

# CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THAI NẴM DƯỚI GAN

Vương Tiến Hòa  
 Trường Đại học Y Hà Nội

## Tóm tắt

Chửa dưới gan là hình thái đặc biệt, hiếm gặp nhưng nguy hiểm cho bệnh nhân và thường được chẩn đoán muộn. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) mô tả triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm chẩn đoán thai dưới gan. (2) Phân tích về chẩn đoán và xử trí thai dưới gan. Phương pháp nghiên cứu: phân tích các bệnh án qua y văn của các nghiên cứu (Phân tích gộp – MetaAnalysis). **Đối tượng nghiên cứu:** các bệnh án báo cáo trong y văn (cases report). **Kết quả:** Phần lớn các trường hợp đều được chẩn đoán muộn với hội chứng cấp cứu ngoại khoa chảy máu trong. Các triệu chứng lâm sàng xuất hiện ở vùng hạ sườn phải với hội chứng gan – tiêu hóa hoặc dạ dày ruột. Khai thác tiền sử không tốt nên bỏ qua các triệu chứng về thai nghén, dẫn đến khối thai vỡ gây chảy máu trong. Khi nồng độ  $\beta$ hCG cao mà tiểu khung bình thường, không thấy khối thai cần phối hợp siêu âm, CT, MRI để chẩn đoán thai dưới gan. Khi can thiệp mở bụng cần phối hợp có bác sĩ ngoại khoa, hồi sức tích cực, dự trữ truyền máu tốt. Khi can thiệp nên để lại bánh rau và sử dụng MTX. Khi chẩn đoán sớm, khối thai nhỏ nên điều trị bằng MTX. **Kết luận:** Chửa dưới gan hiếm gặp, khó và thường chẩn đoán muộn vì vậy cần kết hợp siêu âm, chụp CT, MRI để chẩn đoán kịp thời.

**Từ khóa:** chửa dưới gan, hạ sườn.

## Abstract

### DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ECTOPIC PREGNANCY UNDER LIVER

Ectopic pregnancy (EP) under liver is one type of abdominal pregnancy, rare but dangerous threatened to the life. **Objectives:** (1) describe clinical symptoms, laboratories test to diagnosis of ectopic pregnancy under liver (2) analyzing about diagnosis and management ectopic pregnancy under live. **Methods:** MetaAnalysis by cases report. **Objective:** the cases report of medical literature. **Results:** Most of cases was late diagnosis and hospitalized with surgegycal emergency symptoms by intraperitoneal hemorrhage. The clinical signs located at right hypochondrium with liver-intestinal or gastro-intestinal symptoms. It was lack of or did not asking about history of pregnancy. If concentration of  $\beta$ hCG high but absent the gestation sac in uterine capacity or pelvic, it should be combined ultrasound, CT, MRI to diagnosis of EP under liver. The surgegycal intervention should be combined Obstetricians, Surgery and Anesthetists. It is necessary to prepare for transfusion. The placenta should be left in the abdominal and using MTX encourage. EP under liver has been early diagnosed should use MTX in order reducing the risk of sursegical intervention. **Conclusion:** EP under liver is rare, difficult and late diagnosis offle. It is necessary to combine Ultrasound, CT, MRI to diagnosis

**Key word:** EC under liver, hypochondrium

## 1. Đặt vấn đề

Chửa trong ổ bụng (CTOB) là trứng làm tổ ngoài tử cung. Chửa dưới gan là một trong những hình thái của CTOB [1]. Cornell & Lash (1933), báo cáo 8 trường hợp bánh rau dính vào gan trong một loạt 236 trường hợp CNTC. Studdiford (1942) đưa khái niệm chửa dưới gan là một hình thái chửa trong ổ bụng. Kirby (1969) mô tả rau bám vào gan. Luwiliza-Kirunda (1978), báo cáo một trường hợp thai đá (lithopedion) đã hình thành từ một thai dưới gan [2]. Thai dưới gan rất hiếm gặp nhưng thường phát hiện muộn, xử trí khó khăn, chảy máu nhiều vì vậy nguy cơ tử vong cho mẹ và con cao.

