

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 BÁM SẸO MỔ LẤY THAI: CÁC BIỆN PHÁP QUẢN LÝ HIỆN NAY

BS. CKI Trần Nguyễn Phương An¹, ThS. BS. Đinh Thế Hoàng²,
BSNT. Nguyễn Trung Đức³, BSNT. Trần Thị Thùy Trang³

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TPHCM, ²Đại học Quốc Gia TPHCM, ³Đại học Y Dược TPHCM

Thai bám sẹo mổ lấy thai là một trường hợp thai ngoài tử cung làm tổ tại vùng cơ tử cung có sẹo mổ lấy thai trước đó. Tần suất thai bám sẹo mổ lấy thai thấp, chỉ chiếm 0,15% các loại thai ngoài tử cung nhưng đang gia tăng tỷ lệ thuận theo tỷ lệ chỉ định mổ lấy thai và ngày càng có nhiều nghiên cứu, báo cáo về vấn đề này. Việc chẩn đoán thai bám sẹo mổ lấy thai gặp nhiều khó khăn do các triệu chứng mơ hồ, không đặc hiệu, có đến 10% các trường hợp bị chẩn đoán nhầm hay bỏ sót. Mặc dù ngày càng có nhiều phương tiện hiện đại hỗ trợ chẩn đoán và nhiều phương pháp điều trị được đưa ra nhưng vẫn chưa có biện pháp nào tỏ ra ưu việt hơn cả và cũng chưa có chiến lược điều trị nào được thống nhất đối với các trường hợp thai bám sẹo mổ lấy thai có huyết động ổn định. Bài viết mang đến cái nhìn tổng quan về chẩn đoán và các biện pháp quản lý hiện nay đối với thai bám sẹo mổ lấy thai.

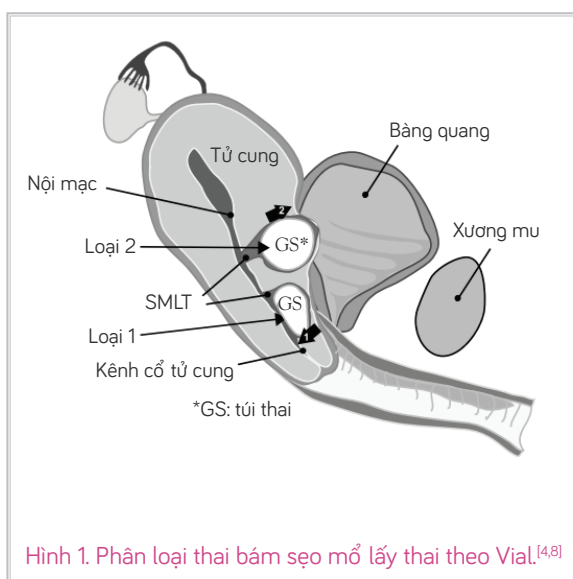
ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI

Thai bám sẹo mổ lấy thai là một dạng thai ngoài tử cung, được xác định là tình trạng túi thai xâm nhập vào vùng cơ tử cung có sẹo mổ lấy thai mà tại đó, túi thai hoàn toàn được bao quanh bởi lớp cơ và mô xơ của vết sẹo, tách biệt với khoang nội mạc tử cung.

Nguyên nhân chính xác của thai bám sẹo mổ lấy thai hiện chưa rõ ràng. Một số tác giả

cho rằng, phôi thai xâm lấn vào khối cơ tử cung do một khiếm khuyết rất nhỏ phát sinh do tổn thương trên tử cung như mổ lấy thai hay qua một hệ thống vi ống tại sẹo mổ lấy thai. Thêm vào đó, sự phân bố mạch máu nghèo nàn tại đoạn dưới tử cung sẽ dẫn đến xơ hóa sợi và lành vết mổ không hoàn toàn. Hầu hết vết sẹo này lành tốt, tuy nhiên sau nhiều lần mổ lấy thai, bề mặt sẹo rộng ra và thành trước tử cung bị khiếm khuyết nhiều hơn do tăng tình trạng tưới máu kém, xơ sẹo dẫn đến vết thương phục hồi kém^[5].

