

HƯỚNG DẪN**Chẩn đoán và điều trị Thai ngoài tử cung**

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BVHV ngày 23/5/2014
của giám đốc bệnh viện Hùng Vương)

1. GIỚI THIỆU**1.1 Định nghĩa**

Thai ngoài tử cung là trứng đã thụ tinh làm tổ và phát triển ở 1 vị trí ngoài buồng tử cung

1.2 Tần suất mắc

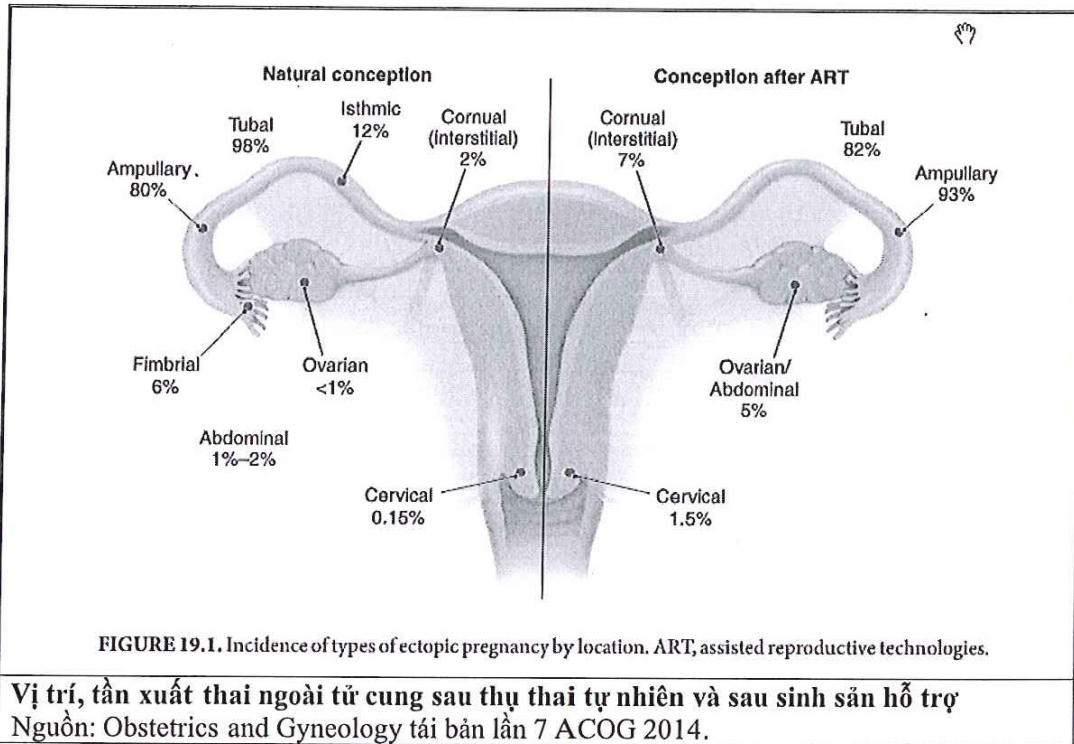
Bình thường phôi làm tổ trong nội mạc của buồng tử cung, nếu phôi làm tổ ở bất cứ vị trí nào khác là thai ngoài tử cung. Hơn 95% thai ngoài tử cung liên quan đến ống dẫn trứng.

Tỷ lệ thai ngoài tử cung ở Mỹ khoảng 1%. Nguy cơ tử vong do thai ngoài tử cung cao gấp 10 lần so với sinh đường âm đạo, cao hơn 50 lần so với nạo thai. Hiểu được rõ ràng những yếu tố gây nên thai ngoài tử cung và các phương pháp cận lâm sàng hiện đại giúp chẩn đoán sớm thai ngoài tử cung có thể giảm tử suất và tăng tỷ lệ khả năng sinh sản cho người phụ nữ.

