

**BÁO CÁO CA LÂM SÀNG:
TRƯỜNG HỢP THAI NGOÀI TỬ CUNG Ở LÁCH
TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175**

Trần Hoàng Mỹ Phương^{1}, Trương Minh Thương¹, Hoàng Xuân Trường¹*

Tóm tắt

Thai ngoài tử cung ở lách (splenic ectopic pregnancy - SEP) là bệnh rất hiếm gặp, khó chẩn đoán và có thể gây tử vong ở mẹ trong ba tháng đầu thai kỳ. Bài viết này nhằm báo cáo một trường hợp SEP được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Quân y 175. Bệnh nhân (BN) nhập viện vì đau bụng, siêu âm qua ngã âm đạo với dịch ổ bụng có hồi âm, không thấy túi thai trong buồng tử cung. Xét nghiệm nồng độ β HCG (beta-human chorionic gonadotropin) tăng cao bất thường. Chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang cho thấy một khối bất thuốc dạng viên cực trên lách kèm tụ máu quanh bao lách. BN được chỉ định điều trị bằng mổ mở cắt bỏ lách. Thai ngoài tử cung tại lách là tình trạng nguy hiểm. Do đó, việc ứng dụng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh sớm có ý nghĩa quan trọng trong xác định nguyên nhân đau bụng ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, đặc biệt khi có tiền sử chậm kinh.

Từ khoá: Thai ngoài tử cung ở lách; Cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang; Thai trong ổ bụng.

**A CLINICAL CASE REPORT:
SPLENIC ECTOPIC PREGNANCY AT MILITARY HOSPITAL 175**

Abstract

Splenic ectopic pregnancy (SEP) is an extremely rare and challenging condition to diagnose, potentially life-threatening for mothers during the first trimester of pregnancy. This report describes a case of SEP diagnosed and treated at Military Hospital 175. The patient was admitted with abdominal pain, and transvaginal ultrasonography revealed free intraperitoneal fluid with internal echoes but no

¹Bệnh viện Quân y 175

*Tác giả liên hệ: Trần Hoàng Mỹ Phương (thmp2506@gmail.com)

Ngày nhận bài: 06/02/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 31/3/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i5.1205>

gestational sac within the uterine. Laboratory tests showed an abnormally high beta-human chorionic gonadotropin (β HCG) level. Contrast-enhanced computed tomography demonstrated a rim-enhancing mass at the upper pole of the spleen with a perisplenic hematoma. The patient underwent an emergency open splenectomy. Splenic ectopic pregnancy is a critical condition. Therefore, early application of imaging modalities plays a crucial role in identifying the cause of abdominal pain in women of reproductive age, especially those with a history of delayed menstruation.

Keywords: Splenic ectopic pregnancy; Contrast-enhanced computed tomography; Abdominal pregnancy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai ngoài tử cung là tình trạng trứng thụ tinh và làm tổ ngoài buồng tử cung. Vị trí phổ biến nhất thường ở ống dẫn trứng (95,5%), trong khi thai trong ổ bụng chỉ chiếm 1,3% [1]. Thai ngoài tử cung ở lách là thể lâm sàng hiếm gặp, đến nay chỉ khoảng 52 trường hợp được báo cáo trong y văn quốc tế [2], tại Việt Nam ghi nhận trường hợp trong nghiên cứu của Nguyễn Khắc Hưng [3]. Thai ngoài tử cung vỡ là tình trạng nguy hiểm gây đe dọa tính mạng và thường xảy ra trong ba tháng đầu của thai kỳ. Nguyên nhân do bao lách rất mỏng, trong khi nhu mô lách có hệ thống mạch máu phong phú nên dễ vỡ, gây xuất huyết nội với lượng nhiều, đòi hỏi can thiệp phẫu thuật khẩn cấp [4]. Do đó, chẩn đoán sớm là rất cần thiết, việc trì hoãn điều trị có thể dẫn đến vô sinh

hoặc thậm chí tử vong ở mẹ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi: *Báo cáo một ca bệnh thai ngoài tử cung ở lách được điều trị tại Bệnh viện Quân y 175.*

GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

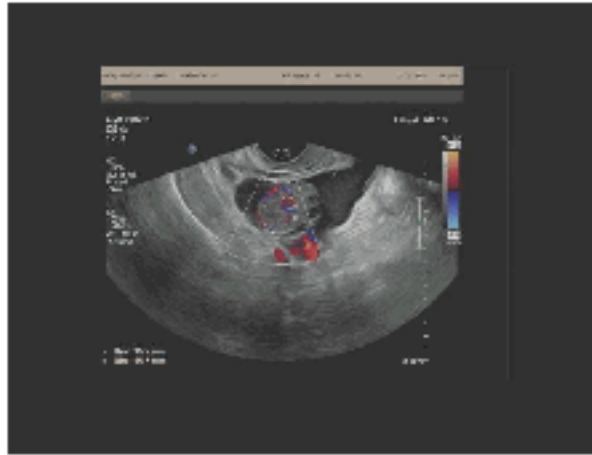
Bệnh nhân nữ 29 tuổi, MSYT: 24315724 nhập Bệnh viện Quân y 175 vì đau bụng. Trước nhập viện một giờ, BN đột ngột đau vùng hạ sườn trái kèm mệt mỏi, không ra huyết âm đạo, không nôn, không sốt, tiêu tiểu bình thường. Tiền sử: PARA 0000, kinh nguyệt không đều (không nhớ kỳ kinh cuối, không có tiền sử viêm vùng chậu, phẫu thuật vùng chậu hoặc mang thai ngoài tử cung trước đó, không mang vòng tránh thai). Khám thực thể tri giác tỉnh, tiếp xúc tốt, sinh hiệu ổn, huyết áp 105/65mmHg, mạch 80 lần/phút. Bụng mềm, không chướng, không đề kháng, ấn đau hạ sườn trái. Cận lâm sàng gồm

thử thai bằng nước tiểu cho kết quả dương tính và nồng độ β HCG huyết thanh là 10486,86 mU/mL (0 - 5 mU/mL). Các xét nghiệm công thức máu với số lượng hồng cầu, nồng độ huyết sắc tố và hematocrit đều giảm, lần lượt là 3,19 T/L, 96 g/dL và 28,5%. Tuy nhiên, siêu âm qua ngã âm đạo cho thấy tử cung kích thước bình thường, ngả trước, dAP# 47mm, nội mạc # 5mm, cơ tử cung đồng nhất, không xác định được túi thai trong tử cung. Buồng trứng phải có nang d# 15 x 15mm, viền dày, bờ trong không đều, bắt mạch viền gợi ý nang hoàng thể. Buồng trứng trái bình thường. Dịch tự do hạ vị, dịch hồi âm lộn cợn (*Hình 1*). Sau đó, BN được tiến hành chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang cho thấy tụ máu dưới bao lách kèm theo tổn thương giảm đậm độ không đồng nhất thì không thuốc, kích thước khoảng 23 x 21mm trong nhu mô cực trên của lách, bắt thuốc cản quang mạnh không đồng nhất ngoại vi, không thấy dấu hiệu xuất huyết hoạt động. Dịch tự do ổ bụng lượng vừa, với dịch đậm độ cao trên thì không thuốc, gợi ý tràn máu ổ bụng. Nang hoàng thể ở buồng trứng phải cũng được ghi nhận (*Hình 2*).

