

mặt giữa mà chủ yếu là tăng mặt dưới, cụ thể lệch mặt thường kèm theo lệch cằm, lệch góc hàm và lệch đường giữa hàm dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ramirez-Yañez GO, Stewart A, Franken E, Campos K. Prevalence of mandibular asymmetries in growing patients. *Eur J Orthod*. 2011;33(3):236-242. doi:10.1093/ejo/cjq057
2. Samman N, Tong AC, Cheung DL, Tideman H. Analysis of 300 dentofacial deformities in Hong Kong. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg*. 1992;7(3):181-185.
3. Zhu Y, Zheng S, Yang G, et al. A novel method for 3D face symmetry reference plane based on weighted Procrustes analysis algorithm. *BMC Oral*

Health. 2020;20(1):319. doi:10.1186/s12903-020-01311-3

4. Ishizaki K, Suzuki K, Mito T, Tanaka EM, Sato S. Morphologic, functional, and occlusal characterization of mandibular lateral displacement malocclusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2010;137(4):454.e1-9; discussion 454-455. doi:10.1016/j.ajodo.2009.10.031
5. Haraguchi S, Iguchi Y, Takada K. Asymmetry of the face in orthodontic patients. *Angle Orthod*. 2008;78(3):421-426. doi:10.2319/022107-85.1
6. Thiesen G, Gribel BF, Kim KB, Pereira KCR, Freitas MPM. Prevalence and Associated Factors of Mandibular Asymmetry in an Adult Population. *J Craniofac Surg*. 2017;28(3):e199-e203. doi:10.1097/SCS.0000000000003371

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CHỮA Ở SẴO MỔ LẤY THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐỊNH

Nguyễn Công Trình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị chữa ở sáo mổ lấy thai (CSMLT) bằng phương pháp hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định từ năm 2023 đến 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 46 bệnh án bệnh nhân CSMLT được điều trị bằng hút chân không có hỗ trợ siêu âm, kết hợp chèn bóng Foley khi cần thiết. **Kết quả:** Tuổi trung bình sản phụ: $32,7 \pm 4,88$ tuổi; 84,8% sản phụ đã sinh ≥ 2 lần; 56,5% từng mổ lấy thai 2 lần. Tỷ lệ điều trị thành công: 97,8%; Thời gian điều trị trung bình: $4,47 \pm 1,49$ ngày. **Kết luận:** Phương pháp hút thai dưới hướng dẫn siêu âm kết hợp chèn bóng Foley cho hiệu quả cao, ít biến chứng trong điều trị CSMLT giai đoạn sớm. Nên tăng cường chẩn đoán sớm và điều trị tại tuyến tỉnh để giảm nguy cơ biến chứng và bảo tồn khả năng sinh sản cho bệnh nhân. **Từ khóa:** Chửa ở sáo mổ lấy thai, Điều trị bảo tồn.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF VACUUM ASPIRATION UNDER ULTRASOUND GUIDANCE IN THE MANAGEMENT OF CESAREAN SCAR PREGNANCY AT NAM DINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the treatment

outcomes of cesarean scar pregnancy (CSP) using ultrasound-guided vacuum aspiration at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital from 2023 to 2024. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 46 medical records of CSP patients treated with ultrasound-guided vacuum aspiration, combined with Foley balloon tamponade when necessary. **Results:** The mean maternal age was 32.7 ± 4.88 years; 84.8% had delivered at least twice; 56.5% had undergone two previous cesarean sections. The treatment success rate was 97.8%, and the average treatment duration was 4.47 ± 1.49 days. **Conclusion:** Ultrasound-guided vacuum aspiration combined with Foley balloon tamponade proved to be a highly effective and low-complication method for early-stage CSP management. Early diagnosis and treatment at provincial-level hospitals should be strengthened to reduce complications and preserve fertility. **Keywords:** Cesarean scar pregnancy, Conservative treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ở sáo mổ lấy thai (CSMLT) là một dạng hiếm gặp nhưng ngày càng phổ biến của thai ngoài tử cung, khi phôi làm tổ tại vị trí sẹo mổ trên cơ tử cung từ lần mổ lấy thai trước đó. Mặc dù tỷ lệ mắc thấp, chỉ chiếm khoảng 0,15% số thai phụ có tiền sử mổ lấy thai, nhưng CSMLT có thể dẫn đến các biến chứng nguy hiểm như vỡ tử cung, băng huyết, thậm chí tử vong nếu không được chẩn đoán và can thiệp kịp thời.¹

