

Số: 1633 /QĐ-BVTD

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 31 tháng 7 năm 2020

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành phác đồ điều trị

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Căn cứ Quyết định số 1507/QĐ-UB ngày 08/04/2004 của UBND TP. HCM về việc cho phép đổi tên Bệnh viện Phụ sản TP. HCM thành Bệnh viện Từ Dũ trực thuộc Sở Y tế TP. HCM và quy định chức năng, nhiệm vụ của Bệnh viện Từ Dũ;

Căn cứ Quyết định số 2912/QĐ-SYT ngày 12/9/2014 của Sở Y tế TP. HCM về việc Ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của Bệnh viện Từ Dũ;

Căn cứ nội dung các biên bản cuộc họp xét duyệt phác đồ điều trị;

Xét đề nghị của Hội đồng Thuốc và Điều trị và Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp Bệnh viện Từ Dũ.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Nay đồng ý ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu “Phác đồ chẩn đoán và điều trị thai ngoài tử cung” tại Bệnh viện Từ Dũ (đính kèm).

Điều 2. “Phác đồ chẩn đoán và điều trị thai ngoài tử cung” là tài liệu tham khảo chính của bệnh viện trong công tác điều trị và quản lý chuyên môn.

Điều 3. Các Ông (Bà) Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp, Trưởng các khoa lâm sàng và các nhân viên y tế liên quan công tác tại Bệnh viện Từ Dũ có trách nhiệm thi hành Quyết định này kể từ ngày ký.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;

- Lưu: VT, KHTH. *Phan*



BS. CKII. Nguyễn Bá Mỹ Nhi

PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1633/QĐ-BVTD ngày 31 / 7 /2020
của Bệnh viện Từ Dũ)

I. ĐỊNH NGHĨA

Thai ngoài tử cung (TNTC) là trứng thụ tinh làm tổ và phát triển ở một vị trí ngoài buồng tử cung.

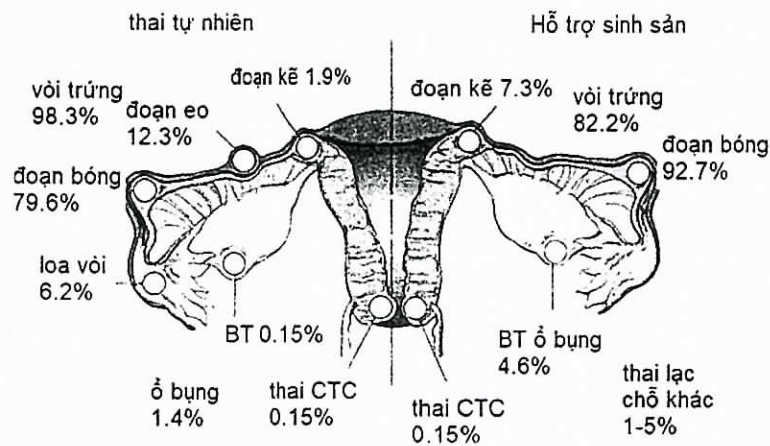
II. YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ PHÂN LOẠI

2.1. Yếu tố nguy cơ

- Viêm sinh dục, đặc biệt do *Chlamydia trachomatis*
- Tiền sử phẫu thuật ống dẫn trứng: tái tạo ống dẫn trứng, nối ống dẫn trứng sau triệt sản
- Tiền sử TNTC
- Hỗ trợ sinh sản: kích thích rụng trứng, thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) và chuyển phôi
- Bất thường giải phẫu ống dẫn trứng: polyp, túi thừa...
- Đặt dụng cụ tử cung ít có nguy cơ TNTC hơn những người không áp dụng phương pháp tránh thai nào.
- Nội tiết tránh thai đường uống, tránh thai khẩn cấp thất bại, tiền căn phá thai, sảy thai hay mổ lấy thai không làm tăng nguy cơ TNTC.

