

KẾT QUẢ CHUYỂN PHÔI ĐÔNG LẠNH TRÊN BỆNH NHÂN CÓ Sẹo MỔ LẤY THAI TẠI TRUNG TÂM HỖ TRỢ SINH SẢN QUỐC GIA

Nguyễn Văn Lâm¹, Trịnh Thế Sơn², Hồ Sỹ Hùng^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ có thai và kết cục thai kỳ đến 12 tuần sau chuyển phôi trữ lạnh ở phụ nữ có sẹo mổ lấy thai. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 115 chu kỳ chuyển phôi tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc gia (1/2023–12/2024). Sẹo mổ lấy thai được phân nhóm theo đồng thuận Delphi 2019. **Kết quả:** Tỷ lệ có thai trung bình là 33,0%, tỷ lệ tích lũy sau 3 chu kỳ là 48,7%. Nhóm khuyết sẹo có dịch có tỷ lệ có thai cao nhất (37,9%), tiếp theo là nhóm không có khuyết sẹo (35,1%) và thấp nhất ở nhóm khuyết sẹo không dịch (24,1%) ($p = 0,482$). Các kết cục khác như thai lâm sàng, thai lưu/sảy, thai diễn tiến ≥ 12 tuần không khác biệt đáng kể giữa các nhóm. Phân tích hồi quy cho thấy nhóm có dịch có xu hướng tăng nguy cơ biến cố, nhưng không đạt ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Nếu dịch tồn dư được điều trị thích hợp, hình thái sẹo mổ lấy thai không ảnh hưởng đáng kể đến kết quả chuyển phôi. Điều này hỗ trợ vai trò của đánh giá sẹo và cá thể hóa điều trị trong tư vấn bệnh nhân từng sinh mổ. **Từ khóa:** chuyển phôi trữ lạnh, sẹo mổ lấy thai, khuyết sẹo mổ lấy thai, dịch buồng tử cung, hỗ trợ sinh sản, vô sinh.

SUMMARY

FROZEN EMBRYO TRANSFER OUTCOMES IN WOMEN WITH PRIOR CESAREAN SECTION AT THE NATIONAL ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY CENTER

Objective: To evaluate the pregnancy rate and pregnancy outcomes up to 12 weeks after frozen embryo transfer (FET) in women with previous cesarean section. **Methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study of 115 FET cycles at the National Assisted Reproductive Technology Center from January 2023 to December 2024. Cesarean scars were classified based on the 2019 Delphi consensus. **Results:** The average pregnancy rate was 33.0%, with a cumulative rate of 48.7% after three FET cycles. The group with cesarean scar defect (CSD) and intrauterine fluid had the highest pregnancy rate (37.9%), followed by the group with cesarean section scar without defect (35.1%), and the lowest rate was observed in the CSD without intrauterine fluid group (24.1%) ($p = 0.482$). Other outcomes, including clinical pregnancy, miscarriage, and ongoing pregnancy beyond 12 weeks, showed no significant

differences among the groups. Logistic regression analysis indicated a trend toward increased adverse outcomes in the group with intrauterine fluid, although this was not statistically significant. **Conclusion:** When residual intrauterine fluid is adequately managed, cesarean section scars do not significantly affect frozen embryo transfer outcomes. This finding supports the importance of scar assessment and individualized treatment planning in counseling patients with a history of cesarean delivery.

Keywords: frozen embryo transfer, cesarean section scar, cesarean scar defect, intrauterine fluid, assisted reproductive technology, infertility.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng tại Việt Nam và toàn cầu, kéo theo sự gia tăng của các biến chứng lâu dài như khuyết sẹo mổ lấy thai. Theo đồng thuận Delphi 2019, khuyết sẹo được định nghĩa là vùng lõm ≥ 2 mm tại vị trí vết mổ trên đoạn dưới tử cung, quan sát rõ qua siêu âm ngã âm đạo. Tổn thương này có thể kèm theo cơ tử cung mỏng, hốc dạng tam giác hoặc tụ dịch.

