

## THAI TRONG Ổ BỤNG: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP VÀ ĐIỂM QUA Y VĂN

Thai trong ổ bụng là một dạng rất hiếm gặp của thai lạc chỗ, chiếm khoảng 1% tất cả các trường hợp thai lạc chỗ và xảy ra khoảng 1/10.000 trường hợp sinh. Đây là một bệnh lý cấp cứu trong sản khoa với tỉ lệ tử vong mẹ và chu sinh lần lượt là 0,5-18% và 40-95%. Chúng tôi báo cáo một trường hợp thai 22 tuần trong ổ bụng ở một thai phụ 33 tuổi, vào viện trong tình trạng choáng xuất huyết nội. Chúng tôi đã mổ cấp cứu, lấy một thai nhi nam 700g nằm tự do ở tầng trên ổ bụng, cắt phần phụ phải sát sùng. Trong và sau mổ, bệnh nhân được truyền 2000ml máu. Bệnh nhân xuất viện trong tình trạng ổn định.

### **Abdominal pregnancy: a case report and literature review**

Abdominal pregnancy is very rare form of ectopic pregnancy, accounting for 1% of ectopic pregnancy. This is a serious obstetric emergency with a maternal mortality rate between 0,5-18% and perinatal mortality rate between 40-95%. We present a case of 22 week abdominal pregnancy. She was admitted to our hospital with a shock condition. We carried out laparotomy, obtain 700g male fetus intra-abdominally, cut right adnexa. The patient was discharged from hospital in healthy condition.

---

**Khoa sản BVĐK Quảng Ngãi (HN Thanh BSCKII, HQ Hiếu ThS.BS)**

### **Đặt vấn đề**

Thai trong ổ bụng là một dạng rất hiếm gặp của thai lạc chỗ, chiếm khoảng 1% tất cả các trường hợp thai lạc chỗ và xảy ra khoảng 1/10.000 trường hợp sinh. Đây là một bệnh lý cấp cứu trong sản khoa với tỉ lệ tử vong mẹ và chu sinh lần lượt là 0,5-18% và 40-95% [1]. Tỉ lệ thai trong ổ bụng thay đổi tùy theo vị trí địa lý, mức độ quản lý và chăm sóc thai nghén, và tình trạng kinh tế xã hội. Người ta cho rằng thai ổ bụng thường gặp ở các nước đang phát triển, có thể là do tần suất viêm nhiễm hồ chậu cao. Tỉ lệ tử vong của thai ổ bụng cao gấp 7,7 lần so với thai lạc chỗ ở vòi trứng và gấp 90 lần so với thai trong tử cung. Bệnh suất của mẹ bao gồm chảy máu, nhiễm trùng, nhiễm độc máu, thiếu máu, đông máu rải rác trong lòng mạch, tắc mạch phổi, hoặc do sự hình thành đường dò giữa túi ối và ruột do xương thai nhi đâm thủng.

Thai ổ bụng có 10-25% cơ hội sống sót. Tuy nhiên, 20-40% trẻ sinh sống sẽ bị dị dạng và chỉ có 50% sẽ sống sót sau 1 tuần. Hơn nữa, dị dạng thai như vẹo cổ, bất cân xứng khuôn mặt, biến hình chi, đầu dẹt, và dị dạng lồng ngực, có thể xảy ra ở những trường hợp thiếu ối nặng trong môi trường ở ngoài tử cung [3].

Thai lạc chỗ thường do nguyên phát hoặc do thứ phát tùy theo vị trí nhau bám và tuổi thai [2], [4], [5], [6]:

**Thai ổ bụng nguyên phát:** do nguyên bào nuôi bám tại ổ bụng ngay từ đầu, là trường hợp hiếm gặp của thai ổ bụng. Tiêu chuẩn chẩn đoán thai ổ bụng nguyên phát được Studdiford đưa ra lần đầu tiên vào năm 1942 gồm (1) cả hai buồng trứng và vòi trứng bình thường, không có bằng chứng của tổn thương gần đây hoặc trước đó; (2) Chẩn đoán cần xác định được tình trạng vòi trứng và buồng trứng bình thường, không có đường dò tử cung và nhau từ một tử cung đã bị vỡ; (3) và vị trí bám của túi thai trên bề mặt phúc mạc mà thôi [4], [5], [6]. Thường sảy sớm trước 12 tuần.

