

## KẾT CỤC ĐIỀU TRỊ METHOTREXATE TOÀN THÂN KẾT HỢP TẠI CHỖ ĐỐI VỚI THAI 8 - 14 TUẦN BẨM SẸO MỔ LẤY THAI

Văn Thị Kim Xuyên<sup>1</sup>, Bùi Chí Thương<sup>2</sup>, Văn Phụng Thống<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phương pháp Methotrexate (MTX) trong điều trị thai bám sẹo mổ lấy thai (SMLT) từ 8-14 tuần đã được áp dụng tại bệnh viện Từ Dũ. Tuy nhiên, tỷ lệ thành công và các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị của phương pháp này vẫn chưa được nghiên cứu một cách cụ thể.

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ thành công của MTX trong điều trị thai bám SMLT từ 8 – 14 tuần tại bệnh viện Từ Dũ và các yếu tố liên quan.

**Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu loạt ca hồi cứu trên 123 trường hợp thai bám SMLT từ 8 – 14 tuần được điều trị bằng phương pháp MTX tại bệnh viện Từ Dũ từ năm 1/2016 – 1/2020.

**Kết quả:** Tỷ lệ thành công khi điều trị thai bám SMLT bằng phương pháp tiêm MTX toàn thân kết hợp tại chỗ là 50,4%, tỷ lệ bảo tồn tử cung 95%, tác dụng phụ 17,2%. Ngoài ra, các yếu tố tuổi thai lúc can thiệp (OR=3,99,  $p < 0,05$ ), bề dày lớp cơ tử cung tại vị trí khối thai trên siêu âm >3mm (OR=0,37,  $p < 0,05$ ) và chiều dài khối thai sau hủy thai 1 tuần (OR=1,09,  $p < 0,05$ ) có liên quan đến hiệu quả điều trị.

**Kết luận:** Phương pháp MTX trong điều trị thai bám SMLT từ 8-14 tuần đem đến hiệu quả cao, ít xâm lấn vì thế nên được xem xét ứng dụng thường quy trong phác đồ điều trị tại các bệnh viện thực hành sản phụ khoa.

**Từ khóa:** thai bám sẹo mổ lấy thai, bề dày cơ tử cung tại sẹo mổ lấy thai

### ABSTRACT

#### THE EFFECTIVENESS OF LOCAL COMBINED SYSTEMIC METHOTREXATE IN EIGHT-TO-FOURTEEN WEEK CESAREAN SCAR PREGNANCY TREATMENT

Van Thi Kim Xuyen, Bui Chi Thuong, Van Phung Thong

\* Ho Chi Minh City Journal of Medicine \* Vol. 25 - No. 1 - 2021: 197 - 203

**Background:** The local combined systemic methotrexate has been utilized for eight-to-fourteen weeks Cesarean scar pregnancy treatment at Tu Du hospital, however the effectiveness and correlated factors have not been elaborated specifically.

**Objectives:** To identify the successful rate and correlated factors of local combined systemic methotrexate in Cesarean scar pregnancy treatment.

**Methods:** A retrospective case series study of 123 eight-to-fourteen weeks Cesarean scar pregnancy cases was treated at Tu Du hospital during January 2016 - January 2020.

**Result:** The success, uterine sparing rate and side effect of treatment are 50.4%, 95%, and 17.2% respectively. Additionally, other factors relating treatment failure with statistical significance included gestational age (OR=3.99); residual myometrial thickness >3 mm (OR=0.37), the post-procedure gestational mass diameter (OR=1.09).

**Conclusion:** The local combined systemic methotrexate in eight-to-fourteen weeks cesarean scar pregnancy treatment is effective and minimally invasive therefore it should be utilized routinely.

