THAI NGOÀI TỬ CUNG

# Yếu tố nguy cơ

1. TIỀN SỬ BỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG
2. Tổn thương vòi trứng: quan trọng nhất
   * Bẩm sinh: bất thường giải phẫu của vòi trứng: polyp, túi thừa
   * Mắc phải: nhiểm, ko nhiễm
     + 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
3. Các yếu tố nội tiết ảnh hưởng hoạt động vòi trứng
   * Tránh thai khẩn cấp dùng progestin (levonorgestrel)
   * Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản: kích thích rụng trứng, thụ tinh trong ống nghiệm và chuyển phôi
4. Hút thuốc lá

# Chẩn đoán TNTC

## Trên lâm sàng

Theo anh Quang: Đau bụng và ra huyết âm đạo bất thường/BN có thai 3 tháng đầu: có 3 khả năng là thai ngoài, thai trứng, sảy thai/dọa sảy thai

* Thai trứng: nếu có dấu hiêuu lâm sàng thai trứng (nghén nhiều, cường giáp, TSG, tử cung to) thì nghĩ nhiều; nhưng ko có cũng ko loại trừ trên lâm sàng, mà phải dùng siêu âm, b-hCG
* 2 bệnh còn lại

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sảy thai** | **TNTC** |
| Cơ chế | Túi thai trong tử cung bong tróc ra, dễ chảy máu ra ngoài âm đạo  Đau chỉ XH khi tử cung co bóp tống xuất khối thai ra | Khối thai ngoài nếu XH thì dễ XH qua loa vòi vào ổ bụng hơn là ra ngoài  Ống dẫn trứng là tạng rỗng, khi căng dãn gây đau |
| Biểu hiện | Ra huyết là triệu chứng nổi bật, đầu tiên  Đau bụng là thứ phát sau ra huyết, diễn tiến song hành với ra huyết (XH tăng thì đau tăng và ngược lại)   * Vị trí đau ở giữa hạ vị * Đau có thể giảm khi XH giảm * Song hành với XH | Ra huyết: ngày có ngày ko, ko nổi bật  Đau bụng là triệu chứng nổi bật, đầu tiên   * Vị trí đau ở hạ vị lệch 1 bên * Đau ngày càng tăng, ko giảm * Không song hành với ra huyết |

Theo TBL:

* Tam chứng trong TNTC là trễ kinh (90%), đau hạ vị (99%), ra huyết âm đạo (50%) 🡪 có thể gặp trong 3 bệnh cảnh như trên
* Pé h nghĩ: nếu đưa b-hCG và siêu âm ngã âm đạo đã làm rồi vô, thì chỉ biện luận dựa vào CLS thôi, đâu cần nói mấy cái bên trên nữa

Mô tả bệnh cảnh lâm sàng của TNTC

* Chưa vỡ:
  + Tam chứng: trễ kinh, đau bụng, ra huyết âm đạo
  + Khám: sờ thấy khối cạnh tử cung trong 50%, có thể sờ được khối bên đối diện (nang hoàng thể); tử cung mềm và to hơn bình thường, nhỏ hơn tuổi thai
* Vỡ: bệnh cảnh XH nội
  + “XH”: tri giác, mạch, HA, da xanh, niêm tái nhợt, …
  + “nội”:
    - TCCN: đau bụng dưới nhiều, tăng dần
    - TCTT: khám bụng thấy căng hoặc lình 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
    - CLS: dịch ổ bụng 300 ml

***Lưu ý:*** XH âm đạo có thể giải thích bằng 2 giả thuyết:

* 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 🡪 sự yếu kém trong củng cố nội mạc tử cung làm nội mạc bị bong tróc từng phần
* do máu từ vòi trứng rỉ vào buồng tử cung

## Trên CLS

Chiến lược tiếp cận XH 3 tháng đầu thai kỳ:

* Siêu âm qua ngã âm đạo là biện pháp sơ cấp:
  + nếu thấy túi thai trong lòng tử cung (hình vòng đôi của quầng nguyên bào nuôi, yolk sac, phôi thai, tim thai) hoặc ở phần phụ thì chẩn đoán ok rồi;
  + khi thấy túi thai thì việc tiếp theo là đánh giá tính sinh tồn của thai
* b-hCG định lượng là biện pháp thứ cấp. Dựa vào 2 khái niệm
  + Ngưỡng phân định của nồng độ b-hCG huyết thanh: là khái niệm cốt lõi. Ngưỡng thường dùng là 1.500-2.000 mUI/mL với đơn thai trong lòng tử cung, 3000 mUI/mL đối với song thai (ngưỡng β hCG với siêu âm ngã bụng là > 6500 mUI/mL: phác đồ)
    - B-hCG dưới ngưỡng + SA ko thấy túi thai trong tử cung: chẩn đoán thai chưa xác định vị trí 🡪 làm lại b-hCG và siêu âm sau 48h
    - B-hCG trên ngưỡng + SA ko thấy túi thai trong tử cung: nghĩ nhiều TNTC
  + Động học của b-hCG
    - nếu β-hCG tăng <53% trong 2 ngày, nghĩ đến 2 khả năng:
      * thai trong tử cung với diễn biến bất thường
      * thai ngoài tử cung
    - nếu β-hCGhuyết thanh giảm <20% mỗi 2 ngày, nghĩ đến 2 khả năng:
      * Còn tồn tại sản phẩm thụ thai
      * Có thai ngoài tử cung

