

- 05 Ca lâm sàng liên quan đến nhóm máu Rhesus âm ở phụ nữ có thai
GS. BS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng và cộng sự
- 08 Sẩy thai liên tiếp và các yếu tố liên quan
ThS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 12 Tổng quan về sẩy thai liên tiếp
BS. Trần Thế Hùng
- 15 Tiếp cận và đánh giá cặp vợ chồng sẩy thai tái phát
TS. BS. Lê Thị Thu Hà
- 20 Xét nghiệm tế bào NK và xét nghiệm đông máu trong sẩy thai liên tiếp
BS. Lê Thị Hà Xuyên, BS. Đỗ Đức Dũng
- 24 Cập nhật chẩn đoán và điều trị hội chứng kháng phospholipid trong thai kỳ
BSNT. Đinh Thế Hoàng
- 30 Cập nhật thrombophilia và sẩy thai liên tiếp
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 35 Yếu tố di truyền trong sẩy thai liên tiếp
BS. Tô Mỹ Anh, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 39 Sẩy thai liên tiếp và bất thường nhiễm sắc thể
ThS. BS. Nguyễn Bá Sơn
- 42 Sự phân mảnh DNA tinh trùng và tỷ lệ sẩy thai trong hỗ trợ sinh sản
CN. Nguyễn Thị Thu Thảo,
CNSH. Nguyễn Thị Ngọc Huệ, ThS. Dương Nguyễn Duy Tuyền
- 45 Sẩy thai và nguyên nhân đến từ bố
ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 49 Các đặc tính và thói quen của mẹ làm tăng nguy cơ sẩy thai
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 53 Mối liên quan giữa bệnh lý tuyến giáp và sẩy thai liên tiếp
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 57 Kết cục thai còn lại trong hội chứng “song thai biến mất”
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 61 Tiếp cận và xử trí sẩy thai do hở eo cấp tính bằng phương pháp khâu eo tử cung cấp cứu
BS. Trần Nguyễn Phương An, ThS. BS. Nguyễn Thị Thanh Tâm
- 66 Các hệ thống chẩn đoán vách ngăn tử cung và mối liên quan giữa vách ngăn tử cung với sẩy thai, hiếm muộn
BS. Phạm Thị Phương Anh
- 69 Hội chứng buồng trứng đa nang và sẩy thai
BS. Trần Thị Thu Vân, BS. Lê Long Hồ
- 72 Hội chứng buồng trứng đa nang và sẩy thai, sẩy thai liên tiếp
BS. Võ Văn Cường, BS. Cao Thị Thúy
- 75 Giá trị siêu âm trong chẩn đoán khuyết sọ mở lấy thai và thai bám sọ mở lấy thai
ThS. BS. Đinh Thế Hoàng, ThS. BS. Hồ Minh Tuấn
- 81 Cập nhật về nhiễm COVID-19 ở thai phụ và hướng tiếp cận trường hợp thai phụ nghi nhiễm COVID-19
BS. Nguyễn Thị Ngọc Nhân
- 85 Đa thai trong thụ tinh ống nghiệm: nên mừng hay nên lo?
ThS. Lê Thị Thu Thảo, CN. Phạm Duy Tùng
- 89 Khóc dạ đề (colic)
BS. CKI. Nguyễn Khôi

Journal Club

- 93 Siêu âm sớm và dự đoán thai lưu trong 3 tháng
- 95 Sự chênh lệch kích thước thai nhi trong song thai thời điểm 11 – 13 tuần và kết cục thai kỳ
- 96 So sánh ảnh hưởng của các thuốc tránh thai đường uống lên các chỉ số lâm sàng, sinh hóa trong hội chứng buồng trứng đa nang

❧ Mọi viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 56 – Quý IV/2020
Chủ đề “Thời điểm và các biện pháp chấm dứt thai kỳ”
Vui lòng nộp bài trước 30/8/2020



Y học sinh sản tập 57 – Quý I/2021
Chủ đề “Thai lạc chỗ”
Vui lòng nộp bài trước 30/11/2020

