



## NHỮNG SAI LẦM TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THAI BẨM SỢ VẾT MỔ CŨ

**PGS. TS. Nguyễn Ngọc Thoa**

*Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TPHCM*

Thai bám sẹo vết mổ cũ đang ngày càng gia tăng trên toàn cầu và không còn là hiếm gặp như trước đây.

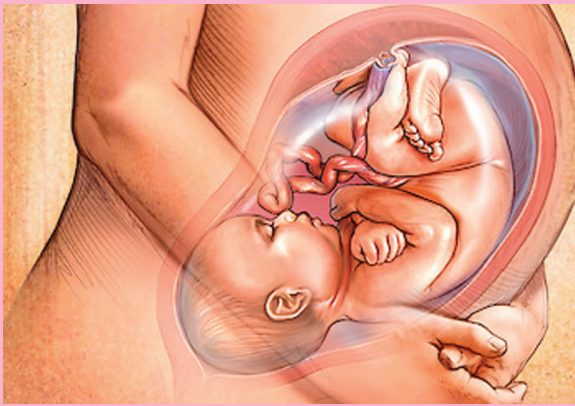
Tỉ lệ mổ lấy thai và các hậu quả của nó ngày càng gia tăng. Một trong các hậu quả của mổ lấy thai là dẫn đến sự làm tổ của thai trong mô xơ của sẹo mổ cũ, và là một dạng đặc biệt, tuy hiếm gặp của thai lạc chỗ. Đôi khi khối thai này ăn sâu vào lớp cơ tử cung sớm tạo nên bệnh cảnh nhau cài răng lược lại càng nguy hiểm hơn.

Thật là khó khăn vì cho đến nay vẫn chưa có đồng thuận nào về cách chẩn đoán cũng như điều trị của hai biến chứng này. Do vậy, chẩn đoán chính xác và điều trị đúng để có hiệu quả vẫn là một thách thức đối với các bác sĩ lâm sàng sản khoa hiện tại.

Khuyh hướng gia tăng thai ở sẹo mổ cũ, còn gọi là thai ngoài tử cung ở sẹo mổ lấy thai (TNTCSMLT) tại Hoa Kỳ được ghi nhận từ năm 1990 đến năm 1999 có 18 báo cáo, từ năm 2000 đến năm 2005 có 48 trường hợp, từ năm 2006 đến năm 2011 có 104 báo cáo (Timor-Tritsch và cs., 2012).

Timor-Tritsch (Tạp chí Sản Phụ khoa Hoa kỳ, 2012) đã tổng hợp được 751 trường hợp TNTCSMLT từ 171 báo cáo trong thời gian từ năm 1990 đến năm 2011 (Timor-Tritsch và cs., 2012).

Tại Việt Nam, năm 2009, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội báo cáo 24 trường hợp thai ở sẹo mổ cũ (DT Thanh Thủy và NH Bạo, 2010). Năm 2010, Bệnh viện Trung ương Huế báo cáo 28 ca. Bệnh viện Từ Dũ năm 2010



báo cáo 183 ca, năm 2011 có 297 ca và 9 tháng đầu năm 2012 là 289 ca (Hà Tố Nguyên, 2012). Bệnh viện Hùng Vương báo cáo 58 trường hợp TNTCSMLT được điều trị bảo tồn trong năm 2012 (Tạ Thị Thanh Thủy và Đỗ Ngọc Xuân Trang, 2013).

## PHÂN LOẠI

Vial Y và cộng sự (2000) chia 2 loại thai ở vết mổ cũ (Vial và cs., 2000):

- Thai đóng ở vị trí vết mổ cũ nhưng có khuynh hướng tiến triển về phía lòng tử cung hoặc kênh cổ tử cung. Ở nhóm này thai có khả năng phát triển đến lúc sinh, tuy nhiên sẽ có nguy cơ đe dọa tính mạng mẹ do xuất huyết ồ ạt nơi nhau bám (loại 1).
- Thai đóng sâu vào sẹo mổ cũ có khuynh hướng phát triển về thanh mạc thành tử cung và có nguy cơ vỡ gây chảy máu trong 3 tháng đầu (loại 2).

