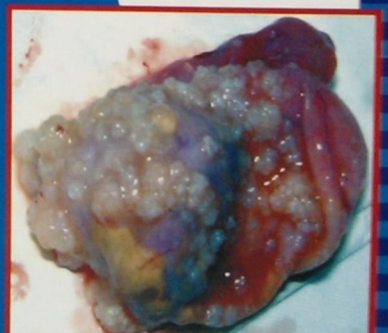
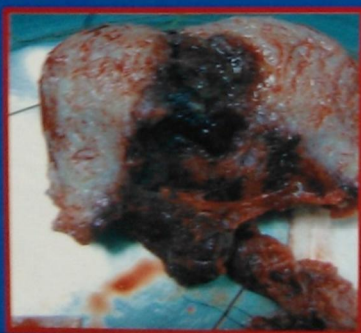
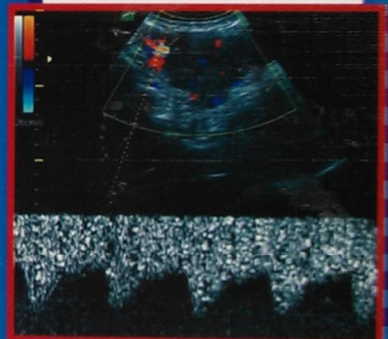


SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

SIÊU ÂM PHỤ KHOA THỰC HÀNH



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

SIÊU ÂM
PHỤ KHOA THỰC HÀNH

(Xuất bản lần thứ tư)

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh
2014

THAM GIA BIÊN SOẠN:

ĐỖ DANH TOÀN

NGUYỄN HUYỀN TRINH

TẠ THỊ THANH THỦY

ĐỖ THỊ MỸ AN

*Đề tưởng nhớ Bác sĩ Pierre Gilg
Người thầy đã gieo những hạt giống đầu tiên cho chúng tôi về Siêu âm Sản phụ khoa.*

LỜI TỰA

Với mục tiêu ban đầu đặt ra là chú trọng về phương diện thực hành, chúng tôi đã biên soạn hai quyển siêu âm Sản và Phụ khoa thật súc tích và thực tế để các bác sĩ siêu âm có thể ứng dụng trong thực hành lâm sàng hằng ngày. Với sự hưởng ứng của các đồng nghiệp, chúng tôi biết rằng phần nào những quyển sách của chúng tôi đã mang lại nhiều lợi ích thiết thực cho các bạn. Dĩ nhiên một hai quyển sách không thể cung cấp tất cả kiến thức cần thiết cho một bác sĩ siêu âm, nhưng những kiến thức căn bản có được sẽ là nền tảng để các bạn tìm kiếm thêm vô số những thông tin khác từ sách vở, thực tế lâm sàng cũng như qua mạng để bổ sung thêm cho vốn kiến thức sẵn có.

Y học tiến bộ không ngừng. Những phương tiện chẩn đoán hiện đại không ngừng được phát minh và nhiều bệnh lý trước đây từng cho là hiếm gặp không còn là những gì bí ẩn không thể khám phá. Siêu âm 3D, MRI... ứng dụng trong phụ khoa để chẩn đoán ung thư di căn xa không còn là chuyện ngoài tầm tay tại các nước tiên tiến. Tuy nhiên, trong điều kiện thực tế hiện nay, để đáp ứng nhu cầu chẩn đoán và điều trị của các bác sĩ Sản Phụ khoa, chúng tôi chỉ bổ sung thêm ba chương có liên quan đến những vấn đề chúng ta thường gặp hằng ngày: Siêu âm ứng dụng trong vô sinh, Siêu âm bơm nước buồng tử cung và Siêu âm vú. Đó là những đề tài trong tầm tay mà bất cứ bác sĩ siêu âm Sản Phụ khoa nào cũng có thể thực hiện được.

Nhân đây chúng tôi cũng xin chân thành cảm ơn các bác sĩ và nhân viên phòng Siêu âm bệnh viện Hùng Vương, các bệnh nhân đã đồng ý hợp tác với chúng tôi để hoàn thành quyển sách này. Trong quá trình biên soạn, việc mắc phải một số nhầm lẫn là điều không thể tránh khỏi. Chúng tôi rất mong nhận được sự góp ý xây dựng của quý đồng nghiệp để hoàn thiện quyển sách của chúng ta ở những lần tái bản sau.

TP Hồ Chí Minh ngày 6 tháng 6 năm 2009

Bác sĩ Đỗ Danh Toàn
Nguyên chủ nhiệm khoa Chẩn đoán hình ảnh
Bệnh viện Hùng Vương
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC

Chương 1: SIÊU ÂM QUA ÂM ĐẠO

Trang

Lịch sử.....	1
Các thông số kỹ thuật.....	1
Chuẩn bị bệnh nhân.....	2
Các đường khảo sát.....	3
Kỹ thuật khảo sát.....	3
Định hướng.....	4
Trình tự khảo sát.....	7
Lợi điểm.....	7
Khó khăn.....	9
Chỉ định.....	9
Chống chỉ định.....	10

Chương 2: DỊ DẠNG SINH DỤC

Phôi thai học tuyến sinh dục	11
Tử cung	13
Âm đạo.....	20

Chương 3: CƠ THỂ HỌC CÁC CƠ QUAN VÙNG CHẬU NỮ

Điều kiện thực hiện.....	22
Các mặt cắt qua siêu âm đường bụng – định hướng màn hình.....	23
Các phần cơ thể học	23

Chương 4: BỆNH LÝ TỬ CUNG

Cơ tử cung	37
Nội mạc tử cung.....	48
Buồng tử cung	53
Cổ tử cung	57

Chương 5: SIÊU ÂM ĐÁNH GIÁ BỆNH LÝ BUỒNG TRỨNG

Khối u cơ năng – bệnh lý lành tính.....	65
Khối u tân sinh của buồng trứng – ung thư buồng trứng	74
Đánh giá và xử trí dựa trên sự tồn tại hoặc thoái triển của một u nang buồng trứng	100

Chương 6: BỆNH LÝ VIÊM NHIỄM

Nhiễm trùng tử cung.....	102
Nhiễm trùng vòi trứng	104
Nhiễm trùng buồng trứng	107
Nhiễm trùng ổ bụng.....	107
Dị chứng	109

Chương 7: THAI NGOÀI TỬ CUNG

Kỹ thuật	111
Siêu âm	111
Các dạng thai ngoài tử cung không thường gặp	116
Thai trong – thai ngoài tử cung	125

Chương 8: BỆNH LÝ TẾ BÀO NUÔI CỦA THAI KỲ

Phân loại	127
Thai trứng toàn phần	127
Thai trứng bán phần	130
Thai trứng xâm lấn	132
Ung thư tế bào nuôi	133
Placental site trophoblastic disease	138

Chương 9: BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT-THỦ THUẬT VÙNG TIỂU KHUNG

Khung chậu sau mổ bình thường	140
Biến chứng	143

Chương 10: SIÊU ÂM BƠM NƯỚC BUỒNG TỬ CUNG

Chỉ định	153
Lợi điểm	157
Thời điểm thực hiện	157
Chuẩn bị trước thủ thuật	158
Kỹ thuật thực hiện	158
Sau thủ thuật	158
Khó khăn	158
Chống chỉ định	159
Kết luận	159

Chương 11: SIÊU ÂM ỨNG DỤNG TRONG VÔ SINH

Sự phát triển của noãn	161
Chu kỳ kinh nguyệt	161
Siêu âm	163
Các thử nghiệm kết hợp	164
Hội chứng không phóng noãn	165
Hội chứng quá kích buồng trứng	165
Siêu âm hướng dẫn can thiệp	166

Chương 12: SIÊU ÂM VÚ

Cơ thể học tuyến vú	168
Chỉ định	168
Kỹ thuật	170
Siêu âm tuyến vú bình thường	171

Những đặc điểm một khối u tuyến vú cần đánh giá	173
Các bệnh lý lành tính	174
Ung thư vú.....	181
Kết luận	186

Chương 13: CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT – BẦY NGẦM

Cơ thất lưng chậu, cơ hình lê và hai buồng trứng.....	188
Tử cung gấp sau và nhân xơ đáy tử cung	189
Tăng âm phía sau qua nội mạc tử cung và nhân xơ thoái hóa mỡ	189
Máu đông trong lòng tử cung và polyp.....	190
Mô sẹo lòng tử cung và vòng tránh thai	190
Nhân xơ tử cung thoái hóa calci và vòng tránh thai.....	191
Bàn quang đầy và u nang buồng trứng dạng dịch trong.....	191
U nang buồng trứng nằm ở đường giữa mặt trước tử cung	191
Hiện tượng ảnh giả khi tia siêu âm đi qua bờ một cấu trúc dạng nang.....	193
Vách của một khối u buồng trứng khi cắt tiếp tuyến.....	193
U nang buồng trứng dạng dịch trong và nang cạnh buồng trứng	195
Hoàng thể và nang lạc nội mạc tử cung	196
Hoàng thể và thai ngoài tử cung không điển hình	196
Ứ dịch vòi trứng và tụ dịch khu trú trong các dải dính.....	197
Dãn tĩnh mạch và vòi trứng ứ dịch.....	198
Nang Naboth cổ tử cung, nang noãn và thai trứng	198
Các quai ruột dẫn lớn có chứa dịch, ứ dịch vòi trứng và u nang buồng trứng	198
Dịch ở túi cùng Douglas	199
Cổ tử cung còn lại sau cắt tử cung bán phần.....	200
Thận lạc chỗ và u nang buồng trứng	200
Nang tuyến nội mạc tử cung và túi thai.....	202
Hội chứng buồng trứng quá kích và ung thư buồng trứng.....	203
Khối u ruột và u nang bì.....	204
Dị vật trong ổ bụng và u nang bì.....	204
U nang bì và bóng hơi trong ruột	205
Nước tiểu trong bàng quang và u nang IIA	205
Sỏi bàng quang và u nang IIIC.....	206
U xơ tử cung sau thuyên tắc động mạch và nhiễm trùng kỵ khí	206

CHƯƠNG I

SIÊU ÂM QUA ÂM ĐẠO

1. LỊCH SỬ

Siêu âm qua đường âm đạo được thực hiện từ năm 1976. Những kết quả ban đầu đã gây thất vọng trong suốt một thời gian khá dài do có những khó khăn và hạn chế về mặt kỹ thuật. Các đầu dò có tần số tương đối thấp 3.5 – 4 MHz và thường phải sử dụng túi nước kết hợp. Nhưng sau đó kỹ thuật đã dần dần được cải tiến và từ năm 1985 đầu dò 5MHz không cần túi nước đã được chế tạo cho phép khảo sát một cách dễ dàng. Đầu dò tần số cao khi áp sát các cơ quan trong vùng chậu sẽ cung cấp những hình ảnh với độ ly giải tốt hơn so với siêu âm thông thường qua đường bụng. Lợi điểm này đặc biệt hữu dụng trong trường hợp bệnh nhân có thành bụng dày, nhiều mỡ hoặc những bệnh nhân có tử cung gấp sau. Chính vì vậy từ thời gian này chất lượng của siêu âm qua âm đạo trong khảo sát vùng chậu trở nên trội hơn hẳn so với siêu âm qua đường bụng. Tuy nhiên do giá thành đầu dò còn cao và ít máy siêu âm có thể dùng được đầu dò âm đạo nên phương pháp này chưa được phổ biến rộng rãi.

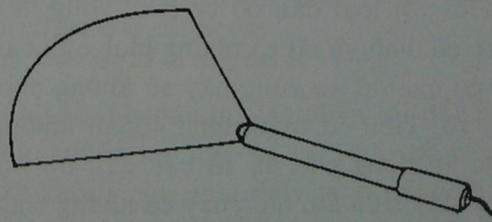
Từ năm 1987, đầu dò tần số cao hơn 6.5 – 7.5 MHz được đưa ra sử dụng và tiếp tục phát triển mạnh phương pháp chẩn đoán hình ảnh cho đến hiện nay.

Những tiến bộ tiếp theo về siêu âm Doppler và Doppler màu, đầu dò có thể thay đổi nhiều tần số, siêu âm 3 chiều, 4 chiều... đã, đang và sẽ làm cho các phương pháp chẩn đoán hình ảnh ngày càng hoàn hảo hơn.

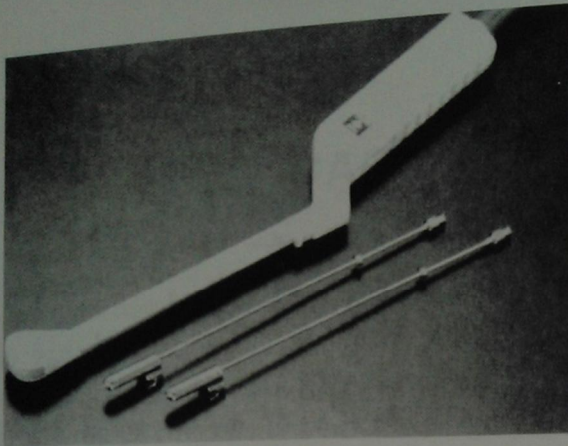
2. CÁC THÔNG SỐ KỸ THUẬT

2.1. Loại đầu dò

Đa số máy siêu âm hiện nay sử dụng đầu dò điện tử electronic với những thanh barrettes ngắn. Sự lựa chọn giữa những loại đầu dò cơ học và điện tử thường không cần thiết bằng việc chọn loại đầu dò có chùm tia cuối tỏa hình rẽ quạt vốn đặc biệt thích hợp cho việc khảo sát các cơ quan trong vùng chậu (Hình 1.1). Đầu dò có thể thẳng hoặc gấp góc (Hình 1.2), đủ dài để đặt trong âm đạo nhưng không nên quá dài vì sẽ gây cản trở khi thao tác. Đường kính phần đầu của đầu dò thường là 25mm, nếu muốn sử dụng qua đường hậu môn nên dùng loại có kích thước nhỏ hơn.



Hình 1.1: Đầu dò âm đạo có chùm tia hình rẽ quạt



A



B

Hình 1.2: Đầu dò âm đạo. Vị trí của đầu dò ở túi cùng

A. Đầu dò âm đạo gấp góc và kim chọc dò

B. Đầu dò đặt ở túi cùng âm đạo trước

2.2. Tần số

Thông thường khoảng từ 6.5MHz đến 7.5MHz. Ngày nay có những đầu dò có tần số có thể thay đổi trong khoảng từ 5 đến 10MHz.

2.3. Chiều sâu của phạm vi khảo sát

Thay đổi tùy theo tần số của sóng âm. Tần số thấp thì chiều sâu của phạm vi khảo sát sẽ tăng lên. Đối với đầu dò có tần số từ 6.5MHz đến 7.5MHz thì chiều sâu tốt nhất sẽ ở trong khoảng từ 70mm - 80mm.

2.4. Tiêu cự

Đối với loại đầu dò cơ học, vùng tiêu cự sẽ cố định và tất cả những hình ảnh của các cơ quan ở xa vùng này sẽ không nhìn thấy rõ. Tiêu cự trung bình 40mm thường được áp dụng cho đa số các đầu dò âm đạo. Máy siêu âm hiện nay có những chức năng có thể thay đổi chiều sâu của tiêu cự để có thể điều chỉnh những vùng khảo sát ở những khoảng cách phù hợp hơn.

2.5. Góc chùm tia

Góc càng lớn thì việc sử dụng đầu dò càng dễ dàng. Góc lớn nhất của đầu dò cơ học quay là 240° . Những đầu dò cơ học rung hoặc đầu dò điện tử thường chỉ có góc thay đổi từ 90° đến 130° .

3. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

Bệnh nhân sau khi tiểu xong được nằm ở tư thế khám phụ khoa. Bàn khám phụ khoa nếu có sẽ tạo cho bệnh nhân tư thế thoải mái và người làm siêu âm dễ thao tác hơn. Đầu dò được bao bởi bao cao su có khoảng 3ml chất gel ở đầu để tạo sự dẫn âm. Vuốt đều cho gel trải dọc theo đầu dò và tránh để lại không khí trong bao. Bệnh nhân sẽ yên tâm hơn khi được giải thích trình tự thăm khám cũng như lợi ích của sự khảo sát qua đường âm đạo. Một ít gel sẽ được bôi thêm ở bên ngoài lớp bao cao su trước khi đầu dò được đặt vào trong âm đạo.

4. CÁC ĐƯỜNG KHẢO SÁT

Có nhiều đường để khảo sát các cơ quan trong vùng chậu do đầu dò âm đạo có đường kính tương đối nhỏ.

4.1. Đường âm đạo: thường dùng nhất.

4.2. Đường trực tràng: được sử dụng trong trường hợp không khảo sát được qua đường âm đạo hoặc đường bụng.

4.3. Đường âm hộ: đôi khi hữu dụng nhất là khi muốn khảo sát vùng âm hộ.

Khi thực hành, chúng ta có thể áp dụng một trong hai cách sau đây:

1. Khảo sát qua đường bụng trước với bàn quang đầy, sau đó cho bệnh nhân đi tiểu để khảo sát qua đường âm đạo
2. Khảo sát qua đường âm đạo với bàn quang trống, sau đó nếu cần sẽ cho bệnh nhân nhịn tiểu để khảo sát thêm qua đường bụng.

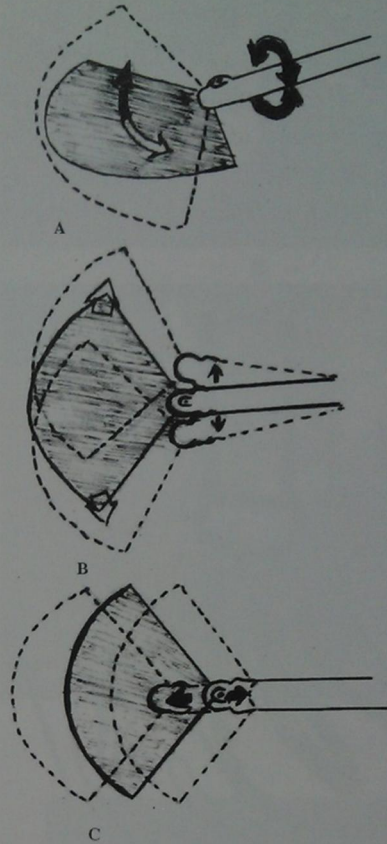
5. KỸ THUẬT KHẢO SÁT

Có 3 thao tác chính:

5.1. Đưa đầu dò theo trục dọc vào âm đạo, di chuyển nhẹ đầu dò theo hình rẽ quạt từ trái qua phải để có mặt cắt dọc (Hình 1.3A).

5.2. Xoay ngang đầu dò qua phải hoặc trái để có mặt cắt ngang, nghiêng theo chiều trước sau ở nhiều góc độ khác nhau để có mặt cắt trán (Hình 1.3B).

5.3. Thay đổi độ sâu của đầu dò trong âm đạo để nhìn thấy các phần cần khảo sát ở tiêu cự tốt nhất (Hình 1.3C). Nếu đẩy đầu



Hình 1.3: Các thao tác khi sử dụng đầu dò âm đạo.

- A. Đưa đầu dò theo trục dọc vào âm đạo. Di chuyển qua trái hoặc phải để có mặt cắt dọc
- B. Xoay ngang đầu dò, nghiêng theo hướng ra trước hoặc ra sau để có mặt cắt ngang và mặt cắt trán.
- C. Thay đổi chiều sâu để có vùng tiêu cự tốt nhất

dò vào quá sâu thì các phần sát đầu dò sẽ di chuyển lên trên và ra trước, cổ tử cung sẽ không còn nhìn thấy vì nằm ngoài tiêu cự. Khi kéo dần đầu dò ra ngoài thì các cơ quan sẽ di chuyển ra giữa màn hình và cổ tử cung sẽ được nhìn thấy rõ hơn, đồng thời bàng quang phía trước và trực tràng phía sau sẽ di chuyển ngược chiều với tử cung,

đây là **dấu hiệu trượt cơ quan** (sliding organs sign) (Hình 1.4). Động tác này giúp chẩn đoán loại trừ hiện tượng dính quanh tử cung và túi cùng sau, dấu hiệu rất cần thiết cho chỉ định phẫu thuật cắt tử cung qua đường âm đạo cũng như để chẩn đoán dấu hiệu xâm lấn chu cung trong ung thư cổ tử cung ở giai đoạn tiến triển.



Hình 1.4: Dấu hiệu trượt cơ quan: đầu dò đẩy tử cung lên trên, các quai ruột chung quanh di chuyển xuống dưới theo chiều ngược lại

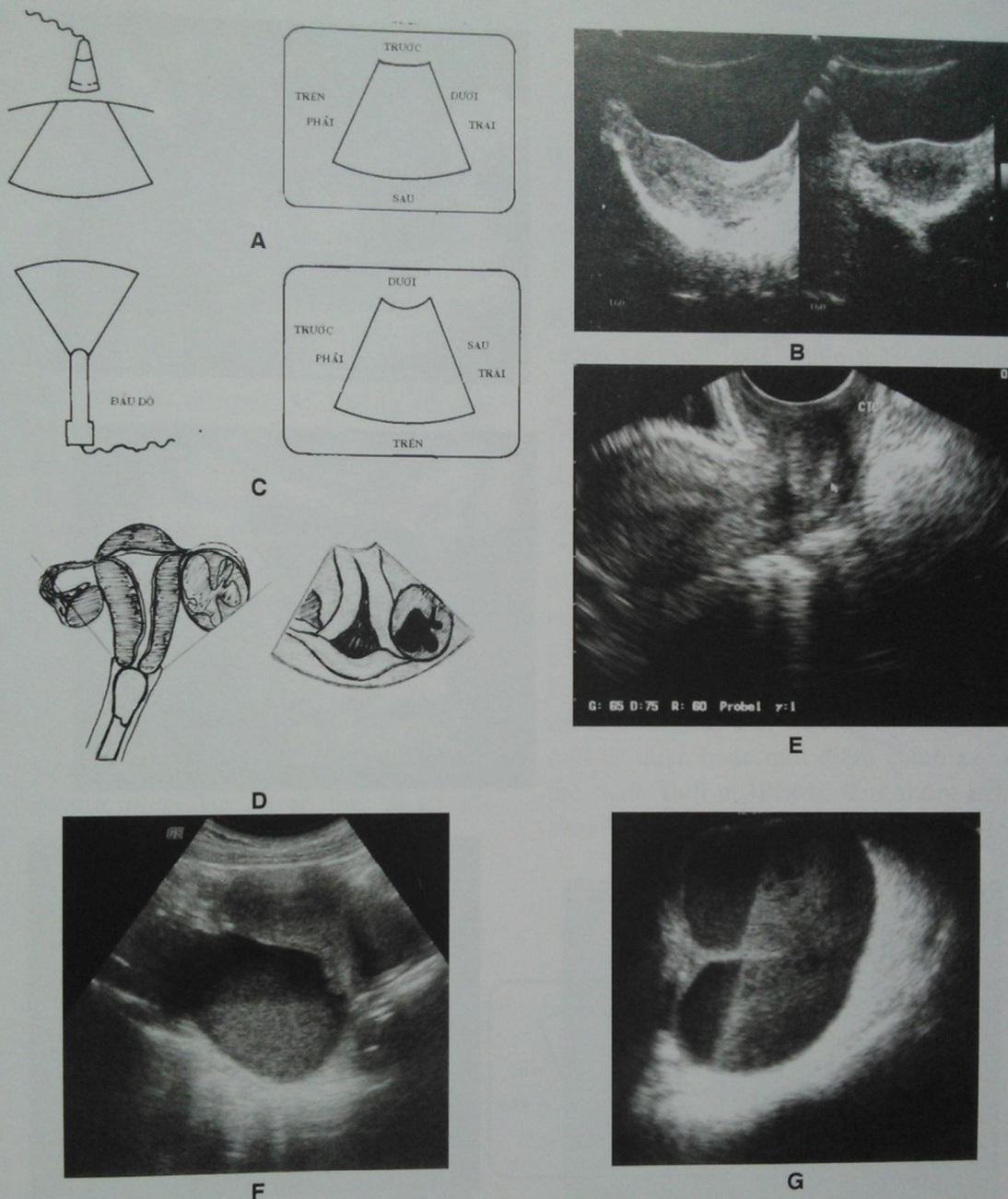
Ngoài động tác di chuyển đầu dò để định vị các cơ quan bằng tay phải, người làm siêu âm còn có thể sử dụng tay trái ấn nhẹ trên bụng bệnh nhân. Động tác này sẽ giúp đẩy các quai ruột ra xa, đưa buồng trứng đến gần đầu dò và cố định vị trí để có thể quan sát hai buồng trứng dễ dàng hơn.

6. ĐỊNH HƯỚNG

Việc định hướng khi sử dụng đầu dò âm đạo đôi khi khó khăn với những người mới thực hành vì hơi khác với siêu âm qua đường bụng (Hình 1.5). **Cách định hướng được sử dụng rộng rãi hiện nay là mặt cắt dọc ở đường âm đạo tương đương với mặt cắt dọc đường giữa ở siêu âm đường bụng quay 90° ngược chiều kim đồng hồ.** Như vậy một phần bàng quang sẽ xuất hiện ở phần trên bên trái của màn hình, cổ tử cung bên phải. Phía sau của bệnh nhân nằm bên phải màn hình, do đó **phần cận lằng của một khối u dạng lỏng xuất hiện ở siêu âm đường âm đạo sẽ có mặt phân cắt thẳng đứng thay vì nằm ngang** (Hình 1.5G). Trục dọc của màn hình tương ứng với trục dọc của các cơ quan trong vùng chậu và mặt phẳng thẳng góc với mặt cắt trên xoay ngược chiều kim đồng hồ sẽ là mặt cắt ngang, khi đó bên phải của bệnh nhân sẽ tương ứng với bên trái của màn hình và bên trái của bệnh nhân sẽ tương ứng với bên phải của màn hình.

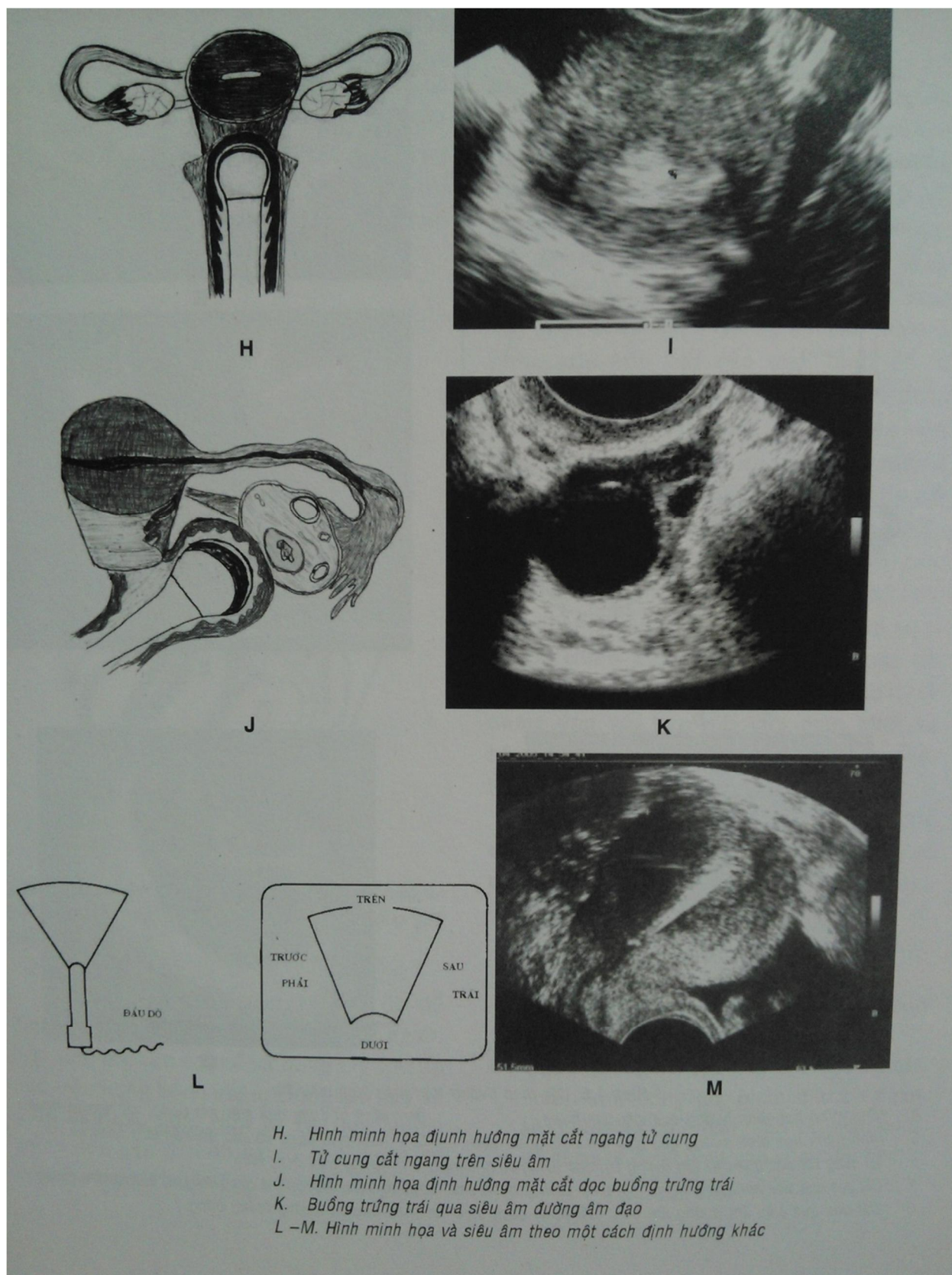
Tư thế tử cung thay đổi tùy theo lượng nước tiểu trong bàng quang. Thân tử cung sẽ ngả trước nhiều hơn nếu bàng quang trống.

- Tử cung ngả trước: đáy tử cung sẽ hướng về phía trên bên trái màn hình, dưới bàng quang
- Tử cung ngả sau: đáy tử cung sẽ hướng về phía dưới bên phải màn hình.
- Quay ngang 90° từ mặt cắt dọc ngược chiều kim đồng hồ: phần đầu cơ quan sẽ ở phía xa của màn hình và phần cuối cơ quan sẽ ở sát phía gần của màn hình.



Hình 1.5: Các định hướng trên màn hình siêu âm

- A. Hình minh họa định hướng qua siêu âm bụng
 B. Hình tử cung qua siêu âm bụng: cắt dọc và ngang
 C. Hình minh họa định hướng qua siêu âm đường âm đạo
 D. Hướng tử cung và đầu dò trên lâm sàng so với hướng trên màn hình
 E. Tử cung cắt dọc qua siêu âm đường âm đạo (CTC: cổ tử cung)
 F. Cắt dọc qua siêu âm đường bụng: mặt phân cách giữa hai chất lỏng bên trong một khối u dạng nang có hướng nằm ngang.
 G. Cắt dọc qua siêu âm đường âm đạo: mặt phân cách giữa hai chất lỏng có hướng thẳng đứng.



PHƯƠNG PHÁP KHẢO SÁT

Chúng ta nên áp dụng theo trình tự cơ bản dưới đây để có thể khảo sát được đầy đủ các phần có liên quan đến phụ khoa.

1. Đưa đầu dò chậm và nhẹ nhàng vào âm đạo, quan sát cổ tử cung là phần thấy được trước tiên. Bàng quang cũng có thể được thấy ở vị trí này của đầu dò.
2. Đẩy đầu dò vào sâu hơn để thấy được thân tử cung. Khảo sát ở các mặt cắt dọc và ngang. Từ mặt cắt cắt dọc thân, kéo nhẹ đầu dò ra ngoài và hướng về phía cổ tử cung để có thể thấy được toàn bộ tử cung trên cùng một mặt cắt.
3. Hướng đầu dò lần lượt qua hai bên cạnh phải và cạnh trái tử cung để khảo sát hai phần phụ gồm vòi trứng, buồng trứng và các bất thường kèm theo nếu có.
4. Chúi đầu dò về phía sau để đánh giá túi cùng Douglas.
5. Kéo đầu dò chậm và nhẹ nhàng ra ngoài. Khi đầu dò tới gần cuối âm đạo, hướng đầu dò ra trước để quan sát bàng quang, niệu đạo và có thể: vị trí gần của niệu quản vào bàng quang.

6. Nếu không thấy được hai buồng trứng, nên kiểm tra lại bằng siêu âm qua đường bụng.

8. LỢI ĐIỂM

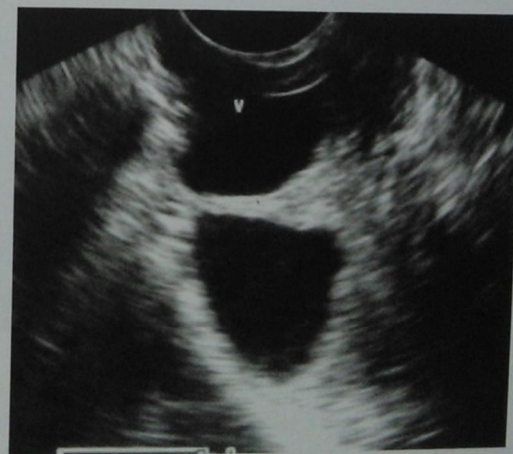
Trong lĩnh vực phụ khoa, siêu âm qua âm đạo có nhiều lợi điểm hơn so với siêu âm qua đường bụng:

8.1. Đầu dò tần số cao: đây là lợi điểm chính yếu, cho phép nhìn thấy rõ chi tiết phần lớn các cơ quan, giúp đánh giá các tổn thương dễ dàng và chính xác hơn (Hình 1.6).

8.2. Khám âm đạo bằng đầu dò: đầu dò đặt trong âm đạo, cùng với một tay ấn trên bụng bệnh nhân tạo một động tác thăm khám hữu hiệu để xác định độ di động của các cơ quan, đồng thời đẩy các cơ quan tới gần vị trí thuận tiện hơn để khảo sát. Đôi khi khám âm đạo còn giúp xác định vị trí điểm đau. Một cơn đau có nguồn gốc từ một cơ quan hoặc một điểm chính xác có thể được khởi phát hoặc tăng thêm khi di chuyển đầu dò.



A



B

Hình 1.6: Những cấu trúc có chi tiết có thể nhìn thấy rõ qua siêu âm đường âm đạo
A. Nang thành âm đạo qua siêu âm đường bụng. UT: tử cung, C: cổ tử cung, V: âm đạo.
B. Nang thành âm đạo qua siêu âm âm đạo



C



D



E



F



G



H

Hình 1.6: Những cấu trúc có chi tiết có thể nhìn thấy rõ qua siêu âm đường âm đạo

- C. Tử cung cắt ngang: dẫn các mạch máu thành tử cung.
- D. Polyp cổ tử cung.
- E. Polyp lòng tử cung.
- F. Buồng trứng phải (RO) và vòi trứng phải (FT).
- G. Dịch ổ bụng. Úc dịch vòi trứng trái. (LFT: vòi trứng trái)
- H. Hình minh họa niêm mạc cổ tử cung.



Hình 1.6: Những cấu trúc có chi tiết có thể nhìn thấy rõ qua siêu âm đường âm đạo

I. Niêm mạc cổ tử cung qua siêu âm.

J. Cắt dọc niêu đạo, âm đạo và trực tràng

8.3. Không cần bàng quang đầy nước tiểu: tạo sự thoải mái cho bệnh nhân cũng như người bác sĩ siêu âm.

8.4. Dễ chấp nhận bởi bệnh nhân, nhất là khi bệnh nhân được giải thích rõ ràng những lợi điểm của siêu âm qua âm đạo.

9. KHÓ KHĂN

Giống như bất cứ một phương tiện chẩn đoán hình ảnh nào khác, siêu âm qua âm đạo cũng có một số khó khăn, giới hạn:

9.1. Về phía người thực hiện: cần có thời gian để thực hành và làm quen. Thời gian đầu thường có những sai sót do chưa quen với sự định hướng của siêu âm qua âm đạo. Bàng quang không đương nhiên được nhìn thấy khi siêu âm qua âm đạo như trên đường bụng, do đó cần xác định vị trí bàng quang để từ đó liên hệ với các cơ quan chung quanh.

9.2. Khó khăn do đầu dò: một số đầu dò có phạm vi khảo sát tương đối hẹp và/hoặc thiếu chiều sâu nên phạm vi khảo sát sẽ bị giới hạn.

9.3. Về phía bệnh nhân: sử dụng siêu âm đường âm đạo gặp khó khăn trong một số trường hợp:

- Bệnh nhân độc thân.
- Bụng có quá nhiều hơi hoặc phân trong đại tràng.
- Tử cung có vết mổ sanh dính vào thành bụng, bị kéo lên cao và xa khỏi tiêu cự khảo sát, khối u quá to v.v... (Hình 1.7).

10. CHỈ ĐỊNH

Siêu âm qua âm đạo được chỉ định rất rộng rãi. Đây là phương tiện có thể sử dụng bất cứ khi nào nghi ngờ có bệnh lý, đặc biệt hữu dụng trong những trường hợp:

1. Chẩn đoán sớm thai ngoài tử cung.
2. Phát hiện sớm một số dị tật bẩm sinh trong thai kỳ ở 3 tháng đầu, và những thai bệnh lý có dự hậu xấu.
3. Phát hiện sớm những dấu hiệu nghi ngờ ung thư buồng trứng, ung thư nội mạc tử cung.

4. Đánh giá và theo dõi rụng trứng ở những bệnh nhân điều trị vô sinh.
5. Hướng dẫn chọc hút:
 - Nang noãn.
 - Nang cơ năng buồng trứng.
 - Dịch ổ bụng.
 - Hủy bỏ thai trong trường hợp đa thai.
 - Điều trị thai ngoài tử cung bằng phương pháp chích KCl, MTX.
 - Gai nhau, nước ối, máu cuống rốn...



A



B

Hình 1.7. U nang buồng trứng to

A. Siêu âm qua đường âm đạo: U nang phân âm trống hoàn toàn

B. Siêu âm qua đường bụng: Vùng phản âm sáng ở bờ sau của khối u không thấy được khi siêu âm qua âm đạo

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zimmer Ez, Timor Tritsch IE, Rottem S. The technique of transvaginal sonography. In: Timor-Tritsch IE, Rottem S, eds. Transvaginal sonography. New York: Elsevier; 1991; 61-76.
2. Fleischer AC, Kepple DM. Normal pelvic anatomy and scanning technique. In: Fleischer AC, Kepple DM, eds. Transvaginal Sonography: A Clinical Atlas. Philadelphia: Lippincott; 1992; 18-31.
3. Fleischer AC, Mendelson E, Bohm-Velez M. Sonographic depiction of the endometrium with transabdominal and transvaginal scanning. Semin Ultrasound CT MRI. 1988; 9:81-101.
4. Fleischer AC, Kepple DM. Normal pelvic anatomy: what you can expect to see. In: Golstein S, ed. Endovaginal Ultrasound. New York: Wilwy-Liss; 1991; 15-36.
5. Timor-Tritsch IE, Rottem S, Egal S: How transvaginal sonography is done. In: Timor-Tristch IE, Rottem S (eds): Transvaginal Sonography, 2nd ed, pp 15-25. NewYork, Elsevier Publishing. 1991.

CHƯƠNG II DỊ DẠNG SINH DỤC

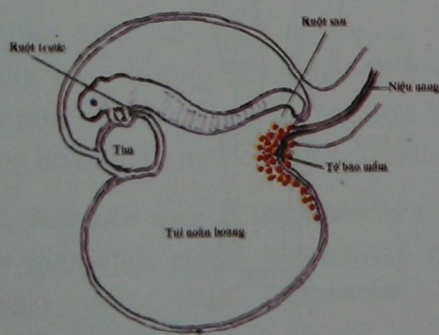
1. PHÔI THAI HỌC TUYẾN SINH DỤC ⁽¹⁾

Về mặt di truyền, giới tính của phôi thai đã được ấn định từ thời điểm thụ tinh, nhưng các tuyến sinh dục chưa thực sự có được những đặc điểm hình thái của nam hay nữ cho đến tuần lễ thứ 7 của giai đoạn phát triển.

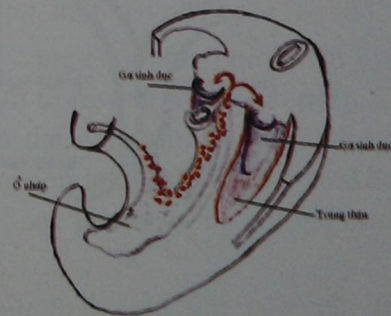
Tuyến sinh dục xuất hiện vào tuần thứ 4 như là một cặp gờ từ lớp biểu mô xoang bụng (coelomic epithelium), chạy dọc theo phần giữa hai ống trung thận (mesonephros) và mạc treo tiểu tràng chung (dorsal mesentery). Các tế bào mầm từ bờ của túi noãn hoàng sẽ di chuyển dọc theo ruột sau và mạc treo tiểu tràng chung hướng về phía gờ sinh dục và tại đây tuyến sinh dục trung tính được thành lập (Hình 2.1).

Vào tuần lễ thứ 6 của giai đoạn phôi, ở cả hai giới tính nam và nữ đều có hai đôi ống sinh dục: một đôi ống trung thận hay ống

Wolf chạy từ trung thận đến ổ nhớp (cloaca) (Hình 2.2) và một đôi ống cận trung thận (paramesonephros) hay ống Müller. Đầu trên của ống Müller mở thông với xoang bụng, phần thân ống chạy song song phía ngoài hai ống Wolf, bắt chéo hai ống này ở đoạn dưới và nhập với ống Müller bên đối diện tại vùng tiểu khung thành ống tử cung-âm đạo (uterovaginal canal) nhưng vẫn còn duy trì vách ngăn giữa hai ống. Phần cuối của ống tiếp tục phát triển xuống tới xoang niệu-sinh dục (urogenital sinus), phình lên phía trong thành củ Müller (Müllerian tubercle), từ đó bầu xoang âm đạo (sinovaginal bulb) được thành lập. Hai ống Wolf đổ vào xoang niệu-sinh dục ở hai bên cạnh ống tử cung - âm đạo (Hình 2.3).

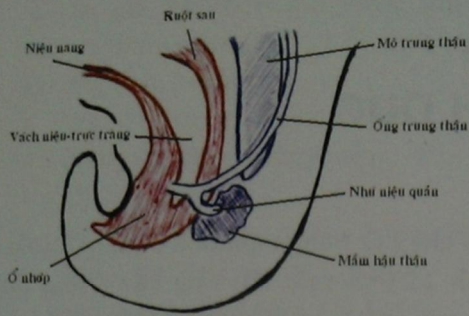


A

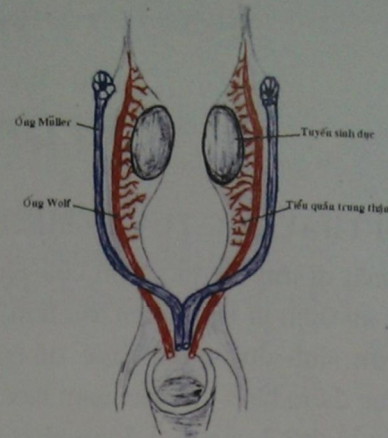


B

Hình 2.1: A Hình minh họa các tế bào mầm sinh dục nằm ở bờ túi noãn hoàng, gần chỗ gắn của niệu nang (allantois). B. Hình minh họa đường di chuyển của các tế bào mầm dọc theo thành của ruột sau và mạc treo tiểu tràng chung đến gờ sinh dục.



Hình 2.2: Hình minh họa sự tương quan giữa đoạn ruột cuối và ổ nhớt (cloaca). Ở cuối tuần thứ 5 nhu niệu quản bắt đầu thâm nhập vào nhu mô mầm trung thân. Vách niệu - trực tràng phát triển về phía đuôi, tách đôi ổ nhớt thành xoang niệu - sinh dục và ống hậu môn - trực tràng.

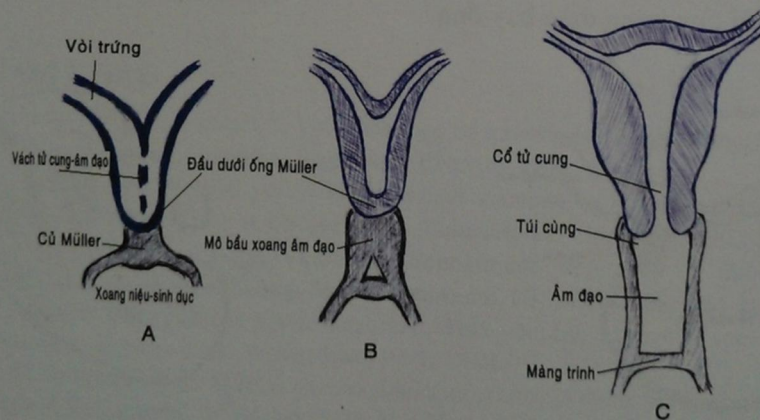


Hình 2.3: Hình minh họa sự liên hệ giữa hai ống Wolf và hai ống Müller.

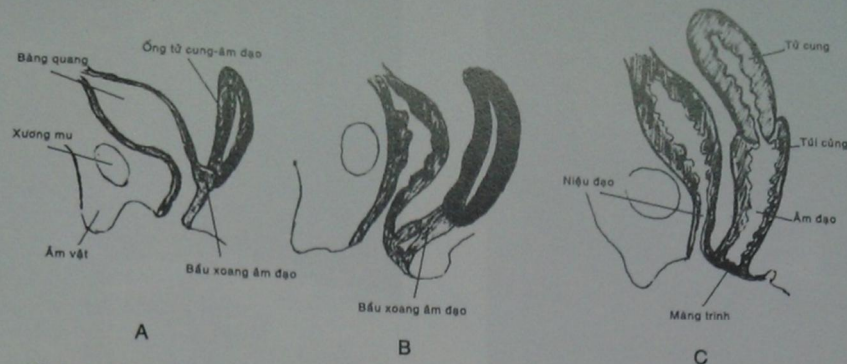
Nếu phôi thai là nữ, hai ống Müller sẽ tiếp tục phát triển hoàn chỉnh để trở thành hai vòi trứng, tử cung và phần lớn âm đạo, còn hai ống Wolf sẽ thoái triển dần và biến mất chỉ còn để lại một vài di tích.

Sự phân hủy phần vách ngăn giữa đoạn cuối hai ống Müller xảy ra ở tuần lễ

thứ 11-13, khởi đầu từ đoạn 1/3 dưới của tử cung và phần trên âm đạo sau đó tiếp tục hướng lên phía trên (Hình 2.4). Buồng tử cung sẽ thông thương hoàn toàn vào tuần lễ thứ 20, phần dưới âm đạo vẫn còn cách biệt với xoang niệu-sinh dục bởi một lớp mô mỏng gọi là màng trinh (Hình 2.5).



Hình 2.4: Hình minh họa sự thành lập tử cung và âm đạo.
A. Sự tiêu hủy dần vách ngăn tử cung - âm đạo.
B. Phát triển phần bầu xoang âm đạo ở giữa tử cung và xoang niệu - sinh dục.
C. Thành lập âm đạo từ sự tiêu hủy của lớp mô bên trong bầu xoang âm đạo.



Hình 2.5: Hình minh họa (cắt dọc) các giai đoạn phát triển của tử cung và âm đạo.
A. Thoát đầu ống tử cung - âm đạo rất gần với xoang niệu-sinh dục.
B. Phân tách dần dần xoang niệu và ống tử cung-âm đạo. Bầu xoang âm đạo di chuyển dần xuống dưới.
C. Phát triển hoàn toàn tử cung và xoang âm đạo.

Do có sự liên hệ mật thiết giữa các thành phần tạo thành hai ống Wolf và Müller nên sự tổn hại của một ống sẽ có ảnh hưởng đến ống còn lại. Nếu bất thường xảy ra sớm ở tuần thứ 4 sẽ đưa đến hiện tượng bất sản của ống trung thận, gây bất sản thận và bất sản ống Müller cùng bên.

2. TỬ CUNG

Các bất thường bẩm sinh của tử cung được xếp thành 4 nhóm chính:

2.1. Bất sản: do hiện tượng không phát triển của một hoặc cả hai ống Müller. Do bất thường này thường kèm theo bất sản hệ niệu nên chỉ có những trường hợp bất sản không hoàn toàn mới có thể còn sinh tồn.

2.1.1. Bất sản ống Müller hai bên không hoàn toàn (hội chứng Rokitansky-Küster-Hauser)

- Không có âm đạo.
- Không có tử cung, chỉ có một ít lớp mô cơ trơn hiện diện cho hình ảnh giống vết tử cung (Hình 2.6).
- Hai buồng trứng bình thường.

- Thận một bên bất sản hoặc lạc chỗ.

2.1.2. Bất sản hoàn toàn một ống Müller

- Không có âm đạo, một nửa tử cung, buồng trứng và thận cùng bên (Hình 2.7).
- Bên đối diện bình thường.

2.1.3. Bất sản không hoàn toàn một ống Müller

- Một bên có âm đạo bình thường, một nửa tử cung, buồng trứng và thận bình thường (Hình 2.8).
- Bên đối diện có tử cung chột, buồng trứng, thận bất sản hoặc lạc chỗ.

Tử cung chột phía bên bị bất sản có sự thay đổi trong quá trình phát triển. Tử cung này có thể nằm gần sát hoặc nằm xa nửa tử cung còn lại, có thể đầy hoặc khuyết và thông hoặc không thông với vòi trứng cùng bên.

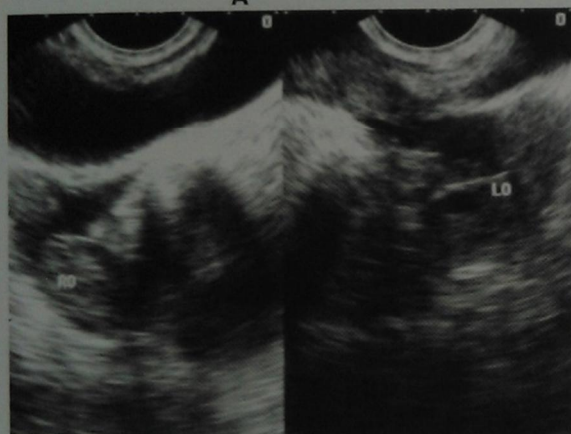
Hình ảnh siêu âm của nửa tử cung giống như một tử cung bình thường. Tử cung chột thường có hình tròn, phản âm không đồng nhất, kích thước thường nhỏ hơn nửa tử cung còn lại.



A



B



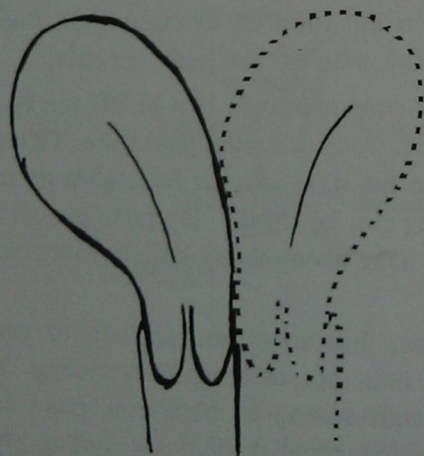
C

Hình 2.6: Bất sản tử cung

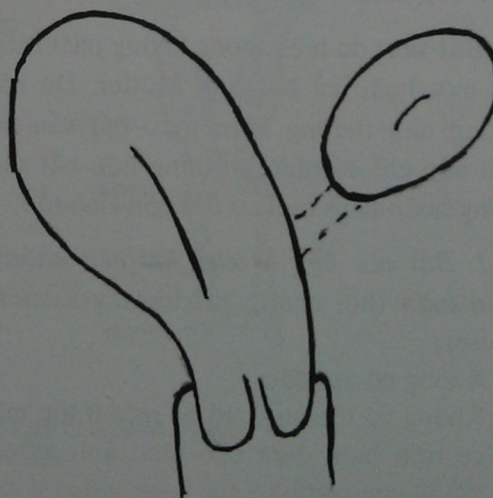
A. Siêu âm qua đường bụng.

B. Siêu âm qua đường âm đạo (UT: tử cung, V: âm đạo).

C. Hai buồng trứng bình thường (RO: buồng trứng phải, LO: buồng trứng trái).



Hình 2.7: Hình minh họa tử cung một sừng.



Hình 2.8: Hình minh họa tử cung chột.



A



B



C



D



E



F

Hình 2.9: A. Hình minh họa tử cung đôi.

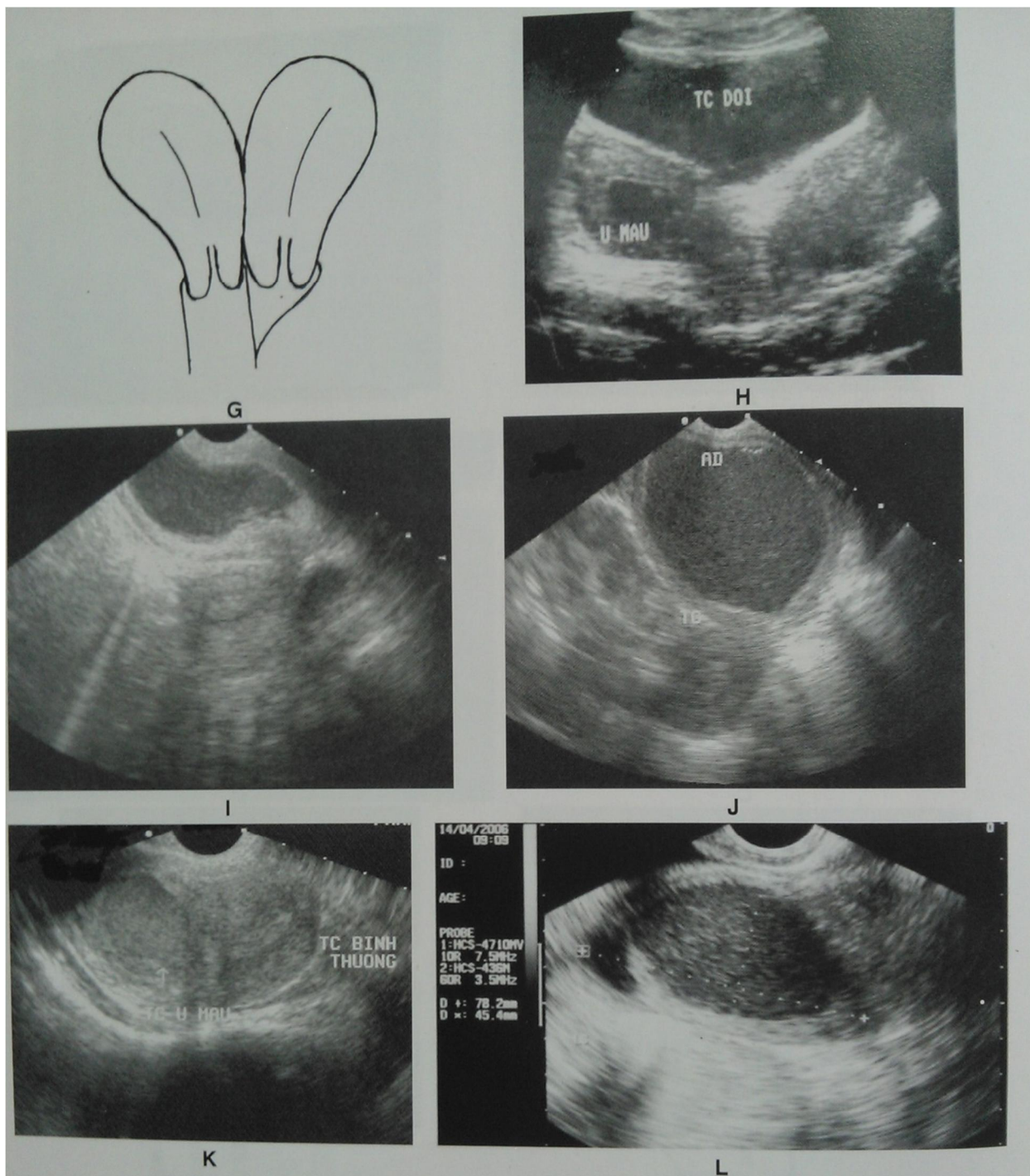
B. Siêu âm qua đường bụng. Hai thân tử cung riêng biệt (TC/P: tử cung phải; TC/T: tử cung trái)

C. Siêu âm qua đường âm đạo: hai thân tử cung có kích thước bằng nhau.

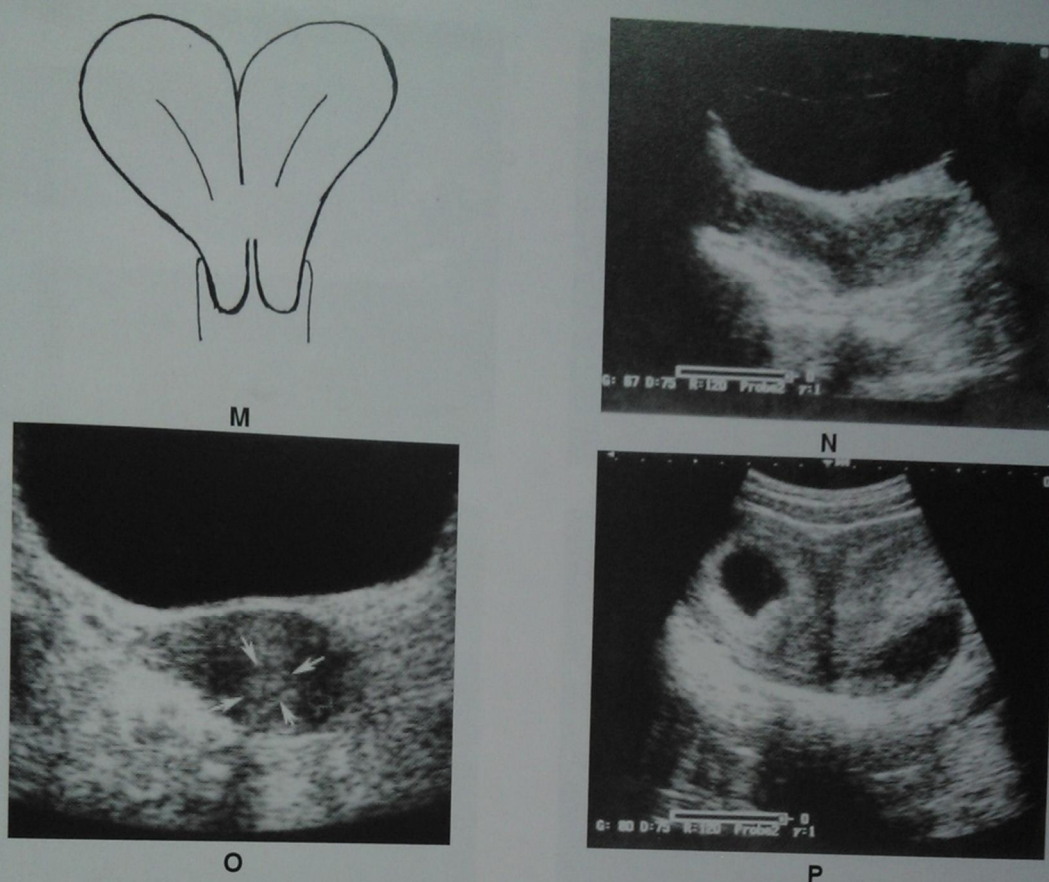
D. Cắt ngang đoạn eo tử cung: hai buồng tử cung riêng biệt.

E. Cắt ngang đoạn cổ tử cung: hai lỗ cổ tử cung.

F. Hai tử cung, có thai ở tử cung bên phải.



Hình 2.9: G. Hình minh họa hai tử cung – hai cổ tử cung – một nửa âm đạo chột.
H. Siêu âm qua đường bụng: hai tử cung, ứ máu tử cung bên phải.
I. Siêu âm qua âm đạo ở mặt cắt dọc: ứ máu âm đạo.
J. Ứ máu âm đạo: mặt cắt ngang (AD: âm đạo; TC: tử cung).
K. Hai thân tử cung, ứ máu ở tử cung bên phải.
L. Ứ máu ở vòi trứng phải.



Hình 2.9: M. Hình minh họa hai tử cung – một cổ tử cung.
 N. Tử cung hai sừng qua siêu âm bụng.
 O. Mặt cắt ngang cổ tử cung cho thấy chỉ có một lỗ cổ tử cung.
 P. Tử cung hai sừng, có thai ở sừng tử cung bên phải.

2.2. Không thoái hóa vách ngăn giữa hai ống Müller: tử cung đôi

Hai ống Müller phát triển thành hai tử cung riêng biệt (Hình 2.9).

2.2.1. Hai tử cung - hai cổ tử cung: hai buồng tử cung thông với hai cổ tử cung riêng biệt, hai âm đạo riêng hoặc một âm đạo chung.

2.2.2. Hai tử cung-hai cổ tử cung-một nửa âm đạo chột: thường máu kinh sẽ bị ứ trong phần âm đạo chột và có thể lên trên

cao hơn gây nên ứ máu trong buồng tử cung hoặc trong vòi trứng. Trường hợp này luôn luôn kèm theo bất sản thận cùng bên.

2.2.3. Hai tử cung-một cổ tử cung (tử cung hai sừng): hai buồng tử cung thông với một cổ tử cung duy nhất. 1/4 trường hợp có kèm theo bất sản thận hoặc thận lạc chỗ.

2.3. Không thoái hóa một phần vách ngăn giữa hai ống Müller: tử cung có vách ngăn

Đây là loại dị dạng thường gặp nhất ở tử cung, do khiếm khuyết trong hiện tượng

tái hấp thu vách ngăn dọc giữa hai tử cung. Lòng tử cung bị phân cắt bởi một vách ngăn đầy hoặc mỏng đi từ trước ra sau, từ trên xuống dưới (Hình 2.10). Trong phần lớn trường hợp vách ngăn nằm cao, phân cắt tử cung ở phần đáy. Vách ngăn thấp thường hiếm hơn, phân cắt buồng tử cung ở đoạn

eo hoặc gần cổ tử cung. Trường hợp ngoại lệ, tử cung còn vách ngăn hoàn toàn và tử cung có hai buồng riêng biệt ngăn cách bởi một lớp cơ tử cung đầy hoặc mỏng.

Tử cung có vách ngăn không đi kèm với bất thường của hai thận.



A



C



E



B



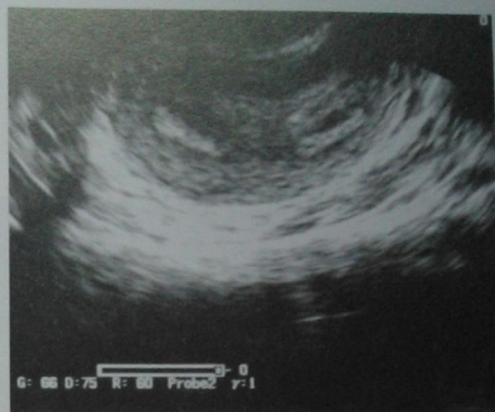
D

Hình 2.10:

- A. Hình minh họa tử cung có vách ngăn cao.
- B. Siêu âm bụng: mặt cắt trán.
- C. Siêu âm qua âm đạo: mặt cắt ngang. Có thai 6 tuần ở buồng tử cung bên trái.
- D. Siêu âm bụng: mặt cắt dọc. Có thai 25 tuần, vách ngăn nằm ở gần đáy tử cung.
- E. Siêu âm bụng: mặt cắt ngang. Có thai 20 tuần, vách ngăn tử thành trước ra thành sau tử cung



F



G



H



I

Hình 2.10:

F-G. Tử cung có vách ngăn thấp.

