



TỔNG QUAN VIÊM TỤY CẤP VÀ THAI KỲ

BS. Hồ Cao Cường

Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Mỹ Đức

ĐẶT VẤN ĐỀ

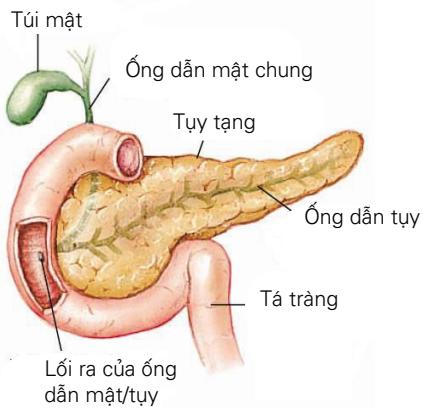
Viêm tụy cấp là một bệnh lý hiếm gặp và nghiêm trọng trong thai kỳ, ước tính tần suất khoảng 1/1.000-1/12.000 ca trong thai kỳ (Ramin và cs., 1995), 1/1.000-3/10.000 (Junesa và cs., 2013). Sự khác biệt trong tỉ lệ mắc là do tần suất hiếm gặp của bệnh và nghiên cứu này kéo dài nhiều thập kỷ khác nhau giữa các nước. Viêm tụy cấp thường xảy ra trong thai kỳ ở tam cá nguyệt giữa và tam cá nguyệt cuối. Số liệu cho thấy chỉ có 19% viêm tụy cấp xảy ra trong tam cá nguyệt đầu, 26% ở tam cá nguyệt II, 53% trong tam cá nguyệt III và 2% ở thời kỳ hậu sản (Ramin và cs., 1995), trong khi nghiên cứu của Hernandez và cộng sự cho thấy 56% trường hợp viêm tụy cấp xảy ra ở tam cá nguyệt II (Hernandez và cs., 2007).

Vì sự hiếm gặp của bệnh lý viêm tụy cấp đi kèm với tình trạng mang thai nên chẩn đoán viêm tụy cấp trong thai

kỳ là hết sức khó khăn, dễ nhầm với những triệu chứng rối loạn tiêu hóa do thai hay những triệu chứng do biến chứng của thai kỳ như: dọa sẩy thai / sẩy thai, dọa sinh non / sinh non... Từ đó, dễ dẫn đến sai lầm trong chẩn đoán, chậm trễ trong xử trí, gây ra những biến chứng nặng nề cho mẹ và thai nhi.

NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân thường gặp nhất của viêm tụy cấp trong thai kỳ là từ đường mật, do sỏi mật hoặc bùn mật (Wang và cs., 2009; Sun và cs., 2013). Các nguyên nhân khác như: tăng lipid máu và lạm dụng rượu, bệnh lý cường giáp, bệnh mô liên kết, phẫu thuật ổ bụng, nhiễm trùng (virus, vi khuẩn hoặc ký sinh trùng), chấn thương bụng kín hoặc có thể do thuốc điều trị (thuốc lợi tiểu, kháng sinh, hạ áp...) (Ramin và cs., 1995; Wang và cs., 2009; Sun và cs., 2013). Trong thời kỳ mang thai, sỏi mật và



Hình 1

bùn mật gây ra hầu hết các trường hợp viêm tụy cấp tính làm tắc nghẽn ống tụy, tăng áp lực ống tuyến tụy cường tính, dẫn đến trypsin trào ngược và kích hoạt trypsin trong các tế bào acinar tụy, điều này dẫn đến gây kích hoạt enzyme amylase gây tự tiêu hóa tuyến tụy và tiếp theo là hiện tượng viêm khu trú tuyến tụy. Thai kỳ làm tăng nguy cơ viêm tụy cấp, nhưng mang thai không làm tăng nguy cơ gây sỏi mật và hình thành bùn mật (Ramin và cs., 1995). Lý thuyết cho sự kết hợp giữa thời kỳ mang thai và bệnh lý đường mật là tăng hàm lượng acid mật, giảm lưu thông ruột, giảm tỉ lệ phần trăm của acid chenodeoxycholic và tăng tỉ lệ acid cholic, tăng cholesterol gây ứ mật (Scott, 1992). Hơn nữa, các hormone steroid trong thời kỳ mang thai gây giảm khả năng co bóp túi mật (Ramin và cs., 1995). Progesterone là một chất ức chế tế bào cơ trơn, kích thích khối lượng túi mật tăng và làm chậm quá trình đổ mật (Ramin và cs., 1995). Estrogen làm tăng bài tiết cholesterol và tăng tối thiểu thay đổi chức năng túi mật (Ramin và cs., 1995). Trong tam cá nguyệt III, lý do gây viêm tụy cấp hay xảy ra nhất có thể là do áp lực bên trong ổ bụng tăng, dẫn đến gây tăng áp lực trong các ống dẫn mật (Berk và cs., 1971).

