

RARE CLINICAL CASE REPORT: HETEROTOPIC PREGNANCY FOLLOWING IN VITRO FERTILIZATION

Pham Thi Thuy Duong, Phan Thi Man

Hong Ngoc Yen Ninh Hospital Fertility Center-55 Yen Ninh Street, Ba Dinh Ward, Hanoi, Vietnam

Received: 02/02/2026

Revised: 13/06/2026; Accepted: 24/07/2026

ABSTRACT

Heterotopic pregnancy is the simultaneous occurrence of an intrauterine pregnancy and an ectopic pregnancy. It is a rare condition in natural conception but has shown a marked increase with the widespread use of assisted reproductive technologies. Interstitial ectopic pregnancy is a particularly dangerous form due to the risk of delayed rupture and massive hemorrhage. We report a rare case of heterotopic pregnancy consisting of a viable intrauterine pregnancy and a right interstitial tubal pregnancy following in vitro fertilization in a patient with a history of right salpingectomy. The patient was diagnosed early by ultrasonography and promptly managed with laparoscopic surgery, allowing preservation of the intrauterine pregnancy. The pregnancy progressed favorably and was completed by term cesarean delivery with a healthy newborn. This case highlights the importance of early diagnosis of heterotopic pregnancy (a viable intrauterine pregnancy and an interstitial tubal pregnancy) in patients who conceive after assisted reproductive techniques, even in those with a history of salpingectomy, to enable timely surgical management and achieve favorable outcomes for both the mother and the intrauterine pregnancy.

Keywords: Heterotopic pregnancy; Interstitial pregnancy; In vitro fertilization; Ectopic pregnancy.

*Corresponding author

Email: Annaphan225@gmail.com **Phone:** (+84) 929992666 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i7.6010

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP: THAI DỊ VỊ SAU THỤ TINH TRONG ống NGHIỆM

Phạm Thị Thùy Dương, Phan Thị Mận

Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Hồng Ngọc Yên Ninh-55 P. Yên Ninh, phường Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 02/02/2026

Ngày chỉnh sửa: 13/06/2026; Ngày duyệt đăng: 24/07/2026

TÓM TẮT

Thai dị vị là tình trạng đồng thời tồn tại thai trong tử cung và thai ngoài tử cung. Đây là một bệnh lý hiếm gặp trong thai kỳ tự nhiên nhưng có xu hướng gia tăng rõ rệt trong bối cảnh áp dụng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Trong trường hợp thai ngoài tử cung ở vị trí đoạn kẽ là một thể thai đặc biệt nguy hiểm do nguy cơ vỡ muộn và chảy máu ồ ạt. Chúng tôi báo cáo một trường hợp thai dị vị hiếm gặp gồm một thai trong tử cung còn sống và một thai ngoài tử cung đoạn kẽ vòi trứng phải sau thụ tinh trong ống nghiệm ở bệnh nhân đã được cắt vòi trứng phải trước đó. Bệnh nhân được chẩn đoán sớm bằng siêu âm và xử trí phẫu thuật nội soi kịp thời, bảo tồn được thai trong tử cung. Thai kỳ tiến triển thuận lợi và kết thúc bằng sinh mổ đủ tháng với trẻ sơ sinh khỏe mạnh. Qua đây chúng tôi muốn nhấn mạnh vai trò của việc chẩn đoán sớm thai dị vị: 01 thai trong tử cung và 01 thai ngoài tử cung đoạn kẽ ở các bệnh nhân mang thai sau hỗ trợ sinh sản, kể cả khi đã có tiền sử cắt vòi trứng tử đó có các xử trí ngoại khoa kịp thời và mang lại kết cục tốt cho cả mẹ và thai trong tử cung.