F. Tử cung cắt ngang đoạn thân: buồng tử cung không bị gián đoạn.

G. Ở gần đoạn eo: hai nửa buồng tử cung bị tách đôi bởi lớp vách ngăn.

H. Cắt dọc thân tử cung qua siêu âm bụng: Tử cung có thai, có phần vách ngăn nằm ngang đoạn eo tử cung.

I. Cắt dọc tử cung qua siêu âm âm đạo: Tử cung có thai, có một đoạn vách ngăn nằm thấp gần cổ tử cung.

J. Vách ngăn thấp ở mặt cắt ngang đoạn eo tử cung.



J



Hình 2.11: Tử cung thiếu sản. Cắt dọc thân tử cung qua đường bụng. Thân tử cung có kích thước bằng kích thước của tử cung trẻ nhỏ (Đường kính trước sau 11mm).

2.4. Thiếu sản tử cung

Bất thường này có lẽ thứ phát, xảy ra trễ sau khi thành lập các cơ quan trong giai đoạn phôi. Tử cung có kích thước của trẻ nhỏ và không phát triển sau tuổi dậy thì (Hình 2.11).

3. ÂM ĐẠO

Những bất thường ở âm đạo gồm có:

3.1. Bất sản âm đạo: thường gặp trong hội chứng Rokitansky-Küster-Hauser: không có âm đạo và tử cung.

Chẩn đoán:

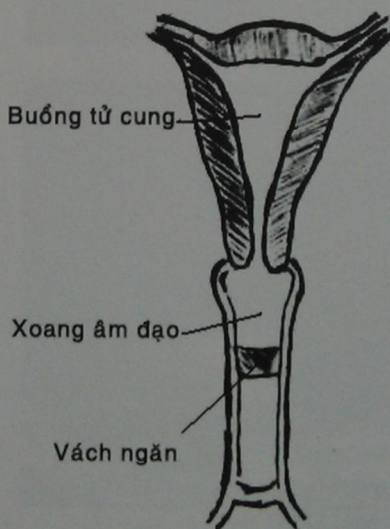
- Vô kinh ở tuổi dậy thì.
- Không có âm đạo hoặc âm đạo ngắn.
- Không có tử cung.
- Hai buồng trứng bình thường.

3.2. Vách ngăn âm đạo: sự tái hấp thu toàn bộ phần mô trong lòng bầu xoang âm đạo sẽ làm cho lòng âm đạo trở nên thông thương hoàn toàn. Nếu hiện tượng tạo ống không xảy ra hoặc xảy ra không hoàn toàn sẽ tạo thành vách ngăn ngang, thường nằm ở đoạn giao tiếp giữa 1/3 trên và 2/3 dưới âm đạo (Hình 2.12). Bất thường này thường được phát

hiện ở tuổi dậy thì, khi có hiện tượng ứ máu kinh hoặc ứ mủ ở phần trên của vách ngăn.

Chẩn đoán:

- Vô kinh tuổi dậy thì (hoặc ra ít nếu vách ngăn không hoàn toàn).
- Ứ máu, mủ trong âm đạo.
- Đau bụng theo chu kỳ.

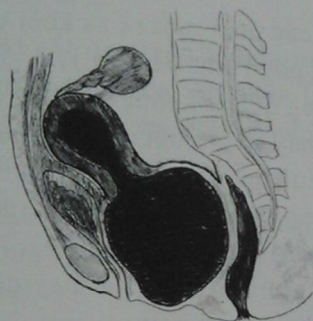


Hình 2.12. Hình minh họa vách ngăn ngang âm đạo.

3.3. Bít màng trinh: do không có hiện tượng tái hấp thu lớp màng nhớp ở phần cuối cơ quan sinh dục ngoài (Hình 2.13).

Chẩn đoán:

- Vô kinh tuổi dậy thì.
- Khám lâm sàng thấy màng trinh đầy, không có lỗ vào âm đạo.



A



B

Hình 2.13: A. Hình minh họa bít màng trinh, ứ máu tử cung – âm đạo.

B. Tử cung – âm đạo cắt dọc: ứ máu tử cung – âm đạo qua siêu âm bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Langman J. Genital System. In: Medical Embryology. 2nd edition. Williams & Wilkins Company. Baltimore 1969; 163-182.
2. Morton A. Stenchever. Congenital Abnormalities of the Female Reproductive Tract. In: Comprehensive Gynecology. Morton A. Stenchever, 4th edition. Philadelphia: Mosby; 2001; 253-266.
3. Frank H. Netter. The Ciba collection of Medical illustrations. Volume 2 Reproductive system; 1965.

CHƯƠNG III

CƠ THỂ HỌC CÁC CƠ QUAN VÙNG CHẬU NỮ

Qua nhiều thập kỷ, siêu âm đã chứng tỏ vai trò quan trọng trong việc đánh giá các thành phần cơ thể học cũng như các bệnh lý nói chung và của phụ nữ nói riêng, đồng thời đã hỗ trợ cho lâm sàng rất nhiều trong việc xác định những thay đổi sinh lý cũng như bệnh lý thể hiện qua những thay đổi cấu trúc ở các cơ quan sinh dục.

Tử cung và buồng trứng là những cơ quan có nhiều thay đổi nhất trong cơ thể: thay đổi kích thước và hình dạng tùy theo những thay đổi nội tiết tố từ tuổi dậy thì, trong giai đoạn hoạt động sinh dục đến tuổi mãn kinh.

1. ĐIỀU KIỆN THỰC HIỆN

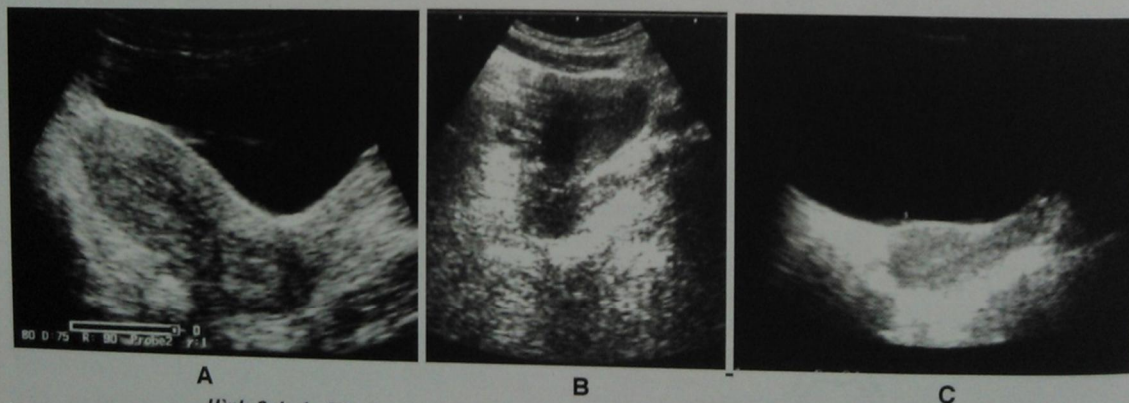
1.1. Siêu âm qua đường bụng: cần có bàng quang đầy tới đáy tử cung để tạo cửa sổ

âm và đẩy các quai ruột ra xa khỏi vị trí tử cung và hai phần phụ (Hình 3.1).

- Nếu bàng quang không đủ nước tiểu sẽ không thấy rõ chi tiết các cơ quan trong vùng tiểu khung.
- Nếu bàng quang quá căng sẽ đẩy các cơ quan ra xa khỏi vùng khảo sát tối ưu, gây chèn ép và làm thay đổi hình dạng các cơ quan này.

1.2. Siêu âm qua đường âm đạo: được thực hiện trong những trường hợp:

- Bệnh nhân không thể nhịn tiểu.
- Thành bụng quá đầy.
- Khó khảo sát vì tử cung gập sau.
- Những khối u nằm sâu phía sau khung chậu.
- Khi muốn đánh giá chi tiết các phần cần khảo sát.



Hình 3.1: A. Siêu âm qua đường bụng, bàng quang đủ nước tiểu.
B. Siêu âm qua đường bụng, bàng quang ít nước tiểu.
C. Siêu âm qua đường bụng, bàng quang quá căng.

2. CÁC MẶT CẮT QUA SIÊU ÂM ĐƯỜNG BỤNG – ĐỊNH HƯỚNG MÀN HÌNH

Có ba mặt cắt chính khi khảo sát các cơ quan trong vùng chậu (Hình 3.2), được thể hiện trên màn hình siêu âm theo định hướng quy ước:

2.1. Mặt cắt dọc trên xương mu: bên trái màn hình tương ứng với phần trên và bên phải màn hình tương ứng với phần dưới của cơ quan.

2.2. Mặt cắt ngang: bên trái màn hình tương ứng với bên phải của bệnh nhân và ngược lại.

2.3. Mặt cắt trán: phía trên của màn hình tương ứng với phần trên của cơ quan.



A



C

3. CÁC PHẦN CƠ THỂ HỌC

3.1. Các lớp cơ vùng chậu

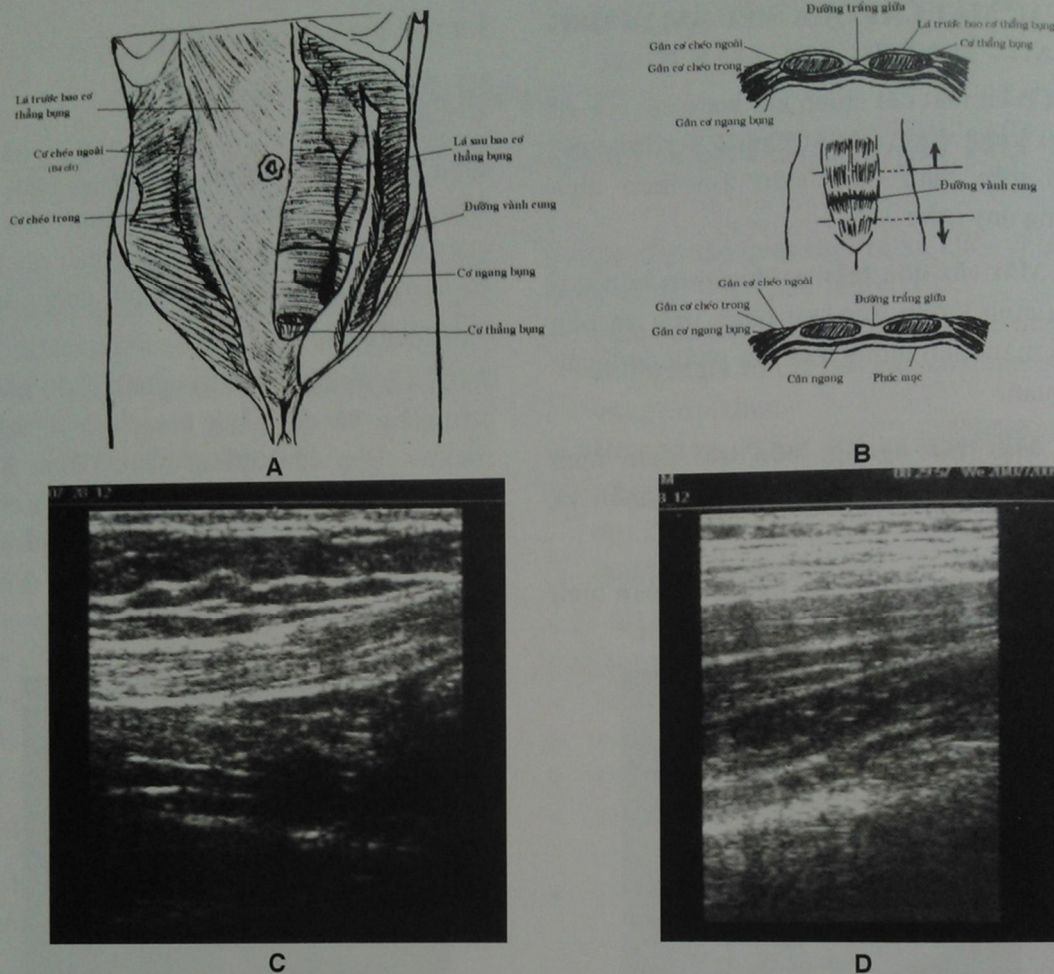
Cần nhận diện các lớp cơ này để tránh chẩn đoán lầm với buồng trứng, khối tụ dịch hoặc các khối u vùng chậu. Yếu tố quan trọng giúp ích cho sự xác định các lớp cơ là sự đối xứng hai bên qua đường trục giữa cơ thể.

3.1.1. Cơ bụng: cơ chéo ngoài, chéo trong, cơ ngang và cơ thẳng bụng tạo ra thành trước – bên của khung chậu (Hình 3.3). Phần cân ở của các bó cơ chéo ngoài, chéo trong và cơ ngang bụng kết lại thành bao cơ thẳng bụng và cơ thắp, nhập lại ở phía trước tại đường trắng giữa (linea alba).



B

Hình 3.2. A. Định hướng màn hình – mặt cắt dọc.
B. Định hướng màn hình – mặt cắt ngang.
C. Định hướng màn hình – mặt cắt trán.



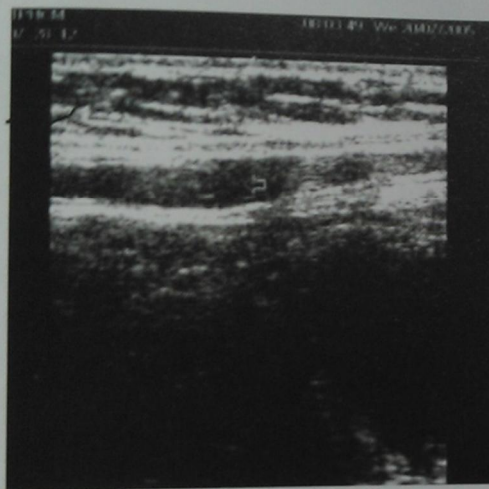
Hình 3.3: Các cơ bụng

- A. Hình minh họa các cơ bụng - vị trí đường vành cung.
 B. Hình minh họa bao cơ thẳng bụng ở phía trên và phía dưới đường vành cung.
 C. Cơ thẳng bụng
 D. Cơ chéo ngoài - chéo trong - cơ ngang bụng.

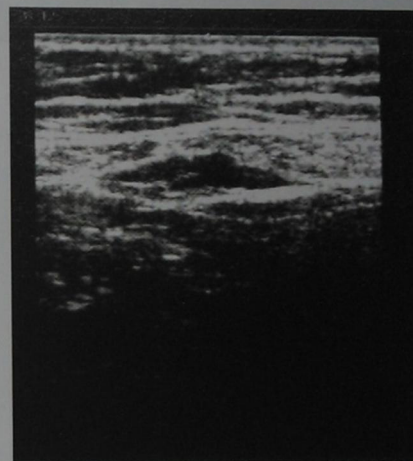
Hai cơ thẳng bụng nằm hai bên của đường trắng xuống tới mào xương mu. Cấu trúc cơ thể học của bao cơ thẳng bụng khác nhau giữa phần trên và phần dưới của đường vành cung (arcuate line). Phía trên đường vành cung lớp cân cơ chéo trong tách ra thành lá trước và lá sau. Phía dưới đường vành cung lớp cân của cả ba bó cơ này đều nằm ở phía trước và cơ thẳng bụng

được bao ở mặt sau bởi lớp cân ngang (transversalis fascia). Khối máu tụ trong bao cơ thẳng bụng nếu nằm ở phía trên của đường vành cung sẽ khu trú tại chỗ, trái lại nếu nằm bên dưới đường này sẽ có khuynh hướng lan qua đường giữa, đẩy bàng quang ra sau ⁽¹⁾ và có thể chẩn đoán lầm với một khối u có nguồn gốc ở vùng chậu.

3.1.2. Khoảng Retzius (Hình 3.4): còn gọi là khoang trước bàng quang hoặc khoang sau xương mu, nằm giữa lớp cân ngang (transversalis fascia) và cân rốn trước bàng quang (umbilical prevesical fascia) ⁽²⁾. Những khối tụ máu hoặc mủ nằm ở vị trí này thường đẩy bàng quang ra phía sau và từ vị trí này có thể chẩn đoán phân biệt với những khối u vùng chậu hoặc vùng bụng thường đẩy bàng quang ra trước hoặc xuống dưới ⁽³⁾.



A

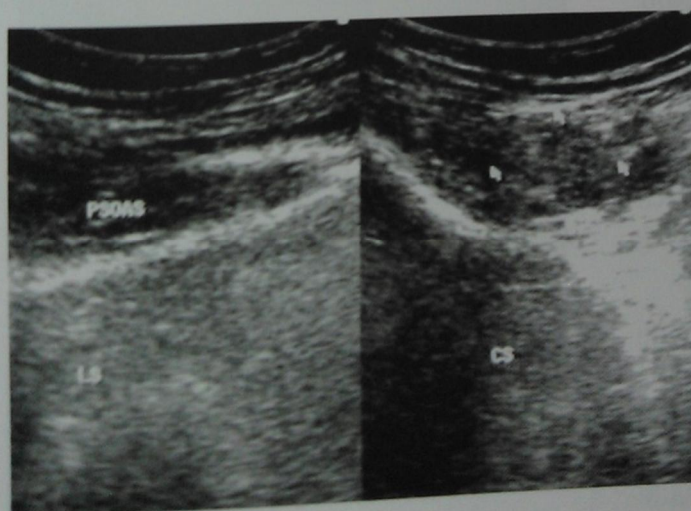


B

Hình 3.4: Khoảng Retzius

A. Cắt dọc.

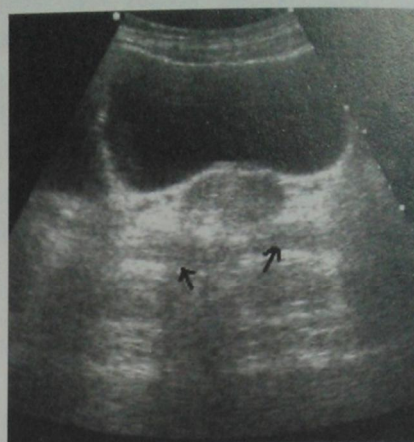
B. Cắt ngang.



Hình 3.5: Cơ thắt lưng chậu cắt dọc và ngang.



A



B

Hình 3.6: Các cơ sàn chậu

A. Cơ bịt trong.

B. Cơ nâng hậu môn.

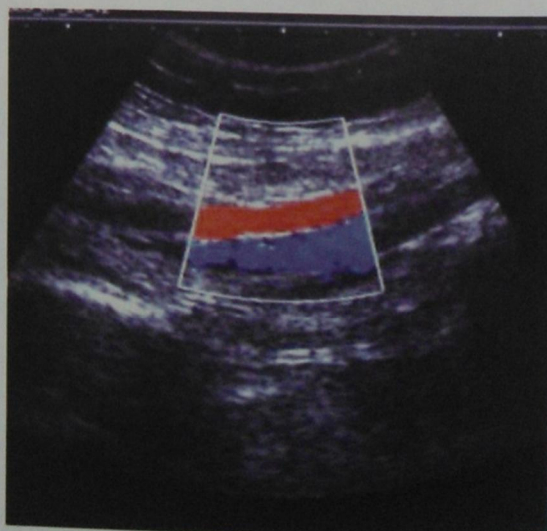
3.1.4. Nhóm cơ sàn chậu (Hình 3.6): cơ hình lê (pyriformis), cơ bịt trong (obturator interna), cơ nâng hậu môn (levator ani) nhìn thấy ở mặt cắt chéo xuống dưới và hai bên tử cung khoảng $15^\circ - 30^\circ$.

3.2. Các mạch máu

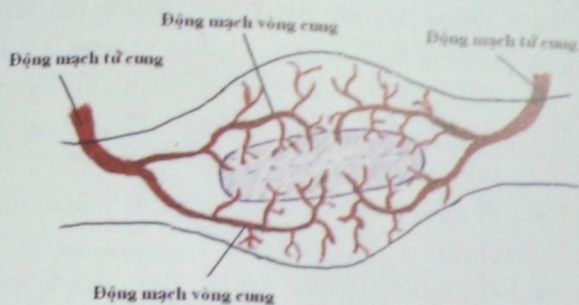
3.2.1. Động mạch và tĩnh mạch chậu chung chạy phía trước và giữa cơ thắt lưng-chậu, phân nhánh thành các mạch máu chậu ngoài và chậu trong ở khoảng L5-S1 (Hình 3.7). Các động mạch chậu ngoài có kích thước lớn hơn so với động mạch chậu trong. Động mạch chậu trong có đường kính trung bình 5mm, và có mạch đập; trong khi đó tĩnh mạch chậu trong có đường kính lớn hơn (10mm), nhưng không có mạch đập.

3.2.2. Động mạch tử cung: đến từ nhánh trước của động mạch chậu trong, chạy phía trước cơ nâng hậu môn, bắt chéo phía trên và trước niệu quản khoảng 2cm từ cổ tử cung, vòng trở lên dọc theo thân tử cung ra

đến dây chằng rộng và tiếp nối với động mạch buồng trứng. Các nhánh của động mạch tử cung thông thương với nhau ở đường giữa qua những động mạch vòng cung ở mặt trước và sau, đi vào ở 1/3 ngoài của lớp cơ tử cung (Hình 3.8). Các tĩnh mạch vòng cung có kích thước lớn hơn so với các động mạch.



Hình 3.7: Mạch máu vùng chậu.



A



B

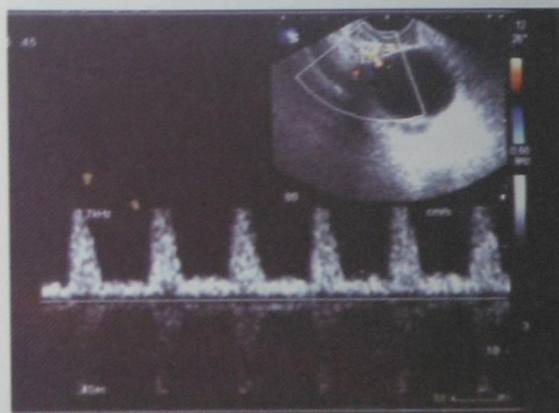
Hình 3.8: A-B. Hình minh họa và siêu âm mạch máu tử cung.

3.2.3. Động mạch buồng trứng: đến từ nhánh bên của động mạch chủ, hơi phía dưới của động mạch thận, chạy xuống qua động mạch chậu ngoài, nằm trong dây chằng thắt lưng buồng trứng (lumbo-ovarian ligament) (Hình 3.9).

phủ một phần xuống tới đoạn eo và vòng lên mặt trước trực tràng để tạo thành túi cùng sau hay túi cùng Douglas (Hình 3.10).

3.3. Tử cung

Tử cung nằm trong khung chậu, giữa bàng quang ở phía trước, đại tràng sigma và trực tràng ở phía sau. Phức mạc bụng phủ một phần mặt trước tử cung xuống tới đoạn eo, vòng lên phía sau bàng quang tạo một hõng ngách gọi là túi cùng tử cung – bàng quang. Phía sau tử cung phức mạc cũng bao



Hình 3.9: Doppler động mạch buồng trứng.



A



B

Hình 3.10: A. Túi cùng trước.
B. Túi cùng sau.

Vị trí của tử cung có thể thay đổi tùy theo sự thay đổi kích thước của bàng quang và đại tràng. Đa số trường hợp tử cung có tư thế ngả trước và gấp trước. Tư thế ngả tùy thuộc vào trục dọc của thân tử cung so với âm đạo và tư thế gấp tùy thuộc trục dọc của thân tử cung so với cổ tử cung. Những tử cung di động nhiều thường gấp góc nhiều hơn. Tử cung ngả sau hoặc gấp sau cũng được coi là những biến thiên hình dạng bình thường của tử cung.

3.3.1. Hình dạng: gồm các phần đáy, thân, eo và cổ tử cung

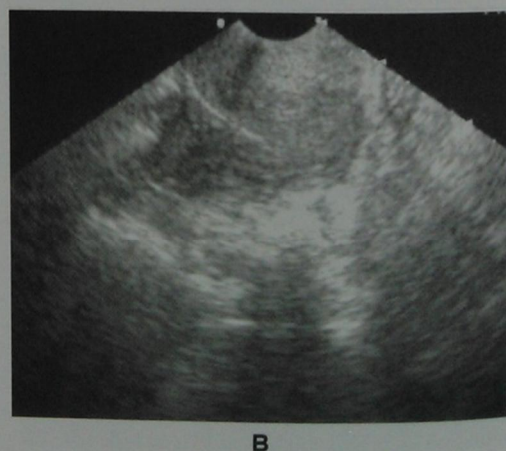
- Ở mặt cắt dọc: thân tử cung có hình thuôn dài giống quả lê.
- Ở mặt cắt ngang: thân tử cung hình bầu dục, cổ tử cung hình tròn.
- Ở mặt cắt trán: thân tử cung có hình tam giác.

3.3.2. Kích thước: thay đổi tùy theo tuổi, số con và chu kỳ kinh nguyệt (Hình 3.11).

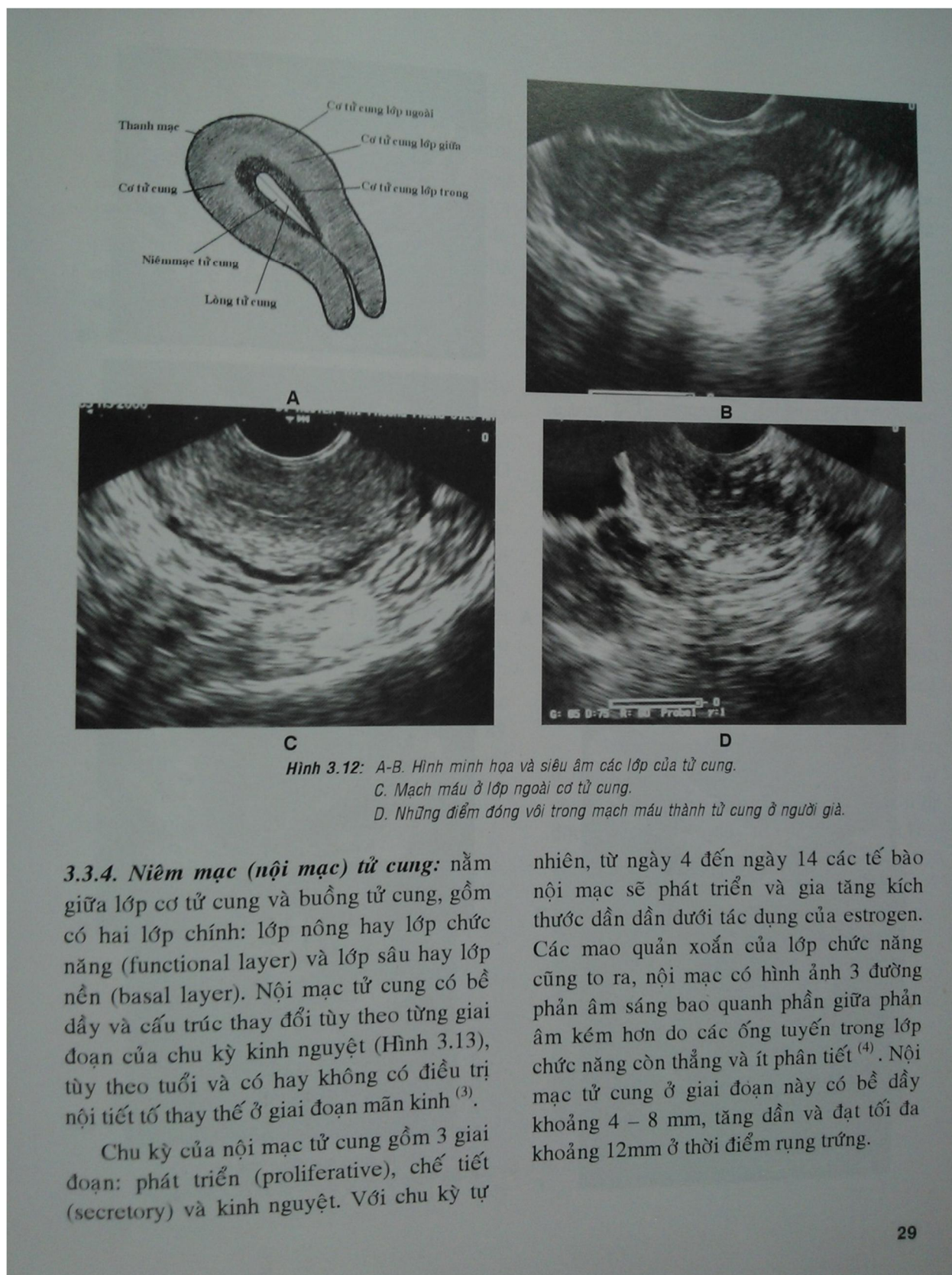
Thường ở cuối chu kỳ kích thước tử cung hơi tăng so với các giai đoạn khác.

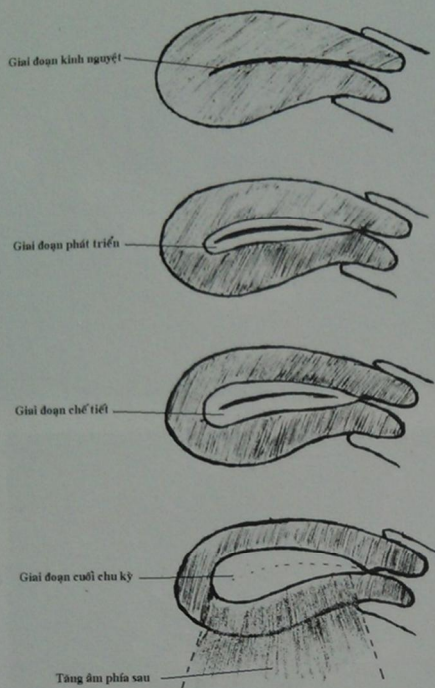
- *Trước dậy thì:* dài 1-3cm, ngang 0,5-1cm, tỷ lệ giữa cổ tử cung và thân tử cung là 2/1.
- *Sau dậy thì, chưa sanh:* dài 7cm, ngang và dày 3-4cm, tỷ lệ giữa cổ tử cung và thân tử cung là 1/2.
- *Ở người đã sanh:* cộng thêm 1-2cm mỗi chiều.
- *Ở người mãn kinh:* dài 3,5-6,5cm, ngang và dày 2-3cm, tỷ lệ giữa cổ tử cung và thân tử cung là 2/1.

3.3.3. Cấu trúc: tử cung có 3 lớp: ngoài cùng là lớp thanh mạc, kế đến là lớp cơ tử cung chiếm khối lượng trọng yếu có phần âm đồng nhất và trong cùng là lớp niêm mạc có tính chuyên biệt cao, chứa rất nhiều ống tuyến và mô liên kết có đáp ứng thay đổi theo chu kỳ với các nội tiết tố của buồng trứng (Hình 3.12). Niêm mạc tử cung tiếp nối với niêm mạc âm đạo qua kênh cổ tử cung và thông thương với ổ bụng qua niêm mạc vòi trứng. Các tĩnh mạch vòng cung đôi khi thấy rõ trong lớp cơ ở vị trí 1/3 ngoài. Ở người mãn kinh, các mạch máu vòng cung teo đi và có hiện tượng đóng vôi tạo thành những điểm sáng nằm dọc theo vị trí các mạch máu này.



Hình 3.11: A. Tử cung sau dậy thì.
B. Tử cung sau mãn kinh.





A

D

F

B

C

E

Hình 3.13:

- A. Hình minh họa sự thay đổi của nội mạc tử cung theo chu kỳ kinh nguyệt.
 B. Tử cung ở ngày thứ 12 của chu kỳ.
 C. Nang noãn gần trưởng thành ở buồng trứng trái.
 D. Ở giai đoạn sau rụng trứng, có hoàng thể và ít dịch bao quanh buồng trứng.
 E. Nội mạc tử cung giai đoạn chế tiết.
 F. Nội mạc tử cung ở giai đoạn có kinh nguyệt.

Qua giai đoạn chế tiết từ ngày 15 đến 28, nội mạc tử cung mềm và phù nề dưới tác dụng của progesterone, các tuyến niêm mạc tăng tiết dịch giàu glycogene, các động mạch xoắn trở nên uốn khúc nhiều hơn và lớp mô liên kết phù nề làm tăng mật độ phản âm của lớp chức năng trở thành đồng nhất với lớp nền. Bề dày trung bình của lớp nội mạc ở giai đoạn này khoảng từ 7 - 14mm và có phản âm sáng đồng nhất.

Nếu không có thai, hoàng thể bắt đầu thoái hóa và không còn chức năng ở ngày 14 sau rụng trứng. Sự sụt giảm nồng độ progesterone và không có nội tiết tố HCG của thai sẽ làm cho lớp nội mạc tử cung không còn được hỗ trợ và bị thiếu oxy do thiếu máu nuôi. Kết quả là lớp nội mạc sẽ bị hoại tử và tróc ra tạo hiện tượng kinh nguyệt. Ở giai đoạn này, lớp chức năng bị mất hoàn toàn và chỉ còn lại lớp tế bào nền cùng với một ít mô tuyến bề dày từ 1 - 2 mm. Từ lớp chức năng này lớp nội mạc mới sẽ được tái tạo để chuẩn bị cho chu kỳ tiếp theo. Nội mạc ở giai đoạn kinh nguyệt có hình ảnh một đường mỏng phản âm sáng nằm giữa tử cung.



A

Ở người mãn kinh nếu không có sử dụng nội tiết, nội mạc tử cung teo mỏng chỉ còn một đường sáng, bề dày tối đa dưới 5mm⁽⁵⁾ được bao quanh bởi một vòng phản âm kém trước đây vẫn tưởng là nội mạc tử cung, nhưng giải phẫu bệnh cho thấy đây là lớp mao mạch nằm viền theo lớp cơ tử cung phía trong cùng, có chứa ít mô liên kết và cơ trơn hơn phần cơ bên ngoài⁽⁶⁾. Trong trường hợp có sử dụng nội tiết thay thế, nội mạc tử cung thay đổi tùy theo loại thuốc chỉ có estrogen hoặc loại kết hợp estrogen và progesterone. Nếu chỉ có estrogen thường nội mạc sẽ dày hơn loại kết hợp.

Nội mạc tử cung được đo ở mặt cắt dọc giữa thân tử cung, đo từ lớp nền một bên đến lớp nền của bên đối diện.

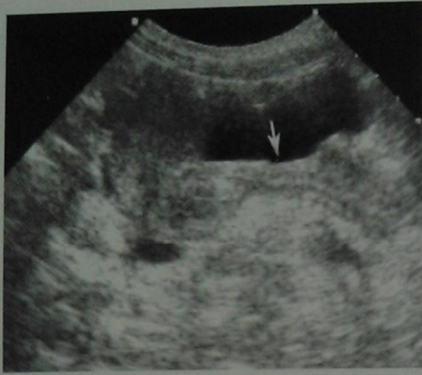
3.4. Cổ tử cung: là phần dưới của tử cung, có hình trụ hoặc hình nón và thành phần cấu tạo chủ yếu là mô sợi. Kênh cổ tử cung là khoang ở giữa cổ tử cung, có hình thoi hơi phình ra ở đoạn giữa, dài khoảng 2,5-3cm và rộng 7-8mm ở điểm lớn nhất.

Cổ tử cung được nhận diện trên siêu âm ở mặt cắt dọc như phần tiếp theo của tử cung ở ngay phía sau góc bàng quang, ít di động hơn thân và đáy tử cung (Hình 3.14).



B

Hình 3.14: A. Cổ tử cung cắt dọc với mép trước, mép sau và kênh cổ tử cung.
B. Cổ tử cung cắt ngang.



A



B

Hình 3.15: A. Âm đạo cắt dọc.
B. Âm đạo cắt ngang.



A



B

Hình 3.16: A. Vòi trứng phải được bao quanh bởi dịch phản âm trắng.
B. Hydatid Morgani: nang phản âm trắng bờ mỏng nằm ở đầu loa vòi.

3.5. Âm đạo: là một cấu trúc hình ống thành mỏng, kết nối giữa tử cung ở bên trong và hội âm ở bên ngoài, cấu tạo bởi mô sợi-cơ có độ co giãn nhiều. Khoảng tiếp nối giữa cổ tử cung và âm đạo gọi là túi cùng âm đạo (fornix). Túi cùng âm đạo sau lớn hơn túi cùng âm đạo trước, chiều dài 8 – 12cm so với túi cùng âm đạo trước chỉ có 6 – 9cm. Trên siêu âm ở mặt cắt dọc, âm đạo có cấu trúc hình ống phản âm kém với lòng ống phản âm sáng nằm phía sau bàng quang-niệu đạo và phía trước trực tràng (Hình 3.15).

3.6. Vòi trứng: là một đôi ống ra khỏi tử cung ở góc trên và tận cùng ở vị trí bao quanh buồng trứng, nối kết giữa sừng tử cung và xoang bụng. Vòi trứng nằm trong bờ tự do của dây chằng rộng, có chiều dài khoảng 10-14cm và đường kính nhỏ hơn 1cm ở phần ngoài (Hình 3.16), được chia ra 4 đoạn:

3.6.1. Đoạn kẽ: là đoạn nằm trong lớp cơ của sừng tử cung, dài 1-2cm được bao bởi lớp cơ tử cung,

3.6.2. Đoạn eo: là phần bắt đầu rời khỏi tử cung, dài khoảng 4cm và đường kính trong

lòng ống 1-2mm, là đoạn có lớp cơ phát triển nhất.

3.6.3. Đoạn bóng: có chiều dài 4-6cm và đường kính khoảng 6mm.

3.6.4. Đoạn loa: có nhiều tua vôi, tua lớn nhất có thể thấy được ở phần áp vào buồng trứng. Cuối tua vôi đôi khi có thể thấy một nang phản âm trống là nang Morgani, di chứng còn lại của phần trung biểu mô, trung thận hoặc cận trung thận.

Bình thường vòi trứng không thấy được trên siêu âm do kích thước nhỏ và hình dạng ngoằn ngoèo, trừ trường hợp được bao quanh bởi dịch tự do trong ổ bụng.

3.7. Buồng trứng: Hai buồng trứng nằm phía sau bên của tử cung ngay trước động mạch và tĩnh mạch chậu trong (Hình 3.17), nhưng cũng có thể nằm ở phía trên, phía trước tử cung hoặc ở túi cùng Douglas.

Hai buồng trứng thường dễ nhận diện ở vị trí mặt cắt thẳng góc với mặt cắt dọc thân tử cung, có hình bầu dục với phản âm đặc đồng nhất ở vùng trung tâm và vài nang phản âm trống bờ mỏng là các nang noãn nằm gần lớp vỏ buồng trứng. Kích thước trung bình của buồng trứng là 2 x 2,5 x 3,5 cm. Thể tích buồng trứng được tính theo công thức: dài (cm) x rộng (cm) x dày (cm) x 0,5233. Thể tích trung bình của hai buồng trứng là 3cm³ ở tuổi dậy thì, 10 cm³ ở tuổi hoạt động sinh dục và khoảng 6cm³ ở tuổi mãn kinh. Kích thước buồng trứng có thể thay đổi tùy theo kích thước lớn hay nhỏ của các nang noãn. Trong một chu kỳ tự nhiên, từ ngày 8-9 sẽ có một nang noãn phát triển trội và tiếp tục tăng kích thước từ 1mm đến 3mm mỗi ngày và sẽ đạt đến

độ trưởng thành ở ngày 13-14. Một nang noãn trưởng thành có kích thước trung bình khoảng 20 – 25mm. Ở người mãn kinh, hai buồng trứng giảm kích thước, có hình dẹp dài, cấu trúc đồng nhất và không còn nang noãn phát triển trừ những trường hợp có điều trị nội tiết thay thế.



Hình 3.17: Buồng trứng cắt ngang, nằm trước động mạch và tĩnh mạch chậu trong.

3.8. Túi cùng Douglas

Là khoảng trống tạo bởi phần phúc mạc phủ mặt sau tử cung chạy dài xuống mép sau âm đạo, nối tiếp với phúc mạc thành trước trực tràng. Đây là vị trí tốt nhất để khảo sát sự hiện diện của dịch tự do trong ổ bụng với khối lượng tương đối ít. Bình thường có thể có một ít dịch sinh lý tự nhiên khoảng 1-3ml ở túi cùng sau và có thể nhiều hơn ở quanh thời điểm rụng trứng. Ngoài ra còn có một số trường hợp có thể thấy dịch tự do ở túi cùng sau như: trào ngược máu kinh qua vòi trứng, vỡ thai nằm ngoài tử cung, vỡ nang hoàng thể, hay các bệnh lý viêm nhiễm... Tùy thành phần cấu tạo của dịch tự do, hình ảnh siêu âm sẽ thay đổi từ phản âm hoàn toàn trống đến phản âm kém hoặc hỗn hợp (Hình 3.18).



A



B

Hình 3.18: A. Dịch phản âm trống quanh tử cung qua siêu âm bụng (UB: bàng quang, FL: dịch tự do)
B. Dịch phản âm kém ở túi cùng sau, siêu âm qua đường âm đạo.

3.9. Bàng quang

Bàng quang có hình dạng thay đổi tùy theo lượng nước tiểu. Khi bàng quang đầy sẽ có hình tam giác ở mặt cắt dọc. Ở mặt cắt ngang, phía trên bàng quang có hình hơi tròn, phía dưới có hình vuông vì giới hạn bởi các lớp cơ và xương ở vùng chậu. Hai lỗ niệu quản có thể thấy được ở vị trí gần vào đáy bàng quang và niệu đạo với toàn bộ chiều dài cũng có thể quan sát được qua siêu âm bằng đường âm đạo – trực tràng (Hình 3.19).



A



B

Hình 3.19: A. Lỗ niệu quản ở vị trí đổ vào bàng quang.
B. Niệu đạo và nang niệu quản.

3.10. Các quai ruột

Quai ruột luôn thay đổi hình dạng khi có các nhu động. Nếu có chứa dịch trong lòng ống sẽ nhìn rõ được các van đồng quy của ruột non và các ngấn của ruột già. Đại tràng sigma thường chứa hơi và các chất chứa bên trong tạo nhiều bóng âm làm cho việc khảo sát các cấu trúc nằm sâu trong vùng chậu thường gặp khó khăn. Tuy nhiên với hình ảnh các nhu động sẽ giúp chẩn đoán phân biệt được giữa các quai ruột dẫn nỡ với các khối u thật sự (Hình 3.20).



A



B

Hình 3.20: A-B. Các quai ruột và bóng hơi trong ruột.

3.11. Niệu quản

Là cấu trúc hình ống có thành phần chính là mô cơ, chiều dài bình thường khoảng 25 -30 cm. Trong khung chậu, niệu quản chạy phía trước động mạch chậu trong và phía sau buồng trứng vào trong dây chằng rộng bên cạnh động mạch tử cung, đổ vào tam giác bàng quang ở khoảng 2cm phía mặt bên của cổ tử cung ở vị trí ngay dưới âm đạo. Sự tương quan giữa niệu quản với buồng trứng, cổ tử cung, động mạch tử cung và âm đạo có ý nghĩa quan trọng trên lâm sàng vì những bệnh lý trong vùng chậu có thể dẫn đến thận trường nước thứ phát do chèn ép niệu quản.

3.12. Các dây chằng

Dây chằng rộng trải dài từ mặt bên tử cung đến thành bên khung chậu. Bờ tự do của dây chằng rộng chứa vòi trứng và thường chỉ thấy được nếu có dịch trong ổ bụng bao chung quanh (Hình 3.21). Buồng trứng nằm

gắn vào lá sau của dây chằng rộng bởi mạc treo buồng trứng (mesovarium).

Dây chằng tròn chạy từ sừng tử cung, phía trước của vòi trứng ra dưới ống bẹn đến gắn vào phần cân của môi lớn, thường không thấy được trên siêu âm.



Hình 3.21:

Dây chằng rộng. Cắt ngang thân tử cung ở đoạn trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benson M: Rectus sheath haematomas simulating pelvic pathology: The ultrasound appearances. Clin Radiol 33:651, 1982.
2. Gardner E, Gray DJ, O'Rahilly R: The pelvis. In *anatomy: A Regional Study of Human Structure*, 5th Ed. Philadelphia, WB Saunders Co, 1986, pp 445-512.
3. Mendelson EB, Bohm-Velez M, Neiman HL, et al: Transvaginal Sonography in Gynecological Imaging. Semin Ultrasound CT MR 9:102, 1988.
4. Fleischer AC, Entman SS, Kalemeris GE: sonographic depiction of normal cyclical changes of endometrium. Ultrasound Med Biol 12:271, 1986.
5. Pulpos A, Wilson S: Ultrasonographic interpretation of physiological changes in the female pelvis. J Can Assoc Radiol 35:34, 1984.
6. Karlsson B, Granberg S, Wikland M, et al. Endovaginal scanning of the endometrium compared to cytology and histology in women with postmenopausal bleeding. Gynecol Oncol 1993; 50:173-178.
7. Lehtovirta P, Cacciatore B, Wahlström T, et al. Ultrasonic assessment of endometrial cancer invasion. J Clin Ultrasound 1987; 15:519-524.
8. Granberg S, Friberg L-G, Norström A, et al. Endovaginal ultrasound scanning of women with postmenopausal bleeding. J Ultrasound Med. 1988; 7 (suppl 10): 283.

CHƯƠNG IV BỆNH LÝ TỬ CUNG

Những bệnh lý của tử cung có thể được khu trú vào 4 nhóm chính, liên quan đến từng phần cơ thể học: cơ tử cung, nội mạc tử cung, buồng tử cung và cổ tử cung.

1. CƠ TỬ CUNG

1.1. U xơ tử cung: là khối u tạo bởi mô cơ trơn xen lẫn mô sợi theo tỷ lệ thay đổi. Tùy theo thành phần mô sợi nhiều hay ít, chúng ta có nhóm u xơ nhiều chất collagen và nhóm có thành phần chính là mô cơ trơn.

1.1.1. Hình dạng: thường dạng hình cầu có bờ đều, nếu nhiều nhân gần nhau sẽ có dạng nhiều thùy.

1.1.2. Kích thước: nếu chỉ có một nhân đơn lẻ bác sĩ siêu âm nên đo kích thước để giúp cho việc theo dõi sự tiến triển của

khối u được dễ dàng. Nếu nhiều nhân và giới hạn không rõ sẽ đo kích thước tổng thể của tử cung. Với đầu dò âm đạo có thể thấy những nhân nhỏ có kích thước 5-10mm. Đối với những nhân có kích thước lớn nên khảo sát qua đường bụng tốt hơn qua đường âm đạo.

1.1.3. Số lượng: có thể thay đổi từ một nhân đơn lẻ đến nhiều nhân (Hình 4.1). 2/3 trường hợp là u xơ nhiều nhân, trong trường hợp này tử cung có thể bị biến dạng: bờ ngoài gồ ghề không đều, nội mạc và lòng tử cung có thể bị đẩy lệch hoặc khó nhận thấy.

1.1.4. Vị trí

Các nhân xơ có thể nằm trong hoặc ngoài tử cung (Hình 4.2).



A



B

Hình 4.1:

- A. Tử cung cắt dọc. U xơ nhiều thùy.
B. Tử cung cắt dọc. U xơ một nhân ở mặt sau đoạn eo tử cung.



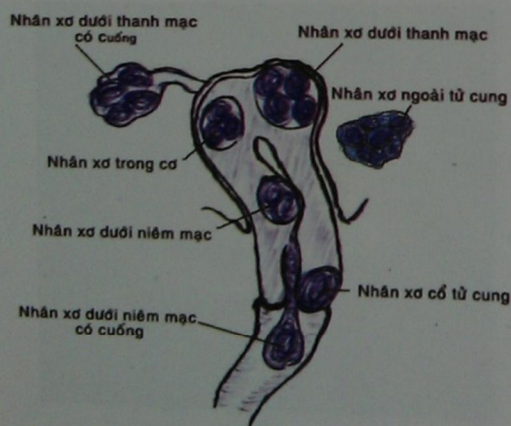
C



D

Hình 4.1:

C. Tử cung cắt ngang. Nhân xơ tử cung nhỏ.
D. Nhiều nhân xơ nhỏ làm biến dạng bờ ngoài của tử cung
E. Nhân trong cơ tử cung thành sau nằm sát niêm mạc tử cung, đẩy lệch lòng tử cung ra trước.

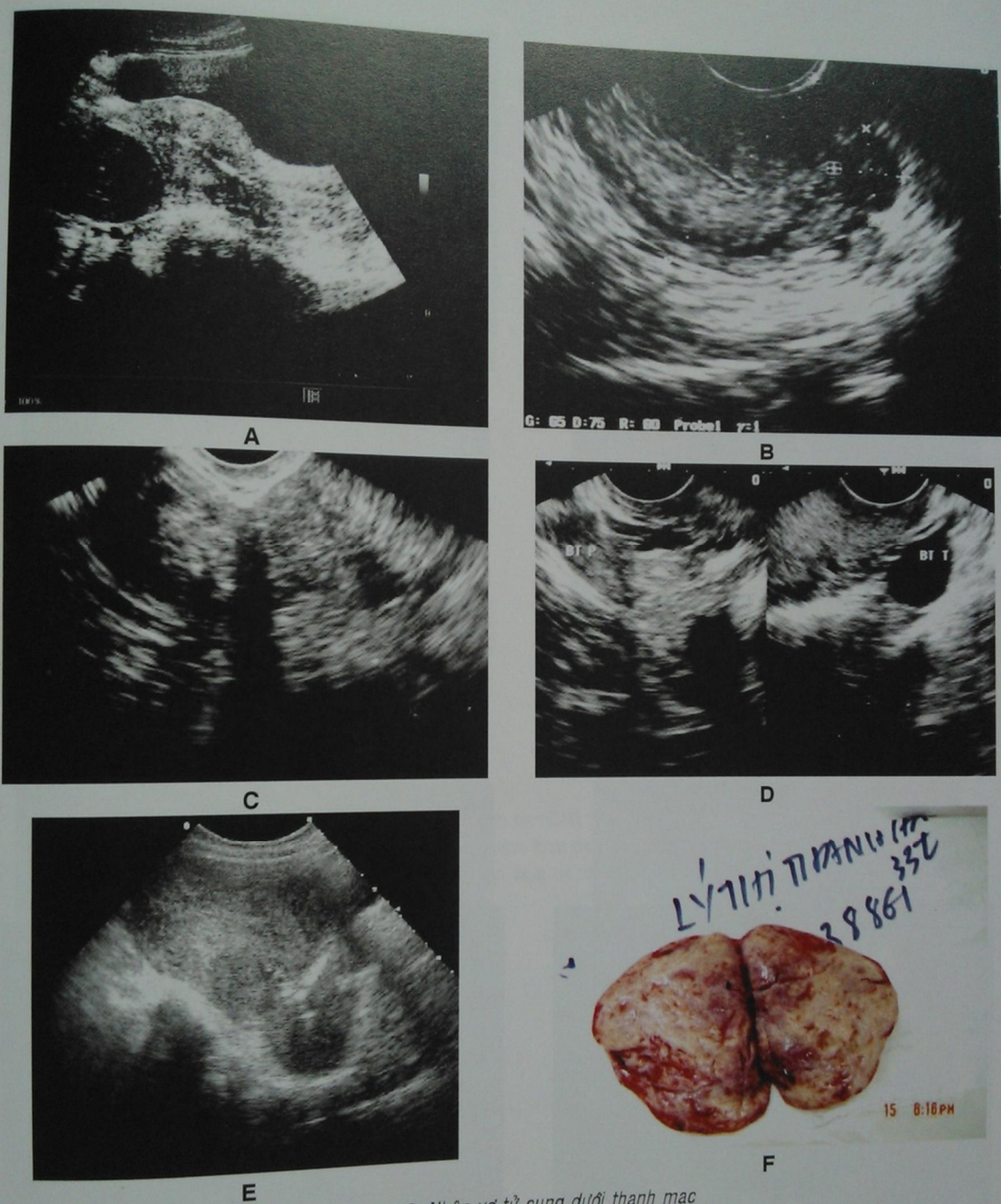


Hình 4.2: Hình minh họa vị trí các nhân xơ trong và ngoài tử cung.

a. Trong tử cung

• Dưới thanh mạc:

U xơ tử cung dưới thanh mạc có thể có hoặc không có cuống. Nhân không có cuống sẽ làm biến dạng bờ ngoài của tử cung dù kích thước lớn hay nhỏ (Hình 4.3). Nhân có cuống có thể nằm sát cạnh hoặc cách xa tử cung, cạnh buồng trứng hoặc ở túi cùng Douglas. Cuống nhân xơ nếu có kích thước lớn sẽ giúp sự chẩn đoán nguồn gốc từ tử cung của khối u dễ dàng hơn. Những nhân này có thể bị xoắn, nghẽn tắc dẫn đến tình trạng thiếu máu nuôi và sẽ thoái hóa hoặc hoại tử nhiễm trùng.



Hình 4.3: Nhân xơ tử cung dưới thanh mạc

- A. Siêu âm đường bụng. Tử cung cắt dọc: nhân xơ nằm ở mặt sau, gần đáy tử cung.
 B. Siêu âm đường âm đạo. Tử cung ngả sau: nhân xơ nằm ở đáy tử cung.
 C-D. Tử cung cắt ngang: nhân xơ nằm ở cạnh phải tử cung (C). Hai buồng trứng phải và trái bình thường (D).
 E. Nhân xơ mặt trước tử cung có cuống đẩy tử cung xuống dưới và ra sau. Có vòng tránh thai trong tử cung.
 F. Hình chụp sau mổ.

- *Dưới niêm mạc:*

Trường hợp niêm mạc tử cung mỏng, khi siêu âm khó phân biệt được vị trí nhân xơ ở dưới niêm mạc hay trong lòng tử cung. Ngược lại nếu niêm mạc tăng sinh, những nhân xơ phản âm kém sẽ được nhận rõ bởi vòng niêm mạc dày phản âm mạnh (Hình 4.4). Những nhân dưới niêm mạc thường làm biến dạng lòng tử cung, dễ bị thoái hóa do

thiếu máu nuôi, nhiễm trùng, gây xuất huyết, vô sinh, và dễ biến đổi ác tính ⁽¹⁾.

- *Trong lớp cơ tử cung:*

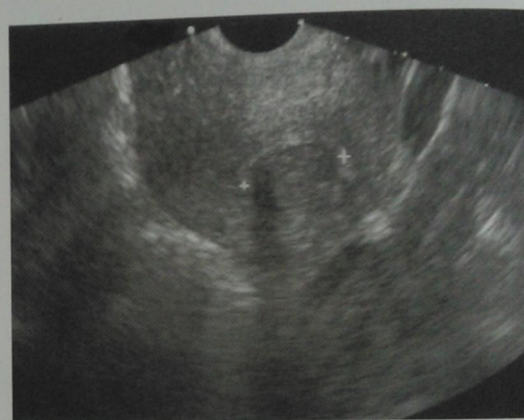
U xơ tử cung trong lớp cơ không làm biến dạng bờ ngoài hoặc lòng tử cung nếu không quá lớn (Hình 4.5).

b. Ngoài tử cung:

Có thể gặp nhân xơ ở những vị trí ngoài tử cung như vòi trứng, cổ tử cung, âm đạo, trong dây chằng rộng... (Hình 4.6).



A



B

Hình 4.4: Nhân xơ dưới niêm mạc.

A. Tử cung cắt dọc: nhân xơ dưới niêm mạc đẩy lòng tử cung ra trước.

B. Tử cung cắt ngang: nhân xơ dưới niêm mạc đội vào lòng tử cung.



A



B

Hình 4.5: Nhân xơ trong lớp cơ tử cung.

A. Tử cung mặt cắt trán: nhân xơ nằm ở cạnh trái buồng tử cung.

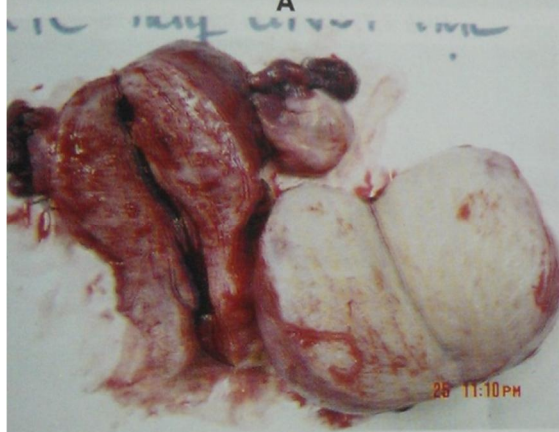
C. Tử cung cắt dọc: nhân xơ thành trước tử cung.



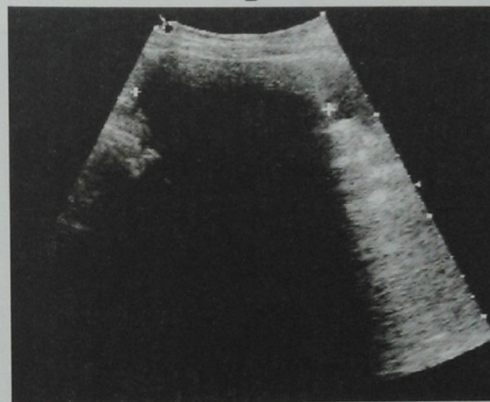
A



B



C



D



E



F

Hình 4.6: Nhân xơ nằm ngoài tử cung.

A. Tử cung cắt dọc, có vòng tránh thai trong tử cung. U xơ nằm phía trước ngoài, không có điểm kết nối với tử cung
 B-C. Hình chụp sau mổ: u xơ trong dây chằng rộng
 D. U xơ nằm ở buồng trứng (đã kiểm chứng qua kết quả sau phẫu thuật)
 E-F. Nhân xơ nằm ở cổ tử cung cắt dọc và ngang.

1.1.5. Cấu trúc: thông thường mỗi nhân xơ có một bao giả (pseudocapsule) qua đó các mạch máu nuôi đi vào và phân nhánh ở bên trong (Hình 4.7). Tùy theo tỷ lệ giữa thành phần mô sợi và mô cơ trong nhân xơ và có hay không có các hiện tượng thoái hóa, siêu âm có thể ghi nhận được nhiều hình ảnh khác nhau ⁽²⁾ (Hình 4.8).

- Phản âm kém hơn cơ tử cung nếu thành phần mô cơ chiếm tỷ lệ cao hơn.
- Phản âm tương đương với cơ tử cung.



Hình 4.7: Mạch máu nuôi nhân xơ.



A



B



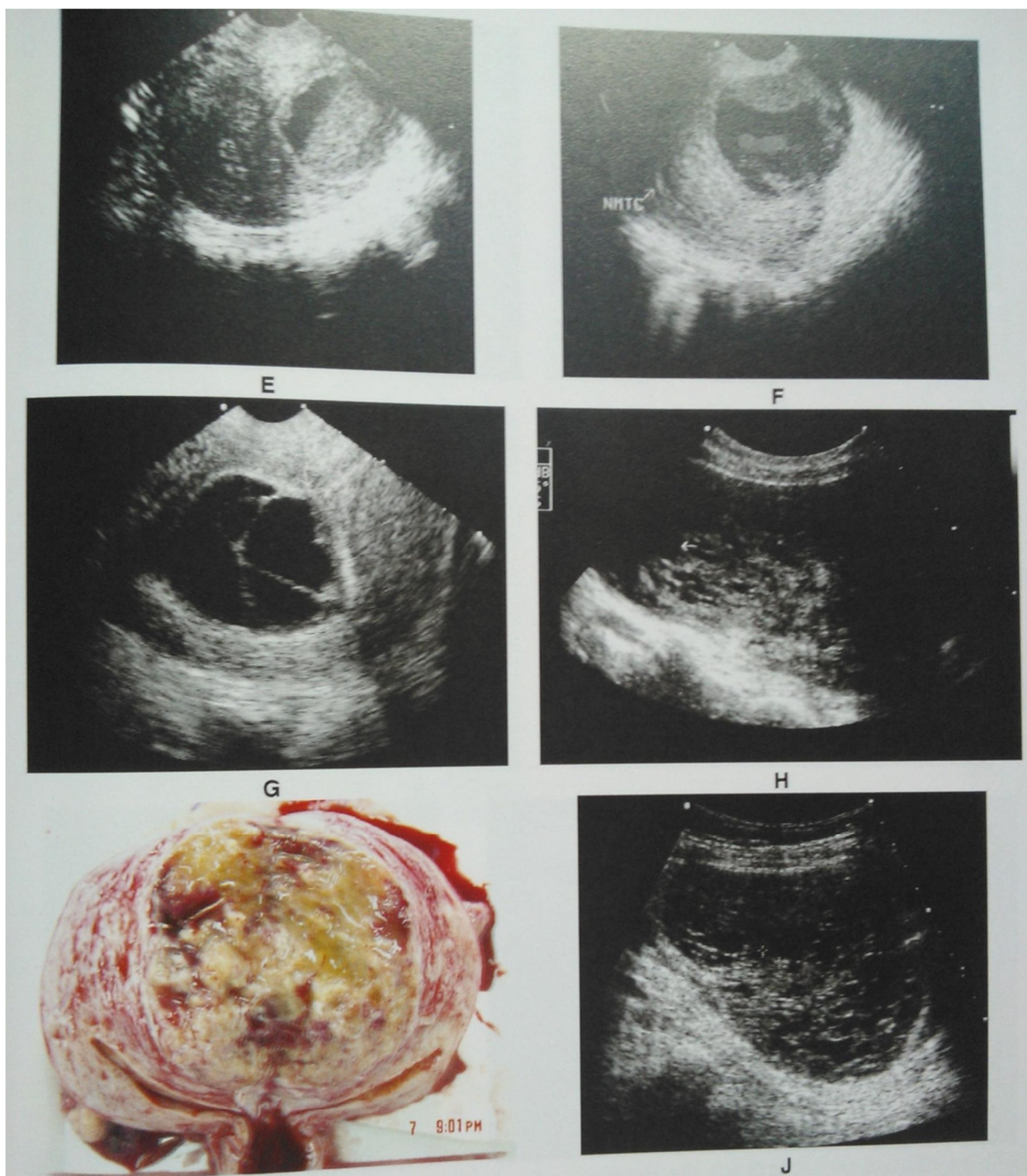
C



D

Hình 4.8: Các mật độ phản âm khác nhau của nhân xơ tử cung.

- Phản âm kém hơn cơ tử cung.
- Hình sau mổ
- Phản âm tương đương với cơ tử cung.
- Phản âm mạnh hơn cơ tử cung.



