

Kết quả GPB: Lymphoma

Nhóm UTT có chảy máu và hoại tử trong u gặp tỉ lệ nhiều nhất (lần lượt là 21 và 27%). Hình ảnh sọc xơ trung tâm, vôi hóa trong khối u có tỷ lệ thấp, tuy nhiên trong NC của chúng tôi cho thấy 100% các trường hợp u thận có dấu hiệu vôi hóa là ung thư. Theo NC của Hélénon O. và cs, vôi hóa trong u thận là hình ảnh đặc trưng nhưng không thường xuyên, điển hình là vôi hóa trung tâm và không đều (chiếm 30% UTT), khi kết hợp hình ảnh vôi hóa trong u thận với xâm lấn TM và TM chủ dưới (chiếm 7-23%) cho phép chẩn đoán UTT với bất kỳ đặc điểm bất thường nào trên phim chụp CLVT sau tiêm².

Khi phân tích về mô bệnh học, nhóm UTBM tế bào sáng hay gặp nhất chiếm 48.48%, UTBM tế bào kỵ màu đứng thứ hai chiếm 21.21%, UTBM thể nhú chiếm 9.1% và các loại ung thư thận khác ít gặp. NC của Hélénon O. và cs cho thấy có 5 loại MBH chiếm 90% trong tổng số các u thận đặc là tip UTBM tế bào sáng, UTBM tế bào kỵ màu, UTBM thể nhú và 2 u lành tính là u cơ mỡ mạch, u tế bào hạt ưa acid, tip MBH của u thận còn lại chỉ chiếm 10%².

V. KẾT LUẬN

Ung thư thận thường gặp ở BN trung tuổi hoặc cao tuổi. BN thường phát hiện tình cờ. Trên CLVT, ung thư thận thường ngấm thuốc mạnh thì động mạch, ngoài ra có thể gặp các đặc điểm

khác như chảy máu, hoại tử, hạch cạnh rốn thận, huyết khối tĩnh mạch thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. CA: a cancer journal for clinicians. 2015;65(1)
2. Hélénon O, Eiss D, De Brito P, Merran S, Correias J-M. Comment je caractérise une masse rénale solide: proposition d'une nouvelle classification pour une approche simplifiée. Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle. 2012;93(4):254-267.
3. Thi NV. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của cắt lớp vi tính đa dãy và giá trị của sinh thiết kim cắt qua da trong chẩn đoán ung thư thận ở người lớn. 2018.
4. Cornelis F, Balageas P, Le Bras Y, et al. Les ablations thermiques rénales sous guidage radiologique. Journal de Radiologie diagnostique et interventionnelle. 2012;93(4):268-284.
5. Weizer AZ, Gilbert SM, Roberts WW, Hollenbeck BK, Wolf JS. Tailoring technique of laparoscopic partial nephrectomy to tumor characteristics. The Journal of urology. 2008;180(4):1273-1278.
6. Welch TJ, LeRoy AJ. Helical and electron beam CT scanning in the evaluation of renal vein involvement in patients with renal cell carcinoma. Journal of computer assisted tomography. 1997;21(3):467-471.
7. Tadayoni A, Paschall AK, Malayeri AA. Assessing lymph node status in patients with kidney cancer. Translational andrology and urology. 2018;7(5):766.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CHỤP MẠCH SỐ HOÁ XOÁ NỀN VÀ KẾT QUẢ CỦA KỸ THUẬT NÚT MẠCH TRƯỚC ĐÌNH CHỈ THAI TẠI VỊ TRÍ SẴO MỔ CŨ

Nguyễn Đức Sơn^{1,2}, Lê Thanh Dũng^{1,3}, Nguyễn Thái Bình^{1,2},
Vũ Hoài Linh¹, Đào Xuân Hải¹, Trần Quang Lộc^{1,3}, Thân Văn Sỹ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thai tại vị trí sẻ mổ cũ (Cesarean Scar Pregnancy, chữa vết mổ) là tình trạng túi thai làm tổ tại vị trí sẻ mổ tử cung để lấy thai, đây là điểm yếu trên thành cơ tử cung, có thể gây xuất huyết dữ dội, vỡ tử cung, đe dọa tính mạng bệnh nhân và khả năng sinh sản trong tương lai. Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh chụp mạch số hoá xoá nền (DSA) và kết quả đình chỉ chữa vết mổ

