

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**



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).

THUẬT NGỮ PHÂN LOẠI VÀ CHẨN ĐOÁN THAI NGOÀI TỬ CUNG

Lê Tiểu My

Bệnh viện Mỹ Đức



Cho đến nay, thai ngoài tử cung vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ tại Hoa Kỳ và là nguyên nhân thường gặp gây tử vong trong 3 tháng đầu thai kỳ. Tần suất chung của thai ngoài tử cung khoảng 2% tổng số thai kỳ, có khuynh hướng gia tăng do: tăng bệnh lây truyền qua đường tình dục gây tổn thương vòi trứng; thai ngoài tử cung được chẩn đoán sớm, các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, can thiệp phẫu thuật trên vòi trứng tăng... Hầu hết (khoảng 95-97%) trường hợp thai ngoài tử cung được chẩn đoán thuộc vòi trứng, trong khi đó, thai ngoài tử cung không thuộc vòi trứng chiếm tỷ lệ ít hơn, bao gồm các vị trí như cổ tử cung, buồng trứng, ổ bụng và sẹo mổ lấy thai.

Bất kể ở vị trí nào thì việc chẩn đoán sớm thai ngoài tử cung có vai trò cực kỳ quan trọng, góp phần quyết định phương pháp điều trị cũng như có thể giảm tỷ lệ tử vong ở mẹ trong một số trường hợp.

CÁC VỊ TRÍ LÀM TỔ CỦA PHÔI NGOÀI BUỒNG TỬ CUNG (HÌNH 1)

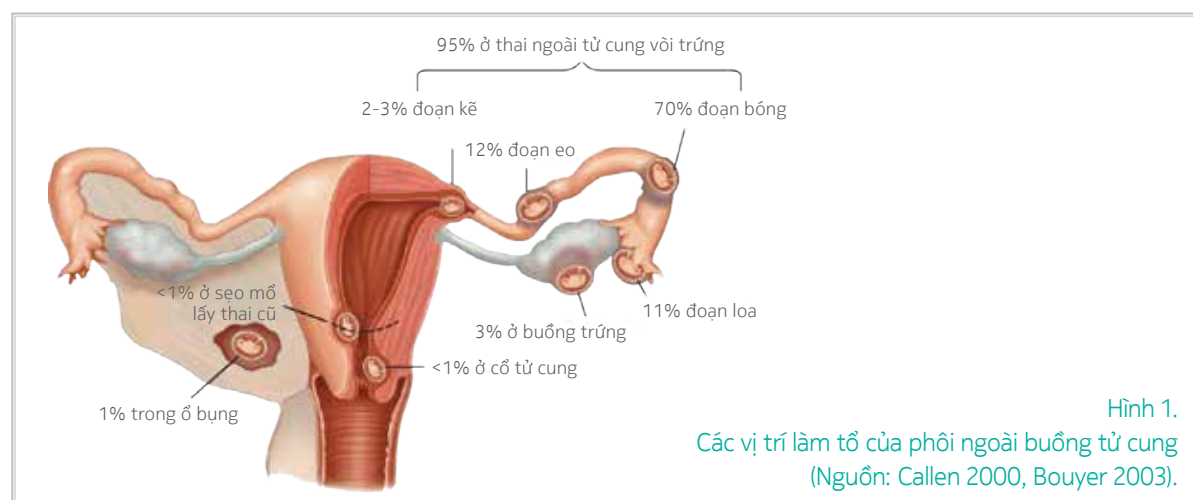
Theo hình 1, các vị trí làm tổ của 1.800 trường hợp thai ngoài tử cung trong 10 năm.

- 95% ở thai ngoài tử cung vòi trứng: 2-3% đoạn kẽ, 12% đoạn eo, 70% đoạn bóng, 11% đoạn loa.
- Thai ngoài tử cung không thuộc vòi trứng: <1% ở sẹo mổ lấy thai cũ, <1% ở cổ tử cung, 1% trong ổ bụng, 3% ở buồng trứng.

Chẩn đoán thai ngoài tử cung có thể bằng phẫu thuật nội soi, cộng hưởng từ hoặc siêu âm. Trong số các phương tiện chẩn đoán, siêu âm ngã âm đạo là kỹ thuật chẩn đoán thường được chỉ định nhất trong thực hành lâm sàng.