GIÁ TRỊ SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN KHUYẾT SỢ MỔ LẤY THAI VÀ THAI BÁM SỢ MỔ LẤY THAI

ThS. BS. Đinh Thế Hoàng, ThS. BS. Hồ Minh Tuấn

Khoa Y Đại học Quốc gia TP HCM

Sự tăng dần tỷ lệ mổ lấy thai dẫn đến số lượng các trường hợp hở khuyết sọ mổ lấy thai và thai bám sọ mổ lấy thai tăng dần qua từng năm, gây ra nhiều khó khăn cho chẩn đoán và điều trị. Việc chẩn đoán hở khuyết sọ mổ lấy thai cũng như thai bám sọ mổ lấy thai dựa trên sự kết hợp của các triệu chứng lâm sàng và đặc biệt là tầm quan trọng của hình ảnh học như siêu âm thang xám, siêu âm bơm nước lòng tử cung, siêu âm 3D, chụp HSG và MRI.

Mặc dù có nhiều phương tiện trong chẩn đoán khuyết sọ mổ lấy thai và thai bám sọ mổ lấy thai, siêu âm thang xám qua ngã âm đạo vẫn là cận lâm sàng thông dụng nhất vì sự đơn giản, chi phí thấp, tiết kiệm thời gian. Bên cạnh đó ngày càng có nhiều nghiên cứu chứng minh vai trò của siêu âm tương phản lòng tử cung và siêu âm 3D trong hai bệnh lý này. Bài viết mong muốn đem lại cái nhìn tổng quan về giá trị của hình ảnh học siêu âm đối với hai bệnh lý kể trên.

TỔNG QUAN

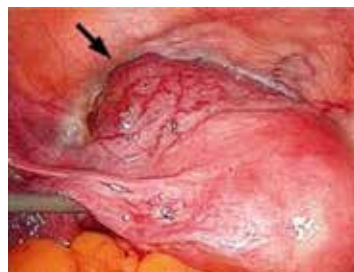
Với sự tăng dần về tỷ lệ mổ lấy thai trên thế giới, khuyết sọ mổ lấy thai (Caesarean scar

defect – CSD) và hệ quả thai bám vết mổ cũ (Caesarean scar pregnancy – CSP) từ đó cũng trở nên phổ biến gây ra rất nhiều khó khăn trong việc chẩn đoán cũng như điều trị. Tại Việt Nam, hằng năm có sự tăng dần số trường hợp CSP nhập viện điều trị tại bệnh viện Từ Dũ, cụ thể năm 2012 có 287 trường hợp tăng lên 827 trường hợp năm 2014 và đạt 1.380 trường hợp vào năm 2017^[3].

Nhiều nghiên cứu đã đưa ra yếu tố nguy cơ của CSD như: mổ lấy thai nhiều lần, tử cung ngả sau, khâu cơ tử cung 1 lớp trong lúc mổ lấy thai và cũng chứng minh được mối liên quan thuận của các yếu tố nguy cơ này với việc hình thành các khuyết sọ lớn gây ra các triệu chứng lâm sàng như xuất huyết tử cung giữa chu kỳ, thống kinh, đau vùng chậu mạn, hiếm muộn. Thực tiễn hiện nay vẫn chưa có tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán và điều trị CSD, chẩn đoán chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng kết hợp với hình ảnh học trên siêu âm 2D, 3D, siêu âm bơm nước buồng tử cung (Saline infusion sonography – SIS), siêu âm bơm gel buồng tử cung (Gel infusion sonography – GIS), chụp HSG, MRI.



Hình 1. Khuyết sọ mổ lấy thai.



Hình 2. Thai bám sọ - Bệnh viện Từ Dũ.

Từ đó lựa chọn phương pháp điều trị theo vấn đề chủ động kết hợp dữ liệu cận lâm sàng, với vai trò đặc biệt quan trọng của siêu âm.

Trong khi đó, mặc dù chưa đủ chứng cứ để khẳng định CSD là nguyên nhân trực tiếp gây ra biến chứng CSP nhưng giả thuyết bệnh sinh của CSP gắn liền với sự xâm lấn khối thai vào vị trí bất toàn của CSD dẫn đến CSP trong 3 tháng đầu và xa hơn là nhau cài răng lược trong 3 tháng cuối thai kỳ. Quản lý CSP trong những năm gần đây đã có nhiều thành quả đáng ghi nhận nhờ tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, đặc biệt là đóng góp của hình ảnh học siêu âm.

VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM TRONG KHUYẾT SẸO MỔ LẤY THAI (CSD)

Có nhiều phương tiện hình ảnh học để đánh giá CSD, được sử dụng chủ yếu nhất vẫn là siêu âm thang xám qua ngã âm đạo vì sự đơn giản, tiết kiệm chi phí, dễ thực hiện, không cần phải chuẩn bị bệnh nhân. Gần đây, càng ngày càng có nhiều nghiên cứu ứng dụng siêu âm 3D, siêu âm tương phản GIS, SIS và MRI để đánh giá CSD trước khi phẫu thuật^[2,5]. Trong khuôn khổ bài báo này chúng tôi đề cập đến vai trò của siêu âm 2D, 3D, siêu âm tương phản trong đánh giá CSD.

Tiêu chuẩn thời gian đánh giá CSD ít nhất 6 tháng và tốt nhất là sau 12 tháng kể từ lúc mổ lấy thai vì quá trình liền sẹo vết mổ cơ tử cung cần ít nhất 3 tháng, để quá trình này hoàn thành cần ít nhất 6 tháng. Van der Voet và cộng sự khảo sát trên siêu âm bề dày lớp cơ (residual myometrium thickness – RMT) tại CSD sau mổ lấy thai 1 năm, cho thấy có giảm RMT ở thời điểm 12 tháng khi so với 2 tháng sau phẫu thuật ($p < 0,05$)^[7]. Vì vậy, để đánh giá đúng nhất CSD cần đáp ứng tiêu chuẩn thời gian sau phẫu thuật. Bên cạnh đó, nên đánh giá trong giai đoạn từ ngày 7 – 14 chu kỳ vì đây là thời gian nội mạc tử cung ưu thế estrogen giúp tăng độ tương phản trong khảo sát, giảm nguy cơ phải sử dụng đến SIS hay GIS, đồng thời có thể đánh giá ứ dịch tại vùng CSD có thể là yếu tố gây ra hiếm muộn.^[2]

Tiêu chuẩn chẩn đoán CSD là sự mất liên tục của cơ tử cung tại vị trí vết mổ cũ ≥ 2 mm xác định bằng siêu âm 2D, 3D hoặc siêu âm SIS hay GIS^[2,4,6].

Siêu âm thang xám ngã âm đạo (TVS)

TVS là khảo sát đầu tay và cơ bản nhất, trong điều kiện nội mạc tử cung tương phản tốt thì chỉ cần TVS là đủ để đánh giá chính xác mà không cần thêm các phương tiện khác. Đồng thuận về đánh giá CSD của tác giả Naji, sau đó là đồng thuận của các chuyên gia châu Âu đã xuất bản guideline hướng dẫn đánh giá CSD một cách cụ thể^[2].

Trên mặt phẳng đứng dọc:

- Độ dày cơ tử cung vùng vết mổ cũ (RMT): đo từ đỉnh của CSD đến bờ ngoài lớp cơ tử cung, không bao gồm mô xơ sẹo. Trong trường hợp có nhánh cần đánh giá RMT mỏng nhất.
- Độ dày cơ tử cung căn bản (Adjacent myometrial thickness – AMT): đo vị trí cơ dày nhất gần CSD.
- Độ rộng: đo tại vị trí đáy CSD, gồm cả nội mạc tử cung.
- Độ sâu: đo từ đáy CSD đến đỉnh CSD, gồm cả nội mạc tử cung.
- Khoảng cách từ đỉnh CSD đến nếp bàng quang âm đạo: không bắt buộc nhưng có thể giúp thêm thông tin cho phẫu thuật viên.
- Khoảng cách từ đỉnh CSD đến lỗ ngoài cổ tử cung: đo đường thẳng song song từ đỉnh CSD đến lỗ ngoài cổ tử cung.
- Nhánh: phần mỏng hơn của nhánh chính, xu hướng đi về phía thanh mạc cơ.
- Phân loại 3 nhóm: CSD đơn giản, CSD đơn giản một nhánh, CSD nhiều nhánh
- Kích thước: CSD lớn khi $RMT < 2,2$ mm trên TVS hoặc $< 2,5$ mm trên SIS hay GIS, và/hoặc tỷ số $RMT/AMT < 0,5$.

