObGyn. 2020;11(4):329-35.

16. Essa AA, Madny EH, Zayed OM, Elshaboury IM, Mahmoud BMJISJ. Evaluation of prognostic value of Fernandez scoring system on the management of ectopic pregnancy in the emergency room at Suez Canal University Hospitals, Egypt. 2017;4(4):1292-8.

17. Casanova BC, Sammel MD, Chittams J, Timbers K, Kulp JL, Barnhart KT. Prediction of outcome in women with symptomatic first-trimester pregnancy: focus on intrauterine rather than ectopic gestation. J Womens Health (Larchmt). 2009;18(2):195-200.

18. Beckmann CR, Casanova R, Chuang A, Goepfert AR, Ling FW. Beckmann and Ling's obstetrics and gynecology: Wolters Kluwer; 2019.

19. Tay JI, Moore J, Walker JJJBMJ. Regular review-Ectopic pregnancy. 2000;320(7239):916-9.

20. Lipscomb GH, McCord ML, Stovall TG, Huff G, Portera SG, Ling FWJNEJoM. Predictors of success of methotrexate treatment in women with tubal ectopic pregnancies. 1999;341(26):1974-8.

21. Medical treatment of ectopic pregnancy: a committee opinion. Fertil Steril. 2013;100(3):638-44.