

NHÂN TRƯỜNG HỢP CHỮA TẠI ĐOẠN EO VÀ ỐNG CỔ TỬ CUNG THAI 17 TUẦN TRÊN BỆNH NHÂN MỔ ĐẼ CŨ 2 LẦN

Nguyễn Quốc Tuấn*, Trần Danh Cường* Bùi Huy Hồng**,
Nguyễn Thị Minh Tâm**, Trần Tú Anh**

Tóm tắt

Chửa ngoài tử cung là một cấp cứu sản khoa thường gặp với tỷ suất 11/1000. Chửa ống cổ tử cung là một thể lâm sàng chửa ngoài tử cung hiếm gặp, chiếm ít hơn 1% trong tất cả các loại chửa ngoài tử cung và chiếm 1/2500 – 1/1800 thai kỳ nói chung, tuy vậy nó lại có khả năng gây nguy hiểm nhất cho bệnh nhân đe dọa đến tính mạng do chảy máu nặng. Điều đặc biệt là nếu có sẹo mổ lấy thai cũ ở đoạn eo tử cung thì càng nguy hiểm do nguy cơ tổ chức nguyên bào nuôi xâm lấn vào vùng sẹo mổ, nhất là khi thai to thường có xu hướng phát triển rộng ra tổ chức xung quanh. Chẩn đoán sớm và lựa chọn các biện pháp điều trị nội khoa có ý nghĩa quyết định trong điều trị. Cầm máu là mục tiêu chính khi điều trị để bảo tồn tử cung, có thể thực hiện bằng nhiều phương pháp: tiêm thuốc co mạch tại chỗ, hóa trị liệu toàn thân, khâu cổ tử cung, chèn gạc vào buồng tử cung, chèn bóng Foley... Trong trường hợp thai ở CTC giai đoạn muộn >12 tuần, chỉ định cắt tử cung ngay lập tức là lựa chọn hàng đầu vì có nguy cơ cao chảy máu đe dọa tính mạng mẹ (Chetty M và cs., 2009). Chúng tôi báo cáo trường hợp chửa ống cổ tử cung tồn tại kéo dài đến 17 tuần trên bệnh nhân mổ cũ 2 lần.

Abstract

A case of cervical pregnancy persist to 17 weeks gestation age in the post caesarean section scar

Ectopic pregnancy is a common obstetrics emergency with rate 11/1000. Cervical pregnancy is an ectopic clinically rare, less than 1% in all types of ectopic pregnancy with rate from 1/2500 to 1/1800 pregnancies, but this case is the most dangerous for patient due to severe bleeding, especially in the post caesarean section scar case is more dangerous. Early diagnosis and choice medical treatment is significance in treatment decision. Stop the bleeding is the primary goal treating to preserve the uterus, can be accomplished by several methods: local vasoconstrictor injection, whole body chemotherapy, cervical cerclage, insert the swab into the uterus, insert ball Foley... Hysterectomy is the first choice treatment with cervical pregnancy late diagnosis. We report a case of cervical pregnancy persist to 17 weeks gestation age in the post caesarean section scar.

*. Trường đại học Y Hà Nội, **. Khoa sản bệnh lý - Bệnh viện Phụ sản Trung ương

BỆNH ÁN

Bệnh nhân: Ngô Minh A, 38 tuổi

Nghề nghiệp: Nhân viên

Địa chỉ: Quận Đống Đa, Hà Nội

Vào viện: 11h30 ngày 17/3/2012

Lý do vào viện: ra nước âm đạo

Tiền sử: nội, ngoại khoa và phụ khoa bình thường. Về sản khoa PARA 2012

(2 lần mổ đẻ 1999, 2003 con khỏe mạnh; 1 lần hút thai)

Bệnh sử:

Bệnh nhân có thai lần 4, tuổi thai hết 16 tuần tính theo ngày đầu vòng kinh cuối cùng và theo siêu âm 3 tháng đầu. Quá trình thai nghén bình thường, bệnh nhân đi khám thai tại phòng khám tư gần nhà. Ngày 17/3/2012 bệnh nhân thấy ra nước âm đạo, không lẫn máu, không sốt. Khi vào viện được chẩn

đoán là: thai 16 tuần/ ối vỡ non/ bệnh nhân mổ cũ 2 lần.