LÂM SÀNG

Đặc điểm lâm sàng của viêm tụy cấp tính trong thai kỳ cũng tương tự viêm tụy cấp khi không có thai. Tuy nhiên, rất khó chẩn đoán viêm tụy cấp trong thời kỳ

mang thai vì các triệu chứng của viêm tụy cấp khá giống với các bệnh lý trong thời kỳ mang thai (Tea và Davor, 2012).

Triệu chứng viêm tụy cấp trong thời kỳ mang thai chủ yếu là liên quan đến rối loạn túi mật tương quan với sỏi mật và bùn mật (trầm tích bùn, tiền thân của sự hình thành sỏi mật) (Ramin và cs., 1995). Các triệu chứng của bệnh lý túi mật có thể xuất hiện cùng lúc hoặc trước các biểu hiện lâm sàng của viêm tụy cấp (Tea và Davor, 2012). Các triệu chứng bao gồm: đau bụng (đau nhói và đột ngột như dao đâm), cơn đau lan sang cạnh sườn, lên xương bả vai và vai. Khởi phát cơn đau với cường độ đau cao kéo dài khoảng 15-20 phút, cơn đau có thể từ nhẹ, trung bình cho đến nặng. Các triệu chứng khác của bệnh túi mật bao gồm: chán ăn, buồn nôn, nôn, khó tiêu, sốt nhẹ, nhịp tim nhanh và không dung nạp thực phẩm có acid béo (Ramin và cs., 1995).

Khám thực thể xác định tính nghiêm trọng của bệnh, trên bệnh nhân bị viêm tụy cấp thường nằm ở "tư thế bào thai" – kiểu uốn cong đầu gối vào hông và thân. Khám bụng có thể mềm, cũng có thể có bụng cứng và có phản ứng thành bụng, có thể có tăng nhu động ruột hoặc liệt ruột thứ phát, thông thường là giảm nhu động ruột hoặc mất nhu động ruột. Ngoài ra, còn biểu hiện nhiễm trùng, nhiễm độc toàn thân như nhịp tim nhanh có thể lên đến 150 lần/phút, huyết áp thấp, sốt do tình trạng viêm sau phúc mạc nặng, khó thở, thở nhanh nông do giảm oxy máu. Tình trạng acid-base mè thay đổi gây ảnh hưởng xấu đến sự cân bằng acid-base của thai nhi. Thiếu oxy thai nhi cấp sẽ kích hoạt một số cơ chế bù trừ cho phép tái phân phối máu đến các cơ quan quan trọng cho thai nhi như tuần hoàn não và cơ tim để đạt được sự ổn định quá trình tiêu thụ oxy tại não và tim. Nhưng quá trình giảm oxy máu ngày càng trầm trọng, kéo dài và các phản ứng trong cơ chế bù trừ không còn tồn tại, tình trạng thiếu máu mô thai nhi nặng nề hơn và có thể dẫn đến tử vong thai nhi (Date và cs., 2008; Crisan và cs., 2009).

Chẩn đoán viêm tụy cấp trong thời kỳ mang thai thường dựa vào các triệu chứng đã nêu, bằng các xét nghiệm sinh hóa và bằng chẩn đoán hình ảnh.

Các giá trị của xét nghiệm sinh hóa cũng giống như viêm tụy cấp trên bệnh nhân không mang thai. Chỉ số amylase và lipase máu tăng gấp ba lần so với bình thường. Amylase huyết thanh tăng trong vòng 6-12 giờ sau khi khởi phát bệnh.

Siêu âm bụng là phương tiện cận lâm sàng lý tưởng để chẩn đoán viêm tụy cấp, siêu âm cung cấp những hình ảnh có giá trị trong chẩn đoán như giãn ống tụy, nang giả tụy với kích thước lớn hơn 2-3cm. Siêu âm không gây bức xạ đến thai nhi nhưng bị hạn chế bởi kinh nghiệm của bác sĩ siêu âm, ở bệnh nhân béo phì và các quai ruột giãn (Pitchumoni và cs., 2009).

Nên tránh chụp cắt lớp vi tính (CT), đặc biệt là trong 3 tháng đầu của thai kỳ vì gây phơi nhiễm bức xạ đối với thai nhi, chỉ thực hiện khi cân nhắc về lợi ích và các yếu tố rủi ro.

Siêu âm nội soi (EUS) có giá trị tiên đoán dương gần 100% khi có sỏi ống mật chủ, ngay cả những viên sỏi nhỏ hơn 2mm hoặc sỏi bùn (Pitchumoni và cs., 2009).

