

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 Ở CỔ TỬ CUNG

BSNT. Nguyễn Thị Kim Mai, BSNT. Trần Thị Thùy Trang,
BSNT. Nguyễn Đức Minh Quân, BSNT. Nguyễn Trung Đức

Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP HCM

GIỚI THIỆU

Thai ngoài tử cung là thuật ngữ chỉ quá trình làm tổ, cấy ghép của phôi xảy ra bên ngoài buồng tử cung. Trong thai ngoài tử cung, vị trí làm tổ thường gặp nhất là ở vòi trứng, một số ít làm tổ ở buồng trứng, cổ tử cung, ổ bụng, khuyết sẹo mổ lấy thai...

Thai ngoài tử cung tại cổ tử cung chỉ sự làm tổ của hợp tử ở kênh cổ tử cung với tần suất ước tính vào khoảng 1/18.000 – 1/2.000 thai kỳ nói chung và dưới 1% thai ngoài tử cung nói riêng^[1]. Đây là bệnh lý cực kỳ nguy hiểm bởi nguyên bào nuôi có thể xâm lấn qua thành cổ tử cung vào mạch máu tử cung. Triệu chứng kinh điển của thai ở cổ tử cung là xuất huyết âm đạo trong tam cá nguyệt 1, sau đó là xuất huyết ồ ạt, có thể gây nguy hiểm đến tính mạng. Những báo cáo đầu tiên ghi nhận tỷ lệ tử vong có thể lên đến 40 – 45%, tỷ lệ cắt tử cung vào khoảng 90%. Với sự

phát triển của siêu âm có độ phân giải cao, thai ở cổ tử cung ngày càng được chẩn đoán sớm, kéo theo nhiều phương pháp điều trị bảo tồn, nhằm hạn chế tỷ lệ tử vong cũng như bảo tồn được khả năng sinh sản của người bệnh. Ngày nay, cắt tử cung vẫn còn được áp dụng trong một số ít các trường hợp, nhưng tỷ lệ tử vong gần như bằng 0 ở các nước phát triển^[2] (Hình 1).

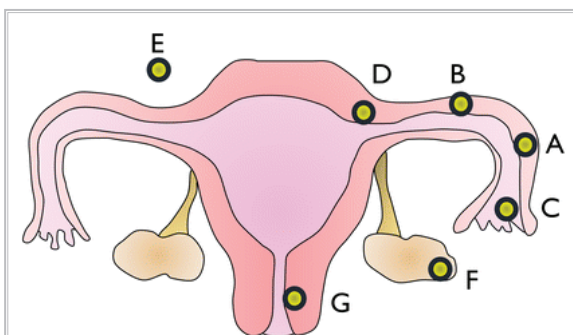
YẾU TỐ NGUY CƠ

Có hai giả thuyết chính về sự hiện diện của thai ở cổ tử cung: phôi di chuyển nhanh chóng trong buồng tử cung nhưng trì hoãn làm tổ và quá trình thụ tinh muộn xảy ra tại kênh cổ tử cung^[2,3,4].

Nhìn chung, thai ở cổ tử cung cũng có yếu tố nguy cơ gần giống với thai ở vòi trứng, kèm các yếu tố nguy cơ đặc trưng riêng biệt^[5,6] như: tiền căn nong – nạo (D&C) ở các thai kỳ trước đó – yếu tố này hiện diện gần 70% các trường hợp được ghi nhận; dụng cụ tử cung, u xơ tử cung, tiền căn phẫu thuật trên tử cung, dính buồng tử cung (hội chứng Asherman), teo hoặc viêm mạn tính nội mạc tử cung, bất thường ở tử cung và cổ tử cung... IVF có thể là một yếu tố liên quan đến thai ở cổ tử cung, nhưng thường đi cùng với nong nạo và các yếu tố khác. Vì vậy, khó có thể tách biệt IVF như một yếu tố nguy cơ độc lập.

