

CÁC TIỀN BỘ CỦA SIÊU ÂM VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TRONG SẢN PHỤ KHOA

- 04 Tiếp cận siêu âm hình thái học thai nhi ở tam cá nguyệt thứ nhất  
BS. Võ Tá Sơn
- 12 Siêu âm tầm soát dị tật quý I thai kỳ  
BS. Huỳnh Chính, BS. Nguyễn Việt Hùng, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 19 Siêu âm bất thường thai trước 11 tuần  
BS. Nguyễn Hải Đăng, BS. Võ Tá Sơn
- 27 Thai chậm tăng trưởng trong tử cung: những quan điểm và đồng thuận mới  
BS. CKI Lâm Thị Ngọc Ánh, BS. CKI Nguyễn Anh Duy, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 35 Cơ chế điều hòa mạch máu và siêu âm doppler ở thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung  
BS. CKI Trần Thị Minh Châu
- 40 Vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán bất thường não thai nhi  
BS. Nguyễn Thị Thu Trang, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 49 Vai trò của siêu âm trong chẩn đoán Alpha Thalassemia  
BS. CKI Trần Thế Hùng
- 52 Chẩn đoán trước sinh tật cằm nhỏ  
BS. Tôn Thanh Tâm, BS. Võ Tá Sơn
- 57 Dấu hiệu “đường xếp chồng” (superimposed line sign – SLS) – một dấu hiệu siêu âm mới giúp chẩn đoán sớm chẻ vòm khẩu cái ở thai  
BS. CKI Lê Phước Hóa
- 59 Lựa chọn mô hình sàng lọc hội chứng Down trong giai đoạn chuyển giao NIPT  
BS. Nguyễn Hoàng Long, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 65 Vai trò của siêu âm trong chuyển dạ  
BS. Nguyễn Thị Tuyết Hà, ThS. BS. Hà Tố Nguyên
- 70 Giá trị của siêu âm nhũ 3D tự động ABVS so với siêu âm nhũ 2D trong phát hiện bất thường tuyến vú tại Bệnh viện Phụ nữ TP Đà Nẵng  
ThS. BS. Bùi Thị Như Quỳnh, ThS. BS. Võ Xuân Phúc, ThS. BS. Nguyễn Thị Thùy Trang
- 74 Siêu âm khảo sát khuyết sọ mở lấy thai theo đồng thuận Dephi 2019  
BS. CKI Lê Tiểu My
- 78 Vai trò của siêu âm trong chẩn đoán u xơ tử cung và bệnh tuyến cơ tử cung  
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 84 Cập nhật một số cơ chế bệnh sinh tiền sản giật  
TS. BS. Trương Thị Linh Giang
- 89 U xơ cơ tử cung và thai kỳ  
BS. Tô Mỹ Anh, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 92 Cập nhật bệnh lý cổ tử cung liên quan đến chức năng sinh sản  
Hồ Ngọc Lan Nhi, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 96 Sử dụng thuốc lá điện tử và sức khỏe sinh sản  
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 100 Đáp án ca lâm sàng liên quan đến nhóm máu Rhesus âm ở phụ nữ có thai  
Nhóm bác sĩ bệnh viện Mỹ Đức / GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng

Journal Club

- 103 Tiếp cận xử trí thai chết lưu (Đồng thuận của Hội Sản Phụ khoa Mỹ)
- 106 Ối vỡ trước chuyển dạ (Khuyến cáo thực hành của Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ)
- 108 Cập nhật Cytomegalovirus và thai kỳ từ Hướng dẫn của ISUOG 2020

Mời viết bài Y học sinh sản



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



Y học sinh sản tập 58 – Quý II/2021  
Chủ đề “Thai kỳ và các bệnh lý nội tiết, chuyển hóa”  
Vui lòng nộp bài trước 28/02/2021