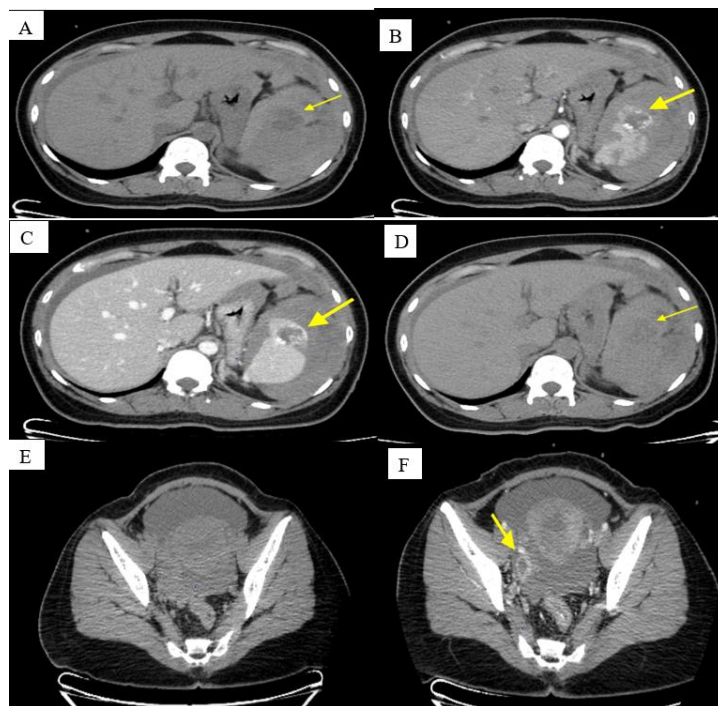
Phẫu thuật nội soi ổ bụng được bác sĩ sản phụ khoa thực hiện. Quan sát có 1500mL máu loãng lẫn máu đông, tử

cung kích thước bình thường, phần phụ trái bình thường, phần phụ phải có nang hoàng thể kích thước khoảng 20 x 20mm, gan bình thường, quanh lách có nhiều máu đông, khó khảo sát bề mặt. Sau đó mời hội chẩn với bác sĩ ngoại bụng, quan sát ghi nhận thấy rất nhiều máu đông quanh lách, hút máu đông, ghi nhận cực trên lách có khối bất thường kích thước khoảng 20 x 20mm chảy máu. Đánh giá máu chảy qua khối u vùng cực trên lách không thể cầm máu, quyết định chuyển mổ mở bằng rạch da đường trắng giữa rốn vào bụng. Bộc lộ lách, phân tích mạch máu lách, kẹp cắt cuống lách. Lau rửa sạch ổ bụng, kiểm tra cầm máu kỹ. Đặt một ống dẫn lưu vùng hố lách. Sau phẫu thuật, BN được chuyển đến Đơn vị Chăm sóc đặc biệt để theo dõi, trước khi chuyển xuống phòng hậu phẫu. Quá trình hồi phục của BN diễn ra suôn sẻ. Nồng độ β HCG giảm xuống còn 5775,73 mU/mL sau 1 ngày phẫu thuật và giảm xuống còn 2575,11 mU/mL ngày tiếp theo.

Giải phẫu bệnh học đại thể của khối tổn thương có kích thước 20 x 15mm, mặt cắt màu nâu nhạt. Mô tả vi thể với tổ chức máu đông xen lẫn nhiều hình lông nhau và các hợp bào nuôi. Kết luận cuối cùng là tổ chức nhau thai lạc chỗ ở lách (*Hình 3*).