2.2. Phân loại

- Chiếm 1/ 80 thai kỳ tự nhiên.



Hình 1: Các vị trí TNTC

Nguồn: Danforth's Obstetrics and Gynecology, 10th edition

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Thai ngoài tử cung tại ống dẫn trứng chưa vỡ

- a) Cơ năng: tam chứng điển hình gồm trễ kinh, rong huyết, đau bụng.

b) Thực thể:

- Không thay đổi sinh hiệu.
- Bụng không căng hay căng nhẹ, có thể có phản ứng phúc mạc
- Âm đạo ra huyết hoặc không
- Tử cung hơi to mềm
- Cổ tử cung tím, mềm
- Có thể sờ được khối cạnh tử cung đau, nề.

c) Cận lâm sàng:

- Định lượng β -hCG:

- + Thực hiện đo nồng độ β -hCG 2 lần cách nhau mỗi 48 giờ
- + Nếu β -hCG tăng tối thiểu 60%: theo dõi thai trong tử cung
- + Lặp lại β -hCG 2-7 ngày sau đó tùy vào sự thay đổi của β -hCG cách nhau 48 giờ.

- Siêu âm:

- + Siêu âm chẩn đoán xác định TNTC khi có túi thai có yolk sac hoặc phôi hoặc cả hai nằm ở phần phụ và lòng tử cung trống, không có túi thai.
- + β -hCG > 1.500 mIU/mL: siêu âm ngả âm đạo thấy túi thai
- + β -hCG > 6.500 mIU/mL: siêu âm ngả bụng thấy túi thai.
- + Phân biệt với túi thai giả: túi thai thật có hai vòng đồng tâm được chia bởi khoảng echo kém, có viền hồi âm dày (màng rụng bao) và nằm lệch một bên nội mạc tử cung
- + Hình ảnh TNTC điển hình là vòng nhẫn/vòng ống, dấu hiệu vòng tròn lửa ("ring of fire" sign) qua siêu âm Doppler.
- + Nếu siêu âm ngả âm đạo không thấy thai trong tử cung và β -hCG < 1.500 mIU/mL có thể do (1) thai trong tử cung bình thường nhưng quá sớm; (2) thai trong tử cung bất thường; (3) mới sảy thai; (4) thai ngoài tử cung; (5) thai không xác định vị trí.

d) Nội soi ổ bụng:

- Là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán TNTC nhưng nếu thai quá nhỏ có thể bỏ sót khoảng 2-5% trường hợp không phát hiện được vị trí thai.

e) Hút/ạo sinh thiết buồng tử cung:

- Được chỉ định khi thai không phát triển trong lòng tử cung hoặc siêu âm không xác định vị trí thai.
- Chẩn đoán sảy thai sớm khi hiện diện tế bào lông nhau trong mô bệnh phẩm và β -hCG giảm > 50% sau 12-24 giờ.
- Nếu không thấy tế bào nhau và β -hCG bình nguyên hoặc tăng sau hút buồng tử cung gợi ý còn sót nhau hoặc có TNTC.

3.2. Thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng đã vỡ

- Cơ năng: trễ kinh, rong huyết, đau hạ vị, có thể có các triệu chứng kích thích phúc mạc

- Thực thể:

- + Thay đổi sinh hiệu
- + Chỉ số sốc tăng

- + Bụng căng đau, có phản ứng thành bụng
- + Khám âm đạo: tử cung và phần phụ khó xác định do đau. Cùng đồ sau căng đau.

- Chọc dò cùng đồ: có máu sậm không đông. Cần nhắc tính cần thiết của việc thực hiện chọc dò cùng đồ sau.

3.3. Huyết tụ thành nang

- Triệu chứng: trễ kinh, rong huyết, đau vùng chậu kéo dài
- Có thể có triệu chứng kích thích bàng quang, trực tràng
- Thiếu máu
- Khám âm đạo: khối cạnh tử cung có giới hạn không rõ, căng đau.