**Keywords:** cesarean scar pregnancy, residual myometrial thickness

<sup>1</sup>Bệnh viện Từ Dũ

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: BS. Văn Thị Kim Xuyên   ĐT: 0904932946   Email: Xuyenvany98@gmail.com

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Số lượng thai bám seọ mổ lấy thai (SMLT) ngày càng tăng dần, tỷ lệ thuận với tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng cao trong dân số. Bệnh viện Từ Dũ là bệnh viện tuyến cuối về sản phụ khoa tại miền nam Việt Nam cho nên số lượng thai bám tăng đột biến qua các năm, năm 2011 có 192 trường hợp, năm 2014 là 875 trường hợp, và liên tiếp trong 3 năm 2017, 2018 và 2019, ghi nhận số ca tăng dần từ 1380 – 1431 - 1561 trường hợp<sup>(1,2)</sup>. Số lượng các trường hợp thai bám tăng cao qua từng năm do đó số trường hợp thai bám SMLT >8 tuần cũng tăng dần, dẫn đến vấn đề nan giải do khối thai đã lớn, tăng sinh mạch máu nhiều, tiềm ẩn nhiều nguy cơ tai biến trong điều trị.

Methotrexate một chất đối vận folate, là lựa chọn hàng đầu trong điều trị bảo tồn vòi trứng ở các bệnh nhân có thai ngoài tử cung chính vì thế các nghiên cứu cũng đã áp dụng MTX cho các trường hợp thai bám SMLT<sup>(3)</sup>. Trong thai bám ở SMLT, túi thai được bao quanh bởi lớp mô xơ vì thế việc sử dụng MTX đường toàn thân có thể không đạt hiệu quả tối ưu nếu so với việc dùng MTX tại chỗ. Trên thế giới đã có một số báo cáo sử dụng 25 mg MTX tiêm trực tiếp vào tim thai, 25 mg MTX vào bánh nhau dưới sự hướng dẫn của siêu âm ngả bụng hoặc ngả âm đạo, kết hợp với 25 mg MTX tiêm bắp đường toàn thân đem lại hiệu quả khả quan. Báo cáo loạt ca của tác giả Bùi Đỗ Hiếu và Trương Diễm Phượng tại bệnh viện Từ Dũ, tổng quan 34 trường hợp thai bám SMLT của Katherine, báo cáo 18 ca của Cok và 58 ca thai bám của Kim đều được điều trị bằng phương pháp MTX toàn thân kết hợp tại chỗ với tỷ lệ thành công từ 50% đến 76%. Trong tổng quan của SMFM, tỷ lệ thành công của phương pháp hủy thai tại chỗ kèm MTX toàn thân là rất cao 73,9% nếu chỉ sử dụng liệu trình 1 liều MTX tại chỗ, tăng lên đến 88,3% nếu sử dụng liệu trình 2 liều bao gồm 2 liều MTX tại chỗ hoặc 1 liều MTX tại chỗ kết hợp 1 liều MTX toàn thân, và nhấn mạnh rằng  $\beta$ hCG >100000 mUI/mL là yếu tố nguy cơ cao

liên quan đến thất bại điều trị. Từ những điều trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu báo cáo loạt ca hồi cứu trong vòng 4 năm tại bệnh viện Từ Dũ với mục tiêu xác định tỉ lệ thành công của MTX toàn thân kết hợp tại chỗ trong điều trị thai bám seọ mổ lấy thai từ 8 -14 tuần, tỉ lệ điều trị MTX kết hợp nong nạo, phẫu thuật và tỉ lệ biến chứng, tác dụng phụ của MTX trong quá trình điều trị tại bệnh viện Từ Dũ.

**ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU****Đối tượng nghiên cứu**

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên những bệnh nhân được chẩn đoán xác định có thai bám SMLT từ 8 – 14 tuần nhập viện điều trị bằng phương pháp MTX toàn thân kết hợp tại chỗ, tại khoa Phụ - Nội Soi bệnh viện Từ Dũ trong khoảng thời gian 1/2016 - 1/2020.

**Tiêu chuẩn nhận vào**

Bệnh nhân huyết động học ổn định, được chẩn đoán xác định thai bám SMLT bằng các tiêu chuẩn chẩn đoán trên siêu âm doppler. Xác định tuổi thai 8 - 14 tuần dựa vào chiều dài đầu mông (HADLOCK).