Khuyết sẹo mổ có thể ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng sinh sản do gây tụ dịch, rối loạn nội mạc và tăng nguy cơ sảy thai¹. Một tổng quan hệ thống gần đây (van den Tweel, 2024)² cho thấy khuyết sẹo làm giảm tỷ lệ sinh sống sau chuyển phôi, dù chất lượng bằng chứng còn hạn chế.

Tại Việt Nam, dữ liệu về chuyển phôi ở nhóm bệnh nhân có sẹo mổ còn ít. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá tỷ lệ có thai và kết cục thai kỳ đến 12 tuần sau chuyển phôi trữ lạnh ở nhóm đối tượng này, góp phần cung cấp bằng chứng lâm sàng và định hướng điều trị phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân có sẹo mổ lấy thai thực hiện chuyển phôi đông lạnh tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc gia – Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân có tiền sử ít nhất một lần mổ lấy thai, thực hiện chuyển phôi đông lạnh.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Sảy thai tự nhiên liên tiếp, thất bại làm tổ liên tiếp, xét nghiệm di truyền tiền làm tổ, phẫu thuật vùng tiểu khung, nội mạc tử cung mỏng (< 7 mm vào ngày chuyển phôi), ứ dịch vòi trứng không được

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội

³Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Sỹ Hùng

Email: hohungsy@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.7.2025

Ngày duyệt bài: 19.8.2025

điều trị, bệnh lạc nội mạc tử cung trong cơ (adenomyosis), bệnh tự miễn hoặc nội tiết hoặc hồ sơ bị thiếu trong cơ sở dữ liệu điện tử.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu các hồ sơ bệnh án và dữ liệu lâm sàng.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ theo Tổ chức Y tế Thế giới:

Với độ tin cậy 95% ($Z = 1,96$), sai số tương đối $\epsilon = 0,2$, và tỷ lệ có thai sau chuyển phôi đông lạnh ở bệnh nhân có tiền sử sinh mổ theo

nghiên cứu của Run Xin Gan (2022)³ là 48% ($p = 0,48$), ta tính được:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{pq}{(p.e)^2} = 1,96^2 \frac{0,48 \times 0,52}{(0,48 \times 0,2)^2} = 104,04$$

Cỡ mẫu lý thuyết làm tròn sẽ là $n = 105$.

2.2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu được thu thập và xử lý trên phần mềm SPSS 26.0, với $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong quá trình thu thập chúng tôi lấy được 115 hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Không có khuyết seo (n=57)	Khuyết seo mổ, không có dịch BTC (n=29)	Khuyết seo mổ, có dịch BTC (n=29)	p
Tuổi	35 (33-38)	37 (36-40)	35 (30-39)	0,131
Phân Loại BMI	< 18,5	1/57 (1,8%)	1/29 (3,4%)	0,076
	18,5–22,9	27/57 (47,4%)	21/29 (72,4%)	
	23–24,9	11/57 (19,3%)	5/29 (17,2%)	
	≥ 25	18/57 (31,6%)	2/29 (6,9%)	
Loại vô sinh	Vô sinh I	30/57 (52,6%)	11/29 (37,9%)	0,285
	Vô sinh II	27/57 (47,4%)	18/29 (62,1%)	
Thời gian vô sinh	3,0 (1,5, 6,0)	4,0 (2,0, 7,0)	4,0 (2,0, 5,5)	0,884
Số lần đẻ mổ	1,0 (1,0, 1,0)	1,0 (1,0, 1,0)	1,0 (1,0, 1,0)	0,374

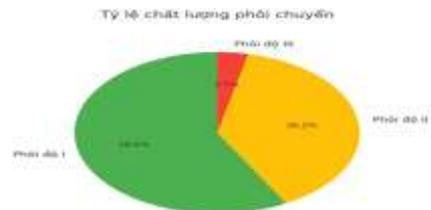
Tỷ lệ bệnh nhân từng mổ lấy thai có tổn thương khuyết seo (gồm cả có và không có dịch trong buồng tử cung (BTC)) chiếm khoảng 50,43%. Không có sự khác biệt đáng kể giữa ba nhóm về độ tuổi, BMI, nguyên nhân vô sinh, thời gian vô sinh hay số lần mổ lấy thai trước đó ($p > 0,05$).