Một số tác giả cho rằng sự khác nhau giữa hai loại này rất quan trọng và đều nên chấm dứt thai kỳ sớm để giảm bệnh suất, tử suất do mất máu nhiều và có nguy cơ phải cắt tử cung cao (Herman A và cs., 1995; Maymon R và cs., 2004).

## CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán TNTCSMLT thường khó khăn và rất dễ

nhầm với thai ở buồng tử cung, thai ở cổ tử cung và sẩy thai, do triệu chứng cơ năng và thực thể tương tự nhau: trễ kinh, ra huyết âm đạo, đau bụng,  $\beta$ -hCG (+).

Siêu âm ngả âm đạo với tần số cao là phương tiện chẩn đoán tốt nhất so với siêu âm ngả bụng và chụp cộng hưởng từ.

### Hình ảnh biểu hiện của siêu âm ngả âm đạo

- Buồng tử cung và kênh cổ tử cung trống.
- Phát hiện bánh nhau và/hoặc túi thai ở vết mổ lấy thai cũ.
- Vào giai đoạn sớm của thai kỳ, túi thai có hình tam giác ở vị trí sẹo mổ cũ; từ 8 tuần trở lên, hình dạng túi thai có thể là hình tròn hay bầu dục.
- Túi thai có yolk sac, phôi có hoặc không có tim thai.
- Lớp cơ tử cung ở vùng vết mổ cũ mỏng (1-3mm) hay hoàn toàn biến mất giữa túi thai và bàng quang.
- Tăng tuổi máu ở vị trí vết mổ cũ, có dòng chảy trên Doppler màu của lớp nguyên bào nuôi.
- Không có dấu hiệu trượt (chẩn đoán phân biệt sẩy thai).
- Lỗ trong cổ tử cung đóng, cổ tử cung bình thường (chẩn đoán phân biệt thai ở cổ tử cung).

## NHỮNG SAI LẦM DỄ GẶP TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Thật vậy, cách đây không lâu các sai lầm khi chẩn đoán thai ở vết sẹo mổ cũ cả ở trong và ngoài nước đều chiếm một tỉ lệ không nhỏ (Bảng 1).

Sự nhầm lẫn này thường do thầy thuốc sản khoa và bác sĩ siêu âm đã không chú ý đến vị trí túi thai trong lòng tử cung nên thường nghĩ là sẩy thai đang tiến triển, hoặc không ghi rõ vị trí của túi thai mà chỉ lưu ý đến kích thước của túi thai có hay không có yolk sac hay phôi thai mà thôi.

Để khắc phục sai sót này, thầy thuốc sản khoa khi

Bảng 1

Tác giả đề tài nghiên cứu	Chẩn đoán nhầm là sẩy thai (tỉ lệ)	Chẩn đoán nhầm là thai trong lòng tử cung
Tạ Thị Thanh Thủy và cộng sự (Bệnh viện Hùng Vương, 2012) (Tạ Thị Thanh Thủy và Đỗ Ngọc Xuân Trang, 2013)	7/68 (10,3%)	25/58 (43%)
Timor-Tritsch IE và cộng sự (2012) (Timor-Tritsch và cs., 2012)	107/751 (13,6%)	

khám cho phụ nữ có vết mổ lấy thai cũ có trễ kinh thì nên lưu ý đến thai bám ở sẹo mổ cũ; cần yêu cầu người làm siêu âm xác định rõ vị trí của túi thai, ghi nhận có hay không dấu hiệu trượt của túi thai; và nếu có siêu âm Doppler thì ghi nhận thêm sự tăng tưới máu quanh túi thai tại sẹo mổ cũ ở đoạn eo tử cung.