Hội viên liên kết  
Bạch kim năm 2020



Hội viên liên kết  
Vàng năm 2020



# U XƠ CƠ TỬ CUNG VÀ THAI KỲ

BS. Tô Mỹ Anh, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến

Bệnh viện Mỹ Đức

## DỊCH TỄ

U xơ cơ tử cung là loại u lành tính thường gặp ở phụ nữ. Ước tính 20 – 50% phụ nữ > 30 tuổi và 70% phụ nữ 50 tuổi được chẩn đoán có u xơ cơ tử cung<sup>[1]</sup>. Ở phụ nữ mang thai, tỷ lệ có ít nhất 1 khối u kích thước từ 2 cm trở lên, chẩn đoán bằng siêu âm 3 tháng đầu, được Shannon và cộng sự báo cáo trong một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu (n = 4.271) là 10,7%. Yếu tố nguy cơ của u xơ cơ tử cung là chủng tộc (phụ nữ Nam Á, châu Phi và vùng Trung Đông có nguy cơ cao hơn các chủng tộc khác) và tuổi mẹ cao<sup>[2]</sup>. Các yếu tố bảo vệ giảm nguy cơ u xơ cơ tử cung được ghi nhận bao gồm tuổi dậy thì trễ, chu kỳ kinh dài, sinh con nhiều lần, thời gian cho con bú kéo dài, dù tính đại diện của dữ liệu chưa cao<sup>[3]</sup>.

Mối liên quan của u xơ cơ tử cung và thai kỳ là vấn đề rất được các bác sĩ lâm sàng và bệnh nhân quan tâm. Mang thai có làm tăng kích thước u xơ hoặc gây biến chứng? U xơ có làm tăng nguy cơ biến chứng thai kỳ? Theo dõi thai kỳ có u xơ cơ tử cung như thế nào? Đó là những thắc mắc thường gặp trong thực hành. Bài viết tổng hợp và hệ thống những chứng cứ y học góp phần trả lời những câu hỏi này.

## THAY ĐỔI CỦA U XƠ CƠ TỬ CUNG TRONG THAI KỲ

Những yếu tố của thai kỳ gây ảnh hưởng đến kích thước và tính chất u xơ cơ tử cung bao gồm sự thay đổi nồng độ estrogen và progesterone, lượng máu đến tử cung và nồng độ của hCG.

Về kích thước, khối u xơ tăng giảm kích thước khác nhau tùy giai đoạn thai kỳ và vị trí khối u. Henry và cộng sự ghi nhận kích thước

u xơ tăng trung bình  $54,5\% \pm 75,9\%$ , ( $p = 0,007$ ) từ tam cá nguyệt I sang tam cá nguyệt II, và có xu hướng tăng ít hơn từ tam cá nguyệt II sang tam cá nguyệt III ( $17,9\% \pm 59,7\%$ ). Tác giả cũng nhận thấy u xơ ở cổ tử cung tăng kích thước nhanh so với các vị trí khác<sup>[4]</sup>. Các u xơ cơ tử cung to (đường kính > 5 cm) có xu hướng tăng kích thước, các u xơ cơ tử cung nhỏ thường ổn định trong thai kỳ<sup>[5]</sup>. Sau sinh, 36% phụ nữ có u xơ cơ tử cung chẩn đoán trong tam cá nguyệt I sẽ thoái triển hoàn toàn và 79% vẫn còn u xơ cơ tử cung nhưng kích thước giảm<sup>[6]</sup>.

Về tính chất, u xơ có thể thoái hóa hoặc xoắn và gây triệu chứng. Đau là triệu chứng phổ biến nhất của u xơ cơ tử cung trong thai kỳ. Triệu chứng này thường gặp hơn ở u có đường kính trên 5 cm và xảy ra trong tam cá nguyệt II và III<sup>[11]</sup>. Đau thường liên quan chủ yếu do sự thoái hóa của u hoặc trong một số ít trường hợp là do xoắn u xơ cơ tử cung có cuống. Sự phát triển nhanh chóng của u dẫn tới sự giảm tưới máu, gây thiếu máu và hoại tử, đồng thời tiết prostaglandin gây đau. U xơ cơ tử cung to nhanh cũng có thể gây các triệu chứng chèn ép đường niệu hoặc tiêu hóa gây bí tiểu hoặc táo bón.

