

KẾT QUẢ XỬ TRÍ THAI LÀM TỔ TẠI VỊ TRÍ Sẹo MỔ Ở BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Duyên¹, Trịnh Thế Sơn, Hồ Sỹ Hùng³

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 293 bệnh nhân được chẩn đoán thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ điều trị tại Khoa Phụ ngoại, Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022 với mục tiêu mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân này. Kết quả cho thấy: tuổi thai 6 – 7 tuần chiếm 76,45%, tuổi thai nhỏ nhất 4 tuần và lớn nhất 12 tuần và tuổi thai trung bình 6,29 tuần. 181 bệnh nhân có độ dày lớp cơ tại vị trí túi thai <3mm, 67 bệnh nhân có hình ảnh tăng sinh mạch nhiều, hay gặp thai trên 7 tuần. Kết quả xử trí: Bệnh nhân được hút thai đơn thuần là 263 chiếm tỉ lệ 89,76%, trong đó 39 bệnh nhân (13,31%) chèn bóng cầm máu. Có 5,46% được hủy thai dưới siêu âm sau đó hút thai. Có 14 trường hợp phẫu thuật phẫu thuật lấy khối thai. Có 223 bệnh nhân (76,11%) điều trị dưới 5 ngày, 70 bệnh nhân (23,89%) điều trị ≥ 5 ngày. Trong nghiên cứu này, không có bệnh nhân nào phải cắt tử cung và 3 bệnh nhân (1,02%) phải truyền máu. **Từ khóa:** Thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ, hút thai dưới siêu âm.

SUMMARY

RESULT OF TREATMENT FOR CESAREAN SCAR PREGNANCY AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

A retrospective cross-sectional study of 293 patients with caesarean scar pregnancy were treated at Gynecology Department, National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2022 to December 2022 with the aims of describing clinical and paraclinical symptoms and evaluating the treatment results in this group of patients. The results: 76.45% of patients with gestational age 6 - 7 weeks, the smallest gestational age was 4 weeks and the largest was 12 weeks and the average gestational age was 6.29 weeks. 181 patients had a muscle layer thickness at the gestational sac location < 3mm, 67 patients had angiogenesis image in ultrasound, often after 7 weeks of gestation. Treatment results: 263 patients had aspiraton, with a rate of 89.76%, of which 39 patients (13.31%) had hemostatic balloon insertion. 5.46% were embryo destruction under ultrasound followed by aspiration. There were 14 cases of surgical removal of the fetus. There were 223 patients (76.11%) treated for less than 5 days, 70

patients (23.89%) treated for ≥ 5 days. No patient required hysterectomy and 3 patients (1.02%) required blood transfusion. **Keywords:** Cesarean scar pregnancy, ultrasound-guided aspiration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ (TLTTVTSM) là thai làm tổ trong vết sẹo mổ đẻ trên cơ tử cung, trong đó túi thai được bao quanh lớp cơ và mô xơ của vết sẹo. Tại Việt Nam vài năm trở lại đây mới có những nghiên cứu bước đầu về TLTTVTSM. Nguyên nhân TLTTVTSM có thể do tỉ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng, có thể chẩn đoán sớm. Bệnh có nguy cơ cao gây vỡ tử cung và băng huyết đe dọa tính mạng người bệnh hoặc mất khả năng sinh sản khi bệnh nhân còn rất trẻ. Hiện nay, trên thế giới chưa có phác đồ điều trị hữu hiệu. Việc lựa chọn phương pháp điều trị chủ yếu dựa vào tuổi thai, vị trí túi thai và toàn trạng người bệnh. Khoa Phụ ngoại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong năm mỗi có khoảng 300 ca bệnh. Các phương pháp điều trị chính tại đây gồm: (1) hút thai bằng bơm hút chân không, (2) hủy thai sau đó hút thai bằng bơm hút chân không, (3) phẫu thuật lấy khối thai bảo tồn tử cung. Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Kết quả xử trí thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ ở Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 293 bệnh nhân được chẩn đoán Thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ điều trị tại Khoa Phụ ngoại, Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022 có tiêu chuẩn: Tuổi thai dưới 12 tuần, siêu âm đường bụng kết hợp siêu âm đầu dò âm đạo chẩn đoán thai nằm ở vị trí sẹo mổ, buồng tử cung và ống cổ tử cung rỗng. Chúng tôi loại trừ các trường hợp: không đủ thông tin trong bệnh án, có 2 thai: 1 thai vị trí sẹo mổ, 1 thai trong buồng tử cung; đang sảy thai, được xử trí bằng bất kì phương pháp nào trước khi vào viện. Các bệnh nhân trên được thăm khám, điều trị và theo dõi, ghi lại số liệu từ khi vào đến khi đưa ra viện dựa vào bệnh án. Sau khi thu thập đầy đủ thông tin, số liệu được làm sạch, mã hóa và được xử lý bằng phần mềm xử lý SPSS 20.0. Kết quả nghiên cứu trình bày dưới dạng phần trăm (%), giá trị trung bình, so sánh giữa các nhóm bằng test khi bình phương, $p < 0,05$