Sự gia tăng tỷ lệ mổ lấy thai trong những thập kỷ gần đây là một yếu tố góp phần làm tăng số ca CSMLT. Nhờ tiến bộ trong kỹ thuật siêu âm đầu dò âm đạo, đặc biệt khi kết hợp với Doppler màu, việc phát hiện sớm CSMLT trong

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Trình

Email: nguyencongtrinh@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2025

Ngày duyệt bài: 23.7.2025

những tuần đầu thai kỳ đã trở nên khả thi². Việc chẩn đoán sớm cho phép lựa chọn các phương pháp điều trị ít xâm lấn, giúp bảo tồn tử cung và khả năng sinh sản của người bệnh.

Một trong những phương pháp điều trị bảo tồn được ứng dụng tại Việt Nam gần đây là hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm, kết hợp với chèn bóng Foley nếu cần thiết. Tuy nhiên, vẫn còn ít nghiên cứu trong nước đánh giá hiệu quả của phương pháp này tại tuyến tỉnh.

Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng và nhu cầu điều trị an toàn, hiệu quả, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị CSMLT bằng phương pháp hút chân không tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định trong giai đoạn 2023–2024. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị chữa ở sẹo mổ lấy thai bằng phương pháp hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán chữa ở sẹo mổ lấy thai và điều trị bằng phương pháp hút chân không tại Khoa Phụ Bệnh viện Phụ Sản Nam Định từ 01/01/2023 đến 31/12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có bệnh án được chẩn đoán chữa ở sẹo mổ lấy thai được điều trị nội trú từ 01/01/2023 đến 31/12/2024

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân có chẩn đoán vào viện theo dõi chữa vết mổ nhưng qua quá trình theo dõi điều trị, hội chẩn có thay đổi chẩn đoán.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2023-12/2024

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu: Mẫu toàn bộ có chủ đích

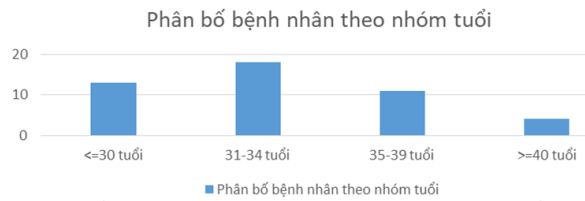
2.2.3. Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ. Chúng tôi lựa chọn được 46 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn

2.3. Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu được phân tích và xử lý theo các thuật toán thống kê y sinh với sự hỗ trợ bằng phần mềm SPSS.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhận xét: Độ tuổi hay gặp từ 35 đến 39 tuổi chiếm 50%. Người bệnh trẻ nhất là 25 tuổi, người cao tuổi nhất là 47 tuổi. độ tuổi trung bình là 32.74 ± 4.88 tuổi

Bảng 3.1. Số lần sinh

Số lần sinh		
Số lần	N	Tỷ lệ
L1	7	15.2
L2	26	56.5
L3	12	26.1
L4	1	2.2
Tổng số	46	100%

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân đã sinh từ 2 lần trở lên: 39 bệnh nhân chiếm 84.8 %, còn 7 bệnh nhân mới có 1 con chiếm 15.2 %

Bảng 3.2. Số lần mổ đẻ

Số lần mổ đẻ		
Số lần	N	Tỷ lệ
L1	14	30.4
L2	26	56.5
L3	6	13.1
Tổng số	46	100%

Nhận xét: Bệnh nhân mổ đẻ 2 lần chiếm tỷ lệ cao nhất 56.5%, tiếp đến là bệnh nhân mổ đẻ 1 lần 30.4%, và mổ đẻ 3 lần 13.1%, không có bệnh nhân mổ đẻ trên 3 lần.

Bảng 3.3: Phân bố theo triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	N	Tỷ lệ %
Chậm kinh	46	100%
Đau bụng	3	6.5
Ra huyết âm đạo	8	17.4
Đau bụng + ra huyết âm đạo	18	39.1

Nhận xét: 100% bệnh nhân có triệu chứng chậm kinh, ngoài ra triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng kết hợp ra huyết âm đạo 39.1%. Không có bệnh nhân nào không có triệu chứng



Biểu đồ 3.2: Phân bố theo vị trí túi thai

Nhận xét: Số bệnh nhân túi thai nằm tại vết mổ cũ là 22/46 (47.8 %); số bệnh nhân túi thai nằm sát vết mổ cũ là 24/46 (52.2%).

