

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CHỤP MẠCH SỐ HOÁ XOÁ NỀN CỦA BỆNH NHÂN CHỮA VẾT MỔ

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Nguyễn Đức Sơn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chửa vết mổ tử cung (Cesarean Scar Pregnancy - CSP) là tình trạng túi thai làm tổ tại sẹo mổ cũ, có nguy cơ gây xuất huyết ồ ạt và vỡ tử cung, đe dọa tính mạng. Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) của bệnh nhân CSP nhằm tối ưu hóa chiến lược điều trị. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 37 bệnh nhân CSP độ III-IV được can thiệp nút mạch tại Trung tâm Chẩn đoán Hình ảnh – Y học Hạt nhân, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, siêu âm Doppler và hình ảnh DSA trước và sau can thiệp được phân tích. **Kết quả:** 52.8% bệnh nhân không có triệu chứng, 43.2% chảy máu âm đạo, 8.1% đau bụng. Nồng độ beta-hCG trung bình là 66.604 ± 59.828 mIU/mL. Siêu âm Doppler ghi nhận tăng sinh mạch ở 100% trường hợp, trong đó 45.9% mức độ nhiều và 16.2% có mạch xuyên thành. DSA cho thấy tất cả bệnh nhân có cấp máu từ động mạch tử cung hai bên, trong đó 10.8% có ưu thế một bên. Phân loại DSA theo mức độ cấp máu: độ 1 (48.6%), độ 2 (27.0%), độ 3 (24.3%). **Kết luận:** CSP có biểu hiện lâm sàng đa dạng, siêu âm đầu dò âm đạo là công cụ chẩn đoán chính, trong khi DSA cung cấp thông tin chi tiết về cấp máu khối chứa, hỗ trợ lập kế hoạch nút mạch hiệu quả. **Từ khóa:** Chửa vết mổ tử cung, chụp mạch số hóa xóa nền, siêu âm Doppler, nút mạch tử cung.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS, AND DIGITAL SUBTRACTION ANGIOGRAPHY IMAGING OF PATIENTS WITH CESAREAN SCAR PREGNANCY

Objective: Cesarean Scar Pregnancy (CSP) is a condition in which the gestational sac implants at a previous cesarean section scar, posing risks of massive hemorrhage and uterine rupture, which can be life-threatening. This study aims to describe the clinical, paraclinical characteristics, and Digital Subtraction Angiography (DSA) imaging findings of CSP patients to optimize treatment strategies. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 37 CSP patients (grade III-IV) who underwent uterine artery embolization at the Center for Diagnostic Imaging – Nuclear Medicine, Viet Duc Friendship Hospital. Clinical symptoms, laboratory findings, Doppler ultrasound, and DSA imaging before and after embolization were

analyzed. **Results:** Among the patients, 52.8% were asymptomatic, 43.2% had vaginal bleeding, and 8.1% experienced abdominal pain. The mean beta-hCG level was 66.604 ± 59.828 mIU/mL. Doppler ultrasound detected increased vascularity in all cases, with 45.9% showing high vascularization and 16.2% having penetrating vessels. DSA imaging revealed that all cases had blood supply from bilateral uterine arteries, with 10.8% having unilateral dominance. The CSP blood supply classification based on DSA findings was as follows: grade 1 (48.6%), grade 2 (27.0%), and grade 3 (24.3%). **Conclusion:** CSP presents with diverse clinical manifestations. Transvaginal ultrasound remains the primary diagnostic tool, while DSA provides detailed insights into the blood supply to the gestational sac, supporting effective embolization planning. **Keywords:** Cesarean Scar Pregnancy, Digital Subtraction Angiography, Doppler ultrasound, uterine artery embolization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa vết mổ tử cung (Cesarean Scar Pregnancy - CSP) được định nghĩa là trường hợp túi thai làm tổ tại điểm yếu trên thành cơ tử cung trùng với vị trí rạch tử cung để lấy thai trước đó. Tỷ lệ CSP gia tăng song song với sự phổ biến của sinh mổ trên toàn cầu, chiếm khoảng 6.1% các trường hợp thai ngoài tử cung¹. Tình trạng này tiềm ẩn nguy cơ nghiêm trọng như xuất huyết ồ ạt, vỡ tử cung, đe dọa tính mạng và ảnh hưởng lâu dài đến khả năng sinh sản^{1,2}. Biểu hiện lâm sàng của CSP rất đa dạng, từ không triệu chứng (phát hiện qua siêu âm định kỳ) đến đau bụng dữ dội và chảy máu âm đạo nặng, gây khó khăn cho chẩn đoán sớm^{3,4}. Siêu âm đầu dò âm đạo là công cụ chính để chẩn đoán với các hình ảnh túi thai tại vị trí vết mổ, dấu hiệu tim thai và các dấu hiệu tăng tưới máu trên siêu âm Doppler.