## BIẾN CHỨNG THAI KỲ Ở PHỤ NỮ CÓ U XƠ CƠ TỬ CUNG

Dữ liệu về biến chứng thai kỳ có u xơ cơ tử cung được báo cáo trong nhiều nghiên cứu khá đa dạng và không tương đồng về thiết kế, đặc điểm đối tượng, kích thước cũng như vị trí khối u. Các biến chứng thai kỳ được xem có liên quan với u xơ được trình bày bên dưới.

### Sẩy thai

Tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Pritts và cộng sự cũng ghi nhận u xơ bất kỳ vị trí nào đều có liên quan đến việc tăng nguy cơ sẩy thai là 1,7 (KTC 95%, 1,4 – 2,1)<sup>[7]</sup>. Phân tích này bao gồm cả những phụ nữ có thai từ kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Dữ liệu về nguy cơ sẩy thai riêng ở phụ nữ có u xơ dưới niêm mạc hiện còn hạn chế. Nghiên cứu của Sotirios và cộng sự báo cáo tỷ lệ có u xơ cơ tử cung dưới niêm là 2,6% trong 966 phụ nữ sẩy thai liên tiếp và phẫu thuật cắt bỏ u xơ cơ tử cung giảm nguy cơ sẩy thai từ 21,7% xuống còn 0% ( $P < 0,05$ )<sup>[8]</sup>.

### Sinh non

Sự giảm hoạt tính của oxytocinase trong u xơ cơ tử cung, dẫn đến sự tăng oxytocin khu trú và có thể gây cơn co tử cung sớm trong chuyển dạ sinh non. Bằng chứng lâm sàng về mối liên quan của u xơ cơ tử cung và nguy cơ sinh non hoặc ối vỡ trước chuyển dạ non tháng vẫn chưa rõ ràng. Tỷ lệ sinh non tăng trong nhóm có u xơ cơ tử cung nhưng không có ý nghĩa thống kê, và được cho là có liên quan đến kích thước u ( $> 3 - 6$  cm) và vị trí u ở sau nhau. Tác giả Shavell và cộng sự khi so sánh kết cục thai giữa 3 nhóm không có u xơ, nhóm có u xơ nhỏ  $\leq 5$  cm và nhóm có u xơ  $> 5$  cm ghi nhận có sự tăng có ý nghĩa thống kê tỷ lệ cổ tử cung ngắn, ối vỡ trước chuyển dạ, sinh non trong nhóm có u xơ. Hạn chế của nghiên cứu là thiết kế hồi cứu và cỡ mẫu nhỏ ( $n = 95$ )<sup>[9]</sup>.

### Bất thường bánh nhau và ngôi thai

U xơ cơ tử cung làm giảm việc tưới máu cho bánh nhau dẫn đến thiếu máu nhau và hoại tử màng ối, khiến nhau dễ bong non. Tỷ lệ nhau bong non ở thai phụ có u xơ cơ tử cung tăng gấp 3 lần so với nhóm không có (OR 3,2, KTC 95%, 2,6 – 4,0). U xơ cơ tử cung dưới niêm, nằm sát bánh nhau và thể tích u  $> 200$  mL (đường kính tương đương 7 – 8 cm) là những yếu tố làm tăng nguy cơ nhau bong non. U xơ cơ tử cung có thể làm tăng gấp đôi nguy cơ của nhau tiền đạo, ngay cả khi đã hiệu chỉnh cho tiền căn mổ lấy thai trước đó<sup>[10]</sup>.

Ngôi thai bất thường được lý giải do vị trí u xơ tiền đạo, u xơ dưới niêm gây biến dạng lòng tử cung hoặc do nhau tiền đạo đi kèm. Một nghiên cứu đoàn hệ trên 72.000 thai kỳ đơn thai cho thấy tỷ lệ ngôi mông lúc sinh cao hơn ở thai phụ có u xơ cơ tử cung (5,3% so với 3,1% (OR hiệu chỉnh 1,5, KTC 95%, 1,3 – 1,9))<sup>[11]</sup>.