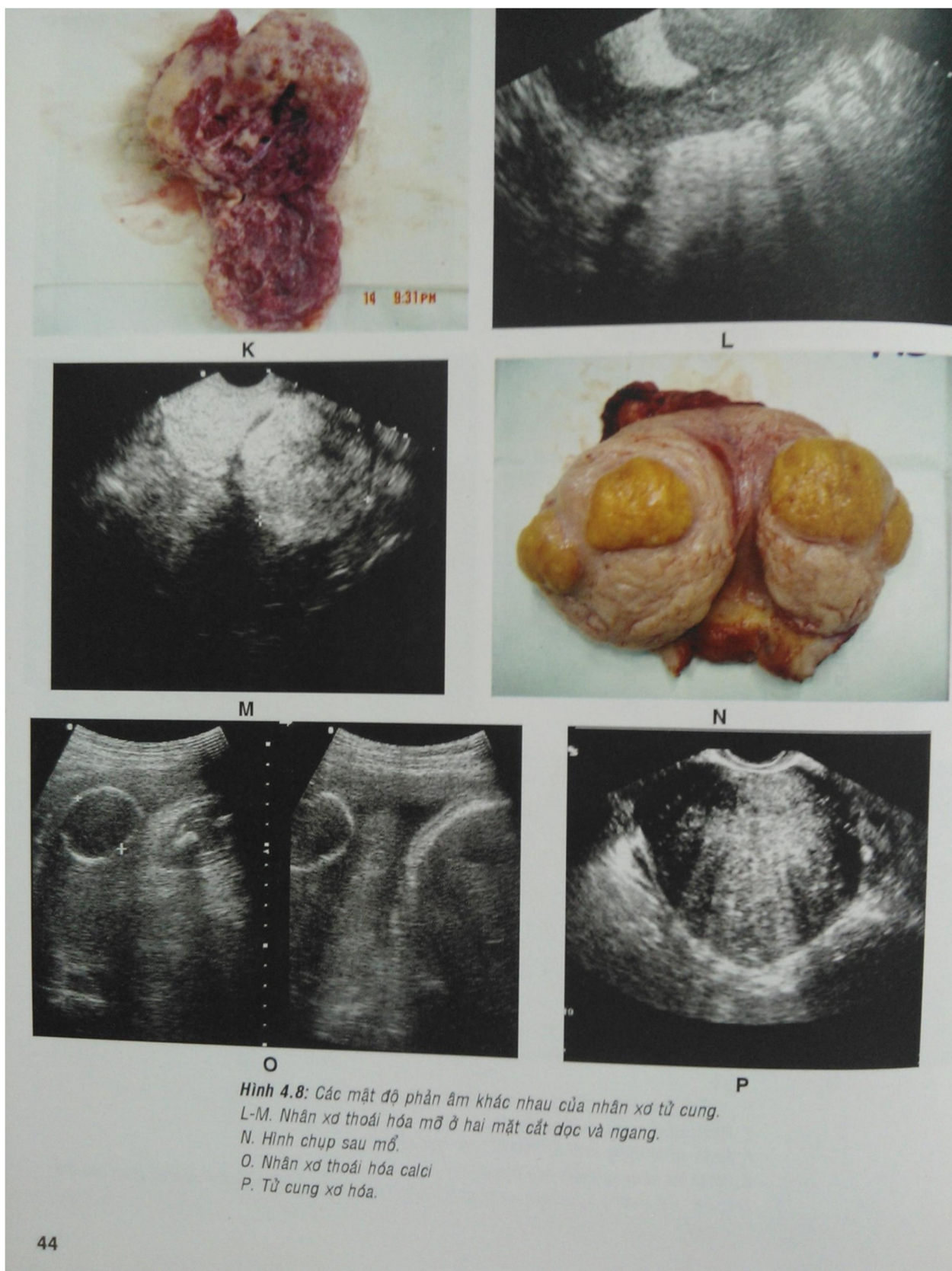
Hình 4.8: Các mặt độ phản âm khác nhau của nhân xơ tử cung.

E. Nhân xơ tử cung xuất huyết.

F. Nhân xơ tử cung hoại tử (NMTC: nội mạc tử cung).

G. Nhân xơ tử cung thoái hóa hyalin.

H-I, J-K. Hai trường hợp nhân xơ tử cung thoái hóa nhầy – Hình siêu âm và hình chụp sau mổ.



- Phản âm sáng hơn cơ tử cung nếu thành phần mô sợi nhiều hơn.
- Phản âm hỗn hợp nếu có xuất huyết, hoại tử.
- Phản âm trống, có vách mỏng nếu có thoái hóa hyalin, thoái hóa nhầy.
- Phản âm mạnh nếu thoái hóa mỡ.
- Phản âm sáng nếu có thoái hóa calci, có thể có bóng lưng nhẹ phía sau hoặc đóng viên theo bờ của nhân xơ tạo cho nhân xơ một giới hạn sáng rõ.

Nếu thành phần mô sợi gia tăng nhiều nhưng nằm rải rác trong lớp cơ tử cung mà không khu trú thành nhân rõ ràng, hiện tượng hấp thụ âm sẽ tạo hình ảnh cơ tử cung có cấu trúc hạt thô không đồng nhất (fibrotic changes⁽³⁾), tử cung xơ hóa.

1.1.6. Chẩn đoán phân biệt

- Nhân xơ dưới thanh mạc có cuống và khối u buồng trứng hoặc tử cung chột (rudimentary horn)*
- Nhân xơ dưới thanh mạc có cuống (Hình 4.9): thấy được hai buồng trứng bình thường.



Hình 4.9: Tử cung cắt ngang: nhân xơ dưới thanh mạc bên phải có bờ viền liên tục với tử cung. Buồng trứng phải nằm ở phía dưới nhân xơ (BT P).

- Khối u buồng trứng: không thấy buồng trứng bình thường cùng bên.
- Tử cung chột: có thể thấy được phần phản âm mạnh của nội mạc tử cung, không thấy cổ tử cung.

b. Tử cung xơ hóa và lạc nội mạc trong lớp cơ tử cung: thường không chẩn đoán phân biệt được trên hình ảnh siêu âm đơn thuần.

c. Nhân xơ và cơ cơ tử cung cục bộ ở tử cung có thai (Hình 4.10 - Bảng 4.1).

Bảng 4.1.

Nhân xơ	Cơ cơ tử cung cục bộ
▪ Phản âm thường khác với cơ tử cung chung quanh và không đồng nhất ▪ Thường có hiện tượng hút âm ▪ Có khuynh hướng làm biến dạng lớp thanh mạc hoặc niêm mạc tử cung ▪ Luôn luôn hiện diện	▪ Phản âm thường tương đương với cơ tử cung và đồng nhất ▪ Không có hiện tượng hút âm ▪ Chỉ làm biến dạng bề mặt của niêm mạc tử cung (luôn đội vào lòng tử cung) ▪ Biến mất sau khi hết cơ cơ. Có thể quan sát thấy phần cơ cơ dần ra dần dần và mất hoàn toàn khi siêu âm lại 20-30 phút sau



A



B



C

Hình 4.10:

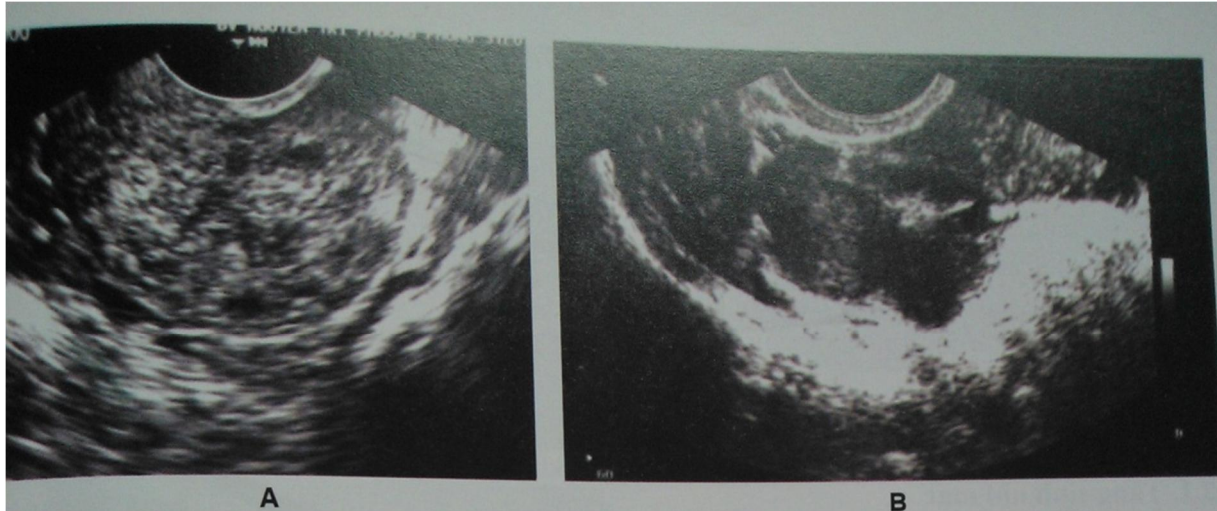
- A. Tử cung có thai, có nhân xơ ở thành trước và cơn co cục bộ ở thành sau.
 B. Tử cung có thai, có cơn co cục bộ ở thành sau.
 C. Không còn cơn co: lớp cơ tử cung trở lại bề dày bình thường.

1.2. Lạc nội mạc trong cơ tử cung

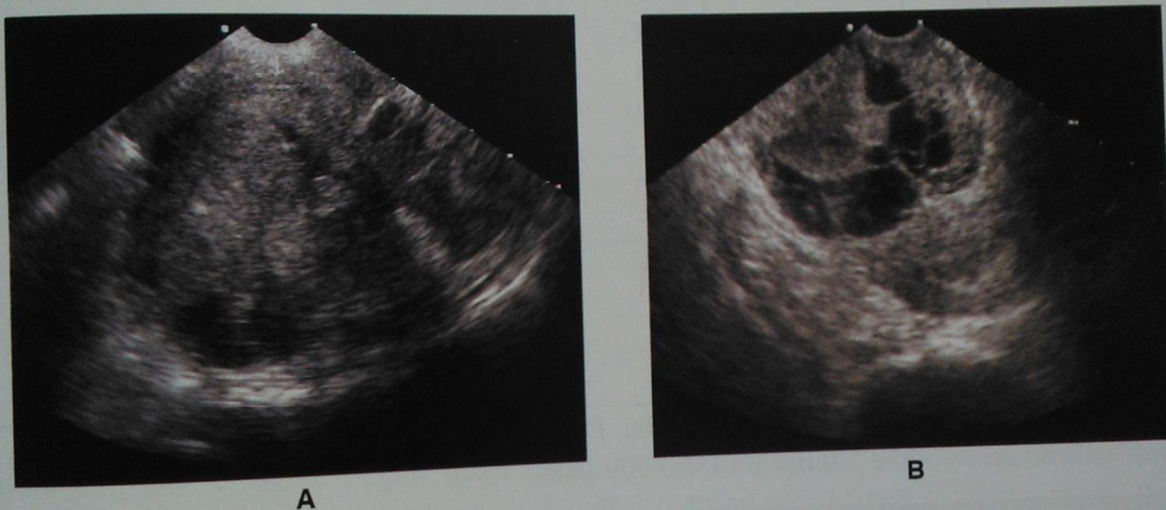
- Là một dạng của bệnh lý lạc tuyến nội mạc tử cung, trong đó những đám mô tuyến hoặc mô đệm (stroma) ở lớp nền của niêm mạc tử cung thâm nhập vào trong lớp cơ tử cung (Hình 4.11). Những đám niêm mạc lạc chỗ này sẽ có hiện tượng xuất huyết vào thời điểm kinh nguyệt gây cảm giác đau.
- Tử cung thường tăng kích thước lớn hơn bình thường.
- Cơ tử cung tăng phản âm sáng rải rác không đều, đôi khi trên siêu âm có thể thấy những nốt lạc nội mạc nếu kích

thước $> 5\text{mm}$ và thường phản âm kém, bờ mỏng. Nếu chỉ dựa vào hình ảnh siêu âm đơn thuần thường khó chẩn đoán phân biệt với một tử cung có nhiều nhân xơ nhỏ hoặc tử cung xơ hóa⁽⁴⁾. Cũng có trường hợp có bệnh lý nhân xơ tử cung đi kèm với lạc nội mạc trong cơ tử cung.

- Doppler màu có thể thấy được ở nhân xơ thường có một vòng mạch máu bao quanh trong khi lạc nội mạc các mạch máu thường rải rác không tập trung⁽⁵⁾ và bờ của nốt lạc nội mạc thường không rõ như bờ của nhân xơ⁽⁶⁾



Hình 4.11: A. Tử cung có nhiều nốt phân âm kém trong lớp cơ.
B. Nang lạc tuyến ở buồng trứng phải trên cùng bệnh nhân.



Hình 4.12:
A: Chẩn đoán trước mổ: u xơ tử cung – Kết quả giải phẫu bệnh: sarcome cơ trơn thân tử cung
B: Chẩn đoán trước mổ: nhân xơ tử cung thoái hóa nước.
C: Chẩn đoán sau mổ: sarcome mô đệm thân tử cung

1.3. Sarcome cơ trơn

Chiếm 3% bệnh lý ác tính của tử cung. Thường hiếm khi chẩn đoán được trước phẫu thuật do không phân biệt được trên siêu âm với một u xơ lành tính⁽⁷⁾ (Hình 4.12). Có thể sự gia tăng kích thước đột ngột của một nhân đang ổn định hoặc ở thời điểm sau mãn kinh là một yếu tố có khả năng biến đổi ác tính.

2. NỘI MẠC TỬ CUNG

2.1. Tăng sinh nội mạc

Tăng sinh nội mạc là hiện tượng dày lên bất thường của lớp nội mạc tử cung. Ở người trẻ tăng sinh nội mạc thường xảy ra sau một thời gian thiếu kinh hoặc vô kinh

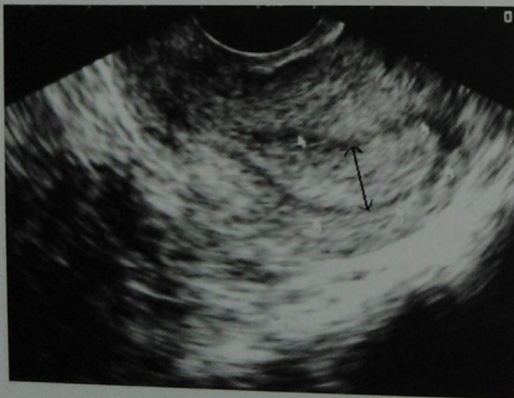
do không rụng trứng. Tăng sinh nội mạc thường gặp hơn ở tuổi quanh mãn kinh hoặc ở người được điều trị nội tiết thay thế chỉ dùng estrogen (Bảng 4.2). Khi sử dụng nội tiết kết hợp estrogen-progesterone, nội mạc sẽ mỏng hơn nếu chỉ dùng estrogen đơn thuần⁽⁸⁾.

Cần lưu ý khi đo bề dày nội mạc tử cung. Đã có báo cáo ghi nhận sai số có thể đến 2mm ở cùng một người đo⁽⁹⁾ nếu mặt cắt không đúng (xéo hoặc ở mặt cắt ngang) và dễ đo dư nếu bao gồm cả lớp cơ tử cung phản âm kém ở sát niêm mạc tử cung (Hình 4.13).

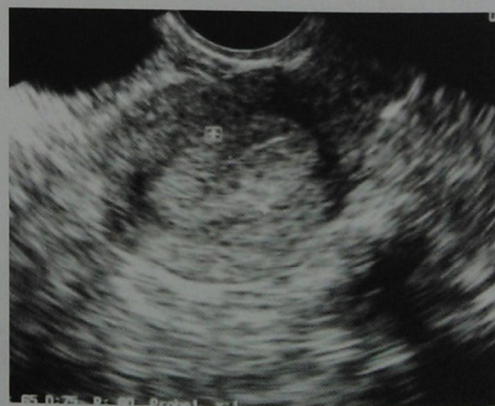
Bảng 4.2.

Phụ nữ mãn kinh	Trị số trung bình	Trị số bình thường	Giới hạn tối đa nên áp dụng
Không điều trị nội tiết		4-8mm	4-5mm
Estrogen đơn thuần	3.6mm	6-10mm	8mm
Nội tiết kết hợp	3.2mm	4-8mm	6mm
Tamoxifen	7.3mm	6-10mm	10mm

(Nguồn: GS Jaque Abramovicz, Khoa Sản-Phụ, Đại học Chicago. Comprehensive Gynecology. Neoplastic diseases of the Uterus 2001; 30:909-942)



A



B

Hình 4.13: A. Cách đo bề dày nội mạc tử cung ở mặt cắt dọc.
B. Tăng sinh nội mạc – bệnh nhân trẻ kinh 5 ngày.



C



D



E

Hình 4.13:

- C. Ba ngày sau xuất hiện túi thai trong tử cung.
D. Nang tuyến nội mạc tử cung: nang phản âm trống bờ mỏng nằm giữa lớp nội mạc tử cung dày có phản âm mạnh.
E. Nang tuyến nội mạc tử cung ở mặt cắt ngang.

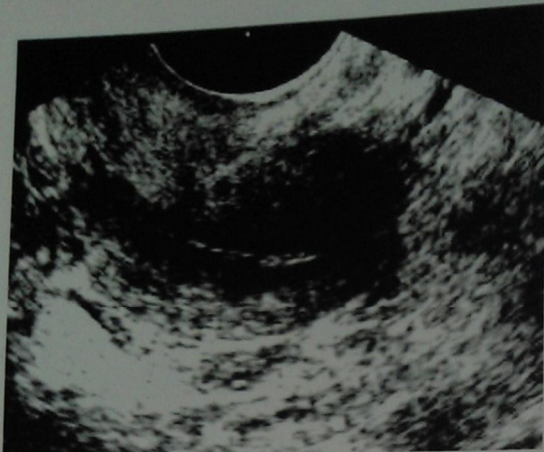
Chẩn đoán xác định dễ thực hiện ở thời điểm đầu chu kỳ hoặc ở giai đoạn mãn kinh:

- Nội mạc dày hơn 10mm ở 1/2 đầu của chu kỳ kinh nguyệt, hơn 15mm ở 1/2 chu kỳ sau⁽¹⁰⁾, hơn 5mm ở người mãn kinh.
- Phản âm mạnh, lòng tử cung có hình gợn sóng hoặc không còn thấy rõ. Giới hạn giữa lớp nội mạc và cơ tử cung thường rõ rệt.
- Trên hình ảnh siêu âm, không thể chẩn đoán phân biệt được với tăng sinh lớp màng rụng của thai kỳ ở giai đoạn sớm.

- Đôi khi có những phần tăng sinh khu trú dạng polyp hoặc có những nang trống nhỏ 1-2mm là những nang tuyến bình thường.

2.2. Thiếu sản

- Thường gặp ở giai đoạn mãn kinh hoặc vô kinh một thời gian dài sau điều trị ức chế nội tiết. Nội mạc chỉ gồm một lớp nền mỏng và có cấu trúc đồng nhất⁽¹¹⁾ (Hình 4.14). Nếu mãn kinh lâu sẽ khó phân biệt ranh giới giữa nội mạc và cơ tử cung, đôi khi chỉ còn thấy một lớp viền của phần cơ tử cung phản âm kém.
- Thường kèm theo giảm khối lượng cơ tử cung và mật độ phản âm.



Hình 4.14: Thiếu sản nội mạc tử cung.

2.3. Ung thư

Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh lý rong huyết sau mãn kinh là giải phẫu học bệnh phẩm nạo sinh thiết nội mạc tử cung. Tuy nhiên đây là một thủ thuật xâm lấn và chỉ định có giới hạn nên siêu âm qua âm đạo với đầu dò tần số cao có vai trò rất quan trọng trong việc quyết định bệnh nhân nào cần nạo để có chẩn đoán xác định sau cùng.

Nhiều nghiên cứu cho thấy khi bề dày nội mạc tử cung $< 5\text{mm}$, triệu chứng rối loạn này thường do viêm teo nội mạc tử cung và khi nạo sẽ có rất ít mô để khảo sát^(13,14). Chỉ có khoảng 10% đến 20% trong số các phụ nữ bị rong huyết sau mãn kinh thực sự có ung thư nội mạc và đa số có tăng sinh nội mạc tử cung⁽¹⁵⁾.

So với nạo sinh thiết, siêu âm có độ nhạy và độ chuyên biệt nói chung cao hơn (80% so với 30%) trong việc phát hiện và tiên lượng các bệnh lý nội mạc tử cung^(15,16,17,18,19,20,21) đặc biệt là với những phụ

nữ mãn kinh nhưng không có triệu chứng rối loạn trên lâm sàng⁽²²⁾. Ngoài ra, các bác sĩ phụ khoa còn dựa vào siêu âm qua âm đạo để đánh giá mức độ xâm lấn vào lớp cơ tử cung để có thể đưa ra những quyết định phù hợp cho từng trường hợp, thí dụ như nên cắt tử cung đơn giản hoặc nới rộng⁽²³⁾, xạ trị trước mổ đối với những bệnh nhân có độ xâm lấn $> 50\%$ vào lớp cơ tử cung để tránh nguy cơ tái phát vùng chậu⁽²⁴⁾ v.v...

Siêu âm: Ung thư nội mạc tử cung dễ được phát hiện bằng siêu âm ở giai đoạn sau mãn kinh hơn giai đoạn còn hoạt động sinh dục.

- Bề dày nội mạc $> 5\text{ mm}$ (không sử dụng nội tiết thay thế), phản âm sáng đều hoặc nếu hoại tử sẽ có những vùng phản âm không đồng nhất.
- Nếu không có hiện tượng xâm lấn, sẽ còn thấy được ranh giới giữa nội mạc và lớp cơ phía trong của tử cung. Trái lại, sự xâm lấn của những tế bào ác tính sẽ làm mất ranh giới giữa vùng bị xâm lấn và lớp cơ tử cung bình thường⁽¹²⁾ (Hình 4.15).
- Trong trường hợp cơ tử cung có nhiều nhân xơ giới hạn không rõ, nhất là những nhân dưới niêm mạc, sự đánh giá mức độ xâm lấn của khối u thường gặp khó khăn, đôi khi không thể phân định được.
- Ở giai đoạn ung thư tiến triển nhanh, toàn bộ tử cung là một khối cấu trúc hỗn hợp bị biến dạng và không còn phân biệt được giữa các cấu trúc bình thường và bất thường.



A



B



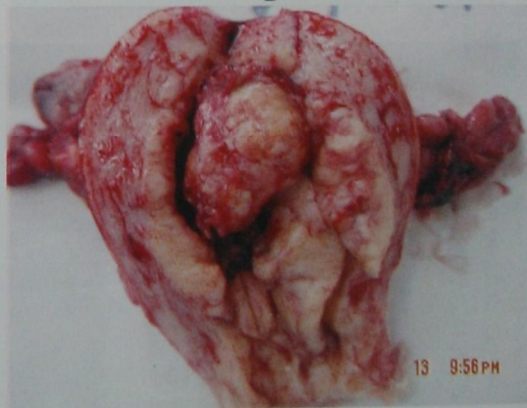
C



D



E



F

Hình 4.15: Ung thư nội mạc tử cung.

A-B. Tử cung cắt dọc và cắt ngang: nội mạc tử cung dày bất thường.
C-D. Ung thư tế bào sảng nội mạc tử cung trước và sau mổ.
E-F. Ung thư nội mạc tử cung dạng polyp trước và sau mổ.



G



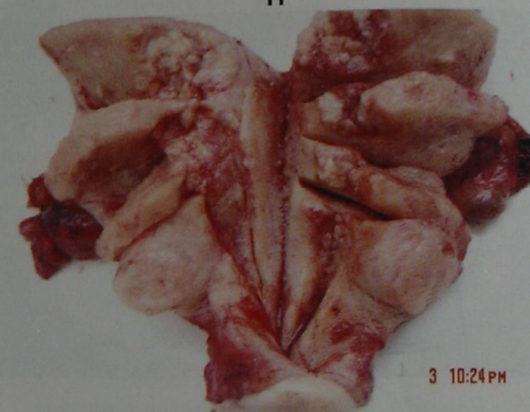
I



K



H



J

Hình 4.15: Ung thư nội mạc tử cung.

G-H. Ung thư tuyến nội mạc tử cung trước và sau mổ.

I-J. Ung thư tuyến nội mạc biệt hóa cao xâm lấn dưới 1/2 bề dày lớp cơ tử cung.

K. Ung thư tiến triển: không còn phân biệt rõ các cấu trúc bình thường trong tử cung.

3. BUỒNG TỬ CUNG

Bình thường buồng tử cung là một khoang ảo không chứa đựng gì bên trong. Ở hai mặt cắt dọc và ngang, buồng tử cung thể hiện dưới dạng một đường phản âm sáng đều đặn có giới hạn rõ tương ứng với mặt phân cách của hai lớp niêm mạc. Ở mặt cắt trán, buồng tử cung thường không thấy.

Các bất thường ở buồng tử cung gồm có:

3.1. Polyp lòng tử cung: là một loại mô tân tạo lành tính. Căn cứ vào nguồn gốc, người ta phân biệt hai loại:

3.1.1. Polyp niêm mạc: là hiện tượng tăng sinh khu trú của lớp niêm mạc tử cung và có phản âm sáng đồng nhất trên siêu âm. Ở 1/2 chu kỳ đầu có sự khác biệt rõ giữa polyp với phần niêm mạc kế cận thường rất mỏng và có phản âm kém. Ở 1/2 chu kỳ sau toàn bộ niêm mạc tử cung dày lên và có phản âm sáng, khi đó polyp niêm mạc sẽ khó nhận diện hơn (Hình 4.16). Một ít dịch trong lòng tử cung nếu có sẽ giúp cho polyp dễ được phát hiện.



A



B

Hình 4.16: Polyp niêm mạc tử cung

A. Có sự tương phản rõ rệt giữa polyp và niêm mạc tử cung ở giai đoạn đầu chu kỳ.
B. Cuối chu kỳ nội mạc tử cung phản âm mạnh nên không còn thấy rõ polyp.

3.1.2. Nhân xơ lòng tử cung: đến từ nhân xơ dưới niêm mạc có cuống.

Thường phản âm kém không đồng nhất và có tính hút âm (Hình 4.17)

Chỗ gắn của chân polyp có thể thấy được trên siêu âm nếu lớn và có ít dịch bao quanh. Khi bị hoại tử, polyp sẽ có những vùng phản âm trống hoặc kém.

3.2. Ứ dịch lòng tử cung: dịch có thể là dịch tiết, máu hoặc mủ. Ở người trẻ hiện tượng ứ máu kinh thường do nguyên nhân dị dạng sinh dục: bất màng trinh, teo hẹp hoặc không có âm đạo-cổ tử cung. Ở người già thường thứ phát sau hiện tượng teo hẹp cổ ngoài cổ tử cung, ung thư cổ tử cung hoặc sau điều trị xạ trị.

- Dịch thường có phản âm trống hoặc kém (Hình 4.18), ở giữa có thể có vài điểm sáng tương ứng với máu cục.
- Hiện tượng ứ mủ thường gặp trong viêm tử cung ở người già.



A



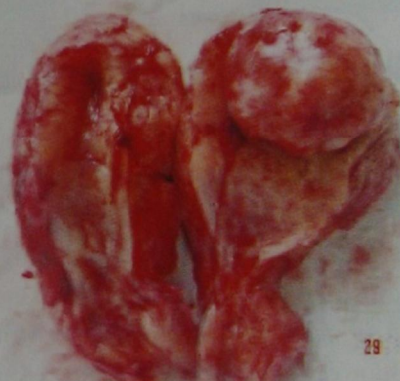
B



C



E



D



F

Hình 4.17: Nhân xơ lòng tử cung

A. Nhân xơ phản âm mạnh.

B. Nhân xơ phản âm kém.

C-D. Nhân xơ lòng tử cung trước và sau mổ.

E-F. Nhân xơ lòng tử cung thông xuống cổ tử cung trước và sau mổ.



A



B

Hình 4.18: Ứ dịch lòng tử cung

A. Dịch trong lòng tử cung có phản âm trống.

B. Ứ mủ lòng tử cung: dịch trong lòng tử cung có phản âm kém.

3.3. Dụng cụ tử cung: vòng tránh thai trong tử cung thường được nhìn thấy nằm trọn trong buồng tử cung (Hình 4.19). Hai nhánh ngang của vòng T có thể thấy ở mặt cắt ngang gần đáy tử cung hoặc ở mặt cắt trán.

- **Vòng nằm không đúng vị trí** khi chân vòng nằm ở dưới đoạn eo tử cung.

- **Vòng xuyên cơ:** nhánh dọc hoặc ngang của vòng xuyên qua lớp niêm mạc tử cung đâm vào trong phần cơ tử cung, đôi khi xuyên qua toàn bộ lớp cơ tử cung và lọt vào trong ổ bụng.



A

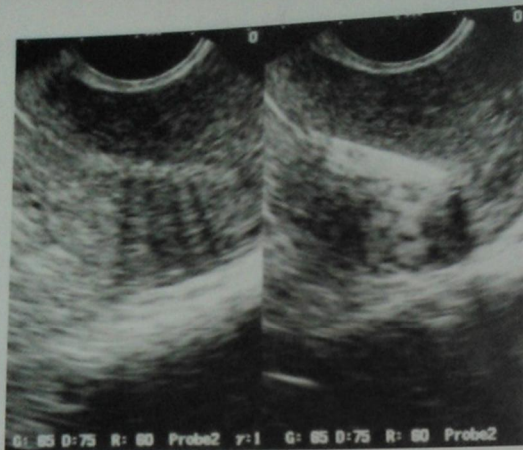


B

Hình 4.19: Các dạng vòng tránh thai trong tử cung

A. Tử cung cắt dọc: nhánh dọc của vòng T nằm kín hết buồng tử cung.

B. Tử cung cắt ngang: hai nhánh ngang của vòng T nằm đúng ở đáy buồng tử cung.



C



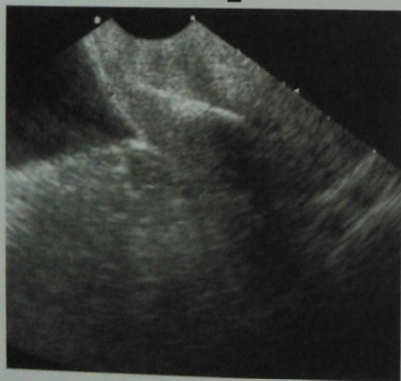
D



E



F



G



H

Hình 4.19: Các dạng vòng tránh thai trong tử cung

- C. Vòng Multiload: nhánh dọc có dạng một đường phản âm sáng liên tục, nghiêng một góc $10^{\circ} - 15^{\circ}$ qua phải và trái sẽ thấy hai nhánh ngang dưới dạng những điểm sáng không liên tục và có bóng lưng.
- D-E. Vòng Dana ở mặt cắt dọc và mặt cắt trán nằm đúng vị trí trong buồng tử cung.
- F. Tử cung cắt dọc, có vòng T nằm ở kênh cổ tử cung.
- G. Nhánh ngang của vòng T nằm xéo ở cổ tử cung.
- H. Vòng nằm trong tử cung, đầu trên của vòng xuyên qua nội mạc (đầu mũi tên) vào lớp cơ tử cung.



I



K

1. Vòng lọt vào trong ổ bụng nằm ở túi cùng, mặt trước (Hình I) và đáy tử cung (Hình K)..

4. CỔ TỬ CUNG

4.1. Bệnh lý lành tính.

4.1.1. Nang Naboth: là những nang tuyến nhầy ở nội mạc cổ tử cung hoàn toàn bình thường. Đôi khi số lượng tăng lên khá nhiều, nhất là ở 1/3 trên của kênh cổ tử cung hoặc tập trung ở quanh lỗ trong của cổ tử cung, thường gặp trong những trường hợp viêm nhiễm mạn tính. Kích thước các nang có thể thay đổi từ vài mm đến 20mm (Hình 4.20).

4.1.2. Polyp: phần lớn các polyp niêm mạc cổ tử cung xuất hiện thứ phát sau những viêm nhiễm mạn tính, có thể thấy rõ nếu được bao quanh bởi chất nhầy ở cổ tử cung. Polyp từ lòng tử cung có cuống cũng có thể thông xuống tới cổ tử cung. Polyp niêm mạc có phản âm mạnh đồng nhất, polyp dạng sợi hoặc sợi tuyến thường có dạng khối hình tròn với bờ đều, phản âm kém và tách biệt với cổ trong cổ tử cung bởi lớp

phân cách phản âm mạnh của niêm mạc cổ tử cung (Hình 4.21).

4.1.3. Nhân xơ: Các đặc tính cũng giống như ở thân tử cung, nhưng đôi khi khó nhận diện hơn (Hình 4.22)

4.1.4. Bệnh lý viêm nhiễm: Phần này sẽ được trình bày chi tiết hơn ở chương VI.

4.2. Bệnh lý ác tính: ung thư cổ tử cung

Khác với ung thư nội mạc tử cung dễ phát hiện và đánh giá qua siêu âm, ung thư cổ tử cung khó chẩn đoán hơn do những hạn chế về mặt kỹ thuật. Phần lớn ung thư cổ tử cung xảy ra ở lớp biểu mô tiếp giáp giữa cổ ngoài và cổ trong cổ tử cung, một vị trí khó phát hiện được tổn thương ở giai đoạn sớm qua thăm khám lâm sàng thông thường. Với các đầu dò tần số cao chúng ta có thể thấy được phần nào các sự thay đổi ở cổ tử cung, nhưng thường là khi tổn thương đã rõ rệt và ở mức độ đã xâm lấn⁽⁷⁾ (Hình 4.23).



A



B

Hình 4.20: Nang Naboth cổ tử cung

A. Các nang tuyến nằm trong lớp niêm mạc dọc theo kênh cổ tử cung.

B. Các nang tuyến cắt ngang, có kích thước không đồng đều.



A



B

Hình 4.21: Polyp cổ tử cung

A. Polyp niêm mạc cổ tử cung.

B. Polyp dạng sợi tuyến ở cổ tử cung.



A



B

Hình 4.22: Nhân xơ cổ tử cung

A. Nhân xơ cổ tử cung cắt dọc trên siêu âm bụng.

B. Nhân xơ cổ tử cung cắt ngang, siêu âm qua âm đạo.

4.2.1. Kích thước cổ tử cung: có thể tăng hoặc không, bờ còn đều hoặc gồ ghề.

4.2.2. Cấu trúc: mất các cấu trúc bình thường ở cổ tử cung, có những vùng phản âm kém giới hạn thường không rõ hoặc hỗn hợp nếu có nhiều vùng hoại tử.

4.2.3. Thân tử cung: với ung thư cổ tử cung lan tỏa, đôi khi thân tử cung không còn thấy rõ do bị đẩy xa khỏi vùng khảo sát tối ưu bởi khối ung thư có hiện tượng hút âm. Hình ảnh ứ máu trong lòng tử cung cũng thường gặp trong ung thư cổ tử cung.

4.2.4. Âm đạo: những tổn thương xâm lấn âm đạo rất khó đánh giá qua siêu âm do yếu tố kỹ thuật, tổn thương không nằm trong vùng tiêu cự tối ưu để khảo sát.

4.2.5. Chu cung: những xâm lấn quanh tử cung khó chẩn đoán phân biệt với hiện tượng viêm lành tính.

4.2.6. Bàng quang: cần có nước tiểu để có thể đánh giá chính xác.

- Nếu có xạ trị, vách bàng quang có thể dày lên do phản ứng viêm.
- Nếu có hiện tượng xâm lấn: sẽ mất giới hạn giữa bàng quang và tử cung, thay vào đó là cấu trúc giống khối ung thư hoặc có chồi nhú trong lòng bàng quang.

4.2.7. Niệu quản: dẫn lớn nếu có hiện tượng bị chèn ép bởi khối ung thư.

4.2.8. Trực tràng: ung thư cổ tử cung xâm lấn trực tràng tương đối hiếm. Sự hiện diện của một đường viền ở mặt phân cách giữa thành sau cổ tử cung và trực tràng cùng với dấu hiệu trượt giữa hai cơ quan này chứng tỏ không có hiện tượng xâm lấn trực tràng, tuy nhiên không có nghĩa là không có xâm lấn ổ bụng.

4.2.9. Hạch chậu: dễ tìm thấy chung quanh trực các mạch máu vùng chậu nếu có hiện tượng di căn hạch.



A

Hình 4.23: Ung thư cổ tử cung

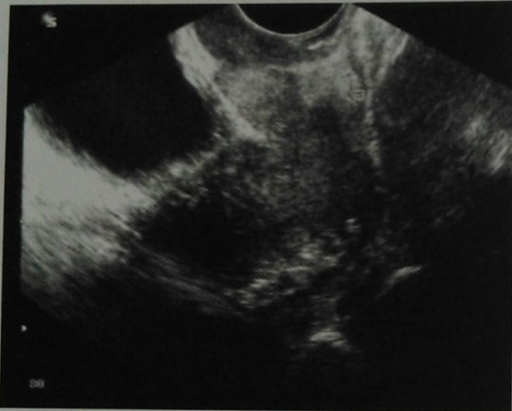
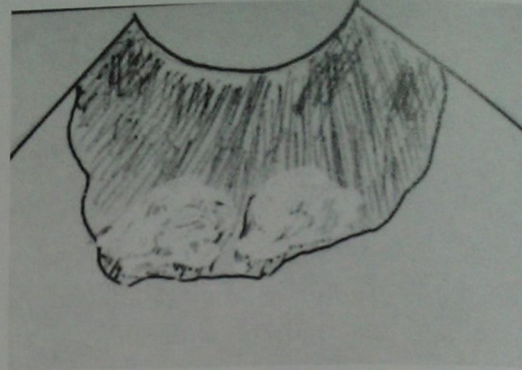
Trường hợp 1.

A. Tử cung cắt dọc. Cổ tử cung tăng kích thước, phản âm hỗn hợp, không thấy rõ giới hạn của phần mô lành. Thân tử cung còn cấu trúc bình thường.





B



C



D



Hình 4.23: Ung thư cổ tử cung

B. Cổ tử cung cắt ngang.
Trường hợp 2.

- C. Tử cung cắt dọc. Cổ tử cung cấu trúc không đồng nhất, có sự khác biệt giữa phần mô lành và mô hoại tử (mũi tên).
- D. Tử cung ở mặt cắt trán: cổ tử cung tăng kích thước, bờ trái gồ ghề, không thấy kênh cổ tử cung và niêm mạc cổ tử cung.



E



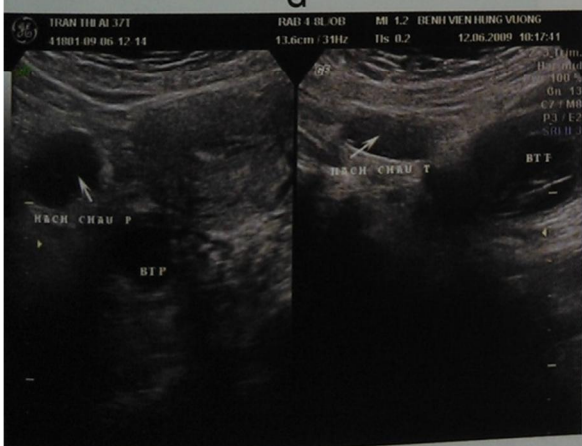
F



G



H



I

Trường hợp 3: Bệnh nhân 37 tuổi, đến khám vì rong kinh khoảng 10 ngày.

- E. Tử cung cắt dọc qua siêu âm bụng: cổ tử cung tăng kích thước, bờ không đều, phản âm kém không đồng nhất, hút âm mạnh.
- F. Siêu âm qua âm đạo: cổ tử cung lớn, bờ không đều, mất hoàn toàn cấu trúc bình thường.
- G. Doppler màu: buồng trứng trái lớn hơn bình thường, có nhiều vách, nhiều mạch máu chung quanh trở kháng lực thấp.
- H. Cắt ngang đáy tử cung: buồng trứng phải kích thước bình thường, có hạch chậu phải.
- I. Cùng mặt cắt với hình (H), thấy được buồng trứng và hạch chậu hai bên.

Khám lâm sàng thấy cổ tử cung cứng, bờ gồ ghề, dính chặt hai bên thành chậu và mặt sau đáy tử cung. Bệnh nhân được chuyển qua bệnh viện Ung bướu để điều trị.



J



L



K



M



N

Trường hợp 4. Ung thư tái phát ở vị trí mổ cắt.

J-K. Tại vị trí mỏm cắt có khối phản âm kém giới hạn rõ (hình J), chung quanh có mạch máu trở kháng lực thấp (hình K).

Trường hợp 5. Ung thư âm hộ

L. Đầu dò đặt ngoài hội âm. Khối phản âm hỗn hợp xâm lấn đến 1/3 dưới âm đạo.

M. Đầu dò đặt trong âm đạo: 2/3 trên âm đạo còn cấu trúc bình thường.

N. Hạch trước động mạch chậu trái.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gross B, Callen R. Ultrasound of the Uterus. *In: Callen P, ed. Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology*. Philadelphia: Saunder; 1983; 227-247
2. Fleischer AC, Entman SS. Sonographic evaluation of the Uterus and Related disorders. *In: Fleischer eds. Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology – Principles and Practices*. Stamford. Appleton & Lange 2001; 37:956-970
3. Deborah A, Isabel C. Ultrasound evaluation of the Uterus. *In: Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology*. Saunder 1994; 29: 586-614
4. Reinhold C, Atri M, Mehio A. Diffuse uterine adenomyosis morphologic criteria and diagnostic accuracy of endovaginal sonography. *Radiology*. 1995; 197:609
5. Hiari M, Shibata k, Sugai H. Transvaginal pulsed and color Doppler sonography for evaluation of adenomyosis. *J Ultrasound Med*. 1995; 14:529.
6. Huang R, Chou C. Differentiation between adenomyoma and leiomyoma with transvaginal sonography. *Ultrasound Obstet*. 1995; 5:47
7. Walsh JW, Brewer WH, Schneider V. Ultrasound diagnosis in diseases of the uterine corpus and cervix. *Semin Ultrasound*. 1980; 1:30
8. Levine D, Gosink B, Johnson L. Change in endometrial thickness in postmenopausal women undergoing hormone replacement therapy. *Radiology*. 1995; 197:603.
9. Karlsson B, Grandberg S, Ridell B, et al. Endometrial thickness as measured by transvaginal sonography: Interobserver variation. *Ultrasound Obstet & Gynecol*. 1994; 4:320.
10. Fleischer AC, Kalemeris GC, Machin JE, et al. Sonographic depiction of normal and abnormal endometrium with histopathologic correlation. *J Ultrasound Med*. 1986; 5:45
11. Ferrazzi E, Torri V, Trio D, et al. Sonographic endometrial thickness: A useful test to predict atrophy in patients with postmenopausal bleeding. An Italian multicenter study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1996; 7:315
12. Fleischer AC, Dudley BS, Entman SS, et al. Myometrial invasion by endometrial carcinoma: Sonographic assessment. *Radiology*. 1987; 162:307
13. Bourn TH, Campbell S, Steer CV, et al. Detection of endometrial cancer by transvaginal ultrasonography with color flow imaging and blood flow analysis: A preliminary report. *Gynecol Oncol*. 1991;40:253-259
14. Fleischer AC, Herbert CM, Hill GA, et al. Transvaginal sonography of the endometrium during induced cycles. *J Ultrasound Med*. 1991;10:93-95
15. Osmer R, Volksen M, Schauer A. Vaginosonography for early detection of endometrial carcinoma? *Lancet*. 1990;335:1560-1571
16. Goldstein R. Use of ultrasonohysterography for triage of perimenopausal patients with unexplained uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;170:565-570
17. Sheth S, Hamper U, Kurman R. Thickened endometrium in the postmenopausal woman: Sonographic-pathologic correlation. *Radiology*. 1993;187:135-139
18. Lehtovirta P, Cacciatore B, Wahlström T, et al. Ultrasonic assessment of endometrial cancer invasion. *J Clin Ultrasound*. 1987;15:519-524
19. Granberg S, Freiberg L-G, Norström A, et al. Endovaginal ultrasound scanning of women with postmenopausal bleeding. *J Ultrasound Med*. 1988; 7(suppl 10):283
20. Goldstein S, Nachtigall M, Snyder J, et al. Endometrial assessment by vaginal ultrasonography before endometrial sampling in patients with posmenopausal bleeding. *Am J Obstet Gynecol*. 1990;163:119-123
21. Ylöstalo P. Ultrasonography of endometrium. *Ann Med*. 1990;22:105-108
22. Shipley CF, Simmons CL, Nelson GH. Comparison of transvaginal sonography with endometrial biopsy in asymptomatic postmenopausal women. *J Ultrasound Med*. 1994;13:99-104

CHƯƠNG V

SIÊU ÂM ĐÁNH GIÁ BỆNH LÝ BUỒNG TRỨNG

1. KHỐI U CƠ NĂNG - BỆNH LÝ LÀNH TÍNH

Bệnh lý lành tính của buồng trứng thường gặp ở những phụ nữ trong độ tuổi hoạt động sinh dục, bao gồm những nang cơ năng hoặc những khối u tân sinh lành tính. Xử trí các bệnh lý này phụ thuộc vào tình trạng khối u khi chẩn đoán. Đa số trường hợp bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng, khối u chỉ được phát hiện tình cờ và thường sẽ thoái triển tự nhiên sau một thời gian. Tuy nhiên bệnh nhân vẫn cần được theo dõi và đánh giá lại sau 6 tuần⁽¹⁾. Trường hợp khối u vẫn tồn tại sau thời gian này cần phải được xem xét lại. Chỉ định phẫu thuật chỉ đặt ra trong trường hợp bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng như xuất huyết nội do vỡ nang hoặc có cơn đau cấp tính do nang bị xoắn.

1.1. Buồng trứng đa nang (Loạn dưỡng buồng trứng)

Đây là hội chứng được Stein-Leventhal mô tả lần đầu vào năm 1935 nên còn được gọi là hội chứng Stein-Leventhal. Hội chứng này bao gồm nhiều triệu chứng như vô kinh, tăng thể trọng, rậm lông và buồng trứng có nhiều nang nhỏ, đi kèm với hiện tượng mất cân bằng về hình thái hoặc chức năng của buồng trứng thể hiện ở nhiều mức độ khác nhau về phương diện lâm sàng, sinh học và cơ thể học⁽²⁾.

Những triệu chứng lâm sàng thường có những đợt bùng phát hoặc thoái triển. Những dấu hiệu rối loạn thường xuất hiện rõ ở những phụ nữ trẻ và có thể kéo dài suốt giai đoạn hoạt động sinh dục. Diễn tiến tự nhiên khó đánh giá vì thường có sự điều trị can thiệp của lâm sàng.

Mặc dù đã có nhiều hình thức phân loại khác nhau nhưng thực tế vẫn chưa có cách phân loại tối ưu vì chưa có cách phân loại nào có thể bao gồm được hết những yếu tố nguyên nhân gây bệnh. Về mặt giải phẫu bệnh, người ta tìm thấy ở bệnh lý này những đặc điểm như sau:

- Buồng trứng tăng kích thước: gặp trong 50% trường hợp⁽³⁾.
- Tăng sản mô đệm.
- Nhiều nang nhỏ nằm dưới lớp vỏ buồng trứng.
- Vỏ bao buồng trứng dày và sáng.

Những nang nhỏ là những nang noãn không phát triển được do không đủ nồng độ nội tiết, được tích tụ dần dần trong buồng trứng qua nhiều chu kỳ. Những nang này duy trì ở kích thước nhỏ vài millimètres, có vỏ dày và lớp tế bào hạt kém phát triển. Đôi khi, do tự nhiên hoặc dưới tác dụng điều trị, trong môi trường nội tiết thích hợp, một hoặc những nang noãn này có thể phát triển lên thành: (i) những nang lớn, hoặc (ii) nang trưởng thành nhưng không có hiện tượng phóng noãn, hoặc (iii) nhiều nang noãn trưởng thành và có hiện tượng phóng noãn.

1.1.1. Loạn dưỡng nguyên phát

Nguyên nhân của nhóm này là do những yếu tố rối loạn nội tiết nội sinh

a. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu. Các dấu hiệu có thể gặp bao gồm:

- Rối loạn kinh nguyệt: kinh không đều, thường ít và thưa. Đôi khi mất kinh thứ phát và là một trong những nguyên nhân gây hiếm muộn.
- Tăng thể trọng: chỉ gặp trong những trường hợp loạn dưỡng trung bình và loạn dưỡng nặng.
- Rậm lông: do tăng nội tiết tố nam, gặp trong loạn dưỡng trung bình và loạn dưỡng nặng.

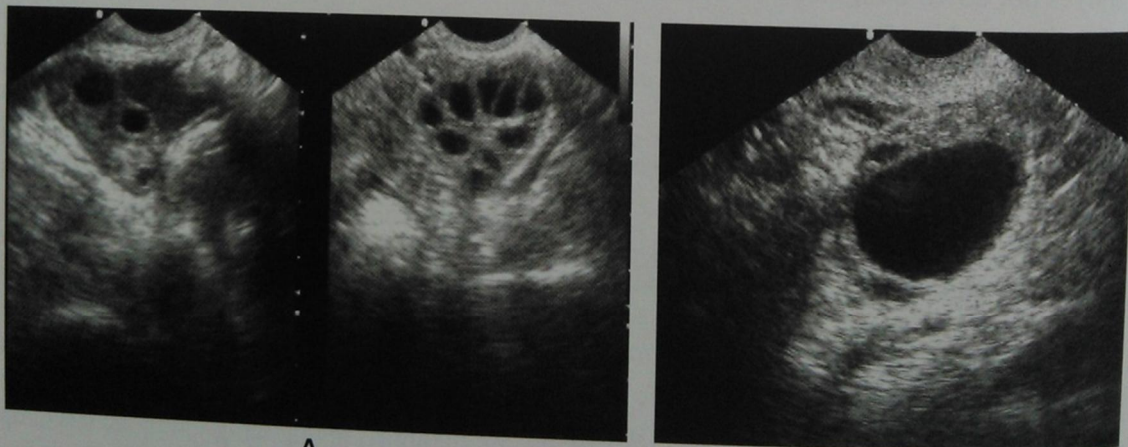
b. Hình ảnh siêu âm:

Có thể phân biệt 3 nhóm tùy theo mức độ có liên quan đến các triệu chứng lâm sàng:

α. Nhóm I: Loạn dưỡng nhẹ (thường gặp nhất)

- Kích thước buồng trứng hơi lớn hơn bình thường: đường kính >30mm, diện tích >5cm².

- Tăng sinh mô đệm: cấu trúc phản âm sáng đồng nhất tập trung ở phần giữa của buồng trứng.
- Gia tăng số lượng các nang noãn. Ở buồng trứng bình thường, trên một mặt cắt chỉ thấy khoảng 4-5 nang noãn có kích thước khác nhau từ 2-10mm và có thể có một nang phát triển trội hơn, với kích thước tối đa 20-25mm ở thời điểm phóng noãn (Hình 5.1). Trong trường hợp buồng trứng loạn dưỡng nhẹ, số lượng các nang trên một mặt cắt có ít nhất 6 nang với đường kính đều nhau và nhỏ hơn 10mm⁽⁴⁾.
- Phân bố của các nang noãn nhỏ chủ yếu ở phần ngoại vi, nhưng đôi khi cũng có thể rải đều khắp trong mô buồng trứng⁽⁵⁾ (Hình 5.2).
- Có thể thấy được gò trứng (cumulus oophorus) ở trong những nang noãn kích thước trên 10mm.
- Nếu có hiện tượng phóng noãn, có thể thấy sau đó hình ảnh của hoàng thể, hoặc nang chức năng.



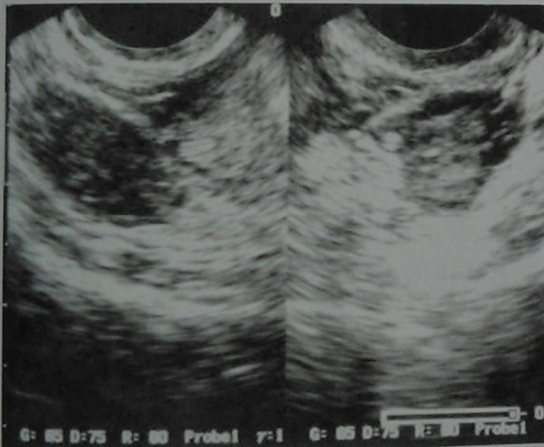
Hình 5.1: A. Mặt cắt ngang hai buồng trứng ở đường kính có nhiều nang noãn nhất.
B. Nang noãn trưởng thành.



Hình 5.2: Các nang noãn nằm rải rác đều trong mô buồng trứng.



Hình 5.3: Nhiều nang noãn kích thước đồng đều nằm dưới lớp vỏ của buồng trứng.



Hình 5.4: Hai buồng trứng có cấu trúc đồng nhất, không có nang noãn phát triển.

β. Nhóm II: Loạn dưỡng trung bình, ít gặp hơn nhóm I nhưng có triệu chứng lâm sàng rõ rệt hơn.

- Buồng trứng tăng kích thước > 40mm, diện tích > 7cm²

- Số lượng nang noãn rất nhiều, nằm kín thành vòng tròn dọc theo chu vi buồng trứng (Hình 5.3).
- Hiếm khi có hoàng thể hoặc nang chức năng.

γ. Nhóm III: Loạn dưỡng nặng (hiếm gặp): lớp mô đệm tăng sinh chiếm toàn bộ buồng trứng⁽⁶⁾

- Hai buồng trứng có kích thước đồng đều, đường kính # 30-40mm, diện tích # 5-7cm²
- Cấu trúc phản âm đồng nhất, hoàn toàn không có nang noãn nào hiện diện trên đại thể kể cả khi khảo sát bằng đầu dò âm đạo (Hình 5.4).

1.1.2. Loạn dưỡng thứ phát

Loạn dưỡng buồng trứng thứ phát có thể do những nguyên nhân can thiệp nội khoa hoặc ngoại khoa.

a. Loạn dưỡng sau phẫu thuật bóc nang:

- Thường không cân xứng giữa hai buồng trứng.
- Hình ảnh siêu âm giống loạn dưỡng nhóm I.

b. Dưới tác dụng của thuốc ngừa thai nồng độ thấp, hai buồng trứng có hình ảnh giống loạn dưỡng nhóm I.

c. Sau điều trị kích thích tạo noãn: sự đáp ứng của buồng trứng với điều trị nội tiết thay đổi tùy theo từng cá nhân và theo từng chu kỳ (Hình 5.5).

Đối với nhóm I và II, những đáp ứng có thể gặp:

α. Không đáp ứng: không có sự phát triển của nang noãn trội, buồng trứng có hình ảnh cố định suốt chu kỳ.



A



B



C

Hình 5.5:

A. Bướng trứng có đáp ứng mạnh sau điều trị kích thích tạo noãn: có 4 nang noãn trưởng thành kích thước đều nhau.

B-C. Đáp ứng quá mức: hai bướng trứng gia tăng kích thước và có rất nhiều nang noãn lớn.

β. Có đáp ứng thích hợp: các nang noãn tăng kích thước và có một hoặc hai nang trội.

γ. Có đáp ứng mạnh, nhiều nang noãn phát triển tới độ trưởng thành.

δ. Đáp ứng quá mức: thành lập nhiều nang kích thước rất lớn.

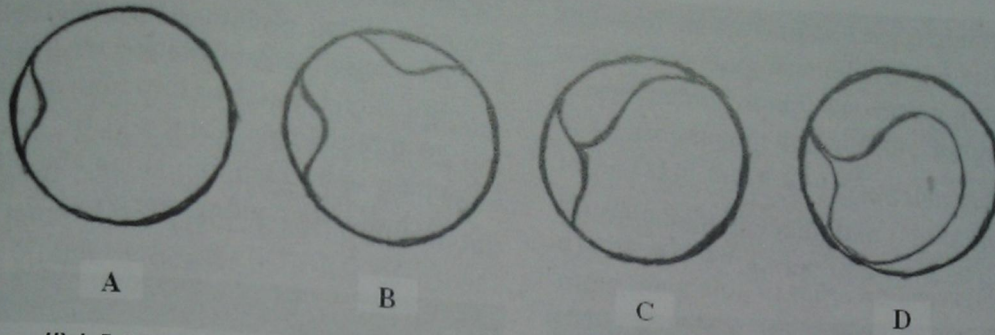
Đối với nhóm III: đáp ứng thường rất kém, ít khi có được nang noãn kích thước vượt qua mức 10mm ngay cả khi kích thích với liều cao.

1.2. Nang chức năng

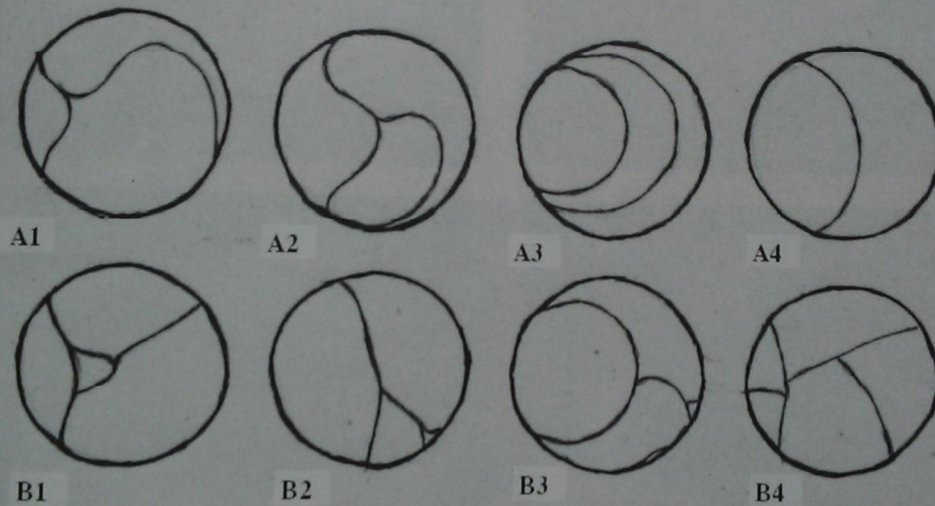
Nguyên nhân là do sự hoạt động vượt quá mức sinh lý bình thường của bướng trứng.

Sự tạo thành của một nang chức năng có liên quan đến một hoặc nhiều giai đoạn của diễn tiến tạo noãn - phóng noãn và thành lập hoàng thể. Trên phương diện siêu âm, nang chức năng có hai nhóm: một nhóm tương ứng với giai đoạn noãn, một nhóm tương ứng với giai đoạn hoàng thể và mỗi nhóm sẽ có những hình ảnh điển hình khác nhau.

Hình ảnh siêu âm của một nang chức năng thay đổi rất nhiều từ một nang hoàn toàn phản âm trống hoặc có những đường phản âm mỏng đến một nang có cấu trúc phản âm mạnh hoặc hỗn hợp. Những cấu trúc bên trong một nang chức năng có thể đến từ 3 nguồn gốc:



Hình 5.6: Sự thay đổi của gò trứng và lớp tế bào hạt ở vỏ buồng trứng. Các khả năng có thể gặp:
 A. Gò trứng nang hóa.
 B. Gò trứng nang hóa hoặc cấu tế bào hạt.
 C. Gò trứng nang hóa hoặc lớp tế bào hạt chẻ đôi.
 D. Gò trứng nang hóa hoặc bóc tách hoàn toàn lớp tế bào hạt.



Hình 5.7: So sánh sự khác biệt giữa hình ảnh gò trứng nang hóa hoặc bóc tách của lớp tế bào hạt trong một nang cơ năng (A1-A4) và hình ảnh phân vách của một u nang buồng trứng thực thể (B1-B4).

- Sự thay đổi của gò trứng (Hình 5.6).
- Sự tách đôi của lớp tế bào vỏ buồng trứng (Hình 5.7).
- Sự xuất huyết trong nang.

1.2.1. Nang noãn nang hóa (cystic follicle) và u nang noãn (follicular cyst)

Là sự phát triển bất thường của một nang noãn không có hiện tượng phóng noãn và còn tồn tại đến giai đoạn sau của

chu kỳ kinh nguyệt hoặc lâu hơn. Theo quy ước, nếu nang < 30mm sẽ được gọi là nang noãn nang hóa nếu > 30mm sẽ được gọi là u nang noãn⁽⁶⁾ (Hình 5.8).

Hình ảnh siêu âm:

- Nang nằm ở một phía của buồng trứng.
- Hình cầu, bờ đều, mỏng.

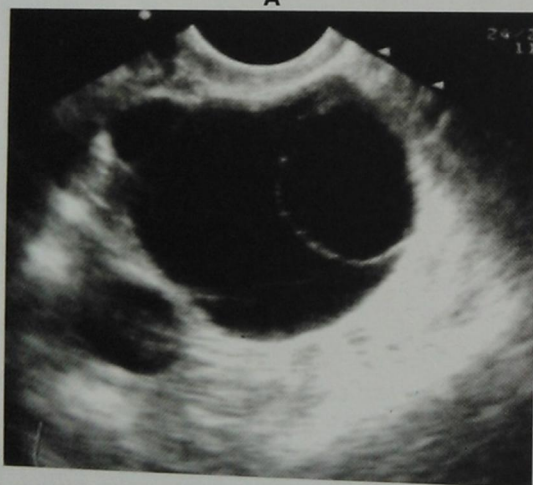
- Hoàn toàn phản âm trống.
- Nếu không có hiện tượng phóng noãn, gò trứng còn tồn tại, dạng nang hình cầu.
- Bóc tách lớp tế bào hạt: hình ảnh giống gò trứng nhưng ở nhiều vị trí, nếu tách nhiều sẽ có hình ảnh giống như bờ viền tách đôi hoặc giống như có vách.



A



B



C



D

Hình 5.8: Các dạng nang chức năng ở giai đoạn noãn
A. Gò trứng.
B-C-D. Các dạng bóc tách của lớp tế bào hạt.

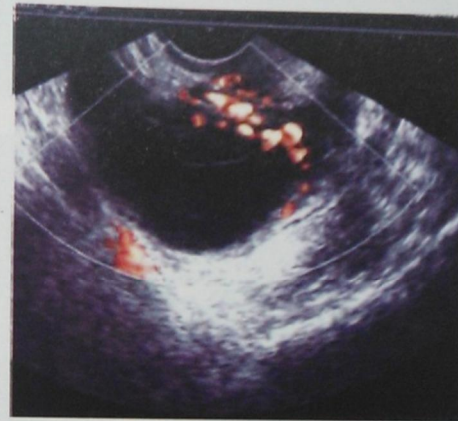
1.2.2. Hoàng thể nang hóa (cystic corpus luteum) và u nang hoàng thể hoặc nang hoàng tuyến (corpus luteum cyst)

Là sự phát triển bất thường của hoàng thể ở giai đoạn sau của chu kỳ. Do cấu tạo tự nhiên, hoàng thể thường có kèm theo hiện tượng xuất huyết. Đây là hiện tượng sinh lý bình thường và hầu hết đều thoái

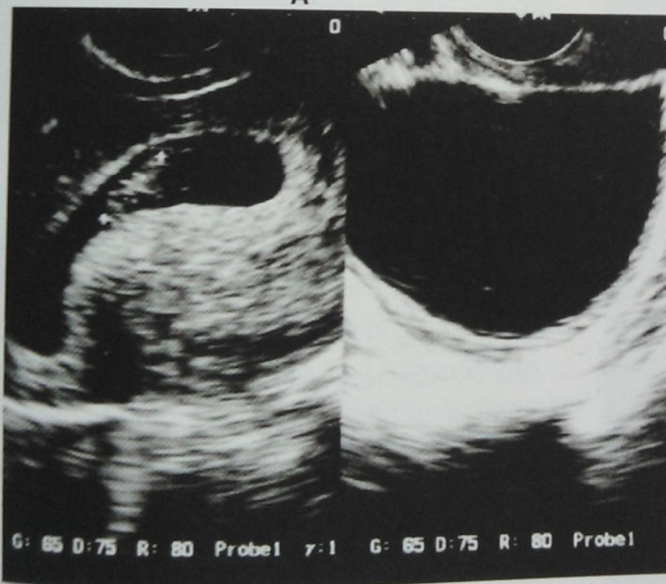
triển tự nhiên sau 2-3 tuần⁽⁷⁾. Nếu nang < 30mm được gọi là hoàng thể nang hóa, nếu > 30mm sẽ gọi là u nang hoàng thể hoặc nang hoàng tuyến⁽⁶⁾ (thường gặp trong trường hợp thai trứng và đi kèm với nồng độ cao của hCG hoặc có thể gặp trong trường hợp kích thích quá mức của buồng trứng trong điều trị hiếm muộn) (Hình 5.9).