Từ khóa: Thai dị vị; Thai đoạn kẽ; Thụ tinh trong ống nghiệm; Thai ngoài tử cung.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai dị vị được định nghĩa là sự tồn tại đồng thời của một thai trong tử cung và một thai ngoài tử cung [1]. Trong thai kỳ tự nhiên, tỷ lệ mắc thai dị vị rất thấp, ước tính khoảng 1/30.000 trường hợp [2]. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, tỷ lệ này được ghi nhận tăng lên do việc sử dụng ngày càng nhiều các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, với ước tính gần đây là 1 trên 3.900 thai kỳ [3]. Thai ngoài tử cung đoạn kẽ chiếm khoảng 2–4% các trường hợp thai ngoài tử cung nhưng lại là thể có nguy cơ tử vong mẹ cao do vị trí làm tổ nằm trong phần kẽ của vòi trứng, được bao quanh bởi lớp cơ tử cung giàu mạch máu, dễ dẫn đến vỡ muộn và chảy máu nghiêm trọng. Sự phối hợp giữa thai trong tử cung và thai ngoài tử cung đoạn kẽ là tình huống lâm sàng đặc biệt hiếm gặp và gây nhiều thách thức trong chẩn đoán cũng như xử trí. Chúng tôi báo cáo một trường hợp như vậy đã được xử trí và theo dõi với kết cục thai kỳ thuận lợi tại trung tâm của chúng tôi.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ sinh năm 1993, mong con 02 năm, thất bại IUI 2 chu kỳ, đến khám và điều trị hiếm muộn tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Hồng Ngọc cơ sở Yên Ninh
Tiền sử sản phụ khoa: PARA 1021

Thai lần 1 (2017): Thai lưu 12 tuần, xử trí nạo hút buồng tử cung

Thai lần 2 (2018): Thai tự nhiên, quá trình mang thai khỏe mạnh, sinh mổ, trẻ sơ sinh nặng 3100 gram

Thai lần 3 (2021): Thai ngoài tử cung bên phải, được phẫu thuật nội soi cắt vòi trứng phải ngoại viện

Bệnh nhân được thăm khám và thực hiện các cận lâm sàng cần thiết và được chẩn đoán: Vô sinh 2, đã cắt vòi trứng phải, thất bại IUI 2 lần.

Bệnh nhân được chỉ định thụ tinh trong ống nghiệm với phác đồ kích thích buồng trứng GnRH Antagonist, liều FSH 250IU, chọc trứng ngày 24/8/2023 thu được 15 trứng.

Bệnh nhân được thực hiện chuyển 02 phôi ngày 5 chất lượng tốt và khá ngày 06/10/2023 (theo nguyện vọng và đã được giải thích kĩ nguy cơ đa thai, thai ngoài tử cung, ...)

Tại thời điểm 6 tuần thai, bệnh nhân được siêu âm đầu dò âm đạo ghi nhận:

Một túi thai trong tử cung, bên trong quan sát thấy hình ảnh túi noãn hoàng hình thái bình thường và có phôi thai đường kính 14mm, tim thai dương tính

Đồng thời phát hiện một túi thai khác nằm tại vị trí đoạn kẽ vòi trứng phải, đường kính 7 mm, với các dấu hiệu điển hình: túi thai nằm lệch góc phải tử cung, lớp cơ bao quanh mỏng, dấu hiệu “interstitial line” rõ (đường niêm mạc đoạn kẽ nổi khoang buồng tử cung và túi thai đoạn kẽ), phù hợp với chẩn đoán thai đoạn kẽ (Hình 1)

Chẩn đoán: Thai dị vị: 01 thai trong tử cung 6 tuần, 01 thai ngoài tử cung đoạn kẽ vòi trứng phải khoảng 5 tuần/ IVF



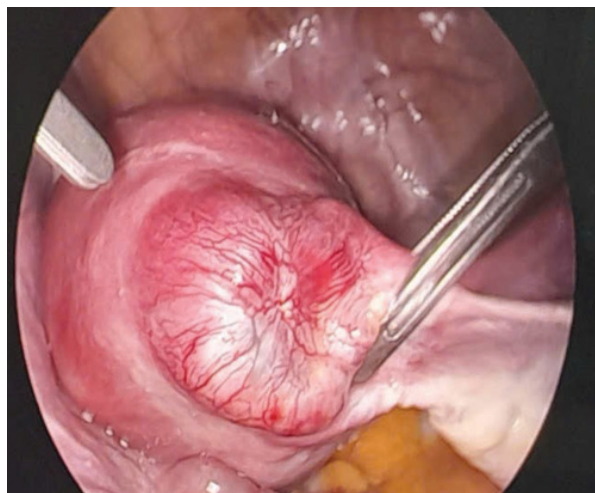
Hình 1: Hình ảnh siêu âm thai của bệnh nhân qua đầu dò âm đạo tại thời điểm 6 tuần thai phát hiện 01 túi thai trong buồng tử cung đường kính 14mm (Mũi tên đen) và 01 túi thai vị trí đoạn kẽ phải đường kính 7mm (dấu hoa thị).

