

# CHÍT HẸP CỔ TỬ CUNG: TỪ CƠ CHẾ BỆNH SINH ĐẾN QUẢN LÝ LÂM SÀNG

ThS. BS. Châu Thị Thúy<sup>1</sup>, ThS. BS. Nguyễn Khánh Duy<sup>1</sup>  
và ThS. BS. Đinh Thế Hoàng<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP HCM; <sup>2</sup>Đại học Quốc gia TP HCM

## TÓM TẮT

Chít hẹp cổ tử cung là một thuật ngữ diễn tả tình trạng cổ tử cung tại vị trí kênh, lỗ ngoài hoặc lỗ trong bị hẹp một phần hoặc hoàn toàn. Nguyên nhân có thể do bẩm sinh hoặc mắc phải, trong đó nguyên nhân hàng đầu là khoét chóp cổ tử cung. Tình trạng chít hẹp gây ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng sống của người phụ nữ với triệu chứng vô kinh thứ phát, thống kinh, lạc nội mạc tử cung, hiếm muộn hay tử cung ứ máu. Chít hẹp cổ tử cung là nguyên nhân hàng đầu gây thất bại của các can thiệp buồng tử cung như nội soi buồng tử cung, hỗ trợ sinh sản, nạo sinh thiết,... Hiện tại chưa có bất kỳ hiệp hội nào đưa ra đồng thuận về chẩn đoán cũng như khuyến cáo điều trị đối với tình trạng này. Nội dung của bài viết dưới đây nhằm giới thiệu một cách tổng quan về chít hẹp cổ tử cung cũng như đề cập các phương pháp điều trị từ trước tới nay và hiệu quả của chúng.

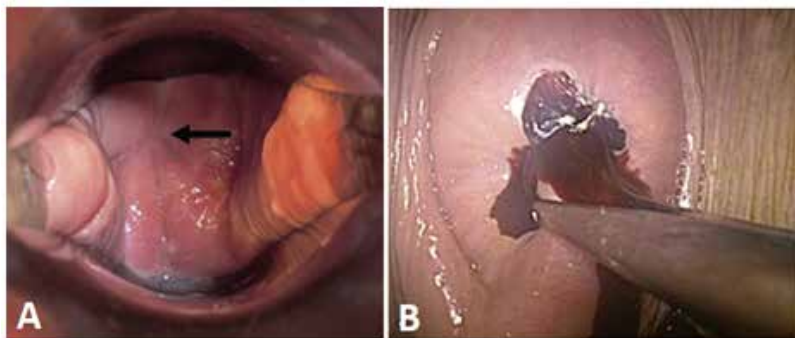
## TỔNG QUAN

Chít hẹp cổ tử cung là một thuật ngữ diễn tả tình trạng cổ tử cung bị che lấp một phần hoặc hoàn toàn. Phần lớn nguyên nhân gây chít hẹp cổ tử cung là do mắc phải, trong đó nguyên nhân hàng đầu gây chít hẹp là khoét chóp cổ tử cung. Ngoài ra xạ trị vùng chậu, nhiễm trùng hay teo đét do tình trạng thiếu hụt estrogen ở tuổi mãn kinh là những nguyên nhân có thể gặp. Một vài trường hợp chít hẹp cổ tử cung bẩm sinh do

thiếu sản ống Muller tại vị trí hình thành cổ tử cung cũng đã được báo cáo.

Triệu chứng của chít hẹp cổ tử cung tùy thuộc vào mức độ gây tắc nghẽn và độ tuổi của bệnh nhân. Ở phụ nữ độ tuổi sinh sản, chít hẹp cổ tử cung hoàn toàn dẫn tới tình trạng vô kinh thứ phát, chít hẹp cổ tử cung một phần thường gây xuất huyết tử cung bất thường dạng rong kinh, đi kèm theo đó là thống kinh ở nhiều mức độ. Sự trào ngược của máu kinh vào trong ổ bụng qua hai vòi Fallopian được cho là yếu tố nguy cơ của lạc nội mạc tử cung vùng chậu, theo Barbieri thì tình trạng này xảy ra ở 96%<sup>1</sup> bệnh nhân chít hẹp cổ tử cung. Tử cung có kích thước lớn qua thăm khám do tình trạng ứ máu (Hình 1, hình 2), chít hẹp cổ tử cung được cho là một trong những nguyên nhân gây hiếm muộn do hạn chế đường di chuyển của tinh trùng vào buồng tử cung. Ở phụ nữ mãn kinh, chít hẹp cổ tử cung không gây triệu chứng trong thời gian rất dài. Các dịch bài tiết và tế bào nội mạc bong ra được tích lũy dần dần và thoái hóa trong buồng tử cung lâu ngày gây ứ máu. Đây là tình trạng thường gặp ở bệnh nhân chít hẹp cổ tử cung ở độ tuổi mãn kinh.

