

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ CHẢY MÁU TRONG BA THÁNG ĐẦU CỦA THAI KỲ

Bác sĩ CK II Trịnh Hữu Thọ

Chảy máu âm đạo trong ba tháng đầu thai kỳ chiếm 1/4 trường hợp mang thai, khoảng một nửa trong số đó sẽ bị sảy thai. *Nếu tình trạng bệnh nhân ổn định, không có khối cạnh tử cung hoặc dấu hiệu lâm sàng của xuất huyết nội thì nên bình tĩnh chờ đợi một khoảng thời gian thích hợp để có thể phát hiện tim thai trên siêu âm.* Siêu âm ngã âm đạo và test β -hCG có thể giúp phân biệt nguyên nhân chảy máu trong ba tháng đầu của thai kỳ. Nguyên nhân chảy máu trong 3 tháng đầu thai kỳ bao gồm xuất huyết dưới màng đệm (subchorionic hemorrhage), phôi thai ngưng phát triển (embryonic demise), thai không phôi (anembryonic pregnancy), sảy thai không hoàn toàn (incomplete abortion), thai ngoài tử cung và bệnh tế bào nuôi (thai trứng). Ở thai kỳ bình thường sẽ xuất hiện túi thai qua siêu âm ngã âm đạo khi β -hCG đạt mức 1500 - 2000 mIU/mL (1500 - 2000 IU/L). Qua siêu âm ngã âm đạo, khi túi thai lớn hơn 10 mm thì sẽ thấy túi noãn hoàng (yolk sac). Khi phôi thai sống thì hoạt động tim thai phải xuất hiện khi chiều dài đầu mông (CRL) lớn hơn 5 mm. Ở thai kỳ bình thường, β -hCG tăng 80% mỗi 48 giờ. Sự thiếu vắng bất kỳ những tiêu chí bình thường ở trên nên nghĩ đến thai kỳ thất bại sớm, nhưng điều này không phân biệt được giữa thai ngoài tử cung và thai ngưng phát triển trong tử cung. *Khi hiện diện của một khối cạnh tử cung hoặc có dịch ở túi cùng sau phải nghĩ đến thai ngoài tử cung đến khi có kết quả chẩn đoán khác.* Xử trí bằng phương pháp dùng thuốc (misoprostol) có hiệu quả cao đối với những trường hợp thai ngưng phát triển trong tử cung giai đoạn sớm, ngoại trừ bệnh tế bào nuôi (thai trứng), trường hợp này phải được giải quyết bằng thủ thuật. Phương pháp điều trị bằng misoprostol có hiệu quả trong sảy thai không hoàn toàn. Điều trị bằng methotrexate có hiệu quả cao cho những bệnh nhân bị thai ngoài tử cung được chọn lọc. Theo dõi sau thai kỳ thất bại sớm bao gồm: tư vấn liên quan đến kế hoạch có thai trong tương lai, biện pháp tránh thai, và các khía cạnh chăm sóc tâm lý khác[2].

Khoảng một phần tư phụ nữ mang thai sẽ xuất hiện chảy máu thấm giọt trong vài tuần đầu tiên của thai kỳ, và một nửa trong số những người này sẽ sảy thai. Thầy thuốc cần phải hiểu được tiến triển của một thai kỳ bình thường, hình ảnh siêu âm và giá trị của β -hCG trong giai đoạn sớm của thai kỳ để có chẩn đoán và điều trị thích hợp.

XỬ TRÍ CHẢY MÁU TRONG 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ

Theo định nghĩa, chảy máu trước 20 tuần của thai kỳ là dọa sảy thai (**Bảng 1**), phần lớn sẽ tiến triển bình thường. Kết quả đánh giá phụ thuộc vào tiền sử, dấu hiệu và triệu chứng của bệnh nhân. Có thể sử dụng ngày kinh cuối cùng bình thường của bệnh nhân để ước tính tuổi thai. Ở những bệnh nhân ổn định, việc thăm khám âm đạo bao gồm kích thước và vị trí tử cung, nghe tim thai bằng Doppler tim thai (nếu thai đã được ít nhất 10-11 tuần kể từ ngày kinh cuối cùng). Khám âm đạo nhẹ nhàng nếu bệnh nhân ổn định, và không có khối cựa tử cung, hoặc dấu hiệu lâm sàng của chảy máu trong ổ bụng, thì hãy chờ đợi thêm để có chẩn đoán xác định.

