

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHỮA Sẹo MỔ LẤY THAI CÓ TĂNG SINH MẠCH BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG KẾT HỢP HÚT THAI DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Nguyễn Thị Hằng¹, Vũ Văn Du², Đàm Thị Quỳnh Liên¹,
 Nông Hoàng Duy¹, Đặng Văn Tốt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị CSMLT có tăng sinh mạch bằng phương pháp nút động mạch tử cung (UAE) kết hợp hút thai dưới hướng dẫn siêu âm, đồng thời phân tích các yếu tố liên quan đến nguy cơ chảy máu trong và sau can thiệp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 53 bệnh nhân CSMLT có tăng sinh mạch mức độ vừa đến nhiều, được chỉ định UAE, sau đó hút thai dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Tuổi thai trung bình tại thời điểm chẩn đoán là 8,02 tuần; đa số bệnh nhân không có triệu chứng khi nhập viện. Siêu âm cho thấy túi thai loại 3 chiếm 52,8%, mức độ tăng sinh mạch nhiều chiếm 50,9%, và 81,1% bệnh nhân có độ dày cơ tử cung dưới 2 mm tại vị trí rau bám. Tỷ lệ điều trị thành công đạt 98,1%, trong đó có 22 trường hợp (41,5%) cần đặt bóng chèn cầm máu. Các yếu tố túi thai loại 3 và tăng sinh mạch nhiều có liên quan với nguy cơ chảy máu cần đặt bóng chèn ($p < 0,05$). **Kết luận:** UAE kết hợp hút thai dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho các trường hợp CSMLT có tăng sinh mạch.

Từ khóa: chữa sẹo mổ lấy thai, tăng sinh mạch, nút động mạch tử cung, hút thai dưới siêu âm, điều trị bảo tồn.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF CESAREAN SCAR PREGNANCY WITH INCREASED VASCULARITY MANAGED WITH UTERINE ARTERY EMBOLIZATION AND ULTRASOUND-GUIDED SUCTION CURETTAGE

Objectives: To evaluate the effectiveness of uterine artery embolization (UAE) combined with ultrasound-guided suction curettage in the management of CSP with enhanced myometrial vascularity, and to identify factors related to intra- and post-procedural hemorrhage. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 53 patients diagnosed with CSP showing moderate to severe enhanced myometrial vascularity, treated with UAE followed by ultrasound-guided suction curettage at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology between January 2023 and December 2024. **Results:**

The mean gestational age at diagnosis was 8.02 weeks. Most patients were asymptomatic upon admission. Ultrasound findings showed that 52.8% of cases had type 3 gestational sac location, 50.9% exhibited severe vascular enhancement, and 81.1% had a myometrial thickness of less than 2 mm at the implantation site. The overall treatment success rate was 98.1%. Twenty-two patients (41.5%) required intrauterine balloon tamponade to control hemorrhage. Type 3 sac location and severe vascular enhancement were significantly associated with an increased risk of bleeding requiring balloon tamponade ($p < 0.05$). **Conclusion:** UAE combined with ultrasound-guided suction curettage is a safe and effective treatment option for CSP with enhanced myometrial vascularity.

Keywords: cesarean scar pregnancy, uterine artery embolization, suction evacuation, ultrasound, vascularity, conservative management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa sẹo mổ lấy thai (CSMLT) được định nghĩa là tình trạng túi thai làm tổ tại vết sẹo mổ đẻ trên cơ tử cung, trong đó túi thai được bao quanh bởi lớp cơ và mô xơ của vết sẹo¹. Tình trạng này có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như xuất huyết ồ ạt, vỡ tử cung, rau cài răng lược và nguy cơ cắt tử cung hoặc tử vong nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời². Trong hai thập kỷ gần đây, cùng với sự gia tăng của mổ lấy thai, tỷ lệ mắc CSMLT cũng tăng lên đáng kể. Tuy nhiên, do biểu hiện lâm sàng thường không đặc hiệu, trong đó gần 50% trường hợp không có triệu chứng, khiến việc phát hiện sớm và can thiệp kịp thời CSMLT vẫn là một thách thức trong thực hành lâm sàng². Hiện nay, trên thế giới chưa có phác đồ điều trị thống nhất cho CSMLT. Việc lựa chọn phương pháp điều trị cần cá thể hóa, dựa trên vị trí và mức độ xâm lấn của túi thai, tình trạng tăng sinh mạch, khả năng bảo tồn tử cung và kinh nghiệm của cơ sở điều trị³. Hút thai dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp điều trị phổ biến tại Việt Nam, tuy nhiên có thể gây chảy máu nghiêm trọng phải phẫu thuật cấp cứu ở những trường hợp có tăng sinh mạch nhiều. Nút động mạch tử cung (UAE) là một kỹ thuật can thiệp nội mạch có khả năng giảm tưới máu vùng thai bám, từ đó làm giảm nguy cơ xuất huyết, hạn chế can thiệp phẫu thuật và góp phần bảo tồn tử cung⁴. Trên

