

Thai nghén thất bại sớm và các vấn đề có liên quan

Đỗ Thị Ngọc Mỹ¹, Tô Mai Xuân Hồng², Nguyễn Thị Hương Xuân³

© 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: ngocmy@ump.edu.vn

² Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: tomaixuanhong@ump.edu.vn

³ Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: huongxuannguyen0402@gmail.com

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được định nghĩa và phân loại các dạng thai nghén thất bại sớm
2. Trình bày được cách tiếp cận chẩn đoán thai nghén thất bại sớm
3. Trình bày được cách tiếp cận xử trí thai nghén thất bại sớm
4. Giải thích được cách tiếp cận một số dạng thai bất thường giai đoạn sớm thường gặp

Khái niệm *thai sinh hóa* dùng để chỉ các tình trạng có hiện diện đơn độc β -hCG trong huyết thanh, mà không kèm theo bất cứ một dấu hiệu chắc chắn nào khác của có thai.

Dấu hiệu sớm nhất của thai kỳ là sự hiện diện của β -hCG trong huyết thanh. Trong các giai đoạn cực sớm này của thai kỳ, ngoài sự hiện diện của β -hCG trong huyết thanh, không có bất cứ một dấu hiệu chắc chắn nào khác của có thai. Tình trạng này được gọi là *thai sinh hóa* (biochemical pregnancy).

Trong thai sinh hóa, trứng thụ tinh đã hoàn tất các giai đoạn sớm của tiến trình làm tổ, gồm xâm nhập màng rụng, tiếp cận mạch máu màng rụng, phá vỡ các cấu trúc mạch máu màng rụng, thiết lập các cấu trúc hồ máu sơ khai.

Khái niệm *thai lâm sàng* dùng để chỉ các thai kỳ được nhận diện qua khám lâm sàng hay qua khảo sát hình ảnh.

Thai sinh hóa có thể tiếp tục phát triển một cách bình thường và trở thành thai lâm sàng (clinical pregnancy).

Khái niệm *thai lâm sàng* dùng để chỉ các thai kỳ được nhận diện qua khám lâm sàng hay qua khảo sát hình ảnh.

Thai lâm sàng có thể tiếp tục tiến triển thành công và kết cục bằng *trẻ sinh sống* (live birth).

Thai lâm sàng có thể gặp thất bại trong việc tiếp tục tiến triển, được gọi là *thai nghén thất bại sớm*.

Thai nghén thất bại sớm (Early Pregnancy Failure) (EPL) thường được biết dưới dạng thức trứng trống, hay thai ngưng phát triển.

Khái niệm *trứng trống* (blighted ovum), còn gọi là trứng không phôi, chỉ sự hiện diện của một túi thai nhưng bên trong túi thai này không chứa phôi thai.

Khái niệm *thai ngưng phát triển* chỉ sự hiện diện của một túi thai với phôi thai nhìn thấy trên hình ảnh, nhưng không có biểu hiện của sinh tồn trứng (vitality), tức không có tim thai.

Khái niệm *thai nghén thất bại sớm* này không bao gồm tình trạng *thai sinh hóa*.

Thai sinh hóa là phạm trù liên quan đến làm tổ.

Thai lâm sàng liên quan đến phát triển phôi sau làm tổ.

PHƯƠNG THỨC TIẾP CẬN TRONG CHẨN ĐOÁN THAI NGHÉN THẤT BẠI SỚM

Triệu chứng lâm sàng nói chung của thai nghén thất bại sớm thường là ra huyết âm đạo và đau bụng âm ỉ.

Việc khám lâm sàng giúp ích để phân loại từng dạng lâm sàng của thai nghén thất bại sớm.

Việc xác định chẩn đoán thai nghén thất bại sớm thường dựa vào siêu âm với ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau:

1. $CRL \geq 7$ mm và không thấy hoạt động tim thai
2. $MSD \geq 25$ mm và không thấy phôi thai
3. Không thấy phôi có hoạt động tim sau 14 ngày, được tính từ thời điểm có siêu âm xác nhận đã có túi thai nhưng không thấy có yolk-sac
4. Không thấy phôi có hoạt động tim sau 11 ngày, được tính từ thời điểm có siêu âm xác nhận đã có túi thai và đã thấy có yolk-sac



Hình 1: Thai ngưng phát triển được xác định khi siêu âm có hình ảnh túi thai, bên trong có phôi thai với $CRL \geq 7$ mm không hoạt động tim phôi. Hoạt động tim thai phải được xác nhận bằng phổ Doppler (phía dưới).
Nguồn: i.ytimg.com

Tiêu chuẩn rõ ràng nhất là $CRL \geq 7$ mm và không thấy hoạt động tim thai.