*Tác giả liên hệ

Email: Annaphan225@gmail.com Điện thoại: (+84) 929992666 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.6010

Tại thời điểm chẩn đoán, bệnh nhân ổn định về huyết động, không đau bụng, không ra huyết âm đạo. Bệnh nhân được tư vấn, giải thích về các phác đồ điều trị và đồng ý phẫu thuật có chuẩn bị để loại bỏ thai ngoài tử cung.

Trong quá trình phẫu thuật phát hiện được khối thai đoạn kờ bên phải, sừng tử cung bên phải tăng sinh mạch máu (Hình 2). Chúng tôi đã tiến hành lấy khối chứa đoạn kờ và khâu phục hồi lớp cơ tử cung vùng sừng tử cung phải nhằm đảm bảo độ bền vững của thành tử cung. Quá trình phẫu thuật được thực hiện thận trọng, hạn chế tối đa thao tác lên tử cung để bảo tồn thai trong buồng tử cung, lượng máu mất là tối thiểu. Mô nhau lấy ra được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh trả kết quả: Hình ảnh phù hợp mô gai nhau



Hình 2. Hình ảnh trong phẫu thuật nội soi cho thấy hình túi khối chứa ở đoạn kờ bên phải, sừng tử cung tăng sinh nhiều mạch máu.

Sau phẫu thuật, bệnh nhân hồi phục tốt, không có biến chứng. Theo dõi siêu âm sau phẫu thuật cho thấy:

Thai trong tử cung tiếp tục phát triển bình thường

Không còn quan sát thấy hình ảnh túi thai đoạn kờ

Không ghi nhận dấu hiệu bất thường tại vị trí khâu phục hồi (cơ tử cung vị trí khâu kiểm tra trên siêu âm dày 10mm)

Thai kỳ tiến triển thuận lợi, không ghi nhận thêm biến chứng nào. Bệnh nhân được chỉ định sinh mổ chủ động khi thai 37 tuần 2 ngày do vết mổ cũ ngang đoạn dưới và vết mổ trên thân tử cung mới, sinh một bé gái nặng 3000 gram. Sau sinh diễn biến bình thường.

Bảng 1. Tóm tắt dòng thời gian diễn tiến ca bệnh

Thời điểm	Diễn biến lâm sàng
2017	Thai lưu 12 tuần, xử trí nạo hút buồng tử cung
2018	Thai tự nhiên, sinh mổ, trẻ sơ sinh nặng 3100 gram
2021	Thai ngoài tử cung phải, phẫu thuật nội soi cắt vòi trứng phải
2023	Điều trị vô sinh thứ phát, thất bại IUI 2 chu kỳ
24/08/2023	Chọc hút noãn trong chu kỳ IVF, thu được 15 noãn
06/10/2023	Chuyển 02 phôi ngày 5 chất lượng tốt và khá
Sau chuyển phôi	Siêu âm đầu dò âm đạo phát hiện đồng thời 01 thai trong tử cung còn sống và 01 thai ngoài tử cung đoạn kờ phải
Điều trị	Phẫu thuật nội soi lấy khối thai ngoài tử cung đoạn kờ phải và khâu phục hồi cơ tử cung vùng sừng phải
Sau phẫu thuật	Thai trong tử cung tiếp tục phát triển bình thường, không ghi nhận biến chứng

Thời điểm	Diễn biến lâm sàng
Thai 37 tuần 2 ngày	Sinh mổ chủ động do có vết mổ cũ và vết mổ thân tử cung, trẻ sơ sinh nữ nặng 3000 gram
Sau sinh	Mẹ và trẻ sơ sinh ổn định