Hiện nay vẫn chưa có một hiệp hội nào đưa ra đồng thuận về tiêu chuẩn chẩn đoán chít hẹp cổ tử cung. Kể từ năm 1996 khi Baldauf đưa ra định nghĩa về chít hẹp cổ tử cung thì sau đó phần lớn các tác giả đều sử dụng tiêu chuẩn này<sup>3</sup>. Theo đó, cổ tử cung được coi là chít hẹp khi que nong với đường kính 2,5 mm không thể đưa qua. Tùy

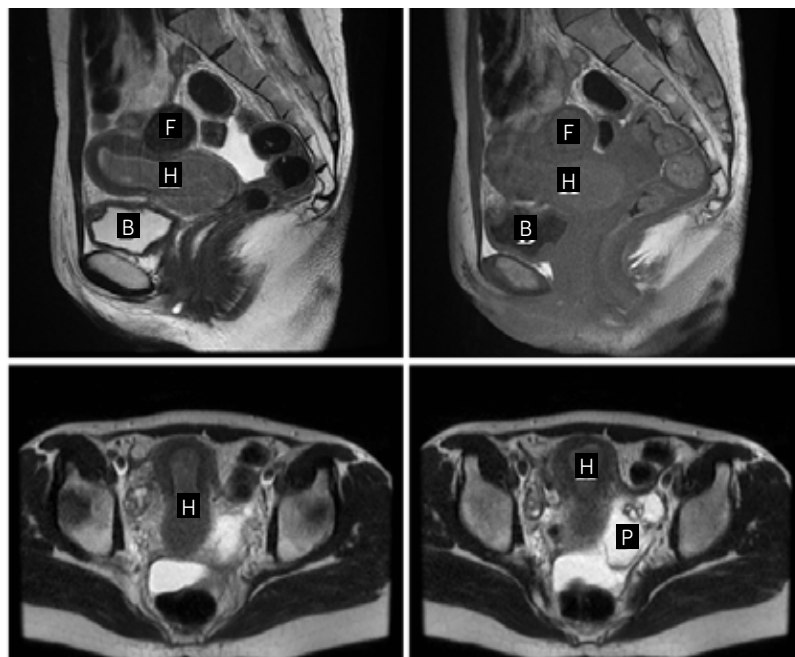


Hình 1.

A. Cổ tử cung sau khoét chóp không còn quan sát rõ hình ảnh lỗ ngoài cổ tử cung (mũi tên).

B. Dịch "sô-cô-la" chảy ra từ lòng tử cung sau khi cắt đốt bằng dao điện và nong đến Hegar 4 mm.

Nguồn: Koyama, 2014<sup>2</sup>.



Hình 2. Hình ảnh tử cung ứ máu do chít hẹp cổ tử cung trên mặt phẳng dọc giữa chuỗi xung T2 (A) và T1 (B), mặt phẳng ngang chuỗi xung T2 (C, D).

F = U xơ tử cung,

H = Khối máu tụ trong lòng tử cung,

B = Bàng quang.

Nguồn: Koyama, 2014<sup>2</sup>.

theo vị trí tắc nghẽn, chít hẹp cổ tử cung có thể chia làm 4 nhóm theo Bettocchi:

- Nhóm 1: hẹp lỗ ngoài cổ tử cung.
- Nhóm 2: hẹp lỗ trong cổ tử cung kèm kênh cổ tử cung đoạn 1/3 trong.
- Nhóm 3: hẹp lỗ trong cổ tử cung.
- Nhóm 4: hẹp đồng thời lỗ ngoài và lỗ trong cổ tử cung.