THAI NGOÀI TỬ CUNG Ở VỎI TRỨNG

Các dấu hiệu chẩn đoán thai ở vòi trứng trên siêu âm bao gồm: khối hỗn hợp nằm cạnh buồng



Hình 1.
Các vị trí làm tổ của phôi ngoài buồng tử cung
(Nguồn: Callen 2000, Bouyer 2003).

trứng, tách biệt buồng trứng (50-60% trường hợp thai ở vòi trứng). Hình ảnh túi thai, nếu có túi noãn hoàng (yolk sac) hay cực thai giúp tăng giá trị chẩn đoán xác định (có ở khoảng 15-20% trường hợp), dịch tự do vùng chậu. Thai ở vòi trứng có thể ở đoạn eo, đoạn bóng hoặc loa vòi. Đoạn kẽ vòi trứng cũng là một vị trí của thai lạc chỗ, về mặt giải phẫu thuộc vòi trứng, nhưng thường được xếp vào nhóm “không thuộc vòi trứng” (để cập ở phần sau).

1. **Thai ở đoạn eo vòi trứng (isthmic tubal ectopic pregnancy):** Hay còn gọi là đoạn gần vòi trứng, có tỷ lệ khoảng 12%. Không có dấu hiệu chuyển biệt nào giúp phân biệt các vị trí thai ngoài tử cung ở vòi trứng. Đoạn eo vòi trứng rất hẹp, thai đoạn này thường vỡ sớm.
2. **Thai đoạn bóng vòi trứng:** Chiếm phần lớn các trường hợp thai ở vòi trứng (khoảng 70%). Dấu hiệu chẩn đoán tương tự như các vị trí khác của thai ngoài tử cung ở vòi trứng như: khối phần âm hỗn hợp cạnh buồng trứng, buồng tử cung trống, nội mạc tử cung dày, dịch trong lòng tử cung. Một số trường hợp có thể thấy hình ảnh túi thai, có hay không có yolk sac, cực thai hay hiếm hơn là hoạt động tim thai.

THAI NGOÀI TỬ CUNG KHÔNG LIÊN QUAN VỚI TRỨNG

Thai ở kênh cổ tử cung (cervical pregnancy)

- Chiếm tỷ lệ <1% và thuộc dạng hiếm nhất trong các trường hợp thai ngoài tử cung.
- **Định nghĩa:** Là thai bám ở vị trí dưới lỗ trong cổ tử cung. Nguyên nhân của thai ở cổ tử cung chưa xác định, tuy nhiên có thể đánh giá các yếu tố tăng nguy cơ bao gồm: Tiền căn nạo phá thai, nạo buồng tử cung, hội chứng Asherman, đặt dụng cụ tử cung, thụ tinh trong ống nghiệm...
- **Dấu hiệu lâm sàng:** Ra huyết âm đạo không kèm đau hoặc khám thấy lỗ ngoài cổ tử cung hở.
- **Tiêu chuẩn chẩn đoán trên siêu âm khảo sát gồm:**
 - Cổ tử cung lớn.
 - Tử cung to hơn bình thường.
 - Phản âm hỗn hợp trong lòng tử cung.
 - Không thấy thai trong lòng tử cung.
 - Hình ảnh túi thai ở vị trí thấp hơn lỗ trong cổ tử cung, kênh cổ tử cung giãn, thấy hoạt

động tim thai hoặc Doppler tăng sinh mạch máu trong trường hợp thai sống. Khi siêu âm, cần lưu ý phân biệt trường hợp sảy thai diễn tiến bằng dấu trượt túi thai.

- Hiện tại, chưa có đồng thuận hay khuyến cáo thực hành lâm sàng xử trí thai ở cổ tử cung, tuy nhiên có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị. Hiện tại, có thể sử dụng nhiều phương pháp như tiêm methotrexate (MTX) toàn thân; tiêm MTX quanh túi thai dưới hướng dẫn của siêu âm; tắc động mạch tử cung; tắc động mạch tử cung sau nạo tử cung giảm chảy máu và bảo tồn tử cung; bơm chất co mạch quanh túi thai ở cổ tử cung, sau đó, nạo túi thai cổ tử cung và đặt một tamponade trong kênh cổ tử cung. Điểm quan trọng của kỹ thuật này là không nong cổ tử cung vì nong cổ tử cung có thể gây xuất huyết ồ ạt khi nong ngay vị trí túi thai gây vỡ.

