

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 57

Thai lạc chỗ



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

Mục lục

Y HỌC SINH SẢN TẬP 57 – QUÝ I/2021

THAI LẠC CHỖ

- 04 Thai lạc chỗ: cập nhật phân loại và chẩn đoán
Hồ Ngọc Lan Nhi, PGS. TS. Vương Thị Ngọc Lan
- 10 Phân biệt thai ngoài tử cung đoạn kẽ, thai góc tử cung và thai ở sừng tử cung
ThS. BS. Đinh Thế Hoàng và cộng sự
- 15 Một số cơ chế phân tử liên quan đến tình trạng thai lạc chỗ tại vòi trứng
ThS. Võ Như Thanh Trúc
- 20 Vai trò của đại thực bào trong cơ chế bệnh sinh thai ngoài tử cung
ThS. BS. Trần Doãn Tú
- 23 Các chất chỉ điểm sinh học trong thai ngoài tử cung hiện tại và tương lai
ThS. BS. Trần Thị Ngọc Bích
- 30 Phân biệt các trường hợp thai làm tổ gần vị trí nối tử cung với vòi tử cung
ThS. BSNT. Lê Quang Đò, PGS. TS. Lê Hoàng
- 34 Thai đoạn kẽ
ThS. BSNT. Dương Văn Sang, GS. TS. Cao Ngọc Thành
- 38 Thai bám sẹo mổ lấy thai: các biện pháp quản lý hiện nay
BS. CKI Trần Nguyễn Phương An và cộng sự
- 44 Thai ở cổ tử cung
BSNT. Nguyễn Thị Kim Mai và cộng sự
- 49 Thai ống cổ tử cung: ca lâm sàng tổng quan chẩn đoán và điều trị
ThS. BS. Lê Nam Hùng và cộng sự
- 54 Thai lạc chỗ ở cổ tử cung và mối liên quan đến hỗ trợ sinh sản
BS. Trần Thị Thu Vân, BS. Lý Thiện Trung
- 58 Những yếu tố tiên đoán thành công của methotrexate trong điều trị thai ngoài tử cung
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 63 Phẫu thuật nội soi trong thai bám vết mổ cũ: triển vọng và thách thức
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 67 Thai ngoài tử cung đồng thời với thai trong tử cung
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 70 Tử cung một sừng và thai ở sừng tử cung chột
BS. Nguyễn Đức Minh Quân và cộng sự
- 74 Nhân một trường hợp thai trong ổ bụng chẩn đoán và phẫu thuật tại bệnh viện Sản Nhi An Giang
BS. Mai Tấn Đạt, BS. CKII Hồ Thái Phong
- 78 Thai ngoài tử cung và các yếu tố liên quan đến chuyển phôi trong hỗ trợ sinh sản
CNSH. Nguyễn Thị Ngọc Huệ và cộng sự
- 82 Thai ngoài tử cung: những vị trí hiếm gặp
BS. Vũ Quốc Hùng, ThS. BS. Hà Tố Nguyễn
- 93 Sinh chọn lọc trước 39 tuần có đáng không?
BS. CKI Trần Thế Hùng
- 96 Kích hoạt nang noãn nguyên thủy (In vitro Activation – IVA): hướng ứng dụng mới trong điều trị hỗ trợ sinh sản
ThS. Huỳnh Trọng Kha, ThS. Nguyễn Ngọc Quỳnh

101 *Hỏi – đáp tình huống lâm sàng*

104 *Journal Club*

Đáp ứng tạo kháng thể sau tiêm ngừa vắc xin ở trẻ sinh non

Khởi phát chuyển dạ bằng Foley và nguy cơ sinh non trong thai kỳ kế tiếp: kết quả của nghiên cứu nối tiếp hai thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng (PROBAAT-1 và PROBAAT-2)

❧ Mời viết bài *Y học sinh sản* ❧



Y học sinh sản tập 59 – Quý III/2021
Chủ đề “**Bệnh truyền nhiễm và thai kỳ**”
Vui lòng nộp bài trước 30/05/2021



Y học sinh sản tập 60 – Quý IV/2021
Chủ đề “**Tiền sản giật – Sản giật**”
Vui lòng nộp bài trước 30/08/2021

THAI NGOÀI TỬ CUNG: NHỮNG VỊ TRÍ HIẾM GẶP

BS. Vũ Quốc Hùng, ThS. BS. Hà Tố Nguyên

Bệnh viện Từ Dũ

ĐẠI CƯƠNG

Thai ngoài tử cung là tình trạng thai làm tổ ở ngoài khoang nội mạc của buồng tử cung. thai ngoài tử cung có tần suất khoảng 1 – 2% thai kỳ. Thai ngoài tử cung là nguyên nhân quan trọng của bệnh tật và tử vong mẹ trong 3 tháng đầu thai kỳ, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Tại Mỹ và Anh Quốc, thai ngoài tử cung là nguyên nhân hàng đầu (80%) của tử vong mẹ ở quý 1 thai kỳ^[22,23]. Tỷ lệ tử vong này còn cao hơn ở thai ngoài tử cung các vị trí không thường gặp.

Thai ngoài tử cung có thể được phân chia thành hai loại chính dựa trên vị trí làm tổ: vòi trứng và ngoài vòi trứng (tubal and non-tubal). Vị trí thường gặp nhất là thai ngoài tử cung ở vòi trứng với tỷ lệ khoảng 95% và 5% còn lại ở các vị trí hiếm gặp như cổ tử cung, đoạn kẽ vòi trứng, thai sẹo mổ lấy thai, sừng chột của tử cung một sừng, trong cơ tử cung, buồng trứng và trong ổ bụng^[2]. Dù thai ngoài tử cung các vị trí hiếm gặp chỉ chiếm 5% nhưng là nguyên nhân chính của tử vong và bệnh tật liên quan đến thai ngoài tử cung.

Siêu âm là phương tiện đầu tay quan trọng để chẩn đoán thai ngoài tử cung. Kết hợp với thăm khám lâm sàng và các test xác định có thai có thể chẩn đoán được hầu hết các trường hợp thai ngoài tử cung. Tuy nhiên, do hiếm gặp và triệu chứng không đặc hiệu nên thai ngoài tử cung làm tổ ở các vị trí hiếm đã đặt ra nhiều thách thức trong thực hành lâm sàng. CT và MRI giúp ích trong các trường hợp siêu âm khó xác định vị trí thai và mối liên quan của khối thai ngoài tử cung với các cấu trúc giải phẫu xung quanh để hoạch định kế hoạch can thiệp. Việc chẩn đoán sớm trước khi thai ngoài tử cung vỡ có rất nhiều

ý nghĩa trong việc điều trị và cải thiện tiên lượng của bệnh nhân.

SINH BỆNH HỌC, NGUYÊN NHÂN

Sinh lý bệnh học

Giai đoạn đầu trước khi vận chuyển trứng đã thụ tinh vào làm tổ trong buồng tử cung là sự bất giữ trứng của vòi trứng. Ngay trước khi phóng noãn, dưới tác động của hormone các tế bào biểu mô vòi trứng gia tăng số lượng của các lông chuyển, gia tăng hoạt động co bóp của cơ trơn ống dẫn trứng và các dây chằng treo vòi trứng. Khi rụng trứng, các tua vòi di chuyển lại gần và quét đều đặn lên bề mặt buồng trứng. Sự chuyển động của các lông chuyển giúp sự bất giữ trứng hiệu quả hơn.

Hiện tượng thụ tinh xảy ra ở đoạn bóng, 1/3 ngoài của ống dẫn trứng. Noãn tiếp nhận tinh trùng bằng cơ chế thực bào. Hợp tử sẽ di chuyển từ đoạn bóng của vòi trứng vào làm tổ trên thành của nội mạc tử cung.

Sự vận chuyển hợp tử từ vòi trứng vào buồng tử cung chịu tác động của 3 yếu tố: (1) Hoạt động của các nhung mao trong lòng vòi trứng; (2) Hoạt động co thắt của các lớp cơ vòi trứng; (3) Sự lưu thông của dịch vòi trứng. Sau thụ tinh khoảng 3 – 4 ngày, hợp tử sẽ di chuyển vào đến buồng tử cung và làm tổ ở đây.

Vì một lý do nào đó mà hợp tử không thể di chuyển đến vị trí làm tổ bình thường ở trong buồng tử cung sẽ gây ra bệnh cảnh thai ngoài tử cung.