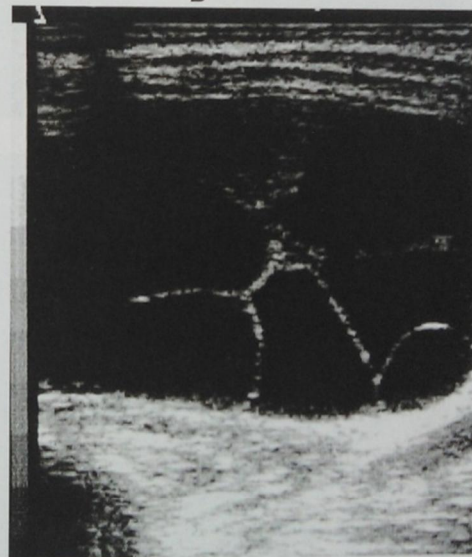
A



B



C



D

Hình 5.9: Các dạng nang chức năng ở giai đoạn hoàng thể

A. Hoàng thể bình thường.

B. Hoàng thể nang hóa. Sau rụng trứng.

hoàng thể tiếp tục tăng kích thước, phân âm trống.

C. U nang hoàng thể của thai kỳ.

D. Nang hoàng tuyến trong thai trứng nguy cơ cao



E



F



G

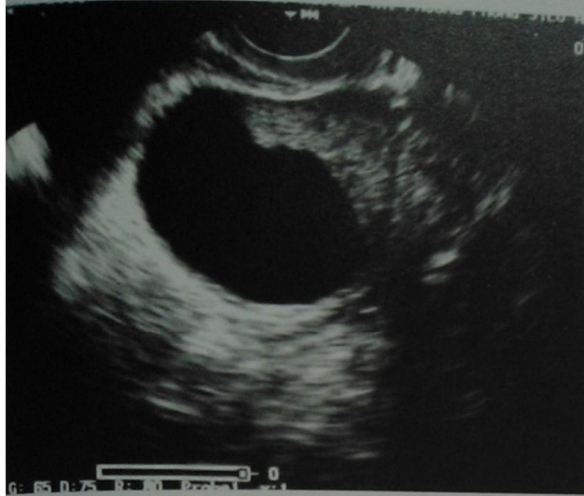


H



I

Hình 5.9: Các dạng nang chức năng ở giai đoạn hoàng thể
 E. Nang phản âm trống bên trong có những đường phản âm mỏng xếp thành hình mạng lưới.
 F. Nang xuất huyết.
 G. Nang phản âm kém, bên trong có vùng phản âm mạnh đồng nhất.
 H. Hình siêu âm sau có kinh 5 ngày.
 I. Bệnh nhân có triệu chứng trễ kinh, đau bụng, thử thai qua nước tiểu âm tính. Siêu âm có khối phản âm hỗn hợp ở mặt trước bên phải tử cung. Không thấy buồng trứng phải bình thường. Chẩn đoán trên siêu âm là nang buồng trứng phải xuất huyết.



J



K

Hình 5.9: Những trường hợp nang cơ năng chẩn đoán trên siêu âm.

J. Hình ảnh siêu âm 4 ngày sau: Cấu trúc bên trong buồng trứng thay đổi, phần xuất huyết giảm kích thước và mất dần khối máu đông.

K. Hình siêu âm 1 tuần sau: không còn khối máu đông trong buồng trứng.

Hình ảnh siêu âm:

- Vị trí: thường nằm giữa buồng trứng nhưng nếu lớn có thể có hình ảnh giống như nằm ở một bên của buồng trứng.
- Hoàng thể nang hóa thường chỉ có một nang trong khi nang hoàng tuyến thường là nhiều nang, có thể ở cả hai bên buồng trứng và kích thước đôi khi rất lớn.
- Hình cầu hoặc tròn, có thể biến dạng được, bờ thường dày hơn u nang noãn.
- Có thể phản âm trống (thường hiếm gặp ở u nang hoàng thể), phản âm kém đồng nhất, mạnh đồng nhất hoặc hỗn hợp. Hình ảnh đặc trưng thường là những đường phản âm mỏng đan xếp thành hình mạng lưới tương ứng với những sợi fibrine, đôi khi có những vùng phản âm mạnh ở giữa nang tương ứng với những khối máu đông.

1.2.3. Biến chứng

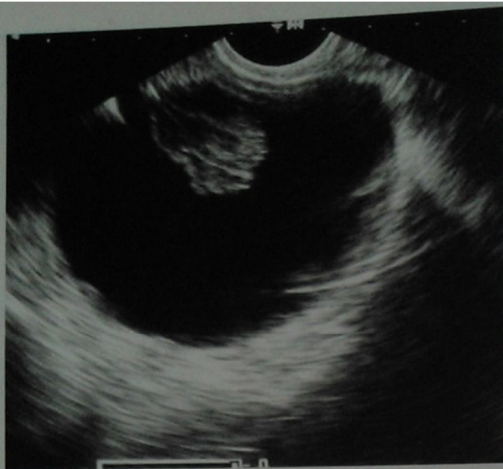
Những biến chứng có thể gặp là xoắn, vỡ hoặc xuất huyết ngoài nang, thường gặp

trong trường hợp nang hoàng tuyến hơn là những nang chức năng khác.

a. Xoắn:

Hình ảnh siêu âm thường không chuyên biệt: buồng trứng gia tăng kích thước do mô đệm phù nề, bên trong có chứa dịch phản âm kém xen lẫn những vùng phản âm mạnh do hiện tượng ngạnh tắc xuất huyết (hemorrhagic infarcts), đôi khi dễ chẩn đoán lầm với phần đặc của một khối u thực thể (Hình 5.10). Thông thường sẽ có ít dịch xuất tiết trong ổ bụng, có thể có những sợi fibrine phản âm mỏng. Doppler mạch máu không thấy phổ của dòng mạch và tĩnh mạch buồng trứng^(8,9). Bệnh nhân thường có triệu chứng đau trên lâm sàng gây ra do khối u bị thiếu máu nuôi.

b. Vỡ nang: chẩn đoán dựa vào hình ảnh nang bị xẹp đi và có kèm theo dịch tự do trong ổ bụng.



A



B

Hình 5.10: Các trường hợp u nang buồng trứng xoắn (có kiểm chứng với kết quả sau mổ), bệnh nhân có triệu chứng đau khi thăm khám.

- A. Nang phản âm trống, bên trong có một vùng phản âm mạnh của cục máu đông.
B. Buồng trứng tăng kích thước, phản âm mạnh không đồng nhất.



Hình 5.11: Nang cạnh buồng trứng.

c. **Xuất huyết ngoài nang:** có hình ảnh xuất huyết nội với dịch tự do phản âm kém lan tỏa trong ổ bụng. Triệu chứng lâm sàng giống như có thai ngoài tử cung nhưng xét nghiệm beta hCG âm tính. Nếu máu mới thường có phản âm mạnh, đôi khi có những cục máu đông phản âm sáng, không có bóng lưng.

1.3. Nang cạnh buồng trứng

Nang cạnh buồng trứng có nguyên nhân từ phần tồn lưu của phần trên ống Wolf nằm

trong mạc treo buồng trứng, gặp trong 10% trường hợp các khối u của buồng trứng (Hình 5.11).

Đặc điểm:

- Nằm tách biệt với buồng trứng, thường trong dây chằng rộng.
- Dạng nang phản âm trống. Có thể có những biến chứng như xuất huyết, xoắn hoặc vỡ, ít khi có vách^(10,11).
- Kích thước trung bình 3-5cm nhưng cũng có thể lớn hơn, thường cố định và không có những thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt.

2. KHỐI U TÂN SINH CỦA BUỒNG TRỨNG - UNG THƯ BUỒNG TRỨNG

2.1. Phân loại theo mô học

Buồng trứng là một cơ quan có cấu trúc phức tạp về phôi học, cơ thể học và còn là một cơ quan phức tạp về phương diện chức năng. Thực tế lâm sàng đã có nhiều phân loại các khối u tân sinh của buồng trứng

khác nhau dựa trên hoạt động nội tiết, cơ thể học, mức độ ác tính hoặc trên cơ bản mô học. Cho tới hiện nay, phân loại dựa trên cấu trúc mô học đã và đang được chấp nhận rộng rãi nhất.

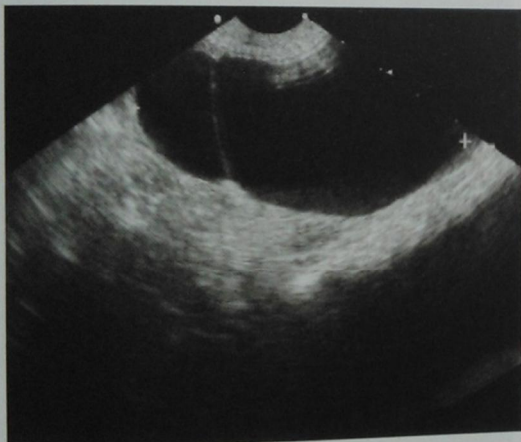
2.1.1. U biểu mô thượng bì (epithelial ovarian tumor)

a. U dịch trong (serous tumors)

Là loại thường gặp nhất trong nhóm bệnh lý tân sinh biểu mô buồng trứng (epithelial ovarian neoplasms).

α. U dịch trong lành tính:

- Có thể một thùy (simple cyst, serous cystoma) hoặc nhiều thùy kích thước không đều nhau (serous cystadenoma) (Hình 5.12).



Hình 5.12: U nang dịch trong



Hình 5.14: U nang dịch nhầy.

- Bờ mỏng.
- Chứa dịch loãng và trong như nước hoặc hơi hồng (nếu có nhiều chất đậm) hoặc màu nâu đỏ (nếu có xuất huyết).

β. U dịch trong ác tính:

- Thường nhiều thùy.
- Bờ gồ ghề, có vách.
- Có nhú trong thành, vách hoặc bên ngoài mặt của buồng trứng gây hiện tượng dính các cơ quan chung quanh (Hình 5.13).

b. U dịch nhầy (mucinous tumors)

α. U nhầy lành tính (mucinous cystadenoma)

- Thường một bên.
- Kích thước thường lớn.
- Có vách mỏng.



Hình 5.13: U nang dịch trong ác tính.



Hình 5.15: U nang dịch nhầy ác tính

- Chứa chất lỏng nhầy trong hoặc đục, đôi khi đặc và có sợi (Hình 5.14).

β. U nhầy ác tính (mucinous cystadenocarcinoma):

- Thường lớn.
- Nhiều thùy, có vách dày.
- Có thể có chồi nhú (Hình 5.15).

c. U lạc nội mạc tử cung

Lạc nội mạc tử cung là một bệnh lý trong đó nội mạc tử cung đóng ở những vị trí không phải là buồng tử cung. Những vị trí thường gặp theo thứ tự là buồng trứng, vòi trứng, túi cùng, dây chằng rộng, trực tràng, bàng quang hoặc hiếm hơn ở những vùng xa của cơ thể. Những mảng nội mạc lạc chỗ này có đáp ứng với tình trạng thay đổi của nội tiết, sẽ xuất huyết vào thời điểm kinh nguyệt, tạo phản ứng viêm tại chỗ gây hiện tượng dính, có thể gây nên triệu chứng đau và dẫn đến hậu quả hiếm muộn.

Những nốt lạc nội mạc nhỏ thường không chẩn đoán được trên siêu âm. Những khối lớn hơn và khu trú thường có giới hạn rõ, bờ khá dày, bên trong có chứa dịch lỏng hoặc đặc màu nâu đen, đôi khi có cặn lắng hoặc những đám máu cục (Hình 5.16).



Hình 5.16: U lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng.

2.1.2. U tế bào mầm (germ cell tumors)

a. Dysgerminoma

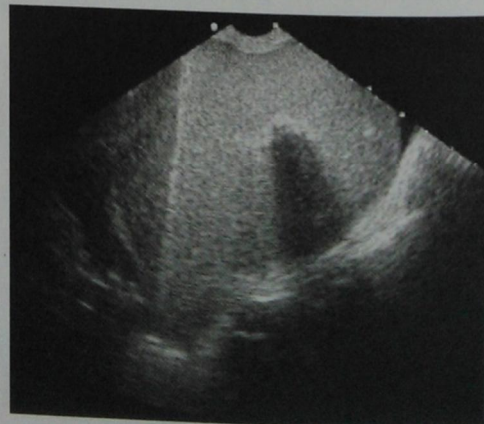
- Là loại u ác tính, thường một bên và phát triển nhanh.
- Thường gặp ở người trẻ.
- Cấu trúc đặc và chắc, có thể hỗn hợp nhưng phần đặc thường nhiều hơn. Có thể có phần lỏng do thoái hóa hoặc hoại tử (Hình 5.17).

b. U bì

- Có thể lành tính hoặc ác tính.
- Rất đa dạng do có chứa nhiều thành phần khác nhau từ 3 lớp ngoại, trung và nội phôi bì: da, tóc, mỡ, chất bã, răng, xương... (Hình 5.18).



Hình 5.17: U tế bào mầm.



Hình 5.18: U bì.

c. *Choriocarcinoma*: ung thư tế bào nuôi nguyên phát từ buồng trứng không do thai kỳ là một loại u tế bào mầm hiếm gặp và có độ ác tính cao.

- Đa số gặp ở người trẻ dưới 20 tuổi.
- Thành phần chủ yếu là máu và mô hoại tử.
- Những tế bào nuôi dị dạng tiết HCG và cho xét nghiệm thai dương tính.

2.1.3. U tế bào trung mô đậm (gonadal stromal tumors)

a. *U hạt vỏ bào* (granulosa-theca cell tumor):

- Thường gặp nhất trong số các u có tính nội tiết.
- Thường gặp ở người mãn kinh.
- Có triệu chứng lâm sàng của cường estrogen, gây tăng sinh nội mạc tử cung.
- Thường một bên, đặc và chắc, có thể có những vùng thoái hóa và hoại tử (Hình 5.19, 5.20).

b. *U tế bào Sertoli-Leydig*:

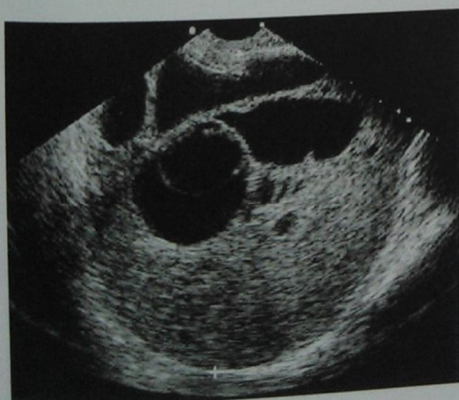
- Đến từ những tế bào ở vùng rốn (hilus cells) của buồng trứng.
- Có dấu hiệu nam hóa.
- Cấu trúc thường hỗn hợp (Hình 5.21).



Hình 5.19: U hạt vỏ bào



Hình 5.20: U hạt vỏ bào



A



B

Hình 5.21: U tế bào Sertoli-Leydig

c. *U sợi:*

- Có cấu trúc giống u xơ tử cung, có hiện tượng hút âm.
- Hội chứng Demon-Meigs: u xơ buồng trứng, tràn dịch màng phổi (thường bên phải), tràn dịch màng bụng.
- Thường dễ lầm với khối u ác tính (Hình 5.22).

2.1.4. Di căn từ những ung thư ở xa:

Buồng trứng là cơ quan thường bị di căn từ những ung thư ở xa hơn những cơ quan khác trong vùng chậu như ung thư dạ dày (u Krukenberg), ung thư vú, ung thư mật-tụy và hoặc những ung thư ở vùng lân cận như ung thư ruột, tử cung, vôi trứng, bàng quang...

- Thường hai bên.
- Tràn dịch màng bụng.
- Thường có hiện tượng hoại tử, hóa nhầy (myxomatous changes) hoặc xuất huyết (Hình 5.23).
- Cấu trúc có phần xốp, có phần nang chứa dịch nhầy trong màu vàng hoặc nâu xám.



Hình 5.22: U sợi buồng trứng

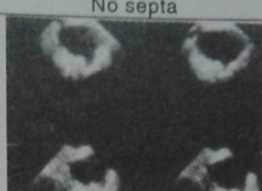
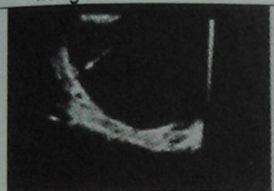
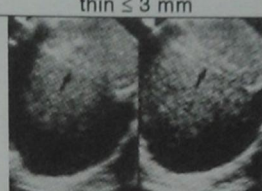
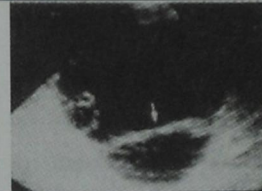
2.2. Phân loại theo siêu âm

Siêu âm giúp chúng ta nhìn thấy được nhiều thành phần của một khối u: vỏ bao, bờ thành và các cấu trúc chứa đựng bên trong. Một khối u dạng nang dịch trong thường không có hồi âm và luôn có hiện tượng tăng âm phía sau khối u. Những chất dịch có nhiều thành phần đậm, máu hoặc mô hoại tử sẽ có những hồi âm mỏng và những cấu trúc mô đặc sẽ cho hồi âm mạnh. Một khối u có nhiều vách dày, có phần đặc không đồng nhất hoặc có chồi nhú sẽ có nhiều khả năng ác tính cao (12,13,14).

Do cấu trúc rất đa dạng của các khối u buồng trứng và sự quan trọng của việc phát hiện sớm những hình ảnh nghi ngờ một khối u thực thể ác tính, đã có nhiều nghiên cứu được thực hiện nhằm so sánh sự tương ứng của những hình ảnh siêu âm với những kết quả giải phẫu bệnh học ⁽¹⁵⁾ (Hình 5.24).



Hình 5.23: Ung thư cổ tử cung di căn buồng trứng.

V A L U E	VARIABLES					
	INNER WALL STRUCTURE	WALL THICKNESS (mm)	SEPTA (mm)	ECHOGENICITY		
1	smooth	than ≤ 3 mm	No septa	sonolucent		
						
2	irregularities ≤ 3 mm	thick > 3 mm	thin ≤ 3 mm	Low echogenicity		
						
3	papilarities > 3 mm	not applicable, mostly solid	thick > 3 mm	Low echogenicity with echogenic core		
						
4	Not applicable, mostly solid			mixed echogenicity		
						
5				high echogenicity		
						

Hình 5.24A: Hệ thống cho điểm của I Timor
 Sonography in Obstetrics and Gynecology Principles & Practice, 5-6th Edition
 Fleischer – Manning – Jeanty – Romero. Appleton & Lange. Stamford, Connecticut

Echo pattern classification of ovarian tumor

(classified by the Department of Obstetrics and Gynecology University of Tokyo)

pattern			internal echo	type	Criteria												
I	Cystic	none	A	One or more simple cyst													
			B	more than three cysts													
II	Cystic	Unclear dot or linear echoes are observed	A	It has whole or partial week dotted internal echoes													
			B	It has dot or linear echoes at the periphery													
III	Cystic or Solid	The high brightness echo is recognized	A	It has 1 ore more round type high brightness echoes inside													
			B	It has high brightness linear echo													
			C	It has an irregular shaped echo with a homogeneous high brightness													
IV	Cystic	The septum is recognized	A	The septum is thin and flat													
			B	The septum is thick and irregular													
V	Solid	A solid portion ≥ 50%	A	It is entirely solid and nomogeneous													
			B	The solid prtion is homogeneous and a cystic pattern is recognized within													
			C	The solid prtion is not homogeneous irregardless of the presence of internal cystic part													
VI	Cystic	Protuberance echo is recognized at the tumor wall	A	A smooth polypoid or nodular protuberance is recognized at the tumor wall													
			B	A irregular papillary or saw-toothed protuberance is recognized at the tumor wall													
Echo Pattern		Uterine	Ovary														Unable to Classify
Tumor type		Oterme myoma	I		II		III			IV		V			VI		
			A	B	A	B	A	B	c	A	B	A	B	C	A	B	
Uterus	Uterine myoma	90	5		10	5							50	20	20		
Ovary	Serous cyst		40	35	10	15				15	10					10	
	Mucinous cyst		10			5			10	60	25					5	5
	Chocolate cyst	5	25	35	70	50	5	5	5	15		5	5	10	10	10	
	Dermoid cyst		10		15	90	90	80				20	20		20		
	Malignant tumor others	5								5	60	5	50	60	40	80	
			10	30	10	10	5	5	5	5	5	20	5	10	15	5	

(The number indicates the percentage)

(The number indicates the percentage of possibility for an actual tumor type)

Hình 5.24B: Bảng phân loại của đại học Tokyo

2.2.1. Hệ thống cho điểm của I. Timor dựa trên những thành phần chính:

a. Cấu trúc bờ trong khối u:

- nhẵn: 1 điểm
- gồ ghề $\leq 3\text{mm}$: 2 điểm
- có nhú $> 3\text{mm}$: 3 điểm
- có nhiều phần đặc: 4 điểm

b. Bề dày bờ thành khối u:

- bờ mỏng $\leq 3\text{mm}$: 1 điểm
- bờ dày $> 3\text{mm}$: 2 điểm
- có nhiều phần đặc: 3 điểm

c. Vách bên trong khối u:

- không có vách: 1 điểm
- $\leq 3\text{mm}$: 2 điểm
- $> 3\text{mm}$: 3 điểm

d. Phản âm các cấu trúc bên trong:

- trong suốt: 1 điểm
- phản âm mỏng: 2 điểm
- có vùng phản âm mạnh: 3 điểm
- phản âm hỗn hợp: 4 điểm
- phản âm mạnh: 5 điểm

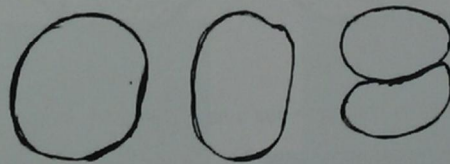
Những khối u có số điểm trên 9 điểm có nhiều khả năng ác tính trừ u nang bì vì có vùng trùng lấp cao.

2.2.2. Phân loại của đại học Tokyo: dựa trên tính chất khác nhau của các cấu trúc bên trong khối u: loại chứa dịch hoàn toàn (u nang dịch trong, u nang nhầy...), loại hỗn hợp (u tế bào mầm, u tế bào thượng mô bề mặt ...) và loại đặc hoàn toàn (u sợi). Có 6 nhóm chính được xếp loại từ I đến VI, mỗi nhóm chia ra nhiều nhóm phụ A,B,C do có những đặc tính gần giống nhau và một nhóm riêng gồm những khối u có những hình ảnh không điển hình.

Đặc điểm của các nhóm:

a. **NHÓM I:** khối u dạng nang phản âm trống hoàn toàn, không có hồi âm bên trong nang

α **Nhóm IA:** nang có một hoặc hai thùy phản âm trống hoàn toàn (Hình 5.25).



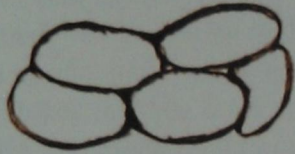
A

B

Hình 5.25: Hình minh họa u nang buồng trứng nhóm IA
A- B: U nang dịch trong. Hình trước và sau mổ

β . Nhóm IB: nhiều hơn hai thùy phản âm trống (Hình 5.26).

b. NHÓM II: khối u dạng nang, bên trong có những điểm hoặc đường phản âm kém.



A

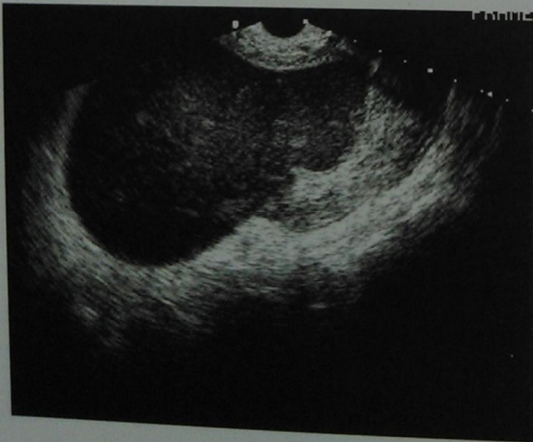
Hình 5.26: A. Hình minh họa u nang buồng trứng nhóm IB
B. U nang dịch trong.



B



Hình 5.27: Hình minh họa u nang buồng trứng nhóm IIA



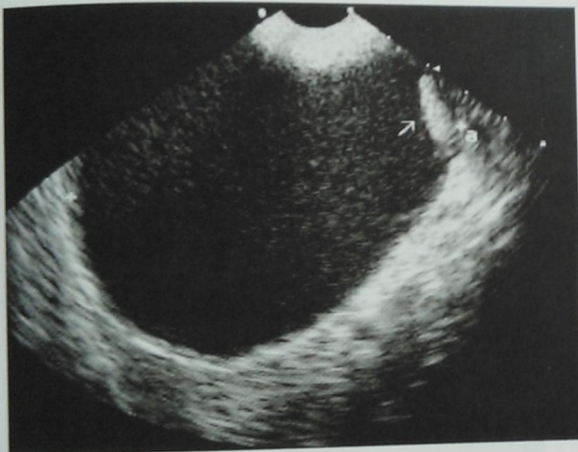
A-B. U lạc nội mạc. Hình trước và sau mổ



C



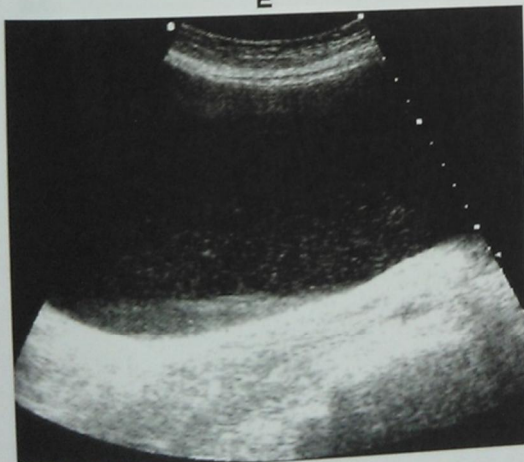
D



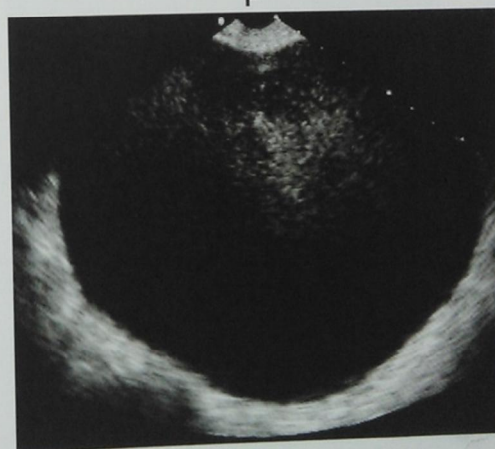
E



F

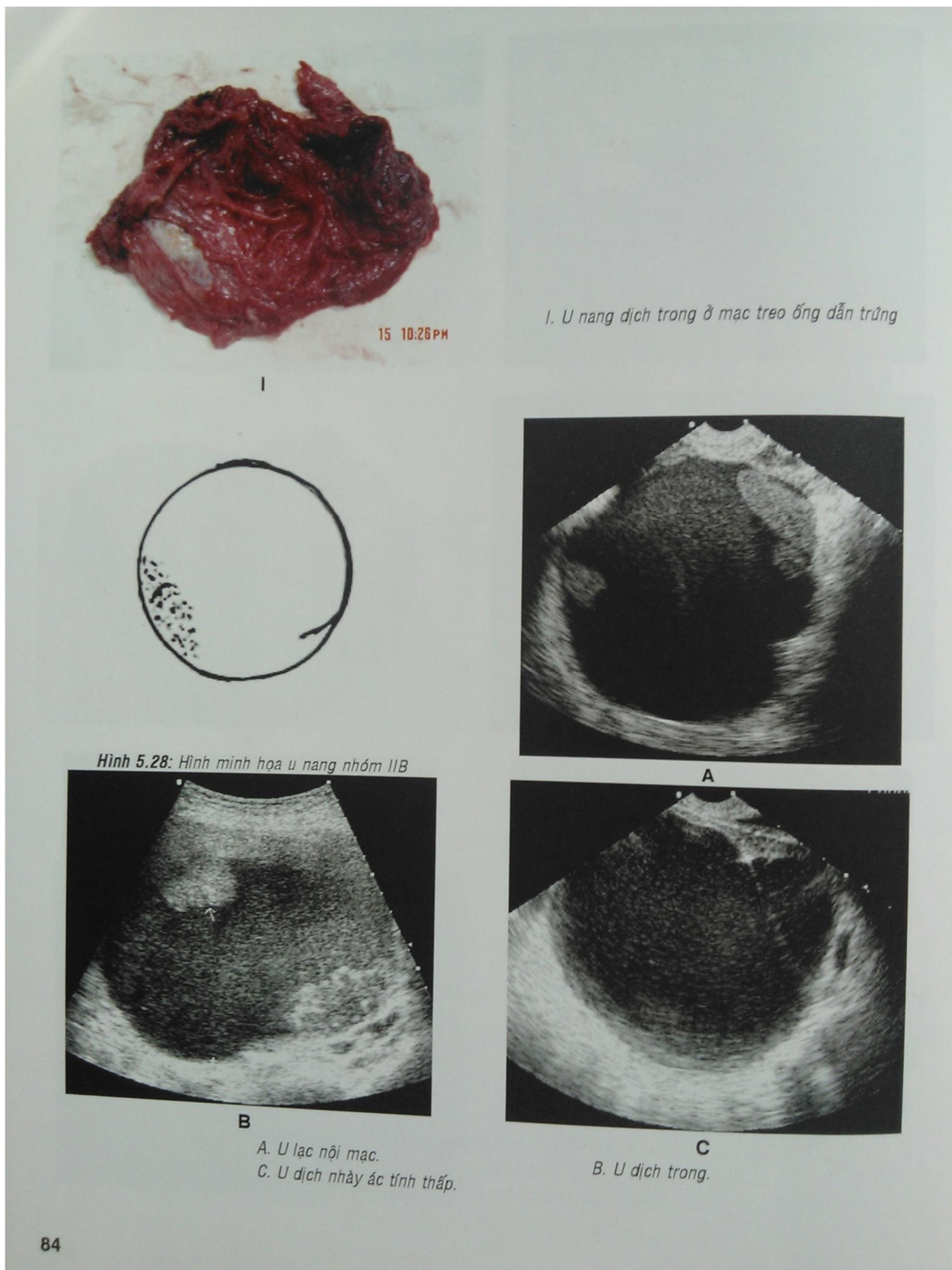


G



H

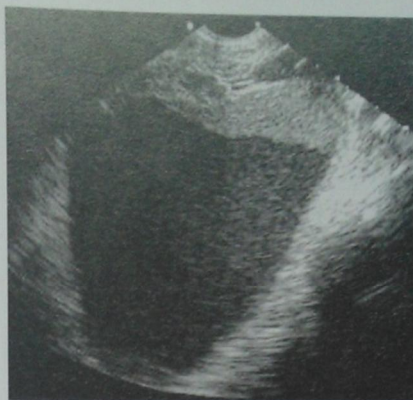
C-D, E-F. U lạc nội mạc. Hình trước và sau mổ
G. U nang nhày.
H-I. U nang dịch trong ở mạc treo ống dẫn trứng.





D

D. U dịch trong.



E

E. U dịch nhầy.

c. **NHÓM III:** dạng nang hoặc dạng đặc, có phản âm sáng bên trong.

α **Nhóm IIIA:** bên trong có một hoặc nhiều khối tròn phản âm sáng (Hình 5.29).



Hình 5.29: Hình minh họa u nang nhóm IIIA



B

β . **Nhóm IIIB:** có những đường phản âm sáng bên trong (Hình 5.30).

γ . **Nhóm IIIC:** có phần phản âm sáng đồng nhất hình dạng không đều đặn (Hình 5.31).



A



C

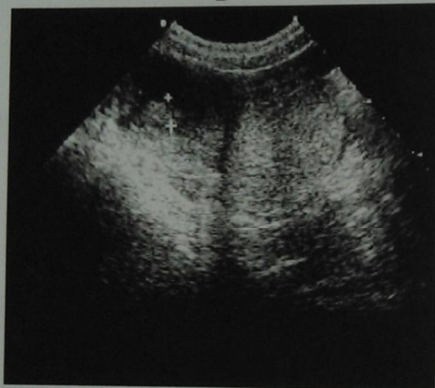
A-C. U bì



D



E

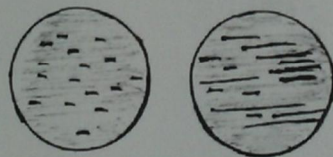


F



G

D-E, F-G. U bì



Hình 5.30: Hình minh họa u nang buồng trứng nhóm IIIB

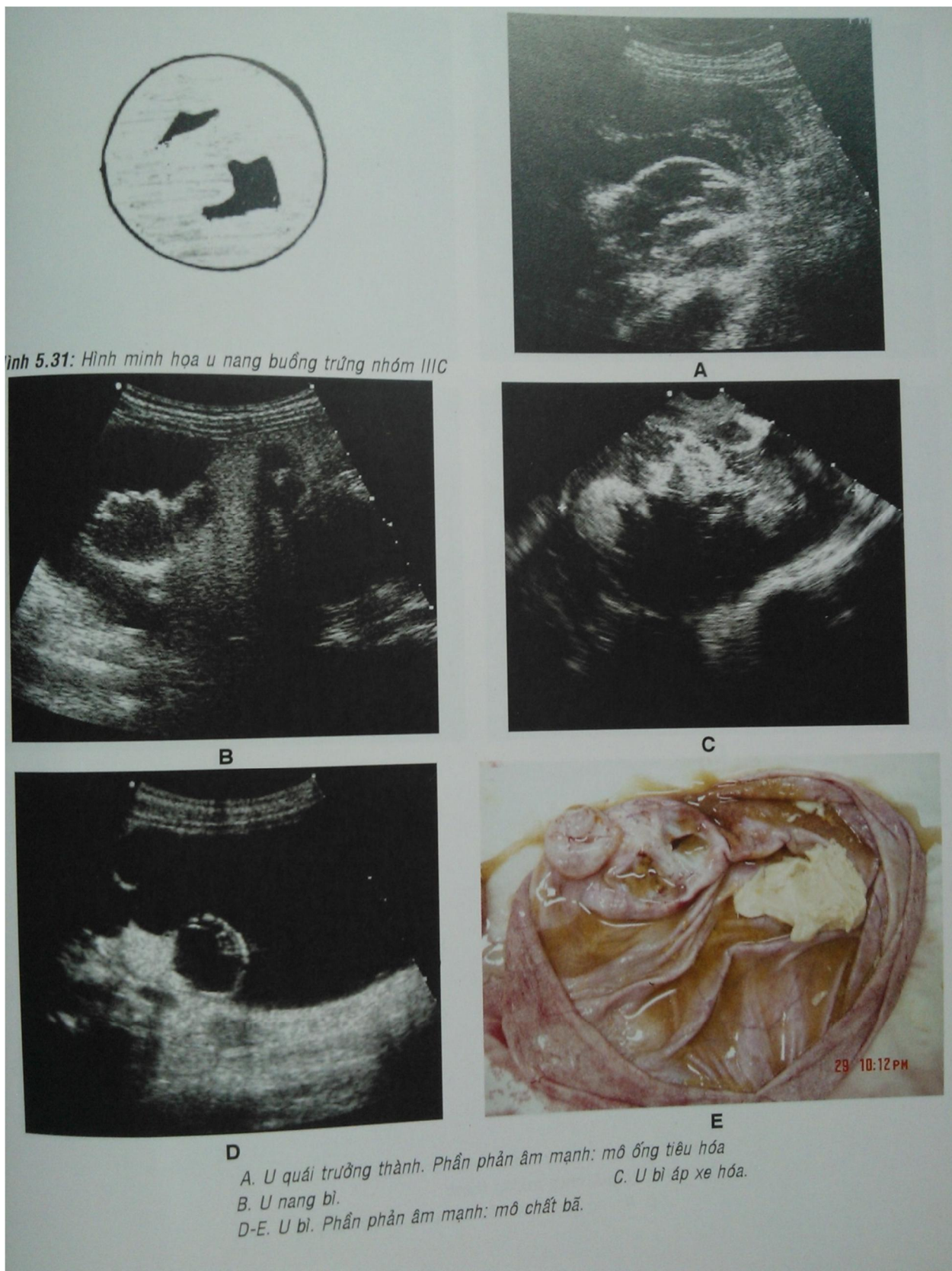


A



B

A-B. U bì





F



G



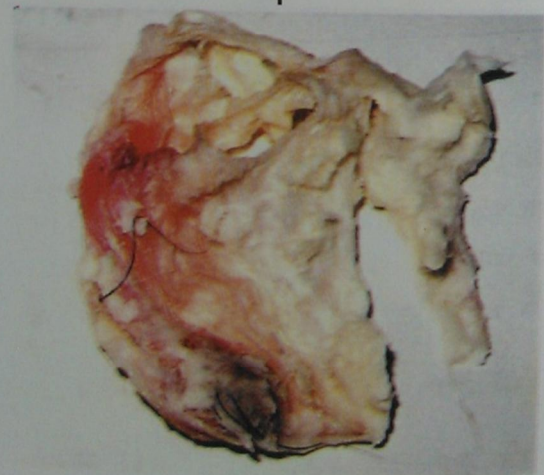
H



I



J

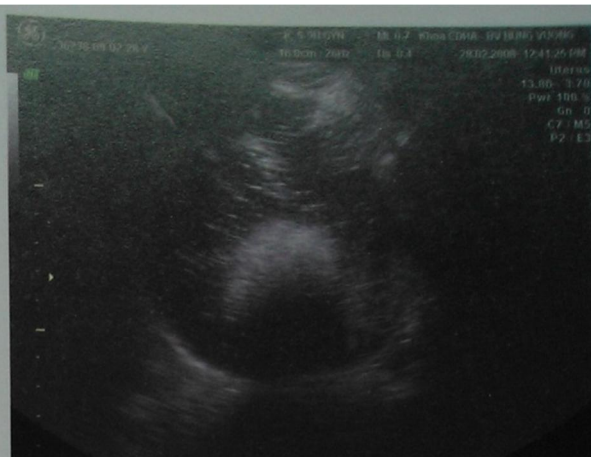


K

F-G. U bì. Phần phản âm mạnh: mô da.
H-I. U quái chưa trưởng thành.
J-O. Những hình ảnh siêu âm khác của u nang bì.



L



M



N



O

d. NHÓM IV: dạng nang, có vách.

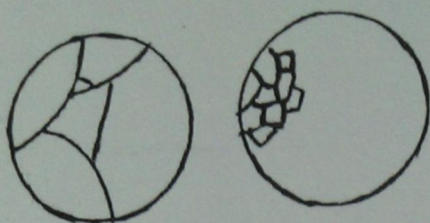
α. Nhóm IVA: có vách mỏng và phẳng (Hình 5.32).

β. Nhóm IVB: có vách dày và gồ ghề (Hình 5.33).

e. NHÓM V: phần đặc chiếm $\geq 50\%$.

α. Nhóm VA: khối u hoàn toàn đặc và có phản âm đồng nhất (Hình 5.34).

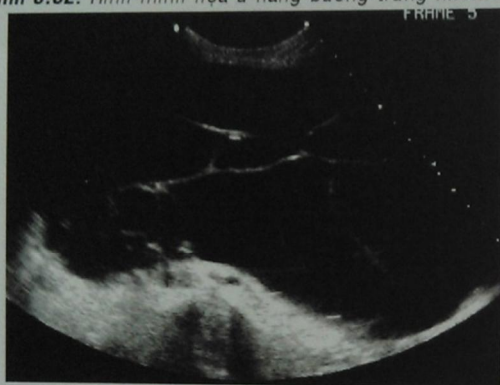
β. Nhóm VB: phần đặc phản âm đồng nhất, có nang bên trong (Hình 5.35).



Hình 5.32: Hình minh họa u nang buồng trứng nhóm IVA



A



B



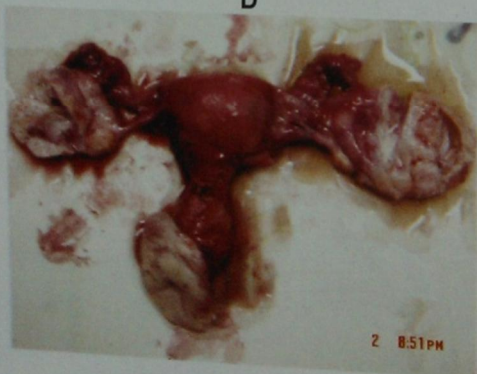
C



D



E

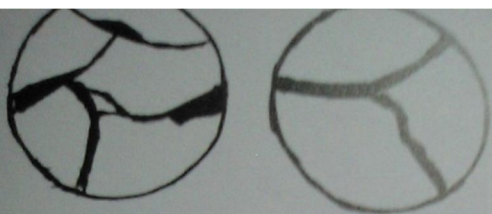


F

A-B-C. U nang dịch nhầy.

D. Ung thư dịch nhầy.

E-F. Nang vùi dịch trong (serous inclusion cyst).



Hình 5.33: Hình minh họa u nang buồng trứng nhóm IVB



B



D



F



A



C



E



G

A. Ung thư dịch nhầy ác tính thấp.

C. U hạt vỏ bào.

F-G. Tụ mủ buồng trứng.

B. Ung thư dịch trong.

D-E. Ung thư dịch trong.



Hình 5.34: Hình minh họa u nang buồng trứng nhóm VA



B



D



F



A



C



E

A-B, C-D-E. U xơ buồng trứng
F. U bì.



Hình 5.35: Hình minh họa u nang buồng trứng nhóm VB



B



D



F



A



C

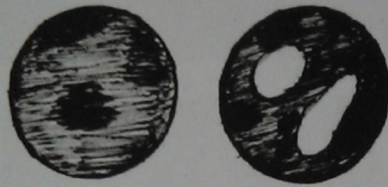


E

- A. U sợi sau phúc mạc.
- B. Carcinome tế bào sáng.
- C. U xoang nội bì phôi (Yolk sac tumor).
- D. U hạt bào biệt hóa vừa.
- E-F. U tế bào mầm (Dysgerminome).

γ . Nhóm VC: phần đặc không đồng nhất, không kể có nang bên trong hay không (Hình 5.36).

f. NHÓM VI: dạng nang, có chồi nhú ở bờ khối u.



Hình 5.36: Hình minh họa u nang buồng trứng nhóm VC



B



D

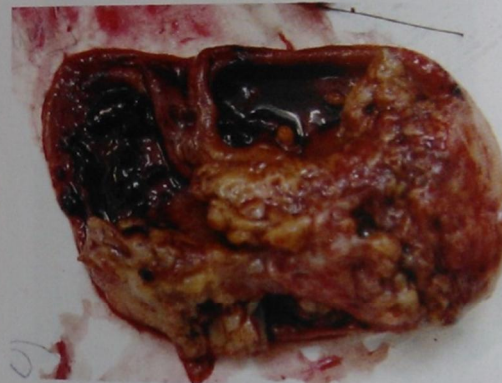
A. U xoang nội bì phôi ác tính.
D-E. U sợi vỏ bào.

α . Nhóm VIA: chồi có bờ viền phẳng, đều đặn (Hình 5.37).

β . Nhóm VIB: chồi có bờ gồ ghề, hình răng cưa (Hình 5.38).



A



C



E

B-C. U tế bào Sertoli.



F



G



H



I

F-G. U tế bào mầm

H-I Ung thư dịch trong.



Hình 5.37: Hình minh họa u nang buồng trứng nhóm VIA



A

A. U bì.

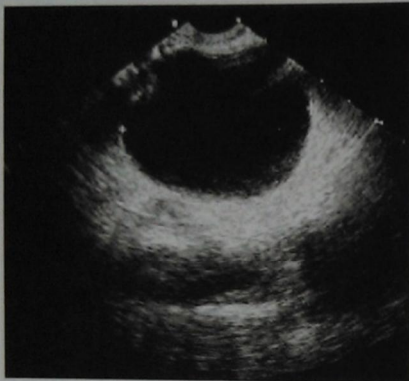


B

B. Nang xuất huyết.



C



D



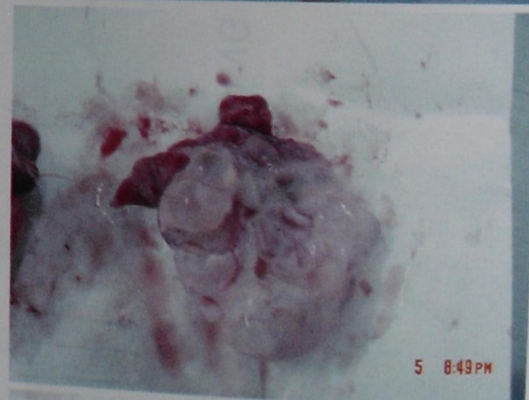
F



H



E



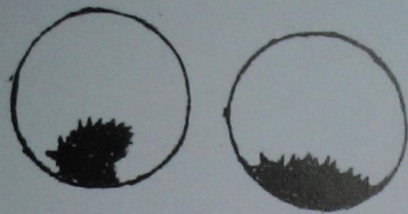
G



I

C. Ung thư dịch trong.
F-G. Nang noãn bình thường.

D-E. Ung thư dịch trong.
H-I. Ung thư dịch trong.



Hình 5.38: Hình minh họa
u nang buồng trứng nhóm VIB



B



D



F

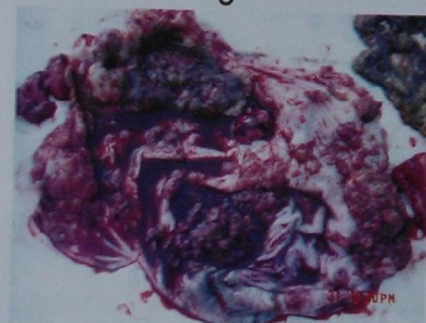
A, B. Ung thư dịch nhầy.
D-E. Carcinome phổi ở buồng trứng.



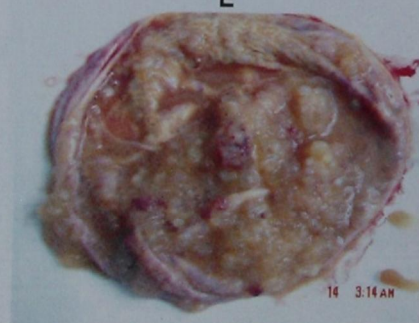
A



C



E

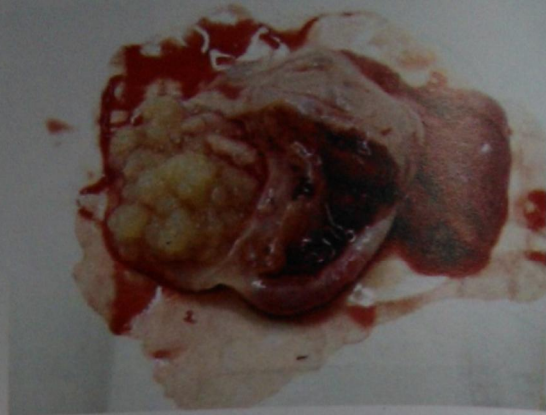


G

C. U bọc nội mạc ác tính.
F-G. Ung thư dịch trong.



H



I



J



K

H-I, J-K. Ung thư dịch trong.

g. Nhóm không xếp loại được

Tỷ lệ phần trăm theo kết quả giải phẫu bệnh được phân bố như sau:

Phân âm		Tử cung	Buồng trứng														Không xếp loại được	
			I		II		III			IV		V			VI			
		U xơ tử cung	A	B	A	B	A	B	C	A	B	A	B	C	A	B		
Loại khối u	Tử cung	U xơ tử cung	90	5		10							50	20	20			
		Nang dịch trong		40	35	10	15					15	10					
		Nang dịch nhầy		10			5					15	10				10	
		Nang lạc nội mạc	5	25	35	70	50	5	5	5	10	60	25			5	5	
		Nang bì		10			15	90	90	80				5	5	10	10	
		U ác tính												20	20		20	
		Các loại khác	5	10	20	10	10	5	5	5		5	60	5	50	60	40	
														20	5	10	15	
																5		



A



B



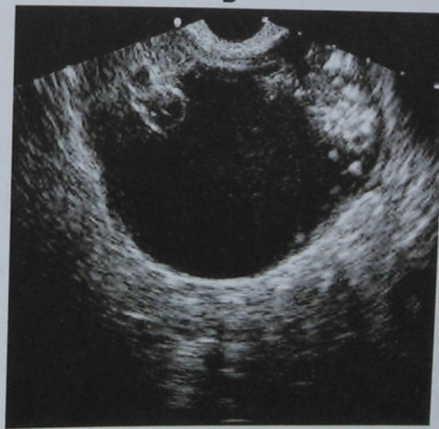
C



D



E



F

Hình 5.39: U nang buồng trứng xếp loại không điển hình
 A. Nang hoàng thể xuất huyết.
 B-C-D. U nang nhày.
 E. U nang xoắn.
 F. Struma ovarii.



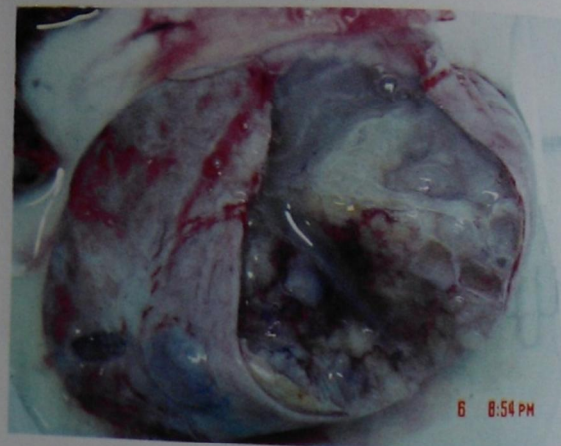
G



H



I



J

Hình 5.39: U nang buồng trứng xếp loại không điển hình
G. U quái chưa trưởng thành.
I-J. U dịch nhầy.

H. U quái trưởng thành.

Những hệ thống phân loại dựa trên hình ảnh siêu âm đơn thuần có độ chính xác cao hay thấp tùy thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm và sự hiểu biết về chuyên môn của người bác sĩ đọc siêu âm. Cùng một khối u nhưng có thể xếp loại ở những nhóm khác nhau tùy theo sự đánh giá chủ quan của mỗi người. Hiện nay đang có nhiều nghiên cứu khác nhau nhằm tìm ra những cách cho điểm đơn giản, chính xác và dễ áp dụng dựa vào những thông số

khách quan hơn để giảm bớt tỷ lệ dương tính giả cũng như âm tính giả.

3. ĐÁNH GIÁ VÀ XỬ TRÍ DỰA TRÊN SỰ TỒN TẠI HOẶC THOÁI TRIỂN CỦA MỘT U NANG BUỒNG TRỨNG

Ở phụ nữ quanh tuổi mãn kinh, một khối u có hình ảnh trên siêu âm nghi là lành tính vẫn nên được theo dõi trong một thời gian, ít nhất là từ 2 đến 3 tháng, 70% trong số này sẽ thoái triển trong khoảng

thời gian nói trên ⁽¹⁾, nếu không cần phải xem xét đến những nguyên nhân khác.

Ở người mãn kinh, sự hiện diện của một khối u vùng chậu là một dấu hiệu xấu hơn và có nguy cơ ác tính. Có khoảng 15% số phụ nữ mãn kinh có một nang phần âm trống hoàn toàn đường kính có thể tới 30mm mà không có triệu chứng lâm sàng ⁽¹⁶⁾. Sau 6 tháng theo dõi, hơn ½ số này thoái triển tự nhiên, ¼ lớn thêm và ¼ duy

trì kích thước như cũ ⁽¹⁷⁾. Đánh giá lâm sàng trong những trường hợp này rất cần thiết để quyết định trường hợp nào nên phẫu thuật, chọc hút hoặc theo dõi. Xét nghiệm CA 125 chỉ có vai trò giới hạn vì độ nhạy và độ chuyên biệt thấp. Những dấu hiệu thay đổi như: gia tăng kích thước, xuất hiện trong nang những vùng đặc không đều hoặc có dịch tự do trong ổ bụng là những dấu hiệu có khả năng ác tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pinatti J. Interval from diagnosis to involution of cystic masses. *Int J Gynecol Obstet*. 1988; 26:109
2. Swenson M, Sauerbrei E, Copperberg P. Medical implications of ultrasonographically detected polycystic ovaries. *J Clin Ultrasound*. 1981;9:219
3. Lewis V. Polycystic ovarian syndrome. A diagnostic challenge. *Obstet Gynecol Clin N Amer* 2001;28:1
4. Matsugana I, Hata T, Kitao M. Ultrasonographic identification of polycystic ovary. *Asia Ocean J Obstet Gynecol* 1985; 11:227
5. Takahashi K, Ozaki T, Okada M, et al. Relationship between ultrasonography and histological changes in polycystic ovarian syndrome. *Hum Reprod* 1994; 9:2255
6. P Besson, M Constant, J Nisand, J Ohl. Echographie endocavitaire en Gynecologie. 1992; 7:110
7. Bass I, Haller J, Ferrucci J, et al. Sonographic morphology of the normal menstrual cycle. *Radiology*. 1979; 133:185
8. Graif M, Shalev J, Strauss S, et al. Torsion of the ovary: sonographic features. *AJR*. 1984; 143:1331
9. Warner M, Fleischer A, Edell S, et al. Uterine adnexal torsion. Sonographic findings. *Radiology*. 1985; 773
10. Alpern M, Sandler M, Madrazo B. Sonographic features of paraovarian cysts and their complications. *AJR*. 1984; 143:157
11. Athey P, Cooper N. Sonographic features of paraovarian cysts. *AJR*. 1985; 144:83
12. Moyle J, Rochester D, Sider L, et al. Sonography of ovarian tumors: Predictability of tumor type. *AJR*. 1983; 141:985
13. Meire J, Ferant P, Guha T. Distinction of benign from malignant ovarian cysts by ultrasound. *Br J Obstet Gynaecol*. 1978; 85:893
14. Bailey CL, Ueland FR, Land GL, et al. The malignant potential of small cystic ovarian tumors in women over 50 years of age. *Gynecol Oncol*. 1998; 69:3
15. Sassone AM, Timor-Tritsch IE, Artner A, et al. Transvaginal sonographic characterization of ovarian disease: Evaluation of new scoring system to predict ovarian malignancy. *Obstet Gynecol*. 1991; 78:70
16. Wolf S, Gosink B, Feldesman R, Lin C. Prevalence of simple adnexal cysts in postmenopausal women. *Radiology* 1991; 180: 5
17. Levine D, Gosink B, Wolf S. Simple adnexal cysts: the natural history in postmenopausal women. *Radiology*, 1992; 184: 653.

CHƯƠNG VI BỆNH LÝ VIÊM NHIỄM

Viêm nhiễm vùng chậu là một nhóm bệnh lý rất đa dạng. Những trường hợp viêm cấp tính thường có những dấu hiệu lâm sàng rõ rệt đi kèm như đau, sốt, ra huyết hoặc mủ âm đạo..., trong khi đó những trường hợp viêm mạn tính đôi khi chỉ là những cảm giác đau mơ hồ, khó xác định vị trí. Thông thường viêm nhiễm của cơ quan sinh dục trên xảy ra thứ phát từ viêm nhiễm ở âm hộ-âm đạo-cổ tử cung với nhiều loại vi trùng khác nhau mà chủ yếu là Chlamydia. Tuy nhiên những viêm nhiễm tiên phát này có thể không được nhận biết hoặc ngay cả trong trường hợp không có viêm nhiễm đường

sinh dục dưới cũng không có nghĩa là loại trừ được viêm nhiễm đường sinh dục trên.

1. NHIỄM TRÙNG TỬ CUNG

1.1. Cổ tử cung

Những hình ảnh biểu hiện trên siêu âm thường là những dấu hiệu gián tiếp ⁽¹⁾:

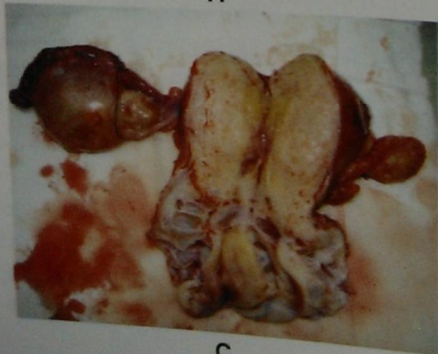
1.1.1. Các nang tuyến cổ tử cung: bình thường sự hiện diện của hai hoặc ba nang hoàn toàn trống nằm dọc theo kênh cổ tử cung là hiện tượng sinh lý bình thường. Đôi khi những nang này gia tăng số lượng lên khá nhiều, tập trung quanh lỗ ngoài cổ tử cung và 1/3 trên của kênh cổ tử cung (Hình 6.1).



A



B



C

Hình 6.1:

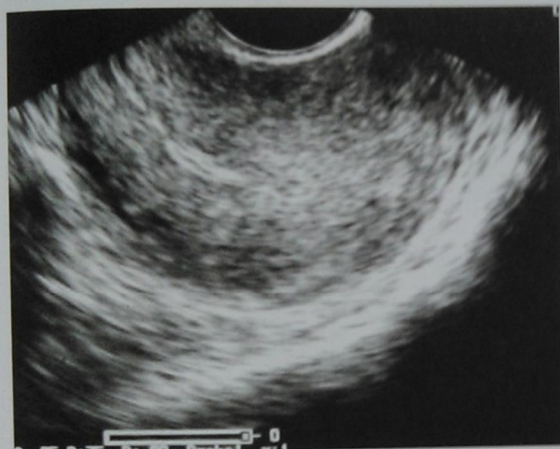
- A. Nang Naboth ở cổ tử cung có kích thước lớn hơn bình thường.
B. Cổ tử cung tăng kích thước, có rất nhiều nang trống.
C. Hình sau mổ. Kết quả giải phẫu bệnh: nang Naboth lành tính ở cổ tử cung.

1.1.2. Kênh cổ tử cung không bằng phẳng hoặc có các điểm sáng nằm dọc theo kênh cổ tử cung: thường là mô hoại tử hoặc mô sẹo (Hình 6.2).

Tất cả những hình ảnh trên đều lành tính và không có ý nghĩa bệnh lý nếu lâm sàng không có triệu chứng bất thường. Trường

hợp tình trạng viêm nhiễm đang tiến triển có thể biểu hiện qua hai dấu hiệu sau:

- Mất hình ảnh phản âm trống, thay vào đó là phản âm kém hoặc hỗn hợp do có tụ mủ trong nang (Hình 6.3).
- Đau khi thăm khám.



A



B

Hình 6.2: Các dấu hiệu viêm nhiễm cũ
A. Kênh cổ tử cung gồ ghề, mất đoạn.
B. Các chấm phản âm sáng ở kênh cổ tử cung.



A



B

Hình 6.3: Các dấu hiệu viêm nhiễm đang tiến triển. Tụ mủ trong nang Naboth ở mép sau cổ tử cung.
A. Cổ tử cung cắt dọc.
B. Cổ tử cung cắt ngang.

1.2. Nội mạc tử cung

Viêm nội mạc tử cung thường thứ phát sau viêm nhiễm ở cổ tử cung và luôn luôn có kèm theo triệu chứng lâm sàng của hiện tượng viêm⁽²⁾.

Hình ảnh siêu âm

- Nội mạc tử cung không còn thấy rõ giới hạn nên không đo được bề dày, phản âm không đồng nhất. Thường không có hiện tượng tăng sinh (Hình 6.4).
- Lòng tử cung thường chứa những mô vụn và máu cục phản âm sáng (không chuyên biệt).



A



B



C

Hình 6.4: Viêm nội mạc tử cung sau nạo kế hoạch

- A. Nội mạc tử cung không rõ giới hạn, gồ ghề không đều.
B. Máu cũ trong lòng tử cung.
C. Mô sẹo lòng tử cung.



A



B

Hình 6.5: Viêm vòi trứng cấp. Mặt cắt dọc. Vòi trứng tăng kích thước

- A. Vòi trứng phù nề.
B. Vòi trứng sung huyết (có kiểm chứng với kết quả sau mổ).

- Ở những thời điểm sau viêm nhiễm, thường thấy những điểm sáng nằm ở ranh giới giữa lớp nội mạc và cơ tử cung.

1.3. Cơ tử cung: không có hình ảnh chuyên biệt.

2. NHIỄM TRÙNG VỎI TRỨNG

Nhiễm trùng vòi trứng thường trải qua 3 giai đoạn:

2.1. Viêm cấp: vòi trứng phù nề, tua vòi và loa vòi dày lên, có thể có những sợi dính chung quanh nhưng khó nhận biết trên siêu âm (Hình 6.5).

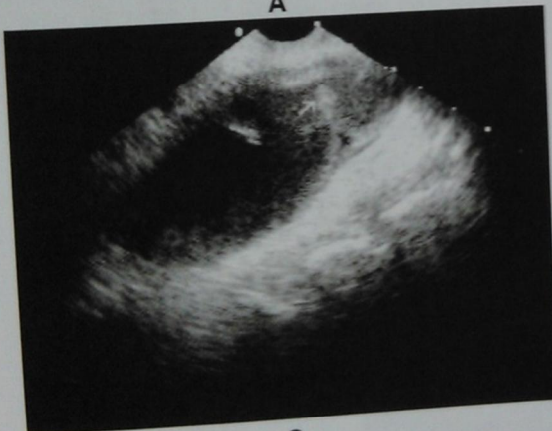
2.2. Tụ mủ vòi trứng: đầu loa vòi bị bít kín gây hiện tượng ứ mủ trong vòi trứng. Ở giai đoạn này hình ảnh siêu âm thường rõ rệt với khối cấu trúc hình ống cạnh tử cung, phản âm mạnh trung bình và tương đối đồng nhất. Hình ảnh này đôi khi không phân biệt được với tụ máu vòi trứng hoặc lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng. Thành

vòi trứng và các nếp gấp của niêm mạc dày lên phản âm sáng⁽³⁾ (Hình 6.6-6.7).

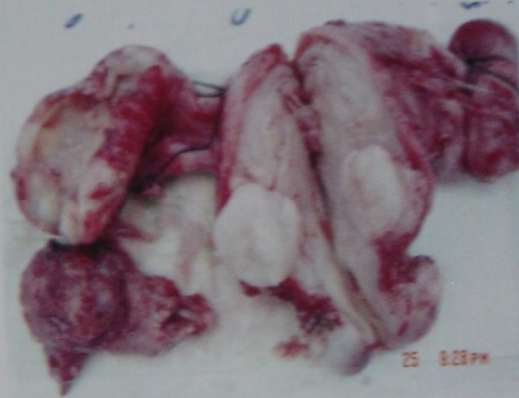
2.3. Ứ dịch vòi trứng: thường là di chứng sau viêm nhiễm nên không có triệu chứng lâm sàng đi kèm. Vòi trứng tăng kích thước, uốn khúc, bên trong có chứa dịch phản âm trống hoặc đôi khi có cặn lắng. Thành vòi trứng thường mỏng nhưng đôi khi có thể dày lên và gồ ghề không đều (Hình 6.8).