ĐIỀU TRỊ

Phương pháp điều trị cơ bản sản phụ viêm tụy cấp trong



thai kỳ cũng tương tự như trên bệnh nhân không có thai, bao gồm: bù dịch, cung cấp oxy, giảm đau, chống nôn và theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn. Các biện pháp bổ sung quan trọng trong khi mang thai bao gồm: theo dõi sát tình trạng thai nhi và chú ý đến việc lựa chọn thuốc. Viêm tụy nhẹ được điều trị bảo tồn và thường tự khỏi trong vòng 7 ngày. Khoảng 10% các trường hợp viêm tụy với mức độ nghiêm trọng cần được chăm sóc ở một đơn vị chăm sóc tích cực (Gardner và cs., 2008).

Trong quá trình điều trị nội khoa, theo dõi sát tim thai là vấn đề bắt buộc. Ngoài ra, các cytokine được tiết ra do tình trạng viêm có thể gây ra các cơn co tử cung, dẫn đến tình trạng sinh non.

Điều trị phẫu thuật bao gồm 2 khía cạnh: bản thân bệnh lý viêm tụy và bệnh lý về đường mật (Ramin và cs., 1995). Phẫu thuật nội soi là một trong những lựa chọn hàng đầu trong điều trị viêm tụy cấp ở phụ nữ mang thai vì tính không xâm lấn, thời gian hồi phục nhanh, ít tác động vào tử cung gây sinh non và có thể phát hiện các bệnh lý khác đi kèm trong ổ bụng (Date và cs., 2008).

Với bệnh nhân viêm tụy cấp trong thai kỳ, chỉ định chấm dứt thai kỳ có thể đặt ra khi thai đủ tháng, tình trạng không cải thiện sau 24-48 tiếng điều trị nội, thai lưu hay viêm tụy cấp diễn tiến nặng, nhất là viêm tụy cấp thể hoại tử và có liên quan đến tình trạng tăng lipid máu. Phương pháp chấm dứt thai kỳ trong các trường hợp này là mổ lấy thai. Đối với đa số trường hợp, một tình trạng viêm tụy cấp đơn thuần có thể chưa được chỉ định để chấm dứt thai kỳ (Sun và cs., 2013). Việc nuôi ăn qua đường tĩnh mạch cần được thực hiện càng sớm càng tốt để giảm bớt các tác dụng phụ trên thai nhi và người mẹ.

HẬU QUẢ

Tỉ lệ tử vong mẹ và thai nhi ở những thể nặng thường cao trong những thập niên 70. Trong một nghiên cứu

trên 98 ca viêm tụy cấp trong thai kỳ, tác giả ghi nhận 30 trường hợp tử vong mẹ (Wilkinson, 1973). Theo báo cáo tổng quan của Junesa và cộng sự (2013), tỉ lệ tử vong mẹ và thai nhi trước đây lần lượt là 20% và 50%. Gần đây, tỉ lệ tử vong mẹ và thai nhi được ghi nhận là nhỏ hơn 5%, thậm chí rất hiếm trường hợp tử vong mẹ được ghi nhận (Talukdar và Vege, 2009). Sự cải thiện về tiên lượng này được cho là kết quả của việc chẩn đoán sớm, chính xác; kết hợp với can thiệp phù hợp và kịp thời.

KẾT LUẬN

Viêm tụy cấp là một bệnh lý hiếm gặp trong thời kỳ mang thai, thường xảy ra trong tam cá nguyệt giữa và tam cá nguyệt cuối của thai kỳ.

Nguyên nhân của viêm tụy cấp trong thai kỳ thường do sỏi mật và bùn mật, thai kỳ làm tăng nguy cơ viêm tụy cấp nhưng không làm tăng nguy cơ sỏi mật và bùn mật. Lâm sàng của viêm tụy cấp trong thời kỳ mang thai cũng giống như không mang thai, tuy nhiên, viêm tụy cấp trong thời kỳ mang thai khó chẩn đoán, dễ bỏ sót bệnh dẫn đến hậu quả cho mẹ và thai nhi sẽ nặng nề do không được chẩn đoán và xử trí kịp thời.

Chẩn đoán viêm tụy cấp dựa vào các xét nghiệm sinh hóa như amylase, lipase, siêu âm, chụp CT...

Nguyên tắc cơ bản của điều trị viêm tụy cấp trong thai kỳ là điều trị nội khoa, nâng đỡ thể trạng. Trong trường hợp có chỉ định phẫu thuật, nội soi là phương pháp được

lựa chọn đầu tay vì những ưu điểm vượt trội về tính thuận tiện, an toàn trong thai kỳ so với mổ mở.

