

TWO RARE CASES OF ECTOPIC PREGNANCY: CASE REPORTS

Cao My Hang*, Lanh Thu Dieu, Vo Hoang Thien

Transportation Hospital - 169 Huynh Thuc Khang, Lang Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 16/08/2025

Revised: 27/08/2025; Accepted: 07/09/2025

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is a leading cause of maternal mortality in the first trimester. Among its uncommon forms, abdominal pregnancy and heterotopic pregnancy are particularly challenging to diagnose and are easily overlooked. We report two illustrative cases diagnosed and managed at Transport Hospital, with the aim of enhancing awareness and clinical decision-making among obstetricians.

Keywords: Ectopic pregnancy; abdominal pregnancy; heterotopic pregnancy; laparoscopy; early diagnosis.

*Corresponding author

Email: Caomyhang2511@gmail.co **Phone:** (+84) 362669231 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3054**



BÁO CÁO HAI CA LÂM SÀNG THAI NGOÀI TỬ CUNG HIẾM GẶP

Cao Mỹ Hằng*, Lãnh Thu Diệu, Võ Hoàng Thiên

¹Bệnh viện Giao thông Vận tải - 169 Huỳnh Thúc Kháng, P. Láng, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 16/08/2025

Ngày sửa: 27/08/2025; Ngày đăng: 07/09/2025

ABSTRACT

Thai ngoài tử cung là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trong ba tháng đầu thai kỳ. Trong đó, thai trong ổ bụng và thai trong–thai ngoài tử cung là hai thể bệnh hiếm gặp, chẩn đoán thường khó khăn và dễ bỏ sót. Chúng tôi báo cáo hai trường hợp điển hình được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Giao thông vận tải nhằm góp phần nâng cao nhận thức và kỹ năng lâm sàng cho các bác sĩ sản khoa.

Từ khóa: Thai ngoài tử cung, thai trong ổ bụng, thai trong–thai ngoài tử cung, phẫu thuật nội soi, chẩn đoán sớm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai ngoài tử cung (TNTC) chiếm khoảng 5–10% tổng số các ca cấp cứu sản khoa trong tam cá nguyệt đầu và là nguyên nhân tử vong mẹ hàng đầu ở giai đoạn này. Trong đó, TNTC trong ổ bụng có tỷ lệ <1%, thường cấy vào các tạng trong khoang phúc mạc và dễ gây biến chứng nặng. Thai trong–thai ngoài tử cung (heterotopic pregnancy – HTP) là hiện tượng cùng lúc có một thai trong tử cung và một thai ngoài tử cung, với tỷ lệ 1/30.000 trong thụ thai tự nhiên và có thể tăng đến 1% ở các trường hợp hỗ trợ sinh sản. Bài báo trình bày hai trường hợp hiếm gặp: một trường hợp TNTC trong ổ bụng và một trường hợp HTP gây shock mất máu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả ca bệnh nhằm trình bày đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, xử trí và diễn tiến sau điều trị của hai trường hợp thai ngoài tử cung hiếm gặp được chẩn đoán và điều trị tại Khoa Phụ sản sơ sinh – Bệnh viện Giao thông vận tải từ tháng 5 đến tháng 6 năm 2025.

2.1. Đối tượng nghiên cứu gồm

- Bệnh nhân 1: Nữ, 27 tuổi, chẩn đoán thai ngoài tử cung ổ bụng xâm lấn trực tràng.
- Bệnh nhân 2: Nữ, 37 tuổi, chẩn đoán thai trong–thai

ngoài tử cung vỡ gây shock mất máu.

Thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh siêu âm, MRI, chỉ số β -hCG, phương pháp xử trí phẫu thuật và theo dõi sau mổ được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Các trường hợp đều được điều trị theo phác đồ thống nhất và theo dõi ngoại trú sau xuất viện.

Dữ liệu được trình bày dưới dạng mô tả, đối chiếu với các nghiên cứu và hướng dẫn điều trị hiện hành nhằm thảo luận giá trị chẩn đoán và hiệu quả xử trí từng trường hợp.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. CA LÂM SÀNG

3.1.1. Ca bệnh 1: Thai trong ổ bụng xâm lấn thành trực tràng

Bệnh nhân nữ 27 tuổi, PARA 1001, tiền sử khỏe mạnh, vào viện vì chậm kinh 3 tuần, thử thai 2 vạch. Khám lâm sàng ổn định, không đau bụng, không ra máu âm đạo.

