

# Hiệp hội y khoa Bà mẹ-thai nhi (SMFM) Chuỗi Tham Vấn #49: Thai Bám Sẹo Mổ Lấy Thai

Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Russell Miller, MD; Ilan E. Timor-Tritsch, MD; Cynthia Gyamfi-Bannerman, MD

The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), the American Institute of Ultrasound in Medicine (AIUM), and the Society of Family Planning (SFP) endorse this document.

*Biên dịch: BS Mai Thị Tú Uyên- BS Nguyễn Thị Thu Hiền, Hiệu chỉnh: BS Hà Tố Nguyên*

Thai bám sẹo mổ lấy thai là một biến chứng trong đó thai sớm làm tổ ở khuyết sẹo do mổ lấy thai trước đó. Tình trạng này có nguy cơ bệnh tật mẹ cao vì những thách thức trong việc chẩn đoán sớm, chính xác cũng như sự bằng chứng hiệu quả của các phương pháp điều trị khi đã có chẩn đoán xác định. Siêu âm là phương tiện hình ảnh chính để chẩn đoán thai bám sẹo mổ lấy thai dù chẩn đoán sớm và chính xác có thể gặp khó khăn. Điều trị ngoại khoa, nội khoa và các phương pháp xâm lấn tối thiểu đã được mô tả trong bài quản lý thai bám sẹo mổ lấy thai, nhưng phương pháp điều trị tối ưu vẫn chưa xác định được. Những phụ nữ từ chối điều trị thai bám sẹo mổ nên được tư vấn về nguy cơ bệnh tật nặng. Sau đây là các khuyến nghị của Hiệp hội Y học Bà mẹ-Thai nhi: Chúng tôi chống lại việc chỉ theo dõi, không xử trí gì đối với thai bám sẹo mổ lấy thai (GRADE 1B); Chúng tôi đề nghị phẫu thuật cắt bỏ (với cách tiếp cận qua ngã âm đạo hoặc nội soi khi có thể) hoặc hút chân không có hướng dẫn bằng siêu âm như là xử trí can thiệp ngoại khoa đối với thai kỳ sẹo mổ lấy thai và tránh dùng nạo sắc nhọn (GRADE 2C); Chúng tôi đề nghị dùng methotrexate tiêm vào túi thai như là phương thức điều trị nội khoa, có hoặc không kết hợp với các phương pháp điều trị khác (GRADE 2C); Chúng tôi khuyến cáo không dùng methotrexate toàn thân đơn độc để điều trị thai bám sẹo mổ lấy thai (GRADE 1C); Ở những phụ nữ lựa chọn theo dõi và tiếp tục thai kỳ, chúng tôi khuyến nghị sinh mổ lúc thai 34 0/7 đến 35 6/7 tuần (GRADE 1C); Chúng tôi khuyến nghị những phụ nữ có thai bám ở sẹo mổ lấy thai nên được tư vấn về những rủi ro của lần mang thai sau và cần được tư vấn về các biện pháp tránh thai hiệu quả, bao gồm cả các biện pháp tránh thai có hồi phục tác dụng kéo dài và các biện pháp tránh thai vĩnh viễn (GRADE 1C).

**Key words:** cesarean scar ectopic, cesarean scar pregnancy, placenta accreta spectrum

**T**hai bám sẹo mổ lấy thai (CSP) là một biến chứng trong đó túi thai làm tổ ở khuyết sẹo mổ lấy thai trước đây. Tỷ lệ mổ lấy thai toàn cầu tăng, tỷ lệ bệnh mới mắc tăng và nhận thức về tình trạng bệnh lý này cũng nhiều hơn trong hai thập kỷ qua. Biểu hiện lâm sàng có thể thay đổi, nhiều phụ nữ không có triệu chứng khi đi khám. Bệnh nhân có thể đến khám ở nhiều nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sản phụ khoa khác nhau, nhưng các chuyên gia y học về lĩnh vực bà mẹ và thai nhi thường là những người tham gia vào việc chẩn đoán và quản lý tiếp theo những thai kỳ này. CSP có thể khó được chẩn đoán ở đúng thời điểm. Siêu âm là phương tiện chẩn đoán đầu tay. CSP nếu tiếp tục theo dõi dưỡng thai thì mẹ có nhiều nguy cơ bệnh tật nặng như xuất huyết, nhau bám chặt (PAS), và vỡ tử cung. Với những rủi ro đáng kể này, việc chấm dứt thai kỳ được khuyến cáo sau khi chẩn đoán thai bám sẹo mổ lấy thai. Một số phương pháp điều trị ngoại khoa và nội khoa đã được khuyến cáo điều trị cho

loại bệnh lý này. Tuy nhiên tại thời điểm này, việc quản lý tối ưu vẫn chưa chắc chắn. Vì lý do này, một cơ quan đăng ký quốc tế đã được tạo để các bác sĩ gửi dữ liệu về chẩn đoán, bệnh sử và quản lý biến chứng này (<https://csp-registry.com>).

## Thai bám sẹo mổ lấy thai là gì, và tỷ lệ mới mắc là bao nhiêu?

CSP xảy ra khi phôi làm tổ trong mô sẹo xơ do mổ lấy thai trước đó. Một số tác giả gọi CSP là thai ngoài tử cung ở sẹo mổ lấy thai, nhưng thật sự những túi thai này nằm trong khoang tử cung và nếu tiếp tục dưỡng thai có thể cho ra đời một trẻ sinh sống. Tuy nhiên, tình trạng này mang lại nguy cơ bệnh tật đáng kể cho người mẹ, do những thách thức trong việc chẩn đoán sớm, chính xác và thiếu bằng chứng của một phương pháp điều trị tối ưu.

Mặc dù không phải là biến chứng phổ biến, nhưng ngày càng có nhiều báo cáo về CSP, có thể là do tình trạng mổ lấy thai tăng cao hiện nay.<sup>1</sup>

Corresponding author: The Society for Maternal-Fetal Medicine: Publications Committee. [pubs@smfm.org](mailto:pubs@smfm.org)

Tỷ lệ sinh mổ ngày càng cao ở nhiều quốc gia đã phát triển và đông dân trên thế giới, ước tính có 18,5 triệu phụ nữ mổ lấy thai mỗi năm.<sup>2</sup> Do đó, ngày càng có nhiều nhận thức về biến chứng hiếm gặp liên quan đến sinh mổ này.

Tỷ lệ mắc của CSP thật sự không rõ vì chẩn đoán bị bỏ sót và báo cáo không đầy đủ. Theo số liệu được báo cáo ở một trung tâm, tần suất bệnh dao động từ 1: 1800 đến 1: 2656 trên tổng thai kỳ.<sup>3,4</sup> Mặc dù tỷ lệ mắc CSP được cho là tăng theo thời gian, các yếu tố khác như cải thiện chất lượng hình ảnh chẩn đoán (siêu âm và cộng hưởng từ), sử dụng siêu âm qua ngã âm đạo và sự nhận thức về bệnh lý này của bác sĩ nhiều hơn đã góp phần làm tăng tỷ lệ bệnh mới mắc.

### Sinh bệnh học của CSP như thế nào?

Cơ chế bệnh sinh của CSP vẫn chưa được hiểu rõ hoàn toàn. Giả thuyết được đưa ra là liên quan đến việc làm tổn thương của phôi bào ở khuyết nhỏ trong vết sẹo mổ lấy thai trước đây.<sup>5-8</sup> Do tính chất xơ của mô sẹo, sự làm tổn thương ở vị trí vốn bị thiếu lớp cơ này sẽ dẫn đến nguy cơ nứt vết mổ lấy thai, PAS và xuất huyết khi túi thai bám sẹo mổ phát triển lớn lên.

CSP và nhau cài răng lược dường như có chung nguồn gốc bệnh sinh, là những giai đoạn khác nhau của cùng một phổ bệnh lý.<sup>9</sup> Trong một loạt các trường hợp thai có biến chứng CSP hoặc PAS sớm có kết quả mô học được phân tích mù bởi các nhà giải phẫu bệnh, kết quả cho thấy không thể phân biệt giữa hai nhóm với sự đồng thuận cao.<sup>10</sup> Hình ảnh trên mô bệnh học của cả hai nhóm đều là sự xâm lấn của các gai nhau vào mô sẹo hoặc cơ tử cung với rất ít hoặc không có xâm lấn của màng ối.

Sự làm tổn thương của CSP có thể được phân loại là nội sinh (còn được gọi là “trên sẹo”- on the scar) hoặc ngoại sinh (“trong khuyết sẹo” in-the-niche).<sup>11,12</sup> Nội sinh được định nghĩa là phát triển trong khoang tử cung và ngoại sinh là túi thai được cấy sâu vào vết sẹo có thể sẽ phát triển về phía bàng quang hoặc khoang bụng. Những hình ảnh siêu âm này có thể ảnh hưởng kết cục thai.<sup>11,12</sup> Theo một số báo cáo gần đây, hình ảnh CSP đang phát triển “trên sẹo” hay “trong khuyết sẹo” ở quý một có thể được sử dụng để tiên lượng kết cục thai kỳ.<sup>12,13</sup> (Hình 1). Theo kết quả của một nghiên cứu hồi cứu nhỏ, những thai phát triển “trên sẹo” có kết cục thai kỳ thay đổi khác nhau, trong khi tất cả những trường hợp thai phát triển “trong khuyết sẹo” đều dẫn đến phẫu thuật cắt tử cung lúc sanh vì nhau cài răng lược.<sup>13</sup>

### Biểu hiện lâm sàng của thai bám sẹo mổ, và những yếu tố nguy cơ nào đã được biết đến?

Mặc dù có một số báo cáo chẩn đoán CSP trong tam cá nguyệt thứ hai, CSP thường được chẩn đoán trong tam cá nguyệt đầu tiên. Trong một bài báo cáo loạt ca CSP đã xuất bản, tuổi thai trung bình khi được chẩn đoán là  $7,5 \pm 2,5$  tuần.<sup>12</sup> Biểu hiện lâm sàng

rất thay đổi, từ phát hiện siêu âm không kèm triệu chứng lâm sàng đến biểu hiện vỡ tử cung và xuất huyết trong phúc mạc, thường là trong trường hợp không chẩn đoán kịp thời. Trong bài nghiên cứu đề cập trước, khoảng một phần ba trường hợp không có triệu chứng và khoảng một phần ba có xuất huyết âm đạo không đau.<sup>11</sup> Gần một phần tư biểu hiện đau, có hoặc không có xuất huyết. Trường hợp thai bám sẹo mổ vỡ có thể biểu hiện rối loạn huyết động.

