

Tác giả kết luận: Titanium là vật liệu lót sàn lý tưởng, an toàn và thích hợp cho mọi kích thước lỗ gãy. So với nghiên cứu của tác giả Trần Kế Tổ năm 2011 và 2013 phẫu thuật lót sàn hốc mắt bằng vật liệu Hydroxyapatite, kết quả ghi nhận một trường hợp tụ máu mí mắt (0,8%) xuất hiện sau phẫu thuật 1 tuần hay nghiên cứu của tác giả Samon Lee năm 2005 lót sàn hốc mắt bằng Porous polyethylene có 1,8% tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ; Morrison năm 1995 mô tả những biến chứng do mảnh lót sàn bằng Silicon sinh ra như nhiễm trùng gây phù mi vĩnh viễn, lệch hoặc lộ mảnh lót và có đến 12% trong tổng số 311 bệnh nhân cần phải lấy mảnh lót Silicon ra [2],[10].

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật lót sàn bằng lưới Titanium tương đối an toàn, cho tỷ lệ thành công cao, phục hồi phần lớn chức năng vận nhãn cũng như thẩm mỹ của người bệnh. Titanium là vật liệu lót sàn lý tưởng, có độ tương thích mô cao, tỷ lệ nhiễm trùng và thải ghép tối thiểu, nguồn cung cấp phong phú, là một trong những vật liệu được lựa chọn hàng đầu hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Nam, Triệu Ngọc Diệp, Trần Đình Minh Huy (2016), "Nghiên cứu điều trị lót sàn hốc mắt bằng vật liệu Titanium", Tạp Chí Y Dược Học Quân Sự, 41 (9), 190-196.
2. Trần Kế Tổ, Lê Minh Thông (2009), "Đánh giá hiệu quả hồi phục vận nhãn ban đầu của phẫu thuật lót sàn đơn thuần trong điều trị gãy sàn hốc mắt có tổn thương cơ trực dưới", Y Học Thực

- Thành, 11 (687), trang 23-7.
3. Al-Khdhairi Omar Bakr Hazm, Abdulrazaq Saif Saadedeen (2017), "Is Orbital Floor Reconstruction With Titanium Mesh Safe?", Journal of Craniofacial Surgery, 28 (7), e692-e694.
4. Gabrielli Mario Francisco, Monnazzi Marcelo Silva, Passeri Luis Augusto, et al. (2011), "Orbital wall reconstruction with titanium mesh: retrospective study of 24 patients", Craniomaxillofacial trauma & reconstruction, 4 (3), 151.
5. Gosau Martin, Schöneich Moritz, Draenert Florian G, et al. (2011), "Retrospective analysis of orbital floor fractures—complications, outcome, and review of literature", Clinical oral investigations, 15 (3), 305-313.
6. Hossai Banu M, Beatty Randall L (2002), "Diplopia and enophthalmos after surgical repair of blowout fracture", Orbit, 21 (1), 27-33.
7. Jung Hye Na, Suh Sang-il, Kim Hyung-Jin, et al. (2018), "Comparison of clinicoradiological findings between patients with recovering diplopia and those with residual diplopia after surgery for pure orbital blowout fracture", Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, 46 (3), 375-380.
8. Lee Sang Hun, Lew Helen, Yun Young Soo (2005), "Ocular motility disturbances in orbital wall fracture patients", Yonsei medical journal, 46 (3), 359-367.
9. Ludwig Irene H, Brown Mark S (2002), "Flap tear of rectus muscles: an underlying cause of strabismus after orbital trauma", Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery, 18 (6), 443-450.
10. Morrison Archie D, Sanderson R Christopher, Moos Khursheed F (1995), "The use of silastic as an orbital implant for reconstruction of orbital wall defects: review of 311 cases treated over 20 years", Journal of oral and maxillofacial surgery, 53 (4), 412-417.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CÁC TRƯỜNG HỢP CHỮA TẠI SẸO MỔ LẤY THAI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Lê Hoàng Minh¹, Phạm Thị Thanh Hiền¹, Nguyễn Thái Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các trường hợp chữa tại sẹo mổ lấy thai được điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Có tổng số 45 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu. Trong đó, tuổi trung bình của bệnh nhân là 35,98±5,2 (Max: 46 tuổi, Min: 25 tuổi).