Chấm dứt thai kỳ trong bệnh lý viêm tụy cấp tùy thuộc vào mức độ nặng của bệnh, đáp ứng với phương pháp điều trị và tình trạng sức khỏe của thai.

Trước đây, tỉ lệ tử vong mẹ và thai nhi khá cao, nhưng gần đây tỉ lệ tử vong mẹ và thai rất thấp, có lẽ do sự tiến bộ của hồi sức nội khoa tích cực, đi kèm với phương tiện chẩn đoán hiện đại dẫn đến chẩn đoán và xử trí kịp thời các trường hợp viêm tụy cấp trong thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Berk JE, Smith BH, Krawi MM (1971). Pregnancy pancreatitis. Am J Gastroenterol; Vol.56.
2. Date RS, Kaushal M, Ramesh A (2008). A review of the management of gallstone disease and its complications in pregnancy. Am J Surg; Vol.196, No.4, (Oct 2008), 599-608. No.2 (Sep 1971), 216-226.
3. Gardner TB, Vege SS, Pearson RK, Chari ST (2008). Fluid resuscitation in acute pancreatitis. Clin Gastroenterol Hepatol; Vol.6, No.10;1070-1076.
4. Hernandez A, Petrov MS, Brooks DC, Banks PA, Ashley SW, Tavakkolizadeh A (2007). Acute pancreatitis in pregnancy: a 10-year single center experience. J Gastrointest Surg; Vol.11, No.12,1623-1627.
5. Juneja S, Gupta S, Tandon S, Bindal V (2013). Acute pancreatitis in pregnancy: a treatment paradigm based on our hospital experience. Int J Appl Basic Med Res; 3:122-125.
6. Pitchumoni CS, Yegneswaran B (2009). Acute pancreatitis in pregnancy. World J Gastroenterol; Vol.15, No.45,5641-5646.
7. Ramin KD, Ramsey PS (2001). Disease of the gallbladder and pancreas in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am; Vol.28, No.3,571-580.
8. Ramin KD, Ramin SM, Richey SD, Cunningham FG (1995). Acute pancreatitis in pregnancy. Am J Obstet Gynecol; Vol.173, No.1;187-191.
9. Sun Y, Fan C, Wang S (2013). Clinical analysis of 16 patients with acute pancreatitis in the third trimester of pregnancy. Int J Clin Exp Pathol; 6:1696-1701.
10. Talukdar R, Vege SS (2009). Recent developments in acute pancreatitis. Clin Gastroenterol Hepatol; Vol.7, No.11, Suppl. S3-S9.
11. Tea S, Davor S (2012). Acute Pancreatitis During Pregnancy, Acute Pancreatitis, Prof. Luis Rodrigo (Ed.), ISBN: 978-953-307-984-4, InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/acute-pancreatitis/acute-pancreatitis-during-pregnancy>.
12. Wang GJ, Gao CF, Wei D, Wang C, Ding SQ (2009). Acute pancreatitis: etiology and common pathogenesis. World J Gastroenterol; Vol.15, No.12,1427-1430.
13. Wilkinson EJ (1973). Acute pancreatitis in pregnancy: a review of 98 cases and a report of 8 new cases. Obstet Gynecol Surv; Vol.28, No.5,281-303.





PHẪU THUẬT NỘI SOI THÀNH CÔNG THAI Ở GÓC TỬ CUNG TRONG TRƯỜNG HỢP SONG THAI: MỘT THAI TRONG VÀ MỘT THAI NGOÀI TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN QUỐC TẾ PHƯƠNG CHÂU

BS. Nguyễn Duy Linh

Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

GIỚI THIỆU

Sự hiện diện đồng thời của thai ở vị trí bên trong và ngoài tử cung được gọi là heterotopic pregnancy (HTP) (Honarbakhsh và cs., 2008). Tình trạng này được mô tả lần đầu bởi Duverney vào năm 1708 dựa vào kết quả giải phẫu bệnh. Đây là dạng hiếm gặp của song thai với tần suất 1/7.000-1/30.000 trong các thai kỳ tự nhiên (Honarbakhsh và cs., 2008; Avery và Reed, 2009). Tỉ lệ HTP ngày càng tăng lên đến 1/3.889 thai kỳ, đó là hệ quả của tình trạng viêm nhiễm và việc sử dụng rộng rãi các thuốc kích thích rụng trứng. Tỉ lệ trên thậm chí còn cao hơn rất nhiều trong các thai kỳ thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) và chuyển phôi trũ, có thể lên đến 1% (Beyer, 2002; Avery và Reed, 2009). Ngoài ra, việc sử dụng clomiphene citrate làm tăng tỉ lệ đa thai đồng thời cũng làm gia tăng tỉ lệ HTP lên 1/900 (Honarbakhsh và cs., 2008).

