

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

PHÂN BIỆT THAI NGOÀI TỬ CUNG ĐOẠN KẾ, THAI GÓC TỬ CUNG VÀ THAI Ở SỪNG TỬ CUNG

ThS. BS. Đinh Thế Hoàng¹, BS. CKI Trần Nguyễn Phương An²,
Nguyễn Trung Đức, BSNT. Trần Thị Thùy Trang³

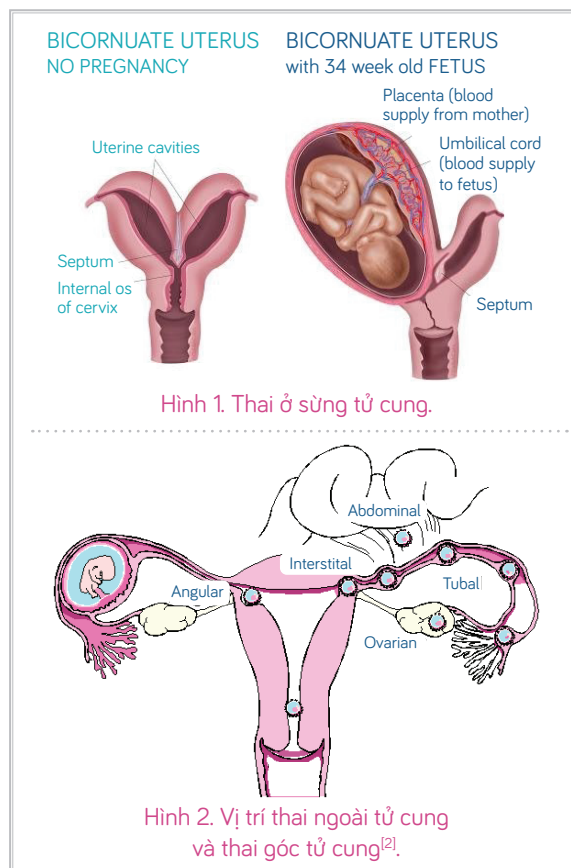
¹Đại học Quốc Gia TPHCM; ²Bệnh viện Tâm Anh TPHCM; ³Đại học Y Dược TPHCM

TỔNG QUAN

Thai ngoài tử cung là một bệnh lý phụ khoa phổ biến, chiếm khoảng 2% tổng số thai kỳ, đồng thời cũng là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu đối với phụ nữ mang thai^[1]. Hơn nữa, do sự thay đổi trong lối sống tình dục là nguyên nhân gây ra các bệnh lý lây lan qua đường tình dục, đặc biệt là *chlamydia* đã góp phần không nhỏ cho sự tăng dần các trường hợp thai ngoài tử cung. Ngày nay, với sự phát triển không ngừng của khoa học kỹ thuật và đặc biệt là các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, việc chẩn đoán và điều trị bệnh lý thai ngoài tử cung đã đem lại những kết quả vô cùng tích cực, giảm số lượng bệnh nhân phải phẫu thuật cấp cứu, từ đó giảm tỷ lệ tử vong mẹ. Tuy nhiên, khi khối thai xâm lấn tại vị trí lệch tâm trong lòng tử cung, gần ranh giới của tử cung – vòi trứng đã đem đến một thách thức mới không chỉ cho các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh mà còn cho các nhà lâm sàng trong việc chẩn đoán chính xác vị trí khối thai, liệu đó là một tình trạng thai ngoài tử cung đoạn kế cần điều trị chấm dứt thai kỳ hay là một thai trong tử cung bình thường nhưng nằm lệch vị trí^[1,2]. Ngày nay, trong bối cảnh phát triển của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, câu hỏi này càng trở nên hóc búa khi đặt trong tình cảnh bệnh nhân hiếm muộn lâu năm và tha thiết mong muốn có con.