Có 29/45 trường hợp mổ lấy thai từ 2 lần trở lên (64,4%) và 29/45 trường hợp có nạo/hút thai trước đây (64,4%). Triệu chứng chậm kinh hay gặp nhất với 40/45 trường hợp (88,9%), ra máu âm đạo bất thường có ở 30/45 trường hợp (66,7%) và đau bụng hạ vị xuất hiện ở 8/45 trường hợp (17,8%). Tuổi thai trung bình là 8,3±1,7 tuần (Max: 12 tuần 3 ngày, Min: 5 tuần). Tuổi thai trên 7 tuần chiếm đa số (60%). Có 26/45 trường hợp có hoạt động tim thai (57,8%). Có 39/45 trường hợp bánh rau có xu hướng phát triển về mặt trước tử cung (86,7%). Hình ảnh khối chứa có tăng sinh mạch nhiều chiếm 93,3%, khối chứa liên quan tới bó mạch tử cung 2 bên chiếm 53,3%. Độ dày lớp cơ tử cung còn lại tại vị trí vết mổ lấy thai trung bình là 1,996±1,48 mm (Min: 0,3mm, Max: 6mm). Số trường hợp độ dày lớp cơ tử cung còn lại ≤ 2mm là 30/45 trường hợp (66,7%). Nồng độ βhCG

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Giang

Email: thaigianghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025

trước điều trị trung bình là $78781,5 \pm 56885,6$ IU/l (Max: 220508 IU/l, Min: 47,14 IU/l). Có 19/45 trường hợp có nồng độ β hCG trước điều trị > 100000 IU/l (42,2%). **Kết luận:** Đa số bệnh nhân mổ lấy thai từ 2 lần trở lên và có tiền sử từng nạo/hút thai. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là chậm kinh kết hợp với ra máu âm đạo bất thường. Phần lớn các trường hợp có hoạt động tim thai. Các đặc điểm cận lâm sàng như: xu hướng bánh rau phát triển ra mặt trước tử cung, khối thai có sự tăng sinh mạch, khối thai liên quan gần với bó mạch tử cung 2 bên, độ dày lớp cơ tử cung còn lại tại vị trí sẹo mổ mỏng đều chiếm đa số các trường hợp trong nghiên cứu. Nồng độ β hCG trước điều trị > 100000 IU/l chiếm đa số. Siêu âm qua đầu dò âm đạo và xét nghiệm định lượng nồng độ β hCG trước điều trị có giá trị trong việc chẩn đoán xác định và tiên lượng bệnh.

Từ khóa: Chửa tại sẹo mổ lấy thai

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF CASES OF CESAREAN SCAR PREGNANCY TREATED BY SURGERY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: Describe the clinical and subclinical characteristics of cesarean scar pregnancy cases treated surgically at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Method:** Retrospective description. **Results:** A total of 45 cases met the selection criteria of the study. Of which, the average age of the patients was $35,98 \pm 5,2$ (Max: 46 years old, Min: 25 years old). There were 29/45 cases of cesarean section from 2 times or more (64,4%) and 29/45 cases had previous curettage/vacuum abortion (64,4%). The most common symptom was delayed menstruation in 40/45 cases (88,9%), abnormal vaginal bleeding in 30/45 cases (66,7%) and lower abdominal pain in 8/45 cases (17,8%). The average gestational age was $8,3 \pm 1,7$ weeks (Max: 12 weeks 3 days, Min: 5 weeks). The majority (60%) were gestational ages over 7 weeks. There were 26/45 cases with fetal heart activity (57,8%). There were 39/45 cases of placenta tending to develop towards the anterior surface of the uterus (86,7%). The image of the pregnancy mass with increased vascularity accounted for 93,3%, the pregnancy mass closely related to the uterine vascular bundles on both sides accounted for 53,3%. The average thickness of the remaining myometrium at the cesarean section scar site was $1,996 \pm 1,48$ mm (Min: 0,3mm, Max: 6mm). The number of cases with the remaining myometrium thickness ≤ 2 mm was 30/45 cases (66,7%). The average pre-treatment β hCG concentration was $78781,5 \pm 56885,6$ IU/l (Max: 220508 IU/l, Min: 47,14 IU/l). There were 19/45 cases with pre-treatment β hCG concentration > 100000 IU/l (42,2%). **Conclusion:** The majority of patients had 2 or more cesarean sections and had a history of curettage/vaccination. The most common clinical symptoms were delayed menstruation combined with abnormal vaginal bleeding. Most cases had fetal cardiac activity. Paraclinical characteristics such as: tendency for the placenta to develop to the anterior

