

Thai ngoài tử cung

Nguyễn Chí Quang¹, Bùi Chí Thương², Âu Nhật Luân³

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

¹ Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: ncquang234@gmail.com

² Giảng viên Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: buichithuong@yahoo.com

³ Giảng viên, Phó trưởng bộ môn, Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: aunhutluan@gmail.com

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được các yếu tố nguy cơ và nguyên nhân của thai ngoài tử cung
2. Trình bày được 2 khái niệm cốt lõi (key concept) trong thiết lập chẩn đoán sớm thai ngoài tử cung
3. Mô tả được bệnh cảnh lâm sàng của thai ngoài tử cung chưa vỡ và đã vỡ
4. Phân tích được chỉ định của điều trị nội khoa thai ngoài tử cung bằng methotrexate. So sánh được với điều trị ngoại khoa
5. Phân tích được chỉ định của điều trị ngoại khoa thai ngoài tử cung. So sánh được 2 phương pháp điều trị ngoại khoa

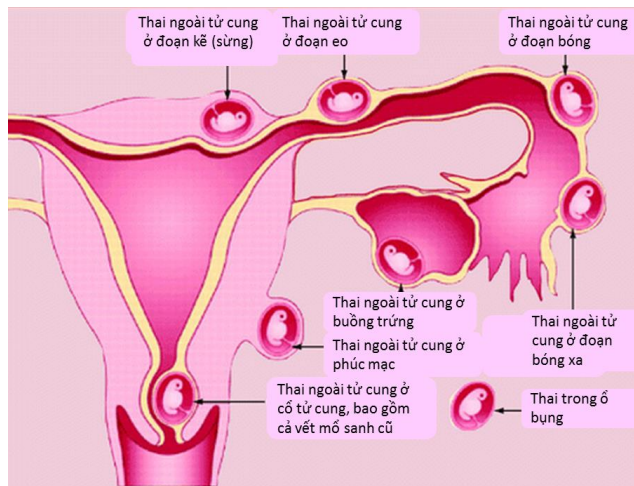
Trong vài thập niên gần đây, cho dù có nhiều tiến bộ trong việc chẩn đoán sớm, nhưng thai ngoài tử cung vẫn là bệnh lý ảnh hưởng đến sức khỏe và tương lai sản khoa của người phụ nữ.

Thai ngoài tử cung được định nghĩa khi thai làm tổ bên ngoài buồng tử cung.

Hơn 95% thai ngoài tử cung có vị trí làm tổ là ở vòi trứng.

75-80% thai ngoài tử cung là ở đoạn bóng, 12% ở đoạn eo, 6-11% ở đoạn loa và 2% ở đoạn kẽ. Ngoài ra, còn có những vị trí ít gặp hơn như ở buồng trứng, cổ tử cung, trong dây chằng rộng hay ổ bụng.

Gần đây, thai ngoài tử cung đóng ở sẹo mổ lấy thai cũ cũng trở thành một vấn đề mới của sản khoa.



Hình 1: Phân bố các vị trí của thai ngoài tử cung

75-80% thai ngoài tử cung là ở đoạn bóng, 12% ở đoạn eo, 6-11% ở đoạn loa và 2% ở đoạn kẽ.

Nguồn: img.medscape.com

CHẨN ĐOÁN SỚM THAI NGOÀI TỬ CUNG

Yếu tố quan trọng giúp điều trị thai ngoài tử cung thành công là chẩn đoán sớm.

Chẩn đoán sớm và chính xác thai ngoài tử cung sẽ cho phép mở rộng các lựa chọn trong điều trị, cũng như quyết

định sự thành công của điều trị. Trong những thập niên gần đây, nhiều nỗ lực đã được thực hiện nhằm chẩn đoán sớm thai ngoài tử cung. Trong những năm gần đây, mặc dù được chẩn đoán sớm nhưng thai ngoài tử cung vẫn là bệnh lý gây tử vong mẹ (4-6% tại Hoa Kỳ) và là nguyên nhân gây tử vong mẹ thường gặp nhất trong 3 tháng đầu thai kỳ. Vì vậy, chúng ta nên nghĩ đến “thai ngoài tử cung” khi bệnh nhân trong lứa tuổi sinh đẻ có đau hạ vị, trễ kinh và ra huyết âm đạo, đặc biệt là trong trường hợp bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ.

Nguyên nhân của thai ngoài tử cung thường không rõ ràng nhưng thường phối hợp với một số yếu tố nguy cơ.

Xuất độ của thai ngoài tử cung là 1:80 thai kỳ tự nhiên.

