HIỆU QUẢ CỦA METHOTREXATE TIÊM TẠI CHỖ TRONG ĐIỀU TRỊ THAI BÁM VẾT MỔ CŨ ≤ 9 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Tạ Thị Thanh Thủy*, Nguyễn Thị Minh Tâm*

TÓM TẮT

Thai bám vết mổ cũ (VMC) là một dạng đặc biệt của thai ngoài tử cung và là một bệnh khá hiếm gặp. Cho đến nay, vấn đề điều trị tối ưu thai bám VMC vẫn còn bàn cãi. Tiêm MTX tại chỗ là một trong những phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn trong xử trí thai bám VMC.

***Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ thành công trong điều trị thai bám vết mổ cũ ≤ 9 tuần bằng MTX tại bệnh viện Hùng Vương và các biến chứng của phương pháp điều trị này.*

***Phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca. Từ 10/2014 đến 04/2015, có 59 trường hợp thai VMC được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Hùng Vương. Methotrexate 50 mg được tiêm trực tiếp vào khối thai dưới hướng dẫn của siêu âm. Sau liều MTX I, bệnh nhân được theo dõi vào các ngày 7, 10, 17 và sau đó mỗi tuần đến khi đạt kết quả.*

***Kết quả**: Tỉ lệ điều trị nội thành công, không can thiệp phẫu thuật là 98,3% (KTC 95%: 90,9% - 100%); thời gian βhCG trở về âm tính sau điều trị là 9,4 ± 4,0 tuần (3,4 – 24,7 tuần); thời gian ly giải khối thai hoàn toàn là 11,3 ± 5,1 tuần (4 – 24,7 tuần). Sau tiêm Methotrexate vào khối thai, không có biến chứng xuất huyết nội hoặc nhiễm trùng xảy ra. Tác dụng phụ của Methotrexate là thoáng qua, không cần điều trị. Các kết cục phụ liên quan đến quá trình điều trị: tỉ lệ truyền máu là 5,1%; tỉ lệ thoát lưu máu tụ là 8,5%; tỉ lệ chèn bóng cầm máu là 8,5%.*

***Kết luận**: Tiêm MTX vào khối thai dưới hướng dẫn của siêu âm là phương pháp cho tỷ lệ thành công cao trong điều trị thai bám VMC, với tỉ lệ biến chứng thấp.*

***Từ khóa:** Thai bám VMC, tiêm Methotrexate tại chỗ.*

ABSTRACT

LOCAL METHOTREXATE IN THE CONSERVATIVE TREATMENT OF 9 WEEK -0R UNDER CESAREAN SCAR PREGNANCY AT HUNG VUONG HOSPITAL

Ta Thi Thanh Thuy, Nguyen Thi Minh Tâm * Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 20 - No 1 – 2016: 266 - 271

Cesarean scar pregnancy (CSP) is a special and rare form of ectopic pregnancy. Nowadays, the best treatment of the CSP is still controversial. Many methods of the treatment of CSP have been introduced and applied. Local MTX injection has been known as one of effective and safe treatments for the management of CSP.

***Objectives**: To determine successful rate of conservative treatment of CSP with gestational < 9 weeks at Hung Vuong Hospital and complications of the technique*

***Methods**: Study design: case series report. From October 2014 to April 2015, 59 cases of CSP were diagnosed and treated at Hung Vuong hospital. Methotrexate was locally injected to gestational site. After this injection, patients were follow-up on day 7, 10, 17 and then weekly until finishing the process.*

***Results**: Successful rate was 98.3% (90.9 - 100%). Mean time required for βhCG normalization and for the CSP mass to be completely resolved were 9.4 ± 4.0 weeks (3.4 – 24.7 weeks) and 11.3 ± 5.1 weeks (4 – 24.7 weeks), respectively. After injection, there was no internal bleeding or infection reported. Side effects associated with MTX were transient and did not need any treatment. Blood transfusion was requested in 5.1% cases. Need for vaginal*

*Bệnh viện Hùng Vương

Tác giả liên lạc: TS. Tạ Thị Thanh Thủy *ĐT*: 0913633899 *Email*: thuyta.pkt@gmail.com

removal of hematoma was 8.5% and for Foley balloon tamponade was 8.5%.