Điều trị CSP thường gặp nhiều khó khăn do chảy máu nhiều, điều trị hoá chất nhiều trường hợp có chống chỉ định, kết quả hạn chế, có thể dẫn tới cắt tử cung ảnh hưởng tới sức khoẻ và khả năng sinh đẻ của bệnh nhân. Tác giả Greg Marchand (2022) phân tích 37 nghiên cứu trên 2655 bệnh nhân cho kết quả các BN chữa tại sẹo mổ lấy thai được áp dụng các phác đồ có nút động mạch tử cung có tỷ lệ thành công lên tới 93.4%⁵. Kỹ thuật chụp mạch số hóa xóa nền (Digital Subtraction Angiography - DSA) và nút mạch tử cung ở bệnh nhân CSP gần đây nổi lên như một phương pháp quan trọng, cho phép đánh giá chi tiết hệ thống mạch máu nuôi khối

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainb@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

thai, dự đoán nguy cơ chảy máu, và hướng dẫn can thiệp nút mạch⁶. Tuy nhiên, tại Việt Nam, chưa có tác giả nào nghiên cứu về chủ đề này. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và hình ảnh DSA ở 37 BN CSP nhằm tối ưu hoá việc điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên nhóm BN được can thiệp nút mạch điều trị chảy máu vết mổ (CSP) tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh – Y học hạt nhân, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Việc tuyển chọn BN tham gia nghiên cứu được tiến hành theo các tiêu chí lựa chọn và loại trừ cụ thể như sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN được chẩn đoán CSP mức độ III và IV trên siêu âm và đã được can thiệp nút mạch tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh – Y học hạt nhân, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.
- BN có đầy đủ thông tin và hình ảnh ghi nhận trong bệnh án nghiên cứu, được lưu trữ trên hệ thống lưu trữ hình ảnh PACS và hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các BN đã được điều trị CSP bằng phương pháp khác trước đó
- Chất lượng hình ảnh siêu âm và DSA không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.
- Có bệnh lý dị dạng động mạch khác vùng tiểu khung

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh – Y học hạt nhân, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Hà Nội, Việt Nam từ tháng 7 năm 2024 đến tháng 7 năm 2025.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

Quy trình thu thập dữ liệu. Tất cả BN đủ điều kiện đều được thu thập thông tin lâm sàng một cách chi tiết bao gồm triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện (đau bụng, ra máu âm đạo, sốc mất máu...), tiền sử mổ lấy thai, tiền sử nạo hút thai, thời gian tính từ lần mổ lấy thai gần nhất đến thời điểm chẩn đoán CSP.

Dữ liệu lâm sàng được thu thập từ bệnh án, bao gồm triệu chứng (đau bụng, chảy máu âm đạo, sốc mất máu), tiền sử mổ lấy thai, nạo hút thai, và thời gian từ lần mổ gần nhất đến chẩn đoán CSP. Các xét nghiệm cận lâm sàng gồm công thức máu, sinh hóa máu (chức năng gan, thận, điện giải), và định lượng beta-hCG. Siêu âm đầu dò âm đạo được thực hiện bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh giàu kinh nghiệm. Hình ảnh DSA

trước và sau can thiệp được đánh giá bởi bác sĩ can thiệp nội mạch có ít nhất 5 năm kinh nghiệm.