¹Bệnh viện Đa khoa Thạch Thất

²Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Duyên

Email: hohungsy@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024

được xác định khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	N (n=293)	%
Tuổi		
20-30	62	21,2
31-40	199	67,9
41-50	32	10,9
Số lần mổ lấy thai		
1 lần	86	29,4
2 lần	153	52,2
>2 lần	54	18,4
Thời gian mổ gần nhất		
< 1 năm	6	2,0
1 – 2 năm	46	15,7
2 – 5 năm	99	33,8
>5 năm	142	48,5
Số lần sảy/hút thai		
0	75	25,6
1	104	35,49
2	75	25,6
3	32	10,92
4	5	1,71
5	2	0,68

Nhận xét: Bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 31 – 40 chiếm tỉ lệ nhiều nhất 67,9% (tương ứng 199 bệnh nhân). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $34,46 \pm 5,02$ tuổi. Có 153 bệnh nhân (chiếm 52,2%) đã mổ đẻ 2 lần và 54 bệnh nhân (chiếm 18,4%) đã mổ đẻ > 2 lần. 46 bệnh nhân (tương ứng 15,7%) có thời gian của lần mổ gần nhất từ 1-2 năm. 142 bệnh nhân (tương ứng 48,5%) có thời gian của lần mổ gần nhất > 5 năm. 25,06% bệnh nhân (tương ứng 75 bệnh nhân) chưa sảy thai/hút thai hoặc đã sảy thai/hút thai 2 lần, chỉ có 1,71% bệnh nhân đã sảy thai/hút thai 4 lần.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	n	%
Triệu chứng lâm sàng		
Không triệu chứng	12	4,1
Chậm kinh	261	89,08
Đau bụng	66	22,53
Ra máu âm đạo	135	46,08
Băng huyết	1	0,34
Tuổi thai		
< 6 tuần	38	12,97
6-7 tuần	224	76,45
> 7 tuần	31	10,58
Độ dày lớp cơ		
< 1 mm	8	2,74
1 – 3 mm	181	61,77

> 3mm	104	35,49
Mức độ tăng sinh mạch		
Không tăng sinh mạch	53	18,09
Tăng sinh mạch ít	173	59,04
Tăng sinh mạch nhiều	67	22,87

Nhận xét: 4,1% (tương ứng 12 bệnh nhân) không có triệu chứng, trong khi 89,08% (tương ứng 261 bệnh nhân) có dấu hiệu chậm kinh, 46,08% (tương ứng 135 bệnh nhân) có ra máu âm đạo. 76,45% (tương ứng 224 bệnh nhân) có tuổi thai 6-7 tuần, tuổi thai trung bình trong nghiên cứu là $6,29 \pm 1,01$. 61,77% (tương ứng 181 bệnh nhân) có độ dày lớp cơ tử cung vị trí túi thai từ 1-3mm, 2,74% (tương ứng 8 bệnh nhân) có độ dày lớp cơ tử cung vị trí túi thai <1mm, 35,49% (tương ứng 104 bệnh nhân) có độ dày lớp cơ tử cung vị trí túi thai >3mm. 59,04% (tương ứng 173 bệnh nhân) có tăng sinh mạch quanh vị trí túi thai ít, ở 2 nhóm không tăng sinh mạch và tăng sinh mạch nhiều tương đương là 18,09% (tương ứng 53 bệnh nhân) và 22,87% (tương ứng 67 bệnh nhân).