Thai ngoài tử cung đoạn kế chỉ chiếm 2 – 4% tổng số các trường hợp thai ngoài tử cung nhưng tỷ lệ tử vong ở mức khá cao 2,5% bởi vì thai đóng tại đoạn vòi trứng nằm trong lớp cơ

tử cung dày, giàu mạch máu nuôi dưỡng nên có khả năng phát triển lớn hơn so với các vị trí khác trên vòi trứng và khi vỡ gây chảy máu ồ ạt nguy hiểm đến tính mạng của người bệnh^[3,4]. Trong khi đó, thai ở góc tử cung là thai trong tử cung nằm lệch tâm và thai ở sừng tử cung là tình trạng thai trong tử cung trên bệnh nhân có dị dạng tử cung như tử cung một sừng, tử cung đôi hay tử cung có vách ngăn^[3,5]. Trong thực hành lâm sàng, chính vì trùng lặp về triệu chứng lâm sàng kết hợp với sự không rõ ràng trong phân



định ranh giới vị trí giữa các hình thái thai kỳ kể trên đã dẫn đến sự không thống nhất trong danh pháp gọi tên gây nhiều hiểu lầm cho các nhà lâm sàng trong việc quản lý và điều trị. Bài viết này mong muốn giúp thống nhất danh pháp phân biệt thai ngoài tử cung đoạn kẽ với thai ở góc tử cung và thai ở sừng tử cung từ đó đề ra những biện pháp quản lý và điều trị thích hợp cho từng người bệnh (Hình 1, 2).

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Thai ngoài tử cung đoạn kẽ

Vòi trứng là vị trí thường gặp nhất chiếm đến 90% tổng số các trường hợp thai ngoài tử cung, trong đó đoạn kẽ chiếm 2 – 4% nhưng lại có tỷ lệ tử vong chiếm đến 20% tổng số các trường hợp tử vong mẹ và gấp 5 – 7 lần so với thai ngoài tử cung ở các vị trí khác^[1,5,6]. Lý giải cho điều này là vì khối thai đóng tại đoạn vòi trứng nằm trong thành cơ tử cung nên có thể phát triển lớn trước khi có triệu chứng lâm sàng, đồng thời tại vị trí này có giàu mạch máu nuôi từ sự thông nối mạch máu tử cung – buồng trứng nên khi vỡ gây chảy máu ồ ạt, nguy hiểm tính mạng người bệnh.

Tương tự như thai ngoài tử cung ở các vị trí khác, trễ kinh, đau bụng, ra huyết âm đạo là các triệu chứng thường gặp nhưng với tiến bộ của siêu âm và xét nghiệm β hCG nên ngày nay thai ngoài tử cung đoạn kẽ thường được phát hiện sớm có thể trước khi bệnh nhân có triệu chứng. Triệu chứng lâm sàng của các bệnh nhân thai ngoài tử cung đoạn kẽ đã thay đổi rất nhiều trong những thập kỷ qua do sự tiến bộ về kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh cũng như khái niệm ngưỡng phân định β hCG giúp chẩn đoán sớm. Trong thập niên 1950, có đến 71% bệnh nhân nhập viện trong tình trạng sốc, hiện nay đã giảm ngoạn mục xuống còn chỉ 22%, tuổi thai trung bình 8,2 tuần. Triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu như thai ngoài tử cung ở những vị trí khác trên vòi trứng, với xuất huyết âm đạo chiếm 48 – 56%, đau bụng chiếm 29 – 52% và có thể 30 – 40% hoàn toàn không triệu chứng,

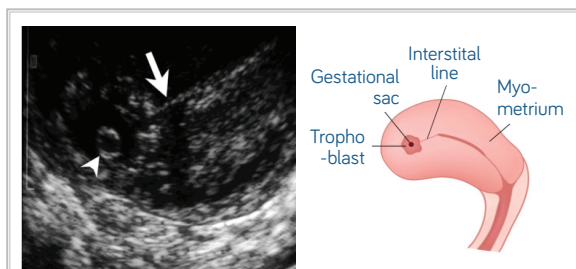
từ đó góp phần lý giải nguyên nhân chẩn đoán chậm trễ và tỷ lệ tử vong cao hơn của thai ngoài tử cung đoạn kẽ. Ngoài ra, các triệu chứng khác hiếm gặp hơn như căng đau ở phần phụ, lác cổ tử cung đau, tử cung to không đối xứng. Triệu chứng đau bụng cấp tính, mạch nhanh, huyết áp tụt có thể gặp ở những ca thai ngoài tử cung đoạn kẽ vỡ gây xuất huyết nội^[7].

Siêu âm ngã âm đạo là phương tiện đầu tay chẩn đoán thai ngoài tử cung đoạn kẽ và có thể phát hiện được những ca thai ngoài tử cung đoạn kẽ trên những bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng. Timor – Tritsch và Akerman đã miêu tả 3 tiêu chuẩn chẩn đoán thai ngoài tử cung đoạn kẽ trên siêu âm là^[1,3,5,8]: (i) buồng tử cung trống, (ii) túi thai cách khoang nội mạc tử cung ít nhất 1 cm, cơ tử cung bao quanh túi thai mỏng hơn 5 mm và (iii) dấu hiệu đường kẽ.