3. BÀN LUẬN

Thai dị vị là một tình trạng hiếm gặp nhưng có nguy cơ bị chẩn đoán muộn, đặc biệt trong bối cảnh đã xác định được sự hiện diện của thai trong buồng tử cung, khiến các bác sỹ dễ chủ quan và bỏ sót thai ngoài tử cung đi kèm [4-6]. Ở nhóm bệnh nhân hỗ trợ sinh sản, nguy cơ thai dị vị được ghi nhận cao hơn so với thai tự nhiên, chủ yếu liên quan đến việc chuyển nhiều phôi và tiền sử tổn thương hoặc can thiệp vòi trứng [6,7].

Điểm đặc biệt trong trường hợp của chúng tôi là thai dị vị với 01 thai trong tử cung và 01 thai ngoài tử cung đoạn kờ vòi trứng phải xuất hiện ở bệnh nhân đã được cắt vòi trứng phải trước đó. Điều này cho thấy cắt vòi trứng không loại trừ hoàn toàn nguy cơ thai ngoài tử cung. Một số giả thuyết được đưa ra bao gồm hiện tượng di chuyển ngược của phôi vào phần đoạn kờ còn sót lại của vòi trứng sau phẫu thuật.

Trong trường hợp này, chẩn đoán được thực hiện ở thời điểm thai 6 tuần khi bệnh nhân chưa có biểu hiện lâm sàng của vỡ thai ngoài tử cung. Siêu âm đầu dò âm đạo đóng vai trò quyết định trong phát hiện sớm đồng thời thai trong tử cung và thai ngoài tử cung đoạn kờ. Điều này đặc biệt quan trọng ở các trường hợp mang thai sau IVF, kể cả khi đã xác định được thai trong buồng tử cung.

Chiến lược xử trí thai dị vị với 01 thai trong tử cung và 01 thai ngoài tử cung đoạn kờ luôn đặt ra thách thức do cần cân bằng giữa an toàn cho mẹ và khả năng bảo tồn thai trong tử cung. Bên cạnh phẫu thuật, điều trị bảo tồn bằng tiêm tại chỗ các chất gây hủy phôi như kali clorua (KCl) hoặc dung dịch ưu trương dưới hướng dẫn siêu âm cũng được xem là một lựa chọn trong xử trí thai ngoài tử cung hoặc thai dị vị [9]. Phương pháp này đặc biệt được áp dụng trong các trường hợp thai dị vị có phôi ngoài tử cung còn hoạt động tim thai, với ưu điểm là hạn chế can thiệp phẫu thuật và không làm tăng tính dễ tổn thương của cơ tử cung. Tuy nhiên, điều trị nội khoa tại chỗ cũng tiềm ẩn nhiều thách thức. Nguy cơ xuất huyết hoặc vỡ khối thai ngoài tử cung có thể gia tăng do nồng độ β -hCG huyết thanh cao cùng sự phát triển đồng thời của thai trong tử cung. Vì vậy, việc theo dõi sát bằng siêu âm là bắt buộc nhằm phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường hoặc biến chứng. Ngoài ra, thao tác đưa kim qua lớp cơ tử cung tại vùng sừng tử cung có thể kích thích các cơn co tử cung, làm tăng nguy cơ ảnh hưởng đến thai trong buồng tử cung. Do đó, thủ thuật này cần được thực hiện bởi phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm nhằm giảm thiểu sang chấn cơ học. Một số báo cáo trong y văn đã ghi nhận nguy cơ sảy thai trong tử cung sau tiêm KCl tại chỗ ở các trường hợp thai dị vị đoạn kờ, và kết cục thai kỳ cũng như tỷ lệ thành công của phương pháp này được cho là không vượt trội so với điều trị phẫu thuật [10].