Không được kết luận thai nghén thất bại sớm khi không thấy hoạt động tim thai nhưng CRL chưa đủ 7 mm.

Chẩn đoán trứng trống được xác lập khi không thấy hiện diện của cả yolk-sac lẫn phôi thai khi MSD đã đạt được kích thước ≥ 25 mm.

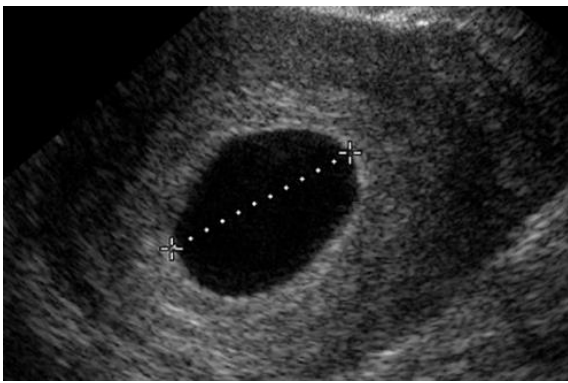
So với tiêu chuẩn theo CRL, thì tiêu chuẩn dùng để xác định trứng trống là kém rõ ràng hơn.

Trứng trống (trứng không phôi) là một tình trạng được định nghĩa là sự hiện diện của cấu trúc túi thai nhưng không tìm thấy các cấu trúc của phôi thai bên trong.

Cần lưu ý rằng trong một thai kỳ bình thường, chỉ quan sát thấy hình ảnh của yolk-sac và của phôi vài ngày sau khi thấy hình ảnh túi thai. Do đó, hiện diện của túi thai chưa có yolk-sac hay phôi là chưa đủ mạnh để xác lập chẩn đoán trứng trống. Phải có thêm các tiêu chuẩn để hạn chế sai sót trong chẩn đoán trứng không phôi.

Chẩn đoán trứng trống được xác lập khi không thấy hiện diện của cả yolk-sac lẫn phôi thai khi MSD đã đạt được kích thước ≥ 25 mm.

Không được kết luận trứng trống khi không thấy hiện diện của cả yolk-sac lẫn phôi thai nhưng MSD chưa đủ 25 mm.



Hình 2: Trứng trống (trứng không phôi) (blighted ovum)
Chẩn đoán trứng trống được xác lập khi không thấy hiện diện của cả yolk-sac lẫn phôi thai khi MSD đã đạt được kích thước ≥ 25 mm.
Nguồn: conceiveeasy.com

Trong trường hợp không thỏa các tiêu chuẩn cho phép xác định thai nghén thất bại sớm, thì không được phép kết luận thai nghén thất bại sớm.

Các tình huống khác nhau có thể thấy:

1. Có phôi thai CRL < 7 mm, không hoạt động tim phôi
2. MSD 16-24 mm và không có phôi thai
3. Không thấy phôi thai với hoạt động tim phôi trong vòng 7-10 ngày, được tính từ thời điểm có siêu âm xác nhận đã có túi thai và có yolk-sac
4. Không có hình ảnh của phôi thai sau 6 tuần hoặc hơn, kể từ ngày kinh cuối
5. Không có màng ối
6. Yolk-sac giãn rộng, > 7 mm
7. Túi thai nhỏ so với CRL (hiệu MSD và CRL < 5 mm)

Khi đó, chỉ được phép nghi ngờ khả năng xảy ra tình trạng này, và phải chờ xác nhận ở các lần kiểm tra sau.

TIẾP CẬN CHO TỪNG DẠNG THỨC CỤ THỂ

Thai nghén thất bại sớm có thể được phân ra:

- Thai chết lưu (missed miscarriage)
- Dọa sảy thai lưu (threatened miscarriage)
- Sảy thai khó tránh (inevitable miscarriage)

- Sảy thai không trọn (incomplete miscarriage)
- Sảy thai trọn (complete miscarriage)

Thai lưu

Thuật ngữ *thai lưu* là thuật ngữ thể hiện sự lưu lại trong buồng tử cung của một thai đã được xác định rằng đã ngừng phát triển.

