

# 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

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 CÁC TRƯỜNG HỢP THAI LÀM TỔ GẦN VỊ TRÍ NỔI TỬ CUNG VỚI VÒI TỬ CUNG

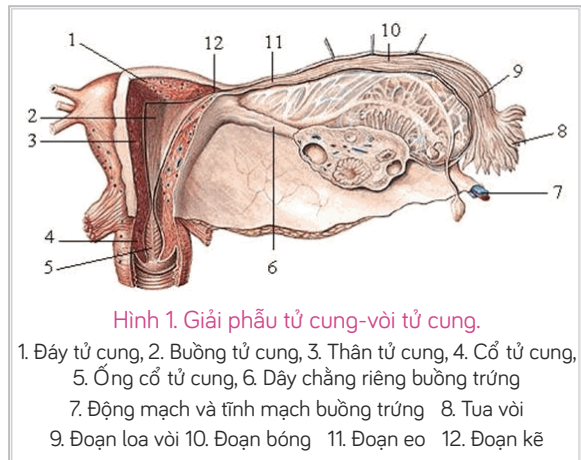
ThS. BSNT. BS. Lê Quang Đô, PGS. TS. Lê Hoàng

Bệnh viện da khoa Tâm Anh Hà Nội

Thai ngoài tử cung chiếm khoảng 2% tổng số thai kỳ, để lại nhiều hậu quả ngắn hạn và dài hạn. Trong đó thai ngoài tử cung đoạn kẽ mặc dù chỉ chiếm 2 – 4% thai ngoài tử cung nhưng chiếm đến 20% số trường hợp tử vong vì thai ngoài tử cung. Chẩn đoán sớm và chính xác thai ngoài tử cung giúp cho việc điều trị, can thiệp tối thiểu, kịp thời và giảm biến chứng cho người bệnh. Hiện nay, với sự phát triển của siêu âm, chẩn đoán thai ngoài tử cung trở nên dễ dàng hơn, tuy nhiên điều quan trọng là chẩn đoán đúng vị trí của thai để có được hướng điều trị thích hợp. Trong đa số các trường hợp, việc phân biệt thai trong tử cung, ngoài tử cung hoặc thai lạc chỗ trong 3 tháng đầu trên siêu âm khá đơn giản. Tuy nhiên, khi túi thai nằm ở vị trí lệch tâm và gần với vị trí nối giữa buồng tử cung với vòi tử cung thì việc phân biệt là khó khăn, việc xác định sai vị trí của túi thai có thể dẫn đến tiên lượng và điều trị thiếu chính xác. Trên thế giới, các tài liệu y văn đề cập đến trường hợp thai nằm quanh vị trí nối buồng tử cung với vòi tử cung không nhiều và không nhất quán, đặc biệt là việc sử dụng lẫn lộn các thuật ngữ thai góc tử cung, thai sừng và thai kẽ. Việc thống nhất các định nghĩa có vai trò quan trọng, giúp phân biệt rõ ràng các vị trí của thai ngoài tử cung, từ đó đưa ra được chẩn đoán, tiên lượng, điều trị chính xác và hiệu quả hơn.

## GIẢI PHẪU TỬ CUNG – VÒI TỬ CUNG

Trong thời kỳ bào thai, tử cung và vòi tử cung phát triển từ ống Muller, ban đầu có 2 ống Muller nằm ở 2 bên, sau đó phần dưới của



Hình 1. Giải phẫu tử cung-vòi tử cung.

1. Dây tử cung, 2. Buồng tử cung, 3. Thân tử cung, 4. Cổ tử cung, 5. Ống cổ tử cung, 6. Dây chằng riêng buồng trứng
7. Động mạch và tĩnh mạch buồng trứng 8. Tua vòi
9. Đoạn loa vòi 10. Đoạn bóng 11. Đoạn eo 12. Đoạn kẽ

2 ống Muller sáp nhập với nhau tạo ra thân tử cung, cổ tử cung và phần trên âm đạo, phần trên của 2 ống Muller phát triển thành vòi tử cung 2 bên. Về giải phẫu vòi tử cung bao gồm 4 đoạn: đoạn kẽ dài khoảng 1 – 2 cm nằm trong lớp cơ tử cung, tiếp theo là đến đoạn eo, đoạn bóng và đoạn loa vòi tử cung. Tử cung có hình nón cụt, đáy ở trên, đỉnh ở dưới. Thân tử cung có 2 mặt là mặt trước và mặt sau, hai mặt tử cung liên tiếp phía trên bởi đáy tử cung và gặp nhau ở 2 bên tạo nên bờ phải và trái, đây là chỗ bám của dây chằng rộng. Hai bờ và đáy tử cung gặp nhau ở 2 góc bên, đây là nơi tiếp nối với vòi tử cung và là nơi bám của dây chằng tròn tử cung. Vị trí chính xác điểm nối vòi tử cung và tử cung thường chỉ xác định được trên giải phẫu bệnh với sự thay đổi cấu trúc tế bào từ buồng tử cung thành tế bào vòi tử cung.