A



C



B



D

Hình 6.6: Các trường hợp tụ mủ vòi trứng điều trị phẫu thuật

Trường hợp 1

- A. Mặt cắt dọc cạnh phải tử cung. Khối bờ dày không đều, bên trong có phản âm mạnh không đồng nhất. Buồng trứng phải bình thường.
- B. Hình chụp sau mổ.

Trường hợp 2

- C. Vòi trứng tăng kích thước, bờ dày, thấy được các nếp gấp niêm mạc phù nề.
- D. Hình chụp sau mổ. Xẻ vòi trứng bên trong chứa mủ và máu loãng.



A



B



C



D



E

Hình 6.7: Các trường hợp tụ mủ vòi trứng điều trị nội khoa
Trường hợp 1.

- A. Khối viêm nhiễm phần phụ phải trước điều trị.
- B. Khối viêm nhiễm sau điều trị 1 tháng: vòi trứng giảm kích thước, cấu trúc bên trong thay đổi so với trước khi điều trị

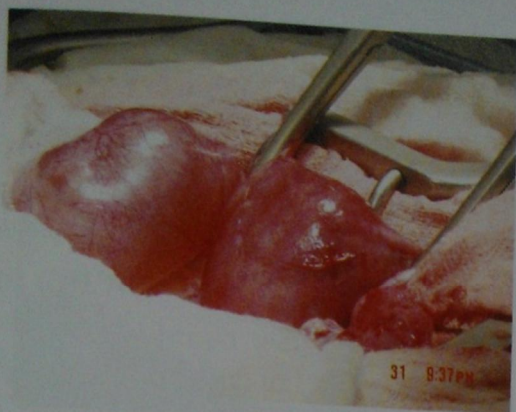
Trường hợp 2.

- C. Khối tụ mủ ở phần phụ phải.
- D. Các quai ruột dính vào tử cung và phần phụ phải.
- E. Hai tuần sau khi điều trị nội khoa.



A

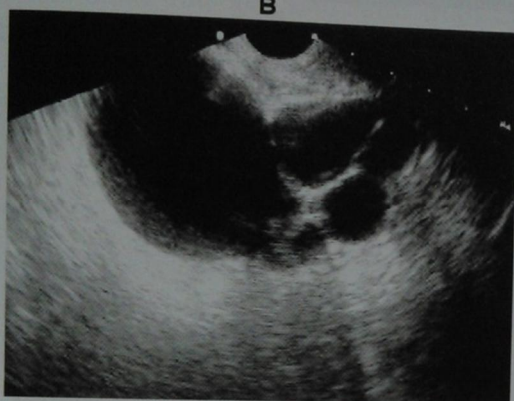
Hình 6.8: Các trường hợp ổ nước vòi trứng điều trị phẫu thuật
Trường hợp 1: A. Khối ổ dịch phần âm trống có hình dạng của vòi trứng bên phải.



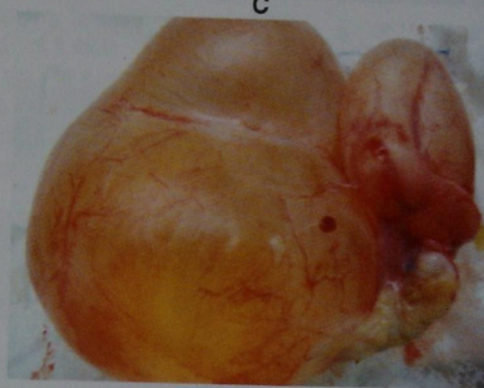
B



C



D



E

Hình 6.8: Các trường hợp ứ nước vòi trứng điều trị phẫu thuật

Trường hợp 1: B-C. Hình chụp sau mổ.

Trường hợp 2

D. Khối tụ dịch phần phụ phải nhiều thùy, bên trong phần âm trống. Buồng trứng phải bình thường.

E. Hình chụp sau mổ.

3. NHIỄM TRÙNG BUỒNG TRỨNG

Thông thường nhiễm trùng buồng trứng xảy ra thứ phát sau nhiễm trùng vòi trứng, đôi khi khó chẩn đoán phân biệt với tụ mủ vòi trứng vì hiện tượng viêm dính làm cho ranh giới giữa hai cơ quan này trở nên không rõ rệt. Buồng trứng và vòi trứng hợp thành một khối khó xác định giới hạn với những quai ruột chung quanh (Hình 6.9).

4. NHIỄM TRÙNG Ổ BỤNG

Đôi khi chỉ đơn giản là phản ứng viêm với hình ảnh tụ dịch và các dải dính, nhưng

cũng có thể là những khối tụ mủ có kích thước không nhất định. Triệu chứng lâm sàng có thể rất rõ rệt nhưng cũng có thể không mặc dù khối tụ mủ có khối lượng lớn (Hình 6.10).

Hình ảnh siêu âm

- Có khối tụ mủ nếu ở giai đoạn tiến triển.
- Không thấy rõ ranh giới giữa các cơ quan trong vùng chậu.
- Mất dấu hiệu trượt cơ quan.



A



B

Hình 6.9: Tụ mủ buồng trứng

A. Mặt cắt dọc cạnh phải tử cung.

B. Mặt cắt ngang khối u

Khối phản âm hỗn hợp có hình tròn giới hạn tương đối rõ, nhiều thùy phản âm trống, bên trong có một vùng phản âm mạnh trung bình (mũi tên) xen lẫn nhiều đường phản âm mỏng. Chẩn đoán trước mổ: u nang buồng trứng xếp loại không điển hình theo siêu âm. Chẩn đoán sau mổ: tụ mủ buồng trứng bên phải.



A



B



C

Hình 6.10: Các dấu hiệu viêm nhiễm vùng chậu. Khối tụ mủ sau mổ bóc u nang buồng trứng

A. Khối có phản âm hỗn hợp ở mặt sau tử cung, không có giới hạn rõ rệt (TC: tử cung).

B. Quai ruột dính vào tử cung và buồng trứng bên trái, không di động (BT: buồng trứng).

C. Các quai ruột nằm giữa đám viêm dính, không thấy rõ ranh giới giữa các cơ quan.

Có thể có tụ dịch trong ổ bụng: lưu ý trong ổ bụng thường có một ít dịch sinh lý phản âm trống. Trong trường hợp nhiễm trùng, nếu có tụ dịch thường là phản âm kém, hỗn hợp hoặc có những đường phản âm mỏng di động bên trong là những sợi fibrine.

5. DI CHỨNG

Trên siêu âm có thể ghi nhận những vùng viêm dính quanh tử cung và hai phần phụ qua hình ảnh mất dấu hiệu trượt cơ quan và thường có kèm theo triệu chứng

đau khi thăm khám (Hình 6.11). Đôi khi những dấu hiệu trên không rõ ràng và không thể chẩn đoán xác định dựa vào hình ảnh siêu âm đơn thuần⁽⁴⁾.

Siêu âm cũng có vai trò quan trọng trong việc theo dõi diễn tiến các bệnh lý viêm nhiễm để đánh giá hiệu quả những trường hợp cần điều trị nội khoa hoặc hướng dẫn chọc hút giải áp những khối tụ dịch khu trú trong các dải dính có khối lượng lớn.



A



B

Hình 6.11: Di chứng: ứ dịch trong các dải dính

A. Quanh buồng trứng bên phải có dịch phản âm trống, không có bờ (đầu mũi tên), hình dạng không cố định (BT: buồng trứng).

B. Các sợi fibrine phản âm mỏng bên trong khối dịch (mũi tên).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

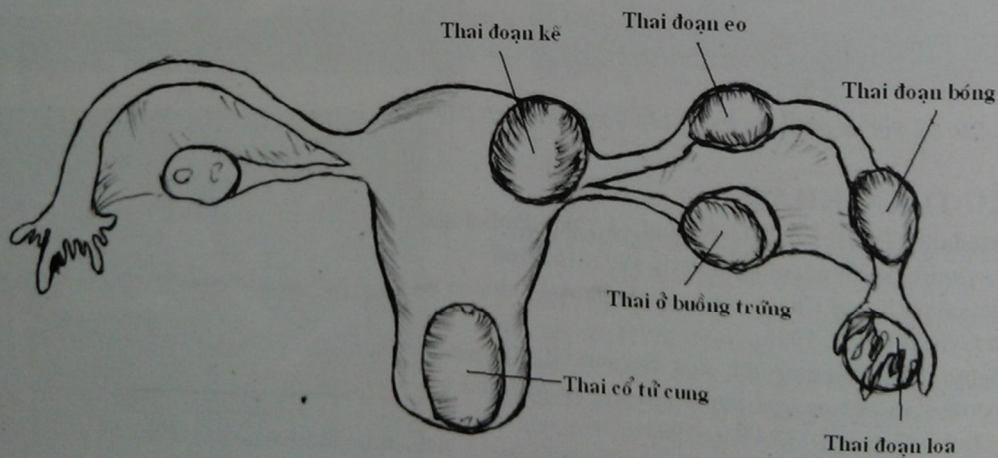
1. M. Constant, P. Besson, I. Nisand, J. Ohl. Pathologie infectieuse. In: VOGOT, eds. Echographie Endocavitaire en Gynécologie. Paris 1992; 151-160.
2. Amin-Hanjani S and Chatwani A: Endometrial cultures in acute pelvic inflammatory diseases, Infect Dis Obstet Gynecol 3:56, 1995.
3. Aboulghar MA, Masour RT and Serour GI: Ultrasonographically guided transvaginal aspiration of tuboovarian abscesses and pyosalpinges: an optional treatment for acute pelvic inflammatory disease, Am J Obstet Gynecol 172:1501; 1995.
4. Buchan H, Vesey m, Goldacre M, and Fairweather J: Morbidity following pelvic inflammatory disease, Br J Obstet Gynecol 100:558, 1993.

CHƯƠNG VII THAI NGOÀI TỬ CUNG

Thai ngoài tử cung là hiện tượng làm tổ của trứng đã thụ tinh ngoài buồng tử cung. 95% thai ngoài tử cung đóng ở vòi trứng, trong đó có khoảng 70% đóng ở vị trí 2/3 ngoài. Số còn lại đóng ở những vị trí khác như cổ tử cung, buồng trứng hoặc trong ổ bụng (Hình 7.1) ... Sự phát triển của thai ở những vị trí bất thường này sẽ gây nên hiện tượng hoại tử, xuất huyết, có thể làm vỡ vòi trứng và gây nên xuất huyết nội. Một số trường hợp thai có thể tự thoái triển và tự hấp thu, bóc tách một phần hoặc toàn bộ khối thai ra khỏi vị trí làm tổ và sảy vào trong ổ bụng. Đứng trước một phụ nữ trong tuổi sinh sản có trễ kinh và ra huyết âm đạo, bác sĩ lâm sàng cần luôn luôn nghĩ đến bệnh cảnh thai ngoài tử cung cho đến khi

loại trừ được có thai trong tử cung hoặc xác định được những nguyên nhân khác gây xuất huyết âm đạo.

Triệu chứng lâm sàng của thai ngoài tử cung thay đổi tùy theo giai đoạn phát triển của thai: sớm hoặc trễ, chưa vỡ hoặc đã vỡ. Với đầu dò âm đạo tần số cao, việc chẩn đoán xác định và loại trừ những trường hợp thai ngoài tử cung có thể được thực hiện ở giai đoạn rất sớm ⁽¹⁾. Thông thường chẩn đoán xác định có thai trong tử cung với đầu dò âm đạo sớm hơn 1 tuần so với đầu dò bụng ⁽²⁾. Ngoài ra, đầu dò âm đạo cũng giúp đánh giá những dấu hiệu hỗ trợ ở hai phần phụ và dịch tự do ở túi cùng sau để dàng hơn so với đầu dò bụng.



Hình 7.1: Hình minh họa các vị trí của thai ngoài tử cung.

1. KỸ THUẬT

Khảo sát kỹ tử cung với cả hai đầu dò bụng và âm đạo.

- Đánh giá nội mạc tử cung, lòng tử cung và cổ tử cung ở nhiều mặt cắt khác nhau.
- Tìm hai buồng trứng với những cấu trúc bình thường. Lưu ý có thể có hình ảnh hoàng thể.
- Theo dấu hai vòi trứng từ đoạn gần góc tử cung ở mặt cắt ngang thân tử cung.
- Khảo sát túi cùng Douglas.

2. SIÊU ÂM

Hình ảnh siêu âm thay đổi rất nhiều tùy theo giai đoạn phát triển của bệnh.

2.1. Tử cung.

Sự hiện diện của túi thai trong tử cung có thể loại trừ thai ngoài tử cung (Hình 7.2) vì tỷ lệ có đồng thời thai trong và ngoài tử cung rất hiếm.

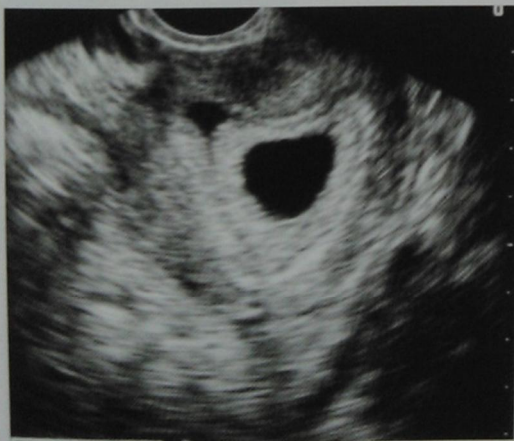
2.1.1. Tăng sinh nội mạc tử cung: trong hầu hết trường hợp, nội mạc tử cung có



Hình 7.2: Tăng sinh nội mạc tử cung – có thai trong tử cung giai đoạn sớm.

hiện tượng dày lên nhiều hoặc ít dưới tác dụng của nội tiết tố thai kỳ.

2.1.2. Túi thai “giả”: túi thai thật ở tuổi thai 5-6 tuần luôn có hình ảnh “túi thai kép” do sự tạo thành của hai lớp màng rụng thành (decidua parietalis) và màng rụng bao (decidua capsularis) của niêm mạc tử cung. Túi thai “giả” không có hình ảnh túi thai kép mà chỉ có một lớp nội mạc tử cung có phản ứng màng rụng bao quanh buồng tử cung có tụ ít dịch xuất tiết hoặc máu trong lòng tử cung (Hình 7.3) (Bảng 7.1).



A



B

Hình 7.3: A. Túi thai thật cắt ngang: bờ rõ, có hình ảnh túi thai kép.

B. Túi thai giả. Tử cung cắt ngang: lòng tử cung ứ máu, bao quanh bởi một lớp màng rụng phản âm mạnh.

Bảng 7.1	TÚI THAI THẬT	TÚI THAI GIẢ
	(+++)	(+)
Tăng sinh nội mạc tử cung		Nằm giữa lòng tử cung
Vị trí	Nằm lệch một bên, trong lớp nội mạc tử cung	(-)
Hình ảnh “túi thai kép”	(+)	

2.1.3. Siêu âm Doppler: lớp nội mạc tử cung không có hoặc có phổ tâm trương thấp và lớp cơ tử cung thường không có hiện tượng tăng sinh mạch máu.

2.2. Phần phụ

Để định vị thai ngoài tử cung, buồng trứng được coi như là một định hướng quan trọng. Thường buồng trứng nằm gần đoạn bóng của vòi trứng, vị trí thường gặp nhất của thai ngoài tử cung.

2.2.1. Hình ảnh điển hình là một khối tròn đường kính thay đổi từ 1-3cm nằm ở khoảng giữa tử cung và buồng trứng, bên trong có một túi thai được bao bởi một vòng phản âm mạnh (tubal ring) là lớp tế

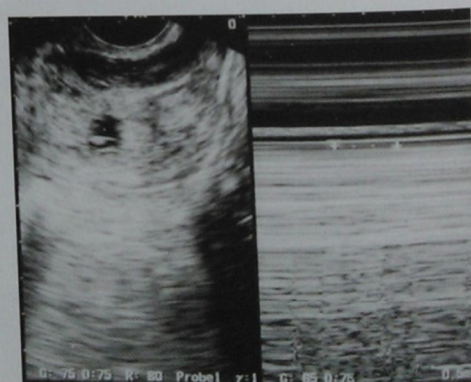
bào nuôi và lớp cơ ở thành vòi trứng (Hình 7.4). Ở tuổi thai lớn hơn 5 tuần sẽ thấy được túi noãn hoàng, trên 6 tuần có phôi thai và hoạt động của tim thai (Hình 7.5).



Hình 7.4: Túi thai nằm ngoài tử cung, trong vòi trứng trái.



A



B

Hình 7.5: Những trường hợp thai ngoài tử cung chưa vỡ.

Trường hợp 1

- Tử cung cắt dọc. Nội mạc tử cung tăng sinh, giữa lòng tử cung có ít dịch phản âm kém (túi thai giả).
- Thai ngoài tử cung bên trái 6 tuần, phôi thai còn hoạt động tim thai được ghi nhận trên mode B/M.



C



D



E



F



G

Hình 7.5: Những trường hợp thai ngoài tử cung chưa vỡ.

Trường hợp 2

C. Túi thai giả cắt dọc.

D. Túi thai giả cắt ngang.

E. Thai ngoài tử cung 6,5 tuần nằm cạnh buồng trứng bên phải, phôi thai còn hoạt động tim thai.

F. Túi thai ở mặt cắt thấy được phôi thai ở đường kính lớn nhất, chiều dài đầu-mông = 5mm.

Trường hợp 3

G. Thai ngoài tử cung bên phải 6,5 tuần chưa vỡ, có rỉ máu qua loa vòi vào hố chậu phải.

2.2.2. Hình ảnh không điển hình

a. Khối phản âm hỗn hợp có hình tròn hoặc bầu dục nằm cạnh nhưng tách biệt với buồng trứng nếu thai đóng ở vòi trứng, có vòng tế bào nuôi phản âm mạnh (tubal

ring) (Hình 7.6) hoặc nằm trong buồng trứng nếu thai đóng ở buồng trứng.

b. Ứ máu vòi trứng: khối nằm cạnh tử cung phản âm mạnh không đồng nhất, có hoặc không có hình dạng của vòi trứng (Hình 7.7).

c. 85% thai ngoài tử cung nằm cùng bên với hoàng thể⁽³⁾, trên siêu âm đơn thuần nhiều khi khó phân biệt giữa thai ngoài tử

cung không điển hình với một hoàng thể xuất huyết (Hình 7.8) (Bảng 7.2).



A



B



C



D



E

Hình 7.6: Thai ngoài tử cung có hình ảnh không điển hình.
A. Thai ngoài tử cung bên phải, nằm cạnh buồng trứng có hoàng thể thai kỳ nang hoá.
B. Thai ngoài tử cung bên trái, nằm cạnh buồng trứng (BT) có cấu trúc đồng nhất.
(C – E) Tử cung có vòng tránh thai, có thai ở vòi trứng bên phải.
C. Tử cung cắt dọc. Vòng T nằm dọc trong buồng tử cung, đỉnh vòng xuyên qua khỏi lớp nội mạc vào trong lớp cơ tử cung.
D. Tử cung cắt ngang. Đỉnh vòng nằm ở ngoài giới hạn của lớp nội mạc tử cung.
E. Thai ngoài tử cung ở vòi trứng, nằm cạnh buồng trứng bên phải.



A



B

Hình 7.7: Ứ máu vòi trứng.

A. Ứ máu trong vòi trứng bên phải. Vòi trứng có dạng hình ống ở mặt cắt dọc, tăng kích thước, bên trong có chứa khối thai và máu cũ.
B. Khối tụ máu trong vòi trứng không có hình dạng điển hình của vòi trứng. Buồng trứng cùng bên được tìm thấy bình thường.



A



B

Hình 7.8: Hình ảnh khác nhau giữa hoàng thể (A) và thai ngoài tử cung (B)

A. Hoàng thể có hình răng cửa, vòng tế bào bên ngoài có phản âm tương đương với mô buồng trứng chung quanh.
B. Vòng tế bào nuôi của thai ngoài tử cung có phản âm mạnh (BTP: buồng trứng phải).



Hình 7.9: Máu ở túi cùng sau bao quanh vòi trứng.

Bảng 7.2

HOÀNG THỂ XUẤT HUYẾT	THAI NGOÀI TỬ CUNG
- Khối xuất huyết được bao bởi phần mô buồng trứng có phản âm trung bình và đồng nhất. - Khối phản âm kém nằm bên trong buồng trứng	- Khối thai được bao quanh bởi lớp tế bào nuôi phản âm mạnh. - Khối thai thường nằm bên cạnh buồng trứng.

d. *Túi cùng Douglas*: dịch phản âm kém hoặc có những đám phản âm mạnh chuyển động bên trong thường là máu. Máu ở túi cùng không phải là dấu hiệu chuyên biệt để chẩn đoán thai ngoài tử cung vì 20% trường hợp thai trong tử cung cũng có thể cho hiện tượng có máu trong ổ bụng do vỡ nang hoàng thể. 10-30% trường hợp thai ngoài tử cung chưa vỡ có hiện tượng rỉ máu qua phần loa vòi vào trong ổ bụng (Hình 7.9). Lượng dịch càng nhiều nguy cơ thai ngoài tử cung càng cao và nếu có máu ở khoang Morrison (tương đương khoảng 500cc) thường đi kèm với thai ngoài tử cung vỡ.

2.2.3. Khoảng 8-10% bệnh nhân trễ kinh có định lượng beta hCG dương tính nhưng trên siêu âm không thấy thai trong hay ngoài tử cung^(4,5) ở lần siêu âm đầu tiên, có những khả năng có thể gặp:

- Thai ở giai đoạn quá sớm hoặc
- Thai đã sảy.

Trong những trường hợp này, không nên áp dụng các biện pháp can thiệp quá sớm mà nên siêu âm theo dõi thêm, kết hợp với định lượng beta hCG 48 giờ sau để có hướng xử trí tiếp theo.

3. CÁC DẠNG THAI NGOÀI TỬ CUNG KHÔNG THƯỜNG GẶP

1/20 số thai ngoài tử cung không đóng ở vòi trứng. Những trường hợp này thường

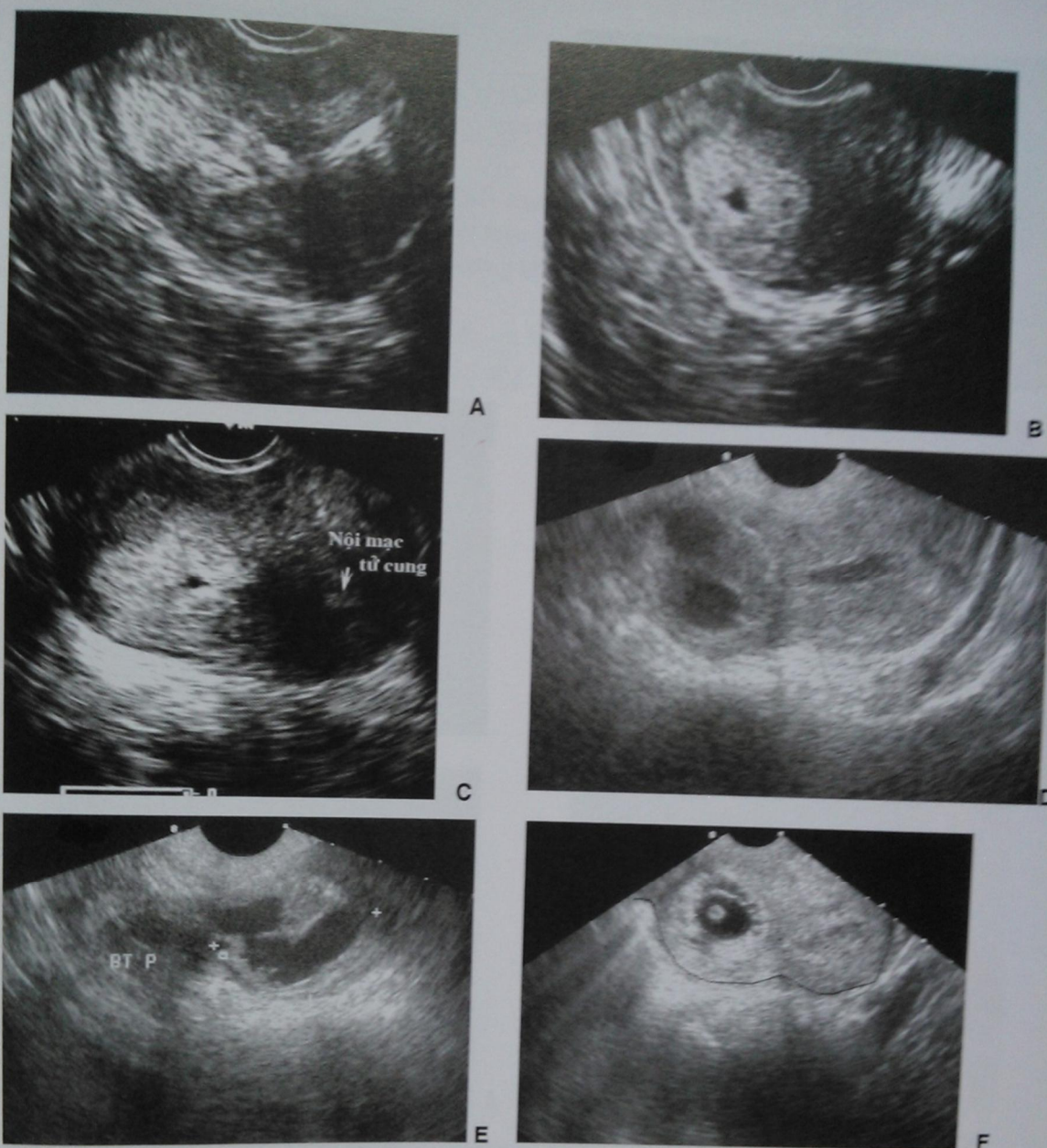
khó chẩn đoán hơn, cách xử trí và điều trị cũng phức tạp hơn.

3.1. Thai sừng hoặc thai đoạn kê (Hình 7.10): chiếm khoảng 2%. Sừng tử cung là phần cạnh bên ở góc cao của buồng tử cung và là nơi gắn vào của vòi trứng. Đoạn kê là phần vòi trứng còn nằm trong lớp cơ của tử cung. Thai đóng ở vị trí này có thể phát triển lớn hơn ở những đoạn khác của vòi trứng, nguy hiểm hơn vì dễ vỡ và chảy máu nhiều. Thai đoạn kê thường khó chẩn đoán do dễ lẫn với thai nằm cao trong buồng tử cung. Thai sừng thật sự là thai đóng ở phần tử cung chột của một tử cung hai sừng⁽⁷⁾

Bảng 7.3

DƯƠNG TÍNH GIẢ TRONG CHẨN ĐOÁN THAI NGOÀI TỬ CUNG
1. Hoàng thể 2. Tụ mủ vòi trứng 3. Thai trong tử cung hai sừng 4. Bệnh lý tế bào nuôi ở sừng tử cung 5. Viêm ruột thừa

Thai trong tử cung nhưng nằm cao ở góc xa hoặc thai nằm ở một bên của một tử cung có vách ngăn cũng có thể cho hình ảnh tương tự thai đoạn kê (Hình 7.11 - Bảng 7.4), tuy nhiên trong trường hợp này túi thai vẫn còn nằm trong lớp nội mạc của buồng tử cung.



Hình 7.10: Thai đoạn kế.

A-C. Đặt vòng sau nạo kế hoạch, 2 tuần sau vẫn còn ra huyết âm đạo

A. Tử cung cắt dọc. Có vòng tránh thai nằm trong lòng tử cung. Đáy tử cung bên phải có vùng phản âm mạnh.

B. Mặt cắt xéo 45° về bên phải: khối thai nằm cao ở góc phải tử cung.

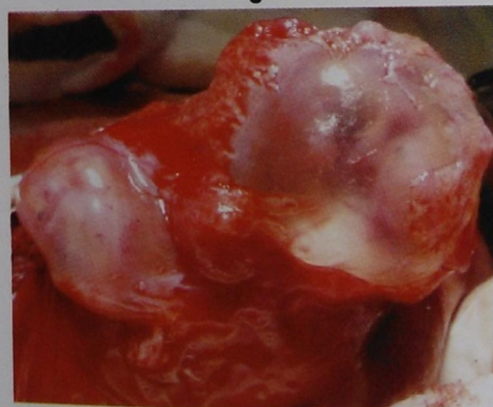
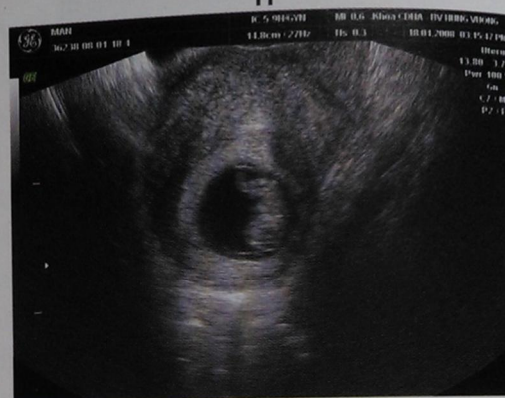
C. Mặt cắt ngang: khối thai nằm ngoài buồng tử cung (mũi tên).

D, E, F. Thai đoạn kế ở giai đoạn tiến triển.

D. Khối thai cắt dọc, nằm ngoài buồng tử cung.

E. Khối thai cắt ngang, không thấy rõ lớp cơ tử cung bên ngoài (BT P: buồng trứng phải).

F. Khối thai có túi noãn hoàng nằm ở góc tử cung bên phải, cạnh buồng tử cung.



G-L Bệnh nhân có thai 6 tuần, đã nạo kế hoạch và đặt vòng ngay sau đó. Hai tuần sau bệnh nhân đến kiểm tra và được chỉ định siêu âm.

G - H Siêu âm qua đường bụng

G. Tử cung cắt dọc: khối thai nằm cao ở đáy tử cung, bên ngoài lớp nội mạc tử cung (hình bên trái). Lòng tử cung có vòng (hình bên phải). So sánh bề dày lớp cơ tử cung ở vị trí không có thai và vị trí đoạn kế.

H. Cắt ngang khối thai đoạn kế: song thai, hai nhau, hai buồng ối.

I-J Siêu âm qua âm đạo

I. Khối thai đoạn kế bên trái tử cung.

J. Cắt dọc một thai ở chiều dài đầu mô lớn nhất.

K-L Hình chụp sau mổ

Bảng 7.4

THAI ĐOẠN KẼ	THAI NẪM GÓC CAO TRONG TỬ CUNG	THAI TRONG TỬ CUNG CÓ VÁCH NGĂN
Tăng sinh nội mạc tử cung Khối thai KHÔNG nằm trong lớp nội mạc tử cung Buồng tử cung nguyên vẹn	(+) Khối thai nằm TRONG lớp nội mạc tử cung Buồng tử cung nguyên vẹn	(+) Khối thai nằm TRONG lớp nội mạc tử cung Buồng tử cung bị gián đoạn bởi vách ngăn
Lớp cơ bao bên ngoài khối thai rất mỏng, < 4mm ⁽⁶⁾ hoặc không thấy rõ.	Lớp cơ bao bên ngoài khối thai dày.	Lớp cơ bao bên ngoài khối thai dày.



Hình 7.11: Siêu âm qua đường bụng. Tử cung cắt ngang. Thai nằm cao ở góc phải nhưng vẫn còn trong giới hạn của buồng tử cung và nội mạc tử cung.



A



B



C

Hình 7.12: Thai cổ tử cung.

A. Siêu âm qua đường bụng. Lòng tử cung không có thai. Túi thai nằm ở cổ tử cung, bờ rõ, bên trong có phôi thai và hoạt động của tim thai nhĩ. Thai được hủy sau đó bằng cách tiêm Metrothexas vào túi thai.

B. Siêu âm qua âm đạo.

C. Tử cung cắt dọc. Khối thai nằm ở đoạn eo tử cung, phía dưới buồng tử cung (mũi tên), không rõ cấu trúc của phôi thai bên trong.

3.2. Thai cổ tử cung: rất hiếm, khoảng 0.15%⁽⁸⁾. Chẩn đoán có thể được xác định nếu có túi thai với các phần thai nằm ở gần lỗ cổ ngoài cổ tử cung và được bao bởi lớp cơ cổ tử cung dày (Hình 7.12). Tuy nhiên, thai cổ tử cung cần được chẩn đoán phân biệt với một thai trong tử cung đang sảy và túi thai chưa tống xuất ra khỏi tử cung vì cách xử trí và điều trị giữa hai bệnh lý này rất khác nhau (Hình 7.13 – Bảng 7.5).



Hình 7.13: Sảy thai khó tránh. Túi thai hình dạng mép thòng xuống kênh cổ tử cung.

Bảng 7.5

	THAI CỔ TỬ CUNG	SẢY THAI KHÔNG TRỌN
Dẫn tiến hình ảnh trên siêu âm	Không thay đổi	Thay đổi
Dấu hiệu lâm sàng:		
- Đau	(-)	(+)
- Ra huyết âm đạo	±	(+)
Doppler mạch máu	Tăng phổ mạch máu ở động mạch tử cung	(-)



A



B

Hình 7.14: Những trường hợp thai đóng ở buồng trứng

Trường hợp 1.

A. Cắt dọc cạnh phải tử cung. Buồng trứng phải với một phần mô bình thường và một phần có nhiều nang cơ năng.

B. Cắt ngang buồng trứng phải. Khối thai bên trong có túi thai và túi noãn hoàng (mũi tên). Không có dấu hiệu trượt giữa khối thai và buồng trứng.

Chẩn đoán trước mổ: thai ngoài tử cung bên phải.

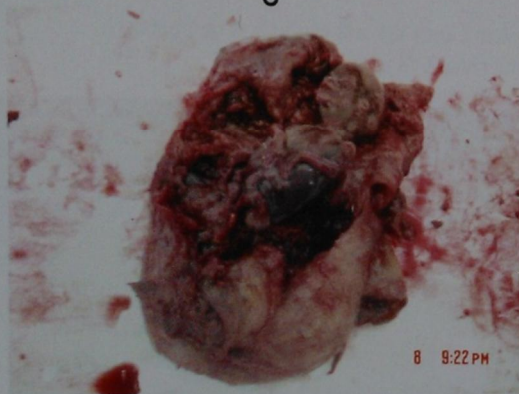
Chẩn đoán sau mổ và kết quả giải phẫu bệnh: thai ở buồng trứng phải.



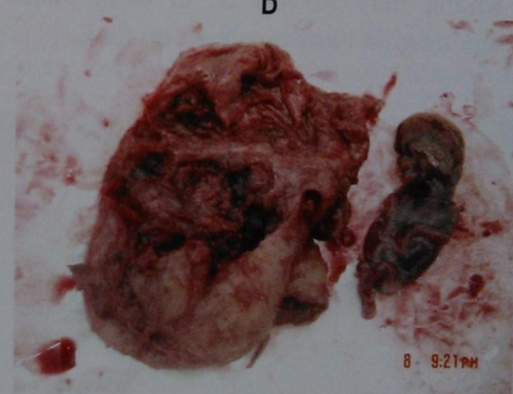
C



D



E



F

Hình 7.14: Những trường hợp thai đóng ở buồng trứng

Trường hợp 2.

C. Tử cung cắt dọc. Khối thai có các phần thai và cột sống nằm mặt sau bên ngoài tử cung (TC), không thấy buồng ối.

D. Cắt ngang khối thai: xương sống và xương tứ chi của thai nhi.

Chẩn đoán trước mổ: thai ngoài tử cung khoảng 13 tuần không rõ bên.

Chẩn đoán sau mổ: thai trong buồng trứng phải.

E, F. Hình chụp sau mổ.

3.3. Thai ở buồng trứng: chiếm khoảng 1/34 số thai ngoài tử cung, khối thai có vòng tế bào nuôi phản âm mạnh bao quanh nằm bên trong buồng trứng và không tách biệt với buồng trứng (Hình 7.14).

3.4. Thai trong ổ bụng: thai trong ổ bụng có thể tiên phát (rất hiếm) hoặc do sự tống xuất của một thai từ vòi trứng vào trong ổ bụng. Vị trí làm tổ thường gặp nhất là ở bề

mặt phúc mạc chậu. Nhiều trường hợp thai trong ổ bụng có tiến triển đến đủ tháng đã được báo cáo, thường kèm theo thiếu ối⁽⁹⁾. Trên siêu âm không thấy lớp cơ tử cung bao quanh khối thai, nhau bám rải rác vào các quai ruột hoặc mạc nối lớn có độ tương phản âm không rõ nên đôi khi rất khó nhận diện được toàn bộ bánh nhau như khi thai nằm trong tử cung.

3.5. Thai đông ở vết mổ sanh: rất hiếm.
Tuy nhiên tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng có thể làm tăng theo số trường hợp thai đông ở vết mổ đoạn eo tử cung. Thai ở vị trí này được bao quanh bởi lớp cơ và mô sợi của vết mổ, hoàn toàn tách biệt khỏi buồng tử cung và kênh cổ tử cung (Hình 7.15). Chẩn đoán siêu âm dựa vào những dấu hiệu:

- Lòng tử cung và kênh cổ tử cung trống.
- Túi thai nằm ở mặt trước đoạn eo.
- Không thấy rõ lớp cơ tử cung bình thường giữa bàng quang và túi thai.

3.6. Thai trong gan: đây cũng là một vị trí ngoại lệ rất hiếm gặp của thai ngoài tử cung. Trong hơn 30 năm chỉ có 13 trường hợp báo cáo đăng trên y văn thế giới (10-22). Tại Việt Nam, có 3 trường hợp: Bệnh viện Hùng vương năm 1999 (Hình 7.16A-B), bệnh viện Trung ương Huế năm 2004- (Hình 7.16C) và bệnh viện Từ Dũ – Trung tâm Medic năm 2007 (Hình 7.16D).



A



B



C

Hình 7.15: Thai đông tại vết mổ lấy thai.

Trường hợp 1.

- A Tử cung cắt dọc. Túi thai nằm thấp ở đoạn eo tử cung.
B Đầu dò đặt ở vị trí kênh cổ tử cung: túi thai nằm sát kênh cổ tử cung.
C Mặt cắt ngang. Túi thai có phôi thai nằm ở gần cổ tử cung (hình bên trái), lòng tử cung trống (hình bên phải). Chẩn đoán siêu âm: thai đông thấp ở mặt trước đoạn eo tử cung, có khả năng ở vết mổ sanh. Bệnh nhân được điều trị nội khoa với metrothexas.



D



E

Trường hợp 2. Sau phá thai nội khoa 2 tuần, tử thai còn dương tính nên được siêu âm kiểm tra.
D-E Tử cung cắt ngang. Khối phản âm trông không hoàn toàn bờ đầy nằm ngoài buồng tử cung (D) có nhiều mạch máu bao quanh (E), không thấy phôi thai bên trong. Chẩn đoán trước mổ: thai đoạn kẹ. Chẩn đoán sau mổ: thai đóng vết mổ đoạn eo. Do kích thước khối thai lớn đẩy lệch thân tử cung nên ở mặt cắt ngang có hình ảnh khối thai nằm cạnh góc phải buồng tử cung



A



B



C

Hình 7.16: Thai đóng ở gan

A-B Trường hợp 1: Khối thai bám một phần ở thùy đuôi gan (A) tuổi thai 9 tuần (B).
C Trường hợp 2: Thai bám ở thùy phải gan, có đáp ứng với điều trị nội khoa bằng Metothrexas (Ảnh của bệnh viện Trung ương Huế).



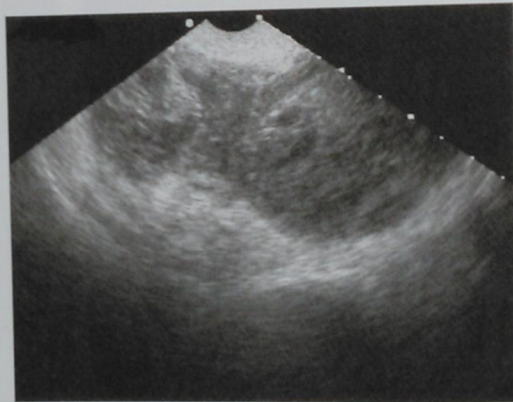
D

D Trường hợp 3: Bệnh nhân trễ kinh 4 tuần và đau bụng, được chẩn đoán là thai ngoài tử cung và mổ khẩn tại bệnh viện tỉnh. Chẩn đoán sau mổ là có thai ở vòi trứng bên phải gây xuất huyết và bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt vòi trứng. Hai tháng sau, bệnh nhân đau tức liên tục ở hạ sườn phải và đi tái khám. Qua siêu âm bụng thấy có khối thai tồn tại ở vị trí gan phải ứng với tuổi thai khoảng 23 tuần. (Ảnh của Bệnh viện Từ Dũ – Trung tâm chẩn đoán Y khoa Medic)

3.7. Thai ngoài tử cung mạn tính: sự phân hủy từ từ của lớp tế bào nuôi hoại tử (thể hiện qua nồng độ beta hCG giảm dần ⁽²³⁾) cùng với hiện tượng xuất huyết, rỉ máu ít một vào trong vòi trứng hoặc vào ổ bụng sẽ tạo thành khối máu tụ mạn tính được bao bởi những dải sợi dính (hematocele). Do quá trình diễn tiến chậm và kéo dài nên thường không có dấu hiệu xuất huyết nội, nhiều trường hợp chỉ có triệu chứng đau mơ hồ trên lâm sàng. Hình ảnh thai ngoài tử cung mạn tính trên siêu âm dễ chẩn đoán lầm với một nhân xơ tử cung có cuống hoặc một khối u buồng trứng (Hình 7.17).



A



B



C

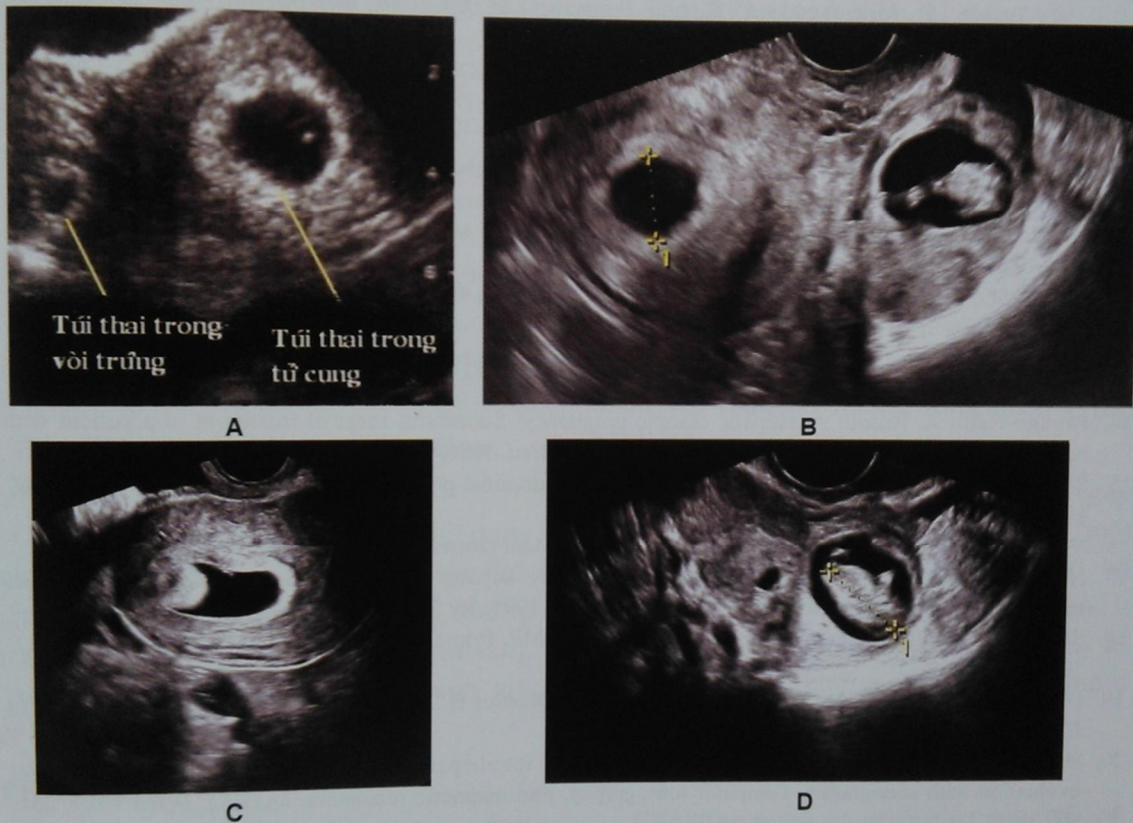
Hình 7.17: Thai ngoài tử cung mạn tính.

- A. Khối phản âm hỗn hợp ở phần phụ, có các quai ruột dính chung quanh tạo thành vỏ bao có giới hạn rõ
- B. Khối bờ rõ có hình dạng của vòi trứng, beta hCG âm tính. Chẩn đoán xác định thai ngoài tử cung qua phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh.
- C. Khối phản âm tương đối đồng nhất dính với buồng trứng bên trái, cần chẩn đoán phân biệt với một khối u buồng trứng trên siêu âm.

4. THAI TRONG -THAI NGOÀI TỬ CUNG (Heterotopic pregnancy)

Là sự hiện diện đồng thời của một thai trong tử cung và một thai ngoài tử cung, chiếm khoảng 1/30.000 số trường hợp có thai tự nhiên (Hình 7.18), và nhiều hơn nếu thụ tinh trong ống nghiệm. Chẩn đoán thường bị bỏ sót do sự chủ quan của bác sĩ siêu âm khi thấy có sự hiện diện của một

túi thai bình thường nằm trong tử cung khiến cho việc khảo sát hai phần phụ không được kỹ lưỡng. Do đó, đặc biệt là đối với những bệnh nhân điều trị vô sinh, mặc dù đã quan sát thấy có thai trong tử cung, hai phần phụ vẫn cần được khảo sát cẩn thận để loại trừ trường hợp tuy hiếm nhưng vẫn có thể xảy ra này.



Hình 7.18: Thai trong và thai ngoài tử cung.

- A. Có thai trong tử cung 5,5 tuần và thai ngoài tử cung ở vòi trứng bên phải.
- B. Có thai trong tử cung và thai ngoài tử cung 8,5 tuần $\pm$ 3 ngày.
- C. Túi thai trong tử cung bờ dầy, không có phôi thai.
- D. Cắt ngang phôi thai ngoài tử cung ở mặt cắt có chiều dài đầu - mông lớn nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fleischer A, Herbert C, Hill G, et al. Ectopic pregnancy: Feature of transvaginal sonography. *Radiology*. 1990; 174:375-378
2. Cacciatore B., Stenman U., Ylostalo P.: Comparison of abdominal and vaginal sonography in suspected ectopic pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 73:770, 1989.
3. Pellerito J.S., Taylor K.J.W., Quedens-Case C. et al.: Ectopic pregnancy: evaluation with endovaginal color flow imaging. *Radiology*, 183:407, 1992.
4. Banerjee S, Aslam N, Zoster N, Woelfer S, Jurkovic D.: The expectant management of women with early pregnancy of unknown location. *Ultrasound Obstet Gynecol* 14:231-236, 1999.
5. Cacciatore B., Korhonen J., Stenman U.H., Ylostalo P.: Transvaginal sonography and serum hCG in monitoring of presumed ectopic pregnancies selected for expectant management. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 5:297, 1995.
6. Timor-Tritsch I.E., Monteagudo A.: Ectopic Pregnancy. In *Ultrasound and Infertility* Eds. Kupesic, De Ziegler. The Parthenon Publishing Group, 2000.
7. O' Leary JL and O' Leary JA: Rudimentary horn pregnancy. *Obstet Gynecol* 105:1230, 1969
8. Jones H.W. III, Cobton A.C., Brunett L.S.: *Novak's Textbook Of Gynecology*, 11th ed. Baltimore: William & Wilkins, p. 499, 1988.
9. Stanley R, Horger J, Fagan C, et al. Sonographic findings in abdominal pregnancy. *AJR*. 1986;147:1043
10. Borlum KG, Blom R. Primary hepatic pregnancy. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 1988; 27: 427-9.
11. De Almeida Barbosa A, Rodrigues de Freitas LA, Andrade Mota M. Primary pregnancy in the liver: A case report. *Pathol. Res. Pract.* 1991; 187: 329-31.
12. Hietala SO, Andersson M, Emidin SO. Ectopic pregnancy in the liver. *Acta Chir. Scand.* 1983; 149: 633-5.
13. Mitchell RW, Teare AJ. Primary hepatic pregnancy: A case report and review. *S. Afr. Med. J.* 1984; 65: 220.
14. Paulino-Netto A, Roselli A. Hepatic ectopic pregnancy: Successful surgical treatment of a patient with hepatic pregnancy and acute hemorrhage. *Mt Sinai J. Med.* 1986; 53: 514-17.
15. Schlatter MG, DePree B, VanderKolk KJ. Hepatic abdominal pregnancy: A case report. *J. Reprod. Med.* 1988; 33: 921-4.
16. Veress B, Wallmader T. Primary hepatic pregnancy. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1987; 66: 563-4.
17. Nichols C, Koong D, Faulkner K, Thompson G. A hepatic ectopic pregnancy treated with direct methotrexate injection. *Aust. N.Z. J. Obstet. Gynaecol.* 1995; 35: 221-3.
18. Shukla VK, Pandey S, Pandey LK, Roy SK, Vaidya MP. Primary hepatic pregnancy. *Postgrad. Med. J.* 1985; 61: 831-2.
19. Delabrousse E, Site O, Le Mouel A, Riethmuller D, Kastler B. Intrahepatic pregnancy: Sonography and CT findings. *AJR* 1999; 173: 1377-8.
20. Harris GJ, Al-Jurf AS, Yuh WTC, Abu-Yousef MM. Intrahepatic pregnancy: A unique opportunity for evaluation with sonography, computer tomography, and magnetic resonance imaging. *JAMA* 1989; 261: 902-4.
21. Kirby NG. Primary hepatic pregnancy. *BMJ* 1969; 1: 296.
22. Luwukiza-Kirunda JMM. Primary hepatic pregnancy. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1978; 85: 311-13.
23. Cacciatore B.: Can the status of tubal pregnancy be predicted with transvaginal sonography? A prospective comparison of sonographic, surgical, and serum hCG findings. *Radiology*, 177:481-484. 1990c.

CHƯƠNG VIII

BỆNH LÝ TẾ BÀO NUÔI CỦA THAI KỲ

Bệnh lý tế bào nuôi của thai kỳ có nguồn gốc từ sự thụ tinh bình thường hoặc bất thường của một noãn với một hoặc nhiều hơn một tinh trùng. Bệnh lý này khác với dạng ung thư tế bào nuôi có nguồn gốc từ buồng trứng hoặc tinh hoàn và không có liên quan đến tiền sử thai nghén. Tế bào nuôi là những tế bào có đặc tính xâm lấn mạnh và có khả năng tổng hợp nội tiết tố thai kỳ human chorionic gonadotrophine.

Siêu âm có vai trò chủ yếu trong:

- Chẩn đoán thai trứng.
- Chẩn đoán những bệnh lý ác tính phối hợp với beta hCG.
- Đánh giá độ xâm lấn vào lớp cơ tử cung.
- Theo dõi mức độ đáp ứng với điều trị.
- Xác định những vị trí di căn xa.

Chẩn đoán phân biệt giữa các dạng bệnh lý tế bào nuôi rất khó nếu chỉ dựa thuần túy vào siêu âm. Đa số các trường hợp đều cần đến sự kết hợp của lâm sàng và xét nghiệm để phân loại và đánh giá mức độ tiến triển của bệnh.

1. PHÂN LOẠI

Bệnh lý tế bào nuôi gồm những bệnh lý chính:

1. Thai trứng toàn phần.
2. Thai trứng bán phần.
3. Thai trứng xâm lấn (invasive mole).
4. Ung thư tế bào nuôi (choriocarcinoma).

5. Placental site tumor hoặc những tổn thương tế bào nuôi không xếp loại được.

2. THAI TRỨNG TOÀN PHẦN

2.1. Bệnh học

Thai trứng toàn phần là sự thụ tinh giữa một noãn không có nhân (hoặc nhân không hoạt động) và một tinh trùng tự nhân đôi số nhiễm sắc thể tạo thành một thai có bộ nhiễm sắc thể 46, XX (đa số); một số ít trường hợp có bộ nhiễm sắc thể 46, XY do sự thụ tinh của một noãn không có nhân và hai tinh trùng 23 X và 23 Y. Vì không có nhiễm sắc thể của mẹ nên sẽ không có sự thành lập phôi thai mà chỉ có một bánh nhau với toàn bộ những lông nhau (villi) bất thường.

Rất hiếm nhưng đôi khi có thể gặp trường hợp song thai khác trứng, có một thai trứng toàn phần và một thai có bộ nhiễm sắc thể bình thường. Tuy nhiên, ít khi phôi thai bình thường này có thể duy trì đến đủ tháng do những biến chứng nghiêm trọng của thai trứng.

2.2. Mô học

Các lông nhau có những sự thay đổi về mô học.

- Tất cả các lông nhau phù nề, thoái hóa nước.
- Không có cấu trúc các mạch máu của phôi thai trong lông nhau.

- Tăng sản của tế bào nuôi lớp trong (cytotrophoblast) và hợp bào nuôi (syncytiotrophoblast).

2.3. Siêu âm

Thai trứng toàn phần có hình ảnh rất đặc hiệu, tuy nhiên có thể thay đổi tùy theo tuổi thai ⁽²⁾. Ở tuổi thai 8-12 tuần mô trứng thường có phản âm sáng đồng nhất vì các nang nước có kích thước nhỏ hơn 2mm

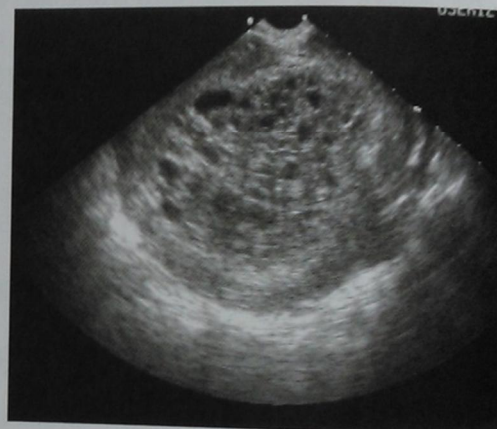
nên không thể phân biệt rõ trên siêu âm. Ở tuổi thai 18-20 tuần các nang tăng kích thước có thể tới 10mm sẽ thể hiện rõ thành những nang phản âm trống xen kẽ giữa các phần mô trứng phản âm sáng (Hình 8.1).

2.4. Chẩn đoán phân biệt:

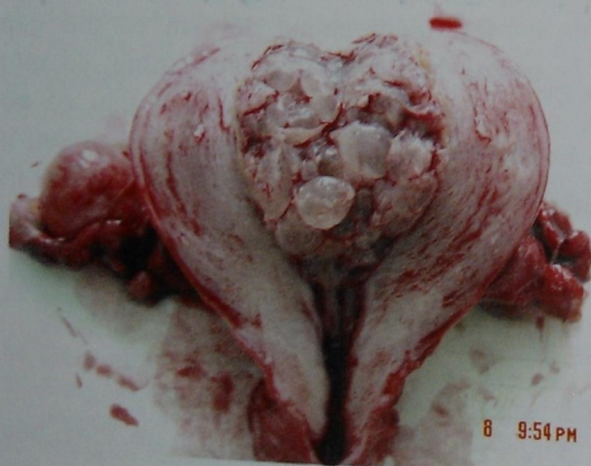
Thai trứng toàn phần giai đoạn sớm và ung thư nội mạc tử cung (Hình 8.2) (Bảng 8.1).



A



B



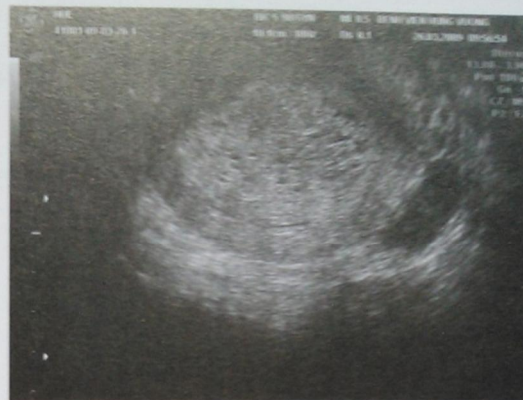
C

Hình 8.1: Thai trứng toàn phần

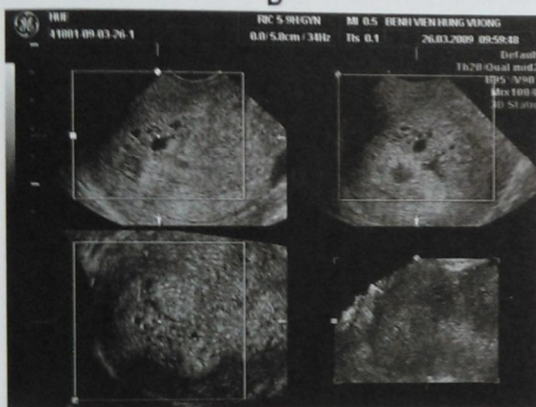
- A. Siêu âm qua đường bụng. Tử cung cắt dọc. Tử cung tăng kích thước, nội mạc dày phản âm mạnh, bên trong có rất nhiều nang phản âm trống.
- B. Siêu âm qua âm đạo. Tử cung cắt ngang. Phần thai trứng khu trú trong lòng tử cung. Lớp cơ tử cung bên ngoài bình thường (mũi tên).
- C. Hình chụp sau mổ.



D



E



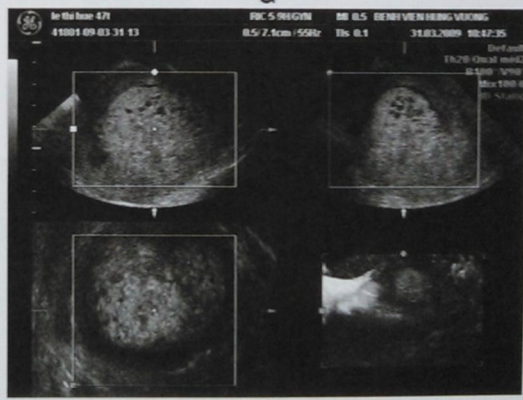
F



G



H



I

D-I Trường hợp 2

D-E Tử cung cắt dọc (D) và ngang (E): có vài nang rải rác ở giữa thân tử cung.

F. Hình siêu âm 3D.

G-H Cùng trường hợp trên, siêu âm một tuần sau: các nang bên trong lớp nội mạc phản âm mạnh gia tăng số lượng và kích thước.

I. Hình siêu âm 3D.

Bảng 8.1.

	Thai trứng toàn phần	Ung thư nội mạc tử cung
Tăng sinh nội mạc tử cung	(+)	(+)
Nang hoàng tuyến	(±)	(-)
Beta hCG	Tăng cao	(-)



Hình 8.2: Ung thư nội mạc tử cung. Nội mạc tử cung tăng sinh phản âm mạnh, có nhiều nang tuyến.

3. THAI TRỨNG BÁN PHẦN

3.1. Bệnh học

Khác với thai trứng toàn phần, thai trứng bán phần là sự thụ tinh giữa một noãn bình thường (23 nhiễm sắc thể) và hai tinh trùng (23 nst + 23 nst) hoặc một tinh trùng có số nhiễm sắc thể tự nhân đôi (46

nst) tạo thành một phôi thai có 69 nhiễm sắc thể. Sự dư thừa nhiễm sắc thể này dẫn đến sự thành lập một phôi thai có những dị tật nghiêm trọng với một bánh nhau có khu trú những vùng lông nhau bất thường. Thai nhi thường không sống được⁽³⁾ và sẽ dẫn đến sẩy thai tự nhiên⁽⁴⁾. Phần lớn những thai sẩy tự nhiên đều có bất thường nhiễm sắc thể^(5,6), trong đó triploidy chiếm hơn 20%⁽⁷⁾.

3.2. Mô học

- Chỉ một phần lông nhau phù nề, thoái hóa nước.
- Có cấu trúc của các phần thai.
- Tăng sản chỉ khu trú ở lớp hợp bào nuôi.

3.3. Siêu âm

3.3.1. Thai trứng bán phần điển hình

- Có sự hiện diện của phôi thai.
- Bánh nhau có những vùng thoái hóa nước phản âm trống (Hình 8.3).



A



B

Hình 8.3: Thai trứng bán phần điển hình

A. Bánh nhau bám mặt sau lòng tử cung, đầy và có nhiều nang phản âm trống.

B. Bánh nhau có nhiều nang phản âm trống. Có phôi thai (mũi tên) bên trong, kích thước không cân xứng với túi thai.

3.3.2. Thai trứng bán phần không điển hình

Trên thực tế, ít khi chúng ta gặp thai trứng bán phần có đủ những thành phần nói trên mà thường gặp dưới dạng không điển hình:

- Túi thai bờ viền mỏng, hình dạng móp mép, có thể có túi ối nhưng không có phôi thai.
- Bánh nhau có nhiều nang phản âm trống (Hình 8.4).

Dưới tác dụng của nồng độ nội tiết tố hCG cao, có thể có nang hoàng tuyến (theca lutein cyst) ở một hoặc hai bên

buồng trứng: buồng trứng gia tăng kích thước và có nhiều thùy chứa dịch phản âm trống (Hình 8.5). Nang hoàng tuyến cũng là một yếu tố để đánh giá mức độ nguy cơ cao của bệnh.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

3.4.1. Thai trứng bán phần và thai ngừng phát triển trong tử cung (Hình 8.6) (Bảng 8.2).

3.4.2. Thai trứng bán phần và song thai khác trứng trong đó có một thai bình thường và một thai trứng (rất hiếm).



A



B



C

Hình 8.4: Thai trứng bán phần không điển hình
A. Siêu âm qua đường bụng. Tử cung cắt dọc: có thai trong tử cung, nhau bám mặt sau.
B. Siêu âm qua âm đạo. Tử cung cắt dọc. Túi thai hình dạng móp mép, không thấy các phần thai.
C. Siêu âm qua âm đạo. Tử cung cắt ngang. Bánh nhau có nhiều nang trống.



Hình 8.5: Nang hoàng tuyến
Tử cung cắt ngang. Buồng trứng hai bên tăng kích thước, có nhiều nang chứa dịch phản âm trắng.



Hình 8.6: Thai trong tử cung ngừng phát triển. Túi thai bờ mờ, không tròn đều. Có sự không cân xứng giữa đường kính túi thai và chiều dài của phôi thai. Phôi thai không rõ hình dạng và không có hoạt động của tim thai.

Bảng 8.2

	Thai trứng bán phần	Thai ngừng phát triển	Thai thường + thai trứng	
Thai nhỏ hơn tuổi thai	(+)	(+)	(-)	
Hoạt động tim thai	(±)	(-)	(+)	(-)
Nhau thoái hóa nước	(+)	(±)	(-)	(+)
Nang hoàng tuyến	(±)	(-)	(±)	
Beta hCG	Cao	Thấp	Cao	

4. THAI TRỨNG XÂM LẤN

4.1. Bệnh học: trong số các loại bệnh lý tế bào nuôi ác tính, thai trứng xâm lấn là dạng

ít ác tính hơn, chiếm khoảng 10% trường hợp sau điều trị thai trứng toàn phần⁽³⁾ (tỷ lệ ít hơn sau thai trứng bán phần).