Bảng 3: Kết quả điều trị của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	n	%
Phương pháp điều trị		
Hút thai	263	89,76
Hủy thai+hút thai	16	5,46
Phẫu thuật	14	4,78
Số ngày điều trị		
<5 ngày	233	76,11
≥5 ngày	70	23,89
Biến chứng sau điều trị		
Không biến chứng	251	85,67
Truyền máu	3	1,02
Chèn bóng cầm máu	39	13,31
Mổ lại	0	0

Nhận xét: Bệnh nhân được hút thai đơn thuần là 263 chiếm tỉ lệ 89,76%. Có 5,46% (tương đương 16 bệnh nhân) được tiến hành hủy thai sau đó hút thai. Có 14 trường hợp phẫu thuật. Có 223 bệnh nhân, chiếm 76,11% số ngày điều trị <5 ngày, 70 bệnh nhân chiếm 23,89% số ngày điều trị ≥ 5 ngày. Không có bệnh nhân nào phải cắt tử cung hoặc xảy ra biến chứng phải mổ lại, có 39 bệnh nhân (chiếm 13,31%) phải chèn bóng cầm máu và chỉ có 3 bệnh nhân chiếm 1,02% phải truyền máu.

Bảng 4: Mối liên quan tuổi thai và số ngày điều trị

	<5 ngày		≥5 ngày	
	n	%	n	%
< 6 tuần	28	73,68%	10	26,32%
6 - 7 tuần	174	77,68%	50	22,32%

> 7 tuần	21	67,74%	10	32,26%
Tổng	223	76.11%	70	23.89%

$P=0,045$

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân tuổi thai <6 tuần, 73,68% số ngày điều trị <5. Nhóm có tuổi thai 6-7 tuần là 77,68% và nhóm tuổi thai >7 tuần là 67,74%.

Bảng 5: Mối liên quan giữa phương pháp điều trị và số ngày điều trị

	< 5 ngày		≥ 5 ngày	
	n	%	n	%
Hút thai	218	82,89%	45	17,11%
Hủy thai + hút thai	3	18,75%	13	81,25%
Phẫu thuật	2	14,29%	12	85,71%
Tổng	223	76.11%	70	23.89%

$P=0,000^*$

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân được chỉ định hút thai có 82,89% số ngày điều trị <5 ngày. Nhóm hủy thai + hút thai có tới 81,25% số ngày điều trị từ trên 5 ngày. Nhóm bệnh nhân phải phẫu thuật, 85,71% số ngày điều trị trên 5 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi hay gặp nhất từ 31-40 tuổi, người trẻ tuổi nhất là 20 tuổi và người cao tuổi nhất là 45 tuổi, tuổi trung bình là $34,46 \pm 5,02$ tuổi. Có 86 bệnh nhân có tiền sử MLT 1 lần chiếm 29,40% bệnh nhân MLT 2 lần chiếm 52,2%. Có 54 trường hợp mổ từ 3 lần trở lên, chiếm 18,4%. Tỷ lệ TLTTVTSM gặp ở nhóm bệnh nhân có tiền sử MLT 2 lần trở lên cao hơn so với nhóm MLT 1 lần.

Khoảng cách từ lần mổ lấy thai trước đến lần mang thai này ít nhất là 6 tháng và nhiều nhất là 11 năm. Và nhóm có khoảng cách < 1 năm chỉ chiếm 2%. Và nếu tổng hợp số bệnh nhân có khoảng cách < 2 năm chiếm tỷ lệ 17,7% và trên 2 năm là 82,3%. Có 218 đã từng nạo hút hoặc sấy thai, trong đó có 75 bệnh nhân nạo hút/sấy thai từ 2 lần trở lên, có đến 35 bệnh nhân đã từng hút TLTTVTSM. Đây cũng có thể là một trong những nguy cơ dẫn tới TLTTVTSM trên bệnh nhân đã có sẹo MLT trước đó.

Triệu chứng hay gặp nhất là chậm kinh với số lượng 261 trường hợp chiếm 89,08%, ra máu âm đạo 135 trường hợp chiếm 46,08%. Số bệnh nhân vào viện vì có triệu chứng băng huyết là 0,34%. Bệnh nhân đến viện không có triệu chứng chiếm 4,10%. Có thể nói chậm kinh và ra máu âm đạo là triệu chứng hay gặp ở bệnh nhân TLTTVTSM, tuy nhiên triệu chứng này cũng có thể gặp ở một số bệnh lý khác như dọa sảy thai, đang sảy thai hay CNTC có biến chứng.