Yếu tố nguy cơ lớn nhất là bệnh lý ống dẫn trứng do các nguyên nhân thụ đắc, đặc biệt là di chứng sau nhiễm *Chlamydia trachomatis* sinh dục.

Nguyên nhân lớn nhất của thai ngoài tử cung là do tổn thương ống dẫn trứng. Khoảng 50% trường hợp là do tổn thương lớp bề mặt lòng chuyển bên trong vòi trứng do hậu quả của viêm nhiễm *Chlamydia trachomatis*, dẫn đến sự thay đổi cơ chế vận chuyển vòi trứng.

Những nguyên nhân khác có thể gặp như sự di chuyển chậm trễ của hợp tử vào buồng tử cung hoặc hợp tử lại di chuyển sang vòi trứng đối diện, dưới tác động của các yếu tố nội sinh hay ngoại sinh.

Một số yếu tố nguy cơ của thai ngoài tử cung

- Viêm nhiễm phụ khoa ảnh hưởng trên vòi trứng, đặc biệt do *Chlamydia trachomatis*
- Tiền sử phẫu thuật vòi trứng: tái tạo vòi trứng, phẫu thuật nối vòi trứng sau đình sản
- Tiền sử bị thai ngoài tử cung
- Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản: kích thích rụng trứng, thụ tinh trong ống nghiệm và chuyển phôi
- Bất thường giải phẫu của vòi trứng: polyp, túi thừa
- Tránh thai khẩn cấp dùng progestin (levonorgestrel)¹

¹ Thuốc ngừa thai dạng khẩn cấp chỉ chứa progestin không được xác nhận là yếu tố nguy cơ gây thai ngoài tử cung. Tuy vậy, phải tìm cách loại trừ khả năng có thai ngoài tử cung khi bị thất bại (có thai ngoài ý muốn) khi dùng thuốc này.

- Hút thuốc lá

Tần suất thai ngoài tử cung gia tăng còn do liên quan đến những biến đổi đôi trong lối sống, làm tăng tần suất của viêm vòi trứng cấp tính và mãn tính gia tăng, đặc biệt do *Chlamydia trachomatis*.

Song hành với các bệnh lý nhiễm trùng, là các nỗ lực phục hồi các thương tổn ống dẫn trứng. Tăng số lượng phẫu thuật tạo hình ống dẫn trứng như vi phẫu nối vòi trứng hay tái tạo loa vòi trong khảo sát vô sinh do nguyên nhân vòi trứng có thể phục hồi chức năng ống dẫn trứng cho một phần (40%) bệnh nhân có tổn thương ống dẫn trứng. Tuy nhiên, với các bệnh nhân còn lại, việc tạo hình không thành công, dẫn đến thất bại của phẫu thuật phục hồi hay thai ngoài tử cung. Khi nỗ lực tạo hình thất bại, người ta cầu viện đến các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (Assisted Reproductive Technology) (ART). Tuy nhiên, việc tăng số lượng chu kỳ hỗ trợ sinh sản, đặc biệt là thụ tinh trong ống nghiệm cũng làm tăng tần suất của thai ngoài tử cung. Xác định sớm vị trí thai có được sau kỹ thuật hỗ trợ sinh sản buộc phải được tiến hành một cách thường qui.

Trong hai thập niên qua, tỷ lệ thai ngoài tử cung được chẩn đoán đã gia tăng đáng kể.

Số lượng thai ngoài tử cung được chẩn đoán đã tăng nhanh nhờ vào sự cải thiện của các kỹ thuật chẩn đoán, cũng như sự thay đổi trong các khái niệm cốt lõi (key concepts) dùng trong chẩn đoán. Song song với gia tăng của hiệu quả trong chẩn đoán, thai ngoài tử cung được nhận biết ngày càng sớm hơn.

Khái niệm cốt lõi dùng trong chẩn đoán sớm thai ngoài tử cung: tiến triển của nồng độ β -hCG huyết thanh.

Tiến bộ trong chẩn đoán thai ngoài tử cung dựa trên sự phát triển các khái niệm cốt lõi dùng trong chẩn đoán.

Khái niệm cốt lõi trước nay chủ yếu dựa trên sự tiến triển của β -hCG huyết thanh. Trong khái niệm này, động học của β -hCG có thể giúp chẩn đoán thai ngoài tử cung. β -hCG thể hiện hoạt năng của nguyên bào nuôi, nhưng không thể hiện trực tiếp tình trạng thai.

