



## SỬ DỤNG CHẤT CƠ MẠCH TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI THAI NGOÀI TỬ CUNG

**BS. Đỗ Ngọc Xuân Trang<sup>[1]</sup>,  
BS. Nguyễn Thị Ngọc Trinh<sup>[2]</sup>**

<sup>(1)</sup>Bộ môn Sản Phụ khoa - Đại học Y Dược TPHCM

<sup>(2)</sup>Bộ môn Sản Phụ khoa - Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

### Đại cương thai ngoài tử cung

**T**hai ngoài tử cung là trứng đã thụ tinh làm tổ và phát triển ở một vị trí ngoài buồng tử cung.

Tần suất thai ngoài tử cung ngày càng tăng cao. Ở Anh, tỉ lệ mới mắc năm 2004 là 12,4/1000 phụ nữ mang thai, tại Beijing China 0,52/1000 phụ nữ tuổi sinh sản, Nigeria 1,68/100 tổng số sanh, Ghana 4%<sup>[3]</sup>. Ở Việt Nam, tại bệnh viện phụ sản trung ương, chỉ trong 6 tháng đầu năm 2008 đã mổ hơn 174 trường hợp thai ngoài tử cung, còn bệnh viện Hùng Vương mỗi ngày tiếp nhận trung bình từ 2-3 trường hợp thai ngoài tử cung. Do đó, xử trí tốt tất cả các trường hợp thai ngoài tử cung giúp ngành y tế giảm được đáng kể tỉ lệ bệnh suất cũng như tử suất ở phụ nữ mang thai.

Vị trí thai ngoài tử cung thường gặp nhất là đoạn bóng của ống dẫn trứng (93%), tiếp theo thai đóng ở đoạn eo (4%), còn lại một số ít thai đóng ở đoạn kẽ (2,5%), buồng trứng (0,5%), cổ tử cung (0,1%) và trong ổ bụng (0,03%) (hình 3.1)<sup>[1]</sup>

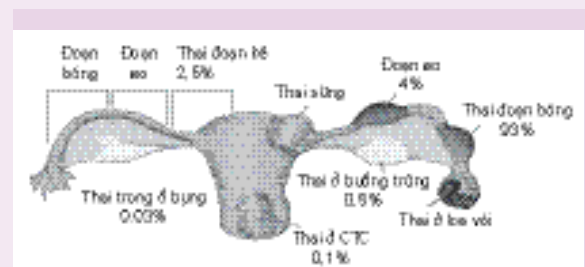
### Chẩn đoán thai ngoài tử cung

Việc chẩn đoán thai ngoài tử cung nhiều khi rất khó khăn do có nhiều dạng lâm sàng từ không đau bụng cho đến đau bụng cấp choáng mất máu<sup>[1]</sup>

Nhiệm vụ của các cơ sở y tế là khi nghi ngờ thai ngoài tử cung, phải tiến hành hỏi bệnh sử, khám, xét nghiệm để phát hiện sớm thai ngoài tử cung chưa vỡ. (Hình 1)

### Chẩn đoán thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng chưa vỡ<sup>[1]</sup>

- Hỏi bệnh sử: chu kỳ mang kinh nguyệt, tiền căn thai kỳ trước nay, tiền căn vô sinh, sử dụng biện pháp



Hình 1

tránh thai, đánh giá các yếu tố nguy cơ và triệu chứng lâm sàng hiện tại. Tiền căn giữ một vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán, điều trị hiện tại cũng như dự hậu sanh đẻ sau này của bệnh nhân

- Triệu chứng cơ năng: tam chứng điển hình gồm: Trễ kinh, rong huyết, đau hạ vị
- Triệu chứng thực thể:
  - Sinh hiệu ổn,
  - Bụng căng nhẹ hoặc không căng,
  - Âm đạo có 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 và đau.
- Cận lâm sàng
  - Định lượng  $\beta$ -hCG bằng phương pháp miễn dịch men với độ nhạy # 25mIU/ml là xét nghiệm sàng lọc giúp phát hiện sớm thai ngoài tử cung. Đối với thai bình thường,  $\beta$ -hCG sẽ tăng gấp đôi sau 48 giờ, nếu không tăng được như vậy và siêu âm không thấy thai trong tử cung thì nên nghi ngờ thai ngoài tử cung.
  - Siêu âm ngả âm đạo: không thấy thai trong tử cung. Thường nhất là hình ảnh
  - Khối cạnh tử cung: đôi khi thấy được hình ảnh túi thai, phôi thai nằm cạnh tử cung, cho chẩn đoán chính xác hơn.
  - Nội 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 3-4%.