nhằm tối ưu hoá chiến lược điều trị. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện trên 52 bệnh nhân chữa vết mổ được can thiệp nút mạch tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Y học hạt nhân, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, sau đó được nạo hút thai tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Các đặc điểm hình ảnh DSA trước và sau can thiệp, tỉ lệ đặt bóng tử cung cầm máu, số ngày nằm viện được phân tích. **Kết quả:** Phân loại mức độ cấp máu khối chứa vết mổ trên DSA: độ I (23/52 bệnh nhân, 44.2%), độ II (19/52 bệnh nhân, 36.6%), độ III (10/52 bệnh nhân, 19.2%). Có 6/52 trường hợp có cấp máu bàng hệ (ngoài các nhánh ĐM tử cung), trong đó 4/52 ca có ĐM bàng quang trên, 1/52 ca có ĐM buồng trứng hai bên và 1/52 ca có ĐM trực tràng giữa. Có 21/52 bệnh nhân cần đặt bóng tử cung để cầm máu sau nạo hút thai. Không có ca nào xảy ra biến chứng lớn. Thời gian nằm viện tính từ lúc đình chỉ thai là 1 (1-2) ngày (Median, IQR). Chữa vết mổ có cấp máu độ III trên DSA có tỉ lệ đặt bóng tử cung sau nạo hút thai cao

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược, Đại học quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Sơn

Email: son.nguyenduc1998@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025

hơn, thời gian nằm viện lâu hơn so với nhóm cấp máu độ I và độ II, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. **Kết luận:** Việc phân độ cấp máu chữa vết mổ trên DSA cung cấp thông tin chi tiết về cấp máu khối chứa, giúp lên chiến thuật điều trị cầm máu sau nạo hút thai hiệu quả. **Từ khóa:** Thai tạo vị trí sẹo mổ cũ, chữa vết mổ, chụp mạch số hóa xóa nền, nút động mạch tử cung, nạo hút chữa vết mổ

SUMMARY

DIGITAL SUBTRACTION ANGIOGRAPHY IMAGING AND OUTCOMES OF UTERINE ARTERY EMBOLIZATION PRIOR TO TERMINATION OF CESAREAN SCAR PREGNANCY

Objective: Cesarean Scar Pregnancy (CSP) is a condition in which the gestational sac is implanted within the cesarean section scar of the uterus, a structurally weak site in the myometrium. CSP can result in massive hemorrhage, uterine rupture, and pose life-threatening risks to the patient as well as jeopardize future fertility. This study aimed to describe the digital subtraction angiography (DSA) imaging features and treatment outcomes of CSP termination in order to optimize therapeutic strategies. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 52 patients with CSP who underwent uterine artery embolization at the Center for Diagnostic Imaging and Nuclear Medicine, Vietduc University Hospital, followed by dilation and curettage at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. Pre- and post-embolization DSA findings, the rate of intrauterine balloon tamponade, and hospital stay were analyzed. **Results:** CSP vascularity on DSA was classified as follows: Grade I (23/52 patients, 44.2%), Grade II (19/52 patients, 36.6%), and Grade III (10/52 patients, 19.2%). Collateral blood supply was observed in 6/52 cases, including the superior vesical artery in 4 cases, bilateral ovarian arteries in 1 case, and the middle rectal artery in 1 case. In total, 21/52 patients required intrauterine balloon tamponade for hemostasis after dilation and curettage. No major complications occurred. The median hospital stay following pregnancy termination was 1 day (IQR: 1–2). Patients with Grade III vascularity on DSA had a significantly higher rate of intrauterine balloon tamponade and longer hospital stay compared with Grade I and II groups ($p < 0.01$). **Conclusion:** DSA-based vascular grading of CSP provides detailed information on lesion vascularity and facilitates the planning of effective hemostatic strategies following dilation and curettage. **Keywords:** Cesarean scar pregnancy, digital subtraction angiography, uterine artery embolization, dilation and curettage

