

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN THAI LẠC CHỖ (TLC) ĐIỀU TRỊ BẰNG METHOTREXATE (MTX) TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH

Đinh Văn Hoàn^{1*}, Bùi Hà Trang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thai lạc chỗ.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trường hợp thai lạc chỗ điều trị bằng MTX tại bệnh viện Phụ Sản Thái Bình từ 01/06/2020 đến 31/05/2021.

Kết quả: 83 bệnh nhân TLC được điều trị bằng MTX trong 728 bệnh nhân TLC nhập viện, chiếm tỷ lệ 11,4%. Nhóm tuổi 25-34 tuổi chiếm tỷ lệ 54,2%. Tiền sử nạo hút thai chiếm 47%, viêm phần phụ, cổ tử cung chiếm 60,2%. Triệu chứng cơ năng: chậm kinh (98,8%); đau bụng (83%); ra máu (84,3%); Tỷ lệ bệnh nhân có cả 3 triệu chứng đau bụng + chậm kinh + ra máu chiếm 74,7%. Triệu chứng thực thể: phần phụ có khối chiếm 65,1%; cùng đồ đầy đau 4,8%. Triệu chứng cận lâm sàng: Vị trí TLC tại vòi tử cung (98,8%), vết mổ cũ (1,2%). Kích thước khối thai từ 11-19 mm (62,7%). Dịch Douglas 1 - 9 mm (41,0%). Nồng độ β hCG trung bình của nhóm đáp ứng điều trị là $905,7 \pm 795,0$ IU/L, nhóm không đáp ứng điều trị là $1504,7 \pm 837,8$ IU/L.

Từ khóa: Thai lạc chỗ, điều trị nội khoa

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ECTOPIC PREGNANCY (TLC) TREATED WITH METHOTREXATE (MTX) AT THAI BINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

ABSTRACT

Objectives: To describe clinical characteristics and laboratory tests of women with ectopic pregnancy who were medically treated with methotrexate (MTX).

1. Đại học Y Dược Thái Bình

2. Đại học Điều Dưỡng Nam Định

*Chịu trách nhiệm chính: Đinh Văn Hoàn

Email: dinhvanhoanhtb@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 25/11/2021

Ngày duyệt bài: 07/12/2021

Materials and methods: A descriptive cross-sectional study of women with ectopic pregnancy (EP) who were medically treated with MTX at Thai Binh Maternal Hospital from June 1, 2020 to May 31, 2021.

Results: Out of 728 hospitalised women with EP, 83 were medically treated with MTX, accounting for 11,4%. The group of women aged between 25 to 34 years old accounted for 54,2%. 47% of women had a history of abortion while 60,2% had previous either cervicitis or pelvic inflammation disease. Women with missed period, abdominal pain, and vaginal bleeding accounted for 98,8%, 83%, and 84,3%, respectively. The proportion of patients with all three symptoms of abdominal pain, missed period, vaginal bleeding were 74,7%. There were 65,1% women had adnexal mass on physical examination and 4,8% had a painful pouch of Douglas. 98,8% of the ectopic pregnancy located at the Fallopian tube and 1,2% of women had ectopic pregnancy at the cesarean scar. 62,7% of the cases had an ectopic pregnancy mass of between 11 to 19 mm in size while 41,0% of women had a fluid thickness of 1 – 9 mm at the pouch of Douglas. The mean β hCG concentration of the responding group was $905,7 \pm 795,0$ IU/L while that of the non-responding group was $1504,7 \pm 837,8$ IU/L.

Keyword: Ectopic pregnancy, medical treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai lạc chỗ (TLC) là một bệnh thường gặp trong cấp cứu sản phụ khoa và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trong ba tháng đầu của thai kỳ. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ TLC ước tính là 1-2%, trong đó tỷ lệ TLC vỡ chiếm 2,7% các ca tử vong liên quan đến thai nghén. Các yếu tố nguy cơ bao gồm tiền sử viêm vùng chậu, hút thuốc lá, phẫu thuật ống dẫn trứng, tiền sử TLC trước đó [1]. Tất cả các yếu tố trên góp phần làm gia tăng tần suất TLC. Chính vì vậy việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời có ý nghĩa rất lớn không chỉ với tính mạng người bệnh mà còn có khả năng

bảo tồn vòi tử cung và giữ gìn khả năng sinh đẻ của người phụ nữ.