Trong 3 tháng đầu thai kỳ bình thường, β -hCG huyết thanh tăng theo hàm số mũ. Thời gian để tăng gấp đôi β -hCG huyết thanh thay đổi từ 1.2 ngày ngay khi làm tổ đến 3.5 ngày lúc thai 8 tuần. Trong vài tuần đầu của thai trong tử cung bình thường, ở 66% trường hợp, β -hCG sẽ tăng gấp đôi trong mỗi 2 ngày và không bao giờ tăng < 53% mỗi 2 ngày.

Vì vậy, nếu β -hCG tăng không được đến 53% trong mỗi hai ngày, thì nên nghĩ đến khả năng có thai trong tử cung với diễn biến bất thường hay khả năng có thai ngoài tử cung.

Sau khi sảy thai tự nhiên, β -hCG huyết thanh sẽ giảm ít nhất 21-35% mỗi 2 ngày.

Vì vậy, nếu β -hCG huyết thanh giảm chậm, không được đến 20% mỗi hai ngày thì có nhiều khả năng là thai ngoài tử cung.

Khi β -hCG huyết thanh càng thấp (< 500 mUI/mL), thì độ thải khỏi máu mẹ chậm hơn so với β -hCG huyết thanh cao.

Tuy nhiên, nếu chỉ dựa vào động học hCG thì khả năng tầm soát thai ngoài tử cung sẽ bị hạn chế.

Khái niệm cốt lõi dùng trong chẩn đoán sớm thai ngoài tử cung: vùng phân biệt của nồng độ hCG và hình ảnh trên siêu âm.

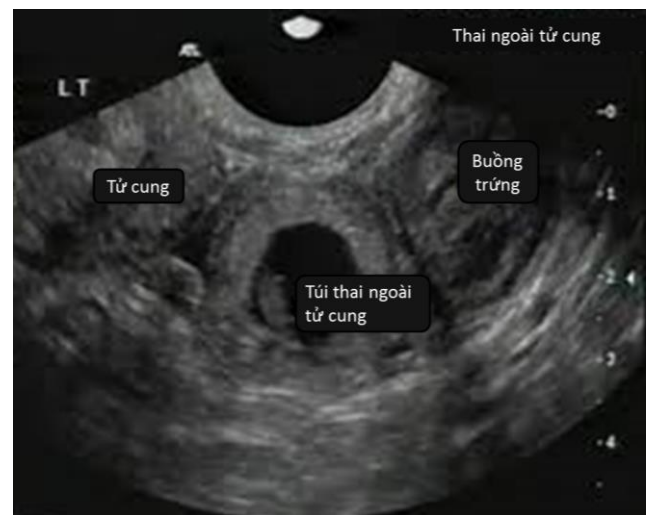
Hiện nay, khái niệm cốt lõi trong chẩn đoán được xây dựng dựa trên định lượng β -hCG huyết thanh và siêu âm ngả âm đạo. Siêu âm ngả âm đạo là một phương tiện quan trọng trong khái niệm cốt lõi chẩn đoán thai ngoài tử cung. Trong khái niệm này, một ngưỡng phân định (discrimination zone) được xác lập.

Trong một thai trong tử cung bình thường, khi nồng độ β -hCG huyết thanh ở trên ngưỡng cắt này thì phải thấy được hình ảnh của thai trong tử cung. Ngưỡng β -hCG thường dùng là 1.500-2.000 mUI/mL để có thể thấy túi đơn thai trong lòng tử cung và ngưỡng này tăng lên 3000 mUI/mL đối với song thai.

Khi không thấy hình ảnh túi thai trong buồng tử cung và nồng độ hCG trên ngưỡng phân biệt, thì phải nghĩ đến khả năng có thai ngoài tử cung.

Ngưỡng cắt của vùng phân định được định (set) phù hợp với điều kiện thực hành. Một ngưỡng cắt được set càng cao thì độ chuyên biệt (specificity) của ngưỡng càng cao, nhưng sẽ mất đi độ nhạy (sensitivity). Ngược lại một ngưỡng cắt được set càng thấp thì độ nhạy của ngưỡng càng cao, nhưng sẽ mất đi độ chuyên biệt.

Trong khái niệm cốt lõi này, khi nồng độ hCG nằm dưới ngưỡng cắt và không thấy hình ảnh của túi thai trong lòng tử cung, thì chẩn đoán sẽ được thiết lập theo kiểu: “thai không xác định vị trí với nồng độ β -hCG nằm dưới ngưỡng phân định” (Pregnancy of Unknown Location) (PUL).



