

Xuất huyết ổ bụng do chữa trứng bán phần có tăng sinh mạch: Báo cáo ca lâm sàng và vai trò của can thiệp nút mạch khẩn cấp

Nguyễn Văn Thắng¹, Đào Huy Quang¹, Lê Thanh Dũng^{2,3}, Lê Tuấn Vũ³, Nguyễn Tiến Vinh², Trần Quang Lộc^{2,3}

1. Bệnh viện Phụ sản Trung ương, 2. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 3. Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Địa chỉ liên hệ:

Trần Quang Lộc,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Số 40 Tràng Thi, phường Hoàn
Kiếm, Thành phố Hà Nội
Điện thoại: 0367 827 542
Email: tranquangloc8396@gmail.
com

Ngày nhận bài: 12/01/2026

Ngày chấp nhận đăng:

29/3/2026

Ngày xuất bản: 30/3/2026

Tóm tắt

Chửa trứng bán phần là một trong nhóm bệnh lý hiếm gặp của bệnh nguyên bào nuôi thai kỳ (Gestational Trophoblastic Disease - GTD) có thể gây chảy máu dữ dội, đe dọa tính mạng người bệnh đặc biệt là chảy máu sau hút buồng tử cung. Việc điều trị trở nên khó khăn hơn đối với những người bệnh mong muốn giữ tử cung để giữ khả năng sinh sản. Do đó, can thiệp nội mạch là một phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu có thể đáp ứng nhu cầu vừa cầm máu, vừa giữ chức năng sinh sản cho người bệnh. Chúng tôi báo cáo người bệnh nữ 28 tuổi, tiền sử chữa trứng bán phần, nhập viện vì ra máu âm đạo số lượng nhiều. Xét nghiệm cho thấy β -hCG tăng cao (266.145) IU/L. Hình ảnh CLVT phát hiện khối tăng sinh mạch trong tử cung gây vỡ, xuất huyết ổ bụng, được cấp máu từ nhiều nhánh động mạch vùng chậu. Người bệnh được can thiệp nút mạch khẩn cấp bằng keo, hạt PVA và Spongel. Sau thủ thuật, chảy máu được kiểm soát hoàn toàn, huyết động ổn định cho thấy nút mạch chọn lọc là phương pháp an toàn và hiệu quả trong xử trí xuất huyết nặng do bệnh nguyên bào nuôi thai kỳ ác tính.

Từ khoá: Bệnh nguyên bào nuôi, GTD, chữa trứng bán phần.

Intra-abdominal hemorrhage due to hypervascular partial hydatidiform mole: A case report and the role of urgent embolization

Nguyen Van Thang¹, Dao Huy Quang¹, Le Thanh Dung^{2,3}, Le Tuan Vu³, Nguyen Tien Vinh², Tran Quang Loc^{2,3}

1. National Hospital of Obstetrics and Gynecology, 2. Viet Duc University Hospital, 3. University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University

Abstract

Partial hydatidiform mole is a rare entity within the spectrum of gestational trophoblastic disease (GTD) that can lead to life-threatening, profuse hemorrhage, particularly following uterine curettage. Treatment becomes more challenging in patients who desire uterine preservation to maintain future fertility. Consequently, endovascular intervention has emerged as a minimally invasive treatment option capable of achieving both definitive hemostasis and reproductive preservation. We report a 28-year-old female with a history of partial hydatidiform mole, presenting with massive vaginal bleeding. Laboratory tests revealed a highly elevated β -hCG level (266,145 IU/L). Computed tomography (CT) imaging identified a ruptured intrauterine hypervascular mass causing hemoperitoneum, supplied by multiple pelvic arterial branches. The patient underwent urgent embolization using glue, polyvinyl alcohol (PVA) particles, and Gelfoam (Spongel). Post-procedure, the hemorrhage was completely controlled and hemodynamics remained stable, demonstrating that selective embolization is a safe and effective method for managing severe hemorrhage associated with malignant gestational trophoblastic disease.

Keywords: Trophoblastic disease, GTD, hydatidiform mole.

Đặt vấn đề

Bệnh nguyên bào nuôi thai kỳ (GTD) là một nhóm bệnh lý đa dạng, có nguồn gốc từ sự tăng sinh bất thường của tế bào nuôi của bánh rau. Nhóm bệnh này bao gồm các thể lành tính như chứa trứng toàn phần và bán phần, cũng như các thể ác tính như chứa trứng xâm lấn, ung thư biểu mô màng đệm, khối u nguyên bào nuôi tại chỗ nhau thai và khối u nguyên bào nuôi dạng biểu mô [1]. Chứa trứng bán phần là khối u nguyên bào nuôi lành tính chiếm khoảng 80% tất cả các GTD. Tỷ lệ mắc chứa trứng khác nhau trên toàn cầu, trong đó Đông Nam Á và Nhật Bản có tỷ lệ mắc cao nhất ước tính ở mức 2/1000 ca mang thai [2].

