Bệnh án thai ngoài tử cung

Trần Minh Tiến, Y12D/22

**BỆNH ÁN**

1. **HÀNH CHÍNH**

* Họ và tên BN: HUỲNH THỊ NGỌC P.
* Giới: nữ
* Năm sinh: 1981 (36 tuổi)
* PARA: 1011
* Nghề nghiệp: giáo viên
* Địa chỉ: huyện Cái Bè, tỉnh Tiền Giang
* Đến khám lúc 0h5’ ngày 8/12/2017

1. **LÝ DO ĐẾN KHÁM – NHẬP VIỆN**

* Lý do đến khám: đau bụng + ra huyết âm đạo/trễ kinh
* Lý do nhập viện: theo dõi thai ngoài tử cung (T)/VMC MLT

1. **TIỀN CĂN**
2. **Bản thân**

* Ngoại khoa: mổ lấy thai năm 2006
* Nội khoa: không THA, ĐTĐ, hay các bệnh lý nội khoa khác
* Phụ khoa:

+ Kinh đầu năm 19 tuổi, chu kì kinh đều 28 – 30 ngày, mỗi lần hành kinh 3 ngày, máu đỏ sẫm, lượng vừa (#3BVS/ngày nhiều), đau hạ vị, đau lưng mức độ ít mỗi khi hành kinh, không uống thuốc.

+ Viêm nhiễm phụ khoa: không

+ Tiền căn phẫu thuật ở vòi trứng: không

+ Biện pháp tránh thai: bao cao su, chưa từng dùng thuốc tránh thai khẩn cấp

* Sản khoa

+ Lập gia đình năm 25 tuổi

+ PARA 1011

* 2006: sinh mổ do ngôi mông, đủ tháng, bé 2900g, hậu phẫu 7 ngày; trong thai kì không ghi nhận có tiền sản giật, đái tháo đường thai kì.
* 2007: phá thai do vỡ kế hoạch, lúc thai 5-6 tuần, hút thai
* BN còn mong con

+ Chưa từng bị thai ngoài tử cung, chưa từng được sử dụng các kĩ thuật hỗ trợ sinh sản

* Không uống rượu, không hút thuốc lá

1. Gia đình

* Cha bị đái tháo đường type 2

1. **BỆNH SỬ**
2. **Bệnh sử lần này**

* Kinh áp chót: 12/9/2017
* Kinh chót: 14/10/2017
* Ngày 1/12/2017 (cách NV 7 ngày), bệnh nhân thấy trễ kinh đã hơn 2 tuần nên thử que QS , kết quả QS (+) 🡪 đi khám tại phòng khám phụ khoa ở Tiền Giang, siêu âm bụng không thấy hình ảnh túi thai trong tử cung.
* 21h ngày 6/12, BN đang nghỉ ngơi thì bắt đầu thấy đau bụng vùng hạ vị lệch trái, không lan, đau âm ỉ, liên tục, không tư thế giảm đau, kèm BN thấy ra huyết âm đạo, lượng vừa, đỏ tươi, không giống máu kinh, không hoa mắt, chóng mặt. Đến trưa ngày 7/12, BN ngưng ra huyết âm đạo, đã thay 2 BVS (ướt đẫm), đau bụng vẫn còn, tăng dần mức độ 🡪 đi khám tại PK tư, được chẩn đoán theo dõi TNTC (T). BN được hướng dẫn đến khám tại BV Từ Dũ.

1. **Tình trạng lúc nhập viện**

* Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, da niêm hồng
* Sinh hiệu: mạch 92 lần/phút – huyết áp 130/80mmHg – thở 20 lần/phút – nhiệt độ 370C
* Thể trạng trung bình: 50kg, 155cm, BMI = 20,81 kg/m2
* Bụng mềm, phản ứng dội (-); tim phổi chưa ghi nhận bất thường.
* Khám phụ khoa: âm hộ bình thường, âm đạo huyết sậm, cổ tử cung đóng, tử cung kích thước bình thường, phần phụ T ấn đau.
* Các CLS đã thực hiện (8/12)
* β-hCG: 2881,5 mUI/mL
* Siêu âm qua ngã âm đạo

+ Tử cung hướng trung gian, dAP = 52mm

+ Nội mạc tử cung 8mm, mật độ đều

+ Buồng trứng P bình thường

+ Buồng trứng T bình thường, cạnh buồng trứng T có khối echo hỗn hợp, kích thước 45x31mm.