Như vậy thai lưu được chẩn đoán khi không thấy hoạt động tim thai của thai trong tử cung.

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm:

Siêu âm xác nhận thai lưu khi:

1. CRL ≥ 7 mm và không thấy hoạt động tim thai
2. MSD ≥ 25 mm và không thấy phôi thai
3. Không thấy phôi sau 14 ngày mà trước đó đã được siêu âm xác nhận đã có túi thai không có yolk-sac
4. Xác nhận tình trạng không có hoạt động tim thai sau một loạt siêu âm (ít nhất 2 lần, cách nhau 7-10 ngày)

Các dấu hiệu bất thường kèm theo gồm có vùng tăng âm bất thường trong buồng tử cung và túi thai có bờ không căng đều. Tuy nhiên các dấu chứng này không cho phép xác nhận chẩn đoán thai lưu.

Khảo sát định lượng β -hCG trong chẩn đoán thai lưu có tính giá trị rất thấp.

β -hCG là sản phẩm của lá nuôi. Nồng độ và biến thiên nồng độ của β -hCG thể hiện hoạt năng của lá nuôi.

β -hCG không phải là sản phẩm của phôi thai. Nồng độ và biến thiên nồng độ của β -hCG không thể hiện được tính sinh tồn của phôi.

Vì thế, không dùng khảo sát định lượng β -hCG cho mục đích tiếp cận chẩn đoán thai lưu.

Trong một số cực kỳ hiếm hoi các trường hợp, có thể dựa vào mức độ hay diễn tiến của nồng độ β -hCG như một dữ kiện bổ sung, mang tính chất tham khảo, cung cấp ý niệm bổ túc nhất định về hoạt năng của lá nuôi.

Khi đã xác định thai lưu, đồng nghĩa với việc phải chấm dứt thai kỳ.

Dọa sảy thai lưu

Thuật ngữ *dọa sảy thai lưu* nói chung khá mơ hồ, thể hiện một tình trạng dự báo rằng sẽ xảy ra sảy thai trên một thai đã ngưng phát triển hay có khả năng gần như chắc chắn sẽ ngưng phát triển.

Triệu chứng lâm sàng khá nghèo nàn, thường là ra máu, đau bụng và khám thấy cổ tử cung đóng.

Khi có dọa sảy thai lưu, hầu như không có biện pháp can thiệp nào có thể ngăn cản tiến trình.

Cần lưu ý rằng đây là một tình trạng gần như đã xác lập và hầu như không thể đảo ngược.

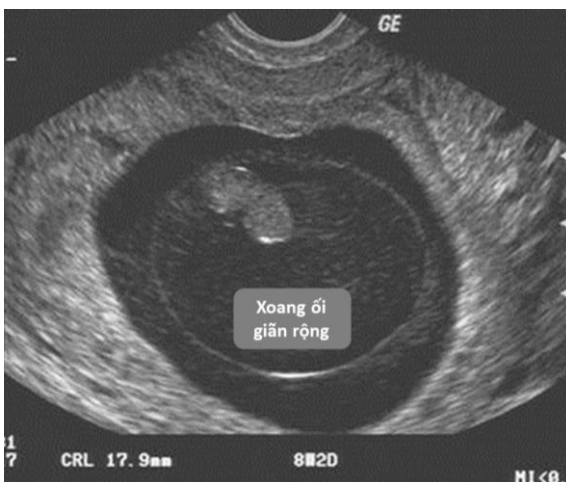
Hơn nữa, đa số tình trạng này có nguyên nhân là lệch bội hay bất thường nhiễm sắc thể. Vì thế, việc cố gắng kéo dài sẽ dẫn đến việc duy trì sự tồn tại của một thai mà khả năng có bất thường là rất cao.