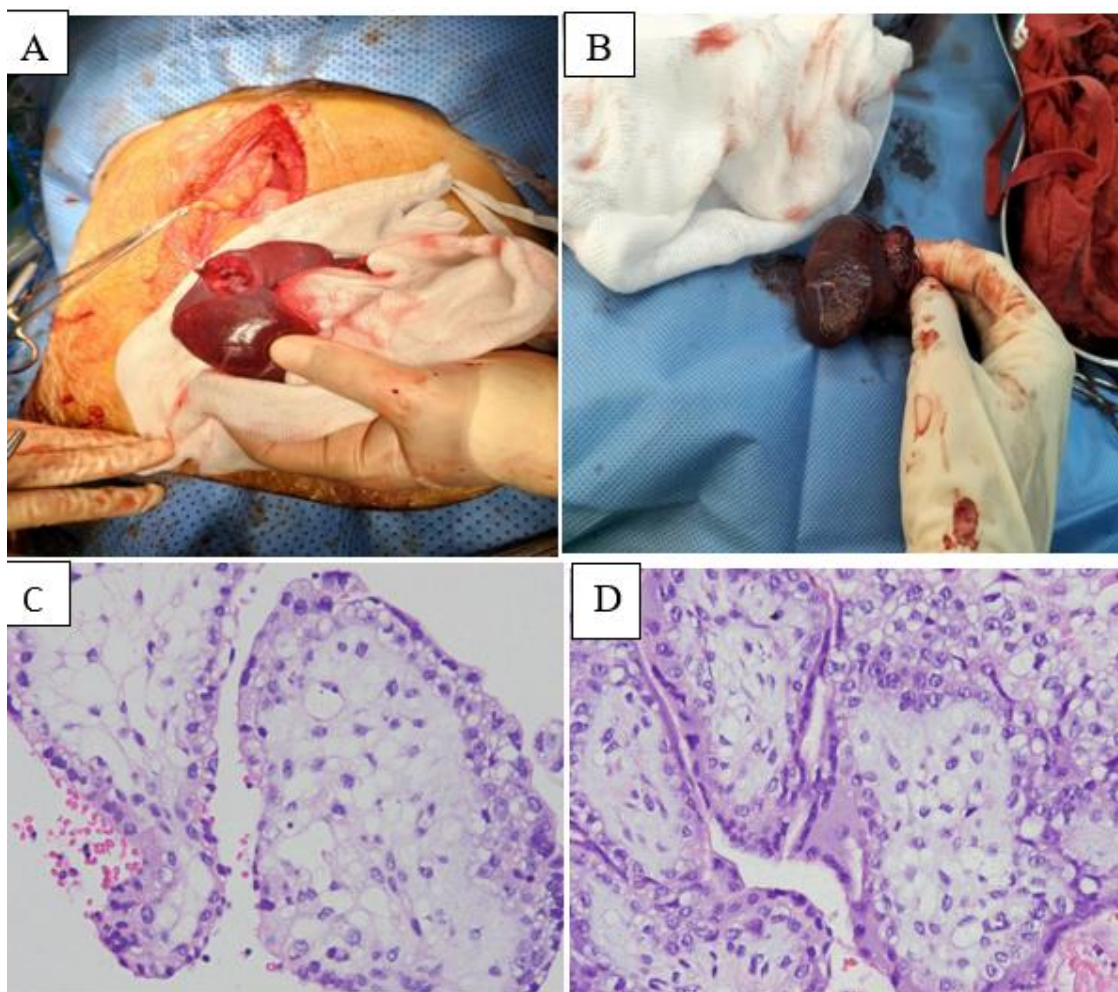


Hình 1. Siêu âm đầu dò âm đạo không thấy túi thai trong lòng tử cung, nang hoàng thể buồng trứng phải.



Hình 2. Hình ảnh cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang

(A) Thì không thuốc: Tụ máu dưới bao lách kèm theo một tổn thương giảm đậm độ không đồng nhất trong nhu mô cực trên của lá lách (mũi tên vàng). (B, C, D) Sau tiêm thuốc qua các thì: Tổn thương bắt thuốc cản quang mạnh không đồng nhất ngoại vi, không thấy dấu hiệu xuất huyết hoạt động (mũi tên vàng). (E) Dịch tự do ổ bụng, với dịch đậm độ cao trên thì không thuốc, gợi ý tràn máu ổ bụng. (F) Nang hoàng thể ở buồng trứng phải (mũi tên vàng).



Hình 3. Hình ảnh đại thể khối tổn thương có kích thước 20 x 15mm, màu nâu nhạt cực trên lách (A, B). Hình ảnh vi thể với tổ chức máu đông xen lẫn nhiều hình lông nhau và các hợp bào nuôi (C, D).