Theo định nghĩa, tiền căn sinh mổ là yếu tố bắt buộc có của CSP cũng như nhau tiền đạo có thể làm tăng nguy cơ này, nhưng vẫn chưa rõ số lần sinh mổ trước đó có làm tăng thêm nguy cơ hay không. Mặc dù một số báo cáo và quan sát cá nhân cho thấy tần suất CSP tăng cao ở những phụ nữ đã mổ lấy thai nhiều lần, một tổng quan tài liệu cho thấy 52% các trường hợp CSP xảy ra ở những phụ nữ có một lần mổ lấy thai trước đó.<sup>1,3,14</sup> Điều thú vị là chỉ định mổ lấy thai lần trước cũng là một yếu tố nguy cơ của CSP ở thai kì sau, mổ lấy thai do ngôi mông gặp nhiều hơn ở nhóm CSP.<sup>6,11,15,16</sup> Có một giả định rằng đoạn dưới tử cung thường kém thành lập khi có chỉ định mổ lấy thai vì ngôi thai bất thường và vết mổ tử cung khi lớp cơ còn dày sẽ có nguy cơ lành vết thương kém và hậu quả là tạo các đường nứt nhỏ trong vết mổ. Chưa có dữ liệu nào được công bố về mối liên hệ giữa kỹ thuật đóng tử cung và thai bám sẹo mổ lấy thai.

### Thai bám sẹo mổ được chẩn đoán như thế nào?

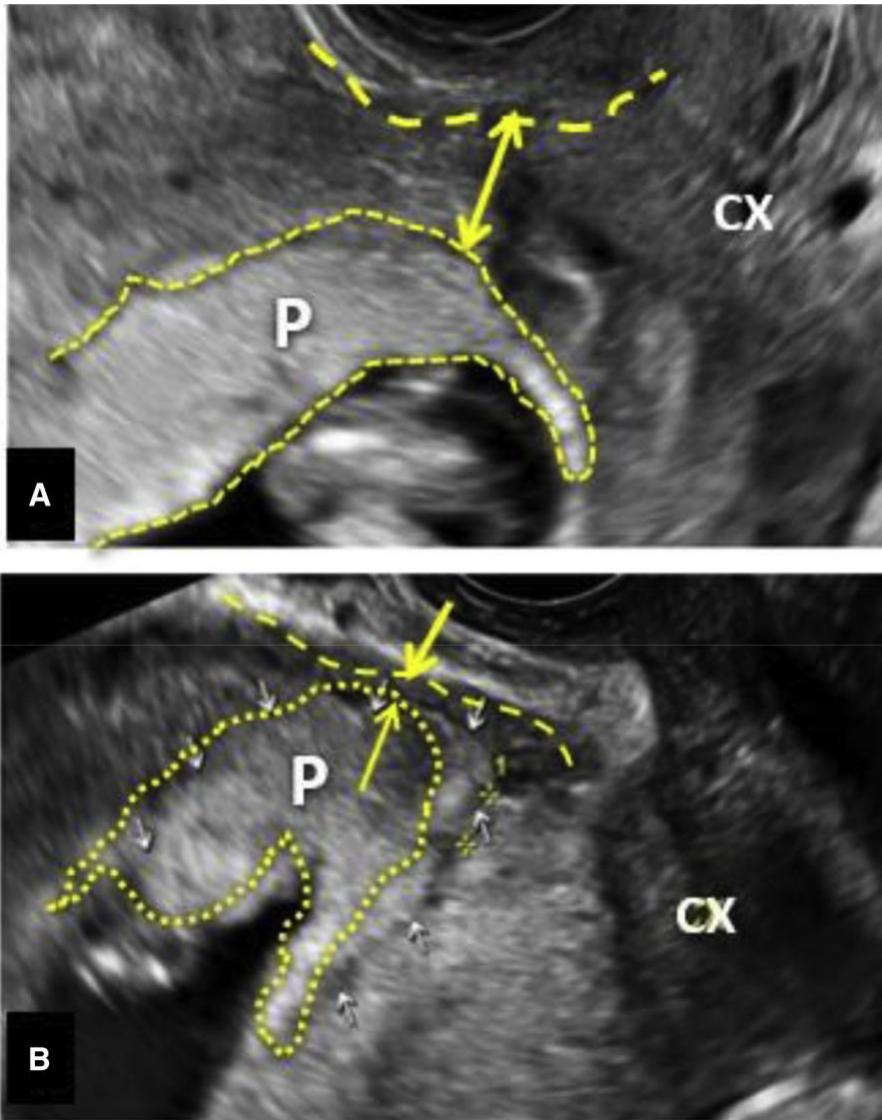
Siêu âm là phương thức hình ảnh chính để chẩn đoán CSP, mặc dù việc xác định chính xác và kịp thời có thể gặp khó khăn. Một túi thai định vị thấp ở phía trước tử cung là chỉ điểm của CSP và cần được khảo sát kĩ hơn ở những lần tiếp theo.<sup>17</sup> Lâm sàng nên theo dõi sát các trường hợp đang nghi ngờ CSP vì chẩn đoán sót hoặc chậm trễ có thể dẫn đến nứt tử cung, xuất huyết, mất khả năng sinh sản hoặc tử vong mẹ.

Siêu âm qua ngã âm đạo là phương thức tối ưu để đánh giá các trường hợp đang nghi ngờ CSP vì cho hình ảnh với độ phân giải cao nhất<sup>18</sup> (Hình 2 và 3). Khuyến cáo nên sử dụng siêu âm thang xám kết hợp với siêu âm Doppler màu để chẩn đoán CSP. Một nhóm tác giả đã đề xuất kết hợp hình ảnh siêu âm qua ngã âm đạo và siêu âm qua ngã bụng với bàng quang đầy nước tiểu để cung cấp “cái nhìn toàn cảnh” về tử cung và mối liên hệ giữa túi thai và bàng quang.<sup>6</sup> Mặc dù hiệu suất chẩn đoán là chưa chắc chắn và bị ảnh hưởng bởi kinh nghiệm cũng như kỹ năng của người làm, tuy nhiên trong 1 báo cáo cho thấy: 94 trong số 111 ca CSP (84,6%) được phát hiện bằng siêu âm qua ngã âm đạo, 17 trường hợp còn lại (15,4%) chẩn đoán nhầm sẩy thai không hoàn toàn hoặc thai làm tổn thương ở cổ tử cung.<sup>11</sup>

Tiêu chuẩn chẩn đoán CSP lần đầu tiên được đề xuất bởi Vial và cộng sự<sup>16</sup> vào năm 2000, từ đó trở đi các tác giả khác đã đưa ra một số sửa đổi để nâng cao khả năng phát hiện CSP trên siêu âm.<sup>3,18</sup>

## HÌNH 1

Các kiểu làm tổ của thai bám sẹo mổ lấy thai



A, “trên sẹo (on-the-scar),” hay nội sinh, lớp cơ tử cung giữa bánh nhau và bờ ngoài thành trước tử cung (mũi tên) còn dày tương đối (khoảng cách rõ ràng).

B, “trong khuyết sẹo (In-the-niche),” hay ngoại sinh, lớp cơ giữa bờ ngoài thành trước tử cung và bánh nhau rất mỏng (giữa 2 mũi tên).

Cx, cervix; P, placenta.

(Used with permission from Kaelin Agten A, Cali G, Monteagudo A, Oviedo J, Ramos J, Timor-Tritsch I. The clinical outcome of cesarean scar pregnancies implanted “on the scar” versus “in the niche.” *Am J Obstet Gynecol* 2017;216:510.e1-6; [Figures 1, B, and 2, B.](#))

SMFM Publication Committee. SMFM Consult Series #49: Cesarean scar pregnancy. *AJOG MFM* 2020.

Một phương pháp tiếp cận đề xuất các tiêu chí siêu âm sau để chẩn đoán CSP: (1) buồng tử cung và kênh cổ tử cung trống; (2) nhau thai, túi thai, hoặc cả hai dính vào sẹo mổ tử cung; (3) túi thai hình tam giác (khi thai từ 8 tuần trở xuống) hoặc hình tròn/ bầu dục (sau 8 tuần) lấp đầy “khuyết” sẹo (vùng nông đại diện cho vùng sẹo cắt tử cung đã lành); (4) lớp cơ tử cung mỏng (1-3mm) hoặc không tồn tại lớp cơ giữa túi thai và bàng quang; (5) mạch máu phân bố phong

phú ở trên hoặc trong vết sẹo mổ lấy thai; và (6) cực phôi hoặc thai, túi noãn hoàng, hoặc cả hai có hoặc không có hoạt động của tim thai (Hình 4). Tất cả các tiêu chuẩn này có thể không có. Đặc biệt, với các chẩn đoán rất sớm và trước khi có tim thai, người phụ nữ cần phải được xác nhận có thai (ví dụ kết quả thử thai dương tính)<sup>18</sup>. Đoạn dưới tử cung phình hoặc phồng lên ở mặt cắt dọc giữa khi siêu âm qua ngả bụng cũng được xem là dấu hiệu gợi ý CSP.<sup>19,20</sup>

**HÌNH 2**

Hình ảnh thai bám sẹo mổ lấy thai trên siêu âm 2 chiều qua ngã âm đạo



Một túi thai bám vào sẹo mổ cắt tử cung được hiển thị rõ ràng.

SMFM Publication Committee. SMFM Consult Series #49: Cesarean scar pregnancy. AJOG MFM 2020.

