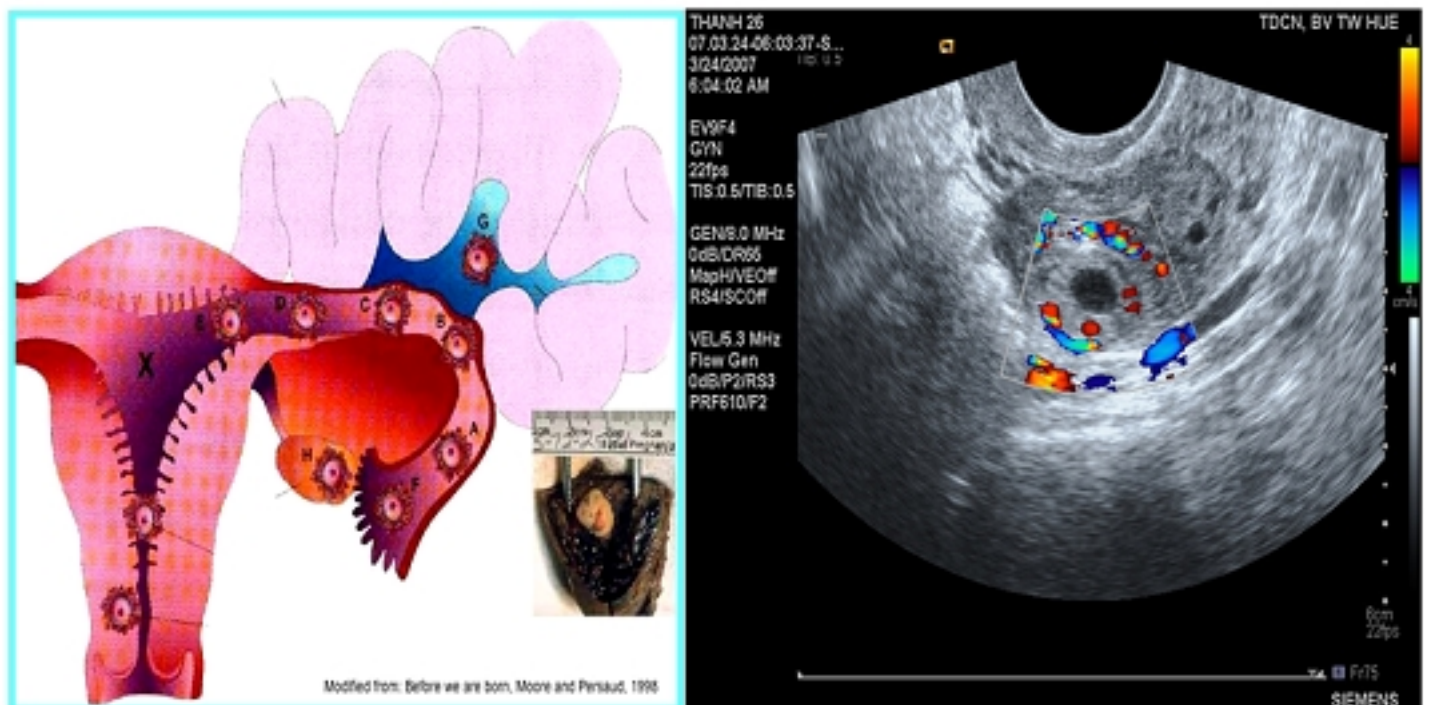


Ths Nguy n Th Ki u Trinh

1. Gi i thi u:

Thai ngoài t cung (GEU: [grossesse extra-utérine](#)) cho đ n nay v n là b nh lý đ d a tính m ng b nh nh n nh ng n c đang phát tri n và th ng là ph u thu t c p c u. T i Nam Phi, 71% các tr ng h p GEU v và 62% b choáng khi nh p vi n. Trên 90% s tr ng h p GEU ở Dakar, Senegal, >98% ở Accra, Ghana, >52% ở Yaounda, Cameroon, đã b v khi nh p vi n. N u ch n đoán tr , khi có bi n ch ng và ch y máu nhi u, t l t vong là 1 đ n 1,5%. T i Hoa K , n i có nguy c t vong liên quan đ n thai k ch 9/100.000, GEU cũng chỉ m đ n 13% tr ng h p t vong so sánh v i 51% t vong trong sinh s ng và 4,7% t vong có liên quan đ n s y thai.