Theo nghiên cứu này, phụ nữ độ tuổi sinh sản thường gặp hình thái hẹp lỗ ngoài cổ tử cung, chiếm 35%. Trong khi đó phụ nữ độ tuổi mãn kinh thường gặp hình thái hẹp đồng thời lỗ ngoài và lỗ trong cổ tử cung, chiếm 52%<sup>[4]</sup>.

Chít hẹp cổ tử cung là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến thất bại của các thủ thuật can thiệp buồng tử cung như nạo sinh thiết, nội soi buồng

tử cung cũng như hỗ trợ sinh sản như bơm tinh trùng hay chuyển phôi. Tai biến khi can thiệp do đó cũng gia tăng, bao gồm thủng tử cung, hình thành đường hầm giả, tổn thương cổ tử cung và sự tạo sẹo sau đó làm nặng thêm tình trạng chít hẹp. Đây là thách thức rất lớn hiện nay bởi xu hướng gia tăng của can thiệp tối thiểu trong điều trị các bệnh lý bằng nội soi buồng tử cung cũng như xu hướng gia tăng của hỗ trợ sinh sản.

### CHÍT HẸP CỔ TỬ CUNG SAU KHOẾT CHÓP

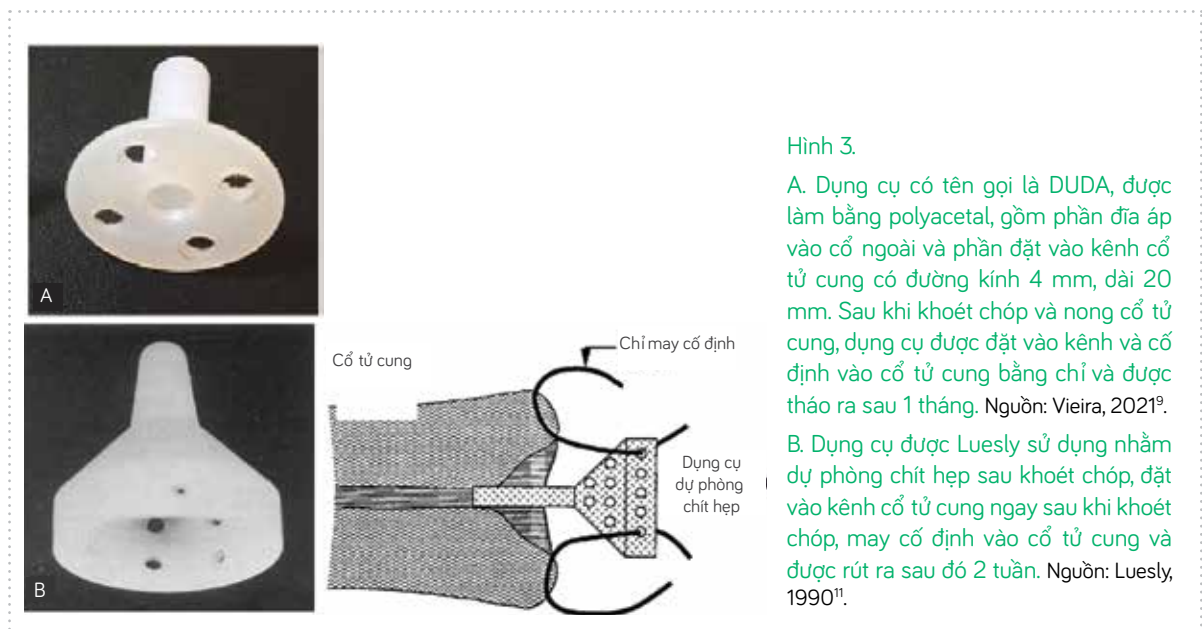
Khoét chóp là nguyên nhân hàng đầu gây chít hẹp cổ tử cung. Với chương trình tầm soát ung thư cổ tử cung, các tổn thương tiền ung thư/ung thư tại chỗ được phát hiện sớm góp phần làm