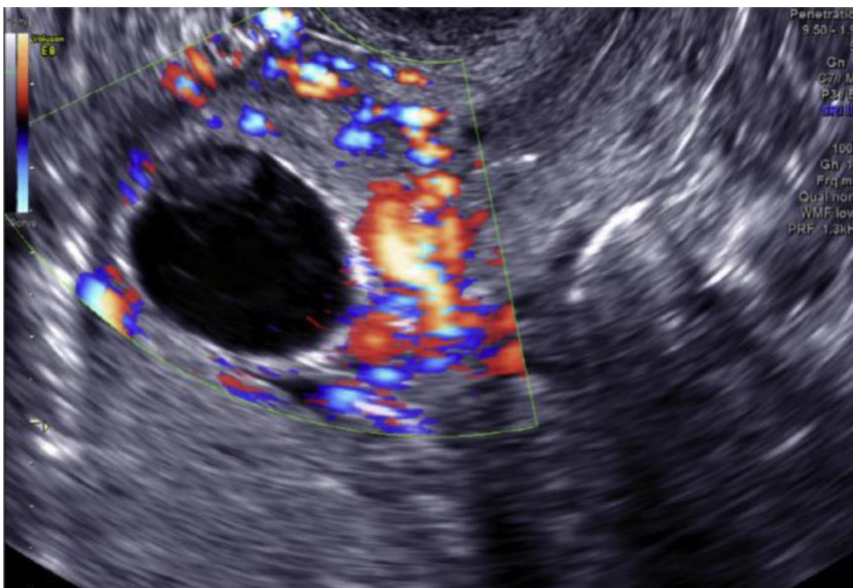
Một thách thức trong chẩn đoán là phân biệt CSP với các bệnh cảnh lâm sàng khác có hình ảnh siêu âm tương tự. Trong một tổng quan tài liệu gồm 751 trường hợp CSP, có đến 107 trường hợp (13,6%) ban đầu chẩn đoán nhầm là thai ngoài tử cung, sảy thai tự nhiên đang tiến triển, hoặc thai bám thấp trong lòng tử cung.<sup>21</sup> Vì tầm quan trọng của việc chẩn đoán kịp thời, nên chuyển bệnh nhân đến trung tâm có kinh nghiệm để tham vấn thêm ý kiến thay vì giữ lại theo dõi vì có thể dẫn đến sự chậm trễ trong chẩn đoán.

### Những phương thức hữu ích khác trong chẩn đoán CSP?

Siêu âm 3D qua ngã âm đạo và siêu âm 3D năng lượng đang được sử dụng nhằm nỗ lực nâng cao độ chính xác trong chẩn đoán CSP bên cạnh một vài báo cáo trường hợp ủng hộ tính hữu ích của các kỹ thuật này.<sup>22-24</sup> Tuy nhiên, với những dữ liệu hạn chế đã được công bố, không có đủ bằng chứng ủng hộ lợi ích của việc sử dụng thường quy siêu âm 3D để chẩn đoán hoặc quản lý CSP.

**HÌNH 3**

Hình ảnh doppler tăng sinh mạch máu nhiều ở vùng sẹo mổ lấy thai trước đây.

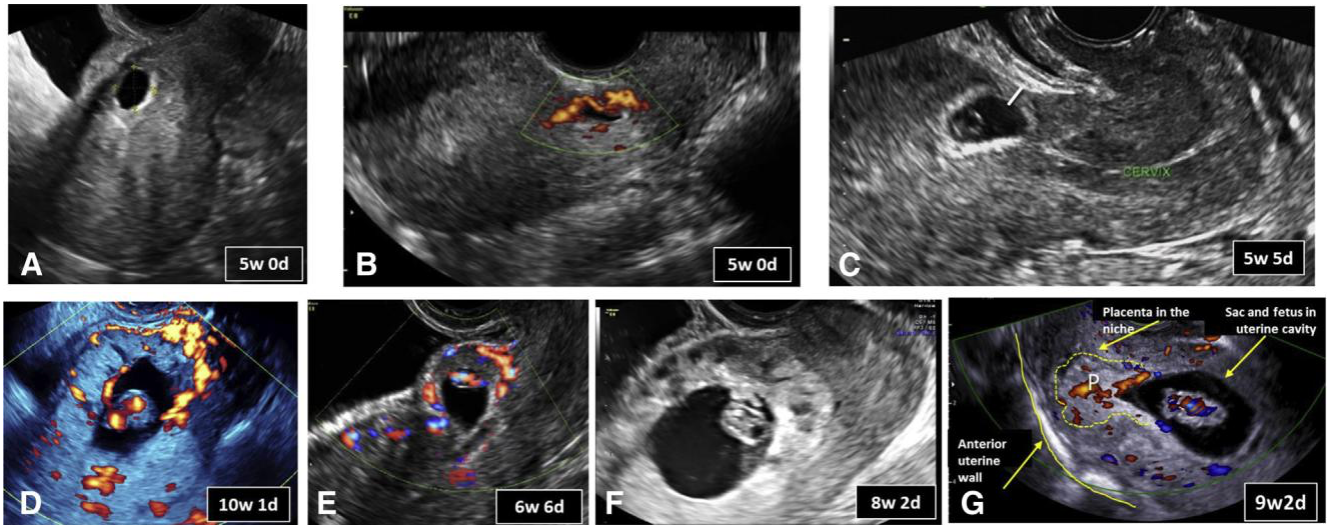


The image shows a prominent vascular pattern in the area of a hysterostomy scar.

SMFM Publication Committee. SMFM Consult Series #49: Cesarean scar pregnancy. AJOG MFM 2020.

## HÌNH 4

Các đặc điểm hình ảnh siêu âm của thai bám sẹo mổ trong tam cá nguyệt thứ nhất



A, Hình ảnh siêu âm 2D cho thấy buồng tử cung trống và đóng, kênh cổ tử cung trống. B, Hình ảnh túi thai làm tổ phần thấp của tử cung có tăng sinh mạch máu xung quanh. C, Làm tổ "trong khuyết sẹo" với lớp cơ giữa túi thai và bàng quang mỏng (gạch ngang). D, Hình ảnh Doppler cho thấy tăng sinh mạch máu quanh túi thai/màng đệm tại vị trí bám của bánh nhau. E, Thay đổi đường bờ thành bàng quang khi túi thai đẩy lồi vào bàng quang. F, Các xoang mạch máu đa hình dạng trong bánh nhau ở một thai bám sẹo mổ 8 tuần. G, Sau 7 tuần túi thai phát triển về phía lòng tử cung, dài ra, và cuối cùng hợp nhất tại một vị trí trong buồng tử cung. Bánh nhau bám tại sẹo mổ, vị trí làm tổ ban đầu.

P, placenta.

SMFM Publication Committee. SMFM Consult Series #49: Cesarean scar pregnancy. AJOG MFM 2020.

MRI được sử dụng như một công cụ hỗ trợ cho siêu âm trong chẩn đoán CSP, mặc dù lợi ích thêm vào chưa rõ ràng.<sup>1,6,7,25-27</sup> Cả hình ảnh trên T1W1 và T2W1 đều có thể cho thấy túi thai bám thấp ở đoạn dưới tử cung ngang mức khuyết sẹo mổ lấy thai trước đó, cũng như hình ảnh buồng nội mạc và kênh cổ trống. Trong loạt báo cáo về hình ảnh CSP trên MRI, hầu hết các CSP được thấy dưới dạng một túi nhỏ có thành mỏng nằm ở khuyết sẹo mổ lấy thai.<sup>27</sup> MRI có thể cung cấp thêm thông tin hữu ích về mức độ xâm lấn cũng như bằng chứng về sự tồn tại của PAS.<sup>1</sup> Hầu hết các tác giả không khuyến nghị sử dụng MRI như một công cụ thường quy để đánh giá CSP, vì hình ảnh siêu âm qua ngã âm đạo với phổ Doppler màu được cho là đủ tin cậy giúp đảm bảo chẩn đoán chính xác. Tuy nhiên, MRI có thể được xem là một phương tiện hỗ trợ trong những trường hợp siêu âm không thể kết luận. Do những rủi ro liên quan đến chẩn đoán chậm trễ, việc kết hợp nhiều loại hình ảnh siêu âm và phương thức khác chẳng hạn như MRI, được ưa chuộng hơn so với chỉ sử dụng siêu âm nhiều lần.

Chẩn đoán CSP bằng phương pháp nội soi lòng tử cung và nội soi ổ bụng đã được báo cáo.<sup>7,11,28,29</sup> Mặc dù các phương pháp này không được khuyến cáo chỉ dùng riêng cho mục đích chẩn đoán, tuy nhiên chúng có thể được sử dụng để xác nhận chẩn đoán trong lúc can thiệp phẫu thuật chương trình. Với nội soi ổ bụng, CSP được mô tả như một

khối phồng lên, "màu đỏ cá hồi" bên dưới bàng quang ngang với vết sẹo mổ lấy thai trước đó, trong khi hình dạng tử cung bình thường.<sup>7,29</sup>

### Tiến triển tự nhiên của CSP như thế nào?

Thông tin về sự tiến triển tự nhiên của CSP còn rất hạn chế, do rất ít CSP được giữ lại cho đến tuổi thai có khả năng sinh sống. Lựa chọn chấm dứt thai kỳ sớm như vậy vì lo sợ các biến chứng nặng sẽ xảy ra khi thai bước vào tam cá nguyệt thứ hai và thứ ba, mặc dù tỷ lệ thật sự của những biến chứng này vẫn chưa rõ ràng. Những trường hợp CSP sinh sống thường kèm các biến chứng PAS, cắt tử cung khi mổ lấy thai hoặc xuất huyết ở ạt lúc sinh.<sup>11,15,30</sup> Loạt báo cáo mô tả kết cục thai kỳ của các CSP lựa chọn điều trị theo dõi đều có cỡ mẫu nhỏ, tỉ lệ cắt tử cung cao từ 50-100 % và thường kèm theo nhau cài răng lược.<sup>10,31-34</sup> Ngoài ra, ở những trường hợp thai phụ điều trị theo dõi, hầu hết đều cần điều trị hỗ trợ và hơn 50% có biến chứng nặng.<sup>30</sup> Trong một chuỗi báo cáo theo dõi tiến cứu gồm 10 phụ nữ được chẩn đoán thai bám trên hoặc trong khuyết sẹo khi siêu âm thai tam cá nguyệt thứ nhất, tất cả đều được chẩn đoán PAS tại thời điểm mổ lấy thai.<sup>32</sup>