Các thủ thuật, phẫu thuật can thiệp trên buồng tử cung hoặc các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình lành sẹo có thể là yếu tố nguy cơ dẫn đến thai bám sẹo mổ lấy thai. Qua nhiều nghiên



Hình 1. Phân loại thai bám sẹo mổ lấy thai theo Vial.^[4,8]

cứu, các yếu tố đó có thể kể đến như số lần mổ lấy thai, chỉ định của những lần mổ lấy thai trước, tiền căn thủ thuật trên buồng tử cung^[5]...

Có 2 hình thái phát triển của thai bám sẹo mổ lấy thai^[8]:

– **Loại 1:** Phôi bám vào vùng xơ sẹo, phát triển về phía eo tử cung hoặc buồng tử cung, thai có thể sống và lớn lên, thường đi kèm với nguy cơ vỡ tử cung gây chảy máu, đe dọa rất nhiều đến tính mạng của bệnh nhân nếu điều trị trì hoãn. Loại này khó phân biệt với trường hợp nhau tiền đạo có cài răng lược vào sẹo mổ lấy thai nếu không có những hình ảnh siêu âm xác định sớm từ ba tháng đầu.

– **Loại 2:** Phôi bám sâu vào vùng khuyết ở sẹo mổ lấy thai, phát triển về phía bàng quang và ổ bụng. Loại này có nguy cơ vỡ tử cung và chảy máu trầm trọng ở giai đoạn sớm hơn, cần được chẩn đoán xác định sớm và điều trị triệt để.

CHẨN ĐOÁN

Về mặt lâm sàng, đôi khi khó để chẩn đoán sớm tình trạng thai bám sẹo mổ lấy thai do các triệu chứng mơ hồ, không điển hình, dẫn đến nguy cơ vỡ tử cung, xuất huyết nặng đe dọa tính mạng khi phát hiện trễ, túi thai phát triển. Thông thường, bệnh nhân có biểu hiện trễ kinh, có thể có hoặc không chảy máu âm đạo kèm theo đau bụng nhẹ đến vừa, hoặc hoàn toàn không có triệu chứng. Bệnh nhân nếu được phát hiện sớm thường có tình trạng huyết động học ổn định. Đối với trường hợp dọa vỡ tử cung, bệnh nhân

có thể đau bụng cấp kèm xuất huyết nặng, trụ mạch, rối loạn huyết động.

Các trường hợp thai bám sẹo mổ lấy thai thường được chẩn đoán qua cận lâm sàng, đặc biệt siêu âm ngả âm đạo là công cụ rất hữu hiệu trong việc chẩn đoán sớm trường hợp thai ngoài tử cung. Nhiều nghiên cứu cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của siêu âm qua ngả âm đạo trong chẩn đoán thai ngoài tử cung lần lượt là 98,3% và 99,9%. Chẩn đoán thai bám sẹo mổ lấy thai cũng được thực hiện chủ yếu qua siêu âm ngả âm đạo trong những tuần đầu thai kỳ. Hình ảnh cắt dọc theo trục tử tử cung qua túi thai có thể định vị một túi thai bám tại sẹo mổ lấy thai với độ tin cậy cao.

Tiêu chuẩn chẩn đoán trên siêu âm gồm^[4,7,10]:

– Buồng tử cung và ống cổ tử cung rỗng, không có tiếp xúc túi thai.

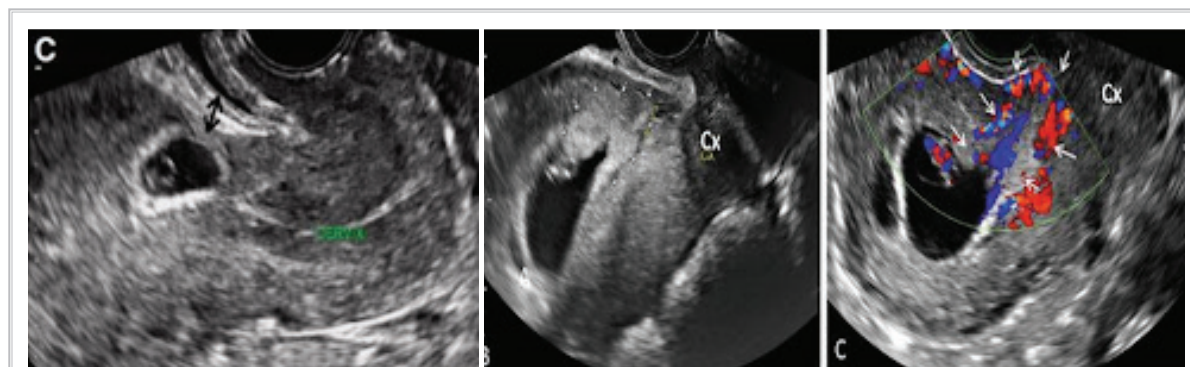
– Sự mất liên tục ở thành trước tử cung thấy trên hình ảnh cắt dọc tử cung khi hướng tia siêu âm đi qua túi ối.

