

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP THAI Ở SỢO MỔ LẤY THAI BIẾN CHỨNG SỐC MÁT MÁU ĐƯỢC PHẪU THUẬT CẤP CỨU BẢO TỒN TỬ CUNG THÀNH CÔNG TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

*Nguyễn Văn Hữu¹, Trịnh Hồng Hạnh¹, Huỳnh Thị Thanh Giang¹
Nguyễn Thị Thắm¹, Tống Vân Anh¹*

TÓM TẮT

Thai ở sẹo mổ lấy thai (TOSMLT) là một dạng thai ngoài tử cung do thai làm tổ trong vết sẹo mổ trên cơ tử cung [2,6].

TOSMLT gây biến chứng nặng nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời. Bệnh có nguy cơ cao gây vỡ tử cung và băng huyết đe dọa tính mạng người bệnh hoặc phải cắt tử cung khi còn rất trẻ.

Nhân một trường hợp bệnh nhân băng huyết gây sốc mất máu do TOSMLT đã được phẫu thuật cấp cứu và bảo toàn tử cung thành công, chúng tôi trình bày ca bệnh mục đích có kinh nghiệm tốt hơn trong chẩn đoán, xử trí và theo dõi bệnh nhân.

Từ khóa: thai ở sẹo mổ lấy thai, thai ngoài tử cung.

A CASE REPORT: SUCCESSFUL SURGERY TO PRESERVE THE UTERUS ON A CESAREAN SCAR ECTOPIC PREGNANCY PATIENT WITH HEMORRHAGIC SHOCK, PERFORMED BY 175 MILITARY HOSPITAL'S OBSTETRICS AND GYNECOLOGY DEPARTMENT

SUMMARY

Cesarean scar ectopic pregnancy (CSEP) is a part of ectopic pregnancy that implants into the defect in the myometrium at the hysterotomy site from a previous

¹ Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Văn Hữu (hoanghuu90@gmail.com)

Ngày nhận bài: 28/9/2020; Ngày phản biện: 22/10/2020;

Ngày bài báo được đăng: 30/3/2021

cesarean delivery [2,6].

CSEP can cause serious complications if it is not diagnosed early and treated promptly. This includes higher risk of uterus rupture, life-threatening and hysterectomy at a very young age.

Based on a CSEP patient with hemorrhagic shock that went through a successful surgery to preserve the uterus, performed by the Obstetrics and Gynecology department of 175 military hospital, we introduce this case to discuss better diagnosis and treatment of CSEP.

Key words: cesarean scar ectopic pregnancy, caesarean scar pregnancy, ectopic pregnancy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai ở sẹo mổ lấy thai (TOSMLT) là một dạng thai ngoài tử cung do thai làm tổ trong vết sẹo mổ trên cơ tử cung [2,6]. Tần suất ít gặp, vào khoảng 1/1800- 1/2216 tổng số sinh [3,5,8]. Tần suất có khuynh hướng tăng dần, 0,15% các trường hợp sanh mổ trước đó và 6,1% tất cả trường hợp thai ngoài tử cung [3,5,8]. Ở Việt Nam, tại BV Từ Dũ báo cáo năm 2012 có 392 trường hợp, năm 2013 có 529 trường hợp, 2014: 869 trường hợp [6]. TOSMLT gây biến chứng nặng nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời. Bệnh có nguy cơ cao gây vỡ tử cung và băng huyết đe dọa tính mạng người bệnh hoặc phải cắt tử cung khi còn rất trẻ. Nhân một trường hợp bệnh nhân băng huyết gây sốc mất máu do thai ở sẹo mổ lấy thai đã được phẫu thuật cấp cứu và bảo toàn tử cung thành công, chúng tôi trình bày ca bệnh nhằm khuyến cáo và phổ biến những đặc điểm lâm sàng và kinh nghiệm tới đồng nghiệp trong

chẩn đoán sớm, xử trí và theo dõi bệnh nhân TOSMLT.

2. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân Nguyễn Đoàn T sinh năm 1982 vào viện 15g30p ngày 12/02/2020. Tiền sử bản thân và gia đình khỏe mạnh, PARA: 2012 (mổ lấy thai 2 lần, hút thai 1 lần). 26/11/2019 bệnh nhân phá thai nội khoa (PTNK) ở phòng khám tư (tuổi thai 5 tuần), sau uống thuốc ra máu âm đạo ít, kéo dài. Bệnh nhân không tái khám lại. Vào lúc 14g30p 12/02/2020 (sau PTKN 2,5 tháng) bệnh nhân đột nhiên đau bụng vùng hạ vị, ra máu âm đạo nhiều, hoa mắt chóng mặt, vào khoa cấp cứu bệnh viện quân y 175 trong tình trạng: tỉnh táo, tiếp xúc tốt, da niêm mạc nhợt, mạch 110 lần/phút, huyết áp 70/40 mmHg. Bụng mềm, ấn đau vùng hạ vị, phản ứng thành bụng rõ. Khám âm đạo ghi nhận âm đạo ra máu đỏ tươi lượng nhiều. Tử cung lớn hơn bình thường ấn đau, cổ tử cung láng, tím, có nhiều máu ra từ lòng tử cung, 2 phần phụ

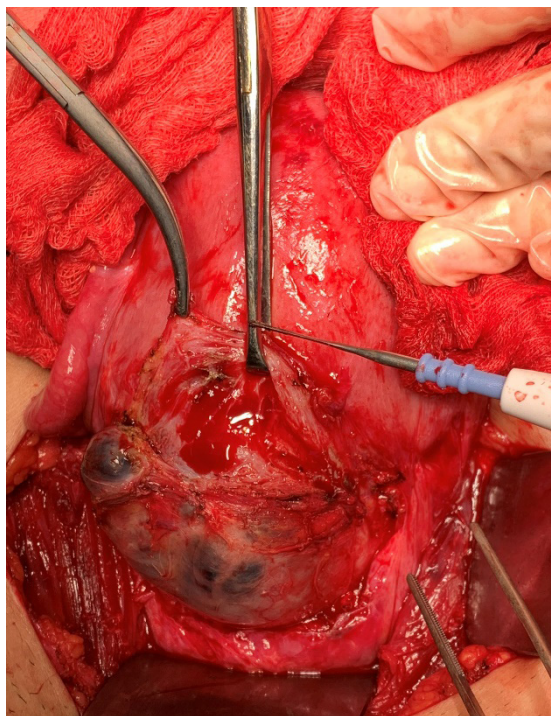
mềm mại, cùng đồ đầy, đau. Xét nghiệm: HC: 3,83 M/ul, HST; 10,0 g/dL, HCT: 30,9, β hCG: 664,4 mIU/ml. Kết quả siêu âm đầu dò âm đạo ghi nhận trong lòng tử cung tại vị trí mổ lấy thai có khối echo hỗn hợp kích thước 60*70*65mm với phân bố mạch máu nhiều, mất giới hạn giữa cơ tử cung đoạn eo vị trí vết mổ và bàng quang, theo dõi thai bám ở sẹo mổ lấy thai. Chẩn đoán lúc vào với 2 tình huống: một là sốc mất máu do sảy thai sót nhau băng huyết/vết mổ cũ hoặc sốc mất máu do TOSMLT

băng huyết. Căn cứ vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, chẩn đoán xác định: sốc mất máu do TOSMLT băng huyết. Nhanh chóng triển khai thực hiện phẫu thuật cấp cứu vào lúc 17h. Phẫu thuật vào ổ bụng có 100ml máu loãng, tử cung to ứng với thai 14-15 tuần, mặt trước tử cung tại vết mổ lấy thai cũ có khối thai bám 60*70*65 mm xâm lấn toàn bộ mặt trước tử cung (phần cơ còn lại rất mỏng), có vị trí vỡ ra ngoài, 2 phần phụ bình thường.



Hình 1: TOSMLT và vị trí vỡ

Xử trí: rạch ngang đường mổ lấy thai cũ, lấy toàn bộ khối nhau thai tại vết mổ cũ, làm sạch mặt trước tử cung, bảo tồn cơ tử cung, cơ tử cung mặt trước còn lại rất mỏng, co hồi kém. Khâu phục hồi cơ



Hình 2: phẫu thuật bóc tách túi thai tử cung, thắt động mạch tử cung.

Kiểm tra vị trí khâu không chảy máu, niệu quản lưu thông tốt. Trong mổ đã truyền HCL cùng 2 đơn vị 350ml và 2 đơn vị huyết tương tươi 150ml.