Các thông tin và dữ liệu về can thiệp nút mạch điều trị CSP, bao gồm kỹ thuật, vật liệu nút mạch, đặc điểm hình ảnh chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) trước và sau can thiệp, các biến chứng liên quan, kết quả điều trị ngắn hạn được thu thập đầy đủ từ bệnh án và hệ thống PACS tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh – Y học hạt nhân, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và bệnh viện Phụ Sản Trung Ương.

Xử lý và phân tích dữ liệu. Dữ liệu được mã hóa, nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.

Tiêu chuẩn chẩn đoán của CSP bao gồm¹

- (1) Buồng tử cung và ống cổ tử cung trống.
- (2) Túi thai nằm ở vị trí sẹo mổ tử cung.
- (3) Lớp cơ tử cung vị trí vết mổ dễ cũ nằm giữa túi thai và bàng quang không thấy hoặc mỏng.
- (4) Vùng tăng sinh mạch vị trí vết mổ dễ cũ.
- (5) Xét nghiệm thai (beta-hCG) dương tính.

Phân loại mức độ cấp máu khối chứa trên DSA⁷

- Độ 1: Cấp máu ít: Túi thai ngấm thuốc nhẹ ở thì nhu mô.
- Độ 2: Cấp máu trung bình: Túi thai ngấm thuốc rõ ở thì nhu mô.
- Độ 3: Cấp máu nhiều: ngấm thuốc loang lổ, các mạch máu giãn rộng, dòng chảy nhanh hoặc có thông động-tĩnh mạch tử cung.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 37 BN chữa vết mổ (CSP) độ III, IV đã can thiệp nút mạch tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh – Y học hạt nhân, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Trung bình ± độ lệch chuẩn	Khoảng giá trị
Tuổi thai lúc can thiệp (tuần)	7.3 ± 1.3	5-10
Số lần mổ đẻ trước đó (lần)	1.76 ± 0.68	1-3
Cân nặng của mẹ (kg)	52.8 ± 7.9	42.9-81.0
Chiều cao của mẹ (cm)	155.6 ± 5.7	145.0-171.0

Nhận xét: Nghiên cứu bao gồm 37 BN CSP, tuổi thai trung bình 7.3 ± 1.3 tuần (khoảng 5-10 tuần), số lần mổ đẻ trung bình 1.76 ± 0.68 (khoảng 1-3). Cân nặng trung bình là 52.8 ± 7.9 kg (khoảng 42.9-81.0 kg), chiều cao trung bình 155.6 ± 5.7 cm (khoảng 145.0-171.0 cm).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2: Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của nhóm BN nghiên cứu

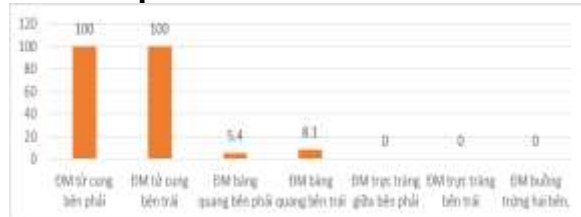
Triệu chứng lâm sàng	Số lượng BN (n=37)	Tỷ lệ (%)
Không có triệu chứng	19	52.8
Chảy máu âm đạo	16	43.2
Đau bụng	3	8.1

Nhận xét: Có 19 BN (52.8%) không có triệu chứng, 16 (43.2%) chảy máu âm đạo, và 3 (8.1%) đau bụng hạ vị

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng và hình ảnh trên siêu âm Doppler

- Nồng độ beta-hCG trung bình là 66.604 ± 59.828 mIU/mL (95% CI: 47.104-86.104 mIU/mL), dao động từ 92 đến 236.936 mIU/mL
- Tìm thai dương tính ghi nhận ở 7 BN (18.9%).
- Độ dày lớp cơ tử cung trung bình là 2.14 ± 0.90 mm (khoảng 0.80-3.20 mm).
- Tất cả 100% trường hợp đều có tăng sinh mạch trên Doppler, với 45.9% (17/37) mức độ nhiều và 16.2% (6/37) có mạch xuyên thành.