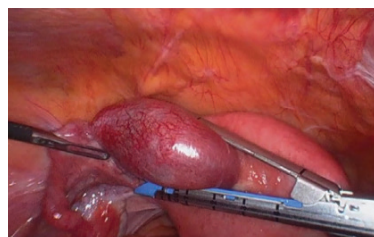
Các tiêu chuẩn trên có độ nhạy là 80%, độ chuyên 98%. Trong đó, dấu hiệu đường kẽ là chỉ dấu vô cùng quan trọng trong chẩn đoán phân biệt thai ngoài tử cung đoạn kẽ với thai ở góc và ở sừng tử cung. Dấu hiệu đường kẽ là đường nối từ phần góc trên của nội mạc tử cung đến khối thai thể hiện đoạn vòi trứng trong cơ tử cung còn lại nối từ nội mạc tử cung đến khối thai. Với sự hỗ trợ của siêu âm Doppler, 3D góp phần hỗ trợ trong việc chẩn đoán chính xác các trường hợp thai ngoài tử cung đoạn kẽ. Tuy nhiên, MRI vẫn nên được chỉ định trong trường hợp chẩn đoán phân biệt với thai ở góc tử cung không rõ ràng trên siêu âm mà bệnh nhân tha thiết mong muốn giữ thai và phẫu thuật nội soi chính là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán thai ngoài tử cung đoạn kẽ (Hình 3, 4).

Thai ở góc tử cung

Thai ở góc tử cung được định nghĩa là thai đóng ở vị trí trong lòng tử cung nhưng lệch tâm gần vị trí nối của lòng tử cung và lỗ trong vòi trứng. Tuy vậy, việc lạm dụng sử dụng danh pháp “thai ở góc tử cung” cho cả những trường hợp thai ngoài tử cung đoạn kẽ đã gây nên nhiều nhầm lẫn cho các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh lẫn bác sĩ lâm sàng. Chính nhầm lẫn này đã gây nên



Hình 3. Dấu hiệu đường kẽ (mũi tên trắng lớn)^[2].

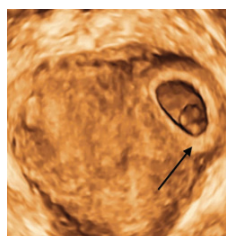
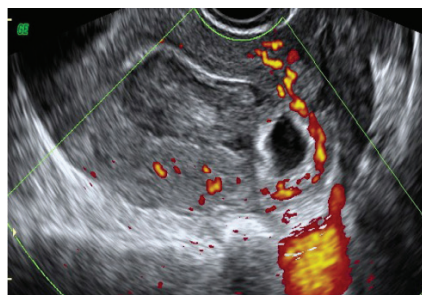


Hình 4. Thai ngoài tử cung đoạn kẽ trên siêu âm và trên nội soi ^[4,8].

những hậu quả nghiêm trọng, khiến các bác sĩ lâm sàng điều trị quá tay những trường hợp thai trong tử cung ở góc như là những trường hợp thai ngoài tử cung đoạn kẽ, biến một trường hợp thai có thể phát triển bình thường đến cuối thai kỳ thành một cuộc phẫu thuật tiềm ẩn nguy cơ tai biến, tàn phá cấu trúc cơ tử cung và nguy cơ cao vỡ tử cung khi mang thai sau đó. Việc thống nhất danh pháp thai ở góc tử cung là vô cùng quan trọng trong thời kỳ phát triển mạnh của các phương pháp hỗ trợ sinh sản dẫn đến việc cắt vòi trứng 2 bên dự phòng thai ngoài tử cung trước khi thụ tinh ống nghiệm tăng dần.

Triệu chứng của thai góc tử cung rất nghèo nàn vì bản chất là thai trong tử cung, không triệu chứng chiếm đến 79%, ra huyết âm đạo lượng ít 19%, đau bụng chỉ 5% (Hình 5). Vì thế chẩn đoán thai ở góc tử cung chủ yếu dựa vào vai trò của hình ảnh học siêu âm, với các tiêu chuẩn^[1,2,5]:

- Không phải tử cung dị dạng: loại trừ tử cung 2 sừng, tử cung 1 sừng và tử cung có vách ngăn.
- Vị trí khối thai nằm lệch tâm trong tử cung giữa chỗ nối tử cung và vòi trứng.