1.3 Các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Nguy cơ tương đối (RR)
Tiền căn thai ngoài tử cung	3 - 13
Phẫu thuật chỉnh sửa ống dẫn trứng	4
Triệt sản	9
Đặt dụng cụ tử cung	1 - 4,2
Bệnh lý ống dẫn trứng	3,8 - 21
Hiếm muộn	2,5 - 3
Sinh sản hỗ trợ	2 - 8
Tiền căn viêm nhiễm sinh dục	2 - 4
<i>Chlamydia Trachomatic</i>	2
Viêm ống dẫn trứng	1,5 - 6,2
Phá thai trước đó	0,6 - 3
Quan hệ nhiều bạn tình	1,6 - 3,5
Tiền sử mổ sanh	1 - 2,1
Data from Bakken (2007a, b); Barnhart (2006); Bouyer (2003); Gala (2008); Karaer (2006); Virk (2007), and all their colleagues. Tái bản lần 23 <i>Williams Obstetrics</i>	

1.4 Các vị trí thai ngoài tử cung



2. CHẨN ĐOÁN

2.1 Thai ngoài tử cung chưa vỡ

Bệnh sử gồm chu kỳ kinh, tiền căn thai kỳ trước nay, tiền căn vô sinh, sử dụng biện pháp tránh thai, đánh giá yếu tố nguy cơ và triệu chứng lâm sàng hiện tại

2.1.1 Triệu chứng cơ năng, tam chứng điển hình gồm:

- Trễ kinh
- Rong huyết
- Đau hạ vị một bên có thể hai bên, đau âm ỉ, đau nhói, hay đau dữ dội liên tục hoặc từng cơn

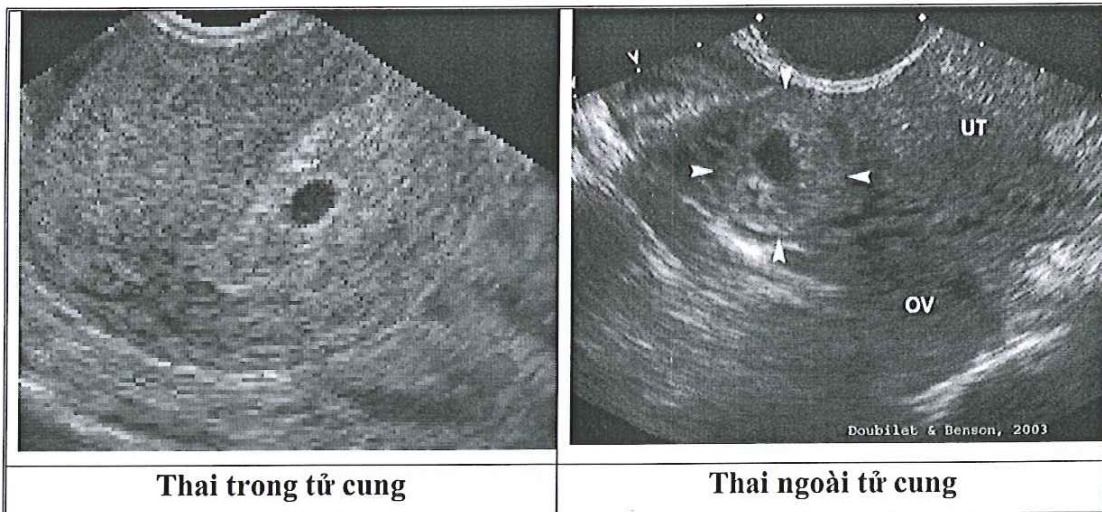
2.1.2 Triệu chứng thực thể:

- Tổng trạng và dấu hiệu sinh tồn bình thường.
- Bụng không căng hay căng nhẹ, có thể có phản ứng dội hoặc không
- Âm đạo ra huyết đen
- Tử cung hơi to mềm giống như có thai bình thường
- Cổ tử cung tím, mềm, đóng.
- Khối cạnh tử cung giới hạn rõ, mật độ mềm, đau (50%)

2.1.3 Cận lâm sàng:

- Định lượng β hCG:

- + Nồng độ β hCG liên quan với tuổi thai. Trong 60 đến 80 ngày tính từ ngày kinh cuối, nồng độ β hCG trong huyết thanh tăng theo hàm số mũ. Sau đó, β hCG trong huyết thanh hằng định ở khoảng 100.000 mIU/ml. Trong giai đoạn sớm của thai kỳ β hCG tăng $\geq 53\%$ sau 48 giờ. Nếu lượng β hCG không tăng $\geq 53\%$ sau 48 giờ nên nghi ngờ thai ngoài tử cung. Khoảng 15% thai trong tử cung có β hCG tăng $< 53\%$ sau 48 giờ và 17% thai ngoài tử cung có β hCG tăng gấp đôi sau 48 giờ. **Nồng độ β hCG tăng không thích hợp là yếu tố gợi ý nhưng chưa đủ để chẩn đoán vị trí thai.**
- + Xét nghiệm β hCG lặp lại sau 48 giờ khi siêu âm không chẩn đoán xác định thai trong hay thai ngoài tử cung và nồng độ β hCG < 1500 mIU/ml. Nếu β hCG tăng gấp đôi là thai sống và siêu âm kiểm tra giúp chẩn đoán tình trạng thai. Nếu sau 48 giờ β hCG không tăng là thai bất thường.
- **Định lượng progesterone trong huyết thanh:** Nếu nồng độ progesteron > 20 ng/ml độ đặc hiệu 40%, độ nhạy 95%. là thai sống. Nồng độ progesteron < 5 ng/ml nghi ngờ thai không phát triển với độ đặc hiệu gần 100%, độ nhạy 60%. **Nồng độ progesterone trong huyết thanh không thể phân biệt thai trong hay thai ngoài.**
- **Siêu âm:**
 - + Với tiến bộ của siêu âm giúp chẩn đoán sớm thai trong tử cung và thai ngoài tử cung.
 - + Siêu âm đầu dò âm đạo có thể nhìn thấy túi thai khi thai được 4-5 tuần tính từ ngày đầu kỳ kinh cuối. Khi thai phát triển sẽ thấy yolk sac ở tuần thứ 5, và phôi thai có tim thai thấy được khoảng 5 1/2 tuần – 6 tuần. Phân biệt với túi thai giả là **túi thai thật có hai vòng đồng tâm được chia bởi khoảng echo kém.**



- + Siêu âm và định lượng β hCG giúp chẩn đoán chính xác. Siêu âm bụng thấy thai sống trong tử cung khi β hCG ≥ 6.500 mIU/ml. Nếu siêu âm đầu dò âm đạo không thấy thai trong tử cung và β hCG thấp 1500 mIU/mL có thể do (1) thai trong tử cung bình thường nhưng quá sớm; (2) thai trong

tử cung bất thường; (3) mới sẩy thai; (4) thai ngoài tử cung, (5) thai không xác định vị trí.

- **Siêu âm Doppler:** giúp phát hiện thai sớm trong tử cung, phân biệt túi thai thật với túi thai giả.
- **Soi ổ bụng:** là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán thai ngoài tử cung, qua soi ổ bụng giúp quan sát ống dẫn trứng dễ dàng. Tuy nhiên *nếu thai quá nhỏ có thể bỏ sót khoảng 2-5%*.
- **Nạo sinh thiết buồng tử cung:**Thực hiện khi thai không thể sống hoặc siêu âm không xác định vị trí thai. Nếu mô nạo tử buồng tử cung có hiện diện của mô nhau giúp việc điều trị sớm.

2.2 Thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng đã vỡ

2.2.1 Triệu chứng cơ năng

- Trễ kinh
- Rong huyết
- Đau hạ vị sắp xiu, có thể đau ở vai hay lưng do xuất huyết trong bụng kích thích cơ hoành

2.2.2 Triệu chứng thực thể

- Choáng mất máu mạch nhanh sau đó huyết áp tụt
- Nhu động ruột giảm hay mất
- Bụng căng đau có phản ứng thành bụng
- Khám âm đạo: Tử cung và phần phụ khó xác định vì đau
- Cùng đồ sau căng đau
- Chọc dò cùng đồ: được dùng rộng rãi để chẩn đoán thai ngoài tử cung, tuy nhiên với sự tiến bộ của siêu âm và β hCG hiện nay chọc cùng đồ ít dùng. Mục đích chọc dò là xác định sự hiện diện của máu không đông trong ổ bụng do thai ngoài tử cung vỡ

