THAI NGOÀI TỬ CUNG VỠ NHẬP VIỆN MUỘN

Nguyễn Quốc Tuấn
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Tóm tắt

Một nghiên cứu cắt ngang thực hiện tại Bệnh viện phụ sản Thành phố Cần Thơ về các trường hợp thai ngoài tử cung vỡ đến muộn (mất > 300 ml máu) từ 05/2015 – 04/2016 . Kết quả có 54 trường hợp trong 138 trường hợp chẩn đoán thai ngoài tử cung chiếm tỷ lệ 39%. Có 12 trường hợp (22.2 %) bị sốc mất máu và 7 trường hợp (13 %) máu mất > 1000 ml. Có 12 trường hợp (22.22 %) cần phải truyền máu và lượng máu phải truyền nhiều nhất là khoảng 1500 ml máu (4 đơn vị 350 ml). Có 9 trường hợp (16.7%) chưa có con. Tỷ lệ có 1 con là 28 (51.58 %). Khoảng 50% bệnh nhân đã phẫu thuật cắt vòi trứng hoặc chưa có con hoặc chỉ có 1 con. Triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất là di động tử cung bệnh nhân đau. Có trường hợp thai ngoài vỡ khi nồng độ β – hCG chỉ là 146,6 ml/ mL. Kết luận: tỷ lệ thai ngoài tử cung vỡ (máu mất > 300 ml)vẫn còn cao mặc dù hiện tại đã có nhiều phương tiện để chẩn đoán (siêu âm đầu dò âm đạo, định lượng β – hCG). Tìm hiểu đặc điểm của những trường hợp thai ngoài tử cung vỡ sẽ giúp làm giảm tỷ lệ thai ngoài vỡ cùng những với những biến chứng của nó.

Abstract

A cross-sectional study carried out at the Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital on late ruptured ectopic pregnancy (blood loss greater than 300 ml) from 05/2015 – 04/2016. There were 54 (39%) cases of late ruptured ectopic pregnancy rupture in 138 cases of ruptured ectopic pregnancy. There were 12 cases (22%) of third and fourth degree hemorrhagic shock and 7 cases (13 %) with blood loss greater > 1000 mL. Twelve cases (22.22%) needed blood transfusions and the maximum amount of blood needed was 1500 ml of whole blood (4 units of 350 ml). Nine women (16.7%) were nulliparous. Twenty eight (51.58%) women had one child. Approximately 50% of patients had previous tubal surgery, no children, or only one child. The clinical sign seen most frequently

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Nguyễn Quốc Tuấn,
email: nqtuan@ctump.edu.vn
Ngày nhận bài (received): 10/7/2016
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised): 23/11/2016
Ngày bài báo được chấp nhận đăng (accepted): 30/12/2016

was uterine pain when accessing uterine mobility. There are cases of ruptured ectopic pregnancy when β - hCG was only 146.6 / mL.

Conclusion: The rate of ruptured ectopic pregnancy (blood loss greater than 300 ml) was still high despite of many available diagnostic tests (vaginal ultrasound, quantitative β - hCG). Finding the characteristics of the ruptured ectopic pregnancy may help reduce its incidence and complications.

1. Đặt vấn đề

Ngày nay, do nhiều nguyên nhân tỷ lệ thai ngoài tử cung ngày càng tăng. Tuy nhiên, đối với các nước đã phát triển thì tỷ lệ thai ngoài tử cung vỡ (có thể gây choáng mất máu) rất thấp. Chẩn đoán sớm thai ngoài tử cung (trước khi khối thai vỡ) sẽ giúp người thầy thuốc có nhiều phương pháp điều trị, bệnh nhân có nhiều khả năng giữ được ống dẫn trứng và ít nguy hiểm đến tính mạng. Ở Cần Thơ mặc dù phương tiện để chẩn đoán tương đối đầy đủ (siêu âm đầu dò âm đạo, định lượng β - hCG) nhưng tỷ lệ thai ngoài tử cung vỡ vẫn còn khá cao. Tìm hiểu những đặc điểm của thai ngoài tử cung vỡ đến muộn (mất > 300 ml) cũng sẽ giúp thầy thuốc làm tăng tỷ lệ chẩn đoán sớm thai ngoài tử cung giảm những nguy cơ cho bệnh nhân.