***Conclusions**: Local injection of methotrexate in conservative treatment of cesarean scar pregnancy archived high successful rate with less complication.*

***Key words**: cesarean scar pregnancy, methotrexate local injection.*

MỞ ĐẦU

Thai bám VMC là một dạng hiếm gặp của thai ngoài tử cung và chỉ chiếm <1%[1]. Trong thai bám VMC, túi thai được bao bọc bởi lớp cơ TC và lớp mô xơ của sẹo mổ lấy thai, biệt lập hoàn toàn với lòng tử cung (TC) và kênh CTC[4]. Theo tác giả Timor-Tritsch (2012), từ 1990 - 1999, chỉ có 19 báo cáo về thai bám VMC. 2000 - 2005, tăng lên 48 và từ 2006 - 2011, 104 báo cáo được xuất bản[9].

Thai bám VMC đe dọa đến tính mạng người bệnh nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm. Sự chậm trễ và sai lầm trong chẩn đoán, xử trí có thể dẫn đến các biến chứng trầm trọng như: chảy máu không kiểm soát, vỡ tử cung khi thai tiến triển, thậm chí có thể dẫn đến cắt tử cung và mất khả năng sinh sản về sau[2,3].

Cho đến nay, vấn đề điều trị tối ưu thai bám VMC vẫn còn bàn cãi. Nhiều phương pháp điều trị đã được đề xuất và áp dụng tùy theo khả năng của từng cơ sở y tế. Bệnh lý này có thể hoặc điều trị nội khoa đơn độc hoặc phối hợp với ngoại khoa. Theo Timor-Tritsch[9], từ năm 1992 đến 2011, điều trị thai bám VMC có đến 31 phương thức khác nhau. Mục đích điều trị là làm chết phôi, loại bỏ túi thai và duy trì khả năng sinh sản của bệnh nhân.

Bệnh viện Hùng Vương mỗi năm tiếp nhận điều trị trên 3.800 trường hợp thai ngoài tử cung, trong đó, có thai bám VMC với số lượng ngày càng tăng: 26 ca (2011), 56 ca (2012) và 94 ca (2013) (theo báo cáo hằng năm BV Hùng Vương). Tại đây, thai bám VMC được điều trị bằng tiêm MTX vào khối thai, có thể kèm theo tiêm MTX toàn thân và lấy khối máu tụ qua đường âm đạo nếu cần.

Cho đến nay, trong cả nước chỉ có vài báo cáo về vấn đề điều trị bệnh lý này, chưa có một phương thức theo dõi và điều trị chuẩn. Chính vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu "Xác định tỉ lệ thành công trong điều trị thai bám vết mổ cũ ≤9 tuần bằng MTX tại bệnh viện Hùng Vương và các biến chứng của phương pháp điều trị này".

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán thai bám VMC vào điều trị tại khoa phụ ngoại bệnh viện Hùng Vương trong thời gian từ 10/2014 đến 04/2015 thỏa tiêu chí thu nhận và loại trừ. Điều kiện thu nhận là tuổi thai ≤9 tuần theo kinh chót hoặc số đo trên siêu âm (SA); thai bám VMC chưa vỡ, chưa can thiệp trước đó (nạo hút thai hoặc phá thai nội khoa), có chỉ định điều trị bảo tồn và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Tình trạng huyết động học không ổn định, có chống chỉ định điều trị Methotrexate, bệnh nhân nhà xa không có điều kiện theo dõi là những tiêu chuẩn loại trừ khỏi nghiên cứu.

Tiến trình điều trị với MTX

50 mg MTX được tiêm trực tiếp vào khối thai dưới hướng dẫn của siêu âm ngả âm đạo. Sau tiêm MTX bệnh nhân được theo dõi sát trong 24 giờ đầu để phát hiện kịp thời xuất huyết nội nếu có. βhCG được định lượng ngay trước khi tiêm MTX.