Bảng 2. Đặc điểm chu kỳ chuyển phôi đông lạnh

Đặc điểm	Kích thích buồng trứng (n=2)	Nội tiết thay thế (n=105)	Theo dõi chu kỳ tự nhiên (n=8)	P
Đặc điểm seo mổ	Không có khuyết seo	0/2 (0,0%)	50/105 (47,6%)	0,136
	Khuyết seo mổ, không có dịch BTC	1/2 (50,0%)	28/105 (26,7%)	
	Khuyết seo mổ, có dịch BTC	1/2 (50,0%)	27/105 (25,7%)	
Độ dày niêm mạc	9,3 (8,5, 10,1)	10,2 (9,3, 11,3)	11,5 (10,3, 11,7)	0,152
Số phôi chuyển	1	0/2 (0,0%)	36/105 (34,3%)	0,686
	2	2/2 (100,0%)	65/105 (61,9%)	
	3	0/2 (0,0%)	4/105 (3,8%)	
Tuổi phôi	Phôi ngày 3	1/2 (50,0%)	63/105 (60,0%)	0,949
	Phôi ngày 5	1/2 (50,0%)	42/105 (40,0%)	

Phác đồ nội tiết thay thế được sử dụng phổ biến nhất trong nghiên cứu. Độ dày niêm mạc phổ biến đạt ngưỡng thuận lợi trên 9 mm. Đa số chu kỳ chuyển 2 phôi, phôi ngày 3 được sử dụng nhiều hơn phôi ngày 5, và không có sự khác biệt đáng kể giữa các phác đồ.

Tổng cộng 143 phôi đã được chuyển, trong đó phôi chất lượng tốt (độ I) chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,0%, tiếp theo là phôi độ II (38,5%), phôi độ III chỉ chiếm một tỷ lệ rất nhỏ (3,5%).



Biểu đồ 1. Chất lượng phôi chuyển

3.2. Kết quả sinh sản

Bảng 3. Tỷ lệ có thai mỗi lần chuyển phôi

Chuyển phôi	Không có thai	Có thai	Tổng số chu kỳ	Tỷ lệ có thai
-------------	---------------	---------	----------------	---------------

lần				tích lũy
1	53 (67,9%)	25 (32,1%)	78 (67,8%)	32,1%
2	19 (61,3%)	12 (38,7%)	31 (27,0%)	47,4%
3	4 (80,0%)	1 (20,0%)	5 (4,3%)	48,7%
4	1	0	1	

	(100,0%)	(0,0%)	(0,9%)	
Tổng cộng	77 (67,0%)	38 (33,0%)	115 (100,0%)	

$p = 0,714$ (Kiểm định Chi-square)

Tỷ lệ có thai trung bình qua các chu kỳ là 33,0%. Trong các lần chuyển phôi thứ hai và thứ ba, vẫn ghi nhận các trường hợp có thai, tỷ lệ có thai tích lũy sau 3 lần chuyển phôi là 48,7%.

Bảng 4. Tỷ lệ kết cục thai kỳ theo đặc điểm sẹo mổ

Đặc điểm	Không có khuyết sẹo (n=57)	Khuyết sẹo mổ, không có dịch BTC (n=29)	Khuyết sẹo mổ, có dịch BTC (n=29)	Tổng cộng	p
Có thai	20/57 (35,1%)	7/29 (24,1%)	11/29 (37,9%)	38/115 (33%)	0,482
Thai lâm sàng	17/57 (29,8%)	7/29 (24,1%)	9/29 (31,0%)	33/115 (28,7%)	0,816
Thai sinh hóa	3/57 (5,3%)	0/29 (0,0%)	2/29 (6,9%)	5/115 (4,3%)	0,389
thai lưu/sảy	3/57 (5,3%)	1/29 (3,4%)	2/29 (6,9%)	6/115 (5,2%)	0,84
chứa ngoài tử cung	0/57 (0%)	0/29 (0%)	0/29 (0%)	0/115 (0%)	
Song thai	3/57 (5,3%)	1/29 (3,4%)	1/29 (3,4%)	5/115 (4,3%)	0,892
Thai diễn tiến	14/57 (24,6%)	6/29 (20,7%)	7/29 (24,1%)	27/115 (23,5%)	0,919

