



HƯỚNG DẪN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN THAI SỚM NGỪNG TIẾN TRIỂN TRONG TỬ CUNG - NGUYÊN TẮC ĐẦU TIÊN: KHÔNG GÂY HẠI

BS. Nguyễn Thị Ngọc Nhân

Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Mỹ Đức

Trong hai đến ba thập kỷ qua, siêu âm ngả âm đạo và định lượng nồng độ hCG trong máu được dùng phổ biến để chẩn đoán và điều trị các bệnh lý thai sớm. Mặc dù vậy, nếu sử dụng các phương tiện này không đúng cách có thể sẽ gây hại đến các thai lẽ ra có thể phát triển bình thường. Trên thực tế, có không ít những trường hợp thai trong tử cung đã được điều trị với methotrexate tiêm bắp do nghi ngờ thai ngoài tử cung, dẫn đến sảy thai hoặc dị tật thai.

Một thai phụ bị đau hoặc xuất huyết trong giai đoạn đầu thai kỳ có thể có những khả năng sau: thai sống trong tử cung, thai trong tử cung không phát triển hoặc thai ngoài tử cung. hCG và siêu âm ngả âm đạo được dùng để chẩn đoán phân biệt các khả năng đó. Lúc này, nếu không có dấu hiệu đe dọa tử vong thì câu hỏi quan trọng hàng đầu cần đặt ra là: “Có khả năng có thai sống trong tử cung không?”. Câu hỏi này là chìa khóa để quyết

định hướng xử trí trong cả hai tình huống lâm sàng: thai trong tử cung và thai chưa xác định vị trí. Trong trường hợp có thai trong tử cung, việc xác định thai có sống được hay không giúp đưa ra quyết định nên hay không bỏ thai. Trong tình huống thứ hai, câu hỏi này giúp quyết định phương pháp điều trị ban đầu khi có nghi ngờ thai ngoài tử cung.

Khi chẩn đoán dương tính giả một thai sớm ngưng tiến triển – tức kết luận một thai ngưng tiến triển trong khi nó có khả năng sống sẽ gây nhiều hậu quả hơn một chẩn đoán âm tính giả – tức không chẩn đoán được một thai đã thật sự ngưng tiến triển. Dù là thai trong tử cung hay thai không rõ vị trí, chẩn đoán dương tính giả gây rất nhiều tác hại, vì có thể đưa đến những can thiệp nội-ngoại khoa có thể gây chết hoặc ảnh hưởng nghiêm trọng đến thai có khả năng sống. Hậu quả này nghiêm trọng hơn so với chẩn đoán “thai trong tử cung chưa

rõ khả năng phát triển” – dẫn đến trì hoãn can thiệp (thường chỉ một vài ngày) trên một thai lưu. Tương tự, trong trường hợp thai chưa xác định vị trí, gây hại một thai có khả năng sống trong tử cung nghiêm trọng hơn trì hoãn điều trị trên một trường hợp thai ngoài tử cung đang được theo dõi sát và không có khối nghi ngờ thai ngoài tử cung trên siêu âm.

Tiến sĩ Peter M. Doubilet, thuộc Brigham and Women's Hospital và Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, cùng với 14 thành viên của Radiologists in Ultrasound Multispecialty Panel on Early First Trimester Diagnosis of Miscarriage and Exclusion of a Viable Intrauterine đã xem lại y văn nhằm đưa ra các tiêu chuẩn rõ ràng hơn trong đánh giá khả năng sống của thai giai đoạn sớm. Các tiêu chuẩn này bao hàm các lĩnh vực: Sản Phụ khoa, Hình ảnh học và Cấp cứu. Mục tiêu của họ là đạt được độ chuyên biệt 100%: không có bất cứ trường hợp nào dương tính giả.

CHẨN ĐOÁN THAI NGỪNG TIẾN TRIỂN TRONG TRƯỜNG HỢP THAI TRONG TỬ CUNG CHƯA RÕ KHẢ NĂNG SỐNG

Túi thai thường thấy ở giai đoạn khoảng 5 tuần tuổi thai, có hình dạng một nang nhỏ chứa dịch, bờ tròn đều, trống, nằm trong phần phản âm sáng ở giữa tử cung (ví dụ trong màng ối). Với kỹ thuật siêu âm ngả âm đạo hiện nay, ít nhất 35% trường hợp túi thai không có dấu hiệu “trong màng ối” (intradual sign). Vì vậy, khả năng

có thai trong tử cung khá cao khi thấy hình ảnh nang nước hình oval như trên ở một phụ nữ có kết quả thử thai dương tính. Trường hợp này ít khi là túi thai giả hoặc nang màng ối kèm với thai ngoài tử cung.