Nh ng ti n b c a y h c đã làm thay đ i quan ni m v GEU, nó tr thành v n đ s c kh e ít

nguy hi m h n, có th đi u tr b ng các bi n pháp không xâm l n ho c ít xâm l n có nguy c th p n u ch n đoán k p th i. Đ nh ng can thi p m i có th áp d ng r ng rãi, nhân viên y t c n ti p c n và đ c hu n luy n v i ph ng ti n ch n đoán s m (đ nh l ng BHCG và siêu âm đ u dò âm đ o) cũng nh trang thi t b gây mê và ph u thu t n i soi (PTNS). PTNS b ng và Methotrexate (MTX) đ ng dùng toàn thân là 2 l a ch n đi u tr cho GEU không bi n ch ng. MTX đ c u tiên cho nh ng tr ng h p ch n đoán s m vì đ n gi n và chi phí th p, còn PTNS dành cho nh ng tr ng h p còn l i. nh ng trung tâm không đ y đ trang thi t b ho c ph u thu t viên (PTV) không đ c hu n luy n đ y đ v PTNS, m h là l a ch n duy nh t.

2. Ch n đoán GEU s m:

Do có nhi u đ ng lâm sàng t không tri u ch ng đ n có tri u ch ng cho đ n đau b ng c p và choáng m t máu, do đó khi nghi ng GEU c n ph i theo dõi sát và b sung các xét nghi m đ phát hi n s m GEU ch a v .

2.1 Lâm sàng: bao g m các tri u ch ng nh tr kinh, rong huy t, đau h v m t bên, có th 2 bên, đau âm , đau chói, đau t ng c n, đau d d i, liên t c ho c t ng c n. Khám th c th có th phát hi n kh i c nh t cung ho c không, đ u hi u sinh t n th ng không thay đ i n u GEU ch a v .

2.2 C n lâm sàng:

+ **BHCG máu:** N ng đ BHCG liên quan v i tu i thai. Trong 6 tu n đ u, BHCG tăng nhanh, sau 6 tu n > 6.000-10.000mUI/ml, sau đó tăng ch m l i và không h ng đ nh. Kho ng 66% thai bình th ng HCG tăng g p đôi sau 48h. Sau 48h n u l ng BHCG không tăng nh v y và siêu âm không th y thai trong t cung nên nghi ng GEU.

+ **Progesteron huy t thanh:** N ng đ Progesterone trong GEU th p h n trong thai trong TC. Progesterone > 25ng/ml: 70% thai s ng trong TC. N ng đ Progesterone < 5ng/ml nghi ng thai b t th ng. Tuy nhiên c n k t h p v i BHCG và siêu âm m i có giá tr .

+ **Siêu âm:** nên ph i h p siêu âm b ng và đ u dò âm đ o. Tuy nhiên siêu âm đ u dò âm đ o quan sát vùng ch u chính xác h n. Siêu âm đ u dò âm đ o có th phát hi n khi thai đ c 4

Đi u tr n i khoa b o t n thai ngoài t cung

Vi t b i Biên t p viên

Th b y, 11 Tháng 5 2013 21:22 - L n c p nh t cu i Th sáu, 14 Tháng 6 2013 15:12

tu n, s m h n ng b ng 01 tu n. C n phân bi t túi thai th t và túi thai gi trong t cung. T l túi thai gi trong GEU chi m t l 8-29%, n m trung tâm bu ng TC. Túi thai p ph n ph v i phôi thai và tim thai (+) là d u hi u chính xác đ ch n đoán GEU, tuy nhiên đ nh y th p 10-17%, có th th y túi đ ch v i vòng echo dày có th có yolksac ho c thai ch t.

D ch b ng t do trong b ng là d u hi u GEU v .

Siêu âm th y thai s ng trong TC khi BHCG $\geq 6.5000\text{mUI/ml}$. N u siêu âm đ u dò âm đ o không th y thai trong TC và BHCG th p (1000- 2.000mUI/ml) c n theo dõi cho đ n khi lo i tr đ c GEU.

+ *M o sinh thi t bu ng TC* khi thai không th s ng và siêu âm không xác đ nh v trí thai. Xét nghi m s hi n di n mô n o bu ng TC giúp ch n đoán và đi u tr s m.