Một nhầm lẫn khác cũng dễ mắc phải và cần có chẩn đoán chính xác là thai bám ở sẹo mổ cũ hay thai ở cổ tử cung. Có những tiêu chuẩn khác biệt như: lòng tử cung trống, cổ tử cung to do khối thai choán chỗ và tạo thành hình ảnh đồng hồ cát, túi thai nằm dưới lỗ trong cổ tử cung và lỗ trong cổ tử cung đóng. Những thông tin này rất cần ghi đầy đủ từ phiếu chẩn đoán hình ảnh siêu âm ngã âm đạo.

Từ sự nhầm lẫn giữa thai trong lòng tử cung và thai bám ở sẹo mổ cũ đưa đến cách điều trị rất sai lầm gây nguy hiểm chết người hoặc để lại hậu quả nghiêm trọng, ảnh hưởng đến khả năng sinh sản trong tương lai, đặc biệt trên bệnh nhân có sẹo mổ lấy thai.

Như chúng ta đã biết, sau mổ lấy thai dù là 1 hay 2-3 lần, nếu bệnh nhân có thai lại sớm sẽ rất cần nhắc giữ thai hay bỏ thai. Nếu chẩn đoán sai hoặc không làm siêu âm trước khi phá thai nội khoa hay hút thai sẽ gây chảy máu nghiêm trọng từ chỗ nhau bám, thậm chí có thể làm nứt vỡ sẹo mổ tử cung. Nếu tuổi thai lớn hơn đòi hỏi phải hồi sức cấp cứu, truyền máu, thực hiện các phương pháp cầm máu tại chỗ; nếu thất bại phải phẫu thuật cắt bỏ chỗ thai bám, may phục hồi; nếu vẫn

không cầm máu được thì phải cắt tử cung.

Có rất ít trường hợp theo dõi thai bám sẹo mổ cũ đến tam cá nguyệt thứ ba. Chỉ có một báo cáo ghi nhận thai tiến triển đến tuần thứ 35 phải mổ cấp cứu, con sống cân nặng 3.600g và cắt tử cung cấp cứu vì nhau cài răng lược, chảy máu ồ ạt (Maymon R và cs., 2004).

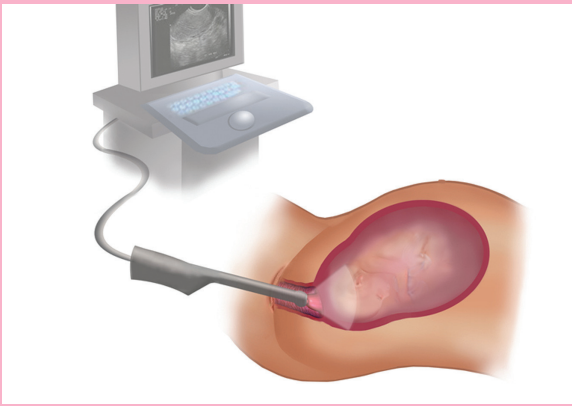
Một điểm cần lưu ý nữa trên hình ảnh siêu âm cần hiện rõ là túi thai có khuynh hướng phát triển vào buồng tử cung (loại 1) hay cắm sâu vào khe hở sẹo mổ lấy thai (loại 2).

Vial cho rằng nếu ở loại (1) thì thai có thể tiến triển đến sinh sống nhưng có nguy cơ xuất huyết ồ ạt nơi nhau bám, còn ở loại (2), thai tiến triển gây vỡ tử cung trong 3 tháng đầu và xuất huyết nặng, đặc biệt nếu có kèm với hút thai kế hoạch (Vial và cs., 2000).

## ĐIỀU TRỊ: NÊN VÀ KHÔNG NÊN

**(1)** Tránh nạo hút lòng tử cung nếu chưa có chẩn đoán chính xác vì sẽ gây chảy máu ồ ạt. Trong trường hợp vẫn phải tiến hành hút nạo thì cần chuẩn bị trước các sản phẩm về máu, hồi sức, có bóng chèn vào tử cung để giảm lượng máu mất.

**(2)** Tránh sử dụng methotrexate liều toàn thân như là một liệu pháp điều trị duy nhất, do có thể phải chờ đợi vài ngày để thuốc làm ngưng tim thai. Đôi khi, trong thời gian chờ đợi, phôi và mạch máu phát triển



thêm làm cho việc điều trị sau đó khó khăn và nguy hiểm hơn cho bệnh nhân.