Tỷ lệ TLC có xu hướng ngày càng gia tăng, theo nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Hiền tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương số ca TLC năm 2011 đã tăng lên 2326 trường hợp gấp 2,69 lần so với năm 2004 (864 trường hợp) [2].

Tại bệnh viện Phụ Sản Thái Bình đã áp dụng điều trị thai lạc chỗ bằng thuốc MTX từ năm 2014, với số lượng bệnh nhân áp dụng phương pháp này mỗi năm chỉ khoảng 10%. Riêng năm 2020 có 648 bệnh nhân mắc thai lạc chỗ chỉ có 80 bệnh nhân thai lạc chỗ điều trị nội khoa (chiếm 12,3%) [3]. Chúng tôi nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thai lạc chỗ điều trị bằng MTX giúp chúng tôi tăng năng lực chẩn đoán và điều trị bệnh nhân TLC.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tất cả người bệnh được chẩn đoán TLC chưa vỡ và được điều trị bằng MTX tại bệnh viện Phụ Sản Thái Bình từ 01/06/2020 đến 31/05/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Nồng độ β hCG huyết thanh ≤ 5000 UI/ml.
- Kích thước khối thai $\leq 3,5$ cm.
- Siêu âm bề dày lớp dịch cùng đồ ≤ 15 mm .
- Huyết động ổn định.
- Không có chống chỉ định của MTX.
- Bệnh nhân chấp nhận tham gia nghiên cứu và đã được điều trị bằng MTX tại BVPSTB.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai lạc chỗ vỡ.
- Siêu âm: khối thai $> 3,5$ cm, có tim thai, dịch cùng đồ >15 mm.
- Có chống chỉ định điều trị MTX: suy gan, suy thận, bệnh máu
- Điều trị bằng MTX sau mổ TLC
- Thai lạc chỗ kết hợp với thai trong buồng tử cung
- Bệnh nhân không chấp nhận tham gia nghiên cứu hoặc bệnh nhân không đồng ý tiếp tục điều trị và chuyển sang phương pháp phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Phụ sản Thái Bình từ 01/06/2020 - 31/05/2021.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(p\varepsilon)^2}$$

Trong đó:

- + n: cỡ mẫu tối thiểu dành cho người nghiên cứu.
- + Z: hệ số tin cậy (với mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$ thì $Z_{0,975} = 1,96$).
- + p: tỷ lệ thành công của phương pháp điều trị nội khoa TLC bằng MTX, theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Học [4][46] là 83,5%, vậy chúng tôi chọn $p = 0,835$.
- + e: khoảng cách sai lệch tương đối, chọn $e = 0,1$.

+ (p.e) là độ chính xác mong muốn. Thay vào công thức ta được $n = 75,9$. Vậy cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu được tính là $n = 76$.

Trong nghiên cứu này lấy cỡ mẫu là $n = 83$

2.2.4. Các biến số nghiên cứu

- Tuổi
 - Tiền sử sản khoa, phụ khoa:
 - Triệu chứng cơ năng
 - + Chậm kinh
 - + Ra máu: Ra sớm, đúng kỳ, chậm kinh ra máu, không ra máu
 - + Đau bụng: Không đau, đau
 - Các triệu chứng thực thể
 - + Thân tử cung: bình thường hay to hơn bình thường
 - + Phần phụ: có khối, không có khối
 - + Cùng đồ: đầy, không đầy
 - Các triệu chứng CLS
 - + Siêu âm kích thước khối thai (mm)
 - + Siêu âm dịch cùng đồ (mm)
 - + Siêu âm vị trí khối thai: vòi tử cung, góc sừng, ống cổ tử cung, vết mổ
- Định lượng nồng độ β hCG huyết thanh.

2.2.5. Cách tiến hành và phương pháp thu thập số liệu

Xây dựng phiếu thu thập số liệu được dựa trên mục tiêu nghiên cứu, biến số nghiên cứu.