## Điều trị thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng chưa vỡ<sup>[1]</sup>

### Mục tiêu điều trị

- Giải quyết thai nằm 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

### Điều trị

Thai ngoài tử cung có thể điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật. Cả hai phương pháp đều hiệu quả. Việc chọn lựa

phương pháp nào tùy thuộc vào từng trường hợp: vị trí thai ngoài tử cung, khả năng của cơ sở điều trị và ước muốn của bệnh nhân.

*Phẫu thuật:* nội soi ổ bụng hoặc mổ bụng hở.

Ngày nay, đa số các trường hợp đều được mổ nội soi ổ bụng, mổ bụng chỉ áp dụng khi bệnh nhân bị choáng mất máu hoặc cơ sở chưa trang bị phương tiện nội soi.

*Điều trị tận gốc:* cắt bỏ ống dẫn trứng sát gốc tử cung

*Điều trị bảo tồn:* xẻ ống dẫn trứng lấy khối thai.

Nội soi ổ bụng sẽ giúp bảo tồn ống dẫn trứng dễ hơn và tốt hơn. Kỹ thuật này được mô tả đầu tiên bởi Manhes và Bruhat cách nay hơn 25 năm và được cải tiến hoàn thiện hơn vào năm 1980. Lợi ích của điều trị bảo tồn là có thể duy trì khả năng sinh đẻ cho người phụ nữ. Tuy nhiên kỹ thuật bảo tồn không phải dễ, khó khăn nhất ở giai đoạn lấy hết mô nhau-thai ở ống dẫn trứng mà không phải đốt cầm máu nhiều nội mạc lòng ống, bởi việc làm tổn thương nhiều ống dẫn trứng sẽ khiến cho bệnh nhân sẽ không thể có thai trở lại hoặc thai ngoài tái phát sau mổ, nghĩa là mục tiêu của việc điều trị bảo tồn sẽ không còn ý nghĩa. Để giải quyết khó khăn này, nhiều tác giả đã đề nghị tiêm các chất co mạch như vasopressin, adrenaline, por-8, oxytocin... vào mạc treo vòi trứng. Sau tiêm thuốc khoảng 5 phút, ống dẫn trứng tái màu đi do thiếu máu cục bộ tạm thời. Khi đó tiến hành rạch trên ống dẫn trứng sẽ ít gây chảy máu hơn và tình trạng thiếu máu cục bộ này cũng không ảnh hưởng đến chức năng của ống dẫn trứng.

Thực vậy, trong nghiên cứu của tác giả Luigi và cộng sự từ năm 1995 đến năm 1997, với 25 trường hợp thai ngoài tử cung chưa vỡ có chỉ định nội soi ổ bụng bảo tồn ống dẫn trứng, tác giả cho thấy Oxytocin có hiệu quả hạn chế chảy máu trong lúc mổ và làm thuận lợi cho việc lấy khối thai khỏi ống dẫn trứng. Tác giả ghi nhận 91,7% các trường hợp chảy máu ít lúc xẻ ống dẫn trứng ở nhóm có tiêm Oxytocin, trong khi đó ở nhóm chúng (không tiêm Oxytocin), tỉ lệ này chỉ chiếm 38,5% và sự

khác biệt này có ý nghĩa trên phương diện thống kê y học với  $p < 0,05$ . Ở nhóm có tiêm Oxytocin, không có trường hợp nào bị sót tế bào nuôi trong ống dẫn trứng sau mổ do Oxytocin làm cho việc lấy khối thai trong lúc mổ ở mức độ dễ (75% trường hợp), hơi khó (25%), không có trường hợp nào quá khó khăn. Có lẽ vì thế mà diện nhau bám trong nhóm này cũng chảy máu ít hơn trong nhóm chứng với 83,3% trường hợp chỉ đốt điểm 1 lần. Trong khi đó, ở nhóm không tiêm Oxytocin, có 4 trường hợp lấy khối thai khó khăn (30,8%) với 3 trường hợp (23,1%) phải đốt điểm lần 2 và 1 trường hợp đốt điểm thất bại buộc phải cắt ống dẫn trứng.