3. X trí ch đ i:

M t s nghiên c u đ t câu h i v vi c có c n thi t ph i ph u thu t ho c can thi p hóa ch t cho m t s ca ch n đoán GEU r t s m không và ng h x trí ch đ i trong m t s tr ng h p. Nh ng ca x trí theo dõi là ca không có tri u ch ng và không có d u hi u v và huy t đ ng h c n đ nh. Nh ng ca GEU t thoái tri n, BHCG th ng gi m th p, ng i b nh ch p nh n theo dõi ch đ i và không than phi n tri u ch ng nào. X p x $\frac{1}{4}$ thai ph có GEU có m c BHCG gi m nhanh và 70% s này k t qu thành công v i vi c theo dõi sát c ng nh đ ng kính kh i thai $\leq 4\text{cm}$. L ng BHCG th p ban đ u th ng liên quan đ n k t qu thành công c a GEU t thoái tri n. M c đ u d ki n đ a ra còn gi i h n, l ng BHCG ban đ u $< 1000\text{mUI/ml}$ cho th y 88% theo dõi ch đ i cho tiên l ng k t qu thành công. Trên lâm sàng, theo dõi ch nên áp d ng nh ng ph n không rõ v trí thai ho c nghi ng GEU, v i m c HCG r t th p và gi m đ n.

4. Đi u tr n i khoa b o t n thai ngoài t cung:

4.1 Đ i t ng đi u tr lý t ng

- Nh ng b nh nh n có huy t đ ng n đ nh

- Nồng độ BHCG ≤ 5000 mUI/ml, mức số phác đồ ≤ 10.000 mUI/ml

- Không có bằng chứng của chảy máu ở bụng đang tiến triển.

- SA không có hoạt động tim thai

- Kích thước khối thai ngoài nhỏ hơn 3-4cm.

4.2 Chứng chỉ đỏ:

- Huyết động không ổn định

- Các dấu hiệu của thai ngoài dạ dày hay đang vỡ (đau bụng dữ dội hoặc đau bụng dai dẳng, dịch ổ bụng tăng do trong khoang chậu > 300ml)

- Xét nghiệm huyết học có bệnh nhân thiếu máu, có rối loạn và xét nghiệm chức năng gan, thận.

- Suy giảm miễn dịch, bệnh phổi đang hoạt động, loét đường tiêu hóa.

- Nhảy còi quá mức với MTX

- Tình trạng động thai trong tử cung có thể sống được.

- Đang cho con bú
- Không mu n ho c không th tuân th sau khi đi u tr
- Không đ đi u ki n đ n trung tâm y t khi c n thi t.

4.3 Ch ng ch đ nh t ng đ i:

- *N ng đ HCG cao:* n ng đ HCG cao là y u t quan tr ng liên quan đ n th t b i đi u tr . Nh ng ph n có n ng đ HCG > 5000mUI/ml c n ph i đi u tr nhi u đ t h n và kh n ng th t b i cao h n. Có s gia tăng có ý nghĩa th ng kê v th t b i đi u tr khi HCG ban đ u > 5000mUI/ml (OR 5,5, 95% CI 3,0-9,8)
- *Ho t đ ng tim thai:* Theo m t phân tích g p, ho t đ ng tim thai trên siêu âm liên quan có ý nghĩa v i th t b i đi u tr (OR 9,1, 95% CI 3,8-22,0)
- *Kích th c kh i thai ngoài t cung l n* đã s các nghiên c u đ u gi i h n kích th c kh i thai ngoài t cung 3-4cm, vì v y ít có nghiên c u trên các thai ngoài có kích th c l n h n. Thêm vào đó, có s khác nhau v i c đo kích th c kh i thai th c s hay c kích th c kh i máu t bao b c bên ngoài. Kích th c kh i thai ngoài không liên quan đ n n ng đ HCG.
- *D ch b ng:* k t qu siêu âm d ch màng b ng t do là tiêu chu n lo i tr đi u tr MTX. Tuy nhiên, máu trong b ng không h n là do GEU v mà có th máu do s y thai v i tr ng.
- *M t s y u t khác* m t s y u t có th đi kèm v i th t b i đi u tr : b ng ch ng túi noãn hoàng trên siêu âm, kh i thai ngoài đ n eo, m c acid folic cao tr c đi u tr , m c HCG tăng ho c gi m ít trong vòng vài ngày sau đi u tr .