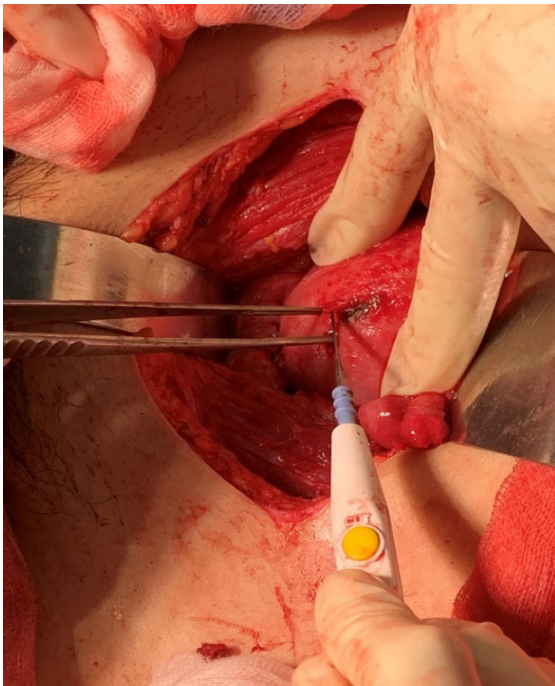
3. KẾT QUẢ

Diễn biến những ngày hậu phẫu sau đó toàn trạng ổn dần, da niêm hồng lại, bụng mềm, vết mổ khô, âm đạo còn ít máu

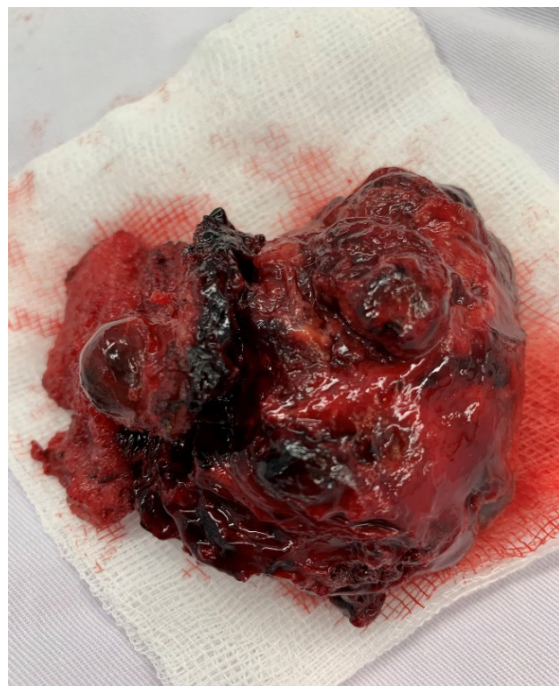
sậm. Bệnh nhân trung tiện ngày thứ 2, đại tiện ngày 4. Ngày thứ 7 siêu âm kiểm tra bình thường, công thức máu bình thường, β hCG trở lại bình thường, bệnh nhân được ra viện vào ngày 19/02/2020.

Xét nghiệm

Ngày	HC	HST	HCT	β hCG	Ngày	HC	HST	HCT	β hCG
12/02/2020	3,83	10,0	30,9	664, 4	16/02/2020	2,94	8,3	24,7	19,33
13/02/2020	3,36	9,5	28,6		19/02/2020	3,79	10,5	32,1	1,21



Hình 3: Khối thai được lấy ra



Hình 4: Tử cung được khâu bảo tồn sau mổ

4. BÀN LUẬN

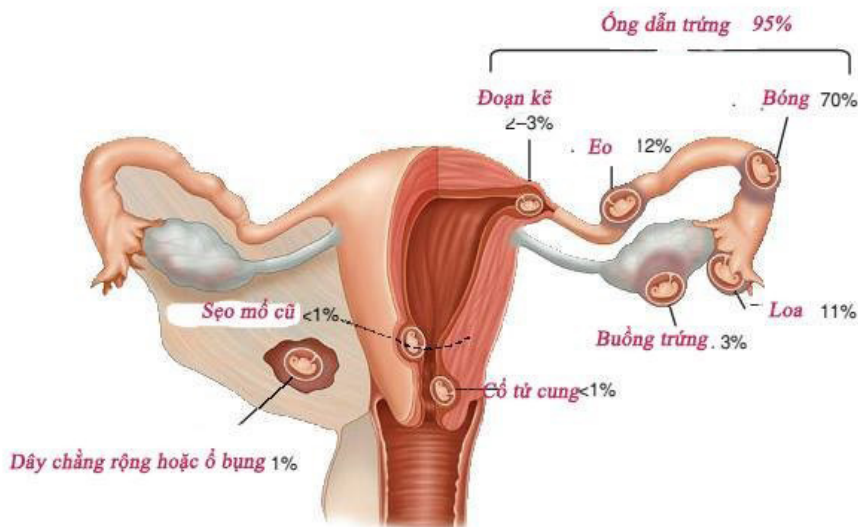
3.1. Tần suất, bệnh sinh và yếu tố nguy cơ

