

ĐO CHIỀU DÀI CỔ TỬ CUNG QUA SIÊU ÂM TRONG DỰ BÁO DỌA SINH NON

Nguyễn Trần Thảo Nguyễn, Lê Minh Tâm, Võ Văn Đức, Cao Ngọc Thành
Trường Đại học Y Dược Huế

1. Giới thiệu

Chiều dài cổ tử cung ngắn là một trong những triệu chứng đầu tiên của cuộc chuyển dạ, có thể xảy ra trước khi chuyển dạ thực sự một vài tuần. Nguyên nhân dẫn đến chiều dài cổ tử cung ngắn hiện nay vẫn chưa rõ, có thể do hoạt động thâm lạng của cơ tử cung, bất thường cổ tử cung bẩm sinh hay mắc phải, chảy máu dưới màng ối, viêm, nhiễm trùng hoặc do các biến đổi sinh học. Chiều dài cổ tử cung ngắn ở quý hai thai kỳ là một dấu hiệu có thể dự báo sinh non tự nhiên do sự xóa mờ cổ tử cung thường bắt đầu ở lỗ trong cổ tử cung và dấu hiệu này chỉ có thể phát hiện trên siêu âm trước khi được đánh giá trên lâm sàng.

Những trường hợp được chẩn đoán chiều dài cổ tử cung ngắn và điều trị với progesterone âm đạo có thể giảm tần suất sinh non khoảng 35% và giảm tỷ lệ bệnh nặng, tử vong trẻ sơ sinh vào khoảng 40%. Liệu progesteron đường âm đạo từ 90-200mg mỗi ngày và được khuyến cáo sử dụng cho đến tuần thứ 36 thai kỳ.

Chiều dài cổ tử cung không bị ảnh hưởng bởi số lần mang thai, chủng tộc hay chiều cao của sản phụ. Bình thường, chiều dài cổ tử cung ổn định từ tuần 14 đến tuần 28 của thai kỳ và giống một đường cong. Với những thai kỳ đơn thai từ tuần 22- 24 tuần, bách phân vị chiều dài cổ tử cung được chia thành năm mức sau:

- (1) 15 mm - bách phân vị thứ hai
- (2) 20 mm - bách phân vị thứ 5
- (3) 25 mm - bách phân vị thứ 10
- (4) 35 mm - bách phân vị thứ 50
- (5) 45 mm - bách phân vị thứ 90

Với những thai kỳ đơn thai 20 tuần không có tiền sử sinh non tự nhiên, bách phân vị chiều dài cổ tử cung được phân loại:

- (1) 15 mm - bách phân vị 0.5
- (2) 20 mm - bách phân vị 1
- (3) 25 mm - bách phân vị 2-3

Sau tuần 28 đến tuần 32 thai kỳ, chiều dài cổ tử cung ngắn hơn là hoàn toàn bình thường. Chiều dài cổ tử cung bình thường sau tuần thứ 32 khoảng 30 mm, so với 35 mm ở tuần thai 22-32 tuần và với 40 mm ở tuần thai trước 22 tuần.

2. Chẩn đoán chiều dài cổ tử cung ngắn

Định nghĩa chiều dài cổ tử cung ngắn khi chiều dài cổ tử cung đo được ≤ 25 mm ở tuần thai 16 đến 24 tuần. Định nghĩa này được rút ra từ những thử nghiệm có can thiệp hiệu quả các phương pháp điều trị tùy vào ngưỡng cut-off thu được.

Những thông số siêu âm khác cũng được nghiên cứu để cải thiện dự đoán sinh non. Tuy nhiên, trong nghiên cứu tổng quan hệ thống của Conde Agudelo năm 2015 đã kết luận việc thay đổi chiều dài cổ tử cung trên hai hoặc nhiều lần đo không cải thiện khả năng dự đoán sinh non khi so sánh với chiều dài cổ tử cung được đo từ tuần thai 18-24 tuần [18]. Tuy nhiên, ở những phụ nữ được chẩn đoán chiều dài cổ tử cung ngắn (≤ 25 mm), sự thay đổi chiều dài cổ tử cung ở những lần kiểm tra siêu âm tiếp theo có thể ảnh hưởng đến nguy cơ sinh non sau cùng [19-21]. Chiều dài cổ tử cung ổn định hoặc dài hơn ở lần khám tiếp theo có liên quan đến nguy cơ sinh non thấp hơn dự đoán ban đầu.

Sự thay đổi có ý nghĩa chiều dài cổ tử cung giữa hai lần đo (ví dụ: 30 còn 20mm so với 20 còn 15 mm trong hai tuần) đối với khả năng dự đoán sinh non là không rõ ràng, và không có tỷ lệ phần trăm thay đổi cổ tử cung được xác định là ngưỡng để can thiệp giảm nguy cơ sinh non.