– Hiện diện túi thai có hoặc không có cực thai và tim thai (tùy theo tuổi thai) ở tại vị trí sẹo mổ lấy thai.

– Không có hoặc thiếu tổ chức cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai.

– Tăng sinh mạch máu vùng sẹo mổ lấy thai.

Qua siêu âm, mối liên hệ giữa túi thai, sẹo mổ lấy thai và nội mạc mặt trước thân tử cung được thể hiện qua dấu hiệu Crossover sign (COS)^[3]. Dấu hiệu COS có ý nghĩa tiên lượng trong điều trị thai bám sẹo mổ lấy thai^[1].



Hình 2. Hình ảnh túi thai bám tại sẹo mổ lấy thai.

Trong mặt cắt dọc giữa siêu âm tử cung, so sánh đường thẳng nối từ lỗ trong cổ tử cung đến đáy tử cung chứa nội mạc tử cung và đường kính trước sau túi thai:

- **COS-1:** túi thai xâm lấn vào sẹo mổ lấy thai và mặt trước cơ tử cung, $> 2/3$ đường kính trước sau túi thai nằm phía trên đường nối nội mạc
- **COS-2:** túi thai xâm lấn vào sẹo mổ lấy thai và mặt trước cơ tử cung, $< 2/3$ đường kính trước sau túi thai nằm phía trên đường nối nội mạc.

Trong đó:

- **COS-2+** có sự giao nhau của đường kính trước sau túi thai và đường nối nội mạc.
- **COS-2-** không có sự giao nhau của đường kính trước sau túi thai và đường nối nội mạc.

Một số cận lâm sàng khác hỗ trợ cho chẩn đoán như siêu âm Doppler hoặc siêu âm ba chiều, chụp cộng hưởng từ (MRI), soi bàng quang. Siêu âm Doppler giúp đánh giá lưu lượng dòng máu, kháng lực và chỉ số mạch đập của mạch máu quanh túi phôi, phân biệt giữa thai bám ở sẹo mổ lấy thai với thai sẩy xuống đoạn eo tử cung. Siêu âm Doppler thai bám ở sẹo mổ lấy thai cho hình ảnh tưới máu tốt, tốc độ dòng chảy quanh khối nhau thường có trở kháng thấp, vận tốc dòng máu nhanh. MRI có khả năng đánh giá cấu trúc vùng chậu tốt hơn về sự khác biệt mô mềm, tuy nhiên tốn kém và không được sử dụng thường quy trong chẩn đoán thai bám sẹo mổ lấy thai. Phương pháp này chỉ được dùng khi thật sự cần thiết, trong các trường hợp siêu âm ngã âm đạo và siêu âm Doppler không đủ để xác định chẩn đoán. Một số trường hợp nghi ngờ nhau thai phát triển lan ra phía trước xâm lấn vào bàng quang khi tiến hành soi bàng quang sẽ giúp chẩn đoán chắc chắn để có hướng xử trí đúng.

CÁC PHƯƠNG PHÁP QUẢN LÝ VÀ ĐIỀU TRỊ

Cho đến nay, vấn đề quản lý và điều trị tối ưu thai bám ở sẹo mổ lấy thai vẫn còn đang bàn cãi. Kế hoạch quản lý thai bám sẹo mổ lấy thai được thực hiện trong tam cá nguyệt đầu, ngay sau khi chẩn đoán. Nhiều phương pháp đã được

đưa ra bao gồm theo dõi diễn tiến tự nhiên, nội khoa, thuyên tắc động mạch tử cung chọn lọc (UAE), ngoại khoa hoặc điều trị kết hợp. Mục đích điều trị là hủy thai, loại bỏ túi thai và duy trì khả năng sinh sản cho bệnh nhân. Lựa chọn phương pháp điều trị phải tùy trường hợp, dựa trên tuổi thai, lượng máu mất và mong muốn bảo tồn chức năng sinh sản sau này của bệnh nhân^[4,9] (Bảng 1).