**Thai ổ bụng thứ phát:** xảy ra khi nhau của túi thai bám ở vòi trứng, sùng tử cung hoặc thai trong tử cung đi khỏi vị trí bám ban đầu của nó và dính vào nội tạng khác. Bánh nhau vẫn còn sống bởi vì một phần máu nuôi vẫn còn được duy trì. Tiến trình có thể được cho

là sảy thai ở vòi trứng, với sự phát triển bánh nhau ở ngoài vòi trứng. Thai ổ bụng thứ phát thường diễn tiến sau 12 tuần thai.

#### **Các dấu hiệu lâm sàng:**

**Thai ổ bụng nguyên phát:** triệu chứng xuất hiện trước khi thai 12 tuần và tương tự như trường hợp thai lạc chỗ ở vòi trứng, ngoại trừ khi khám khung chậu không thấy dấu hiệu bất thường trên vòi trứng. Đau bụng, vô kinh, ra máu âm đạo, và test thử thai dương tính là những triệu chứng gợi ý chẩn đoán.

**Thai ổ bụng thứ phát:** tương phản với sự hiện diện rõ ràng của một túi thai trong ổ bụng, tiền sử và các dấu hiệu lâm sàng trong thai ổ bụng thứ phát thường dễ bị nhầm lẫn. Đau bụng tái diễn, nôn trong ba tháng giữa và ba tháng cuối, đau do thai cử động là những triệu chứng thường gặp.

Thường thì các phần của thai nhi có thể dễ dàng sờ thấy trên thành bụng và di động. Hiếm gặp hơn, là tình huống thân tử cung lớn (10-12 tuần) ở hố chậu. Cổ tử cung thường giãn theo tuổi thai nhưng độ xóa mờ cổ tử cung là không xảy ra.

Chuyển dạ “giả” có thể xảy ra trong ba tháng giữa, và tử cung “giả” có thể xuất hiện con co do kích thích của oxytocin, gây nhầm lẫn do chủ quan khinh suất của thầy thuốc. Thiếu máu thường nhận biết muộn trong ba tháng đầu hoặc ba tháng giữa của thai kỳ, do sự chảy máu trong ổ bụng vào thời điểm bong một phần bánh nhau.

Nên nghi ngờ thai ổ bụng trong những trường hợp có tình trạng dọa sảy thai kéo dài hay thai tử lưu không rõ nguyên nhân. Vị trí thai nhi cố định bất thường trong bụng mẹ và không thay đổi theo thời gian cũng gợi ý chẩn đoán rất cao.

**Điều trị:** Một khi chẩn đoán thai ổ bụng, phẫu thuật là một chỉ định ngay tức thì, bởi vì nguy cơ cho mẹ và do việc không thể phát triển một cách bình thường của thai nhi. Mối nguy cơ trước mắt của việc bong nhau, và chảy máu trầm trọng sẽ không cho phép trì hoãn. Tuy nhiên, nếu thai kỳ tiến triển trên 20-24 tuần, người mẹ và thai nhi đều khỏe mạnh, có thể theo dõi thai nghén tại bệnh viện với điều kiện có đủ máu trong tay cho đến khi thai nhi có thể sống được. Nếu thai đã chết, chỉ định mổ chủ động không nên trì hoãn, bởi vì tình trạng mất máu, đông máu rải rác trong lòng mạch, nhiễm độc, hoặc do hình thành abscess có thể xảy ra

**Tiên lượng:** tỉ lệ tử vong mẹ cao 20% ở những thai ổ bụng đang tiến triển. Bởi vì khó chẩn đoán chính xác trước mổ, việc chuẩn bị chuẩn bị máu cũng như các phương tiện hồi sức chưa đầy đủ. Vấn đề dính và chảy máu khiến cho phẫu thuật trở nên phức tạp và khó khăn, tổn thương niệu quản và ruột cũng là những tai biến thường gặp.