Trên siêu âm, nhóm tuổi thai dưới 6 tuần chiếm 38 trường hợp tương đương 12,97%; nhóm tuổi thai 6 – 7 tuần có 224 trường hợp

tương đương 76,45%. Có 31 bệnh nhân có tuổi thai từ 7 tuần trở lên, chiếm 10,58%. Trong nghiên cứu này, tuổi thai nhỏ nhất là 4 tuần và tuổi thai to nhất là 12 tuần.

Độ dày cơ tử cung còn lại hay gặp nhất là từ 1-3mm có 181 trường hợp chiếm 61,77%. Nhóm bệnh nhân mà độ dày cơ tử cung còn lại rất mỏng dưới 1mm là 8 trường hợp chiếm 2,74%, đây cũng là nhóm gây biến chứng nhiều nhất.

Tất cả các bệnh nhân đều được siêu âm doppler để đánh giá mức độ tăng sinh mạch quanh túi thai, kết hợp với tuổi thai là yếu tố quan trọng để tiên lượng mức độ chảy máu và đưa ra phương án điều trị.

Có 279 trường hợp (chiếm 95,22%) hút thai đơn thuần hoặc hủy thai rồi tiến hành hút thai đều cho kết quả tốt. Chỉ có 14 bệnh nhân phẫu thuật, trong đó có 5 bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật từ đầu, 6 bệnh nhân hút thai, 3 bệnh nhân hủy thai + hút thai trong thủ thuật có băng huyết, tiến hành bơm bóng cầm máu không đem lại hiệu quả điều trị.

Có 3 bệnh nhân phải truyền máu, trong 14 bệnh nhân phẫu thuật thì có 6 bệnh nhân hút thai phải chuyển phẫu thuật, trong 6 bệnh nhân này có 2 trường hợp truyền máu, 3 bệnh nhân hủy thai + hút thai phải chuyển phương pháp phẫu thuật thì có 1 bệnh nhân truyền máu. Trong 5 bệnh nhân chỉ định phẫu thuật từ đầu đều nhập viện trong tình trạng ra máu âm đạo, được thực hiện chèn bóng cầm máu nhưng thất bại chuyển mổ và không phải truyền máu do xử trí ngay thời điểm chảy máu.

Trong 293 bệnh nhân có 223 bệnh nhân có thời gian điều trị ≤5 ngày (chiếm 76,11%), những bệnh nhân được thực hiện hút thai đơn thuần. Ghi nhận những bệnh nhân có tuổi thai < 7 tuần, tăng sinh mạch ít, cơ tử cung không quá mỏng. 70 bệnh nhân có thời gian điều trị từ 5 ngày chiếm 23,89%.

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ lấy thai có tuổi thai trung bình 6,29 tuần, trong đó đa số độ tuổi thai từ 6 – 7 tuần. Cơ tử cung tại vị trí sẹo mổ mỏng dưới 3mm, và tuổi thai càng lớn thì thường tăng sinh mạch nhiều.

Đa số được xử trí hút thai thành công trong đó 13,3% chèn bóng sau hút thai, có 5,46% bệnh nhân được hủy thai dưới siêu âm sau đó hút thai và có 4,78% bệnh nhân phải phẫu thuật lấy khối thai và không có bệnh nhân nào phải cắt tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson C. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2003;21(3):220-227.
2. Rotas MA, Haberman S, Levkur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstetrics & Gynecology*. 2006;107(6):1373-1381.
3. Nguyễn Huy Bạo, Diêm Thị Thanh Thủy. Nhận xét 24 trường hợp chữa ngoài tử cung trên sẹo mổ lấy thai điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2009.
4. Phạm Thị Hải Yến. Đánh giá kết quả điều trị chữa sẹo mổ lấy thai bằng MTX/hút thai tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 9 năm 2014. Đại học Y Hà Nội. 2014;
5. Nguyễn Quảng Bắc, Nguyễn Thị Kim Ngân. Nghiên cứu điều trị các trường hợp chữa sẹo mổ lấy thai bằng phẫu thuật tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 503(2).