Đặc điểm siêu âm của TNTC và thai trong tử cung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Mô tả** | **TNTC** | **Thai trong tử cung** |
| Nội mạc tử cung | Mỏng/vừa/dày | Mỏng < 5mm | Dày > 12mm |
| Lòng tử cung | Túi thai/khối echo hỗn hợp/ứ dịch | Không thấy túi thai | Túi thai, khối echo hỗn hợp |
| Khối cạnh tử cung/buồng trứng: yếu tố quan trọng nhất | Khối echo hỗn hợp/túi thai có phôi, tim thai/echo trống bờ dày giống túi thai (có yolk sac) | Khối echo hỗn hợp/túi thai có phôi, tim thai/echo trống bờ dày giống túi thai (có yolk sac) |  |
| Dịch ổ bụng | Không có/ít dịch ở cùng đồ/dịch nhiều hơn: ở hố chậu 🡪 ổ bụng, rãnh gan thận | Có dịch ổ bụng (nếu SA mô tả luôn: dịch có phản âm ko đều, nghĩ máu thì càng tốt; người bình thường cũng có thể có ít dịch, nhưng chỉ là dịch đơn thuần, ko phản âm) |  |

***Lưu ý***: động học của β-hCG có thể giúp có được một ý niệm về hoạt động của nguyên bào nuôi, nhưng không thể có được một ý niệm trực tiếp về tình trạng thai

# Điều trị

3 cách xử trí thai ngoài tử cung:

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

Áp dụng khi có đầy đủ các tiêu chuẩn sau: Rồi Hòa Làm Sao Rồi Quậy: rupture, hemodynamic, level hCG, size, wish

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Theo dõi | MTX đơn liều (nội) | MTX đa liều | Ngoại |
| Rupture | Chưa vỡ | | | Vỡ |
| Hemo | Ổn định | | | Ko ổn |
| Level HCG | < 1.000 và giảm dần | <5000 | 5000-10.000 |  |
| Size | <2cm | <3.5, ko có phôi, tim | <5 cm (3cm nếu đoạn kẽ) |  |
| Wish |  | BN mong muốn diều trị nội | | Có các yếu tố khác có thể giải quyết bằng ngoại khoa   * Hiếm muộn do nguyên nhân vòi trứng cần cắt bỏ và có kế hoạch IVF * Mong muốn triệt sản |
|  |  | CCĐ: các lý do trên + CCĐ MTX, ko theo dõi sau điều trị | | Chỉ định khi: CCĐ dùng MTX, hay MTX thấy bại |

## Theo dõi

* Bệnh nhân có huyết động học ổn định
* Thai ngoài tử cung chưa vỡ
* Siêu âm có kích thước khối thai ngoài tử cung < 2cm
* β-hCGhuyết thanh < 1.000 mUI/mL và giảm dần theo thời gian

## Điều trị nội

Áp dụng khi thỏa đầy đủ các tiêu chuẩn: TBL

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

chọn MTX đơn hay đa liều: theo phác đồ

* **điều trị MTX đơn liều**
  + Kích thước khối thai < 3 – 4 cm, không có phôi thai, tim thai trong khối TNTC (qua siêu âm)  
    Nồng độ βhCG < = 5000 mIU / ml.
* **điều trị MTX đa liều**
  + Kích thước khối thai < 5 cm (qua siêu âm); TNTC đoạn kẽ < 3cm.
  + Nồng độ βhCG > 5.000 mIU / ml và < = 10.000 mIU / ml.

Chống chỉ định:

* Huyết động học không ổn định, hoặc thai ngoài tử cung vỡ. Bệnh nhân không muốn điều trị nội khoa
* CCĐ liên quan MTX
  + Quá mẫn với MTX
  + BC dưới 3.000/mm3; suy giảm miễn dịch
  + Tiểu cầu dưới 100.000/mm3
  + Suy chức năng gan (AST, ALT > 100)
  + Suy thận
  + Bệnh phổi đang tiến triển
  + Loét dạ dày đang tiến triển
  + Đang cho con bú
  + Có thai trong tử cung cùng tồn tại với thai ngoài tử cung (thường thấy sau sinh sản hỗ trợ với chuyển nhiều phôi)
* Không có điều kiện theo dõi điều trị
  + 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

Cách dùng thuốc

* Phác đồ đơn liều: MTX 50 mg /m2 bề mặt da (BSA) hay 1mg/kg
* Phác đồ đa liều
  + Đa liều cố định: giống phác đồ đơn hóa trị/thai trứng: đa liều cố định
    - N 1, 3, 5, 7: MTX 1mg/kg
    - N 2, 4, 6, 8: Folinic Acid 0,1mg/kg
  + Đa liều thay đổi: N1, 2 giống đa liều cố định; sau đó N3, 5, 7 cho làm lại b-hCG
    - Nếu giảm < 15% so với lần XN trước đó 🡪 MTX
    - Nếu giảm > 15%, theo dõi β hCG mỗi tuần đến khi < 5mUI/mL

Theo dõi sau điều trị MTX:

* Lâm sàng: đau bụng
  + N2 – N3 sau khi tiêm thuốc, có thể bệnh nhân thấy đau bụng tăng lên do
    - Sẩy thai qua loa, hoặc
    - Căng dãn của vòi trứng do tụ máu

Đau sẽ giảm dần vào các ngày sau, có thể cho thuốc giảm đau.