Nguyên nhân

Các tổn thương trên vòi trứng gây ra rối loạn chức năng vòi trứng có thể khiến trứng đã thụ

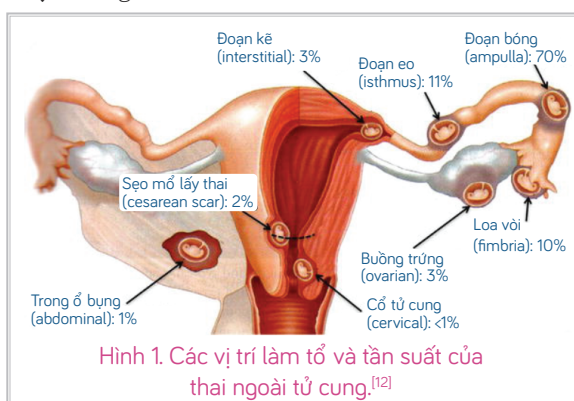
trình hoặc phôi thai không di chuyển vào trong lòng tử cung. Ở dân số chung, viêm nhiễm vùng chậu, bệnh lây truyền qua đường tình dục là nguyên nhân hàng đầu của thai ngoài tử cung. Theo WHO và CDC, Chlamydia là bệnh lý nhiễm trùng lây qua đường tình dục phổ biến nhất tại Mỹ. Ngoài nguyên nhân nhiễm trùng, vòi trứng có thể bị tổn thương do nhiễm độc, miễn dịch, hay do hormone. Hút thuốc và các tác động của hormone cũng đã được chứng minh là có tác động lên sự chuyển động của các lông chuyển. Bệnh nhân có thất hoặc phẫu thuật sửa chữa vòi trứng có nguy cơ có thai ngoài tử cung cao hơn do chức năng của vòi trứng bị rối loạn.

Các yếu tố nguy cơ có thai ngoài tử cung^[2]:

- Tiền căn thai ngoài tử cung trước đó.
- Phẫu thuật ống dẫn trứng.
- Đặt dụng cụ tử cung.
- Viêm nhiễm vùng chậu.
- Phơi nhiễm diethylstilbestrol (DES) trước sinh.
- Bất thường bẩm sinh của tử cung.
- Vô sinh.
- Hút thuốc.
- Lạc nội mạc tử cung.
- Sử dụng biện pháp hỗ trợ có thai.
- Phẫu thuật vùng bụng hoặc vùng chậu.

VỊ TRÍ VÀ TẦN SUẤT (Hình 1)

Theo y văn, thai ngoài tử cung chiếm khoảng 2% thai kỳ và tần suất ngày càng tăng vì các yếu tố nguy cơ gia tăng kết hợp với sự cải thiện trong khả năng chẩn đoán. Vị trí thai ngoài tử cung thường gặp nhất là ở vòi trứng và chủ yếu là ở đoạn bóng^[2,10].



LÂM SÀNG

Dù tỷ lệ chẩn đoán sớm đã cải thiện trong những thập niên vừa qua, nhưng chẩn đoán thai ngoài tử cung vẫn còn là một thách thức trong thực hành phụ khoa. Gần 50% các trường hợp thai ngoài tử cung đã không được chẩn đoán ở lần thăm khám đầu tiên tại khoa cấp cứu^[2]. Theo y văn, cần nghĩ đến chẩn đoán thai ngoài tử cung khi siêu âm không thấy túi thai trong lòng và $\beta\text{hCG} > 2.000 - 2.200 \text{ mIU/mL}$ dù có một số bằng chứng gần đây không đồng thuận với ngưỡng cut off này của βhCG ^[24].

Tam chứng lâm sàng kinh điển của thai ngoài tử cung là trễ kinh, đau bụng và ra huyết âm đạo. Tuy nhiên các triệu chứng cũng có thể không điển hình và chồng lấp với các bệnh lý tiêu hóa, tiết niệu và phụ khoa khác như: viêm ruột thừa, viêm vòi trứng, nang hoàng thể hoặc nang trứng vỡ, dọa sảy hoặc sảy thai khó tránh, xoắn buồng trứng, nhiễm trùng tiết niệu... Ngoài ra, khoảng 1/3 phụ nữ mang thai giai đoạn sớm cũng có các triệu chứng này^[1].

Thai ngoài tử cung ở vị trí không thường gặp lại thường không có triệu chứng hoặc triệu chứng không điển hình làm cho việc chẩn đoán gặp nhiều khó khăn.

Cần nghi ngờ biến chứng thai ngoài tử cung vỡ khi một bệnh nhân nữ có các test thử thai dương tính, xuất hiện triệu chứng ngất và các dấu hiệu sốc như tim nhanh, nhợt nhạt. Khi thăm khám có thể thấy các dấu hiệu căng tức và đề kháng thành bụng.

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Siêu âm ngả âm đạo hiện nay vẫn là phương tiện chẩn đoán đầu tay và có giá trị của thai ngoài tử cung. Siêu âm chẩn đoán thai ngoài tử cung cần dựa trên sự hiện diện của một khối cạnh tử cung nghi ngờ thai ngoài hơn là hình ảnh buồng tử cung trống, không có túi thai. Chẩn đoán không thấy thai trong lòng tử cung, chưa loại trừ khả năng thai ngoài tử cung không còn phù hợp trong bối cảnh hiện nay khi mà các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại đã phát triển

mạnh, đặc biệt là sự ra đời của các máy siêu âm với đầu dò ngả âm đạo đa tần số có độ ly giải tốt, khả năng xuyên thấu và góc quét rộng.

Nhiều dấu hiệu trực tiếp giúp chẩn đoán thai ngoài tử cung trên siêu âm như buồng tử cung trống, hình ảnh túi thai với phôi thai sống hoặc túi thai với yolksac nằm ngoài buồng tử cung. Tuy nhiên, trên thực tế lâm sàng không phải lúc nào cũng thấy được các đặc điểm này một cách đầy đủ. Thai ngoài tử cung đã có biến chứng vỡ càng khó xác định chẩn đoán hơn ở thời điểm siêu âm và đôi khi tràn máu ổ bụng là bất thường duy nhất được nhìn thấy. Theo Condous, siêu âm ngả âm đạo có độ nhạy 91% và độ đặc hiệu 100%, giá trị tiên đoán dương 94% và tiên đoán âm 100% trong chẩn đoán thai ngoài tử cung^[21].

Vị trí thai ngoài tử cung thường gặp nhất là ở vòi trứng (95 – 97%) trong đó đoạn bóng có tần suất cao nhất (70%). Lý giải vì sao đoạn bóng là vị trí thường gặp nhất của thai ngoài tử cung là do có sự thay đổi về khẩu kính lòng vòi trứng từ đoạn eo qua đoạn bóng. Ngoài ra về giải phẫu học, đoạn bóng là vị trí xa nhất của vòi trứng nên dễ xảy ra nhiễm trùng từ dưới lên và dễ bị rối loạn vận động nhất theo hướng trọng lực của tư thế người phụ nữ.

Thai ngoài tử cung có thể làm tổ ở ngoài vòi trứng với tần suất khoảng 3 – 5%. Các vị trí hiếm có thể gặp của thai ngoài tử cung là ở đoạn kẽ, trong cơ tử cung, trong ổ bụng, cổ tử cung, buồng trứng, sừng chột của tử cung một sừng.... Mục tiêu chính của bài viết này là nhằm mô tả các dấu hiệu trên siêu âm (+/-) cộng hưởng từ của thai ngoài tử cung ở các vị trí hiếm gặp.

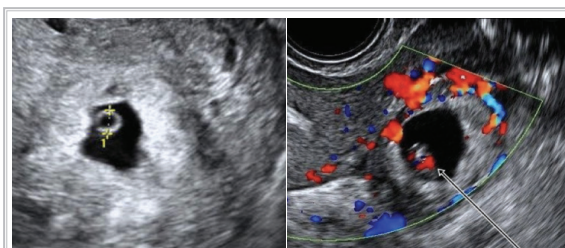
Thai ngoài tử cung ở vòi trứng (Tubal ectopic pregnancy)

Thai ngoài tử cung ở vòi trứng là vị trí hay gặp nhất, >95% các trường hợp thai ngoài tử cung. Siêu âm ngả âm đạo sẽ thấy buồng tử cung trống và một khối (+/-) phôi thai nằm ngoài tử cung, tách rời khỏi buồng trứng. Tuy nhiên, chẩn đoán thai ngoài tử cung không phải lúc nào cũng dễ dàng, nhiều trường hợp siêu âm thấy lòng tử cung trống nhưng không xác định được vị trí

khối thai ngoài tử cung. Đây có thể là thai trong tử cung giai đoạn sớm chưa thấy được trên siêu âm hoặc có thể là một thai ngoài tử cung thật sự.

Các hình ảnh của thai ngoài tử cung ở vòi trứng trên siêu âm:

– Hình ảnh đặc hiệu là túi thai với yolksac hoặc phôi thai (+/-) tìm thấy nằm ngoài buồng tử cung. Tuy nhiên dấu hiệu này chỉ gặp trong khoảng 13% trường hợp thai ngoài tử cung ở vòi trứng^[1] (Hình 2).



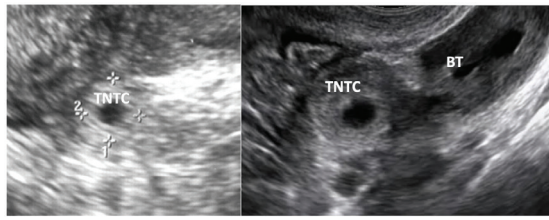
Hình 2. Hình ảnh đặc hiệu trên siêu âm của thai ngoài tử cung ở vòi trứng.

Túi thai với túi noãn hoàng (giữa hai dấu +) hoặc phôi thai (mũi tên) nằm bên ngoài buồng tử cung.