Thu thập số liệu dựa trên bảng thu thập số liệu. Các thông tin thu được dựa vào kết quả khám lâm sàng, kết quả cận lâm sàng của bệnh nhân

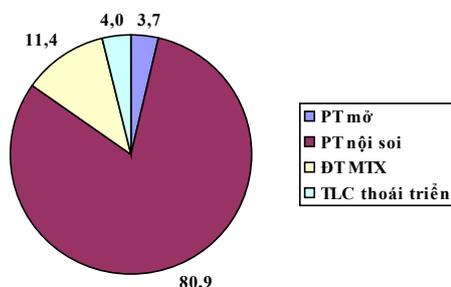
2.2.6. Xử lý số liệu

Nhập và xử lý số liệu bằng chương trình SPSS

16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

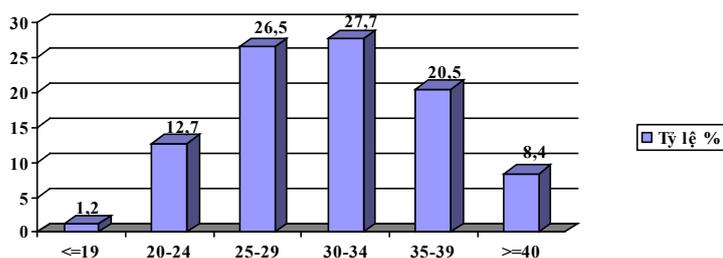
3.1. Tỷ lệ các phương pháp điều trị thai lạc chỗ



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các phương pháp điều trị thai lạc chỗ (n = 728)

Nhận xét: Điều trị nội khoa bằng MTX chiếm 11,4%;

3.2. Tuổi:



Biểu đồ 2. Độ tuổi của đối tượng nghiên cứu (n = 728)

Nhận xét: Nhóm tuổi 25 - 34 chiếm đa số trong nghiên cứu (54,2%)

Bệnh nhân ít tuổi nhất là 19 tuổi và cao tuổi nhất là 44 tuổi.

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu 30,9 ± 5,9 tuổi.

3.3. Tiền sử sản khoa

Bảng 1: Tiền sử sản khoa (n = 83)

Tiền sử sản khoa		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử sảy thai, nạo hút thai	0 lần	44	53,0
	1 lần	19	22,9
	≥ 2 lần	20	24,1
Số con hiện có	0	17	20,5
	1	26	31,3
	≥ 2	40	48,2

Nhận xét:

- Bệnh nhân có tiền sử sảy thai, nạo hút thai 1 lần (22,9%); Tiền sử sảy thai, nạo hút thai từ 2 lần trở lên (24,5%); Không có tiền sử sảy thai, nạo hút thai (53%).
- Nhóm bệnh nhân có từ 2 con trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 48,2%.

3.4. Tiền sử phụ khoa

Bảng 2: Tiền sử phụ khoa (n = 83)

Tiền sử phụ khoa	n	(%)
Tiền sử TLC	6	7,3
Tiền sử phẫu thuật ổ bụng	17	20,5
Tiền sử đặt dụng cụ tử cung	34	41,0
Tiền sử điều trị viêm phần phụ, CTC	50	60,2

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có tiền sử điều trị viêm phần phụ, CTC chiếm tỷ lệ cao nhất 60.2%.

3.5. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3: Triệu chứng cơ năng (n = 83)

Triệu chứng cơ năng		(n)	(%)
Chậm kinh	< 7 ngày	15	18,1
	7 - 14 ngày	37	44,6
	> 14 ngày	30	36,1
	Không chậm kinh	1	1,2
Đau bụng	Đau	69	83,1
	Không đau	14	16,2
Ra máu	Sớm (trước kì kinh)	0	0
	Đúng kỳ kinh	0	0
	Chậm kinh ra máu	70	84,3
	Không ra máu	13	15,7
Đủ ba triệu chứng trên	Có đủ	62	74,7
	Không đủ	21	25,3

Nhận xét:

- Nhóm bệnh nhân chậm kinh dưới 7 ngày chiếm tỷ lệ 18,1%; chậm kinh 7 - 14 ngày là 44,6%; chậm kinh > 14 ngày chiếm tỷ lệ 36,1% (chậm kinh \geq 7 ngày là 80,7%); không chậm kinh là 1,2%.
- Có 83,1% bệnh nhân có triệu chứng đau bụng.
- Chậm kinh ra máu chiếm tỷ lệ 84,3%, chậm kinh không ra máu chiếm tỷ lệ 15,7%.
- Có 62/83 bệnh nhân có đầy đủ ba triệu chứng chậm kinh, đau bụng, ra máu âm đạo chiếm tỷ lệ lên cao 74,7%.