Cho đến nay, chưa có những nghiên cứu đáng tin cậy giúp lựa chọn ngưỡng tối ưu giữa 10 và 25 mm để chẩn đoán và có can thiệp sau đó. Chiều dài cổ tử cung ≤ 25 mm ở tam cá nguyệt thứ hai làm tăng nguy cơ sinh non tự phát [2,4,22-25], đặc biệt là ở giai đoạn trước 24 tuần hoặc ở nhóm có tiền sử sinh non, đặc biệt là sinh trước tuần 32 [1-6,22,26,27]. Tuy nhiên, không có ngưỡng chiều dài cổ tử cung đối với những trường hợp sinh non nhiều lần.

Kết quả nghiên cứu nhận thấy, 75% phụ nữ không đo chiều dài cổ tử cung ở tuần thứ 14 đến tuần 28 sinh non trước tuần 32 tuần [28]. Nếu

không đo chiều dài cổ tử cung trong khoảng tuần thai 24 và việc quản lý thai nghén không thay đổi, thì tỷ lệ sinh non <35 tuần khoảng 18% ở nhóm có độ dài cổ tử cung dưới vị bách phân thứ 10 (25 mm) và khoảng 50% ở nhóm có độ dài cổ tử cung dưới vị bách phân thứ nhất (13 mm) [1]

3. Hướng dẫn sàng lọc đo chiều dài cổ tử cung

3.1. Sàng lọc mở rộng so với sàng lọc có lựa chọn

Việc lựa chọn những đối tượng phù hợp để siêu âm sàng lọc chiều dài cổ tử cung hiện nay vẫn đang là vấn đề gây tranh cãi. Một nghiên cứu tổng quan trên Cochrane năm 2013 không tìm thấy những bằng chứng đầy đủ để khuyến cáo đo chiều dài cổ tử cung ở tất cả các sản phụ. Hơn nữa, việc xác định giá trị chiều dài cổ tử cung trong công tác sàng lọc thường gặp khó khăn do giá trị ngưỡng cổ tử cung khác nhau giữa các nghiên cứu và những nghiên cứu này chưa có một quy trình rõ ràng để quản lý các thai phụ dựa vào chiều dài cổ tử cung. Ngoài ra, các đặc điểm của mẫu nghiên cứu có thể ảnh hưởng đến kết quả đo chiều dài cổ tử cung như tỷ lệ thai đơn so với đa thai, có triệu chứng so với không triệu chứng, ối vỡ hay chưa vỡ, có tiền sử sinh non trước hay không và có can thiệp phẫu thuật hay thủ thuật trên cổ tử cung trước đó hay không.

Ở những phụ nữ mang đơn thai, không có tiền sử sinh non, chiều dài cổ tử cung ngắn có độ nhạy dự báo sinh non vào khoảng 35-45% nếu không có can thiệp và giá trị tiên đoán dương được báo cáo vào khoảng 20-30% [31]. Một nghiên cứu khác cho kết quả độ nhạy là 8% với những trường hợp mang thai con so đơn thai có chiều dài cổ tử cung ≤ 25 mm đo ở tuần thai 16-22 tuần, 23% nếu đo ở tuần thai 22 - 30 tuần. Tuy nhiên, các nhà lâm sàng và bệnh nhân chỉ được thông báo để điều trị khi chiều dài cổ tử cung ≤ 15 mm để giảm nguy cơ sinh non. Ngoài ra, độ nhạy dự báo sinh non sẽ cao hơn ở nhóm dân số có tiền sử sinh non trước đây, độ nhạy tăng đến 70% và cao nhất ở nhóm sản phụ sinh non sớm và/hoặc sinh non nhiều lần.

Ngoài ra, việc điều trị với progesterone có hiệu quả giảm nguy cơ sinh non ở những thai phụ có chiều dài cổ tử cung ngắn. Một nghiên cứu có cơ

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Nguyễn Trần Thảo Nguyễn,
email: nguyen.ngtranh@gmail.com
Ngày nhận bài (received): 15/4/2017
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
19/5/2017
Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 16/6/2017

mẫu lớn hơn cũng ghi nhận rằng việc sàng lọc chiều dài cổ tử cung cho tất cả các sản phụ có ý nghĩa trong việc giảm tỷ lệ sinh non trước tuần 37 (6,7 so với nhóm chứng 6,0, OR 0,82, 95% CI),76-0,88); trước tuần 34 (1,9 so với nhóm chứng 1,7, OR 0,74, 95% CI 0,64-0,85) và trước tuần 32 (1,1 so với nhóm chứng 1,0; OR 0,74 [95% CI 0.62-0.90]) và chủ yếu là giảm tỷ lệ sinh non tự phát. Nếu chỉ sàng lọc chiều dài cổ tử cung trên nhóm có yếu tố nguy cơ sinh non trước đó có thể sẽ bỏ sót 40% những trường hợp có chiều dài cổ tử cung ngắn và vì vậy sẽ đưa tới nguy cơ sinh non ở nhóm sản phụ này.