3.4. Thai trong ổ bụng

- Xuất độ 1/10.000-1/25.000 trường hợp sinh sống.
- Cơ năng: giống như TNTC ở ống dẫn trứng
- Thực thể:
 - + Sờ bụng có thể chạm các phần thai nằm sát thành bụng
 - + 50-70% trường hợp có ngôi thai bất thường.
- Khám âm đạo kết hợp khám bụng: phát hiện thai nằm bên ngoài một tử cung kích thước bình thường.

- Siêu âm: thai nằm ngoài tử cung, xen giữa các quai ruột, thai chậm tăng trưởng, kích thước nhỏ hơn tuổi thai

- X quang không chuẩn bị không có bóng mờ, tử cung bao quanh thai. Bóng hơi ruột nằm chõng lên các phần thai. Chụp nghiêng thấy cột sống lưng của mẹ nằm vắt qua các phần thai

- Có thể chụp cắt lớp hoặc cộng hưởng từ giúp chẩn đoán.

3.5. Thai ở cổ tử cung

- Chiếm khoảng 1/9.000-1/12.000 thai kỳ.
- Siêu âm: lòng tử cung trống, cổ tử cung phình tròn, tử cung hình đồng hồ cát, túi thai hiện diện bên dưới chỗ vào của động mạch tử cung. Không có “dấu hiệu trượt” và có thể nhìn thấy mạch máu quanh túi thai. Siêu âm giúp phân biệt TNTC ở cổ tử cung với sảy thai đang tiến triển.

3.6. Thai ở buồng trứng

- Chiếm 1/7.000-1/40.000 thai kỳ. Triệu chứng giống như TNTC ở những vị trí khác.

IV. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

4.1. Điều kiện điều trị Methotrexate (MTX) đơn liều

- Huyết động học ổn định (không sốc)
- β -hCG ≤ 5.000 mUI/mL
- Kích thước khối thai < 4 cm (qua siêu âm)
- Không có phôi thai, tim thai trong khối TNTC (qua siêu âm).

4.2. Điều kiện điều trị MTX liều đôi

- Huyết động học ổn định
- Nồng độ β -hCG từ 3.500 mUI/mL đến ≤ 5.500 mUI/mL
- Kích thước khối thai < 4 cm (qua siêu âm)
- Không có phôi thai, tim thai trong khối TNTC (qua siêu âm).

4.3. Điều trị điều trị MTX đa liều cố định

- Huyết động học ổn định
- β -hCG > 5.000 mIU/mL và \leq 10.000 mIU/mL
- Kích thước khối thai < 5 cm (qua siêu âm)
- TNTC đoạn kẽ < 3 cm.

4.4. Chống chỉ định điều trị nội khoa

- Huyết động học không ổn định, có dấu hiệu choáng, Hb/Hct giảm
- Có dấu hiệu vỡ: đau bụng dưới nhiều và tăng dần, siêu âm lượng dịch ổ bụng ước lượng > 300 mL hay có dịch ổ bụng
- Có phối hợp thêm thai trong tử cung
- Đang cho con bú
- Dị ứng MTX
- Có các bệnh nội khoa: suy gan, suy thận, loét dạ dày, suy giảm miễn dịch, suy tủy...
- Người bệnh từ chối điều trị MTX hoặc không thể theo dõi lâu dài
- Bất thường xét nghiệm tiền hóa trị (bạch cầu < 3.000/mm³, tiểu cầu < 100.000/mm³, tăng men gan SGOT, SGPT > 100 UI/L, tăng BUN creatinine, rối loạn đông máu...).