Theo dõi βhCG và kích thước khối thai vào các ngàay 7 và 10 sau tiêm MTX để xem xét khả năng bổ sung điều trị như sau:

Ngày 7: nếu βhCG giảm ≥25%, SA không thấy khối máu tụ tại vị trí nhau bám hoặc kích thước khối máu tụ <3 cm → xuất viện và theo dõi mỗi tuần. Nếu βhCG tăng hoặc giảm ít hơn 25% → theo dõi tại khoa, thử lại βhCG ngày 10.

Ngày 10: nếu βhCG tăng hoặc giảm ít hơn 15 % so với ngày 7 → tiêm MTX toàn thân, thử lại βhCG mỗi tuần. Nếu βhCG giảm ≥15% so với

ngày 7, không tạo khối máu hoặc kích thước khối máu tụ <3 cm → xuất viện.

Sau khi tiêm MTX liều 2:

Nếu βhCG giảm ≥25% sau 1 tuần, Siêu âm không thấy khối máu tụ tại vị trí nhau bám hoặc kích thước khối máu tụ <3 cm → xuất viện. Nếu khối máu tụ >3 cm nhưng ổn định sau 2 lần khám cách nhau 1 tuần → xuất viện.

Nếu βhCG giảm ít hơn 25% sau 1 tuần, xem xét tiêm MTX liều thứ 3. Tối đa 3 liều.

Tất cả các bệnh nhân xuất viện đều được hẹn tái khám mỗi tuần để thử nồng độ βhCG và siêu âm kiểm tra khối thai.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị

Thành công

-Khối thai ± khối máu tụ ở VMC hoặc túi thai được tống xuất hoàn toàn ra khỏi tử cung, βhCG <5 mUI/ml, vẫn bảo tồn được tử cung cho người bệnh, không can thiệp phẫu thuật mở bụng.

-Phương pháp chèn bóng để kiểm soát chảy máu, truyền máu hoặc can thiệp lấy khối máu tụ qua đường âm đạo sau khi βhCG âm tính được xem là phương pháp điều trị hỗ trợ có thể áp dụng mà không xem là thất bại trong điều trị.

Thất bại

Có can thiệp phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu hoặc mở bụng lấy khối thai và khâu cầm máu.

Số liệu được mã hóa và bảo mật cho mục đích nghiên cứu. Thống kê mô tả và các test so sánh χ^2, ttest, Anova được áp dụng để xử lý số liệu.

KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 10/2014 đến 04/2015, có 59 trường hợp thai bám VMC đồng ý tham gia nghiên cứu và tuân thủ điều trị theo phác đồ tại khoa Phụ ngoại Bệnh viện Hùng Vương. Mẫu nghiên cứu có độ tuổi trung bình 34,8 ± 0,6 tuổi; từ 30 – 40 chiếm 72,9%; nhóm >40 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (11,9%). Liên quan tiền căn mổ lấy thai (MLT), 29 trường hợp có 1 lần MLT (49,1%), 30 trường hợp đã mổ sanh ≥2 lần. Khoảng cách từ lần mổ sanh cuối cùng đến lúc có thai bám VMC trung bình là 56,3 ± 36,5 tháng (7-192 tháng), trong đó đa số trường hợp có khoảng cách thời gian ≥ 24 tháng(84,7%). Tiền căn mổ lấy thai chủ động chiếm hơn 2/3 trường hợp thai bám VMC.

Tuổi thai trung bình theo SA là 6,5 ± 0,7 tuần. Gần 80% trường hợp thai bám VMC nhập viện sớm với hình ảnh SA là túi thai chưa có phôi hoặc phôi có chiều dài đầu mông <10 mm (<7 tuần theo SA); có 1 trường hợp song thai <6 tuần bám VMC. Hơn 50% trường hợp thai bám VMC có phôi và hoạt động tim thai. Gần 50% các trường hợp thai bám VMC không có triệu chứng đặc hiệu.

Nồng độ βhCG trước điều trị: 40.419 ± 33.512 mUI/ml (2.284 mUI/ml - 151.421 mUI/ml). Trước điều trị, hơn ½ bệnh nhân có nồng độ βhCG từ 10.001 mUI/ml đến 50.000 mUI/ml.

Trước khi tiêm MTX, kích thước khối thai trung bình là: 24,5 ± 9,6 mm (10 mm - 65 mm), >70% số trường hợp có kích thước khối thai >20 mm.