4.2. Mô học

- Còn cấu trúc lông nhau.
- Có tế bào nuôi tăng sản.
- Có hiện tượng xâm lấn của các lông nhau thoái hóa nước vào trong lớp cơ tử cung và các mạch máu.

- Không có hiện tượng hoại tử.

4.3. Siêu âm

- Vùng phản âm hỗn hợp trong lòng tử cung bờ gồ ghề, có hình ảnh xâm lấn nhiều hoặc ít vào phần cơ tử cung làm cho bề dày lớp cơ tử cung trở nên không đều (Hình 8.7).
- Doppler: tăng dòng chảy ở động mạch tử cung. Tại cơ tử cung dòng chảy có trở kháng thấp.



A



B

Hình 8.7: Thai trứng xâm lấn

A. Nội mạc tử cung phản âm mạnh, có hình ảnh xâm lấn vào phần cơ ở đáy tử cung.

B. Khối hỗn hợp xâm lấn vào lớp cơ tử cung. Không còn thấy rõ giới hạn của lớp cơ tử cung.

5. UNG THƯ TẾ BÀO NUÔI

5.1. Bệnh học

Khoảng 5% trường hợp sau khi nạo thai trứng, bệnh sẽ tiếp tục phát triển thành ung thư tế bào nuôi. Trong số ung thư này, theo một nghiên cứu của đại học Duke: 86% xảy ra sau thai trứng toàn phần, 10% sau sanh thường và 5% sau sẩy thai, thai ngoài tử cung ...⁽²⁾ Theo một nghiên cứu khác của Buckley, tỷ lệ thay đổi khoảng 50% sau thai trứng toàn phần, 25% sau sanh thường, 25% sau sẩy thai hoặc những loại có thai khác^(9,10,11).

5.2. Mô học

- Không còn cấu trúc của lông nhau.
- Có tế bào nuôi tân sinh, nhân dị dạng.
- Có hiện tượng hoại tử và xuất huyết.
- Có hiện tượng xâm lấn vào cơ tử cung, qua lớp cơ tử cung vào thành chậu hoặc di căn xa.

5.3. Siêu âm

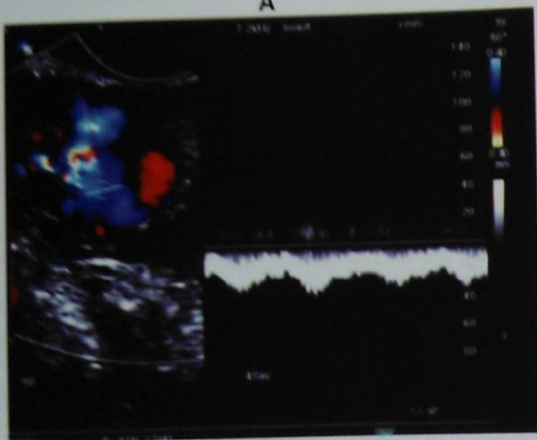
- Thường là khối phản âm hỗn hợp trong lớp cơ tử cung, có những vùng phản âm mạnh tương ứng với lớp tế bào nuôi xen lẫn những vùng phản âm kém không đồng nhất tương ứng với phần mô hoại tử và xuất huyết (Hình 8.8).
- Bình thường nang hoàng tuyến sẽ thoái triển khoảng 2-4 tháng sau khi nạo thai trứng. Sự tồn tại của nang sau thời gian này là một dấu hiệu cho thấy các tế bào nuôi vẫn còn tiếp tục hoạt động⁽⁸⁾.
- Doppler: Tăng dòng chảy có trở kháng lực thấp ở động mạch tử cung và trong cơ tử cung quanh khối ung thư.
- Trong trường hợp có di căn xa, có thể thấy những nhân di căn ở gan, phổi ... (Hình 8.9).



A



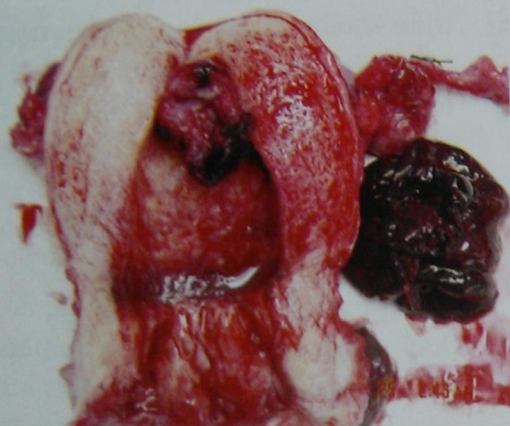
B



C



D



E

Hình 8.8:

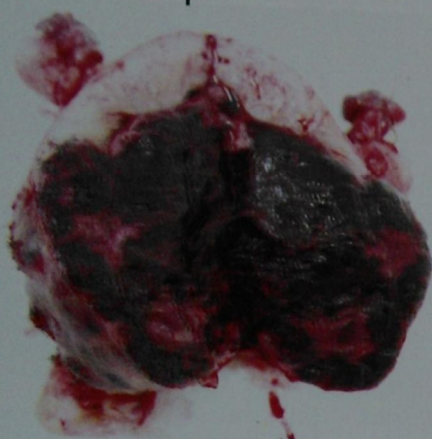
- A-C Ung thư tế bào nuôi điển hình.
 A. Khối ung thư có hình ảnh xuất huyết bên trong xâm lấn vào cơ tử cung.
 B-C. Doppler mạch máu quanh khối u.
 D-E. Ung thư tế bào nuôi không điển hình.
 D. Khối ung thư còn khu trú trong lòng tử cung.
 E. Hình chụp sau mổ.



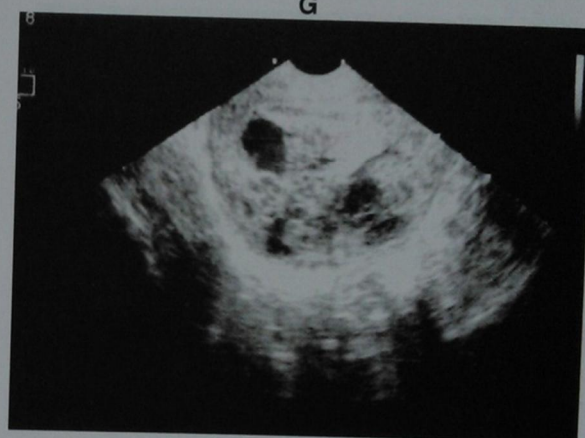
F



G



H



I



J

Hình 8.8:

F-H. Ung thư tế bào nuôi ở đoạn eo tử cung

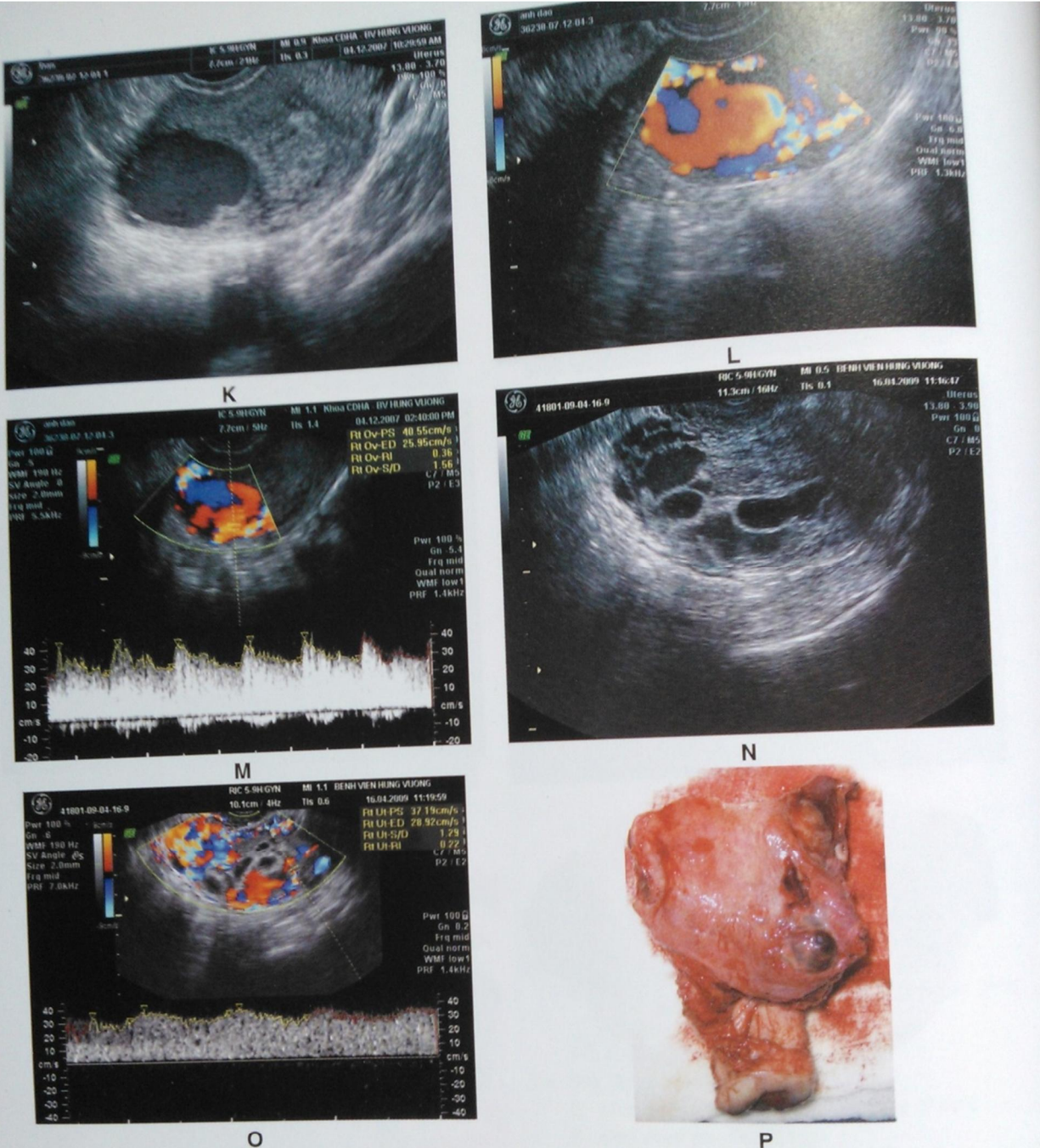
F. Khối ung thư nằm ở đoạn eo tử cung.

G-H. Hình chụp sau mổ.

I-J. Ung thư tế bào nuôi nhiều nhân

I. Nhiều nhân ung thư nằm rải rác trong tử cung, không rõ giới hạn với cơ tử cung.

J. Hình chụp sau mổ.

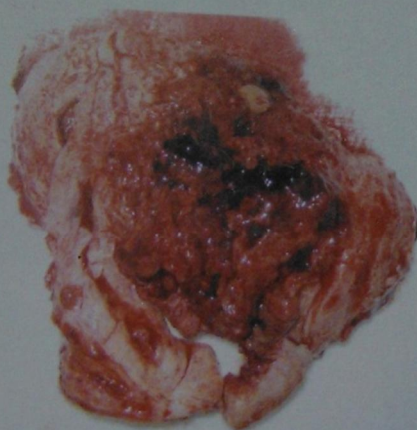


Hình 8.8: Những hình ảnh khác của ung thư tế bào nuôi.

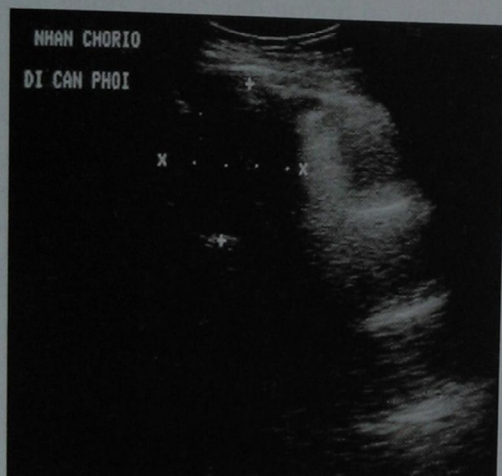
- K Tử cung cắt dọc. Đây tử cung có một khối phản âm kém đồng nhất, giới hạn rõ.
- L-M Doppler màu cho thấy có rất nhiều mạch máu trở kháng lực thấp bên trong và chung quanh khối trên.
- N-R Ung thư tế bào nuôi sau nạo thai trứng 5 tháng
- N-O Tử cung cắt ngang. Nhiều mạch máu dẫn lớn (hình N) có luồng máu hoạt động bên trong (hình O). Không thấy được giới hạn lớp cơ tử cung bình thường.
- P-R Hình chụp sau mổ: Tử cung nhìn từ mặt trước (hình P), mặt sau (hình Q) và xẻ dọc qua khối ung thư (hình R)



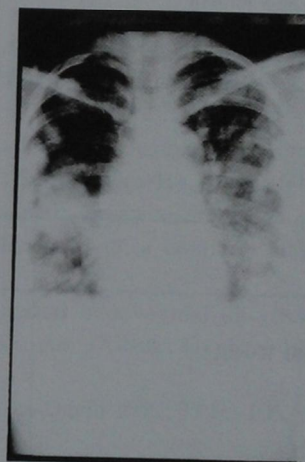
Q



R



A



B

Hình 8.9: Ung thư tế bào nuôi di căn phổi

A. Hình siêu âm

B. Hình X quang phổi

5.4. Chẩn đoán phân biệt

5.4.1. Ung thư tế bào nuôi và nhân xơ thoái hóa

Hình ảnh ung thư tế bào nuôi trên siêu âm đôi khi khó chẩn đoán phân biệt với một

nhân xơ tử cung thoái hóa hoặc có hiện tượng hoại tử bên trong (Hình 8.10) (Bảng 8.3).

5.4.2. Nhau thoái hóa nước ở một thai ngừng phát triển: chỉ có thể chẩn đoán phân biệt dựa trên mô học.



Hình 8.10: Nhân xơ thoái hóa tử cung cắt ngang. Có giới hạn rõ rệt giữa nhân xơ và lớp cơ tử cung bình thường.

6. PLACENTAL SITE TROPHOBLASTIC DISEASE

Đây là một loại bệnh lý tế bào nuôi rất hiếm gặp, có thể được xếp như một loại ung thư tế bào nuôi, tuy nhiên chỉ có lớp tế bào nuôi trung gian mà không có các tế bào nuôi lớp trong và hợp bào nuôi (12,13,14,15), do đó nồng độ beta hCG tuy dương tính nhưng rất thấp so với những dạng bệnh lý tế bào nuôi khác⁽¹⁶⁾. Trong trường hợp này chất protein tổng hợp chính từ các tế bào nuôi là chất human placental lactogen.

Hình ảnh của placental site tumor trên siêu âm cũng có những đặc điểm giống thai trứng xâm lấn hoặc ung thư tế bào nuôi.

Bảng 8.3

Triệu chứng	Thai trứng xâm lấn	Ung thư tế bào nuôi	Nhân xơ thoái hóa
Lâm sàng:			
Sau nạo thai trứng	(+)	(+)	(-)
Ra huyết	(+)	(+)	(±)
Beta hCG	(+)	(+)	(-)
Siêu âm:			
Khối khu trú trong lớp cơ tử cung	(+)	(+)	(+)
Hình ảnh hoại tử (phản âm hỗn hợp), xuất huyết (phản âm kém)	(-)	(+)	(+)
Doppler:			
Tăng dòng chảy, trở kháng lực thấp	(+)	(+)	(-)
Vi thể:			
Tế bào	Tế bào nuôi trung gian	Tế bào nuôi lớp trong, hợp bào nuôi	Không có tế bào nuôi
Có cấu trúc lồng nhau	Còn	Mất	Không có
Tế bào nuôi tân sinh	(+)	(+)	Không có

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kajii T, Ohama K. Androgenetic origin of hydatidiform mole. *Nature*. 1977; 168:633
2. Jones W, Lauerson N. Hydatidiform mole with coexistent fetus. *Am j Obstet Gynecol*. 1975;122:267
3. Szulman AE. Trophoblastic disease: clinical pathology of hydatidiform moles. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1988; 15:443-456.
4. Lewis JL. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *Cancer* 1993; 71: 1639-1647.
5. Daniel R. Mishell, Jr. Spontaneous and Recurrent Abortion. In: Daniel R. Mishell. *Comprehensive Gynecology* 4rd ed Missouri, Mosby 2001; 413-441
6. Driscoll SG. Gestational trophoblastic neoplasia: surgical pathologic considerations with clinical emphasis. *Clin Obstet Gynecol* 1984; 27:160-171.
7. Boue J, Boue A, Lazar P. Retrospective and prospective epidemiological studies of 1,500 karyotyped spontaneous abortion. *Teratology*.1975;12:11
8. Pritchard J, Hellman L, eds. *Williams Obstetrics*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1971;578.
9. Schlaerth JB. Tumors of the placental trophoblast. In: Morrow CP, Curtin JP, Townsend DE, eds. *Synopsis of gynecologic oncology*. 4th ed. New York, NY: Churchill Livingstone, 1993; 311-350.
10. Buckley JD. The epidemiology of molar pregnancy and choriocarcinoma. *Clin Obstet Gynecol* 1984; 27:153-159.
11. Lage JM. The placenta. In: Gompel C, Silverberg SG, eds. *Pathology in obstetrics and gynecology*. 4th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott, 1994; 448-514.
12. Silverberg SG, Kurman RJ. Gestational trophoblastic disease. In: Rosai J, Sobin LH, eds. *Atlas of tumor pathology: tumors of the uterine corpus and gestational trophoblastic disease*, fasc 3, ser 3. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1992; 219-285.
13. Mazur MT, Kurman RJ. Gestational trophoblastic disease and related lesions. In: Kurman RJ, ed. *Blaustein's pathology of the female genital tract*. New York, NY: Springer-Verlag, 1994; 1049-1092.
14. Caspi B, Elchalal U, Dgani R, Ben-Hur H, Rozenman D, Nissim F. Invasive mole and placental site trophoblastic tumor: two entities of gestational trophoblastic disease with a common ultrasonographic appearance. *J Ultrasound Med* 1991; 10:517-519
15. Abulafia O, Sherer DM, Fultz PJ, Sternberg LB, Angel C. Unusual endovaginal ultrasonography and magnetic resonance imaging of placental site trophoblastic tumor. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 170:750-752.
16. Bagshawe KD. Choriocarcinoma: a model for tumour markers. *Acta Oncol* 1992; 31:99-106.

CHƯƠNG IX

BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT-THỦ THUẬT

VÙNG TIỂU KHUNG

Hình ảnh siêu âm thay đổi tùy theo diễn biến bình thường hoặc có biến chứng sau phẫu thuật, đôi khi những hình ảnh này không có giới hạn rõ rệt.

1. KHUNG CHẬU SAU MỔ BÌNH THƯỜNG

1.1. Cắt tử cung hoàn toàn và hai phần phụ

Nên thăm khám nhẹ nhàng ở tuần lễ đầu tiên sau khi mổ. Trong trường hợp khó khăn có thể khám theo đường âm hộ - trực tràng để có những thông tin cần thiết

- Ngay sau khi mổ: vùng đáy âm đạo thường không thấy rõ giới hạn, phản âm hỗn hợp, đẩy lên do hiện tượng phù nề và hút âm do các mối chỉ khâu (Hình 9.1A). Thành sau bàng quang cũng đẩy lên tương ứng. Đáy âm đạo có thể có khối máu tụ ở mỏm cắt,

phản âm mạnh không đồng nhất, đường kính thay đổi thường trong khoảng 20-40mm (Hình 9.1B).

- Vào những tuần lễ sau, siêu âm ghi nhận có khối sẹo phản âm kém đường kính thay đổi 10-20mm giới hạn rõ, đôi khi có kèm theo hiện tượng đẩy lên của thành bàng quang. Lâu hơn nữa, phần đáy âm đạo sẽ trở nên mỏng đều và chỉ còn lại một dải mỏng khoảng 2mm phản âm kém đồng nhất ⁽¹⁾ (Hình 9.1C).
- Đôi khi một phần nhỏ còn sót lại của buồng trứng có thể phát triển tiếp tục, phục hồi chức năng hoặc có thể tạo thành khối u, thường dính với thành chậu và có thể gây chèn ép niệu quản ⁽²⁾ (ovarian remnant syndrome).



A



B

Hình 9.1: Sau mổ cắt tử cung hoàn toàn và hai phần phụ.

A. Âm đạo cắt dọc. Không thấy rõ giới hạn của mỏm cắt.

B. Âm đạo cắt dọc. Khối máu tụ ở mỏm cắt (đầu mũi tên).



Hình 9.1: Sau mổ cắt tử cung hoàn toàn và hai phần phụ.
C. Âm đạo cắt dọc. Vết mổ lành, mô cắt có giới hạn rõ và đều đặn.

1.2. Cắt tử cung chứa hai phần phụ

- Nếu phẫu thuật qua đường âm đạo, các mối cột mạch máu sẽ làm cố định hai buồng trứng ở trong khoang giữa bàng quang-trực tràng và kéo xuống ngay vị trí đầu âm đạo (Hình 9.2A).
- Nếu phẫu thuật qua đường bụng, hai buồng trứng vẫn nằm ở vị trí bình thường trong hố chậu, phía trước của tĩnh mạch chậu trong (Hình 9.2B).



A



B

Hình 9.2: Sau mổ cắt tử cung chứa hai phần phụ

- A. Cắt tử cung qua đường âm đạo. Hai buồng trứng thấy được cùng lúc, nằm cạnh nhau ở vị trí mỏm cắt.
B. Cắt tử cung qua đường bụng. Hai buồng trứng ở vị trí bình thường hai bên hố chậu.

1.3. Cắt tử cung bán phần

Phần cổ tử cung còn lại dễ dàng được nhận biết qua siêu âm đường âm đạo với những đặc điểm bình thường của mép trước, mép sau và kênh cổ tử cung (Hình 9.3). Phần trên cổ tử cung thường tròn đều, được giới hạn bởi các quai ruột. Ở những ngày sau mổ, có thể còn ít máu cục nằm dọc kênh cổ tử cung tạo thành những điểm phản âm mạnh.

1.4. Mổ sanh

- Vết sẹo thường nằm ở mặt trước đoạn eo tử cung nhưng đôi khi cũng có thể nằm thấp hơn ở mặt trước kênh cổ tử cung nếu như phẫu thuật được thực hiện ở giai đoạn trễ trong chuyển dạ (Hình 9.4).
- Tùy theo vị trí của tử cung, vết sẹo sẽ thấy ở phần tiếp xúc với thành sau bàng quang nếu tử cung ngả trước hay sẽ thấy tiếp xúc với các quai ruột nếu tử cung ngả sau. Cần chú ý là trong một số trường hợp, tử cung gập trước và cố định, chúng ta sẽ có cảm tưởng vết sẹo mổ dính với thành sau bàng quang⁽³⁾.



A



B

Hình 9.3: Sau mổ cắt tử cung bán phần

A. Siêu âm qua đường bụng. Cổ tử cung còn lại nằm tiếp nối với âm đạo.
B. Siêu âm qua âm đạo. Cổ tử cung cắt dọc. Thấy rõ giới hạn phần trên cổ tử cung với môi chỉ khâu có phản âm mạnh (mũi tên).



A



B



C



D

Hình 9.4: Sau mổ sanh. Vết sẹo ở mặt trước đoạn eo

A. Vết sẹo ở vị trí sau bàng quang.
B. Tụ ít dịch ở vết mổ đoạn eo, thông với kênh cổ tử cung.
C. Cắt dọc vùng tụ dịch.
D. Gập khúc ở đoạn eo tử cung.

Những hình ảnh thường thấy trên siêu âm:

- Bờ trước đoạn eo gồ ghề; thường rõ nhất những ngày sau mổ, thời gian lâu hơn sẽ khó nhận diện hơn*
- Tụ dịch "quanh đường cắt ngang đoạn eo: Ngay sau mổ có thể thấy sự thông thương của phần dịch này với kênh cổ tử cung.*
- Chấm sáng: những điểm sáng tương ứng với những mối chỉ khâu, những sợi fibrin hoặc những nốt sẹo hóa vôi.*
- Những đám phản âm trống đường kính 3-10mm giống như những nang Naboth ở cổ tử cung, có thể do hiện tượng vùi niêm mạc cổ tử cung vào lớp cơ tử cung khi phẫu thuật.*
- Biến dạng đoạn eo: có hình ảnh gấp khúc và so le khoảng 5-10mm ở đoạn nối giữa buồng tử cung và kênh cổ tử cung.*
- Dính buồng tử cung: thường khó thấy ngay sau khi mổ sanh, có thể*

giống như một dải phản âm sáng bao dọc theo kênh cổ tử cung.

1.5. Sau nạo hút

Ngay sau khi nạo hút, lòng tử cung thường trống, có thể có ít dịch phân tiết, ít máu cũ hoặc có những dải phản âm sáng do bóng hơi tạo ra (Hình 9.5). Sau 1 tuần lòng tử cung sẽ hoàn toàn trống, niêm mạc tử cung có hình ảnh tái tạo của chu kỳ bình thường.

1.6. Sau bóc nang buồng trứng

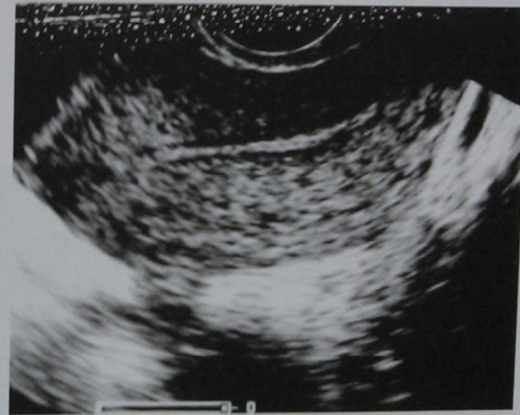
Trong mô buồng trứng có những mối chỉ khâu, một thời gian sau có sự thành lập những nốt sẹo tạo bởi mô sợi hoặc hiện tượng hóa vôi (Hình 9.6).

2. BIẾN CHỨNG

2.1. Khối máu tụ: là biến chứng thường gặp nhất ngay sau khi mổ, thường có thể tự tiêu sau một thời gian.



A



B

Hình 9.5: Sau nạo hút thai

- A. Sau nạo thai 4 tiếng, lòng tử cung có phản âm mạnh.
B. Sau nạo thai 3 ngày, lòng tử cung sạch.



A



B

Hình 9.6: Sau mổ bóc nang buồng trứng.

A. Mỗi chỉ khâu có phản âm mạnh trong mô buồng trứng.

B. Xuất huyết trong mô buồng trứng: có nhiều khối máu đông phản âm mạnh.



A



B



C

Hình 9.7:

A. Sau mổ lấy thai 5 ngày. Cắt dọc khối máu tụ dưới lớp cân cơ thành bụng.

B. Hình cắt ngang.

C. Sau mổ cắt u nang buồng trứng bên trái. Khối máu tụ dọc cạnh trái tử cung lan ra thành bụng.

Hình ảnh trên siêu âm thay đổi tùy theo diễn tiến của khối máu tụ và có kèm theo nhiễm trùng hay không. Máu mới thường có hình ảnh phản âm kém đồng nhất, di chuyển ở giữa các cơ quan trong vùng chậu nếu xuất huyết trong ổ bụng hoặc khu trú ở đường rạch thành bụng hay ở khoang Retzius ngoài phúc mạc. Những trường hợp xuất huyết ở khoang sau phúc mạc thường dễ chẩn đoán qua CT hoặc MRI hơn siêu âm⁽⁴⁾. Sau một thời gian, hiện tượng máu đông sẽ tạo thành những khối phản âm hỗn hợp trong đó chủ yếu là những vùng phản âm mạnh có xen lẫn những đường phản âm mỏng hoặc những đám phản âm trống. Khối máu tụ có thể giảm dần kích thước, phản âm mỏng dần hoặc có thể trở nên lớn hơn và có hình ảnh thay đổi phức tạp hơn nếu có hiện tượng xuất huyết mới (Hình 9.7).

2.2. Lymphocele: là những đám dịch tròn phản âm trống bờ đều, thành mỏng, thường không sờ thấy trên lâm sàng hoặc những khối tụ dịch xen giữa các đám dải sợi được thành lập sau hiện tượng viêm (Hình 9.8).

2.3. Khối tụ mủ: nếu xuất hiện ngay sau khi mổ thường đi kèm theo triệu chứng lâm sàng của hiện tượng nhiễm trùng, ngược lại nếu xuất hiện lâu một thời gian sau mổ thường là những khối không đau nên có thể khó liên hệ tới bệnh sử phẫu thuật.

Hình ảnh siêu âm thường có dạng tròn hoặc nhiều thùy, đôi khi không có ranh giới rõ rệt và nằm xen lẫn giữa các cơ quan lân cận. Phản âm thay đổi từ kém, mạnh hoặc hỗn hợp (Hình 9.9). Khối tụ mủ có thể thứ phát từ những dụng cụ bỏ quên, thường cho những hình ảnh rất đặc biệt (Hình 9.10).



Hình 9.8: Khối tụ dịch ở hố chậu trái sau mổ.



Hình 9.9: A,B. Tụ mủ khu trú ở vết mổ thành bụng cắt dọc và ngang.



C



D

Hình 9.9:

C,D. Khối tụ mủ có đường thông từ khoang Retzius ra da bụng cắt dọc và ngang (TC: tử cung. BQ: bàng quang)



A



B



C

Hình 9.10:

A. Âm đạo cắt dọc. Sốt gạc trong âm đạo.
B-C. Sốt gạc trong ổ bụng.

2.4. Dính buồng tử cung

Dính buồng tử cung có thể ở nhiều mức độ: hoàn toàn hoặc một phần, trong buồng tử cung hoặc chỉ khu trú ở kênh cổ tử cung. Vùng dính thường có những dải phản âm mạnh vài millimètres nằm dọc theo buồng tử cung (Hình 9.11). Bất thường này có thể không có triệu chứng lâm sàng hoặc có thể gây rong huyết, vô kinh, hiếm muộn hoặc sảy thai liên tiếp. Dính buồng tử cung có

thể kiểm chứng bằng chụp buồng tử cung.

2.5. Khối u tái phát: Khối u tái phát có thể do phẫu thuật cắt không hoàn toàn hoặc do tái phát tại chỗ (Hình 9.12). Lưu ý những trường hợp còn lại một buồng trứng thường xuất hiện một nang cơ năng kích thước lớn hơn bình thường do hoạt động bù trừ, bên trong đôi khi có hiện tượng lutéin hóa dễ lầm với một nang thực thể tái phát (Hình 9.13).



A



B

Hình 9.11:

A. Dính buồng tử cung. Lòng tử cung có ứ dịch phản âm trống và những đường phản âm mạnh của những dải dính.
B. Vô kinh sau nạo kế hoạch 2 tháng, ứ máu lòng tử cung.



A



B

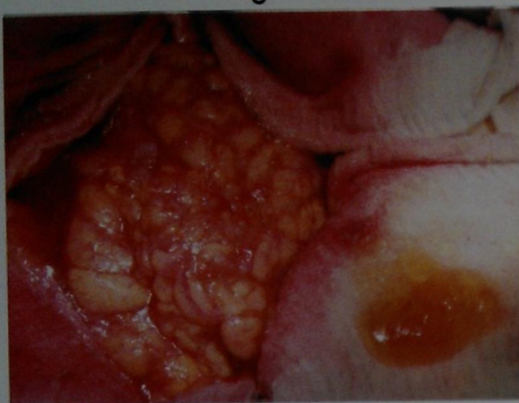
Hình 9.12: A. Khối u tái phát sau cắt tử cung. Có khối phản âm không đồng nhất ở vị trí tử cung đã cắt.
B-F. Di căn mạc nối lớn sau mổ cắt tử cung và hai phần phụ vì u nang nhầy buồng trứng.
B. Mất cắt dọc bàng quang: ổ bụng có nhiều dịch tự do.



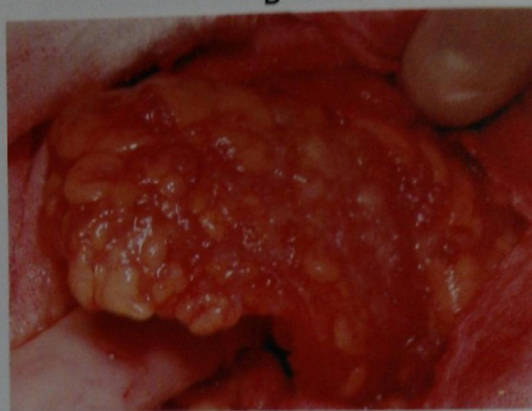
C



D

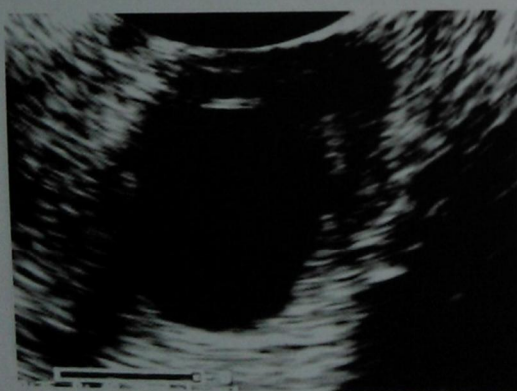


E



F

- C. Mặt cắt ngang: mạc nối lớn dầy và gồ ghề.
 D. Mặt cắt trán ngang qua mạc nối lớn: mạc nối có cấu trúc phản âm hỗn hợp.
 E-F. Hình chụp sau mổ: mạc nối rất dầy, bề mặt gồ ghề và có nhiều nốt di căn.



Hình 9.13: Buồng trứng bên trái hoạt động bù trừ sau mổ cắt buồng trứng bên phải.

2.6. Sau nạo hút thai

2.6.1. Sốt nhau: lòng tử cung có phản âm hỗn hợp, kích thước và hình ảnh thay đổi tùy theo khối lượng mô còn sót, có kèm theo máu cũ hoặc nhiễm trùng hay không. Vài ngày sau khi nạo có thể vẫn còn một ít máu cũ trong lòng tử cung, đôi khi khó chẩn đoán phân biệt với mô nhau. Thường chẩn đoán cần được xác định và cần nạo kiểm tra nếu khối sót nhau có đường kính trước sau > 15mm⁽⁵⁾ (Hình 9.14).

2.6.2. Nhiễm trùng: lòng tử cung giãn rộng, gồ ghề, bên trong có chứa dịch và những điểm phản âm sáng có bóng âm phía sau do hiện tượng sinh hơi (Hình 9.15).



A

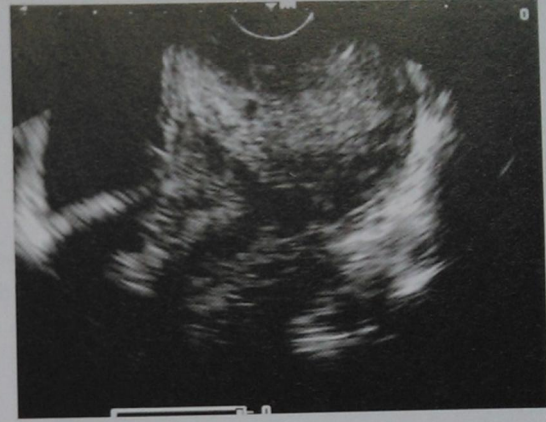


C



E

2.6.3. Thủng tử cung: có đường phản âm sáng chạy dọc theo buồng tử cung, xuyên qua lớp cơ ra đến lớp thanh mạc (Hình 9.16).



B



D

Hình 9.14:

(A-C). Sau sanh thường 3 ngày, bóc nhau bằng tay: chấn thương cổ tử cung

- A. Siêu âm qua đường bụng. Cổ tử cung tăng kích thước, phù nề, phản âm kém.
- B. Siêu âm qua âm đạo.
- C. Một tuần lễ sau: cổ tử cung trở lại bình thường.
- D. Sau sanh thường 2 tuần, còn ra huyết nhiều. Lòng tử cung có vùng phản âm mạnh nằm dọc theo buồng tử cung. Chẩn đoán trước và sau nạo: sót nhau.
- E. Sau nạo thai 4 ngày, lòng tử cung còn khối phản âm hỗn hợp. Chẩn đoán trước và sau nạo: sót nhau



F



G

- F. 6 tháng sau nạo thai lưu, lòng tử cung có khối phản âm mạnh không đồng nhất, bên trong có nhiều mạch máu hoạt động. Chẩn đoán trước mổ: bệnh lý tế bào nuôi. Chẩn đoán sau mổ và kết quả giải phẫu bệnh: polyp nhau lành tính.
G. Hình chụp sau mổ.



A



B

Hình 9.15:

- A. Nhiễm trùng hậu sản. Có triệu chứng sốt sau sanh 2 tuần. Lòng tử cung có đường phản âm sáng, có bóng lửng.
B. Nhiễm khuẩn kỵ khí sau nạo kế hoạch 1 tuần. Có bóng hơi trong lòng tử cung.



A



B

Hình 9.16: Thủng tử cung sau lấy vòng

- A. Tử cung cắt dọc. Đường phản âm sáng liên tục từ đáy tử cung xuyên qua lớp cơ tử cung ra ngoài lớp thanh mạc.
B. Tử cung cắt ngang. Đường thủng từ phần giữa đáy buồng tử cung ra khỏi lớp niêm mạc tới đáy tử cung



C



D



E



F



G



H

C- F Thủng tử cung sau nạo hút thai

C-D Siêu âm qua đường bụng: tử cung cắt dọc. Đường thủng (mũi tên) ở vị trí mặt trước của buồng tử cung (hình C), ra đến hết lớp cơ tử cung (hình D).

E-F Siêu âm qua âm đạo: cắt dọc buồng tử cung (hình E) và cắt ngang thân tử cung ở vị trí đường thủng (hình F).

G - H Nứt cơ tử cung (bệnh nhân có tiền căn nạo hút thai)

G. Cắt dọc tử cung có thai 7 tháng: lớp cơ ở đáy tử cung bị gián đoạn ở vị trí sát đầu thai nhi (mũi tên).

H. Hình sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Parulekar S. Ultrasound evaluation of the posthysterectomy pelvis. J Clin Ultrasound 1982; 10:265
2. Phillips H, Mc Gahan J. Ovarian remnant syndrome: a case report. Radiology 1982; 142:477
3. M. Constant, P. Besson, I. Nisand, J. Ohl. Echography endocavitaire en Gynécologie: Pelvis post-opératoire 1992; 189-192
4. Yamashita Y, Torashima G, Harada M, et al. Postpartum extraperitoneal pelvic hematoma: Imaging findings. AJR 1993; 161:805
5. Taylor KJ, Worsen JF, DeGraff C, et al. Accuracy of gray scale ultrasound diagnosis of abdominal and pelvic abscesses in 220 patients. Lancet. 1978; I:83

CHƯƠNG X

SIÊU ÂM BƠM NƯỚC BUỒNG TỬ CUNG (Sonohysterography)

Bơm nước muối sinh lý (saline infusion sonohysterography), không khí (air-contrast sonohysterography) hoặc một chất liệu tương phản âm khác qua một ống dẫn để quan sát buồng tử cung dưới siêu âm được biết đến như là một phương pháp hữu hiệu để chẩn đoán các bất thường ở buồng tử cung và hai vòi trứng.

1. CHỈ ĐỊNH

1.1. Những trường hợp rong kinh rong huyết không rõ nguyên nhân (Hình 10.1), đặc biệt ở giai đoạn quanh mãn kinh hoặc sau mãn kinh.



A



B



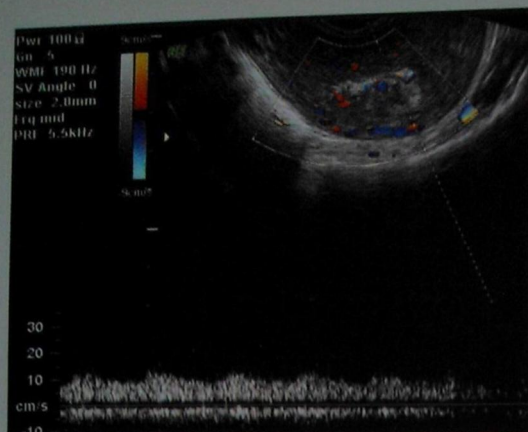
C

Hình 10.1:

Trường hợp 1:

Bệnh nhân rong huyết sau sanh mổ 2 tháng. Qua siêu âm: một khối phản âm mạnh ở mặt sau tử cung có hình ảnh xâm lấn vào lớp cơ tử cung, không có màng bao rõ rệt. Cần chẩn đoán phân biệt giữa một khối u ở trong hoặc ngoài lòng tử cung.

- A. Tử cung cắt dọc. Nội mạc tử cung mỏng, khối u mặt sau có phản âm mạnh đồng nhất.
- B-C Tử cung cắt ngang. Bờ sau của khối u có hình ảnh giống như những cánh tay ẩn lẫn vào cơ tử cung.



D



E



F



G



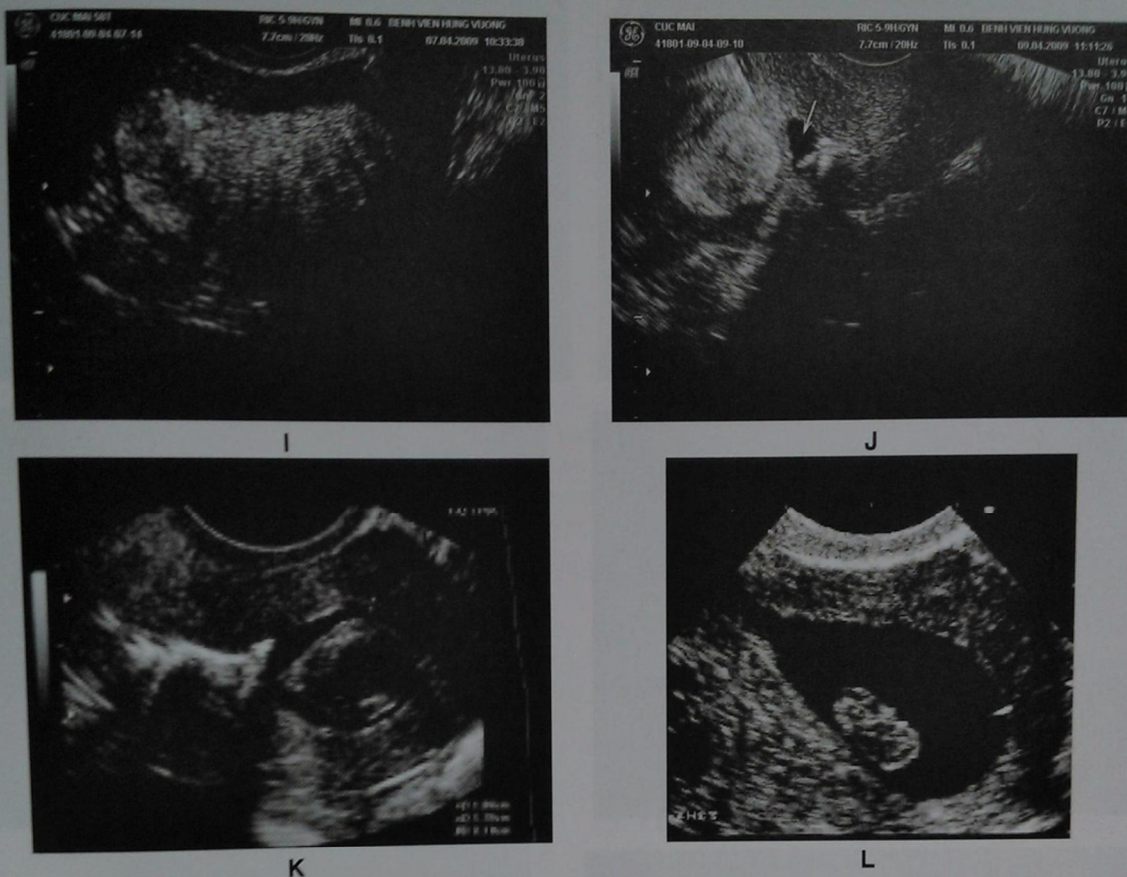
H

Hình 10.1 (tiếp theo)

- D. Doppler velocimetry cho thấy có nhiều mạch máu trở kháng lực thấp.
- E-F Sau khi bơm nước muối lòng tử cung: lòng tử cung chỉ có máu cũ, khối u nằm ngoài lòng tử cung, trong lớp cơ. Do hình ảnh ấn lấn vào lớp cơ tử cung không đồng đều, khối u có nhiều khả năng polyp nhau.
- G Nhân xơ dưới niêm mạc.

Trường hợp 2.

- Bệnh nhân 58 tuổi, mãn kinh 6 năm, kiểm tra tổng quát phát hiện có khối u ở tử cung, không có triệu chứng rối loạn nội tiết. Siêu âm thấy có khối phân âm mạnh tương đối đồng nhất ở giữa thân tử cung. Do bệnh nhân đã mãn kinh nhiều năm, không thấy giới hạn nội mạc tử cung nên không thể xác định được là nhân xơ trong hoặc ngoài lòng tử cung.
- H. Tử cung cắt dọc: thấy được giới hạn của kênh cổ tử cung (mũi tên).



Hình 10.1 (tiếp theo)

- I. Tử cung cắt ngang: u xơ phân âm mạnh, tương phản rõ với lớp cơ tử cung phân âm kém.
 J. Sau bơm nước lòng tử cung: nước vào được qua kênh cổ tử cung, tách rộng buồng tử cung (mũi tên).
 Chẩn đoán sau bơm nước: nhân xơ trong cơ tử cung.
 K-L Nhân xơ lòng tử cung.

1.2. Vô kinh thứ phát do dính buồng tử cung (Hình 10.2).

1.3. Những trường hợp cần đánh giá các bất thường của buồng tử cung, nội mạc tử cung trước và/hoặc sau các thủ thuật soi buồng (Hình 10.3).

1.4. Những bệnh nhân vô sinh không rõ nguyên nhân hoặc sảy thai liên tiếp.

1.5. Những bệnh nhân sử dụng Tamoxifen hoặc nội tiết thay thế, đặc biệt nếu có kèm ra huyết bất thường (Hình 10.4).



A



C



E



B



D

Hình 10.2: Dính buồng tử cung.

A. Tử cung cắt dọc: lòng tử cung ứ dịch, có dải sợi dính mật trước ra sau buồng tử cung.

Trường hợp lâm sàng.

Bệnh nhân không có kinh nguyệt hơn 1 năm, đã từng truyền tắc động mạch tử cung vì nhân xơ và nạo lòng tử cung nhiều lần do chẩn đoán tăng sinh bất thường nội mạc tử cung.

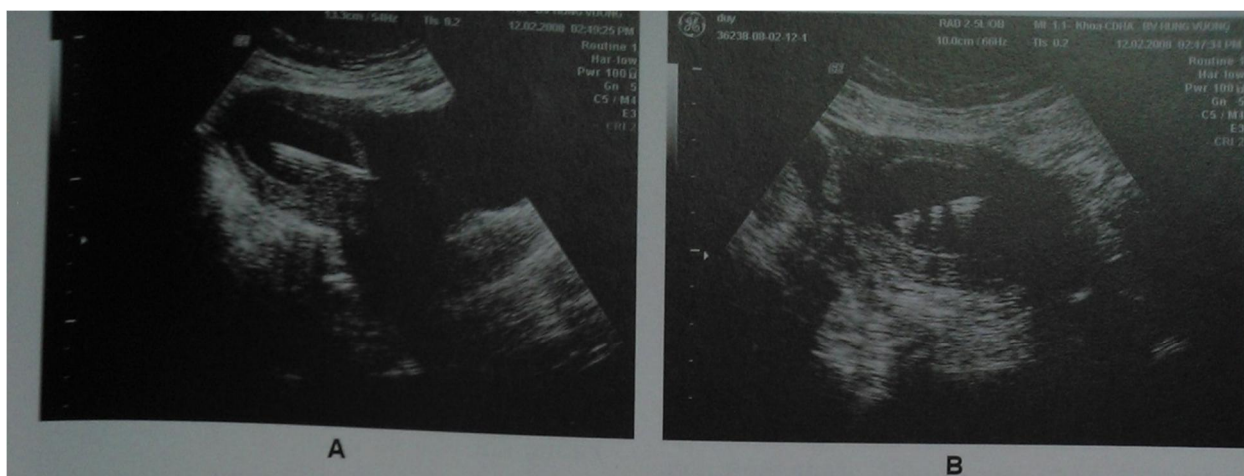
B. Tử cung cắt dọc: thấy được đường giữa ở đoạn kênh và eo tử cung (mũi tên), không thấy ranh giới của lớp cơ và nội mạc tử cung. Giữa thân tử cung có vùng phản âm mạnh, bên trong có hình ảnh giống nang tuyến nội mạc tử cung. Do hình ảnh này bệnh nhân đã được chẩn đoán nhiều lần là tăng sinh nội mạc tử cung hoặc thai trứng.

C. Đưa ống Folley qua kênh cổ tử cung.

D. Ống bị dừng ở vị trí cổ trong cổ tử cung, chỉ bơm được 1ml nước (mũi tên).

E. Nước qua ống thông không vào được buồng tử cung, trào ra ngoài âm đạo.

Chẩn đoán sau bơm nước lòng tử cung: dính buồng tử cung. Hình ảnh giống tăng sinh nội mạc là của nhân xơ tử cung, sau truyền tắc không còn rõ giới hạn với lớp cơ tử cung bình thường.



Hình 10.3: Vòng tránh thai

Bệnh nhân đến khám vì đau bụng, siêu âm nghi ngờ vòng xuyên cơ.

Sau khi bơm nước lòng tử cung: vòng trong tử cung ở mặt cắt dọc (Hình A) và mặt cắt ngang (Hình B) nằm đúng vị trí, không xuyên cơ.



Hình 10.4: Bệnh nhân 68 tuổi, ra huyết âm đạo. Có polyp lòng tử cung. Không tăng sinh nội mạc tử cung (mũi tên).

2. LỢI ĐIỂM

So với chụp buồng tử cung – vòi trứng bằng quang tuyến, siêu âm buồng tử cung có nhiều lợi điểm⁽¹⁾:

- Đơn giản.
- Rẻ tiền.
- Ít xuyên thấu.

- Ít bị tác dụng của tia phóng xạ.
- Độ chính xác cao, đặc biệt là với những khối u trong buồng tử cung.
- Ít bị dương tính giả.

3. THỜI ĐIỂM THỰC HIỆN

Thủ thuật thường được thực hiện trong khoảng từ ngày 4 đến ngày 7 của chu kỳ kinh nguyệt. Trong giai đoạn này buồng tử cung thường không còn máu cục và nội mạc tử cung chưa phát triển nhiều. Nếu thực hiện thủ thuật vào giai đoạn chế tiết, nội mạc tử cung dày lên và có hình ảnh gồ ghề có thể dẫn đến dương tính giả.

Tuy nhiên, đối với những trường hợp rối loạn kinh nguyệt có thể thực hiện ở bất cứ thời điểm nào. Khi đó các khối máu cục sẽ được đánh giá cẩn thận và chẩn đoán phân biệt với các khối u thực thể qua hình ảnh động.

4. CHUẨN BỊ TRƯỚC THỦ THUẬT

4.1. Tâm lý bệnh nhân: yếu tố tâm lý có ảnh hưởng nhiều đến sự thành công của thủ thuật. Khi bệnh nhân được giải thích rõ ràng và đầy đủ, sự tin tưởng vào bác sĩ sẽ làm cho bệnh nhân cảm thấy thoải mái và dễ hợp tác, giúp thủ thuật dễ thực hiện hơn.

4.2. Bệnh nhân cần được siêu âm trước để có những thông tin cần thiết khi tiến hành thủ thuật như tư thế của tử cung-cổ tử cung.

4.3. Kháng sinh dự phòng: Đối với những bệnh nhân vô sinh hoặc có bệnh sử viêm nhiễm sinh dục, có thể cho kháng sinh 2 ngày trước. Nếu có ứ dịch vòi trứng nên cho điều trị thêm sau thủ thuật ⁽²⁾.

4.4. Giảm đau: Nên cho bệnh nhân uống 30 phút trước thủ thuật để giảm đau và tránh sốc phản vệ.

5. KỸ THUẬT THỰC HIỆN

5.1. Sát trùng âm đạo thật kỹ với betadine. Tráng catheter trước khi đưa qua lỗ cổ trong cổ tử cung để tránh các ảnh giả (artifact), không nên để đầu catheter chạm vào đáy buồng tử cung vì có thể làm bệnh nhân đau và/hoặc gây sốc phản vệ.

5.2. Dùng kẹp giữ catheter tại chỗ trong khi lấy mỏ vịt ra, cẩn thận để hai nhánh của mỏ vịt không kéo theo catheter ra ngoài. Đưa đầu dò vào âm đạo ở phía trên catheter, mặt trước cổ tử cung nếu tử cung ngả trước hoặc phía dưới catheter mặt sau cổ tử cung nếu tử cung ngả sau. Điều chỉnh mặt cắt để thấy được toàn bộ tử cung ở mặt cắt dọc.

5.3. Bơm thật chậm nước muối sinh lý qua catheter và quan sát trên siêu âm hình ảnh nước di chuyển vào buồng tử cung, ngừng bơm khi buồng tử cung đạt đến kích thước vừa đủ để thấy được mặt phân cách giữa lớp dịch và nội mạc tử cung, không nhất thiết buồng tử cung phải căng nhiều.

5.4. Sau khi đánh giá buồng tử cung, nếu muốn quan sát hai vòi trứng: rút hết nước trong buồng tử cung, bơm thật chậm 10 ml không khí vào và quan sát các bóng khí di chuyển qua hai sừng tử cung vào hai vòi trứng (ở mặt cắt trán) (Hình 10.5). Có thể sử dụng Doppler màu để thấy dòng chảy qua hai vòi trứng dễ dàng hơn. Bất lợi của phương pháp này là khí di chuyển nhanh, tồn tại trong vòi trứng ở một thời gian rất ngắn và thường không thấy được toàn bộ vòi trứng ở một mặt cắt nên đôi khi khó đánh giá chính xác mức độ thông của vòi trứng.

6. SAU THỦ THUẬT

- Để bệnh nhân ngồi ở tư thế 45⁰ trong vài phút.
- Điều trị giảm đau nếu cần.
- Kiên giao hợp vài ngày để tránh nhiễm trùng.

7. KHÓ KHĂN

Những trường hợp có thể gặp khó khăn khi đưa catheter qua kênh cổ tử cung:

- Teo hẹp cổ tử cung.
- Bệnh nhân chưa sanh đẻ.
- Những bệnh nhân đã khoét chóp hoặc đốt cổ tử cung.
- Những bệnh nhân ở thời kỳ quanh mãn kinh hoặc đã mãn kinh.

Trong những trường hợp này, dụng cụ được nhiều bác sĩ phụ khoa sử dụng là Echosight Patton Coaxial Catheter (Cook Ob/Gyn)⁽³⁾. Catheter này có hai phần: bên ngoài là một ống 5.7 French bao lấy một dây dẫn bên trong đường kính 0.018 inches. Dây dẫn có đầu phẳng, có thể uốn cong được.

8. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Siêu âm với bơm nước buồng tử cung không nên thực hiện trong những trường hợp:

8.1. Nghi ngờ có thai

8.2. Có những dấu hiệu viêm nhiễm vùng chậu.

8.3. Bệnh nhân đang ra huyết nhiều không phải là một chống chỉ định, tuy nhiên trong trường hợp này sự đánh giá các bất thường trong lòng tử cung sẽ khó khăn hơn do những khối máu đông có thể lẫn với những khối u thực thể.

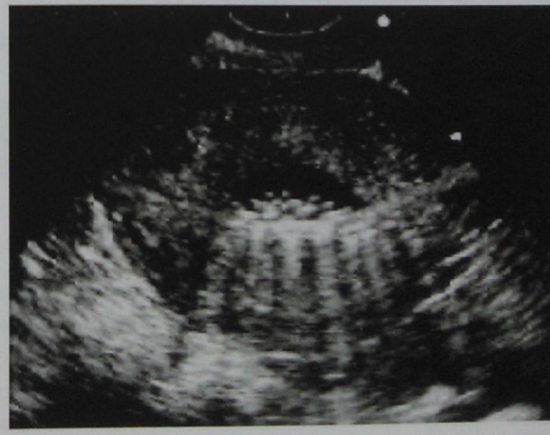
9. KẾT LUẬN

Phương pháp siêu âm kết hợp với bơm nước vào buồng tử cung là một phương

pháp hiện nay được sử dụng rộng rãi do có nhiều ưu điểm hơn so với những phương pháp khác trong việc chẩn đoán cùng một bệnh lý phụ khoa. Đối với những trường hợp ra huyết bất thường sau mãn kinh, 60% là do nguyên nhân teo mỏng niêm mạc tử cung^(4,5,6) và siêu âm là một phương tiện rất hữu hiệu để có thể cho những thông tin chính xác, tránh những thủ thuật xâm lấn không cần thiết. Những trường hợp nội mạc tử cung dày hơn bình thường cần phải sinh thiết trước điều trị và chẩn đoán sẽ chính xác hơn nếu những tổn thương khu trú được nhìn thấy qua siêu âm lòng tử cung, tránh bị âm tính giả do sinh thiết mù. Ngoài ra, những bệnh nhân sử dụng Tamoxifen để điều trị ung thư vú cũng có thể đưa đến những thay đổi ở nội mạc tử cung như polyp nội mạc, tăng sinh đơn giản hoặc ung thư nội mạc⁽⁷⁾ do đó cần được theo dõi và đánh giá thường xuyên qua siêu âm âm đạo thường quy, nếu có những hình ảnh bất thường sẽ thực hiện qua siêu âm lòng tử cung để có thể có những xử trí thích hợp.



A



B

Hình 10.5: Bơm khí buồng tử cung.

A-B Lòng tử cung sau khi bơm khí, ở mặt cắt dọc (A) và ngang (B).



C



D



E

Hình 10.5:

C-D Bọt khí di chuyển qua vòi trứng trái.
E Bọt khí trong ổ bụng (mũi tên).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hill A. Sonohysterography in the office: instruments and technique. *Contemp Obstet Gynecol* 1997; 42:95-110
2. Bonnamy L, Marret H, Perrotin F, Body G, Berger C, Lansac J. Sonohysterography: a prospective survey of results and complications in 81 patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 102:42-47
3. Lindheim SR. Echosight Patton coaxial catheter-guided hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001; 8:307-311
4. Cullinan JA, Fleisher JA, Kepple DM, Arnold AL. Sonohysterography: a technique for endometrial evaluation. *RadioGraphics* 1995; 15:501-514.
5. Lev-Toaff AAS, Toaff MR, Liu JB, Merton DA, Goldberg BB. Value of sonohysterography in the diagnosis and management of abnormal uterine bleeding. *Radiology* 1996; 201:179-184.
6. Dubinsky TJ, Parvey JR, Gormaz G, Makland N. Transvaginal hysterosonography: comparison with biopsy in the evaluation of postmenopausal bleeding. *J Ultrasound Med* 1995; 14:887-893.
7. Goldstein SR. Assessing uterine changes in women taking tamoxifen; sonohysterography as an office procedure. *Contemp Obstet Gynecol* 1995; 1:1-11.

CHƯƠNG XI

SIÊU ÂM ỨNG DỤNG TRONG VÔ SINH

Vô sinh hiện nay là một tình trạng khá phổ biến, có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau trong đó 20 – 25% trường hợp người phụ nữ có bất thường về khả năng phóng noãn. Từ những năm 1980 trở đi, siêu âm được sử dụng như là một phương tiện hữu hiệu để theo dõi và đánh giá một cách gián tiếp khả năng này thông qua những thay đổi trên tử cung, cổ tử cung, buồng trứng ở những chu kỳ tự nhiên hoặc có điều trị nội tiết ngoại lai.

1. SỰ PHÁT TRIỂN CỦA NOÃN

Khi một bé gái được sinh ra, hai buồng trứng có chứa khoảng 2 triệu noãn non. Số lượng này giảm dần và đến thời điểm dậy thì, bắt đầu có kinh nguyệt sẽ còn khoảng 400 ngàn noãn trong đó chỉ 400 noãn tiếp tục phát triển đến cuối giai đoạn hoạt động sinh dục. Ở chu kỳ tự nhiên, mỗi tháng chỉ có một noãn được sản xuất tại một trong hai buồng trứng. Noãn nằm trong một túi dịch gọi là nang noãn (follicle) được bao quanh bởi những tế bào hạt có khả năng tiết ra nội tiết tố nữ estrogen. Sự phát triển của noãn được điều khiển bởi những nội tiết tố từ tuyến yên. Vào đầu kỳ kinh nguyệt, tuyến yên phóng thích FSH (follicle stimulating hormone) để kích thích sự phát triển của một số noãn non. Một trong những noãn non này sẽ phát triển nhanh hơn và trở thành một noãn trội, sau đó sẽ trưởng thành và phóng noãn. Số noãn còn lại sẽ teo nhỏ dần sau đó mất đi.

Noãn trội khi phát triển sẽ tiết estrogen và khi nồng độ đạt đến đỉnh sẽ tạo một sự phản hồi lên hạ đồi (hypothalamus) làm giảm tiết FSH đồng thời kích hoạt tiết LH (luteinizing hormone). Sự phóng noãn xảy ra 24 - 36 giờ sau khi nồng độ LH đạt đến đỉnh cao nhất. Ngoài ra LH còn có ảnh hưởng trên các tế bào hạt, biến đổi các tế bào hạt thành những tế bào hoàng thể (luteal cells). Sau khi phóng noãn, nang noãn sẽ xẹp đi và trở thành hoàng thể, tiết estrogen và progesterone với nồng độ tăng dần tới đỉnh cao nhất vào ngày thứ 21 của chu kỳ. Nội mạc tử cung đã được làm tăng bề dày dưới tác dụng của estrogen ở nửa chu kỳ đầu sẽ tiếp tục có những thay đổi do Progesterone: gia tăng số lượng và kích thước các tuyến nội mạc, tăng sinh các mạch máu, tăng tiết chất dịch giàu dinh dưỡng để chuẩn bị cho nội mạc tử cung sẵn sàng đón nhận thai đến làm tổ. Nếu không có thai, 10 ngày sau phóng noãn hoàng thể sẽ dần dần thoái triển, progesterone giảm xuống làm nội mạc tử cung tróc ra đánh dấu sự chấm dứt của một chu kỳ.

2. CHU KỲ KINH NGUYỆT

Kinh nguyệt là một hiện tượng xảy ra đều đặn và có chu kỳ. Một chu kỳ kinh nguyệt bắt đầu từ ngày có kinh nguyệt đầu tiên và chấm dứt vào trước khởi điểm của chu kỳ tiếp theo, trung bình là 28 ngày nhưng cũng có thể thay đổi trong khoảng 21 – 35 ngày. Chiều dài của một chu kỳ

thay đổi tùy thuộc vào số ngày trong giai đoạn tạo noãn, giai đoạn hoàng thể gần như cố định là 14 ngày.