4.5 Xét nghiệm tiền hóa trị

- Tổng phân tích tế bào máu
- Nhóm máu ABO, Rhesus
- Đông máu toàn bộ
- Chức năng gan, chức năng thận
- X quang tim phổi thẳng
- ECG

4.6. Các phác đồ điều trị TNTC bằng MTX

- Hiệu quả điều trị thành công TNTC bằng MTX đường toàn thân là 70-95%.

a) Phác đồ đơn liều

- Tiêm bắp (TB) MTX 50 mg/m² bề mặt da hoặc 1 mg/kg vào ngày thứ 1 (liều 1).
- Định lượng β -hCG các ngày 4 và 7
 - + Nếu β -hCG giảm \geq 15% ngày 7 so với ngày 4: định lượng β -hCG hàng tuần cho đến khi âm tính.
 - + Nếu β -hCG giảm < 15% ngày 7 so với ngày 4: MTX 50 mg/m² bề mặt da hoặc 1 mg/kg (TB) (liều 2) và định lượng β -hCG vào ngày 14.
- Định lượng β -hCG ngày 14
 - + Nếu β -hCG giảm \geq 15% ngày 14 so với ngày 7: định lượng β -hCG hàng tuần cho đến khi âm tính.
 - + Nếu β -hCG giảm < 15% ngày 14 so với ngày 7: MTX 50 mg/m² bề mặt da hoặc 1 mg/kg (TB) (liều 3) vào ngày 14 và định lượng β -hCG vào ngày 21.
- Sau 3 liều MTX, nếu β -hCG giảm < 15% so với lần xét nghiệm trước chuyển điều trị phẫu thuật.

b) Phác đồ liều đôi

- Liều MTX thứ 1: 50 mg/m² bề mặt da hoặc 1 mg/kg (TB) vào ngày thứ 1.
- Liều MTX thứ 2: 50 mg/m² bề mặt da hoặc 1 mg/kg (TB) vào ngày thứ 4.
- Định lượng β -hCG ngày 4 và ngày 7:
 - + Nếu β -hCG giảm \geq 15% ngày 7 so với ngày 4: định lượng β -hCG hàng tuần cho đến khi âm tính.
 - + Nếu β -hCG giảm $<$ 15% ngày 7 so với ngày 4, MTX 50 mg/m² bề mặt da hoặc 1 mg/kg (TB) vào ngày 7 (liều 3) và định lượng β -hCG ngày thứ 11.
- Định lượng β -hCG ngày 11
 - + Nếu β -hCG giảm \geq 15% ngày 11 so với ngày 7, định lượng β -hCG hàng tuần cho đến khi âm tính.
 - + Nếu β -hCG giảm $<$ 15% ngày 11 so với ngày 7, MTX 50 mg/m² bề mặt da hoặc 1 mg/kg ngày thứ 11 (TB) (liều 4) và định lượng β -hCG ngày thứ 14.
- Nếu β -hCG không giảm sau 4 liều MTX: chuyển điều trị phẫu thuật.

c) Phác đồ đa liều

- MTX liều 1mg/kg (TB) vào các ngày 1,3,5,7.
- Xen kẽ acid folic liều 0,1 mg/kg (TB) vào các ngày 2,4,6,8.
- Định lượng β -hCG vào các ngày tiêm MTX và tiếp tục tiêm MTX cho đến khi β -hCG giảm \geq 15% so với lần định lượng trước đó.
- Nếu β -hCG giảm \geq 15% so với lần định lượng trước đó: ngừng tiêm MTX và định lượng β -hCG hàng tuần cho đến khi âm tính (có thể cần 1, 2, 3 hay 4 liều).
- Nếu nồng độ β -hCG không giảm sau 4 liều MTX chuyển sang phẫu thuật.

4.7. Tác dụng không mong muốn của MTX

- Triệu chứng đường tiêu hóa: buồn nôn, nôn, viêm niêm mạc miệng thường gặp sau nhiều liều MTX.
- Xuất huyết âm đạo lượng ít.
- Đau bụng thường gặp sau tiêm MTX 2-3 ngày. Nếu loại trừ đau bụng do vỡ ống dẫn trứng và huyết động học ổn định thì theo dõi Hemoglobin và lượng dịch ổ bụng qua siêu âm.
- Tăng men gan thường trở về bình thường sau khi ngừng tiêm MTX.
- Rụng tóc: hiếm gặp.
- Viêm phổi: người bệnh cần báo với bác sĩ khi có sốt hoặc bất cứ triệu chứng hô hấp.