Tỷ lệ các kết cục thai kỳ như có thai, thai lâm sàng, thai sinh hóa, thai lưu/sảy, song thai và thai diễn tiến phân bố tương đối đồng đều giữa ba nhóm đặc điểm sẹo mổ lấy thai. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nào được ghi nhận giữa các nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 5. Tỷ số chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% các kết cục thai kỳ ở nhóm khuyết sẹo mổ (có dịch và không dịch) so với nhóm không có khuyết sẹo

Kết cục	Khuyết sẹo không dịch (OR [95% CI])	Khuyết sẹo có dịch (OR [95% CI])
Thai sinh hóa	0,000 (0,000 – ∞)	1,281 (0,196 – 8,361)
Thai lưu/sảy	0,647 (0,064 – 6,531)	1,319 (0,207 – 8,425)

So với nhóm không có khuyết sẹo, nhóm khuyết sẹo có dịch BTC có xu hướng tăng nguy cơ thai sinh hóa (OR = 1,281; 95% CI: 0,196–8,361) và thai lưu/sảy (OR = 1,319; 95% CI: 0,207–8,425), trong khi nhóm khuyết sẹo không dịch BTC cho thấy nguy cơ thấp hơn (OR = 0,000 và 0,647 tương ứng). Tuy nhiên, các kết quả này chưa đạt ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vô sinh thứ phát chiếm 54,8% và phân bố đồng đều giữa các nhóm có/không có khuyết sẹo ($p = 0,285$), tương tự kết quả của Jayasundara¹ (2025) với tỷ lệ vô sinh thứ phát dao động 27–75% ở các quần thể có khuyết sẹo. Van den Tweel² (2024) cũng cho rằng khuyết sẹo có thể kéo dài thời gian chờ thụ thai tự nhiên, phù hợp với ghi nhận

trong nghiên cứu này khi thời gian vô sinh phổ biến là 3–4 năm, dù phần lớn bệnh nhân chỉ mới sinh mổ một lần.

Phần lớn chu kỳ sử dụng phác đồ nội tiết thay thế (HRT) (91,3%), với tỷ lệ bệnh nhân có khuyết sẹo chiếm 52,4%. Ngược lại, ở nhóm chu kỳ tự nhiên (NC), đa số bệnh nhân có không có khuyết sẹo (87,5%), dù chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,136$), điều này gợi ý rằng chu kỳ tự nhiên có thể liên quan đến tỷ lệ khuyết sẹo thấp hơn. Một số nghiên cứu trước đây có kết quả mâu thuẫn: Mounce⁴ (2015) cho rằng không có sự khác biệt đáng kể giữa NC và HRT về tỷ lệ làm tổ, thai lâm sàng hoặc sinh sống. Trong khi đó, Li⁵ (2022) ghi nhận tỷ lệ sinh sống cao hơn ở nhóm NC so với HRT (68,8% so với 58,4%; $p = 0,034$), dù chưa phân tích sâu về đặc điểm sẹo mổ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ có thai trung bình qua các chu kỳ chuyển phôi là 33,0%. Ở các lần chuyển tiếp theo, tỷ lệ có thai là 38,7% ở chu kỳ thứ hai và 20,0% ở chu kỳ thứ ba. Tỷ lệ cao nhất ghi nhận ở chu kỳ thứ hai, nhưng sự khác biệt giữa các lần chuyển không đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,714$). Dù tỷ lệ có thai chưa phản ánh toàn diện kết cục sinh con sống, xu hướng này vẫn phù hợp với dữ liệu từ các nghiên cứu lớn như Smith⁶ (2015) phân tích hơn 250.000 chu kỳ IVF cho thấy tỷ lệ sinh con sống ở lần chuyển đầu là 29,5%, vẫn duy trì trên 20% đến chu kỳ thứ tư, và đạt tổng cộng 65,3% sau 6 chu kỳ. Điều này củng cố quan điểm rằng, nếu thất bại sau lần chuyển đầu tiên, các chu kỳ tiếp theo vẫn mang lại cơ hội mang thai đáng kể, và việc tiếp tục điều trị cần được cân nhắc kỹ

lượng, dựa trên tư vấn cá thể hóa và mong muốn của từng bệnh nhân.