Khám:

- Toàn trạng bình thường: mạch 80 lần/phút, HA 110/70 mmHg, t⁰ 36.8, nhịp thở 20 lần/phút

- Tim phổi bình thường, gan lách không sờ thấy

- Bụng mềm, tử cung không có cơn co, nắn tử cung thấy 2 khối: 1 khối nằm cao, 1 khối nằm ở eo tử cung phồng căng

- Thăm âm đạo: cổ tử cung treo cao, lọt ngón tay, ối vỡ hoàn toàn.

Sau 7 ngày siêu âm hội chẩn: buồng tử cung rỗng, toàn bộ khối thai nằm ở eo tử cung, hết ối, rau bám mặt trước, thai tương đương 17 tuần 1 ngày, tim thai (+).



Hình ảnh siêu âm ngày 25/2/2012 tại PK tư



Hình ảnh siêu âm hội chẩn ngày 26/3/2012 tại viện: buồng tử cung rỗng, khối thai nằm ở đoạn eo tử cung

Xét nghiệm cơ bản: trong giới hạn bình thường

Chẩn đoán: Thai hết 17 tuần/ hết ối/ nghi ngờ khối thai làm tổ ở eo tử cung/ mổ cũ 2 lần

Điều trị: bệnh nhân được tư vấn về tình trạng thai và các yếu tố nguy cơ; điều trị kháng sinh chống nhiễm khuẩn. Bệnh nhân có ý định xin đình chỉ thai nghén và Hội chẩn Ban giám đốc.

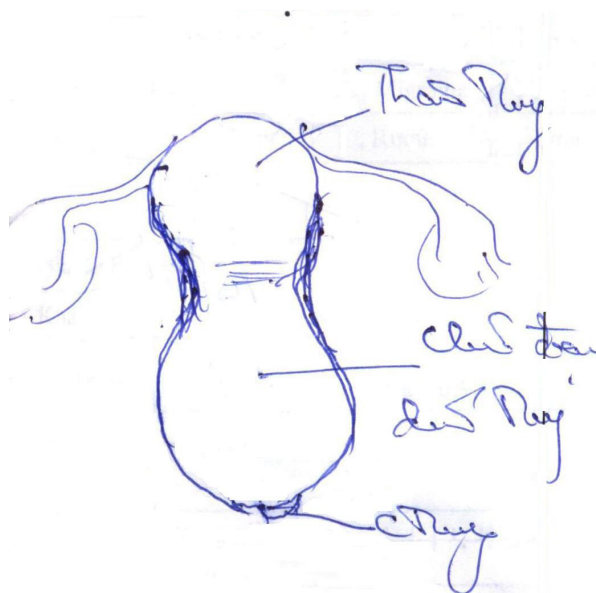
Chỉ định: Mổ lấy thai vì thai 17 tuần chưa ổng cổ tử cung/ Mổ cũ 2 lần

Cách thức phẫu thuật: Cắt tử cung hoàn toàn để 2 phần phụ

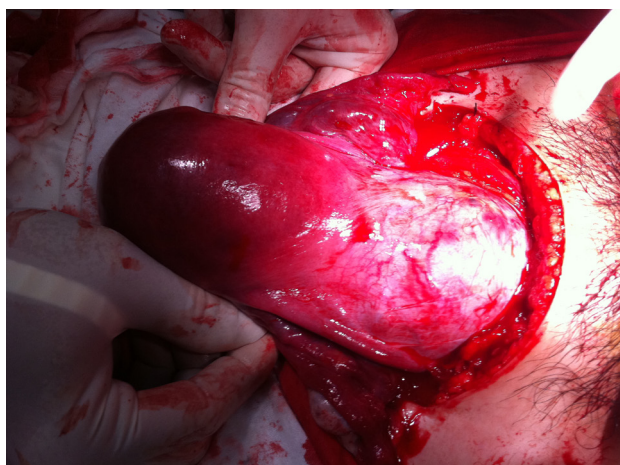
Quá trình phẫu thuật

Rạch bỏ sẹo cũ vào ổ bụng
 Tử cung to bằng thai 2 tháng
 Toàn bộ đoạn dưới đến cổ tử cung
 là khối chứa to, có nhiều mạch máu
 tăng sinh
 Tiến hành cắt tử cung hoàn toàn để
 2 phần phụ
 BQ treo dính cao, tiến hành gỡ dính,
 khâu phục hồi đáy bàng quang 3cm
 Đặt 1 sonde dẫn lưu ổ bụng vào cùng
 đồ sau
 Đóng bụng 4 lớp

Lược đồ



Hình ảnh khối chứa



Hậu phẫu:

- BN tỉnh, không sốt, M: 80l/p, HA: 110/70mmHg

- Bụng mềm

- Vết mổ khô

- Sonde ổ bụng ra khoảng 20 – 50 ml dịch hồng, đã rút sonde ổ bụng vào ngày thứ 2 sau mổ

- Sonde BQ > 1000ml/24h, nước tiểu trong, tiến hành bơm rửa bàng quang 4 ngày đầu, rút sonde BQ vào ngày thứ 8 sau mổ.