Theo dõi diễn tiến tự nhiên

Theo dõi diễn tiến tự nhiên đã được sử dụng như một lựa chọn khi bệnh nhân muốn được theo dõi diễn tiến thai kỳ tự nhiên mà không can thiệp hủy thai khi phát hiện thai ở sẹo mổ lấy thai hoặc khi bệnh nhân tha thiết muốn tiếp tục mang thai. Phương pháp này có nhiều rủi ro, chỉ nên được thực hiện ở bệnh nhân có tình trạng huyết động ổn định, được tư vấn kỹ lưỡng và tuân thủ quy trình theo dõi. Ca theo dõi tự nhiên đầu tiên do Herman báo cáo năm 1995, thai phụ có thai bám ở sẹo mổ lấy thai phát hiện lúc 14 tuần, thai phát triển hướng vào lòng tử cung, bệnh nhân được theo dõi đến 35 tuần và được cắt tử cung cấp cứu vì vỡ tử cung, con sinh ra khỏe mạnh. Sẩy thai tự nhiên cũng được ghi nhận trong các trường hợp theo dõi không can thiệp.

Quá trình theo dõi đòi hỏi sự tập trung cao độ ở cả người bệnh và nhân viên y tế, với nguy cơ cao vỡ tử cung, mất máu, ảnh hưởng tính mạng bệnh nhân. Một số yếu tố có ảnh hưởng đến kết quả như thai bám sẹo mổ lấy thai loại 1, bệnh nhân có tinh thần tuân thủ cao, các triệu chứng lâm sàng hầu như không tồn tại, nồng độ β hCG giảm. Tuy nhiên, khuyến cáo mức độ 1B của SMFM năm 2020 đã chống lại phương pháp theo dõi diễn tiến tự nhiên không can thiệp vì nguy cơ tai biến cao, ảnh hưởng đến chức năng sinh sản và cả tính mạng của người bệnh^[9].

Điều trị nội khoa

Methotrexate (MTX), một chất đối vận folate, là lựa chọn hàng đầu trong điều trị bảo

Bảng 1.

Phương pháp	Thành công, % (số ca)	Tỷ lệ chuyển mổ mổ, % (số ca)	Tỷ lệ cắt tử cung, % (số ca)	Băng huyết, % (số ca)
Theo dõi diễn tiến tự nhiên	33 (7) 57 (17)	53,7 (22)	41,5 (17)	12,2 (5)
NỘI KHOA				
MTX toàn thân	41 (11) 56 (113)	13 (44)	2,9 (10)	7,4 (25)
MTX tại chỗ	64,9 (48) 73,9 (71)	4,1 (3)	2,2 (3)	4 (5)
MTX toàn thân + tại chỗ	76,5 (26) 77 (2)	2,3 (1)	2,9 (1)	11 (12)
NGOẠI KHOA				
Phẫu thuật mở bụng lấy khối thai	96 (22)			4 (4)
Phẫu thuật nội soi lấy khối thai	97 (60) 97,1 (67)			
Phẫu thuật nội soi buồng tử cung	83,2 (79) 88 (103)	3,2 (3)	1,7 (2)	3 (4)
Phẫu thuật lấy khối thai ngả âm đạo	99,2 (117)	0,9 (11)	0,8 (1)	1 (2)
Nong nạo	48,1 (117) 76 (490)	21 (51)	4,5 (11) 8 (9)	15,2 (37) 28 (181)
UAE				
UAE	81 (92) 93,6 (276)	3,4 (10)	2 (6) 5 (6)	1,4 (4) 4,4 (5)
KẾT HỢP				
MTX + nong nạo	80 (194)		6,2 (15)	17 (41)
UAE + MTX	68,6 (293) 99,16 (237)	2,8 (12)	0,47 (2)	1,9 (8)

tồn ở các bệnh nhân có thai ngoài tử cung. Một số tác giả dùng glucose ưu trương, Kali Clorua, trichosanthin tinh thể trong điều trị nội khoa tại chỗ bên cạnh việc sử dụng MTX đơn thuần. Những yếu tố làm tăng khả năng thành công khi điều trị nội bào gồm thai dưới 8 tuần tuổi, không có hoạt động tim thai, nồng độ β hCG thấp hơn 5.000 mUI/mL – 10.000 mUI/mL, bề dày cơ tử cung tại sẹo mổ lấy thai lớn hơn 2 mm. Tuổi thai càng tăng, khả năng thành công của phương pháp càng giảm do kích thước khối thai lớn, tăng sinh mạch máu nhiều, β hCG cao^[4].