Trong mọi trường hợp can thiệp xử lý thai ở cổ tử cung, cần có kế hoạch dự phòng và điều trị chảy máu nhiều để bảo tồn tử cung.

Thai ở buồng trứng (ovarian pregnancy)

- **Tỷ lệ:** 0,5-3%.
- **Định nghĩa:** Thai làm tổ và phát triển ở bề mặt buồng trứng.
- **Triệu chứng lâm sàng:** Giống như những trường hợp thai ngoài tử cung khác, thai ở buồng trứng cũng gây đau bụng, ra huyết âm đạo và xét nghiệm chứng tỏ có thai.
- **Chẩn đoán:** Rất khó chẩn đoán trước phẫu thuật. Dấu hiệu trên siêu âm hay nhầm lẫn với hoàng thể và khối cạnh tử cung trong trường hợp thai ở vòi trứng. Siêu âm Doppler mạch máu không thể phân biệt dạng phân bố mạch máu của hoàng thể và thai ở buồng trứng. Chẩn đoán xác định thai ở buồng trứng dựa trên giải phẫu bệnh sau phẫu thuật nội soi.
- **Tiêu chuẩn chẩn đoán thai ở buồng trứng của Spiegelberg:** vòi trứng còn nguyên vẹn và tách biệt với buồng trứng, túi thai bám trên buồng trứng, túi thai nối với tử cung bởi dây chằng tử cung-buồng trứng, mô buồng trứng hiện diện ở thành túi thai. Tiêu chuẩn này không thể đánh giá bằng siêu âm. Cần nhấn mạnh rằng thai ở buồng trứng có thể rất

giống hình ảnh xuất huyết nang hoàng thể và chỉ có giải phẫu bệnh mới có thể chẩn đoán xác định.

Thai trong ổ bụng (abdominal pregnancy)

- Tỷ lệ không đến 1% trong tất cả thai kỳ.
- **Định nghĩa:** Thai làm tổ và phát triển trong ổ bụng ở các vị trí thường gặp như: túi cùng sau (55%), dây chằng treo vòi trứng (27%), mạc nối (9%), giữa thành trước tử cung và bàng quang, trực tràng, thành bụng... Tuy nhiên, thai cũng có thể bám ở bất kỳ vị trí nào khác như ở gan, lách, ruột thừa... Cơ chế bệnh sinh hiện tại vẫn còn tranh cãi, một số cho rằng thai làm tổ ở khoang phúc mạc sau khi sảy qua vòi trứng, vỡ vòi trứng hay tử cung.
- **Tiêu chuẩn chẩn đoán thai trong ổ bụng nguyên phát của Studdiford:** vòi trứng bình thường, không có dấu hiệu tổn thương, không có dấu hiệu thông nối giữa tử cung và phúc mạc, sự hiện diện của túi thai ở phúc mạc. Việc chẩn đoán dạng thai ngoài tử cung rất hiếm này chủ yếu là chẩn đoán xác định lúc bệnh nhân được phẫu thuật can thiệp. Cho đến nay, ý kiến về dạng thai trong ổ bụng chỉ là những báo cáo ca lâm sàng nên vẫn chưa có hướng dẫn lâm sàng về chẩn đoán và điều trị.
- **Các dấu hiệu nghi ngờ thai trong ổ bụng bao gồm:** Ngồi bất thường, thiếu ối, thiếu sản phôi, sờ thấy các phần thai ở thành bụng. Đối với thai kỳ bình thường, sự co thắt của cơ tử cung sau sinh giúp cầm máu ngay diện nhau bám. Tuy nhiên, thai trong ổ bụng, nhau có thể bám ở vị trí bề mặt cơ quan không co thắt hoặc không bong hoàn toàn gây chảy máu ồ ạt. Do đó, trừ khi nhau tự bong hoàn toàn một cách dễ dàng, trong mọi trường hợp sẽ kẹp đầu dây rốn gần bánh nhau và chờ đợi nhau bong tự nhiên. Có thể sử dụng thêm nhiều can thiệp hỗ trợ sau phẫu thuật như MTX hay tắc mạch.
- Thai trong ổ bụng chẩn đoán trễ (được định nghĩa là >20 tuần) làm tăng tỷ lệ tử vong mẹ lên gấp 8 lần so với các thai ngoài tử cung dạng khác. Thai nhi tử vong do bánh nhau tổn thương khi thai phát triển, và rất khó dự đoán mức độ xuất huyết. Vì tỷ lệ tử vong mẹ và thai cao do đó thai trong ổ bụng được chỉ định chấm dứt thai kỳ bất chấp tuổi thai khi có chẩn đoán xác định. Một vài báo cáo ca lâm sàng về theo dõi thai kỳ đến gần ngày dự sinh đã được công