Trên mặt phẳng ngang:

- Đánh giá độ rộng của CSD: khoảng cách dài nhất tại đáy CSD, trong trường hợp có nhánh nên đánh giá độ rộng lớn nhất của CSD và độ rộng của nhánh.



Việc đánh giá kích thước RMT và tỷ lệ RMT/AMT rất quan trọng trong thực hành lâm sàng. Nghiên cứu De Vaate, chỉ ra mối liên hệ giữa thể tích CSD và triệu chứng xuất huyết giữa kỳ kinh, ở những bệnh nhân có triệu chứng ra huyết thì thể tích trung bình của CSD lớn hơn những bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng ($P = 0,02$). Ngoài ra, CSD lớn còn là yếu tố nguy cơ của tai biến nứt vỡ tử cung trong thai kỳ sau, nghiên cứu của Osseer cho thấy, tỷ lệ nứt vỡ tử cung trong thai kỳ sau ở nhóm CSD nhỏ chỉ là 5,3% (1/19) trong khi tỷ lệ này trong nhóm CSD lớn là 42,9% (3/7) ($P < 0,05$). Trong điều trị CSD, RMT và tỷ lệ RMT/ATM giúp phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp điều trị, phẫu thuật nội soi buồng tử cung khi RMT > 3 mm để tránh nguy cơ tổn thương bàng quang và phẫu thuật nội soi ổ bụng sửa CSD khi RMT < 3 mm nhằm tăng cường độ dày cơ tử cung, hạn chế nguy cơ tai biến nứt vỡ tử cung ở thai kỳ sau^[4,6]. Hình dạng của CSD rất đa dạng, theo Osseer 83% là hình tam giác, 2% hình tròn và 4% hình oval, 10% không còn lớp RMT và hình dạng phức tạp, vì thế khảo sát các đặc điểm của CSD như chiều sâu, dài, rộng, nhánh, khoảng cách nếp bàng quang âm đạo xác định bản đồ và hình thái CSD, cung cấp thông tin vô cùng hữu ích để phẫu thuật viên phục hồi CSD chính xác nhất.

Siêu âm bơm nước buồng tử cung, bơm gel lòng tử cung

Siêu âm bơm nước buồng tử cung (Saline infusion sonohysterography – SIS) hay bơm gel lòng tử cung (Gel infusion sonohysterography – GIS) sử dụng nước muối hay gel bơm vào lòng tử cung để đánh giá hình thái của CSD nhờ tăng sự tương phản trong buồng tử cung, tỷ lệ phát hiện CSD cao hơn trên những bệnh nhân có vết mổ cũ so với siêu âm thang xám (56% so với 24%), đồng thời dễ dàng mô tả các đặc điểm của CSD, khi so sánh với tiêu chuẩn vàng là nội soi buồng tử cung chẩn đoán SIS có độ nhạy lên đến 86%. Tuy nhiên, chính vì tạo một áp lực dương lên

buồng tử cung nên có thể gây ra sự tăng kích thước giả tạo CSD khi so với TVS, bên cạnh đó thủ thuật đòi hỏi nhiều thời gian hơn, chi phí cao, tăng nguy cơ nhiễm trùng cho người bệnh. Theo đồng thuận của các chuyên gia châu Âu, khuyến cáo không cần làm thêm GIS hay SIS nếu như đã đánh giá đầy đủ CSD bằng TVS, và cũng khẳng định giữa SIS và GIS không có phương pháp nào vượt trội hơn phương pháp còn lại^[2].