2.3 Huyết tụ thành nang

Triệu chứng giống thai ngoài tử cung chưa vỡ:

- Trễ kinh, rong huyết, đau vùng chậu kéo dài có lúc đau nhói rồi giảm đi
- Kích thích bàng quang tiểu gắt nhất
- Kích thích trực tràng: cảm giác mót đi cầu
- Thiếu máu
- Khám thấy cạnh tử cung có một khối giới hạn không rõ, căng đau

2.4 Thai trong ổ bụng

Thai trong ổ bụng có thể nguyên phát hay thứ phát, thứ phát sau thai ngoài tử cung đóng ở loa vòi sẩy vào ổ bụng

Xuất độ hiện mắc 1/10.000-1/25.000 trường hợp sinh sống (theo.ACOG 2014). Nguy cơ bệnh xuất và tử xuất cao, nguy cơ tử vong cao gấp 8 lần so với thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng và gấp 90 lần so với thai trong tử cung

Triệu chứng tùy thuộc vào tuổi thai, trong ba tháng đầu và đầu ba tháng giữa triệu chứng giống như thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng

Khi thai lớn hơn 5 tháng dễ chẩn đoán

2.4.1 Triệu chứng cơ năng

- Đau vùng chậu hay đau cả bụng, đau tăng khi có cử động thai
- Rối loạn tiêu hóa: buồn nôn, ói
- Ra huyết âm đạo 70% trường hợp

2.4.2 Triệu chứng thực thể

- Sờ bụng có thể đụng các phần thai nằm sát da bụng
- Ngồi bất thường 50-70% trường hợp
- Khám âm đạo kết hợp khám bụng: phát hiện thai nằm bên ngoài một tử cung kích thước bình thường
- Cổ tử cung thay đổi vị trí

2.4.3 Cận lâm sàng

- Siêu âm: thai nằm ngoài tử cung, xen giữa các quai ruột, thai suy dinh dưỡng, kích thước nhỏ hơn tuổi thai
- X quang không chuẩn bị không có bóng mờ của tử cung bao quanh thai. Bóng hơi của ruột nằm chồng lên các phần thai. Chụp nghiêng thấy cột sống lưng của mẹ nằm vắt qua các phần thai
- Oxytocin test không có cơn gò tử cung
- Chụp cắt lớp hoặc cộng hưởng từ

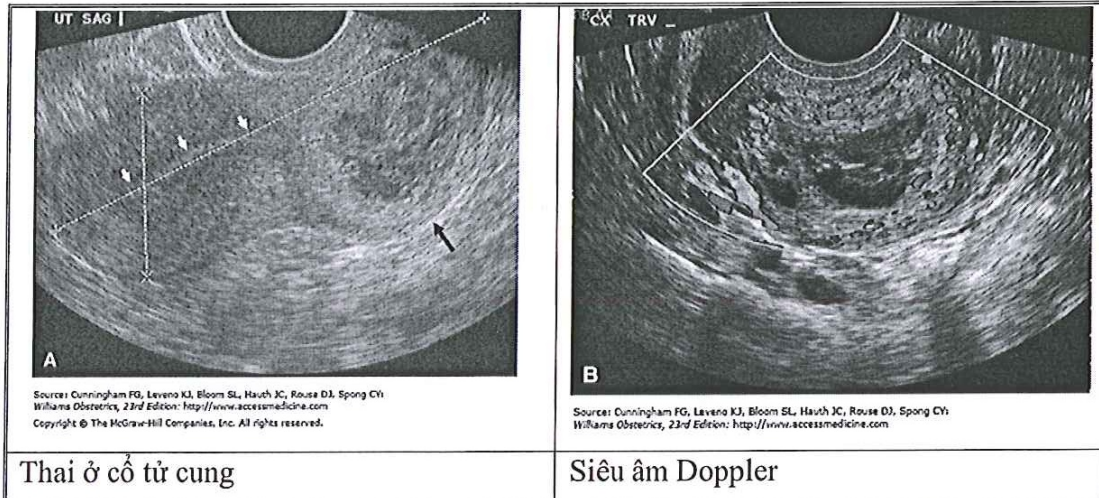
2.5 Thai ở cổ tử cung

Xuất độ thai ở cổ tử cung khoảng 1/9.000 – 1/12.000 thai kỳ (theo.ACOG 2014)