3.4. Đặc điểm hình ảnh trên DSA



Biểu đồ 3.1: Động mạch cấp máu cho khối chứa

Nhận xét: Các khối chứa đều được cấp máu bởi động mạch TC hai bên. Có 2 BN (5.4%) khối chứa được cấp máu thêm bởi ĐM bàng quang phải và 3BN (8.1%) khối chứa được cấp máu thêm bởi ĐM bàng quang trái.



Biểu đồ 3.2: Động mạch ưu thế cấp máu cho khối chứa

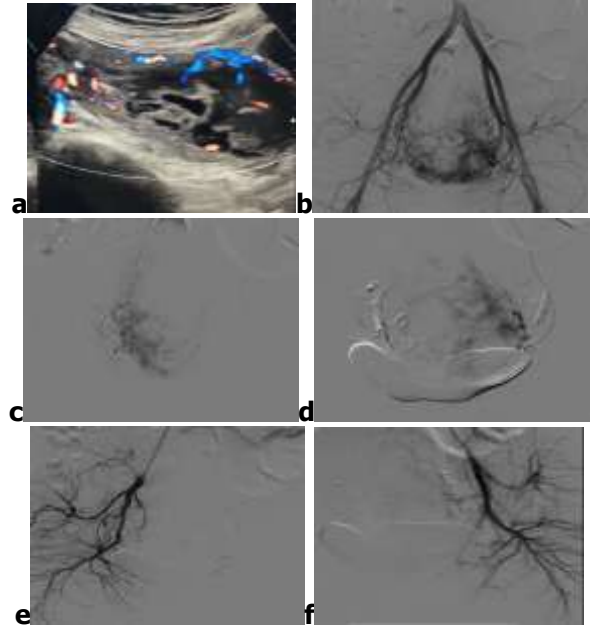
Nhận xét: ĐMTC hai bên cấp máu cân đối cho khối chứa ở 33BN (89.2%), có 2 trường hợp ĐMTC phải ưu thế và 2 trường hợp ĐMTC trái ưu thế.

Bảng 3.3: Phân độ hình ảnh cấp máu khối chứa trên DSA

Phân loại cấp máu khối chứa trên DSA	Số lượng BN (n=37)	Tỷ lệ %	Tuổi thai trung bình (tuần)
Độ 1	18	48.6	6.9 ± 1.1
Độ 2	10	27.0	7.8 ± 1.4

Độ 3	9	24.3	7.8 ± 1.6
------	---	------	---------------

Nhận xét: Độ 1 chiếm 48.6% (18/37), Độ 2 chiếm 27.0% (10/37), độ 3 chiếm 24.3% (9/37), tuổi thai của các nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.



Hình 1: Bệnh nhân Vũ Thị H. 39 tuổi. Mã số bệnh án: 2300733216

Tiền sử: 2022, 2 lần sảy, 2 lần đẻ mổ (2016 và 2018).

a: Hình ảnh siêu âm: Đoạn eo tử cung to, liên quan đến sẹo mổ phát triển về phía buồng tử cung có 01 túi thai kích thước 21×40 mm, không thấy túi noãn hoàng và phôi, phổ Doppler tăng sinh mạch nhiều, có mạch xuyên thành.