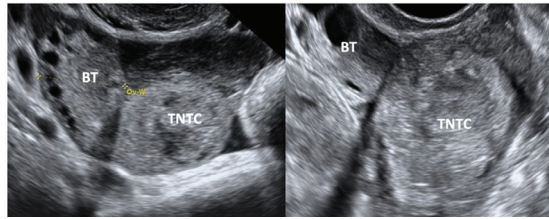
– Hình ảnh thường gặp hơn là ‘Blob sign’ (hình 3) (60%): khối phản âm hỗn hợp tách rời khỏi buồng trứng và ‘Bagel sign’ (hình 4) (20%): khối hình nhẫn với viền phản âm dày. Theo Nadim, đây là hai dấu hiệu thường gặp nhất của thai ngoài tử cung, có giá trị dự đoán dương tính > 95% cho thai ngoài tử cung và nên được xem là dấu hiệu chắc chắn để chẩn đoán và điều trị^[1].

– Nang hoàng thể ở cùng bên thai ngoài tử cung có thể gặp trong 70 – 85% các trường hợp, đây được xem là một ‘marker’ quan trọng để đi tìm thai ngoài tử cung ở bên đó.

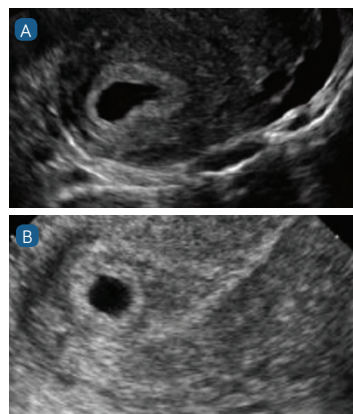
– Túi thai giả ‘Pseudo – sac’ (hình 5) là phản ứng màng rụng của nội mạc tử cung dưới tác động của β hCG được tiết ra từ khối thai ngoài tử cung. Đây được cho là dấu hiệu gián tiếp của thai ngoài tử cung. Túi thai giả có thể bị chẩn đoán nhầm với thai trong tử cung do hình ảnh tương tự và dẫn đến bỏ sót một trường hợp thai ngoài tử cung. Nhận diện túi thai thật dựa trên dấu hiệu ‘Double – decidual sign’, túi thai thật được bao quanh bởi 2 đường phản âm dày: lớp nguyên bào nuôi và lớp nội mạc tử cung. Túi thai giả chỉ có 1 lớp nội mạc bao quanh túi dịch.



Hình 3. Thai ngoài tử cung ở tai vòi có hình ảnh “Bagel sign”. Túi thai với viền phản âm dày bao quanh nằm ngoài buồng tử cung tách rời với buồng trứng.



Hình 4. Thai ngoài tử cung ở tai vòi có hình ảnh “Blob sign”. Thai ngoài tử cung là khối phản âm hỗn hợp nằm tách rời khỏi buồng trứng.



(A) Túi thai giả, chỉ được bao quanh bởi một lớp màng rưng (decidual reaction).

(B) Túi thai thật: được bao quanh bởi hai đường phản âm dày là lớp nguyên bào nuôi và lớp nội mạc tử cung (double-decidual sign).

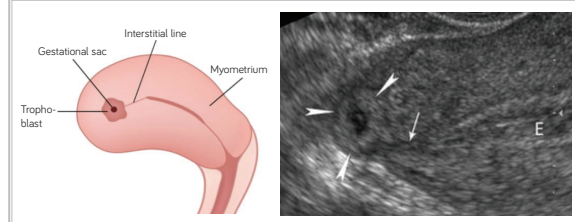
Hình 5. Túi thai giả và túi thai thật.

Thai ngoài tử cung ở đoạn kẽ (Interstitial ectopic pregnancy) (Hình 6,7)

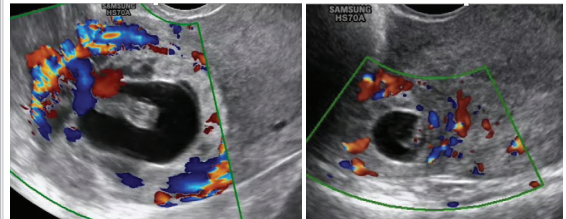
Đoạn kẽ là đoạn vòi trứng đi trong cơ tử cung, chỗ nối của vòi trứng vào tử cung. Các yếu tố nguy cơ cao của thai ngoài tử cung ở đoạn kẽ là IVF, tử cung dị dạng, tiền căn phẫu thuật ở vòi trứng.

Năm 1992, Timor Tritsch đưa ra 3 tiêu chuẩn để chẩn đoán thai ngoài tử cung đoạn kẽ với độ đặc hiệu là 88 – 93% và độ nhạy 40%:

- (i) Buồng tử cung trống;
- (ii) Túi thai nằm cách bờ bên của buồng nội mạc > 1 cm;
- (iii) Có lớp cơ mỏng (< 5 mm) bao quanh túi thai. Một năm sau, Ackerman đưa ra dấu hiệu



Hình 6. Dấu hiệu đường kẻ đường hồi âm dày (mũi tên) nổi từ góc trên của buồng nội mạc đến trung tâm túi thai (đầu mũi tên)^[25].



Hình 7. Thai ngoài tử cung ở đoạn kẽ bên phải với phôi thai bên trong khoảng 9 tuần và 7 tuần.

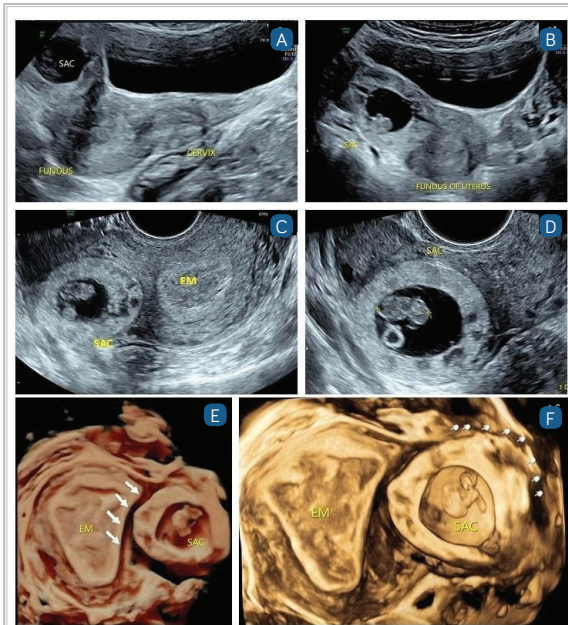
đường kẻ “Interstitial line sign” với độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 98%.

Các dấu hiệu của thai ngoài tử cung đoạn kẽ như sau:

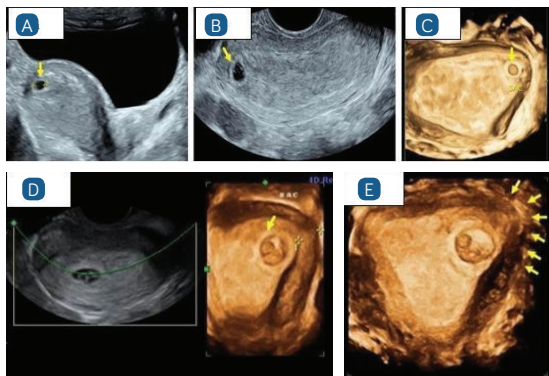
- Buồng tử cung trống, túi thai nằm cao và lệch tâm ở vùng đáy và đẩy lùi bờ ngoài tử cung.
- Dấu hiệu đường kẻ: một đường hồi âm kéo dài từ túi thai đến góc trên ngoài của buồng nội mạc. Đây là phần đoạn kẽ còn lại không bị ảnh hưởng, thường chỉ nhìn thấy ở giai đoạn sớm khi túi thai chưa lấp đầy hết đoạn kẽ.
- Dấu hiệu áo choàng cơ tử cung: quan sát thấy cơ tử cung bao quanh túi thai (thay vì là lớp nội mạc bao quanh ở thai kỳ bình thường) và lớp cơ tử cung mỏng 5 mm trên tất cả các mặt cắt.

Chẩn đoán phân biệt: thai lệch tâm (Eccentric pregnancy) (Hình 8,9)

Thai lệch tâm trước đây được gọi là thai góc (angular pregnancy), thai làm tổ ở góc bên tử cung, chỗ nối giữa tử cung và vòi trứng. Điểm mấu chốt để giúp phân biệt hai thể này là vị trí túi thai so với buồng nội mạc tử cung. Thai lệch tâm/thai góc là thai trong tử cung, túi thai làm tổ trong khoang nội mạc nên túi thai có dấu hiệu vòng đôi “double sac sign”, gồm một lớp phản ứng màng rưng của nội mạc tử cung và một lớp



Hình 8. Thai ngoài tử cung đoạn kẽ trên 2D (C và D) và 3D (E và F), túi thai nằm bên ngoài khoang nội mạc tử cung (Hình 8C: mũi tên chỉ ranh giới của bờ ngoài khoang nội mạc).



Hình 9. Thai trong tử cung lệch tâm trên 2D (A, B, D) và 3D (C, E), túi thai nằm bên trong khoang nội mạc.^[26]

nguyên bào nuôi. Lớp cơ bao quanh túi thai thường dày > 5 mm. Thai kẽ là thai ngoài nên túi thai nằm bên ngoài buồng nội mạc tử cung, không có dấu hiệu vòng đôi quanh túi thai và lớp cơ bao quanh mỏng 5 mm.