surface of the uterus, increased vascularity of the fetus, close relationship of the uterine vascular bundles on both sides, and thin remaining myometrial layer thickness at the surgical scar site were all present in the majority of cases in the study. Pre-treatment β hCG concentration > 100000 IU/l was present in the majority. Transvaginal ultrasound and quantitative testing of β hCG concentration before treatment are valuable in definitive diagnosis and prognosis. **Keywords:** Cesarean scar pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa tại sẹo mổ lấy thai là hiện tượng bệnh lý mà túi thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ lấy thai của tử cung. Chửa tại sẹo mổ lấy thai có nguy cơ gây ra những biến chứng nặng nề, nếu không được chẩn đoán và xử trí phù hợp sẽ đe dọa tới tính mạng cũng như ảnh hưởng đến chức năng sinh sản của bệnh nhân như rau cài răng lược, băng huyết hoặc vỡ tử cung,... Từ thực tiễn tỉ lệ mổ lấy thai ngày càng gia tăng, dẫn tới số lượng ca bệnh chửa tại sẹo mổ lấy thai cũng gia tăng trong những năm gần đây, để có cái nhìn cụ thể hơn về bệnh lý nguy hiểm này, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: "*Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các trường hợp điều trị phẫu thuật chửa tại sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là chửa tại sẹo mổ lấy thai và điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2023 – 31/12/2024.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các trường hợp được chẩn đoán xác định là chửa tại sẹo mổ lấy thai, điều trị bằng phương pháp phẫu thuật và thỏa mãn các tiêu chí sau đây:

- Bệnh nhân có thai, có tiền sử mổ lấy thai trước đó.
- Không có dấu hiệu sảy thai.
- Hình ảnh đại thể khi phẫu thuật: khối thai ở vị trí sẹo mổ lấy thai.
- Kết quả giải phẫu bệnh khi phẫu thuật lấy khối chứa: Có tổ chức gai rau.
- Các bệnh nhân có hồ sơ điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, được theo dõi điều trị tới khi ra viện.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Thai nằm ở ống cổ tử cung hoặc thai đang sảy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Dựa trên hồ sơ bệnh án, thu thập thông tin dựa theo bệnh án nghiên cứu cho từng bệnh nhân từ khi vào viện điều trị tới khi xuất viện.

2.2.2. Mẫu và cách chọn mẫu: Lựa chọn

mẫu thuận tiện không xác xuất, lấy tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là chửa tại sọ mổ lấy thai được điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2023 đến 31/12/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi:

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $35,98 \pm 5,2$ tuổi (Max: 46 tuổi, Min: 25 tuổi). Có 37 bệnh nhân trên 30 tuổi, chiếm 82,2%.

3.1.2. Tiền sử sản khoa

Bảng 1. Số lần mổ lấy thai và khoảng cách từ lần mổ lấy thai gần nhất tới khi vào viện

	Số lần mổ đẻ trước khi vào viện		Khoảng cách từ lần mổ đẻ gần nhất tới lúc vào viện	
	Mổ đẻ 1 lần	Mổ đẻ ≥ 2 lần	Trên 24 tháng	≤ 24 tháng
Số bệnh nhân	16	29	39	6
Tỉ lệ	35,6%	64,4%	86,7%	13,3%
Tổng số	45 (100%)		45 (100%)	

Nhận xét: Có 29 trường hợp mổ lấy thai từ 2 lần trở lên, tỉ lệ 64,4%. Trong đó có 21 trường hợp mổ lấy thai 2 lần, 8 trường hợp mổ lấy thai 3 lần. Khoảng cách từ lần mổ lấy thai gần nhất tới lúc vào viện, đa số trên 24 tháng với tỉ lệ 86,7% (39 trường hợp).

