

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP CHỮA SONG THAI TRONG Ổ BỤNG, Ở SAU PHÚC MẠC, TRƯỚC RỖN THẬN TRÁI

Vũ Bá Quyết, Đinh Thị Hiền Lê
Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

Tóm tắt

Giới thiệu một trường hợp chữa ngoài tử cung, sau phúc mạc tại bệnh viện Phụ sản Trung ương vào 4- 2013. Thiết kế nghiên cứu: Giới thiệu ca bệnh. Bệnh nhân nữ, sinh 1982, có 2 con và đã phẫu thuật cắt vòi tử cung do chữa vòi tử cung trái năm 2008. Bệnh nhân vào viện bị chập kinh, đau vùng thắt lưng trái. Bệnh nhân được làm xét nghiệm β HCG, siêu âm và chụp MRI, kết luận song thai ngoài tử cung, sau phúc mạc. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi, bóc lộ khối thai, hút dịch ối, tiêm Kalichlorua vào buồng tim thai dưới hướng dẫn của siêu âm. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được dùng MTX đường toàn thân, liều 50mg/ngày vào các ngày 1,3,5,7 và Calcium folinat 0,1mg/kg vào các ngày 2,4,6,8. Sau 4 đợt hóa chất, nồng độ β HCG từ ngày vào viện đến ngày phẫu thuật luôn dao động ở mức khoảng 100.000 UI/l đã giảm xuống còn 276 UI/l và trên siêu âm, túi ối rất nhỏ, tình trạng sức khỏe bệnh nhân rất tốt. Đây là một trường hợp thai trong ổ bụng sau phúc mạc hiếm gặp ở Việt Nam và thế giới đã được phát hiện rất sớm, điều trị kịp thời, đúng cách, giúp tránh được các biến chứng nguy hiểm cho thai phụ. Các nội dung liên quan đã được so sánh và bàn luận.

Từ khóa: Thai ngoài tử cung, thai sau phúc mạc.

Abstract

A case report on retroperitoneal ectopic pregnancy at the Central Obstetrics Hospital in April-2013. Study Design: A case report. Female patient, born in 1982, has 2 children and uterus surgically tap tap uterus due to pregnancy left in 2008. Patients who experience delayed admission, left lumbar pain. Patients were tested for β HCG, ultrasound and MRI, but concluded ectopic pregnancy, retroperitoneal. Patients were done laparocopy revealed pregnancy, fetal heart chamber Kalichlorua injected under ultrasound guidance. After surgery, patients received systemic MTX, 50mg/ngay dose on days 1,3,5,7 and folinat Calcium 0.1 mg / kg on days 2,4,6,8. After 4 phase chemical concentrations β HCG from day to day surgery admission is moving at about 100,000 IU / l was reduced to 276 IU / l and on ultrasound, amniotic sac is very small, patient health status 's very good. This is a case of pregnancy in the abdominal retroperitoneal rare in Vietnam and the world was discovered very early, prompt treatment, the right way, help to avoid the serious complications for pregnant women. The content was relevant to compare and discuss.

1. Đặt vấn đề

lần/phút, HA 110/70mmHg, nhịp thở 20 lần/phút).

+ Âm hộ bình thường, âm đạo có khí hư, cổ tử cung viêm quanh lỗ, tử cung bình thường.

+ Siêu âm: Không thấy thai trong buồng TC, nội mạc dày 5,6mm, ổ bụng không có dịch.

+ Xét nghiệm β HCG ngày 24/4/2013: 101 703 UI/l

+ Chẩn đoán lúc vào viện: TD U nguyên bào nuôi.

Khám lại ngày 25/4/2013:

+ Siêu âm: Không thấy thai trong buồng TC, niêm mạc tử cung dày 5-6mm, ổ bụng không có dịch.

+ Xét nghiệm β HCG: 125 348 UI/l

Siêu âm đường bụng ngày 26/4/2013:

+ Chứa song thai trong ổ bụng, dưới góc lách, tương đương thai 11 tuần.

+ Thai 1: Chiều dài đầu – mông: 38mm, tim thai (+). Thai 2: Chiều dài đầu – mông: 39mm, tim thai (+).

+ Chụp MRI: TC không to, không thấy hình thai trong buồng TC. Trong ổ bụng, sau phúc mạc ngang mức mặt trước rốn thận trái có khối kích thước 50-60mm, trong có hình song thai, vị trí rau bám ở mặt trước bên phải, một phần bánh rau lan ra om $\frac{1}{2}$ chu vi động mạch chủ bụng, chỗ dày nhất của bánh rau là 15mm, khối để đẩy tĩnh mạch thận trái nhưng không xâm lấn tĩnh mạch thận. Kết luận: Hình ảnh khối chứa sau phúc mạc bên trái vị trí mặt trước rốn thận trái.