Hình 2: Siêu âm và định lượng β -hCG huyết thanh

Hiếm khi có được hình ảnh trực tiếp của thai ngoài tử cung như hình.

Hiện nay, khái niệm cốt lõi trong chẩn đoán được xây dựng dựa trên định lượng β -hCG huyết thanh và siêu âm ngả âm đạo.

Siêu âm ngả âm đạo là một phương tiện quan trọng trong khái niệm cốt lõi chẩn đoán thai ngoài tử cung. Trong khái niệm này, một ngưỡng phân định (discrimination zone) được xác lập. Trong một thai trong tử cung bình thường, khi nồng độ β -hCG huyết thanh ở trên ngưỡng cắt này thì phải thấy được hình ảnh của thai trong tử cung.

Ngưỡng β -hCG thường dùng là 1.500-2.000 mIU/mL để có thể thấy túi đơn thai trong lòng tử cung và ngưỡng này tăng lên 3000 mIU/mL đối với song thai.

Nguồn: embryology.med.unsw.edu.au

THAI NGOÀI TỬ CUNG Ồ VỎI TRỨNG

Diễn tiến tự nhiên của thai ở vôi trứng sẽ theo một trong 3 khả năng:

1. Vỡ vôi trứng
2. Sảy qua loa vôi
3. Thoái triển

Thai ngoài tử cung đóng ở vôi trứng nhanh chóng xâm lấn vào niêm mạc vôi trứng, ăn mòn vào các mạch máu tăng sinh của vôi trứng. Khi khối thai phát triển và ăn mòn vào các mạch máu vôi trứng sẽ gây chảy máu khu trú làm cho đoạn vôi trứng chứa khối thai căng phình ra. Vì vậy trên lâm sàng bệnh nhân có ra máu âm đạo có thể giải thích bằng 2 giả thuyết: (1) do hoạt năng nguyên bào nuôi bất thường (hCG thấp) không đủ để củng cố và duy trì hoàng thể thai kỳ, làm thiếu hụt cả estrogen và progesterone, thiếu hụt này dẫn đến sự yếu kém trong củng cố nội mạc tử cung làm nội mạc bị bong tróc từng phần, hoặc (2) có thể do máu từ vôi trứng rỉ vào buồng tử cung.

Thai ngoài tử cung ở vôi trứng có thể diễn tiến theo một trong ba khả năng:

1. Vỡ vôi trứng gây xuất huyết nội
2. Thai ngoài tử cung tự thoái triển do sự cung cấp máu đến khối thai giảm dần
3. Sảy khối thai qua loa vôi vào trong ổ bụng

Tam chứng lâm sàng cổ điển của thai ngoài tử cung ở vôi trứng chưa vỡ:

1. Trễ kinh
2. Ra máu âm đạo
3. Đau hạ vị

Ngày nay thai ngoài tử cung chưa vỡ được nhận diện bằng lâm sàng, siêu âm và hCG.

Phát hiện sớm giúp cho có nhiều lựa chọn trong điều trị.

Thai ngoài tử cung chưa vỡ là hình thái thai ngoài tử cung thường gặp nhất. Lâm sàng thường là nghi ngờ thai ngoài tử cung vì triệu chứng quá ít và không đặc hiệu. Khám nhiều lần mới có thể chẩn đoán được thai ngoài tử cung.

Triệu chứng cơ năng: Thường gặp triệu chứng đau hạ vị trong phần lớn trường hợp (99%). Trễ kinh gặp trong khoảng 75-90%. Ra máu âm đạo bất thường chiếm khoảng 56% trường hợp, có thể thay đổi từ mức độ nhẹ như rỉ rỉ máu đến mức độ nhiều giống như máu kinh. Ra máu âm đạo bất thường là hậu quả của tiết β -hCG thấp do tế bào nuôi của thai ngoài tử cung ít hơn tế bào nuôi của thai kỳ bình thường, vì vậy không đủ để duy trì hoàng thể, gián tiếp gây thiếu hụt steroid sinh dục, gây mất ổn định nội mạc tử cung. Chẩn đoán phân biệt phổ biến nhất và khó khăn nhất của bệnh cảnh thai ngoài tử cung chưa vỡ là phân biệt với dọa sảy thai hay sảy thai.