3.2. Cách tiếp cận lâm sàng

Sơ đồ sau tóm tắt cách tiếp cận đo chiều dài cổ tử cung qua âm đạo để giảm nguy cơ sinh non tự phát ở những thai phụ đơn thai không có triệu chứng (Sơ đồ 1).

Ngoài ra, có cách tiếp cận khác là đo chiều dài cổ tử cung qua đường bụng trong quý hai thai kỳ ở nhóm thai phụ có nguy cơ sinh non thấp. Với những trường hợp nghi ngờ cổ tử cung ngắn hoặc

không quan sát thấy sẽ chuyển sang siêu âm kiểm tra đường âm đạo

- Với những thai phụ đơn thai, không có tiền căn sinh non: sàng lọc đo chiều dài cổ tử cung ở tuần thai 18-24, đo một lần, chiều dài cổ tử cung ngắn khi $\leq 25\text{mm}$. Tỷ lệ phát hiện chỉ vào khoảng 1%, tỷ lệ này có tăng nhẹ ở nhóm mang thai con so so với nhóm mang thai con rạ không có tiền căn sinh non. Vì tỷ lệ sinh non < 37 tuần, < 34 tuần và < 32 tuần ở những thai phụ có cổ tử cung ngắn tương tự nhau ở cả hai nhóm con so và con rạ. Những thai phụ có chiều dài cổ tử cung ngắn sẽ điều trị bằng progesterone âm đạo.

Việc sử dụng vòng nâng cổ tử cung để điều trị những trường hợp chiều dài cổ tử cung ngắn đã được xem là một phương pháp hiệu quả, ít tốn kém, dễ áp dụng để kéo dài thời kỳ thai nghén, tuy nhiên chưa có nghiên cứu đầy đủ về hiệu quả sử dụng vòng nâng cổ tử cung.

Khâu eo cổ tử cung không có hiệu quả đối với những thai phụ có chiều dài cổ tử cung ngắn không có tiền sử sinh non. Trong một phân tích tổng quan

hệ thống dựa trên bốn nghiên cứu ngẫu nhiên lớn, khâu eo tử cung ở những thai phụ có chiều dài cổ tử cung ngắn không có tiền sử sinh non không có ý nghĩa trong việc giảm tỷ lệ sinh non trước 35 tuần (21% so với 31% ở nhóm không khâu eo, RR 0.84, 95% CI 0.60-1.17) [10].

- Với những thai phụ đơn thai, có tiền sử sinh non: những trường hợp này có nguy cơ cao bị lặp lại ở những lần mang thai tiếp theo và nên được điều trị với progesterone. Cần có nhiều nghiên cứu sâu hơn để xác định chiều dài cổ tử cung bao nhiêu là hữu ích trong dự báo sinh non ở nhóm sản phụ có tiền căn sinh non, và số lần sinh non. Với nhóm sản phụ này, một số tác giả bắt đầu tiến hành đo chiều dài cổ tử cung từ tuần 14-16 tuần và hàng loạt các cuộc kiểm tra sau đó. Với nhóm có chiều dài cổ tử cung ngắn $\leq 25\text{mm}$ và tiền sử sinh non trước đây, khâu eo tử cung giúp giảm tần suất sinh non tái phát. Những tổng quan phân tích so sánh gián tiếp gợi ý rằng điều trị progesterone âm đạo hàng ngày là liệu pháp thay thế hợp lý cho sự kết hợp khâu eo và hydroxyprogesterone caproate [47].

- Với những thai phụ đơn thai, không có tiền sử sinh non, nhưng có yếu tố nguy cơ sinh non: Với những trường hợp này, chỉ đo chiều dài cổ tử cung duy nhất ở tuần 18-24 tuần và điều trị với những trường hợp cổ tử cung ngắn $\leq 25\text{mm}$ bằng progesterone âm đạo, tương tự như cách tiếp cận những trường hợp không có tiền căn sinh non

3.3. Hướng dẫn từ những tổ chức quốc tế

- Hiệp hội y học mẹ - thai (SMFM): SMFM khuyến cáo nên kiểm tra chiều dài cổ tử cung thường quy bằng đường âm đạo vào tuần thai 16-24 tuần ở những phụ nữ đơn thai và có tiền sử sinh non tự nhiên trước đây [48]. Những phụ nữ mang đơn thai, không có tiền căn sinh non tự phát có thể cân nhắc việc sàng lọc hợp lý nhưng SMFM chưa đề nghị sàng lọc thường quy. SMFM đồng thời cũng đề nghị không thực hiện kiểm tra thường quy chiều dài cổ tử cung với những sản phụ có khâu eo, đa thai, ối vỡ sớm và nhau tiền đạo [48].

- Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG): ACOG không đề cập đến việc sàng lọc đo chiều dài cổ tử cung thường quy ở những trường hợp không có tiền sử sinh non [49]. Tuy nhiên, những sản phụ nếu được siêu âm, nên đo chiều dài cổ tử cung nếu xét về mặt kỹ thuật có khả thi [50].