CHẨN ĐOÁN

Triệu chứng thai ở cổ tử cung khá giống với thai ngoài tử cung ở vòi trứng, gồm đau vùng chậu, có thể một hoặc cả hai hố chậu, đau vai



Hình 1. Các vị trí có thể gặp của thai ngoài tử cung.

Nguồn: <http://ectopic.org.uk/professionals/clinical-features>

A. Đoạn bóng (80%); B. Đoạn eo (12%); C. Loạ vòi (5%);

D. Đoạn kê (2%); E. Trong ổ bụng (< 1%);

F. Buồng trứng (< 1%); G. Cổ tử cung (< 1%).

gáy, xuất huyết âm đạo, tiêu chảy, buồn nôn, nôn, cảm giác hoa mắt, chóng mặt. Triệu chứng chính là xuất huyết âm đạo trong tam cá nguyệt 1, hoặc một số ít trong tam cá nguyệt 2, từ xuất huyết nhẹ, nhỏ giọt đến xuất huyết ồ ạt đe dọa tính mạng. Khám thực thể ghi nhận cổ tử cung hé mở, căng phồng và ứ máu.

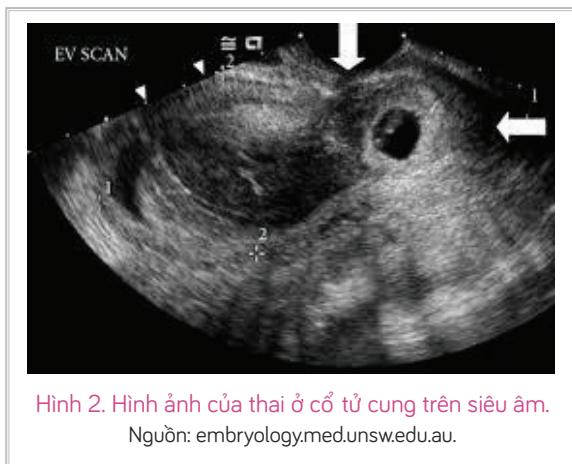
Paalman và McElin đã đề xuất 5 dấu hiệu lâm sàng gợi ý thai ở cổ tử cung, bao gồm: (i) xuất huyết tử cung không kèm đau bụng sau một thời gian vô kinh, (ii) cổ tử cung mềm, phình to bằng hoặc to hơn thân tử cung, (iii) khối nhau – thai nằm trọn trong kênh cổ tử cung và bám chặt vào cổ trong cổ tử cung, (iv) cổ trong cổ tử cung đóng và (v) cổ ngoài cổ tử cung hé mở^[2].

Vì triệu chứng dễ nhầm lẫn với sảy thai, bác sĩ lâm sàng phải luôn nghĩ đến chẩn đoán thai ở cổ tử cung khi tiếp cận một trường hợp có thai kèm xuất huyết âm đạo. Các yếu tố gợi ý bao gồm tiền căn nong – nạo, bất thường cấu trúc tử cung (u xơ tử cung, dính lòng tử cung), tiếp xúc với diethylstilbestrol, ngừa thai bằng dụng cụ tử cung hoặc IVF^[7].

Trước kia, chẩn đoán thai ở cổ tử cung được xác lập qua GPB sau khi cắt tử cung, với 4 tiêu chuẩn của Rubin từ năm 1911^[2], nhưng vẫn còn giá trị đến ngày nay: (i) hiện diện tuyến cổ tử cung tại nơi bám của nhau thai, (ii) nhau thai bám trực tiếp vào cổ tử cung, (iii) vị trí bánh nhau nằm dưới nếp gấp phúc mạc mặt trước và sau tử cung, (iv) không có mô thai hiện diện trong buồng tử cung.

Ngày nay, cùng với bệnh sử và triệu chứng lâm sàng, siêu âm ngả âm đạo đã trở thành công cụ quan trọng, cho phép chẩn đoán sớm thai ở cổ tử cung, ngay cả khi chưa biểu hiện triệu chứng (Hình 2).