**Tiêu chuẩn loại trừ**

Tổng trạng không thích hợp cho can thiệp, chống chỉ định điều trị MTX: bệnh lý nội khoa trầm trọng, đái tháo đường type II biến chứng cơ quan đích, tăng huyết áp mạn biến chứng cơ quan đích, bệnh lý tuyến giáp, hen suyễn, viêm gan cấp tính, xơ gan, bệnh lý lao đang tiến triển, viêm loét dạ dày tá tràng, dị ứng với MTX.

**Phương pháp nghiên cứu****Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp báo cáo loạt ca hồi cứu.

**Cỡ mẫu**

Chọn mẫu toàn bộ những trường hợp thai bám SMLT 8 – 14 tuần nhập viện.

**Tiêu chuẩn đánh giá**

Tiêu chuẩn điều trị thành công: sau điều trị MTX toàn thân kết hợp tại chỗ, nồng độ  $\beta$  hCG về bằng âm tính (<5 UI) và siêu âm không còn

khối nhau hay nhau thai ở vết mổ cũ và không cần can thiệp phẫu thuật.

Tiêu chuẩn điều trị thất bại, bao gồm:

- Sau điều trị MTX toàn thân kết hợp tại chỗ: tác dụng phụ nặng nề của MTX, xuất huyết âm đạo ồ ạt, kích thước khối thai tăng >7 cm hoặc kích thước >5 cm nhưng bệnh nhân mong muốn điều trị phẫu thuật sau khi đã được tư vấn lợi ích, nguy cơ của phương pháp theo dõi thoái triển và phẫu thuật.

- Bắt buộc phải can thiệp phẫu thuật cấp cứu hay chương trình qua ngã âm đạo hoặc nội soi ổ bụng hay mổ hở.

**Phân tích và quản lý số liệu**

Lưu trữ và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Phân tích mô tả từng biến số, sau đó phân tích đơn biến so sánh mối liên quan, phân tích đa biến khử nhiễu. Các phép kiểm được thực hiện với độ tin cậy 95%.

**Y đức**

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh số: 556/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 28/10/2019.

**KẾT QUẢ**

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2016 đến 1/2020, có 5290 ca nhập viện do thai bám SMLT, đa phần trong số đó là các ca bệnh được phát hiện sớm, có tuổi thai dưới 8 tuần tuổi. Có 577 bệnh nhân nhập viện có tuổi thai 8 - 14 tuần và trong số đó có 358 ca bệnh được chỉ định điều trị bằng phương pháp tiêm MTX. Qua hồi cứu, ghi nhận 123 trường hợp thai bám SMLT có tuổi thai 8-14 tuần được điều trị bằng phương pháp tiêm MTX hủy thai, kết quả có 62 trường hợp được điều trị thành công với tiêm MTX đơn thuần, chiếm 50,4%, 61 trường hợp thất bại cần phải can thiệp thêm một biện pháp khác, chiếm 49,6%. Tất cả bệnh nhân này đều tuân thủ tái khám sau hủy thai bám SMLT đúng lịch, hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin cần thiết phục vụ nghiên cứu, đồng thời khoảng thời gian theo dõi đã đủ theo quy trình và đã chấm dứt theo dõi

cho đến thời điểm hoàn thành nghiên cứu.