BÀN LUẬN

Thai trong ổ bụng rất hiếm, chỉ chiếm 1,3% trường hợp thai ngoài tử cung [1]. Thai trong ổ bụng được phân loại là nguyên phát hay thứ phát tùy thuộc vào vị trí trứng thụ tinh. Khi quá trình thụ tinh diễn ra trong khoang phúc mạc gọi là thai trong ổ bụng nguyên phát. Ngược lại, khi quá trình thụ tinh diễn ra

trong ống dẫn trứng, sau đó ống dẫn trứng bị vỡ và cuối cùng noãn làm tổ ở vị trí thứ phát trong khoang phúc mạc được gọi là thai trong ổ bụng thứ phát. Mang thai trong ổ bụng nguyên phát cực kỳ hiếm so với thứ phát. Bệnh thường gây đe dọa tính mạng do không được chẩn đoán trước phẫu thuật và chiếm tỷ lệ tử vong ở mẹ khoảng 5,1/1000 trường hợp (cao hơn 7,7 lần so

với thai ngoài tử cung khác và cao hơn 90 lần so với thai tử cung bình thường) [4]. Tiêu chuẩn chẩn đoán có thai nguyên phát ở bụng đã được Studdiford mô tả vào năm 1942 bao gồm ống dẫn trứng, buồng trứng bình thường và không có chấn thương gần đây. Không có bằng chứng về lỗ rò tử cung - nhau thai. Thai không quá 12 tuần với các yếu tố nguyên bào nuôi chỉ liên quan đến bề mặt phúc mạc [5]. Trong ca báo cáo của chúng tôi, nội soi do các bác sĩ phụ khoa thực hiện cho thấy ống dẫn trứng, buồng trứng và tử cung bình thường nên có thể được phân loại là thai ở lách nguyên phát. Gan và lách là vị trí thuận lợi cho việc làm tổ bởi vì đây là những cơ quan có bề mặt phẳng và nhẵn, giàu mạch máu, do vậy, noãn đã được thụ tinh dễ dàng tiếp cận [6]. Tuy nhiên, cả hai cơ quan đều không cho phép nhau thai bám vào và phôi thai không thể phát triển được, do đó dẫn đến vỡ và xuất huyết nội lượng nhiều nếu không được điều trị kịp thời.

Theo báo cáo của các y văn trước đây, BN thường có độ tuổi trung bình là 29,7 (24 - 41 tuổi) và hầu hết đều bị đau bụng đột ngột hoặc kéo dài, lan sang vai trái [4], trong đó, nghiên cứu của Nguyễn Khắc Hưng [3] ghi nhận BN có đau hạ vị, BN trong trường hợp của chúng tôi nhập viện vì đau hạ sườn trái, đây là vị trí khá điển hình khi thai làm tổ ở lách. Do triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu nên việc khai thác tiền sử là quan trọng trong chẩn đoán thai

ngoài tử cung. Phương tiện hình ảnh học chủ yếu chẩn đoán qua các báo cáo trước đây dựa vào siêu âm bụng và chụp cắt lớp vi tính, trong đó, tác giả Nguyễn Khắc Hưng [3] sử dụng cộng hưởng từ và cho thấy tính hiệu quả của chúng. Do siêu âm là phương tiện phổ biến, tính linh động cao nên thường được sử dụng trong các trường hợp cấp cứu. Tuy nhiên, trong ca báo cáo chúng tôi không thực hiện siêu âm bụng trước khi thực hiện các kỹ thuật cao hơn như cắt lớp vi tính.

Về điều trị, có một vài khuyến cáo đã được công bố về điều trị nội khoa thai ngoài tử cung mà không cần phẫu thuật. Trong đó, một số nghiên cứu đã được công bố cho thấy điều trị lách bảo tồn thành công bằng các phương pháp xâm lấn tối thiểu và không cần phẫu thuật kết hợp với tiêm bắp methotrexate đã được đề cập. Các phương pháp bao gồm tiêm methotrexate qua nội soi vào túi phôi [7], hút túi noãn hoàng dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính và tiêm methotrexate tại chỗ, tiêm KCl qua da dưới hướng dẫn của siêu âm [8]. Tuy nhiên, bất kỳ khối thai ngoài tử cung nào có đường kính khối thai trước điều trị > 3,5cm, nồng độ gonadotropin màng đệm > 5.000 mIU/mL và/hoặc có phôi thai đều có nhiều khả năng thất bại trong điều trị nội khoa và có thể được điều trị thành công hơn bằng phẫu thuật [9]. Trong ca báo cáo của chúng tôi, việc

thực hiện cắt lách có thể hợp lý do nồng độ β HCG tăng rất cao, khó có thể đáp ứng với các điều trị nội khoa khác.