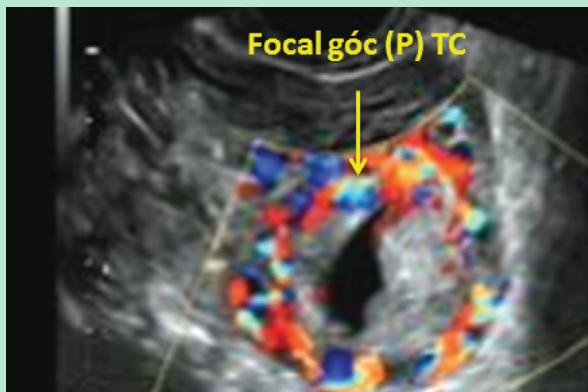
Thai đoạn kẽ (interstitial or cornual ectopic pregnancy) là trường hợp khối thai làm tổ ở đoạn trong tử cung của vòi trứng. Thai ở góc tử cung (angular ectopic pregnancy)

có nguồn gốc từ thai đoạn kẽ nhưng có xu hướng phát triển về phía khoang tử cung, chính vì vậy, thai ở góc tử cung thường nằm liên tục với thai đoạn kẽ (Baldawa và Chaudhari, 2008).

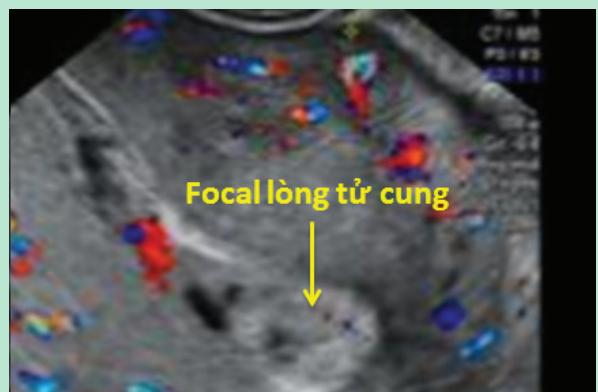
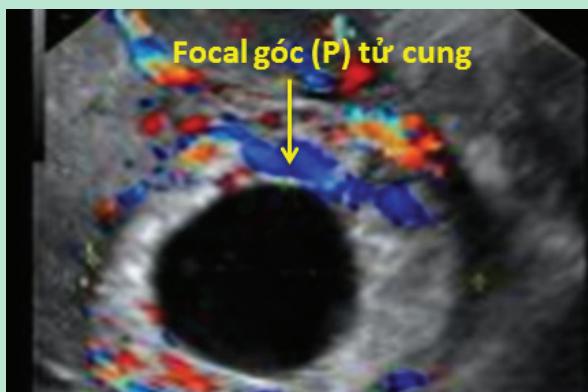
Chúng tôi báo cáo một trường hợp HTP sau chu kỳ tự nhiên với khối thai ngoài nằm ở vị trí góc (P) tử cung được phẫu thuật nội soi thành công.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

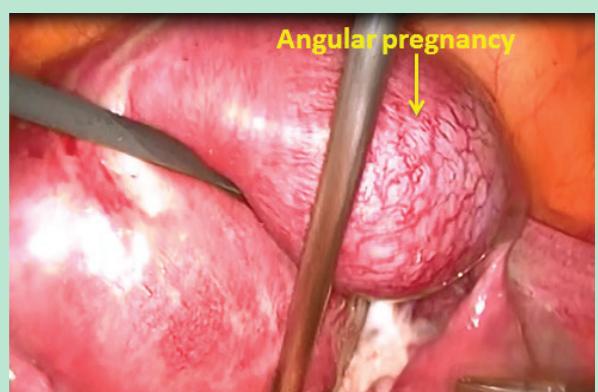
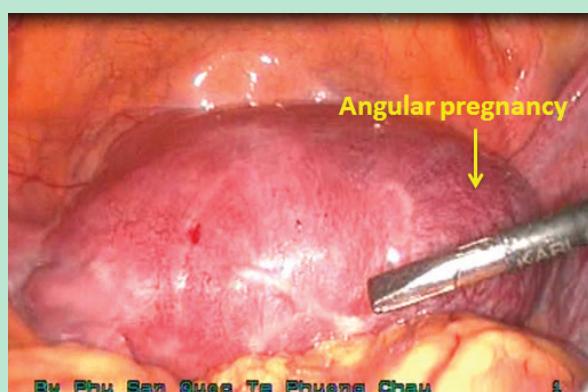
Bệnh nhân N.T.N.T, 37 tuổi, PARA: 2012, vào viện với tình trạng trễ kinh 3 tuần, đau bụng nhẹ vùng hạ vị, ra huyết âm đạo và test thai (+). Khám lâm sàng thấy: âm đạo có ít huyết hồng, Douglas không căng, không đau, lắc cổ tử cung (CTC) không đau. Siêu âm thấy túi thai trong lòng tử cung # 6 tuần, bờ đều, có túi noãn hoàng và phôi thai nhung tim thai (-) và focal echo hỗn hợp góc (P) tử cung, d: 22x25mm (tiền sử: bệnh nhân khai có bị thai ở góc sừng (P) tử cung cách nay 8 tháng, theo dõi tự thoái hóa tại bệnh viện gần