**Bảng 1:** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng các trường hợp thai bám SMLT (N=123)

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Tuổi		
<35 tuổi	66	53,7
≥35 tuổi	57	46,3
Số lần mổ lấy thai		
1 lần	51	41,5
≥2 lần	72	58,5
Triệu chứng cơ năng		
Không triệu chứng	48	39,0
Đau bụng đơn thuần	14	11,4
Ra huyết âm đạo đơn thuần	37	30,1
Đau bụng kèm ra huyết âm đạo	24	19,5
Tuổi thai can thiệp		
8-≤9 tuần	74	60,2
9-≤10 tuần	22	17,9
10-≤11 tuần	16	13,0
11-≤12 tuần	7	5,7
12-≤13 tuần	3	2,4
13-≤14 tuần	1	0,8
Hoạt động tim thai		
Không	0	0
Có	123	100
Bề dày lớp cơ ở sẹo mổ lấy thai		
≤3mm	114	92,7
>3mm	9	7,3
Tăng sinh mạch máu tại sẹo mổ lấy thai		
Không có	5	4,1
Ít	15	12,2
Trung bình	64	52
Nhiều	39	31,7
Chiều dài lớn nhất của khối thai		
≤5cm	84	68,3
>5cm	39	31,7
Nồng độ β hCG (mIU/mL)		
≤100000	35	28,5
>100000	88	71,5

Đặc điểm chung và tiền căn của BN, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bao gồm triệu chứng cơ năng, phân loại thai bám SMLT, tuổi thai, tăng sinh mạch máu tại SMLT, nồng độ βhCG được trình bày trong *Bảng 1*.

Sau khi phân tích hồi quy đơn biến các biến số liên quan đến hiệu quả điều trị, chúng tôi tiến hành phân tích hồi quy đa biến nhằm tìm mối quan hệ thật sự của các biến số yếu tố lâm sàng,

cận lâm sàng với hiệu quả điều trị. Các biến số bao gồm biến số định tính lẫn các biến số định lượng. Một số yếu tố có liên quan đến kết quả điều trị thai bám SMLT bằng phương pháp tiêm MTX hủy thai có ý nghĩa thống kê như tuổi thai lúc can thiệp, bề dày cơ tử cung lúc can thiệp và chiều dài khối thai sau tiêm. Cụ thể, tuổi thai lúc can thiệp hủy thai càng lớn thì nguy cơ thất bại càng cao, với tăng dần 1 tuần tuổi thai sẽ tăng nguy cơ thất bại lên khoảng 4 lần (OR=3,99, p <0,05). Bề dày lớp cơ tử cung tại vị trí khối thai trên siêu âm >3mm giảm nguy cơ thất bại điều trị 67,2% (OR=0,368, p <0,05). Chiều dài khối thai sau hủy thai 1 tuần càng lớn càng tăng nguy cơ thất bại điều trị, với tăng 1mm chiều dài tăng nguy cơ thất bại lên gấp 1,09 lần (OR=1,088, p <0,05). Ngoài ra, các biến số khác như tuổi bệnh nhân, số lần sanh, số lần mổ lấy thai, triệu chứng lâm sàng, nồng độ  $\beta$ hCG, hình ảnh siêu âm COS... khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p >0,05) giữa nhóm thành công và nhóm thất bại điều trị (Bảng 2, 3).

**Bảng 2:** Can thiệp hỗ trợ sau tiêm MTX (N=54)

	Tần số	Tỉ lệ (%)
Can thiệp hỗ trợ trước đó		
MTX	30	55,6
Hút nạo	3	5,5
Không có can thiệp hỗ trợ	21	38,9
Phương pháp can thiệp		
Mở bụng	37	68,5
Nội soi	17	31,5
Cách mổ		
Bảo tồn tử cung	48	88,9
Cắt tử cung	6	11,1
Biến chứng		
Truyền máu	19	35,2
Tổn thương cơ quan khác	4	7,4
Nhiễm trùng hậu phẫu	2	3,7

**Bảng 3:** Phân tích hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan với kết quả điều trị (N=123)

Đặc điểm	Tần Số	OR*	95%CI	P*
Tuổi thai lúc can thiệp		3,991	1,332–11,955	0,013
Bề dày cơ tử cung				
≤3mm	114	1		
>3mm	9	0,368	0,162–0,836	0,017

Đặc điểm	Tần Số	OR*	95%CI	P*
Chiều dài khối thai sau tiêm		1,088	1,00–1,181	0,043