MTX có thể được sử dụng toàn thân, tại chỗ hoặc kết hợp với một phương pháp khác. MTX toàn thân được sử dụng đơn liều hoặc đa liều

theo như phác đồ điều trị thai ngoài tử cung. Một vài nghiên cứu sử dụng MTX như một chỉ định đầu tay trong thai bám sẹo mổ lấy thai. Trong thai bám sẹo mổ lấy thai, túi thai được bao quanh bởi lớp mô xơ nên việc sử dụng MTX được toàn thân có thể không đạt hiệu quả tối ưu nếu so với việc dùng MTX tại chỗ. Dưới sự hướng dẫn của siêu âm, MTX được tiêm trực tiếp vào túi thai qua ngả âm đạo do khoảng cách đến túi thai gần và giảm nguy cơ tổn thương bàng quang. Trong tổng quan khuyến cáo của SMFM, tỷ lệ thành công của phương pháp hủy thai tại chỗ kèm MTX toàn thân là rất cao 73,9% nếu chỉ sử dụng liệu trình 1 liều MTX tại chỗ, tăng lên đến 88,3% nếu sử dụng liệu trình 2 liều bao

gồm 2 liều MTX tại chỗ hoặc 1 liều MTX tại chỗ kết hợp 1 liều MTX toàn thân. Ngoài ra, theo tổng quan β hCG > 100.000 mUI/mL là yếu tố nguy cơ cao liên quan đến thất bại điều trị^[9].

Vấn đề điều trị nội khoa là cần thời gian theo dõi lâu, β hCG huyết thanh có thể giảm sau vài tuần nhưng khối nhau thai quan sát được trên siêu âm có thể cần thời gian cả năm mới tiêu đi hết, nguy cơ thất bại cao buộc phải can thiệp bổ sung phương pháp khác trong quá trình điều trị.

UAE

UAE là biện pháp làm xơ hóa động mạch tử cung 2 bên bằng cách tiêm polyvinyl alcohol hoặc các hạt gelatin tris-acryl nhằm mục đích làm ngưng trệ hoàn toàn dòng máu đến tử cung. Đây là phương pháp điều trị bảo tồn, hạn chế chảy máu cho bệnh nhân. Có thể xem đây là phương pháp thay thế cho cắt tử cung nhằm kiểm soát chảy máu trong những trường hợp mô phôi thai xâm lấn vào vùng bàng quang – tử cung. Mặc dù có một số trường hợp có thể mang thai sau UAE, nhưng thai kỳ sau đó thường liên quan đến một số biến chứng như chuyển dạ sinh non, sinh non, sẩy thai, xuất huyết sau sinh...

UAE không được chỉ định là phương pháp điều trị đầu tay do có nhiều báo cáo rộng rãi về tỷ lệ thành công cũng như biến chứng bao gồm nhiễm trùng tử cung, hoại tử, suy buồng trứng, tổn thương mô mềm. Theo Timor –Tritsch tỷ lệ biến chứng của phương pháp này là 80%^[7]. Tỷ lệ mang thai sau UAE dao động từ 12% đến 100% (theo Hiệp hội Y học Sinh sản Hoa Kỳ), tuy nhiên, tỷ lệ sẩy thai cao, nguy cơ tăng tỷ lệ sinh mổ và băng huyết sau sinh, do đó bệnh nhân cần được tư vấn về những rủi ro tiềm ẩn liên quan đến việc mang thai sau này.

Điều trị ngoại khoa

Có nhiều phương pháp điều trị ngoại khoa bao gồm nong và nạo, phẫu thuật nội soi, nội soi buồng tử cung, phẫu thuật qua ngã âm đạo, phẫu thuật mở bụng lấy khối thai, phẫu thuật

cắt tử cung. Sửa sẹo mổ lấy thai có thể được thực hiện cùng lúc với điều trị loại bỏ khối thai bám sẹo mổ cũ.