- Siêu âm: Khối hỗn hợp âm vùng Douglas (27x23 mm), có túi noãn hoàng, đám tăng âm giống phôi thai, không thấy túi thai trong tử cung.

- MRI: Khối hỗn hợp vùng cùng đồ sau (34x25 mm), ngấm thuốc không đồng nhất, xâm lấn thành trực

*Tác giả liên hệ

Email: Caomyhang2511@gmail.co Điện thoại: (+84) 362669231 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3054>

tràng dài 11 mm.

- β -hCG: 13.112 UI/mL.

Chẩn đoán: Thai ngoài tử cung trong ổ bụng.

Xử trí: Phẫu thuật nội soi, cắt bỏ khối thai xâm lấn trực tràng, khâu cầm máu lớp cơ trực tràng bằng chỉ Vicryl 3.0. Sau mổ tiêm Methotrexate 1 liều.

Diễn tiến β -hCG:

- Sau mổ 1 ngày: 2832 UI/mL

- Sau 1 tuần: 341 UI/mL

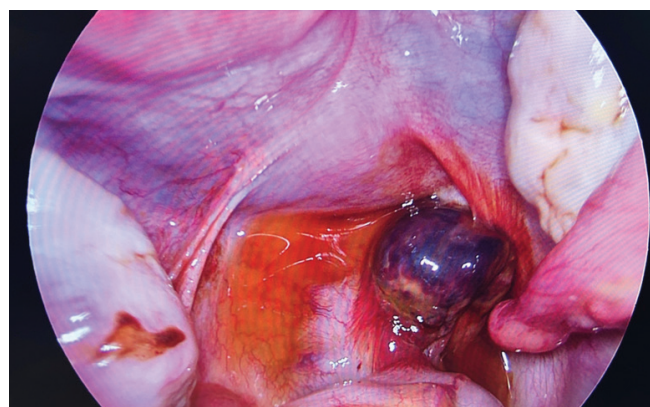
- Sau 2 tuần: 49 UI/mL

- Sau 1 tháng: <0,01 UI/mL

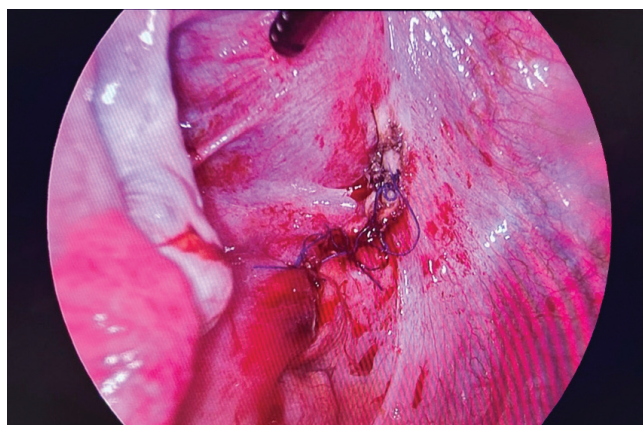
Bệnh nhân xuất viện sau 1 tuần, theo dõi ngoại trú ổn định.



Hình 1. Khối chứa trong ổ bụng xâm lấn thành trực tràng



Hình 2. Khối chứa trong ổ bụng



Hình 3. Diện rau bám được khâu mũi rời cầm máu

3.1.2. Ca bệnh 2: Thai trong–thai ngoài tử cung vỡ gây shock mất máu

Bệnh nhân nữ 37 tuổi, PARA 2022. Hai tuần trước đã hút thai 6 tuần tại phòng khám tư, sau đó siêu âm thấy buồng tử cung trống.

- Vào viện vì đau bụng đột ngột, ra máu âm đạo, biểu hiện shock mất máu.

- Siêu âm: Thai ~8 tuần ở phần phụ phải, ổ bụng có nhiều dịch.

- β -hCG: 50.488 UI/mL

Chẩn đoán: Shock mất máu do TNTC vỡ bên phải sau thủ thuật hút thai.

Xử trí: Phẫu thuật nội soi cấp cứu, lấy ra 1300 ml máu trong ổ bụng, khối chứa vỡ ở vòi tử cung phải (~3 cm). Kẹp cắt khối chứa và hút rửa ổ bụng.

