

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THAI Ở SỢ MỔ CŨ

1. CHẨN ĐOÁN

1.1 Lâm sàng

- Trễ kinh
- Đau bụng
- Xuất huyết âm đạo bất thường
- Lưu ý: hơn 50% bệnh nhân không có triệu chứng và phát hiện thai bám VMC tình cờ qua siêu âm khi thai bám. Do đó, chẩn đoán chính xác thai bám VMC có thể chậm trễ do không có triệu chứng và dấu hiệu chuyên biệt cảnh báo

1.2 Cận lâm sàng

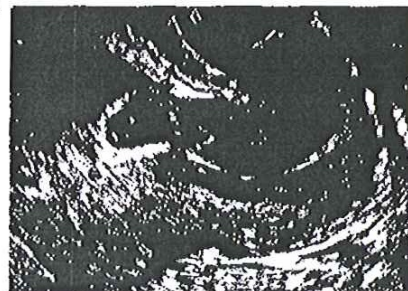
1.2.1 Định lượng β -hCG máu

- Dương tính
- Lưu ý: trong trường hợp âm tính cũng cần đánh giá thêm về lâm sàng

1.2.2 Siêu âm ngã âm đạo

- Là phương tiện hàng đầu trong chẩn đoán
- Tiêu chuẩn đánh giá:
 - + Lòng tử cung (đoạn đáy tử cung) và đoạn kênh cổ tử cung trống.
 - + Túi thai/bánh nhau nằm ở thành trước tử cung và trên lỗ trong cổ tử cung
 - + Lớp cơ tử cung giữa túi thai/bánh nhau và bàng quang mỏng (<5mm # trong 2/3 trường hợp) hoặc biến mất
 - + Không có dấu hiệu

"rễ kinh
)au bụng
(uất huyết âm đạo bất thường .ưu ý: hơn
50% bệnh nhân không có chứng và phát
hiện thai bám VMC cò qua siêu âm khi
khám thai. Do :hẩn đoán chính xác thai
bám VMC lể chậm trễ do không có triệu
chứng âu hiệu chuyên biệt cảnh báo.



Hình 2: Khoảng cách từ túi thai đến

trượt túi thai
+ Lỗ trong cổ tử cung đóng.
+ Tăng tưới máu xung
quanh túi thai ở vị trí vết
mổ cũ (Doppler xung có
vận tốc đỉnh cao > 20cm/s,
trở kháng thấp PI < 1 hoặc
RI < 0.5 hoặc S/D < 3).

Lưu ý:

- Độ nhạy của chẩn đoán thai bám vết mổ cũ là 86,4% (95% CI 76,3- 90,5%)
- Giá trị của tiêu chuẩn đánh giá thai bám VMC (nêu trên) sẽ giảm dần nếu thai lớn vì trong trường hợp túi thai chiếm gần hết lòng tử cung (thai > 9 tuần lúc này túi thai có xu hướng ra khỏi vết mổ) dẫn đến khó phân biệt vị trí nguyên thủy của túi thai.
- Khi thai > 9 tuần, chúng ta cần xem lại kết quả siêu âm cũ.

+ Nếu kết quả siêu âm cũ thể hiện được hình ảnh thai bám VMC (thai nằm trong VMC) → chẩn đoán thai bám VMC

+ Nếu kết quả siêu âm cũ không thể hiện được hình ảnh thai bám VMC → Không chẩn đoán thai bám VMC mà phải đánh giá nhau cài răng lược sớm

- Nếu bề dày lớp cơ tử tử thai đến thành bàng quang > 5mm thì không chẩn đoán là thai bám vết mổ cũ mà chỉ là túi thai nằm thấp trong lòng tử cung (mặc dù thai bám VMC có 1/3 trường hợp thai bám VMC thật sự có bề dày > 5mm) → Đánh giá nhau cài răng lược sớm.

- Lưu hình và đo khoảng cách bờ dưới túi thai so với VMC (trong trường hợp túi thai không nằm trong VMC) để tiện việc theo dõi trong những lần khám thai kế tiếp

- Giúp quan sát rõ túi thai và tương quan với sẹo mổ lấy thai.

- Kết hợp với siêu âm qua thành bụng cho thấy hình ảnh của tử cung, phần phụ và đo được khoảng cách giữa túi thai và bàng quang. Qua đó cũng đo được độ dày vách cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai.