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hằng

Email: nguyennamhmu26@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2025

Ngày duyệt bài: 23.7.2025

cơ sở đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị và phân tích các yếu tố liên quan đến chảy máu khi thực hiện thủ thuật ở bệnh nhân CSMLT có tăng sinh mạch được điều trị bằng phương pháp nút động mạch tử cung kết hợp hút thai dưới hướng dẫn siêu âm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên nhóm bệnh nhân được chẩn đoán CSMLT có tăng sinh mức độ vừa đến nhiều và được nút động mạch tử cung tại Bệnh viện Việt Đức, sau đó được xử trí bằng hút thai dưới siêu âm tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2023 đến 31/12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định CSMLT dựa vào các tiêu chuẩn theo SMFM 2020⁵, tuổi thai <12 tuần, phân loại vị trí túi thai loại 2 hoặc loại 3 theo đồng thuận Delphi 2022⁶, siêu âm Doppler có tăng sinh mạch mức độ vừa hoặc nhiều tại SMLT có rau thai bám.

- Bệnh nhân được chỉ định nút động mạch tử cung sau đó xử trí bằng hút thai dưới siêu âm trong vòng 72 giờ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc các bệnh toàn thân nghiêm trọng có thể ảnh hưởng đến các lựa chọn phương pháp và kết quả điều trị.

- Bệnh nhân đã được xử trí can thiệp tại tuyến dưới hoặc điều trị bằng phương pháp khác.

- Không đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án.

Thiết kế và cỡ mẫu nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu toàn bộ, không xác suất. Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 53 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Thu thập và xử trí số liệu. Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án lưu trữ tại bệnh viện. Các thông tin được thu thập bao gồm:

- Đặc điểm lâm sàng và tiền sử sản phụ khoa: ghi nhận triệu chứng khi vào viện, tiền sử sản khoa, khoảng cách từ lần mổ lấy thai gần nhất đến lần mang thai hiện tại, đặc điểm thai kỳ và tuổi thai (tính theo kỳ kinh cuối).

- Kết quả cận lâm sàng: bao gồm siêu âm 2D đường âm đạo và siêu âm Doppler màu. Các thông tin ghi nhận từ siêu âm gồm: vị trí túi thai (phân loại theo đồng thuận Delphi 2022), kích thước túi thai, có hay không hoạt động tim thai, mức độ tăng sinh mạch, bề dày cơ tử cung tại vị trí thai bám. Ngoài ra, nồng độ β -hCG huyết thanh được ghi nhận trước và sau điều trị.

- Kết quả điều trị được chia thành hai nhóm: Nhóm điều trị thành công: bao gồm các trường

hợp sau can thiệp không thấy còn túi thai trên siêu âm, có nồng độ β -hCG huyết thanh giảm, không cần thêm phương pháp điều trị bổ sung. Nhóm điều trị thất bại: bao gồm các trường hợp có biến chứng trong quá trình điều trị hoặc theo dõi như: chảy máu nhiều cần truyền máu, nồng độ β -hCG không giảm hoặc cần thêm các can thiệp bổ sung sau hút thai (nạo hút buồng tử cung, phẫu thuật lấy khối chứa, phẫu thuật cắt tử cung,...).

Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình ($\bar{X}$), độ lệch chuẩn (SD), giá trị nhỏ nhất (min) và lớn nhất (max). Các biến định tính được trình bày bằng tần suất (n) và tỷ lệ phần trăm (%). So sánh các biến định tính được thực hiện bằng kiểm định Chi bình phương; trong trường hợp tần suất mong đợi ở mỗi ô nhỏ hơn 5, sử dụng kiểm định Fisher exact test. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi giá trị $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này là một nghiên cứu hồi cứu, sử dụng dữ liệu từ hồ sơ bệnh án đã được lưu trữ tại bệnh viện, không can thiệp trực tiếp đến người bệnh. Toàn bộ thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được mã hóa và bảo mật tuyệt đối, đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=53)