4.8. Lưu ý khi điều trị MTX

- Nên tránh các hoạt động thể lực mạnh và không quan hệ tình dục cho đến khi điều trị khỏi vì nguy cơ vỡ TNTC.
- Không nên sử dụng các thực phẩm hoặc thuốc có chứa acid folic, thuốc kháng viêm không steroid trong quá trình điều trị vì có thể làm giảm hiệu quả MTX.
- Tránh tiếp xúc ánh nắng mặt trời trong quá trình điều trị hạn chế nguy cơ viêm da do MTX.

- Khuyến cáo trì hoãn mang thai ít nhất 3 tháng sau liều MTX cuối cùng.
- Siêu âm không được chỉ định thường quy để theo dõi đáp ứng điều trị.

V. ĐIỀU TRỊ TNTC KHÔNG CAN THIỆP

- Cân nhắc theo dõi đối với TNTC khi
 - + β -hCG < 200 mUI/ml (88% TNTC sẽ tự thoái triển)
 - + β -hCG < 1.000 mUI/ml kèm huyết động học ổn định, kích thước khối TNTC < 2 cm (77% TNTC tự thoái triển).

Tuy nhiên, cần tư vấn nguy cơ có thể vỡ khối TNTC và phải phẫu thuật.

VI. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA TNTC TẠI ỐNG DẪN TRỨNG

6.1. PTNS bảo tồn ống dẫn trứng: xẻ ống dẫn trứng lấy khối thai, điều kiện:

- β -hCG < 5.000 mUI/mL
- Kích thước túi thai < 4 cm
- Không có tim thai
- Không có tiền sử tạo hình trên ống dẫn trứng

6.2. Phẫu thuật nội soi cắt ống dẫn trứng

- Huyết động không ổn định, có triệu chứng vỡ của khối TNTC hoặc dấu hiệu chảy máu trong ổ bụng: đau bụng nhiều, dịch ổ bụng...
- Có chống chỉ định hoặc thất bại với điều trị nội khoa MTX.
- Có chỉ định phẫu thuật đi kèm như: đoạn sản, cắt ống dẫn trứng bị ứ dịch và chuẩn bị TTTON.

6.3. Phẫu thuật nội soi lấy khối thai hoặc xẻ/cắt xén góc tử cung trường hợp khối thai ở đoạn kẽ.

6.4. Khi người bệnh có choáng mất máu phải phẫu thuật mổ bụng hở, không thực hiện phẫu thuật nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Từ Dũ (2019), Thai ngoài tử cung - Tài liệu nội bộ - “Phác đồ Bệnh viện Từ Dũ”, tr.209-215.
2. ACOG (2018), “Tubal Ectopic Pregnancy, ACOG Practice Bulletin Number 193”
3. Cheng X, Tian X, Yan Z, Jia M, Deng J, Wang Y, et al. (2016) “Comparison of the fertility outcome of salpin-gotomy and salpingectomy in women with tubal pregnancy: a systematic review and meta-analysis”. PLoS One 2016;11:e(0152343).
4. Hamed HO, Ahmed SR, Alghasham AA. (2012) “Comparison of double- and single-dose methotrexate protocols for treatment of ectopic pregnancy”. Int J Gynaecol Obstet 2012; (116):67–71.
5. Mcgraw – Hill (2009), “Ectopic Pregnancy”, Williams Obstetrics, 23th Edition International edition, New York. Obstetrics and Gynecology, Seventh Edition.

KT **GIÁM ĐỐC**
PHÓ GIÁM ĐỐC



BS. CKII. Nguyễn Bá Mỹ Nhi