- Hiệp hội sản phụ khoa Canada (SOGC): Hướng dẫn lâm sàng của SOGC kết luận rằng đánh giá chiều dài cổ tử cung qua đường âm đạo thường quy không được chỉ định ở những sản phụ có nguy cơ thấp [51]

4. Kỹ thuật đo chiều dài cổ tử cung qua siêu âm

4.1. Thời điểm và tần suất

Dựa vào tiền sử sản khoa của bệnh nhân để xác định thời điểm và tần suất đo chiều dài cổ tử cung ở lần mang thai này

- Sản phụ không có tiền sử sinh non: chỉ cần đo chiều dài cổ tử cung 1 lần vào thời điểm 18-24 tuần [18]

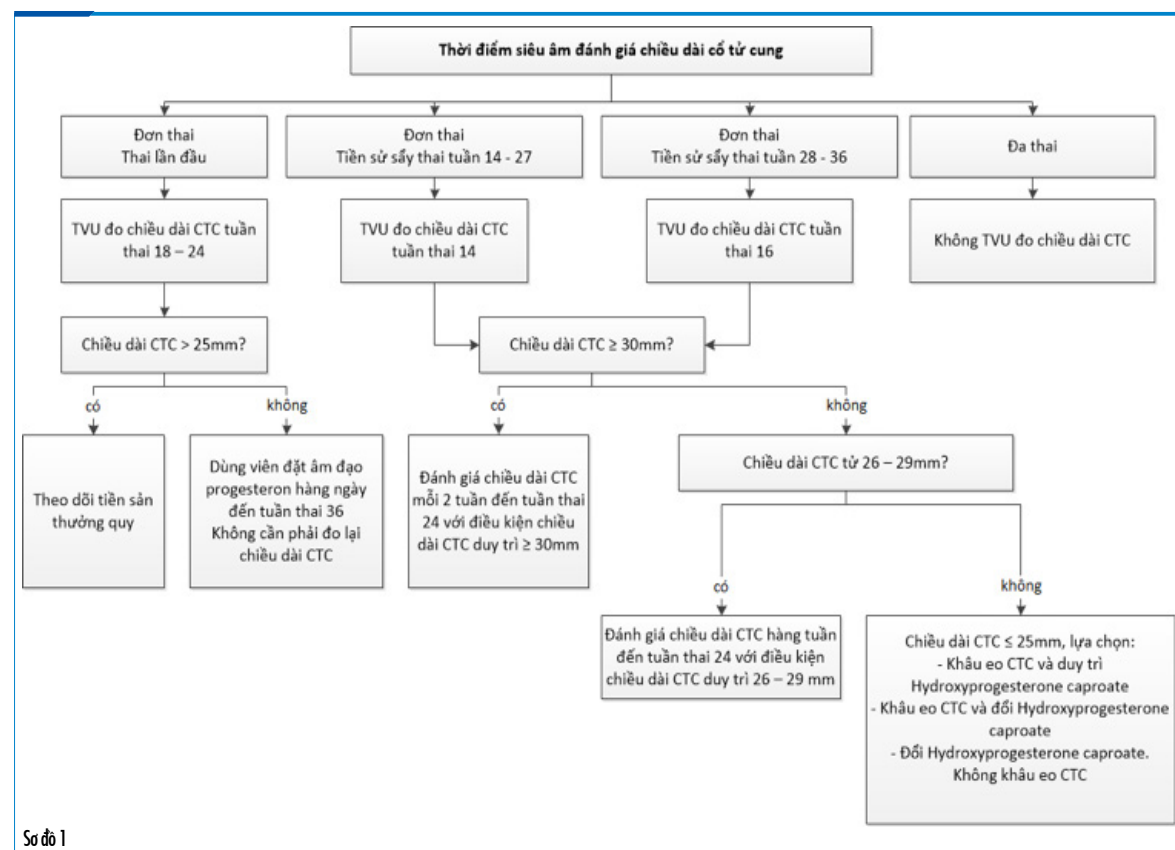
- Sản phụ có tiền sử tiền sử sinh non trước đó, thường được sàng lọc lúc thai 16 tuần và tần suất lặp lại phụ thuộc vào kết quả đo [30][52].

Có thể đo chiều dài cổ tử cung từ tuần 14 thai kỳ cho đến tuần 16-18 vì lúc này cổ tử cung có thể phân biệt với đoạn dưới tử cung [44]. Chiều dài cổ tử cung nếu đo trước 14 tuần thường ít có giá trị về mặt lâm sàng [44][53] dù vẫn có thể thực hiện trong một số trường hợp đặc biệt, ví dụ như có tiền sử sảy thai ở quý hai trong lần mang thai trước và/hoặc có phẫu thuật cổ tử cung, cổ tử cung ngắn đã phát hiện từ tuần thai 10 đến 13 [44]. Sau tuần thai thứ 30, việc đo chiều dài cổ tử cung không có ích cho dự đoán sinh non vì về mặt sinh lý cổ tử cung bắt đầu rút ngắn vào giai đoạn này, ngay cả ở những sản phụ sinh đủ tháng.