Đặc điểm chung		
Tuổi (năm)	Trung bình, ($\bar{X} \pm SD$)	34,96 $\pm$ 4,78
Tuổi thai (tuần)	Trung bình, ($\bar{X} \pm SD$)	8,02 $\pm$ 1,31
Tiền sử sản khoa	Số lần mổ lấy thai	
	1 lần, n (%)	22(41,5%)
	≥ 2 lần, n (%)	31(58,5%)
	Số lần nạo hút thai	
	0 lần, n (%)	25(47,2%)
Tiền sử phụ khoa	1 lần, n (%)	16(30,2%)
	≥ 2 lần, n (%)	12(22,6%)
	Khoảng cách với lần mổ lấy thai gần nhất, ($\bar{X} \pm SD$)	5,56 $\pm$ 3,42
Triệu chứng lâm sàng	Chửa sọ mổ lấy thai, n(%)	2(3,8%)
	Bệnh lý khác, n (%)	3(5,7%)
Triệu chứng lâm sàng	Ra máu âm đạo n (%)	23(43,4%)
	Đau bụng, n (%)	7 (13,2%)
	Không có triệu chứng, n(%)	28(52,8%)

Nhận xét: Tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu là 34,96 $\pm$ 4,78 tuổi với tuổi thai trung bình

8,02 ± 1,31 tuần. Có 22 bệnh nhân (41,5%) từng mổ lấy thai 1 lần và 31 bệnh nhân (58,5%) đã mổ từ 2 lần trở lên. Tổng có 28 trường hợp (52,8%) có ít nhất một lần nạo hút thai. Khoảng cách trung bình từ lần mổ lấy thai gần nhất đến thời điểm mang thai hiện tại là 5,56 ± 3,42 năm. Tiền sử phụ khoa ghi nhận 2 trường hợp (3,8%) có chữa sẹ mổ lấy thai trước đó. Đa số số bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng rõ ràng (52,8%).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của chữa sẹ mổ lấy thai (n=53)

Đặc điểm trên siêu âm		
Phân loại theo vị trí	Loại 2, n (%)	25 (47,2%)
	Loại 3, n (%)	28 (52,8%)
Kích thước túi thai (mm)	Trung bình, (X±SD)	40,89±14,51
Hoạt động tim thai	Không, n (%)	41 (77,4%)
	Có, n (%)	12 (22,6%)
Mức độ tăng sinh mạch	Vừa, n (%)	26 (49,1%)
	Nhiều, n (%)	28 (50,9%)
Bề dày cơ tử cung còn lại	< 2 mm, n (%)	43 (81,1%)
	≥ 2 mm, n (%)	10 (18,9%)
Diễn biến β-hCG		
Nồng độ β-hCG (IU/L)	Trước nút mạch, (X±SD)	91.861,58 ± 64.343,88
	Trước hút thai, (X±SD)	44.865,49 ± 42.113,74
	Sau hút thai 48 giờ, (X ± SD)	17.231,81 ± 15.927,49
	% giảm sau hút thai 48 giờ, (X±SD)	60,28 ± 14,16

Nhận xét: Vị trí túi thai được phân loại theo đồng thuận Delphi 2022, trong đó có 25 trường hợp (47,2%) thuộc loại 2 và 28 trường hợp (52,8%) thuộc loại 3. Kích thước túi thai trung bình là 40,89 ± 14,51 mm. Phần lớn các trường hợp không có hoạt động tim thai, chiếm 77,4%. Mức độ tăng sinh mạch nhiều ở 28 trường hợp (50,9%) và vừa ở 26 trường hợp (49,1%). Bề dày cơ tử cung tại vị trí bám của túi thai < 2 mm chiếm đa số, với 43 trường hợp (81,1%). Diễn biến nồng độ β-hCG có sự thay đổi đáng kể sau 48h (trung bình 60,28%).