4.4 Đ i u tr b ng thu c

Đ i u tr b ng MTX: MTX là tác nhân kháng acid folic, c ch t ng h p ADN và s n sinh t bào, đ c bi t nh ng t bào sinh ác tính, nguyên bào phôi và t bào thai nhi. MTX đ c đào th i nhanh, sau m t li u tiêm tĩnh m ch đ c đào th i h ng đ nh trong vòng 24h sau tiêm. Li u MTX s đ ng trong đi u tr GEU khá th p (50mg/m² ho c 1mg/kg).

a. Phác đ đ n li u:

- MTX 1mg/kg/ ngày tiêm b p sau 24 gi tiêm b p Citrovorum 0,1mg/kg/ j ho c MTX li u duy nh t 50mg/m² da. Kho ng 15-20% ph n s c n m t li u th 2 và nên c nh báo v đi u này. Trong đi u tr đ n li u có nhi u phác đ khác nhau:

+ Đ i u tr MTX ngày th 1. Xn HCG l n 2 vào ngày th 7. Cho thêm li u th 2 MTX n u HCG ngày th 7 không gi m xu ng ít nh t 25% so v i ngày th 1, và phác đ l p l i.

+ Đ i u tr MTX ngày th 1. Xn HCG ngày th 4 và th 7. N u s gi m HCG ngày th 4 và ngày th 7 < 15%, li u th 2 MTX 50mg/m² đ c ch đ nh.

+ Sau ngày th 7 c 2 phác đ đ n li u c n ki m tra HCG h ng tu n cho đ n khi HCG không phát hi n đ c. N ng đ HCG th ng gi m xu ng < 15mUI/ml 35 ngày sau tiêm, nh ng có th kéo dài đ n 109 ngày.

+ Có th l p l i li u th 3 MTX. N u HCG h th p < 15% gi a nh ng l n đo h ng tu n sau li u th 3 nên PTNS b o t n ho c c t v i tr ng.

b. Phác đ đa li u:

S d ng MTX (1mg/kg m t ngày IM ho c IV) vào các ngày 1,3,5,7 và leucovorin đ ng u ng (0,1mg/kg) vào các ngày 2,4,6,8. M c HCG đ c ki m tra vào các ngày 1,3,5,7. N u HCG huy t thanh gi m h n 15% so v i k t qu l n đ u tiên nên ng ng đi u tr và b t đ u giai đo n theo dõi.

Trong giai đo n theo dõi c n ki m tra HCG h ng tu n. N u HCG gi m ít h n 15% so v i li u tr c đó c n cho thêm li u MTX 1mg/kgIM và leucovorin 0,1mg/kg đ ng u ng trong ngày ti p theo. N ng đ HCG c n đ c theo dõi cho đ n khi âm tính. T l thành công 93%. Th ng đ c áp d ng cho nh ng b nh nh n GEU đo n k .

c. Li u pháp k t h p v i Mifepristone:

MTX tiêm b p k t h p v i Mifepristone đ ng u ng (600mg) có th tăng hi u qu đ i u tr . M t nghiên c u cho th y t l thành công c a li u pháp ph i h p là 81% so v i 74%. Tuy nhiên Mifepriston không đ c ch p nh n đ i u tr . M do đó phác đ này ít đ c khuy n cáo s d ng.

d. Tác d ng ph c a thu c: th ng nh , kho ng 30% có th g p tác d ng ph . Hay g p nh t là viêm k t m c và viêm mi ng. Các tác d ng ph hi m g p bao g m viêm d dày, viêm ru t, viêm da, viêm ph i, r ng tóc, tăng men gan và suy t y x ng. 40% tác d ng ph có th g p phác đ đa li u.

e. Các th n tr ng trong đ i u tr MTX:

- Tránh giao h p và th thai cho đ n khi m c HCG tr v âm tính.

- Tránh khám khung ch u trong quá trình theo dõi do nguy c v vôi tr ng.

- Tránh ánh n ng m t tr i đ h n ch nguy c viêm da do MTX.

- Tránh th c ăn và các vitamin có ch a acid folic.

- Tránh thu c kháng viêm non steroid do nguy c t t ng tác thu c v i MTX có th gây c ch t y x t ng, thi u máu b t s n và ng đ c d dày ru t.

5. Theo dõi sau đi u tr :

5.1 Theo dõi HCG huyết thanh: nh đã nêu trong phác đ dùng thu c. Chú ý m c HCG gi m không ngăn ng a kh năng v v i tr ng.

5.2 Theo dõi qua siêu âm: Ki m tra th t ng quy trên siêu âm không có l i v m t lâm sàng. Sau đi u tr , thai ngoài có th tăng kích th c và t n t i kéo dài nhi u tu n. Siêu âm có th th y kh i máu t . Tuy nhiên, đánh giá đ ch màng b ng t do c n ch đ nh nh ng ca đau b ng nhi u.