3.2. Kết quả điều trị chữa ở sẹo mổ lấy thai bằng phương pháp hút chân không

Bảng 3.4: Kết quả điều trị

Kết quả	Số lượng	Tỉ lệ %
Thành công	45	97.8%
Chuyển phương pháp	1	2.2%

Nhận xét: Số bệnh nhân thành công hút được thai, không phải chuyển phương pháp can thiệp phẫu thuật là 45 ca chiếm tỉ lệ 97.8 %. Có 1 bệnh nhân khi hút bằng huyết chuyển phương pháp can thiệp phẫu thuật cắt tử cung bán phần.

Bảng 3.5: Thời gian điều trị

Thời gian điều trị	Số ngày
Thời gian điều trị trung bình	4.47 ± 1.49
Ngắn nhất	3
Dài nhất	10

Nhận xét: Thời gian nằm điều trị trung bình của người bệnh là 4.47 ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của bệnh nhân là $32,7 \pm 4,88$ tuổi, độ tuổi này phù hợp với giai đoạn sinh sản chủ động của phụ nữ. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Qian và cộng sự khi độ tuổi của thai phụ là $34,6 \pm 5,1$ tuổi³ và nghiên cứu của Timor-Tritsch có độ tuổi thai phụ là 33,9 tuổi⁴. Kết quả này cho thấy CSMLT chủ yếu gặp ở nhóm phụ nữ còn nhu cầu sinh con, điều này càng làm nổi bật vai trò của chẩn đoán sớm và điều trị bảo tồn.

Về tiền sử sản khoa, 84,8% bệnh nhân đã từng sinh từ hai con trở lên và 56,5% có tiền sử mổ lấy thai hai lần. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Maymon và cộng sự (2020) rằng số lần mổ lấy thai tỉ lệ thuận với nguy cơ CSMLT, do mỗi lần phẫu thuật đều làm tăng khả năng hình thành mô sẹo không hoàn chỉnh⁵. Tuy nhiên, đáng chú ý là có tới 30,4% bệnh nhân mới chỉ mổ lấy thai một lần, phản ánh rằng CSMLT không chỉ là biến chứng của mổ lấy thai nhiều lần, mà còn liên quan đến kỹ thuật mổ, chất lượng sẹo, thời gian hồi phục tử cung, và thời điểm mang thai lại. Điều này tương tự như quan sát của Kim và cộng sự (2023), trong đó CSMLT được ghi nhận ngay sau mổ lấy thai đầu tiên nếu không có thời gian phục hồi tử cung đủ dài (<12 tháng)². Tỷ lệ CSMLT xảy ra sau mổ lấy thai lần đầu tương đối cao so với các nghiên cứu như của Rotas (2006) và Maymon (2020), vốn cho thấy tỷ lệ cao hơn ở nhóm ≥ 2 lần mổ^{5,6}. Sự khác biệt này có thể lý giải bởi sự gia tăng nhanh của mô lấy thai chủ động trong những năm gần

đây tại Việt Nam, sự thiếu kiến thức về thời gian mang thai lại an toàn sau mổ lấy thai của thai phụ.

Về triệu chứng lâm sàng, chậm kinh là biểu hiện phổ biến nhất (100%), tiếp theo là ra huyết âm đạo (17,4%) và đau bụng (6,5%). Đáng chú ý, 39,1% bệnh nhân xuất hiện đồng thời hai triệu chứng. Trong khi đó, các nghiên cứu trên thế giới thấy rằng khoảng 40–50% trường hợp CSMLT có thể không có triệu chứng rõ ràng và được phát hiện tình cờ khi siêu âm thai sớm. Sự khác biệt này có thể được lý giải do bệnh nhân tại tuyến tỉnh như Nam Định thường đến khám khi đã có dấu hiệu bất thường, trong khi các trung tâm tuyến trên thực hiện siêu âm định kỳ sớm hơn. Điều này phản ánh thực trạng chưa phổ biến siêu âm sớm sau thụ thai tại tuyến dưới và nhấn mạnh vai trò nâng cao nhận thức cộng đồng về khám thai sớm ở phụ nữ có tiền sử mổ lấy thai.