Bảng 3. Kết quả sau điều trị nút mạch và hút thai trên siêu âm

Kết quả điều trị		
Chảy máu phải đặt bóng chèn	Không, n (%)	31(58,5%)
	Có, n (%)	22(41,5%)
Thời gian nằm viện sau can thiệp (ngày)	Trung bình, (X±SD)	2,06±1,28
Kết quả điều trị	Thành công, n (%)	52(98,1%)
	Thất bại, n (%)	1(1,9%)

Nhận xét: Kết quả cho thấy có 22 trường hợp (41,5%) phải sử dụng bóng chèn cầm máu do chảy máu trong khi thực hiện hút thai. Thời gian nằm viện sau can thiệp tương đối ngắn, trung bình là 2,06 ± 1,28 ngày. Tỷ lệ điều trị thành công đạt 98,1% (52/53 trường hợp), trường hợp thất bại duy nhất do chảy máu nhiều sau hút thai, đặt bóng chèn không hiệu quả, phải chuyển mổ cấp cứu.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan với việc chảy máu phải đặt bóng chèn khi hút thai dưới siêu âm

Các yếu tố liên quan		Phải đặt bóng chèn cầm máu		Tổng số	p
		Không	Có		
Tuổi thai (tuần)	< 8	14	6	20	0,186
	≥ 8	17	17	33	
Khoảng cách với lần mổ lấy thai gần nhất (năm)	< 3	3	5	8	0,253
	≥ 3	28	17	45	
Phân độ vị trí túi thai	Loại 2	19	6	25	0,015*
	Loại 3	12	16	28	
Hoạt động tim thai	Không	23	18	41	0,740
	Có	8	4	12	
Mức độ tăng sinh mạch	Vừa	20	6	26	0,008*
	Nhiều	11	16	27	
Bề dày cơ tử cung còn lại	< 2 mm	25	18	43	1,000
	≥ 2 mm	6	4	10	
Kích thước túi thai (mm)	< 50	23	16	39	0,905
	≥ 50	8	6	14	
Nồng độ β-hCG trước điều trị (IU/L)	Trung bình	101.147,80 ± 64.725,01	69.343,97 ± 61.044,33		0,077

Nhận xét: Kiểm định Chi bình phương cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phân độ vị trí túi thai và mức độ tăng sinh mạch

quanh túi thai với tình trạng chảy máu cần đặt bóng chèn (p < 0,05). Cụ thể, các trường hợp túi thai thuộc loại 3 và có tăng sinh mạch nhiều trên

siêu âm Doppler có nguy cơ chảy máu cao hơn đáng kể so với các nhóm còn lại.

IV. BÀN LUẬN

Chửa sẹo mổ lấy thai có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như xuất huyết ồ ạt, vỡ tử cung, rau cài răng lược và thậm chí đe dọa tính mạng nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Trong những năm gần đây, cùng với xu hướng gia tăng chỉ định mổ lấy thai, tỷ lệ CSMLT cũng ngày càng được ghi nhận nhiều hơn. Xu hướng điều trị hiện nay đối với CSMLT là ưu tiên các phương pháp ít xâm lấn để tránh phẫu thuật mổ mở, đồng thời bảo tồn tối đa chức năng sinh sản, đặc biệt ở những phụ nữ còn nguyện vọng sinh con³.

Nghiên cứu gồm 53 bệnh nhân, với độ tuổi trung bình là $34,96 \pm 4,78$ tuổi, cao hơn tuổi trung bình chung của sản phụ tại Việt Nam, phù hợp với đặc điểm của nhóm bệnh nhân đã có tiền sử can thiệp sản khoa nhiều lần. Trên 58% bệnh nhân từng mổ lấy thai từ hai lần trở lên và hơn một nửa có tiền sử nạo hút thai, phù hợp với các nghiên cứu trước đó cho rằng đây là hai yếu tố nguy cơ hàng đầu của CSMLT⁷. Đáng chú ý, có đến hơn 50% bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng khi nhập viện, tương tự với báo cáo của Timor-Tritsch và cộng sự (2019), với 44–60% bệnh nhân không có triệu chứng rõ ràng². Đặc điểm diễn biến âm thầm này của CSMLT đòi hỏi tầm quan trọng của việc tầm soát bằng siêu âm cho các thai kỳ sớm ở phụ nữ có tiền sử mổ lấy thai giúp phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

Siêu âm 2D qua đường âm đạo kết hợp siêu âm Doppler màu giữ vai trò quan trọng trong chẩn đoán và phân loại CSMLT. Đồng thuận Delphi 2022 thống nhất phân loại CSMLT thành 3 loại tùy thuộc vào vị trí của túi thai so với hai đường tưởng tượng: “đường khoang nội mạc là đường tại điểm chuyển tiếp của nội mạc tử cung và cơ tử cung” và/hoặc “đường thanh mạc là đường ở bờ ngoài của cơ tử cung⁶. Trong nghiên cứu này, túi thai loại 3 theo phân loại đồng thuận Delphi 2022 chiếm tỷ lệ cao nhất (52,8%), đây là loại túi thai bám sâu, xâm lấn qua lớp cơ tử cung và tiến sát thanh mạc, có nguy cơ vỡ tử cung cao. Các đặc điểm hình ảnh như tăng sinh mạch nhiều (50,9%) và bề dày cơ tử cung < 2 mm (81,1%) cũng là yếu tố cho thấy nguy cơ chảy máu nặng. Ngoài ra, nồng độ β -hCG giảm trung bình 60,3% sau 48 giờ hút thai cho thấy đáp ứng điều trị tốt, tuy nhiên nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng β -hCG không có giá trị tiên lượng chảy máu hoặc kết quả điều trị, mà chỉ nên dùng để theo dõi diễn tiến sau can thiệp³.