Đau vùng bụng dưới và xuất hiện khối cựa tử cung có khả năng là thai ngoài tử cung. Hạ huyết áp kèm theo dấu hiệu chảy máu trong phúc mạc (đau lan lên vai, vắng tiếng ruột, bụng chướng đau) có thể chỉ điểm chẩn đoán thai ngoài tử cung, bệnh nhân cần được chuyển nhanh đến bệnh viện để được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Thăm khám âm đạo bằng mỏ vịt nhằm loại trừ những nguyên nhân gây chảy máu không liên quan đến thai kỳ: Viêm âm đạo, viêm cổ tử cung, viêm bàng quang, chấn thương, ung thư cổ tử cung, polyp cổ tử cung; hay những nguyên nhân khác như trĩ. Có thể phát hiện cổ tử cung hé mở với hiện diện của phần mô thai ở cổ tử cung, đây là dấu hiệu của tình trạng hư thai không tránh được (inevitable abortion). Phần mô thai có thể được lấy nhẹ nhàng bằng kẹp forceps để khảo sát sự hiện diện của màng đệm (Chorionic villi), (**hình 1**); hay gửi giải phẫu bệnh để chẩn đoán xác định là sảy thai tự phát. **Bảng 2** chỉ ra những yếu tố nguy cơ của sảy thai tự phát.



Hình 1: Phần mô thai có thể được khảo sát để xác định hiện diện của màng đệm để loại trừ thai ngoài tử cung.



Hình 2: Yolk sac ở thai 5-6 tuần, là dấu hiệu đầu tiên chẩn đoán thai trong TC.

Bảng 1: Định nghĩa các thuật ngữ về bất thường trong thai kỳ sớm

Bệnh lý	Định nghĩa
-Thai không phôi (<i>anembryonic pregnancy</i>)	-Hiện diện túi thai > 18 mm, nhưng không có phôi hay yolk sac, còn gọi là “blighted ovum”
-Thai lạc chỗ (<i>ectopic pregnancy</i>)	-Thai nằm ngoài xoang tử cung (thông thường là ở vòi trứng), nhưng có thể gặp ở dây chằng rộng, buồng trứng, cổ tử cung, hay nơi nào khác trong ổ bụng.
-Phôi ngưng phát triển (<i>embryonic demise</i>)	-Khi phôi > 5mm, không có tim thai; thay thế từ hư thai lưu (<i>missed abortion</i>).
-Thai trứng (<i>hydatidiform mole</i>)	<ul style="list-style-type: none">• Thai trứng toàn phần: Tăng sinh nhau thai nhưng không có thai; hầu hết đều có nhiễm sắc thể 46, XX; tất cả đều bắt nguồn từ cha.• Thai trứng bán phần: nhau trứng cùng với thai, hầu hết là thể tam bội (69,XXY).
-Vừa thai ngoài TC vừa thai trong TC (<i>heterotopic pregnancy</i>)	-Cùng lúc có thai trong và thai ngoài TC; các yếu tố nguy cơ bao gồm: kích thích rụng trứng, thụ tinh nhân tạo...
-Sảy thai tái phát (<i>recurrent pregnancy loss</i>)	-Khi có ≥ 2 lần sảy thai liên tiếp
-Sảy thai tự phát (<i>spontaneous abortion</i>) . Sảy thai hoàn toàn . Sảy thai không hoàn toàn . Sảy thai khó tránh (<i>inevitable abortion</i>) . Sảy thai nhiễm trùng	-Là tình trạng sảy thai tự phát <20 tuần . Toàn bộ phần thai bị tống xuất ra ngoài . Là tình trạng thai bị sảy một phần . Là tình trạng chảy máu tử cung với CTC mở; tiên lượng thai sẽ bị tống xuất ra . Là tình trạng sảy thai không hoàn toàn kèm theo nhiễm trùng từ dưới lên gây viêm nội mạc TC, phần phụ hay viêm phúc mạc.
-Xuất huyết dưới màng ối	-Là tình trạng chảy máu khi thai <20 tuần với hiện diện thai, hoạt động tim thai và CTC khép kín
-Thai đôi biến mất một thai (<i>vanishing twin</i>)	-Đa thai được xác định và 1 hay nhiều bào thai sau đó biến mất (thường gặp hơn khi siêu âm được thực hiện sớm trong thai kỳ); nếu xảy ra sớm, phôi thường được hấp thụ lại; nếu xảy ra ở giai đoạn trễ của thai kỳ sẽ dẫn đến bào thai bị chèn ép như thai bị ứ đọng.