#### **Báo cáo trường hợp**

Họ tên bệnh nhân: Lâm Thị L. 33tuổi

Địa chỉ : Tỉnh Thọ, Sơn Tịnh Quảng Ngãi

Ngày vào viện: 21g15 phút, 26/6/08

Lý do vào viện: đau bụng, choáng.

Quá trình bệnh lý: lập gia đình đã 3 năm, vì nghề nghiệp lưu động nên đi xa, sinh sống ở nhiều tỉnh thành ở miền nam. Khi trễ kinh và biết có thai 3 tháng đầu, bệnh nhân không đi khám thai. Từ tháng thứ 4 trở đi, bệnh nhân bắt đầu có biểu hiện đau bụng lâm râm, buồn nôn và nôn, có đi khám thai được chẩn đoán tại 1 bệnh viện tỉnh là dọa sảy thai, điều trị không hiệu quả. Bệnh nhân tiếp tục đến BV Từ Dũ (TP HCM) điều trị 1 tuần (từ 29/6-4/7/08) với chẩn đoán thai 16 tuần dọa sảy. Ngày 5/7/08, bệnh nhân đến khám tại BV Chợ Rẫy và được chẩn đoán và điều trị theo hướng rối loạn tiêu hóa/thai 16 tuần. Cảm giác mệt mỏi nên thai phụ về quê tại Quảng Ngãi để dưỡng thai. Ngày 13/6/08, bệnh

nhân có siêu âm và khám thai tại phòng khám tư nhân, cũng với hướng chẩn đoán trên. Cho đến chiều ngày 26/6 thì đau bụng nhiều, choáng nên bệnh nhân được đưa vào BV Quảng Ngãi.

Ghi nhận: Mạch quay nhanh nhỏ khó bắt, HA không đo được, choáng, vã mồ hôi.

Lúc 21h25 phút: HA 80/ 50 mmHg, Mạch 110/phút. Hội chẩn BS sản khoa,

Khám: bụng chướng, khó nắn, ấn đau toàn bụng, âm đạo không có máu, khám 2 tay khó nắn được thân tử cung.

Siêu âm: dịch tự do ổ bụng lượng nhiều, có 1 thai nằm trong ổ bụng: tim thai (+), BPD: 47 mm, FL: 33mm. Nhau nằm ở hạ vị, mặt trước tử cung

Kết luận: thai 21 tuần sống, nằm trong ổ bụng, dịch tự do ổ bụng lượng nhiều, chọc ổ bụng ra máu không đông dễ dàng.

Chẩn đoán trước mổ: Thai 22 tuần sống trong ổ bụng, xuất huyết ổ bụng, choáng nặng

Chỉ định phẫu thuật cấp cứu

Xét nghiệm máu:

Công thức máu	21g17phút 26/6	1g44p 27/6	21g 27/6
Hb (g/dL)	9,7	3,93	9,89
Hct (%)	30,7	13	30,1
Hồng cầu (triệu/ml)	3,3	1,47	3,45
Bạch cầu (triệu/ml)	22,200	9,100	13.700
Neutrophil (%)	61	84	85
Tiểu cầu (triệu/ml)	591000	138000	285000

Sinh hóa máu: uree: 3,1mmol/l, creatinine : 80 $\mu$ mol/l, glucose 9,2mmol/l; bilirubin Toàn phần: 10,9 $\mu$ mol/l, Bilirubin trực tiếp : 3,3 $\mu$ mol/l, AST: 20u/l, ALT:18u/L; Na: 143 mmol/l, K: 3,7 mmol/l; Cl 106 mmol/l; Ca: 1,4 mmol/l