giảm số ca ung thư cổ tử cung xâm lấn, theo đó, số bệnh nhân được can thiệp bằng khoét chóp cổ tử cung tăng lên dẫn đến tăng số lượng chít hẹp cổ tử cung. Do định nghĩa chít hẹp cổ tử cung còn chưa được thống nhất, có sự khác nhau về tiêu chuẩn chẩn đoán giữa các nghiên cứu do đó tỷ lệ biến chứng này khá thay đổi, nhìn chung khoảng 7,66%<sup>5</sup>. Không có sự khác biệt về tỷ lệ chít hẹp giữa các kỹ thuật khoét chóp bằng dao lạnh, dao điện đơn cực và LEEP<sup>6,7</sup>. Yếu tố làm gia tăng khả năng chít hẹp bao gồm tuổi trên 50 (KTC 95%, p = 0,031), độ sâu khoét chóp >20 mm (KTC 95%, p = 0,05)<sup>3</sup> và thực hiện <12 tháng sau sanh (KTC 95%, p = 0,038)<sup>8</sup>. Biến chứng này có thể xuất hiện sớm sau vài tháng, nhưng cũng có thể xuất hiện muộn đến một năm sau khoét chóp bởi quá trình hình thành mô sẹo của mỗi cá thể khác nhau<sup>9,10</sup>. Chính vì tần suất gặp phải tương đối nhiều cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bị ảnh hưởng nặng nề do đó vấn đề dự phòng chít hẹp sau khoét chóp đang được đặt ra. Luesly là người đầu tiên thực hiện đặt dụng cụ vào kênh cổ tử cung ngay sau khi khoét chóp nhằm mục đích duy trì độ mở của cổ tử cung trong quá trình lành sẹo. Tác giả này thực hiện trên 33 trường hợp và theo dõi trong vòng 6 tháng. Kết quả có 6,1% số trường hợp bị chít hẹp cổ tử cung, con số này tương

đương với tỷ lệ chít hẹp cổ tử cung trung bình sau khoét chóp và nghiên cứu cũng không có nhóm chứng để chứng minh được hiệu quả của phương pháp này. Sau đó, Vieira và cộng sự đã thực hiện thử nghiệm lâm sàng trên 265 trường hợp khoét chóp bằng LEEP, được chia ra nhóm có đặt dụng cụ dự phòng chít hẹp và nhóm theo dõi thường quy. Tuy nhiên kết quả không cho thấy sự khác biệt giữa hai nhóm này về tỷ lệ chít hẹp cổ tử cung sau 3 tháng (KTC 95%, p= 0,5), 6 tháng (KTC 95%, p = 0,4) và 12 tháng theo dõi (KTC 95%, p = 0,5)<sup>9</sup> (Hình 3). Hạn chế của những nghiên cứu này là số lượng trường hợp quan sát chưa đủ cũng như thời gian lưu dụng cụ còn tương đối ngắn so với thời gian xuất hiện tình trạng chít hẹp. Mặc dù hiện tại chưa ghi nhận được kết quả khả quan nhưng nghiên cứu tìm ra biện pháp dự phòng chít hẹp cổ tử cung sau khoét chóp là hướng đi cần thiết nhằm bảo tồn chất lượng cuộc sống và tương lai sản khoa của bệnh nhân.

### ĐIỀU TRỊ

Vấn đề điều trị chít hẹp cổ tử cung được đặt ra trên những trường hợp có triệu chứng lâm sàng, điển hình là vô kinh thứ phát và hiếm muộn với mục tiêu tái lập lưu thông qua kênh cổ tử cung một cách lâu dài và hạn chế được sự tái



Hình 3.

