

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

SINH CÓ CHỌN LỌC TRƯỚC 39 TUẦN CÓ ĐÁNG KHÔNG?

BS. CKI Trần Thế Hùng

Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

Thời gian mang thai chưa bao giờ xa lạ đối với bất kỳ một sản phụ nào, nhất là đối với người Á Đông. Chín tháng mười ngày là thời điểm đứa con của họ sẽ chào đời. Đó là cách suy nghĩ đơn giản của sản phụ và gia đình. Còn đối với chúng ta, những nhà sản khoa của thế kỷ hiện đại. Chúng ta nhìn nó với một góc độ hoàn toàn khác, một góc độ mang tính khoa học và chứng cứ. Một sản phụ mang thai đủ ngày tháng được tạm tính là từ 39 tuần đến 41 tuần. Tại sao lại có những con số như vậy? Các hiệp hội sản phụ khoa trên thế giới đều công nhận tuổi thai đủ tháng như bảng 1.

Bảng 1. Phân chia tuổi thai theo tuần.

Định nghĩa	Tuổi thai
Sinh non muộn	Từ 34 đến 36 ^{6/7} tuần
Sinh đủ tháng sớm	Từ 37 đến 38 ^{6/7} tuần
Sinh đủ tháng	Từ 39 đến 40 ^{6/7} tuần
Sinh đủ tháng muộn	Từ 41 đến 41 ^{6/7} tuần
Sinh quá ngày	Từ 42 tuần trở lên

Phân chia như vậy mới thấy được vai trò của việc sinh sớm sẽ đem lại nhiều tín hiệu xấu cho thai nhi và sản phụ như tăng khởi phát chuyển dạ và mổ lấy thai. Theo báo cáo thống kê ở Mỹ, tỷ lệ sản phụ sinh từ 37 đến 38 tuần tăng từ 19,7% năm 1990 lên 28,9% năm 2006. Đối với những đứa bé sinh trước 39 tuần, đặc biệt trước 34 tuần thậm chí là còn sớm hơn nữa sẽ gây nhiều biến chứng nguy hiểm cho thai nhi sau sinh. Bạn có thể tránh hoặc giảm nhiều rủi ro sức khỏe cho mẹ và bé bằng cách đợi đến tuần thứ 39 của thai kỳ để sinh, nếu không có một lý do y khoa nào khác. Nghiên cứu cho thấy rằng

thai nhi trải qua một lượng lớn sự phát triển phổi, gan và não trong khoảng từ tuần thứ 37 đến tuần thứ 39 của thai kỳ. Theo một bài báo đăng trên tạp chí New England năm 2009, kết luận đã đưa ra những biến chứng cho bé nếu việc sinh trước 39 tuần (Bảng 2).

Dựa vào số liệu ở bảng 2, chúng ta nên khuyến cáo cho sản phụ sinh sau 39 tuần để hạn chế những biến chứng không cần thiết cho bé sau sinh. Trẻ sinh ra ở hoặc sau tuần thứ 39 của thai kỳ ít gặp vấn đề về sức khỏe hơn. Não, phổi và gan của trẻ tiếp tục phát triển quan trọng cho đến tuần thứ 39. Nguy cơ xấu cho bé sinh < 39 tuần gấp 2 đến 3 lần so với 39 đến 41 tuần. Khuyết tật phát triển, chẳng hạn như rối loạn tăng động giảm chú ý – tăng động. Nguy cơ tử vong cao hơn 63% trong năm đầu tiên của cuộc đời so với trẻ sinh từ 39 tuần đến 41 tuần. Để cụ thể hơn, Bates đã đưa ra những biến chứng cho bé khi sinh sau 39 và trước 39 tuần (Bảng 3).

Một nghiên cứu của Oshiro năm 2009, tác giả đưa ra tỷ lệ thai chết lưu theo tuần thai từ 37 đến 41 tuần so với tổng số ca sinh từ năm 1999 – 2000 và 2001 – 2006 (Bảng 4).

Tỷ lệ thai lưu giai đoạn 2001 – 2006 có giảm so với 1999 – 2000. Tỷ lệ thai lưu sau 39 tuần cũng giảm so với trước đó. Đây là chứng cứ quan trọng giúp chúng ta có đủ tự tin khuyến khích sản phụ sinh sau 39 tuần, mà không sợ vấn đề thai chết lưu. Nghiên cứu cho thấy rằng trì hoãn sinh đến tuần thứ 39 của thai kỳ hoặc muộn hơn, nếu không có lý do y tế để sinh sớm hơn, không liên quan đến việc tăng tỷ lệ thai chết lưu.