Ca TOSMLT đầu tiên được báo cáo năm 1978, từ năm 1978 tới 2001 có thêm 19 ca được báo cáo [1,5]. Tần suất: 1/1800- 1/2216 tổng số sinh [3,5,8]. Tần suất có khuynh hướng tăng dần, 0,15% các

trường hợp sanh mổ trước đó và 6,1% tất cả trường hợp thai ngoài tử cung [3,5,8]. Tại bệnh viện Từ Dũ các ca TOSMLT tăng dần hàng năm 2010:183 ca, 2011: 297 ca, 2012: 392 ca, 2014 là 869 ca [6]. Tuy cơ chế bệnh sinh chưa rõ ràng, có nhiều giả thuyết được đặt ra. Trong đó giả thuyết nổi bật nhất được nhiều người chấp nhận đó là sự lành vết thương kém, đặc biệt là nội

mạc tử cung sau một chấn thương trước đó, gây nên khiếm khuyết nội mạc tử cung

dưới sẹo làm cho phôi thai có thể phát triển vào đó.



Hình 5: Giải phẫu tử cung và tỷ lệ thai ngoài tử cung

Như vậy, TOSMLT có thể xảy ra sau chấn thương nội mạc tử cung như: tiền căn mổ lấy thai (MLT), tiền căn phẫu thuật trên cơ tử cung như bóc nhân xơ, may tái tạo tử cung, nhau cài răng lược đã được điều trị bảo tồn lần trước. Tiền sử nạo phá thai nhiều lần, nhau bám chặt và thậm chí những trường hợp thụ tinh trong ống nghiệm [5]. Bệnh nhân có tiền sử 1 lần hút thai và MLT 2 lần, sẹo may phục hồi cơ tử cung sau MLT không tốt vì thế tại vị trí sẹo mổ nội mạc tử cung bị khiếm khuyết phôi thai phát triển vào đó gây TOSMLT.

3.2. Chẩn đoán: phát hiện sớm thai ở sẹo MLT giúp điều trị bảo tồn khả năng sinh sản.

3.2.1. Lâm sàng: tam chứng cổ điển

Trễ kinh, ra huyết âm đạo bất thường (33-44%), đau bụng (25%). Khoảng 50% bệnh nhân không có triệu chứng, chỉ phát hiện qua siêu âm [3]. Bệnh nhân này tiền sử có phá thai nội khoa (thai 5 tuần), đột ngột đau âm i vùng hạ vị, ra máu âm đạo đỏ tươi, phù hợp với tam chứng cổ điển.

3.2.2. Cận lâm sàng: chủ yếu dùng siêu âm, trường hợp khó: siêu âm 3D và MRI, nội soi buồng tử cung. Siêu âm ngã âm đạo kết hợp với Doppler ghi nhận túi thai nằm giữa bàng quang và phần trước đoạn eo tử cung, lớp cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai không có hay có rất mỏng (1-3mm). Siêu âm 3D doppler có phình mạch máu quanh túi thai, có hình ảnh mất liên tục của vách trước tử cung trên mặt cắt ngang qua túi ối. Buồng tử cung không có

hình ảnh túi thai, kênh cổ tử cung không có hình ảnh túi thai [5]. Hình ảnh siêu âm của bệnh nhân cũng biểu hiện trong lòng tử cung tại vị trí mỏ lấy thai có khối echo hỗn hợp kích thước 60*70*65mm phân bố mạch máu nhiều, mất giới hạn giữa cơ tử cung đoạn eo vị trí vết mổ và bàng quang, theo dõi thai bám ở sẹo mổ lấy thai. Bệnh nhân trong nghiên cứu vào trong tình trạng cấp cứu, được chẩn đoán rõ dựa vào lâm sàng và siêu âm, nên bệnh nhân không có chỉ định làm nội soi buồng tử cung và MRI. Việc chẩn đoán chính xác sẽ có phương pháp điều trị hiệu quả.