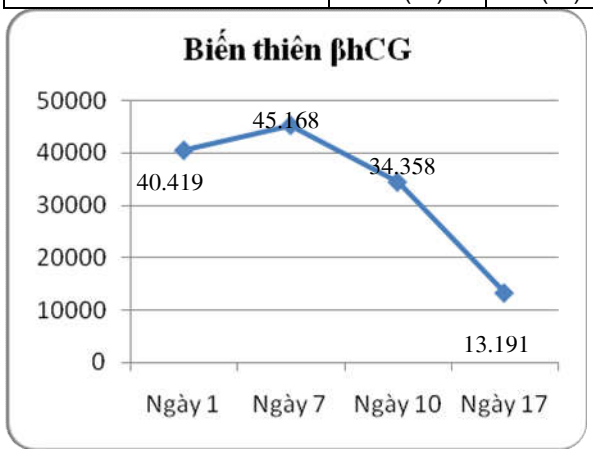
58/59 trường hợp bảo tồn được tử cung mà không cần can thiệp phẫu thuật lấy khối thai, có tỷ lệ thành công 98,3% (KTC 95%: 90,9% – 100%). Trong đó thai bám VMC không hoàn toàn có tỉ lệ điều trị thành công cao hơn nhóm thai bám VMC hoàn toàn (100% so với 97,8%).Tỷ lệ thành công liên quan với các đặc điểm của khối thai được trình bày ở bảng 1: các trường hợp thất bại rơi vào các nhóm có tuổi thai ≥ 7 tuần, kích thước khối thai trước điều trị > 30 mm và nồng độ βhCG trước tiêm >100.000 UI/L.

Sự thay đổi nồng độ βhCG sau điều trị được biểu diễn ở biểu đồ 1

Sau khi tiêm MTX vào khối thai, nồng độ βhCG ngày 7 tăng hơn so với trước điều trị. Đến ngày 10, nồng độ βhCG giảm nhiều so với nồng độ βhCG ngày 7 cũng như giảm đáng kể so với trước điều trị. Một tuần sau đó (ngày 17), nồng độ βhCG tiếp tục giảm sâu thêm. Tất cả thay đổi này đều có ý nghĩa thống kê.

***Bảng 1** : Đặc điểm về kết quả điều trị*

	Thành công Số ca (%)	Thất bại Số ca (%)
Số liệu trình MTX		
1 liều	41 (70,7)	1 (100)
2 liều	15 (25,9)	0 (0)
3 liều	02 (03,4)	0 (0)
Tuổi thai (tuần)		
< 6	26 (100)	0 (0,0)
6 – 6,9	21 (100)	0 (0,0)
≥ 7	11 (91,7)	1 (8,3)
Kích thước khối thai (mm) trước tiêm MTX		
< 20	17 (29,3)	0 (0)
20 – 30	28 (48,3)	0 (0)
> 30	13 (22,4)	1 (100)
Nồng độ βhCG trước tiêm MTX		
< 5.000		
5.000 – 10.000	6 (100)	0 (0)
10.001 – 50.000	4 (100)	0 (0)
50.001 – 100.000	31 (100)	0 (0)
> 100.000	14 (100)	0 (0)
	03 (75)	1 (25)



***Biểu đồ 1**: thay đổi nồng độ βhCG sau điều trị*

Thời gian trung bình để βhCG về âm tính là 9,4 ± 4,0 tuần (3,4 – 24,7 tuần), và thời gian để khối thai ly giải hoàn toàn là 11,3 ± 5,1 tuần (4 – 24,7 tuần).

Tất cả bệnh nhân thai bám VMC có tuổi thai ≤6 tuần không cần thoát lưu máu tụ sau điều trị MTX. Số trường hợp cần chèn bóng để cầm máu trong nghiên cứu là rất thấp, chiếm tỉ lệ 8,5% (5/59). Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị xuất huyết nội hoặc xuất huyết âm đạo ồ ạt hoặc sốt do nhiễm trùng tử cung sau tiêm MTX trực tiếp vào khối thai.

Chỉ có 3 trường hợp (5,1%) phải truyền máu.