## 2. Mục tiêu và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Mục tiêu nghiên cứu

- Mô tả các triệu chứng triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm chẩn đoán thai dưới gan.
- Phân tích chẩn đoán và xử trí.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Báo cáo trường hợp (Case report) - Phân tích các bệnh án qua y văn của các nghiên cứu (Phân tích gộp – MetaAnalysis)

## 3. Kết quả

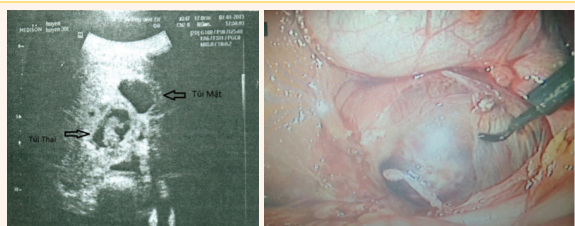
### Bệnh án 1. [3]

Bệnh nhân Đỗ Thị Hải Y. 38 tuổi, PARA 2002. Hành

kinh đúng ngày, nhưng ít. Đau bụng đột ngột, có dấu hiệu choáng. Bụng có phản ứng. Âm đạo có máu đỏ thẫm, CTC đóng kín, phần phụ không có khối, cùng đồ sau đây, đau, chọc ra máu không đông. Siêu âm nhiều dịch trong ổ bụng. Chỉ định mổ nội soi vì CNTC vỡ. Ổ bụng có > 1.000 ml máu, TC và phần phụ bình thường. Dưới gan có khối ở hạ phân thùy VI đang chảy máu chuyển mổ mở theo đường dưới bờ sườn phải, Khối thai ở hạ phân thùy VI: 3x4cm đã tổ chức hóa, màu vàng nhạt, vỡ đang chảy máu. Cắt gan hạ phân thùy 6. Khâu cầm máu. Giải phẫu bệnh: Các gai rau bám vào nhu mô gan làm mất vỏ Glison. Bệnh nhân ra viện sau 22 ngày.

**Bệnh án 2. [4]**

Bệnh nhân 30 tuổi, PARA 1011. Kinh nguyệt đều. Chậm kinh một tháng, đau âm ỉ hạ sườn phải 1 tháng, không ra máu âm đạo. Xét nghiệm  $\beta$  hCG:73.047 IU/L. Siêu âm Doppler: dưới gan có hình ảnh túi thai d=35mm, chiều dài phôi: 22mm, tim thai (+). Chẩn đoán chửa dưới gan. Nội soi: khối thai 3 cm nằm ở cạnh phải túi mật, gần TM cửa. Bóc khối thai và cầm máu bằng dao điện và chèn Spongel.. Giải phẫu bệnh: gai rau điển hình



Hình ảnh siêu âm của (BA 2) Hình Chứa dưới gan khi nội soi (BA2)

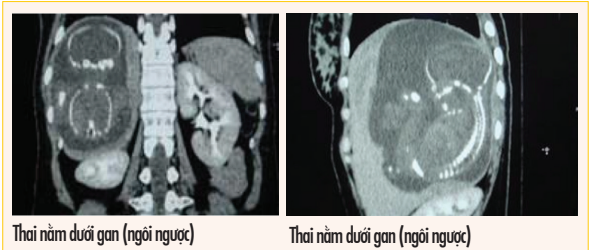
**Bệnh án 3. (\*)**

Phạm Thị Hồng H. 28 tuổi, PARA 0020. Bệnh viện Việt Đức chuyển đến BVPSTW nghi CNTC vỡ. Vào viện hội chứng choáng. Bụng chướng. Phản ứng thành bụng (+), âm đạo không có máu, CTC bình thường, TC di động đau, phần phụ không có khối, cùng đồ sau đây đau. Siêu âm bụng đầy dịch.  $\beta$  hCG 4.444UI/L. Siêu âm: khoang gan-thận có cấu trúc tăng âm thành dải, dày 24mm (theo dõi máu cục). TC không có thai, sát buồng trứng phải, có khối âm vang không đồng nhất, kích thước 14x15 mm. Ổ bụng nhiều dịch tự do Chẩn đoán CNTC vỡ mổ cấp cứu. Nội soi: bụng > 2.500ml máu. TC bình thường, phần phụ trái bình thường, dưới gan nhiều máu cục và máu đỏ tươi. Mở bụng đường trắng giữa trên và dưới rốn, chảy máu chủ yếu dưới gan. Khối thai 1x2cm sát hạ phân thùy VII, màu tím, nằm dưới cơ hoành, sát ngay TM chủ sau gan đang