Hình 5. Thai ở góc tử cung qua siêu âm 2D, 3D và phẫu thuật nội soi^[5].

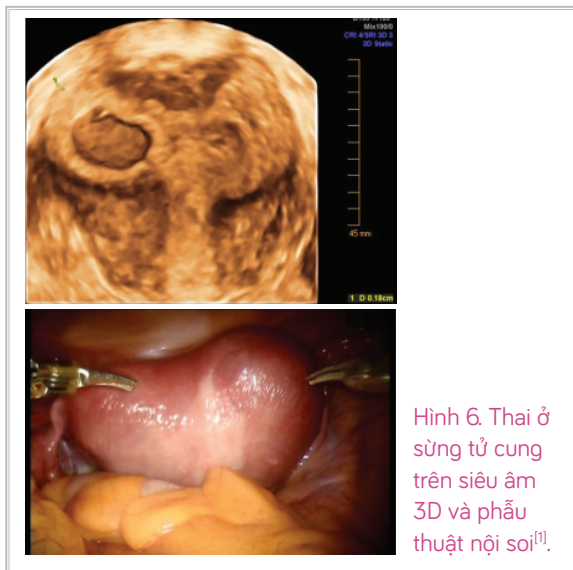
- Bề dày lớp cơ tử cung bao phủ khối thai < 1 cm.
- Khối thai được bao quanh hoàn toàn bởi nội mạc tử cung – dấu hiệu vòng đôi.
- Không có dấu hiệu đường kẽ.

Dấu hiệu vòng đôi được bắt đầu mô tả từ thập niên 1980, để xác định thai sớm nằm trong nội mạc tử cung. Vòng đôi bao gồm 2 vòng tròn thấu âm, vòng ngoài thể hiện phản ứng màng rụng của nội mạc tử cung, bao xung quanh vòng trong chính là vòng màng đệm (chorionic ring) của thai. Nghiên cứu của Grant, cho thấy dấu hiệu vòng đôi giúp giảm 50% tỷ lệ chẩn đoán nhầm thai ở góc tử cung thành thai ngoài tử cung đoạn kẽ với độ đặc hiệu 100%^[3]. Ngoài ra, công nghệ siêu âm 3D cũng giúp ích rất nhiều trong việc xác nhận lại vị trí của thai trong lòng tử cung, giúp các nhà lâm sàng tự tin hơn trong chẩn đoán cũng như quản lý thai ở góc tử cung.

Thai ở sừng tử cung

Trước đây, chưa có sự thống nhất trong việc định nghĩa thai ở sừng tử cung. Các tác giả Johnston và Moir định nghĩa là những trường hợp thai đóng tại một sừng ở tử cung hai sừng hay rộng hơn là tại phần chẻ đôi của tử cung dị dạng. Trong khi đó, nhiều tác giả khác lại cho rằng thai kỳ nào đóng tại vị trí lệch tâm của tử cung bất kể tử cung có hình dạng bình thường

hay không, bất kể trong hay ngoài tử cung đều được gọi là thai sừng tử cung. Mới đây nhất, để thống nhất trong danh pháp Williams Obstetrics bản 25 đã định nghĩa thai ở sừng tử cung là tình trạng thai trong sừng nguyên thủy ở bệnh nhân có dị dạng tử cung như tử cung một sừng, tử cung đôi hay tử cung có vách ngăn^[1,9] (Hình 6).



Hình 6. Thai ở sừng tử cung trên siêu âm 3D và phẫu thuật nội soi^[1].

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Chẩn đoán phân biệt chính xác các trường hợp thai ngoài tử cung đoạn kẽ, thai góc và thai sừng tử cung cần sự kết hợp chặt chẽ giữa dấu hiệu lâm sàng kết hợp vai trò không thể thiếu của hình ảnh học siêu âm và đôi khi là phẫu thuật nội soi chẩn đoán. Tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán vị trí thai là nội soi chẩn đoán nhưng đây lại là phẫu thuật xâm lấn, tiềm ẩn nguy cơ tai biến và tốn kém chi phí do đó chỉ nên sử dụng trong những trường hợp chẩn đoán khó khăn. Tương quan vị trí của khối thai với dây chằng tròn chính là “chìa khóa” giúp phân biệt rõ ràng thai ngoài tử cung đoạn kẽ và thai góc tử cung. Thai ở góc tử cung nằm giữa dây chằng tròn và phần nối tử cung – vòi trứng vì thế khi khối thai lớn lên sẽ đẩy lệch dây chằng tròn lên trên và ra ngoài đường giữa, trong khi đó thai ngoài tử cung đoạn kẽ lại nằm bên ngoài dây chằng tròn nên khi khối thai lớn lên sẽ nằm phía ngoài, không đẩy lệch vị trí của dây chằng tròn^[1-3]. Bảng 1 mô tả cách phân biệt thai ngoài

tử cung đoạn kẽ với thai ở sừng và góc tử cung.