Một số dấu hiệu siêu âm có giá trị dự báo cao tình trạng thai nghén có nhiều khả năng sẽ thất bại sớm nhưng không cho phép kết luận thai nghén thất bại sớm:

1. Không thấy phôi thai sau 6 tuần vô kinh
2. Yolk-sac dẫn rộng > 7 mm
3. Túi thai nhỏ và phôi thai nhỏ < 5 mm
4. Túi thai nhỏ, không tròn, không căng, hiệu số của MSD-CRL < 5 mm
5. Tim thai chậm < 80-90 nhịp/phút
6. Xuất huyết rộng dưới màng nuôi
7. Xoang ối dẫn rộng (expanded amnion sign)



Hình 3a: Dọa sẩy thai lưu: túi thai rất nhỏ, hiệu (MSD-CRL) < 5 mm
Túi thai rất nhỏ, (MSD-CRL) < 5 mm, có tụ máu dưới màng đệm.
Nguồn: fetalultrasound.com



Hình 3b: Dọa sẩy thai lưu: xoang ối giãn rộng, không tương xứng với phôi rất nhỏ bên trong
Tiền lượng xấu nhưng không cho phép kết luận thai nghén thất bại sớm.
Nguồn: fetalultrasound.com

Sẩy thai khó tránh

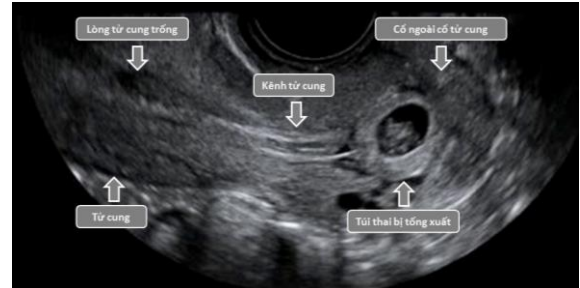
Sẩy thai khó tránh thể hiện tình trạng trong đó sẽ xảy ra việc tổng xuất khỏi buồng tử cung một thai kỳ còn sống hay đã ngưng phát triển.

Triệu chứng của sẩy thai khó tránh gồm ra máu trong 3 tháng đầu của thai kỳ kèm theo sự mờ cổ tử cung, khi khối thai vẫn hiện diện trong tử cung tại thời điểm khám và vẫn chưa bị tổng xuất ra khỏi cổ tử cung.

Thông thường, dọa sẩy thai lưu sẽ tiến triển thành sẩy thai lưu khó tránh nếu sự mờ cổ tử cung xảy ra.

Một khi mô thai qua lỗ cổ tử cung, gọi là sẩy thai lưu không hoàn toàn và tiếp theo gọi là sẩy thai hoàn toàn.

Cần chẩn đoán phân biệt sẩy thai khó tránh với thai ngoài tử cung ở cổ tử cung. Trong trường hợp này, cần định lượng β -hCG và siêu âm định kỳ để xác định chẩn đoán. Đây là một trong những tình trạng hiếm hoi mà định lượng β -hCG có thể giúp phân định chẩn đoán.



Hình 4: Sẩy thai khó tránh

Trong sẩy thai khó tránh, khối thai vẫn chưa bị tổng xuất ra khỏi cổ tử cung và vẫn hiện diện trong cổ tử cung tại thời điểm khám.

Nguồn: images.radiopaedia.org

Sẩy thai không trọn

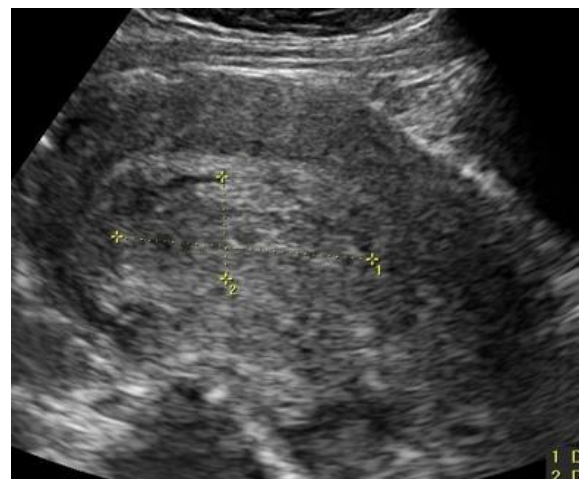
Bệnh cảnh của sẩy thai không trọn xảy ra khi quá trình sẩy thai xảy ra nhưng sự ra thai không hoàn toàn và vẫn còn phần mô nằm trong lòng tử cung.