bố. Tuy nhiên, điều kiện cần có đối với phương án này là có khả năng phẫu thuật bất kỳ lúc nào, có sẵn nhân lực về gây mê hồi sức, hồi sức sơ sinh và ngân hàng máu đủ sử dụng trong trường hợp mất máu nặng đe dọa tính mạng.

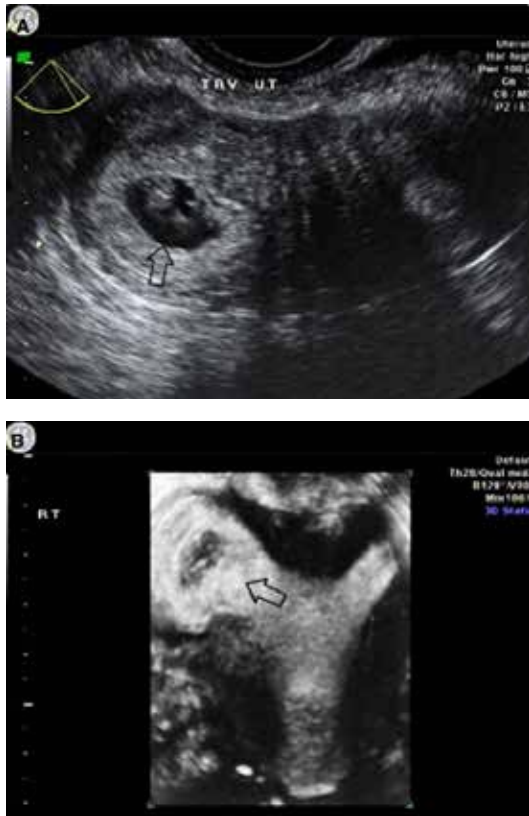
Thai bám ở sẹo mổ lấy thai cũ (cesarean scar ectopic pregnancy)

- Dạng thai ngoài tử cung này trước đây hiếm gặp, nhưng tần suất ngày càng gia tăng do tỷ lệ mổ lấy thai tăng. Chẩn đoán sớm dạng thai ngoài tử cung này có thể tránh được vỡ tử cung, xuất huyết nặng và tăng khả năng bảo tồn tử cung.
- **Chẩn đoán:** Thai phụ có tiền căn mổ lấy thai, hình ảnh mất liên tục của cơ tử cung và nội mạc tử cung, túi thai nằm ở vị trí thấp.
- **Tiêu chuẩn chẩn đoán trên siêu âm:** Buồng tử cung trống, kênh tử cung trống, túi thai phát triển ở thành trước cơ tử cung đoạn eo, mất lớp cơ giữa tử cung và bàng quang (tiêu chuẩn này giúp phân biệt với thai ở cổ tử cung đoạn gần lỗ trong cổ tử cung). Đối với hình ảnh siêu âm, luôn cần chẩn đoán phân biệt thai ở cổ tử cung với trường hợp sảy thai diễn tiến, nhau cài răng lược.