Triệu chứng thực thể: Khám lâm sàng sờ được khối cạnh tử cung trong < 50% trường hợp. Có thể sờ được khối cạnh tử cung ở bên đối diện với khối thai ngoài tử cung vì khối này là hoàng thể thai kỳ. Tử cung thường mềm và hơi

to hơn bình thường. Siêu âm có thể thấy nội mạc tử cung dày do phản ứng Arias-Stella, là phản ứng mô học của biểu mô nội mạc tử cung đối với β -hCG, có thể thấy ít dịch ở cùng độ Douglas.

Thai ngoài tử cung vỡ gây xuất huyết nội, là một cấp cứu phụ khoa.

Điều trị là hồi sức nội khoa đồng thời với phẫu thuật cắt bỏ khối thai vỡ để cầm máu.

Xuất huyết nội của thai ngoài tử cung có thể dẫn đến tử vong. Chẩn đoán phải được thiết lập nhanh chóng.

Triệu chứng cơ năng: bệnh nhân cảm giác đau bụng nhiều, chông mặt, có thể đau một bên vai do máu tụ do trong ổ bụng kích thích thần kinh hoành.

Tổng trạng: niêm nhạt nhẹ. Đôi khi, thai ngoài tử cung vỡ gây choáng mất máu với biểu hiện mạch nhanh, huyết áp tụt, da xanh, niêm tái nhợt, nếu nặng có thể hôn mê.

Triệu chứng thực thể: khám bụng thấy căng hoặc linh phình, có phản ứng dội. Thăm âm đạo lắc cổ tử cung đau, tử cung hơi to, khó sờ được khối cạnh tử cung do bụng chứa nhiều máu làm bệnh nhân gồng người khó khám.

Cận lâm sàng: Test định tính hCG dương tính. Trong nhiều trường hợp bụng cấp, việc chờ đợi kết quả định lượng hCG có thể là không cần thiết, thậm chí làm mất đi thời gian cho can thiệp. Siêu âm thấy lòng tử cung trống, có thể thấy khối cạnh tử cung, dịch tự do trong ổ bụng.

Xử trí phải được thực hiện nhanh chóng: cần mổ cấp cứu trong bệnh cảnh này (thường mổ mở, tuy nhiên có thể mổ nội soi tùy thuộc vào đánh giá của bác sĩ gây mê hồi sức, kỹ năng của phẫu thuật viên và trang thiết bị nội soi tại cơ sở y tế đó). Nên thiết lập 2 đường truyền khẩu kính lớn để bồi hoàn dịch, có thể truyền máu nếu có chỉ định.

Chẩn đoán phân biệt thường rất khó khăn.

Nhiều tình huống mà thai ngoài tử cung rất khó phân biệt với những bệnh lý khác. Việc tận dụng các phương tiện chẩn đoán căn bản là định lượng β -hCG huyết thanh và siêu âm sẽ giúp đỡ trong phân biệt.

Cần phân biệt thai ngoài tử cung với những tình trạng sau:

Những bệnh liên quan đến phụ khoa

- Dọa sảy thai hoặc sảy thai không trọn
- Nang hoàng thể vỡ
- Viêm nhiễm cấp vùng chậu
- U buồng trứng xoắn
- U xơ tử cung thoái hóa (đặc biệt lúc mang thai)

Những bệnh không liên quan đến phụ khoa

- Viêm ruột thừa
- Viêm đài bể thận
- Viêm tụy

ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG

Xử trí thai ngoài tử cung tùy thuộc vào tình trạng của bệnh nhân, cơ sở vật chất và nhân sự tại cơ sở y tế đó.

Hiện tại có 3 cách xử trí thai ngoài tử cung như sau:

1. Theo dõi (không can thiệp) cho đến khi thai ngoài tử cung thoái triển hoàn toàn
2. Điều trị nội khoa
3. Điều trị ngoại khoa

Các khối thai nhỏ, với hoạt động nguyên bào nuôi kém thường có xu hướng thoái triển. Khi đó có thể chọn theo dõi không can thiệp. Khoảng 80% thai ngoài tử cung có β -hCG ≤ 1.000 mUI/mL sẽ không vỡ tự nhiên hoặc không chảy máu vào ổ bụng nhiều mà thường thoái triển tự nhiên.

Trong trường hợp này, có thể theo dõi cho đến khi thai ngoài tử cung thoái triển hoàn toàn.

Chỉ được áp dụng cách xử trí này cho những trường hợp có đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

1. Bệnh nhân có huyết động học ổn định
2. Siêu âm có kích thước khối thai ngoài tử cung < 2 cm
3. β -hCG huyết thanh < 1.000 mUI/mL và giảm dần theo thời gian

Những bệnh nhân được xử trí theo cách này phải được định lượng β -hCG huyết thanh hàng tuần cho đến khi âm tính.