Trên bệnh nhân nghiên cứu, tình trạng vào viện biểu hiện các đặc điểm sau: tình trạng sốc mất máu biểu hiện hoa mắt chóng mặt, da xanh niêm mạc nhợt, nhịp tim 110 lần/ phút, huyết áp 70/40mmHg, bệnh nhân còn tỉnh táo và khai thác được bệnh nhân đã mổ lấy thai 2 lần và cách đây 2,5 tháng bệnh nhân có PTNK ở phòng khám tư ở tuổi thai 5 tuần bệnh nhân không tái khám. Kèm theo đó bệnh nhân ra máu âm đạo lượng nhiều, đỏ tươi và có bụng ngoại khoa giúp nhận định rằng đây tình trạng sốc mất máu do băng huyết và tổn thương tạng ổ bụng. Test thai dương tính giúp nghĩ nhiều 2 tình huống: (1) sảy thai sót nhau gây băng huyết/ VMC và (2) là TOSML vỡ gây băng huyết. Rõ ràng là thái độ xử trí 2 tình huống này là khác nhau về vấn đề cầm máu, mặc dù trước mắt đều là phải hồi sức bệnh nhân. Nếu là

sảy thai sót nhau/ vết mổ cũ thì chúng ta chỉ cần thủ thuật nạo hút cấp cứu, làm sạch lòng tử cung là cầm máu. Nhưng nếu thai bám ở sẹo mổ lấy thai thì không thể nạo vì nạo gây chảy máu ồ ạt hơn, nguy cơ thủng tử cung, càng làm tình trạng nặng nề hơn, điều trị chỉ là phẫu thuật cấp cứu lấy khối thai, cầm máu.

Chúng tôi đã nhanh chóng siêu âm kiểm tra xác định đây là tình trạng thai bám ở sẹo mổ lấy thai, thuộc diễn tiến loại 2 và nhanh chóng giải thích gia đình, chuẩn bị mổ cấp cứu, hồi sức và gọi truyền máu.

3.3. Diễn tiến: Thai ở sẹo MLT diễn tiến 2 loại [6,7].

Loại 1: Phôi thai bám vào sẹo MLT, phát triển hướng vào trong eo tử cung hay buồng tử cung, có thể tiến triển sinh sống nhưng có thể gây nguy cơ vỡ tử cung gây xuất huyết ồ ạt, ảnh hưởng tới tính mạng.

Loại 2: Phôi thai bám cắm sâu trong khe hở sẹo MLT, phát triển về phía bàng quang và ổ bụng, nguy cơ gây vỡ tử cung sớm (trong 3 tháng đầu) gây xuất huyết ồ ạt, nguy hiểm tính mạng.

Bệnh nhân đi PTNK lúc thai 5 tuần, như vậy siêu âm lúc đó là không chính xác, thai đã bám ở SMLT mà siêu âm không phát hiện ra. Sau PTNK bệnh nhân không tái khám và không theo dõi là rất nguy hiểm.

3.4. Điều trị

Khuynh hướng hiện nay là điều trị bảo tồn nội khoa và can thiệp ngoại khoa tối thiểu nhằm kết thúc thai kỳ sớm, nhờ đó tránh phẫu thuật lớn và bảo tồn khả năng sinh sản.

Tùy tình trạng bệnh nhân để lựa chọn các phương pháp điều trị phù hợp.

3.4.1. Điều trị nội khoa

Điều trị với Methotrexate (MTX):
Chỉ định: thai < 14 tuần, huyết động ổn định và không có chống chỉ định dùng MTX. Bệnh nhân đã có biểu hiện xuất huyết âm đạo nhiều, mất máu, không có chỉ định điều trị nội.

3.4.2. Điều trị ngoại khoa

3.4.2.1. Nong nạo

Chỉ định: phôi thai bám vào sẹo MLT và phát triển hướng vào trong eo tử cung hay buồng tử cung, có thể tiến triển sinh sống, một số ít trường hợp β hCG < 2000mUI/ml sau điều trị MTX, chảy máu khối thai rớt ra hoặc khối thai không giảm kích thước. Đây không phải là phương pháp điều trị đầu tiên.