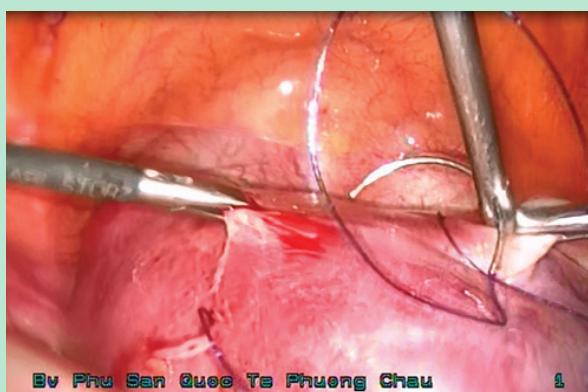
Hình 1. Siêu âm lúc vào viện thấy túi thai trong lòng tử cung và một focal echo hỗn hợp góc (P) tử cung, tăng sinh mạch máu xung quanh



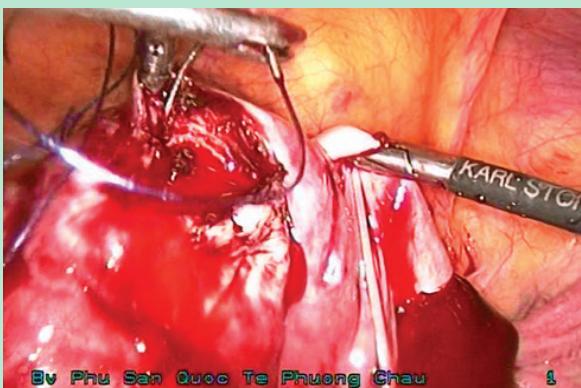
Hình 2. Siêu âm sau 2 ngày thấy focal echo hỗn hợp lòng tử cung và focal echo hỗn hợp dạng túi thai ở góc (P) tử cung, kích thước # 29x30mm, tăng sinh mạch máu xung quanh, thành mỏng d # 2mm



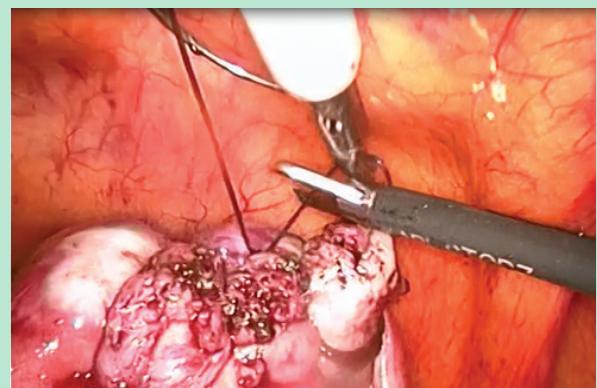
Hình 3. Nội soi ổ bụng thấy khối thai nằm ở góc (P) tử cung, tăng sinh mạch máu nhiều, thành rất mỏng



Hình 4. Khâu mũi túi quanh khối thai, xé khối thai, bơm nước tách lấp gai nhau



Hình 5. Khâu cơ tử cung 2 lớp bằng chỉ Monosyl



nhà, từ đó đến nay bệnh nhân đã có kinh trở lại 5 lần, kinh đều (Hình 1).

Bệnh nhân được theo dõi và siêu âm kiểm tra lại sau 2 ngày thấy trong lòng tử cung là một focal echo hỗn hợp, d: 15x22mm (không thấy túi thai) và focal echo hỗn hợp góc (P) tử cung tăng kích thước lên 29x30mm, dạng túi thai nhưng không thấy túi noãn hoàng và phôi thai, tăng sinh mạch máu xung quanh nhiều, cơ tử cung bao quanh túi thai rất mỏng, khoảng 2-3mm. Xét nghiệm beta-hCG 69,233 mIU/ml (Hình 2).