2. Mục tiêu nghiên cứu

Nghiên cứu đặc điểm của những trường hợp thai ngoài tử cung vỡ nhập viện muộn với 2 mục tiêu: 1. Khảo sát tỷ lệ đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai ngoài tử cung vỡ nhập viện muộn; 2. Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến thai ngoài tử cung vỡ nhập viện muộn.

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Cắt ngang mô tả có phân tích.

Chúng tôi chọn tất cả những trường hợp chẩn đoán thai ngoài tử cung được nhập viện ở 2 bệnh viện nêu trên. Lượng máu mất được ghi nhận trong biên bản phẫu thuật, chúng tôi

Cỡ mẫu

Chọn tất cả những trường hợp thỏa điều kiện nhập viện tại Bệnh viện phụ sản Cần Thơ và Khoa Sản BV Trường Đại học Y dược Cần Thơ từ 05/2015 – 04/2016.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Những trường hợp được chẩn đoán là thai ngoài tử cung nhập viện tại 2 bệnh viện trên.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

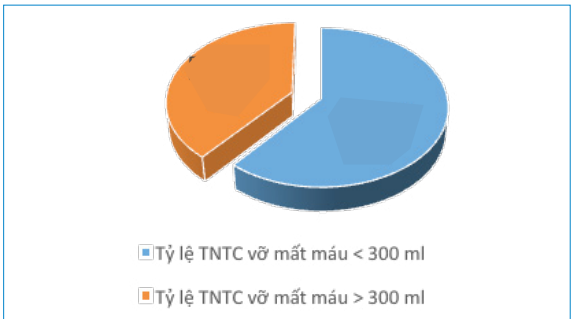
Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân bị tâm thần, khó tiếp xúc.

4. Kết quả

Từ khoảng 05/2015 – 04/2016 chúng tôi ghi nhận được 138 trường hợp được chẩn đoán thai ngoài tử cung và nhập viện điều trị tại Bệnh viện phụ sản Cần Thơ và Khoa Sản BV Trường Đại học Y dược Cần Thơ. Trong đó có 54 trường hợp khi phẫu thuật lượng máu mất được ghi nhận là ≥ 300 ml.

4.1 Tỷ lệ thai ngoài tử cung vỡ nhập viện muộn



Biểu đồ 1: Tỷ lệ TNTC nhập viện muộn (mất ≥ 300 ml)

Mặc dù ở Cần Thơ cũng có đầy đủ các xét nghiệm để chẩn đoán thai ngoài tử cung như siêu âm đầu dò âm đạo, định lượng β – hCG, nhưng tỷ lệ thai ngoài tử cung nhập viện muộn cũng còn khá cao.

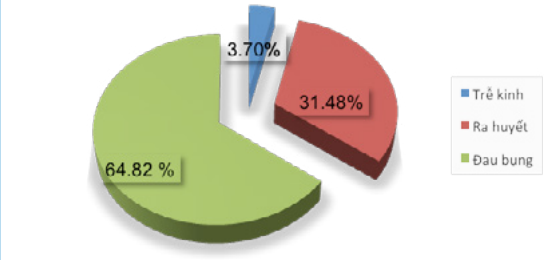
4.2 Đặc điểm xã hội học của những trường hợp thai ngoài tử cung nhập viện muộn

Bảng 1: Đặc điểm xã hội học

Đặc điểm	Phân loại – Tần suất (n) – Tỷ lệ (%)				Tổng số
Tuổi	< 25	25 – 35	>35		54 (100%)
	11 (20,4%)	26 (48,1%)	17 (31,5%)		
Số con	0	1	2	>3	54 (100%)
	9 (16,67%)	28 (51,85%)	15 (27,78%)	2 (3,7%)	
Nơi ở	Thành thị		Nông thôn		54 (100%)
	21 (38,89%)		33 (61,11%)		
Áp dụng BBTT	Có		Không		54 (100%)
	20 (37,04%)		34 (62,96%)		