Thai đoạn kẽ (Interstitial or intramural pregnancy)

- **Tỷ lệ:** 2-4 % các trường hợp thai ngoài tử cung. Đoạn kẽ vòi trứng là đoạn vòi trứng chuyển tiếp giữa khoang nội mạc tử cung và vòi trứng, đường kính khoảng 0,7 mm, dài 1-2 cm. Về cấu trúc giải phẫu, đoạn vòi trứng này thuộc vòi trứng, tuy nhiên, thai làm tổ vị trí này được xếp vào nhóm “không thuộc vòi trứng” vì lý do chẩn đoán và can thiệp hoàn toàn khác với thai ngoài tử cung thuộc các đoạn khác của vòi trứng. Mặc khác, vì có thể có liên quan đến một phần cấu trúc của cơ tử cung nên đôi khi được phát hiện trễ và vỡ muộn hơn thai ở các đoạn khác của vòi trứng.
- **Chẩn đoán:** Không có dấu hiệu lâm sàng chuyên biệt khác với các dạng thai ngoài tử cung khác. Dấu hiệu gợi ý chẩn đoán thai đoạn kẽ trên siêu âm bao gồm: (1) Buồng tử cung trống; (2) Túi thai ngoài khoang nội mạc tử cung; (3) Túi thai ngoài khoang nội mạc tử cung được bao bọc bởi lớp cơ tử cung

mỏng <5 mm (dấu hiệu này có độ nhạy khoảng 40% và độ đặc hiệu khoảng 88-93%). Siêu âm 3D giúp chẩn đoán xác định tốt hơn siêu âm 2D. Dấu hiệu quan trọng trên siêu âm cần lưu ý là dấu đường kẻ (the interstitial line sign – là đường phản âm trống nổi giữa túi thai và khoang nội mạc tử cung).



Hình 2. Thai đoạn kế vòi trứng trên siêu âm 2D (hình A) và siêu âm 3D (hình B)

Đối với thai ngoài tử cung đoạn kế, MRI chẩn đoán có giá trị cao hơn siêu âm. Tiêu chuẩn chẩn đoán trên MRI giống như trên siêu âm. Đặc điểm quan trọng vẫn là “dấu đường kẻ”.

Thai ngoài tử cung đoạn kế có thể vỡ muộn đến khoảng đầu tam cá nguyệt 2, tuy nhiên hầu hết vỡ trước 12 tuần nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm.

– **Điều trị:** Thai ngoài tử cung đoạn kế vỡ có chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng điều trị, thường là cắt vòi trứng. Trường hợp túi thai có kích thước <5 mm, có thể chỉ định MTX. Tỷ lệ thất bại khi dùng MTX 9-65%, chống chỉ định khi nghi ngờ xuất huyết trong ổ bụng.

Thai ngoài tử cung sau phẫu thuật cắt buồng tử cung

Cho đến năm 2013 thì trên thế giới chỉ có 56 ca được báo cáo thai ngoài tử cung sau cắt tử cung, hơn ½ trường hợp là có thai ngay trước phẫu thuật mà không được chẩn đoán. Một số lý giải cho trường hợp này là do có sự hiện diện của tinh trùng trong vòi trứng ngay trước khi cắt tử cung quanh thời điểm rụng trứng, và sau đó phôi làm tổ ở vòi trứng. Trường hợp này các có kết quả xét nghiệm chẩn đoán thai hoàn toàn âm tính ngay trước khi tiến hành phẫu thuật. Ca lâm sàng có thai ngoài tử cung sau cắt tử cung muộn nhất là 12 năm. Có 72% trường hợp của thai ngoài tử cung sau cắt tử cung là cắt ngã âm đạo, được giải thích do cách đóng móm cắt âm đạo làm các cấu trúc phân phụ gần móm cắt hơn, do đó có thể xảy ra thai ngoài tử cung khi dò móm cắt.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT CÁC DẠNG THAI NGOÀI TỬ CUNG KHÔNG THUỘC VỎI TRỨNG

Chẩn đoán phân biệt thai đoạn kế vòi trứng với thai ở sừng tử cung (cornual pregnancy)

Thai ở sừng tử cung chỉ thai nằm ở một sừng tử cung trong các dạng tử cung bất thường như tử cung một sừng, hai sừng, didelphys uterus. Kết cục lâm sàng của thai dạng này rất đa dạng, tùy thuộc vào kích thước và khả năng căng giãn của sừng tử cung có thai làm tổ. Thực tế, cho đến nay, thuật ngữ chẩn đoán “thai ở sừng tử cung” vẫn được sử dụng nhầm