Để có một chu kỳ có phóng noãn bình thường, cần có sự hoạt động phối hợp đồng bộ của trục hạ đồi – tuyến yên – buồng trứng để tạo được những đáp ứng thích hợp ở những cơ quan đích: nội mạc tử cung, cổ tử cung và âm đạo.

2.1. Chu kỳ của buồng trứng

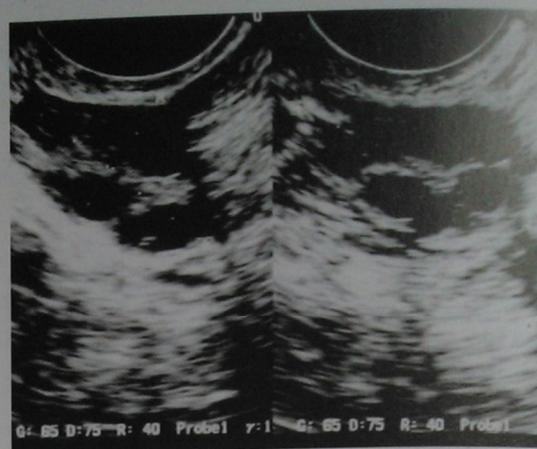
2.1.1. Giai đoạn tạo noãn (follicular phase): một số noãn non bắt đầu phát triển sau giai đoạn kinh nguyệt (Hình 11.1). Vào ngày thứ 6 hoặc 7, một noãn sẽ phát triển trội hơn, tăng kích thước khoảng 2-3mm/ngày⁽¹⁾ để đạt đến kích thước trưởng thành 20-25mm, chuẩn bị phóng noãn (Hình 11.2). Thời gian trung bình của giai đoạn này từ 10-14 ngày.

2.1.2. Giai đoạn hoàng thể (luteal phase): thời gian từ lúc phóng noãn đến khởi điểm xuất hiện kinh nguyệt, trung bình 14 ngày (Hình 11.3).

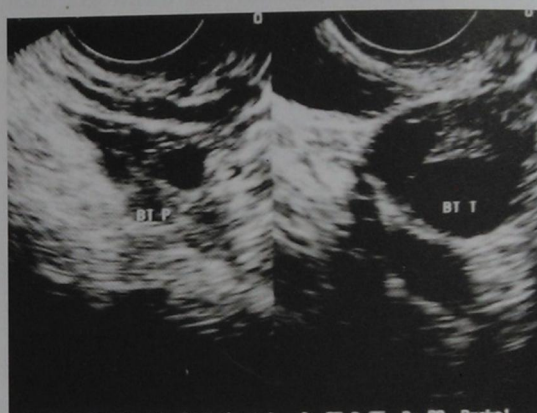
2.2. Chu kỳ của tử cung

2.2.1. Giai đoạn phát triển (proliferative phase): nội mạc tử cung rất mỏng 1-2mm (Hình 11.4), những tế bào của lớp chức năng tăng trưởng dần, các tuyến phát triển và tăng kích thước, đạt bề dày tối đa khoảng 12 mm ở giữa chu kỳ (Hình 11.5).

2.2.2. Giai đoạn chế tiết (secretory phase): 48-72 giờ sau phóng noãn, các tuyến nội mạc tăng kích thước và tăng tiết dịch giàu glycogen, các mạch máu uốn khúc tăng diện tích, nội mạc tử cung trở nên mềm và phù nề (Hình 11.6).



Hình 11.1: Buồng trứng ở giai đoạn tạo noãn.



Hình 11.2: Noãn trội ở buồng trứng bên trái (BT T).



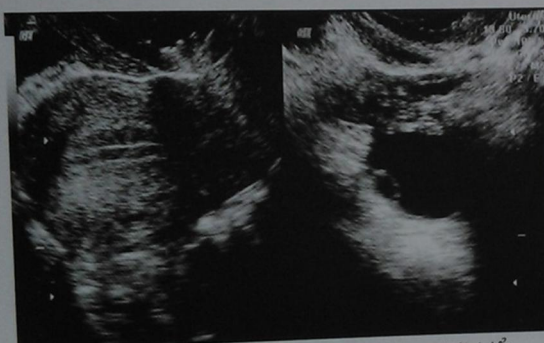
Hình 11.3: Sau phóng noãn, có hoàng thể ở buồng trứng trái.



Hình 11.4: Nội mạc tử cung ở giai đoạn đầu chu kỳ.



Hình 11.7: Chất nhầy ở kênh cổ tử cung (mũi tên).



Hình 11.5: Nội mạc tử cung ở giai đoạn phát triển.



Hình 11.6: Nội mạc tử cung ở giai đoạn chế tiết.

2.2.3. Giai đoạn kinh nguyệt: các tuyến ngưng phân tiết, các mạch máu co lại dẫn đến thiếu máu nuôi, nội mạc tử cung hoại tử và tróc ra, chỉ còn lại lớp tế bào nền sẽ tiếp tục phát triển qua chu kỳ tiếp theo.

2.3. Cổ tử cung

Ở giai đoạn phóng noãn, cổ tử cung gia tăng các mạch máu và trở nên phù nề. Chất nhầy cổ tử cung gia tăng khối lượng khoảng 10-30 lần, trong, dẻo và đàn hồi (Hình 11.7). Vào thời điểm phóng noãn lỗ cổ ngoài cổ tử cung mở ra khoảng 3mm và nhỏ lại còn 1mm sau đó. Ở giai đoạn hoàng thể, chất nhầy trở nên dày, đục và mất tính đàn hồi. Những đặc tính này thường được sử dụng để đánh giá tình trạng nội tiết trên lâm sàng.

3. SIÊU ÂM

Siêu âm được thực hiện qua ngã âm đạo với bàng quang trống để có thể nhìn thấy các cấu trúc bên trong tử cung – buồng trứng – cổ tử cung rõ hơn và đo các số đo chính xác hơn siêu âm qua đường bụng. Thông thường theo dõi phóng noãn ở chu

kỳ tự nhiên sẽ được thực hiện từ ngày thứ 10, theo dõi mỗi 2 ngày cho đến khi noãn đạt đến kích thước trung bình 15mm sẽ siêu âm mỗi ngày đến khi phóng noãn.

3.1. Nội mạc tử cung: bề dày 6-8mm ở ngày 10, tăng dần đến 12mm ở ngày 14 là một trong những tiêu chuẩn đánh giá hữu hiệu sự hoàn chỉnh của nội mạc tử cung⁽²⁾. Nội mạc tử cung quá mỏng (<5mm) hoặc quá dày (>13mm) ở giai đoạn quanh phóng noãn đều có liên quan đến giảm tỷ lệ có thai hoặc tăng tỷ lệ sảy thai^(3,4). Ngoài ra, hình dạng nội mạc tử cung cũng có liên quan đến khả năng làm tổ và duy trì thai⁽⁵⁾:

- ở giai đoạn phát triển: nội mạc với 3 đường phản âm mạnh viền quanh hai lớp phản âm kém: có giá trị tiên đoán dương 50%, độ nhạy 100% và độ chuyên biệt 67%
- ở giai đoạn chế tiết: có phản âm mạnh đồng nhất. Nếu hình ảnh này xuất hiện ngay từ thời điểm phóng noãn sẽ có giá trị tiên đoán âm 100%.

3.2. Buồng trứng: kích thước noãn trội được tính trung bình từ số đo theo 3 chiều ở hai mặt cắt dọc và ngang. Tránh đề mạnh đầu dò lên buồng trứng vì có thể làm biến dạng nang noãn. Nang noãn bình thường có phản âm trống, bờ mỏng nằm một bên của buồng trứng. Quanh thời điểm phóng noãn có thể quan sát thấy gò trứng (cumulus oophorus) ở bờ trong của nang noãn, kích thước khoảng 3-4mm⁽⁶⁾. Một số tác giả cho rằng không thấy gò trứng ở thời điểm quanh phóng noãn là một yếu tố nguyên nhân quan trọng trong vô sinh nguyên phát hoặc thứ phát cũng như trong những trường hợp sảy thai liên tiếp⁽⁷⁾.

Hiện tượng phóng noãn được ghi đến khi có ít nhất hai trong 4 hình ảnh sau đây:

- Không còn nang noãn hoặc nang noãn giảm kích thước, ít nhất $\frac{1}{2}$ đường kính trước khi phóng noãn.
- Bờ nang noãn trở nên dày và không rõ.
- Xuất hiện các điểm – đường phản âm mỏng trong nang noãn.
- Có dịch tự do ở túi cùng Douglas.

3.3. Cổ tử cung: chất nhầy cổ tử cung nhìn thấy trên siêu âm có phản âm trống nằm dọc theo kênh cổ tử cung có bề dày thay đổi tùy theo khối lượng nhiều hay ít.

4. CÁC THỬ NGHIỆM KẾT HỢP

4.1. Thử nghiệm dựa vào những thay đổi lâm sàng

4.1.1. Bệnh sử: một bệnh sử kinh nguyệt đều đặn (có số ngày ra kinh ± 2 ngày, khoảng giữa các chu kỳ ± 2 ngày), có những dấu hiệu cơ thể có thể đoán trước thường có phóng noãn trong 98% trường hợp⁽⁸⁾.

4.1.2. Biểu đồ thân nhiệt: nhiệt độ cơ thể giảm xuống ngay trước thời điểm phóng noãn, sau đó tăng 0.5 - 1°C sau phóng noãn do tác dụng của progesterone và duy trì đến cuối chu kỳ. Cách theo dõi này đơn giản nhưng không có độ tin cậy cao.

4.1.3. Chất nhầy cổ tử cung: những thay đổi về khối lượng và chất lượng chất nhầy cũng được các nhà lâm sàng áp dụng để đánh giá tình trạng nội tiết, tuy nhiên hiện tượng tăng tiết chất nhầy kéo dài trong nhiều ngày nên khó tiên đoán chính xác thời điểm phóng noãn. Ngoài ra, những tính chất trên ứng dụng để đánh giá estrogen nhiều hơn là hiệu năng của giai đoạn hoàng thể.

4.1.4. Sinh thiết nội mạc tử cung: nội mạc tử cung phát triển đầy đủ và hoàn chỉnh cần có tác dụng của progesterone. Những thay đổi mô học ở nội mạc tử cung thể hiện qua sinh thiết nội mạc tử cung 12 ngày sau đỉnh LH trong nước tiểu có thể xác định phóng noãn và đánh giá hiệu năng của giai đoạn hoàng thể. Tuy nhiên, đây là một thủ thuật xâm lấn và chỉ 3% trường hợp vô sinh được chẩn đoán thiếu năng hoàng thể qua thử nghiệm này nên một số nhà lâm sàng không chủ trương thực hiện như là một xét nghiệm thường quy⁽⁹⁾.

4.2. Thử nghiệm dựa vào định lượng nội tiết

4.2.1. Progesterone: được coi như là một xét nghiệm cơ bản chuẩn. Trị số > 10ng/ml ở giữa kỳ hoàng thể là dấu hiệu chắc chắn đã có phóng noãn. Tuy nhiên xét nghiệm này không có độ tin cậy 100% vì buồng trứng có thể sản xuất một số lượng lớn progesterone mà vẫn không có hiện tượng phóng noãn (trong trường hợp hội chứng nang noãn lutein hóa không phóng noãn) hoặc có hiện tượng phóng noãn nhưng không có sự gia tăng nồng độ progesterone (trường hợp suy chức năng hoàng thể).

4.2.2. Luteinizing hormone: nồng độ LH trong nước tiểu có độ chính xác khoảng 85% trong ứng dụng để ước đoán thời điểm phóng noãn⁽¹⁰⁾. Thử nghiệm được thực hiện qua dụng cụ thử nhanh bắt đầu từ 3 hoặc 4 ngày trước thời điểm phóng noãn, lặp lại mỗi 24 giờ. Kết quả dương tính có nghĩa là sẽ có phóng noãn trong khoảng thời gian 12 – 24 giờ sau đó.

4.2.3. Follicle stimulating hormone và estradiol: đây là những nội tiết tố được đo

ở ngày 2 – ngày 4 của chu kỳ để đánh giá sơ khởi sự hoạt động của trục hạ đồi - tuyến yên - buồng trứng:

- FSH cao và estrogen thấp gặp trong hội chứng suy buồng trứng sớm.
- FSH thấp và estrogen thấp đồng nghĩa với rối loạn chức năng trục hạ đồi – tuyến yên
- FSH thấp/bình thường, estrogen và LH cao: hội chứng buồng trứng đa nang.

5. HỘI CHỨNG KHÔNG PHÓNG NOÃN

Trong một số trường hợp, noãn phát triển đến mức trưởng thành nhưng không có hiện tượng phóng noãn. Nang tiếp tục gia tăng kích thước có thể tới 40mm, lutein hóa dưới tác dụng của luteinizing hormone, vẫn tiết progesterone như trong chu kỳ bình thường (Marik and Hulka, 1978; Hamilton *et al.*, 1985; LeMaire, 1987). Nang có thể tự thoái triển cuối chu kỳ hiện tại hoặc tồn tại trong một thời gian.

Siêu âm:

- Không có dấu hiệu giảm kích thước của nang noãn trưởng thành.
- Noãn tiếp tục gia tăng kích thước những ngày sau thời điểm dự kiến phóng noãn.
- Không có dịch túi cùng.

6. HỘI CHỨNG QUÁ KÍCH BUỒNG TRỨNG

Buồng trứng đa nang là một trong những trường hợp có yếu tố nguy cơ của hội chứng quá kích khi bệnh nhân được điều trị kích thích phóng noãn với nội tiết tố ngoại lai dù đôi khi chỉ với một liều lượng tương đối thấp (Hình 11.8).

Những dấu hiệu trên siêu âm:

- Buồng trứng tăng kích thước.
- Nhiều nang noãn phát triển đồng thời, tăng nhanh kích thước.
- Có dịch tự do trong ổ bụng và tràn dịch màng phổi trong trường hợp quá kích nặng.

Nếu định lượng estradiol trong máu sẽ thấy tăng nhanh và cao > 2.500 pg/ml

7. SIÊU ÂM HƯỚNG DẪN CAN THIỆP

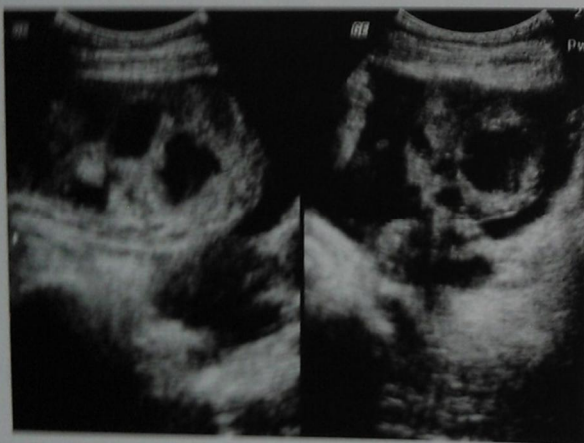
7.1. Trong điều trị vô sinh có can thiệp, sự đáp ứng với điều trị nội khoa thay đổi tùy theo từng bệnh nhân. Siêu âm cung cấp

những thông tin cần thiết để có thể điều chỉnh liều lượng nội tiết tố ngoại lai trong

giai đoạn tạo noãn cũng như biết được thời điểm thích hợp để kích thích phóng noãn.

7.2. Trong những trường hợp có can thiệp bằng thủ thuật, ngoài những theo dõi thông thường, siêu âm còn giữ vai trò quan trọng trong hướng dẫn chọc hút noãn để chuẩn bị cho thụ tinh trong ống nghiệm hoặc kết hợp với nội soi ổ bụng để chuyển noãn và tinh trùng vào vòi trứng (GIFT) hoặc chuyển phôi vào vòi trứng (ZIFT).

7.3. Thông vòi trứng do tắc đoạn gần vì những nút nhầy hoặc những mô hoại tử của những tế bào trứng.



A



B

Hình 11.8: Hội chứng quá kích buồng trứng
Hai buồng trứng tăng kích thước, có nhiều noãn (Hình A),
có dịch tự do trong ổ bụng và dịch ở khoang Morison (Hình B).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Heckeloe BJ, Fleming R, Robinson JP, et al. Correlation of ultrasonic and endocrinologic assessment of human follicular development. *Am J Obstet Gynecol* 1979;135:122
2. Grunfeld S, Wikland M, Karlson B, et al. High resolution endobaginal endometrium: A noninvasive test for endometrial adequacy. *Obstet Gynecol* 1991;78:200
3. Dickey RP, Olar TT, Curole DN, et al. Endometrium pattern and thickness associated with pregnancy outcome after assisted reproduction. *Hum Reprod* 1992;7:418
4. Theo tài liệu đăng trên trang web: [WWW.ivf-infertility.com/IVF procedure/Embryo replacement](http://WWW.ivf-infertility.com/IVF_procedure/Embryo_replacement) 15 tháng 10 - 2005
5. Gonen Y, Calderon M, Dirnfiel H, Abramovici H. The impact of sonographic assessment of the endometrium and meticulous hormonal monitoring during natural cycles in patients with failed donor artificial insemination. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1991;1:122
6. Collins W, Jurkovic D, Bourne T, et al. Ovarian morphology endocrine function and intra-follicular blood flow during the periovulatory period. *Hum Reprod* 1991;6:319
7. Hilgers TW, Kimball CR, Keck SJ, et al. Assessment of the empty follicle syndrome by transvaginal sonography. *J Ultrasound Med* 1992;11:313
8. Magyar DM, Boyers SP, Marshall JR, Abraham GE. Regular menstrual cycles and premenstrual molimina as indicators of ovulation. *Obstet Gynecol* 1979;53:411
9. Rosenberg SM, Luciano AA, Riddick DH. The luteal phase defect: the relative frequency of, and encouraging response to, treatment with vaginal progesterone. *Fertil Steril* 1980;34:17
10. Vermesh M, Kletzky OA, Davajan V, et al. Monitoring techniques to predict and detect ovulation. *Fertil Steril* 1987;46:259

CHƯƠNG XII SIÊU ÂM VÚ

Ung thư tuyến vú hiện nay là một trong hai loại ung thư ở phụ nữ có tỷ lệ tử vong cao nhất, có diễn tiến âm thầm trong một thời gian rất lâu và cần khoảng 2 năm để đạt đến kích thước của một khối u có thể sờ thấy trên lâm sàng⁽¹⁾. Những bệnh lý lành tính của tuyến vú tương đối phổ biến và cũng là một trong những quan tâm của các nhà lâm sàng để chẩn đoán loại trừ với ung thư vú ở thời điểm thích hợp. Nhũ ảnh cho đến nay vẫn là kỹ thuật tầm soát cơ bản để phát hiện sớm ung thư vú và siêu âm giữ vai trò như là một phương tiện chẩn đoán bổ sung, đặc biệt trong những trường hợp nhũ ảnh bị giới hạn do yếu tố kỹ thuật.

1. CƠ THỂ HỌC TUYẾN VÚ

Tuyến vú có kích thước và thành phần cấu trúc thay đổi tùy người và tùy độ tuổi, trải rộng theo chiều dọc từ xương sườn thứ 2 đến xương sườn thứ 6 và chiều ngang từ xương ức ra đến đường nách trước, với đuôi nách ở phần tư trên ngoài có thể sờ thấy dọc theo bờ ngoài cơ ngực lớn.

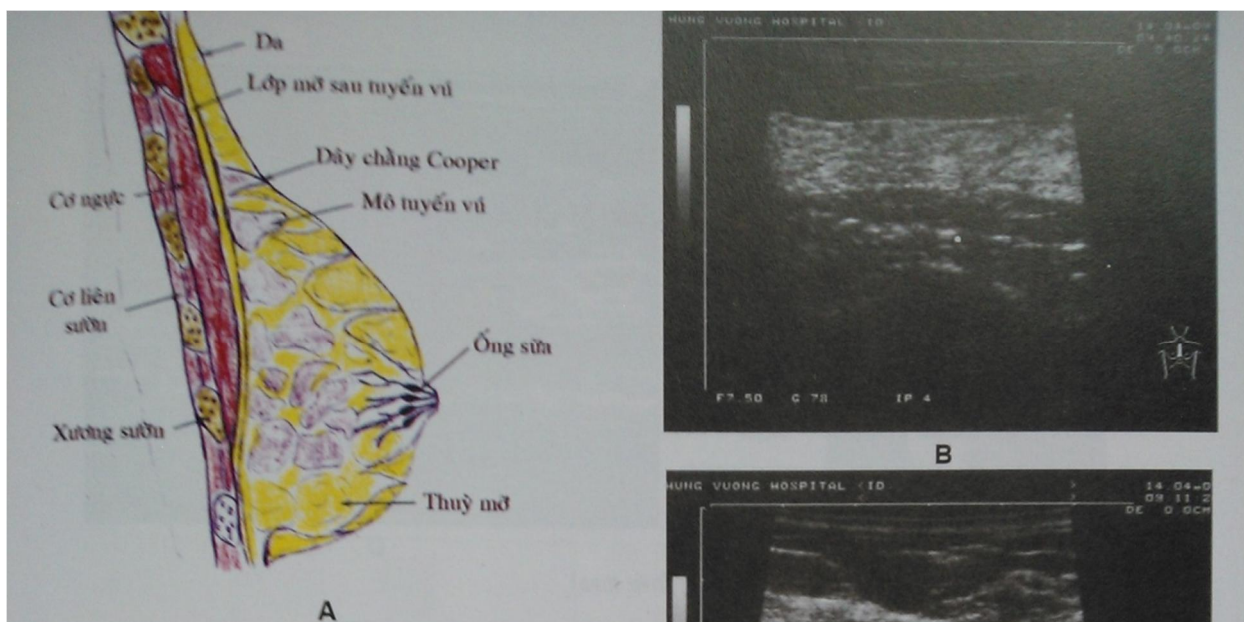
Ở một tuyến vú phát triển đầy đủ, quầng vú có đường kính 1,5 – 2,5mm, sẫm màu và trên mặt có vài tuyến bã nằm sát ngay dưới da (tuyến Montgomery) tiết chất mỡ làm trơn núm vú. Bên trong núm vú có khoảng 8 – 13 ống sữa, đường kính trung bình 2- 3mm⁽²⁾ (có thể gia tăng kích thước khi cho con bú), phình ra ở đoạn ngay dưới núm vú thành những túi trữ sữa, sau đó

phân thành nhiều nhánh. Số lượng và kích thước của các ống sữa chỉ phát triển hoàn chỉnh ở giai đoạn có thai và cho con bú. Cấu tạo mô học tuyến vú bao gồm các thành phần mô tuyến, mô mỡ và mô sợi được bao quanh bởi một lớp cân tiếp nối với cân cơ ngực, có những phân nhánh đến dưới lớp da –dây chằng treo Cooper – chia tuyến vú thành nhiều thùy. Lớp mô mỡ thường phân bố ở ngay dưới da, giữa các thùy và ở phía sau vú, trước lớp cơ ngực (Hình 12.1).

2. CHỈ ĐỊNH

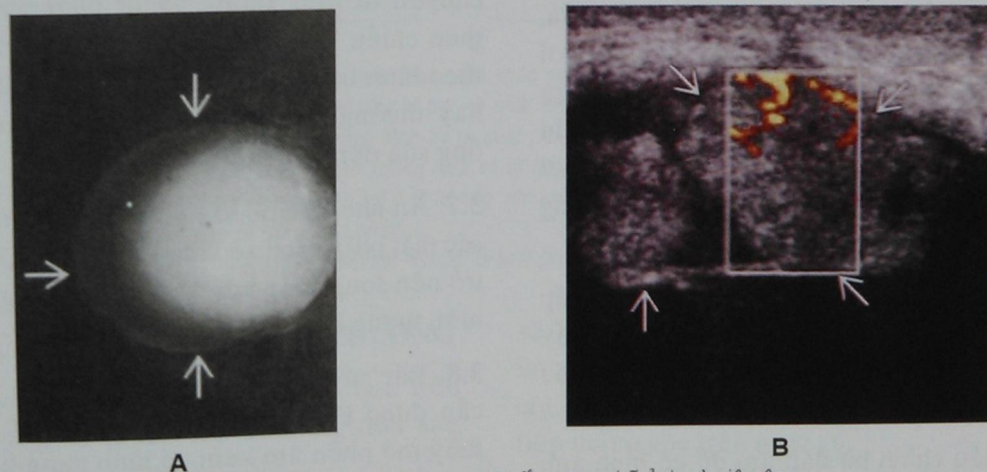
Siêu âm được chỉ định trong những trường hợp:

1. Đánh giá những khối sờ thấy hoặc không xác định trên lâm sàng.
2. Đánh giá những khối u ở người trẻ, nhũ ảnh bị giới hạn vì mô vú có đậm độ cao.
3. Đánh giá những khối u ở những phụ nữ có thai và cho con bú.
4. Đánh giá những vùng đậm không điển hình hoặc không cân xứng trên nhũ ảnh.
5. Chẩn đoán phân biệt cấu trúc bên trong của một khối là nang hoặc đặc (không phân biệt được trên nhũ ảnh) (Hình 12.2)
6. Hướng dẫn chọc hút để chẩn đoán tế bào – mô học.



Hình 12.1:

- A. Hình minh họa các lớp cơ thể học tuyến vú.
 B. Ở người trẻ tuổi: thành phần mô tuyến dày, ít mô mỡ.
 C. Ở người trung niên: lớp mô tuyến mỏng, tăng mô mỡ.



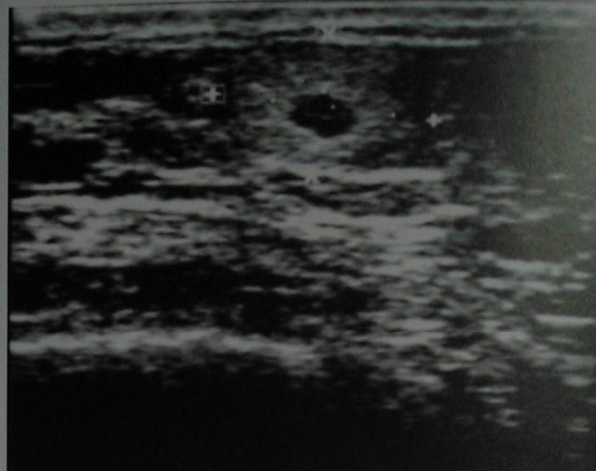
Hình 12.2: So sánh hình ảnh các khối u qua nhũ ảnh và siêu âm.

Trường hợp 1.

- A. Hình chụp nhũ ảnh: một khối cản quang có kích thước lớn, giới hạn rõ, nằm ở vị trí giữa ngực.
 B. Hình siêu âm của cùng bệnh nhân: khối u dạng nang có phản âm trống, ở trên bờ thành cổ vại vùng phản âm mạnh trung bình với nhiều mạch máu tăng sinh. Kết quả giải phẫu bệnh: ung thư ống tuyến tại chỗ (DCIS).



C



D

Hình 12.2 (tiếp theo)

Trường hợp 2.

C. Hình chụp nhũ ảnh

D. Hình siêu âm. Kết quả sinh thiết: hoại tử mô mỡ (fat necrosis)

3. KỸ THUẬT (Hình 12.3)

3.1. Đầu dò: thường sử dụng đầu dò thẳng, có tần số $\geq 7.5\text{MHz}$, có vùng tiêu cự thay đổi.

3.2. Tư thế khám: bệnh nhân nằm ngửa, hai tay để ngang đầu, có thể kê gối dưới vai. Tư thế này sẽ làm vú căng và thẳng ra ở vị trí tương đối cố định, dễ khảo sát. Khi siêu âm $\frac{1}{2}$ ngực ngoài để bệnh nhân hơi nghiêng qua bên đối diện và nằm thẳng khi khảo sát $\frac{1}{2}$ ngực trong.

3.3. Có thể siêu âm với đầu dò trực tiếp trên da hoặc qua túi nước. Nên cho gel đầy đủ để làm giảm hiện tượng dội lại từ các mặt tiếp xúc.

3.4. Điều chỉnh bù đắp âm để có hình ảnh trung thực của các mô vùng sâu.

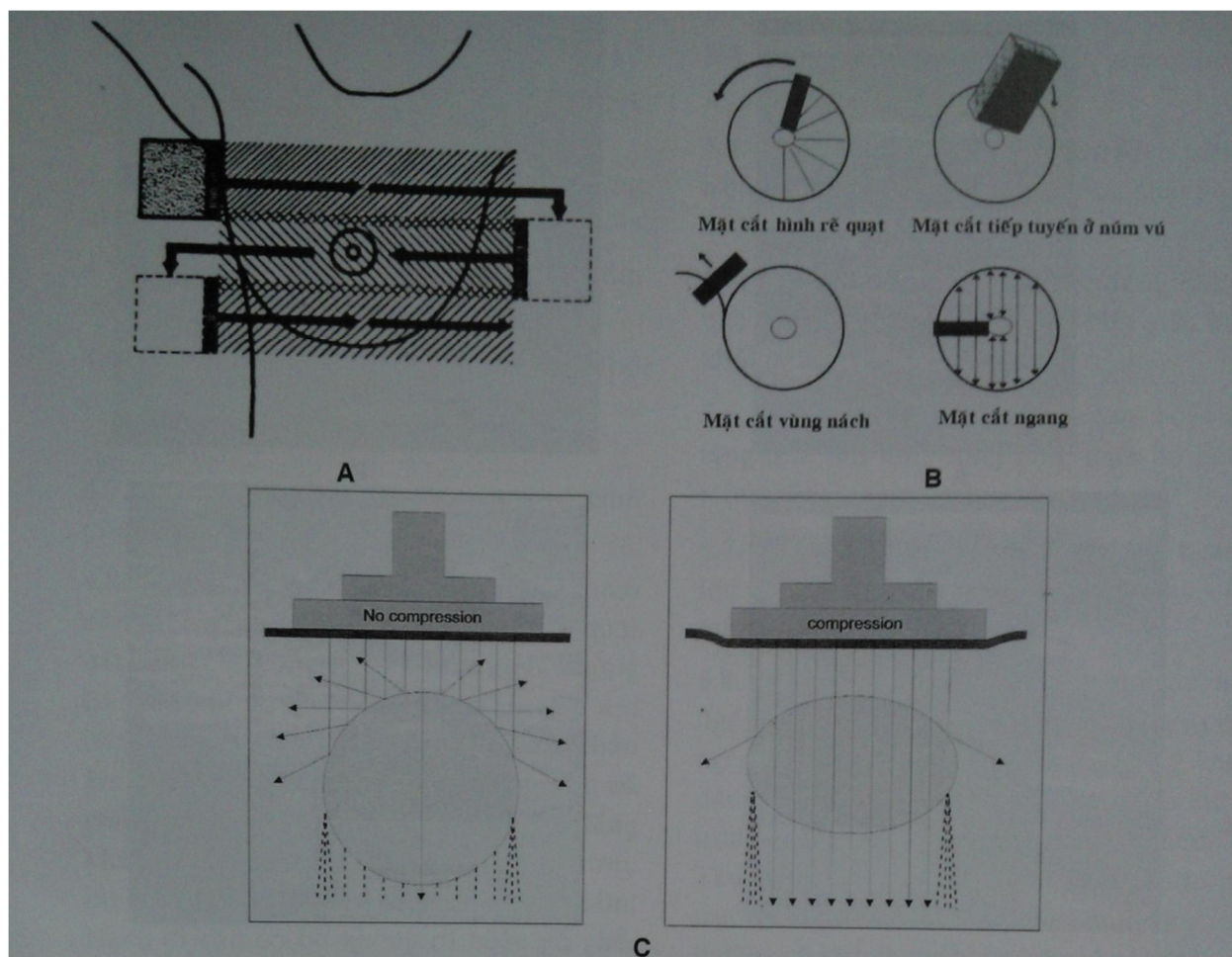
3.5. Với những đầu dò tần số cố định, nên đặt vùng khảo sát ở tiêu cự thích hợp vì những tổn thương có độ tương phản âm

không khác biệt nhiều với những mô chung quanh có thể bị bỏ sót nếu nằm ngoài vùng tiêu cự tối ưu.

3.6. Đầu dò đặt thẳng góc với da, di chuyển từ trên xuống và từ phải qua trái theo chiều dọc hoặc chiều ngang, hoặc đi theo hình tia quanh núm vú (cách khảo sát này thường chỉ sử dụng để theo dấu các ống sữa đến đầu núm vú).

3.7. Ấn nhẹ đầu dò khi khảo sát sẽ làm cho các mặt phân cách xéo như dây chằng Cooper trở nên song song với đầu dò, không gây ra hiện tượng bóng lưng giả do khúc xạ.

3.8. Bất cứ tổn thương nghi ngờ nào cũng cần được khảo sát ở nhiều mặt cắt: một thùy mô phản âm kém có hình dạng tròn ở mặt cắt ngang thoát nhìn giống như một khối u nhưng khi thay đổi qua mặt cắt dọc sẽ có hình dạng dài, ngoài ra sự nối tiếp với các thùy mô khác sẽ giúp phân biệt được với một khối u thật sự.



Hình 12.3: Hình minh họa cách khảo sát tuyến vú qua siêu âm.

- A. Khảo sát với hướng đầu dò dọc từ trái → phải → trái và từ trên xuống dưới.
- B. Các cách khảo sát khác: theo hình tia rẽ quạt (hình trên bên trái) hoặc hướng đầu dò theo chiều ngang từ trên xuống dưới và từ trái qua phải (hình dưới bên phải).
- C. So sánh hướng đi chùm tia tới ở vị trí tiếp xúc khi không ấn đầu dò (hình bên trái) và có ấn đầu dò (hình bên phải)

(Prof H. Michael Runge: Breast Diagnosis, module 9)

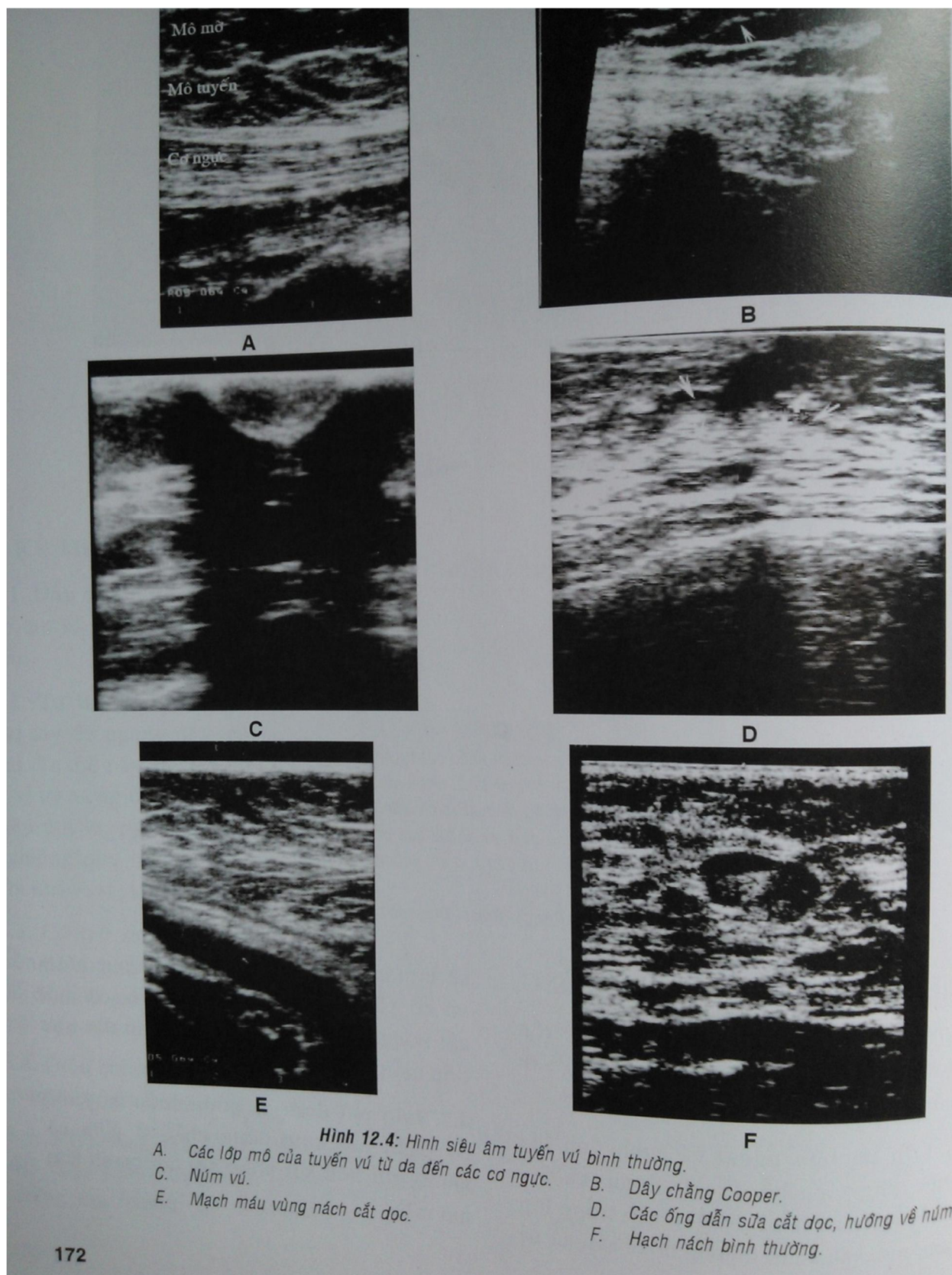
4. SIÊU ÂM TUYẾN VÚ BÌNH THƯỜNG

Tuyến vú có cấu trúc cơ thể học trên siêu âm gồm nhiều lớp từ nông đến sâu (Hình 12.4):

4.1. Lớp da bên ngoài có hình ảnh hai đường song song bề dày 1- 2mm, và 3 - 5mm ở vùng núm vú. Những sẹo trong lớp da sau mổ, sau chấn thương hoặc sau xạ trị

sẽ làm cho da dày hơn bình thường. Núm vú có phản âm mạnh trung bình, có một cột bóng lưng phía sau khi đầu dò đặt trực tiếp thẳng góc trên núm vú.

4.2. Lớp mỡ dưới da gồm nhiều thùy mỡ có phản âm kém đồng nhất, ở giữa có những sợi liên kết phản âm hơi mạnh hơn mô mỡ.



Hình 12.4: Hình siêu âm tuyến vú bình thường.

- A. Các lớp mô của tuyến vú từ da đến các cơ ngực.
- B. Dây chằng Cooper.
- C. Nút vú.
- D. Các ống dẫn sữa cắt dọc, hướng về nút
- E. Mạch máu vùng nách cắt dọc.
- F. Hạch nách bình thường.

4.3. Lớp mô tuyến phản âm mạnh, xen kẽ bởi những thùy mỡ, mô sợi và những ống dẫn sữa (có thể thấy hoặc không).

4.4. Dây chằng Cooper là những đường mỏng phản âm sáng.

4.5. Lớp mỡ sau tuyến vú phản âm kém đồng nhất.

4.6. Lớp cơ ngực với đặc điểm của các bó sợi cơ dài phản âm kém, có những bao cơ ở những mặt phân cách.

4.7. Xương sườn: ở mặt cắt ngang có hình tròn, bờ đều và có bóng lưng.

4.8. Hạch: kích thước có thể từ vài mm đến 1-2cm, đa số thấy ở $\frac{1}{4}$ trên ngoài, đuôi nách hoặc ở vùng nách. Hạch bình thường có hình hạt đậu và cấu trúc trên siêu âm tương tự như quả thận với vùng vỏ phản âm kém đồng nhất và mô mỡ vùng rốn có phản âm mạnh. Hạch phản ứng thường tăng kích thước, bờ và giới hạn rõ, có cấu trúc bình thường và di động khi thăm khám. Hạch di căn có bờ không rõ hoặc gồ ghề, mất phản âm mạnh ở rốn hạch và vỏ có những vùng dày mỏng khu trú hoặc lan tỏa.

Lưu ý: Một kết quả siêu âm vú không phát hiện bất thường vẫn không loại trừ được những tổn thương ung thư tại chỗ vì độ nhạy của siêu âm thấp đối với những khối u có kích thước nhỏ ^(3,4,5,6,7).

5. NHỮNG ĐẶC ĐIỂM MỘT KHỐI U TUYẾN VÚ CẦN ĐÁNH GIÁ

5.1. Vị trí: có thể phân chia theo các $\frac{1}{4}$ trên, dưới, trong, ngoài hoặc theo múi giờ trên bề mặt đồng hồ.

5.2. Hình dạng: tròn, bầu dục, nhiều thùy hoặc trung gian giữa các dạng.

5.3. Bờ: đều hoặc không đều, phẳng hoặc gồ ghề, có nhú...

5.4. Phản âm bên trong: hoàn toàn trống, trống nhưng có hồi âm, đặc đồng nhất hoặc không đồng nhất.

5.5. Tính di động: đây là một trong những đặc điểm để chẩn đoán phân biệt giữa một khối u lành tính và ác tính ⁽⁸⁾.

5.6. Bóng âm phía sau: không có hoặc có tăng âm, hút âm, bóng lưng toàn bộ hoặc một phần.

5.7. Hướng khối u: khối u có trục ngang lớn hơn trục dọc thường là dấu hiệu của một khối u lành tính.

5.8. Có thể đè nén: ấn nhẹ đầu dò hoặc một ngón tay lên khối u hoặc ép khối u giữa hai ngón tay: thường các thùy mỡ, những khối dạng nang hoặc 20% u sợi có thể ép được trong khi các khối ung thư khó ép hơn ⁽⁹⁾. Thử nghiệm này có độ tin cậy thấp trong trường hợp vú có kích thước lớn, những tổn thương có kích thước nhỏ và/hoặc nằm sâu.

5.9. Xáo trộn cấu trúc mô chung quanh: khối u lành tính khi gia tăng kích thước có khuynh hướng đẩy mô lân cận ra chung quanh, khối u ác tính ngược lại có tính thâm nhập sẽ gây ra sự gián đoạn cấu trúc của các mô chung quanh.

5.10. Những dấu hiệu đi kèm: da dày và co kéo, dây chằng Cooper dày, hạch nách phì đại...

Lưu ý:

Không có tiêu chuẩn nào trên siêu âm có thể chẩn đoán phân biệt chắc chắn 100% giữa một khối u lành tính và một khối u ác tính. Nên kết hợp với những xét nghiệm

cận lâm sàng khác trong những trường hợp cần có chẩn đoán xác định.

6. CÁC BỆNH LÝ LÀNH TÍNH

6.1. Thay đổi sợi bọc

Đây là nhóm bao gồm những thay đổi lành tính của mô tuyến vú nên được gọi tên là thay đổi sợi bọc tuyến vú (fibrocystic changes, hình 12.5) thay vì bệnh lý xơ nang (fibrocystic disease) như trước đây.

Siêu âm:

- Nhiều nang thành lập ở rải rác trong mô tuyến, kích thước thay đổi từ vài mm đến vài cm, bờ mỏng đều.
- Tăng sinh mô sợi nên mô tuyến vú có phản âm mạnh.

Dù là thay đổi lành tính nhưng những trường hợp thay đổi sợi bọc cũng cần được theo dõi và có những xét nghiệm bổ sung nếu cần để loại trừ những ung thư bị che lấp bên dưới.

6.2. Nang vú: ít gặp ở người trẻ < 25 tuổi và > 60 tuổi.

Siêu âm: Hình ảnh điển hình (Hình 12.6)

- Dạng tròn.
- Bờ đều nhẵn.
- Có hiện tượng tăng âm phía sau (bóng lưng hai bên là do khúc xạ khi tia siêu âm tiếp xúc ở vị trí bờ nang).
- Nếu có xuất huyết hoặc nhiễm trùng sẽ có những điểm hoặc vùng phản âm mỏng bên trong.

Lưu ý:

- Nên khảo sát cẩn thận thành sau của khối nang để không bỏ sót những vùng đẩy lên khu trú, thường là dấu hiệu của những bệnh lý tăng sinh.
- Nốt phản âm mạnh bên trong một khối nang có thể gặp trong những khối u hoại tử, trong u nhú lòng ống sữa (intracystic papilloma) hoặc trong ung thư (carcinoma) ⁽¹⁰⁾
- 1-2% ung thư có dạng giống nang, một thùy nhưng bờ không đều, không có tăng âm phía sau và trong nang có phản âm rải rác ^(11,12)



A



B

Hình 12.5: Thay đổi sợi bọc tuyến vú.

A. Mô tuyến vú dày, có nhiều nang trống kích thước nhỏ.
B. Số lượng nang thay đổi, kích thước lớn hơn trường hợp (A). Các nang có bờ rõ và có tăng âm phía sau.



A



B

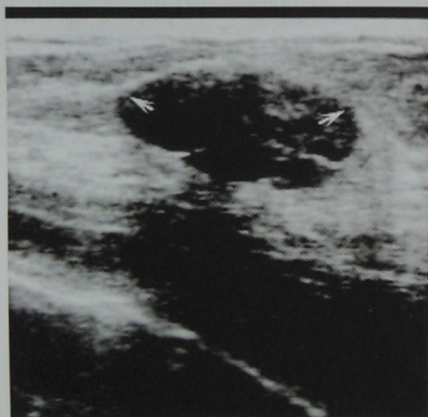
Hình 12.6: Nang vú cắt dọc (A) và ngang (B).

Nang có phần âm trống hoàn toàn, bờ mỏng đều, có tăng âm mạnh phía sau.

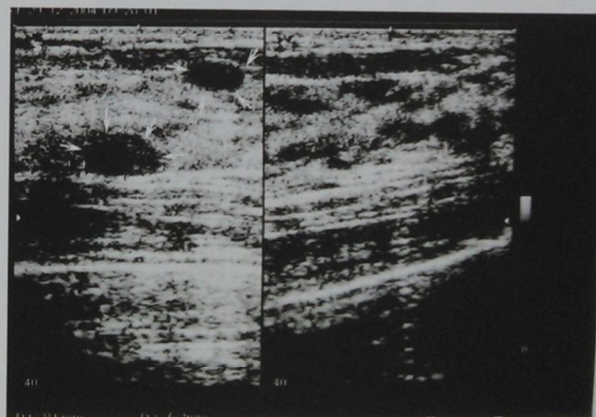
6.3. U sợi tuyến (fibroadenoma): đây là loại u lành tính thường gặp nhất ở người < 35 tuổi, thường nằm ở vị trí nối tiếp giữa lớp mỡ dưới da và mô tuyến vú, kích thước có thể đến 6-8cm. Có khoảng 20% u sợi tuyến không nhìn thấy trên siêu âm^(13,14,15).

Siêu âm (Hình 12.7):

- Một hoặc nhiều nhân.
- Hình dạng tròn hoặc bầu dục.
- Bờ đều.
- Di động.



A



B

Hình 12.7: U sợi tuyến vú

- A. Khối u có giới hạn rõ, bờ đều. Mặt trước khối u phát triển lên phía trên nhưng không làm gián đoạn cấu trúc của các phần mô lân cận (mũi tên).
- B. U sợi nhiều nhân có cấu trúc đồng nhất, giới hạn rõ, bờ đều, không có tăng âm phía sau (Hình bên trái).



C



D

Hình 12.7: U sợi tuyến vú
C-D. U sợi có thoái hóa can xi.

- Thường có phản âm kém đồng nhất, tuy nhiên cấu trúc phản âm có thể thay đổi tùy thành phần tăng sinh mô tuyến, mô sợi...
- Đôi khi có tăng âm phía sau.
- Khi thoái hóa và/hoặc hyalin hóa bên trong thường có những nốt can xi lớn có thể thấy được trên siêu âm và có bóng lưng.

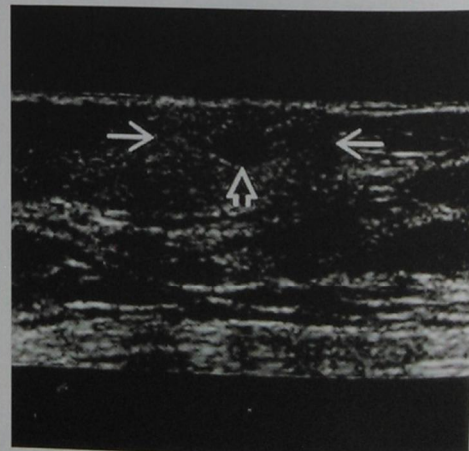
6.4. U mỡ

- Thường gặp ở người lớn tuổi.
- Mật độ phản âm giống mô mỡ.
- Khối u có giới hạn rõ, bờ đều.
- Dễ đè nén.
- Hoại tử mỡ (fat necrosis) thường xảy ra sau chấn thương, phẫu thuật hoặc tia xạ. Mật độ phản âm có thể thay đổi từ phản âm trống, kém đến hỗn hợp trong phần mô mỡ phù nề phản âm mạnh hơn bình thường (Hình 12.8). Phần hoại tử cũ lâu ngày cũng có thể đóng can xi ở bờ thành, có bóng lưng. Chẩn đoán phân biệt

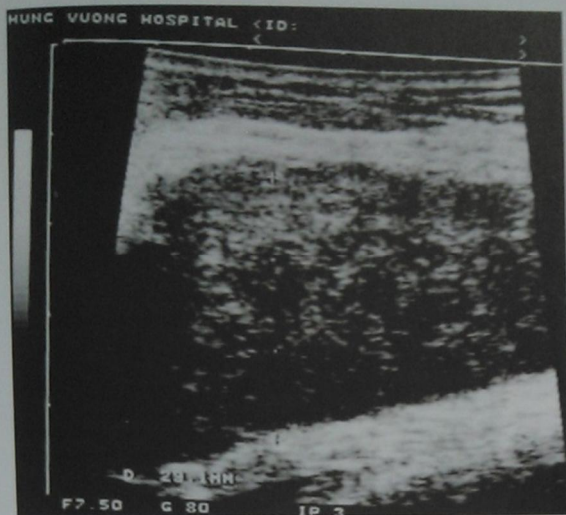
giữa hoại tử mỡ và khối u ác tính trên siêu âm đôi khi rất khó khăn.

6.5. U nang bã

- Nằm ở vị trí sát dưới da hoặc giữa hai lớp biểu mô của da.
- Nang thường có phản âm kém do chất mỡ bên trong.
- Có thể có hoặc không có tăng âm phía sau.



Hình 12.8: Hoại tử mỡ
Vùng mỡ phản âm mạnh trung bình, ở giữa có vùng hoại tử phản âm kém (đầu mũi tên).



Hình 12.9: U diệp thể

Khối u có kích thước lớn, bờ đều, giới hạn rõ, phản âm kém không đồng nhất. Kết quả giải phẫu bệnh: u diệp thể giáp biên ác.

6.6. Khối u diệp thể (Phyllodes tumor)

- Được coi là một biến thể của u sợi tuyến⁽¹⁶⁾, thường lành tính nhưng có

khuynh hướng phát triển ác tính⁽¹⁷⁾. 20% trường hợp u diệp thể tái phát tại chỗ sau mổ và 25% sẽ cho di căn xa⁽¹⁸⁾.

- Phát triển nhanh và có kích thước rất lớn.
- Dạng đặc, giới hạn rõ, phản âm giống u sợi tuyến (Hình 12.9), bên trong có thể có nhiều nang trống.

6.7. Nang ống sữa (galactocoele): là những nang đi kèm với những ống sữa dẫn lớn, thường gặp ở người có thai và cho con bú (Hình 12.10).

Siêu âm:

- Nang có bờ mỏng đều, phản âm trống nhưng cũng có thể có những điểm phản âm mỏng bên trong do chất lỏng có chứa mỡ.
- Không có tăng âm phía sau.



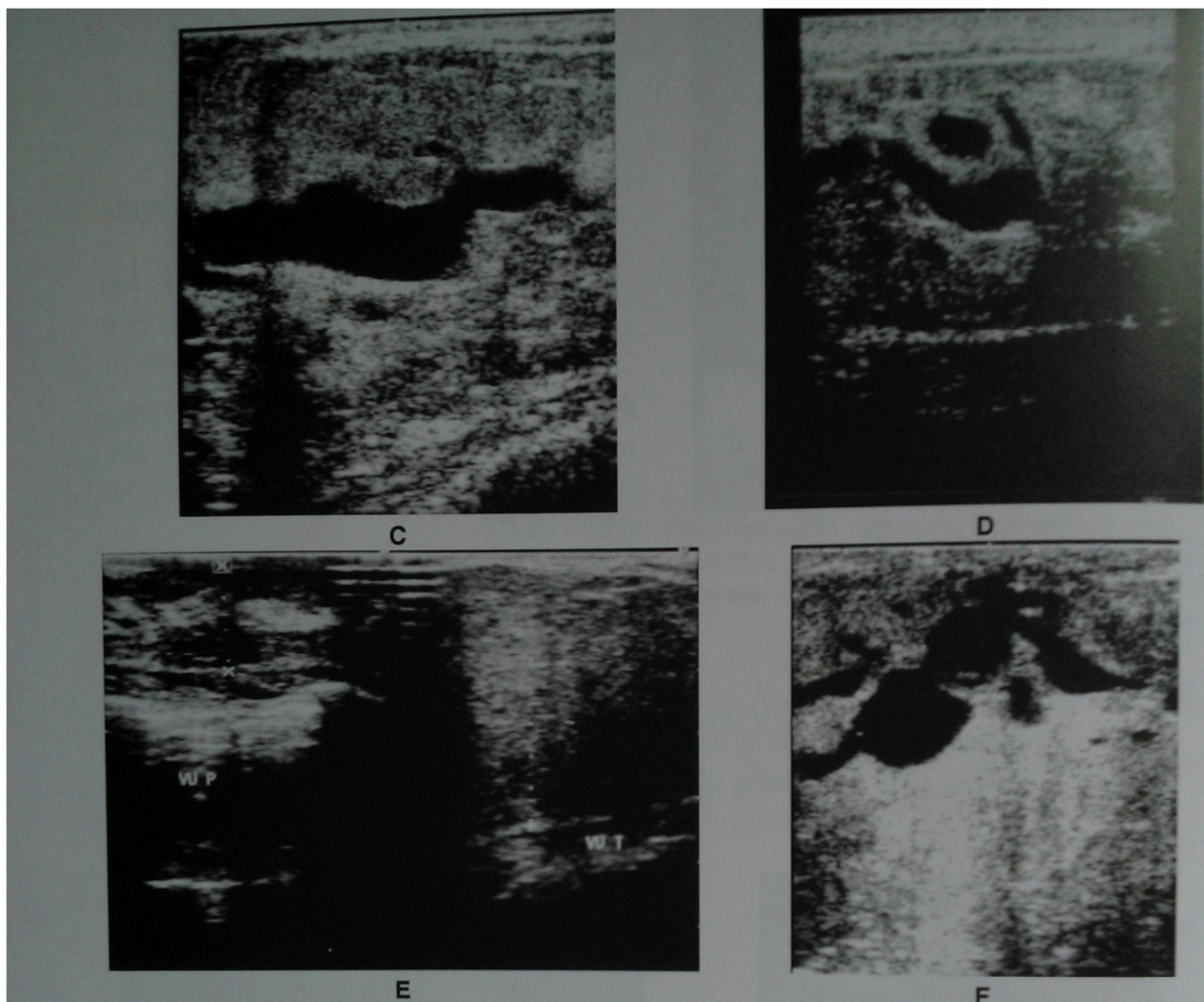
A



B

Hình 12.10: Ống dẫn sữa.

A-B. Các ống sữa ở người cho con bú, kích thước trong giới hạn bình thường.



Hình 12.10: Ống dẫn sữa.

- C-D. Dẫn ống sữa ở mặt cắt dọc (hình C) và ngang (hình D) .
- E. Đang cho con bú, vú bên phải mất sữa. Trong trường hợp này không thấy hình ảnh các ống dẫn sữa ở vú bên trái. Vú bên phải có bề dày nhỏ hơn nhiều so với vú bên trái.
- F. Nang ống sữa: ống sữa phình lớn ở đoạn gần núm vú.

6.8. Viêm, áp xe

Siêu âm (Hình 12.11):

- Khối hình dạng không đều.
- Bờ thường không rõ ràng.
- Phản âm kém không đồng nhất hoặc hỗn hợp.

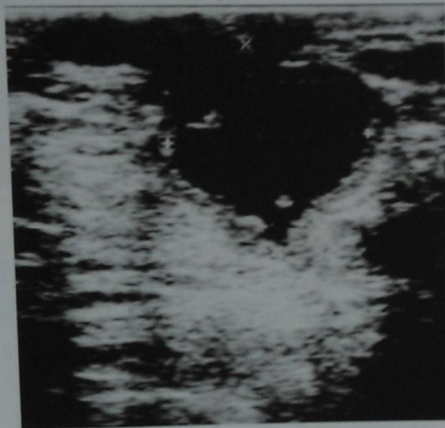
- Mô chung quanh phản âm mạnh hơn tạo một sự tương phản khi chẩn đoán phân biệt với một khối ác tính nếu chỉ dựa vào hình ảnh siêu âm đơn thuần.
- Có thể thấy đường thông ra da.



A



B



C

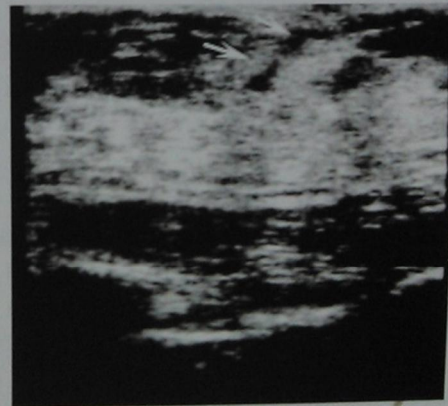
Hình 12.11: Áp xe vú

A-B. Khối máu tụ ở vết mổ cắt u sợi 5 ngày.

C. Khối tụ mủ có giới hạn tương đối rõ, có đường thông ra da.

6.9. Mô sẹo

Sự tăng sinh lan tỏa của lớp mô sợi cũng có thể cho những bóng lừng giống như một khối u không rõ giới hạn (Hình 12.12). Ấn nhẹ đầu dò để làm chuyển hướng những sợi collagen sẽ làm các bóng lừng thay đổi vị trí hoặc mất đi.



Hình 12.12: Sẹo mổ

Sau tiểu phẫu cắt u sợi một tháng. Ngay vị trí dưới vết sẹo mổ trên da có một vùng phản âm mạnh thông với lớp mô dưới da.

6.10. Cấy Silicone

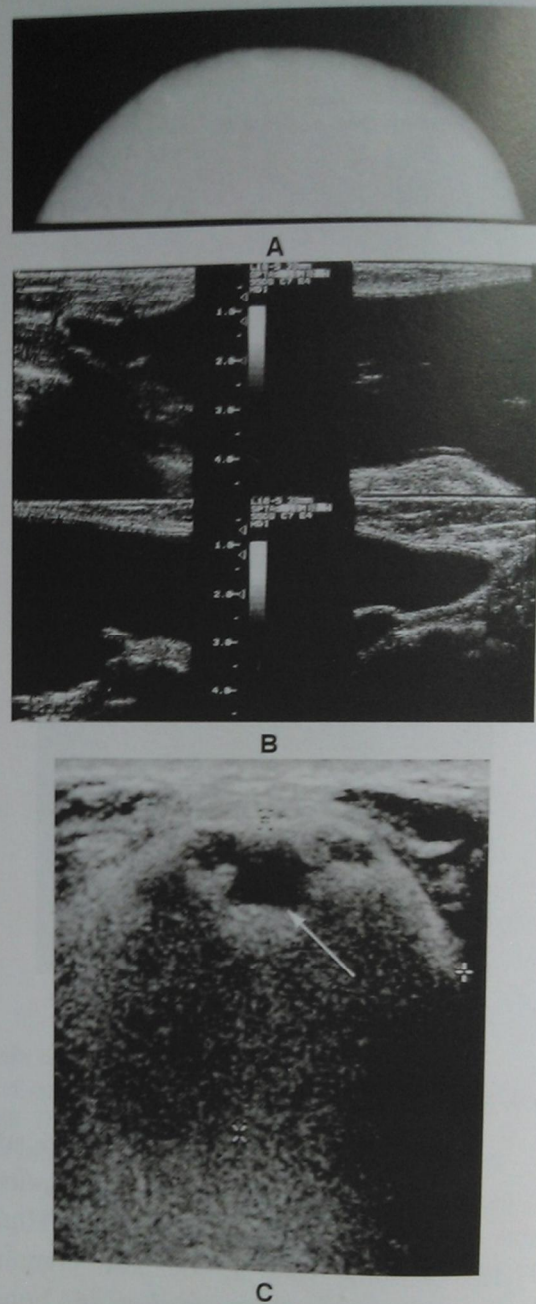
Tia X không thể xuyên qua những vùng có silicone, do đó sẽ cản trở việc khảo sát mô vú qua nhũ ảnh (Hình 12.13A), trừ trường hợp túi silicone được đặt phía dưới tuyến vú hoặc dưới cơ ngực (Hình 12.13B). Trên siêu âm, những vùng silicone chích trực tiếp sẽ tạo những âm nhiễu mạnh, không thể đánh giá được những vùng mô lân cận (Hình 12.13C).

6.11. Bất thường bẩm sinh

Những bất thường bẩm sinh của tuyến vú như bất sản hoặc không có núm vú – quầng vú rất hiếm gặp. Nhóm có thể gặp là tăng số lượng núm vú (Polythelia) hoặc vú phụ (Polymastia) (Hình 12.14), thường không xuất hiện cho đến khi có sự gia tăng hoạt động của các nội tiết tố sinh dục ở giai đoạn dậy thì hoặc có thai. Những mô tuyến vú lạc chỗ cũng có thể có những biến đổi lành tính hoặc ác tính giống như mô vú bình thường⁽¹⁹⁾.

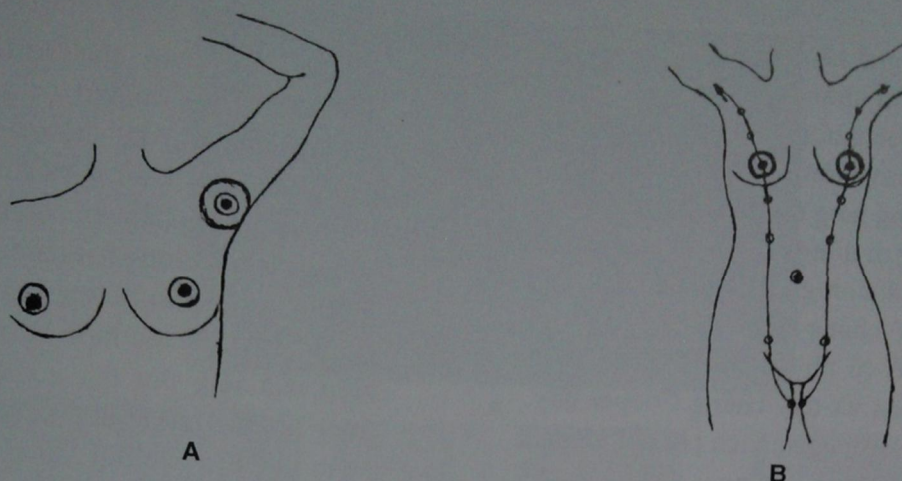
6.11.1. Bất thường về số lượng

- Tần suất 1%, nữ nhiều hơn nam.
- Vị trí thường gặp nhất là ở nách. Những vị trí ít gặp có thể ở mông, sau gáy, mặt, hông, cánh tay, vai, giữa ngực hoặc giữa lưng^(20,21).
- Có thể một bên hoặc hai bên.
- Cấu tạo thay đổi từ một vú đầy đủ với các thành phần mô tuyến – quầng vú – núm vú đến một vú chỉ có mô tuyến – quầng vú – không có núm vú, mô tuyến – núm vú – không có quầng vú hoặc chỉ có mô tuyến đơn thuần⁽²²⁾.