## ĐỊNH NGHĨA VÀ CHẨN ĐOÁN THAI GÓC (HÌNH 2)

Thai góc (Angular pregnancy) là thuật ngữ

được sử dụng lần đầu tiên vào năm 1898 bởi nhà sản phụ khoa người Mỹ Howard để chỉ “sự làm tổ của phôi thai ở góc buồng tử cung vị trí đoạn nối tử cung với vòi tử cung”. Năm 1981, Janson và Elliot đã quan sát thấy rằng các định nghĩa thai góc (angular pregnancy) và thai kẽ (interstitial pregnancy) được sử dụng đồng nghĩa cho 2 dạng khác nhau. Để làm rõ sự khác nhau giữa 2 loại thai này, cần sử dụng hình ảnh nội soi để mô tả sự liên quan của các loại thai này với dây chằng tròn. Thai ở góc làm góc tử cung giãn rộng đẩy dây chằng tròn lên trên và ra ngoài (khối thai nằm bên trong dây chằng tròn). Thai đoạn kẽ lồi lên nằm ở ngoài dây chằng tròn. Janson và Elliot đề xuất các tiêu chí chẩn đoán thai góc bao gồm:

- Triệu chứng lâm sàng với sự to ra không đối xứng của tử cung gây đau.
- Sự căng ra bên của tử cung làm dịch chuyển dây chằng tròn sang bên.
- Sự cầm tù rau ở góc tử cung sau sinh.

Tuy nhiên, với tiêu chuẩn chẩn đoán này thì chỉ có dưới 100 trường hợp thai góc tử cung được báo cáo (Rankin và cs, 2014) và việc chẩn đoán thường muộn, gây khó khăn cho việc tiên lượng và điều trị. Hiện nay siêu âm là một công cụ hiệu quả để chẩn đoán sớm thai góc giúp cho việc theo dõi và điều trị sớm hơn. Trên siêu âm thai góc tử cung được xác định là thai nằm trong buồng tử cung và cụ thể là nằm trong lớp niêm mạc tử cung nhưng nằm gần vị trí nối tử cung với vòi tử cung. Thai góc – là thai trong tử cung,

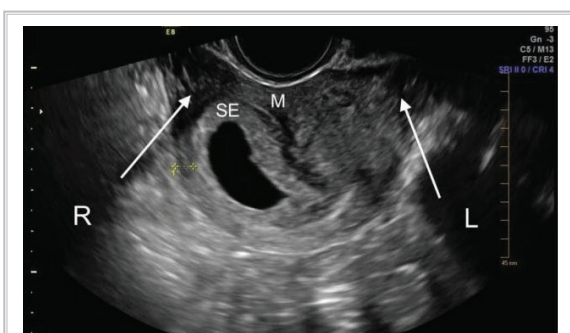
có thể phân biệt với thai đoạn kẽ – là thai ngoài tử cung nhưng vị trí làm tổ cũng gần vị trí góc tử cung bằng dấu hiệu quan trọng “túi thai kép” (double sac sign). Dấu hiệu này được mô tả năm 1980, theo đó tất cả thai trong tử cung có sự hiện diện của 2 vòng tròn đồng tâm bao quanh túi thai trong tử cung (Bradley, 1982). Các vòng tròn này được cho là phản ứng màng rụng ứng với vòng bên ngoài và vòng màng đệm bên trong. Năm 2017, Grant và cộng sự cho thấy dấu hiệu túi thai kép rất có giá trị để phân biệt thai trong tử cung nhưng nằm lệch tâm với thai kẽ với độ đặc hiệu lên đến 100% (Grant, 2017). Tuy nhiên, hiện nay chưa có tiêu chuẩn cụ thể để chẩn đoán sớm thai góc tử cung. Gần đây, trong bài báo cáo loạt ca về thai góc, Bollig và Schust (năm 2020) đã đưa ra các tiêu chuẩn chẩn đoán sớm thai góc trên siêu âm quý I gồm:

- Tử cung bình thường (không phải là dạng tử cung một sừng, hai sừng hoặc có vách ngăn).
- Vị trí làm tổ của phôi ở một góc tử cung, ngay vị trí nối của tử cung và vòi tử cung.
- Bề dày cơ tử cung từ túi thai đến bờ ngoài tử cung không quá 1cm.
- Có dấu viền nội mạc tử cung quanh túi thai.
- Không có “dấu đường kẽ” – là đường hồi âm trong chẩn đoán thai đoạn kẽ.