Bệnh nhân ổn định và xuất viện vào ngày thứ 8 sau mổ

Kết quả giải phẫu bệnh: chứa tại đoạn eo

và ống cổ tử cung, hình ảnh rau cải răng lược.

Bàn luận

Tỷ lệ, tuổi thai thường gặp

Bệnh lý chứa ngoài tử cung ở các nước phát triển tăng gấp 3-4 lần (Bouyer và cs., 2002), với tỷ lệ hiện nay là 11/1.000, được xác định là do tăng các yếu tố nguy cơ, như bệnh lý viêm vùng chậu, hút thuốc lá, có tiền sử phẫu thuật vùng chậu hay chứa ngoài tử cung trước đây, từng sử dụng hoặc đang đặt

dụng cụ tử cung và điều trị vô sinh. Tuy có sự gia tăng chữa ngoài tử cung nói chung, nhưng thai làm tổ ở cổ tử cung vẫn chiếm tỷ lệ thấp nhất (Gun M và cs., 2002; Hegvid và cs., 2007; Oliver R và cs., 2007) ước khoảng 1% trong tất cả các loại chữa ngoài tử cung và chiếm 1/2500 – 1/1800 thai nghén (Gun M và cs., 2002; Oliver R và cs., 2007)

Dấu hiệu lâm sàng gợi ý

Triệu chứng cổ điển của thai ở cổ tử cung là chảy máu âm đạo, có thể kèm đau bụng, tuy nhiên 90% chảy máu âm đạo ít (thấm giọt) và không kèm theo đau, trong đó chỉ có 1/3 là ra máu cục (Ushakov và cs., 1997; William Obstetrics 21th edition, 2001). Thai ở cổ tử cung có khi có các triệu chứng sớm hơn về tiết niệu do bị kích thích hoặc gây chèn ép cơ học niệu đạo (Gun M và cs., 2002)

Khám âm đạo thấy cổ tử cung giãn to, hình cầu, dài ra với lỗ ngoài giãn rộng. Có khi chảy máu nhiều sau khám bằng tay nếu không thận trọng.

Dấu hiệu cận lâm sàng gợi ý

Hình ảnh siêu âm đầu dò âm đạo như một công cụ chính để chẩn đoán thai ở cổ tử cung (Raskin MM, 1978). Dấu hiệu đó là:

- Buồng tử cung trống
- Dòng chảy Doppler quanh túi thai
- Hình ảnh đồng hồ cát của tử cung và cổ tử cung giãn to
- Không có dấu hiệu thai di chuyển, điều này giúp chẩn đoán phân biệt với sảy thai tiến triển
- Túi thai choán hết kênh cổ tử cung và ở dưới động mạch tử cung

Hình ảnh siêu âm trong các trường hợp thai ở eo cổ tử cung, thai ở cổ tử cung thường xác định lỗ trong cổ tử cung đóng, lỗ trong được nhận ra ở nơi động mạch tử cung gài vào.

Tuy nhiên việc chẩn đoán bệnh bằng siêu âm đường bụng cũng rất có giá trị trong việc chẩn đoán vị trí làm tổ của thai.

Chẩn đoán phân biệt

Thai ở cổ tử cung luôn nhầm lẫn với sảy thai, u xơ tử cung, rau bám thấp, ung thư cổ tử cung hoặc khối u nguyên bào nuôi