Xét nghiệm tìm lậu cầu khuẩn và chlamydia ở CTC nên được thực hiện. Sốt và triệu chứng của viêm phần phụ hay cảm ứng phúc mạc chậu có thể gặp trong sẩy thai nhiễm trùng. Điều trị sẩy thai nhiễm trùng là tình trạng cấp cứu bao gồm kháng sinh toàn thân và hút buồng tử cung. Nhiễm trùng, sốt nhau và thủng tử cung có thể xảy ra khi thủ thuật được thực hiện bởi người không được đào tạo. Y học dựa vào bằng chứng không ủng hộ việc sử dụng kháng sinh thường qui cho tất cả những trường hợp sẩy thai không hoàn toàn.

Nếu hỏi bệnh sử và khám thực thể không giúp chẩn đoán phân biệt được nguyên nhân của sẩy thai sớm thì cần thực hiện siêu âm chẩn đoán và xét nghiệm β -hCG; tùy theo kết quả của siêu âm và β -hCG để chẩn đoán xác định.

NHỮNG DẤU HIỆU CHẨN ĐOÁN THAI TRONG 3 THÁNG ĐẦU HUMAN CHORIONIC GONADOTROPIN

Dấu hiệu đầu tiên phát hiện có thai là sự gia tăng của nồng độ β -hCG, được sản sinh bởi nhau thai sau khi làm tổ. Điều này xảy ra vào ngày 23 của chu kỳ kinh nguyệt, hoặc sớm nhất là 8 ngày sau khi thụ thai. Với chuẩn tham khảo quốc tế có thể xét nghiệm nước tiểu tại nhà phát hiện mang thai khi nồng độ β -hCG chỉ bằng 25 mIU mỗi mL (25 IU/L). Do đó, có thể chẩn đoán mang thai trước ngày có kinh dự đoán.

Nồng độ huyết thanh β -hCG bắt đầu tăng trong 4– 8 tuần đầu tiên của thai kỳ bình thường, tăng thêm 80 % mỗi 48 giờ. Tỷ lệ tăng nồng độ β -hCG này chứng tỏ có thai, nhưng không đủ là dấu hiệu của thai kỳ bình thường. Sự tăng chậm của nồng độ β -hCG không phân biệt được thai ngoài tử cung và thai trong tử cung dọa sẩy. Nồng độ β -hCG cao đột ngột đòi hỏi phải theo dõi để loại trừ bệnh lý tế bào nuôi.

SIÊU ÂM CHẨN ĐOÁN

Có thể phát hiện sớm có thai dựa vào siêu âm đường âm đạo, sử dụng đầu dò có tần số 5 MHz hoặc lớn hơn. Một túi thai 5 mm có thể nhìn thấy ở phần nội mạc ở đáy tử cung vào tuần lễ thứ 5 của thai kỳ bao gồm một nang trung tâm bao quanh bởi một vòng đôi tăng âm “double ring” cấu tạo bởi màng rụng và màng đệm. Dấu hiệu này cần phân biệt với túi thai giả (pseudo gestational sac) gặp trong trường hợp thai ngoài tử cung.

Yolk sac xuất hiện ở thai 6 tuần khi siêu âm đường âm đạo, đây là dấu hiệu chứng tỏ thai trong tử cung (**hình 2**). Cuối tuần thứ 6, phôi thai từ 2-5 mm có thể phát hiện khi siêu âm đường âm đạo (**hình 3**). Đo chiều dài đầu mông (CRL) là cách tốt nhất để tính tuổi thai (**hình 4**). Tim thai xuất hiện khi phôi thai \geq 5 mm (siêu âm đường âm đạo) hay \geq 9 mm (siêu âm đường bụng)[4]. Thông thường siêu âm đường bụng phát hiện chậm hơn siêu âm đường âm đạo 1 tuần.