Chẩn đoán dựa trên mô học, 2 tiêu chuẩn cần thiết: (1) sự hiện diện các tuyến cổ tử cung đối diện vị trí bám của nhau; (2) một phần hay toàn bộ bánh nhau ở vị trí bên dưới chỗ vào của động mạch tử cung hay dưới nếp gấp phúc mạc tử cung.

Siêu âm: lòng tử cung trống, cổ tử cung hình tròn, túi thai hiện diện bên dưới chỗ vào của động mạch tử cung. Mất “dấu hiệu trượt” (khi dùng lực đẩy lên cổ tử cung thì khối thai trượt ngược ống kênh cổ tử cung, nếu thai ở cổ tử cung sẽ mất dấu hiệu này) và có thể nhìn thấy mạch máu quanh túi thai. Siêu âm giúp phân biệt thai ngoài tử cung ở cổ tử cung với sảy thai đang tiến triển. Đôi khi chỉ chẩn đoán được khi nạo vì chảy máu nhiều.

Trước kia thai ở cổ tử cung điều trị bằng phẫu thuật, hiện nay có thể điều trị nội khoa với Methotrexate liều 50mg/m² tiêm bắp hoặc thuyên tắc mạch.



2.6 Thai ở buồng trứng

Tỷ lệ 0,5-1% của thai ngoài tử cung. Tần suất từ 1/7000-40.000 trường hợp sinh. Triệu chứng giống như thai ngoài tử cung ở những vị trí khác.

3. ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị:

- Giải quyết sớm thai ngoài tử cung
- Giảm tối đa tỉ lệ tử vong
- Ngừa tái phát thai ngoài tử cung
- Duy trì khả năng sinh sản cho người phụ nữ

3.1 Thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng chưa vỡ

Thai ngoài tử cung có thể điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật. Chọn phương pháp điều trị tùy thuộc vào từng trường hợp, vị trí thai ngoài tử cung, nhu cầu sinh sản trong tương lai và khả năng của cơ sở điều trị.

Trường hợp huyết động học ổn định, đường kính khối thai ngoài < 3,5cm, β hCG < 5000mIU/mL thì điều trị nội khoa hay ngoại khoa đều có kết cục về khả năng có thai lại, thai ngoài tái phát như nhau (ACOG 2014)

3.2.1 Điều trị phẫu thuật

- Điều trị tận gốc: cắt bỏ ống dẫn trứng đến sát góc tử cung
- Điều trị bảo tồn: Mở bụng hay nội soi xé ống dẫn trứng, hút thai, cầm máu khi bệnh nhân muốn duy trì khả năng sinh sản.

3.2.2 Điều trị nội khoa

- Nếu thai ngoài tử cung chưa vỡ và khối thai nhỏ (<3,5cm), β hCG nhỏ hơn 10.000mIU/ml, bệnh nhân không muốn phẫu thuật, các xét nghiệm máu, chức năng gan, thận trong giới hạn bình thường có thể điều trị nội khoa
- Thuốc thường dùng là Methotrexate (MTX). Methotrexate 1mg/Kg/ngày (hoặc liều duy nhất 50mg/m² da) tiêm bắp, sau 24 giờ tiêm bắp Citrovorum

0,1mg/kg/ngày. Hiệu quả 96%. β hCG giảm 15% sau hai ngày điều trị, theo dõi β hCG mỗi tuần cho đến khi âm tính. Nếu cần thiết có thể lập lại liều MTX và citrovorum khi β hCG tăng lại hay không giảm. Điều trị nội khoa thất bại sẽ chuyển sang điều trị phẫu thuật

3.2.3 Điều trị phẫu thuật kết hợp điều trị nội khoa

Có thể điều trị nội khoa bằng MTX sau khi nội soi bảo tồn ống dẫn trứng để tránh sót thai và tăng tỷ lệ thành công của điều trị.

