



CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH VỊ TRÍ THAI – MỘT SỐ VẤN ĐỀ THƯỜNG GẶP

BS. Lê Tiểu My

Phòng khám Ngọc Lan

Khi giá trị beta hCG huyết thanh khoảng 2.000 mIU/mL (Condous và cs., 2005) và siêu âm không quan sát thấy túi thai trong tử cung, chúng ta có thể nghĩ đến một trong ba chẩn đoán: thai ngoài tử cung (TNTC), sảy thai sớm, thai trong tử cung đang diễn tiến. Thăm khám lâm sàng và chỉ định các xét nghiệm kiểm tra để đưa ra chẩn đoán xác định trong trường hợp thai chưa rõ vị trí đôi khi rất khó. Bên cạnh đó, tử suất và tai biến của TNTC có thể giảm đáng kể nếu được chẩn đoán và can thiệp sớm. Vì vậy, thai chưa rõ vị trí thật sự là một thách thức trong chẩn đoán nhằm có hướng xử trí, theo dõi một cách thích hợp.

CÓ CẦN THIẾT PHẢI NONG-NẠO LÒNG TỬ CUNG?

Có nhiều phương pháp theo dõi một trường hợp nghi ngờ TNTC như tỉ số beta hCG, nồng độ progesterone

huyết thanh, siêu âm ngã âm đạo... Trường hợp nghi ngờ giữa sảy thai và TNTC có thể theo dõi và chẩn đoán bằng xét nghiệm beta hCG liên tục hoặc nạo lòng tử cung. Giá trị của theo dõi nồng độ beta hCG huyết thanh xin bàn sau, tuy nhiên nong-nạo lòng tử cung cũng có những giá trị nhất định. Nếu kết quả giải phẫu bệnh cho thấy không có sự hiện diện của lòng nhau có thể chẩn đoán xác định TNTC, chỉ định methotrexate (MTX) sớm, tránh được phẫu thuật và những tai biến của nó.

Một nghiên cứu đoàn hệ phân tích 112 trường hợp (Barnhart và cs., 2002) không thấy thai trong tử cung và nồng độ beta hCG quanh ngưỡng 2.000 mIU/mL nhưng tăng-giảm bất thường. Kết quả có 38,4% được chẩn đoán sảy thai và 61,6% TNTC bằng phương pháp



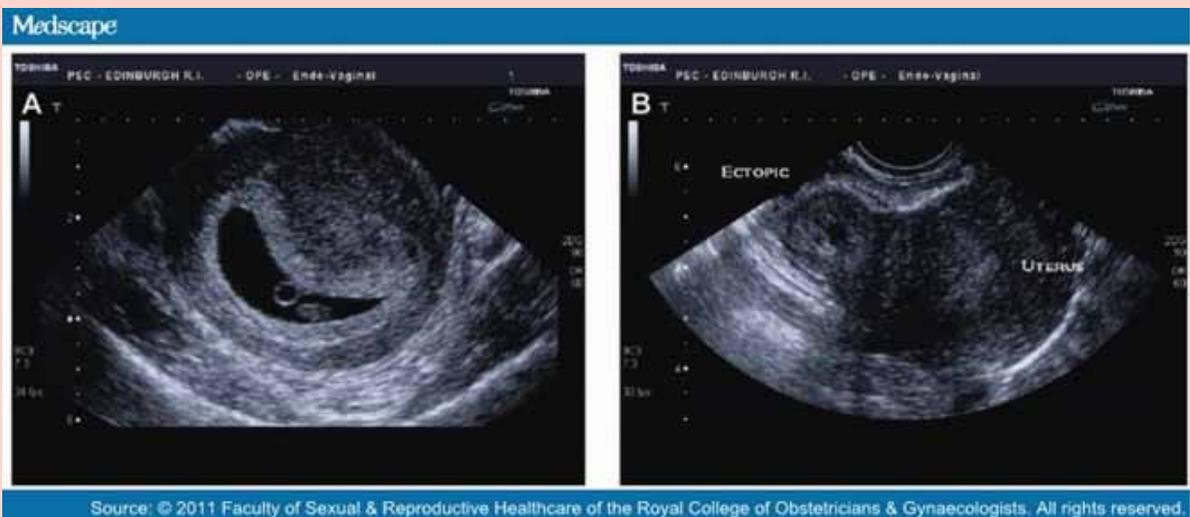
nạo lòng tử cung. Trong những trường hợp beta hCG thay đổi không như dự đoán để chẩn đoán TNTC (<50% sau 2 ngày) hoặc thai ngừng phát triển, tăng-giảm bất thường hoặc bình nguyên, có đến 47% trường hợp chẩn đoán lầm TNTC. Nghiên cứu này còn kết luận siêu âm ngã âm đạo chẩn đoán TNTC có tỉ lệ dương tính giả đến 11% và 40% trong chẩn đoán sẩy thai. Một nghiên cứu khác lớn hơn thực hiện trên 387 bệnh nhân có nồng độ beta hCG >2.000 mIU/mL, nhưng không quan sát thấy thai trong tử cung, kết luận chẩn đoán TNTC không có nong-nạo lòng tử cung có thể có 27-50% trường hợp chẩn đoán lầm. Tuy nhiên, vì có nhiều phương pháp theo dõi ít xâm lấn hơn nên một số tác giả cho rằng không nên thực hiện nong-nạo lòng tử cung hoặc chỉ định MTX cho tất cả những trường hợp không quan sát thấy thai trong tử cung với nồng độ beta hCG >2.000