Khi không thỏa các điều kiện trên, buộc phải thực hiện một điều trị khác, có thể là bảo tồn hay triệt để.

Ngày nay việc chẩn đoán sớm thai ngoài tử cung ngay từ khi chưa vỡ giúp cho việc chọn lựa điều trị nội khoa trở nên càng dễ dàng hơn. Thuốc được chọn điều trị là Methotrexate (MTX) là chất đối vận với acid folic, có tác dụng ức chế tổng hợp DNA của tế bào nuôi.

Điều trị nội khoa với Methotrexate có thể được thực hiện khi thai ngoài tử cung chưa vỡ, với những điều kiện xác định một cách nghiêm ngặt.

Được phép điều trị nội khoa thai ngoài tử cung bằng MTX khi cùng một lúc thỏa đầy đủ các điều kiện sau:

1. Huyết động học ổn định
2. Thai ngoài tử cung chưa vỡ
3. Kích thước khối thai < 3.5 cm và không có tim thai
4. β -hCG huyết thanh < 5000 mUI/mL
5. Bệnh nhân mong muốn điều trị nội khoa

Trong một số trường hợp điều trị nội khoa với MTX bị chống chỉ định.

Điều trị nội khoa thai ngoài tử cung bằng MTX bị chống chỉ định khi chỉ cần có một trong các yếu tố sau:

- Huyết động học không ổn định
- Thai ngoài tử cung vỡ
- Có bệnh lý huyết học như BC dưới $3.000/\text{mm}^3$, tiểu cầu dưới $100.000/\text{mm}^3$; hoặc suy chức năng gan, thận không cho phép dùng MTX (creatinin tăng, hoặc SGOT-SGPT tăng)
- Bệnh lý loét dạ dày, bệnh phổi đang tiến triển hay suy giảm miễn dịch
- Quá mẫn với MTX
- Đang cho con bú hoặc có thai trong tử cung cùng tồn tại với thai ngoài tử cung, thường thấy sau sinh sản hỗ trợ với chuyển nhiều phôi
- Bệnh nhân không có thời gian để làm xét nghiệm theo dõi β -hCG huyết thanh đến khi âm tính
- Khoảng cách từ nhà đến bệnh viện quá xa, vì khi điều trị nội khoa có thể vỡ vòi trứng không vào bệnh viện cấp cứu kịp thời
- Bệnh nhân không muốn điều trị nội khoa

Trước khi bắt đầu tiêm methothrexate, bệnh nhân được xét nghiệm β -hCG huyết thanh, công thức máu, chức năng gan, thận để theo dõi diễn biến và để loại trừ các chống chỉ định.

Trong đa số trường hợp, dùng phác đồ đơn liều MTX².

Nếu bệnh nhân có triệu chứng thai ngoài tử cung vỡ hoặc dọa vỡ, có thể chuyển sang điều trị ngoại khoa.

Theo dõi sau điều trị MTX chủ yếu là bằng diễn biến của β -hCG huyết thanh.

Lưu ý là sau khi tiêm MTX vài ngày, β -hCG có thể tăng (vào ngày thứ 4) là do hợp bào nuôi tiếp tục sản xuất β -hCG trong khi tế bào nuôi đã ngừng sản xuất β -hCG và MTX làm hoại tử tế bào nuôi, sẽ làm vỡ ra nhiều mảnh β -hCG mà máy xét nghiệm đếm số mảnh vỡ này chứ không phân biệt được là các mảnh vỡ này cùng xuất hiện từ 1 tiểu đơn vị β -hCG.

Định lượng β -hCG vào ngày thứ 4 và thứ 7 sau tiêm.

Sau đó là hàng tuần để đánh giá điều trị.

- Nếu β -hCG vào ngày 7 giảm hơn 15% so với β -hCG ngày thứ 4: được xem là thai ngoài tử cung đáp ứng với điều trị MTX và sẽ định lượng β -hCG hàng tuần cho đến khi âm tính.
- Nếu β -hCG vào ngày 7 không giảm hơn 15% hoặc bình nguyên hoặc tăng so với β -hCG ngày thứ 4: được xem là thai ngoài tử cung không đáp ứng với điều trị MTX lần 1, sẽ điều trị tiếp MTX liều thứ 2 nếu còn chỉ định.

Không nên sử dụng siêu âm là phương tiện theo dõi điều trị nội khoa MTX vì trên siêu âm sẽ thấy kích thước khối thai to lên và có thể tồn tại vài tuần. Khối thai to thường là do máu tụ trong vòi trứng và không nên dựa vào yếu tố này để đánh giá thất bại của MTX.

