

Chuyên đề  
**Y HỌC SINH SẢN**

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH TP. HỒ CHÍ MINH • TẬP 45 - THÁNG 02/2018

**CÁC BIỆN PHÁP  
NGỪA THAI SỬ DỤNG NỘI TIẾT**



**MERCK**



**NHÀ XUẤT BẢN PHƯƠNG ĐÔNG**



# MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 45

## CÁC BIỆN PHÁP NGỪA THAI SỬ DỤNG NỘI TIẾT

- 06 < Tránh thai nội tiết trong thời kỳ hậu sản  
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 10 < Dụng cụ tử cung chứa levonorgestrel  
Triệu Thị Thanh Tuyền, Huỳnh Hoàng Mi
- 16 < Sử dụng thuốc nội tiết ngừa thai ở phụ nữ hội chứng buồng trứng đa nang  
Nguyễn Khánh Linh
- 20 < Các biện pháp tránh thai cho phụ nữ tiền mãn kinh  
Nguyễn Hữu Nghị
- 24 < Điều hòa chọn lọc thụ thể progesterone - ứng dụng tránh thai khẩn cấp  
Võ Thị Thành
- 27 < Thuốc ngừa thai và dự trữ buồng trứng  
Lê Thị Ngân Tâm
- 31 < Hiệu quả khác của thuốc ngừa thai  
Trần Thế Hùng
- 33 < Ngừa thai nam bằng hormone  
Nguyễn Văn Học
- 36 < Ối vỡ - Khởi phát chuyển dạ hay chờ đợi?  
Lê Hồng Cẩm
- 42 < Cập nhật các phương pháp giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng vết mổ lấy thai  
Bùi Chí Thương
- 47 < Chiến thuật phòng ngừa lây truyền viêm gan siêu vi B từ mẹ sang con  
Phan Thị Mai Hoa
- 51 < Cập nhật về vai trò của aspirin trong dự phòng tiền sản giật  
Bùi Quang Trung
- 56 < Vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán nhau cài răng lược  
Nguyễn Thu Thủy
- 59 < Cập nhật khuyến cáo về tầm soát và dự phòng nhiễm khuẩn sơ sinh sớm do liên cầu khuẩn beta tan huyết nhóm B  
Nguyễn Mai An, Phạm Thị Minh Trang
- 63 < Thuật ngữ phân loại và chẩn đoán thai ngoài tử cung  
Lê Tiểu My
- 69 < Khuyến cáo về tầm soát ung thư vú ở những phụ nữ có nguy cơ (ACOG)  
Phan Hà Minh Hạnh
- 75 < Tổng quan tầm soát ung thư vú ở phụ nữ từ 40 tuổi trở lên  
Hồ Hoàng Thảo Quyên
- 79 < Hiếm muộn và u lạc nội mạc tử cung  
Hồ Mạnh Tường
- 81 < Theo bước chân Gemba ở môi trường bệnh viện  
Nguyễn Phạm Hoàng Lan
- 83 < Ứng dụng Lean vào y tế  
Võ Thị Hà
- JOURNAL CLUB**
- 87 < Sử dụng metformin ở nhóm vô sinh nữ có hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS)
- 89 < Cập nhật khuyến cáo lâm sàng trong chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa băng huyết sau sinh
- 90 < Biện pháp tránh thai tác dụng kéo dài: que cấy và dụng cụ tử cung
- 92 < Vai trò của việc tuân thủ điều trị trong hiệu quả dự phòng tiền sản giật của aspirin liều thấp
- 93 < Lập kế hoạch sinh sản để giảm tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn
- 95 < Góc tử cung - cổ tử cung: phương tiện tầm soát mới trên siêu âm giúp tiên đoán khả năng sinh non tự phát
- 96 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC
- 104 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

## MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề Y học sinh sản - tập 46: "TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ"  
Tập 46 sẽ xuất bản vào tháng 5/2018. Hạn gửi bài cho tập 45 là 20/02/2018.

Chuyên đề Y học sinh sản - tập 47: "UNG THƯ PHỤ KHOA"  
Tập 47 sẽ xuất bản vào tháng 8/2018. Hạn gửi bài cho tập 47 là 20/05/2018.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin - kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000-3.000 từ, font hệ Unicode (Times New Roman hoặc Arial), bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo vui lòng trích dẫn ở bài vui lòng đặt trong ngoặc đơn (Tác giả, năm xuất bản), phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5-7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất toàn bài). Journal club là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 500-1.000 từ, bảng biểu và hình ảnh minh họa rõ ràng.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn)  
Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

# VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỬ TRONG CHẨN ĐOÁN NHAU CÀI RĂNG LƯỢC

**Nguyễn Thu Thủy**

Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM



## ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhau cài răng lược là tình trạng bám bất thường một phần hay toàn bộ bánh nhau vào cơ tử cung, khiến nhau không bong hoàn toàn sau sinh hay sau mổ lấy thai, gây nhiều hậu quả trầm trọng cho cả mẹ và thai, thường gặp nhất là băng huyết sau sinh; nguyên nhân hàng đầu trong cắt tử cung cấp cứu.