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 31,5. Độ tuổi 25 - 35 chiếm tỷ lệ cao nhất với 48,15% (26 trường hợp). Tuổi nhỏ nhất là 20 tuổi và lớn nhất 43 tuổi, có 5 ca bệnh nhân trên 40 tuổi (ở những bệnh nhân này chu kỳ kinh không đều và do lớn tuổi nên bệnh nhân có thể chủ quan cho rằng mình không có khả năng có thai nên ít áp dụng biện pháp tránh thai hiệu quả cao và khi có trễ kinh thường không đi khám sớm). Có 9 trường hợp (16,67%) chưa có con và 28 trường hợp (51,85%) chỉ có 1 con

4.3 Lý do nhập viện



Biểu đồ 2: Phân bố lý do nhập viện

Đau bụng thường là biểu hiện lâm sàng của thai ngoài tử cung có biến chứng . . . Muốn được chẩn đoán sớm thai ngoài tử cung thì quan trọng nhất là bệnh nhân phải tới sớm, tức là bệnh nhân phải đến khám khi trễ kinh. Có thể bệnh nhân tới trễ do kinh nguyệt không đều nên bệnh nhân nghĩ mình không có thai và không quan tâm đi khám thai sớm, cũng có thể bệnh nhân đã trễ kinh nhưng chủ quan không đi khám sớm và chỉ đi khám khi có biểu hiện đau bụng.

4.4 Số lượng máu mất và lượng máu đã truyền

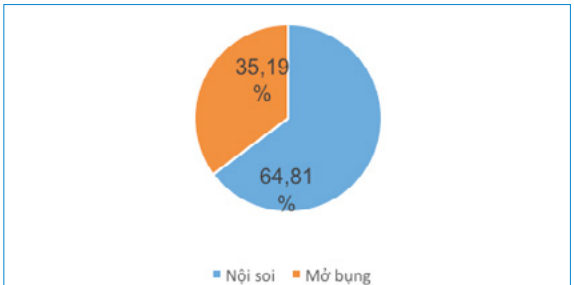
Bảng 2: Số lượng máu mất và lượng máu đã truyền

Đặc điểm	Phân loại – Số lượng – Tỷ lệ		
Lượng máu mất	300 – 500 ml	500 – 1000 ml	> 1000 ml
	36 (66,67%)	11 (20,37%)	7 (12,96%)
Lượng máu cần truyền (350 ml/1 đơn vị)	1 đơn vị	2 đơn vị	≥ 3 đơn vị
	3 (25%)	8 (66,67%)	1 (8,33%)

Đa phần các trường hợp mất từ 300 - 500ml máu 36 trường hợp (66,67%). Có 11 trường hợp (20,37%) mất từ 500 - 1000ml máu Đáng chú ý có đến 7 trường hợp mất >1000ml máu (12,96%) 1 và trường hợp bệnh nhân mất đến 3000ml máu.

Có 12 trường hợp (22,22%) bệnh nhân thai ngoài tử cung vỡ nhập viện muộn cần phải truyền máu. Trong đó, nhiều nhất là truyền 2 đơn vị máu 350ml, 8 trường hợp (66,67%). Có 3 trường hợp truyền 1 đơn vị máu 350ml (25%) và có 1 trường hợp phải truyền đến 4 đơn vị máu 350ml (8,33%). Tỷ lệ cũng như số lượng máu truyền tăng sẽ làm tăng nguy cơ cho bệnh nhân mắc các tai biến truyền máu cũng như phải bỏ ra chi phí khá lớn để điều trị.

4.5 Phương pháp phẫu thuật.



Biểu đồ 3: Tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật

Cắt ống dẫn trứng là phẫu thuật được dùng trong những trường hợp này. Tuy nhiên có 19 ca (35,19%) phải mở bụng lớn. Điều đáng chú ý là trong đó có 9 trường hợp chưa có con và 28 trường hợp chỉ có 1 con. Khả năng mang thai trong tương lai của bệnh nhân bị giảm sẽ gây tâm lý mang tính tiêu cực cho bệnh nhân.