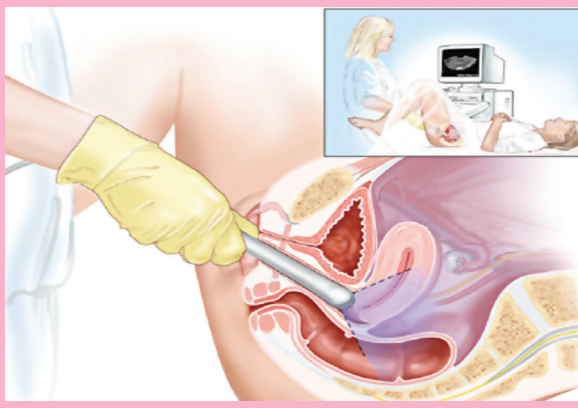
Túi noãn hoàng là một cấu trúc tròn khoảng 3-5mm, thường xuất hiện ở tuổi thai 5-6 tuần. Phôi thường xuất hiện vào khoảng tuổi thai 6 tuần, nằm kề cận túi noãn hoàng. Vào thời điểm này, có thể xuất hiện hoạt động tim thai nhấp nháy.

Các tiêu chuẩn thường dùng nhất để chẩn đoán thai ngưng tiến triển trong tử cung là không có hoạt động tim thai khi chiều dài đầu mông phôi thai đạt đến một kích thước nhất định, không xuất hiện phôi thai khi túi thai đạt đến một kích thước nhất định, và không xuất hiện phôi thai ở một thời điểm nhất định nào đó trong quá trình phát triển của thai.

Sử dụng tiêu chuẩn chiều dài đầu mông để chẩn đoán thai ngưng tiến triển trong tử cung

Mặc dù chỉ một số ít tài liệu cho thấy ngưỡng chiều dài đầu mông 5mm có độ chuyên 100% và độ nhạy khoảng 50%, nhưng theo một tổng quan hệ thống, do số lượng mẫu của các nghiên cứu này không nhiều nên khoảng tin cậy 95% cho độ chuyên lại khá rộng: từ 90% đến 100%. Điều này cho thấy nếu chiều dài đầu mông <5mm, có thể có trường hợp dương tính giả trong chẩn đoán thai ngưng tiến triển trong tử cung. Vì vậy, một số nghiên cứu gần đây cho thấy nhiều phôi có chiều dài đầu mông 5-6mm không có hoạt động tim thai lại phát triển thành phôi thai sống sau đó. Ngoài ra, các nghiên cứu cho thấy độ chênh lệch chiều dài đầu mông giữa các người đo khác nhau là 15%. Vì vậy, khi một bác sĩ đo được chiều dài đầu mông 6mm (tức giới hạn trên), nhưng một người khác lại có thể đo thành 6,9mm (lớn hơn 15%).

Các nghiên cứu gần đây đề nghị nên sử dụng ngưỡng 7mm và không có hoạt động tim thai để chẩn đoán thai ngưng tiến triển trong tử cung, thay vì 5mm như trước



đây. Tiêu chuẩn này giúp cho chẩn đoán có độ chuyên và giá trị tiên đoán dương đến 100% (hoặc gần 100%). Tuy nhiên, vì hoạt động tim thai thường có sớm sau khi xuất hiện phôi, nên nếu một phôi không có hoạt động tim thai, dù chiều dài đầu mông của phôi <7mm vẫn có thể nghi ngờ thai ngưng tiến triển trong tử cung, dù chưa thể chẩn đoán chắc chắn.

Kích thước trung bình túi thai

Kích thước trung bình túi thai (trung bình của đường kính ngang, dọc và đường kính trước sau túi thai) tăng lên trong quá trình phát triển của thai. Các nghiên cứu ban đầu cho thấy kích thước túi thai thường xuất hiện phôi thai trên siêu âm ngã âm đạo là 16-17mm, dẫn đến rất nhiều trung tâm sử dụng ngưỡng kích thước trung bình túi thai 16mm là tiêu chuẩn chẩn đoán thai ngừng tiến triển trong tử cung nếu không xuất hiện phôi thai.