Quá trình điều trị và theo dõi sau điều trị:

+ Chỉ định mổ nội soi (mời BS phẫu thuật Việt Đức cùng tham gia): Tử cung bình thường, vòi tử cung trái đã cắt, vòi tử cung phải bình thường, Douglas không có dịch. Quan sát vùng ổ bụng thấy một phần đại tràng mạc nối lớn bao bọc và có nhiều mạch máu tăng sinh. Khối chứa dưới góc lách, ngang thận trái, sau phúc mạc to khoảng 10x 10cm, giàu mạch máu. Phẫu tích gỡ dính, giải phóng mặt trước khối thai, cầm máu bằng dao 2 cực. Chọc hút ối ra 40ml, tiêm 2ml Kali chlorua vào tim thai (dưới hướng dẫn của siêu âm tại bàn mổ). Cầm máu, đặt sond dẫn lưu, kết thúc phẫu thuật.

phát hiện được túi ối ngoài tử cung vì việc phát hiện sớm khi chưa vỡ sẽ giúp tính mạng mẹ được an toàn, các thầy thuốc chủ động trong điều trị.

Về điều trị: Về nguyên tắc, các trường hợp thai ngoài tử cung có thể được điều trị bằng phẫu thuật hoặc nội khoa nhưng cần phải đạt hiệu quả tối ưu. Với chẩn đoán sớm, phẫu thuật nội soi trở nên khả thi. Tiên lượng cho khả năng sinh sản trong tương lai cũng tốt theo chẩn đoán sớm, vì vòi tử cung, tử cung và buồng trứng không bị tổn thương hay phải cắt bỏ và không tham gia vào sự hình thành bám dính sau mổ. Khả năng sinh sản trong tương lai dường như không bị ảnh hưởng [6]. Thai trong ổ bụng thường ở các tạng giàu mạch như gan, lách, mạc nối. quanh các mạch máu lớn và vì thế việc điều trị cần được cân nhắc kỹ càng, không can thiệp quá mức có thể gây các biến chứng không lường trước được nhất là thai ở quanh các mạch máu lớn. Trong trường hợp cụ thể này, chúng tôi đã tiến hành bóc lột túi ối, hút hết nước ối và sử dụng siêu âm ngay trên bàn mổ để tiêm chính xác Kalichlorua vào buồng tim của thai. Phương pháp này giúp hủy thai dễ dàng mà không làm tổn hại đến các mạch máu của mẹ. Tuy nhiên, rất cần lưu ý rằng, việc tiêm Kalichlorua vào buồng tim của thai nhi là rất thận trọng, cần có hướng dẫn của siêu âm để tránh tiêm vào mạch máu mẹ hoặc các mô xung quanh. Sau khi hủy thai, chúng tôi tục sử dụng MTX 4 đợt, liều 50mg/ngày vào các ngày 1,3,5,7 cho kết quả rất tốt (β HCG: 276 UI/l, túi ối rất nhỏ). Một số tác giả chủ trương dùng MTX đơn thuần để điều trị thai ngoài tử cung mà vẫn đảm bảo được chức năng sinh sản và tỷ lệ thành công rất cao (lên đến >90%) [7]. Tuy nhiên, đây là trường hợp song thai, ngày đầu nhập viện β HCG > 100.000 UI/l nên việc hủy thai bằng Kalichlorua sau đó hóa chất toàn thân là hợp lý nhất, an toàn và đạt hiệu quả cao.

Về cơ chế: Người ta cho rằng, các yếu tố của chửa ngoài tử cung bao gồm: Tiền sử viêm nhiễm vùng chậu, tiền sử phẫu thuật trên tai vòi, tiền sử chửa ngoài tử cung, đang sử dụng dụng cụ tử cung, hút thuốc lá, ngừa thai chỉ bằng progestin, tiền sử phẫu thuật vùng chậu... Tuy

hiển, thai ngoài tử cung sau phúc mạc là rất hiếm gặp, cơ chế của sự hình thành thai sau phúc mạc cũng chưa thật rõ ràng, hiện có một số giả thuyết, có thể liên quan đến IVF-ET hoặc không liên quan như sau:

Hình thành sau IVF-ET

- Có sự di chuyển ngược dòng tự phát của phôi sau khi được đưa vào buồng tử cung.

- Thung tử cung trong thủ thuật chuyển phôi vào buồng tử cung làm cho phôi trực tiếp vào ổ bụng hoặc sau phúc mạc.

Không liên quan đến IVF-ET: Phôi ban đầu làm tổ ở bề mặt lá phúc mạc và vào khoang sau phúc