Chứa trứng bán phần khi hút vẫn có thể còn tồn tại các nhánh mạch tăng sinh và nguy cơ gây vỡ không kiểm soát được chảy máu có thể cần phải cắt bỏ tử cung khẩn cấp, làm ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của người bệnh. Chúng tôi báo cáo người bệnh nữ 28 tuổi sau hút khối chứa trứng bán phần còn tăng sinh mạch nhiều, gây vỡ và xuất huyết

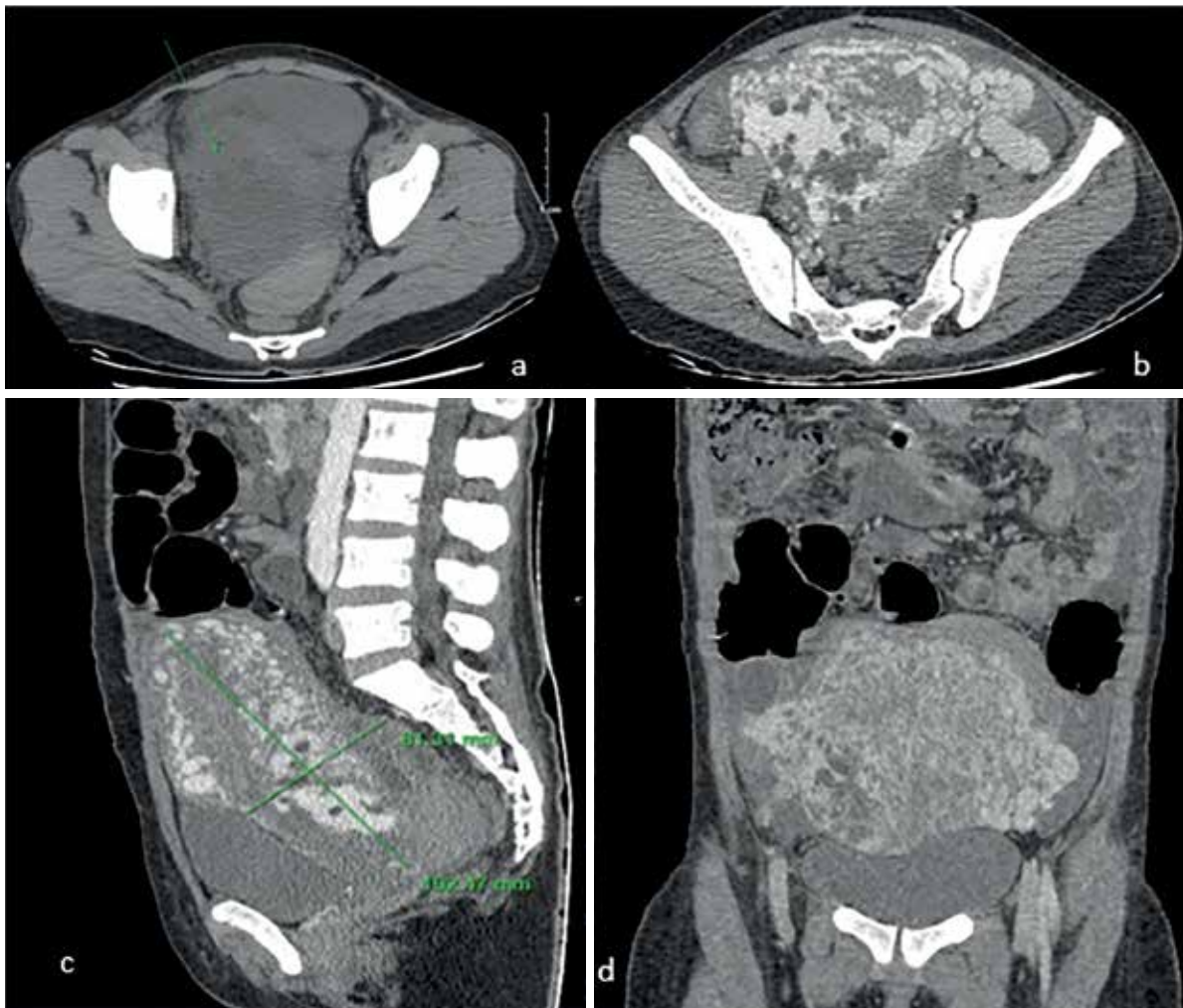
trong ổ bụng. Người bệnh được can thiệp nút mạch khẩn cấp đã giúp kiểm soát chảy máu, thể hiện rõ giá trị của chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp trong điều trị biến chứng nặng nề của bệnh nguyên bào nuôi.