## BÀN LUẬN

### Về kết quả điều trị

Trong tổng số 123 ca được ghi nhận trong nghiên cứu, có 62 ca điều trị thành công chỉ với phương pháp tiêm MTX hủy thai, chiếm 50,4% số trường hợp. Tỷ lệ thành công thấp hơn khi so sánh với 2 nghiên cứu tổng hợp 34 trường hợp thai bám SMLT của tác giả Katherine là 76,5%. Sự khác biệt này có thể được giải thích là do tuổi thai trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn nhiều so với 2 nghiên cứu tổng hợp của Katherine 9,3 tuần so với 6,8 tuần, cho nên kích thước trung bình khối thai các yếu tố khác như tăng sinh mạch máu hay  $\beta$ hCG cao hơn nhiều so với 2 nghiên cứu đó dẫn đến nguy cơ thất bại với phương pháp MTX toàn thân kết hợp tại chỗ. Thêm vào đó, 2 nghiên cứu trên có cỡ mẫu rất hạn chế và không thật sự đồng nhất như trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong tổng quan khuyến cáo của SMFM, tỷ lệ thành công của phương pháp hủy thai tại chỗ kèm MTX toàn thân là rất cao 73,9% nếu chỉ sử dụng liệu trình 1 liều MTX tại chỗ, tăng lên đến 88,3% nếu sử dụng liệu trình 2 liều bao gồm 2 liều MTX tại chỗ hoặc 1 liều MTX tại chỗ kết hợp 1 liều MTX toàn thân, và nhấn mạnh rằng  $\beta$ hCG >100000 mUI/mL là yếu tố nguy cơ cao liên quan đến thất bại điều trị. Từ khả năng thành công cao của điều trị SMFM đã đưa ra khuyến cáo nên xem phương pháp MTX tại chỗ kết hợp toàn thân là điều trị đầu tay cho các trường hợp thai bám SMLT.

Tổng quan của Glenn T<sup>(4)</sup>, tổng hợp hiệu quả điều trị của nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thành công của hủy thai tại chỗ kết hợp MTX toàn thân dao động từ 50% - 66% hay báo cáo 18 ca của Gonzalez N cho thấy tỷ lệ thành công 61,1% tương đương nghiên cứu của chúng tôi<sup>(5)</sup>. Trong khi đó, báo cáo 58 ca thai bám của Kim SY cho thấy tỷ lệ thành công

thấp hơn với chỉ 41,3% so với của chúng tôi 50,4% mặc dù tuổi thai trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn nhiều 9,3 tuần so với 6,5 tuần<sup>(6)</sup>. Như vậy, tỷ lệ thành công của phương pháp hủy thai tại chỗ kết hợp MTX toàn thân trong điều trị thai bám SMLT thay đổi rất nhiều tùy vào các đặc điểm của dân số nghiên cứu như: tuổi bệnh nhân, chủng tộc, số lần mổ lấy thai trước đó, nồng độ  $\beta$ hCG, kích thước khối thai, sự hiện diện của tim thai.

Tỷ lệ thành công không thật sự ấn tượng trong nghiên cứu của chúng tôi có lẽ một phần là do tuổi thai trung bình lớn, tăng sinh mạch máu quanh túi thai nhiều và kích thước thai lớn hơn so với nhiều nghiên cứu khác. Thêm vào đó, khá nhiều trường hợp chỉ định phẫu thuật vì lý do bệnh nhân không đủ kiên nhẫn theo dõi diễn tiến  $\beta$ hCG và siêu âm mặc dù kích thước khối thai không quá lớn chỉ từ 5-7 cm. Chính việc theo dõi dài hạn, điều kiện địa lý xa xôi cũng như chi phí kinh tế mất đi do ảnh hưởng công việc và nhu nhập trong quá trình theo dõi đã khiến không ít người bệnh mong muốn được phẫu thuật triệt để sớm để quay trở về cuộc sống bình thường.

Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của phương pháp điều trị này đã được chứng minh qua nhiều các báo cáo. Nồng độ  $\beta$ hCG <100000, bề dày lớp cơ tử cung >2 mm, kích thước khối thai nhỏ hơn 5 cm, thai bám SMLT tuýp I theo Vial là những yếu tố góp phần tiên lượng thành công của điều trị<sup>(7,8,9,10,11,12)</sup>. Sau khi phân tích hồi quy đa biến nhằm tìm các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tuổi thai khi can thiệp càng lớn (OR=4,0), chiều dài khối thai sau khi hủy thai 1 tuần (OR=1,1) là các yếu tố tăng nguy cơ thất bại. Trong khi đó, chiều dài cơ tử cung càng dày là yếu tố tăng khả năng thành công của điều trị (OR=0,368) với điều trị thai bám SMLT bằng phương pháp hủy thai tại chỗ kết hợp MTX toàn thân với  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Timor-Tritsch IE<sup>(13)</sup>, khi

trong nghiên cứu này kích thước khối thai >5 cm là yếu tố nguy cơ thất bại điều trị, bên cạnh đó báo cáo của Shao cũng tương đồng với chúng tôi, khi bề dày cơ tử cung >2 mm là yếu tố tiên lượng thành công của điều trị. Như đã nói ở trên, khi kích thước khối thai càng lớn, tuổi thai càng cao thì nguy cơ thất bại cao do vị trí khuyết sẹo căng mỏng, nhiều mô xơ sẹo dẫn đến khả năng gây thoái hóa của khối thai khi tiêm MTX bị ảnh hưởng, đồng thời càng làm dẫn mỏng lớp cơ tử cung tại vị trí SMLT dẫn đến dễ thất bại do vỡ cơ tử cung tại vị trí đó, hơn thế nữa tăng khả năng băng huyết, chảy máu sau khi tiêm MTX tại chỗ kết hợp toàn thân vì sau khi chích MTX có hiện tượng thoái hóa, viêm hoại tử khối thai dẫn đến tăng kích thước thoát qua sau khi điều trị. Bề dày cơ tử cung tại vị trí khối thai càng cao thể hiện tổ chức cơ tử cung tại vị trí đó còn chức năng tốt, ít bị xơ sẹo, mạch máu thông thương giúp MTX từ đường toàn thân hỗ trợ đến được vị trí khối thai làm tăng tác dụng của thuốc dẫn đến tăng khả năng thành công của điều trị. Bên cạnh đó, bề dày cao giúp hạn chế nguy cơ vỡ tử cung hay khi khối thai sảy cơ tử cung có thể co hồi tốt hơn để cầm máu tại vị trí nhau bám tránh nguy cơ băng huyết phải mổ cấp cứu. Trong 123 trường hợp được điều trị bằng MTX, tỷ lệ biến chứng cắt tử cung chỉ có 6/123 trường hợp (chiếm 4%). Phương pháp phẫu thuật bao gồm mở bụng và phẫu thuật nội soi, với tỉ lệ lần lượt là 68,5% và 31,5% trong tổng số 54 trường hợp. Do phần lớn bệnh nhân trong độ tuổi sinh sản, nhóm tuổi dưới 35 chiếm đa số nên việc giữ lại tử cung khi phẫu thuật có ý nghĩa rất quan trọng không chỉ với tương lai sản khoa mà còn đối với sức khỏe, tâm lý của bệnh nhân. Tỷ lệ được bảo tồn tử cung là 88,9%, có 6 ca phải cắt tử cung, chiếm 11,1% trong số 54 trường hợp thất bại. Tỷ lệ phải phẫu thuật cắt tử cung của chúng tôi thấp hơn hẳn so với các nghiên cứu khác, báo cáo của Timor-Tritsch IE các năm 2012, 2015, 2019 lần lượt là 15%, 19% và 10,8%<sup>(7,12,13)</sup>.