Bảng 2. Tiền sử nạo/hút thai và sảy thai/thai lưu trước khi vào viện

	Tiền sử nạo/hút thai		Tiền sử sảy thai/thai lưu	
	Không nạo/hút thai	Có nạo/hút thai	Chưa từng sảy thai/thai lưu	Đã từng sảy thai/thai lưu
Số bệnh nhân	16	29	29	16
Tỉ lệ	35,6%	64,4%	64,4%	35,6%
Tổng số	45 (100%)		45 (100%)	

Nhận xét: 29/45 trường hợp có nạo/hút thai trước đây (64,4%), cá biệt có 1 trường hợp hút thai 7 lần. 29/45 trường hợp chưa từng có tiền sử sảy thai/thai lưu trước đây (64,4%). Trong đó có 12 trường hợp vừa có tiền sử thai lưu/sảy thai, vừa có tiền sử nạo/hút thai (26,7%).

3.2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3. Tổng hợp triệu chứng lâm sàng

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ
--	--------------	-------

Có 1 triệu chứng	Chậm kinh	15	33,3%
	Ra máu âm đạo	4	8,9%
Có 2 triệu chứng	Chậm kinh+Ra máu	18	40%
	Ra máu+Đau bụng	1	2,2%
Có cả 3 triệu chứng (Chậm kinh, ra máu âm đạo, đau bụng hạ vị)		7	15,6%
Tổng số		45	100%

Nhận xét: Có 40 trường hợp vào viện điều trị có triệu chứng chậm kinh (88,9%). Có 18 trường hợp vừa chậm kinh và ra máu âm đạo bất thường và không có đau bụng hạ vị (40%). Tiếp đến là nhóm chỉ có triệu chứng chậm kinh gồm 15 trường hợp (33,3%). Số ngày chậm kinh trung bình là $24,4 \pm 12,8$ ngày (Max: 51 ngày, Min: 2 ngày).

Có 30 trường hợp vào viện điều trị có triệu chứng ra máu âm đạo bất thường (66,7%). Trong đó có 4 trường hợp chỉ có ra máu âm đạo bất thường (8,9%). Số ngày thấy ra máu trung bình là $5,9 \pm 7$ ngày (Max: 30 ngày, Min: 1 ngày).

Đa số bệnh nhân không có triệu chứng đau bụng hạ vị (82,2%). Cả 8 trường hợp có triệu chứng đau bụng hạ vị (17,8%) đều có ra máu âm đạo bất thường kèm theo, trong đó có 7 trường hợp có cả 3 triệu chứng bao gồm: chậm kinh, ra máu âm đạo bất thường và đau bụng hạ vị (15,6%).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

3.3.1. Tuổi thai và hoạt động tim thai:

Bảng 4. Khôi thai/khôi ÂVKĐN và hoạt động tim thai

Phân loại tuổi thai	Hoạt động tim thai		Tổng số
	Không có	Có	
Dưới 6w	1	0	1 (2,2%)
Từ 6w-7w	5	7	12 (26,7%)
Trên 7w	8	19	27 (60%)
Khôi ÂVKĐN	5	0	5 (11,1%)
Tổng số	19	26	45 (100%)

Nhận xét: Có 5 trường hợp vào viện có kết quả siêu âm chỉ thấy khối âm vang không đồng nhất (ÂVKĐN) (11,1%). Cả 5 trường hợp đều không có tim thai với nồng độ β hCG < 3000 IU/l.

Đa số bệnh nhân nhập viện có hình ảnh khối thai trên 7 tuần tuổi theo siêu âm, tỉ lệ chiếm 60% (Max: 12 tuần 3 ngày, Min: 5 tuần). Tuổi thai trung bình là $8,3 \pm 1,7$ tuần. Hoạt động tim thai xuất hiện ở nhóm thai trên 7 tuần chiếm đa số (73,1% trên tổng số trường hợp có tim thai và 70,4% trên nhóm thai trên 7 tuần). Có 1 trường hợp thai dưới 6 tuần tuổi là thai lưu.