Nong và nạo có tỷ lệ thành công thấp và nguy hiểm vì đa số gai nhau bám chặt vào cơ tử cung ở đoạn dưới nên rất khó khăn để lấy ra bằng cách nạo mà ít gây tổn thương tử cung hoặc bàng quang. Trường hợp chảy máu vừa phải, bệnh nhân cần bảo tồn tử cung có thể dùng phương pháp bóng chèn, bằng cách đưa một sonde Foley vào buồng tử cung và bơm 50 – 70 ml nước muối sinh lý, cũng có tác dụng cầm máu rất tốt, có thể lưu sonde trong vòng 72 giờ. Trường hợp không kiểm soát được tình trạng chảy máu buộc phải cắt tử cung cấp cứu.

Phẫu thuật nội soi là một hướng đi mới trong điều trị thai bám sẹo mổ lấy thai hiện nay với những ưu điểm vượt trội như giảm lượng máu mất trong phẫu thuật, lấy được toàn bộ khối thai bám sẹo mổ lấy thai, rút ngắn thời gian β hCG về âm tính, giảm nguy cơ diễn tiến thành thông nối động tĩnh mạch đồng thời cải thiện tiên lượng sản khoa, hạn chế thai bám sẹo mổ lấy thai tái phát. SMFM khuyến cáo mức độ 2C, bằng chứng mức độ II, những phương pháp điều trị ngoại khoa có thể sửa chữa sẹo mổ lấy thai kèm theo nên được thực hiện nếu đủ điều kiện^[9].

Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt đốt khối nhau là một biện pháp can thiệp ít xâm lấn thường được sử dụng gần đây. Nội soi buồng tử cung có thể là sự lựa chọn hợp lý cho các trường hợp túi thai loại 1, trong khi nội soi ổ bụng thì thích hợp cho trường hợp túi thai loại 2 theo Vial. Phương pháp này giúp xác định vị trí túi thai, sự phân bố mạch máu nơi nhau bám. Sau đó, phần thai và phần nhau được cắt đốt điện cầm máu.

Chỉ định mổ mở được thực hiện trong các trường hợp bệnh nhân băng huyết, đã đủ con, túi thai to, các phương pháp can thiệp trước đó thất bại. Phương pháp phẫu thuật mổ mở cắt lọc khối thai bám sẹo mổ lấy thai có vai trò quan trọng: vừa loại bỏ được khối thai ở sẹo mổ cũ

đồng thời sửa lại vết sẹo mổ cũ vốn đã bị khiếm khuyết. Có thể mổ mở lấy khối thai, khâu phục hồi tử cung hoặc cắt tử cung bán phần thấp.

Điều trị kết hợp

Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng kết hợp MTX với các biện pháp can thiệp khác làm tăng tỷ lệ thành công và ít di chứng hơn khi sử dụng MTX đơn thuần. Tỷ lệ thành công khi kết hợp MTX + UAE, MTX + phẫu thuật là hơn 80%. Tuy nhiên, có hoặc không MTX khi kết hợp với nong nạo hoặc nạo hút đơn thuần so với dùng MTX đơn thuần còn nhiều mâu thuẫn. Một số nghiên cứu chỉ ra UAE kết hợp nong nạo ít tác dụng phụ hơn so với MTX kết hợp nong nạo, bao gồm giảm lượng máu mất (343 ml, KTC 95%, -423,95, -253,54 ml, $p < 0,001$), giảm số ngày nằm viện (-15,05 ngày, KTC 95%, -25,42, -4,67 ngày, $p = 0,004$)^[4].

Một phương pháp mới hiện nay được sử dụng trong điều trị thai bám sẹo mổ lấy thai là đặt 1 ống thông Foley chèn và bơm vào vị trí túi thai^[6]. Các ống thông có kích thước khác nhau, có thể được sử dụng một mình hay phối hợp (thường là ở tuổi thai từ < 8 tuần) nhằm ngăn chặn sự phát triển của thai bằng cách đặt áp lực đẩy túi thai lên trên hoặc ép túi thai và bóng chèn cũng ép vào vị trí vết mổ ngăn chặn chảy máu. Sau thời gian lưu bóng từ 24 – 48 giờ, túi thai được hút ra dưới siêu âm. Cần thiết sử dụng kháng sinh dự phòng và đánh giá lại sau 2 ngày hoặc khi cần thiết. Phương pháp mới này có tỷ lệ thành công cao, trên 90%, lượng máu mất ít, khả năng phục hồi sau thủ thuật nhanh. Các yếu tố tăng tỷ lệ thành công của phương pháp như hình ảnh siêu âm lúc nhập viện ghi nhận COS 2, không tăng sinh mạch máu tại sẹo mổ lấy thai, thể tích khối thai $\leq 4 \text{ cm}^3$, nồng độ βhCG lúc nhập viện $\leq 10.000 \text{ mUI/mL}$ ^[1].