Phẫu thuật thai bám SMLT là một phẫu thuật phức tạp, do đó không tránh khỏi có thể

gây ra các biến chứng cho bệnh nhân. Các trường hợp phải phẫu thuật đa phần đều có tăng sinh mạch máu ở mức độ trung bình hoặc nhiều, điều đó gây nguy cơ mất máu trong cuộc mổ, có thể phải truyền máu. Thực tế trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có đến 19 trường hợp, chiếm 35,2%, mất máu cần phải truyền máu. Mất máu nhiều còn gây nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu tăng lên. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp nhiễm trùng, chiếm tỉ lệ 3,7% trong tổng số các trường hợp cần can thiệp phẫu thuật. Nguyên nhân tỷ lệ truyền máu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác là vì tỷ lệ bảo tồn tử cung cao hơn, ekip phẫu thuật và hồi sức tích cực luôn cố gắng bảo tồn chức năng sinh sản cho người bệnh dẫn đến thời gian phẫu thuật lâu hơn, cắt lọc cơ tử cung nhằm tránh thai bầm SMLT tái phát cho nên đó là lý do giải thích tại sao tỷ lệ truyền máu của trong báo cáo này nhiều hơn các nghiên cứu trong y văn thế giới.

Phẫu thuật trên trường hợp đã có tiền căn ngoại khoa trước đó có nguy cơ gây tổn thương cơ quan lân cận vì khả năng sẹo mổ cũ dính. Hơn nữa ở trường hợp thai bầm SMLT có bề dày lớp cơ tử cung tại sẹo quá mỏng còn có nguy cơ tổn thương bàng quang trong quá trình phẫu thuật. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 4 trường hợp tổn thương các cơ quan khác như ruột, bàng quang, chiếm 7,4% số ca có can thiệp phẫu thuật. Tỷ lệ tai biến phẫu thuật trong nghiên cứu thấp trong khi thai bầm SMLT là bệnh lý khó, đòi hỏi phẫu thuật viên có kỹ năng tốt và kinh nghiệm dày dặn đã cho thấy ngoài tác dụng thành công hơn 50% thì hủy thai bầm SMLT cho dù thất bại cũng góp phần rất nhiều trong việc hạn chế sự tăng sinh mạch máu ở vị trí khối thai, hạn chế sự xâm lấn của nhau thai vào cơ tử cung và bàng quang để tạo thuận lợi cho cuộc phẫu thuật tiềm ẩn nhiều nguy cơ tai biến trở nên đơn giản hơn, thành công cao hơn, giảm tối đa nguy cơ tai biến. Thêm vào đó, trong 4 trường hợp có tổn thương các cơ quan lân cận như bàng quang, niệu quản, ruột tất cả đều được hội chẩn liên chuyên khoa với các bác sĩ ngoại

tiêu hóa và ngoại tiết niệu ngay khi phát hiện tai biến trong lúc phẫu thuật, bệnh nhân được can thiệp sớm, không có bất kỳ trường hợp nào phải phẫu thuật thì hai và quan trọng hơn cả không có trường hợp tử vong nào trong nghiên cứu.

### Điểm mới và tính ứng dụng

Nghiên cứu đưa đến cái nhìn tổng quan về kết quả điều trị thai bầm SMLT ở tuổi thai 8 – 14 tuần tại bệnh viện Từ Dũ trong khoảng thời gian 4 năm, từ 2016-2020. Với tuổi thai trên 8 – 14 tuần hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu được thực hiện. Vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành đem đến một điểm mới, một cái nhìn tổng quan hơn về các trường hợp thai bầm ở tuổi thai trên 8-14 tuần. Đồng thời, phương pháp điều trị bằng MTX là một trong những phương pháp điều trị bảo tồn, xâm lấn tối thiểu lên bệnh nhân.

Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận nếu chỉ điều trị đơn thuần bằng phương pháp tiêm MTX, tỉ lệ thành công chỉ chiếm 50,4%. Tuy nhiên, khi kết hợp các biện pháp điều trị bổ sung sau đó, tỉ lệ thành công lên đến hơn 90%. Đối với các trường hợp thành công, thời gian để khối thai biến mất và nồng độ  $\beta$ -hCG về âm tính từ 12-18 tuần. Do đó, có thể đề xuất ứng dụng lâm sàng kết hợp điều trị MTX nhằm thu nhỏ khối thai và kèm theo 1 phương pháp điều trị bổ sung như hút nạo hoặc phẫu thuật nội soi để nâng cao tỉ lệ thành công so với điều trị bằng MTX đơn thuần, đồng thời có thể giảm thời gian chờ đợi theo dõi cho bệnh nhân.