### Tường trình phẫu thuật:

Chẩn đoán trước và sau mổ: thai 22 tuần sống trong ổ bụng xuất huyết, choáng nặng

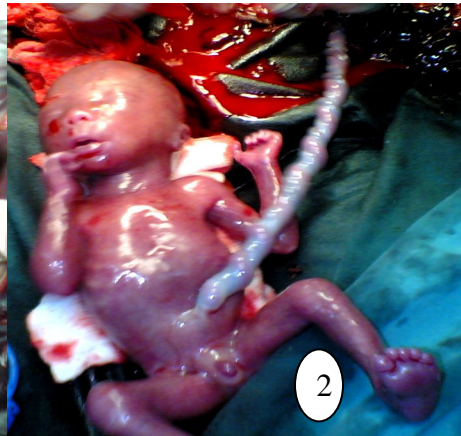
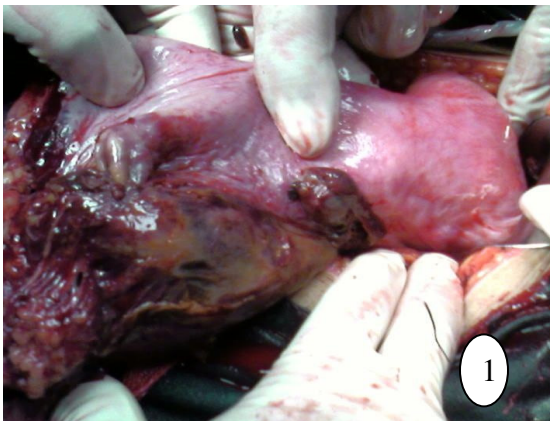
Mổ bụng đường rốn vệ 12 cm, ổ bụng ngập máu không đông và máu cục khoảng 2000ml, mạc nối lớn che phủ toàn bộ phẫu trường, giải phóng mạc nối. Tử cung bằng thai 2 tháng mật độ mềm, thai nhi nằm tự do ở tầng trên ổ bụng. Bánh nhau kích thước 10x10 cm bám vào mặt sau của phần phụ phải, đang bong ở rìa bánh nhau và chảy máu. Vòi trứng phải phát triển phì đại. Lấy ra một thai nhi giới tính nam khoảng 700g. Cắt phần phụ phải đến sát sừng tử cung, lau ổ bụng. Mời BS khoa ngoại thám sát và kiểm tra ruột, không phát hiện tổn thương. Đóng bụng, đặt 2 sonde dẫn lưu.

Diễn tiến sau mổ: chuyển khoa hồi sức trung tâm theo dõi và điều trị, tổng cộng máu chuyển 2000ml.

Trong thời gian hậu phẫu, bệnh nhân tiến triển sức khỏe tốt, ổn định, không có biến chứng.

Hình ảnh:

1. Tử cung bình thường, bánh nhau bám vào mặt sau của phần phụ phải
2. Thai nhi 700g, giới tính nam
3. Siêu âm BVĐK Quảng Ngãi (26/6/2008): Trái: bánh nhau ở trước tử cung và sau bàng quang. Phải: đầu thai nhi.
4. Siêu âm BVĐK Quảng Ngãi (26/6/2008): bánh nhau và xương đùi thai nhi
5. Siêu âm tại phòng khám tư Quảng Ngãi (13/6/2008): thai nhi nằm trong túi ối căng tròn.