Quan sát dưới siêu âm, khối thai hiện diện như một khối máu tụ, đóng tại cổ tử cung. Tử cung có hình dạng đồng hồ cát đặc trưng, buồng tử cung trống, cổ tử cung phình to, hình thùng, có chứa sản phẩm thụ thai. Chẩn đoán lúc này có thể là thai ở cổ tử cung hoặc sảy thai tiến triển. Nếu túi thai chứa phôi có hoạt động tim



Hình 2. Hình ảnh của thai ở cổ tử cung trên siêu âm.
Nguồn: embryology.med.unsw.edu.au.

thai thì có thể thiết lập chẩn đoán. Nếu không thấy hoạt động tim thai thì chưa thể thiết lập chẩn đoán chỉ với siêu âm một lần duy nhất. Lúc này nên theo dõi nhiều lần, nếu thấy hoạt động tim thai hoặc túi thai gia tăng kích thước sẽ làm tăng giá trị chẩn đoán. Trong quá trình theo dõi, túi thai nhỏ dần hoặc biến mất thì có thể là diễn tiến sảy thai hơn là thai ở cổ tử cung^[3]. Có thể chẩn đoán nhầm với một thai trong tử cung làm tổ ở vị trí thấp hoặc sảy thai khó tránh^[7].

Jurkovic và cộng sự đã mô tả 2 dấu hiệu để phân biệt thai ở cổ tử cung với sảy thai tiến triển: (i) “sliding sign”: ấn nhẹ đầu dò âm đạo lên cổ tử cung, gây ra sự trượt của túi thai bên trong cổ tử cung, không có dấu hiệu này gợi ý thai làm tổ ở cổ tử cung; (ii) sự hiện diện của dòng máu xung quanh túi thai trên siêu âm Doppler^[2].

Ngoài ra, có thể sử dụng MRI trong những trường hợp khó khăn.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Các chẩn đoán dễ nhầm lẫn với thai ở cổ tử cung bao gồm: sảy thai, thai trong tử cung đóng ở đoạn eo – cổ tử cung và thai bám sẹo mổ lấy thai. Trong thai bám ở đoạn eo – cổ tử cung, cổ tử cung mở với khối thai nằm gần lỗ trong cổ tử cung. Tiêu chuẩn chẩn đoán thai bám sẹo mổ lấy thai trên siêu âm gồm: buồng tử cung và kênh cổ tử cung trống, túi thai bám ở đoạn dưới thành trước tử cung, cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang rất ít hoặc không có, và túi thai được bao quanh bởi cơ tử cung hoặc mô sẹo.

ĐIỀU TRỊ

Trước kia, cắt tử cung gần như là lựa chọn duy nhất vì tình trạng xuất huyết không kiểm soát. Ngày nay, với sự phát triển của siêu âm, nhiều bệnh nhân thai ở cổ tử cung được chẩn đoán sớm nên không triệu chứng, tình trạng huyết động ổn định, kéo theo xu hướng điều trị bảo tồn ngày càng phổ biến.

Mục tiêu chính của điều trị thai ở cổ tử cung là giảm thiểu nguy cơ xuất huyết ồ ạt và hạn chế cắt tử cung. Trước khi điều trị, bệnh nhân cần được tư vấn về nguy cơ xuất huyết và khả năng phải phẫu thuật. Bên cạnh đó, bác sĩ cần thăm hỏi về dự định sinh sản trong tương lai của bệnh nhân bởi yếu tố này cũng góp phần định hướng phương pháp điều trị.