Vi nguy cơ cao xảy ra biến chứng ở mẹ, do đó không khuyến cáo quản lý theo dõi ở những thai kỳ được chẩn đoán CSP, mà nên lựa chọn chấm dứt thai kỳ ngay khi đã

chẩn đoán xác định.<sup>1,11,13</sup> Đối với các trường hợp nghi ngờ CSP nhưng không chắc chắn, cần theo dõi thêm trong thời gian ngắn, tham khảo một số ý kiến khác, hoặc chụp bổ sung MRI để chẩn đoán kịp thời, không để chậm trễ quá mức. **Khuyến cáo không điều trị theo dõi đối với CSP (GRADE 1B).**

Một ngoại lệ đối với khuyến cáo trên là những trường hợp CSP sớm nhưng thai lưu hoặc có bằng chứng của suy thai sớm. Trong trường hợp CSP sớm được chẩn đoán chắc chắn là không thể sống được, có thể điều trị theo dõi bằng việc kết hợp siêu âm lặp lại, đo nồng độ beta-hCG và theo dõi các triệu chứng của mẹ như chảy máu âm đạo hoặc đau vùng chậu. Tuy nhiên, CSP không sống được có thể mất vài tháng để tự thoái triển và việc điều trị theo dõi có thể dẫn đến bệnh lý thông nối động tĩnh mạch tử cung (AVM)<sup>20</sup>. AVM tử cung trong bối cảnh lâm sàng này có khả năng gây chảy máu âm đạo dai dẳng, nghiêm trọng và việc điều trị đôi khi cần phải tiến hành thuyên tắc động mạch tử cung hoặc thậm chí cắt bỏ tử cung. Trong một loạt bài của Timor-Tritsch và cộng sự<sup>20</sup>, 20% (2/10 phụ nữ) trong số những phụ nữ được điều trị theo dõi có biến chứng AVM.

## Những phương thức điều trị CSP nào đã được báo cáo?

Mặc dù có nhiều lựa chọn khác nhau để quản lý CSP, tuy nhiên phương pháp điều trị tối ưu vẫn chưa xác định được (Bảng 1). Phẫu thuật, điều trị nội khoa, các liệu pháp xâm lấn tối thiểu và sự kết hợp khác nhau của các phương pháp đó đã được mô tả. Tuy nhiên, y văn chủ yếu chỉ gồm các báo cáo loạt ca, số lượng thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng so sánh các phương pháp rất hạn chế. Bên cạnh đó, các báo cáo này cũng bị ảnh hưởng bởi kỹ năng và kinh nghiệm lâm sàng, năng lực của các cơ sở điều trị và độ phức tạp của ca bệnh, điều này gây khó khăn trong việc so sánh các nghiên cứu. Ngoài ra, kết luận liên quan đến phương pháp để điều trị CSP tối ưu còn bị hạn chế do thiếu sự so sánh trực tiếp giữa tiếp cận nội khoa và phẫu thuật.

Các phương thức đã được mô bao gồm nội soi tử cung, nội soi ổ bụng, phẫu thuật mở ổ bụng, phẫu thuật qua ngà âm đạo, nạo (bao gồm cả kỹ thuật nạo và hút chân không), thuyên tắc động mạch tử cung (UAE), methotrexate (tiêm tại chỗ và sử dụng toàn thân), tiêm trực tiếp kali clorua (KCl), đèn ép túi thai có hướng dẫn bằng kim, siêu âm tập trung cường độ cao (HIFU), sử dụng bóng chèn và kết hợp nhiều phương

TABLE 1

### Các lựa chọn điều trị cho thai bám sẹo mổ lấy thai<sup>a</sup>

Phương pháp	Nghiên cứu, n		Biến chứng, % <sup>c</sup>
	Loại ca	Thử nghiệm Có đối chứng	
Điều trị theo dõi	5	0	53.7
Methotrexate toàn thân	18	3	13
Chọc hút bằng kim + Methotrexate toàn thân	6	0	15.5
Nạo hút	21	0	21
Soi buồng tử cung <sup>d</sup>	7	0	3.2
Cắt qua ngà âm đạo <sup>e</sup>	6	0	0.9
UAE + nạo hút	5	2	3.4
UAE + nạo hút + nội soi buồng tử cung	1	1	1.2
UAE + nạo hút + Methotrexate toàn thân	13	1	2.8
Methotrexate toàn thân và tại chỗ	2	0	2.3
Nội soi ổ bụng	7	0	0
Methotrexate tại chỗ	2	1	4.1
Siêu âm tập trung cường độ cao	1	0	0
Siêu âm tập trung cường độ cao + Nội soi lòng tử cung nạo hút	1	0	0
Đặt bóng đôi cổ tử cung <sup>f</sup>	2	0	4.2 <sup>g,h</sup>

<sup>a</sup>Unless otherwise noted, data from Birch Petersen K et al,<sup>36</sup> 2016; <sup>b</sup> Women who did not need additional treatment; <sup>c</sup> Severe complications such as hemorrhage, hysterectomy; <sup>d</sup> 11 women also had systemic methotrexate and hysteroscopy; <sup>e</sup> 12 women also had systemic methotrexate and transvaginal resection; <sup>f</sup> 34 women also had systemic methotrexate; <sup>g</sup> Reference 37; <sup>h</sup> Reference 38.

SMFM Publication Committee. SMFM Consult Series #49: Cesarean scar pregnancy. AJOG MFM 2020.

pháp.<sup>35</sup> Trong 1 bài tổng quan, các tác giả cho rằng chuyên môn của bác sĩ có ảnh hưởng tới lựa chọn điều trị; các nhà phẫu thuật phụ khoa thiên về nạo, nội soi ổ bụng và nội soi buồng tử cung trong khi các bác sĩ sản khoa có xu hướng chọn tiêm thuốc vào túi thai và can thiệp hình ảnh.<sup>21</sup> Thiên lệch trong các công bố khoa học cũng gây hạn chế cho việc đưa ra kết luận từ các tài liệu y văn có sẵn.

Quyết định điều trị CSP dựa trên mục tiêu chính là bảo toàn sức khỏe bà mẹ, kế đó mới là bảo tồn khả năng sinh sản nếu có thể. Các quyết định xử trí chỉ nên được đưa ra sau khi đánh giá khả năng sống của thai, tuổi thai, sức khỏe mẹ, mong ước về con cái, kỹ năng và kinh nghiệm của bác sĩ, và nguồn lực của cơ sở khám bệnh. Hướng xử trí ưu tiên có sự khác nhau giữa các cơ sở dựa trên nguồn lực, nhân sự và kinh nghiệm lâm sàng. Tuy nhiên, bất kỳ phương pháp quản lý nào cũng tiềm ẩn biến chứng đáng kể ngay cả khi chúng đã được nỗ lực điều chỉnh cho phù hợp với từng bệnh nhân cũng như biểu hiện lâm sàng.

Có sự không thống nhất giữa các tổng quan hệ thống trong nỗ lực xác định một phương thức đơn lẻ điều trị CSP tối ưu, cân bằng giữa thành công và rủi ro của thủ thuật. Trong bài tổng quan của Timor-Tritsch và Monteagudo<sup>21</sup> bao gồm 751 trường hợp CSP với 31 phương pháp điều trị khác nhau, tỷ lệ biến chứng được báo cáo tổng thể là 44,1%. Các biến chứng bao gồm phẫu thuật cấp cứu cắt tử cung (4,8%), mở ổ bụng (5,3%) và UAE (2,9%). Trong số các thủ thuật được các tác giả mô tả là đầu tay, tỷ lệ biến chứng cao nhất được quan sát thấy khi tiêm bắp methotrexate đơn độc (54/87 trường hợp; 62,1%), nạo hút đơn thuần hoặc kết hợp với các phương thức khác (189/305 trường hợp; 61,9%), và thuyên tắc động mạch tử cung đơn lẻ hoặc kết hợp với các phương thức khác (30/64 trường hợp; 46,9%). Tỷ lệ biến chứng thấp nhất được báo cáo với nội soi buồng tử cung đơn thuần hoặc kết hợp các phương thức khác (22/119 trường hợp; 18,4%) và tiêm methotrexate hoặc KCl tại chỗ (8/81 trường hợp; 9,6%). Dựa trên tỷ lệ biến chứng quan sát được, tổng quan này ủng hộ việc sử dụng methotrexate tại chỗ và các phương pháp tiếp cận dựa trên nội soi tử cung để điều trị CSP và không khuyến khích việc sử dụng đơn độc methotrexate toàn thân, nạo hút và UAE. Đáng lưu ý, hầu hết các tài liệu hiện có không phân biệt giữa nạo và hút chân không, mặc dù đường như hút chân không ít biến chứng hơn.

Các kết luận khác nhau đã được đưa ra trong một đánh giá có hệ thống của Birch Petersen<sup>36</sup> và cộng sự tổng hợp 2037 trường hợp CSP, một số trường hợp trùng lặp với báo cáo của Timor-Tritsch và bao gồm dữ liệu từ 4 thử nghiệm ngẫu nhiên và 48 trường hợp. Trong số các trường hợp CSP có dữ liệu về tuổi thai, hầu hết được phát hiện trong tam cá nguyệt đầu tiên. Các phương thức điều trị được tóm gọn thành 14 cách tiếp cận chính. Thành công được định nghĩa khi phương thức điều trị đầu tay có hiệu quả trong việc giải quyết CSP. Các biến chứng chính bao gồm cắt tử cung, lượng máu mất ước tính > 1000 mL hoặc cần truyền máu. Các phương pháp tỷ lệ thành công thấp nhất bao gồm điều trị theo dõi có (41,5% thành công, 53,7% biến chứng), tiếp

theo là nạo (n=243; 48,1% thành công, 21% biến chứng), UAE và methotrexate (n=427; 68,6% thành công, 2,8% biến chứng), methotrexate toàn thân (n=339; 75,2% thành công, 13% biến chứng), và Methotrexate kết hợp tại chỗ và toàn thân (n=34; 76,5% thành công, 2,3% biến chứng). Trong số các phương pháp được báo cáo, tỷ lệ thành công cao nhất gồm cắt bỏ CSP qua ngã âm đạo (n=118; 99,2% thành công, 0,9% biến chứng), nội soi ổ bụng (n=69; 97,1% thành công, 0% biến chứng), UAE với nạo, nội soi tử cung hoặc cả hai (n=85; 95,4% thành công, 1,2% biến chứng), và riêng UAE (n=295; 93,6% thành công, 3,4% biến chứng). Dựa trên tổng quan tài liệu này, các tác giả kết luận rằng các phương pháp can thiệp có vẻ vượt trội hơn các phương pháp điều trị nội.<sup>36</sup>