Hình 12.13: Cấy Silicone

- A. Hình chụp nhũ ảnh một bệnh nhân đặt túi nước sau mổ tái tạo vú.
- B. Hình siêu âm của cùng bệnh nhân trên, có thể đánh giá được phần mô dưới da và phần mô sát thành ngực. (Prof H. Michael Runge: Breast Diagnosis, module 9)
- C. Phần silicone tự do với những bóng âm nhiễu che lấp vùng mô phía sau và lân cận. (Ellen B. Mendelson: Ultrasound of the Breast. Callen 5th ed.)



Hình 12.14: Vú phụ – Đường sữa

- A. Hình minh họa vú phụ ở vùng nách với các thành phần của một tuyến vú bình thường.
 B. Hình minh họa "Đường sữa"
 Trong giai đoạn phôi, ở tuần lễ thứ 5 có hai đường và những nốt gồ lên từ vùng nách chạy dài xuống đến mặt trong hai bẹn. Sau đó tất cả các nốt nguyên thủy sẽ thoái hóa hoàn toàn và chỉ còn lại hai nốt ở vị trí hai bên ngực trên.

- Những vú nằm ở vị trí cạnh bên thường có kích thước lớn và có khả năng tiết sữa hơn những vú phụ ở vị trí giữa.
- Vú phụ cân xứng ở hai bên nách thường có kích thước nhỏ và cũng có khả năng tiết sữa.
- Những mô vú thừa ở vùng nách không có cấu tạo của núm vú để có khuynh hướng thay đổi ác tính hơn những vú phụ có cấu tạo đầy đủ.
- Tần suất ung thư tương đương với mô vú bình thường.
- Núm vú phụ có thể kèm theo những bất thường của hệ niệu: thận dư, thận teo, hệ thống góp nước tiểu đôi và ung thư thận^(23,24,25).

6.11.2. Phì đại tuyến vú (Mammary hypertrophy): Là những bất thường hay gặp với tỷ lệ bằng nhau ở cả hai giới. Ở phụ nữ, có thể gặp những loại:

6.11.1.1. Phì đại ở trẻ nhỏ, trước dậy thì:

- Thường kèm theo rối loạn nội tiết của buồng trứng.
- Cân xứng hai bên.
- Kích thước không lớn.

6.11.1.2. Phì đại ở tuổi thanh niên hoặc khi có thai

- Không rõ nguyên nhân.
- Có thể một hoặc hai bên.
- Bên bị phì đại thường có kích thước rất lớn với hiện tượng tăng sinh mô sợi, ống sữa dẫn lớn.

7. UNG THƯ VÚ

Hình ảnh trên siêu âm thay đổi tùy cấu trúc mô học của từng loại^(26,27), thường gặp nhất là ung thư ống tuyến xâm nhiễm (infiltrating duct carcinoma, hình 12.15).

Siêu âm:

- Hình dạng không nhất định.

- Bờ gồ ghề không đều.
- Giới hạn không rõ.
- Trục dọc thường lớn hơn trục ngang.
- Phản âm không đồng nhất.
- Có bóng lưng rải rác phía sau.
- Không di động.
- Có hình ảnh gián đoạn cấu trúc của các mô chung quanh.
- Có thể có những dấu hiệu khác đi kèm: da và dây chằng Cooper dãn, da co kéo, hạch nách phì đại và mất cấu trúc bình thường...

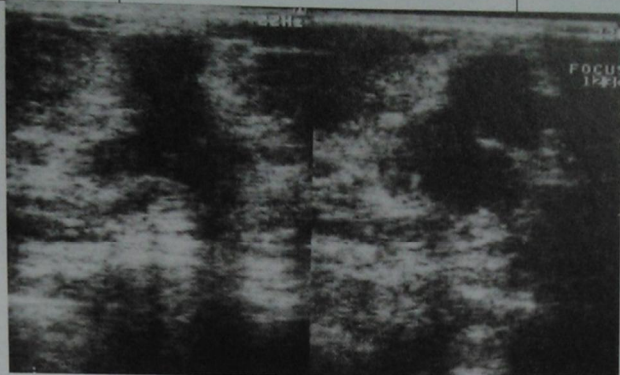
Lưu ý:

- Những loại ung thư khác như medullary và colloid carcinoma thường có những đặc điểm hình ảnh giống như một khối u vú lành tính (Giới hạn rõ, phản âm đồng nhất, không có bóng lưng bất thường...).
- Sự hiện diện của những hạch nách phì đại không luôn luôn là một dấu hiệu của ung thư mà có thể gặp trong những trường hợp thay đổi do viêm nhiễm hoặc đôi khi không rõ nguyên nhân.

Bảng so sánh các đặc điểm lành tính và ác tính của khối u tuyến vú dựa trên hình ảnh siêu âm

ĐẶC ĐIỂM	LÀNH TÍNH	ÁC TÍNH
Hình dạng	- Tròn, bầu dục	- Không nhất định
Bờ	- Đồng đều, rõ - Nhẵn	- Không rõ - Gồ ghề
Cấu trúc	- Đồng nhất - Phản âm trống hoặc tương đương mô mỡ	- Không đồng nhất - Phản âm kém hơn mô mỡ
Bóng âm phía sau	- Tăng âm - Bóng lưng phía sau vùng phản âm sáng	- Hút âm - Bóng lưng một bên bờ, phía sau vùng phản âm kém
Tỷ lệ trục dọc/ngang	Dọc < Ngang	Dọc > Ngang
Di động	(+)	(-)
Có thể đè nén	(+)	(-)
Gián đoạn cấu trúc mô chung quanh	(-)	(+)

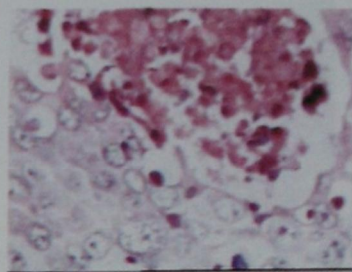
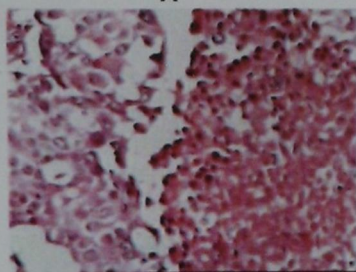
mô chung quanh



A



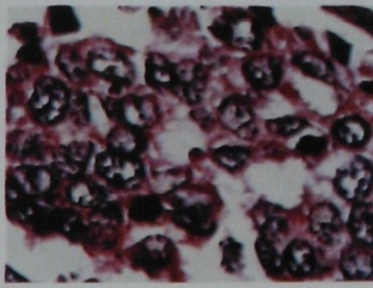
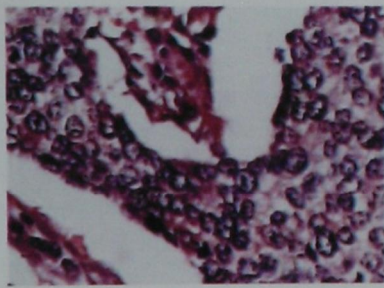
B



C



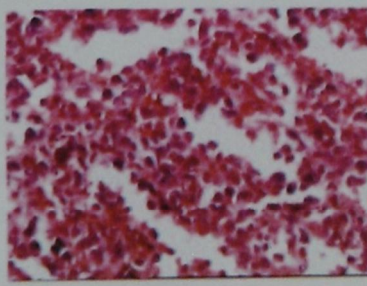
D



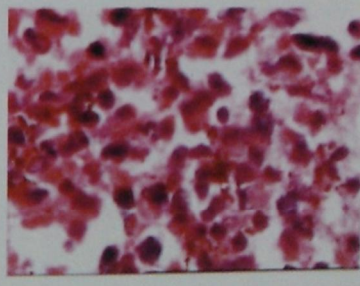
E



F



G



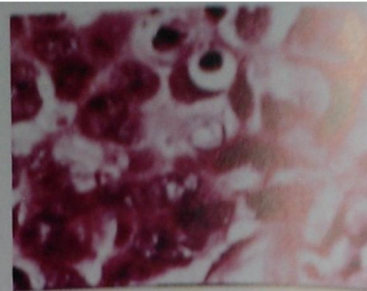
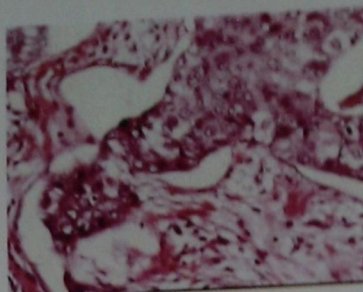
Hình 12.15: Ung thư vú

A Ung thư vú với những dấu hiệu xâm lấn điển hình.

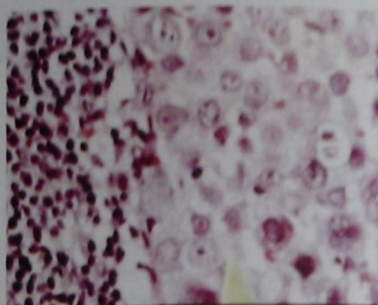
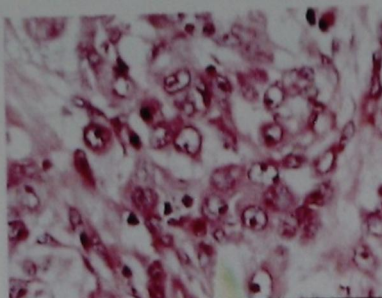
B-C, D-E, F-G, H-I Các trường hợp carcinoma ống tuyến vú xâm nhiễm dạng NOS không có di căn hạch.



H



J



K



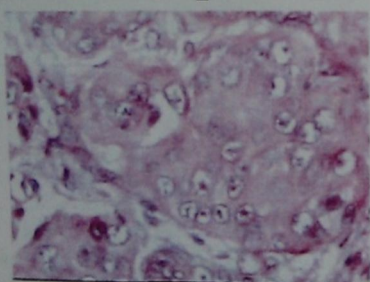
L



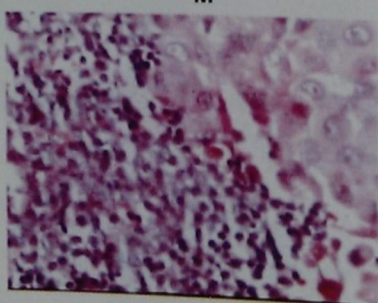
M



N

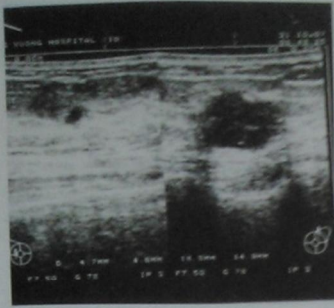


O

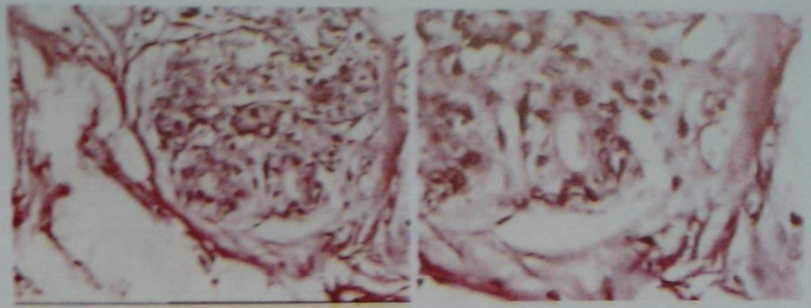


P

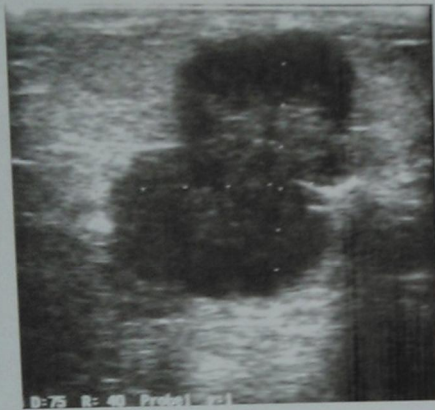
J-K-L, M-N-O Các trường hợp carcinome ống tuyến vú xâm nhiễm dạng NOS có di căn hạch.
P Hạch lao.



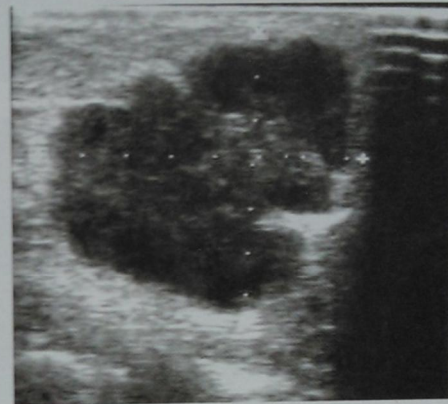
A



B



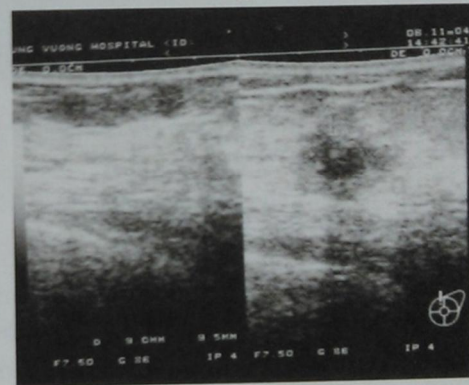
C



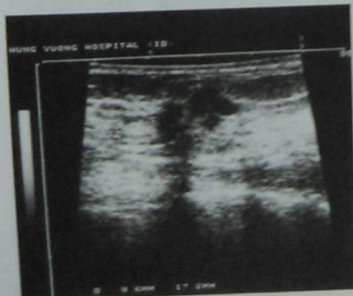
D



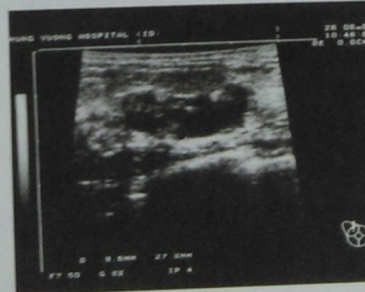
E



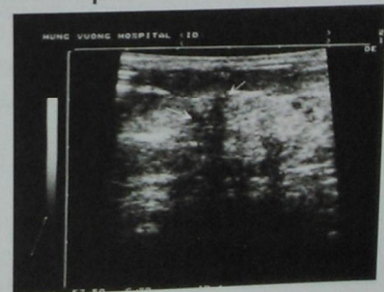
F



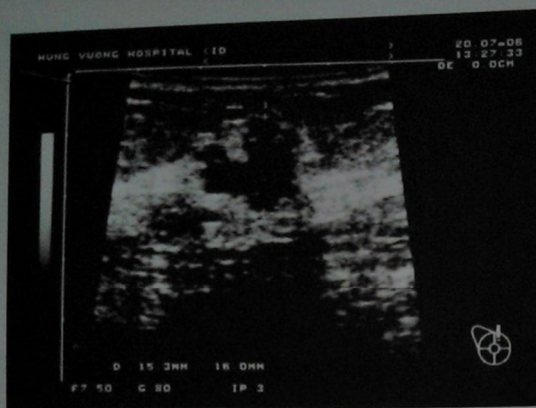
G



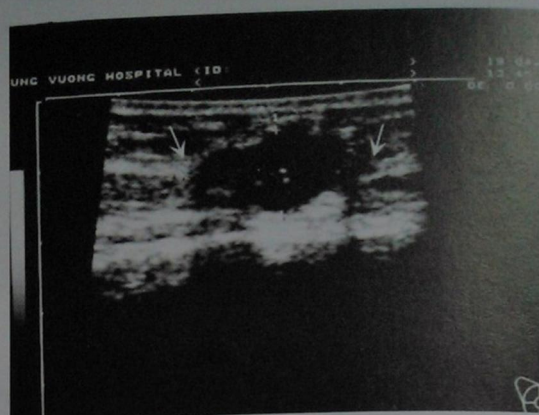
H



I



J



K



L



M

Hình 12.16: A-M Những trường hợp carcinoma ống tuyến vú xâm nhiễm khác có hoặc không có hình ảnh điển hình.

KẾT LUẬN

Siêu âm không có vai trò tầm soát ung thư vú vì không thể phát hiện ung thư ở giai đoạn sớm nhất khi chưa có triệu chứng lâm sàng. Tuy vậy, siêu âm vẫn là một phương tiện hỗ trợ rất hữu hiệu để đánh giá một cách trung thực sự có hay không hiện diện của một khối u, đặc biệt trong trường hợp

có khối u trên lâm sàng nhưng nhũ ảnh âm tính, xảy ra trong 6% trường hợp ung thư vú⁽²⁸⁾ và sự trì hoãn sinh thiết sẽ đưa đến những hậu quả nghiêm trọng. Sự tự thăm khám thường xuyên, kết hợp với siêu âm và nhũ ảnh sẽ giúp phát hiện sớm những trường hợp bệnh lý, dựa vào đó lâm sàng sẽ có hướng xử trí và điều trị thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fletcher SW, Black W, Harris R, et al. Report of the International Workshop on Screening for Breast Cancer. J Natl Cancer Inst 1993;85:1644-1656
2. DT Ramsay, JC Kent, RA Hartmann, and PE Hartman. Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. J Anat. 2005 June; 206(6): 525-534.

3. Pamilo M, Sovia M, Anttinen J et al. Ultrasonography of breast lesions detected in mammography screening. *Acta Radio*.1991;32:220
4. Balu-Maestro C, Bruneton JN, Melia P et al. High frequency ultrasound detection of breast calcifications. *Eur J Ultrasound*.1994;3:247
5. Basset LW, Kimme-Smith C. Breast sonography. *AJR* 1991;156:449
6. Ciatto S, Roselli-del-Turco M, Catarzis M et al. The diagnostic role of breast echography. *Radiol Med* (Torino).1994;88:221
7. Potterton AJ, Peakman DH, Young IR. Ultrasound demonstration of small breast cancers detected by mammographic screening. *Clin Radio*.1994;49:808
8. Tohno E, Cosgrove DO, Sloane UP. Ultrasound diagnosis of breast disease. Edinburgh : Churchill Livings – stone; 1994
9. Teubner J, Behrer M, vonKaick G, Georgi M. Echo morphologie des Mammakarzinoms. *Radiologe* 1993;33:277
10. Reuter K, d'orsi CJ, Real F. Intracystic carcinoma of the breast: The role of ultrasonography. *Radiology*. 1984;153:233-234
11. Sadosky N, Kopans DB. Breast cancer. *Radiol Clin North Am*. 1983;21:51-65
12. Tabar L, Pentek Z, Dean PB. Diagnostic and therapeutic value of breast cyst puncture and pneumocystography. *Radiology*. 1981;141:659-663
13. Heywang SA, Lipsit ER, Glassman LM, et al. Specificity of ultrasonography in the diagnosis of benign breast disease. *J Ultrasound Med*. 1984;3:453-461
14. Jackson VP, Rothschild PA, Kreipke DL, et al. The spectrum of Sonographic findings of fibroadenoma of the breast. *Invest Radiol*. 1986;21:34-40
15. Harper AP, Kelly-Fry E, Noe JS, et al. Ultrasound in the evaluation of solid breast masses. *Radiology*. 1983;146:731-736
16. Cole-Beuglet C, Sorino R, Kurtz A, et al. Ultrasound, X- ray mammography, and histopathology of cystosarcoma phlloides. *Radiology*. 1983;146:481-486
17. Rosen PP, Oberman HA. Fibroepithelial neoplasms. In: Rosai J, Sobin LH, eds. Atlas of tumor pathology: tumors of the mammary gland. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1993; 107-114.
18. Reinfuss M, Mitus J, Duda K, Stelmach A, Rys J, Smolak K. The treatment and prognosis of patients with phyllodes tumor of the breast: an analysis of 170 cases. *Cancer* 1996;77:910-916[CrossRef][Medline]
19. Velanovich V: Ectopic breast tissue, supernumerary breasts, and supernumerary nipples. *South Med J* 1995; 88:903-906
20. Hanson E, Segívia J: Dorsal supernumerary breast. case report. *Plast Reconstr Surg* 1978; 61:441-445
21. Harper R: Supernumerary nipples and neurosis. *Lancet* 1948; 1:901
22. Kajawa Y: The proportions of supernumerary nipples in the Finnish population. *Duodecim* 1915; 31:143-170
23. Mhes K, Sžle E, Tůrzsuk F, et al: Supernumerary nipples and urologic malignancies. *Cancer Genet Cytogenet* 1987; 24:185-188
24. Pellegrini JR, Wagner RF: Polythelia and associated conditions. *Am Fam Phys* 1983; 28:129-132
25. Varsano IB, Jaber L, Garty BZ, et al: Urinary tract abnormalities in children with supernumerary nipples. *Pediatrics* 1984; 73:103-105
26. Cole-Beuglet C, Sorino R, Kurtz A, et al. Ultrasound analysis of 104 primary breast carcinoma classified according to histopathologic type. *Radiology*. 1983;146:191-196
27. Derchi LE, Rizzato G, Giuseppetti GM, et al. Metastatic tumors in the breast. Sonographic findings. *J Ultrasound Med*. 1985;4:69-74
28. Demsay PJ, Moskowit z M. Is there a role for breast sonography?. *Clin Diagn Ultrasound*. 1987;20:17-36

CHƯƠNG XIII

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT-BẦY NGẦM

Trong thực hành đôi khi có những hình ảnh có thể cho những kết quả dương tính giả do nhiều yếu tố chủ quan lẫn khách quan. Chẩn đoán phân biệt đôi khi phải cần đến sự phân tích các tính chất vật lý của siêu âm, dựa vào bệnh sử hoặc phải cần đến các xét nghiệm cận lâm sàng khác bổ sung. Dưới đây là một số thí dụ:

1. CƠ THẮT LƯNG CHẬU, CƠ HÌNH LÊ VÀ HAI BUỒNG TRỨNG

Khi bàng quang ít nước tiểu hoặc trong ổ bụng có nhiều hơi, việc xác định hai buồng trứng trên siêu âm bụng đôi khi gặp khó khăn. Khi đó chúng ta phải đưa đầu dò lên cao hoặc xuống thấp để tìm. Ở mặt cắt ngang trên cao của hố chậu và thấp ở dưới sàn chậu, cơ thắt lưng chậu và cơ hình lê là hai bó cơ có thể cho những hình ảnh giống

hai buồng trứng bình thường, do đó sẽ bỏ sót một khối u buồng trứng thật sự (nếu có).

- Đặc điểm của các bó cơ vùng chậu là luôn luôn có kích thước bằng nhau, đối xứng hai bên trục giữa cơ thể, cấu trúc đồng nhất và không có các nang noãn (Hình 13.1). Ở mặt cắt dọc các cơ có hình dài và có thể theo dấu được đến phần cân ở đầu các cơ.
- Hai buồng trứng thường nằm gần các mạch máu vùng chậu và luôn có các nang noãn trừ những trường hợp đặc biệt (suy buồng trứng sớm hoặc sau mãn kinh). Siêu âm qua âm đạo ở hai mặt cắt dọc và ngang sẽ thấy được hình dạng và cấu trúc của hai buồng trứng dễ dàng hơn.



A



B

Hình 13.1: A. Cơ thắt lưng chậu cắt ngang có hình bầu dục tương tự hình dạng của buồng trứng.
B. Xoay dọc đầu dò ở cùng vị trí sẽ thấy hình dài của bó cơ.

2. TỬ CUNG GẬP SAU VÀ NHÂN XƠ ĐÁY TỬ CUNG

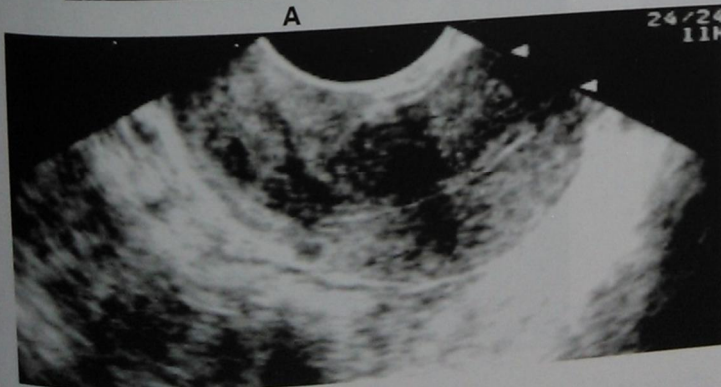
- Với những tử cung gập sau, thân tử cung sẽ nằm ở phía sau cổ tử cung. Khi siêu âm qua đường bụng thường dễ chẩn đoán lầm thân tử cung với một nhân xơ do hiện tượng giảm âm ở phần xa làm thân tử cung có phản âm kém hơn phản âm cổ tử cung ở phía trước. Hiện tượng này có thể khắc phục bằng cách điều chỉnh khuếch đại bù theo chiều sâu hoặc kiểm tra lại bằng siêu âm qua âm đạo (Hình 13.2).
- Nhân xơ đáy tử cung ở những tử cung gập sau luôn luôn hiện diện dù siêu âm qua đường bụng hay đường âm đạo.



A



B



C

3. TĂNG ÂM PHÍA SAU QUA NỘI MẠC TỬ CUNG VÀ NHÂN XƠ THOÁI HÓA MỠ

Nội mạc tử cung ở giai đoạn cuối chu kỳ thường dày và có phản âm sáng. Tia siêu âm khi đi ngang qua tử trước ra sau vùng niêm mạc này thường tạo hình ảnh tăng âm phía sau giống như một nhân xơ thoái hóa mỡ có phản âm mạnh (Hình 13.3). Chẩn đoán phân biệt bằng cách:

- Thay đổi mặt cắt, vùng tăng âm phía sau luôn khu trú ở trong giới hạn của buồng tử cung: kích thước lớn ở mặt cắt dọc và nhỏ hơn ở mặt cắt ngang.
- Nhân xơ không thay đổi kích thước.

Hình 13.2: Tử cung gập sau và nhân xơ đáy tử cung.

A-B. Siêu âm bụng. Thân tử cung có phản âm kém hơn cổ tử cung.
C. Siêu âm qua âm đạo. Không còn thấy sự khác biệt phản âm giữa thân và cổ tử cung.



A



B

Hình 13.3: Tắc âm phía sau nội mạc tử cung.

A. Nội mạc tử cung cắt dọc. Vùng phản âm mạnh khu trú phía sau có chiều dài tương đương với chiều dài buồng tử cung.
B. Nội mạc tử cung cắt ngang. Vùng phản âm mạnh khu trú theo chiều ngang của buồng tử cung.

4. MÁU ĐÔNG TRONG LÒNG TỬ CUNG VÀ POLYP

- Máu đông thường đi kèm theo giai đoạn kinh nguyệt hoặc sau thủ thuật nạo hút, có hình ảnh và kích thước không cố định, sẽ thay đổi khi siêu âm lại vài ngày sau (Hình 13.4).
- Polyp có hình ảnh và kích thước cố định.

5. MÔ SẸO LÒNG TỬ CUNG VÀ VÒNG TRÁNH THAI

- Vòng lâu năm có thể không còn thấy rõ hình dạng, đôi khi chỉ còn là vài điểm sáng nằm dọc theo buồng tử cung, có hoặc không có bóng lưng.
- Tổn thương lớp niêm mạc tử cung cũng có thể để lại những nốt sẹo phản âm sáng, có hoặc không có bóng lưng. Tuy nhiên mô sẹo thường chỉ khu trú ở một phần trong buồng tử cung (Hình 13.5).

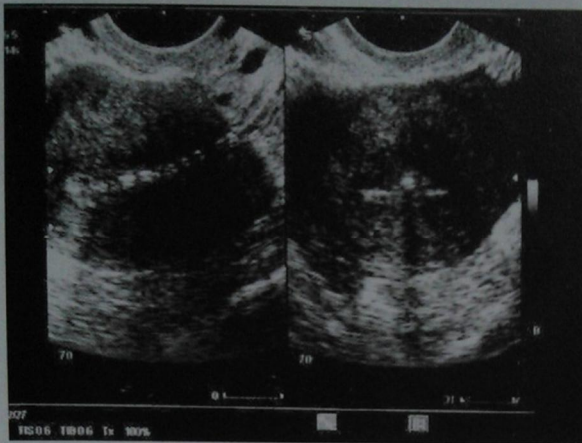


A

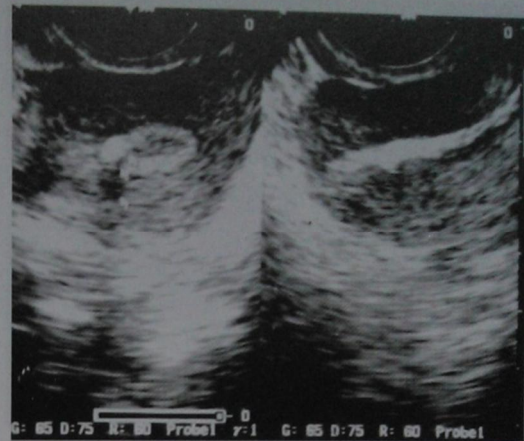


B

Hình 13.4: Máu đông trong lòng tử cung cắt dọc và ngang.



A



B

Hình 13.5: Mô sẹo lòng tử cung và vòng tránh thai.

A. Vòng tránh thai đặt 9 năm không còn rõ hình dạng.

B. Mô sẹo nằm ở vùng tiếp giáp giữa nội mạc và lớp cơ ở đáy tử cung.

- Những trường hợp không thể xác định qua siêu âm, cần chụp phim X quang bổ sung thêm.

6. NHÂN XƠ TỬ CUNG THOÁI HÓA CALCI VÀ VÒNG TRÁNH THAI

- Nhân xơ tử cung thoái hóa calci thường nằm trong cơ tử cung.
- Vòng tránh thai thường nằm trọn trong lòng tử cung, có hình dạng rõ rệt cho từng loại vòng. Cắt dọc thân tử cung để thấy trọn buồng tử cung sẽ xác định được sự tách biệt giữa nhân xơ và lòng tử cung (Hình 13.6).

7. BÀNG QUANG ĐẦY VÀ U NANG BUỒNG TRỨNG DẠNG DỊCH TRONG

Khi siêu âm qua âm đạo, nếu bàng quang quá đầy sẽ thấy một bóng phản âm trống ở vị trí giữa màn hình, có cấu trúc giống một khối u buồng trứng dạng dịch

trong. Nếu không xác định được, nên cho bệnh nhân đi tiểu và siêu âm lại.

- Nếu là bàng quang thì sẽ không còn thấy trên siêu âm, đồng thời xác định được hai buồng trứng bình thường.
- U nang buồng trứng: vẫn còn hiện diện, kích thước không thay đổi (Hình 13.7).

8. U NANG BUỒNG TRỨNG NẪM Ở ĐƯỜNG GIỮA MẶT TRƯỚC TỬ CUNG

Khối u ở vị trí này thường gây chèn ép bàng quang và làm cho bệnh nhân khó nhin tiểu nên khi siêu âm qua đường bụng có thể lầm với bàng quang. Có thể xác định bằng cách:

- Siêu âm qua đường âm đạo: dù bàng quang ít nước tiểu vẫn phân biệt được giữa bàng quang và u nang (Hình 13.8).
- Bơm nước vào bàng quang và siêu âm lại qua đường bụng.



A



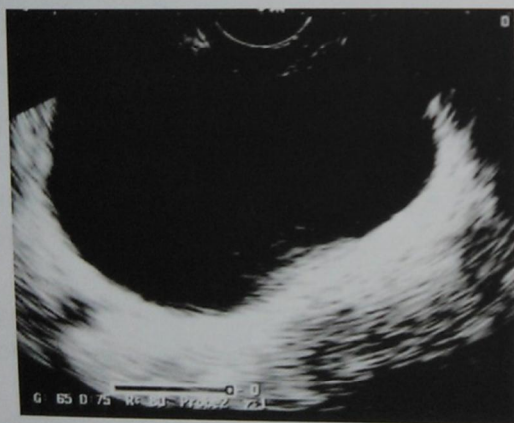
B



C

Hình 13.6: Nhân xơ tử cung thoái hóa calci và vòng tránh thai.

- A. Tử cung cắt dọc. Nhân xơ trong cơ tử cung có vùng thoái hóa calci nằm cạnh buồng tử cung (mũi tên).
 B. Cắt ngang cạnh phải buồng tử cung. Nhân xơ cắt ngang.
 C. Mặt cắt dọc theo chiều dài buồng tử cung. Có một polyp niêm mạc nhỏ, không có vòng trong lòng tử cung.



A



B

- Hình 13.7:** A. Bàng quang đầy khi siêu âm qua âm đạo giống như u nang buồng trứng dạng dịch trong.
 B-C. Bệnh nhân có thai 12 tuần, đến khám vì khối to ở vùng bụng, khó tiểu, đã được siêu âm trước đó với chẩn đoán u nang buồng trứng to xếp loại 1A.
 B. Tử cung cắt dọc. Mặt trước tử cung có một khối dạng nang lớn quá khả năng đo của máy đẩy tử cung ra sau, phản âm trống, không có vách, không có chồi.



C

C. Sau khi đặt ống thông tiểu (do nghi ngờ bệnh nhân có rối loạn bài tiết chức năng), không còn thấy khối vùng bụng dưới trên lâm sàng và qua siêu âm khối dạng nang là bàng quang căng lớn do bí tiểu. Đây là trường hợp thường gặp ở những bệnh nhân có rối loạn tâm lý hoặc đôi khi không rõ nguyên nhân.



A



B

Hình 13.8: U nang buồng trứng và bàng quang.

A. Siêu âm qua đường bụng. U nang buồng trứng to nằm ở vị trí của bàng quang.

B. Siêu âm qua âm đạo. Bàng quang ít nước tiểu, hình tam giác, nằm ở mặt trước u nang buồng trứng.

9. HIỆN TƯỢNG ẢNH GIẢ KHI TIA SIÊU ÂM ĐI QUA BỜ MỘT CẤU TRÚC DẠNG NANG

9.1. Do tính chất vật lý của tia siêu âm khi đi qua một khối dạng nang có kích thước lớn quá độ rộng của chùm tia, những âm phản hồi từ bờ của khối nang sẽ cho những bóng mờ giống như chất cặn lắng nằm dọc theo bờ trong của khối nang (Hình 13.9A).

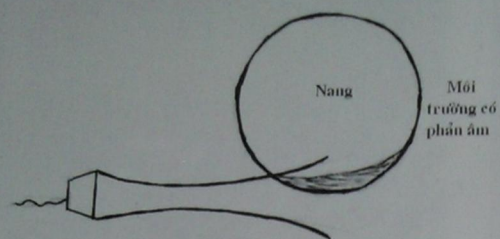
9.2. Các tia siêu âm khi phát ra từ đầu dò, ngoài chùm tia chính còn có chùm tia phụ có năng lượng rất thấp. Những chùm tia

phụ này khi đi qua một mặt phân cách có độ phản hồi lớn vẫn có thể có được những phản hồi tạo thành những hình ảnh giả vách (Hình 13.9D).

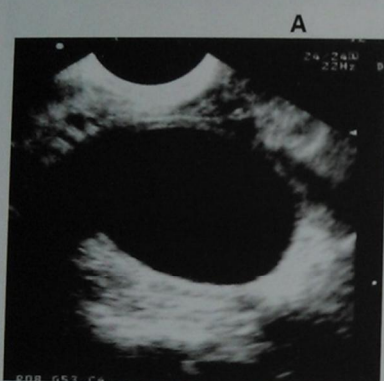
Nên phối hợp giữa siêu âm qua đường bụng với đường âm đạo và kiểm tra bằng cách:

- Giảm bớt cường độ âm.
- Đổi hướng mặt cắt.

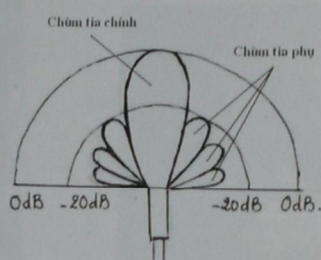
10. VÁCH CỦA MỘT KHỐI U BUỒNG TRỨNG KHI CẮT TIẾP TUYẾN sẽ dày hơn khi cắt thẳng góc (Hình 13.10), do đó dễ đánh giá lầm là một khối u có nhiều khả năng ác tính.



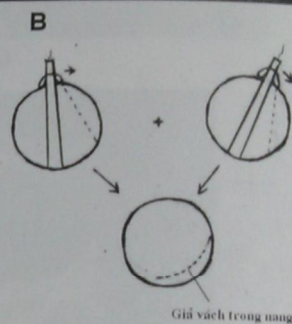
Hình minh họa độ phân giải ngang của chùm tia siêu âm



C



Hình minh họa chùm tia phụ



D



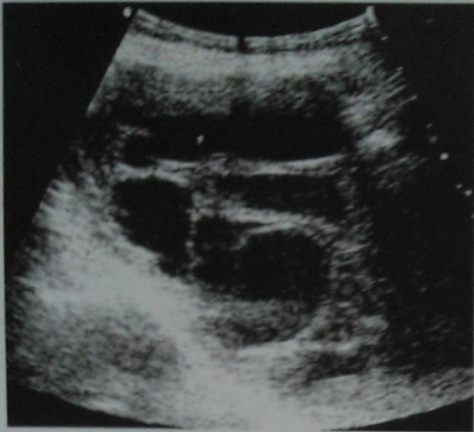
E



F

Hình 13.9: Ảnh giả khi tia siêu âm đi qua bờ một khối dạng nang.

- A. Hình minh họa ảnh giả tạo ra khi khối nang có kích thước lớn quá độ rộng của chùm tia: hình ảnh giả hồi âm.
- B. Hình siêu âm. U nang có ảnh giả hồi âm.
- C. Đổi hướng mặt cắt: không còn các hình ảnh giả.
- D. Hình minh họa ảnh giả tạo ra do tác dụng của chùm tia phụ: hình ảnh giả vách.
- E. Mặt cắt ngang qua u nang buồng trứng trên siêu âm đường bụng: có vách ngăn ở giữa và một khối dạng chổi ở bờ sau khối u.
- F. Siêu âm qua âm đạo. U nang nằm mặt sau tử cung, có khối dạng chổi ở thành sau, không còn thấy vách ngăn ngang.



A



B

Hình 13.10: Các mặt cắt qua vách của u nang buồng trứng.
A. Cắt tiếp tuyến. B. Cắt thẳng góc.

11. U NANG BUỒNG TRỨNG DẠNG DỊCH TRONG VÀ NANG CẠNH BUỒNG TRỨNG (paraovarian cyst): có thể phân biệt được nếu bệnh nhân ở độ tuổi còn hoạt động sinh dục

- U nang buồng trứng nếu kích thước không quá lớn thường thấy còn một phần mô buồng trứng bình thường ở bờ khối u.

- Nang cạnh buồng trứng thường bờ mỏng, không có mô buồng trứng và di động độc lập với buồng trứng (Hình 13.11).
- Nếu bệnh nhân ở tuổi mãn kinh chúng ta không thể chẩn đoán phân biệt được giữa hai loại trên.



A



B

Hình 13.11: U nang buồng trứng dạng dịch trong và nang cạnh buồng trứng
A. U nang buồng trứng: còn mô buồng trứng bình thường ở bờ phải của khối nang (đầu mũi tên).
B. Nang cạnh buồng trứng: chỉ có vỏ bao khối nang, không có mô buồng trứng.

12. HOÀNG THỂ VÀ NANG LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

- Hoàng thể thường có bờ dày và có nhiều mạch máu bao quanh, tồn tại đến cuối chu kỳ kinh nguyệt và thường không còn hiện diện khi khám lại ở đầu chu kỳ sau.
- Nang lạc nội mạc có hình ảnh cố định, ít mạch máu và không thay đổi kích thước cũng như cấu trúc theo chu kỳ kinh nguyệt (Hình 13.12).

13. HOÀNG THỂ VÀ THAI NGOÀI TỬ CUNG KHÔNG ĐIỂN HÌNH

Hoàng thể của chu kỳ kinh nguyệt bình thường có thể cho những hình ảnh rất giống với thai ngoài tử cung đóng ở vòi trứng. Chẩn đoán dựa vào vị trí và độ phản âm mạnh của vòng tế bào nuôi đôi khi vẫn không giúp chúng ta dám khẳng định trong chẩn đoán nếu chỉ dựa vào hình ảnh đơn thuần (Hình 13.13). Trong những trường hợp như vậy chúng ta có thể:



A



B

Hình 13.12: Hoàng thể và nang lạc nội mạc tử cung.
A. Hoàng thể.
B. Nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng.



A



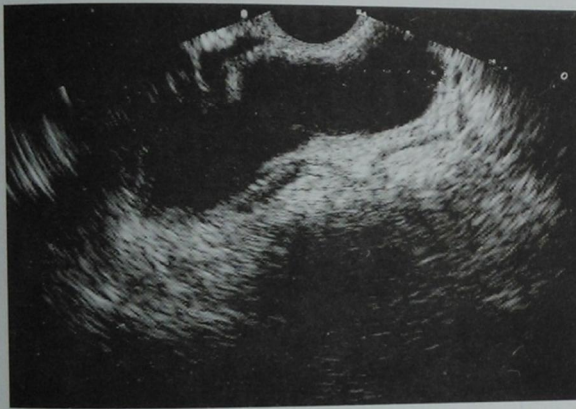
B

Hình 13.13: Hoàng thể và thai ngoài tử cung.
A. Hoàng thể bên trong có ít máu đông, hình ảnh tương tự như phôi thai nằm ngoài tử cung.
B. Hoàng thể ở giai đoạn cuối chu kỳ (thể trắng).

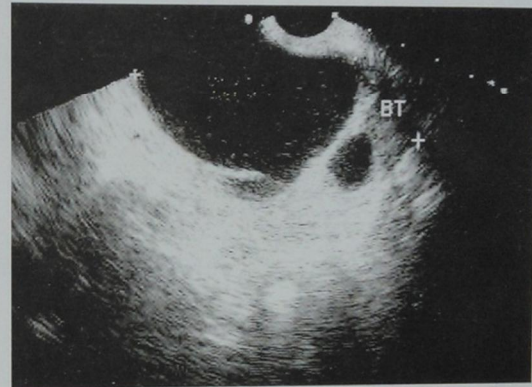
- Dựa vào bệnh sử: nếu không có những rối loạn liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt, chúng ta sẽ siêu âm lại 24 giờ sau để theo dõi kích thước cũng như sự thay đổi cấu trúc bên trong khối nghi ngờ.
- Nếu có bất cứ dấu hiệu bất thường về bệnh sử hoặc trên lâm sàng, nên định lượng thêm beta hCG trong máu.

14. Ứ DỊCH VỎI TRỨNG VÀ TỤ DỊCH KHU TRÚ TRONG CÁC DẢI DÍNH

- Vòi trứng ứ dịch vẫn thấy được giới hạn, thường có hình dạng của vòi trứng và có thể theo dấu từ sừng tử cung ra ngoài.
- Tụ dịch trong các dải dính không có bờ rõ ràng do dịch len vào giữa các dải sợi có quai ruột dính chung quanh nên hình ảnh thường không cố định (Hình 13.14), có thể thay đổi hình dạng khi đè nhẹ đầu dò hoặc dùng tay ấn nhẹ trên bụng bệnh nhân.



A



B



C



D

Hình 13.14: Ứ dịch vòi trứng và tụ dịch khu trú trong các dải dính.

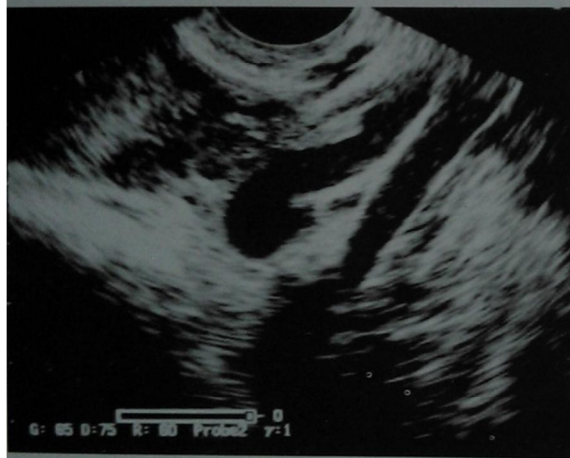
A-B. Vòi trứng cắt dọc.

C-D. Ứ dịch vòi trứng cắt dọc (hình C) và ngang (hình D); thấy được một phần niêm mạc vòi trứng (mũi tên).



Hình 13.14: Ứ dịch vòi trứng và tụ dịch khu trú trong các nếp gấp dính.

E. Tụ dịch trong nếp gấp dính.



Hình 13.15: Dẫn tinh mạch cạnh tử cung.



Hình 13.16: Cổ tử cung cắt ngang với nhiều nang Naboth.

15. DẪN TĨNH MẠCH VÀ VỎI TRỨNG Ứ DỊCH

Đôi khi các tinh mạch cạnh tử cung dẫn lớn hơn bình thường, có thể 8-10mm, hình dạng ngoằn ngoèo và có phản âm trống dễ nhầm với vòi trứng ứ dịch.

- Tinh mạch có bờ rất mỏng, kích thước đồng đều, phản âm trống và có dòng chảy qua siêu âm Doppler.
- Vòi trứng ứ dịch thường bờ dày, kích thước lớn dần theo chiều dài vòi trứng từ trong ra ngoài, có thể phản âm trống hoặc có hồi âm bên trong và không có dòng chảy.

16. NANG NABOTH CỔ TỬ CUNG, NANG NOÃN VÀ THAI TRỨNG

Khi đầu dò để nông trong âm đạo, cổ tử cung sẽ nhìn thấy ở giữa màn hình và những nang Naboth ở cổ tử cung có hình ảnh giống như những nang noãn ở buồng trứng (Hình 13.16). Khi đẩy sâu đầu dò vào trọng và ở mặt cắt dọc sẽ thấy:

- Sự liên tục giữa cổ tử cung với các nang Naboth ở phía dưới với phần thân tử cung ở phía trên.
- Các nang noãn khu trú trong mô buồng trứng, nằm cao hơn ở hai hố chậu qua mặt cắt ngang thân tử cung.
- Thai trứng ở cổ tử cung: không thấy thông tin trong y văn thế giới.

17. CÁC QUẠI RUỘT DẪN LỚN CÓ CHỨA DỊCH, Ứ DỊCH VỎI TRỨNG VÀ U NANG BUỒNG TRỨNG

Quan sát các nhu động tự nhiên hoặc ấn nhẹ trên bụng bệnh nhân (Hình 13.17).

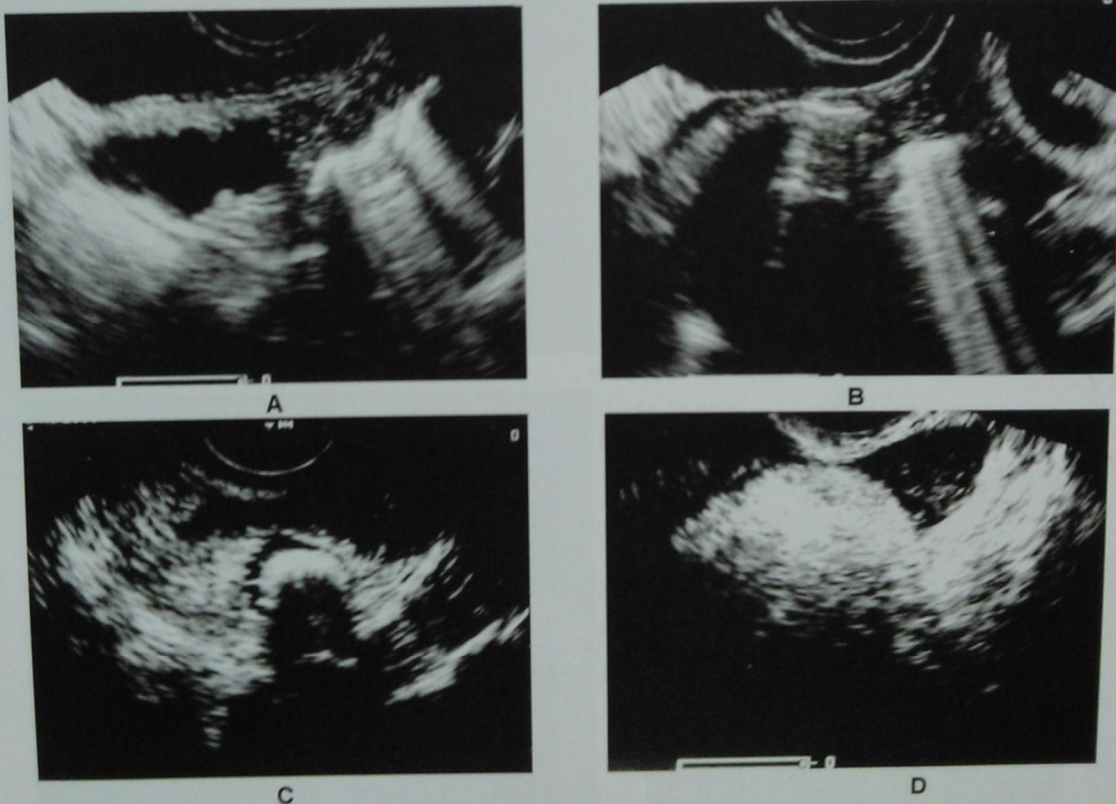
- Các quai ruột thường có nhu động và hình dạng thay đổi.

- Vòi trứng ứ dịch có kích thước tăng lớn, có thể thấy được các nếp gấp niêm mạc nhưng không có nhu động.
- Loại trừ được u nang nếu thấy hai buồng trứng bình thường.
- Trường hợp không xác định được cần chụp phim có cản quang, hoặc chụp CT.

18. DỊCH Ở TÚI CÙNG DOUGLAS

Khối lượng dịch khoảng 10-15ml trên lâm sàng (đo bề dày khoang dịch #10mm theo mặt cắt dọc tử cung) được coi như bình thường ở giai đoạn quanh rụng trứng hoặc kinh nguyệt.

- Dịch sinh lý luôn luôn phản âm trống (Hình 13.18), khác với dịch do viêm nhiễm hoặc máu luôn có phản âm kém hoặc mạnh bên trong.
- Những trường hợp vỡ u nang noãn hoặc kích thích đa noãn, lượng dịch có thể nhiều hơn, bề dày 15-20mm nhưng vẫn có phản âm trống hoàn toàn. Bệnh nhân có thể có hiện tượng kích thích màng bụng nhưng không có các dấu hiệu của xuất huyết nội. Theo dõi qua siêu âm khối lượng dịch sẽ giảm dần và nếu thử beta hCG sẽ âm tính.



Hình 13.17: Các quai ruột.

- A. Quai ruột có hình dạng giống vòi trứng.
 B. Quai ruột dẫn lớn chứa dịch giống khối u.
 C-D. Bóng hơi trong ruột giống u nang đang bị.

19. CỔ TỬ CUNG CÒN LẠI SAU CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN

Sau phẫu thuật cắt tử cung bán phần, cổ tử cung trên siêu âm bụng với bàng quang quá căng có thể lẫn với thân tử cung do hình dạng gần giống với tử cung. Kiểm tra bằng siêu âm qua âm đạo với bàng quang trống sẽ thấy không có phần thân tử cung (Hình 13.19).

20. THẬN LẠC CHỖ VÀ U NANG BUỒNG TRỨNG

- Thận tuy lạc chỗ ở vùng chậu vẫn còn cấu trúc của thận với vỏ thận và tủy

thận (Hình 13.20 A-D). Không thấy thận ở hố thận cùng bên

- U nang buồng trứng có vách có thể cho hình ảnh giống thận ứ nước (Hình 13.20E). Không thấy buồng trứng bình thường cùng bên. Kiểm tra hai hố thận sẽ thấy hai thận bình thường.
- U xơ tử cung có cuống: có thể thấy được sự liên tục giữa tử cung và u xơ nếu cuống có kích thước tương đối lớn (Hình 13.20F-H). Nếu không thấy cuống do kích thước nhỏ, cần chẩn đoán phân biệt với một khối u buồng trứng.



A



B

Hình 13.18: Dịch ở túi cùng Douglas.

A. Dịch sinh lý bình thường. B. Khối lượng dịch tương đối nhiều bao quanh buồng trứng và vòi trứng.



A



B

Hình 13.19: Cổ tử cung còn lại sau cắt tử cung bán phần.

A. Siêu âm qua đường bụng.

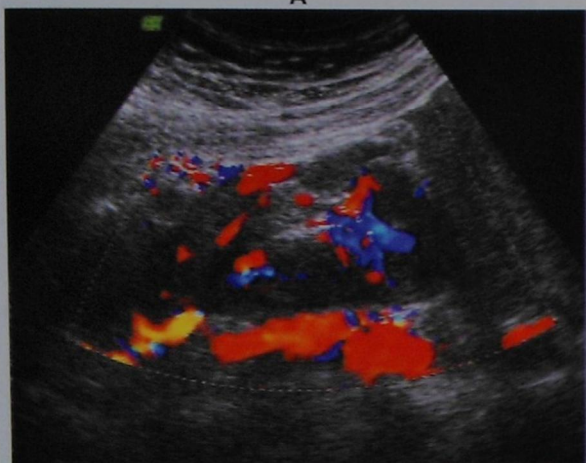
B. Siêu âm qua đường âm đạo.



A



B



C



D

Hình 13.20:

A-D. Thận lạc chỗ ở vùng chậu.

A. Thận lạc chỗ ở mặt cắt dọc, nằm bên cạnh phải tử cung

B. Thận lạc chỗ cắt ngang.

C. Các mạch máu thận phải.

D. Siêu âm qua âm đạo. Thận lạc chỗ nằm ở mặt sau đáy tử cung.

E-H. U nang buồng trứng – u xơ ở tử cung có cuống giống thận lạc chỗ.

E U nang buồng trứng.



E



F



G



H

- F. Tử cung cắt dọc (Hình bên phải) và khối u cạnh tử cung có hình ảnh giống thận lạc chỗ (Hình bên trái).
- G. Cắt ngang thân tử cung và khối u. Có sự liên tục giữa tử cung và khối u (mũi tên).
- H. Kiểm tra qua âm đạo: u xơ tử cung có cuống.



A



B

Hình 13.21: Nang tuyến nội mạc tử cung và túi thai

- A. Tử cung cắt dọc. Nội mạc tử cung dày phản âm mạnh, ở giữa có một nang tròn đều bờ mỏng, đường kính 10x8x8mm. Nang trống có hình ảnh giống túi thai nhưng không có dấu hiệu túi thai kép.
- B. Nang tuyến cắt ngang.



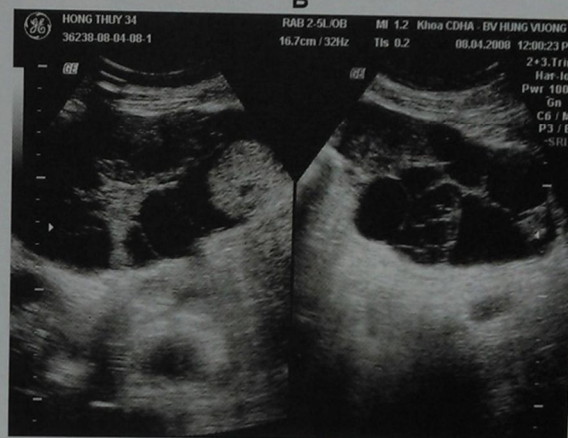
A



B



C



D

Hình 13.22: Hội chứng quá kích buồng trứng và ung thư buồng trứng.

Bệnh nhân 28 tuổi đến khám vì đau bụng. Qua siêu âm có nhiều dịch tự do ở tử cung, hai hố chậu và khoang Morison. Hai buồng trứng có kích thước lớn hơn bình thường, nhiều thủy phần âm trắng – kém, bờ đầy. Chẩn đoán sơ khởi tại phòng khám là u nang buồng trứng hai bên xấp loại IVB. Khi hỏi kỹ bệnh sử, bệnh nhân khai đã được chích thuốc kích thích đa noãn với liều cao để điều trị vô sinh và mới được chọc hút trứng 4 ngày trước đó. Yếu tố này giúp chẩn đoán hội chứng quá kích buồng trứng. Bệnh nhân đã được siêu âm kiểm tra 1 tuần sau : không còn triệu chứng đau, không còn dịch tự do và hai buồng trứng giảm kích thước. Điều này cho thấy trong siêu âm phụ khoa, hỏi bệnh sử của bệnh nhân sẽ giúp ích rất nhiều trong việc phân tích các dữ liệu để chẩn đoán phân biệt. Nếu chỉ căn cứ vào hình ảnh siêu âm đơn thuần sẽ dễ bị sai lầm trong chẩn đoán.

- A. Mặt cắt ngang qua tử cung và hai buồng trứng.
- B. Buồng trứng bên phải ở mặt cắt dọc.
- C. Dịch tự do ở khoang Morison.
- D. Nang hoàng tuyến hai bên còn tồn tại sau chấm dứt thai kỳ vì tiền sản giật nặng.



A



B



C

Hình 13.23: Khối u ruột và u nang bì

A-C. Bệnh nhân 68 tuổi, đến khám vì khối u ở hố chậu trái, đã được chẩn đoán u nang bì. Qua siêu âm kiểm tra, vì bệnh nhân đã mãn kinh nên chỉ thấy hình ảnh tử cung teo nhỏ, không thấy được hai buồng trứng. Có một khối u nằm ở vị trí hố chậu trái bờ không đều, có phản âm kém, bên trong có nhiều vùng phản âm mạnh giống cấu trúc của một khối u dạng bì, tuy nhiên bóng âm này có chuyển động dù chậm và ở biên độ rất nhẹ. Yếu tố quan trọng này giúp loại trừ chẩn đoán u nang bì. Bệnh nhân đã được kiểm chứng qua CT scan.



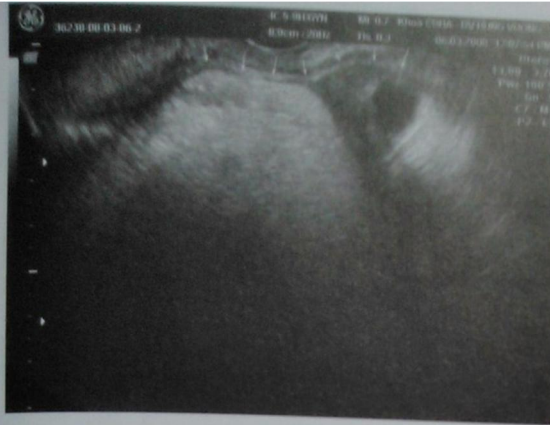
A



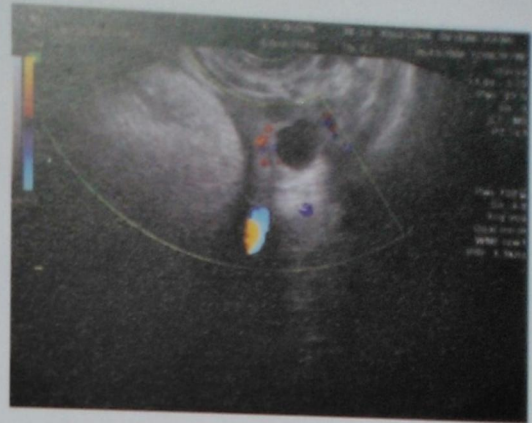
B

Hình 13.24: Dịch vật trong ổ bụng và u nang bì.

Đây là trường hợp bệnh nhân sử dụng dụng cụ để giao hợp. Hình ảnh trên siêu âm giống như một khối u dạng bì với một vùng phản âm sáng có bóng lưng mạnh (Hình A). Chẩn đoán xác định dịch vật sau mổ (Hình B).



A



B



C

- Hình 13.25:** U nang bì và bóng hơi trong ruột.
- A. Mặt cắt dọc qua buồng trứng bên trái: mô buồng trứng có cấu trúc bình thường với các nang noãn, bên cạnh có vùng phản âm mạnh giống bóng hơi trong đại tràng, có mặt phân cách rõ với buồng trứng. Hình ảnh này tương tự với trường hợp ở Hình 13.17D. Có sự liên tục của lớp vỏ bao khối u và phần buồng trứng bình thường (mũi tên). Khi ấn nhẹ trên bụng bệnh nhân, khối u di động theo buồng trứng.
 - B. Doppler màu: có mạch máu bao quanh khối phản âm sáng.
 - C. Kiểm tra qua siêu âm bụng: khối u có cấu trúc điển hình của một u nang buồng trứng dạng bì có kích thước lớn. Tuy nhiên vẫn còn một phần buồng trứng bình thường ở phía ngoài khối u (mũi tên).



A



B

Hình 13.26: Nước tiểu trong bàng quang và u nang buồng trứng IIA
Đôi khi nước tiểu trong bàng quang có thể cho hình ảnh chất dịch phản âm kém giống như một khối u buồng trứng xếp loại IIA. Mặt cắt dọc (Hình A) và ngang (Hình B) cho thấy sự tương quan giữa tử cung và khối dịch phía trước. Bệnh nhân sau khi tiểu được siêu âm lại không còn khối trên. Nước tiểu sau khi xét nghiệm không có gì bất thường.



A



B

Hình 13.27: Sỏi bàng quang và u nang buồng trứng III C

Sỏi trong bàng quang nhiều nước tiểu cho hình ảnh giống u nang buồng trứng dạng bì ở mặt cắt dọc (hình A) và ngang (hình B)



Hình 13.28: U xơ sau thuyên tắc động mạch tử cung và nhiễm trùng kỵ khí

Sau khi động mạch tử cung được thuyên tắc, nhân xơ dần dần bị thiếu máu nuôi và có sự thay đổi cấu trúc bên trong, có thể có hiện tượng hoại tử tạo những bóng âm mạch tương tự bóng hơi trong nhiễm trùng kỵ khí.

CÔNG TY TNHH MỘT THÀNH VIÊN
NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
CHI NHÁNH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
Địa chỉ: 699 Trần Hưng Đạo - Phường 1 - Quận 5
Điện thoại: 08.3923 5648 - Fax: 08.3923 0562
Email: cnxuatbanyhoc@gmail.com

SIÊU ÂM
PHỤ KHOA THỰC HÀNH

Chịu trách nhiệm xuất bản

Tổng Giám đốc:

CHU HÙNG CƯỜNG

Biên tập viên:

BS. NGUYỄN THANH HUÂN

Trình bày bìa:

MAI XUÂN HOÀI

In 1.000 cuốn khổ 20 x 26 cm tại công ty **TNNH IN ẤN-TM-DV-NGUYỄN VINH PHÚ**,
103/35a-103/37, Hồ Thị Kỳ, Phường 1, Quận 10, TP. HCM.
Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 12-2014/CXB/320-192/YH ngày 02/01/2014.
Số xuất bản: 13/QĐ-YH ngày 10/01/2014. In xong và nộp lưu chiểu quý II/2014.

CÔNG TY TNHH MỘT THÀNH VIÊN
NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
CHI NHÁNH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
Địa chỉ: 699 Trần Hưng Đạo - Phường 1 - Quận 5
Điện thoại: 08.3923 5648 - Fax: 08.3923 0562
Email: cnxuatbanyhoc@gmail.com

ISBN: 978-604-66-0515-7



Giá: 180.000đ