Siêu âm 3D

Sự phát triển của công nghệ siêu âm trong thời gian gần đây đã cho các nhà lâm sàng thêm một phương tiện để khảo sát CSD thông qua mô phỏng lòng tử cung bằng công nghệ 3D. Ưu điểm của siêu âm 3D là dựng hình CSD dựa vào 3 chiều ngang, rộng, sâu có thể giúp đánh giá các CSD phức tạp nhiều nhánh thông qua chỉ một mặt cắt dọc giữa tử cung. Các nghiên cứu gần đây vẫn chưa chứng minh được lợi điểm của siêu âm 3D khi tỷ lệ phát hiện CSD thấp hơn SIS và nội soi buồng tử cung. Vì thế trong tương lai, cần thêm nhiều nghiên cứu để chuẩn hóa phương pháp đo đạc và chứng minh vai trò của siêu âm 3D trong bệnh lý CSD.



Hình 6. Hình ảnh CSD trên siêu âm 3D^[4].

VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM TRONG THAI BÁM VẾT MỔ CỬ (CSP)

Siêu âm là công cụ đầu tiên trong chẩn đoán thai ngoài tử cung nói chung và CSP nói riêng, đặc biệt là siêu âm ngã âm đạo. Rotas và cộng sự báo cáo độ nhạy của siêu âm qua ngã âm đạo trong chẩn đoán CSP là 84,6% (KTC 95%, 0,763 – 0,905). Chẩn đoán sớm cung cấp cho bác sĩ sự lựa chọn điều trị thích hợp, từ đó tránh nguy cơ vỡ tử cung và xuất huyết ồ ạt, giúp bảo tồn được tử cung cũng như khả năng sinh sản.

Hầu hết các CSP được chẩn đoán trong những tuần đầu thai kỳ. Hình ảnh cắt dọc theo trục tử cung qua túi thai có thể định vị CSP với độ tin cậy cao. Nhìn chung, siêu âm cho hình ảnh sự lớn lên của CSD và một khối hỗn hợp hay một túi thai bám vào. Do khối thai ăn vào lớp cơ nên có thể quan sát hình ảnh lớp cơ mỏng hơn nằm giữa bàng quang và túi thai, nặng hơn có thể thấy sự mất liên tục ở thành trước đoạn dưới tử cung với hình ảnh túi thai lồi qua khe hở. Sau đây là tiêu chuẩn chẩn đoán trên siêu âm của CSP được nhiều tác giả đồng ý.

- Buồng tử cung rỗng, không tiếp xúc túi thai.
- Thấy rõ ống cổ tử cung rỗng, không 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 phần trước của eo tử cung.
- Không có hoặc thiếu tổ chức cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai.

Jurkovic mô tả thêm một dấu hiệu gọi là “sliding organ sign” âm tính để chẩn đoán phân biệt với túi thai đang sắp nằm ở cổ tử cung. Trong trường hợp CSP, túi thai không có khả năng dịch chuyển khỏi vị trí lỗ trong cổ tử cung, phân biệt bằng cách đè nhẹ đầu dò ngã âm đạo và một tay ép đáy tử cung. Tuy nhiên có tác giả không nhất trí với phương pháp này vì có thể gây chảy máu, thậm chí có thể vỡ tử cung đối với những trường hợp dọa vỡ tử cung. Có tác giả đề nghị

phối hợp thêm siêu âm bụng để có một cái nhìn “toàn cảnh” về tử cung. Đồng thời, việc quan sát cơ tử cung với bàng quang đầy cũng cho phép đánh giá chính xác hơn về khoảng cách giữa bàng quang và túi thai.

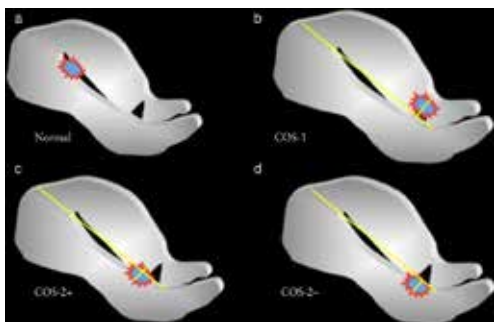
Khái niệm mới trong hình ảnh siêu âm tam cá nguyệt đầu của CSP là crossover sign (COS)^[1]. Trong mặt cắt dọc giữa của siêu âm tử cung, so sánh đường thẳng nối từ lỗ trong cổ tử cung đến đáy tử cung chứa nội mạc tử cung và đường kính trước sau túi thai:

- COS 1: túi thai xâm lấn vào CSD và mặt trước cơ tử cung, lớn hơn $\frac{2}{3}$ đường kính trước sau túi thai nằm phía trên đường nối nội mạc
- COS 2: túi thai xâm lấn vào CSD và mặt trước cơ tử cung, nhỏ hơn $\frac{2}{3}$ đường kính trước sau túi thai nằm phía trên đường nối nội mạc.