4.6 Phương pháp tránh thai đã áp dụng trước đó

Bảng 3: Tỷ lệ các phương pháp tránh thai đã được áp dụng

	Viên phối hợp	Dụng cụ tử cung	Bao cao su	Viên ngừa khẩn	Xuất tinh ngoài	Tính vòng kinh
Tần suất (n)	8	0	6	4	4	3
Tỷ lệ (%)	14,81	0	11,11	7,41	7,41	5,56

Viên thuốc tránh thai loại phối hợp và Bao cao su là phương pháp tránh thai thường được khuyên dùng nếu bệnh nhân đã từng bị thai ngoài tử cung hay có yếu tố thuận lợi dẫn đến thai ngoài tử cung. Tuy nhiên trong những trường hợp thai ngoài tử cung vỡ đến muộn. Tỷ lệ bệnh nhân áp dụng biện pháp tránh thai này cao hơn các biện pháp tránh thai khác điều này nói lên 2 vấn đề cần tìm hiểu: (1) Bệnh nhân đã áp dụng biện pháp tránh thai không đúng nên đã mang thai → có hình thức tư vấn để giúp "khách hàng" có kiến thức, thái độ cũng như thực hành đúng khi áp dụng các biện pháp tránh thai này. (2) Vì đang áp dụng biện pháp tránh thai có hiệu quả cao nên có thể bệnh nhân mang tâm lý chủ quan (mình không thể có thai) nên không đi khám sớm khi có những biểu hiện bất thường → tư vấn cho "khách hàng" hiểu rằng các biện pháp tránh thai nào cũng có tỷ lệ thất bại, chính vì thế dù đang áp dụng các biện pháp tránh thai có hiệu quả cao thì nếu thấy những dấu hiệu bất thường (trễ kinh, đau dạ dày, buồn nôn, nôn . . .) thì "khách hàng" cũng nên đi khám để chẩn đoán sớm thai ngoài tử cung (nếu có).

4.7 Nồng độ β – HCG < 1500 mUI/ ml.

Nồng độ β-hCG trung bình là 9549 mUI/ml, thấp nhất là 146,6 mUI/ml, cao nhất là 90,992 mUI/ml. Số trường hợp có nồng độ β-hCG ≤ 1500 mUI/ml là 7 trường hợp (14,29%), nhiều nhất là số trường hợp có nồng độ β-hCG từ 1500 – 6500 mUI/ml với 27 trường hợp (55,10%). Có 15 trường hợp ghi nhận nồng độ β-hCG >6500 mUI/ml (30,61%).

Theo lý thuyết thì nồng độ β-hCG trong máu càng cao thì nguy cơ khối thai vỡ càng tăng. Tuy nhiên, kết quả của định lượng nồng độ β-hCG trong máu trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng nồng độ β-hCG không phải là yếu tố giúp để tiên lượng khối thai có nguy cơ vỡ hay không (trong nghiên cứu này nồng độ thai thấp nhất ghi nhận được là 146,6 mUI/ml) thai ngoài tử cung vẫn có thể vỡ khi nồng độ β-hCG, đây là 1 dữ kiện giúp các bác sĩ sản khoa lưu ý không chủ quan khi thấy nồng độ β-hCG thấp để tránh việc chẩn đoán và xử trí muộn. Có 42 (77,78%) trường hợp định lượng nồng độ β-hCG > 6500 mUI/ml, ở nồng độ β-hCG này có thể nghi ngờ rất cao thai ngoài tử cung khi siêu âm không thấy túi thai thật trong lòng tử cung. Theo lý thuyết khi nồng độ β-hCG ≥ 1500 mUI/ ml nếu siêu âm bằng đầu dò âm đạo không thấy túi thai thật trong lòng tử cung thì khả năng thai ngoài tử cung cao, nếu nồng độ β-hCG ≥ 6500 mUI/ ml mà siêu âm đầu dò bụng không thấy túi thai thật trong lòng tử cung cần phải nghĩ nhiều đến thai ngoài tử cung và phải chẩn đoán càng sớm càng tốt (nguy cơ vỡ cao)