Bảng 4: Triệu chứng thực thể (n = 83)

Triệu chứng		n	(%)
Khám phần phụ	Có khối bất thường	54	65,1
	Không có khối	29	34,9
Khám cùng đồ	Đầy	4	4,8
	Không đầy, mềm	79	95,2
Âm đạo	Có máu	70	84,3
	Không có máu	13	15,7

Nhận xét: có 65,1% phần phụ của bệnh nhân có khối bất thường; 95,2% cùng đồ không đầy; 84,3% khám âm đạo có máu.

3.6. Đặc điểm triệu chứng cận lâm sàng

Bảng 6: Vị trí thai lạc chỗ

Vị trí thai lạc chỗ	n	(%)
Vòi tử cung	82	98,8
Vết mổ cũ	1	1,2
Ổng CTC, ổ bụng	0	0,0
Tổng	83	100

Nhận xét:

Vị trí khối thai lạc chỗ ở VTC chiếm tỉ lệ cao nhất là 98,8%

Khối thai ở vị trí vết mổ cũ: chỉ có 1 trường hợp chiếm 1,2%.

Bảng 7: Kích thước khối thai trước điều trị

Kích thước khối thai (mm)	n	(%)
≤ 10	26	31,3
11 - 19	52	62,7
20 - 35	5	6,0
Tổng	83	100

Nhận xét:

Nhóm kích thước khối thai < 10 mm chiếm tỷ lệ 31,4%

Nhóm kích thước khối thai 11 - 19 mm chiếm tỷ lệ 62,7%

Nhóm kích thước khối thai 20 - 35 mm chiếm tỷ lệ 6,0%

Bảng 8: Đặc điểm nồng độ bhCG tại các thời điểm

Nồng độ bhCG các thời điểm (IU/L)	Đáp ứng điều trị	Không đáp ứng điều trị	p
	$\bar{XX} \pm SD$	$\bar{XX} \pm SD$	
Nồng độ bhCG trước tiêm MTX	905,7 ± 795,0	1504,7 ± 837,8	< 0,05
Nồng độ bhCG sau tiêm 4 ngày	774,4 ± 960,7	2093,3 ± 1342,2	< 0,05
Nồng độ bhCG sau tiêm 7 ngày	448,9 ± 764,8	1955,5 ± 1076,7	< 0,05
Nồng độ bhCG sau tiêm 11 ngày	307,4 ± 513,5	1922,0 ± 713,9	< 0,05

Nhận xét:

Nồng độ bhCG trung bình trước tiêm MTX của nhóm đáp ứng điều trị thấp hơn nhóm không đáp ứng điều trị.

Trong nhóm đáp ứng điều trị, nồng độ bhCG trung bình giảm dần ở các mốc thời gian sau tiêm 4 ngày, 7 ngày, 11 ngày. Ngược lại trong nhóm không đáp ứng điều trị giá trị ngày tăng dần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ các phương pháp điều trị thai lạc chỗ

Nghiên cứu này được tiến hành tại BVPSTB từ 01/06/2020 đến 31/05/2021. Kết quả được thể hiện thông qua biểu đồ 3.1, điều trị nội khoa bằng MTX chiếm 11,4%; trong đó phẫu thuật nội soi chiếm tỷ lệ cao nhất là 80,9%; mổ mở chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,7%, các trường hợp TLC thoái triển chỉ theo dõi mà không cần điều trị chiếm tỷ lệ 4%.

Nghiên cứu này cũng có kết quả tương tự nghiên cứu tại BVPSTU năm 2018 - 2019 của Nguyễn Thị Hương về điều trị TLC, trong đó phương pháp phẫu thuật nội soi chiếm 84,9%, mổ mở chiếm tỷ lệ rất thấp 1% và điều trị nội khoa chiếm 14,1% [5].

4.1.2. Phân bố độ tuổi của đối tượng nghiên cứu

Sự phân bố về lứa tuổi của bệnh nhân TLC được điều trị bằng MTX trong nghiên cứu này được mô tả thông qua biểu đồ 3.2. Độ tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu từ 19 đến 44 tuổi. Trong 83 bệnh nhân nghiên cứu thì tỷ lệ TLC tập trung chủ yếu ở độ tuổi 25 đến 35 chiếm 54,2% (trong đó nhóm tuổi 25 - 29 và 30 - 34 chiếm tỷ lệ tương đương nhau 26,5% và 27,7%). Đây là nhóm bệnh nhân đang trong độ tuổi sinh đẻ, nên tỷ lệ TLC cũng như nhu cầu điều trị bảo tồn VTC cao hơn ở các độ tuổi khác.