1.2.3 Siêu âm Doppler màu

- Tăng khả năng chẩn đoán của siêu âm ngã âm đạo bằng việc đánh giá lưu lượng dòng máu, kháng lực và chỉ số mạch đập quanh túi thai

- Hình ảnh mạch máu quanh túi thai → phân biệt giữa thai sống tại sẹo với thai chết trong tử cung

1.2.4 Chụp cộng hưởng từ (MRI)

- Hỗ trợ cho siêu âm trong chẩn đoán thai ở VMC.

- Dùng cho các trường hợp siêu âm ngã âm đạo và Doppler màu không kết luận được.

2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Thai ở đoạn eo tử cung

- Thai ở cổ tử cung

- Sảy thai đang tiến triển

- U nguyên bào nuôi

3. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị tối ưu phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kích thước thai, nồng độ β hCG, mong muốn có thai về sau, tình trạng huyết động học của bệnh nhân

- Nguyên tắc điều trị: lấy hoặc hủy thai trước khi vỡ và bảo tồn khả năng sinh sản. Tùy theo mức độ khẩn của diễn biến bệnh mà có các pháp điều trị phù hợp:

+ Nếu bệnh nhân có chảy máu ồ ạt cần thiệp phẫu thuật cấp cứu, có khả năng phải cắt TC để cầm máu hoặc cắt TC là lựa chọn sau cùng khi các phương pháp điều trị khác thất bại và tính mạng bệnh nhân đang bị đe dọa.

+ Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định, không xuất huyết, lượng ít thì có nhiều phương

pháp điều trị.

3.1 Điều trị nội khoa: Điều trị MTX

3.1.1 Chỉ định

Thai < 12 tuần, huyết động học ổn, không có chống chỉ định dùng MTX

3.1.2 Xét nghiệm cận lâm sàng

- Xét nghiệm huyết học đánh giá tình trạng đông máu, thiếu máu, số lượng bạch cầu, tiểu cầu, hồng cầu.
- Xét nghiệm sinh hóa máu đánh giá chức năng gan, thận: urê, creatinin, SGOT, SGPT.
- Định lượng β -hCG.

3.1.3 Chuẩn bị dụng cụ

- Đầu dò âm đạo có bộ phận hướng dẫn kim chọc hút tự tạo
- Kim chọc hút trứng.
- Bơm tiêm 10ml, 2 trois voies có dây.
- Thuốc MTX 01 lọ 50mg thể tích 2ml được nạp vào ống tiêm 5ml.

3.1.4 Hướng dẫn điều trị MTX

Tùy theo tuổi thai, có 2 cách xử trí khác nhau:

- Thai \leq 6 tuần: Tiêm MTX 50mg/1 ml vào túi thai.
- Thai > 6 tuần đến \leq 12 tuần: Tiêm 1/2 MTX vào phôi thai và 1/2 vào vị trí nhau bám

Sau tiêm MTX:

- Nếu có chảy máu tại vị trí đâm kim, chèn gạc âm đạo và lấy gạc 24 giờ sau.
- Bệnh nhân nằm nghỉ 15 phút tại phòng thủ thuật và theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Sau thủ thuật, bệnh nhân được theo dõi sát trong 24 giờ đầu để phát hiện kịp thời xuất huyết nội nếu có.

Theo dõi điều trị

- Tư vấn sau tiêm MTX
 - + Không dùng thuốc thuộc nhóm thuốc kháng viêm không steroid
 - + Không uống rượu
 - + Kiên quan hệ tình dục trong thời gian theo dõi điều trị.
 - + Thông báo các tác dụng không mong muốn của thuốc nếu có.
- Theo dõi β hCG và kích thước khối thai
 - + Ngày 1 (ngày tiêm MTX tại chỗ): Thử β hCG trước khi tiêm.
 - + Sau tiêm MTX vào khối thai, thử lại β hCG vào các ngày:

+ Ngày 7:

- phCG giảm $\geq 25\%$, SA không thấy khối máu tụ tại vị trí nhau bám hoặc kích thước khối máu tụ $< 3\text{cm}$ \rightarrow xuất viện.
- βhCG tăng hoặc giảm ít hơn 25% \rightarrow theo dõi tại khoa, thử lại βhCG ngày 10.

+ Ngày 10:

- βhCG tăng hoặc giảm ít hơn 15% so với ngày 7 \rightarrow chích MTX toàn thân, thử lại βhCG mỗi tuần.
- βhCG giảm $> 15\%$ so với ngày 7, không tạo khối máu hoặc kích thước khối máu tụ $< 3\text{cm}$ \rightarrow xuất viện.