Như vậy làm cách nào để tăng tỷ lệ sản phụ

Bảng 2. Thời điểm mổ lấy thai theo tuần và nguy cơ cho bé.

Đặc điểm	37 đến 37 ^{6/7} tuần		38 đến 38 ^{6/7} tuần		39 tuần
	N = 834 (%)	OR	N = 3.909 (%)	OR	N = 6512 (%)
Tử vong chung	15,3%	2,1	110%	1,5	8%
Bất lợi về hô hấp chung	8,2%	2,5	5,5%	1,7	3,4%
Bệnh màng trong	3,7%	4,2	1,9%	2,1	0,9%
Cơn khó thở nhanh	4,8%	1,8	3,9%	1,5	2,7%
Nhập NICU	12,8%	2,3	8,1%	1,5	5,9%
Nhiễm trùng sơ sinh	7%	2,9	4%	1,7	2,5%
Hạ đường huyết	2,4%	3,3	0,9%	1,3	0,7%
CPR/thở máy trong 24h đầu	1,9%	—	0,9%	—	0,4%
Nằm viện trên 5 ngày	9,1%	2,7	5,7%	1,8	3,6%

Bảng 3. Kết quả những bé sinh trước và sau 39 tuần.

Đặc điểm	< 39 tuần; N = 442, (%)	39 - 40 tuần; N = 12281, (%)	RR (KTC 95%)
Kết quả bất lợi tổng hợp	5,9	2,5	1,6 (1,02 - 2,6)
Nhiễm trùng huyết hay nghi ngờ	5,7	2,2	1,7 (1,1 - 2,8)
Hỗ trợ hô hấp	2,9	1,0	1,8 (0,96 - 3,5)
RDS	1,4	0,04	7,9 (2,0 - 3,1)
Hạ đường huyết	2,0	0,14	6,7 (2,5 - 17,6)
Nhập NICU	5,9	2,3	1,7 (1,05 - 2,7)
Nằm viện > 4 ngày	10,8	3,3	2,6 (1,8 - 3,9)

Bảng 4. Tỷ lệ thai chết lưu theo tuổi từ năm 1999 đến 2006.

Tuần thai	Năm 1999-2000		Năm 2001-2006		OR	KTC 95%
	Số ca lưu	%	Số ca lưu	%		
37	17	0,41	22	0,17	0,406	0,22 - 0,77
38	19	0,19	21	0,07	0,390	0,21 - 0,72
39	10	0,07	28	0,05	0,744	0,36 - 1,53
40	10	0,13	14	0,06	0,459	0,20 - 1,03
41	2	0,10	3	0,05	0,522	0,09 - 3,12
Tất cả	58	0,15	8	0,07	0,466	0,33 - 0,65

sinh khi tuổi thai > 39 tuần? Bệnh viện California đã đưa ra chiến lược giải quyết vấn đề này.

Giảm nhu cầu:

- Bác sĩ và nhân viên y tế: cung cấp những thông tin cho sản phụ về biến chứng cho mẹ và thai khi sinh < 39 tuần. Nhấn mạnh tránh việc sinh theo yêu cầu < 39 tuần.
- Giáo dục bệnh nhân: cung cấp thông tin về thai đủ tháng cũng như tầm quan trọng của việc sinh > 39 tuần và có những buổi thảo luận về việc hạn chế sinh không có chỉ định y khoa trước 39 tuần.

- Truyền thông xã hội: mở hội thảo giáo dục cho phụ nữ và gia đình của họ nâng cao nhận thức về vấn đề này.

Chính sách bệnh viện:

- Đưa ra quy định cụ thể những trường hợp nào cho phép sinh < 39 tuần. Theo ACOG khuyến cáo những trường hợp sau:
 - Tiền sản giật, sản giật, tăng huyết áp thai kỳ, các biến chứng của tăng huyết áp mạn.
 - Thiếu ối.
 - Vết mổ lấy thai cổ điển/bóc u xơ tử cung.
 - Nhau tiền đạo và nhau cài răng lược.

- 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.