Thai phụ than phiền về tình trạng ra huyết rỉ rả kéo dài và thỉnh thoảng có những cơn đau quặn bụng.

Chẩn đoán được đặt ra khi khám lâm sàng phát hiện cổ tử cung hé mở và ra huyết âm đạo rỉ rả từ lòng tử cung.

Siêu âm cho thấy hình ảnh khối echo hỗn hợp lòng tử cung. Cấu trúc này gồm các mảnh vụn của sản phẩm thụ thai và máu.

Hoạt động chế tiết β -hCG của các thành phần này rất thay đổi. Định lượng hCG hầu như không có giá trị chẩn đoán.



Hình 5: Sẩy thai không trọn

Cấu trúc phản âm hỗn hợp, không định dạng trong buồng tử cung.

Nguồn: images.radiopaedia.org

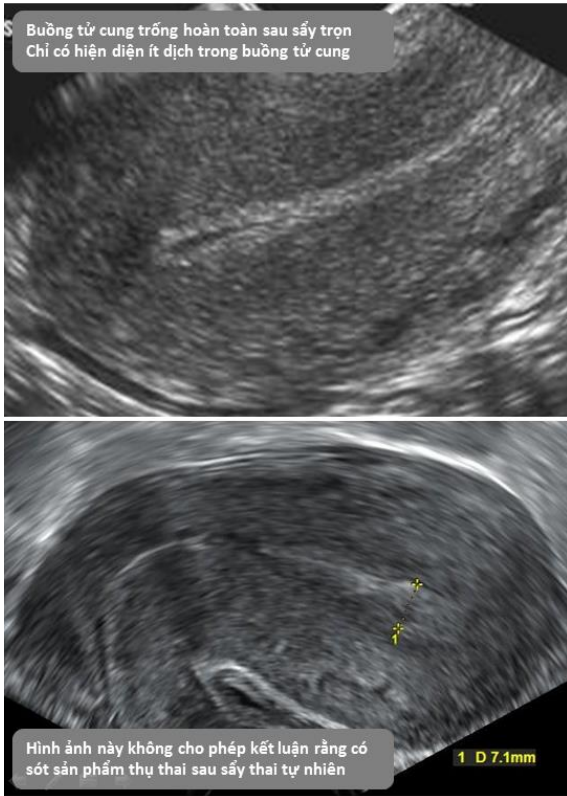
Sẩy thai trọn

Thuật ngữ **sẩy thai trọn** thể hiện sự tổng xuất các vật phẩm của thụ thai ra khỏi buồng tử cung một cách hoàn toàn.

Thai phụ có bệnh sử ra huyết nhiều và nhận thấy có một khối mô được tống xuất khỏi tử cung.

Khám lâm sàng phát hiện âm đạo có thể vẫn còn ra huyết rỉ rả, cổ tử cung đóng.

Siêu âm không thấy khối mô lòng tử cung hoặc chỉ thấy ít dịch lòng tử cung.



Hình 6: Sảy thai trọn
Lòng tử cung trống hoàn toàn sau sảy thai.
Nguồn: fetalultrasound.com

XỬ TRÍ THAI NGHÉN THẤT BẠI SỚM

Có 3 lựa chọn xử trí:

1. Theo dõi diễn tiến
2. Điều trị nội khoa bằng misoprostol
3. Hút lòng tử cung

Theo dõi diễn tiến

Theo dõi diễn tiến (wait and see) thường được áp dụng cho dạng sảy thai không trọn với hy vọng phần còn lại của mô thai sẽ tự sảy ra hoàn toàn mà không cần can thiệp gì.

Việc theo dõi chủ yếu là bằng siêu âm.

Đối với sảy thai không trọn, chọn lựa theo dõi diễn tiến có tỷ lệ thành công 90%, dù thời gian theo dõi có thể kéo dài.

Trong tiến trình thực hiện việc theo dõi, cần thực hiện siêu âm lặp lại để đánh giá sự tống xuất của mô thai.

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.

Định lượng β -hCG có thể có ích, nhằm tìm sự giảm đến 80% nồng độ trong 1 tuần sau khi khối được tống xuất ở lần đầu. Lưu ý không cần chờ giảm đến 0.