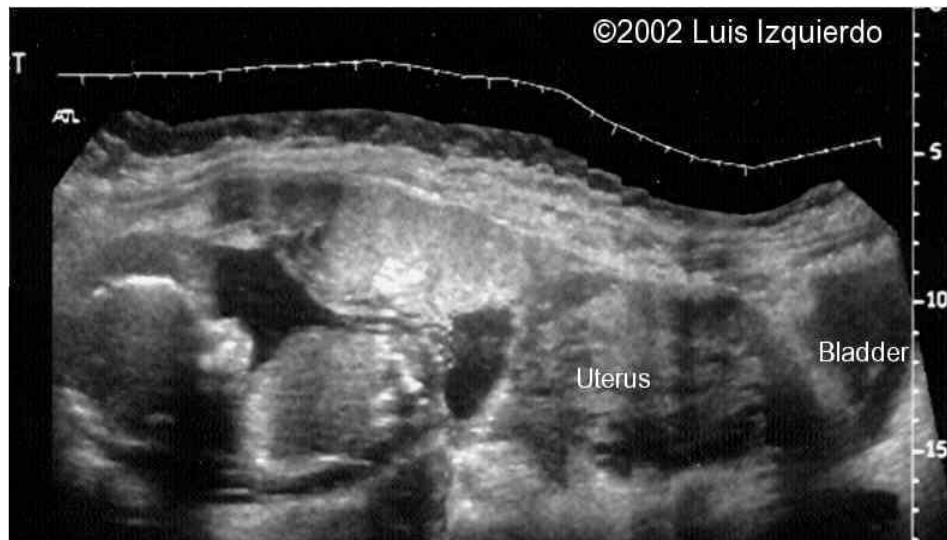
### **Bàn luận**

Đây là trường hợp thai trong ổ bụng mà BVĐK Quảng Ngãi gặp lần thứ 2 trong vòng 1 năm. Với tỉ lệ 1/10.000 trường hợp có thai thì đây là một bệnh cảnh rất hiếm gặp của thai lạc chỗ. Qua đây chúng tôi muốn bàn luận về:

**Chẩn đoán:** vì thai phụ không đi khám thai trong 3 tháng đầu nên việc phát hiện vị trí thai đã bị bỏ qua trong giai đoạn này. Thường khó chẩn đoán thai trong ổ bụng ở giai đoạn sớm trước khi mô bụng, và chỉ có thể chẩn đoán chính xác trước phẫu thuật khoảng 50% trường hợp thai trong ổ bụng tiến triển [6]

Siêu âm là một phương pháp tầm soát hiện nay, nhưng các dấu hiệu thường không rõ ràng, đặc biệt nếu như không nghĩ đến chẩn đoán thai ổ bụng. Trong một tổng kết y văn, kết quả siêu âm thường không chính xác trong phần lớn bệnh nhân thậm chí ở những trường hợp được siêu âm nhiều lần. Các dấu hiệu trên siêu âm gợi ý thai ổ bụng gồm thiếu ối, vị trí bánh nhau không rõ ràng, bất thường về ngôi thai, và tử cung rỗng và nằm thấp ở hố chậu. Một túi thai dây tương tự một tử cung có thai và có thể gây nhầm lẫn ngay cả với những người siêu âm có nhiều kinh nghiệm [6]. Ở bệnh nhân của chúng tôi, mặc dù đã đi đến khám ở một số bệnh viện, đã được siêu âm nhiều lần nhưng việc chẩn đoán vẫn chưa được chính xác. Nguyên nhân do đâu? Có phải chăng do sự chủ quan của người làm siêu âm? Việc xác định vị trí thai nằm trong tử cung hoặc lạc chỗ cho đến nay chủ yếu vẫn dựa vào siêu âm đầu dò âm đạo hoặc qua thành bụng. Thế nhưng một điểm cần lưu ý là trong 3 tháng đầu, bệnh nhân đã không đi khám thai. Chỉ khi có triệu chứng đau bụng ở ba tháng giữa, bệnh nhân mới đi khám thai. Trong giai đoạn này, có lẽ do nghĩ là thai đã đủ lớn nên bệnh nhân chỉ được siêu âm qua thành bụng và bỏ qua siêu âm đầu dò âm đạo. Việc thấy được thai nhi, bánh nhau và tim thai đã khiến những lần siêu âm đó không nghĩ tới khả năng thai nằm trong ổ bụng.