Tùy độ sâu xâm lấn của gai nhau vào cơ tử cung phân thành ba loại: nhau dính cơ khi gai nhau chỉ mới kết dính vào bề mặt cơ tử cung, nhau xâm lấn cơ là gai nhau xâm lấn sâu vào các lớp cơ tử cung, nhau xuyên cơ là tình trạng nặng nhất khi gai nhau xuyên qua toàn bộ lớp cơ ra đến thanh mạc có thể xâm lấn vào các tạng lân cận.

Chẩn đoán chính xác nhau cài răng lược trước khi chấm dứt thai kỳ rất quan trọng, giúp các bác sĩ có kế hoạch quản lý và chọn phương pháp tối ưu nhất. Hiện nay, tầm soát và chẩn đoán trước sinh nhau cài răng lược còn khó khăn, độ chính xác của siêu âm và cộng hưởng từ vẫn còn là một vấn đề cần nghiên cứu. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài “Mức độ tương hợp giữa cộng hưởng từ và phẫu thuật, giải phẫu bệnh trong chẩn đoán nhau cài răng lược”.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Thiết kế nghiên cứu

Báo cáo hàng loạt ca hồi tiến cứu.

### Đối tượng nghiên cứu, tiêu chuẩn chọn mẫu

Chọn tất cả thai phụ chụp cộng hưởng từ về nhau

cài răng lược từ tháng 1/2013 đến tháng 5/2016 tại Bệnh viện Đại học Y Dược và mổ lấy thai tại Bệnh viện Hùng Vương có kết quả phẫu thuật nếu bảo tồn tử cung hoặc kết quả giải phẫu bệnh nếu cắt tử cung.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ 1/2013 - 5/2016 có 41 trường hợp nguy cơ nhau cài răng lược trên lâm sàng được chụp cộng hưởng từ.

Bảng 1. Đặc điểm chung về dân số nghiên cứu.

Tuổi	Số thai phụ	Tỷ lệ %
20-29	15	36,6
30-39	21	51,2
≥40	5	12,2

Tuổi trung bình 32,49; nhóm tuổi bị nhau cài răng lược nhiều nhất 30-39 tuổi (21 trường hợp, chiếm tỷ lệ 51,2%). Trong xu hướng hiện nay, tuổi lập gia đình và sinh con của phụ nữ càng muộn, do đó, tỷ lệ mẹ lớn tuổi càng gia tăng và đây là yếu tố nguy cơ của nhau cài răng lược.

Bảng 2. Tiền căn sản phụ khoa.

Tiền căn sản phụ khoa	Số thai phụ	Tỷ lệ %
Tiền sử mổ lấy thai	30	73,2
Tiền căn mổ bóc nhân xơ và mổ thai ngoài tử cung	3	7,3
Tiền căn hút nạo buồng tử cung	4	9,8



Có 90,3% trường hợp có tiền căn can thiệp ở tử cung, trong đó, mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao nhất 73,2%. Xu hướng mổ lấy thai ngày càng tăng dẫn đến tăng tỷ lệ nhau cài răng lược.

**Bảng 3. Đặc điểm bánh nhau của thai kỳ hiện tại.**

Đặc điểm cận lâm sàng	Số thai phụ	Tỷ lệ %
Loại nhau tiền đạo		
- Nhau tiền đạo trung tâm	33	80,5
- Nhau tiền đạo: bán trung tâm, bám mép, bám thấp	8	19,5
Vị trí nhau		
- Mặt trước	26	63,4
- Mặt sau	13	31,7
- Mặt bên	2	4,7

Tất cả 41 trường hợp trong nghiên cứu đều có nhau tiền đạo, thường gặp nhất là nhau mặt trước 63,4%. Sẹo mổ lấy thai cũng ở mặt trước, sự hiện diện của hai yếu tố này trên cùng thai phụ thì tần suất nhau cài răng lược tại vị trí này rất cao.