3.3.2. Bánh rau, sự liên quan với bó mạch tử cung 2 bên, tăng sinh mạch của khối thai và độ dày lớp cơ tử cung còn lại tại vết mổ:

Bảng 5. Bánh rau và các hình ảnh khác trên siêu âm

	Vị trí bánh rau phát triển		Liên quan với bó mạch tử cung		Sự tăng sinh mạch của khối thai		Độ dày CTC còn lại	
	Mặt trước	Mặt sau	Không liên quan	Liên quan gần	Không tăng sinh mạch	Tăng sinh mạch	≤2mm	>2mm
Số bệnh nhân	39	6	21	24	3	42	30	15
Tỉ lệ	86,7%	13,3%	46,7%	53,3%	6,7%	93,3%	66,7%	33,3%
Tổng số	45 (100%)		45 (100%)		45 (100%)		45 (100%)	

Nhận xét: Có 39/45 trường hợp vào viện có bánh rau phát triển về phía trước, tiền gần đến vị trí sẹo mổ cũ (86,7%). Về liên quan giữa khối thai với bó mạch tử cung 2 bên, không có sự khác biệt nhiều về tỉ lệ giữa 2 nhóm. Đối với sự tăng sinh mạch của khối thai, có 42/45 trường

hợp có sự tăng sinh mạch (93,3%).

Độ dày lớp cơ tử cung còn lại tại vị trí vết mổ lấy thai trung bình là $1,996 \pm 1,48\text{mm}$ (Max: 6mm, Min: 0,3mm). Số trường hợp độ dày lớp cơ tử cung còn lại $\leq 2\text{mm}$ là 30/45 trường hợp (66,7%).

3.3.3. Nồng độ βhCG trước điều trị:

Bảng 6. Nồng độ βhCG trước điều trị

	Số BN	Tỉ lệ	Nồng độ βhCG trung bình (IU/l)	Nồng độ βhCG (IU/l)	
				Min	Max
<10.000 IU/l	9	20%	$899,7 \pm 813$	47,14	2364
10000-50000 IU/l	7	15,6%	$39146,6 \pm 7135,4$	27889	47888
50000-100000 IU/l	10	22,2%	$71914,9 \pm 15464,7$	52727,9	98728
>100000 IU/l	19	42,2%	$133889,3 \pm 29963,7$	101524	220508
Tổng số	45	100%	$78781,5 \pm 56885,6$	47,14	220508

Nhận xét: Nồng độ βhCG trước điều trị trung bình là $78781,5 \pm 56885,6$ IU/l (Max: 220508 IU/l, Min: 47,14 IU/l). Có 19/45 trường hợp có nồng độ βhCG trước điều trị > 100000 IU/l (42,2%), tương ứng với thai khoảng 7-10 tuần.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số là các trường hợp có mổ lấy thai từ 2 lần trở lên, chiếm 64,4%, với độ tuổi hầu hết trên 30 tuổi (82,2%). Hầu hết bệnh nhân đều có khoảng thời gian từ lần mổ lấy thai gần nhất tới thời điểm nhập viện là trên 24 tháng (86,7%). Có 29 trường hợp có nạo/hút thai trước đó (64,4%), có 1 trường hợp nạo/hút thai tới 7 lần. Số trường hợp có thai lưu/sảy thai trước đó là 16 case, chiếm 35,6%. Có thể thấy việc tuổi mẹ tăng cao, số lần mổ lấy thai trước đó nhiều, và có tiền sử nạo/hút thai trước đó cũng là những yếu tố làm tăng tỉ lệ mắc chửa tại sẹo mổ lấy thai phải nhập viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là chậm kinh kết hợp với ra máu âm đạo bất thường với 18 trường hợp (40%), kể đó là chậm kinh đơn thuần, không có triệu chứng nào kèm theo với 15 trường hợp (33,3%). Đối với triệu chứng đau bụng hạ vị, có 8 trường hợp trong đó 7 trường hợp có cả 3 triệu chứng: chậm kinh, ra máu âm đạo bất thường và đau bụng hạ vị (15,6%), 1 trường hợp chỉ có ra máu âm đạo bất thường kèm theo, không có trường hợp nào chỉ có triệu chứng đau bụng hạ vị đơn lẻ. Ra máu âm đạo thường đi

