

HỞ EO TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Là tình trạng cổ tử cung (CTC) suy yếu không thể giữ được thai trong buồng tử cung (TC).

II. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào tiền sử sản khoa đơn thuần hoặc kết hợp siêu âm đường âm đạo đo chiều dài CTC. Một trong những tiêu chuẩn sau:

+ Tiền sử sản khoa đơn thuần: sảy thai to hoặc sinh non (trước 28 tuần) ≥ 2 lần liên tiếp với đặc điểm chuyển dạ nhanh không đau.

+ Có tiền sử sảy thai hoặc sinh non (từ 14-36 tuần) với đặc điểm chuyển dạ nhanh không đau, kèm yếu tố nguy cơ hở eo TC: nông nạo, khoét chóp, cắt đoạn CTC, rách CTC, bệnh lý collagen, bất thường ở TC/CTC.

+ Đo chiều dài CTC qua siêu âm đường âm đạo < 25 mm và/hoặc có sự thay đổi CTC qua thăm khám ở tuổi thai trước 24 tuần kèm yếu tố nguy cơ hở eoTC.

- Một số hình ảnh/siêu âm CTC đường âm đạo:

+ Lỗ trong CTC hình phễu (khảo sát ở 2 trạng thái có và không có áp lực lên buồng TC)

+ Sự tương quan giữa chiều dài CTC và hình dạng lỗ trong CTC: với các dạng T, Y, V, U.

+ Chiều dài CTC < 25 mm.

+ Đầu ối thành lập.

+ Hiện diện phần thai ở CTC hoặc âm đạo.

III. ĐIỀU TRỊ

Khâu vòng CTC là phương pháp điều trị chính trong hở eo TC.

3.1. Chỉ định khâu vòng CTC

- Chẩn đoán hở eo TC

- Có tiền sử khâu CTC

3.2. Chống chỉ định khâu vòng CTC

- TC có cơn co

- Chảy máu từ TC

- Viêm màng ối

- Ối vỡ non

- Bất thường thai nhi

- Viêm sinh dục cấp

3.3. Kỹ thuật khâu vòng CTC dự phòng

- Thời điểm: thực hiện ở tuổi thai 14-18 tuần (13 đến < 20 tuần).

- Đánh giá trước thủ thuật

+ Siêu âm đánh giá tình trạng CTC.

+ Đánh giá tình trạng viêm nhiễm âm đạo. Phải điều trị nếu có viêm nhiễm.

- Phương pháp khâu CTC:

+ Có 5 kỹ thuật khác nhau:

- Mc Donald

- Shirodkar

- Wurm

- Khâu ngả bụng

- Lash

+ Phương pháp thường dùng nhất là Mc Donald:

- Dùng một loại chỉ không tan, bản rộng 5mm (Mercilene)

- Mũi khâu nằm sâu trong mô CTC, ở vị trí ngang mức lỗ trong CTC, tránh xuyên qua đầu ối và bàng quang

- CTC được đóng lại bởi 4 mũi kim làm thành một vòng chỉ thắt quanh

CTC

- Khi cột chỉ khâu nên để ngón tay vào kênh CTC để tránh siết chỉ quá

mức

- Chăm sóc sau thủ thuật

+ Người bệnh sau khâu vòng CTC phải được theo dõi cẩn thận: cơn gò, tình trạng đau bụng, ra huyết, ra nước âm đạo.

+ Nghỉ ngơi tại giường 12-24 giờ.

+ Xuất viện nếu người bệnh không có cơn co TC trong thời gian 24 giờ sau thủ thuật, không ra huyết âm đạo, không có vỡ ối trong quá trình theo dõi.

+ Chế độ ăn uống hợp lý.

+ Tránh giao hợp, đứng lâu, mang vật nặng.

+ Siêu âm đo chiều dài CTC định kỳ khi khám.

+ Dùng Progesterone liên tục đến 36 tuần thai kỳ.

- + Cắt chỉ khâu khi thai ≥ 38 tuần hoặc khi có chuyển dạ.
- + Không bắt buộc sử dụng thuốc giảm co.
- + Dùng kháng sinh dự phòng.

IV. TAI BIẾN CỦA KHẤU VÒNG CỔ TỬ CUNG

- Ối vỡ non
- Viêm màng ối
- Chuyển dạ sinh non
- Rách CTC
- Tổn thương bàng quang
- Xuất huyết
- Sinh khó do CTC
- Vỡ TC

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrews WW, Copper R, Hauth JC, et al (2000), Second-trimester cervical ultrasound: associations with increased risk for recurrent early spontaneous delivery, *Obstet Gynecol*, 95:222.
2. Berghella V, Mackeen AD (2011), Cervical length screening with ultrasound-indicated cerclage compared with history-indicated cerclage for prevention of preterm birth: a meta-analysis, *Obstet Gynecol*, 118:148.
3. Berghella V, Rafael TJ, Szychowski JM, et al (2011), Cerclage for short cervix on ultrasonography in women with singleton gestations and previous preterm birth: a meta-analysis, *Obstet Gynecol*, 117:663.
- Committee opinion no, 522 (2012): incidentally detected short cervical length, *Obstet Gynecol* 2012, 119:679.
4. Crane JM, Hutchens D(2008), Transvaginal sonographic measurement of cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women at increased risk: a systematic review, *Ultrasound Obstet Gynecol*, 31:579.
5. Daya S (1989), Efficacy of progesterone support for pregnancy in women with recurrent miscarriage, A meta-analysis of controlled trials, *Br J Obstet Gynaecol* 1989, 96:275.
6. Macdonald R, Smith P, Vyas S (2001), Cervical incompetence: the use of transvaginal sonography to provide an objective diagnosis, *Ultrasound Obstet Gynecol*, 18:211.
7. Owen J, Hankins G, Iams JD, et al (2009), Multicenter randomized trial of cerclage for preterm birth prevention in high-risk women with shortened midtrimester cervical length, *Am J Obstet Gynecol*, 201:375.e1.

8. Owen J, Yost N, Berghella V, et al (2001), Mid-trimester endovaginal sonography in women at high risk for spontaneous preterm birth. JAMA, 286:1340.

9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Final report of the Medical Research Council/Royal College of Obstetricians and Gynaecologists multicentre randomised trial of cervical cerclage, MRC/RCOG Working Party on Cervical Cerclage. Br J Obstet Gynaecol, 100:516.

10. Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee, with the assistance of Vincenzo Berghella (2012), Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice, Am J Obstet Gynecol 206:376.