Đo chiều dài cổ tử cung ở ngoài thời kỳ thai nghén không có ích trong dự đoán sinh non.

4.2. Siêu âm đo chiều dài cổ tử cung bằng đường âm đạo

Siêu âm đường âm đạo là phương pháp thường được sử dụng để đo chiều dài cổ tử cung vì cho kết quả đáng tin cậy hơn so với siêu âm đường bụng và có độ nhạy cao hơn trong dự đoán sinh non [55-62]. Tất cả các thử nghiệm ngẫu nhiên điều trị những trường hợp có cổ tử cung ngắn đều sử dụng siêu âm đường âm đạo để đo chiều dài cổ tử cung [12][31][52][63-67]. Tuy nhiên, siêu âm đường âm đạo phức tạp hơn so với siêu âm đường bụng. Hướng dẫn thực hành của Viện siêu âm trong Y Khoa tại Mỹ đề nghị những trường hợp siêu âm



Sơ đồ 1

đường bụng thấy cổ tử cung ngắn hoặc không thấy rõ, có thể chuyển sang đường âm đạo để kiểm tra [68]. Nếu siêu âm đường bụng cho hình ảnh chiều dài cổ tử cung rõ ràng, có thể không cần phải siêu âm đường âm đạo kiểm tra lại [69].

Việc thực hiện siêu âm đường bụng thường có nhiều điểm hạn chế:

(1) bàng quang cần phải căng, có thể làm mất đi hình ảnh kênh ở lỗ trong cổ tử cung

(2) các phần thai có thể làm mờ cổ tử cung, nhất là sau tuần 20

(3) khoảng cách từ đầu dò đến cổ tử cung có thể làm giảm chất lượng hình ảnh

(4) béo phì và áp lực tay của người siêu âm có thể ảnh hưởng đến hình ảnh chẩn đoán.

4.3. Kỹ thuật

Những bước cơ bản để siêu âm đo chiều dài cổ tử cung bằng đường âm đạo

- Bệnh nhân nên đi tiểu để làm trống bàng quang trước khi kiểm tra

- Bôi gel trên đầu dò trước khi sử dụng bao cao su bọc lại (hoặc có thể sử dụng bọc đầu dò chuyên dụng), sau đó cho thêm gel lên đỉnh đầu dò trước kiểm tra. Nếu ối đã vỡ, gel và bọc đầu dò phải vô trùng.

- Đầu dò được đưa nhẹ vào túi cùng trước cho đến khi quan sát thấy cổ tử cung, tránh dùng lực quá mạnh đè quá mức vào mép trước cổ tử cung. Hình ảnh cổ tử cung phóng lớn sao cho chiếm ít nhất một nửa màn hình và hướng đầu dò sao cho đáy tử cung hướng về bên trái màn hình. Nên chú ý đến màng ối ở bên trong hay xuống sâu trong kênh tử cung.

- Đánh giá lỗ trong cổ tử cung, nước ối ngay phần thấp nhất và xác định lỗ trong cổ tử cung ở phần mép dưới thấp nhất của bàng quang

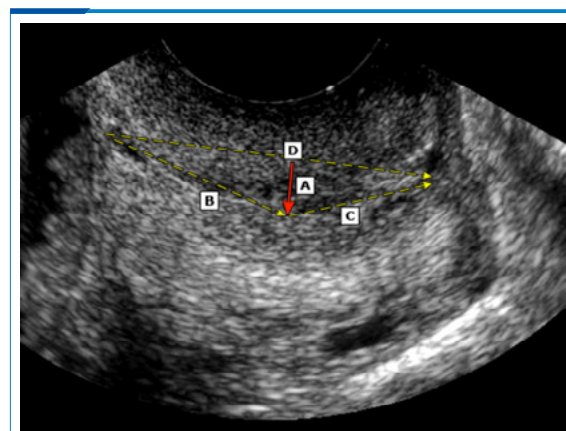
- Đo chiều dài cổ tử cung ở mặt cắt dọc giữa, lỗ trong cổ tử cung tạo dấu chữ V, nội mạc kênh cổ tử cung và lỗ ngoài sẽ tạo thành hình tam giác tăng âm hoặc giảm âm ở giữa để đo chiều dài cổ tử cung. Dùng lực quá mạnh đè lên cổ tử cung có thể làm tăng giá tạo chiều dài cổ tử cung. Để tránh hiện tượng này, khi đã rõ thấy hình ảnh cổ tử cung, có thể đưa đầu dò lùi nhẹ cho đến khi hình siêu âm bắt đầu hơi mờ, đẩy vào lại vừa đủ để khôi phục hình ảnh của chiều dài cổ tử cung.