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai tại vị trí sẹo mổ cũ (Cesarean scar pregnancy, chữa vết mổ) 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 đó¹. Tỷ lệ chữa vết mổ ngày càng gia tăng có thể do tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng nhiều. Số ca được chẩn đoán chữa vết mổ ở

bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 4 năm (2011, 2012, 2015, 2016) là 675 ca.¹ Nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời, chữa vết mổ có thể nên chảy máu dữ dội, vỡ tử cung phải cắt tử cung, ảnh hưởng tới tính mạng và tương lai sinh sản của bệnh nhân. Hiện nay trên thế giới chưa có một phác đồ điều trị thống nhất, việc lựa chọn phương pháp điều trị thường được cá thể hoá dựa vào tuổi thai, đặc điểm siêu âm, toàn trạng người bệnh và kinh nghiệm thực hành của bác sĩ sản phụ khoa. Gần đây, thuyên tắc động mạch tử cung (uterine artery embolization) nổi lên như một phương pháp xâm lấn tối thiểu quan trọng, giảm thiểu nguy cơ chảy máu khi đình chỉ thai, giúp bảo tồn tử cung và khả năng sinh sản trong tương lai. Baoli Qiao và cộng sự⁷ phân tích 11 nghiên cứu trên 725 bệnh nhân cho kết quả các bệnh nhân chữa vết mổ được áp dụng phác đồ thuyên tắc động mạch tử cung và nạo hút thai có thời gian β -hCG về bình thường, thời gian nằm viện ngắn hơn, số lượng máu chảy ít hơn so với nhóm được điều trị bằng phác độ Methotrexate và nạo hút thai. Tại Việt Nam có rất ít bài nghiên cứu về chủ đề này, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh DSA, kết quả nạo hút thai ở 52 bệnh nhân chữa vết mổ 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 bệnh nhân được can thiệp nút mạch điều trị chữa vết mổ tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh – Y học hạt nhân, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Việc tuyển chọn bệnh nhân tham gia nghiên cứu được tiến hành theo các tiêu chí lựa chọn và loại trừ cụ thể như sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định chữa vết mổ 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.

- Bệnh nhân 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:

- Bệnh nhân mất thông tin liên lạc trong thời gian theo dõi sau can thiệp.

- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

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 và Y học hạt nhân, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Hà Nội, Việt Nam từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo kiểu mô tả cắt ngang.

Quy trình thu thập dữ liệu: Tất cả bệnh nhân đủ điều kiện đều được thu thập chi tiết các thông tin về can thiệp nút mạch điều trị chữa vết mổ 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 thai tại vị trí sẹo mổ cũ (chứa vết mổ) bao gồm:⁵

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

Phân loại mức độ cấp máu khối chứa vết mổ trên DSA:⁶

- 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 52 bệnh nhân chứa vết mổ 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

STT	Đặc điểm chung	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Khoảng giá trị
1	Tuổi thai lúc can thiệp (tuần)	7,5 $\pm$ 1,3	5-10
2	Số lần mổ đẻ (lần)	1,1 $\pm$ 1,1	1-4
3	Số lần nạo hút thai (lần)	1,7 $\pm$ 0,6	1-3
4	Cân nặng bệnh nhân (kg)	53,2 $\pm$ 7,1	42-81
5	Chiều cao bệnh nhân (cm)	155,5 $\pm$ 5,6	145-171

Nhận xét: Nghiên cứu gồm 52 bệnh nhân chứa vết mổ, tuổi thai trung bình 7.5 $\pm$ 1.3 tuần (khoảng 5-10 tuần), số lần mổ đẻ trung bình 1.1

$\pm$ 1.1 lần (khoảng 1 đến 4 lần), số lần nạo hút thai trung bình 1.7 $\pm$ 0.6 lần (khoảng 1 – 3 lần), cân nặng trung bình của các bệnh nhân là 53.2 $\pm$ 7.1 kg (khoảng 42-81 kg), chiều cao trung bình của các bệnh nhân 155.5 $\pm$ 5.6 cm (khoảng 145 – 171 cm).