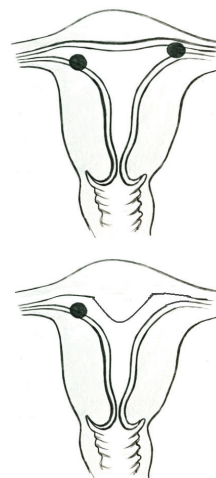
Trong y văn hiện tại, các nhà lâm sàng kiến nghị không tiếp tục sử dụng danh pháp thai ở góc và sừng tử cung vì sự mơ hồ, dễ gây nhầm lẫn mà sử dụng danh pháp “thai lệch tâm” cho cả hai hình thái trên vì cả hai đều là thai trong tử cung, nằm gần vị trí ranh giới tử cung – vòi trứng và quản lý thai kỳ tương tự nhau^[1,5]. Kiến nghị này nhằm thống nhất tên gọi trên cả bình diện chẩn đoán hình ảnh lẫn thực hành lâm sàng (Hình 7, bảng 1).

Quản lý thai ngoài tử cung đoạn kẽ gần giống các trường hợp thai ngoài tử cung trên vòi trứng ở vị trí khác bao gồm điều trị nội khoa và điều trị ngoại khoa. Tuy nhiên, do đặc trưng khối thai thường có kích thước lớn, β hCG tăng cao, khi vỡ chảy máu ồ ạt cho nên chỉ định điều trị ngoại khoa chiếm ưu thế. Điều trị nội khoa cho thai ngoài tử cung đoạn kẽ chưa vỡ bao gồm: theo dõi thoái triển, methotrexate đơn liều hoặc đa liều có thể kết hợp hủy thai. Tỷ lệ thành công của điều trị methotrexate từ 83 – 100%, áp dụng cho những trường hợp β hCG < 10.000 IU/L, những nghiên cứu sử dụng MTX cho thai ngoài tử cung đoạn kẽ có β hCG > 10.000 IU/L có tỷ lệ thành công không cao cũng như thời gian theo dõi sau điều trị kéo dài^[4,8]. Trong khi đó, điều trị ngoại khoa được chỉ định cho những trường hợp thai ngoài tử cung đoạn kẽ vỡ, β hCG cao, thất bại điều trị nội khoa hay thai đoạn kẽ kết hợp thai trong tử cung trên bệnh nhân được hỗ trợ sinh sản. Điều trị phẫu thuật xẻ góc, cắt góc hay xén góc qua nội soi ổ bụng được ưu tiên với tỷ lệ thành công từ 95 – 97%.

Cần khẳng định lại một lần nữa, thai ở góc tử cung là thai trong tử cung, tiên lượng thai sinh sống lên đến 80%, tỷ lệ sinh đủ tháng 82% và 72% sinh ngả âm đạo. Tuy nhiên, do thai nằm vị trí lệch tâm nên sự tưới máu và xâm lấn của khối thai không tốt đi kèm lớp cơ tử cung mỏng nhất tại vị trí này nên dẫn đến tỷ lệ sảy thai và sinh non lần lượt 20%, 18% cao hơn dân số chung^[1,5]. Các nghiên cứu trước kia của Rakin và Jansen, báo cáo tỷ lệ vỡ tử cung của thai góc 18 – 26%, tử

Bảng 1. Mô tả cách phân biệt thai ngoài tử cung đoạn kẽ với thai ở sừng và góc tử cung.