+ Cùng đồ có dịch

+ Hai hố chậu có dịch: bên T 18mm, bên P 36mm

Kết luận: theo dõi TNTC (T), dịch hai hố chậu

* CTM

+ Không thiếu máu: RBC 4,37 M/μL – HGB 13,1 g/dL – Hct 38,2% - MCV 87,4 fL – MCH 30,8 pg

+ Bạch cầu tăng nhẹ WBC 11,09 K/μL, ưu thế NEU 74,2%

+ Tiểu cầu bình thường PLT 253 K/μL

* Nhóm máu: A+
* Chức năng đông máu bình thường: PT 12,8 giây – INR 1,03 – APTT 33,3 giây
* Sinh hóa máu:

+ Đường huyết tăng nhẹ 6,2mmol/l [3,6-5,6]

+ Các chỉ số còn lại trong giới hạn bình thường:

Urea 1,9 mmol/l

Creatinin huyết thanh 6,2 μmol/l

Albumin 46 g/l

AST 11 U/L

ALT 14 U/L

* Anti HIV (-)
* Chẩn đoán lúc vào viện: theo dõi TNTC (T)/VMC MLT
* Xử trí: theo dõi, cho nhập khoa Nội soi

1. **Diễn tiến lâm sàng:** đến lúc khám 8h, 8/12/2017

* Không ra huyết âm đạo
* Còn đau bụng
* Tiểu vàng trong, không gắt buốt; tiêu phân vàng đóng khuôn

1. **KHÁM**

Lúc 8h, ngày 8/12/2017, phòng 610, khoa Nội soi, BV Từ Dũ

1. **Tổng trạng**

* Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
* Da niêm hồng
* Sinh hiệu:
* Thể trạng trung bình: cao 155cm, nặng 50kg, BMI 20,81 kg/m2
* Sinh hiệu: mạch 88 lần/phút – huyết áp 120/80mmHg – thở 20 lần/phút – nhiệt độ 370C
* Không phù, không dấu xuất huyết, hạch ngoại vi không sờ chạm

1. **Khám các cơ quan**

* Đầu mặt cổ: cân đối, tuyến giáp không to, khí quản không lệch, họng sạch, không vẻ mặt nhiễm trùng, tĩnh mạch cổ không nổi (tư thế đầu cao 450)
* Ngực cân đối, di động tốt theo nhịp thở, không sẹo mổ, không tuần hoàn bàng hệ

+ Khám tim: mỏm tim KLS IV, đường trung đòn T, nảy mạnh, diện đập 1x1cm, tần số 88 lần/phút; không dấu nảy trước ngực, dấu Harzer (-), không rung miêu, tiếng tim T1, T2 đều rõ, không tiếng tim bất thường, không âm thổi.

+ Khám phổi: thở đều, không co kéo cơ hô hấp phụ, rung thanh đều hai bên, gõ phổi trong, rì rào phế nang êm dịu hai phế trường, không ran phổi.

* Bụng:

+ Bụng cân đối, có sẹo mổ lấy thai dọc đường giữa 15cm, lành sẹo tốt

+ Sờ bụng mềm, đau ở vùng hạ vị lệch trái, phản ứng dội (-)

+ Chiều cao gan 8cm đường trung đòn P

+ Lách, thận không sờ chạm

+ Cầu bàng quang (-)

1. **Khám phụ khoa**

* Không thực hiện do trong thai ngoài tử cung nên hạn chế thăm khám âm đạo, vì có thể gây vỡ khối thai ngoài tử cung
* BN này đã được thăm khám âm đạo tại cấp cứu: âm hộ ít huyết sậm, cổ tử cung đóng.

1. **TÓM TẮT BỆNH ÁN – ĐẶT VẤN ĐỀ**
2. **Tóm tắt bệnh án**

Bệnh nhân nữ, 36 tuổi, PARA 1011, nhập viện lúc 0h5’ ngày 8/12/2017 vì đau bụng + ra huyết âm đạo, hỏi bệnh sử và khám lâm sàng ghi nhận các bất thường sau:

* Triệu chứng cơ năng:

+ Trễ kinh hơn 2 tuần, QS (+)

+ Ra huyết âm đạo, lượng vừa, đã ngưng.

+ Đau bụng vùng hạ vị lệch trái

* Triệu chứng thực thể

+ Sinh hiệu ổn, da niêm hồng

+ Phản ứng dội (-), ấn đau vùng hạ vị lệch trái

+ Âm đạo ít huyết sậm, cổ tử cung đóng

* Tiền căn: mổ lấy thai năm 2006 do ngôi mông
* CLS đã thực hiện

+ β-hCG (8/12): 2881,5 mUI/mL

+ Siêu âm qua ngã âm đạo: lòng tử cung trống, NMTC 8mm, cạnh buồng trứng T có khối echo hỗn hợp 45x31mm; có dịch cùng đồ và hai hố chậu.