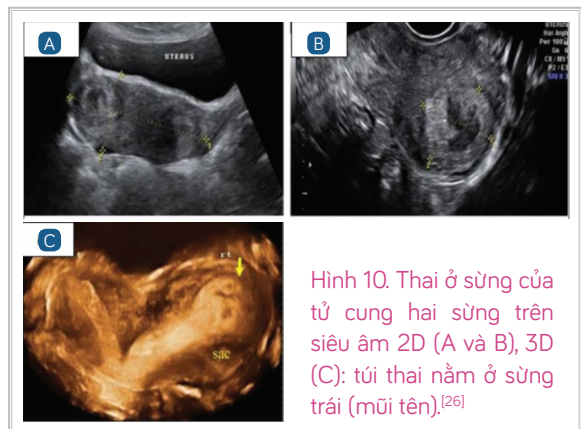
Thai trong tử cung giai đoạn sớm thường có xu hướng nằm lệch tâm. Do vậy trong những trường hợp không thể phân biệt thai trong tử cung với thai kẽ thì nên siêu âm theo dõi vài ngày sau, vị trí túi thai trong tử cung sẽ rõ ràng hơn. Siêu âm 3D có thể hỗ trợ trong một số trường hợp khó chẩn đoán trên 2D vì cho thấy

sự tương quan của túi thai và buồng nội mạc tử cung rõ hơn.

Chẩn đoán phân biệt: thai sừng/ tử cung hai sừng (Cornual pregnancy in bicornuate uterus) (Hình 10)

Thai sừng là thuật ngữ được dùng trong những trường hợp thai sừng chột /tử cung một sừng hoặc thai trong tử cung/tử cung có vách/ tử cung hai sừng. Do tử cung dị dạng nên túi thai thường bám lệch qua một bên và hình ảnh có thể trùng lấp với thai ngoài ở đoạn kẽ. Tuy nhiên, trong thai sừng/tử cung vách/tử cung hai sừng, túi thai bám bên trong của đoạn kẽ. Siêu âm 3D giúp chẩn đoán chính xác dị dạng tử cung và vị trí của túi thai trong tử cung hay ở đoạn kẽ.

Thai ngoài tử cung ở sẹo mổ lấy thai (Cesarean scar ectopic pregnancy)



Hình 10. Thai ở sừng của tử cung hai sừng trên siêu âm 2D (A và B), 3D (C): túi thai nằm ở sừng trái (mũi tên).^[26]

Thai ở sẹo mổ lấy thai được xem là một thể của thai ngoài tử cung dù những bằng chứng gần đây cho thấy nếu tiếp tục dưỡng thai thì có thể có kết cục thai kỳ là một trẻ sinh sống. Thai bám sẹo mổ lấy thai là túi thai làm tổ ở trong lớp cơ tử cung, ngay tại vị trí sẹo mổ lấy thai của các thai kỳ trước^[5] (Hình 11).

Các bằng chứng gần đây cho thấy thai bám sẹo mổ lấy thai ở quý 1 là tiền thân của nhau cài răng lược ở quý 2 và 3. Timor Tritsch đã nghiên cứu diễn tiến tự nhiên của 10 trường hợp thai bám sẹo mổ lấy thai mà thai phụ chọn lựa tiếp tục thai kỳ thì tất cả đều tiến triển thành nhau cài răng lược ở quý 2 phải cắt tử cung lúc mổ lấy thai và giải phẫu bệnh khẳng định là nhau cài răng lược^[27].

Năm 2016, Timor Tritsch đưa ra dấu hiệu Cross over sign (COS) (Hình 12) ở quý 1 để giúp tiên lượng mức độ xâm lấn nhau cài răng lược ở quý II và quý III, trong đó COS-1 có tiên lượng xấu với mức độ xâm lấn nặng nhất và COS-2 – có tiên lượng tốt nhất. Để thực hiện dấu hiệu này, trên mặt cắt dọc tử cung vẽ đường thẳng từ lỗ trong tử cung đến đáy tử cung đi dọc theo nội mạc (gọi là đường nội mạc). Đường thứ 2 là đường kính trước sau của túi thai và vuông góc với đường nội mạc.

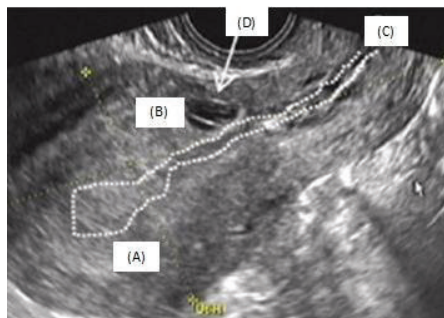
Thai bám ở sẹo mổ lấy thai được phân loại theo COS:

- COS-1 khi có ít nhất 2/3 đường kính trước sau túi thai nằm trên đường nội mạc.
- COS-2 có ít hơn 2/3 đường kính trước sau túi thai nằm trên đường nội mạc.
- COS-2 được phân ra thành COS-2+ với đường kính trước sau túi thai giao với đường nội mạc và COS-2- với đường kính trước sau túi thai nằm dưới không giao với đường nội mạc^[19].

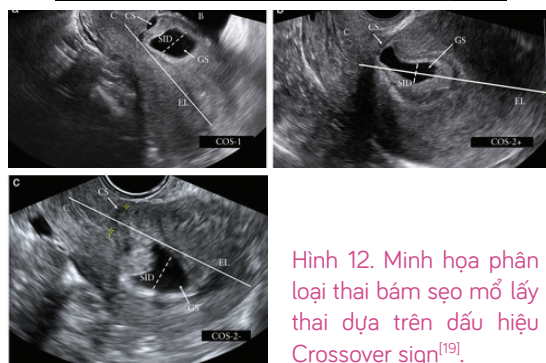
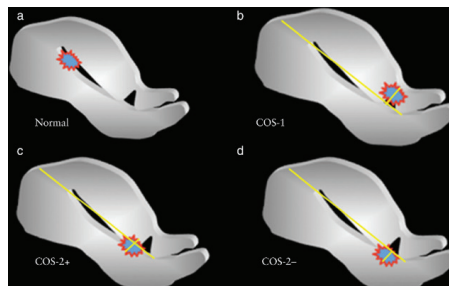
Năm 2017, Timor Tritsch đã phân thai bám sẹo mổ lấy thai thành 2 thể với tiên lượng hoàn toàn khác nhau: (i) **Thể 1 “On the scar”** là túi thai nằm trên sẹo mổ lấy thai, (ii) **Thể 2 “In the niche”** là túi thai nằm trong khuyết sẹo mổ. (Hình 13). Trong một nghiên cứu về kết cục thai kỳ của thai bám trên sẹo mổ lấy thai và trong khuyết sẹo mổ lấy thai của Timor Tritsch và cộng sự, chỉ có một trong sáu ca “thai nằm trên sẹo mổ” phải cắt tử cung và tất cả 10 ca “thai trong khuyết sẹo mổ” đều phải cắt tử cung^[3]. Nghiên cứu cũng đưa ra ngưỡng cut off của bề dày cơ tử cung vùng khuyết sẹo mổ lấy thai ở quý một < 2 mm sẽ có nguy cơ nhau bám chặt bệnh lý lúc sinh.

Thai ngoài tử cung ở sừng chột/tử cung một sừng (Horn ectopic pregnancy) (Hình 14, 15A, 15B)

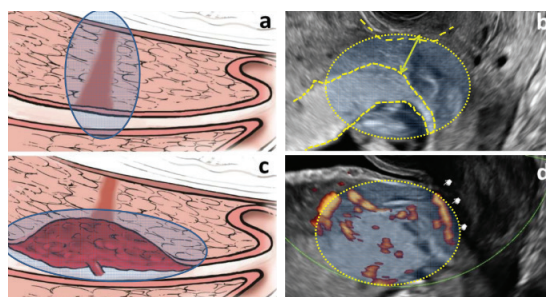
Tử cung một sừng với một sừng chột là một dị dạng bẩm sinh hiếm gặp của ống Mullarian với tần suất khoảng 0,4% trong dân số^[7]. Thai ở sừng chột xảy ra khi thai làm tổ trong lòng của



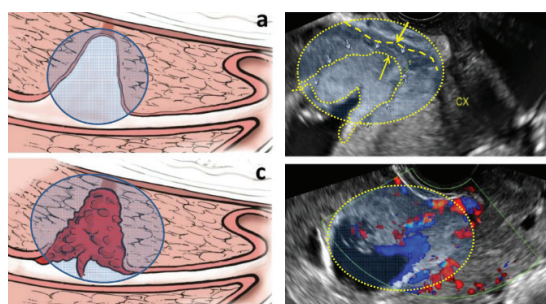
Hình 11. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo RCOG (2016).



Hình 12. Minh họa phân loại thai bám sẹo mổ lấy thai dựa trên dấu hiệu Crossover sign^[19].



Hình 13A. Thai nằm trên sẹo mổ.^[3]



Hình 13B. Thai trong khuyết sẹo mổ.^[3]

sừng chột, là một bệnh cảnh lâm sàng rất hiếm gặp với tần suất khoảng 1/100.000 – 1/140.000 thai kỳ. Giả thuyết sinh bệnh học được đồng thuận nhiều nhất là do sự xuyên thấu qua màng phúc mạc của tinh trùng hoặc trứng đã thụ tinh. Nguy cơ vỡ tử cung thai ở sừng chột khoảng 50 – 90% và đa số (80%) sẽ vỡ ở cuối quý hai. Chẩn đoán dễ bị bỏ sót nên bệnh nhân thường nhập viện cấp cứu với bệnh cảnh xuất huyết nội. Siêu

âm là phương tiện chẩn đoán phổ biến và đầu tay nhưng độ nhạy khá thấp 26%.