Tuy nhiên, siêu âm có giá trị để đánh giá lượng dịch tự do trong ổ bụng đối với những bệnh nhân đau bụng nhiều nghi thai ngoài tử cung vỡ sau điều trị MTX. Thường đau bụng vài ngày sau khi tiêm MTX, chủ yếu là do khối thai sảy qua loa hoặc máu tụ làm vòi trứng căng ra.

Ngoại khoa là lựa chọn ưu tiên khi huyết động bất thường.

Mổ mở thường áp dụng cho bệnh nhân có huyết động học không ổn định nhằm mục đích giải quyết nhanh khối thai để cầm máu tức thời. Mổ mở cũng là phương pháp hữu hiệu trong trường hợp có chống chỉ định nội soi hoặc nội soi thất bại như bệnh nhân có dính trong ổ bụng nhiều do tiền sử mổ trước đó hay nhiễm trùng hoặc lạc nội mạc tử cung dính.

² Khi được chỉ định điều trị MTX, bệnh nhân sẽ được tiêm bắp MTX với liều 50 mg/m² da. Trong lúc điều trị MTX, nên hướng dẫn bệnh nhân: tránh thức ăn chứa folate, tránh dùng NSAID vì thuốc này có thể tương tác với MTX gây ức chế tủy xương, hay gây độc tổ đường tiêu hóa. Tránh giao hợp vì có thể gây vỡ khối thai ngoài tử cung. Nên ngừa thai ít nhất 3 tháng sau khi β -hCG âm tính. Hạn chế khám âm đạo vì có thể gây vỡ thai ngoài tử cung. Tránh tiếp xúc ánh sáng mặt trời vì có thể gây viêm da.

Một số bệnh viện chọn phác đồ điều trị MTX đa liều để giảm tỷ lệ thất bại điều trị. So với phác đồ đa liều MTX, hiệu quả của đơn liều MTX gần tương đương nhưng ít tác dụng phụ hơn. Phác đồ MTX đa liều có nhược điểm là cần phải dùng thêm leucovorin xen kẽ để giảm thiểu tác dụng phụ do thiếu hụt folate.

Tuy nhiên, khi bệnh nhân có huyết động học ổn định hay có sẵn dụng cụ, thì mổ nội soi là một phương pháp điều trị được ưu tiên do những ưu điểm như thời gian nằm viện ngắn, chi phí thấp, ít đau, ít dính sau mổ, phục hồi nhanh và thẩm mỹ hơn. Điều trị ngoại khoa thai ở vòi trứng tùy thuộc vào mức độ tổn thương của vòi trứng và mong muốn có thai trong tương lai của bệnh nhân.

Điều trị ngoại khoa là lựa chọn bình đẳng với nội khoa khi thai ngoài tử cung chưa vỡ.

Một số tình huống mà trong đó việc chọn lựa giải pháp ngoại khoa sẽ trội hơn so với nội khoa.

Các tình huống sau là các tình huống mà trong đó điều trị ngoại khoa là bắt buộc hay điều trị thiên lệch rất nhiều về phía ngoại khoa:

- Thai ngoài tử cung đã vỡ hoặc chưa vỡ nhưng huyết động học không ổn định
- Chống chỉ định dùng MTX
- Điều trị MTX thất bại
- Có bệnh lý hiếm muộn do nguyên nhân vòi trứng cần cắt bỏ và có kế hoạch làm thụ tinh trong ống nghiệm
- Có thai trong tử cung cùng tồn tại
- Mong muốn triệt sản

Cách mổ có thể là cắt vòi trứng toàn phần hoặc xẻ vòi trứng bảo tồn.

Cắt vòi trứng toàn phần: là can thiệp triệt để.

Phẫu thuật này được thực hiện cho các trường hợp sau:

- Tổn thương nặng vòi trứng
- Thai ngoài tử cung vỡ
- Thai ngoài tử cung tái phát ở vòi trứng cùng bên
- Khối thai ngoài tử cung to > 5 cm
- Bệnh nhân không còn muốn có thai trong tương lai



Hình 3: Cắt vòi trứng toàn phần

Là can thiệp triệt để. Phẫu thuật này nhằm lấy bỏ toàn bộ ống dẫn trứng chưa khối thai (trên hình là thai ngoài tử cung bên trái), kể từ vị trí xuất phát của ống dẫn trứng là đoạn kờ của ống dẫn trứng.