Một cách tổng quát, điều trị thai ở cổ tử cung gồm 2 nhóm phương pháp: điều trị bảo tồn và điều trị tận gốc. Điều trị bảo tồn gồm có biện pháp nội khoa, biện pháp ngoại khoa hoặc kết hợp. Phương thức điều trị tùy thuộc nhiều yếu tố như: tình trạng huyết động bệnh nhân, tuổi thai, kinh nghiệm phẫu thuật viên và nguồn lực sẵn có. Vì tỷ lệ thai ở cổ tử cung khá hiếm, hiệu quả của các phương pháp điều trị hầu như chỉ được báo cáo qua các nghiên cứu loạt ca nên chưa được khẳng định tuyệt đối. Dù không có tiêu chuẩn rõ ràng để lựa chọn biện pháp nội khoa hay ngoại khoa cho bệnh nhân nhưng nhìn chung, MTX là lựa chọn đầu tay cho những bệnh nhân có huyết động ổn định, và phẫu thuật là bắt buộc đối với bệnh nhân huyết động không ổn định.

Điều trị bảo tồn

Số liệu từ 26 nghiên cứu và báo cáo được công bố từ năm 2000 với 90 trường hợp thai ở cổ tử cung cho thấy tỷ lệ thành công với điều trị bảo tồn (MTX/KCl tại chỗ, MTX toàn thân hoặc hút nạo cổ tử cung) là 95,6%, chỉ 4,4% bệnh nhân phải cắt tử cung. Tuy nhiên, có 21,1% cần thêm biện pháp can thiệp (khâu cổ tử cung, truyền tắc động mạch tử cung hay chèn bóng Foley) để kiểm soát chảy máu^[8].

Điều trị nội khoa

Methotrexate là lựa chọn cho hầu hết các trường hợp thai ở cổ tử cung. Kung và cộng sự ước tính hiệu quả bảo tồn tử cung của MTX đường toàn thân trong điều trị thai ở cổ tử cung với tuổi thai dưới 12 tuần là 91%, bất kể có hoạt động tim thai hay không^[2]. Liều dùng MTX có thể là đơn liều 50 mg/m² (tiêm bắp) hoặc đa liều (1 mg/kg/ngày) xen kẽ với acid folic. Có thai sau điều trị thai ở cổ tử cung với MTX đường toàn thân cũng đã được ghi nhận. Trong trường hợp bệnh nhân ra huyết kéo dài sau điều trị MTX, có thể tiến hành nong nạo cổ tử cung hoặc các biện pháp ngoại khoa khác.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân để điều trị bằng thuốc cũng chưa rõ ràng. Theo một số nghiên cứu từ những năm 1990, MTX ít hiệu quả trong những trường hợp: tuổi thai > 9 tuần, β hCG > 100.000 mUI/ml, có hoạt động tim thai hay CRL > 10 mm^[9]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Hung và cộng sự cũng cho thấy MTX đường toàn thân có hiệu quả khi hCG trong khoảng 125.000 – 135.000 mUI/ml.

Trong những trường hợp đặc biệt kể trên, khi thất bại với MTX đơn liều toàn thân, có thể chuyển sang điều trị MTX đa liều. Nếu không đáp ứng, có thể tiêm MTX hoặc KCl (3 – 5 ml, liều 2 mEq/ml) trực tiếp vào buồng ối hoặc thai nhi dưới hướng dẫn của siêu âm. Tiêm MTX vào buồng ối (có hoặc không kèm KCl) dưới siêu âm cũng có hiệu quả trong trường hợp thai trong tử cung kèm thai ở cổ tử cung, khi bệnh nhân mong muốn giữ thai trong tử cung.

Bên cạnh đó, Shrestha và cộng sự đã tiến hành điều trị MTX đơn liều tiêm bắp kết hợp 50 mg mifepristone đường uống trên 11 ca thai ở cổ tử cung, cho kết quả β hCG giảm nhanh chóng; 3/11 trường hợp được nạo kênh cổ tử cung qua nội soi buồng tử cung sau đó vì cổ tử cung phình to khi quan sát trên siêu âm, phẫu thuật được tiến hành nhanh chóng nhờ cầm máu dễ dàng. Kết hợp mifepristone và MTX có thể tăng tỷ lệ thành công của điều trị bảo tồn thai ở cổ tử cung, giảm liều MTX và giảm mất máu khi hút

nạo^[10]. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào so sánh hiệu quả của MTX kết hợp mifepristone và MTX đơn độc, hơn nữa, hiệu quả của MTX kết hợp mifepristone so với MTX đơn độc trong điều trị thai ngoài tử cung nói chung còn chưa thống nhất.