Tỷ lệ điều trị thành công trong nghiên cứu đạt 98,1%, với duy nhất 1 trường hợp chảy máu nhiều phải chuyển mổ cấp cứu. Kết quả cao hơn nghiên cứu trước đây của Wang và cộng sự (2021) ghi nhận tỷ lệ điều trị thành công là 91,3%⁸. Thành công này đến từ việc thực hiện UAE trước hút thai giúp giảm đáng kể áp lực dòng máu tại vùng bám túi thai, hỗ trợ kiểm soát chảy máu trong và sau thủ thuật³. Tuy nhiên, tỷ lệ cần đặt bóng chèn buồng tử cung sau hút vẫn lên đến 41,5%. Nguyên nhân có thể đến từ đặc điểm chọn mẫu: tất cả các ca trong nghiên cứu đều có tăng sinh mạch mức vừa đến nhiều, vốn là yếu tố làm tăng nguy cơ chảy máu dù đã được nút mạch. Điều này nhấn mạnh rằng UAE là hỗ trợ quan trọng nhưng không hoàn toàn thay thế được các biện pháp xử trí tại chỗ như đặt bóng hoặc phẫu thuật nếu cần. Khi so sánh với các nghiên cứu điều trị CSMLT bằng phương pháp mổ mở lấy khối chứa, phương pháp trong nghiên cứu hiện tại thể hiện rõ ưu thế về tính ít xâm lấn và khả năng bảo tồn tử cung. Các trường hợp được điều trị bằng mổ mở lấy khối chứa thường có nguy cơ phải cắt tử cung cao hơn trong các tình huống không được kiểm soát chảy máu hiệu quả. Ngược lại, phương pháp UAE kết hợp hút thai không chỉ giúp kiểm soát biến chứng mà còn bảo tồn được tử cung, yếu tố then chốt đối với phụ nữ còn nhu cầu sinh con.

Phân tích mối liên quan trong nghiên cứu cho thấy vị trí túi thai loại 3 và tăng sinh mạch nhiều trên siêu âm là các yếu tố có ý nghĩa thống kê liên quan đến đặt bóng chèn tử cung cầm máu do chảy máu khi hút thai ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Wang và cộng sự (2021), theo đó, mức độ xâm lấn của túi thai vào lớp cơ tử cung và tưới máu tăng cao tại vị trí bám được xác định là những yếu tố tiên lượng mạnh nhất đối với nguy cơ xuất huyết nặng⁸. Trong khi đó, các đặc điểm khác như tuổi thai, nồng độ β -hCG, hoạt động tim thai, độ dày cơ tử cung còn lại và kích thước túi thai không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy vai trò ngày càng quan trọng của siêu âm hình ảnh học trong đánh giá trước điều trị, đặc biệt là phân loại vị trí túi thai và mức độ tăng sinh mạch, giúp tiên lượng nguy cơ biến chứng và định hướng lựa chọn phương pháp xử trí phù hợp trong chửa sẹo mổ lấy thai.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế cần được xem xét. Nghiên cứu được thiết kế hồi cứu, sử dụng dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án, do đó có thể gặp phải sai số trong ghi nhận thông tin và không kiểm soát được đầy đủ các yếu tố gây nhiễu. Cỡ mẫu