Kể từ khi các bài tổng quan trên được công bố, thủ thuật đặt ống thông hai bóng vào cổ tử cung để chấm dứt thai kỳ thông qua cơ chế đè ép nguồn cung cấp máu cho túi thai đã được ghi nhận. Một vài báo cáo cho thấy tỷ lệ biến chứng thấp (4,2%) và tỷ lệ thành công cao (97,7%) với kỹ thuật này.<sup>37,38</sup>

Cần lưu ý rằng, mặc dù các phương pháp cắt bỏ CSP qua ngã âm đạo, UAE, nội soi ổ bụng đơn độc hoặc kết hợp có vẻ vượt trội hơn so với điều trị nội và các thủ thuật xâm lấn tối thiểu trong tổng quan của Birch Petersen và cộng sự,<sup>36</sup> tuy nhiên những can thiệp này đòi hỏi nhiều nguồn lực như phòng thủ thuật hoặc phòng mổ được trang bị đặc biệt, trang thiết bị tiên tiến, khả năng gây mê và đội ngũ nhân viên được đào tạo. Do đó, một số biện pháp can thiệp có thể tốn kém và không được phổ biến rộng rãi. Hơn nữa, có rất ít bằng chứng chất lượng cao so sánh trực tiếp các phương pháp này với các phương thức sử dụng ít nguồn lực hơn, chẳng hạn như tiêm methotrexate hoặc KCl tại chỗ.

## Các phương pháp điều trị CSP được khuyến cáo

### Điều trị phẫu thuật

Cả hai phương pháp điều trị nội và can thiệp đều đã được mô tả để quản lý CSP. Trong số các phương pháp phẫu thuật, cắt bỏ CSP qua ngã âm đạo và nội soi đường như có tỷ lệ biến chứng thấp, mặc dù dữ liệu được công bố liên quan đến các kỹ thuật này còn hạn chế.<sup>39-41</sup> Một lợi thế tiềm năng của các phương pháp này là mô sẹo có thể được cắt bỏ và cơ tử cung xung quanh lại áp vào nhau ở thời điểm loại bỏ CSP. Liệu pháp này có làm giảm nguy cơ tái phát CSP hay không vẫn chưa rõ.

Nạo hút đơn thuần mà không kết hợp thêm phương thức hỗ trợ khác có thể dẫn đến tỷ lệ biến chứng cao, bao gồm xuất huyết và thủng tử cung, do kỹ thuật này không thể tiếp cận và loại bỏ hoàn toàn mô nguyên bào nuôi bên ngoài khoang nội mạc và mô sẹo cơ bóp kém sau nạo hút. Cũng như với PAS, nạo lòng tử cung có thể cắt đứt các mạch máu xâm lấn sâu và khiến bệnh nhân bị chảy máu liên tục. Ngoài tỷ lệ biến chứng cao, việc cần phải điều trị bổ sung sau đó được báo cáo là cần thiết ở 52% trường hợp nạo hút.<sup>36</sup> Một lần nữa, cần lưu ý rằng các tài liệu y văn

không phân biệt rõ ràng giữa nạo và hút chân không, mặc dù các kỹ thuật này có thể có tỷ lệ thành công và biến chứng khác nhau khi điều trị CSP. **Chúng tôi đề xuất phẫu thuật cắt bỏ (tiếp cận qua ngã âm đạo hoặc nội soi khi có thể) hoặc hút chân không dưới hướng dẫn của siêu âm như là các xử trí phẫu thuật đối với CSP và nên tránh nạo hút đơn độc (GRADE 2C).**

Mặc dù nạo lòng đơn độc không được khuyến cáo là phương pháp chính trong điều trị CSP. Tuy nhiên hiệu quả sẽ cao hơn và tỷ lệ biến chứng thấp hơn khi hút chân không dưới hướng dẫn của siêu âm.<sup>42</sup> Một chuỗi báo cáo gồm 191 phụ nữ CSP thực hiện hút chân không cho thấy tỷ lệ cần truyền máu là 4,7% và chỉ có một trường hợp duy nhất phải cắt tử cung vì băng huyết. Trong số những phụ nữ quay lại tái khám, có 6% phải phẫu thuật lại vì sót nhau. Đặt Shirodkar như một biện pháp hỗ trợ cho việc nạo hút cũng đã được mô tả, trong đó khâu cổ tử cung được thực hiện trước khi nạo và tác dụng chỉ nhằm hạn chế chảy máu trong trường hợp xuất huyết.<sup>43</sup>

Cắt tử cung vòi trứng là một lựa chọn phẫu thuật thay thế có thể được xem xét để xử trí dứt điểm CSP. Cách tiếp cận này đặc biệt thích hợp cho các CSP phát hiện ở đầu tam cá nguyệt thứ hai hoặc cho những phụ nữ không có mong muốn sinh thêm con.

## Điều trị nội

Tiêm methotrexate tại chỗ hoặc vào túi thai là cách tiếp cận ưu tiên trong điều trị nội khoa CSP, có thể kèm hoặc không kèm methotrexate toàn thân. Không khuyến cáo chỉ dùng Methotrexate toàn thân vì nguy cơ biến chứng cao hơn.<sup>16,30</sup> Mặc dù một thử nghiệm ngẫu nhiên nhỏ về methotrexate toàn thân và tại chỗ cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ chữa khỏi,<sup>44</sup> tuy nhiên những bài tổng quan cho thấy nguy cơ biến chứng cao khi chỉ dùng methotrexate tiêm bắp,<sup>21,45</sup> và methotrexate tại chỗ đường như là một cách tiếp cận hiệu quả hơn. Trong một tổng quan tài liệu của Cheung<sup>45</sup> gồm 96 trường hợp sử dụng methotrexate tiêm vào túi thai để điều trị CSP, 73,9% thành công sau một lần tiêm methotrexate và tăng lên 88,5% sau khi tiêm thêm một liều methotrexate tại chỗ hoặc tiêm bắp. Không tìm thấy yếu tố lâm sàng cơ bản nào ảnh hưởng đến kết quả ngoài beta-hCG huyết thanh > 100.000 IU/L, có liên quan đến thất bại điều trị. Kỹ thuật này thường được thực hiện bằng cách dùng kim 20 gauge đi vào túi thai dưới hướng dẫn của siêu âm qua ngã âm đạo. Có thể rút dịch kiểm tra trước khi tiêm để xác định kim tiêm đã vào đúng vị trí hay chưa. Dữ liệu về liều lượng tối ưu methotrexate dùng trong tiêm tại chỗ còn hạn chế, liều 1 mg/kg cân nặng mẹ và có khi lên đến 50mg đã được mô tả.<sup>18,36,45,46</sup> Liều lượng methotrexate toàn thân điều trị CSP trong các báo cáo rất thay đổi; nhìn chung liều lượng này khá tương đồng với liều dùng cho thai ngoài tử cung.<sup>7,47</sup>

**Chúng tôi đề nghị dùng methotrexate tiêm vào túi thai khi điều trị nội thai bám sẹo mổ, có hoặc không kết hợp thêm các phương thức điều trị khác (GRADE**

## 2C). Chúng tôi khuyến cáo không sử dụng methotrexate đường toàn thân đơn độc để điều trị CSP (GRADE 1C).

Khi quan sát những phụ nữ CSP đã được điều trị nội, người ta thấy khối thai có thể cần vài tuần đến vài tháng để thoái triển. Có thể quan sát thấy sự gia tăng thoáng qua nồng độ beta-hCG và kích thước khối CSP sau khi điều trị bằng methotrexate. Một nghiên cứu điều trị CSP bảo tồn tại chỗ trên 22 phụ nữ, báo cáo thời gian trung bình để CSP thoái triển là 88 ngày (dao động, 26-177).<sup>18</sup> Hiểu biết về những thay đổi sau điều trị có thể giúp giảm thiểu các liệu pháp bổ sung không cần thiết. Sau điều trị, bệnh nhân cần được theo dõi các triệu chứng đáng quan ngại như xuất huyết hoặc AVM. Theo dõi định kỳ bằng siêu âm có thể hữu ích nhằm quan sát sự thoái triển của CSP.

KCI tiêm vào túi thai cũng được mô tả để điều trị CSP trong một số ít trường hợp.<sup>33</sup> Cách tiếp cận này có thể đặc biệt thích hợp cho điều trị CSP có tồn tại đồng thời một thai trong tử cung, vì sử dụng methotrexate có thể gây chết phôi hoặc gây quái thai cho thai sống trong lòng tử cung. Cũng như methotrexate, tiêm KCI dưới hướng dẫn siêu âm có thể đi kèm với chọc hút túi thai. Trong một báo cáo trường hợp và tổng quan y văn, 5 trường hợp CSP kết hợp với thai trong lòng tử cung được điều trị bằng KCI tại chỗ đã được mô tả.<sup>48</sup> Tất cả đều cho kết quả là thai trong lòng sinh sống khỏe mạnh, mặc dù 2 trường hợp có biến chứng băng huyết sau sinh, 1 trường hợp phải cắt tử cung vì nhau cài răng lược. Nội soi tử cung và nội soi ổ bụng để điều trị thai CSP trong hoàn cảnh này cũng đã được mô tả.<sup>49,50</sup>

## Điều trị hỗ trợ

Thuyên tắc động mạch tử cung (Uterine Artery Embolization) là một thủ thuật xâm lấn tối thiểu được sử dụng kết hợp với các phương thức khác để điều trị CSP. UAE có thể thực hiện độc lập hoặc kết hợp với nạo hút, methotrexate, và nội soi buồng tử cung, điều này gây khó khăn trong việc so sánh các nghiên cứu. Một đánh giá cho thấy tỉ lệ thành công cao và biến chứng thấp khi UAE được thực hiện mà không dùng methotrexate hoặc có và không có nạo hút.<sup>36</sup> Nguy cơ cao hơn (31,4%) phải điều trị bổ sung khi methotrexate được thêm vào chiến lược sử dụng UAE. Một thử nghiệm ngẫu nhiên nhỏ so sánh phương pháp UAE kèm hút thai (n=37) với methotrexate toàn thân sau đó hút thai (n=35) cho thấy UAE giúp giảm đáng kể lượng máu mất.<sup>51</sup> Hai phụ nữ trong nhóm dùng methotrexate phải cắt tử cung so với không có phụ nữ nào trong nhóm UAE. UAE có thể là một thủ thuật giúp bảo tồn tử cung và khả năng sinh sản, mặc dù các kết cục được báo cáo khác nhau đáng kể và vai trò hỗ trợ của nó đi kèm với các phương thức điều trị khác cần được nghiên cứu thêm.

