**BÀI SOẠN CÂU HỎI NHỎ - KHOA MOLE**

1. **Định nghĩa thai trứng nguy cơ cao.**

* Sau hút nạo thai trứng, hơn 80% BN sẽ trở về bình thường, 15% diễn tiến thành thai trứng xâm lấn, 5% diễn tiến thành ung thư nguyên bào nuôi.
* Theo GOLDSTEIN, được gọi là thai trứng nguy cơ cao khi có 1 trong 5 yếu tố sau:

+ Tuổi mẹ > 40

+ Có nang hoàng tuyến to ở một hoặc hai bên buồng trứng > 6cm

+ β-hCG > 100.000 mIU/mL

+ Tử cung lớn hơn tuổi thai

+ Có một trong những bệnh lý sau (5): tiền căn có bệnh lý nguyên bào nuôi, tiền sản giật, cường giáp, rối loạn đông máu, thuyên tắc tế bào nuôi.

1. **Chuẩn bị và thủ thuật hút nạo thai trứng**
2. Trước thủ thuật

* Bộ xét nghiệm tiền phẫu:
* Công thức máu, nhóm máu, Rh
* Đông máu toàn bộ
* Chức năng gan (AST, ALT), thận (BUN, creatinin), tuyến giáp (TSH, fT4)
* Ion đồ
* Tổng phân tích nước tiểu
* X quang ngực thẳng
* Nếu có các biến chứng thiếu máu nặng, cường giáp, tiền sản giật, rối loạn nước – điện giải thì điều trị nội khoa trước khi hút nạo

1. Thủ thuật hút nạo thai trứng: phác đồ BV Từ Dũ 2015

* Tiền mê/gây tê
* Truyền tĩnh mạch: Glucose 5%/Lactate Ringer/Natri clorid 0,9%
* Nếu CTC đóng: nong CTC đến số 8-12
* Hút thai trứng bằng ống Karman 1 van hay 2 van, hút sạch buồng tử cung
* Sử dụng thuốc co hồi tử cung: truyền tĩnh mạch dung dịch có pha oxytocin
* Lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm mô học: mô trứng, mô nhau
* Sử dụng kháng sinh: sử dụng một trong các kháng sinh sau
* Doxycyclin 100mg: 1 viên x 2 lần/ngày x 5 ngày
* Cephalexin 500mg: 1 viên x 3 lần/ngày x 5 ngày
* Cefadroxil 500mg: 2 viên x 2 lần/ngày x 5 ngày
* Theo dõi sau hút nạo: tổng trạng, mạch, huyết áp, co hồi tử cung, ra huyết âm đạo, đau bụng
* Sau 3 ngày, khám lại thấy tử cung còn to do ứ dịch lòng tử cung nhiều/ còn mô trứng 🡪 nạo kiểm tra lại.

1. Sau thủ thuật

* Tiêm anti-D immunoglobulin nếu BN có Rh (-)
* Theo dõi diễn tiến bằng định lượng β-hCG: 48 giờ sau hút nạo 🡪 1 lần/tuần cho đến khi âm tính 3 lần liên tiếp 🡪 1 lần/tháng cho đến khi âm tính 3 lần liên tiếp.
* Nhận kết quả giải phẫu bệnh
* Tránh thai hiệu quả là bắt buộc
* Hóa trị liệu dự phòng

1. **Chỉ định và điều kiện hóa trị trong thai trứng**

Theo TBL:

* Với hậu thai trứng nguy cơ cao, hóa dự phòng với MTX làm giảm nguy cơ xảy ra bệnh nguyên bào nuôi hậu thai trứng (47,4% 🡪 14,3%), nhưng làm tăng nguy cơ GTD kháng thuốc.
* Hóa dự phòng ở nhóm nguy cơ thấp: không hiệu quả
* Do nguy cơ xảy ra kháng thuốc, đối với BN có khả năng hợp tác tốt, tuân thủ điều trị thì việc theo dõi đơn thuần β-hCG có vẻ tốt hơn thực hiện hóa dự phòng thường quy.

Theo phác đồ BV Từ Dũ 2015

1. Chỉ định:

* Hóa dự phòng với thai trứng nguy cơ cao, dùng phác đồ đơn hóa trị, một đợt duy nhất.
* Methotrexate và Folinic acid (MTX-FA): ít gây tác dụng phụ
* MTX 1mg/kg cách ngày, 4 liều.
* Folinic acid (Leucovorin) 0,1mg/kg; dùng sau 24 giờ mỗi liều MTX
* Actinomycin D 1,25mg/m2: tiêm tĩnh mạch mỗi ngày trong 5 ngày, dùng cho BN có men gan cao.
* MTX 0,4mg/kg (TB) trong 5 ngày; dùng cho BN không có điều kiện ở BV dài ngày, thể trạng tốt, ít có tác dụng phụ.