4.8 Các yếu tố làm tăng tỷ lệ "Thai ngoài tử cung vỡ đến muộn"

Yếu tố	OR	P	95% CI
Không đi khám thai	3,8	0,003	1,6 – 9,4
Không được chẩn đoán thai ngoài tử cung ở lần khám đầu	3,7	0,002	1,6 – 8,6

"Không đi khám thai" và "Không được chẩn đoán ở lần khám thai đầu tiên" làm tăng nguy cơ thai ngoài tử cung vỡ nhập viện muộn từ 3 – 4 lần. Ngoài ra, 1 yếu tố làm tăng nguy cơ dẫn đến thai ngoài tử cung vỡ nhập viện muộn là bệnh nhân không nhớ ngày kinh cuối (OR = 3,9; 95% CI = 1,8-8,3).

5. Kết luận

- Tỷ lệ thai ngoài tử cung vỡ có lượng máu mất > 300 ml còn khá cao.
- Hình thái lâm sàng "Trễ kinh – Ra huyết – Đau bụng" thường gặp nhất.
- Tỷ lệ mất máu và cần phải truyền máu khá cao.
- Nồng độ β-hCG không là yếu tố tiên lượng khối thai có vỡ hay không. Cần cẩn thận và đánh giá các triệu chứng lâm sàng kèm theo.
- Không nhớ ngày kinh cuối, không đi khám thai sớm sau khi trễ kinh, Không được chẩn đoán thai ngoài tử cung ở lần khám đầu là các yếu tố làm tăng nguy cơ thai ngoài tử cung vỡ nhập viện muộn

Kiến nghị

- Giáo dục cho người phụ nữ hiểu rõ về chu kỳ kinh nguyệt của mình, cụ thể nên nhớ ngày kinh cuối của mình để phát hiện sớm trễ kinh và các vấn đề bất thường về kinh nguyệt.

- Khuyến cáo người phụ nữ (đặc biệt là những trường hợp đang để có thai) nên đi khám phụ khoa ngay khi có triệu chứng bất thường như đau bụng, ra huyết âm đạo, trễ kinh để được bác sĩ chuyên khoa thăm khám và xử trí kịp thời.

- Đối với những trường hợp tư vấn các biện pháp tránh thai nên lưu ý với "khách hàng" là không có biện pháp tránh thai nào hiệu quả 100% vì thế nếu có các dấu hiệu giống như có thai (buồn nôn, nôn, đau thượng vị, trễ kinh . . .) thì nên đi khám.

Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Bệnh viện Từ Dũ (2015), "Thai ngoài tử cung", Phác đồ Điều trị Sản - Phụ khoa, tr. 173-179.

2. Nguyễn Diệu Hiền và Cao Ngọc Thành (2010), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thai ngoài tử cung bằng phẫu thuật mở tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược Huế.

3. Nguyễn Quốc Tuấn (2006), "Khảo sát đặc điểm các trường hợp thai ngoài tử cung tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ – 2006.", Tuyển tập Công trình nghiên cứu khoa học, tr. 151-156.

Tiếng Anh

4. Amy J. Voedisch – Carrie E. Frederick – Thomas G. Stovall (2015), "Early Pregnancy Loss and Ectopic Pregnancy", Berek and Novak's Gynecology 15th, pp. 1126-1169.

5. Cheng Li et al (2015), Risk factors for ectopic pregnancy: a multi-center case-control study, BMC Pregnancy and Childbirth.

6. Ronald S.; Karlan Gibbs, Beth Y.; Haney, Arthur F.; Nygaard, Ingrid E, (2008), "Chapter 5: Ectopic Pregnancy", Danforth's Obstetrics and Gynecology, 10th Edition, pp. 71-87.

7. NICE guideline (2012), Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management.