Như đã đề cập trước đây, Timor-Tritsch và cộng sự<sup>37,38,52</sup> cũng đã báo cáo phương pháp đặt, bơm bóng và ống Foley để chèn ép một túi thai bám sẹo mổ lấy thai đang có biến



chứng xuất huyết hoặc được dùng như là một biện pháp dự phòng. Kinh nghiệm của họ cho thấy rằng kỹ thuật này có thể đem lại hiệu quả và là một lựa chọn tiềm năng cần được nghiên cứu thêm.

### Nên quản lý những phụ nữ có thai bám sẹo mổ tử chối điều trị như thế nào?

Những phụ nữ từ chối điều trị CSP cần được tham vấn về nguy cơ cao xảy ra các biến chứng sản khoa nghiêm trọng, bao gồm PAS, xuất huyết ồ ạt, vỡ tử cung, bệnh lý nặng và khả năng tử vong ở mẹ. Xử trí những trường hợp này bao gồm theo dõi nguy cơ cao có PAS, quản lý thai kì đúng đắn và lên kế hoạch khi sinh phù hợp. Các thai phụ nên được tư vấn kỹ về các dấu hiệu và triệu chứng của chuyển dạ sinh non hoặc bất kỳ triệu chứng nghi ngờ vỡ tử cung. Khuyến cáo sinh mổ lặp lại trong khoảng từ 34 0/7 đến 35 6/7 tuần. Ngoài ra, cũng như các trường hợp sinh non muộn khác, khuyến cáo chích betamethason trước sinh.<sup>53</sup> **Ở những phụ nữ chọn theo dõi chờ đợi và tiếp tục CSP, chúng tôi khuyến cáo mổ lấy thai lặp lại từ 34 0/7 đến 35 6/7 tuần thai ( GRADE 1C).**

Cũng như với PAS, quá trình sinh nên diễn ra ở các cơ sở trang bị cấp III hoặc cấp IV với chuyên môn và nguồn lực phù hợp, bao gồm khả năng xử trí xuất huyết ồ ạt.<sup>54</sup> Nên có một đội ngũ bác sĩ đa ngành tham gia cuộc sinh và cần chuẩn bị sẵn sàng khả năng truyền dịch lượng lớn và phải cắt tử cung trong lúc sinh.

### CSP ảnh hưởng như thế nào đến các thai kỳ tiếp theo?

Phụ nữ CSP có thể mang thai lại sau điều trị bảo tồn tử cung, mặc dù dường như tăng nguy cơ CSP tái phát và các bệnh lý nặng khác của bà mẹ. Ben Nagi và cộng sự<sup>55</sup> đã báo cáo tỷ lệ CSP tái phát là 5% trong số 21 trường hợp mang thai sau điều trị CSP bảo tồn trước đó. Tuy nhiên, những báo cáo khác lại cho thấy tỷ lệ biến chứng cao. Seow và cộng sự<sup>56</sup> đã báo cáo 7 trường hợp mang thai trong số 14 phụ nữ có CSP trước đó đã được điều trị bảo tồn. Khoảng cách trung bình giữa CSP và lần mang thai tiếp theo là 13 tháng (dao động, 0-34 tháng). Bốn thai trong tử cung, trong đó có 1 song thai; tất cả đều được sinh bằng phương pháp mổ lấy thai không biến chứng khi thai từ 35 đến 36 tuần. Hai trường hợp có biến chứng nhau cài răng lược: 1 tam thai (bao gồm song thai trong tử cung và 1 thai bám sẹo mổ tái phát) dẫn đến việc phải cắt bỏ tử cung khi mổ lấy thai và xuất huyết ồ ạt ở tuổi thai 32 tuần, mặc dù trường hợp còn lại phát hiện nhau cài răng lược khi mổ lấy thai nhưng không cần phải cắt tử cung ở thời điểm thai 37 tuần. Trường hợp cuối cùng là một phụ nữ có thai 3 tháng sau nạo hút và điều trị bằng cách đặt bóng cổ tử cung cho CSP. Trong lần mang thai tiếp theo, sản phụ bị vỡ tử cung tự nhiên và tử vong vì sốc giảm thể tích, thai nhi thì chết lưu.

### Tóm tắt các khuyến cáo

STT Khuyến cáo	GRADE <sup>a</sup>
1 Chúng tôi khuyến cáo không điều trị theo dõi thai bám sẹo mổ lấy thai	1B: khuyến cáo mạnh, chứng cứ chất lượng trung bình
2 Chúng tôi đề xuất phẫu thuật cắt bỏ CSP (tiếp cận qua ngã âm đạo hoặc nội soi khi có thể) hoặc hút chân không dưới hướng dẫn của siêu âm như là các xử trí phẫu thuật đối với CSP và nên tránh nạo hút đơn độc (GRADE 2C).	2C: khuyến cáo yếu, chứng cứ chất lượng thấp
3 Chúng tôi đề nghị dùng methotrexate tiêm vào túi thai khi điều trị nội thai bám sẹo mổ, có hoặc không kết hợp thêm các phương thức điều trị khác.	2C: khuyến cáo yếu, chứng cứ chất lượng thấp
4 Chúng tôi khuyến cáo không dùng methotrexate toàn thân đơn độc để điều trị thai bám sẹo mổ.	1C: khuyến cáo mạnh, chứng cứ chất lượng thấp
5 Ở những phụ nữ chọn phương pháp theo dõi và tiếp tục thai kỳ chúng tôi khuyến cáo mổ lấy thai ở thời điểm từ 34 0/7 đến 35 6/7 tuần tuổi thai	1C: khuyến cáo mạnh, chứng cứ chất lượng thấp
6 Chúng tôi khuyến cáo phụ nữ có CSP nên được tư vấn về nguy cơ của lần mang thai tiếp theo cũng như các biện pháp tránh thai hiệu quả, bao gồm cả biện pháp tránh thai có thể đảo ngược tác dụng kéo dài và tránh thai vĩnh viễn	1C: khuyến cáo mạnh, chứng cứ chất lượng thấp

<sup>a</sup> Grading of recommendations, assessment, development, and evaluation. SMFM Publication Committee. SMFM Consult Series #49: Cesarean scar pregnancy. AJOG MFM 2020

Trong một tổng quan y văn, bao gồm cả loạt bài được đề cập phía trên, Sadeghi và cộng sự<sup>57</sup> đã báo cáo 59 trường hợp mang thai lần tiếp theo (81%) trong số 73 phụ nữ đã từng có CSP vẫn giữ lại tử cung của họ. Trong số này, 15 trường hợp (25%) có biến chứng CSP tái phát. Một nghiên cứu đơn trung tâm lớn nhất đã báo cáo 32 trường hợp mang thai sau CSP với tỷ lệ tái phát là 15,6%.<sup>58</sup> Một vài báo cáo đơn trung tâm gần đây cho thấy trong số 10 ca mang thai tự nhiên ở 8 phụ nữ có tiền sử CSP; 4 (40%) là CSP tái phát.<sup>59</sup> Những phụ nữ mong muốn mang thai sau CSP nên được tư vấn có nguy cơ tái phát cao và bệnh lý nặng ở mẹ. **Chúng tôi khuyến cáo phụ nữ có CSP nên được tư vấn về các nguy cơ của lần mang thai tiếp theo cũng như các biện pháp tránh thai hiệu quả, bao gồm cả biện pháp tránh thai hồi phục có tác dụng kéo dài và tránh thai vĩnh viễn (GRADE 1C).**