Ethanol tuyệt đối tiêm tại chỗ mang lại một vài ưu điểm so với liệu pháp MTX tại chỗ: làm giảm nồng độ β hCG nhanh chóng trong vòng 2 giờ sau tiêm do tác động tức thì của ethanol và không có độc tính lên quá trình tạo máu. Do vậy, năm 2018, một nhóm tác giả ở Nhật Bản tiến hành đánh giá hiệu quả của liệu pháp tiêm ethanol tuyệt đối vào khoảng gian gai nhau dưới hướng dẫn siêu âm, với liều từ 2 – 5 mũi trên 16 ca thai ở cổ tử cung và 3 ca thai bám VMC, cho kết quả thành công ở cả 19 trường hợp^[11]. Ngày càng có nhiều nghiên cứu cho thấy ethanol tuyệt đối tiêm tại chỗ là một điều trị hứa hẹn.

Điều trị ngoại khoa bảo tồn

Do nguy cơ xuất huyết ồ ạt, trước khi tiến hành các thủ thuật, phẫu thuật điều trị thai ở cổ tử cung, có thể áp dụng các biện pháp sau đây để làm giảm chảy máu^[2]:

- Tiêm vasopressin vào chất nền ở các vị trí vòng quanh cổ ngoài cổ tử cung bằng kim 1,5 inch 21G, với tổng liều 20 – 30 ml dung dịch 0,5 UI/ml.
- Khâu cổ tử cung: Phương pháp Shirodkar được sử dụng nhiều hơn McDonald do có thể tiếp cận ở vị trí cao hơn trên eo tử cung. Mặc dù lợi thế của khâu cổ tử cung là giúp kiểm soát chảy máu, có thể sử dụng khi có kèm thai trong tử cung, nhưng hiệu quả vẫn còn nhiều tranh cãi.
- Thất nhánh cổ tử cung – âm đạo của động mạch tử cung tại vị trí 3 giờ và 9 giờ ở thành bên cổ tử cung, ngay sát phía dưới vòm âm đạo. Trong vài trường hợp, có thể thắt động mạch tử cung qua ngã âm đạo hoặc nội soi ổ bụng để giảm máu nuôi tới cổ tử cung. Một số trường hợp phức tạp, phẫu thuật viên có thể thắt động mạch hạ vị.
- Thuyên tắc động mạch tử cung: Với các

trường hợp không định sinh thêm con, có thể thuyên tắc động mạch tử cung để giảm chảy máu. Ngoài ra còn có thể tiến hành thuyên tắc động mạch cổ tử cung, động mạch hạ vị.

Hút nạo cổ tử cung

Trước đây, hút nạo cổ tử cung cùng với cắt tử cung là hai điều trị ngoại khoa kinh điển cho thai ở cổ tử cung. Hiện nay, hút nạo cổ tử cung được áp dụng khi thất bại với điều trị nội khoa. Rủi ro lớn nhất của phương pháp này là nguy cơ chảy máu. Vì vậy, hút nạo cổ tử cung thường được kết hợp với đặt bóng chèn, thuyên tắc động mạch tử cung.

Fylstra đã báo cáo điều trị thành công 13 trường hợp thai ở cổ tử cung giai đoạn sớm. Vasopressin được tiêm vào chất nền cổ tử cung, kết hợp khâu eo tử cung. Ông cũng đề xuất phương pháp này cho những thai kỳ ở tam cá nguyệt 1, ngay cả khi có kèm thai trong tử cung. Sau khi nạo cổ tử cung, nếu vị trí nhau bám vẫn còn chảy máu, có thể đặt catheter Foley 26 chứa bóng 30 ml dịch vào kênh cổ tử cung nhằm làm giảm chảy máu. Cố định catheter vào lỗ ngoài cổ tử cung bằng 1 mũi túi để tránh tụt catheter. Sau 24 – 48 giờ, có thể rút dịch từ từ ra khỏi bóng. Ngoài ra có thể sử dụng bóng đôi, trong đó 1 bóng đặt trong buồng tử cung, bóng ngoài đặt trong kênh cổ tử cung^[12].