5.3 Theo dõi lâm sàng: Đau b ng nh có th kéo dài trong vòng 6-7 ngày. Có th ki m soát b ng acetaminophen. Không nên s d ng non steroid do t t ng tác thu c v i MTX. C n theo dõi đ u sinh t n và tình tr ng huyết đ ng h c đ i v i nh ng ca có đau b ng nhi u đ c n thi t có ch đ nh ph u thu t trong ca GEU v .

6. Kh năng sinh s n sau đi u tr :

6.1 Kho ng cách th thai:

Không có nghiên c u nào ch ra th i đi m s m nh t và t t nh t đ th thai sau khi đi u tr b o t n. M t s nghiên c u cho th y MTX s có kinh nguy t đúng lúc và t l th thai cao h n so v i

PTNS. Tuy nhiên m t nghiên c u h i c u v kích thích bu ng tr ng cho th y đi u tr MTX s l ng tr ng gi m trong vòng 180 ngày đ u sau dùng MTX so v i nh ng ngày sau đó. M t nghiên c u khác cho th y không có s khác bi t v t l d t t thai nhi và k t c c không mong mu n nh ng b nh nhân có thai trong vòng < 6 tháng (trung bình 3,7+/- 1,7 tháng). Theo khuy n cáo c a chăm sóc ti n thai, nh ng ph n trong nhóm này nên s d ng folate m i ngày.

6.2 Tác d ng trên kh năng sinh s n:

Không có b ng ch ng v tác d ng b t l i c a MTX trên thai k sau. B nh nhân có th có thai l i sau khi HCG tr v âm tính. T l m i m c c a GEU tái đi n là 15% và lên đ n 30% GEU 2 l n. M c ban đ u c a HCG > 5000 mUI/ml có th đi kèm nguy c tăng t c ngh n vôi tr ng, b t k ph ng pháp đi u tr gì.

7. So sánh đi u tr n i khoa v i đi u tr PTNS:

Kho ng 35% ph n GEU có th đi u tr n i khoa, 2 ph ng pháp t ng đ ng nhau v t l thành công cũng nh thai k l n sau. Đi u tr n i khoa ít t n kém v m t chi phí h n ngo i khoa tuy nhiên th i gian n m vi n và theo dõi kéo dài h n.

- Li u pháp MTX tiêm b p t l thành công t 82-95% so v i 80-92% m thông vôi tr ng qua PTNS.

- Các tác d ng ph không mong mu n th ng g p ph n đi u tr MTX toàn thân so v i ph u thu t (60% vs 12%)

- Th i gian m c HCG tr v m c d i ng ng PTNS th ng ng n h n.

8. Khuy n cáo:

- Nh ng thai ph GEU huy t đ ng không n đ nh nên đ c ph u thu t.

- Nh ng thai ph GEU t tai v o i, huy t đ ng n đ nh, BHCG <5000mUI/ml, không có ho t đ ng tim thai, tuân th quá trình theo dõi nên đ c ch đ nh MTX (Grade 2B). Nh ng thai ph n đ nh không th a nh ng đi u ki n này nên PTNS (Grade 2C)

- Khuy n cáo s đ ng MTX toàn thân h n t i ch (Grade 1B)

- Nên s đ ng phác đ đ n li u h n đa li u (Grade 2B). Tuy nhiên phác đ đa li u nên dùng GEU đ o n k .

- Không s đ ng Mifepristone k t h p v i MTX so v i MTX đ n đ c (Grade 2B)

TÀI LI U THAM KH O

1. F Gary Cunningham , Ectopic Pregnancy, William Obstetrics, 21st editon, 2001, pp 883-905.
2. Jonathan S. Berk , Ectopic Pregnancy, Novak's Gynecology, 2002, 13th Edition, pp 510-534.
3. Nicholas Bakalar, Ectopic Pregnancy Treatments Preserve Fertility, 2010
4. Togas Tulandi, MD, Robert L Barbieri, MD, Sandy J Falk, MD- Methotrexate treatment of tubal and interstitial ectopic pregnancy- Up To Date 2012
5. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Medical treatment of ectopic pregnancy. Fertil Steril 2006; 86:S96.
6. Medical management of ectopic pregnancy. ACOG Practice Bulletin #94. American College of Obstetricians and Gynecologists, 2008.
7. H ng d n qu c gia v các d ch v chăm sóc s c kh e sinh s n, 2009.
8. Phác đ đi u tr B nh vi n T Dũ năm 2011.
9. Pedro R. Figueroa- Casas, Can thi p thai đi u tr n ng d n tr ng, th vi n SKSS 2010.