kèm với triệu chứng khác, chỉ 4 trường hợp vào viện có duy nhất triệu chứng này (8,9%). Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Diễm Thị Thanh Thủy⁽¹⁾, Đinh Quốc Hưng⁽²⁾, khi triệu chứng ra máu âm đạo bất thường chiếm tỉ lệ nhiều nhất lần lượt là 67,6% và 64,1%. Tiếp đến là triệu chứng đau bụng hạ vị với tỉ lệ lần lượt là 25,4% và 20,3%. Còn theo kết quả của Rotas⁽⁵⁾ tổng hợp từ 59 bài báo với 112 trường hợp chửa tại sẹo mổ lấy thai: có 1/3 trường hợp có ra máu âm đạo bất thường, 1/4 trường hợp có đau bụng hạ vị và >50% các trường hợp không có triệu trứng lâm sàng. Tỉ lệ đến khám do chậm kinh tăng cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do việc tiếp cận thông tin y học của người bệnh hiện nay đã dễ dàng hơn, đa số bệnh nhân có thể tự theo dõi chu kì kinh nên thường đi khám ngay khi thấy chậm kinh, không chờ khi có dấu hiệu đau bụng hạ vị hoặc ra máu âm đạo bất thường mới đến viện khám.

Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng siêu âm qua đầu dò âm đạo. Kết quả thu được: có 40 trường hợp quan sát thấy khối thai nằm tại vị trí sẹo mổ lấy thai, 5 trường hợp quan sát thấy khối âm vang không đồng nhất, đều là các trường hợp bệnh nhân đã can thiệp điều trị trước đó: hút thai, tiêm MTX, diệt phôi (11,1%). Tỉ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Quảng Bắc⁽³⁾: có 42,4% trường hợp có hình ảnh khối âm vang không đồng nhất. Về phân loại tuổi thai theo kích thước khối thai đo được bằng siêu âm đầu dò âm đạo cho kết quả:

đa số là thai trên 7 tuần với 27 trường hợp (60%), thai dưới 6 tuần có 1 trường hợp (2,2%) và thai từ 6-7 tuần có 12 trường hợp (26,7%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Quảng Bắc⁽³⁾ cũng có tỉ lệ nhóm tuổi thai trên 7 tuần cao hơn hẳn so với 2 nhóm còn lại. Về hoạt động tim thai, số trường hợp có hoạt động tim thai là 26 trường hợp, và cũng chủ yếu thuộc nhóm thai trên 7 tuần tuổi (chiếm 73,1% với 19 trường hợp).

Cũng theo kết quả siêu âm, đa số bánh rau có xu hướng phát triển về mặt trước tử cung, cũng là vị trí sẹo mổ lấy thai và lớp cơ tử cung mỏng nhất, tăng nguy cơ tổn thương bàng quang, rau cài răng lược,... với 39 trường hợp (86,7%). Độ dày lớp cơ tử cung còn lại tại vị trí sẹo mổ lấy thai trung bình là $1,996 \pm 1,48\text{mm}$ (Max: 6mm, Min: 0,3mm). Theo Lê Thị Anh Đào⁽⁴⁾: Nếu độ dày cơ tử cung còn lại tại vị trí sẹo mổ lấy thai trên 2mm với một khối thai khoảng 7-8 tuần, βhCG dưới 17000 IU/l, tỷ lệ hút thành công lên tới 84,2%. Như vậy, độ dày lớp cơ tử cung còn lại quá mỏng sẽ làm tăng nguy cơ chảy máu, băng huyết hoặc tổn thương vỡ tử cung, bàng quang,... khi thực hiện thủ thuật hút thai. Nên đó có thể là lý do chỉ định điều trị phẫu thuật ở những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Bên cạnh đó, các yếu tố khác như sự liên quan của khối thai với bó mạch tử cung 2 bên và sự tăng sinh mạch của khối thai cũng được quan tâm xem xét. Có 42 trường hợp (93,3%) có tăng sinh mạch của khối thai, và 24 trường hợp (53,3%) có sự liên quan gần giữa khối thai với bó mạch tử cung 2 bên. Trong nghiên cứu của Lê Thị Anh Đào⁽⁴⁾, tỉ lệ khối thai có tăng sinh mạch máu là 62,6%, tuổi thai trên 9 tuần có 100% tăng sinh mạch. Việc tăng sinh mạch nhiều hoặc nằm gần/sát bó mạch tử cung làm tăng nguy cơ băng huyết, tổn thương động mạch tử cung khi thực hiện thủ thuật nạo/hút thai chữa tại sẹo mổ lấy thai. Đó cũng có thể là nguyên nhân dẫn tới chỉ định phẫu thuật lấy khối chứa nhằm hạn chế các rủi ro và tai biến cho bệnh nhân.