Trong đó, lại chia ra:

- 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.

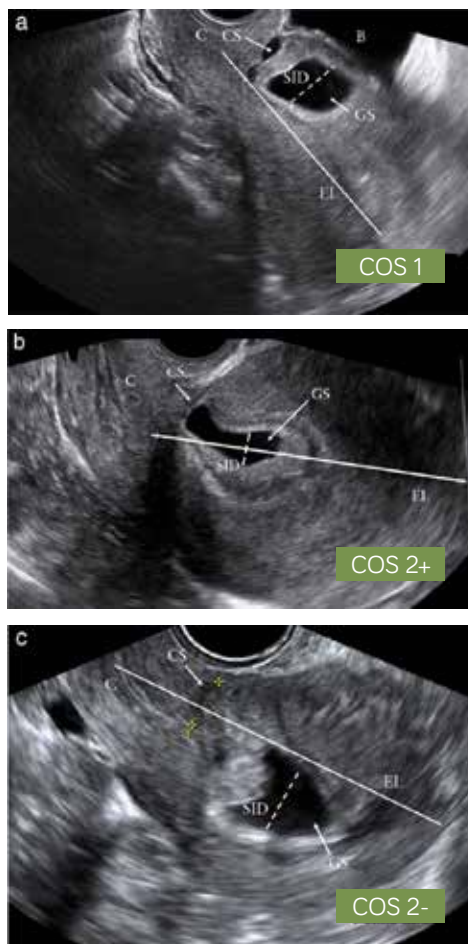
Vai trò tiên lượng của COS đối với điều trị CSP ngày càng được chứng minh, hình ảnh COS 1 là yếu tố tiên lượng xấu cho điều trị. Nghiên cứu bệnh chứng của Đinh Thế Hoàng, trên 161 trường hợp CSP < 8 tuần điều trị bằng phương pháp đặt foley kết hợp hút thai, hình ảnh COS 1 chiếm 67,7%, COS 2 chiếm 32,3% với 26,1% COS 2+ và 6,2% COS 2-. Hình ảnh COS 2± tăng cơ hội điều trị thành công 4,914



Hình 7. Mô phỏng mối liên hệ giữa túi thai ngoài tử cung, sẹo mổ cũ và nội mạc mặt trước thân tử cung trong dấu hiệu COS trên siêu âm.

lần (KTC 95%; 1,790 – 13,487), đồng thời với những trường hợp thất bại phải can thiệp ngoại khoa, COS 2 giảm thời gian phẫu thuật ($p = 0,034$), giảm lượng máu mất ($p = 0,017$) so với các trường hợp có hình ảnh COS 1^[3]. Theo Cali và cộng sự, COS 1 làm tăng nguy cơ diễn tiến thành nhau cài răng lược thể percreta lên 6,67 lần ($OR = 6,67$; $p = 0,001$) so với COS 2 khi theo dõi CSP đến 3 tháng cuối thai kỳ, bên cạnh đó tăng thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, số đơn vị máu phải truyền khi phẫu thuật những trường hợp nhau cài răng lược này ($P < 0,05$).

Siêu âm Doppler màu và Doppler ba chiều có thể gia tăng khả năng chẩn đoán của siêu âm ngà



Hình 8. Hình ảnh trên siêu âm các thể của COS trong CSP. (a) COS 1; (b) COS 2+; (c) COS 2-. Với B: bàng quang, C: cổ tử cung, CS: sẹo mổ lấy thai cũ, EL: đường nội mạc tử cung, GS: túi thai, SID: đường kính trước sau túi thai.