Trong quá trình điều trị không ghi nhận biến chứng của kỹ thuật tiêm tại chỗ cũng như không thấy xuất hiện biến chứng liên quan đến thuộc MTX.

BÀN LUẬN

Thành công của điều trị được đánh giá bằng việc bảo tồn được tử cung cho bệnh nhân, không can thiệp phẫu thuật mở bụng, βhCG trở về âm tính (< 5 mUI/ml) và khối thai ở VMC được tống xuất hoàn toàn ra khỏi tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ điều trị thành công chiếm 98,3% (KTC: 90,9% – 100%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của các tác giả Timor –Tritsch (2012)[10], Seow (2013)[7] và Yamaguchi (2014)[11]. Tỉ lệ thành công của các tác giả này đều là 100%. Nghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp phải can thiệp ngoại khoa sau tiêm MTX tại chỗ. Trong thời gian đang theo dõi tại viện, bệnh nhân bị xuất huyết âm đạo ồ ạt. Sau khi hồi sức, truyền máu, chèn bóng không hiệu quả, bệnh nhân được phẫu thuật mở bụng lấy khối thai, khâu cầm máu, phục hồi lại cơ tử cung.

Nghiên cứu của chúng tôi có 41 trường hợp điều trị thai bám VMC thành công chỉ cần 1 liều MTX, chiếm tỉ lệ 70,7%. Nghiên cứu của tác giả Yamaguchi M[11] cũng cho kết quả tương tự chúng tôi với 6/8 trường hợp thành công khi dùng đơn liều MTX (50mg) tiêm vào khối thai, chiếm tỉ lệ 75%. 25,9% trường hợp chúng tôi cần dùng MTX 2 liều do βhCG ngày 10 tăng hoặc giảm <15% so với ngày 7 sau tiêm MTX liều thứ nhất. Chúng tôi không sử dụng MTX liều thứ hai vào ngày 7 khi có βhCG tăng mà chờ đến ngày 10. Kinh nghiệm này xuất phát từ các nghiên cứu điều trị thai ở vòi trứng và các tác giả[8] trước đó cho thấy βhCG thường tăng lên sau tiêm MTX. Ngoài ra, khi so sánh kết quả βhCG ngày 7 và ngày 10, chúng tôi nhận thấy βhCG ngày 10 giảm có ý nghĩa thống kê so với ngày 7 (p=0,0001). Điều này cũng chứng minh được việc sử dụng MTX liều 2 vào ngày 10 trong nghiên cứu của chúng tôi là hợp lý. Theo phác đồ này, tỉ

lệ BN của chúng tôi dùng MTX 2 liều (25,9%) thấp hơn hơn tác giả Seow[7] khá nhiều (54,5%). Trong nghiên cứu của tác giả Timor – Tritsch[10], tỉ lệ thành công 100% nhưng 100% BN đều tiêm 2 liều MTX tại chỗ và toàn thân. Trong khi đó, tỉ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,3% nhưng 70,7% bệnh nhân chỉ dùng 1 liều MTX và chỉ 25,9% dùng 2 liều MTX. Chúng tôi có 2 trường hợp điều trị thành công nhưng phải dùng đến 3 liều MTX. Đó là 1 trường hợp song thai giai đoạn sớm và 1 trường hợp thai lưu 7 tuần bám VMC. Tỉ lệ BN chúng tôi dùng 3 liều MTX chỉ chiếm 3,4%, trong khi đó, ở nghiên cứu của tác giả Yamaguchi[11], chỉ có 8 trường hợp nhưng có 1 ca ông phải dùng đến 4 liều MTX, chiếm tỉ lệ 12,5%. Như vậy, có thể nói tỉ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là cao và số liều MTX sử dụng là thấp hơn so với các nghiên cứu khác.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng thu được kết quả khá thú vị là sau tiêm MTX một tuần, nồng độ βhCG trung bình tăng có ý nghĩa so với ngày 1. Tác giả Yamaguchi[11] nhận thấy nồng độ hCG tăng xấp xỉ 40% sau tiêm MTX tại chỗ 6 ngày trong tất cả các trường hợp ông theo dõi. Timor cũng ghi nhận sau điều trị MTX, nồng độ βhCG ban đầu tăng lên. Điều này có thể lý giải rằng, sau khi sử dụng MTX, các tế bào nuôi bị hoại tử. hCG dự trữ trong tế bào nuôi phóng thích vào máu và do đó làm gia tăng nồng độ hCG trong huyết thanh[10]. Tuy nhiên đến ngày 10, nồng độ trung bình βhCG giảm đáng kể so với ngày 7 cũng như so với ngày 1. Như vậy, từ ngày 10 sau tiêm MTX liều đầu tiên, nồng độ βhCG huyết thanh giảm khá nhiều so với ngày 1 và ngày 7. Đây cũng là lý do chúng tôi không tiêm MTX liều 2 ở thời điểm ngày thứ 7 mà chỉ tiêm vào ngày 10 khi nồng độ βhCG tăng lên hoặc giảm chậm <15%.