Bệnh nhân được chẩn đoán: theo dõi thai góc (P) tử cung và thai trong tử cung không phát triển. Xử trí: nội soi ổ bụng chẩn đoán và điều trị. Nội soi ổ bụng thấy thai ngoài tử cung ở góc (P), đường kính # 3,5cm, thành mỏng, có nhiều mạch máu tăng sinh. Chúng tôi tiến hành khâu mũi túi quanh khối thai bằng chỉ Monosyl O, tiêm oxytocin vào cơ tử cung, xé khối thai bằng monopolar, bơm nước

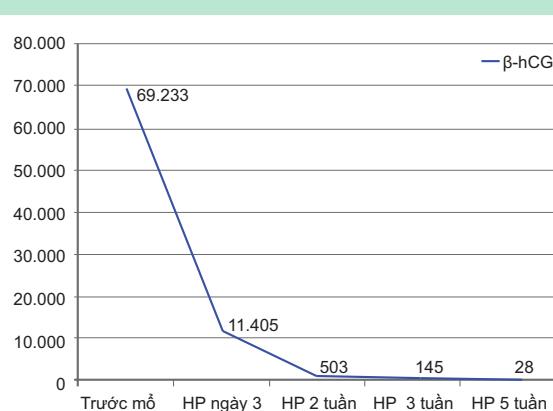
tách lấy gai nhau, đốt cầm máu và khâu lại khối thai 2 lớp. Siêu âm ngả âm đạo kiểm tra lòng tử cung thấy vẫn còn focal echo hỗn hợp, d: 25x33mm. Tiến hành hút lòng tử cung bằng ống hút Karman ra khoảng 40ml mô hỗn hợp, lòng tử cung sạch. Phẫu thuật hoàn thành sau 55 phút, lượng máu mất 200ml (Hình 3, 4, 5).

Sau mổ, bệnh nhân ổn định, xuất viện ngày thứ 3. Beta-hCG ngày 3 và 2 tuần sau mổ lần lượt là: 11,405 mUI/ml và 503 mUI/ml. Beta-hCG trở về bình thường sau 5 tuần (Biểu đồ 1).

BÀN LUẬN

Tần suất HTP trong các thai kỳ có sử dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản là 1% (Honarbakhsh và cs., 2008). Nguy cơ này gia tăng nếu chuyển từ 5 phôi trở lên vào trong tử cung (Beyer, 2002; Avery và Reed, 2009). Các nguy cơ khác gây HTP giống như các nguy cơ gây thai ngoài tử cung: phẫu thuật vô sinh, bị viêm nhiễm vùng chậu hay lạc nội mạc tử cung... (Avery và Reed, 2009). Vị trí của khối thai ngoài trong HTP thường gặp nhất là ở loa vòi, rất hiếm gặp ở vị trí CTC, buồng trứng hay đoạn kẽ (đã có vài trường hợp được báo cáo), tại vị trí tại góc sừng thì càng hiếm gặp hơn và chưa thấy trường hợp nào được báo cáo trong y văn (Beyer, 2002; Mark và Damario, 2008).

Thai ở góc tử cung là dạng thai trong lòng tử cung nhưng nằm lệch vào một bên góc của khoang tử cung, giữa góc tử cung vòi trứng và dây chằng tròn. Tỉ lệ thai ở góc tử cung chưa được thống kê. Bệnh nhân thường không có triệu chứng, một vài trường hợp có thể đau



Biểu đồ 1. Diễn biến beta-hCG trước và sau phẫu thuật

bụng và ra huyết âm đạo kéo dài, một số trường hợp có thể mang thai đến đủ tháng. Tuy nhiên, đa số trường hợp thai ở góc sẽ bị sẩy và một số trường hợp bệnh nhân sẽ phải nhập viện với tình trạng rất nguy hiểm là vỡ tử cung (thường xảy ra trong tam cá nguyệt II) (Beyer, 2002; Baldawa và Chaudhari, 2008).

Đau bụng, khối bất thường ở phần phụ, kích thích phúc mạc và tử cung to là những dấu hiệu lâm sàng chính liên quan đến HTP. Những dấu hiệu lâm sàng khác cũng gợi ý HTP bao gồm: đau bụng cấp và xuất huyết trong ổ bụng sau khi đã thấy có một thai trong tử cung hay dấu hiệu tử cung vẫn rất to và vô kinh sau khi phẫu thuật thai ngoài tử cung hay sự hiện diện của hoàng thể thai kỳ hai bên khi phẫu thuật nội soi hay phẫu thuật hở (Mark và Damario, 2008).