Khi quyết định điều trị theo cách theo dõi diễn tiến, phải thông tin trước cho bệnh nhân về khả năng phải điều trị nội khoa hoặc hút lòng tử cung.

Chăm dứt thai kỳ nội khoa bằng misoprostol

Điều trị nội khoa bằng misoprostol thường được lựa chọn cho thai lưu hoặc trứng trống.

Misoprostol là một prostaglandin E₁ có khả năng gây co bóp tử cung mạnh. Trong điều trị sảy thai lưu, misoprostol có thể được dùng với liều 400 μ g hoặc 800 μ g.

Các nghiên cứu so sánh dùng misoprostol với các liệu khác nhau và các đường dùng khác nhau cho điều trị thai nghén thất bại sớm⁴ đã dẫn đến khuyến cáo sử dụng 800 μ g misoprostol đường đặt âm đạo khởi đầu, và có thể lặp lại nếu cần thiết.

Không khuyến cáo dùng phối hợp Selective Progesterone Receptor Modulator (SPRM) với misoprostol trong điều trị thai nghén thất bại sớm vì hiệu quả không rõ ràng, và tăng chi phí điều trị. Trong tuyệt đại đa số các trường hợp, có thể đạt được kết quả tống xuất mong muốn mà không cần phải phối hợp với SPRM.

Xử lý thai nghén thất bại sớm bằng nội khoa giúp gây sảy thai nhanh hơn chọn lựa theo dõi. Chảy máu và đau bụng có thể xuất hiện trong vòng 2-6 giờ sau khi bắt đầu dùng thuốc, nhưng triệu chứng này sẽ tự ổn định sau 3-5 giờ.

Chăm dứt thai kỳ ngoại khoa bằng hút lòng tử cung

Điều trị hút lòng tử cung là một thủ thuật ngoại khoa, cũng có thể được lựa chọn cho thai lưu hoặc trứng trống.

Ưu điểm của phương pháp này là thực hiện nhanh chóng, rút ngắn theo dõi sau đó, ít mất máu.

Nhược điểm của hút lòng tử cung là khả năng có thể có nhiễm trùng hay thủng tử cung.

Tuy nhiên, cần lưu ý rằng thai phụ chọn lựa phương pháp này phải được cung cấp thông tin đầy đủ về các biến chứng của thủ thuật như thủng tử cung, nhiễm trùng có thể xảy ra.

Tóm lại, cách xử trí thai nghén thất bại sớm tùy thuộc vào từng dạng lâm sàng.