Cũng tương tự như vậy, chỉ có một số ít dữ liệu cho thấy ngưỡng đường kính túi thai trung bình 16mm có độ chuyên 100% và độ nhạy khoảng 50%, trong khi một tổng quan hệ thống cho thấy, do số lượng mẫu nhỏ của các nghiên cứu này nên khoảng tin cậy 95% khá rộng: từ 88% đến 100%. Một số nghiên cứu đã báo cáo các trường hợp túi thai kích thước trung bình từ 17mm đến 21mm và không xuất hiện phôi thai lại phát triển thành phôi thai sống sau đó. Thêm vào đó, chênh lệch kích thước trung bình túi thai giữa các người đo khác nhau là 19%, vì vậy, khi một bác sĩ đo được kích thước trung bình của túi thai 21mm, một bác sĩ khác có thể đo thành 25mm (lớn hơn 19%).

Các nghiên cứu này kết hợp lại, cho thấy nên sử dụng *ngưỡng đường kính trung bình túi thai 25mm mà không xuất hiện phôi thai làm tiêu chuẩn chẩn đoán thai ngưng tiến triển (thay vì 16mm như trước đây)*. Tiêu chuẩn này có thể cho chẩn đoán đạt độ chuyên và giá trị tiên đoán dương gần 100%. Khi đường kính trung bình túi thai 16-24mm và không có phôi thai, nên nghi ngờ thai ngưng tiến triển trong tử cung dù chưa thể chẩn đoán chắc chắn.

Các tiêu chuẩn chẩn đoán thai ngưng tiến triển dựa vào thời điểm phát triển thai

Không phải tất cả thai ngưng tiến triển đều phát triển đến giai đoạn phôi 7mm hoặc túi thai 25mm, vì vậy, cần có các tiêu chuẩn khác để chẩn đoán thai sớm ngưng tiến triển trong tử cung. Tiêu chuẩn thường dùng nhất là không thấy phôi vào một thời điểm nhất định trong quá trình phát triển thai. Một hướng tiếp cận khác để dự đoán thai ngưng tiến triển trong tử cung là dựa vào sự phát triển không bình thường của túi thai và phôi. Tuy nhiên, cách tiếp cận này có thể không chính xác.

Khi không xuất hiện phôi thai có tim thai vào khoảng 6 tuần sau ngày kinh cuối có thể nghi ngờ thai ngưng tiến triển trong tử cung, tuy nhiên, ngày kinh chót (trong thai tự nhiên, không hỗ trợ sinh sản) cũng không phải là dữ liệu tin cậy để chẩn đoán xác định thai ngưng tiến triển trong tử cung. Các mốc thời gian trong sự phát triển phôi thai bao gồm: xuất hiện túi thai vào thời điểm 5 tuần, túi noãn hoàng vào thời điểm 5,5 tuần và phôi thai có hoạt động tim thai vào thời điểm 6 tuần. Các mốc thời gian này khá chính xác và có khả năng ứng dụng rộng rãi, với độ chênh lệch khoảng 1/2 tuần.

Các dấu hiệu khác nghi ngờ thai ngưng tiến triển

Nhiều nghiên cứu về siêu âm sớm trong 3 tháng đầu thai kỳ cho thấy các dấu hiệu nghi ngờ bất thường bao gồm: túi thai “trống”, túi noãn hoàng phì đại và túi thai có kích thước nhỏ. Vì các dấu hiệu này chưa được nghiên cứu kỹ lưỡng, nên chỉ được xem là dấu hiệu nghi ngờ chứ chưa thể là tiêu chuẩn giúp chẩn đoán xác định.

CHẨN ĐOÁN VÀ LOẠI TRỪ THAI SỐNG TRONG TỬ CUNG TRONG TRƯỜNG HỢP THAI CHƯA XÁC ĐỊNH VỊ TRÍ

Các tiêu chuẩn này nhấn mạnh vai trò nồng độ hCG vào một thời điểm nhất định nhằm chẩn đoán hoặc loại

trừ thai sống trong tử cung và định hướng xử trí ở các bệnh nhân này.

Nồng độ hCG ở các trường hợp thai sống trong tử cung, thai ngưng tiến triển trong tử cung và thai ngoài tử cung khá trùng lặp nhau, vì vậy không thể chỉ dựa vào nồng độ hCG để phân biệt. Khá nhiều nghiên cứu trong vòng 30 năm qua đã tìm cách xác định ngưỡng nồng độ hCG xuất hiện thai trong tử cung. Các nghiên cứu ban đầu cho thấy nồng độ hCG xuất hiện thai trong tử cung qua ngả bụng là 6.500 mIU/mL. Với sự phát triển của kỹ thuật siêu âm hiện nay, bao gồm cả siêu âm ngả âm đạo, ngưỡng hCG được hạ xuống 1.000-2.000 mIU/mL. Tuy nhiên, khi kết hợp với chiều dài đầu mông và đường kính trung bình túi thai, càng lúc càng có nhiều nghiên cứu cho thấy các giá trị ngưỡng hCG trước đây không còn đáng tin cậy để loại trừ thai sống trong tử cung nữa.