- Chiều dài cổ tử cung được xác định đo theo chiều dài của niêm mạc cổ tử cung (phần cổ tử cung khép kín). Con trỏ thường được đặt ở vị trí nối lỗ trong và lỗ ngoài cổ tử cung. Nếu lỗ trong cổ tử cung mở, chiều dài cổ tử cung được tính từ chóp kênh cổ tử cung cho đến lỗ ngoài. Quan sát rõ lỗ trong và lỗ ngoài cổ tử cung, thành trước và thành sau cổ tử cung có độ dày tương đương nhau. Nếu độ dày thành trước và thành sau không tương đương nhau (thành trước mỏng và thành sau dày), thường do đầu dò đè quá mức.

- Một số trường hợp, chiều dài cổ tử cung cong, đo chiều dài cổ tử cung có thể tiến hành theo một trong hai cách

+ Đo từ lỗ trong đến lỗ ngoài cổ tử cung

+ Cộng tổng hai đường được chia bởi góc cong của cổ tử cung nếu khoảng cách từ góc đến đường thẳng nối lỗ trong và lỗ ngoài > 5 mm. Cách này có cho kết quả chính xác hơn



Hình 1.

Tránh vẽ theo đường cong kênh cổ tử cung vì như vậy sẽ rất khó cho các nhà lâm sàng chẩn đoán dựa vào cách đo này. Cổ tử cung cong thường xuất hiện ở những trường hợp cổ tử cung dài có nguy cơ sinh non thấp, trong khi đó ngược lại cổ tử cung ngắn thường thẳng

- Nên thực hiện ba lần đo thỏa mãn các tiêu chuẩn và sai lệch không quá 10%, sẽ lấy quả chiều dài cổ tử cung ở lần đo ngắn nhất là giá trị tốt nhất để dự báo.

- Áp lực của ổ bụng có thể tác động lên tử cung trong vòng 15 giây có thể ảnh hưởng đến kết quả đo chiều dài cổ tử cung (chiều dài cổ tử cung ngắn có thể chuyển thành bình thường). Vì vậy, toàn bộ

quá trình kiểm tra chiều dài cổ tử cung phải kéo dài ít nhất trong vòng năm phút và để quan sát chiều dài cổ tử cung thay đổi theo áp lực của ổ bụng. Nếu chiều dài cổ tử cung ngắn hoặc ngắn hơn khi bị tác động áp lực của ổ bụng, nên đo ba lần chiều dài của phần khép kín còn lại của cổ tử cung, chiều dài ngắn nhất được đánh giá là chiều dài thực sự của cổ tử cung.

4.4. Những sai sót khi đo chiều dài cổ tử cung

Những sai sót sau đây có thể ảnh hưởng đến kết quả đo chiều dài cổ tử cung:

- Đè đầu dò quá mức lên cổ tử cung trong quá trình siêu âm là lỗi thường gặp nhất khi làm siêu âm đường âm đạo. Điều này dẫn đến chiều dài cổ tử cung dài hơn so với chiều dài thực sự. Như đã nói ở trên, điều chỉnh lại lực ép lên cổ tử cung vừa đủ, độ dày thành trước và thành sau cổ tử cung nên tương đương nhau

- Thực hiện siêu âm quá nhanh, không đủ thời gian quan sát sự thay đổi của cổ tử cung theo áp lực của ổ bụng. Việc đo chiều dài cổ tử cung quá nhanh, có thể làm cho kết quả đo không được chính xác. Nên thực hiện đo chiều dài cổ tử cung ít nhất là 5 phút để quan sát sự thay đổi của cổ tử cung.

- Con go tử cung: Con go tử cung xuất hiện trong suốt quá trình siêu âm có thể tạo những áp lực giả lên cổ tử cung. Vì vậy, nếu siêu âm không thấy rõ lỗ trong cổ tử cung và có con go tử cung, các nhà siêu âm nên đợi kết thúc con go rồi tiến hành siêu âm đo chiều dài cổ tử cung để có kết quả chính xác hơn.

- Thành lập đoạn dưới cổ tử cung: Như đã đề cập ở trên, trước 14 tuần, rất khó có thể phân biệt đoạn dưới tử cung và chiều dài thực sự cổ tử cung vì thai chưa làm tổ mở rộng đến toàn bộ tử cung. Nhau tiền đạo có thể gây ra vấn đề tương tự, làm tăng giả chiều dài cổ tử cung. Nếu đoạn dưới tử cung chưa thành lập, rất khó để định danh lỗ trong cổ tử cung thực sự và khi đo chiều dài cổ tử cung có thể sai lệch với cơ tử cung ở đoạn dưới. Nghi ngờ đo sai lệch khi chiều dài cổ tử cung đo được trên 50 mm.