	Thai đoạn kẽ	Thai góc tử cung	Thai sừng tử cung
Vị trí thai	Đoạn kẽ vòi trứng	Trong buồng nội mạc tử cung bình thường	Buồng nội mạc tử cung dị dạng
Tương quan với dây chằng tròn	Bên ngoài, không đẩy lệch	Giữa, đẩy lệch lên trên và ra ngoài	Bên trong
Tương quan với nội mạc tử cung	Ngoài nội mạc tử cung	Trong nội mạc tử cung	Trong nội mạc tử cung
Thai ngoài tử cung	Có	Không	Không
Tiền lượng thai	Không sống được	Có thể tiến triển, tăng nguy cơ sẩy thai, sinh non, IUGR	Có thể tiến triển, tăng nguy cơ sẩy thai, sinh non, IUGR
Tiền lượng mẹ	Vỡ gây xuất huyết nội, tử vong	Tăng nhẹ nguy cơ vỡ tử cung, sót nhau	Tăng nhẹ nguy cơ vỡ tử cung
Siêu âm	Dấu hiệu đường kẽ, bề dày cơ tử cung < 5 mm	Dấu hiệu vòng đôi, bề dày cơ tử cung < 10 mm	Tử cung dị dạng trước và trong tam cá nguyệt 1



Hình 7. Phân biệt thai kẽ, thai sừng và thai góc tử cung^[6].

vong mẹ 5%, nhưng nghiên cứu của Bollig năm 2020 trên 42 trường hợp thai góc cho kết quả rất tích cực với không có trường hợp nào vỡ tử cung và tỷ lệ tử vong mẹ là 0%^[5]. Lý giải cho việc này là vì các nghiên cứu của Rakin và Jansen thực hiện đã lâu, chưa có sự phân biệt rõ ràng thai ngoài tử cung đoạn kẽ với thai ở góc tử cung trên siêu âm dẫn đến sự chông lẩn trong chẩn đoán. Các nghiên cứu về thai góc tử cung chưa nhiều, chủ yếu là các báo cáo loạt ca từ đó chưa thể đưa ra kết luận về các yếu tố nguy cơ cụ thể cho thai kỳ kết cục xấu. Các tác giả đề nghị sử dụng cut – off bề dày tử cung > 5 mm để tiên lượng tốt cho kết cục thai nhưng chưa đủ bằng chứng để chứng minh, thêm vào đó các trường hợp có bề dày cơ tử cung < 5 mm vẫn có thể kéo dài thai kỳ đủ tháng và sinh qua ngã âm đạo. Gần đây, các nghiên cứu cho thấy theo dõi tiến triển của khối thai đóng vai trò quan trọng hơn trong tiên lượng kết cục. Qua nhiều lần siêu âm, khối thai có xu hướng phát triển về phía lòng tử cung và bề dày cơ tử cung không đổi, tiên lượng tốt hơn những trường hợp khối thai phát triển về phía góc tử cung và bề dày cơ tử cung mỏng dần. Vì vậy, quản lý thai góc tử cung được khuyến cáo bằng theo dõi định kỳ chặt chẽ kết hợp tư vấn về thai kỳ có tăng nguy cơ sẩy thai, sinh non, thai chậm tăng trưởng trong tử cung.

Thai ở sừng tử cung nói riêng hay ở tử cung dị dạng nói chung có liên quan đến nhiều nguy cơ như sẩy thai, sinh non, nhau bong non, tiền sản giật, thai chậm tăng trưởng, ngôi bất thường. Theo nghiên cứu của Takami trên 94 phụ nữ bị dị dạng tử cung, tỷ lệ có thai là 36% trong đó tỷ lệ sinh non 21%, 39% thai có ngôi bất thường và tỷ lệ nhau bong non là 9%^[9,10]. Trong quản lý những trường hợp thai ở sừng tử cung, khuyến cáo theo dõi chiều dài cổ tử cung để tiên lượng nguy cơ sinh non vì kênh cổ tử cung dưới 2,5 cm tăng nguy cơ sinh non lên gấp 13,5 lần (RR = 13,5; P < 0,05). Hiện tại, hiệu quả của progesterone, vòng pessary, khâu vòng cổ tử cung trong dự phòng sinh non trên bệnh nhân dị dạng tử cung có kênh cổ tử cung ngắn vẫn chưa được chứng minh rõ ràng qua nhiều nghiên cứu^[9].

KẾT LUẬN

Chẩn đoán phân biệt chính xác các trường hợp thai ngoài tử cung đoạn kẽ, thai góc và thai sừng tử cung là vô cùng quan trọng vì khác biệt trong quản lý cũng như tiên lượng thai kỳ. Đồng thời, kiến nghị không nên tiếp tục sử dụng danh pháp thai ở góc và sừng tử cung vì sự mơ hồ, dễ gây nhầm lẫn thay vào đó nên sử dụng danh pháp “thai lệch tâm” (eccentric pregnancy) cho cả hai hình thái trên.