Trong nghiên cứu này, các kết cục thai kỳ được phân tích theo ba nhóm đặc điểm sẹo mổ lấy thai: (1) không có khuyết sẹo, (2) khuyết sẹo không có dịch buồng tử cung (BTC), và (3) khuyết sẹo có dịch BTC. Ở các trường hợp có tụ dịch tại vị trí khuyết sẹo hoặc trong buồng tử cung, việc chuyển phôi chỉ được thực hiện sau khi đã xử trí loại bỏ dịch nhằm đảm bảo điều kiện nội mạc tối ưu. Kết quả cho thấy tỷ lệ có thai cao nhất ở nhóm khuyết sẹo có dịch (37,9%), tiếp theo là nhóm sẹo lành (35,1%) và thấp nhất ở khuyết sẹo không dịch (24,1%) ($p = 0,482$). Tỷ lệ thai lâm sàng dao động 24,1–31,0% ($p = 0,816$), thai sinh hóa 0,0–6,9% ($p = 0,389$), thai lưu/sảy 3,4–6,9% ($p = 0,840$), thai ≥ 12 tuần 20,7–24,6% ($p = 0,919$). Không ghi nhận trường hợp chữa ngoài tử cung. Tỷ lệ song thai/đa thai từ 3,4–5,3% ($p = 0,892$). Nhìn chung, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm, cho thấy sau khi xử trí dịch tồn dư, hình thái sẹo mổ có thể không ảnh hưởng rõ rệt đến kết cục thai kỳ.

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu cho thấy đặc điểm sẹo mổ lấy thai, nếu đã loại bỏ dịch tồn dư, chưa chứng minh được ảnh hưởng đáng kể đến các kết cục thai kỳ sau chuyển phôi đông lạnh. Kết luận này có vẻ không đồng nhất với một số nghiên cứu trước đó, vốn cho rằng sinh mổ có thể làm giảm tỷ lệ có thai hoặc tăng nguy cơ sảy thai. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng nhiều nghiên cứu trong số đó chỉ so sánh tổng thể giữa sinh mổ và sinh thường, mà chưa phân tích cụ thể theo hình thái sẹo. Ví dụ, nghiên cứu của Patounakis⁷ và cộng sự (2016) cho thấy không có sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ thai lâm sàng hoặc sinh sống giữa hai nhóm sinh mổ và sinh thường. Điều này ủng hộ giả thiết rằng chính đặc điểm tổn thương sẹo (như khuyết sẹo, tụ dịch) mới là yếu tố then chốt ảnh hưởng đến kết quả điều trị, chứ không phải bản thân việc từng sinh mổ.

Trong phân tích hồi quy logistic, nhóm khuyết sẹo có dịch trong buồng tử cung cho thấy xu hướng làm tăng nguy cơ thai sinh hóa (OR = 1,281; KTC 95%: 0,196–8,361) và thai lưu/sảy (OR = 1,319; KTC 95%: 0,207–8,425) so với nhóm không có khuyết sẹo. Mặc dù các OR đều lớn hơn 1, phản ánh khuynh hướng bất lợi, nhưng độ rộng của khoảng tin cậy và việc bao gồm giá trị 1 cho thấy các kết quả chưa đạt ý nghĩa thống kê. Đây có thể là hệ quả của cỡ mẫu hạn chế và số lượng biến cố thấp trong từng nhóm. Ngược lại, nhóm khuyết sẹo không

có dịch cho thấy nguy cơ thấp hơn (thai lưu/sảy: OR = 0,647; KTC 95%: 0,087–4,812), và không ghi nhận trường hợp thai sinh hóa (OR = 0,000). Tuy nhiên, số lượng ca quá nhỏ trong nhóm này dẫn đến hạn chế giá trị suy luận từ kết quả.