Theo Avi Tsafiri, các dấu hiệu siêu âm của thai ở sừng chột gồm các tiêu chuẩn sau^[6]:

- Hình ảnh giả tử cung hai sừng không cân xứng.
- Không thấy sự liên tục giữa kênh cổ tử cung và lòng của sừng chột chứa thai.
- Hiện diện lớp cơ tử cung bao quanh túi thai.
- Tầng sinh mạch máu quanh túi thai tương tự như nhau cài răng lược.

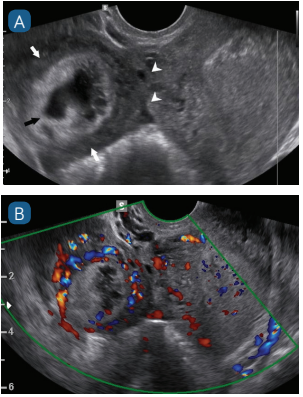
Chẩn đoán phân biệt: thai ở vòi trứng sẽ không quan sát thấy lớp cơ tử cung bao quanh túi thai. Thai sừng/tử cung hai sừng sẽ có sự liên tục giữa lòng của sừng chứa thai và kênh cổ tử cung. Thai ở tử cung đôi sẽ quan sát thấy hai tử cung tách xa nhau, hai buồng nội mạc riêng biệt liên tục với hai kênh cổ tử cung riêng biệt ở dưới.

Thai ngoài tử cung ở buồng trứng (Ovarian ectopic pregnancy) (Hình 16)

Thai ngoài tử cung ở buồng trứng có thể là thứ phát do trứng sau thụ tinh làm tổ tại buồng trứng hoặc do thất bại trong quá trình thoát noãn. Siêu âm chẩn đoán thai ở buồng trứng hiện nay vẫn còn là một thách thức vì hình ảnh trùng lặp với một nang xuất huyết, nang hoàng thể thai kỳ hay thai ở vòi trứng. Các dấu hiệu trên siêu âm của thai ngoài tử cung ở buồng trứng theo Comstock và cộng sự^[13]:

- Lòng tử cung trống.
- Khối có thành dày, vùng ngoại vi tăng âm với trung tâm hồi âm trống nằm trên bề mặt hay bên trong buồng trứng.
- Tầng sinh mạch máu xung quanh lớp nguyên bào nuôi.

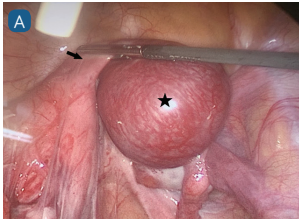
Chẩn đoán phân biệt: (1) Nang hoàng thể thường đường viền ngoài có hồi âm kém hơn so với khối thai ngoài. (2) Thai ở vòi trứng có vòng ngoại vi tăng âm mỏng hơn và dấu hiệu trượt (+), khối thai ngoài ở vòi trứng di động độc lập với buồng trứng, khối thai ngoài ở buồng trứng thì không thể tách rời khỏi buồng trứng nên dấu hiệu trượt (-). Dấu hiệu “Vòng tuần



Hình 14. Thai ở sừng chột trên siêu âm 2D (hình A) và Doppler màu (hình B).

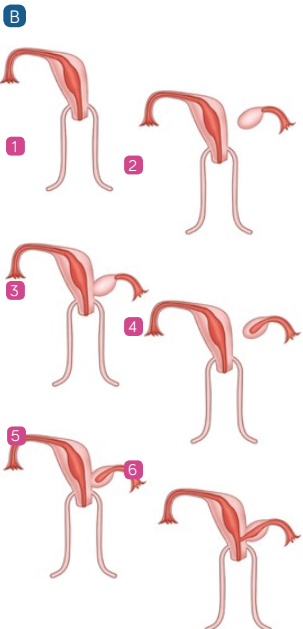
Khối thai ở sừng chột (mũi tên đen) có lớp cơ tử cung bao quanh (mũi tên trắng). Sừng chột nối với tử cung chính bằng một dải mô (đầu mũi tên trắng).

Link bài toàn văn: <https://sieuamvietnam.vn/cls-thai-o-sung-chot-tu-cung>.



Hình 15A.

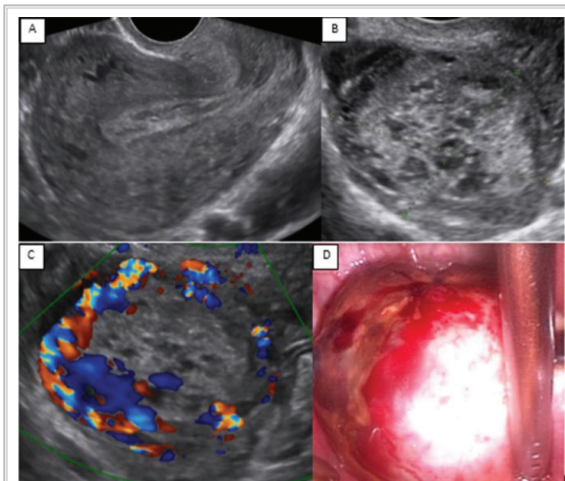
Khối thai sừng chột khi nội soi ổ bụng. Khối thai ở sừng chột (ngôi sao) nối với tử cung chính bằng một dải xơ (mũi tên). Khối thai ở sừng chột có tầng sinh mạch máu nhiều.



Hình 15B.

Tử cung loại I sừng được xếp loại II theo Hiệp hội Sinh sản Mỹ (ASRM) và chia thành 6 phân nhóm:

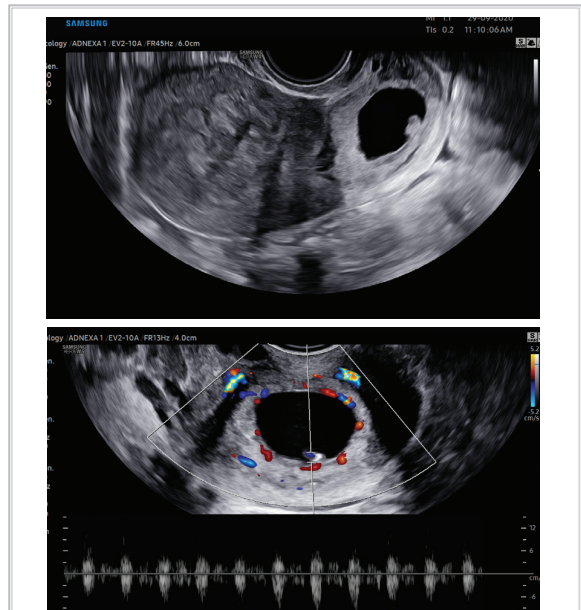
- (1) Không có sừng chột kèm theo,
- (2) Sừng chột không có khoang nội mạc và không liên tục với sừng chính,
- (3) Sừng chột không có khoang nội mạc và liên tục sừng chính,
- (4) Sừng chột có khoang nội mạc và không liên tục với sừng chính,
- (5) Sừng chột có khoang nội mạc và liên tục với sừng chính,
- (6) Sừng chột có khoang nội mạc và thông thương với buồng nội mạc của sừng chính.



Hình 16. Thai ngoài tử cung ở buồng trứng.

(A) Mặt cắt dọc qua tử cung với buồng tử cung trống không có túi thai. (B) Khối phân âm hỗn hợp nằm trong buồng trứng phải. (C) Tầng sinh mạch máu nhiều quanh khối này trên Doppler màu. (D) Hình ảnh nội soi khối thai nằm ở buồng trứng.

Link bài toàn văn: <https://sieuamvietnam.vn/thai-ngoai-tu-cung-o-buong-trung>.



Hình 17. Thai ở cổ tử cung, bên trong túi thai có phôi thai sống #6-7 tuần.

hoàn lửa” (Ring of fire) không thể giúp phân biệt thai ngoài tử cung ở buồng trứng và nang hoàng thể vì cùng hiện diện ở cả hai nhóm bệnh lý này.

Thai ngoài tử cung ở cổ tử cung (Cervical ectopic pregnancy) (Hình 17)

Thai ở cổ tử cung là một thể hiếm của thai ngoài tử cung, xảy ra khi thai làm tổ và phát triển bên trong kênh cổ tử cung, túi thai nằm dưới lỗ trong cổ tử cung. Đây là một bệnh lý cần được phát hiện và chẩn đoán sớm để tránh các biến chứng gây nguy hiểm tính mạng mẹ và giúp bảo tồn được tử cung cho mẹ^[14].

Các dấu hiệu trên siêu âm theo Ozcivit IB bao gồm^[15]:

- Lòng tử cung trống, đáy tử cung nhỏ.
- Tử cung hình đồng hồ cát với cổ tử cung giãn rộng có túi thai nằm bên trong.
- Có tín hiệu mạch máu quanh túi thai.
- Lỗ trong cổ tử cung đóng.
- Túi thai không có dấu hiệu trượt trên siêu âm.