Bệnh nhân nghiên cứu không gặp các dấu hiệu lâm sàng gợi ý, lý do vào viện vì vô ôi non, bệnh nhân cũng không được chẩn đoán sớm chữa tại ống cổ tử cung mặc dù bệnh nhân có đi khám thai từ đầu. Điều đặc biệt của trường hợp này là khối thai chữa tại ống cổ tử cung tồn tại kéo dài đến 17 tuần mà chưa xảy ra các biến chứng nguy hiểm cho bệnh nhân. Sờ dĩ như vậy vì bệnh nhân có sẹo mổ cũ, bánh rau bám mặt trước và có hiện tượng rau cài răng lược tại vết mổ cũ, do vậy nên khó có hiện tượng bong rau gây chảy máu dữ dội như các trường hợp điển hình. Trong nước, một nghiên cứu hồi cứu 18 trường hợp thai ở cổ tử cung vào điều trị tại bệnh viện Hùng Vương TPHCM từ 6/2009 đến 2/2010, được ghi nhận: khi nhập viện, khoảng hơn một nửa số bệnh nhân đã có sự can thiệp nạo hút lòng tử cung ở tuyến dưới, có ca chuyển lên với chẩn đoán sót rau sau nạo, hầu hết tuổi thai không lớn, trung bình 6,5 tuần $\pm$ 1,2 (6 đến 10 tuần). Tuy nhiên, do có tỉ lệ rất ít, thai ở cổ tử cung trên thực tế không đủ mẫu cho các nghiên cứu hồi cứu hoặc bệnh chứng ngẫu nhiên để lượng giá các phương pháp chẩn đoán và lượng giá hiệu quả điều trị chấm dứt thai ở cổ tử cung.

Diễn biến của bệnh

Thai ở ống cổ tử cung thường gặp phải các biến chứng nặng đe dọa tính mạng cho người bệnh điển hình là chảy máu nặng. Đặc biệt trong trường hợp bệnh nhân phát hiện muộn và có sẹo mổ cũ ở tử cung, có nguy cơ phải cắt bỏ tử cung, chảy máu nặng dẫn đến tử vong mẹ, do vậy các bác sỹ lâm sàng càng cần lưu ý và luôn phải nghĩ đến chẩn đoán hiểm họa này khi gặp mặt với các triệu chứng không điển hình ở giai đoạn sớm của

thai kỳ. Tại trường hợp bệnh nhân nghiên cứu phát hiện chứa ống cổ tử cung tồn tại đến 17 tuần là trường hợp hiếm, tuy nhiên nhờ việc kết hợp thăm khám lâm sàng, siêu âm đưa đến chẩn đoán chính xác và xử trí kịp thời nên không xảy ra biến chứng nguy hiểm và bệnh nhân ổn định xuất viện sau phẫu thuật ngày thứ 8.

Kết luận

Thai ở ống cổ tử cung là vị trí hiếm gặp nhất của chứa ngoài tử cung. Để điều trị

thai ở cổ tử cung, trước tiên phải được chẩn đoán đúng ngay từ giai đoạn sớm, hình ảnh siêu âm là công cụ chẩn đoán chính, điều trị với mục đích cầm máu là chính. Trong những trường hợp thai ở cổ tử cung giai đoạn muộn trên 12 tuần, chỉ định cắt tử cung ngay lập tức là lựa chọn hàng đầu vì có nguy cơ cao gây chảy máu đe dọa tính mạng mẹ. Trường hợp thai ở ống cổ tử cung tồn tại đến 17 tuần là hiếm gặp, việc chẩn đoán đúng và xử trí kịp thời đã đem lại kết quả tốt cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bouyer J, Coste J, Fernandez H et al (1996), Sites of ectopic pregnancy, *Ultrasound Obstet. Gynaecol*, 8(6), pp.371-372.
2. Chetty M, Elson J (2009), Treating non-tubal ectopic pregnancy, *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol*, 23(4), pp.529-538.
3. Gun M, Mavrogiorgis M (2002), Cervical ectopic pregnancy: a case report and literature review, *Ultrasound Obstet. Gynaecol*, 19(3), pp.297-301.
4. Nguyễn Ngọc Thoa (2011), “Xử trí thai ở cổ tử cung”, Trong: *Sản phụ khoa từ bằng chứng đến thực hành*, Nhà xuất bản Y học, tr.33-41.
5. Nguyễn Việt Tiến (2004), Thông báo lâm sàng một trường hợp chứa ống cổ tử cung được điều trị nội khoa thành công tại bệnh viện Phụ sản trung ương, *Tạp chí y học thực hành*, số 482.
6. Raskin MM (1978), Diagnosis of cervical pregnancy by ultrasound: a case report, *Am. J. Obstet. Gynecol*, 130(2), pp. 234-235.
7. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG (1997), Cervical pregnancy: past and future, *Obstet. Gynecol. Surv*, 52(1), pp.45-59.
8. William Obstetrics 21 edition 2001. Etopic pregnancy. Section 1X. Cervical pregnancy, 903-905.