+ Không thiếu máu

1. **Đặt vấn đề**

Bệnh nhân này có các vấn đề sau:

1. Trễ kinh, ra huyết âm đạo, đau hạ vị lệch trái
2. β-hCG 2881,5 mUI/mL + lòng tử cung trống + có khối echo hỗn hợp cạnh buồng trứng T
3. **BIỆN LUẬN LÂM SÀNG**
4. **Trễ kinh, ra huyết âm đạo, đau hạ vị lệch trái**

* BN trễ kinh, thử QS (+) chứng tỏ BN có thai
* Trên một người có thai kèm theo có ra huyết âm đạo, đau bụng nghĩ tới những nguyên nhân như: sẩy thai, thai ngoài tử cung, thai trứng.
* Các hình thái của sẩy thai (dọa sẩy thai, sẩy thai khó tránh, sẩy thai tiến triển): rong huyết là triệu chứng nổi bật; có sự song hành của rong huyết và đau bụng. BN này đau bụng âm ỉ, ra huyết âm đạo đỏ tươi, lượng vừa, không giống máu kinh. Nếu là sẩy thai, BN có ra huyết đỏ tươi thì sẩy thai đang ở giai đoạn sẩy thai diễn tiến, khi đó BN phải đau bụng dữ dội, từng cơn. BN này đã ngưng ra huyết nhưng vẫn còn đau bụng âm ỉ nên không nghĩ đến sẩy thai.
* Thai trứng: không nghĩ, do bệnh cảnh điển hình của thai trứng thường xuất hiện ở 2 đầu của lứa tuổi sinh sản, thường biểu hiện rong huyết kéo dài, không đau bụng, khám thấy tử cung lớn hơn tuổi thai, kèm theo BN có triệu chứng như nghén nặng, tiền sản giật, cường giáp.
* Thai ngoài tử cung: nghĩ nhiều.

+ Trong TNTC, đau bụng là triệu chứng nổi bật, đau âm ỉ, liên tục, lệch một bên, ngày càng tăng và không có sự song hành của đau bụng với ra huyết âm đạo, do máu chảy rỉ rả chủ yếu vào ổ bụng qua loa vòi.

+ Hơn nữa, siêu âm qua ngã âm đạo thấy lòng tử cung trống, cạnh buồng trứng T lại thấy có khối echo hỗn hợp, có dịch ở hai hố chậu nên nghĩ nhiều đến nguyên nhân thai ngoài tử cung.

1. **β-hCG 2881,5 mUI/mL + lòng tử cung trống + có khối echo hỗn hợp cạnh buồng trứng T**

* β-hCG 2881,5 mUI/mL, vượt ngưỡng phân định để có thể thấy thai trong tử cung nếu thật sự là thai trong tử cung. Nhưng, SÂ lòng tử cung trống, cạnh buồng trứng T có khối echo hỗn hợp nên nghĩ rất nhiều đến thai ngoài tử cung.
* Tuy nhiên, trên BN này vẫn còn mong con, chẩn đoán TNTC không thể dựa vào một chỉ số β-hCG 1 thời điểm, cần theo dõi động học β-hCG 🡪 đề nghị làm lại β-hCG + siêu âm qua ngã âm đạo sau 48 giờ (10/12)
* Nếu là TNTC thì nghĩ nhiều hiện chưa vỡ, do BN không đau bụng nhiều, huyết động vẫn ổn định, phản ứng dội (-).

1. **ĐỀ NGHỊ CLS VÀ KẾT QUẢ**
2. Đề nghị CLS: β-hCG và siêu âm qua ngã âm đạo (10/12)
3. Kết quả CLS

* β-hCG: 3150 mUI/mL
* TVS:

+ Tử cung hướng trung gian, dAP = 52mm

+ Nội mạc tử cung 6 mm, mật độ đều

+ Buồng trứng P bình thường

+ Buồng trứng T bình thường, cạnh buồng trứng T có khối echo hỗn hợp, kích thước 50x45mm.

+ Cùng đồ có dịch

Kết luận: theo dõi TNTC (T)

Biện luận: sau 2 ngày, nồng độ β-hCG tăng lên từ 2881 🡪 3150 mUI/mL, không tăng lên gấp đôi sau 48h 🡪 giúp củng cố thêm chẩn đoán thai ngoài tử cung.

1. **CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH**

Thai ngoài tử cung (T)/VMC MLT

1. **ĐIỀU TRỊ**

* Mặc dù hiện huyết động của BN vẫn ổn, khối TNTC chưa vỡ, β-hCG < 5000 mUI/mL nhưng kích thước khối thai > 3.5cm 🡪 không thỏa tiêu chuẩn điều trị nội khoa bằng MTX
* BN vẫn mong con, nên phương pháp phẫu thuật được hướng đến nhiều nhất là phẫu thuật xẻ vòi trứng bảo tồn.
* Sau phẫu thuật, định lượng lại β-hCG sau 3 ngày, nếu β-hCG giảm hơn 20% so với β-hCG trước phẫu thuật 🡪 bảo tồn thành công, BN không có nguy cơ sót nguyên bào nuôi.

1. **TIÊN LƯỢNG**

* Tùy vào diễn tiến phẫu thuật, nếu vòi trứng tổn thương nặng, có thể phải phẫu thuật cắt vòi trứng bên T cùng với khối TNTC.