Hình 3. Thai ở sừng tử cung.
(Nguồn: Botros Rizk và cs., 2013)

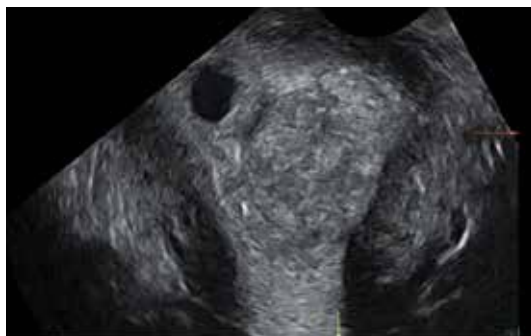
lẫn với thai đoạn k. Một số tài liệu vẫn mô tả thai ở sừng tử cung là thai bám lệch về một góc ở tử cung bình thường, tuy nhiên, việc định nghĩa và phân loại rõ ràng thai lạc chỗ này thuộc nhóm tử cung bất thường được đa số tác giả chấp nhận.

Chẩn đoán phân biệt thai đoạn k vôi trứng và thai ở góc tử cung (angula pregnancy)

– Thai góc tử cung là thai trong tử cung nhưng làm tổ lệch về một góc tử cung, gần chỗ nối của tử cung - vòi trứng, dẫn đến tử cung tăng kích thước không đồng đều. Khoảng 38,5 % trường hợp thai ở góc tử cung diễn tiến sẩy thai sớm hoặc sanh non. Quan trọng là thai ở sừng tử cung có thể vẫn phát triển đến trưởng thành và sinh sống dù tỷ lệ sẩy thai và sinh non cao. (Doubilet và cs, 2013)

Triệu chứng thường gặp khi theo dõi thai kỳ là đau bụng, ra huyết âm đạo, nhau bám chặt trong giai đoạn 3 của chuyển dạ, và một ít trường hợp hiếm bị vỡ tử cung.

Thai đoạn k vôi trứng khi nội soi thấy chỗ phồng lên (của khối thai) nằm bên ngoài dây chằng tròn, trong khi thai ở góc tử cung nằm bên trong dây chằng tròn.



Hình 4. Thai ở góc tử cung – Siêu âm 3D
Nguồn: <http://www.physicianspractice.com/pelvic-pain/diagnosis-angular-pregnancy-3d-ultrasound/page/0/1>

Chẩn đoán phân biệt thai ở sẹo mổ lấy thai cũ và nhau cài răng lược

Đối với thai ở sẹo mổ lấy thai cũ, túi thai được bao quanh bởi lớp cơ tử cung, nằm ngoài khoang nội mạc tử cung. Tiêu chuẩn cần lưu ý là lớp cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang.

TÓM TẮT TIÊU CHUẨN SIÊU ÂM CHẨN ĐOÁN THAI NGOÀI TỬ CUNG

Nguồn: E. Kirk, C. Bottomley, and T. Bourne, Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location, Human reproduction update, 2013

Bảng 1. Tóm tắt tiêu chuẩn siêu âm chẩn đoán thai ngoài tử cung.

Loại thai ngoài tử cung	Tiêu chuẩn siêu âm
Vòi trứng	– Buồng tử cung trống. – Khối echo hỗn hợp phần phụ, có thể có túi thai, +/- phôi thai, tim thai.
Đoạn k vôi trứng	– Buồng tử cung trống. – Túi thai đoạn k. – Dẫn đường k.
Thai ở sừng tử cung	– Túi thai tách biệt tử cung, bao quanh bởi lớp cơ. – Cầu nối mạch máu từ túi thai đến sừng tử cung.
Thai ở kênh cổ tử cung	– Buồng tử cung trống – Kênh cổ tử cung to (hình ống) – Túi thai nằm dưới lỗ trong cổ tử cung. – Không có dấu trượt túi thai.
Thai ở sẹo mổ lấy thai	– Buồng tử cung trống. – Túi thai nằm thấp, vị trí lỗ trong cổ tử cung, vị trí sẹo mổ lấy thai. – Không có dấu trượt túi thai. – Doppler có dòng máu quanh mô đệm.
Thai ở buồng trứng	– Buồng tử cung trống. – Cấu trúc dạng nang có vòng lửa xung quanh, trong buồng trứng, thường bao bọc bởi vỏ buồng trứng và phân biệt với nang hoàng thể.
Thai trong ổ bụng	– Buồng tử cung trống. – Không có dấu hiệu thai ở vòi trứng hay khối phần âm hỗn hợp phần phụ. – Hình ảnh túi thai được bao quanh bởi các quai ruột và tách biệt phúc mạc. – Hình ảnh giống túi thai.