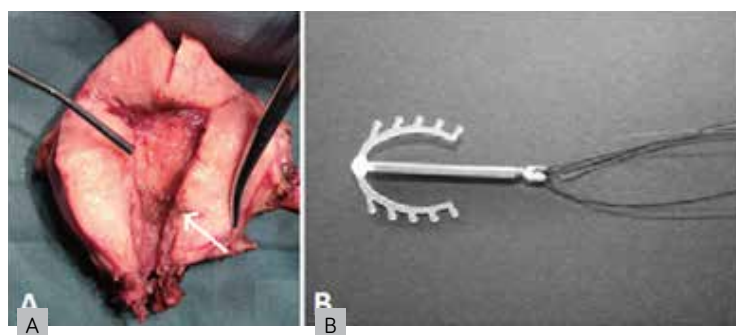
A. Dụng cụ có tên gọi là DUDA, được làm bằng polyacetal, gồm phần đĩa áp vào cổ ngoài và phần đặt vào kênh cổ tử cung có đường kính 4 mm, dài 20 mm. Sau khi khoét chóp và nong cổ tử cung, dụng cụ được đặt vào kênh và cố định vào cổ tử cung bằng chỉ và được tháo ra sau 1 tháng. Nguồn: Vieira, 2021<sup>9</sup>.

B. Dụng cụ được Luesly sử dụng nhằm dự phòng chít hẹp sau khoét chóp, đặt vào kênh cổ tử cung ngay sau khi khoét chóp, may cố định vào cổ tử cung và được rút ra sau đó 2 tuần. Nguồn: Luesly, 1990<sup>11</sup>.

phát. Nong cổ tử cung đơn thuần bằng que nong Hegar nhiều chu kỳ liên tiếp là điều trị kinh điển, tuy nhiên phương pháp này không cho thấy hiệu quả bởi tình trạng tái hẹp lại ngay sau khi thực hiện. Nghiên cứu của Valle và cộng sự trên 36 trường hợp vô kinh do chít hẹp cổ tử cung được can thiệp bằng nong cổ tử cung đơn thuần. Kết quả có đến 25% không cải thiện triệu chứng lâm sàng và 14% tái hẹp ngay sau đó<sup>12</sup>. Sau này, sự kết hợp giữa nong cổ tử cung và các dụng cụ nhằm duy trì độ mở của cổ tử cung sau khi nong như stent mạch máu, dụng cụ tử cung cho kết quả khả quan hơn (Hình 4). Yang và cộng sự đã báo cáo 2 trường hợp vô kinh thứ phát sau khoét chóp. Tình trạng lâm sàng không cải thiện sau khi nong bằng Hegar và sau đó là cắt mô hẹp

bằng LEEP bởi sự tái hẹp ngay sau đó. Nhóm tác giả đã tiến hành đặt stent mạch máu vào kênh cổ tử cung sau khi nong rộng nhằm mục đích duy trì sự lưu thông. Kết quả là triệu chứng lâm sàng cải thiện và duy trì hiệu quả nhiều năm sau đó. Tuy nhiên trở ngại lớn của stent mạch máu chính là chi phí cao, nguy cơ di trú ra khỏi vị trí ban đầu và gây đau khi quan hệ<sup>13</sup>. Nasu và cộng sự đã báo cáo 4 trường hợp vô kinh thứ phát với biểu hiện đau bụng dưới theo chu kỳ, tử cung ứ máu và cổ tử cung chít hẹp nặng sau khoét chóp. Nhóm tác giả tiến hành đặt dụng cụ tử cung sau khi nong rộng cổ tử cung, cho kết quả 100% cải thiện triệu chứng lâm sàng và không ghi nhận tái hẹp sau đó<sup>14</sup>.