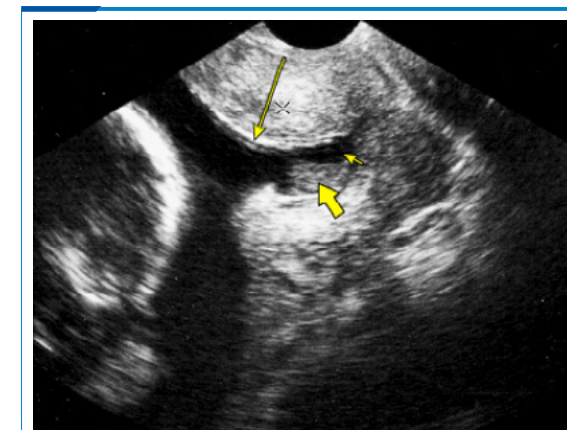
- Tiền sử phẫu thuật cổ tử cung: Những trường hợp tiền sử có can thiệp có mổ tử cung trước đó có thể làm thay đổi hình dạng cổ tử cung, điều này gây khó khăn cho việc đo chiều dài cổ tử cung

- Bong bóng khí: Những trường hợp có bóng khí lẫn với gel sẽ cho hình ảnh siêu âm kém.

4.5. Những phần khảo sát thêm

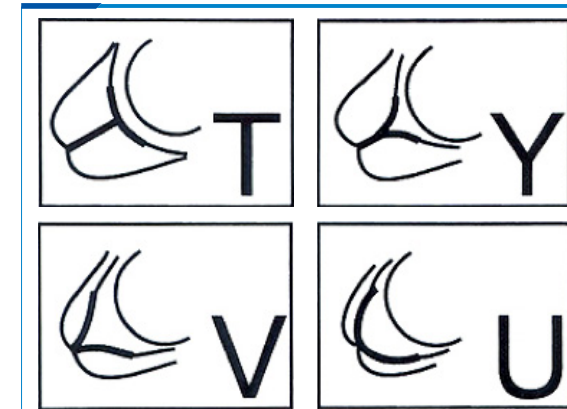
Bên cạnh việc đo chiều dài cổ tử cung, cần chú ý thêm những vấn đề sau liên quan đến sinh non:

- Sự phân tách của màng ối và những phần echo tăng âm ở trong nước ối gần với lỗ trong cổ tử cung. Đây là dấu hiệu gợi ý tình trạng nhiễm trùng trên cận lâm sàng và tăng nguy cơ sinh non [72-74]. Thành phần của echo tăng âm thường không rõ ràng, có thể là cục máu đông, phân su, những cục lắng liên quan đến nhiễm trùng [75].



Hình 2.

- Phễu cổ tử cung là phần màng ối sa vào kênh cổ tử cung. Cần xác định độ rộng và độ sâu của phễu so với chiều dài phần cổ tử cung còn đóng kín. Với những cổ tử cung có dấu hiệu xóa mờ, phần thấp nhất của cổ tử cung và trực cổ tử cung có thể tạo ra những dạng cổ tử cung được mô tả



Hình 3.

cổ tử cung chữ "T", chữ "Y" và chữ "V" và chữ "U". Trong đó, cổ tử cung chữ "U" là dạng cổ tử

cung đã xóa hoàn toàn và tăng nguy cơ sinh non cao nhất.

4.6. Chất lượng siêu âm

Siêu âm đường âm đạo nên được thực hiện theo các bước chuẩn mực đã trình bày ở trên để phép đo chiều dài cổ tử cung chính xác. Với điều kiện đã thực hiện kỹ thuật đo thích hợp, sai số dao động < 10 vị bách phân. Với các nhà lâm sàng, nên thực hiện ít nhất 20 lần đo chiều dài cổ tử cung có sự giám sát của người kinh nghiệm hơn trước khi thực hiện đo chiều dài cổ tử cung độ lặp

5. Tóm tắt và khuyến cáo

- Chiều dài cổ tử cung ngắn dần sau tuần thai 28-32 tuần là điều bình thường. Tuy nhiên, chiều dài cổ tử cung ngắn ở quý hai thai kỳ là yếu tố dự báo sinh non, nguy cơ sinh non tăng khi độ dài cổ tử cung giảm.

- Khuyến cáo nên siêu âm thường quy đường âm đạo đo chiều dài cổ tử cung ở những trường hợp mang thai đơn thai có chiều dài cổ tử cung ngắn (mức 2C), để có những can thiệp thích hợp giảm nguy cơ sinh non.

- Khuyến cáo nên siêu âm đường âm đạo để đo chiều dài cổ tử cung. Tuy nhiên, với những bệnh nhân siêu âm đường bụng có chiều dài

cổ tử cung > 20 mm, có thể không cần siêu âm đường âm đạo.

- Chẩn đoán chiều dài cổ tử cung ngắn khi chiều dài đo được ≤ 25 mm ở tuần thai 16-24 tuần

- Những trường hợp đa thai, đo chiều dài cổ tử cung không phải là test sàng lọc có độ nhạy để dự báo sinh non, và không can thiệp nào được chứng minh có hiệu quả ở những trường hợp đa thai siêu âm có chiều dài cổ tử cung ngắn để dự phòng sinh non (mức 2C). Với những lý do này, khuyến cáo không nên siêu âm đo chiều dài cổ tử cung ở nhóm bệnh này (mức 2C)

- Chiều dài cổ tử cung nên đo phần khép kín giữa lỗ ngoài và lỗ trong cổ tử cung. Hình ảnh được xác định bởi phần dưới bàng quang đã được làm rỗng, nhìn rõ lỗ trong và lỗ ngoài cổ tử cung, độ dày thành trước và thành sau cổ tử cung tương đương nhau.