+ Với các bệnh nhân chích MTX liều 2:

- βhCG giảm $\geq 25\%$ sau 1 tuần, SA không thấy khối máu tụ tại vị trí nhau bám hoặc kích thước khối máu tụ $< 3\text{cm}$ \rightarrow xuất viện. Nếu khối máu tụ $> 3\text{cm}$ nhưng ổn định sau 2 lần khám cách nhau 1 tuần \rightarrow xuất viện.
- βhCG giảm ít hơn 25% sau 1 tuần, xem xét tiêm MTX liều thứ 3. Tối đa 3 liều.

+ Tất cả các bệnh nhân xuất viện đều được hẹn tái nhập viện để thử βhCG và siêu âm mỗi tuần.

3.1.5 Tiêu chuẩn xuất viện

- βhCG 1 lần $\geq 25\%$ và khối máu tụ $< 3\text{cm}$ hoặc $\geq 3\text{cm}$ nhưng ổn định sau 2 lần khám.
- Trong thời gian theo dõi, nếu βhCG âm tính nhưng khối máu tụ có kích thước $> 3\text{cm}$ hay sau điều trị nội khoa nhưng triệu chứng có thể còn tiếp tục chảy máu, đôi khi chảy máu nhiều, bệnh nhân được lấy khối máu tụ tại phòng mổ bằng hình thức nong cổ tử cung đến số 20-22 và gắp mô dưới hướng dẫn của siêu âm.

3.1.6 Tiêu chuẩn ngừng theo dõi

- $\beta\text{hCG} < 5\text{mUI/ml}$
- Siêu âm: Kích thước túi thai không còn quan sát thấy tại vị trí VMC.

3.1.7 Theo dõi các biến chứng

- Xuất huyết nội, sốt sau tiêm MTX tại chỗ.
- Chèn bóng do xuất huyết nhiều
- Truyền máu.
- Hình thành khối máu tụ tại VMC.
- Phẫu thuật cầm máu bảo tồn tử cung hoặc cắt tử cung.
- Tác dụng phụ của MTX: theo dõi sự xuất hiện của lở miệng, tiêu chảy, tăng men gan, rối loạn chức năng thận, giảm bạch cầu trong quá trình điều trị.

3.2 Điều trị ngoại khoa

3.2.1 Phẫu thuật

- Các trường hợp huyết động không ổn định, xuất huyết nhiều có choáng hay không đều thai > 12 tuần, lớn tuổi đủ con cần can thiệp phẫu thuật mở bụng.
- Cắt bỏ khối thai và bảo tồn TC nếu được hoặc cắt TC hoàn toàn do nguy cơ chảy máu nhiều.
- Phẫu thuật thường rất khó khăn vì khối nhau có thể xâm lấn bàng quang và cần được chuẩn bị máu, dịch truyền cần thiết.

3.2.2 Dưỡng thai:

- Nếu bệnh nhân không muốn chấm dứt thai kỳ và có bằng chứng túi thai phát triển hướng vào lòng tử cung (loại 1 theo Vial và cộng sự), điều trị theo dõi có thể được xem xét.
- Đánh giá bề dày cơ thành trước tử cung tới thai bám vết mổ cũ tối thiểu.
- Tư vấn nguy cơ và lợi ích của chấm dứt thai kỳ với tiếp tục theo dõi.
- Thai kỳ phải được theo dõi sát bằng hình ảnh đều đặn.
- Ngay cả khi sanh mổ chủ động, chảy máu nhiều có thể xảy ra với nguy cơ cắt tử cung. Ở bệnh nhân lựa chọn theo dõi, mổ cấp cứu phải được thực hiện ngay không chậm trễ khi có bất cứ dấu hiệu nào chỉ điểm vỡ tử cung.

3.2.3. Nạo buồng tử cung

- Không nên là điều trị đầu tiên vì có nguy cơ thủng tử cung và xuất huyết ồ ạt.
- Hút dưới siêu âm trong những trường hợp chọn lọc với thai ≤ 7 tuần có 1 phần nhau bám VMC và bề dày cơ trước thai VMC $\geq 3,5$ mm.
- Chèn bóng ống cổ tử cung: để kiểm soát chảy máu rỉ rả sau thủ thuật hút thai. Sử dụng sonde Folley đặt nhẹ nhàng vào cổ tử cung rồi bơm căng bóng bằng 30ml nước muối sinh lý chèn tại chỗ trong 12 giờ.

3.2.4 Ngừa thai:

Ít nhất 12-24 tháng sau điều trị, không sử dụng DCTC.