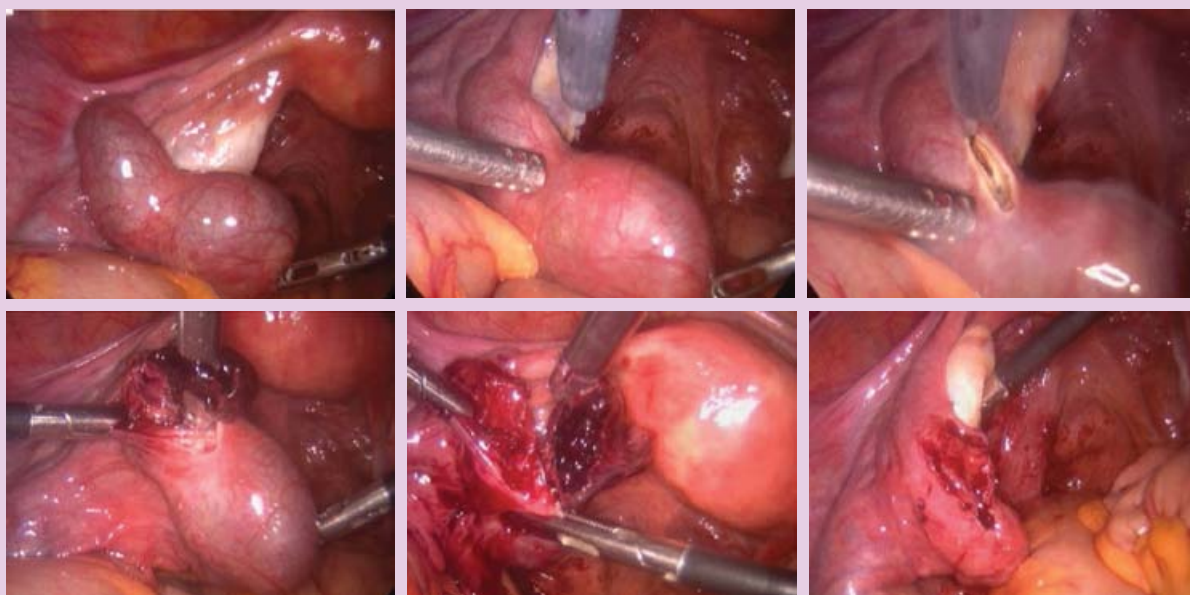
Một nghiên cứu khác của tác giả Mustafa Ugur vào năm 1996, trên một cỡ mẫu lớn hơn của tác giả Luigi với 40 bệnh nhân, cũng được chia làm hai nhóm: nhóm can thiệp và nhóm chứng. Mỗi nhóm gồm 20 bệnh nhân thai ngoài tử cung được nội soi ổ bụng bảo tồn ống dẫn trứng. Tuy nhiên chất co mạch được sử dụng trong nghiên cứu này là Vasopressin. Tác giả ghi nhận Vasopressin thực sự có tác dụng làm rút ngắn thời gian phẫu thuật và làm cho nhu cầu đốt điện cầm máu ít hơn với  $p < 0,05$ . Tuy nhiên tỉ lệ bảo tồn thành công ống dẫn trứng trong lúc phẫu thuật hay tỉ lệ thông ống dẫn trứng trên HSG không khác biệt giữa hai nhóm với  $p > 0,05$ .

Ở bệnh viện Hùng Vương, chất co mạch thường được sử dụng trong phẫu thuật nội soi ổ bụng bảo tồn ống dẫn trứng là Adrenaline pha loãng. Tuy nhiên công dụng thực sự của Adrenaline thì vẫn chưa được ghi nhận.

Ở bệnh viện Từ Dũ, giữa các phẫu thuật viên nội soi điều trị thai ngoài tử cung vẫn chưa có sự đồng thuận có nên hay không nên tiêm chất co mạch vào mạc treo vòi trứng bởi hiệu quả của nó lên tỉ lệ bảo tồn thành công ống dẫn trứng chưa được công nhận. Hơn nữa, nếu tiêm nhầm chất co mạch vào mạch máu, chất co mạch có thể làm tăng huyết áp đột ngột. Thậm chí vài trường hợp chất co mạch không vào mạch máu, bệnh nhân cũng bị chậm nhịp tim hoặc tăng áp lực động mạch trung bình, có thể nguy hiểm tính mạng nếu bệnh nhân có bệnh tim tiềm ẩn trước đó. (Xem hình 2)

*Nội khoa<sup>11</sup>*: có thể điều trị nội khoa nếu

- (1) Thai ngoài tử cung chưa vỡ và khối thai nhỏ  $< 3,5\text{cm}$
- (2)  $\beta\text{-hCG} < 10.000\text{mIU/ml}$
- (3) Bệnh nhân không muốn phẫu thuật
- (4) Các xét nghiệm máu, chức năng gan, thận trong giới hạn bình thường