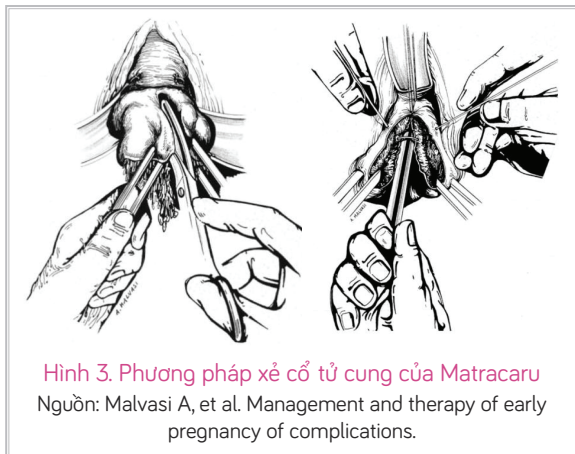
Nội soi buồng tử cung

Ash và Farrel là những người đầu tiên báo cáo điều trị thai ở cổ tử cung bằng phương pháp này. Bằng ưu thế quan sát trực tiếp, phẫu thuật viên có thể lấy sạch mô nhau, mô thai. Có thể kết hợp MTX hoặc nội soi thắt động mạch tử cung để giảm nguy cơ chảy máu. Phương pháp này cũng có thể áp dụng trong trường hợp thai ở cổ tử cung kết hợp thai trong tử cung.

Xẻ cổ tử cung

Mô tả lần đầu bởi Matracaru, xẻ cổ tử cung được áp dụng trong trường hợp chảy máu nhiều từ khối thai: đầu tiên, bóc tách bằng quang ra khỏi cổ tử cung rồi kẹp các mạch máu ở 2 bên; sau đó, xẻ 1 đường dọc ở thành trước cổ tử cung từ lỗ ngoài đến lỗ trong cổ tử cung để bộc lộ khối

thai, lấy sạch khối thai – nhau. Cuối cùng, khâu lại cổ tử cung và tháo kẹp mạch máu. Phương pháp này sau đó được Akutagawa cải tiến, bằng cách thắt nhánh xuống của động mạch tử cung bằng chỉ tan (Hình 3).



Điều trị tận gốc

Cắt tử cung

Cắt tử cung được sử dụng trong trường hợp chảy máu ồ ạt không kiểm soát, khi bệnh nhân không còn dự định mang thai hay khi thất bại với các biện pháp điều trị khác. Trước năm 1980, tỷ lệ cắt tử cung điều trị thai ở cổ tử cung vào khoảng 70%. Ngày nay, tỷ lệ này còn khoảng 5%, và cắt tử cung chỉ dành cho những trường hợp thai ở cổ tử cung phát hiện trễ, thường là vào tam cá nguyệt 2^[2].

Cắt cổ tử cung

Kamoi và cộng sự đã mô tả phương pháp “cắt một phần cổ tử cung” qua ngã bụng bằng cách thắt nhánh xuống của động mạch tử cung, cắt vòng quanh vòm âm đạo và lấy phần cổ tử cung chứa khối thai, sau đó tái tạo lại cổ tử cung và âm đạo. Có thể cân nhắc lựa chọn phương pháp này cho những bệnh nhân trong tình trạng đe dọa nhưng muốn bảo tồn khả năng sinh sản.