Chít hẹp cổ tử cung là thách thức rất lớn đối

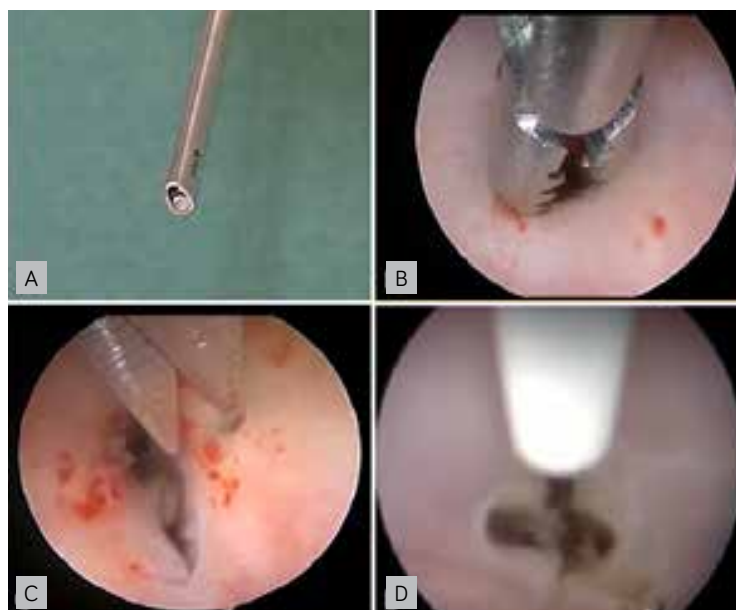


Hình 4. A. Stent mạch máu Sentinel đường kính 7 mm được đặt vào kênh cổ tử cung (mũi tên), hình ảnh cho thấy stent chìm sâu vào mô cổ tử cung cho thấy nguy cơ di trú của dụng cụ này.

Nguồn: Yang, 2014<sup>13</sup>.

B. Multiload Cu 250 được cột thêm 3 sợi nylon 3 - 0 với mục đích duy trì sự lưu thông và độ mở của kênh cổ tử cung. Dụng cụ được rút ra khỏi buồng tử cung sau 3 chu kỳ kinh nguyệt.

Nguồn: Nasu, 2009<sup>14</sup>.



Hình 5.

A. Ống soi 30 độ.

B. Forceps cá sấu.

C. Kéo cắt rộng tại các vị trí 0-3-6-9 giờ.

D. Cắt rộng bằng dao điện lưỡng cực tương tự như kéo (tùy vào trang bị tại cơ sở).

Nguồn: Bettochi, 2016<sup>4</sup>.

với nội soi buồng tử cung chẩn đoán và điều trị các bệnh lý. Ống soi với kích thước nhỏ nhất là 4 mm không thể vượt qua được đoạn chít hẹp nếu kênh cổ tử cung không được nong hay mở rộng. Tuy nhiên hiện tại nội soi buồng tử cung được xem là phương án điều trị hiệu quả nếu các phương pháp nong đơn thuần không mang lại kết quả. Nguyên nhân của sự thất bại trong các phương pháp điều trị nong cổ tử cung đơn thuần được cho là do tình trạng chít hẹp gây ra bởi sự tạo thành mô sẹo, các mô này nhanh chóng co rút lại trong một thời gian ngắn sau khi nong gây tái hẹp. Do vậy, đối với các cổ tử cung bị chít hẹp bởi tình trạng xơ sẹo nhiều thì việc cắt lọc các mô sẹo là giải pháp hiệu quả. Lin và cộng sự báo cáo 30 trường hợp chít hẹp cổ tử cung thất bại chuyển phôi/bơm tinh trùng do không đưa được dụng cụ qua kênh cổ tử cung. Các trường hợp này được cắt bỏ mô sẹo bằng vòng điện trong cuộc soi, cho tiếp cận buồng tử cung thành công 97%<sup>15</sup>. Ngoài ra, hiện tại có nhiều thủ thuật có thể thực hiện trong cuộc soi giúp nong hay mở rộng đoạn chít hẹp. Bettocchi và cộng sự báo cáo hơn 10.000 ca soi buồng tử cung với cổ tử cung bị chít hẹp. Các thủ thuật được thực hiện tuần tự cho đến khi tiếp cận được buồng tử cung bao gồm: nong bằng ống soi, nong bằng forceps cá sấu, cắt rộng bằng kéo hoặc cắt rộng bằng dao điện lưỡng cực (Hình 5) với tỷ lệ tiếp cận buồng tử cung thành công lên đến 98,5%<sup>4</sup>.