MRI đã được áp dụng chẩn đoán thành công thai ổ bụng mặc dầu mức độ thận trọng do nhiễm tia trong 3 tháng đầu của thai nhi. MRI có thể trở thành một phương tiện chẩn đoán cho những thai kỳ tiến triển khi kinh nghiệm về kỹ thuật này ngày càng được nâng cao [7], [8]. Có lẽ các nhà lâm sàng đã không nghĩ đến khả năng thai ổ bụng nên việc chỉ định chụp MRI đã không được đặt ra trong tình huống này. Dưới đây là hình MRI của một trường hợp thai ổ bụng.



(Nguồn: [www.TheFetus.net](http://www.TheFetus.net). [9])

Theo A. Alto W (6), một điều quan trọng là thai ổ bụng thường có liên quan đến tình trạng tăng alpha fetoprotein máu. Siêu âm có thể được chỉ định nếu có dấu chỉ điểm này, và như vậy cơ may có thể phát hiện thai trong ổ bụng.

**Về khả năng thai ổ bụng thứ phát hay nguyên phát:** Xét theo tiêu chuẩn của Studdiford thì đây là một trường hợp thai ổ bụng thứ phát. Trong trường hợp thai ổ bụng nguyên phát thì thường có triệu chứng thai ngoài tử cung sớm và khiến cho bệnh nhân phải đi khám thai như trễ kinh, đau bụng, ra máu. Ngoài ra, do sự hình thành của màng rụng trong ổ bụng rất sớm nên khối thai trong ổ bụng tồn tại lâu và hiếm khi phát triển đến giai đoạn 2 của thai kỳ mà tự bong sớm [2], [4], [6]

**Về điều trị:** mổ bụng cấp cứu là chỉ định bắt buộc trên thai phụ này vì tình trạng xuất huyết ổ bụng dẫn đến choáng nặng. Nếu chẩn đoán thai ổ bụng được xác định trước 24 tuần, phẫu thuật là một chỉ định cần thiết. Nếu tuổi thai >24 tuần và thai nhi còn sống, thì nên trì hoãn đến 34-36 tuần để có thể cải thiện tình trạng sống còn của thai nhi nếu như bệnh nhân chưa có con hoặc mong muốn có con. Tuy nhiên trong tình huống này, thai phụ cần được theo dõi ngay tại bệnh viện và máu phải chuẩn bị sẵn sàng. Trong trường hợp thai >24 tuần và thai nhi đã chết, cần trì hoãn phẫu thuật trong 3-4 tuần để cho mạch máu của bánh nhau suy giảm. Nếu thai nhi đã chết trước đó 4-6 tuần, cần kiểm tra chức năng đông máu của mẹ để loại trừ khả năng đông máu rải rác trong lòng mạch [2], [5], [10]

Trên bệnh nhân của chúng tôi, việc xác định vị trí của thai nhi và bánh nhau đã rõ trước khi phẫu thuật. Bánh nhau nằm ở hạ vị, giữa bàng quang và tử cung. Do vậy chúng tôi đã loại trừ được khả năng bánh nhau bám vào ruột hoặc là các tạng ở tầng trên ổ bụng. Trong khi phẫu thuật, chúng tôi thấy toàn bộ phần phụ phải phì đại, đặc biệt là vòi trứng phải do bánh nhau bám vào, chỉ một phần rìa bánh nhau bám vào phúc mạc thành bên và buồng trứng đang bong ra và xuất huyết. Do vậy việc cắt triệt để bánh nhau trở nên đơn giản rất nhiều. Nếu như bánh nhau bám vào các tạng khác như là gan, ruột... thì việc xử trí trở nên phức tạp hơn.