Ở bệnh nhân của chúng tôi, mặc dù huyết động ổn định, vị trí thai ngoài tử cung đoạn kờ được đánh giá có nguy cơ xuất huyết cao nếu tiến triển hoặc vỡ muộn do vùng sừng tử cung tăng sinh nhiều mạch máu. Sau hội chẩn, chúng tôi ưu tiên lựa chọn phẫu thuật nội soi chủ động thay vì điều trị tiêm tại chỗ nhằm loại bỏ khối thai, kiểm soát nguy cơ chảy máu và hạn chế tối đa ảnh hưởng lên thai trong tử cung.

Phẫu thuật nội soi hiện được xem là lựa chọn phù hợp ở các bệnh nhân ổn định huyết động nhờ ưu điểm ít xâm lấn, giảm mất máu và hồi phục nhanh. Trong trường hợp này, phẫu thuật được thực hiện thận trọng với mục tiêu hạn chế tối đa thao tác lên tử cung và bảo tồn độ vững chắc của cơ tử cung thông qua khâu phục hồi vùng sừng tử cung sau lấy khối thai. Kết quả cho thấy thai trong tử cung tiếp tục phát triển thuận lợi và thai kỳ kết thúc bằng sinh mổ đủ tháng với trẻ sơ sinh khỏe mạnh.

Trường hợp này nhấn mạnh vai trò của siêu âm đánh giá toàn diện sớm sau chuyển phôi, kể cả ở bệnh nhân đã có tiền sử cắt vòi trứng. Chẩn đoán kịp thời và lựa chọn chiến lược can thiệp phù hợp có thể giúp bảo tồn thành công thai trong tử cung và cải thiện kết cục thai kỳ.

4. KẾT LUẬN

Thai dị vị với thai ngoài tử cung đoạn kẽ là một biến chứng hiếm gặp nhưng nguy hiểm, đặc biệt trong bối cảnh thụ tinh trong ống nghiệm. Nguy cơ này vẫn tồn tại ngay cả ở những bệnh nhân đã có tiền sử cắt vòi trứng. Do đó, cần luôn duy trì sự cảnh giác và siêu âm đánh giá toàn diện sớm sau chuyển phôi, kể cả khi đã xác định thai trong buồng tử cung. Việc chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời, phù hợp có thể giúp bảo tồn thai trong tử cung và mang lại kết cục thai kỳ thuận lợi.

5. ĐỒNG THUẬN NGƯỜI BỆNH

Người bệnh đã được giải thích đầy đủ về mục đích công bố báo cáo ca bệnh và đồng ý cho sử dụng các dữ

liệu lâm sàng, cận lâm sàng và di truyền dưới hình thức ẩn danh nhằm phục vụ mục đích khoa học và học thuật.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hassani KI, Bouazzaoui AE, Khatouf M, Mazaz K. Heterotopic pregnancy: a diagnosis we should suspect more often. *J Emerg Trauma Shock* 2010; 3: 304.
- [2] E.A. Reece, R.H. Petrie, M.F. Sirmans, M. Finster, W.D. Todd, Combined intrauterine and extrauterine gestations: a review, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 146 (3) (1983) 323–330
- [3] J. Tal, S. Haddad, N. Gordon, I. Timor-tritsch, Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993, *Fertil. Steril.* 66 (1) (1996) 1–12.
- [4] McKeown C, et al. Heterotopic pregnancy following spontaneous conception. *Ir Med J.* 2023.
- [5] Liu Y, et al. Abdominal heterotopic pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer: A case report. 2022.
- [6] Nguyen KP, et al. Spontaneous heterotopic pregnancy: Diagnosis and management. *Cureus/PMC.* 2022.
- [7] Krishnamoorthy K, et al. The incidence of ectopic/heterotopic pregnancies after assisted reproductive technology. *Fertil Steril Rep.* 2021.
- [8] Ozgur K, Isikoglu M. Cornual heterotopic pregnancy: conservative treatment with transvaginal embryo reduction. *Arch Gynecol Obstet* 2005; 271: 73-5.
- [9] Tulandi T, Al-Jaroudi D. Interstitial pregnancy: results generated from the Society of Reproductive Surgeons Registry. *Obstet Gynecol.* 2004;103(1):47–50.
- [10] Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Matera C, Veit CR. Sonographic evolution of cornual pregnancies treated without surgery. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 1044-9.