Hình 2: (A, B, C, D, E, F) Phẫu thuật nội soi bảo tồn ống dẫn trứng trong thai ngoài tử cung (Nguồn hình: Operative laparoscopy and Hysteroscopy)

Thuốc thường dùng là Methotrexate (MTX) 1mg/kg/ ngày tiêm bắp. Đây là chất đồng vận acid folic ức chế cạnh tranh sự gắn kết acid dihydrofolic vào men dihydrofolate reductase, dẫn đến làm giảm số lượng acid folinic, nguyên liệu cho quá trình tổng hợp ADN, từ đó ngăn cản quá trình tổng hợp ADN - ức chế sự phát triển của tế bào nên thường được dùng trong hóa trị liệu ung thư, bệnh lý tế bào nuôi tân sinh.

Hiệu quả: 96%,  $\beta$ -hCG N7 so với N4 sau điều trị giảm 15%. Theo dõi  $\beta$ -hCG mỗi tuần cho đến khi âm tính. Có thể lặp lại MTX liều 2, 3 nếu  $\beta$ -hCG tăng hoặc không giảm sau 7 ngày điều trị. Điều trị nội khoa thất bại sẽ chuyển sang điều trị phẫu thuật.

## Tài liệu tham khảo

1. Lê Văn Điển, Nguyễn Thị Ngọc Phượng, et al., Eds. (2006). Thai ngoài tử cung. Sản Phụ Khoa. Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học.
2. Bruhat MA, Manhes H, et al. (1980). "Treatment of ectopic pregnancy by means of laparoscopy." Fertil Steril 33: 411-14.
3. Essa Esim Buyukbayrak and Lale Say (2004). "Worldwide Prevalence and Incidence of Ectopic Pregnancy." Postgraduate Training Course in Reproductive Health - Geneva 2004.
4. Hervé Fernandez, Sylvie Capella-Allouc Yves Vincent, et al. (1998). "Randomized trial of conservative laparoscopic treatment and methotrexate administration ectopic pregnancy and subsequent fertility." Human Reproduction 13(11): 3239-43.
5. J.Donnez and M.Nisolle (2001). Atlas of operative laparoscopy and hysteroscopy. , The parthenon Publishing Group.

## HỘI THẢO VÔ SINH: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

**N**gày 17 tháng 7 vừa qua, tại khách sạn Equatorial, nhóm Nghiên cứu về kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (SGART) thuộc HOSREM đã tổ chức hội thảo "Vô sinh: Chẩn đoán và Điều trị" với sự tham dự của gần 200 đại biểu.

Trong những năm qua, sự phát triển các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản tại Việt Nam được đánh giá là có tốc độ tăng trưởng nhanh nhất trong khu vực Đông Nam Á. HOSREM và nhóm SGART từ lúc thành lập đã có nhiều hội thảo, khóa học để cập nhật và chuyển giao các thông tin và kỹ thuật điều trị mới trong hỗ trợ sinh sản. Tuy nhiên, các hoạt động cung cấp các kiến thức cơ bản cho nhân viên y tế về khám, chẩn đoán, điều trị và tư vấn cho bệnh nhân vô sinh vẫn còn chưa được quan tâm đúng mức. Hội thảo lần này đã thu hút gần 200 đại biểu là hội viên của HOSREM và nhiều bác sĩ quan tâm đến lĩnh vực vô sinh hiếm muộn từ các tỉnh thành trong cả nước. Với thời lượng một ngày, các chuyên gia thuộc SGART đã cung cấp khá nhiều thông tin hữu ích về cách tiếp cận cũng như các phác đồ điều trị mới nhất cho các cặp vợ chồng hiếm muộn.

Giảng viên, báo cáo viên trong hội thảo là những người

đang làm việc trong lĩnh vực hiếm muộn với nhiều năm kinh nghiệm và từng tham gia báo cáo tại nhiều hội nghị, hội thảo trong nước và quốc tế. Với phương pháp truyền đạt mới và những tình huống lâm sàng có thật minh họa cho các bài báo cáo, phần thảo luận của hội thảo thật hấp dẫn và sôi nổi với nhiều câu hỏi của đại biểu tham dự và của cả báo cáo viên. Tại hội thảo này, mỗi đại biểu tham gia cũng được công ty MerckSeronon tặng sách "Ươm mầm hạnh phúc" nhằm cung cấp thêm thông tin giúp các bác sĩ tư vấn cho bệnh nhân về hiếm muộn và các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

Cũng trong ngày diễn ra hội thảo, HOSREM đã chính thức phát hành sách "SẢN PHỤ KHOA - TỪ BẰNG CHỨNG ĐẾN THỰC HÀNH".