Theo dõi sau điều trị

Với điều trị bảo tồn, bệnh nhân cần được theo dõi β hCG và siêu âm kiểm tra sau đó. Không có mối liên quan trực tiếp giữa độ giảm β hCG và sự thoái triển của khối ở cổ tử cung. Nếu β hCG

giảm sau 9 – 17 ngày, khối ở cổ tử cung sẽ thoái triển trong vòng 40 ngày^[2].

Tiên lượng xa

Có thai sau điều trị thai ở cổ tử cung bằng phương pháp nội khoa hay ngoại khoa bảo tồn đều đã được báo cáo. Tuy nhiên, khoảng thời gian tốt nhất để có thai trở lại sau điều trị MTX vẫn chưa rõ ràng. Một vài nghiên cứu ghi nhận MTX vẫn còn tìm thấy trong tế bào sau 8 tháng điều trị đường toàn thân. Nhìn chung, hầu hết các nhà lâm sàng khuyến cáo bệnh nhân không nên có thai lại sau 3 tháng điều trị.

KẾT LUẬN

Tóm lại, tần suất thai ở cổ tử cung ngày càng gia tăng, có lẽ do gia tăng số lượng thai kỳ thành công sau điều trị vô sinh, đặc biệt là IVF. Siêu âm là công cụ có giá trị hỗ trợ thiết lập chẩn đoán trước khi bệnh nhân có triệu chứng. Điều trị thai ở cổ tử cung ngày càng mở rộng theo hướng bảo tồn, phổ biến nhất là điều trị nội khoa với MTX và hút nạo kênh cổ tử cung kết hợp đặt bóng chèn. Cắt tử cung là phương pháp cuối cùng để điều trị cho những bệnh nhân không kiểm soát được tình trạng xuất huyết và thất bại với các phương pháp điều trị khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yankowitz J, Leake J, Huggins G, Gazaway P, Gates E. Cervical ectopic pregnancy: review of the literature and report of a case treated by single-dose methotrexate therapy. *Obstetrical & gynecological survey*. 1990;45(7):405-14.
2. Tulandi T, Gilbert A, Pacheco L, Tinelli A, Malvasi A. Cervical Pregnancy. In: Malvasi A, Tinelli A, Di Renzo G, editors. *Management and therapy of early pregnancy complications*. Springer International Publishing Switzerland; 2016. p.161-179.
3. Benson CB, Doubilet PM. Strategies for conservative treatment of cervical ectopic pregnancy. *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 1996;8(6):371-2.
4. Vela G, Tulandi T. Cervical pregnancy: the importance of early diagnosis and treatment. *Journal of minimally invasive gynecology*. 2007;14(4):481-4.
5. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG. Cervical pregnancy: past and future. *Obstetrical & gynecological survey*. 1997;52(1):45-59.
6. Singh S. Diagnosis and management of cervical ectopic pregnancy. *Journal of human reproductive sciences*. 2013;6(4):273-6.
7. Parker VL, Srinivas M. Non-tubal ectopic pregnancy. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2016;294(1):19-27.
8. Kirk E, Condous G, Haider Z, Syed A, Ojha K, Bourne T. The conservative management of cervical ectopic pregnancies. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2006. 27(4):430-7.
9. Hung H, Ahau Y, Hsieh T, Hsu J, Soong K, Jeng J. Prognostic factors for an unsatisfactory primary methotrexate treatment of cervical pregnancy: a quantitative review. *Hum Reprod* 13:2636-42.
10. Shrestha E, Yang Y, Li X, Zhang Y. Successful conservative management with methotrexate and mifepristone of cervical pregnancy. *J Biomed Res*. 2011. 25(1):71-3.
11. Osada H, Teramoto S, Kajijima H, Segawa T, Miyauchi O, Nagaishi M, Shozu M, Kato K, Gornel V. A novel treatment for cervical and cesarean section scar pregnancies by transvaginal injection of absolute ethanol to trophoblasts: efficacy in 19 cases. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2019. 26(1):129-34.
12. Fylstra DL. Cervical pregnancy: 13 cases treated with suction curettage and balloon tamponade. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210:581e1-5.