Riêng đối với nhau mặt sau và mặt bên, khảo sát của siêu âm bị giới hạn vì vị trí nhau xa đầu dò và bị che khuất bởi các phần của thai nhi. Do đó, khảo sát nhau trong hai trường hợp này cần phải kết hợp với cộng hưởng từ vì bánh nhau được khảo sát trên cả ba mặt phẳng không gian, khắc phục được những nhược điểm đã kể trên của siêu âm.

**Bảng 4. Mức độ tương hợp của từng dấu hiệu cộng hưởng từ trong chẩn đoán nhau cài răng lược với giải phẫu, giải phẫu bệnh.**

Các dấu hiệu cộng hưởng từ	Số thai phụ	Tỷ lệ %
(1). Gián đoạn hay mỏng khu trú lớp cơ tử cung	20	80
(2). Lồi bờ tử cung	16	64
(3). Dải băng đen trong nhau trên xung T2W	14	56
(4). Tín hiệu không đồng nhất trong nhau	7	28
(5). Mô nhau xâm lấn trực tiếp vào các cơ quan lân cận	2	8



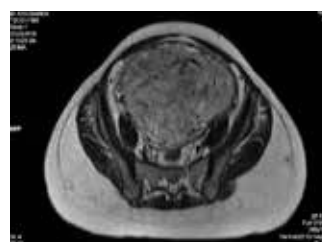
Hình 1. Gián đoạn hay mỏng khu trú lớp cơ tử cung.



Hình 2. Lồi bờ tử cung.



Hình 3. Dải băng đen trong nhau.



Hình 4. Tín hiệu bánh nhau không đồng nhất.



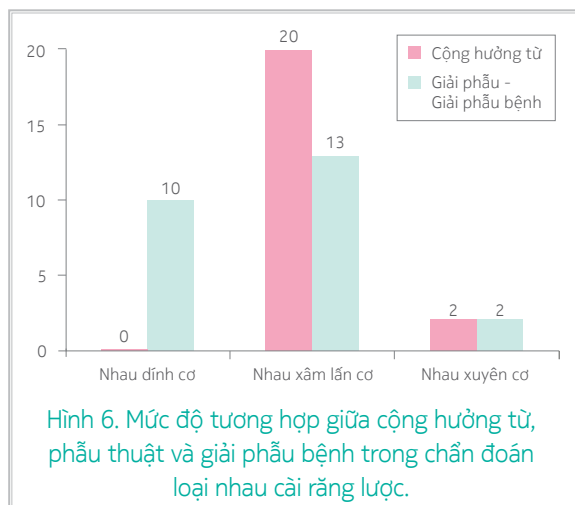
Hình 5. Mô nhau xâm lấn trực tiếp vào cơ quan lân cận.

Gián đoạn hay mỏng khu trú lớp cơ tử cung là dấu hiệu thường gặp nhất trong 5 dấu hiệu cộng hưởng từ. Càng có nhiều dấu hiệu trên cùng một thai phụ thì độ chính xác trong chẩn đoán nhau cài răng lược càng cao. Mức độ tương hợp giữa cộng hưởng từ, phẫu thuật và giải phẫu bệnh trong chẩn đoán nhau cài răng lược.

Trong nghiên cứu, cộng hưởng từ chẩn đoán đúng 34/41 trường hợp so với kết quả giải phẫu, giải phẫu bệnh trong đó bao gồm 20/25 trường hợp (80%) có nhau cài răng lược và 14/19 trường

hợp (73,6%) không có nhau cài răng lược. Điều này chứng tỏ cộng hưởng từ chẩn đoán khá chính xác trong bệnh cảnh nhau cài răng lược. Cộng hưởng từ có nhiều ưu thế trong chẩn đoán nhau cài răng lược vì khảo sát được cả 3 chiều không gian của bánh nhau và mặt phân cách giữa nhau - cơ tử cung. Với trường khảo sát rộng, cộng hưởng từ khảo sát được toàn thể bánh nhau, đánh giá sự biến đổi hình dạng tử cung và sự xâm lấn ra các tạng lân cận trong trường hợp nhau xuyên cơ. Ưu điểm vượt trội của cộng hưởng từ là việc phát hiện xuất huyết, nhồi máu trong nhau thể hiện bằng những nốt và dải tín hiệu thấp trên xung T2W, gọi là dải băng đen hay những vùng tín hiệu cao trên xung T1W. Ngoài việc phát hiện xuất huyết, nhồi máu trong nhau, cộng hưởng từ còn phát hiện những khối máu tụ sau nhau, dưới màng ối, dưới màng đệm hay lỗ trong cổ tử cung. Dấu hiệu mạch máu trên cộng hưởng từ là những dòng tín hiệu trống, nên dễ phát hiện hiện tượng tăng sinh mạch máu tại mặt phân cách giữa nhau-cơ tử cung hay giữa nhau và các tạng lân cận bị nhau xâm lấn là điểm mấu chốt để tìm ra vị trí nhau cài răng lược. Độ phân giải mô mềm cao của cộng hưởng từ giúp phân biệt rõ mô nhau và cơ tử cung. Tóm lại, nhờ vào những dấu hiệu đặc trưng riêng của cộng hưởng từ giúp nhận định mô nhau, cơ tử cung, mạch máu tăng sinh, xuất huyết nhồi máu và sự biến đổi hình dạng tử cung để chẩn đoán xác định nhau cài răng lược, mức độ và diện tích vùng nhau cài răng lược.