Thời gian trung bình βhCG trở về âm tính trong nghiên cứu chúng tôi là 9,4 ± 4,0 tuần. Một bệnh nhân trong nghiên cứu này có thời gian βhCG trở về âm tính rất lâu (24,7 tuần). Đây là trường hợp có thai tự nhiên nhưng không phải đơn thai mà là song thai bám ở VMC. Kết quả này tương đồng với kết quả của Seow (65 ngày # 9,3 tuần)[7] và Timor – Tritsch (65,7 ngày # 9,4 tuần)[10] . Thời gian trung bình để khối thai ly giải hoàn toàn quan sát qua SA ngả âm đạo là khá lâu: 11,3 ± 5,1 tuần. Theo tác giả Timor – Tritsch[10], sau điều trị MTX, để ly giải khối thai hoàn toàn phải mất thời gian dài, nhiều tuần hoặc nhiều tháng; thời gian trung bình ly giải khối thai của 22 bệnh nhân không có cắt tử cung hoặc thuyên tắc mạch trong nghiên cứu của ông là 88,6 ngày (26 -177 ngày). Sự hoại tử nguyên bào nuôi sau tiêm MTX vào khối thai có thể dẫn đến phản ứng viêm quanh nguyên bào nuôi: điều này giải thích sự tăng thể tích thoáng qua của khối thai. Sau khi phản ứng viêm ban đầu giảm đi, thai bám VMC mới bắt đầu quá trình ly giải. Đây có thể là lý do làm thời gian ly giải khối thai kéo dài. Nghiên cứu của Seow KM và cộng sự năm 2004[6] cũng có những ghi nhận tương tự, khối thai VMC thoái triển chậm từ 2 tháng đến 1 năm sau điều trị. Ông không thể dự đoán được khi nào khối thai ở vùng sẹo mổ cũ hoàn toàn biến mất sau điều trị bảo tồn.

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy ¾ trường hợp có thời gian ly giải khối thai sau 8 tuần, trong đó 24 trường hợp (40,7%) ly giải khối thai sau 12 tuần, chiếm tỉ lệ cao nhất. Sau khi βhCG trở về giá trị bình thường (<5 mUI/ml) nhưng kích thước khối thai VMC vẫn còn lớn, đường kính trung bình >30 mm, chúng tôi tiến hành thoát lưu khối máu tụ qua ngả âm đạo tại phòng mổ. Can thiệp này không gây mất máu nhiều và giúp rút ngắn thời gian theo dõi của bệnh nhân. (5 trường hợp có can thiệp lấy khối máu tụ, chiếm tỉ lệ 8,5%) . Như vậy, có thể thấy rằng số trường hợp phải can thiệp lấy khối máu tụ trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp (8,5%) và không gặp trường hợp nào thai giai đoạn sớm chưa có phôi thai phải thoát lưu máu tụ.