### Tăng nguy cơ mổ lấy thai và lượng máu mất sau sinh

Thai phụ có u xơ cơ tử cung có nguy cơ mổ lấy thai cao do bản thân u nằm vị trí tiền đạo, cản trở đường ra của thai theo ngã âm đạo hoặc do các yếu tố bất thường kèm theo như ngôi bất thường, rối loạn cơn gò, nhau tiền đạo, nhau bong non. Một tổng quan hệ thống cho thấy nguy cơ mổ lấy thai ở phụ nữ có u xơ tăng gấp 3,7 lần so với nhóm không có u xơ, sau khi phân tích loại trừ các biến gây nhiễu như tuổi mẹ, cân nặng, dân tộc, tuổi thai, giảm đau sản khoa và khởi phát chuyển dạ. Các tác giả này cũng đã báo cáo tỷ lệ băng huyết sau sinh là 2,5% ở phụ nữ có u xơ và 1,4% ở người không có u xơ<sup>[10]</sup>.

### THEO DÕI THAI KỲ CÓ U XƠ CƠ TỬ CUNG

Hầu hết u xơ cơ tử cung không gây triệu chứng trong thai kỳ nên việc điều trị đặc trị khối u là không cần thiết. Siêu âm khảo sát kích thước, số lượng và vị trí u xơ cần được thực hiện sớm trong tam cá nguyệt I nhằm định hướng việc theo dõi và tư vấn cho thai phụ. Siêu âm định kỳ trong thai kỳ, có thể kết hợp chụp cộng hưởng từ (MRI), giúp phát hiện những khối u to nhanh, nghi ngờ ác tính, dù biến chứng này rất hiếm.

### Điều trị triệu chứng đi kèm

Cần dự phòng và điều trị thiếu máu trước sinh để giảm nguy cơ xuất huyết nặng và khả năng cần phải truyền máu. Điều trị giảm đau ở khối u có triệu chứng, trong hầu hết các trường hợp, acetaminophen là thuốc được lựa chọn. Các thuốc giảm đau nhóm opioid cũng có thể sử dụng an toàn trong thai kỳ. Ngoài ra, có thể sử dụng các thuốc kháng viêm không steroid

(NSAIDs) như ibuprofen hay indomethacin trong một khoảng thời gian nhất định (mỗi 6 giờ trong 48 giờ) nếu điều trị ban đầu không đáp ứng. Tuy nhiên, chỉ nên sử dụng NSAID cho thai dưới 32 tuần vì nguy cơ làm đóng sớm ống động mạch, tăng áp phổi sơ sinh, đa ối, rối loạn chức năng tiểu cầu ở trẻ sơ sinh.

### Phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung trong thai kỳ

Phẫu thuật bóc u xơ cơ tử cung trong thai kỳ tăng nguy cơ biến chứng như xuất huyết, vỡ tử cung, mất thai, sinh non, do vậy can thiệp này không được khuyến cáo, trừ trường hợp không thể trì hoãn. Trường hợp u xơ cơ tử cung gây đau không đáp ứng điều trị nội khoa do u thoái hóa, u lớn phát triển nhanh, u có cuống bị xoắn, có thể cân nhắc bóc u xơ cơ tử cung trong thai kỳ trên cơ sở tư vấn chi tiết các biến chứng cho thai phụ. Thời điểm phù hợp nhất để mổ bóc u là trong tam cá nguyệt I và II<sup>[12]</sup>. Trong khi mổ lấy thai, có thể cân nhắc bóc u xơ nếu u nằm trên đường rạch cơ tử cung.

### Chăm dứt thai kỳ

U xơ cơ tử cung không phải là chỉ định mổ lấy thai và hầu hết các thai phụ có u xơ cơ tử cung có thể được theo dõi sinh ngã âm đạo một cách an toàn. Mổ lấy thai có thể được cân nhắc nếu u xơ cơ tử cung gây cản trở đường xuống của thai do u xơ cơ tử cung to hoặc u xơ cơ tử cung nằm ở đoạn dưới tử cung, u xơ cơ tử cung nằm giữa phần ngôi thai trình diện và cổ tử cung. U xơ cơ tử cung nằm thấp ở đoạn dưới cũng có thể làm tăng tỷ lệ sót nhau.