3.2 Thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng đã vỡ

Nếu bệnh nhân choáng mất máu nên hồi sức chống choáng trước trong và sau phẫu thuật. Phẫu thuật cắt bỏ ống dẫn trứng sát góc tử cung.

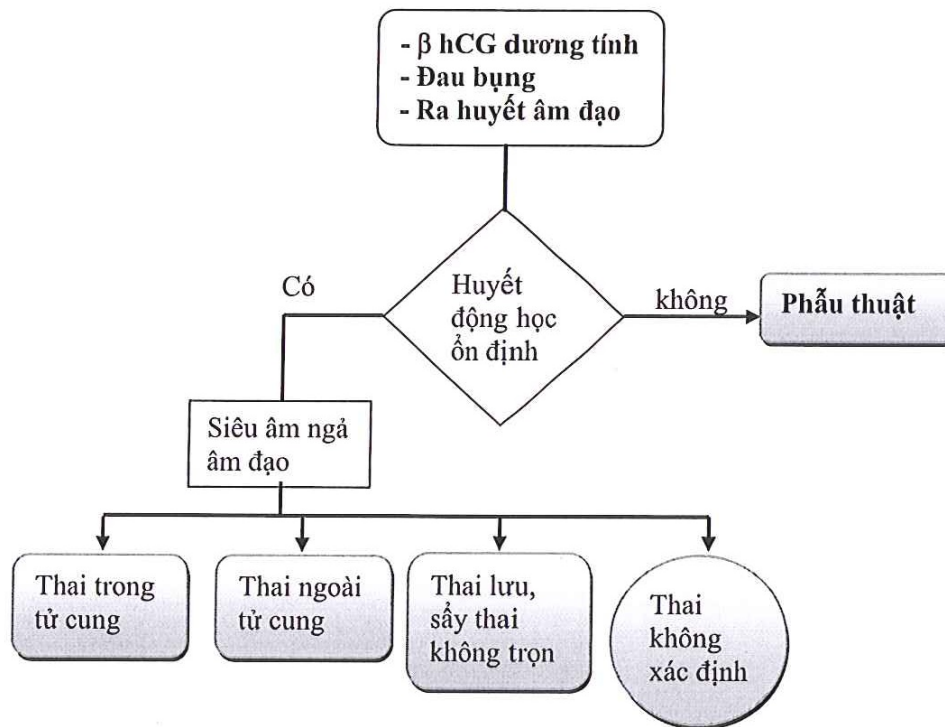
3.3 Huyết tụ thành nang

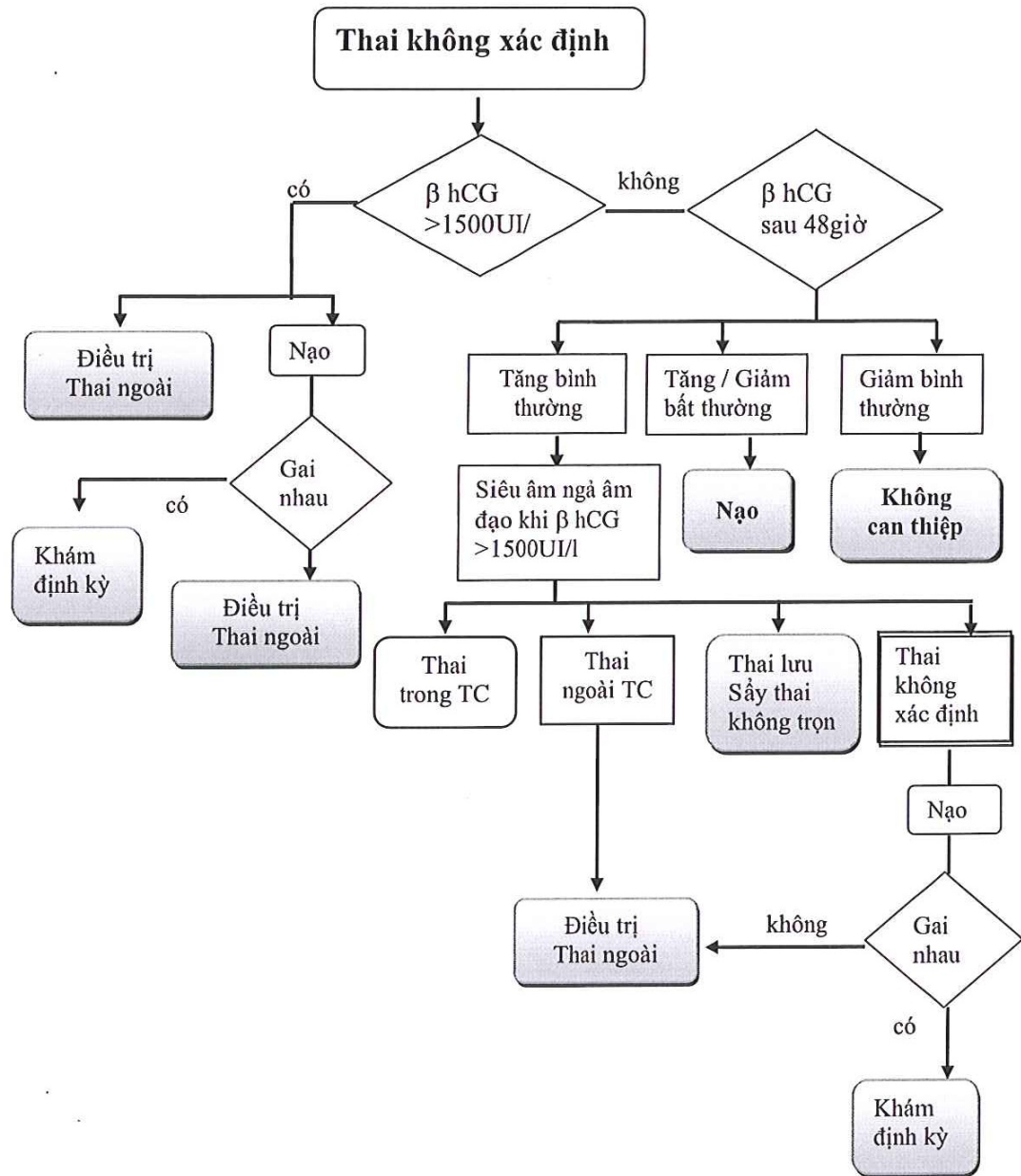
Mổ bóc tách khối huyết tụ. Thường mổ khó do khối máu tụ dính với các cơ quan lân cận, nhất là các quai ruột. Nếu cầm máu khó khăn sau khi bóc tách có thể đặt ống dẫn lưu để theo dõi sau mổ.

3.4 Thai trong ổ bụng

- Thai chết mổ lấy thai tránh biến chứng rối loạn đông máu
- Thai có thể phát triển ngày càng lớn làm bệnh suất và tử xuất mẹ rất cao. Lúc phẫu thuật, có thể lấy nhau nếu mạch máu nuôi được thấy rõ và cột kỹ, nếu mạch máu nuôi bánh nhau không thấy rõ nên cột dây rốn sát bánh nhau.

4. LƯU ĐỒ XỬ TRÍ





5. TIÊN LƯỢNG

- Chẩn đoán sớm xử trí khi thai ngoài tử cung chưa vỡ tiên lượng thường tốt
- Thai ngoài tử cung đã vỡ, mất máu nhiều tỷ lệ tử vong 1-1.5%
- 30% có thai lại bình thường
- 10% tái phát
- 50% bị vô sinh sau mổ thai ngoài tử cung

6. PHÒNG NGỪA

- Vệ sinh tốt
- Kế hoạch gia đình,
- Hạn chế nạo phá thai.
- Phòng ngừa và điều trị viêm nhiễm sớm.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Ectopic Pregnancy. *Williams Obstetrics*, 23th Edition, Mcgraw - Hill. International edition, New York.
- 2 Ectopic Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, Seventh Edition. *ACOG* 2014

GIÁM ĐỐC

Nguyễn Văn Trương