## Hệ thống phân độ hội MFM: mức độ khuyến cáo, khảo sát, phát triển, và đánh giá (GRADE)<sup>67,a</sup>

Mức độ khuyến cáo	Nguy cơ và lợi ích	Chất lượng của chứng cứ ủng hộ	Ngụ ý
1A: khuyến cáo mạnh, chứng cứ chất lượng cao	Lợi ích rõ ràng lớn hơn rủi ro và gánh nặng hoặc ngược lại	Chứng cứ nhất quán từ thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng hiệu lực tốt, hoặc có bằng chứng áp đảo về một số hình thức khác. Nghiên cứu thêm nữa không chắc thay đổi độ tin cậy vào ước tính của lợi ích và rủi ro	Khuyến cáo mạnh mẽ có thể áp dụng cho hầu hết bệnh nhân trong hầu hết các trường hợp: Các bác sĩ lâm sàng nên thực hiện theo khuyến cáo, trừ khi có một lý do rõ ràng và thuyết phục cho một cách tiếp cận thay thế hiện có
1B: khuyến cáo mạnh, chứng cứ chất lượng vừa	Lợi ích rõ ràng lớn hơn rủi ro và gánh nặng hoặc ngược lại	Bằng chứng từ các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng với những hạn chế quan trọng (kết quả không nhất quán, sai sót về phương pháp, gián tiếp hoặc không chính xác) hoặc bằng chứng rất mạnh ở một số thiết kế nghiên cứu khác. Nghiên cứu thêm (nếu được thực hiện) có thể có tác động đến sự tin cậy trong việc ước tính lợi ích và rủi ro và có thể thay đổi khoảng ước tính.	Khuyến cáo mạnh áp dụng cho hầu hết bệnh nhân: Các bác sĩ lâm sàng nên tuân theo khuyến cáo mạnh, trừ khi có cơ sở lý luận rõ ràng và thuyết phục cho một phương pháp thay thế.
1C: khuyến cáo mạnh, chứng cứ chất lượng kém	Lợi ích dường như lớn hơn rủi ro và gánh nặng hoặc ngược lại	Bằng chứng từ các nghiên cứu quan sát, kinh nghiệm lâm sàng không có hệ thống hoặc các thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên có sai sót nghiêm trọng. Mọi khuyến cáo này là chất lượng thấp.	Khuyến cáo mạnh áp dụng cho hầu hết bệnh nhân: Tuy nhiên, một số cơ sở bằng chứng hỗ trợ khuyến cáo này là chất lượng thấp.
2A: khuyến cáo yếu, chứng cứ chất lượng cao	Lợi ích gần cân bằng với rủi ro và gánh nặng	Chứng cứ nhất quán từ thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng hiệu lực tốt, hoặc có bằng chứng áp đảo về một số hình thức khác. Nghiên cứu thêm nữa không chắc thay đổi độ tin cậy vào ước tính của lợi ích và rủi ro	Khuyến cáo yếu: Hành động tốt nhất có thể khác nhau tùy thuộc vào hoàn cảnh hoặc bệnh nhân hoặc xã hội.
2B: khuyến cáo yếu, chứng cứ chất lượng vừa	Lợi ích gần cân bằng với rủi ro và gánh nặng; một số không chắc chắn trong ước tính lợi ích, rủi ro và gánh nặng	Bằng chứng từ các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng với những hạn chế quan trọng (kết quả không nhất quán, sai sót về phương pháp, gián tiếp hoặc không chính xác) hoặc bằng chứng rất mạnh ở một số thiết kế nghiên cứu khác. Nghiên cứu thêm (nếu được thực hiện) có thể có tác động đến sự tin cậy trong việc ước tính lợi ích và rủi ro và có thể thay đổi khoảng ước tính.	Khuyến cáo yếu: Các phương pháp tiếp cận thay thế có thể tốt hơn cho một số bệnh nhân trong một số trường hợp.
2C: khuyến cáo yếu, chứng cứ chất lượng kém	Sự không chắc chắn trong ước tính lợi ích, rủi ro và gánh nặng; lợi ích có thể gần cân bằng với rủi ro và gánh nặng.	Bằng chứng từ các nghiên cứu quan sát, kinh nghiệm lâm sàng không có hệ thống hoặc các thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên có sai sót nghiêm trọng. Mọi ước tính về ảnh hưởng đều không chắc chắn.	Khuyến cáo rất yếu: Các lựa chọn thay thế khác có thể hợp lý như nhau
Thực hành tốt nhất	Đề xuất trong đó (1) có một lượng lớn bằng chứng gián tiếp biện minh rõ ràng khuyến cáo mạnh (bằng chứng trực tiếp sẽ là thách thức và sử dụng thời gian và tài nguyên không hiệu quả, để tập hợp lại và tóm tắt cẩn thận) hoặc (2) khuyến cáo ngược lại sẽ là phi đạo đức		

<sup>a</sup> Adapted from Guyatt GH, et al.<sup>68</sup> 2008.

SMFM Publication Committee. SMFM Consult Series #49: Cesarean scar pregnancy. AJOG MFM 2020.

Mặc dù khoảng thời gian từ lúc điều trị CSP bảo tồn thành công đến lần mang thai tiếp theo càng ngắn có thể làm tăng nguy cơ CSP tái phát hoặc PAS, tuy nhiên hiện không có sự đồng thuận về khoảng thời gian nên chờ đợi trước khi cố gắng mang thai tiếp đối với những phụ nữ mong muốn có thêm con sau khi được tư vấn về các rủi ro.<sup>14,30</sup> Một số chuyên gia khuyến cáo nên đợi 12-24 tháng trước khi mang thai lại, mặc dù chứng cứ còn rất hạn chế.<sup>4,60</sup>

Do tăng nguy cơ tái phát CSP, một số tác giả ủng hộ việc đánh giá tử cung và sẹo mổ lấy thai bằng siêu âm bơm dịch lòng trước khi mang thai. Tuy nhiên, hiện chưa rõ liệu việc phát hiện khuyết sẹo mổ lấy thai có liên quan đến tăng nguy cơ và ảnh hưởng đến quá trình tư vấn về vấn đề nên mang thai nữa hay không. Việc sửa chữa của sẹo mổ lấy thai giữa các lần mang thai sử dụng nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau đã được báo cáo. Tuy nhiên, không có đủ cơ sở dữ liệu ủng hộ lợi ích đối với thực hành này.<sup>21,61-66</sup>

Một phụ nữ có tiền sử CSP mang thai cần được theo dõi chặt chẽ bằng siêu âm để xác nhận thai trong tử cung và loại trừ CSP tái phát hoặc PAS. Thăm khám siêu âm ban đầu nên được thực hiện ở các trung tâm tiền sản để xác định vị trí thai nằm trong lòng tử cung và lý tưởng khi tuổi thai dưới 8 tuần. Sinh mổ lặp lại được đề xuất trong khoảng thời gian từ 34 0/7 đến 35 6/7 tuần tuổi thai, trước khi bắt đầu chuyển dạ.<sup>53</sup> Khuyến cáo nên tiêm Betamethasone trước khi sinh non muộn. Nhóm phẫu thuật nên chuẩn bị sẵn sàng về tình trạng băng huyết và khả năng phải phẫu thuật cắt tử cung.

## Kết luận

Tỷ lệ mắc CSP đang gia tăng do tỷ lệ sinh mổ trên toàn thế giới ngày càng cao. CSP có thể khó để chẩn đoán kịp thời và nên được lưu ý khi tiến hành siêu âm sớm trong tam cá nguyệt đầu tiên ở những phụ nữ có mổ lấy thai trước đó. Một số phương pháp điều trị phẫu thuật và nội khoa đã được mô tả cho loại bệnh lý này; tuy nhiên, hiện nay phương pháp điều trị tối ưu vẫn chưa chắc chắn. Do đó, một cơ quan đăng ký liên quốc gia đã được tạo ra để các nhà cung cấp gửi dữ liệu về chẩn đoán, diễn tiến cũng như cách quản lý CSP (<https://csp-registry.com>).

## REFERENCES

- Riaz RM, Williams TR, Craig BM, Myers DT. Cesarean scar ectopic pregnancy: imaging features, current treatment options, and clinical out-comes. *Abdom Imaging* 2015;40:2589–99.
- Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Meriardi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:331.e1–19.
- Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;21:220–7.
- Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23:247–53.
- Godin PA, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a previous caesarian section scar. *Fertil Steril* 1997;67:398–400.
- Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneider D, Herman A. Ectopic pregnancies in a caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. *Hum Reprod Update* 2004;10:515–23.
- Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy. *BJOG* 2007;114:253–63.
- Tantbirojn P, Crum CP, Parast MM. Pathophysiology of placenta creta: the role of decidua and extravillous trophoblast. *Placenta* 2008;29: 639–45.
- Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, et al. Cesarean scar pregnancy is a precursor of morbidly adherent placenta. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2014;44:346–53.
- Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, et al. Cesarean scar pregnancy and early placenta accreta share common histology. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2014;43:383–95.
- Rotas MA, Haberman S, Levgr M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006;107:1373–81.
- Gonzalez N, Tulandi T. Cesarean scar pregnancy: a systematic review. *J Minim Invasive Gynecol* 2017;24:731–8.
- Kaelin Agten A, Cali G, Monteagudo A, Oviedo J, Ramos J, Timor-Tritsch I. The clinical outcome of cesarean scar pregnancies implanted “on the scar” versus “in the niche.” *Am J Obstet Gynecol* 2017;216(5):510. e1–6.
- McKenna DA, Poder L, Goldman M, Goldstein RB. Role of sonography in the recognition, assessment, and treatment of cesarean scar ectopic pregnancies. *J Ultrasound Med* 2008;27:779–83.
- Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, et al. Ectopic pregnancies in caesarean section scars: the 8 year experience of one medical centre. *Hum Reprod* 2004;19:278–84.
- Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultra-sound Obstet Gynecol* 2000;16:592–3.
- Cali G, Timor-Tritsch IE, Palacios-Jaraquemada J, et al. Changes in ultrasonography indicators of abnormally invasive placenta during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2018;140:319–25.
- Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsybmal T, Pineda G, Arslan AA. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:44.e1–13.
- Moschos E, Sreenarasimhaiah S, Twickler DM. First-trimester diagnosis of cesarean scar ectopic pregnancy. *J Clin Ultrasound* 2008;36: 504–11.
- Timor-Tritsch IE, Khatib N, Monteagudo A, Ramos J, Berg R, Kovacs S. Cesarean scar pregnancies: experience of 60 cases. *J Ultra-sound Med* 2015;34:601–10.
- Timor-Tritsch IE, Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy: a review. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207: 14–29.
- Shih JC. Cesarean scar pregnancy: diagnosis with three-dimensional (3D) ultrasound and 3D power Doppler. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23:306–7.
- Wang CJ, Yuen LT, Yen CF, Lee CL, Soong YK. Three-dimensional power Doppler ultrasound diagnosis and laparoscopic management of a pregnancy in a previous cesarean scar. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2004;14:399–402.
- Ozkan S, Caliskan E, Ozeren S, Corakci A, Cakiroglu Y, Coskun E. Three-dimensional ultrasonographic diagnosis and hysteroscopic management of a viable cesarean scar ectopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res* 2007;33:873–7.
- Valley MT, Pierce JG, Daniel TB, Kaunitz AM. Cesarean scar pregnancy: imaging and treatment with conservative surgery. *Obstet Gynecol* 1998;91:838–40.
- Weimin W, Wenqing L. Effect of early pregnancy on a previous lower segment cesarean section scar. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;77:201–7.