chảy máu. Lấy khối thai, khâu cầm máu. Giải phẫu bệnh: trên mảnh cắt cấu trúc gai rau hình thái bình thường. Kết luận: gai rau thường. Bệnh nhân truyền 8 đơn vị máu, sau 1 tuần ra viện.

**Bệnh án 4 [5]**

Bệnh nhân Lê Thị L. 27 tuổi, sống tại Rạch Giá được BV Đa khoa Kiên Giang chuyển đến Bệnh viện Từ Dũ lúc 23h30 ngày 27/8/ 2007. Trước nhập viện trên hai tháng, đã được BV Đa khoa Kiên Giang mổ CNTC, cắt VTC phải; về nhà vẫn đau đau bụng âm ỉ vùng hạ sườn phải, siêu âm phát hiện thai trong ổ bụng, chuyển BV Từ Dũ. Siêu âm và chụp CT: một thai sống khoảng 22 tuần dưới gan phải, . Kích thước khối thai là 12 x15 x17 cm. Bánh rau dày 47 mm, xâm lấn gan phải và có mạch máu nuôi xuất phát từ động mạch gan phải.



Mở bụng có khoảng 200ml máu, có khối lùm nhùng ở phân thùy VI, VII, VIII, các gai rau ăn sâu vào nhu mô gan, bám vào đến 2/3 gan. Mở túi thai, lấy một gái khoảng 600gr đã chết. Rau bong chảy máu rất nhiều, cắt phần gan có rau bám. Truyền 8 đơn vị máu và huyết tương nhưng 15 phút sau, máu chảy đầy vùng mổ, bệnh nhân ngưng tim và được xác định tử vong do mất máu.

**Bệnh án 5. [6]**

Bệnh nhân nữ 24 tuổi, chậm kinh 2 tuần, nghi có thai nhưng siêu âm tử cung không thấy túi thai trong tử cung. Xét nghiệm  $\beta$  hCG: 34.000 IU/L. CT có một ổ trong gan gần túi mật kích thước 2cm, ở giữa khối có dịch (giảm âm), được cung cấp máu từ động mạch gan. Chẩn đoán chửa dưới gan. Điều trị tiêm Methotrexate, sau 2 tuần xét nghiệm  $\beta$  hCG trở về bình thường, không cần can thiệp ngoại khoa. Kết quả tốt do phát hiện sớm.

**Bệnh án 6. [7]**

Bệnh nhân nữ 38 tuổi, PARA 2002, mất kinh 3 tháng, thỉnh thoảng ra ít máu sẫm ở âm đạo, đau tức hạ sườn phải. Siêu âm phát hiện khối u ở hạ phân thùy VI-VII, điều trị áp xe gan 10 ngày. Chụp CT: hạ phân thùy VI-VII có khối 5x6x7cm. Kết luận chửa dưới gan. Xử trí: chọc sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm,

hút dịch ối, tiêm 25mg MTX vào túi thai. Giải phẫu bệnh: tổ chức tế bào nuôi. Bệnh nhân được theo dõi và các triệu chứng trở về bình thường.

**Bệnh án 7 [8]**

Bệnh nhân 25 tuổi, sau sinh thường 9 tháng, chậm kinh 3 tháng, đau hạ sườn phải, nôn kéo dài 1 tuần. Âm đạo, CTC bình thường, TC và phần phụ bình thường. HCG (+). Siêu âm: tiểu khung bình thường, có dịch tự do ở ổ bụng, có túi thai 17-18 tuần dính liền với mặt trước của gan. Mỡ bụng đường giữa sang bên hạ sườn phải. Ổ bụng có 500 ml máu. Thai dưới gan, 300g, để lại bánh rau nhưng chảy máu nhiều, thất động mạch gan, cắt gan, Sau mổ chảy máu nhiều, thiếu niệu và tử vong ngày thứ 5 sau mổ mặc dù đã truyền 76 đơn vị máu.