* + Nếu đau càng lúc càng nhiều lên 🡪 làm siêu âm, công thức máu, và khám lâm sàng để đánh giá lại tình trạng huyết động học xem có xuất huyết nội không
* CLS
  + Định lượng β-hCG
    - N 1, 4, 7: β hCG.
      * Nếu β hCG giảm < 15 % từ N4 – N7 🡪 liều MTX thứ 2
      * Nếu β hCG giảm > 15 % từ N4 – N7 🡪 β hCG mỗi tuần đến khi < 5 mUI /ml.
    - N 14: β hCG
      * Nếu β hCG giảm < 15 % từ N7 – N 14 🡪 liều MTX thứ 3
      * Nếu β hCG giảm > 15 % từ N7 – N14 🡪 β hCG mỗi tuần đến khi < 5 mUI / ml.
    - N21 và N28: Nếu sau 3 liều MTX mà βhCG giảm < 15 % 🡪 chỉ định nội soi ổ bụng
    - 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
  + Siêu âm: Không nên sử dụng siêu âm là phương tiện theo dõi 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)
    - Giá trị: 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.

***Lưu ý:*** TNTC vỡ vẫn có thể xảy ra ngay khi βhCG và progesterone thấp hoặc đang giảm 🡪 theo dõi đến βhCG < 5mUI/mL

## Ngoại khoa

Điều trị ngoại khoa là lựa chọn bình đẳng với nội khoa khi thai ngoài tử cung chưa vỡ. Các tình huống mà trong đó điều trị ngoại khoa là bắt buộc hay điều trị thiên lệch rất nhiều về phía ngoại khoa:

* Có chống chỉ định điều trị nội khoa
  + Thai ngoài tử cung đã vỡ hoặc chưa vỡ nhưng huyết động học không ổn định
  + Có thai trong tử cung cùng tồn tại
  + Có các yếu tố khác có thể giải quyết bằng ngoại khoa
    - Có bệnh lý hiếm muộn do nguyên nhân vòi trứng cần cắt bỏ và có kế hoạch làm thụ tinh trong ống nghiệm
    - Mong muốn triệt sản
* Chống chỉ định dùng MTX
* Điều trị MTX thất bại

2 phương pháp điều trị ngoại khoa

* Cắt vòi trứng toàn phần: được thực hiện cho các trường hợp sau:
  + Bệnh nhân không còn muốn có thai trong tương lai

Cách nhớ: tổn thương vòi trứng trước đó 🡪 TNTC cùng bên 🡪 thai lần này có HRS

* + Sợ vòi trứng đã tổn thương hoặc sẽ tổn thương nhiều
    - Tổn thương nặng vòi trứng
    - TNTC tái phát ở vòi trứng cùng bên
    - Khối thai ngoài tử cung to > 5 cm
  + Thai ngoài tử cung vỡ, huyết động học ko ổn định, ko cầm máu được
* Xẻ vòi trứng bảo tồn: Dùng khi BN còn muốn có thêm con, muốn giữ lại vòi trứng.
  + Nguy cơ sót tế bào nuôi sau xẻ vòi trứng bảo tồn là 3-20% 🡪 cần định lượng β-hCG sau mổ 3 ngày
    - Nếu giảm >20% so với β-hCG trước mổ thì bảo tồn thành công, định lượng β-hCG hàng tuần cho đến khi âm tính.
    - Nếu β-hCG sau mổ 3 ngày giảm <20% hoặc tăng trở lại sau ngày thứ 7 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

# Linh tinh

* 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
* 75 -80% thai ngoài tử cung là ở đoạn bóng, 12% ở đoạn eo, 6-11% ở đoạn loa và 2% ở đoạn kẽ
* Diễn tiến tự nhiên của thai ở vòi trứng sẽ theo một trong 3 khả năng:
  + Vỡ vòi trứng
  + Sẩy qua loa vòi
  + Thoái triển
* Diễn tiến b-hCG bình thường trong thai kỳ
  + 7 ngày sau thụ thai có thể phát hiện đầu tiên trong máu.
  + Tại thời điểm trễ kinh: 100 mUI/mL.
  + Đỉnh cao tuần 8 - 10: 100.000 mUI/mL.
  + Sau đó giảm dần tới tuần 18 – 20 rồi ổn định đến cuối thai kỳ: 10.000-20.000 mUI/mL.