Người ta vẫn còn bàn cãi về thái độ xử trí với bánh nhau trong khi mổ thai trong ổ bụng. Việc để lại bánh nhau, có thể gây ra các biến chứng như tắc ruột thứ phát do dính hoặc nhiễm trùng, abscess (xảy ra trên 1/3 bệnh nhân), chảy máu thứ phát, liệt ruột, tiền sản giật/sản giật. Vì lý do này, một số tác giả không thống nhất trong việc lấy bánh nhau thường quy. Mặc dù có thể gặp các biến chứng nếu để lại bánh nhau, nhưng điều này vẫn ít nguy hiểm hơn là cố gắng lấy hết bánh nhau một lần. Sự hấp thu bánh nhau diễn ra chậm chạp và có thể theo dõi qua siêu âm, MRI hay CT. Có thể nhìn thấy khối tăng âm trên siêu âm ở vị trí bánh nhau vào thời điểm 5,7 năm sau mổ [11].

### **Kết luận**

Thai ổ bụng là một bệnh cảnh rất hiếm gặp, tỉ lệ bệnh tật và tử vong là rất cao. Siêu âm vẫn là một phương tiện đầu tay và rẻ tiền có giá trị rất cao trong chẩn đoán thai lạc chỗ. Tuy nhiên nếu không có dấu gợi ý từ lâm sàng, ngay cả những người có kinh nghiệm trong siêu âm vẫn thường chủ quan và bỏ sót chẩn đoán này.

Tình trạng xuất huyết trong những trường hợp này rất là trầm trọng, đe dọa đến tính mạng của bệnh nhân, do vậy cần phải có một ê kíp phẫu thuật có kinh nghiệm và tay nghề cao. Chuẩn bị máu trong và sau mổ đầy đủ cũng là một vấn đề quyết định sự thành công của phẫu thuật.

Việc khám và quản lý thai nghén trong 3 tháng đầu của thai kỳ là một vấn đề quan trọng. Có như thế, mới biết chính xác vị trí khối thai nằm đúng trong tử cung hoặc là lạc chỗ. Nếu được phát hiện sớm thì việc xử trí khối thai lạc chỗ trở nên đơn giản và ít nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân hơn. Nếu việc khám thai chỉ được tiến hành trong 3 tháng giữa thì việc chẩn đoán không chính xác thai trong ổ bụng là điều hoàn toàn có thể xảy ra.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO.**

1. Xiao GH, Chen DJ, Sun XF. Abdominal pregnancy: full-term viable baby. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2005; 118: 117–118
2. Martin JN, Sessums JK, Martin RW. Abdominal pregnancy: current concepts of management. *Obstet & Gynecol* 1988; 71(4): 549- 557
3. Kun KY, Wong PY, Ho MW et al. Abdominal pregnancy presenting as a missed abortion at 16 weeks' gestation. *HKMJ* 2000; 6(4): 425- 427
4. Katherine JL, Mary MG. Abdominal gestation. *The Journal of Emergency Medicine* 1995; 13(2): 195-198.
5. Delke I, Veridiano NP, Tancer ML. Abdominal pregnancy: Review of current management and addition 10 case. *Obstet Gynecol* 1982; 60(2): 200-4.
6. William A. Alto. Abdominal pregnancy. *American Family physician*. Feb 1990.
7. Ha HK, Jung JK, Kang SJ et al. MR Imaging in the Diagnosis of Rare Forms of Ectopic Pregnancy. *AJR* 1993;160:1229-1232.
8. Kataoka ML, Togashi K, Kobayasi K et al. Evaluation of ectopic pregnancy by magnetic resonance imaging. *Human Reproduction* 1999; 14(10): 2644-2650.
9. Thefetus.net. Cotter A, Izquierdo L, Heredia F. Abdominal pregnancy. Available from: [http:// www.thefetus.net/page.php?id=1032](http://www.thefetus.net/page.php?id=1032).
10. Ginath S, Malinger G, Golan A et al. Successful laparoscopic treatment of a ruptured primary abdominal pregnancy. *Fertility and sterility* 2000; 74(3):601-2.
11. Mitra AG, MD, LeQuire MH. Minimally Invasive Management of 14.5-Week Abdominal Pregnancy Without Laparotomy: A Novel Approach Using Percutaneous Sonographically Guided Feticide and Systemic Methotrexate. *J Ultrasound Med* 2003; 22:709–714.