### KẾT LUẬN

U xơ cơ tử cung là loại u phụ khoa phổ biến nhất trong thai kỳ, thường lành tính và ít gây các triệu chứng. Yếu tố thay đổi nội tiết và cấu trúc giải phẫu của thai phụ có thể tác động lên khối u như làm tăng kích thước và gây biến chứng. U xơ cơ tử cung to, ở vị trí dưới niêm, sau nhau hoặc tiền đạo là yếu tố nguy cơ biến chứng thai kỳ như: sẩy thai, nhau bong non, nhau tiền đạo, ngôi bất thường, tăng tỷ lệ mổ lấy thai. Thai phụ

có u xơ cơ tử cung cần được khảo sát đặc điểm u, tư vấn về tiên lượng biến chứng và kế hoạch theo dõi thai kỳ sớm. Phương thức theo dõi và chăm sóc nên cá thể hóa trong từng thai kỳ kèm u xơ cơ tử cung.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bulun SE. Uterine Fibroids. Longo DL, editor. N Engl J Med. 2013 Oct 3;369(14):1344-55.
2. Laughlin SK, Baird DD, Savitz DA, Herring AH, Hartmann KE. Prevalence of uterine leiomyomas in the first trimester of pregnancy: an ultrasound-screening study. *Obstet Gynecol.* 2009 Mar;113(3):630-5.
3. Terry KL, De Vivo I, Hankinson SE, Missmer SA. Reproductive characteristics and risk of uterine leiomyomata. *Fertil Steril.* 2010 Dec;94(7):2703-7.
4. Chill HH, Karavani G, Rachmani T, Dior U, Tadmor O, Shushan A. Growth pattern of uterine leiomyoma along pregnancy. *BMC Womens Health.* 2019 Jul 22;19(1):100.
5. Strobelt N, Ghidini A, Cavallone M, Pensabene J, Ceruti P, Vergani P. Natural history of uterine leiomyomas in pregnancy. *J Ultrasound Med Off J Am Inst Ultrasound Med.* 1994 May;13(5):399-401.
6. Laughlin SK, Herring AH, Savitz DA, Olshan AF, Fielding JR, Hartmann KE, et al. Pregnancy-related fibroid reduction. *Fertil Steril.* 2010 Nov;94(6):2421-3.
7. Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertil Steril.* 2009 Apr;91(4):1215-23.
8. Saravelos SH, Yan J, Rehmani H, Li T-C. The prevalence and impact of fibroids and their treatment on the outcome of pregnancy in women with recurrent miscarriage. *Hum Reprod.* 2011;26(12):3274-9.
9. Shavell VI, Thakur M, Sawant A, Kruger ML, Jones TB, Singh M, et al. Adverse obstetric outcomes associated with sonographically identified large uterine fibroids. *Fertil Steril.* 2012 Jan 1;97(1):107-10.
10. Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Apr 1;198(4):357-66.
11. Stout MJ, Odibo AO, Graseck AS, Macones GA, Crane JP, Cahill AG. Leiomyomas at routine second-trimester ultrasound examination and adverse obstetric outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010 Nov;116(5):1056-63.
12. De Carolis S, Fatigante G, Ferrazzani S, Trivellini C, De Santis L, Mancuso S, et al. Uterine myomectomy in pregnant women. *Fetal Diagn Ther.* 2001 Apr;16(2):116-9.



## MỜI GỬI BÀI VIẾT ĐĂNG TẠP CHÍ PHỤ SẢN

Tổng Biên tập: GS. TS. Cao Ngọc Thành

Phó Tổng Biên tập:

– PGS. TS. Nguyễn Vũ Quốc Huy

– ThS. BS. Hồ Mạnh Tường

Tổng thư ký tòa soạn: PGS. TS. Lê Minh Tâm



Thẻ lệ đăng bài

Bộ môn Phụ Sản - Trường Đại học Y Dược Huế

Số 6 Ngô Quyền, TP. Huế,

Điện thoại: 0234.626 9696, Fax: 0234. 3826269

Email: tapchiphusan.vn@gmail.com

Website: <https://vjog.vn/>