KẾT LUẬN

Thai bám sẹo mổ lấy thai là tình trạng túi thai xâm nhập vào vùng cơ tử cung có sẹo mổ

lấy thai, tỷ lệ xảy ra thấp nhưng xu hướng ngày càng tăng cao trong những năm gần đây, song song với tình trạng tăng tỷ lệ mổ lấy thai.

Cơ chế bệnh sinh thai bám sẹo mổ lấy thai chưa được giải thích rõ. Thuyết túi thai bám dính vào cơ tử cung qua khe hở vi thể sẹo mổ lấy thai là giả thiết được chấp nhận nhiều nhất.

Thai bám sẹo mổ lấy thai rất khó chẩn đoán nếu chỉ dựa vào lâm sàng vì không có triệu chứng đặc hiệu. Siêu âm ngã âm đạo có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán thai bám sẹo mổ lấy thai. Dấu hiệu COS trên siêu âm giúp phân loại thai bám sẹo mổ lấy thai, đồng thời có giá trị tiên lượng cho điều trị.

Hiện tại chỉ có số ít các nghiên cứu mô tả các biện pháp điều trị thai bám sẹo mổ lấy thai. Các biện pháp điều trị hiện nay bao gồm: theo dõi diễn tiến tự nhiên, nội khoa, ngoại khoa, kết hợp, thuyên tắc động mạch tử cung chọn lọc. Trong hầu hết các trường hợp, lựa chọn phương thức điều trị dựa trên rất nhiều các yếu tố như: mức độ nghiêm trọng của triệu chứng bệnh, nồng độ βhCG huyết thanh, tuổi thai, mong muốn bảo tồn chức năng sinh sản và kinh nghiệm phẫu thuật của bác sĩ điều trị cũng như nguồn lực của bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đinh Thế Hoàng (2019). "Khảo sát mối liên quan của hình ảnh siêu âm COS và kết quả điều trị thai <8 tuần bám sẹo mổ lấy thai bằng phương pháp đặt Foley kết hợp hút thai", Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
2. Birch Petersen K, Hoffmann E, Ribbjerg Larsen C et al. (2016), "Caesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies", Fertil Steril, 105 (4), 958-67.
3. Cali G, Forlani F, Minneci G et al. (2018), "First-trimester prediction of surgical outcome in abnormally invasive placenta using the cross-over sign", Ultrasound Obstet Gynecol, 51 (2), 184-188.
4. Glenn TL, Bembry J, Findley AD, et al (2018), "Caesarean Scar Ectopic Pregnancy: Current Management Strategies", Obstet Gynecol Surv, 73 (5), 293-302.
5. Rotas MA, Haberman S (2006), "Caesarean scar pregnancies: Etiology, Diagnosis, and Management", Ultrasound Obstet Gynecol 107, 1373-1381.
6. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Bennett T. A, et al. (2016), "A new minimally invasive treatment for cesarean scar pregnancy and cervical pregnancy", Am J Obstet Gynecol, 215 (3), 351 e1-8.
7. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, et al. (2019), "Caesarean Scar Pregnancy: Patient Counseling and Management", Obstet Gynecol Clin North Am, 46 (4), 813-828.
8. Vial Y, Petignat P (2000), "Pregnancy in a Cesarean scar", Ultrasound Obstet Gynecol, 16, 592-593.
9. Society for Maternal-Fetal Medicine. Electronic address pubsmfm.org, Miller R, Timor-Tritsch IE et al. (2020), "Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #49: Cesarean scar pregnancy", Am J Obstet Gynecol, 222 (5), B2-B14.
10. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G et al (2019). "Caesarean Scar Pregnancy: Diagnosis and Pathogenesis", Obstet Gynecol Clin North Am, 46 (4), 797-811.