Hình 3: Phôi thai và yolk sac



Hình 4: Chiều dài đầu mông (CRL)

Bảng 2: Những yếu tố nguy cơ gây sẩy thai tự phát và thai ngoài tử cung

❖ **Sẩy thai tự phát**

- Nội tiết (sự thiếu hụt progesterone, bệnh lý tuyến giáp trạng, đái tháo đường không kiểm soát)
- Di truyền (chiếm 1/2 trường hợp sẩy thai tự phát)
- Miễn dịch (hội chứng kháng phospholipid, lupus)
- Nhiễm khuẩn (chlamydia, gonorrhea, herpes, listeria, mycoplasma, giang mai, toxoplasma, ureaplasma)
- Phơi nhiễm hóa chất nghề nghiệp
- Phơi nhiễm tia xạ
- Tử cung (dị dạng tử cung)

❖ **Thai ngoài tử cung**

- Đang mang dụng cụ tử cung
- Tiền sử thai ngoài tử cung
- Tiền sử nhiễm khuẩn đường sinh dục (bệnh viêm vùng chậu, gonorrhea, chlamydia)
- Tiền sử phẫu thuật vòi trứng (triệt sản, phẫu thuật nối vòi trứng sau triệt sản)
- Thụ tinh nhân tạo
- Hiếm muộn
- Hút thuốc lá

NHỮNG TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào hình ảnh siêu âm và các chỉ số xét nghiệm (xem **bảng 3**). Một thai kỳ bình thường sẽ xuất hiện túi thai khi nồng độ β -hCG đạt từ 1500 - 2000 mIU/mL (1500 -2000 IU/L), xuất hiện yolk sac khi túi thai > 10 mm và có tim thai khi CRL > 5 mm. Không đáp ứng những tiêu chuẩn trên phải nghĩ đến thai kỳ thất bại; tuy nhiên, vì ảnh hưởng tâm lý của bệnh nhân về việc mất thai, siêu âm nên được lặp lại 1 tuần sau đó để chẩn đoán xác định. Sau khi xuất hiện phôi thai và tim thai thì việc theo

đổi tình trạng thai bằng siêu âm cung cấp nhiều thông tin hơn là theo dõi sự thay đổi của β -hCG.

Bảng 3: Những tiêu chuẩn chẩn đoán thai sớm		
Tuổi thai	Tình trạng phôi	Tiêu chuẩn β-hCG và siêu âm
3 – 4 tuần	Giai đoạn làm tổ	Hình ảnh dày lên của màng rụng
4 tuần	Giai đoạn trophoblast	Hình ảnh mạch máu chung quanh trophoblast bằng siêu âm màu Doppler
4 – 5 tuần	Túi thai	β -hCG đạt từ 1500 - 2000 mIU/mL (1500 - 2000 IU/L), hình ảnh siêu âm tùy thuộc vào kinh nghiệm của thầy thuốc và chất lượng của siêu âm.
5 – 6 tuần	Yolk sac	Yolk sac xuất hiện khi đường kính túi thai > 10 mm.
5 – 6 tuần	Phôi thai	Phát hiện phôi khi đường kính túi thai > 18 mm.
5 – 6 tuần	Tim thai	Phát hiện tim thai khi CRL > 5 mm

CHẨN ĐOÁN

Nếu lâm sàng không xác định rõ tình trạng thai thì hình ảnh siêu âm đường âm đạo và tình trạng thay đổi β -hCG sẽ cung cấp thông tin để chẩn đoán phân biệt tình trạng chảy máu trong 3 tháng đầu của thai kỳ.

THAI NGOÀI TỬ CUNG

Tần suất thai ngoài TC chiếm khoảng 1-2 % tổng số thai kỳ, ở Hoa kỳ thai ngoài TC chiếm 6% nguyên nhân tử vong mẹ. Dấu hiệu túi thai có yolk sac hay phôi thai cho phép loại bỏ thai ngoài TC, ngoại trừ trường hợp rất hiếm vừa thai trong vừa thai ngoài TC (heterotopic pregnancy) chiếm khoảng 1/4000. *Siêu âm đường âm đạo phát hiện túi thai trong TC khi β -hCG = 1500 - 2000 mIU/mL với độ nhạy gần 100%. Khi β -hCG \geq 1500 - 2000 mIU/mL mà không thấy túi thai trong lòng TC thì phải nghĩ khả năng thai ngoài TC.* Dấu hiệu phôi thai với tim thai hoạt động nằm ngoài TC giúp chẩn đoán thai ngoài TC. Có nhiều yếu tố nguy cơ gây thai ngoài TC (**xem bảng 2**), mặc dù cũng có những trường hợp thai ngoài TC xảy ra ở những trường hợp không có các yếu tố nguy cơ. Hình ảnh siêu âm khối cạnh tử cung hay dấu hiệu dịch ở túi cùng (**hình 5**) cần nghĩ đến thai ngoài TC, ngay cả khi không thấy túi thai hay phôi thai. Có thể nhầm lẫn giữa túi thai và hoàng thể của thai kỳ.