Kết quả xét nghiệm nồng độ βhCG trước điều trị cho thấy đa số thuộc nhóm có nồng độ $\beta\text{hCG} > 100000\text{ IU/l}$ với 19 trường hợp (42,2%), tương ứng với tuổi thai khoảng trên 7 tuần, đây cũng là nhóm tuổi thai chiếm tỉ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (60%). Nồng độ βhCG trước điều trị trung bình là $78781,5 \pm 56885,6\text{ IU/l}$ (Max: 220508 IU/l, Min: 47,14 IU/l). Trường hợp nồng độ βhCG trước điều trị là 47,14 IU/l là thai 6 tuần chết lưu, có độ dày lớp cơ tử cung

còn lại tại sẹo mổ là 0,5mm, được chỉ định hút thai và băng huyết sau hút nên được chỉ định phẫu thuật. Có 9 trường hợp nồng độ βhCG trước điều trị $< 10000\text{ IU/l}$, tất cả đều không có hoạt động tim thai. Điều này thể hiện có sự phù hợp trong chẩn đoán tuổi thai và hoạt động tim thai bằng siêu âm đầu dò âm đạo với kết quả xét nghiệm định lượng βhCG . Một số trường hợp thai chết lưu, không có hoạt động tim thai, có thể khiến nồng độ βhCG thấp hơn so với tuổi thai thực tế. So sánh kết quả này với Diễm Thị Thanh Thủy⁽¹⁾ và Đinh Quốc Hưng⁽²⁾ thấy có sự khác biệt, với nhóm bệnh nhân có tỉ lệ cao nhất là nhóm nồng độ βhCG trước điều trị từ 10000-50000 IU/l (lần lượt là 35,2% và 47,1%). Còn theo Nguyễn Quảng Bắc⁽³⁾, tỉ lệ cao nhất thuộc về nhóm nồng độ βhCG trước điều trị $< 10,000\text{ IU/l}$ (39%).

V. KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân mổ lấy thai từ 2 lần trở lên và có tiền sử từng nạo/hút thai. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là chậm kinh kết hợp với ra máu âm đạo bất thường. Phần lớn các trường hợp có hoạt động tim thai. Các đặc điểm cận lâm sàng như: xu hướng bánh rau phát triển ra mặt trước tử cung, khối thai có sự tăng sinh mạch, khối thai liên quan gần với bó mạch tử cung 2 bên, độ dày lớp cơ tử cung còn lại tại vị trí sẹo mổ mỏng đều chiếm đa số các trường hợp trong nghiên cứu. Nồng độ βhCG trước điều trị $> 100000\text{ IU/l}$ chiếm đa số. Siêu âm qua đầu dò âm đạo và xét nghiệm định lượng nồng độ βhCG trước điều trị có giá trị trong việc chẩn đoán xác định và tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Diễm Thị Thanh Thủy**, "Nghiên cứu chữa sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội", Trường Đại học Y Hà Nội (2013).
2. **Đinh Quốc Hưng**, "Nghiên cứu chữa ở sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương", Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội (2011).
3. **Nguyễn Quảng Bắc, Vũ Ngân Hà**, "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các trường hợp chữa sẹo mổ lấy thai được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương", Tạp chí Y học Việt Nam tập 503, số 1, (2021): Tr 211-214.
4. **Lê Thị Anh Đào, Nguyễn Đức Nghĩa, Nguyễn Mạnh Trí**. "nhân xét kết quả điều trị chữa trên sẹo mổ lấy thai tại bệnh viện phụ sản hà nội năm 2019-2020." Tạp chí Y Dược học Cần Thơ số 46 (2022): Tr 105-111.
5. **Rotas M.A, Haberman S, Levгур M.** "Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management". Obstetrics & Gynecology. (2007); 107(6): pg 1373-81.