**(3)** Không nên sử dụng biện pháp thuyên tắc động mạch như lựa chọn đầu tiên, vì thời gian chờ đợi trên sẽ làm trì hoãn việc sử dụng các biện pháp điều trị tích cực khác có hiệu quả giúp tránh phải cắt tử cung. Tuy nhiên, có thể sử dụng hạn chế phương pháp này trong các trường hợp có thông động-tĩnh mạch.

**(4)** Tiêm methotrexate tại chỗ dưới sự hướng dẫn của siêu âm có hoặc không phối hợp với tiêm bắp methotrexate – đang là xu hướng lựa chọn điều trị hiện nay với tỉ lệ thành công cao.

**(5)** Nội soi buồng tử cung cắt bỏ khối thai ở vết mổ cũ. Tuy nhiên, đòi hỏi có trang thiết bị, phẫu thuật viên dày dặn kinh nghiệm mới tránh được thất bại.

**(6)** Phẫu thuật mở bụng lấy khối thai được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán TNTCSMLT, đồng thời kết hợp việc cắt bỏ sẹo cũ để may tái phục hồi lớp cơ. Tuy nhiên, bệnh nhân phải chịu vết mổ dài, nằm viện lâu và thời gian hồi phục sức khỏe chậm. Vì vậy, chỉ định này chỉ có trong một số trường hợp đặc biệt.

**(7)** Trường hợp điều trị nội khoa thì thời gian lành bệnh diễn tiến chậm, trung bình mất khoảng 9 tuần để

$\beta$ -hCG về âm tính và khoảng 3-6 tháng sau đó khối thai mới ly giải hoàn toàn (qua siêu âm ngã âm đạo) và cơ tử cung được hồi phục như cũ (Maymon R và cs., 2004). Đôi khi không thành công, do vậy cần kiên trì theo dõi kỹ để xử trí kịp thời.

## KẾT LUẬN

TNTCSMLT đang ngày càng gia tăng, chẩn đoán dễ nhầm lẫn vì triệu chứng nghèo nàn và không điển hình. Việc chẩn đoán sớm bằng siêu âm ngã âm đạo giúp cho điều trị nhanh chóng thành công. Việc điều trị tùy thuộc tình trạng thai, nhu cầu sinh sản và kinh nghiệm của từng trung tâm điều trị.

Để giảm thiểu TNTCSMLT, chúng ta cần tăng cường theo dõi sản phụ, tìm cơ hội cho sản phụ sinh đẻ tự nhiên, giảm tỉ lệ mổ lấy thai nhằm giảm tai biến nguy hiểm do sẹo mổ lấy thai gây nên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. DT Thanh Thúy, NH Bạo (2010). Nhận xét 24 trường hợp chửa ngoài tử cung trên sẹo mổ lấy thai - điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội 2009. Hội nghị Sản Phụ khoa Việt-Pháp-Châu Á-Thái Bình Dương lần X, 59-63.
2. Hà Tố Nguyên (2012). Thai bám sẹo mổ lấy thai, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược. Chương trình đào tạo liên tục lần thứ 43. Khoa Y, Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TPHCM, tháng 12/2012. Thai ngoài tử cung ở sẹo mổ lấy thai; 20-42.
3. Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneider D and Herman A (2004). Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. Human Reproduction Update; Vol.10, No.6,515-552.
4. Tạ Thị Thanh Thủy, Đỗ Ngọc Xuân Trang (2013). Hội nghị Khoa học thường niên HOSREM lần IX, TPHCM, tháng 11/2013, 237-249.
5. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R et al. (2012). The diagnosis, treatment and follow up of cesarean scar pregnancy. Am J Obstet Gynecol; 207:44. e1-e13.
6. Vial Y, Petignat P and Hohlfeld P (2000). Pregnancy in a cesarean scar. Ultrasound Obstet Gynecol; 16,592-593.