3.2. Đặc điểm hình ảnh trên DSA

Bảng 3.2: Phân loại cấp máu khối chứa vết mổ trên hình ảnh DSA

Phân loại cấp máu khối chứa vết mổ trên DSA	Số lượng bệnh nhân (n=37)	Tỉ lệ %	Tuổi thai trung bình (tuần)
Độ 1	23	44,2	7,2 $\pm$ 1,3
Độ 2	19	36,6	7,6 $\pm$ 1,1
Độ 3	10	19,2	8,1 $\pm$ 1,4

Nhận xét: Phân loại cấp máu chứa vết mổ độ 1 chiếm 44.2% (23/52), độ 2 chiếm 36.6% (19/52), độ 3 chiếm 19.2% (10/52), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với tuổi thai với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.1: Động mạch cấp máu cho khối chứa vết mổ

Nhận xét: Khối chứa vết mổ được cấp máu chủ yếu từ động mạch tử cung hai bên (bên phải 98.1%, bên trái 100%). Có 4 bệnh nhân (7.7%) khối chứa vết mổ được cấp máu bằng hệ từ động mạch bàng quang trên, (1 bệnh nhân từ DM bàng quang phải, 2 bệnh nhân từ động mạch bàng quang trái và 1 bệnh nhân từ động mạch bàng quang hai bên), 1/51 bệnh nhân (1.9%) được cấp máu từ động mạch buồng trứng hai bên và 1/52 bệnh nhân (1.9%) được cấp máu từ động mạch trực tràng giữa bên phải.

3.3. Kết quả đình chỉ thai (nạo hút thai)

Bảng 3.3. Kết quả đình chỉ thai

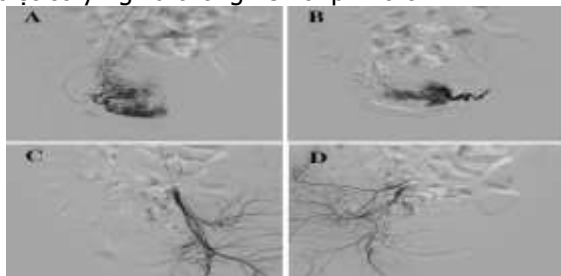
Kết quả	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Thành công (không biến chứng lớn)	52	100
Đặt bóng tử cung	21	40,4

Nhận xét: Tất cả 52/52 bệnh nhân chứa vết mổ đều không xảy ra biến chứng lớn (Không cần chuyển mổ do chảy máu nhiều >1000 ml, không cần truyền máu²). Có 21/52 bệnh nhân cần đặt bóng tử cung cầm máu, chiếm 40.4%.

Bảng 3.4. So sánh tỉ lệ đặt bóng tử cung cầm máu và thời gian nằm viện ở 3 nhóm phân độ cấp máu khối chứa vết mổ

Đặc điểm		Độ I	Độ II	Độ III	p
Đặt bóng tử cung	Không	17(73,9%)	13(68,4%)	1(10%)	0,002
	Có	6(26,1%)	6(31,6%)	9(90%)	
Thời gian nằm viện (ngày)		1,4±0,7	1,4±0,6	2,9±1,5	0,001

Nhận xét: Nhóm chữa vết mổ có phân loại cấp máu trên DSA độ III có tỉ lệ đặt bóng tử cung sau nạo hút thai cao hơn, thời gian nằm viện dài hơn so với nhóm độ I và độ II, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$.



Hình 3.1: Hình ảnh DSA của bệnh nhân Nguyễn Thị Ngọc L., mã bệnh án 2300481270

Bệnh nhân nữ 26 tuổi, tiền sử 1 lần đẻ mổ (2020), tuổi thai 10 tuần, khối chứa vết mổ có phân độ cấp máu trên DSA độ III. Hình A: chụp chọn lọc động mạch tử cung bên phải. Hình B: chụp chọn lọc động mạch tử cung bên trái. Hình C, D: chụp kiểm tra động mạch chậu trong sau nút chọn lọc động mạch tử cung, khối chứa vết mổ không còn ngấm thuốc.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm phân độ cấp máu thai tại vị trí sẹo mổ cũ (chứa vết mổ) trên hình ảnh chụp mạch số hoá xoả nền (DSA). Năm 2023 Feng Gao và cộng sự⁶ giới thiệu phân độ cấp máu khối chứa vết mổ trên hình ảnh chụp mạch số hoá xoả nền (DSA). Phân độ này còn khá mới, chưa được áp dụng nhiều trên lâm sàng và các nghiên cứu về chữa vết mổ. Trong nghiên cứu này chúng tôi, DSA độ I gặp nhiều nhất với 23 trường hợp (44.2%), độ III gặp ít nhất với 10 trường hợp (19.2%). Nghiên cứu của Feng Gao và cộng sự⁶ cũng đưa ra kết quả DSA độ I chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 24/66 trường hợp chiếm 36.4%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 1/23 ca DSA độ I có bàng hệ (4.3%), 4/19 ca DSA độ II có bàng hệ (21.1%) và 1/10 ca độ III có bàng hệ (30%). Độ II có số lượng động mạch bàng hệ nhiều hơn độ I và độ III, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Động mạch bàng hệ hay gặp nhất là động mạch bàng quang trên, gặp ở 4/52 trường hợp (7.7%),