Mời xem tiếp
ở trang 19

tiền liệt, mào tinh, buồng trứng và ở cả nội mạc tử cung. Hiện nay, khá ít các nghiên cứu khẳng định vai trò thực sự của CRISP-3 trong các trường hợp thai lạc chỗ. Nghiên cứu của Horne và cộng sự cho thấy protein CRISP-3 tăng biểu hiện ở các tế bào màng rụng của những phụ nữ cho thai lạc chỗ tại vòi trứng so với những phụ nữ sẩy thai hay những phụ nữ có thai phát triển bình thường trong tử cung. Tuy nhiên, nồng độ CRISP-3 trong máu ở cả 3 nhóm đều không cho thấy sự khác biệt đáng kể, do đó, nghiên cứu này vẫn chưa thể đánh giá được sự thay đổi nồng độ CRISP-3 có thực sự gây ra tình trạng thai lạc chỗ tại vòi trứng hay không (Horne và cs, 2009).

KẾT LUẬN

Cho đến nay, nhiều nghiên cứu đã được thực hiện trên nhiều đối tượng phân tử khác nhau nhằm tìm ra các marker tiềm năng trong chẩn đoán cũng như tiên lượng các trường hợp thai lạc chỗ tại vòi trứng. Mặc dù nhiều phân tử như các cytokine, VEGF, prokineticin, integrin,... được cho là đóng vai trò góp phần đáng kể vào cơ chế bệnh sinh của các trường hợp thai lạc chỗ tại vòi trứng, kết quả của những nghiên cứu này vẫn còn là những mảnh ghép rời rạc và vẫn còn nhiều tranh cãi do khác nhau trong thiết kế nghiên cứu cũng như các phương pháp tiếp cận. Trong tương lai, với sự phát triển của các kỹ thuật sinh học phân tử hiện đại, cần có nhiều

nghiên cứu sâu hơn nhằm khẳng định vai trò thực sự của các marker phân tử này để chúng ta có thể xác định được nguyên nhân gây ra tình trạng thai lạc chỗ tại vòi trứng, từ đó, phát triển các marker chẩn đoán hoặc điều trị trứng đích, cá thể hóa trong điều trị, đặc biệt là những bệnh nhân có tiền căn thai lạc chỗ liên tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Al-Azemi M, Refaat B, Amer S, Ola B, Chapman N & Ledger W. 2010. The expression of inducible nitric oxide synthase in the human fallopian tube during the menstrual cycle and in ectopic pregnancy. *Fertil Steril*, 94, 833-40.
2. Al-Azemi M, Refaat B, Aplin J & Ledger W. 2009. The expression of MUC1 in human Fallopian tube during the menstrual cycle and in ectopic pregnancy. *Hum Reprod*, 24, 2582-7.
3. Felemban A, Sammour A & Tulandi T. 2002. Serum vascular endothelial growth factor as a possible marker for early ectopic pregnancy. *Hum Reprod*, 17, 490-2.
4. Horne AW, Duncan WC, King AE, Burgess S, Lourenco PC, Cornes P, Ghazal P, Williams AR, Udby L & Critchley HQ. 2009. Endometrial cysteine-rich secretory protein 3 is inhibited by human chorionic gonadotrophin, and is increased in the decidua of tubal ectopic pregnancy. *Mol Hum Reprod*, 15, 287-94.
5. Huang HY, Chan SH, Wu CH, Wang CW, Lai CH & Soong YK. 2005. Interleukin-1 system messenger ribonucleic acid and protein expression in human fallopian tube may be associated with ectopic pregnancy. *Fertil Steril*, 84, 1484-92.
6. Inan S, Giray G, Vatansever HS, Ozbilgin K, Kuscuk NK & Sayhan S. 2004. Immunolocalization of integrins and fibronectin in tubal pregnancy. *Acta Histochem*, 106, 235-43.
7. Ji YF, Chen LY, Xu KH, Yao JF & Shi YF. 2009. Locally elevated leukemia inhibitory factor in the inflamed fallopian tube resembles that found in tubal pregnancy. *Fertil Steril*, 91, 2308-14.
8. Paria BC, Song H, Wang X, Schmid PC, Krebsbach RJ, Schmid HH, Bonner TI, Zimmer A & Dey SK. 2001. Dysregulated cannabinoid signaling disrupts uterine receptivity for embryo implantation. *J Biol Chem*, 276, 20523-8.
9. Poehlmann TG, Fitzgerald JS, Meissner A, Wengenmayer T, Schleussner E, Friedrich K & Markert UR. 2005. Trophoblast invasion: tuning through LIF, signalling via Stat3. *Placenta*, 26 Suppl A, S37-41.
10. Prantner D, Darville T, Sikes JD, Andrews CW Jr, Brade H, Rank RG & Nagarajan UM. 2009. Critical role for interleukin-1beta (IL-1beta) during Chlamydia muridarum genital infection and bacterial replication-independent secretion of IL-1beta in mouse macrophages. *Infect Immun*, 77, 5334-46.
11. Shaw, J L., Denison, F. C., Evans, J, Durno, K, Williams, A. R., Entrican, G., Critchley, H. O., Jabbour, H. N. & Horne, A. W. 2010. Evidence of prokineticin dysregulation in fallopian tube from women with ectopic pregnancy. *Fertil Steril*, 94, 1601-8 e1.
12. von Rango U, Alfer J, Kertschanska S, Kemp B, Muller-Newen G, Heinrich PC, Beier HM & Classen-Linke, I. 2004. Interleukin-11 expression: its significance in eutopic and ectopic human implantation. *Mol Hum Reprod*, 10, 783-92.
13. Wang H, Xie H, Guo Y, Zhang H, Takahashi T, Kingsley PJ, Marnett LJ, Das SK, Cravatt BF & Dey SK. 2006. Fatty acid amide hydrolase deficiency limits early pregnancy events. *J Clin Invest*, 116, 2122-31.