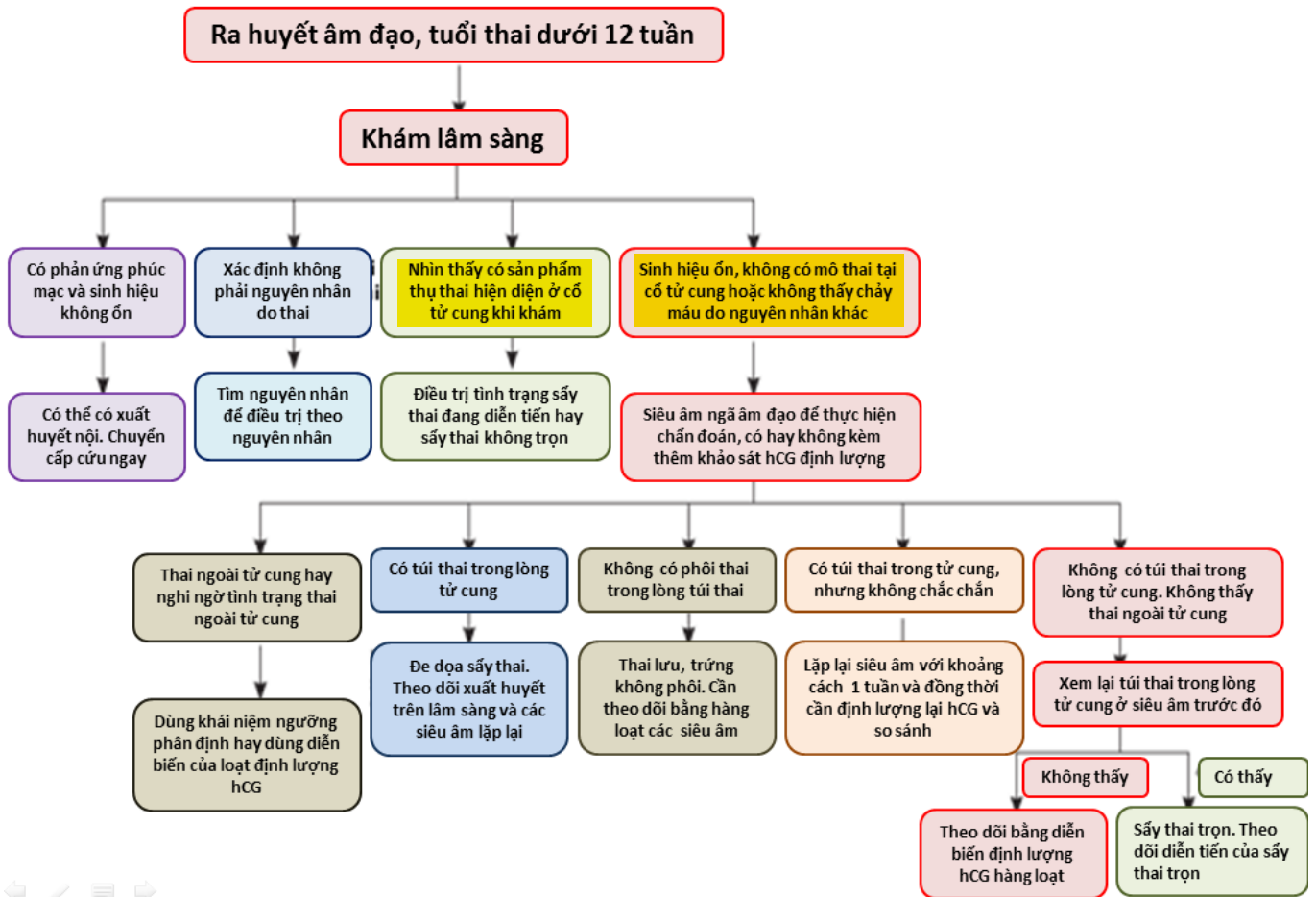
Thai phụ cần được thông tin đầy đủ về các cách điều trị trước khi quyết định thực hiện một tiến trình điều trị.

⁴ Một nghiên cứu ngẫu nhiên được thực hiện gần đây so sánh dùng misoprostol 400 μ g với 800 μ g đường đặt âm đạo cho thấy: tuy rằng (1) liều cao rút ngắn thời gian hoàn tất và giảm sử dụng liều thứ nhì, nhưng (2) tỉ lệ thành công là tương đương (83.2% so với 87.8%), và (3) liều thấp gây ít tác dụng phụ hơn.

Đa số các nghiên cứu đều chỉ ra rằng (1) liều cao hiệu quả hơn liều thấp, (2) đường đặt âm đạo hoặc đường ngâm dưới lưỡi hiệu quả hơn đường uống. Đường ngâm dưới lưỡi có thể gây tiêu chảy.

Do đó, khuyến cáo mới nhất cho điều trị thai nghén thất bại sớm là sử dụng 800 μ g misoprostol đường đặt âm đạo khởi đầu, và có thể lặp lại nếu cần thiết.

Lưu đồ tiếp cận chẩn đoán thai nghén thất bại sớm



Lưu đồ 1: Lưu đồ tiếp cận chẩn đoán thai nghén thất bại sớm

Triệu chứng lâm sàng nói chung của nhóm bệnh thai nghén thất bại sớm thường là ra huyết âm đạo và đau bụng âm ỉ.

Bước tiếp cận đầu tiên là tìm các dấu hiệu lâm sàng. Việc khám lâm sàng giúp ích để phân loại từng dạng lâm sàng của thai nghén thất bại sớm. Tuy nhiên do sự nghèo nàn của các triệu chứng nên siêu âm đóng một vai trò quan trọng trong việc phân biệt các thể loại của thai nghén thất bại sớm.

Siêu âm có thể cung cấp thông tin chi tiết về tình trạng túi thai, từ đó giúp phân loại các tình trạng thai nghén thất bại sớm.

Nguồn: Bộ môn Phụ Sản, ĐHY Dược TP HCM