b: Hình ảnh DSA ĐMTC hai bên tăng sinh mạch độ 3, cân đối, không có mạch bàng hệ

c, d: Hình ảnh chọn lọc ĐMTC hai bên bằng vi dây dẫn trước nút

e, f: Hình ảnh sau nút ĐMTC hai bên.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Chửa vết mổ tử cung (CSP) là một tình trạng hiếm gặp nhưng tiềm ẩn nguy cơ cao, đòi hỏi chẩn đoán chính xác và can thiệp kịp thời để tránh các biến chứng như vỡ tử cung hoặc xuất huyết nghiêm trọng. Trong NC của chúng tôi, hơn nửa số BN (52.8%) không có triệu chứng, phù hợp với Jurkovic và cộng sự (2003) rằng CSP thường được phát hiện tình cờ qua siêu âm.⁴ Chảy máu âm đạo (43.2%) và đau bụng (8.1%) ít gặp hơn, phản ánh sự đa dạng lâm sàng của CSP.³ Theo nghiên cứu của Rotas và cs, phần lớn bệnh nhân CSP có triệu chứng, chủ yếu là chảy

máu âm đạo (66%) và đau bụng (16%).²

Tuổi thai trung bình 7.3 tuần là thời điểm chẩn đoán điển hình, phù hợp với các nghiên cứu trước đây.¹ Sự vắng mặt của triệu chứng rõ ràng ở đa số trường hợp nhấn mạnh vai trò của siêu âm trong chẩn đoán sớm, đặc biệt ở phụ nữ đã có tiền sử mổ lấy thai và cần siêu âm sớm, quản lý chặt chẽ thai ở các bệnh nhân này.

Nồng độ beta-hCG trung bình trước can thiệp là 66.604 mIU/mL (SD: 59.828 mIU/mL), dao động từ 92 đến 236.936 mIU/mL. Nồng độ beta-hCG trung bình (66.604 mIU/mL) biến thiên lớn, nhưng không khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm có và không có tim thai ($p=0.12$), trái với Timor-Tritsch và cộng sự (2012).¹ Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nhỏ.

4.2. Hình ảnh siêu âm Doppler và DSA.

Siêu âm Doppler trước can thiệp ghi nhận tăng sinh mạch ở 100% trường hợp tại vị trí khối chứa ở tất cả các trường hợp, với 45.9% (17/37) có tăng sinh mạch nhiều và 16.2% (6/37) có mạch xuyên thành, gần bó mạch tử cung, khẳng định đặc trưng của CSP.⁴ Như vậy đây là các trường hợp có nguy cơ chảy máu cao khi làm thủ thuật¹.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn các trường hợp chứa vết mổ (CSP) có nguồn cấp máu từ cả hai ĐMTC, chiếm 89.2%. Tuy nhiên, có khoảng 10.8% bệnh nhân có sự ưu thế cấp máu từ một bên ĐMTC, trong đó tỷ lệ ưu thế bên phải và bên trái là tương đương nhau (5.4%). Có 2 BN (5.4%) khối chứa được cấp máu thêm bởi ĐM bàng quang phải và 3BN (8.1%) khối chứa được cấp máu thêm bởi ĐM bàng quang trái.

So sánh với các nghiên cứu trước, Gao et al. (2023) đã phân loại hệ thống cấp máu của CSP thông qua chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) và nhận thấy rằng 67.57% CSP type I có nguồn cấp máu từ cả hai ĐMTC mà không có sự ưu thế rõ rệt, trong khi 41.38% CSP type II có ưu thế cấp máu một bên, thường đi kèm với hệ thống tuần hoàn bàng hệ phát triển mạnh.⁶ Điều này phù hợp với kết quả của nghiên cứu này khi đa số bệnh nhân có hệ thống cấp máu đồng đều, nhưng vẫn có một số trường hợp có sự ưu thế về một bên. Sự phân bố mạch máu này có thể ảnh hưởng đến nguy cơ chảy máu khi can thiệp. Theo Jurkovic⁴, những bệnh nhân có ĐMTC chi phối chính một bên thường có nguy cơ chảy máu cao hơn, đặc biệt nếu có sự hiện diện của tuần hoàn bàng hệ. Khi chỉ có một ĐMTC ưu thế, áp lực tưới máu sẽ tập trung nhiều hơn vào khối chứa, làm tăng khả năng chảy máu khi can thiệp nút mạch. Hơn nữa, nếu tuần hoàn bàng hệ phát triển mạnh, có thể làm giảm hiệu quả của nút

mạch do mạch máu bị tái thông sớm.