Ca lâm sàng

Người bệnh nữ, 28 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, PARA 2002 đẻ mổ. Người bệnh hút thai ngoại trú và làm giải phẫu bệnh thấy khối chứa trứng bán phần và có ra máu âm đạo rỉ rỉ. Sau hút 1 ngày, người bệnh xuất hiện đau bụng hạ vị, kèm ra máu âm đạo tăng lên, đại tiểu tiện bình thường. Người bệnh vào bệnh viện Phụ sản Trung ương được chẩn đoán chảy máu sau hút chứa trứng bán phần, được chuyển sang Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong tình trạng tỉnh, da niêm mạc nhợt, mạch 108 lần/phút, huyết áp 120/70 mmHg, SpO₂ 100%, bụng chướng ấn đau tức vùng hạ vị, không có cảm ứng phúc mạc và phản ứng thành bụng, GAS (+). Xét nghiệm có Hb 51 g/l, HCT 15%, beta-hCG 266145

IU/L, người bệnh được truyền 02 khối hồng cầu 250ml (A+) và 02 đơn vị Plasma 250ml (A+) và chuyển đến bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, người bệnh chụp cắt lớp vi tính thấy hình ảnh khối trong cơ thành phải tử cung sát thành phải chậu hông kích thước 85x62x119mm, tăng sinh mạch từ động mạch tử cung và động mạch buồng trứng hai bên, các nhánh nhỏ từ động mạch chậu trong hai bên (động mạch bàng quang trên,

các nhánh nhỏ của thân trước và thân sau, nhánh mũ chậu sâu của động mạch chậu ngoài phải). Tiến hành nút tắc các nhánh mạch tăng sinh, nhánh lớn nút bằng keo, nhánh nhỏ nút bằng PVA và tắc cuống bằng Spongel. Chụp kiểm tra sau nút thấy loại bỏ hoàn toàn các nhánh mạch tổn thương, giữ lại một số nhánh mạch nhỏ bằng hệ cấp máu cho cơ tử cung. Sau đó người bệnh được tiếp tục điều trị hóa chất và bảo tồn được tử cung.