Các tiêu chuẩn này giúp cho việc chẩn đoán sớm, theo dõi sát và tránh bỏ sót các trường hợp thai góc.

## THAI SỪNG

Thuật ngữ “thai sừng” (cornual pregnancy) được mô tả sớm nhất từ năm 1952, khi Johnston và Moir mô tả những thai nằm ở 1 sừng của tử cung 2 sừng hoặc một nửa bên của tử cung đôi. Thuật ngữ này dùng để mô tả một khối phồng ra bề mặt bên ngoài của tử cung ở vùng sừng, được quan sát trực tiếp của phẫu thuật viên. Nhiều bác sĩ lâm sàng và bác sĩ hình ảnh sử dụng thay thế hai thuật ngữ thai đoạn kẽ vòi tử cung (interstitial ectopic pregnancy) và thai sừng cho nhau. Một số khác cho rằng “thai sừng” nên chỉ được dùng cho các thai kỳ ở vị trí sừng trong tử



Hình 2. Thai góc, mặt cắt ngang túi thai nằm ở góc phải tử cung.

Mũi tên chỉ vùng nối tử cung với vòi tử cung bên phải (R), bên trái (L), M: cơ tử cung, SE: dấu viền nội mạc tử cung bao quanh túi thai.

cung 1 sừng, 2 sừng hoặc tử cung có vách ngăn. Một số khác thì gọi các thai kỳ bám lệch trung tâm vào góc cao hai bên của khoang nội mạc tử cung là thai góc (angular pregnancy) (Hình 3).

Thai sừng có thể chia thành 5 loại, hai trong 5 nhóm này là thai ngoài tử cung, bao gồm nhóm một là thai kẽ – túi thai làm tổ vào phần kẽ của vòi tử cung, nhóm thứ hai là các thai kỳ nằm trong sừng chột của tử cung một sừng; ba nhóm còn lại là thai trong tử cung, gồm các thai ở sừng của tử cung 2 sừng, thai trong sừng của tử cung có vách ngăn, và thai góc – túi thai bám lệch tâm nằm trong góc bên của khoang nội mạc tử cung tại vị trí góc nối giữa tử cung với vòi tử cung. Thuật ngữ thai sừng được dùng trong nhiều tình huống khác nhau, vốn có các đặc điểm khác nhau và hướng điều trị khác nhau, do đó thuật ngữ này được khuyến nghị nên bị loại bỏ trong thực hành lâm sàng (Baltarowich, 2017).

### THAI KẼ

Thai kẽ (interstitial pregnancy) được định nghĩa là thai làm tổ ở đoạn kẽ của vòi tử cung, là phần vòi tử cung nằm trong cơ tử cung. Thai kẽ là thai ngoài tử cung thực sự, nằm tách biệt với buồng tử cung, chiếm tỷ lệ 2 – 4% của toàn bộ thai ngoài tử cung, nhưng chiếm 20% tỷ lệ tử vong của thai ngoài tử cung. Triệu chứng của thai kẽ bao gồm các triệu chứng của một thai ngoài tử cung như chậm kinh, đau bụng hạ vị, ra máu âm đạo, nhưng để chẩn đoán thai kẽ cần dựa vào siêu âm. Từ đầu những năm 1990 Timor–Tritsch đã đưa ra các tiêu chuẩn chẩn đoán thai kẽ trên siêu âm gồm:

- Không thấy túi thai trong buồng tử cung.
- Túi thai nằm tách biệt niêm mạc tử cung, cách bờ bên của niêm mạc buồng tử cung ít nhất 1 cm.
- Chiều dày lớp cơ tử cung bao quanh túi thai mỏng dưới 5 mm.