27. Peng KW, Lei Z, Xiao TH, et al. First trimester caesarean scar ectopic pregnancy evaluation using MRI. *Clin Radiol* 2014;69:123–9.
28. Wang CJ, Chao AS, Yuen LT, Wang CW, Soong YK, Lee CL. Endo-scopic management of cesarean scar pregnancy. *Fertil Steril* 2006;85: 494.e1–4.
29. Roberts H, Kohlenber C, Lanzarone V, Murray H. Ectopic pregnancy in lower segment uterine scar. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1998;38:114–6.
30. Osborn DA, Williams TR, Craig BM. Cesarean scar pregnancy: sonographic and magnetic resonance imaging findings, complications, and treatment. *J Ultrasound Med* 2012;31:1449–56.
31. Ben Nagi J, Ofili-Yebovi D, Marsh M, Jurkovic D. First-trimester ce-sarean scar pregnancy evolving into placenta previa/accreta at term. *J Ultrasound Med* 2005;24:1569–73.
32. Zosmer N, Fuller J, Shaikh H, Johns J, Ross JA. Natural history of early first-trimester pregnancies implanted in cesarean scars. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015;46:367–75.
33. Michaels AY, Washburn EE, Pocius KD, Benson CB, Doubilet PM, Carusi DA. Outcome of cesarean scar pregnancies diagnosed sonographically in the first trimester. *J Ultrasound Med* 2015;34:595–9.
34. Cali G, Timor-Tritsch IE, Palacios-Jaraquemada J, et al. Outcome of cesarean scar pregnancy managed expectantly: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018;51:169–75.
35. Xiao J, Zhang S, Wang F, et al. Cesarean scar pregnancy: noninvasive and effective treatment with high-intensity focused ultrasound. *Am J Obstet Gynecol* 2014;211:356.e1–7.
36. Birch Petersen K, Hoffmann E, Ribbjerg Larsen C, Svarre Nielsen H. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. *Fertil Steril* 2016;105:958–67.
37. Monteagudo A, Cali G, Rebarber A, et al. Minimally invasive treatment of cesarean scar and cervical pregnancies using a cervical ripening double balloon catheter: expanding the clinical series. *J Ultrasound Med* 2019;38: 785–93.
38. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Bennett TA, Foley C, Ramos J, Kaelin Agten A. A new minimally invasive treatment for cesarean scar pregnancy and cervical pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2016;215:351.e1–8.
39. Kang SY, Park BJ, Kim YW, Ro DY. Surgical management of cesarean scar ectopic pregnancy: hysterotomy by transvaginal approach. *Fertil Steril* 2011;96:e25–8.
40. Le A, Shan L, Xiao T, Zhuo R, Xiong H, Wang Z. Transvaginal surgical treatment of cesarean scar ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2013;287:791–6.
41. Wang DB, Chen YH, Zhang ZF, et al. Evaluation of the transvaginal resection of low-segment cesarean scar ectopic pregnancies. *Fertil Steril* 2014;101:602–6.
42. Jurkovic D, Knez J, Appiah A, Farahani L, Mavrellos D, Ross JA. Sur-gical treatment of cesarean scar ectopic pregnancy: efficacy and safety of ultrasound-guided suction curettage. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016;47:511–7.
43. Jurkovic D, Ben-Nagi J, Ofilli-Yebovi D, Sawyer E, Helmy S, Yazbek J. Efficacy of Shirodkar cervical suture in securing hemostasis following surgical evacuation of cesarean scar ectopic pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;30:95–100.
44. Peng P, Gui T, Liu X, Chen W, Liu Z. Comparative efficacy and safety of local and systemic methotrexate injection in cesarean scar pregnancy. *Ther Clin Risk Manag* 2015;11:137–42.
45. Cheung VY. Local methotrexate injection as the first-line treatment for cesarean scar pregnancy: review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2015;22:753–8.
46. Yamaguchi M, Honda R, Uchino K, Tashiro H, Ohba T, Katabuchi H. Transvaginal methotrexate injection for the treatment of cesarean scar pregnancy: efficacy and subsequent fecundity. *J Minim Invasive Gynecol* 2014;21:877–83.
47. Michener C, Dickinson JE. Cesarean scar ectopic pregnancy: a single centre case series. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009;49:451–5.
48. Ugurlucan FG, Bastu E, Dogan M, Kalelioglu I, Alanya S, Has R. Management of cesarean heterotopic pregnancy with transvaginal ultrasound-guided potassium chloride injection and gestational sac aspi-ration, and review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2012;19: 671–3.
49. Wang CJ, Tsai F, Chen C, Chao A. Hysteroscopic management of heterotopic cesarean scar pregnancy. *Fertil Steril* 2010;94:1529.e15–8.
50. Demirel LC, Bodur H, Selam B, Lembed A, Ergin T. Laparoscopic management of heterotopic cesarean scar pregnancy with preservation of intrauterine gestation and delivery at term: case report. *Fertil Steril* 2009;91:1293.e5–7.
51. Zhuang Y, Huang L. Uterine artery embolization compared with methotrexate for the management of pregnancy implanted within a ce-sarean scar. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:152.e1–3.
52. Timor-Tritsch IE, Cali G, Monteagudo A, et al. Foley balloon catheter to prevent or manage bleeding during treatment for cervical and cesarean scar pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015;46:118–23.
53. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 713: antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. *Obstet Gynecol* 2017;130:e102–9.
54. Obstetric Care Consensus No. 7: placenta accreta spectrum. *Obstet Gynecol* 2018;132:e259–75.
55. Ben Nagi J, Helmy S, Ofili-Yebovi D, Yazbek J, Sawyer E, Jurkovic D. Reproductive outcomes of women with a previous history of caesarean scar ectopic pregnancies. *Hum Reprod* 2007;22:2012–5.
56. Seow KM, Hwang JL, Tsai YL, Huang LW, Lin YH, Hsieh BC. Sub-sequent pregnancy outcome after conservative treatment of a previous cesarean scar pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:1167–72.
57. Sadeghi H, Rutherford T, Rackow BW, et al. Cesarean scar ectopic pregnancy: case series and review of the literature. *Am J Perinatol* 2010;27:111–20.
58. Wang Q, Peng HL, He L, Zhao X. Reproductive outcomes after pre-vious cesarean scar pregnancy: follow up of 189 women. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2015;54:551–3.
59. Grechukhina O, Deshmukh U, Fan L, et al. Cesarean scar pregnancy, incidence, and recurrence: five-year experience at a single tertiary care referral center. *Obstet Gynecol* 2018;132(5):1285–95.
60. Obstetric Care Consensus No. 8: interpregnancy care. *Obstet Gynecol* 2019;133:e51–72.
61. Klemm P, Koehler C, Mangler M, Schneider U, Schneider A. Laparo-scopic and vaginal repair of uterine scar dehiscence following cesarean section as detected by ultrasound. *J Perinat Med* 2005;33:324–31.
62. Donnez O, Jadoul P, Squifflet J, Donnez J. Laparoscopic repair of wide and deep uterine scar dehiscence after cesarean section. *Fertil Steril* 2008;89:974–80.
63. Gubbini G, Centini G, Nascetti D, et al. Surgical hysteroscopic treat-ment of cesarean-induced isthmocele in restoring fertility: prospective study. *J Minim Invasive Gynecol* 2011;18:234–7.
64. He M, Chen MH, Xie HZ, et al. Transvaginal removal of ectopic preg-nancy tissue and repair of uterine defect for caesarean scar pregnancy. *BJOG* 2011;118:1136–9.
65. Yalcinkaya TM, Akar ME, Kammire LD, Johnston-MacAnanny EB, Mertz HL. Robotic-assisted laparoscopic repair of symptomatic cesarean scar defect: a report of two cases. *J Reprod Med* 2011;56:265–70.
66. Donnez O, Donnez J, Orellana R, Dolmans MM. Gynecological and obstetrical outcomes after laparoscopic repair of a cesarean scar defect in a series of 38 women. *Fertil Steril* 2017;107:289–96.e2.
67. Chauhan SP, Blackwell S C. SMFM adopts GRADE (Grading of Rec-ommendations Assessment, Development, and Evaluation) for clinical guidelines. *Society for Maternal-Fetal Medicine [editorial]*. *Am J Obstet Gynecol* 2013;209:163–5.
68. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations: GRADE Working Group. *BMJ* 2008;336:924–6.

---

The authors report no conflict of interest.

Tất cả các tác giả và thành viên Ủy ban đã đệ trình một bản công bố xung đột lợi ích bao gồm lợi ích cá nhân, nghề nghiệp và / hoặc doanh nghiệp có thể được coi là xung đột lợi ích thực sự hoặc tiềm ẩn liên quan đến ấn phẩm này. Mọi xung đột đã được giải quyết thông qua một quy trình đã được Ban điều hành phê duyệt. Hiệp hội Y học Bà mẹ-Thai nhi không được trích dẫn solì cũng như không chấp nhận bất kỳ sự tham gia thương mại nào vào việc phát triển nội dung của ấn phẩm này.

Tài liệu này đã trải qua một cuộc đánh giá đồng cấp nội bộ thông qua một quy trình của ủy ban đa cấp trong SMFM. Đánh giá này bao gồm sự phê bình và phản hồi từ các Ấn phẩm SMFM và Ủy ban Đánh giá Document và sự phê duyệt cuối cùng của Ủy ban Điều hành SMFM. SMFM nhận trách nhiệm duy nhất về nội dung tài liệu. Các ấn phẩm SMFM không qua biên tập

và bình duyệt của Tạp chí Sản phụ khoa Hoa Kỳ. Ủy ban Xuất bản SMFM xem xét các ấn phẩm 18-24 tháng một lần và phát hành các bản cập nhật khi cần thiết. Thông tin chi tiết khác về Ấn phẩm SMFM có thể được tìm thấy tại [www.smfm.org/publications](http://www.smfm.org/publications).

SMFM đã thông qua việc sử dụng từ “phụ nữ” (và các đại từ “cô ấy” và “cô ấy”) để áp dụng cho những cá nhân được chỉ định giới tính nữ khi sinh, bao gồm cả những cá nhân xác định là nam giới cũng như những cá nhân không phải nhị phân xác định là cả hai giới tính hoặc không giới tính. Khi ngôn ngữ phân biệt giới tính tiếp tục phát triển trong cộng đồng khoa học và y tế, SMFM sẽ đánh giá lại cách sử dụng này và thực hiện các điều chỉnh thích hợp nếu cần.

Tất cả các câu hỏi hoặc nhận xét liên quan đến tài liệu này nên được chuyển đến Ủy ban Xuất bản SMFM tại [pubs@smfm.org](mailto:pubs@smfm.org).