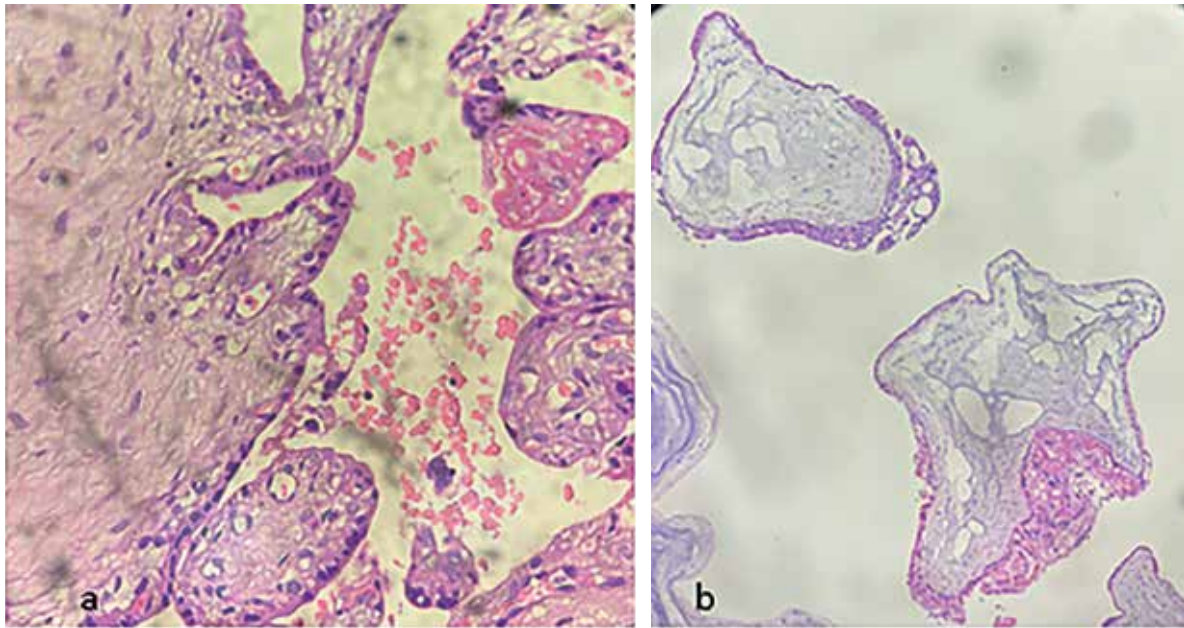


Hình 1: Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc thấy trong cơ tử cung có khối kích thước 165x120x95mm, tăng sinh mạch mạnh và ngấm thuốc mạnh lan tỏa toàn bộ cơ tử cung, các mạch giãn ngoằn ngoèo, trong đó các mạch giãn lớn và thành không đều, trong cơ tử cung thành phải có khối tăng sinh mạch mạnh nằm sát thành phải chậu hông, kích thước 84x69mm. Buồng trứng hai bên tăng kích thước, buồng trứng phải bị đẩy lên cao vùng hố chậu phải, kích thước ~ 75x41mm, buồng trứng trái ở cạnh trái tử cung vùng chậu hông bé, kích thước 61x34mm, bên trong có các nang trứng thành mỏng, lớn nhất đường kính 25mm. Dịch tự do ổ bụng.



Hình 2: a,b) Hình ảnh các nhánh động mạch tử cung phải và trái tăng sinh mạch trước can thiệp.

c) Hình ảnh sau can thiệp động mạch tử cung, tắc hoàn toàn các nhánh tổn thương động mạch tử cung hai bên, còn một số nhánh mạch nhỏ bàng hệ cấp máu cho cơ tử cung.



Hình 3: Hình ảnh giải phẫu bệnh ngay sau hút chữa trứng,

a) Vùng gai rau có hình thái bình thường; b) Vùng có gai rau thoái hoá nước, mất trực liên kết, nguyên bào nuôi quá sản.

Bàn luận

Bệnh nguyên bào nuôi thai kỳ (GTD) là một nhóm bệnh lý hiếm gặp nhưng có nhiều thể lâm sàng khác nhau. Trong đó, chữa trứng chiếm đa số và thường được phát hiện sớm nhờ siêu âm và định lượng β -hCG. Đối với nhóm bệnh chữa trứng có tăng sinh mạch có thể gây chảy máu khó kiểm soát đặc biệt là trong các trường hợp chảy máu sau các thủ thuật hút thai trứng gây tổn thương các nhánh mạch bệnh lý này [1, 2]. Việc chẩn đoán và theo dõi các thể bệnh này đều dựa vào nồng độ β -hCG trong huyết thanh, phản ánh mức độ tiến triển của bệnh [2]. Trong trường hợp của người bệnh chúng tôi, chẩn đoán ban đầu là chữa trứng bán phần. Mặc dù các triệu chứng ban đầu không quá nghiêm trọng, nhưng việc phát hiện nồng độ β -hCG tăng cao đột biến (266.145 IU/L) và sự xuất hiện của khối u tăng sinh mạch, gây vỡ và xuất huyết ổ bụng, cho thấy sự tiến triển của bệnh theo hướng ác tính, phù hợp với đặc điểm của ung thư biểu mô màng đệm (choriocarcinoma) hoặc chữa trứng xâm lấn.

Hình ảnh điển hình của chữa trứng trên siêu âm là một khối hỗn hợp âm, thay thế hoàn toàn bánh rau [2, 3]. Tuy nhiên, ở giai đoạn sớm của bệnh, hình ảnh này có thể không rõ ràng, đòi hỏi phải kết hợp với xét nghiệm β -hCG huyết thanh để đưa ra chẩn đoán chính xác. Đối với chữa trứng bán phần, việc chẩn đoán bằng siêu âm còn khó khăn hơn vì hình ảnh có thể giống với một thai kỳ bình thường, và chỉ khi nhau thai dày lên bất thường vào cuối ba tháng đầu mới dấy lên nghi ngờ [2]. Trong trường hợp người bệnh của chúng tôi, người bệnh đã được chẩn đoán là chữa trứng bán phần và được làm giải phẫu bệnh, tuy nhiên chụp cắt lớp vi tính (CT) đã đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện biến chứng cũng như giải phẫu các mạch máu tổn thương. Hình ảnh CT cho thấy rõ ràng khối u tăng sinh mạch, gây vỡ và xuất huyết ổ bụng, đồng thời xác định các nguồn cấp máu của khối u từ động mạch chậu trong hai bên. Điều này đã định hướng cho việc can thiệp nút mạch khẩn cấp để cầm máu.