Vị trí túi thai là yếu tố quan trọng được ghi nhận trong nghiên cứu. Nghiên cứu cho thấy 47,8% túi thai nằm "tại" sẹo mổ và 52,2% "sát" sẹo mổ, phản ánh độ khó trong phân biệt qua siêu âm thường quy. Theo ISUOG (2022), siêu âm đầu dò âm đạo kết hợp Doppler màu là tiêu chuẩn vàng để xác định vị trí túi thai, đặc biệt là đánh giá độ dày lớp cơ giữa túi thai và bàng quang ($<5\text{mm}$) – một yếu tố nguy cơ cao gây vỡ tử cung. Điều này khẳng định vai trò then chốt của bác sĩ siêu âm và trang thiết bị trong việc đảm bảo chẩn đoán chính xác CSMLT.

4.2. Kết quả điều trị chữa ở sẹo mổ lấy thai bằng phương pháp hút chân không.

Trong nghiên cứu này, phương pháp hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm kết hợp chèn bóng Foley đã được áp dụng cho 46 bệnh nhân chữa ở sẹo mổ lấy thai (CSMLT) với tỷ lệ điều trị thành công rất cao, đạt 97,8%. Chỉ một bệnh nhân duy nhất phải chuyển sang phẫu thuật cắt tử cung bán phần do bằng huyết nặng không kiểm soát. Thời gian điều trị trung bình là $4,47 \pm 1,49$ ngày, phản ánh khả năng phục hồi nhanh, can thiệp hiệu quả và thời gian nằm viện ngắn. Đây là những kết quả rất đáng ghi nhận trong bối cảnh điều trị tại bệnh viện tuyến tỉnh. So với các nghiên cứu trước đây trong nước, kết quả này vượt trội đáng kể. Cụ thể, nghiên cứu của Phạm Thị Mai Anh (2024) tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng cho thấy tỷ lệ điều trị thành công bằng hút chân không đơn thuần chỉ đạt khoảng 80%, còn nghiên cứu của Đinh Quốc Hưng (2011) tại Thái Bình chỉ đạt 44,4%^{7, 8}. Các yếu tố lý giải cho sự khác biệt bao gồm thời điểm chẩn đoán muộn hơn, kỹ thuật can thiệp chưa

được chuẩn hóa, thiếu hỗ trợ siêu âm trực tiếp và không áp dụng kỹ thuật chèn bóng Foley. Trong khi đó, nghiên cứu hiện tại có tới 100% bệnh nhân được chẩn đoán ở tuổi thai dưới 8 tuần, trong đó 50% dưới 6 tuần – thời điểm lý tưởng để can thiệp bảo tồn vì túi thai chưa xâm lấn sâu vào cơ tử cung. Kết quả này phù hợp với nhận định của Maymon và cộng sự (2020), cho rằng phát hiện CSMLT sớm là yếu tố tiên quyết giúp áp dụng các phương pháp điều trị bảo tồn ít xâm lấn và giảm nguy cơ biến chứng nghiêm trọng⁶. Khi so sánh với các nghiên cứu quốc tế, kết quả điều trị trong nghiên cứu này cũng thể hiện hiệu quả vượt trội: Timor-Tritsch và cộng sự (2019) ghi nhận tỷ lệ biến chứng nặng sau hút thai đơn thuần không có hướng dẫn siêu âm có thể lên đến 62,9%; Elzewawi cộng sự (2025) báo cáo tỷ lệ thành công 95% khi thực hiện hút thai dưới hướng dẫn siêu âm có phối hợp hoặc không với methotrexate^{4,9}. Như vậy, tỷ lệ thành công 97,8% trong nghiên cứu này, chỉ sử dụng hút chân không và chèn bóng Foley, phản ánh kỹ thuật thực hiện tốt, lựa chọn đúng nhóm bệnh nhân và tổ chức quy trình can thiệp hiệu quả. Yếu tố góp phần làm nên thành công nổi bật là kỹ thuật chèn bóng Foley sau hút – giúp cầm máu hiệu quả và giảm nguy cơ chảy máu muộn, điều mà nhiều nghiên cứu trước chưa triển khai đồng bộ. Thêm vào đó, thời gian điều trị ngắn (trung bình 4,47 ngày) so với các nghiên cứu như của Rotas và cộng sự (2006), nơi bệnh nhân phải nằm viện từ 6 đến 10 ngày, cho thấy hiệu quả phục hồi sớm, giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện và tiết kiệm chi phí điều trị⁵. Điều đáng chú ý là không có trường hợp nào tử vong, nhiễm trùng, hoặc phải truyền máu trong nghiên cứu này, cho thấy mức độ an toàn rất cao. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Timor-Tritsch và cộng sự (2019), trong đó có đến 13% bệnh nhân phải cắt tử cung và 9% gặp biến chứng nặng⁴. Sự khác biệt có thể đến từ khả năng tổ chức điều trị, sàng lọc kỹ lưỡng trước can thiệp và kỹ năng lâm sàng của đội ngũ y tế thực hiện. Một yếu tố hỗ trợ quan trọng khác là bệnh viện đã xây dựng được quy trình phối hợp điều trị hiệu quả: khai thác tiền sử sản khoa kỹ lưỡng, chỉ định siêu âm đúng thời điểm, chuẩn bị đầy đủ các phương án dự phòng (truyền máu, phẫu thuật), và có sự phối hợp liên chuyên khoa khi cần thiết. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng còn một số hạn chế nhất định. Nghiên cứu đã chứng minh phương pháp hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm kết hợp chèn bóng Foley là một hướng tiếp cận an toàn, hiệu