Những tiêu chuẩn này giúp chẩn đoán phân biệt thai kẽ với các loại thai khác với độ đặc hiệu cao (90%). Sau đó các tác giả khác đề xuất thêm dấu hiệu “đường kẽ” (interstitial line sign) vào

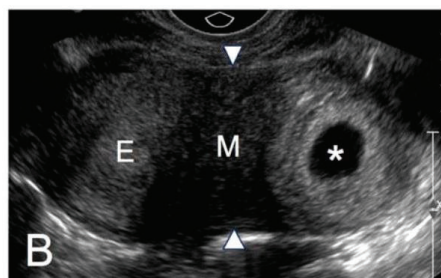
tiêu chuẩn trên. Đường kẽ là một đường tăng âm mở rộng từ góc bên của cơ tử cung và hướng về phía khối thai ngoài tử cung. Với việc thêm dấu hiệu “đường kẽ” vào các tiêu chuẩn chẩn đoán của Timor–Tritsch, Grant và cộng sự đã báo cáo độ nhạy và độ đặc hiệu của chẩn đoán lần lượt là 80% và 90% (Grant, 2017) (Hình 4).

Finlinson đã tổng hợp và đưa ra các tiêu chuẩn chẩn đoán thai kẽ sớm trên siêu âm bao gồm (Finlinson, 2020):

- Buồng tử cung trống.
- Túi thai nằm cách cạnh bên của khoang niêm mạc tử cung  $\geq 1$  cm.
- Lớp cơ tử cung bao quanh túi thai  $< 5$  mm.
- Có dấu hiệu đường kẽ đi từ nội mạc tử cung đến cạnh bên túi thai.

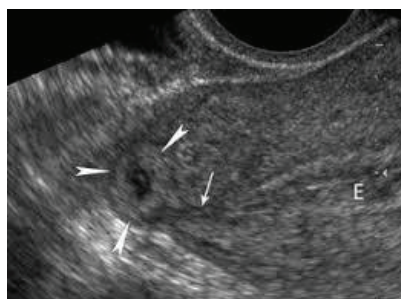
### TIÊN LƯỢNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Rankin và cộng sự báo cáo tỷ lệ sảy thai đối với các trường hợp được chẩn đoán thai góc theo tiêu chuẩn của Janson và Elliot từ 18% đến 38,5% và tỷ lệ vỡ tử cung từ 13,6 – 28% (Rankin



Hình 3. Thai sừng, mặt cắt ngang túi thai nằm ở sừng trái của tử cung hai sừng.

E: nội mạc tử cung sừng bên phải, M: cơ tử cung, dấu sao chỉ hình ảnh túi thai nằm ở sừng bên trái.



Hình 4. Thai kẽ, thai nằm cách lớp nội mạc tử cung.

Dấu mũi tên chỉ dấu hiệu đường kẽ. Dấu 3 mũi tên chỉ hình ảnh túi thai nằm ở đoạn kẽ bên phải, E: nội mạc tử cung.

và cs, 2014). Phương pháp điều trị với các trường hợp thai góc phần lớn là can thiệp phẫu thuật nội soi chẩn đoán, và hầu hết là chấm dứt thai kỳ. Tuy nhiên, một số tác giả ủng hộ việc theo dõi với các trường hợp thai lệch tâm. Năm 2017, Grant và cộng sự đã báo cáo không có trường hợp nào vỡ tử cung ở các bệnh nhân có thai lệch tâm được chẩn đoán ở quý I (Grant, 2017). Một phân tích gần đây về thai lệch tâm đã mô tả tỷ lệ sinh sống dao động 25 – 69% khi sử dụng các tiêu chuẩn siêu âm đặc hiệu để chẩn đoán thai lệch tâm ở quý I ở trên. Dữ liệu từ đại học Missouri cho thấy tỷ lệ thai sinh sống ở các trường hợp thai lệch tâm lên đến 80%, không có trường hợp nào vỡ tử cung, tử vong mẹ, rau bám bất thường hay cắt tử cung (Bollig and Schust 2020). Nhóm tác giả khuyến cáo những thai làm tổ gần vùng nối tử cung với vòi tử cung ở tử cung bình thường hay dị dạng được gọi là “thai lệch tâm”, phương pháp điều trị ưu tiên là theo dõi vì kết cục thai kỳ thường tốt. Ngược lại với thai góc tử cung, thai kẽ là thai ngoài tử cung thực sự và thường gây ra các biến chứng nguy hiểm: vỡ tử cung, rau cài răng lược và tử vong mẹ. Theo y văn, tỷ lệ tử vong của thai kẽ khoảng 2 – 3 %, cao gấp 2 lần so với các loại thai ngoài tử cung khác (Kahramanoglu và cs, 2017). Có hai phương pháp điều trị thai kẽ là phẫu thuật hoặc điều trị bảo tồn. Điều trị bảo tồn thai kẽ bao gồm tiêm methotrexate toàn thân hoặc tại chỗ, ngoài ra có thể tiêm tại chỗ trực tiếp vào túi thai các chất khác như kali clorua hoặc actinomycin D. Theo khuyến cáo NICE 2019, lựa chọn điều trị đầu tay là methotrexate với các bệnh nhân không có triệu chứng đau nhiều,  $\beta$ hCG < 5.000 mIU/ml và khối thai chưa vỡ, kích thước khối thai trên siêu âm nhỏ hơn 3,5 cm và không có tim thai, trên siêu âm xác định không có thai trong tử cung (NICE guideline, 2019). Khoảng 10 – 20% các trường hợp thai kẽ điều trị với methotrexate cần phẫu thuật sau đó do beta hCG tiếp tục tăng hoặc có dấu hiệu vỡ khối thai và cần điều trị phẫu thuật. Điều trị phẫu thuật thai kẽ có nhiều phương án, bao gồm