Một lý do cho thấy ngưỡng hCG hiện nay hạ thấp hơn có thể do tình trạng đa thai xuất hiện nhiều hơn khoảng thời gian từ 20 năm đến 30 năm trước và chỉ số hCG trong các trường hợp đa thai thường cao hơn. Tuy nhiên, những trường hợp không chẩn đoán được thai sống trong tử cung đã gặp ở cả những trường hợp đơn thai và đa thai. Nhiều nghiên cứu đã báo cáo các trường hợp không thấy túi thai với nồng độ hCG trên 2.000 mIU/mL hoặc thậm chí 3.000 mIU/mL lại xuất hiện phôi thai sống sau đó.

Khi một phụ nữ có nồng độ hCG trên 2.000 mIU/mL nhưng chưa xác định được vị trí thai, chẩn đoán nhiều khả năng nhất lại là thai trong tử cung ngưng tiến triển, khả năng này thường gặp hơn thai ngoài tử cung gấp 2 lần. Trong khi đó, khi nồng độ hCG trên 3.000 mIU/mL và lòng tử cung trống, khả năng thai ngoài tử cung lại cao hơn khoảng 70 lần so với khả năng có thai sống trong tử cung.

Các nhà nghiên cứu thừa nhận rằng khi nồng độ hCG trên 2.000 mIU/mL và không có túi thai trong tử cung, khả năng có thai sống trong tử cung là không cao. Tuy nhiên, vẫn có những lý do cho thấy trong trường hợp này, nếu can thiệp phẫu thuật hoặc điều trị nội quá vội vàng trong khi huyết động bệnh nhân vẫn đang ổn định là không phù hợp. Thứ nhất, như đã nói ở trên, điều này

có thể ảnh hưởng đến thai có khả năng sống trong tử cung, nhất là khi nồng độ hCG 2.000-3.000 mIU/mL. Thứ hai, chẩn đoán nhiều khả năng nhất là thai không phát triển trong tử cung và không cần điều trị bằng methotrexate. Thứ ba, trong trường hợp thai chưa rõ vị trí và không có dấu hiệu thai ngoài tử cung vỡ hoặc bằng chứng thai ngoài tử cung trên siêu âm, nguy cơ không cao nếu chờ thêm một vài ngày nữa để đưa ra chẩn đoán xác định. Thứ tư, nồng độ hCG tiến triển 48 giờ sau đó sẽ cho những thông tin cần thiết để chẩn đoán và đưa ra quyết định điều trị. Vì vậy, ở những bệnh nhân có huyết động ổn định, cần làm thêm một số xét nghiệm trước khi tiến hành điều trị thai ngoài tử cung.

Nồng độ hCG trong thai ngoài tử cung rất dao động, thường thấp hơn 1.000 mIU/mL và nồng độ hCG thường không dự đoán được khả năng thai ngoài tử cung vỡ. Vì vậy, chỉ đơn thuần với chỉ số hCG, nếu thấp, vẫn không thể loại trừ thai ngoài tử cung đe dọa tính mạng. Vì vậy, cần phải kết hợp với siêu âm ở bất cứ phụ nữ có chỉ số hCG dương tính nghi ngờ thai ngoài tử cung.

KẾT LUẬN

Chẩn đoán dương tính giả thai sớm không tiến triển trong tử cung – tức chẩn đoán sai một thai trong tử cung là ngưng tiến triển, hoặc loại trừ sai khả năng thai phát triển trong tử cung trên bệnh nhân có thai chưa xác định được vị trí – có thể dẫn đến những can thiệp sai lầm, làm ảnh hưởng hoặc gây chết một thai lẽ ra có thể phát triển bình thường. Các nghiên cứu gần đây cho thấy cần có những tiêu chuẩn chặt chẽ hơn trong chẩn đoán thai ngưng tiến triển nhằm giảm thiểu và ngăn chặn các kết quả dương tính giả. Các hướng dẫn lâm sàng trên, nếu có thể phổ biến rộng rãi cho các nhà thực hành lâm sàng ở nhiều chuyên khoa liên quan đến chẩn đoán và theo dõi các bệnh lý thai sớm, có thể giúp chăm sóc bệnh nhân tốt hơn và giảm nguy cơ gây hại cho các thai có khả năng phát triển bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Peter MD, Carol BB, Tom B, Michael B (2013). Diagnostic Criteria for Nonviable Pregnancy Early in the First Trimester. N Engl J Med; 369:1443-1451.