Dù chưa đạt ý nghĩa thống kê, nhưng xu hướng quan sát được trong nghiên cứu này gợi ý rằng sự hiện diện của dịch trong buồng tử cung, đặc biệt tại vị trí khuyết sẹo, có thể ảnh hưởng bất lợi đến quá trình làm tổ và duy trì thai kỳ. Cơ chế này có thể liên quan đến sự thay đổi vi môi trường nội mạc, làm giảm khả năng tiếp nhận phôi. Một số nghiên cứu trước đây cũng đã ghi nhận tác động tiêu cực tương tự của khuyết sẹo, điển hình như nghiên cứu của Wang⁸ và cộng sự (2022), trong đó bệnh nhân có khuyết sẹo mổ cho thấy tỷ lệ sinh con sống và thai lâm sàng thấp hơn đáng kể so với nhóm không có khuyết sẹo, đồng thời nguy cơ sảy thai cũng cao hơn.

Điểm yếu của nghiên cứu cần lưu ý là cỡ mẫu nhỏ và số lượng biến cố thấp ở các nhóm phụ ảnh hưởng đến độ mạnh thống kê và độ tin cậy của phân tích hồi quy. Đồng thời, thiết kế hồi cứu và phương pháp đánh giá sẹo mổ dựa vào hồ sơ siêu âm cũng có thể gây sai số đánh giá. Những hạn chế này cho thấy cần có các nghiên cứu tiếp theo với thiết kế chặt chẽ và cỡ mẫu lớn hơn để kiểm định rõ ràng hơn vai trò của đặc điểm sẹo mổ đối với các kết cục sinh sản.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy ở phụ nữ có khuyết sẹo mổ lấy thai, nếu đã loại bỏ dịch tồn dư, các kết cục thai kỳ sau chuyển phôi đông lạnh không khác biệt đáng kể so với những trường hợp không có khuyết sẹo. Dù nhóm khuyết sẹo có dịch có xu hướng bất lợi hơn, nhưng kết quả chưa đạt ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy, sẹo mổ không nhất thiết làm giảm khả năng mang thai nếu được đánh giá và xử trí phù hợp. Từ đó hỗ trợ đưa ra quyết định chính xác hơn trong tư vấn và lập kế hoạch điều trị cho bệnh nhân từng sinh mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jayasundara DMCS, Jayawardane IA, Jayasingha TDKM, Weliange SDS.** Exploring uterine niche: a systemic review on secondary infertility rates, pathophysiological correlations, impact on assisted reproduction technology (ART), and the efficacy of surgical interventions. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2025;25:566. doi:10.1186/s12884-025-07638-5
2. **van den Tweel MM, van der Struijs S, Le Cessie S, Boers KE.** The impact of caesarean scar niche on fertility - a systematic review. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol.* 2024;44(1): 2349714. doi:10.1080/01443615. 2024.2349714

- Gan RX, Li Y, Song J, et al.** Pregnancy Outcomes of Different Endometrial Preparation in Patients With a History of Cesarean Section. *Front Endocrinol.*2022;13.doi:10.3389/fendo.2022.813791
- Mounce G, McVeigh E, Turner K, Child TJ.** Randomized, controlled pilot trial of natural versus hormone replacement therapy cycles in frozen embryo replacement in vitro fertilization. *Fertil Steril.* 2015;104(4): 915-920.e1. doi:10.1016/j.fertnstert.2015.07.1131
- Li X, Gao Y, Shi J, Shi W, Bai H.** Natural cycle increases the live-birth rate compared with hormone replacement treatment for frozen-thawed single euploid blastocyst transfer. *Front Endocrinol.* 2022;13. doi:10.3389/fendo.2022.969379
- Smith ADAC, Tilling K, Nelson SM, Lawlor DA.** Live-birth rate associated with repeat in vitro fertilisation treatment cycles. *JAMA.* 2015; 314(24): 2654-2662. doi:10.1001/jama.2015.17296
- Patounakis G, Ozcan MC, Chason RJ, et al.** Impact of a prior cesarean delivery on embryo transfer: a prospective study. *Fertil Steril.* 2016;106(2): 311-316. doi:10.1016/j.fertnstert.2016.03.045
- Wang L, Wang J, Lu N, Liu J, Diao F.** Pregnancy and Perinatal Outcomes of Patients With Prior Cesarean Section After a Single Embryo Transfer in IVF/ICSI: A Retrospective Cohort Study. *Front Endocrinol.* 2022;13:851213. doi:10.3389/fendo.2022.851213