Hiện nay, với sự phát triển không ngừng trong chẩn đoán hình ảnh học, nếu BN nữ phàn nàn về các triệu chứng ở bụng (đặc biệt là các triệu chứng ở vùng bụng trên), việc không có túi thai trong tử cung trên siêu âm qua ngã âm đạo, ngoài nồng độ β HCG cao (> 1.500 mU/mL) đều là gợi ý của thai ngoài tử cung và BN nên được siêu âm bụng và chụp cắt lớp vi tính trước khi điều trị bằng phẫu thuật [10]. Một số bài báo đã chứng minh siêu âm kết hợp chụp cắt lớp vi tính có vai trò chẩn đoán sớm thai ngoài tử cung ở lách [8, 10]. Gần đây, chụp cộng hưởng từ cũng cho thấy vai trò trong phát hiện thai ngoài tử cung ở lách mà BN không cần phải chịu ảnh hưởng của tia X [3, 8, 11]. Gần đây, tác giả Verrazzo Paolo [2] thống kê 72,7% BN được đưa vào cấp cứu, 75% BN cần cắt lách, 6,8% chỉ điều trị bằng thuốc, 11,3% được truyền tắc động mạch trước khi điều trị dứt điểm.

KẾT LUẬN

Thai ngoài tử cung là một bệnh lý nguy hiểm cần phải được chẩn đoán sớm, trong đó thai ở lách là một tình trạng rất hiếm gặp. Trong ca lâm sàng này, trên phương diện của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh nên tiến hành siêu âm

bụng tổng quát trong trường hợp BN nữ đau bụng nhiều và siêu âm ngã âm đạo không thấy túi thai kèm dịch ổ bụng. Có nhiều cách lựa chọn điều trị, trong đó có thể điều trị nội khoa hoặc can thiệp phẫu thuật, tuy nhiên, cần dựa vào biểu hiện lâm sàng của người bệnh.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Bệnh viện Quân y 175. Số liệu được Bệnh viện Quân y 175 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kalof AN, B Fuller, and M Harmon. Splenic pregnancy: A case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med*. 2004; 128(11):146-148.
2. Paolo V, et al. Primary splenic ectopic pregnancy: A case report and literature review of a rare issue. *J Obstet Gynaecol Res*. 202; 51(1):16154.
3. Hung NK, et al. Splenic ectopic pregnancy: Rare location of ectopic pregnancy, how does it present? *Radiol Case Rep*. 2023; 18(11):3884-3888.
4. Biolchini F, et al. Emergency laparoscopic splenectomy for haemoperitoneum because of ruptured primary splenic pregnancy: A case report and review of literature. *ANZ J Surg*. 2010; 80(1-2):55-57.

5. Studdiford WE. Primary peritoneal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1942; 44:487-91.
6. Angelova MA, et al. A case of secondary abdominal pregnancy after in vitro fertilization pre-embryo transfer (IVF-ET). *Open Access Maced J Med Sci.* 2015; 3(3):426-428.
7. Gang G, Y Yudong, and G Zhang. Successful laparoscopic management of early splenic pregnancy: Case report and review of literature. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010; 17(6):794-797.
8. Klang E, et al. Splenic pregnancy: A new minimally invasive approach to treatment. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2016; 39(9):1339-13342.
9. American College of O, and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 94: Medical management of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2008; 111(6):1479-14785.
10. Yagil Y, et al. Splenic pregnancy: The role of abdominal imaging. *J Ultrasound Med.* 2007; 26(11):1629-16232.
11. Antequera A, et al. Managing ruptured splenic ectopic pregnancy without splenectomy: Case report and literature review. *Reprod Sci.* 2021; 28(8):2323-2330.