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG CỦA TÁN SỎI NIỆU QUẢN NỘI SỎI BẰNG HOLMIUM YAG LAZER TẠI BỆNH VIỆN XANH PÔN GIAI ĐOẠN 2022 - 2024

Nguyễn Minh An¹, Nguyễn Văn Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tỷ lệ tai biến, biến chứng của tán sỏi niệu quản nội soi bằng Holmium YAG Lazer tại bệnh viện xanh pôn giai đoạn 2022-2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang 520 bệnh nhân sỏi niệu quản được điều trị bằng tán sỏi niệu quản nội soi bằng Holmium YAG Lazer tại bệnh viện xanh pôn giai đoạn 2022 – 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng là $47,2 \pm 8,2$ tuổi; Tỷ lệ Nam giới chiếm 52,3%, Nữ giới chiếm 47,7%. Kích thước trung bình của sỏi trên cắt lớp vi tính là $10,5 \pm 2,8$ mm; Có 502/520 bệnh nhân có 1 viên sỏi niệu quản (chiếm 96,5%, bệnh nhân có 2 viên sỏi trở lên chiếm 3,5%). Tỷ lệ bệnh nhân sỏi niệu quản 1/3 trên chiếm 43,1%, sỏi niệu quản 1/3 dưới chiếm 42,5% và sỏi niệu quản 1/3 giữa chiếm 14,4%; Tai biến trong tán sỏi chiếm 6,0%, trong đó có 2,3% tổn thương niêm mạc niệu quản, 1,3% chảy máu và 2,3% có sỏi chạy lên thận; Biến chứng sau tán sỏi chiếm 6,0%, trong đó tiểu máu chiếm 1,2%, sốt sau tán sỏi chiếm 4,8% và cơn đau quặn thận chiếm 1,2% **Kết luận:** Tán sỏi qua nội soi niệu quản ngược dòng với năng lượng là Holmium YAG laser là phương pháp an toàn và hiệu quả với tỷ lệ tai biến trong tán sỏi và biến chứng sau tán sỏi thấp.

SUMMARY

STUDY THE POSOPERATIVE COMPLICATION AND ADVERSE EVENTS OF URETERAL STONE LITHOTRIPSY USING HOLMIUM YAG LASER AT XANH PON HOSPITAL FROM 2022-2024

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: dr_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 24.12.2024

Objective: To study the complication rate and adverse events of ureteral stone lithotripsy using Holmium YAG laser at Xanh Pon Hospital from 2022-2024. **Method:** A cross-sectional descriptive study of 520 patients with ureteral stones undergone ureteral stone lithotripsy using Holmium YAG laser at Xanh Pon Hospital from 2022-2024. **Results:** The average age of the subjects was 47.2 ± 8.2 years; Males: female = 52.3%: 47.7%. The average size of the stones on CT scan was 10.5 ± 2.8 mm; 502/520 patients had a single ureteral stone (96.5%, patients with 2 or more stones was 3.5%). The proportion of patients with stones in the upper third of the ureter was 43.1%, in the lower third was 42.5%, and in the middle third was 14.4%; Complications during lithotripsy was 6.0%, including 2.3% ureteral mucosal injury, 1.3% bleeding, and 2.3% stone migration to the kidney; Post-lithotripsy complications was 6.0%, including 1.2% hematuria, 4.8% post-lithotripsy fever, and 1.2% renal colic. **Conclusion:** Retrograde ureteral stone lithotripsy using Holmium YAG laser was a safe and effective method with a low complication rate and post-lithotripsy adverse events.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi niệu quản là một bệnh cấp cứu tri hoãn do sỏi rất dễ gây ra các biến chứng như nhiễm khuẩn tiết niệu, ứ nước, ứ mù thận, thậm chí có thể gây vô niệu hoặc suy thận dẫn đến tử vong nếu không được xử trí kịp thời [1], [2].

Trước đây, các trường hợp sỏi niệu quản nhỏ (< 5mm) được điều trị nội khoa, các trường hợp sỏi lớn hơn thường phải phẫu thuật lấy sỏi. Tuy nhiên, trong vài thập kỉ gần đây, phương pháp điều trị sỏi tiết niệu trên thế giới đã có nhiều biến đổi to lớn nhờ những tiến bộ trong các lĩnh vực quang học, siêu âm và laser. Từ đó, các phương pháp hiện đại điều trị không xâm hại (non-invasive) hoặc ít xâm hại (mini invasive) ra đời như tán sỏi ngoài cơ thể, tán sỏi và lấy sỏi