Chẩn đoán phân biệt: Thai ở cổ tử cung với thai bám sụn mô lấy thai và sẩy thai đang tiến triển. Thai bám sụn mô lấy thai thường bám thấp nhưng vẫn nằm trên lỗ trong cổ tử cung và làm tổ sâu vào lớp cơ thành trước tử cung. Sẩy thai

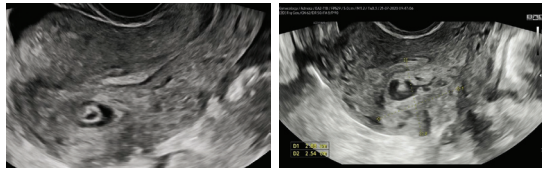
đang tiến triển thường có dấu hiệu trượt trên siêu âm và không có tín hiệu mạch máu quanh lớp nguyên bào nuôi do túi thai không làm tổ ở kênh cổ tử cung.

Thai ngoài tử cung trong cơ tử cung (Intramuscular ectopic pregnancy) (Hình 18, 19, 20)

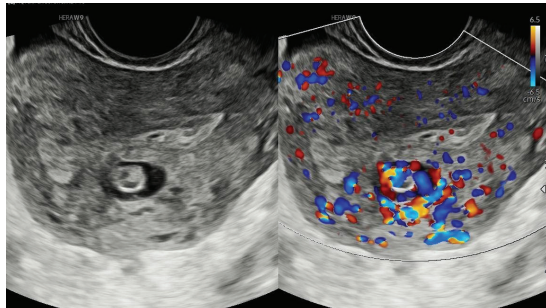
Thai trong cơ tử cung là thể hiếm gặp nhất của thai ngoài tử cung. Ở thể thai này, thai làm tổ và phát triển bên trong lớp cơ của tử cung. Hơn 50% thai trong cơ tử cung có tiền căn nạo lòng tử cung trước đó. Thủ thuật và phẫu thuật trên tử cung như mổ bóc nhân xơ có thể để lại khiếm khuyết trên lớp màng rụng và cơ tử cung, được cho là yếu tố nguy cơ dẫn tới bệnh lý này^[16]. Thai trong cơ tử cung khá nguy hiểm vì lớp cơ tử cung giàu mạch máu khi vỡ có thể gây mất máu rất nhiều.

Dấu hiệu trên siêu âm theo Nee và cộng sự^[17]:

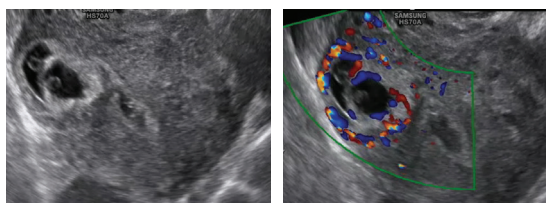
- Lòng tử cung trống.
- Túi thai nằm hoàn toàn trong cơ tử cung, được bao bọc hoàn toàn bởi lớp cơ tử cung.
- Không quan sát thấy sự tiếp xúc của túi thai với buồng nội mạc tử cung và vòi trứng.



Hình 18. Mặt cắt dọc và ngang tử cung qua ngã âm đạo có hình ảnh túi thai nằm hoàn toàn trong cơ tử cung thành sau, bên trong có túi noãn hoàng.



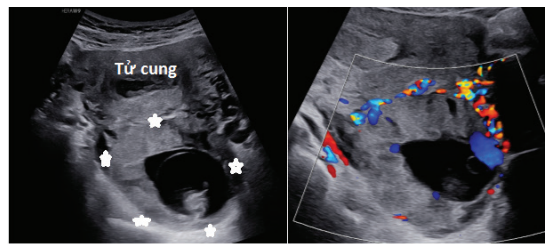
Hình 19. Hình túi thai trong cơ tử cung thành sau tử cung trên 2D và Doppler màu ngã âm đạo.



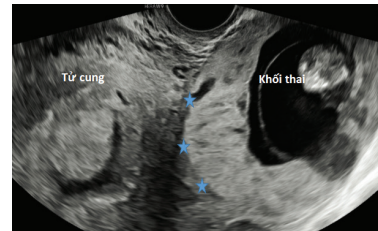
Hình 20. Một trường hợp song thai trong cơ tử cung sau mổ bóc nhân xơ tử cung 6 tháng. Hình ảnh hai túi thai bên trong có 2 túi noãn hoàng nằm hoàn toàn trong cơ tử cung trước.

Thai ngoài tử cung trong ổ bụng (Abdominal ectopic pregnancy)

Thai trong ổ bụng là thai làm tổ trong ổ bụng, bên ngoài cơ quan sinh sản của người phụ nữ. Bánh nhau sẽ bám vào một hoặc nhiều tạng trong ổ bụng như màng thanh mạc tử cung, túi cùng Douglas, mạc nối lớn, ruột, mạc treo ruột, mạc treo vôi trứng, màng phúc mạc vùng chậu hoặc bụng, gan, lách, cơ hoành^[9]. Cavanagh (1958) cho rằng sự thụ thai có thể xảy ra ở cùng đồ sau, được cho là do sự tích tụ lại của tinh trùng và trứng cũng nằm ở đó do sự dịch chuyển của dòng chảy trong khoang phúc mạc. Một số giả thuyết khác như do trứng rụng trễ gần giai đoạn hành kinh hay phôi dù làm tổ trong cơ quan sinh dục nhưng di trú theo hệ bạch huyết tới các khoang trong phúc mạc tương tự như sự lan rộng của tế bào ung thư tử cung.



Hình 21. Thai trong ổ bụng 10 tuần ở cùng đồ sau. Mặt cắt dọc 2D và ngang Doppler ngã bụng cho thấy buồng tử cung trống, phía sau tử cung có khối thai bên trong có phôi thai sống.



Hình 22. Siêu âm ngã âm đạo, khối thai nằm sau tử cung với bánh nhau ăn chặt vào cơ tử cung, xung quanh túi thai không thấy lớp cơ bao bọc giúp loại trừ thai ở sừng chột.



Hình 23. Hình ảnh lúc nội soi, khối thai nằm ở cùng đồ sau (ngôi sao), phổi thai thoát vào ổ bụng trong quá trình nội soi (đầu mũi tên).

Link bài toàn văn: <https://sieuamvietnam.vn/cls10-thai-trong-o-bung>.

Các vị trí hay gặp của thai trong ổ bụng là ở cùng đồ sau, trên bề mặt thanh mạc tử cung, với trứng hoặc liên quan đến nhiều tạng.

Các dấu hiệu có thể gặp trên siêu âm của thai trong ổ bụng theo Hajji^[18]:

- Một khối thai ở xa vùng chậu với yolksac và phôi thai có tim thai có giá trị chẩn đoán cao nhất.
- Quan sát thấy túi thai với phôi thai nằm ngoài buồng tử cung.
- Không quan sát thấy lớp cơ tử cung giữa khối thai và thành bàng quang.
- Sự bám chặt của khối thai vào một cơ quan trong ổ bụng
- Vị trí bất thường của bánh nhau nằm ngoài buồng tử cung.

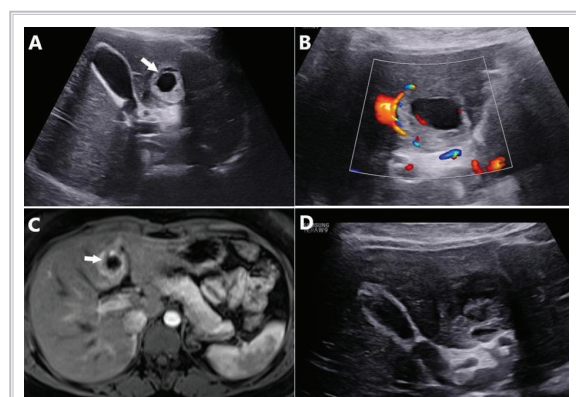
Ngay cả khi đã kết hợp các dấu hiệu trên siêu âm và dấu hiệu lâm sàng, việc chẩn đoán thai trong ổ bụng cũng rất khó khăn. Hầu hết các trường hợp được chẩn đoán nhờ vào nội soi thám sát ổ bụng hoặc nội soi điều trị vì nghi ngờ thai ở vòi trứng.

Chẩn đoán phân biệt: (1) Thai ở vòi trứng: Hiếm khi tiến triển đến hơn 10 tuần mà không vỡ và khối thai nằm cạnh tử cung chứ không ở cùng đồ sau như thai ổ bụng. (2) Thai sừng chột ở tử cung một sừng: Tử cung chính có dạng một sừng, khối thai ở sừng chột có lớp cơ bao quanh.

MRI có thể hỗ trợ chẩn đoán trong trường hợp siêu âm không chắc chắn. MRI với chất tương phản giúp nhận diện các mạch máu, đánh giá sự liên quan của khối thai với các cơ quan tốt hơn và hoạch định kế hoạch trước phẫu thuật trong những trường hợp thai lớn, nhau ăn sâu vào các tạng.