Phẫu thuật cắt bỏ ống dẫn trứng được thực hiện khi: tổn thương nặng vòi trứng, thai ngoài tử cung vỡ, thai ngoài tử cung tái phát ở vòi trứng cùng bên, khối thai ngoài tử cung to > 5 cm, bệnh nhân không còn muốn có thai trong tương lai

Nguồn: embryology.med.unsw.edu.au

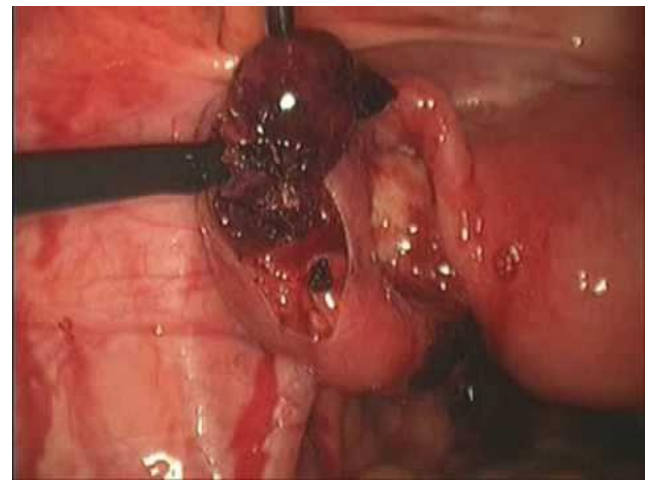
Xẻ vòi trứng bảo tồn: được lựa chọn hay được nghĩ đến trong trường hợp bệnh nhân còn muốn có thai trong tương lai. Tuy nhiên, việc thực hiện phẫu thuật bảo tồn ống dẫn trứng không phải là một đảm bảo cho khả năng có thai.

Khả năng này còn lệ thuộc vào mức độ tổn thương của ống dẫn trứng.

Nguy cơ sót tế bào nuôi sau xẻ vòi trứng bảo tồn là 3-20%.

Do nguy cơ sót nguyên bào nuôi sau mổ là không nhỏ, nên cần định lượng β -hCG sau mổ 3 ngày.

- Nếu β -hCG sau mổ 3 ngày giảm hơn 20% so với β -hCG trước mổ thì được xem là bảo tồn thành công và sẽ định lượng β -hCG hàng tuần cho đến khi âm tính.
- Nếu β -hCG sau mổ 3 ngày giảm ít hơn 20% so với β -hCG trước mổ thì được xem là còn sót tế bào nuôi, trường hợp này sẽ được tư vấn điều trị methotrexate đơn liều 50 mg tiêm bắp.



Hình 4: Điều trị xẻ vòi trứng bảo tồn

Là phẫu thuật được lựa chọn hay được nghĩ đến trong trường hợp bệnh nhân còn muốn có thai trong tương lai.

Có thể giảm chảy máu lúc xẻ vòi trứng bảo tồn bằng cách sử dụng chất co mạch Vasopressin hoặc Oxytocin pha loãng tiêm vào mạc treo vòi trứng, sau đó dùng dao điện đơn cực rạch khoảng 2 cm tại bờ tự do của vòi trứng nơi chứa khối thai, dùng lực nước của ống bơm làm tước khối thai, đốt cầm máu nhẹ nhàng bằng dao điện lưỡng cực. Để 2 mép đường xẻ lành tự nhiên, không phải khâu lại cho thấy kết quả tốt hơn trường hợp khâu lại 2 mép đường xẻ.

Nguồn: i.ytimg.com

TƯƠNG LAI SẢN KHOA SAU ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG

Những bệnh nhân đã bị thai ngoài tử cung thì có gia tăng nguy cơ bị thai ngoài tử cung và vô sinh sau đó. Có vài nghiên cứu cho thấy rằng tỷ lệ có thai khoảng 80% trong thời gian từ 9-12 tháng sau điều trị thai ngoài tử cung ở cả hai phương pháp điều trị nội khoa hay ngoại khoa.

Nên tư vấn kỹ cho bệnh nhân về tương lai sản khoa vì nếu người đã bị 1 lần thai ngoài tử cung thì nguy cơ bị thai ngoài tử cung trong tương lai tăng lên 7-13 lần, khả năng có thai ở lần có thai tiếp theo là: 50-80% có thai trong tử cung và 10-25% thai ngoài tử cung.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.
2. Essential of obstetrics and Gynecology, 5th edition. Tác giả Hackers and Moore.