## KẾT LUẬN

Chít hẹp cổ tử cung là biến chứng thường gặp trong vòng 1 năm sau các thủ thuật khoét chóp. Trường hợp chít hẹp nặng gây vô kinh thứ phát, thống kinh, lạc nội mạc tử cung và hiếm muộn ở phụ nữ độ tuổi sinh sản và gây tử cung ứ mủ ở phụ nữ mãn kinh, ảnh hưởng nặng nề đến

chất lượng cuộc sống của người phụ nữ. Điều trị bằng nong cổ tử cung đơn thuần không đem lại hiệu quả vì tình trạng tái hẹp, nong cổ tử cung kết hợp với đặt dụng cụ hỗ trợ cho kết quả tốt. Nội soi buồng tử cung nong hay mở rộng cổ tử cung giúp tiếp cận buồng tử cung an toàn và tỷ lệ thành công cao, tuy vậy kết quả lâu dài về sự tái hẹp chưa được báo cáo. Khoét chóp là nguyên nhân hàng đầu gây chít hẹp cổ tử cung, do vậy việc dự phòng chít hẹp sau thủ thuật là vấn đề cần thiết. Dù các phương pháp hiện tại chưa cho thấy hiệu quả, nhưng đây là hướng đi được tiếp cận gần đây và được kỳ vọng trong tương lai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barbieri RL, JF, sterility. Stenosis of the external cervical os: an association with endometriosis in women with chronic pelvic pain. 1998;70(3):571-3.
2. Koyama S, Kobayashi M, Tanaka Y, Kubota S, Nakamura R, Isobe M, et al. Complete cervical stenosis after conization: Timing for the minimally invasive reconstructive surgery. 2014;3(2):57-60.
3. Baldauf JJ, Dreyfus M, Ritter J, Meyer P, Philippe E. Risk of cervical stenosis after large loop excision or laser conization. Obstet Gynecol. 1996;88(6):933-8.
4. Bettocchi S, Bramante S, Bifulco G, Spinelli M, Ceci O, Fascilla FD, et al. Challenging the cervix: strategies to overcome the anatomic impediments hysteroscopy: analysis of 31,052 office hysteroscopies. Fertil Steril. 2016;105(5):e16-e7.
5. Monteiro AC, Russomano FB, Camargo MJ, Silva KS, Veiga FR, Oliveira RG. Cervical stenosis following electrosurgical conization. Sao Paulo Med J. 2008;126(4):209-14.
6. Mathevet P, Chemali E, Roy M, Dargent D. Long-term outcome of a randomized study comparing three techniques of conization: cold knife, laser, and LEEP. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003;106(2):214-8.
7. Wang X, Li L, Bi Y, Wu H, Wu M, Lang J. The effects of different instruments and suture methods of conization for cervical lesions. Sci Rep. 2019;9(1):19114.
8. Tanaka Y, Ueda Y, Kakuda M, Kubota S, Matsuzaki S, Iwamiya T, et al. Predictors for recurrent/persistent high-grade intraepithelial lesions and cervical stenosis after therapeutic conization: a retrospective analysis of 522 cases. International journal of clinical oncology. 2017;22(5):921-6.
9. Vieira MA, de Araujo RLC, da Cunha Andrade CEM, Schmidt RL, Filho AL, Reis RD. A randomized clinical trial of a new anti-cervical stenosis device after conization by loop electrosurgical excision. PLoS one. 2021;16(1):e0242067.
10. Moteji E, Hasegawa K, Kawai S, Kiuchi K, Kosaka N, Mochizuki Y, et al. Levonorgestrel-releasing intrauterine system placement for severe uterine cervical stenosis after conization: two case reports. J Med Case Rep. 2016;10:56.
11. Luesley DM, Redman CW, Buxton EJ, Lawton FG, Williams DR. Prevention of post-cone biopsy cervical stenosis using a temporary cervical stent. Br J Obstet Gynaecol. 1990;97(4):334-7.
12. Valle RF, Sankpal R, Marlow JL, Cohen LJJ. Cervical stenosis: a challenging clinical entity. 2002;18(4):129-43.
13. Yang J, Zhu L, Lang J. Vascular stent as a treatment for refractory cervical stenosis. Chin Med J (Engl). 2014;127(5):986-7.
14. Nasu K, Narahara H. Management of severe cervical stenosis after conization by detention of nylon threads tied up to intrauterine contraceptive device. Arch Gynecol Obstet. 2010;281(5):887-9.
15. Lin YH, Hwang JL, Huang LW, Seow KM, Chen HJ, Tzeng CR. Efficacy of hysteroscopic cervical resection for cervical stenosis. J Minim Invasive Gynecol. 2013;20(6):836-41.