mIU/mL. Nếu vậy có thể có đến gần 50% trường hợp được chỉ định MTX dù không cần thiết và bệnh nhân phải chấp nhận những tác dụng phụ của MTX.

GIÁ TRỊ CỦA NỒNG ĐỘ BETA hCG HUYẾT THANH

Khi nồng độ beta hCG huyết thanh 1.500-3.000 mIU/mL, siêu âm ngã âm đạo có thể quan sát thấy túi thai. Một thai phát triển trong tử cung sẽ có nồng độ beta hCG tăng 53-66% sau mỗi 48 giờ, hoặc tỉ số giữa hai lần xét nghiệm liên tiếp mỗi 48 giờ >1,66. Nếu giá trị này >1,66 thì giá trị tiên đoán dương cho thai sống trong tử cung lên đến 96,5%. Khi đó, siêu âm ngã âm đạo được chỉ định thực hiện mỗi tuần đến khi thấy thai trong tử cung. Khi nồng độ beta hCG giảm, hay tỉ số nồng độ hCG huyết thanh <0,79, khả năng là sẩy thai rất cao, do đó không cần thực hiện siêu âm ngã âm đạo liên tục nếu kèm ra huyết âm đạo.

Nếu nồng độ hCG tăng chậm (>20% sau 2 ngày) có thể thai vẫn phát triển. Tỉ số hCG 0,79-1,66 cần theo dõi thai ngoài tử cung, xét nghiệm hCG và siêu âm mỗi 48 giờ liên tục trong 1 tuần. Cần lưu ý là có khoảng 13% trường hợp tỉ số hCG >1,66 là thai ngoài tử cung và 15% trường hợp tỉ số hCG <1,66 là thai sống trong tử cung. Ngoài ra, nếu sử dụng chỉ duy nhất nồng độ beta



Source: © 2011 Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. All rights reserved.

Hình 1. Hình ảnh siêu âm: Thai trong tử cung và thai ngoài tử cung (Nguồn: Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists)

hCG huyết thanh theo dõi thai chưa rõ vị trí sẽ không đủ giá trị để chẩn đoán, khi đó các dấu hiệu lâm sàng như đau hạ vị hay ra huyết âm đạo, hoặc siêu âm ngã âm đạo có thể hỗ trợ chẩn đoán và điều trị.

VAI TRÒ CỦA PROGESTERONE VÀ ACTIVIN A TRONG THEO DÕI THAI CHƯA RÕ VỊ TRÍ

Vì nồng độ của progesterone huyết thanh có khoảng dao động rất lớn, thay đổi theo tuổi thai nên gặp nhiều hạn chế khi theo dõi thai chưa rõ vị trí. Phân tích gộp của 26 nghiên cứu (El Bishry và cs., 2008) kết luận rằng nếu nồng độ progesterone huyết thanh <5 ng/mL, tiên lượng thai ngừng phát triển, nhưng không thể tiên lượng chẩn đoán phân biệt giữa TNTC hay thai trong tử cung. Để theo dõi chẩn đoán thai ngoài tử cung cần phối hợp giữa nồng độ progesterone huyết thanh kết hợp các chỉ điểm sinh học khác như nồng độ hCG, Hyperglycosylated hCG, Activin A. Hiện tại vẫn chưa thấy bằng chứng đủ mạnh kết luận Activin A có thể là chỉ điểm độc lập để chẩn đoán xác định TNTC trong theo dõi thai chưa rõ vị trí, tuy nhiên kết quả một số nghiên cứu thấy rằng khi nồng độ Activin A <0,37 ng/mL có độ nhạy 80-100% và độ đặc hiệu 72-99,6% chẩn đoán TNTC.

NỘI SOI CHẨN ĐOÁN CÓ CÒN LÀ CHỈ ĐỊNH ĐẦU TAY TRONG TRƯỜNG HỢP THAI CHƯA RÕ VỊ TRÍ?