SẦY THAI TỰ PHÁT VÀ PHÔI THAI NGỪNG PHÁT TRIỂN

Sản phẩm của thai nằm ở CTC hay phôi thai nằm trong TC và không có tim thai được chẩn đoán là sảy thai không hoàn toàn (imcomplete abortion), sảy thai không tránh được (inevitable abortion), hay phôi ngưng phát triển (embryonic demise). Dấu hiệu này có thể loại trừ thai ngoài TC, mặc dù có thể vừa thai trong vừa thai ngoài TC (1/4000).

Thai không phôi (anembryonic pregnancy) được nghĩ đến khi triệu chứng có thai biến mất hay khi siêu âm không phát hiện tim thai lúc thai 10 – 11 tuần.

BỆNH LÝ TẾ BÀO NUÔI (gestational trophoblastic disease)

Bệnh lý tế bào nuôi đặc trưng bằng hình ảnh bão tuyết “snowstorm” trên siêu âm ở 3 tháng đầu của thai kỳ. Cần được hút và theo dõi vì nguy cơ ác tính.

XUẤT HUYẾT DƯỚI MÀNG ĐỆM

Xuất huyết dưới màng ối (**xem hình 6**) là hình ảnh thường gặp trong bệnh lý xuất huyết trong 3 tháng đầu của thai kỳ và cũng có thể gặp trong thai kỳ không biến chứng. Điều quan trọng là cần xác định phôi thai với tim thai hoạt động. Xuất huyết dưới màng ối cũng có thể nhầm với hình ảnh 2 túi thai giai đoạn sớm trong song thai.



Hình 5: hình ảnh dịch túi cùng



Hình 6: xuất huyết dưới màng ối

NHỮNG TRƯỜNG HỢP KHÓ CHẨN ĐOÁN

Thông thường khi β -hCG < 1500 mIU/ml và không thấy hình ảnh túi thai trên siêu âm, thì nên thực hiện siêu âm lại sau 1 tuần nếu bệnh nhân ổn định, thời gian này đủ để túi thai hay phôi thai phát triển, bình thường sự phát triển khoảng 1 mm / 1 ngày. Việc theo dõi kết hợp giữa β -hCG và siêu âm giúp ích chẩn đoán trong trường hợp này. Nghiên cứu tiền cứu cho thấy sự gia tăng tối thiểu của β -hCG để thai có thể sống được là 53% trong 48 giờ. Khi β -hCG tăng ít hơn giới hạn trên, hay đường biểu diễn nằm ngang hoặc đi xuống thì cần nghĩ đến thai trong TC ngưng phát triển hay thai ngoài TC.

Khi β -hCG tăng không bình thường và siêu âm không xác định được vị trí thai, việc nong nạo hay hút lòng tử cung sẽ giúp ích chẩn đoán. Nếu thai trong tử cung sẽ phát hiện gai nhau ở phần mô hút được; khi đó nếu là thai trong TC ngưng phát triển thì sẽ được giải quyết luôn; còn nếu không phát hiện gai nhau thì cần xét nghiệm β -hCG ngay và sau đó 24 – 48 giờ, nếu nồng độ β -hCG giảm nhiều hơn 50% thì không cần theo dõi

thai ngoài TC nữa; nếu ngược lại thì cần hội chẩn để thực hiện chẩn đoán bằng nội soi ổ bụng hoặc điều trị bằng methotrexate[3].

XỬ TRÍ DỌA SẦY THAI

Sự xuất hiện của phôi thai và hoạt động của tim thai trong TC là dấu hiệu loại trừ thai ngoài TC. Tuy nhiên có khoảng 2% phụ nữ ≤ 35 tuổi bị sảy thai và 16% bị sảy thai ở phụ nữ > 35 tuổi. Nếu có dấu hiệu xuất huyết dưới màng đệm (**xem hình 6**) và phôi thai trong tử cung với tim thai hoạt động thì khoảng 9% bị sảy thai và có thể nhiều hơn nếu thai phụ > 35 tuổi hay có khối máu tụ quanh túi thai lớn.