mổ nội soi, mổ mở ổ bụng để cắt góc tử cung, xé góc lấy khối thai, cắt vòi tử cung, soi buồng tử cung lấy khối thai, hoặc thậm chí là cắt tử cung. Khuyến cáo của RCOG 2016 nhấn mạnh điều trị phẫu thuật bằng nội soi ổ bụng cắt góc tử cung và cắt vòi tử cung là một lựa chọn có nhiều ưu điểm. Elson mô tả soi buồng tử cung lấy khối thai dưới hướng dẫn của nội soi ổ bụng hoặc siêu âm cũng là một phương pháp điều trị thai kẽ có hiệu quả (Elson và cs, 2016).

## KHUYẾN CÁO

Phân biệt các trường hợp thai làm tổ ở quanh vị trí nối buồng tử cung và vòi tử cung rất quan trọng, đồng thời cần phát hiện sớm do các chẩn đoán khác nhau có tiên lượng và hướng điều trị khác nhau. Các dấu hiệu và thuật ngữ trên siêu âm quý I cần được thống nhất tránh gây hiểu nhầm và cần xây dựng đồng thuận trong việc chẩn đoán, điều trị. Ngoài các tiêu chuẩn dựa trên siêu âm, đối với các trường hợp khó thì việc sử dụng siêu âm 3D hoặc cộng hưởng từ (MRI) giúp việc chẩn đoán chính xác và hiệu quả hơn.

Finlinson và cộng sự năm 2020 đề nghị loại bỏ thuật ngữ thai góc, thai sừng và thay bằng thuật ngữ duy nhất là “thai lệch tâm”, mô tả những thai kỳ ở trong buồng tử cung nhưng làm tổ gần chỗ nối tử cung với vòi tử cung. Tác giả cho rằng việc sử dụng 2 thuật ngữ riêng biệt để phân biệt những thai lệch tâm ở tử cung bình thường và tử cung dị dạng chưa cho thấy được lợi ích mà còn có thể gây ra nhiều nhầm lẫn cũng như khó khăn trong việc phân biệt với trường hợp thai ngoài tử cung thực sự là thai kẽ, do đó việc đơn giản hóa và tiêu chuẩn hóa thuật ngữ giúp ích cho việc nghiên cứu, chẩn đoán, điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ackerman, E, C Holt, S Levi, and M Dashesfsky. 1993. "Interstitial Interstitial Sonographic Finding Pregnancy ' in" 128: 83–87.
2. Baltarowich, Oksana H. 2017. "The Term 'Cornual Pregnancy' Should Be Abandoned." *Journal of Ultrasound in Medicine* 36 (6): 1081–87. <https://doi.org/10.1002/jum.14207>.
3. Bollig, Kassie J, and Danny J. Schust. 2020. "Refining Angular Pregnancy Diagnosis in the First Trimester: A Case Series of Expectant Management." *Obstetrics and Gynecology* 135 (1): 175–84. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003595>.
4. Bradley, W. G., C. E. Fiske, and R. A. Filly. 1982. "The Double Sac Sign of Early Intrauterine Pregnancy: Use in Exclusion of Ectopic Pregnancy." *Radiology* 143 (1): 223–26. <https://doi.org/10.1148/radiology.143.1.7063730>.
5. "Ectopic Pregnancy and Miscarriage: Diagnosis and Initial Management NICE Guideline." 201.