Theo dõi 59 bệnh nhân thai bám VMC tại bệnh viện, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị xuất huyết nội, tổn thương các tạng lân cận như ruột, bàng quang hoặc xuất huyết âm

đạo sau tiêm MTX trực tiếp vào khối thai. Khi tiêm MTX, chúng tôi dùng kim dài chọc hút trứng số 17G, có đường kính ngoài chỉ 1,5 mm, thực hiện lúc bàng quang trống. Dưới hướng dẫn của siêu âm, chúng tôi kiểm soát, định hướng được vị trí của đầu kim. Thai bám ở VMC có khoảng cách từ âm đạo đến khối thai khá gần nên khả năng chạm thương các cơ quan khác hầu như không có. Kết quả của các tác giả khác cũng không ghi nhận biến chứng do tiêm MTX tại chỗ gây ra. Tổng quan của Rotas[5] có 15 trường hợp và nghiên cứu của Timor[10] có 19 trường hợp áp dụng phương pháp điều trị này nhưng cả hai tác giả đều không ghi nhận tai biến nào xảy ra do tiêm MTX tại chỗ. Việc sử dụng bóng chèn như một biện pháp hỗ trợ cầm máu khi cần thiết trong điều trị thai bám VMC đã được một số tác giả đề cập. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bóng chèn là biện pháp can thiệp được áp dụng đầu tiên khi bệnh nhân bị xuất huyết âm đạo nhiều. Phần lớn các trường hợp không cần chèn bóng do không chảy máu trong quá trình theo dõi. Tỉ lệ chèn bóng trong nghiên cứu này là thấp (8,5%). Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của các tác giả Seow và Yamaguchi, do không có trường hợp nào phải chèn bóng trong nghiên cứu của họ. Mặc dù vậy, số bệnh nhân thai bám VMC mà hai tác giả này theo dõi thấp hơn chúng tôi rất nhiều (Seow: 11 ca; Yamamguchi: 8 ca; chúng tôi: 59 ca). Khi phân tích 5 trường hợp chèn bóng để cầm máu trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy chỉ có một trường hợp (20%) truyền máu và mổ cắt tử cung ngay sau đó. 4 trường hợp còn lại chèn bóng thành công, bệnh nhân không cần truyền máu. Như vậy, chúng ta thấy rằng, chèn bóng là phương pháp cầm máu cơ học khá hữu hiệu trong điều trị thai bám VMC có xuất huyết âm đạo nhiều.

KẾT LUẬN

Tiêm Methotrexate tại chỗ vào khối thai giúp bảo tồn tử cung thành công không can thiệp phẫu thuật là 98,3% cho bệnh nhân thai bám VMC với nguy cơ tai biến và biến chứng thấp, tác dụng phụ của Methotrexate thoáng qua và không cần điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL (2014). Ectopic pregnancy. *William Obstetrics*. McGraw – Hill Education. Chapter 19, 776-812.
2. Kang SY, Park BJ, Kim YW (2011). Surgical management of cesatean scar ectopic pregnancy: hysterotomy by transvaginal approach. *Fertility and Sterity* 96(1): 25-28.
3. Li JJ, Liu XY (2014). Management options of caesarean scar pregnancy. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao* 36(2): 209-213.
4. Molinaro T, Kurt T Barnhart. Abdominal pregnancy, cesarean scar pregnancy, and heterotopic pregnancy. UpToDate 19.1.
5. Rotas MA, Haberman S, Levgur M (2006). Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis and management. *Obstet Gynecol* 107:1373-1381.
6. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL (2004). Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 23: 247-253.
7. Seow KM, Wang PH, Huang LW (2013). Transvaginal sono – guided aspiration of gestational sac concurrent with a local methotrexate injection for the treatment of unruptured cesarean scar pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 288(2): 361-366.
8. Tạ Thị Thanh Thủy, Nguyễn Thị Trúc Hà (2015). Hiệu quả điều trị bảo tồn thai ngoài tử cung ở đoạn kẽ ống dẫn trứng bằng Methotrexate tại bệnh viện Hùng Vương. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh* tập 19(3), 281-286.
9. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A (2012). Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean section scar pregnancy. A review. *Am J Obstet Gynecol*: 14-29.
10. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R (2012). The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 207(44):1-13.
11. Yamaguchi M, Honda R, Uchino K, Tashiro H, Ohba T, Katabuchi H (2014). Transvaginal methotrexate injection for the treatment of cesarean scar pregnancy: Efficacy and subsequent fecundity. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology*, doi:10.1016/j.jmig.2014.03.024.

Ngày nhận bài báo: *20/11/2015*

Ngày phản biện nhận xét bài báo: *26/11/2015*

Ngày bài báo được đăng: *20/01/2016*