âm đạo bằng việc đánh giá lưu lượng dòng máu, kháng lực và chỉ số mạch đập của mạch máu quanh túi phôi. Tiềm lợi của siêu âm Doppler là phân biệt giữa CSP với thai sẩy xuống đoạn eo tử cung: túi thai sống không biến dạng cũng không bị xẹp như hình ảnh sẩy thai. Hình ảnh vỡ mạch chứng tỏ thai sẩy xuống đoạn eo (do đã bị bóc tách khỏi chỗ bám). Ngược lại, CSP sẽ có hình ảnh tưới máu tốt, tốc độ dòng chảy quanh khối nhau thường có trở kháng thấp. Vận tốc dòng máu nhanh và kháng lực thấp quanh khối nhau ở SMLT tương đối ổn định trong giai đoạn sớm của thai kỳ. Trong siêu âm Doppler mạch đập, lưu lượng dạng sóng vận tốc cao (tốc độ đỉnh > 20 cm/s) và kháng lực thấp (chỉ số < 1) đã được báo cáo trong các trường hợp CSP. Theo tác giả Đinh Thế Hoàng, tăng sinh mạch máu nhiều trên siêu âm góp phần làm tăng nguy cơ thất bại của foley kết hợp hút thai lên 24,75 lần so với nhóm không tăng sinh mạch máu ($p = 0,005$), có thể thấy rằng siêu âm không có sự tăng sinh mạch máu thể hiện tình trạng CSP đang dần thoái triển. Mặt khác, khi có tăng sinh mạch máu nhiều, tức thai đang trong quá trình phát triển, tăng sinh, nguy cơ chảy máu khiến việc điều trị dễ thất bại. Một yếu tố khác cũng

giúp tiên lượng điều trị là thể tích CSP, thể tích > 4 cm³ tăng nguy cơ thất bại 3,78 lần ($P < 0,05$) [3].

KẾT LUẬN

Siêu âm đóng vai trò không thể thiếu trong chẩn đoán, tiên lượng điều trị CSD và CSP. Giá trị đo đặc trên CSD như RMT, AMT, tỷ số RMT/AMT, độ rộng, dài, sâu cũng như phân nhánh đóng góp rất lớn trong lựa chọn phương pháp phẫu thuật, dự hậu thai kỳ kế tiếp. Các khái niệm mới trên siêu âm CSP như COS, tăng sinh mạch máu trên Doppler, thể tích khối thai là những chỉ dấu tiên lượng quan trọng cho quản lý CSP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. G Cali, F Forlani, G Minneci et al. Natural history of Cesarean scar pregnancy on prenatal ultrasound: the crossover sign. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017; 50: 100-104.
2. Jordans IPM, de Leeuw RA, Stegwee SI et al. Sonographic examination of uterine niche in non-pregnant women: a modified Delphi procedure. *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology.* 2019; 53 (1), 107-115.
3. Đinh Thế Hoàng. Các yếu tố liên quan đến điều trị thai dưới 8 tuần bám sẹo mổ lấy thai bằng phương pháp Foley kết hợp hút thai. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược TPHCM. 2019.
4. El Agwany AS. Gynecological and postpartum ultrasonography of cesarean uterine scar defects: a pictorial essay. *J Ultrasound.* 2019.
5. Franchini Mario, Florio Pasquale, Gubbini Giampietro. Surgical Management of Cesarean Scar Defect in Restoring Fertility. 208; 409-419.
6. Rosa F, Perugin G, Schettini D, et al. Imaging findings of cesarean delivery complications: cesarean scar disease and much more", *Insights Imaging.* 2019; 10(1): 98.
7. van der Voet LF, Jordans IPM, Brolmann HAM et al. Changes in the Uterine Scar during the First Year after a Caesarean Section: A Prospective Longitudinal Study. *Gynecol Obstet Invest.* 2018; 83(2): 164-170.

Mời viết bài nội san Y học sinh sản tập 56

Hạn chót nhận bài cho tập 56 là 30 . 8 . 2020

Chủ đề chính **Thời điểm**
và các biện pháp CHẤM DỨT
THAI KỲ