Thai trong gan (Hepatic ectopic pregnancy) (Hình 24)

Thai trong gan là một thể không thường gặp của thai trong ổ bụng, trong đó túi thai bám vào bề mặt gan và làm tổ, xâm lấn vào nhu mô gan. Vị trí thường gặp là ở mặt dưới gan phải, ít gặp hơn là ở gan trái hay mặt hoành gan. Việc chẩn đoán thai trong gan tương đối khó khăn vì nằm ở



Hình 24. Thai ngoài tử cung ở gan.

(A) Túi thai bờ dày nằm ở hạ phân thùy IVb (mũi tên). (B) Tăng sinh mạch máu quanh túi thai. (C) Hình ảnh MRI túi thai viền dày bất thường ở ngoại vi. (D) Túi thai thoái triển sau 12 tuần theo dõi.

Link bài toàn văn <https://sieuamvietnam.vn/CLS-Thai-lac-cho-o-gan>.

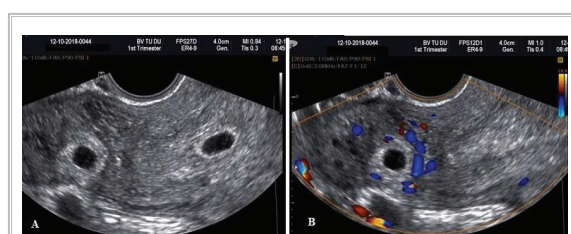
vị trí không thường gặp và không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu. Đa số các trường hợp được chẩn đoán khi đã có biến chứng chảy máu sau vỡ gan. Thai trong gan nói riêng và thai trong ổ bụng nói chung có tỷ lệ tử vong cao hơn thai ở vòi trứng 7,7 lần và thai trong tử cung 90 lần.

Siêu âm ngả âm đạo và siêu âm bụng là lựa chọn đầu tay để chẩn đoán thai trong gan. Cần tìm kiếm kỹ khi siêu âm ổ bụng ở bệnh nhân nghi có thai mà không tìm thấy túi thai trong tử cung hay vùng chậu trên siêu âm ngả âm đạo. CT scan và MRI có ích trong việc xác định vị trí thai trong những trường hợp khó và hoạch định kế hoạch can thiệp.

Siêu âm ngả âm đạo không thấy túi thai trong lòng tử cung cũng như vùng chậu. Siêu âm ngả bụng, hình ảnh một túi thai có yolksac hoặc phôi thai nằm trên bề mặt của gan có giá trị chẩn đoán cao. Hình ảnh siêu âm thường gặp là một khối hồi âm hỗn hợp với một khoảng hồi âm trống bên trong, với bờ ngoài không rõ và tăng sinh mạch máu xung quanh dạng vòng lửa.

Thai trong và thai ngoài tử cung (Heterotopic pregnancy) (Hình 25)

Thai trong và thai ngoài tử cung là một tình trạng đa thai, trong đó một thai làm tổ trong buồng tử cung và một thai ở ngoài tử cung với vị trí hay gặp nhất là ở vòi trứng. Trong bối cảnh thụ thai tự nhiên thì đây là một bệnh cảnh hiếm gặp với tần suất < 1/30.000 thai kỳ. Tuy nhiên tần suất ngày càng gia tăng vì sự phổ biến của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, ước tính 1/900 ở các thai kỳ có kích thích rụng trứng^[28].



Hình 25. Thai trong tử cung và thai ngoài ở đoạn kẽ bên phải.

Link bài toàn văn: <https://sieuamvietnam.vn/thai-trong-thai-ngoai-tu-cung-doan-ke>.

Chẩn đoán thai trong và thai ngoài là một vấn đề khó trong thực hành vì thai ngoài tử cung thường bị bỏ sót. Do đó, cần nghi ngờ bệnh cảnh này khi một thai phụ được điều trị bằng hỗ trợ sinh sản có một trong các dấu hiệu sau:

(i) Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng của thai ngoài tử cung, siêu âm thấy thai, dịch cùng đồ (+/-) khối cạnh tử cung thì phải cần loại trừ khả năng thai trong và thai ngoài;

(ii) β hCG tiếp tục gia tăng sau khi hút nạo thai lưu trong lòng;

(iii) Tử cung lớn hơn tuổi thai;

(iv) Nang hoàng thể hai bên.

Chẩn đoán phân biệt: Thai trong tử cung kèm theo nang hoàng thể xuất huyết có bệnh cảnh lâm sàng tương tự: trễ kinh, đau bụng. Siêu âm có túi thai trong lòng tử cung và hình ảnh nang hoàng thể xuất huyết có thể bị chẩn đoán lầm với khối thai ngoài tử cung.

Thai ngoài tử cung mạn tính (Chronic ectopic pregnancy) (Hình 26, 27)

Thai ngoài tử cung mạn tính là một thể hiếm gặp của thai ngoài tử cung ở vòi trứng. Các

nguyên bào nuôi được cho là xâm nhập vào vòi trứng làm phá hủy cấu trúc mô tại vị trí làm tổ và gây xuất huyết rỉ rả kéo dài. Sự hiện diện của máu, tế bào nuôi và mô ống dẫn trứng trong khoang phúc mạc sẽ kích thích tạo phản ứng viêm để bịt kín vùng tổn thương này và hình thành nên khối máu tụ trong vùng chậu

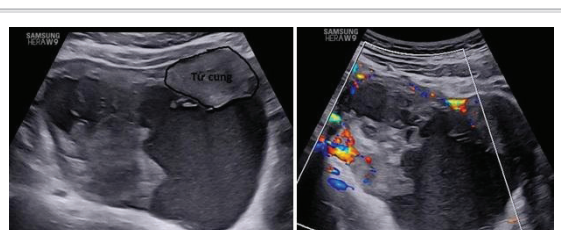
Chẩn đoán thai ngoài tử cung mạn tính luôn là một thách thức trong thực hành lâm sàng vì triệu chứng lâm sàng mơ hồ, sinh hóa lẫn hình ảnh học đều không điển hình, không đặc hiệu. Định lượng nồng độ β hCG máu rất thấp hoặc âm tính vì các nguyên bào nuôi ít và phân tán. Hình ảnh siêu âm của thai ngoài tử cung mạn tính cũng rất đa dạng và trùng lặp với các khối u phần phụ hay các bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu cấp tính, áp-xe vùng chậu và lạc nội mạc. Lưu ý ung thư loại tế bào mầm thường kèm theo tăng β hCG nên chúng ta cần đánh giá để loại trừ bệnh lý ác tính này trước khi nghĩ đến chẩn đoán thai ngoài tử cung mạn tính.

MRI thường được chỉ định để hỗ trợ chẩn đoán vì siêu âm không thể chẩn đoán xác định. Chẩn đoán xác định thường chỉ sau khi phẫu thuật và có khi phải cần đến bằng chứng trên giải phẫu bệnh mô bệnh phẩm sau mổ.

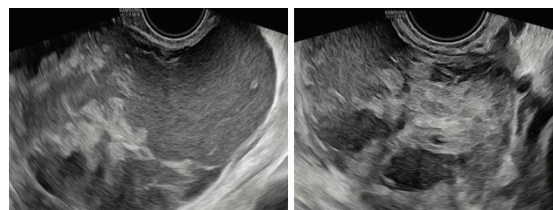
KẾT LUẬN

Thai ngoài tử cung là một cấp cứu phụ khoa thường gặp và là một nguyên nhân quan trọng của tử vong mẹ liên quan đến thai kỳ ở quý một. Thai ngoài tử cung ở các vị trí hiếm gặp tuy tần suất hiếm nhưng là nguyên nhân chính của tử vong mẹ liên quan đến thai ngoài tử cung. Chẩn đoán thai ngoài tử cung ở các vị trí hiếm gặp hiện vẫn là một thách thức trong thực hành vì triệu chứng lâm sàng lẫn hình ảnh siêu âm không đặc hiệu. Siêu âm kết hợp với beta hCG huyết thanh vẫn là phương tiện đầu tay để chẩn đoán. MRI và CT có thể hỗ trợ trong các trường hợp siêu âm không chắc chắn và giúp đánh giá các cấu trúc giải phẫu liên quan để hoạch định kế hoạch can thiệp.

Mời xem tiếp
ở trang 95



Hình 26. Thai ngoài tử cung mạn tính, siêu âm ngã bụng trên 2D và Doppler màu có khối phản âm hỗn hợp nằm sau tử cung.



Hình 27. Mặt cắt dọc và ngang qua ngã âm đạo thấy khối u có phản âm hỗn hợp, bên trong có nhiều mảng phản âm dày, di động khi di chuyển đầu dò, giúp hướng đến bản chất xuất huyết.

Link bài toàn văn: <https://sieuamvietnam.vn/tntc-huyettu-thanh-nang>.

- Đa thai.
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung.
- Đái tháo đường thai kỳ có biến chứng.
- Đái tháo đường hoặc đái tháo đường thai kỳ kiểm soát không tốt.
- Vỡ màng ối non.
- Ú mật trong thai kỳ.
- Bệnh miễn dịch của mẹ đã biết hoặc nghi ngờ có ảnh hưởng đến thai.

– Khởi phát chuyển dạ hay mổ chương trình: cần sử dụng các biểu mẫu để thu thập tuổi thai và các chỉ định can thiệp. Các chỉ định này phải phù hợp với chỉ định can thiệp của bệnh viện. Các trường hợp ngoại lệ phải tham khảo ý kiến lãnh đạo bệnh viện.