SẦY THAI TỰ PHÁT, PHÔI THAI NGỪNG PHÁT TRIỂN VÀ THAI KHÔNG PHÔI

Hầu hết sảy thai trong 3 tháng đầu của thai kỳ là sảy thai hoàn toàn, tự phát và không cần can thiệp. Mặc dù theo kinh điển phương pháp hút nạo là phương pháp thường hay được chọn lựa. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy xử trí sảy thai trong 3 tháng đầu bằng phương pháp theo dõi chờ đợi và điều trị nội khoa bằng misoprostol (Cytotec) cũng hiệu quả và an toàn. Một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng so sánh 3 phương pháp là theo dõi chờ đợi, điều trị nội khoa và hút nạo cho kết quả như sau: Trong sảy thai không hoàn toàn, tỷ lệ thành công bằng phương pháp theo dõi chờ đợi là 86%, phương pháp điều trị nội khoa là 100%. Tuy nhiên, đối với phương pháp theo dõi chờ đợi có tỷ lệ thất bại nhiều hơn trong trường hợp phôi ngưng phát triển và thai không phôi; ở những bệnh nhân này tỷ lệ thành công giảm xuống chỉ còn 29% ở ngày thứ bảy bằng phương pháp theo dõi chờ đợi so với 87% bằng phương pháp điều trị nội khoa. Phụ nữ được xử trí bằng phương pháp theo dõi chờ đợi có số lần tái khám nhiều hơn là phương pháp điều trị nội khoa. Phụ nữ được điều trị nội khoa mất máu nhiều hơn nhưng ít đau hơn so với điều trị bằng hút nạo. Điều trị bằng hút nạo có biến chứng chấn thương và nhiễm khuẩn nhiều hơn so với phương pháp điều trị nội khoa. Trong điều trị nội khoa, sử dụng misoprostol bằng đường âm đạo ít có tác dụng phụ đường tiêu hóa hơn so với đường uống. Dựa trên những phát hiện này, tăng cường áp dụng phương pháp điều trị nội khoa trong sảy thai ở 3 tháng đầu của thai kỳ có lợi cho bệnh nhân nhiều hơn. Các liều dùng của misoprostol được sử dụng trong các nghiên cứu đã công bố là 800 mcg đường âm đạo hoặc 600 mcg đường uống. Nếu một liều duy nhất 800 mg đặt âm đạo không tổng xuất thai hoàn toàn vào ngày thứ 3, thì cần lặp lại liều thứ hai. Nếu việc tổng xuất hoàn toàn không xảy ra vào ngày 8, thì nên thực hiện hút bằng chân không. Việc xác định β -hCG sẽ âm tính vào thời điểm 4 – 6 tuần sau điều trị giúp loại trừ tình trạng tồn tại bệnh lý tế bào nuôi. Mặc dù có bằng chứng vững chắc hỗ trợ việc dùng kháng sinh dự phòng trong trường hợp phá thai chủ động, nhưng không có bằng chứng cho việc dùng kháng sinh dự phòng trong hư thai sớm.

THAI NGOÀI TỬ CUNG

Chẩn đoán sớm thai ngoài TC có thể có cơ hội lựa chọn điều trị nội khoa hay điều trị bằng nội soi, phương pháp theo dõi chờ đợi có thể áp dụng cho những bệnh nhân có β -hCG < 1000 mIU/mL (1000 IU/L) và phương pháp ngoại khoa thường áp dụng trong những trường hợp thai ngoài TC vỡ và chảy máu trong ổ bụng. Phương pháp điều trị thai ngoài TC bằng methotrexate phù hợp cho những bệnh nhân được chọn lọc có chỉ định. Nghiên cứu thực nghiệm ngẫu nhiên cho thấy điều trị nội khoa thì an toàn, hiệu quả và ít tốn kém hơn điều trị phẫu thuật bảo tồn vòi trứng ở những bệnh nhân bị thai ngoài TC chưa vỡ. Hướng dẫn xử trí thai ngoài TC được trình bày trong **bảng 4**.

Bảng 4: Hướng dẫn xử trí thai ngoài tử cung

Theo dõi chờ đợi

- Không có dấu hiệu vỡ vòi trứng
- Đau và xuất huyết ít
- Bệnh nhân an tâm khi được theo dõi
- Lúc đầu β -hCG < 1000 mIU/ml (1000 IU/L) và sau đó giảm xuống
- Khối thai < 3 cm hay không xác định
- Không tìm thai