Nghiên cứu năm 2009 tại BVPSTU về điều trị TLC bằng MTX của Lê Hoàng và Hà Minh Tuấn tỷ lệ đối tượng nghiên cứu cũng tập trung ở nhóm tuổi 25 - 35 chiếm tỷ lệ 52,9%, nhóm tuổi có tỷ lệ thấp trong nghiên cứu này là trên 40 tuổi với tỷ lệ 3,3% và 18 đến 20 tuổi với tỷ lệ 4,7% [6]

4.1.3. Tiền sử sản phụ khoa

Nhóm bệnh nhân đã có tiền sử nạo hút thai chiếm tỷ lệ 47%, trong đó có vài trường hợp nạo hút thai đến 6 lần. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thủy nguy cơ mắc TLC ở nhóm phụ nữ nạo hút thai 1 - 2 lần và nhóm trên 2 lần cao gấp nhóm chưa nạo hút thai lần lượt là 4 lần và 11 lần. Nguy cơ này ở những phụ nữ đã nạo phá thai từ 2 lần trở lên cao hơn khoảng 2,2 đến 7 lần so với nhóm không nạo phá thai [7]

4.4. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- **Triệu chứng chậm kinh:** chiếm tỷ lệ 98,8%, chỉ có 1 trường hợp sớm kinh chiếm tỷ lệ 1,2%.

Kết quả này cũng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương là 72,7% [5]; nghiên cứu của Nguyễn Văn Học (2005) là 71,8% [4]

- **Đau bụng:** là một triệu chứng thường gặp và chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu này (83,1%). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Hoàng (72,3%) [6]

- **Khám thấy phần phụ có khối bất thường:** có 54/83 trường hợp chiếm tỷ lệ 65,1%. Tỷ lệ thấp hơn nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Hiền (2011) là 93% [2]. Nguyễn Thị Hương là 90,9% [5]. Các tác giả phân chia khối và đám nề phần phụ riêng rẽ, bởi vì khi khám không thấy khối ở phần phụ nhưng do có rỉ máu gây nên phản ứng viêm tại chỗ làm cho phần phụ nề. Khám lâm sàng cảm giác có một khối nề, ranh giới không rõ, ấn đau. Vì vậy khi ra máu bất thường gợi ý đến TLC thì khám có khối nề cạnh tử cung cũng là một triệu chứng có giá trị trong chẩn đoán TLC.

- **Vị trí thai lạc chỗ:** khối thai ở VTC chiếm tỷ lệ cao nhất là 98,8% (trong số này có 3 bệnh nhân TLC ở góc sừng tử cung), khối thai ở vị trí vết mổ cũ có 1 trường hợp chiếm 1,2%. Không có bệnh nhân nào có khối thai ở vị trí ống CTC, ổ bụng

- **Kích thước khối thai trên siêu âm:** nhóm kích thước khối thai < 10 mm chiếm tỷ lệ 31,4%; nhóm kích thước khối thai 11 - 19 mm chiếm tỷ lệ 62,7%; nhóm kích thước khối thai 20 - 35 mm chiếm tỷ lệ 6,0%.

- **Nồng độ β hCG huyết thanh:** Nồng độ β hCG trung bình trước tiêm MTX của nhóm đáp ứng điều trị là 905,7 IU/L thấp hơn nhóm không đáp ứng điều trị là 1.504,7 IU/L. Trong nhóm đáp ứng điều trị, nồng độ β hCG trung bình giảm dần ở các mốc thời gian sau tiêm 4 ngày (774,4 IU/L); sau tiêm 7 ngày (448,9 IU/L) và sau tiêm 11 ngày (307,4 IU/L). Ngược lại trong nhóm không đáp ứng điều trị giá trị ngày tăng lên hoặc giảm không nhiều. Sự khác biệt về nồng độ β hCG giữa nhóm đáp ứng điều trị và không đáp ứng điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo Kingsbury B (2020) trong các yếu tố tiên lượng sự thành công của điều trị TLC bằng MTX thì giá trị β hCG ban đầu vẫn là rất quan trọng. Những bệnh nhân có giá trị ban đầu của β hCG < 1.500 IU/L nên được điều trị theo theo phương pháp nội khoa với tỷ lệ thành công 92,7%. Những bệnh nhân có nồng độ β hCG < 3000 IU/L cũng có thể điều trị thành công khi sử dụng MTX liều duy nhất [8]. Theo nghiên cứu của Ahmed MR và CS (2020) [9],