- Với những sản phụ mang thai đơn thai, không có tiền sử sinh non, chiều dài cổ tử cung ≤ 25 mm, đề nghị nên điều trị progesterone âm đạo (mức 2C). Khâu eo cổ tử cung không sử dụng để dự phòng sinh non ở nhóm sản phụ này. Lợi ích vòng nâng cổ tử cung chưa được nghiên cứu đầy đủ.

- Với những sản phụ có tiền sử sinh non sẩy thai chiều dài cổ tử cung ≤ 25 mm nên đề nghị điều trị với progesterone và hỗ trợ khâu eo trong trường hợp xác định có chiều dài cổ tử cung ngắn.

24. Hassan SS, Romero R, Berry SM, et al. Patients with an ultrasonographic cervical length < or =15 mm have nearly a 50% risk of early spontaneous preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:1458.

25. Rust OA, Atlas RO, Kimmel S, et al. Does the presence of a funnel increase the risk of adverse perinatal outcome in a patient with a short cervix? *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:1060.

26. Crane JM, Hutchens D. Transvaginal sonographic measurement of cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women at increased risk: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31:579.

27. Goldenberg RL, Iams JD, Mercer BM, et al. The preterm prediction study: the value of new vs standard risk factors in predicting early and all spontaneous preterm births. NICHD MFMU Network. *Am J Public Health* 1998; 88:233.

28. Vaisbuch E, Romero R, Mazaki-Tovi S, et al. The risk of impending preterm delivery in asymptomatic patients with a nonmeasurable cervical length in the second trimester. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:446.e1.

31. Hassan SS, Romero R, Vidyadhari D, et al. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 38:18.

48. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org, McIntosh J, Feltovich H, et al. The role of routine cervical length screening in selected high- and low-risk women for preterm birth prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 215:B2.

49. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. *Obstet Gynecol* 2012; 120:964.

50. Practice Bulletin No. 175: Ultrasound in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2016; 128:e241.

51. Lim K, Butt K, Crane JM. SOGC Clinical Practice Guideline. Ultrasonographic cervical length assessment in predicting preterm birth in singleton pregnancies. *J Obstet Gynaecol Can* 2011; 33:486.

52. Owen J, Hankins G, Iams JD, et al. Multicenter randomized trial of cerclage for preterm birth prevention in high-risk women with shortened midtrimester cervical length. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201:375.e1.

62. Berghella V, Bega G, Tolosa JE, Berghella M. Ultrasound assessment of the cervix. *Clin Obstet Gynecol* 2003; 46:947.

72. Kusanovic JP, Espinoza J, Romero R, et al. Clinical significance of the presence of amniotic fluid 'sludge' in asymptomatic patients at high risk for spontaneous preterm delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007; 30:706.

73. Bujold E, Pasquier JC, Simoneau J, et al. Intra-amniotic sludge, short cervix, and risk of preterm delivery. *J Obstet Gynaecol Can* 2006; 28:198.

74. Boyer A, Cameron L, Munoz-Maldonado Y, et al. Clinical significance of amniotic fluid sludge in twin pregnancies with a short cervical length. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211:506.e1.

75. Romero R, Schaudinn C, Kusanovic JP, et al. Detection of a microbial biofilm in intraamniotic infection. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198:135.e1.

Tài liệu tham khảo

1. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal Fetal Medicine Unit Network. *N Engl J Med* 1996; 334:567.

2. Taipale P, Hillesmaa V. Sonographic measurement of uterine cervix at 18-22 weeks' gestation and the risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol* 1998; 92:902.

3. Hibbard JU, Tart M, Moawad AH. Cervical length at 16-22 weeks' gestation and risk for preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2000; 96:972.

4. Heath VC, Southall TR, Souka AP, et al. Cervical length at 23 weeks of gestation: prediction of spontaneous preterm delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998; 12:312.

10. Berghella V, Odibo AO, To MS, et al. Cerclage for short cervix on ultrasonography: meta-analysis of trials using individual patient-level data.

Obstet Gynecol 2005; 106:181.

19. Moroz LA, Simhan HN. Rate of sonographic cervical shortening and the risk of spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206:234.e1.

20. Iams JD, Cebrik D, Lynch C, et al. The rate of cervical change and the phenotype of spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:130.e1.

21. Fox NS, Rebarber A, Klauser CK, et al. Prediction of spontaneous preterm birth in asymptomatic twin pregnancies using the change in cervical length over time. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:155.e1.

22. Iams JD, Johnson FF, Sonek J, et al. Cervical competence as a continuum: a study of ultrasonographic cervical length and obstetric performance. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:1097.

23. Berghella V, Kuhlman K, Weiner S, et al. Cervical funneling: sonographic criteria predictive of preterm delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997; 10:161.