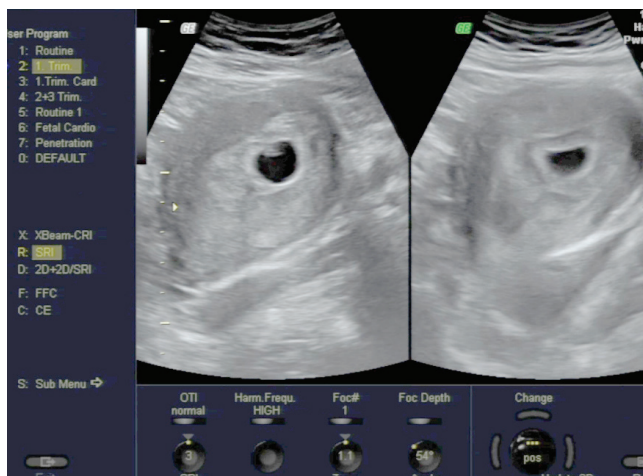
Diễn tiến β -hCG:

- Sau mổ 1 ngày: 7246 UI/mL

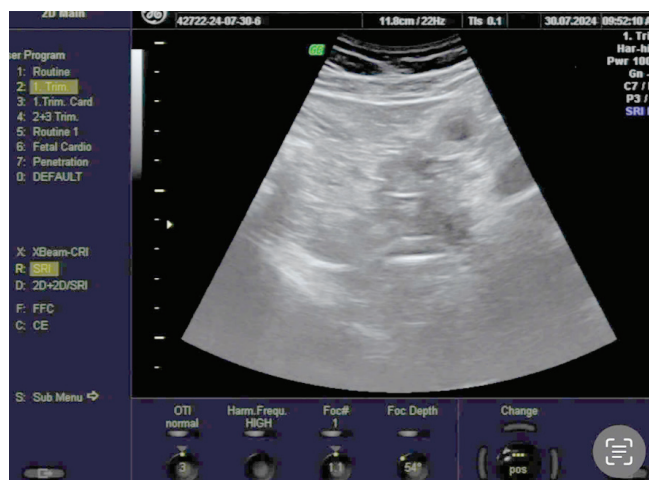
- Sau 1 tuần: 1460 UI/mL

- Sau 1 tháng: <0,01 UI/mL

Bệnh nhân được truyền máu, ra viện sau 5 ngày, ổn định.



Hình 4. Thai tương đương 6 tuần trong buồng tử cung trên siêu âm



Hình 5. Hình ảnh khối chứa ngoài bên Phải trên siêu âm



Hình 6. Khối chứa ngoài vỡ chảy máu

4. BÀN LUẬN

Thai ngoài tử cung (TNTC) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trong ba tháng đầu thai kỳ, chiếm tỷ lệ 6–10% các trường hợp tử vong sản khoa ở giai đoạn sớm[1]. Trong đó, thai trong ổ bụng và thể thai trong–thai ngoài tử cung (heterotopic pregnancy – HTP) là hai thể lâm sàng hiếm gặp nhưng có nguy cơ biến chứng cao. Chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời đóng vai trò then chốt trong giảm thiểu nguy cơ tử vong và bảo tồn chức năng sinh sản cho người bệnh. TNTC ổ bụng chiếm dưới 1% các trường hợp TNTC và thường được xác định khi khối thai bám vào các tạng phúc mạc như bàng quang, trực tràng, hoặc túi cùng Douglas[2]. Không giống như TNTC ở vòi tử cung, thể thai ổ bụng thường biểu hiện mơ hồ, dễ bị nhầm với các bệnh lý khối u phần phụ hoặc viêm dính tiểu khung. Trong nghiên cứu của Dunphy và cộng sự, có tới 33% trường hợp TNTC

ổ bụng bị chẩn đoán muộn do thiếu triệu chứng điển hình[2].

Vì vậy, vai trò của hình ảnh học là cực kỳ quan trọng. Siêu âm qua ngã âm đạo, đặc biệt khi kết hợp với Doppler màu, có thể phát hiện mạch nuôi bất thường hoặc các cấu trúc phôi thai ngoài buồng tử cung. Tuy nhiên, trong các trường hợp nghi ngờ xâm lấn tạng, MRI được chứng minh có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn trong xác định vị trí khối thai và mức độ lan rộng[3]. Ca bệnh 1 trong nghiên cứu này minh họa rõ tầm quan trọng của việc kết hợp các công cụ chẩn đoán hình ảnh. Việc chẩn đoán chính xác qua MRI đã giúp phẫu thuật viên chủ động trong việc bóc tách, khâu phục hồi thành trực tràng và hạn chế biến chứng. Sau mổ, sử dụng Methotrexate để tiêu huỷ mô rau còn sót là lựa chọn phù hợp, được khuyến cáo trong các trường hợp diện rau bám phức tạp hoặc không thể lấy hết trong quá trình mổ[4]. Tác giả Cosentino và cộng sự cũng nhấn mạnh vai trò hỗ trợ của Methotrexate sau phẫu thuật trong việc giảm thiểu nguy cơ bệnh nguyên bào nuôi tồn dư[5].