### Hạn chế đề tài

Nghiên cứu mô tả tỷ lệ thành công điều trị thai bầm SMLT 8-14 tuần bằng phương pháp MTX toàn thân kết hợp tại chỗ nhưng chưa so sánh hiệu quả của phương pháp điều trị này với các phương pháp điều trị khác.

### KẾT LUẬN

Tỉ lệ thành công khi điều trị thai bầm SMLT bằng phương pháp tiêm MTX toàn thân kết hợp tại chỗ là 50,4%, tỷ lệ bảo tồn tử cung 95%, tác dụng phụ 17,2%. Các yếu tố tuổi thai lúc can

thiệt (OR=3,99, p <0,05), bề dày lớp cơ tử cung tại vị trí khối thai trên siêu âm >3mm (OR=0,368, p <0,05) và chiều dài khối thai sau hủy thai 1 tuần (OR=1,088, p <0,05) có liên quan đến hiệu quả điều trị. Từ đó đưa ra kiến nghị nên xem xét ứng dụng thường quy phương pháp MTX trong điều trị thai bám SMLT từ 8-14 tuần, tại các bệnh viện thực hành sản phụ khoa.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đinh Thế Hoàng (2019). Khảo sát mối liên quan của hình ảnh siêu âm COS và kết quả điều trị thai ≤8 tuần bám sẹo mổ lấy thai bằng phương pháp đặt Foley kết hợp hút thai. *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
2. Văn Phụng Thống (2018). *Phẫu Thuật Nội Soi Trong Thai Bám Sẹo Mổ Lấy Thai*. Báo cáo Hội nghị Sản phụ khoa Việt - Pháp - Châu Á - Thái Bình Dương 2018.
3. Maymon R, Halperin R (2004). Etopic pregnancies in a caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. *Hum Report Update*, 10:515-523.
4. Glenn TL, Bembry J, Findley AD, et al (2018). Cesarean Scar Ectopic Pregnancy: Current Management Strategies. *Obstet Gynecol Surv*, 73(5):293-302.
5. Gonzalez N, Tulandi T (2017). Cesarean Scar Pregnancy: A Systematic Review. *J Minim Invasive Gynecol*, 24(5):731-738.
6. Kim SY, Yoon SR, Kim MJ, et al (2018). Cesarean scar pregnancy; Diagnosis and management between 2003 and 2015 in a single center. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 57(5):688-691.

7. Timor-Tritsch IE, Khatib N, Monteagudo A (2015). Cesarean scar pregnancies: experience of 60 cases. *J Ultrasound Med*, 34(4):601-610.
8. Miller R, Timor-Tritsch IE, Gyamfi-Bannerman C (2020). Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #49: Cesarean scar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 222(5):B2-B14.
9. Pedraszewski P, Wlazlak E, Panek W, et al (2018). Cesarean scar pregnancy - a new challenge for obstetricians. *J Ultrason*, 18(72):56-62.
10. Shao MJ, Hu MX, Xu XJ, et al (2013). Management of caesarean scar pregnancies using an intrauterine or abdominal approach based on the myometrial thickness between the gestational mass and the bladder wall. *Gynecol Obstet Invest*, 76(3):151-157.
11. Wang M, Yang Z, Li Y (2015). Conservative management of cesarean scar pregnancies: a prospective randomized controlled trial at a single center. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 8(10):18972-18980.
12. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A (2012). The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 13:207-244.
13. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, et al (2019). Cesarean Scar Pregnancy: Patient Counseling and Management. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 46(4):813-828.

Ngày nhận bài báo:	16/11/2020
Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo:	06/02/2021
Ngày bài báo được đăng:	10/03/2021