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẮT AMIĐAN TRONG BAO BẰNG COBLATOR TRÊN BỆNH NHI CÓ AMIĐAN QUÁ PHÁT

Lê Anh Tuấn¹, Mai Ý Tho¹, Lê Minh Vượng¹

TÓM TẮT

Cắt amidan trong bao thường được chỉ định ở bệnh nhi có Amidan quá phát gây các triệu chứng tắc nghẽn đường thở (ngủ ngáy, cơn ngừng thở khi ngủ), amidan ít viêm. Coblator là một dụng cụ thường được sử dụng để cắt amidan trong bao trên thế giới. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện: 100 trường hợp cắt amidan trong bao bằng coblator tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương năm 2023 và được theo dõi 1 năm sau mổ. **Kết quả:** Thời gian mổ trung bình 7,98+/-1,96 phút, 100% bệnh nhân có lượng máu mất trong mổ dưới 5ml. Sự cải thiện rõ rệt về các triệu chứng tắc nghẽn đường thở sau mổ: 89,8% bệnh nhi không còn tình trạng ngủ ngáy từ ngày thứ 7 sau mổ. Phần lớn các bệnh nhi đau mức độ nhẹ và vừa (>90%) ở bất kỳ thời điểm nào sau mổ. Tỷ lệ chảy máu sau mổ là 2,9%. Tỷ lệ bệnh nhi không có viêm amidan cấp trong 1 năm là (66/81) 81,5% sau mổ. **Từ khóa:** cắt Amidan trong bao, Amidan quá phát, Coblator.

SUMMARY

EVALUATION OF RESULTS OF COBLATOR INTRACAPSULAR TONSILLECTOMY IN CHILDREN WITH HYPERTROPHIC TONSILS

Intracapsular tonsillectomy is often indicated in children with hypertrophic tonsils having symptomatic obstructive sleep apnea (snoring, sleep apnea), and less suffering from tonsillitis. Coblator is a commonly used instrument for intracapsular tonsillectomy in the world. Our study included 100 cases of intracapsular tonsillectomy with coblator at National Otorhinolaryngology Hospital in 2023 and were followed

up for 1 year after surgery. Results: Average of operating time was 7,98+/-1,96 minutes, 100% patient loss less than 5ml of blood intraoperative. After surgery, 89,9% stopped sleep apnea from the 7th postoperative day. Most children had mild to moderate pain (>90%) at any postoperative time. The rate of postoperative hemorrhage was 2,9%. The rate of patients without tonsillitis within 1 year is 81,5% after surgery. **Keywords:** intracapsular tonsillectomy, hypertrophic tonsils, Coblator.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt amidan là một trong những phẫu thuật thường được thực hiện nhiều nhất trong chuyên ngành Tai Mũi Họng. Ở Việt Nam¹, cắt amidan chiếm khoảng 24% các phẫu thuật Tai Mũi Họng.

Có hai phương pháp cắt amidan: cắt amidan ngoài bao và cắt amidan trong bao. Cắt amidan ngoài bao, còn được gọi là cắt amidan toàn bộ, phương pháp này đã được thực hiện từ thời trước công nguyên và vẫn còn được thực hiện cho tới ngày nay. Cắt amidan trong bao là phẫu thuật lấy bỏ phần lớn tổ chức amidan; giữ lại bao Amidan và một phần tổ chức amidan. Các nghiên cứu về cắt amidan trong bao được báo cáo đầu tiên từ cuối thế kỉ XIX; nhưng phải từ năm 2002 cho tới nay, khi mà các dụng cụ hiện đại cắt amidan ra đời, phương tiện cầm máu tốt thì ngày càng có nhiều nghiên cứu về cắt amidan trong bao và được thực hiện trên số lượng lớn bệnh nhân^{2,3}.

Trên lâm sàng, trẻ có amidan quá phát gây các triệu chứng tắc nghẽn đường thở (ngủ ngáy, cơn ngừng thở khi ngủ), ít viêm là khá phổ biến. Đây cũng là một trong các chỉ định cắt amidan theo Hiệp hội Tai mũi họng và đầu cổ Hoa Kỳ⁴.

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Tuấn

Email: leanhtuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 19.8.2025