– Lãnh đạo bệnh viện: phê duyệt các chính sách và các trường hợp ngoại lệ.

– Các sản phụ sẽ đặt những câu hỏi cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bằng những câu hỏi thiết thực:

- Có bất kỳ lý do y tế nào khiến tôi có thể cần phải chuyển dạ trước 39 tuần không?
- Các biến chứng tiềm ẩn cho con tôi khi bắt đầu tự chọn là gì?
- Những biến chứng tiềm ẩn đối với sức khỏe của chính tôi là gì?
- Làm thế nào để bạn biết khi nào cơ thể tôi đã sẵn sàng để chuyển dạ?

Tóm lại, việc sinh không có chỉ định y khoa trước 39 tuần sẽ ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe của bé và mẹ sau sinh. Cần có nhiều biện pháp hạn chế sinh không có chỉ định y khoa trước 39 tuần. Giáo dục sản phụ và gia đình về nguy cơ khi sinh trước 39 tuần. Bệnh viện cần đưa ra những chính sách cụ thể cho việc sinh trước 39 tuần: như những trường hợp nào được sinh trước 39 tuần, các trường hợp ngoại lệ cần được sự cho phép của lãnh đạo bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. ACOG committee opinion (2019). Avoidance of Nonmedically Indicated Early – Term Deliveries and Associated Neonatal Morbidities.
2. Bates (2010). Neonatal Outcomes after Demonstrated Fetal Lung Maturity before 39 Weeks of Gestation. *Obstetrics & Gynecology*, 116(6), 1288–1295.
3. Kaboré (2016). DECIDE: a cluster randomized controlled trial to reduce non – medically indicated caesareans in Burkina Faso. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
4. Oshiro (2009). Decreasing Elective Deliveries before 39 Weeks of Gestation in an Integrated Health Care System. *Obstetrics & Gynecology*, 113(4), 804–811.
5. Rosenstein MG, Cheng YW, Snowden JM, Nicholson JM & Caughey AB (2012). Risk of Stillbirth and Infant Death Stratified by Gestational Age. *Obstetrics & Gynecology*, 120(1), 76–82.
6. Tita (2009). Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. *New England Journal of Medicine*, 360(2), 111–120.

➡ Tiếp theo bài
ở trang 92

THAI NGOÀI TỬ CUNG:
NHỮNG VỊ TRÍ HIẾM GẶP

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. B. Nadim, F. Infante, C. Lu, N. Sathasivam, G. Condous. Morphological ultrasound types known as 'blob' and 'bagel' signs should be reclassified from suggesting probable to indicating definite tubal ectopic pregnancy. *Ultrasound in Obstetric and Gynecology* 2017; 51(4), 543 – 549.
2. Anjeza Chukus, Nikki Tirada, Ricardo Restrepo, Neelima I. Reddy. Uncommon Implantation Sites of Ectopic Pregnancy: Thinking beyond the Complex Adnexal Mass. *Radiographics* 2015; 35(3):946 – 59. doi: 10.1148/rg.2015140202.
3. Kaelin Agten A, Cali G, Monteagudo A, Oviedo J, Ramos J, Timor – Tritsch I. The clinical outcome of cesarean scar pregnancies implanted 'on the scar' versus 'in the niche'. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 May;216(5):510.e1 – 510.e6. doi: 10.1016/j.ajog.2017.01.019. Epub 2017 Jan 20. PMID: 28115056.
4. Rastogi R, Gl M, Rastogi N, Rastogi V. Interstitial ectopic pregnancy: A rare and difficult clinicsonographic diagnosis. *J Hum Reprod Sci*. 2008;1(2):81 – 82. doi:10.4103/0974 – 1208.44116.
5. Mustafa Koplay, Nasuh Utku Dogan, Mesut Sivri, Hasan Erdogan, Selen Dogan, Cetin Celik, "Ectopic Pregnancy in a Cesarean Section Scar: Successful Management Using Vacuum Aspiration under Laparoscopic Supervision—Mini Review of Current Literature", *Case Reports in Surgery*, vol. 2016, Article ID 7460687, 4 pages, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/7460687>.
6. Tsafir A, Rojansky N, Sela HY, Gomori JM, Nadjari M. Rudimentary horn pregnancy: first – trimester prerupture sonographic diagnosis and confirmation by magnetic resonance imaging. *J ultrasound Med*. 2005; 24: 219 – 223.
7. KA Buntugo, MY Ntury, EO Ameh, and SA Obeb. Rudimentary Horn Pregnancy: Pre – Rupture Diagnosis and Management. *Ghana Med J*. 2018 Jun; 42(2): 92 – 94.
8. Sita Thakur, Ajay Sood, and Chanderdeep Sharma. Ruptured Non Communicating Rudimentary Horn Pregnancy at 19 Weeks with Previous Cesarean Delivery: A Case Report. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*, 2012, 1 – 4.
9. Nilesh Agarwal, and Funlayo Odejinmi. Early abdominal ectopic pregnancy: challenges, update and review of current management. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2014, 16:193 – 198.
10. Togas Tuladi (2020). Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites. <https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-epidemiology-risk-factors-and-anatomic-sites>.
11. Fawole A, Awonuga D. Gynaecological emergencies in the tropics: recent advances in management. *Ann Ib Postgrad Med*. 2007;5(1):12 – 20. doi:10.4314/ajpm.v5i1.63539.
12. Julio Elito Jr (2019). Introductory Chapter: An Overview of the Diagnosis and Treatment of Non-tubal Ectopic Pregnancy. <https://www.intechopen.com/books/non-tubal-ectopic-pregnancy/introductory-chapter-an-overview-of-the-diagnosis-and-treatment-of-non-tubal-ectopic-pregnancy>. DOI: 10.5772/intechopen.90905.
13. Comstock C, Huston K, Lee W. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol* 2015;105:42–45.
14. Stabile G, Mangino FP, Romano F, Zinicola G, Ricci G. Ectopic Cervical Pregnancy: Treatment Route. *Medicina (Kaunas)*. 2020;56(6):293. Published 2020 Jun 12. doi:10.3390/medicina56060293.
15. Ozcivit IB, Cepni I, Hamzaoglu K, Erenel H, Madazli R. Conservative management of 11 weeks old cervical ectopic pregnancy with transvaginal ultrasound – guided combined methotrexate injection: Case Report and Literature Review. *Int J Surg Case Rep*. 2020;67:215 – 218. doi:10.1016/j.ijscr.2020.01.020.
16. Chaikof M, Hobson S, Sobel M. Fundal intramural ectopic pregnancy. *CMAJ*. 2020;192(41):E1211. doi:10.1503/cmaj.200181.
17. Nees J, Faigle – Krehl G, Brucker J, et al. Intramural pregnancy: A case report. *Case Rep Womens Health*. 2020;27:e00215. Published 2020 May 6. doi:10.1016/j.crw.2020.e00215.
18. Hajji A, Toumi D, Laakom Q, Cherif Q, Faleh R. Early primary abdominal pregnancy: Diagnosis and management. A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2020;73:303 – 306. doi:10.1016/j.ijscr.2020.07.048.
19. Cali G, Forlani F, Timor-Tritsch IE, Palacios-Jaraquemada J, Minneci G, D'Antonio F. Natural history of Cesarean scar pregnancy on prenatal ultrasound: the crossover sign. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017 Jul;50(1):100 – 104. doi: 10.1002/uo.16216. Epub 2017 Jun 7. PMID: 27420402.
20. Sivalingam VN, Duncan WC, Kirk E, Shephard LA, Horne AW. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2011;37(4):231 – 240. doi:10.1136/jfprhc – 2011 – 0073.
21. Condous G, Okaro E, Khalid A, et al. The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. *Hum Reprod* 2005; 20:1404–1409.
22. Zane S, Keike B, Kendrick J, Bruce C. Surveillance in a time of changing health care practices: estimating ectopic pregnancy incidence in the United States. *Matern Child Health J* 2002; 6: 227–36.[PubMed]
23. Lewis G. (ed). *Saving Mothers' lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer – 2006–2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*
24. Doublet PM, Benson CB, Bourne T, Blaivas M. Diagnostic Criteria for Nonviable Pregnancy Early in the First Trimester. *N Engl J Med* 2013; 369:1443 – 1451. *BMJ* 2011; 118 Supp 1:1–205.
25. Elizabeth Kagan Arleo, Ersilia M. DeFilippis. Cornual, Interstitial, and Angular Pregnancies: Clarifying the Terms and a Review of the Literature *Journal of Clinical Imaging* doi: 10.1016/j.jclinimag.2014.04.002
26. Selvaraj Ravi Lakshmy", Thasleem Ziyaulla, Shobana Umapathy Diagnostic dilemmas of an eccentrically located gestation sac: role of 3D ultrasound. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and*
27. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, Vintzileos A, Viscarello R, Al-Khan A, Zamudio S, Mayberry P, Cordoba MM, Dar P. Cesarean scar pregnancy is a precursor of morbidly adherent placenta. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2014; 44: 346– 353.
28. Mj G, R. R. Heterotopic pregnancy in natural conception. *J Hum Reprod Sci*. 2008 Jan;1(1):37 – 8. doi: 10.4103/0974 – 1208.39595. PMID: 19562064; PMCID: PMC2700683.