động mạch buồng trứng và động mạch trực tràng gặp chỉ ở 1/52 trường hợp (1.9%). Nghiên cứu của Feng Gao và cộng sự⁶ nghiên cứu trên 66 bệnh nhân thì có 16 trường hợp có bàng hệ, trong đó có 8 ca có cấp máu bàng hệ từ động mạch bàng quang trên (12.1%), 5 ca từ động mạch thẹn trong (7.6%), 2 ca từ động mạch buồng trứng (3.0%) và 1 ca từ nhánh không rõ tên của động mạch chậu trong (1.5%). Nhánh bàng hệ hay gặp nhất ở nghiên cứu của chúng tôi là động mạch bàng quang trên, giống với nghiên cứu của Feng Gao và cộng sự⁶, điều này có thể giải thích rằng bàng quang nằm sát vết mổ tử cung, nguồn cấp máu bàng hệ có thành lập khi khối chứa vết mổ phát triển. Nút động mạch bàng quang có thể dùng Spongel hoặc các loại hạt có kích thước lớn để tránh gây hoại tử bàng quang.

Nghiên cứu của chúng tôi có thể gặp cả động mạch buồng trứng hai bên cấp máu cho khối chứa vết mổ. Mặc dù ít gặp (1.9% ở nghiên cứu này và 1.5% ở nghiên cứu Feng Gao và cộng sự⁶), cần chú ý đến nguồn cấp máu từ động mạch buồng trứng, nhất là trong trường hợp khối chứa phát triển cao lên trên buồng tử cung. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc là một cách khảo sát hữu ích để đánh giá nguồn cấp máu từ động mạch buồng trứng hai bên cho khối chứa vết mổ nếu có.

4.2. Phân loại cấp máu chứa vết mổ trên DSA và kết quả nạo hút thai. Tất cả bệnh nhân 52/52 trong nghiên cứu đều không xảy ra biến chứng lớn sau nạo hút thai, đạt tỉ lệ 100%. Greg Marchand và cộng sự³ cũng kết luận rằng các bệnh nhân chứa vết mổ được áp dụng phác đồ có nút động mạch tử cung có tỉ lệ thành công rất khả quan, lên tới 93.4%.

Tỉ lệ nhét meche âm đạo cầm máu và đặt bóng tử cung cầm máu tăng mạnh ở nhóm DSA chứa vết mổ độ III so 2 nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. Điều này có thể giải thích do DSA độ III có mức độ tăng sinh mạch nhiều hơn, khi nạo hút thai sẽ gây tổn thương nhiều mạch máu vị trí sẹo mổ cũ hơn. Nghiên cứu của Feng Gao và cộng sự⁶ không thống kê tỉ lệ chảy máu theo phân độ DSA.

Thời gian nằm viện của nhóm bệnh nhân DSA độ III lâu hơn so với độ I và độ II, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. Điều này có thể được giải thích do bệnh nhân DSA độ III có tỉ lệ chảy máu sau nạo hút thai cao hơn hai nhóm còn lại, cần đặt bóng tử cung cầm máu và phải nằm ở lại viện lâu hơn để theo dõi.

Tóm lại, DSA không chỉ có vai trò chẩn đoán mà còn giúp điều trị, giảm thiểu nguy cơ chảy

máu, giúp tối ưu hóa kết quả lâm sàng cho bệnh nhân chữa vết mổ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguồn cấp máu của của thai tại vị trí sẹo mổ cũ (Cesarean scar pregnancy, chữa vết mổ) ngoài động mạch tử cung còn có các nhánh bàng hệ khác, hay gặp nhất là động mạch bàng quang trên. Đặc điểm này giúp các bác sĩ can thiệp điện quang cần trọng hơn khi thực hiện kỹ thuật thuyên tắc động mạch điều trị khối chứa vết mổ. Việc phân độ cấp máu chứa vết mổ trên chụp mạch số hoá xoả nền (DSA) không chỉ có giá trị về chẩn đoán mà còn giúp dự đoán nguy cơ chảy máu khi đình chỉ thai bằng nạo hút thai, nhất là ở các bệnh nhân có phân độ cấp máu độ III. Cần có sự phối hợp đa chuyên khoa (chẩn đoán hình ảnh và sản khoa) để lập kế hoạch điều trị hiệu quả, giúp giảm thiểu các nguy cơ biến chứng xảy ra ở các bệnh nhân chữa vết mổ.