So với bệnh lý thai ngoài tử cung thường được chẩn đoán và điều trị rất sớm, trường hợp HTP thì ngược lại, thường chỉ được chẩn đoán sau khi đã có các dấu hiệu lâm sàng (Beyer, 2002; Honarbakhsh và cs., 2008). Theo tác giả Rojansky và Schenker báo cáo, phân nửa các trường hợp HTP được phát hiện khi khối thai ngoài đã bị vỡ, xuất huyết và phải can thiệp cấp cứu. Điều này được lý giải là do beta-hCG và siêu âm ngả âm đạo không có nhiều vai trò trong việc chẩn đoán sớm HTP (Mark và Damario, 2008). Tuy nhiên, chúng ta cũng cần phải chú ý đến một dạng lâm sàng rất dễ chẩn đoán lầm với HTP về mặt lâm sàng và siêu âm, đó là trường hợp thai trong tử cung đi kèm với xuất huyết hoàng thể thai kỳ (Shetty và cs., 2013).

Chẩn đoán HTP thường rất khó, do một khi đã phát hiện HTP trong tử cung thì các vị trí xung quanh tử cung thường ít được chú ý đến. Trên 50% trường hợp HTP chỉ được xác định trên siêu âm hay nội soi từ 2 tuần trở lên, kể từ khi phát hiện được túi thai trong lòng tử cung. Có đến 85% trường hợp không chẩn đoán được cho đến khi khối thai ngoài bị vỡ (Beyer, 2002). Theo các báo cáo từ y văn, tỉ lệ chẩn đoán được HTP dựa vào dấu hiệu lâm sàng và siêu âm là 41%, tỉ lệ này tăng lên đến 84% trong các báo cáo gần đây (Louis-Sylvestre và cs., 1997).

Với phương tiện chẩn đoán hình ảnh ngày càng hiện đại, siêu âm ngả âm đạo càng cho thấy được vai trò quan trọng trong việc phát hiện sớm HTP ngay từ khi

bệnh nhân chưa có triệu chứng. Theo các báo cáo, tỉ lệ chẩn đoán HTP bằng siêu âm ngả âm đạo đơn thuần là khoảng 54% (Louis-Sylvestre và cs., 1997).

Điều trị HTP có nhiều cách. Tuy nhiên, điều trị bằng cách theo dõi để khối thai tự thoái hóa dưỡng như không có vai trò trong HTP. Điều trị nội khoa bằng MTX tại chỗ hoặc toàn thân cũng không phù hợp do chống chỉ định trong trường hợp có thai trong tử cung. Tuy vậy, điều trị nội khoa bằng cách tiêm kali chloride vào khối thai ngoài đã được báo cáo thành công trong vài trường hợp (Beyer, 2002; Mark và Damario, 2008).

Điều trị chính của HTP là phẫu thuật nội soi nhằm duy trì sự phát triển tiếp tục của túi thai bên trong tử cung. Phẫu thuật mở được thực hiện khi có dấu hiệu xuất huyết trong ổ bụng nhiều, gây shock giảm thể tích hoặc thai ngoài nằm ở vị trí góc hoặc ở đoạn kẽ (Louis-Sylvestre và cs., 1997; Beyer, 2002).

Thai ngoài nằm ở vị trí đoạn kẽ có thể được điều trị bằng cách tiêm kali chloride vào túi thai nếu như túi thai không vỡ và nhìn thấy một cách rõ ràng (Louis-Sylvestre và cs., 1997) hoặc phẫu thuật nội soi xén góc tử cung (Beyer, 2002).

Tiên lượng của thai trong tử cung trong HTP thường tốt trong 50-66% trường hợp (Louis-Sylvestre và cs., 1997).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Avery DM and Reed MD (2009). What you should know about heterotopic pregnancy. OBG Manag; Vol.21, No.10,30-34.
2. Baldawa PS, Chaudhari HK (2008). Angular ectopic pregnancy presenting as rupture of lateral wall of the uterus. J Hum Reprod Sci; Vol.1, No.1,1-3.
3. Beyer Derek A (2002). Heterotopic pregnancy: an emerging diagnostic challenge. OBG Manag October 2002.
4. Honarbakhsh A, Khoori E and Mousavi S (2008). Heterotopic pregnancy following ovulation induction by Clomiphene and a healthy live birth: a case report. J Med Case Rep; Vol.5, No.Cc, 1-5.
5. Louis-Sylvestre C, Morice P, Chapron C and Dubuisson JB (1997). The role of laparoscopy in the diagnosis and management of heterotopic pregnancies. Hum Reprod; Vol.12, No.5,1100-1102.
6. Mark JAR, Damario A (2008). Te Linde's Operative Gynecology. Lippincott 10th Edition; 799-825.
7. Shetty Shraddha K, Shetty Anil K (2013). A Case of Heterotopic Pregnancy with Tubal Rupture. J Clin Diagnostic Res; Vol.7, No.12,3000-3001.