Vai trò của DSA trong đánh giá cấp máu khối chứa là rất quan trọng, giúp xác định chính xác nguồn cấp máu và lập kế hoạch điều trị tối ưu. Gao et al. (2014) đã chỉ ra rằng UAE có hiệu quả cao hơn ở những bệnh nhân có ĐMTC hai bên cấp máu đồng đều so với những trường hợp có ưu thế một bên.⁶ Điều này là do khi có tuần hoàn cân đối, việc nút mạch sẽ dễ dàng làm giảm toàn bộ cấp máu cho khối chứa, từ đó giảm nguy cơ chảy máu sau thủ thuật. Ngược lại, ở những bệnh nhân có ĐMTC ưu thế một bên, hiệu quả nút mạch có thể bị giảm nếu hệ thống tuần hoàn bàng hệ vẫn duy trì tưới máu cho khối chứa nên cần kiểm soát tốt hệ thống tuần hoàn bàng hệ này.

DSA độ 3 chiếm 24,3% (9/37) liên quan đến tăng sinh mạch nghiêm trọng, như báo cáo của Gao và cộng sự (2023).⁶ Phân tích mối tương quan giữa tuổi thai và phân độ tưới máu trên DSA cho thấy tuổi thai trung bình ở nhóm DSA loại 1 là 6.9 ± 1.1 tuần, DSA loại 2 là 7.8 ± 1.4 tuần, và DSA loại 3 là 7.8 ± 1.6 tuần. Xu hướng tuổi thai cao hơn ở DSA loại 2 và 3 so với loại 1. Điều này gợi ý rằng CSP ở giai đoạn muộn hơn có thể liên quan đến mức độ tăng sinh mạch nghiêm trọng hơn. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0.19$) có thể do cỡ mẫu trong NC của chúng tôi còn bé.

Tóm lại, vai trò của DSA không chỉ trong chẩn đoán mà còn trong việc lập kế hoạch điều trị phù hợp, giúp tối ưu hóa kết quả lâm sàng cho bệnh nhân CSP.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy chứa vết mổ (CSP) có biểu hiện lâm sàng đa dạng, từ không triệu chứng đến chảy máu âm đạo và đau bụng, gây khó khăn trong chẩn đoán sớm. Cận lâm sàng ghi nhận nồng độ beta-hCG tăng cao và một số trường hợp có tim thai, phản ánh mức độ phát triển của khối chứa. Siêu âm đầu dò âm đạo là công cụ chính để phát hiện CSP, với dấu hiệu điển hình là túi thai bám tại vị trí sẹo mổ kèm theo tăng sinh mạch trên Doppler. Chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) giúp đánh giá hệ thống cấp máu khối chứa, hỗ trợ lập kế hoạch điều trị bằng nút mạch hiệu quả, đặc biệt ở những trường hợp có tuần hoàn bàng hệ phát triển mạnh.

VI. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có một số hạn chế. Kích thước mẫu nhỏ ($n=37$) giới hạn khả năng phát hiện đầy đủ các đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng, siêu âm tử cung và phân loại mạch máu khối

chứa trên DSA. Dữ liệu chỉ từ một trung tâm, có thể không đại diện cho các quần thể khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsymbal T, Pineda G, Arslan AA. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012;207(1):44.e1-44.e13. doi:10.1016/j.ajog.2012.04.018
2. Rotas MA, Haberman S, Levigur M. Cesarean Scar Ectopic Pregnancies: Etiology, Diagnosis, and Management. *Obstetrics & Gynecology*. 2006;107(6): 1373-1381. doi:10.1097/01.AOG.0000218690.24494.ce
3. Ash A, Smith A, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2007;114(3):253-263. doi:10.1111/j.1471-0528.2006.01237.x
4. 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: Cesarean scar pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2003;21(3):220-227. doi:10.1002/uog.56
5. Marchand GJ, Masoud AT, Coriell C, et al. Treatment of Cesarean Scar Ectopic Pregnancy in China with Uterine Artery Embolization-A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2022;11(24):7393. doi:10.3390/jcm11247393
6. Gao L, Huang Z, Gao J, Mai H, Zhang Y, Wang X. Uterine artery embolization followed by dilation and curettage within 24 hours compared with systemic methotrexate for cesarean scar pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;127(2): 147-151. doi:10.1016/j.ijgo.2014.05.005
7. Gao F, Lu Y, Guo X, et al. Complex Blood Supply Patterns in Cesarean Scar Pregnancy: Insights from Digital Subtraction Angiography Imaging. *Med Sci Monit*. 2023;29:e940133-1-e940133-10. doi:10.12659/MSM.940133