Ackeman và cs, 1993; Timor và cs, 1994; Jurkovic và cs, 2003; Gerli và cs, 2004; Jemy và cs, 2004; Comstock và cs, 2005; Condous và cs, 2005; Laing, 2007; Jurkovic và Marvelos, 2007.

DẤU HIỆU KHÔNG ĐẶC HIỆU CỦA THAI NGOÀI TỬ CUNG TRÊN SIÊU ÂM

Bảng 2. Dấu hiệu không đặc hiệu của thai ngoài tử cung trên siêu âm.

Dấu hiệu	Hình ảnh	Mô tả	Thông tin thêm
Dịch tự do cổ hồi âm		– Có thể là xuất huyết nội hoặc thai sảy qua loa với – Thận trọng nếu thấy dịch ở khoang Morison	– Cần chẩn đoán loại trừ nguyên nhân xuất huyết nội khác, như vỡ nang buồng trứng
Dịch trong khoang nội mạc tử cung		– Dịch trong khoang nội mạc tử cung. – Cần chẩn đoán phân biệt túi thai trong lòng tử cung	– Đôi khi được gọi là “túi thai giả”, gặp ở khoảng 20% trường hợp thai ngoài tử cung. – Nếu chỉ có dấu hiệu này đơn độc, không chẩn đoán thai ngoài tử cung.

Nguồn: Emma Kirk, Tubal ectopic pregnancy, chapter 6 – Early pregnancy ultrasound: A practice guide, p.39-46, Cambridge University, 2017.

KẾT LUẬN

Chẩn đoán sớm các trường hợp thai ngoài tử cung sẽ có thể giảm các trường hợp phẫu thuật và cải thiện tiên lượng của bệnh nhân. Việc phân loại chẩn đoán rõ ràng có thể giúp chẩn đoán sớm, định hướng điều trị, tiên lượng cuộc mổ hoặc kế hoạch dự phòng nhằm giảm tai biến cho bệnh nhân có lẽ là mục tiêu hàng đầu trong quản lý các trường hợp thai ngoài tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M Yamaguchi, R Honda, C Erdenebaatar, M Monsur, T Honda, I Sakaguchi, Y Okamura, T Ohba, H. Katabuchi, Treatment of cervical pregnancy with ultrasound-guided local methotrexate injection, Ultrasound Obstet Gynecol, 2017.
2. Emma Kirk, Tubal ectopic pregnancy, chapter 6 – Early pregnancy ultrasound: A practice guide, p.39-46, Cambridge University, 2017.
3. Ectopic pregnancy – Williams manual of pregnancy complications, 23rd edition, 2016
4. Perrine Capmas, Jean Bouyer, Herve Fernandez, Treatment of ectopic pregnancy in 2014: new answers to some old question, Fert & Ster Vol.101, 615-620, 2014.
5. Elizabeth Kagan Arleo, Ersilia M. DeFilippis, Cornual, Interstitial and angular pregnancies: clarifying the terms and a review of the literature, Journal of clinical imaging, 2014.
6. Botros Rizk, Candie P. Holliday, Mostafa Abuzeid, Challenges in the diagnosis and management of the interstitial and cornua ectopic pregnancies, Middle East Fertility Society Journal, 2013.
7. Doublet PM, Benson CB, Bourne T, Blaivas M. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester, New England Journal Medicine, 2013; 369:1637-1642.
8. E. Kirk, C. Bottomley, and T. Bourne, Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location, Human reproduction update, 2013.
9. Donald L. Fylstra, Ectopic pregnancy not within the (distal) fallopian tube: etiology, diagnosis, and treatment, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2012



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA TÂY NGUYÊN LẦN II

Thứ sáu, ngày 30/3/2018

Trung tâm Hội nghị Pleiku Palace
TP. Pleiku, Gia Lai