VI. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có một số hạn chế. Kích thước mẫu nhỏ (n=52) giới hạn khả năng phát hiện đầy đủ các đặc điểm phân loại mạch máu khối chứa vết mổ trên DSA, các nhánh bàng hệ. Dữ liệu chỉ từ một trung tâm, có thể không đại diện cho các quần thể khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Bích Hoa.** Nghiên cứu chữa sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 giai đoạn 2011-2012 và 2015-2016. Published online 2017.
2. **Birch Petersen K, Hoffmann E, Riffbjerg Larsen C, Nielsen HS.** Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. *Fertility and Sterility*. 2016;105(4):958-967. doi:10.1016/j.fertnstert.2015.12.130
3. **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
4. **Rotas MA, Haberman S, Levkur M.** Cesarean Scar Ectopic Pregnancies: Etiology, Diagnosis, and Management. *Obstetrics & Gynecology*. 2006; 107(6): 1373-1381. doi:10.1097/01.AOG.0000218690.24494.ce
5. **Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsybmal 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
6. **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
7. **Qiao B, Zhang Z, Li Y.** Uterine Artery Embolization Versus Methotrexate for Cesarean Scar Pregnancy in a Chinese Population: A Meta-analysis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2016;23(7):1040-1048. doi:10.1016/j.jmig.2016.08.819

GÁNH NẶNG RUNG NHỊ Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH PHÂN SUẤT TỔNG MÁU THẤT TRÁI GIẢM

Vũ Đức Thành¹, Phan Đình Phong¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và Holter điện tâm đồ 24 giờ ở bệnh nhân suy tim mạn tính có phân suất tổng máu thất trái giảm (HFrEF) kèm rung nhĩ, và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến đáp ứng tần số thất. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân HFrEF kèm rung nhĩ được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2025 đến tháng 7/2025. Các bệnh nhân được thực hiện Holter điện tâm đồ để xác định tần số thất trung bình, cao nhất, thấp nhất và rối loạn nhịp thất. Đáp ứng tần số thất được đánh giá theo tiêu chí RACE II (≤ 110 nhịp/phút). Đặc điểm triệu chứng và

cận lâm sàng được phân tích giữa hai nhóm đạt và không đạt kiểm soát tần số thất. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân đạt kiểm soát tần số thất là 85,0% (n=34). Tần số thất trung bình là $94,37 \pm 18,58$ nhịp/phút. Nhịp tim trung bình cao hơn có ý nghĩa ở nhóm không đạt kiểm soát ($127,0 \pm 16,7$ so với $88,6 \pm 11,8$ nhịp/phút; $p < 0,001$). Về cận lâm sàng, nhóm không đạt kiểm soát có NT-proBNP cao hơn ($1200,5 \pm 600,1$ so với $950,3 \pm 512,4$ pg/mL; $p = 0,25$), trong khi các chỉ số sinh hóa khác không khác biệt đáng kể. Nhóm không đạt kiểm soát cũng có tần số cao nhất và thấp nhất cao hơn có ý nghĩa ($p = 0,002$ và $p < 0,001$), rối loạn nhịp thất nhiều hơn ($p = 0,053$), và xu hướng kích thích/thể tích thất trái nhỏ hơn (p từ 0,069–0,129). Nhóm đạt kiểm soát có tỷ lệ dùng chẹn beta cao hơn (50,0% so với 16,7%; $p = 0,13$), nhưng ít có khác biệt đáng kể về thuốc ($p > 0,05$). **Kết luận:** Bệnh nhân HFrEF kèm rung nhĩ có tỷ lệ kiểm soát tần số thất cao, nhưng nhóm không đạt kiểm soát thường đi kèm với tần số thất cao hơn, xu hướng NT-proBNP cao và cấu trúc tim biến đổi. Việc nhận diện sớm các biểu hiện

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Thành

Email: nth.basilh@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025