**Bệnh án 8 [9]**

Bệnh nhân nữ 33 tuổi, vô sinh 1, chậm kinh 49 ngày, ra huyết âm đạo 14 ngày, đau âm ỉ vùng thượng vị. Bụng mềm không chướng, hạ sườn phải ấn tức. Phụ khoa hoàn toàn bình thường. Chụp CT: một ổ bờ rõ, trống âm ở thì mạch mạc. Chụp MRI có một khối bất thường, hình tròn nằm giữa thùy trái của gan và dạ dày, có hình chiếc nhẵn bờ dày nhưng bờ không đều và ở giữa không đậm âm ở thì mạch máu. Mỡ bụng, có 1.000 ml máu trong ổ bụng, khối dưới gan vỡ lẫn máu cục ở bờ trước bên thùy phải của gan và dạ dày. Cắt một phần gan có khối thai. Mô bệnh học thấy gai rau trong và tổ chức gan.

**Bệnh án 9 [10]**

Bệnh nhân nữ 25 tuổi, mất kinh 28 tuần, đau và có khối ở hạ sườn phải. Khám thấy một khối ở hạ sườn phải. Chụp X quang: hình thai ở giữa bụng. Chụp tử cung-VTC: tử cung to, hai VTC bình thường. Khối ở mạng sườn phải biệt lập với tử cung. Mỡ bụng theo đường trắng bên bên phải. Túi thai dính mặt dưới gan. Một thai trai sống nặng 1300g, tử vong sau 30 phút. Bánh rau dính với thùy gan phải. Cắt thùy gan phải. Sau mổ, bệnh nhân được điều trị MTX

**4. Bàn luận**

4.1. Tiêu chuẩn đầy đủ để chẩn đoán thai dưới gan bao gồm: những triệu chứng khởi đầu đau vùng thượng vị và hội chứng dạ dày ruột, đôi khi hội chứng của viêm túi mật. Tuy nhiên phối hợp siêu âm, chụp CT và MRI có thể chẩn đoán sớm được chửa dưới gan, vị trí của khối thai và liên quan đến giải phẫu của gan, định hướng cho điều trị và dự kiến can thiệp ngoại khoa hoặc điều trị bằng MTX. Bánh rau bám vào mặt trước của gan và bên phải nơi giàu mạch máu cung cấp cho thai

sống đồng thời cũng gây khó khăn khi can thiệp và nguy cơ chảy máu rất cao, dẫn đến tử vong cho thai phụ.

4.2. Hầu hết bệnh nhân đều không được khai thác tiền sử về triệu chứng đau bụng (BA 2, BA4), đặc biệt là có biểu hiện đau hạ sườn.

4.3. Những bệnh nhân phát hiện muộn đều được đi khám thai trong 12 tuần đầu, siêu âm đường âm đạo nhưng không phát hiện ra chửa dưới gan. Chẩn đoán thường muộn khi đã sờ thấy khối vùng dưới gan hoặc là tai biến chảy máu xuất hiện nên điều trị rất khó khăn và dễ bị tử vong do mất máu. Vì vậy, khi siêu âm đầu dò âm đạo không phát hiện được dấu hiệu thai trong hoặc ngoài tử cung mà nồng độ hCG cao, chứng tỏ có thai và thai đang phát triển thì có thể nội soi thăm dò để tránh bỏ sót. Khuyến cáo này cũng đã được Vương Tiến Hòa nhấn mạnh trong nghiên cứu của tác giả vào năm 2002. [11]

4.4. Khi nồng độ  $\beta$ hCG cao mà không thấy thai trong tử cung hoặc vùng tiểu khung nên siêu âm toàn ổ bụng đặc biệt là dưới gan. MTX điều trị CNTC rất có hiệu quả nếu phát hiện sớm, đặc biệt các thể dưới gan. Nếu thai đã chết hoặc là hi sinh thai nên điều trị bằng MTX để tiêu diệt nguyên bào nuôi, sau đó tiến hành lấy thai.