tương đối nhỏ và thực hiện tại một cơ sở y tế duy nhất làm hạn chế khả năng khái quát hóa kết quả cho quần thể rộng hơn. Ngoài ra, nghiên cứu không có nhóm đối chứng, do đó chưa thể so sánh trực tiếp hiệu quả của phương pháp điều trị đang được khảo sát với các chiến lược điều trị khác. Thời gian theo dõi ngắn cũng chưa cho phép đánh giá đầy đủ các biến chứng muộn như dính buồng tử cung, tái phát chửa sọc mỡ lấy thai hoặc ảnh hưởng đến khả năng sinh sản. Các nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn là cần thiết để củng cố độ tin cậy và giá trị ứng dụng lâm sàng của kết quả.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp điều trị phối hợp giữa nút động mạch tử cung và hút thai dưới hướng dẫn siêu âm cho thấy hiệu quả cao và an toàn trong xử trí chửa sọc mỡ lấy thai có tăng sinh mạch, với tỷ lệ thành công đạt 98,1% và thời gian nằm viện sau can thiệp ngắn. Vị trí túi thai loại 3 theo Delphi 2022 và mức độ tăng sinh mạch nhiều trên siêu âm Doppler được xác định là những yếu tố làm tăng nguy cơ chảy máu sau hút thai, cần đặt bóng chèn trong buồng tử cung để kiểm soát tình trạng mất máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy (Green-top Guideline No. 21).** RCOG. Accessed May 20, 2025. [https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-](https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/diagnosis-and-management-of-ectopic-pregnancy-green-top-guideline-no-21/)

2. **Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, D'Antonio F, Kaelin Agten A.** Cesarean Scar Pregnancy: Diagnosis and Pathogenesis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2019;46(4):797-811. doi:10.1016/j.ogc.2019.07.009
3. **Hameed MSS, Wright A, Chern BSM.** Cesarean Scar Pregnancy: Current Understanding and Treatment Including Role of Minimally Invasive Surgical Techniques. *Gynecol Minim Invasive Ther.* 2023;12(2): 64-71. doi:10.4103/gmit.116_22
4. **Kết quả điều trị của phương pháp hút thai trên sọc mỡ lấy thai và các yếu tố liên quan.** Accessed March 12, 2025. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/2299/2107>
5. **Miller R, Gyamfi-Bannerman C.** Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #63: Cesarean scar ectopic pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 2022;227(3): B9-B20. doi:10.1016/j.ajog.2022.06.024
6. **Jordans IPM, Verberkt C, De Leeuw RA, et al.** Definition and sonographic reporting system for Cesarean scar pregnancy in early gestation: modified Delphi method. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022;59(4): 437-449. doi:10.1002/uog. 24815
7. **Luo L, Ruan X, Li C, Chen S, Hu Q, Mueck AO.** Early clinical features and risk factors for cesarean scar pregnancy: a retrospective case-control study. *Gynecol Endocrinol.* 2019;35(4): 337-341. doi:10.1080/09513590.2018.1526276
8. **Wang Q, Peng H, Zhao X, Qi X.** When to perform curettage after uterine artery embolization for cesarean scar pregnancy: a clinical study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021; 21(1):367. doi:10.1186/s12884-021-03846-x

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CỦA BỆNH NHÂN GỠ KÍN XƯƠNG GÓT ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN 175

Lê Tuấn Dũng¹, Võ Thành Toàn², Phạm Ngọc Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, tổn thương trên phim X-quang và cắt lớp vi tính (CLVT) của nhóm bệnh nhân gầy kín xương gót được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện quân y 175. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu 63 bệnh nhân gầy kín xương gót được điều trị kết hợp xương bằng nẹp vít khóa từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024. **Kết quả và kết luận:** 63 bệnh nhân với 71 xương gót bị gãy được phẫu thuật kết hợp xương nẹp

khóa. Nguyên nhân do ngã cao chiếm 92,1%, tuổi trung bình $44,54 \pm 11,38$, nam chiếm 93,7%. Góc Bohler trung bình trước mổ là $-2,060 \pm 13,690$. Dấu hiệu đường mờ kép trên X-quang nghiêng phát hiện ở 39/71 xương gót gãy, chiếm 54,9%. Phân loại theo Sanders chủ yếu là loại II và loại III, trong đó loại II chiếm 38%, loại III chiếm 36,6% và loại IV chiếm 25,4%. Số bệnh nhân phát hiện gãy phạm khớp gót hộp trên X-quang là 36,6% so với 66,2% trên phim CLVT. Gãy xương gót gặp chủ yếu ở nam, do ngã cao. Hình ảnh chụp CLVT cho thấy 100% có tổn thương diện khớp dưới sên, tỷ lệ có đường gãy phạm khớp gót hộp là 66,2%. **Từ khóa:** Gãy xương gót, gãy phạm khớp gót – hộp

SUMMARY

CLINICAL AND RADIOLOGY FINDINGS CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Dũng

Email: letudu@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 24.7.2025