3.4.2.2. Foley kết hợp với hút thai:

Chỉ định: TOSMLT tuổi thai ≤ 8 tuần. Đặt Foley để đẩy khối thai tách ra khỏi vết mổ. Nếu tình trạng bệnh ổn sau 48h được xuất viện theo dõi ngoại trú.

3.4.2.3. Phẫu thuật được chỉ định:

khi có 1 trong 3 yếu tố: tuổi thai > 14 tuần;

bệnh nhân > 40 tuổi mà không có nguyện vọng sinh con; huyết động không ổn định, xuất huyết nhiều hay sốc. Bệnh nhân nghiên cứu đã có hai yếu tố: tuổi thai > 14 tuần, bệnh nhân vào trong tình trạng chảy máu âm đạo nhiều gây sốc mất máu. Vì vậy lựa chọn phẫu thuật cấp cứu là bắt buộc đối với bệnh nhân, chúng tôi đã khẩn trương chuẩn bị xét nghiệm, dự trữ máu, chuyển mổ cấp cứu. Tiên lượng bệnh nhân rất nặng nề, nguy cơ khó bảo tồn tử cung, tổn thương bàng quang, niệu quản, cắt tử cung cầm máu. Vào ổ bụng hình ảnh khối thai OSMLT rất lớn, chiếm hết toàn bộ mặt trước cơ tử cung đoạn dưới, đã có điểm rỉ chảy máu. Chúng tôi đã rạch tiếp đoạn đang chảy máu qua vết mổ cũ, lấy toàn bộ khối thai, làm sạch lòng tử cung, diện rau bám. Lớp cơ tử cung còn lại rất mỏng, khâu phục hồi lại tử cung khó khăn. Cơ tử cung mỏng, co hồi kém, chúng tôi đã thắt động mạch tử cung. Diễn tiến sau đây ổn định, xét nghiệm β hCG trở về bình thường chứng tỏ tổ chức nhau thai được lấy hết hoàn toàn, bệnh nhân được bảo tồn được tử cung, phục hồi xuất viện.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu nhân một trường hợp thai ở sẹo mổ lấy thai biến chứng sốc mất máu đã được phẫu thuật cấp cứu bảo tồn tử cung thành công tại khoa phụ sản bệnh viện Quân y 175 chúng tôi rút ra những kết luận sau:

- TOSMLT là bệnh lý ít gặp nhưng

có xu hướng tăng lên cùng tỷ lệ mổ lấy thai, bệnh gây biến chứng nặng nề nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời, nguy cơ để lại di chứng cao, có thể mất khả năng sinh sản.

- Để phát hiện sớm, điều trị đúng và kịp thời, tránh những biến chứng nặng nề thì cần cảnh giác bệnh lý TOSMLT khi khám, tư vấn và quản lý thai đối với những trường hợp có vết mổ cũ lấy thai.

- Khi xử trí 1 trường hợp TOSMLT trên lâm sàng, cần lựa chọn đúng phương pháp điều trị, đặc biệt những trường hợp được phát hiện sớm và cố gắng điều trị bảo tồn tử cung tối đa, để đảm bảo khả năng sinh sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Laren JV, Solomon MH (1978). Pregnancy in a uterine scar sacculus- an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report. S fr Med J. 53: 142- 143.

2. Nguyễn Việt Tiên (2015). Chửa ở vết mổ”, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa Bộ y tế, tr.141-142.

3. Rotas MA, Haberman S, Levgur M (2006). Cesarean scar ectopic pregnancies, etiology, diagnosis and management. Obstet Gynecol 107: 1373-1381.

4. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, et al (2012). The diagnosis, treatment and follow up of cesarean scar pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2012, 207: 44.e1-13

5. Tanya L. Glenne, James Bembry, Austin D. Findly (2018). Cesarean Scar Ectopic Pregnancy: Curreng Management Strategies. CME review article.

6. Văn Phụng Thống (2019). Thai ở sẹo mổ lấy thai. Phác đồ điều trị sản phụ khoa 2019 bệnh viện Từ Dũ, tr.216-221.

7. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. (2000). Pregnancy in a cesarean scar. Ultrasound Obstet Gynecol.tr: 592-593

8. Madhuri Arvin Patel. (2015). Scar Ectopic Pregnancy. The journal of obstertrics and gynecology of India.