1. Điều kiện hóa trị: không sử dụng hóa trị khi

* BC < 3000/mm3, trong đó NEU <1500/mm3
* PLT < 100.000/mm3
* AST, ALT > 100 UI/L

1. **Theo dõi lâm sàng khi hóa trị**

Theo dõi các tác dụng phụ của hóa trị

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tác dụng phụ | Biểu hiện | Hướng xử trí |
| Nhiễm độc về huyết học và tủy xương | - Giảm BC  - Giảm 3 dòng  - Thiếu máu | - BC giảm: dùng thuốc nâng BC (Filgrastim)  - Truyền máu: HCL, tiểu cầu |
| Nhiễm độc đường tiêu hóa | - Viêm niêm mạc miệng  - Viêm dạ dày  - Viêm ruột hoại tử | - Nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch hay ăn thức ăn lỏng chia nhiều bữa trong ngày.  - Kháng sinh, vitamin  - Truyền dịch, bù điện giải (nếu cần) |
| Nhiễm độc da | - Rụng tóc  - Tăng dị ứng mẫn cảm | Nếu có dị ứng, dùng kháng histamin, corticoid |
| Nhiễm độc gan | Tăng men gan | - Nếu AST, ALT > 100: ngưng hóa trị.  - Dùng thuốc bảo vệ gan: Biphenyl dimethyl dicarboxylat |

1. **Phác đồ theo dõi hậu thai trứng (BV Từ Dũ 2015)**
2. Theo dõi sau điều trị tại viện

* β-hCG/máu mỗi 2 tuần, cho đến khi âm tính (<5mUI/mL) trong 3 lần liên tiếp
* Sự co hồi tử cung, kích thước nang hoàng tuyến
* Tình trạng ra huyết âm đạo, kinh nguyệt

1. Tiêu chuẩn xuất viện

* β-hCG/máu < 5mUI/mL trong 3 lần liên tiếp
* Tử cung và hai phần phụ bình thường
* Không phát hiện di căn

1. Theo dõi sau khi xuất viện và vấn đề có thai lại sau điều trị thai trứng

* β-hCG/máu: 6 tháng đầu (mỗi tháng 1 lần), 6 tháng tiếp theo (2 tháng 1 lần), 12 tháng sau (3 tháng 1 lần)
* Thời gian theo dõi tối thiểu với thai trứng nguy cơ thấp là 6 tháng và thai trứng nguy cơ cao là 12 tháng.
* Sau thời gian theo dõi, người bệnh được có thai trở lại. Khi có dấu hiệu mang thai, cần đi khám thai ngay, chú ý theo dõi siêu âm và β-hCG/máu đề phòng bị thai trứng lập lại

1. **Tư vấn ngừa thai hậu thai trứng**

* Trong quá trình theo dõi hậu thai trứng, BN bị buộc phải áp dụng một phương pháp ngừa thai hiệu quả. Lý do: không để xuất hiện những triệu chứng lâm sàng, những thông tin về β-hCG và hình ảnh học của thai kì mới làm nhiễu loạn việc theo dõi hậu thai trứng.
* Các biện pháp ngừa thai:
* COCs và medroxy-progesterone acetate tiêm dưới da được khuyến cáo hàng đầu do hiệu quả cao, nếu không có chống chỉ định.
* IUD: hiệu quả tránh thai cao, có tác dụng phụ là rong huyết; rong huyết/IUD làm phải chẩn đoán phân biệt với các thể GTD không kèm tăng cao β-hCG như bệnh nguyên bào nuôi tồn tại (PTD), u nguyên bào nuôi tại vị trí nhau bám (PSTT)

1. **Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh nguyên bào nuôi hậu thai trứng**

* β-hCG/máu bình nguyên (tăng <10%) trong ít nhất 4 lần thử liên tiếp trong 3 tuần theo dõi (ngày 1,7,14,21)
* β-hCG/máu tăng > 10% trong 3 lần thử liên tiếp trong 2 tuần theo dõi (ngày 1,7,14)
* β-hCG/máu còn dương tính sau 6 tháng hút nạo
* Kết quả giải phẫu bệnh là choriocarcinoma