quả và khả thi trong điều trị CSMLT giai đoạn sớm, đặc biệt tại các bệnh viện tuyến tỉnh. So với các nghiên cứu trong và ngoài nước, kết quả điều trị trong nghiên cứu này vượt trội về tỷ lệ thành công, mức độ an toàn và thời gian hồi phục, góp phần khẳng định tính ứng dụng rộng rãi nếu có đầy đủ điều kiện về đào tạo nhân lực và trang thiết bị y tế cơ bản.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp hút thai dưới hướng dẫn siêu âm kết hợp chèn bóng Foley cho hiệu quả cao, ít biến chứng trong điều trị CSMLT giai đoạn sớm. Nên tăng cường chẩn đoán sớm và điều trị tại tuyến tỉnh để giảm nguy cơ biến chứng và bảo tồn khả năng sinh sản cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Elzewawi, M., Alqahtani, F., Alzahrani, A., & Alshahrani, A.** (2025). Cesarean Scar Ectopic Pregnancy: A Retrospective Study of Ultrasound-Guided Suction Evacuation from Saudi Arabia. *Cureus*, 17(3), e12345. <https://doi.org/10.7759/cureus.12345>.
2. **Kim, J., Lee, H., & Park, S.** (2023). Clinical Factors Affecting the Diagnosis and Treatment of Cesarean Scar Pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 49(1), 95–101. <https://doi.org/10.1111/jog.15224>
3. **Qian, Z., Zheng, Y., & Liu, Y.** (2021). Clinical analysis and management of cesarean scar pregnancy: A case series from a tertiary hospital. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 456. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03892-4>
4. **Timor-Tritsch, I. E., Monteagudo, A., & Cali, G.** (2019). Cesarean scar pregnancy: Diagnosis and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(5), 444–451. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.01.010>
5. **Maymon, R., Shulman, A., & Jauniaux, E.** (2020). Sonographic diagnosis and management of cesarean scar pregnancies: A review. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 56(5), 672–682. <https://doi.org/10.1002/uog.22070>
6. **Rotas, M. A., Haberman, S., & Levgr, M.** (2006). Cesarean scar ectopic pregnancies: Etiology, diagnosis, and management. *Obstetrics & Gynecology*, 107(6), 1373–1381.
7. **Phạm Thị Mai Anh và cộng sự** (2024). Kết quả điều trị chữa vết mổ đẻ cũ tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2022 - 2023 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Phụ sản*, tập 22 (4).
8. **Đinh Quốc Hưng** (2011); “Nghiên cứu chữa ở sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương” Luận văn bác sỹ chuyên khoa II (2011) Trường đại học Y Hà nội.
9. **Elzewawi, M., Alqahtani, F., Alzahrani, A., & Alshahrani, A.** (2025). Cesarean Scar Ectopic Pregnancy: A Retrospective Study of Ultrasound-Guided Suction Evacuation from Saudi Arabia. *Cureus*, 17(3), e12345. <https://doi.org/10.7759/cureus.12345>.