Điều trị nội khoa bằng methotrexate

- Dấu hiệu sinh tồn ổn định
- Không có chống chỉ định với methotrexate (men gan bình thường, công thức máu và tiểu cầu bình thường).
- Thai ngoài tử cung chưa vỡ
- Không có tìm thai
- Khối thai \leq 3 cm
- β -hCG < 5000 mIU/ml (5000 IU/L)
- Liều methotrexate: 1mg/kg hay 50 mg/m²
- Theo dõi: β -hCG được theo dõi ở thời điểm 4 ngày và 7 ngày sau điều trị, và sau đó theo dõi mỗi tuần cho đến khi (-), thường kéo dài vài tuần
- Thay đổi β -hCG mong đợi: ban đầu tăng nhẹ, sau đó sẽ giảm 15 % ở giữa ngày 4 và ngày 7; nếu không, lặp lại liều thứ hai hoặc chuyển sang phẫu thuật
- Sẵn sàng phẫu thuật nếu như bệnh nhân không đáp ứng điều trị

Phẫu thuật

- Dấu hiệu sinh tồn không ổn định hay có dấu hiệu xuất huyết nội
- Chẩn đoán không chắc chắn
- Thai ngoài tử cung rõ ràng (advanced ectopic pregnancy): β -hCG cao, khối thai to, có tìm thai.
- Bệnh nhân không an tâm theo dõi
- Chống chỉ định với methotrexate

CHĂM SÓC SAU KHI MẤT THAI

Một số vấn đề tiếp theo phải được thực hiện sau bất kỳ loại mất thai nào. Phụ nữ có Rh âm tính và sảy thai trong ba tháng đầu sẽ nhận được 50 mcg globulin miễn dịch anti D. Việc ngừa thai phải được thảo luận và bắt đầu ngay lập tức. Tất cả các phương pháp ngừa thai đều có thể áp dụng an toàn ngay sau sảy thai tự phát hoặc thai ngoài tử cung. Không có bằng chứng tốt nào cho biết khoảng thời gian lý tưởng cho lần có thai tiếp, nhưng axit folic được bổ sung trước khi có thai là cần thiết để giảm nguy cơ thai bị tật khiếm khuyết ống thần kinh. Tác động tâm lý của việc mất thai có thể gây ảnh hưởng đến bệnh nhân và người bạn tình của mình. Cách tiếp cận để quản lý đau buồn của bệnh nhân được trình bày trong **bảng 5**.

Bảng 5: Tiếp cận và tư vấn bệnh nhân sau khi mất thai
<ul style="list-style-type: none">- Nhận thức và cố gắng xua tan tội lỗi- Nhận thức và thông cảm nỗi đau- Cung cấp sự thoải mái, thông cảm và hỗ trợ liên tục- Chuẩn bị bệnh nhân cho tương lai- Tư vấn bệnh nhân về cách nói với gia đình và bạn bè về tình trạng mất thai<ul style="list-style-type: none">• Nói một cách đơn giản và trung thực• Tránh các chi tiết về chuyên môn• Nhận thức rằng những người khác có thể phản ứng cảm xúc• Giải thích rằng những người khác có thể giúp đỡ, nếu họ biết được- Hướng dẫn bạn tình của bệnh nhân trong việc chăm sóc tâm lý- Đánh giá mức độ đau buồn và điều chỉnh tư vấn cho phù hợp

NGHIÊN CỨU TÌNH HUỐNG[1]

❖ Tình huống 1

Bệnh sử

Một phụ nữ 25 tuổi, PARA: 2022 được giới thiệu đến phòng siêu âm. Test thai (+) đầu tiên của cô ấy là 4 ngày trước đây và cô ấy đã đến BS để xin chấm dứt thai kỳ vì không muốn sinh nữa. Cô đang uống thuốc ngừa thai dạng kết hợp. Lúc 18 tuổi cô bị nhiễm Chlamydia, cô và bạn tình đã điều trị đầy đủ. Khi còn nhỏ, cô có bị viêm ruột thừa. Hiện tại cô không đau bụng, trước đó 2 tuần có chảy máu âm đạo vừa phải kéo dài 3 ngày, và sau đó tự ổn định.

Thăm khám

Tổng trạng tốt với nhịp tim và huyết áp bình thường, bụng mềm. Khám âm đạo cổ tử cung khép kín, bình thường và không có máu. Tử cung kích cỡ bình thường ngã

trước và di động. Di động cổ tử cung không đau, hơi đau nhẹ ở phần phụ bên trái nhưng không phát hiện khối u nào.