Trường hợp thứ hai liên quan đến HTP càng cho thấy mức độ thách thức trong chẩn đoán lâm sàng. Dù hiếm gặp, HTP vẫn có thể xuất hiện ở các chu kỳ tự nhiên, chiếm tỷ lệ 1/30.000 và tăng lên tới 1–3% ở nhóm bệnh nhân có sử dụng hỗ trợ sinh sản[6]. Bệnh nhân trong báo cáo không có yếu tố nguy cơ đặc biệt, tuy nhiên sau khi thực hiện hút thai tại cơ sở y tế tư nhân, phần thai ngoài tử cung không được phát hiện, dẫn đến vỡ khối thai và shock mất máu. Theo nghiên cứu của Ljuca và cộng sự, việc không đánh giá kỹ vùng phần phụ khi đã thấy túi thai trong tử cung là nguyên nhân phổ biến dẫn tới bỏ sót HTP[7]. Phẫu thuật nội soi trong cả hai trường hợp cho thấy hiệu quả cao trong kiểm soát xuất huyết, xác định chính xác tổn thương và giảm xâm lấn. Nghiên cứu của Rossitto và cộng sự cũng ghi nhận phẫu thuật nội soi trong TNTC ổ bụng có tỷ lệ hồi phục nhanh và ít biến chứng hơn so với mổ hở[5].

Sau mổ, theo dõi định kỳ nồng độ β -hCG có ý nghĩa quan trọng trong đánh giá hiệu quả điều trị và phát hiện sớm tình trạng mô rau tồn dư. Tổng hợp từ nhiều báo cáo lâm sàng cho thấy, việc phối hợp chặt chẽ giữa thăm khám lâm sàng, siêu âm ngã âm đạo, MRI (khi cần thiết) và định lượng β -hCG giúp nâng cao độ chính xác trong chẩn đoán TNTC và HTP. Các bác sĩ lâm sàng cần có sự nghi ngờ hợp lý ngay cả khi đã thấy túi thai trong tử cung, đặc biệt ở các đối tượng vừa can thiệp tử cung hoặc có triệu chứng đau bụng bất thường. Qua hai ca bệnh, có thể thấy rằng, mặc dù TNTC thể hiếm thường khó nhận biết nhưng nếu được chẩn đoán sớm và điều trị phù hợp thì tiên lượng có thể rất tốt. Phẫu thuật nội soi kết hợp điều

trị nội khoa và theo dõi sát sau mổ sẽ giúp giảm thiểu tỷ lệ tái phát và biến chứng.

5. KẾT LUẬN

Hai ca lâm sàng trên phản ánh rõ tính chất đa dạng và phức tạp của thai ngoài tử cung, đặc biệt là các thể hiếm gặp. Chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời có vai trò then chốt trong việc giảm tử vong và bảo tồn chức năng sinh sản. Do đó, bác sĩ lâm sàng cần nâng cao cảnh giác với các biểu hiện không điển hình và ứng dụng hiệu quả các phương tiện chẩn đoán hình ảnh để nâng cao độ chính xác trong thực hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] ACOG Practice Bulletin No. 191 Summary: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018; pp. 409–411.
- [2] Dunphy L, et al. Abdominal ectopic pregnancy. *BMJ Case Rep.* 2023;16(9):e252960. <https://doi.org/10.1136/bcr-2022-252960>
- [3] Karkee R, et al. Heterotopic Pregnancy: A Challenge in Early Diagnosis. *J Nepal Health Res Counc.* 2019;17(3):413–415. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v17i3.1983>
- [4] Cosentino F, et al. Laparoscopic Management of Abdominal Pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017;24(5):724–725. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2017.01.023>
- [5] Ljuca D, et al. Heterotopic pregnancy in natural conception – case report. *Acta Clin Croat.* 2011;50(2):249–252.
- [6] Barrenetxea G, Barinaga-Rementeria L, Lopez de Larruzea A, et al. Heterotopic pregnancy: two cases and a comparative review. *Fertil Steril.* 2007;87(2):417.e9–417.e15.
- [7] Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF, Finster M, Todd WD. Combined intrauterine and extra-uterine gestations: a review. *Am J Obstet Gynecol.* 1983;146(3):323–330.