4.5. Khi mổ nội soi nhưng nếu không thấy khối thai ở tiểu khung, nên quan tâm ngay vùng dưới gan rồi mới đến các vị trí khác.

4.6. Cần có một kíp phẫu thuật và gây mê hồi sức tốt với đầy đủ phương tiện để hồi sức đặc biệt là truyền máu. Việc lấy rau luôn luôn là nguy cơ rất cao gây chảy máu dẫn đến tử vong nên được Moir và Myerscough (1971) khuyên để bánh rau tự tiêu, nhưng không để quá lâu vì Pritchard và Macdonald (1976) đã thấy bệnh lý đông máu sau khi mổ lấy thai 2 tháng do giảm fibrin. Ngay từ 1965, Hreshchyschyn và cộng sự cũng đã đề cập đến sử dụng MTX điều trị trong những trường hợp chửa dưới gan. [12]. Cần phải khám thai sớm và xét nghiệm  $\beta$ hCG.

**5. Kết luận**

Chửa dưới gan là một hình thái của chửa trong ổ bụng, tuy hiếm gặp nhưng thường chẩn đoán muộn, xử trí khó khăn vì liên quan đến gan, chảy máu nhiều nguy cơ tử vong cao, vì vậy cần phải khám thai sớm và xét nghiệm  $\beta$ hCG phối hợp với siêu âm cẩn thận để chẩn đoán sớm sẽ có phương pháp điều trị kịp thời và thích hợp giảm nguy cơ chảy máu. Nếu phát hiện sớm, khối thai nhỏ nên điều trị bằng MTX.

## Tài liệu tham khảo

1. Vương Tiên Hòa. Chứa trong ổ bụng. Chẩn đoán và xử trí chứa ngoài tử cung. NXBY học, 2012; tr.217-226.
2. Ramphal SR, Moodley J, Rajarutham D. Hepatic pregnancy managed conservatively. Trop oct.2010;41:121-2. [PubMed].
3. Lê Trường Thọ và Lê Quang Vinh. Nhân một trường hợp chứa ngoài tử cung ổ gan". Tạp chí Gan Mật Việt Nam, 6-2008, tr.34-36.
4. Đinh Quốc Hưng. Nhân một trường hợp chứa ở gan. Y học Việt Nam số 2/2014 Tập 415. Tr.49-51.
5. Phan Thanh Hải và CS Thai trong gan. Hội Y học Tp Hồ Chí Minh, tr10-11
6. Phan Văn Hải. Hepatic ectopic pregnancy. Medic Medical Center HCMC. Vietnam Medical Ultrasound Diagnosis. 2007.
7. Bach Cẩm An, Lê Sĩ Phương và CS. Nhân một trường hợp thai làm tổ trong gan. Nội sản Sản phụ khoa. Số đặc biệt Hội nghị đại biểu Hội sản phụ khoa và sinh đẻ có kế hoạch Việt Nam, khóa XV, 2004; tr. 29-31.
8. Reena Yadav, S, Chitra Raghunandan, Swati Agarwalhilpa Dhingra, and Sarita Chowdhary. Hepatic ectopic pregnancy. J. Emerg Trauma Shock. 2012 Oct-Dec; 5(4): 367-369.
9. Chenglin Wang, Lin Cheng, Ziqin Zhang, Zhidong Yuan. Imaging diagnosis of hepatic ectopic pregnancy: A report of one case. Intractable & Rare Diseases Research.2012; 1(1):40-44.
10. Norenberg DD., Gundersen JH., Janis JF., Gundersen AL. Early pregnancy on the diaphragm with endometriosis. Obstet Gynecol. 1977 May; 49(5): 620-2. 49 (5): 620-2. PMID 850582.
11. Vương Tiễn Hòa. Nghi^n cõu mết sê yỒu tề chỀn @õ,n sím chõa ngoai tõ cung. T'p chỠ nghi^n cõu Y hãc. §'i hãc y Hủ Néi, 2003, 6 tr. 69-75.
12. V.K. Shuklal, S. Pandey2, L.K. Pandey2, S.K. Roy' and M.P. Vaidyal. Primary hepatic pregnancy Postgraduate Medical Journal.1985; 61, 831-832.