đánh giá vai trò của sự thay đổi nồng độ β hCG giữa ngày 0 và ngày 1 như là một yếu tố dự báo sớm thành công khi nghiên cứu 86 trường hợp TLC được điều trị bằng phác đồ MTX liều duy nhất 50 mg/m² bề mặt cơ thể. Kết quả là nồng độ trung bình của β hCG (1.416,8 so với 2.502,5 IU/L, p = 0,001) và mức tăng của nó sau 24 giờ (12,9% so với 27,1%, p = 0,001) thấp hơn đáng kể ở nhóm điều trị thành công.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

5.1. Kết luận

- Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 25 - 34 tuổi (54,2%)

- Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử sảy thai, nạo hút thai là 47%

- Tiền sử điều trị viêm phần phụ, cổ tử cung (60,2%)

- Các triệu chứng cơ năng chính: chậm kinh (98,8%); đau bụng (83%); ra máu (84,3%); Bệnh nhân có cả 3 triệu chứng đau bụng + chậm kinh + ra máu chiếm tỷ lệ 74,7%.

- Các triệu chứng thực thể chính: phụ có khối bất thường chiếm tỷ lệ 65,1%; âm đạo có máu chiếm tỷ lệ 84,3%.

- Nồng độ β hCG trung bình trước điều trị của nhóm đáp ứng điều trị là 905,7 ± 795,0 IU/L; của nhóm không đáp ứng điều trị là 1504,7 ± 837,8

5.2. Khuyến nghị:

Từ các kết quả trên, nhóm nghiên cứu có một số khuyến nghị sau:

- Bệnh viện cần tăng điều trị thai lạc chỗ chưa vỡ bằng methotrexate do có tỷ lệ thành công cao, bảo tồn được vòi tử cung tránh được phẫu thuật cho người phụ nữ.

- Khi bệnh nhân hết triệu chứng đau bụng và có kết quả xét nghiệm β hCG giảm ≥ 15% + siêu âm dịch Douglas giảm + kích thước khối thai giảm hai lần vào ngày thứ 4 và ngày thứ 7 thì có thể cho bệnh nhân ra viện và theo dõi điều trị ngoại trú.

- Có thể tiếp tục hướng nghiên cứu đánh giá chức năng vòi tử cung và nghiên cứu tỷ lệ có

thai sau điều trị TLC bằng MTX trên những bệnh nhân còn nguyện vọng sinh con.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hendriks E, Rosenberg R, Prine L (2020)**, "Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management", Am Fam Physician, 101 (10),pp. 599-606.
- Phạm Thị Thanh Hiền (2012)**. Đánh giá kết quả điều trị chữa ngoài tử cung chưa vỡ bằng Methotrexate tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Tạp chí Phụ sản. 10(2), tr. 184-189.
- Bệnh viện phụ sản Thái Bình (2018)**. Phác đồ điều trị Sản – Phụ Khoa, Tr 92 – 98.
- Nguyễn Văn Học (2005)**. Nghiên cứu sử dụng Methotrexate trong điều trị chữa ngoài tử cung chưa vỡ tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
- Nguyễn Thị Hương (2019)**. Nghiên cứu điều trị chữa ngoài tử cung bằng Methotrexate tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2018-2019, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường ĐHY Hà Nội.
- Hà Minh Tuấn, Lê Hoàng (2015)**. Phân tích các trường hợp điều trị chữa ngoài tử cung bằng Methotrexate thất bại tại Bệnh viện PSTW năm 2012, Tạp chí Phụ sản, tập 13, số 2, tr. 28-31.
- Vương Tiến Hòa và Nguyễn Thị Bích Thủy (2013)**. Nghiên cứu điều trị chữa ngoài tử cung chưa vỡ bằng Methotrexate đơn liều tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Tạp chí Y học thực hành. 886(11), tr. 62-65.
- Kingsbury B., Sam D., Jeyasudha R. et al. (2020)**. Ectopic pregnancies: Catch them early, treat them wisely, J Family Med Prim Care. 9(9), pp. 4911-4918.
- Ahmed M.R., Sayed Ahmed W.A., and Mohamed T.Y. (2020)**. Day 1 change in maternal serum β hCG levels as an early predictor of successful medical therapy in ectopic pregnancies, J Matern Fetal Neonatal Med. 33(14), pp. 2403-2407.