Phẫu thuật nội soi từng được xem là phương thức tin cậy chẩn đoán xác định cũng như chẩn đoán loại trừ TNTC trong trường hợp theo dõi thai chưa rõ vị trí. Ưu điểm của phương pháp này là rút ngắn thời gian theo dõi, chẩn đoán và xử lý sớm những trường hợp TNTC. Tuy nhiên, nhiều nhà lâm sàng lo ngại trường hợp chỉ định phẫu thuật không cần thiết, tai biến gây mê-phẫu thuật và hiệu quả cũng còn tùy thuộc kinh nghiệm và

tay nghề của phẫu thuật viên. Phẫu thuật nội soi ổ bụng chẩn đoán thai ngoài tử cung ngày nay không còn là chỉ định đầu tay, theo dõi bằng siêu âm và các xét nghiệm sinh hóa có giá trị ngày càng tăng. Xét về chi phí-hiệu quả điều trị, cần cân nhắc trước khi chỉ định.

VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN VỊ TRÍ THAI

Cho đến cuối những năm 60, siêu âm trong chẩn đoán và theo dõi thai vẫn chưa được đánh giá cao vì chỉ siêu âm bằng ngã bụng. Độ nhạy và độ đặc hiệu chẩn đoán thai ngoài tử cung bằng siêu âm chỉ vào khoảng 70-80%. Khi siêu âm ngã âm đạo ra đời, đầu dò siêu âm đến gần cơ quan đích hơn, tần số sóng siêu âm cao hơn, đồng nghĩa với việc quan sát túi thai nhỏ trong tử cung dễ hơn, hoặc quan sát túi thai nằm ngoài tử cung rõ hơn (Hình 1). Siêu âm ngã âm đạo đơn độc trong chẩn đoán thai ngoài tử cung có độ nhạy 74% (95% CI, 65,1-81,6), độ đặc hiệu 99,9% (95% CI, 99,8-100). Cho đến nay, siêu âm, đặc biệt là siêu âm ngã âm đạo là chỉ định không thể thiếu trong theo dõi và chẩn đoán xác định vị trí thai. Cùng với xét nghiệm beta hCG huyết thanh liên tục, siêu âm ngã âm đạo có thể chỉ định lặp lại nhiều lần (mỗi 3-7 ngày).

KẾT LUẬN

Có nhiều xét nghiệm giúp chẩn đoán một trường hợp thai chưa rõ vị trí, tuy nhiên đôi khi không thể chẩn đoán xác định ngay mà cần thời gian theo dõi, hoặc phối hợp giữa dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng. Để có bước xử trí thích hợp cho từng trường hợp như thai diễn tiến, sẩy thai hoặc thai ngoài tử cung, cần thận trọng khi theo dõi và chỉ định, tránh bỏ sót hoặc xử trí muộn. Mỗi phương pháp cận lâm sàng có một giá trị nhất định tùy tuổi thai, tùy trường hợp, do đó không cần thiết phải cho thực hiện tất cả các xét nghiệm nhằm giảm thiểu chi phí điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lauren Rubal, Karine Chung. Do you need to definitively diagnose the location of a pregnancy of unknown location? The case for "yes". Fertility and Sterility, Vol.98, No.5, November 2012, 1078-1083.
2. Norah M van Mello. Ectopic pregnancy: how diagnostic and therapeutic management has changed. Fertility and Sterility, Vol 98,

No. 5, November 2012, 1066-1073.

3. Shannon Reid, George Condous. Is there a need to definitively diagnose the location of a pregnancy of unknown location? The case for "no". Fertility and Sterility, Vol.98, No.5, November 2012, 1085-1089.
4. Suneeta senapati, Kurt T. Barnhart. Biomarkers for ectopic pregnancy and pregnancy of unknown location. Fertility and Sterility, Article in press, 2013.

Bảng 1. Một số chất chỉ điểm sinh hóa khác dự đoán thai ngoài tử cung trong theo dõi thai chưa rõ vị trí (trích dẫn)

Biomarker	Nghiên cứu	Ngưỡng	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
hCG sau 48 giờ	Morse, 2012	<53%	91,1	66,6
Activin A	Warrick, 2012	0,26 ng/mL	59,6	69
	Rausch, 2011	0,38 ng/mL	80	72
	Kirk, 2009	0,37 ng/mL	93	13
PAPP-A	Rausch, 2011	0,53 ng/mL	81	54
SP1	Rausch, 2011	103,3 µg/mL	65	79
Inhibin A	Rausch, 2011	28,67 pg/mL	83	79
VEGF	Rausch, 2011	174,5 pg/mL	78	100
	Daponte, 2005	200 pg/mL	87,5	75

SẢN PHỤ KHOA 4
TỪ BẢNG CHỨNG ĐẾN THỰC HÀNH

CHỦ BIÊN
TS.BS HUỖNH THỊ THU THỦY

SỞ Y TẾ VIỆT NAM
VIỆN CHỮA BỆNH SẢN,
PHÒNG SẢN-KHOA VÀ BỆNH ĐẪN CỬ KẾ HOẠCH VIỆT NAM

**PHÁT HÀNH
7/2013**

Mới