ĐIỀU TRỊ Ứ MÁU TĨNH MẠCH VẬT SURAL CUỐNG NGOẠI VI: TỔNG QUAN Y VĂN VÀ LOẠT CA BỆNH

Hoàng Tuấn Anh^{1,2}, Phan Văn Tân¹

TÓM TẮT

Ứ máu tĩnh mạch là một biến chứng thường gặp và nghiêm trọng trong phẫu thuật sử dụng vật sural cuống ngoại vi. Biến chứng này có thể dẫn đến hoại tử vật, ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật và thời gian phục hồi của bệnh nhân. Bài báo này cung cấp một tổng quan về y văn liên quan đến điều trị ứ máu tĩnh mạch vật Sural cuống ngoại vi, bao gồm các phương pháp điều trị bảo tồn và phẫu thuật. Đồng thời, chúng tôi trình bày loạt ca bệnh minh họa về điều trị thành công ứ máu tĩnh mạch vật sural cuống ngoại vi bằng phương pháp dẫn lưu catheter tĩnh mạch vật, hút áp lực âm, cắt chỉ nối vật. Kết quả cho thấy việc chẩn đoán và điều trị kịp thời, đúng cách có thể giúp cứu sống vật và đạt được kết quả phẫu thuật tốt.

Từ khóa: Ứ máu tĩnh mạch, vật sural, trường hợp lâm sàng.

SUMMARY

THE TREATMENT OF VENOUS CONGESTION OF THE SURAL FLAP: LITERATURE REVIEW AND CASE SERIES

Venous congestion is a common and serious complication in surgery using the distally based sural flap. This complication can lead to flap necrosis,

affecting surgical outcomes and patient recovery time. This article provides an overview of the literature on the treatment of venous congestion in the distally based sural flap, including conservative and surgical treatment methods. We also present case series illustrating the successful treatment of venous congestion in the distally based sural flap by using flap vein catheter drainage, negative pressure wound therapy, and removing distal suture. The results show that timely and appropriate diagnosis and treatment can help save the flap and achieve good surgical results. **Keywords:** Venous congestion, sural flap, clinical cases.

I. TỔNG QUAN

Vật sural cuống ngoại vi được xem như loại vật thông dụng bậc nhất trong tạo hình tổn khuyết một phần ba dưới cẳng chân và bàn chân. Vật có hai ưu điểm chính: chỉ định che phủ rộng rãi 1/3 dưới cẳng chân và bàn chân, và không cần sử dụng kỹ thuật vi phẫu, có thể thực hiện tại các tuyến cơ sở. Vật được giới thiệu lần đầu bởi Donski năm 1983 và sau khi Masquelet mô tả chi tiết năm 1992 thì đã được cải tiến với nhiều biến thể. Tuy nhiên, các báo cáo cho thấy tỷ lệ biến chứng và hoại tử vật khác nhau từ 5% đến 52%.¹ Biến chứng thường gặp nhất là hoại tử một phần và nguyên nhân chính của hoại tử vật là ứ máu tĩnh mạch. Máu tĩnh mạch vùng lấy vật phần lớn được đưa về tĩnh mạch hiển bé. Ali Mojallal và cs.² cho rằng lưới tĩnh mạch trên cân được tạo bởi tĩnh mạch bắp chân nông, tĩnh

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Tuấn Anh

Email: tuananhcmfs@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025