Kết quả siêu âm âm đạo



Câu hỏi

1. Bạn giải thích gì về kết quả siêu âm này? Khi:

Kết quả xét nghiệm 2 lần HCG và Progesterone như sau:

- Lần 1: serum HCG = 703 IU/L, progesterone = 30 nmol/L
- Lần 2 (sau 2 ngày): serum HCG = 905 IU/L, progesterone = 24 nmol/L

2. Chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt là gì và bạn sẽ tiếp tục xử lý và theo dõi người phụ nữ này?

❖ Tình huống 2

Bệnh sử

Bệnh nhân 22 tuổi vào khoa cấp cứu bệnh viện với lý do đau bụng. Bệnh nhân có thai 7 tuần 4 ngày dựa vào ngày kinh cuối. Bệnh nhân sinh thường lần cuối cách đây 18 tháng, Chu kỳ kinh thường 27 ngày đều và kéo dài 3-5 ngày. Tiền sử phụ khoa bình thường, tiền sử nội khoa có bệnh hen phế quản và 2 lần bị viêm bàng quang.

Con đau xuất hiện đột ngột 2 đêm về trước khu trú ở hố chậu phải và thỉnh thoảng lan xuống đùi phải, cơn đau liên tục mặc dù hơi đau hơn khi cử động, vì thế bệnh nhân có xu hướng nằm im. Bệnh nhân không uống thuốc gì cả vì sợ ảnh hưởng đến thai. Bệnh nhân luôn bị táo bón, từ khi có thai tình trạng táo bón nhiều hơn; tiểu nhiều lần nhưng không tiểu khó và tiểu máu. Bệnh nhân có cảm giác chán ăn nhưng không sốt và đổ mồ hôi.

Thăm khám

Nhiệt độ: 36,5 °C, Mạch: 90 lần/phút, HA: 96/58 mmHg. Không có dấu hiệu thiếu máu, bụng không chướng. Khám đau vừa ở hố chậu phải, hơi có cảm ứng, nhưng không gồng cứng, dấu hiệu Rovsing (-). Khám bằng mỏ vịt không ghi nhận gì đặc biệt. Tử cung ngã sau, hơi to, di động CTC không đau; phần phụ phải hơi đau và hơi phồng.

Cận lâm sàng

	Kết quả	Bình thường
- Hemoglobin	12,1 g/dL	11-14 g/dL
- Khối lượng HC	89 fL	74,4 fL – 95,6 fL
- Số lượng BC	$5,1 \times 10^9/L$	$6 - 16 \times 10^9/L$
- Tiểu cầu	$223 \times 10^9/L$	$150 - 400 \times 10^9/L$
- CRP	< 5 mg/L	< 5 mg/L
- Test HCG nước tiểu	Dương tính	
- Phân tích nước tiểu	Protein: vết, HC: (-), nitrite (-), BC (-)	

Kết quả siêu âm âm đạo



Siêu âm âm đạo (thai trong TC)



Hình siêu âm phần phụ bên phải

Câu hỏi

1. Chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt ?
2. Theo dõi và xử trí ?

❖ Tình huống 3

Bệnh sử

Một phụ nữ được giới thiệu từ 1 bác sĩ gia đình đến bác sĩ chuyên khoa để chẩn đoán thai. Cô ta thử thai kết quả (+) 3 ngày trước đó sau khi thấy trễ kinh. Tiền sử cô ta có kinh đều chu kỳ 28 ngày và kéo dài 5 ngày. Cô ta có uống thuốc tránh thai dạng kết hợp đã 6 năm và vừa ngưng uống 10 tuần trước đây. Cô đã có kinh sau vĩ thuốc cuối cùng và sau đó 5 tuần cô tiếp tục

có kinh bình thường rồi mất kinh. Không ra huyết bất thường và không đau bụng. Cô có giao hợp thường xuyên từ sau khi ngưng uống thuốc tránh thai và hiện nay cô có thai.

Siêu âm ngã âm đạo



Hình ảnh siêu âm ngã âm đạo (túi thai với yolk sac)

Câu hỏi

1. Làm sao để chẩn đoán tuổi thai, ước tính tuổi thai trường hợp này ?
2. Cần làm gì để xác định tuổi thai trong trường hợp này ?
3. Tại sao cần phải xác định chính xác tuổi thai sớm ?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. C. Bottomley, J. Rymer (2008) "100 cases in obstetrics and gynecology".
2. Mark Deutchman, Amy Tanner Tubay (2009) "First Trimester Bleeding". *American Family Physician*,
3. National Abortion Federation (2017) "Clinical Policy Guidelines for Abortion Care ". 29.
4. Royal college Obstetric and Gynecology (2012) "Ectopic Pregnancy and Miscarriage: Diagnosis and Initial Management in Early Pregnancy of Ectopic Pregnancy and Miscarriage". 80.