Ưu thế nổi bật của cộng hưởng từ so với siêu âm là đánh giá độ sâu xâm lấn của nhau cài răng lược,



cụ thể là phân loại nhau cài răng lược. Đặc điểm này có giá trị quan trọng trong việc chọn phương pháp mổ cắt tử cung hay bảo tồn tử cung. Trong lô nghiên cứu gồm 41 trường hợp, cộng hưởng từ chẩn đoán đúng có nhau cài răng lược 20/22 trường hợp. Trong đó, gồm 20 trường hợp nhau xâm lấn cơ, 2 trường hợp nhau xuyên cơ và không có trường hợp nhau dính cơ. So với kết quả giải phẫu, giải phẫu bệnh 2 trường hợp nhau xuyên cơ đều đạt đúng độ chính xác 100%. Trong 20 trường hợp nhau xâm lấn cơ của cộng hưởng từ thì thật sự chỉ đúng 11 trường hợp, 7 trường hợp nhau dính cơ và 2 trường hợp không có nhau cài răng lược. Có 5 trường hợp cộng hưởng từ chẩn đoán không có nhau cài răng lược nhưng kết quả giải phẫu, giải phẫu bệnh 3 trường hợp nhau dính cơ và 2 trường hợp nhau xâm lấn cơ. Tra cứu lại hình ảnh cộng hưởng từ, chúng tôi thấy rằng 3 trường hợp nhau dính cơ mà cộng hưởng từ bỏ sót khả năng do mức độ dính ít nên cơ tử cung không đủ dày để nhận định và chưa làm thay đổi hình dạng tử cung nên không thấy được dấu hiệu lõi bờ, không có xuất huyết, nhồi máu trong nhau nên không có dấu hiệu dải băng đen. Có 2 trường hợp nhau xâm lấn cơ mà cộng hưởng từ bỏ sót do người đọc nhầm dấu hiệu dải băng đen trong nhau với vách nhau và không thấy được chỗ cơ tử cung ở mặt sau bị gián đoạn.

## KẾT LUẬN

Cộng hưởng từ có độ chính xác cao trong chẩn đoán nhau cài răng lược (82,9%). Cộng hưởng từ còn có vai trò phân loại nhau cài răng lược. Với loại nhau xuyên cơ là hình thức nặng nhất của nhau cài răng lược thì cộng hưởng từ chẩn đoán đúng 100%. Nhau xâm lấn cơ loại thường gặp nhất trong 3 loại nhau cài răng lược, cộng hưởng từ chẩn đoán đúng 65%. Riêng loại nhau dính cơ là dạng nhẹ nhất, cộng hưởng từ không có giá trị chẩn đoán.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

- Allison Lax, Martin R. Prince, Kevin W. Mennitt, J. Reid Schwebach, Nancy E. Budorick (2007), "The value of specific MRI features in the evaluation of suspected placental invasion", ScienceDirect, Magnetic Resonance Imaging 25, pp.87-93.
- Bonnie K. Dwyer, Victoria Belogolovkin, Lan Tran, Anjali Rao, Ian Carroll, Richard Barth, Usha Chitkara (2008), "Prenatal Diagnosis of Placenta Accreta: Sonography or Magnetic Resonance Imaging?", J Ultrasound Med, 27(9): pp.1275-1281.
- Chafika Mazouri, José M. Palacios-Jaraquemada, Russell Deter, Valérie Juhan, Marc Gamerre, Florence Bretelle (2009), "Differences in the management of suspected cases of placenta ACCRETA in France and Argentina", International Journal of Gynecology and Obstetrics, 107, pp.1-3.
- José Miguel Palacios-Jaraquemada (2008), "Diagnosis and management of placenta ACCRETA", Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, Vol. 22, No. 6, pp. 1133- 1148.
- Robert M. Silver, Kelli D. Barbour (2015), "Placenta Accreta Spectrum: Accreta, Increta and Percreta", Obstet Gynecol Clin Am, 42, pp.381-402.