➡ Tiếp theo bài
ở trang 14

PHÂN BIỆT THAI NGOÀI TỬ CUNG ĐOẠN KẾ, THAI GÓC TỬ CUNG VÀ THAI Ở SỪNG TỬ CUNG

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Finlinson AR, KJ Bollig and DJ Schust. Differentiating Pregnancies near the Uterotubal Junction (Angular, Cornual, and Interstitial): A Review and Recommendations. *Fertil Res Pract*, 2020. 6: p. 8.
2. Arleo EK and EM DeFilippis, Cornual, Interstitial, and Angular Pregnancies: Clarifying the Terms and a Review of the Literature. *Clin Imaging*, 2014. 38(6): p. 763-70.
3. Grant A, A Muji and M Atri, Can the Presence of a Surrounding Endometrium Differentiate Eccentrically Located Intrauterine Pregnancy from Interstitial Ectopic Pregnancy? *J Obstet Gynaecol Can*, 2017. 39(8): p. 627 - 634.
4. Moawad NS, ST Mahajan, MH Moniz, SE Taylor and WW Hurd, Current Diagnosis and Treatment of Interstitial Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 2010. 202(1): p. 15-29.
5. Bollig KJ and DJ Schust. Refining Angular Pregnancy Diagnosis in the First Trimester: A Case Series of Expectant Management. *Obstet Gynecol*, 2020. 135(1): p. 175 - 184.
6. Srisajjakul S, P Prapaisilp and S Bangchokdee. Magnetic Resonance Imaging in Tubal and Non - Tubal Ectopic Pregnancy. *Eur J Radiol*, 2017. 93: p. 76-89.
7. Alves JA, NG Alves, CA Alencar Junior, FE Feitosa and F da Silva Costa. Term Angular Pregnancy: Successful Expectant Management. *J Obstet Gynaecol Res*, 2011. 37(6): p. 641-4.
8. Yoong W, C Neophytou, L de Silva, A Adeyemo and W Lodhi, Novel Laparoscopic Cornual Resection of Interstitial Pregnancy Using the Endo GIA Universal Stapler (Medtronic): A Series of 12 Cases. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2020. 60(1): p. 130-134.
9. Akhtar MA, SH Saravelos, TC Li, K Jayaprakasan. Obstetricians Royal College of and Gynaecologists, Reproductive Implications and Management of Congenital Uterine Anomalies: Scientific Impact Paper No. 62 November 2019. *BJOG*, 2020. 127(5): p. e1-e13.
10. Takami M, S Aoki, K Kurasawa, M Okuda, T Takahashi and F Hirahara. A Classification of Congenital Uterine Anomalies Predicting Pregnancy Outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2014. 93(7): p. 691-7.