Bản chất tăng sinh mạch và dễ vỡ của chửa trứng khiến người bệnh có nguy cơ cao bị xuất huyết nghiêm trọng. Trước đây, cắt tử cung, thắt động mạch tử cung là lựa chọn duy nhất để kiểm soát tình trạng chảy máu ồ ạt. Tuy nhiên, với sự phát triển của điện quang can thiệp, nút mạch chọn lọc động mạch (SAE) đã trở thành một giải pháp thay thế an toàn và hiệu quả cao, đặc biệt trong các trường hợp chảy máu không kiểm soát được. Một nghiên cứu của Anish Keepanasseril trên 8 phụ nữ bị xuất huyết ổ bụng do bệnh lý nguyên bào nuôi cho thấy, 7 trong số 8 người bệnh đã được can thiệp nút mạch thành công. Tỷ lệ thành công kiểm soát chảy máu đạt 85,7%. Các nhánh mạch được nút rất đa dạng, bao gồm động mạch chậu trong hai bên, động mạch tử cung hai bên, và thậm chí cả động mạch tử cung và gan hai bên, tùy thuộc vào nguồn cấp máu của khối u [5]. Một nghiên cứu khác trước đây của Adrian KP Lim trên 14 người bệnh cho thấy, 11 người đã được kiểm soát chảy máu, nhưng 3 người còn lại phải chuyển sang phẫu thuật (cắt tử cung hoặc thắt động mạch tử cung) vì nút mạch ban đầu thất bại. Một số trường hợp có thể cần nút mạch lặp lại do tái chảy máu. Thành công của thủ thuật được liên kết với khả năng nút mạch chọn lọc động mạch tử cung và giảm kích thước khối u mạch máu hơn 80%, cũng trong nghiên cứu này thì có 02 phụ nữ đã sinh được 03 con sau điều trị, qua đó chứng minh được lợi ích của phương pháp can thiệp mạch trong việc bảo tồn tử cung cho những phụ nữ đang còn nhu cầu sinh con [6]. Trong trường hợp người bệnh của chúng tôi, người bệnh 28 tuổi còn nhu cầu bảo tồn tử cung, bởi vậy can thiệp nút mạch cấp cứu đã được lựa chọn và giúp kiểm soát thành công tình trạng chảy máu ổ bụng nghiêm trọng, ngoài ra với đặc điểm tăng sinh mạch từ nhiều nhánh mạch nuôi của động mạch chậu trong, tử cung vẫn được cấp máu từ các nhánh nhỏ giúp duy trì hiệu quả của thuốc Methotrexate giúp loại bỏ phần chửa trứng còn lại trong cơ tử cung và loại trừ khả năng ác tính hóa của bệnh.

Kết luận

Qua trường hợp này cho thấy can thiệp nút mạch chọn lọc là một giải pháp an toàn, hiệu quả trong xử trí cấp cứu chảy máu do bệnh lý chửa trứng có tăng sinh mạch. Phương pháp không những giúp kiểm soát tức thì tình trạng xuất huyết, mà còn tạo điều kiện thuận lợi cho việc điều trị hóa chất tiếp theo, đồng thời bảo tồn tử cung. Báo cáo góp phần nhấn mạnh vai trò ngày càng quan trọng của chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp trong điều trị chảy máu sau hút khối chửa trứng đặc biệt ở nhóm có tăng sinh mạch mạnh.

Tài liệu tham khảo

1. Lok C, Frijstein M, van Trommel N. Clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2021;74:42-52.
2. Istrate-Ofițeru A-M, Vrabie SC, Zorilă G-L, Zorilă MV, Căpitănescu RG, Berbecaru EIA, et al. Gestational trophoblastic diseases—literature review and atypical case reports. *Romanian Journal of Morphology and Embryology*. 2025;66(1):7.
3. Soper JT. Gestational trophoblastic disease: current evaluation and management. *Obstetrics & Gynecology*. 2021;137(2):355-70.
4. Wang Z, Li X, Pan J, Chen J, Shi H, Zhang X, et al. Bleeding from gestational trophoblastic neoplasia: embolotherapy efficacy and tumour response to chemotherapy. *Clinical Radiology*. 2017;72(11):992.e7-.e11.
5. Keepanasseril A, Suri V, Prasad G, Gupta V, Bagga R, Aggarwal N, et al. Management of massive hemorrhage in patients with gestational trophoblastic neoplasia by angiographic embolization: a safer alternative. *The Journal of reproductive medicine*. 2011;56(5-6):235-40.
6. Lim AK, Agarwal R, Seckl MJ, Newlands ES, Barrett NK, Mitchell AW. Embolization of bleeding residual uterine vascular malformations in patients with treated gestational trophoblastic tumors. *Radiology*. 2002;222(3):640-4.