

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHỮA SẸO MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2023

Nguyễn Thành Huy¹, Nguyễn Mạnh Trí², Lê Thị Anh Đào¹,
Nông Minh Hoàng³, Nguyễn Thị Thu Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị chữa sẹo mổ lấy thai (CSMLT) tại Bệnh Viện Phụ Sản Hà Nội năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 140 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị CSMLT tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023. **Kết quả:** Chiến lược điều trị ưu tiên can thiệp tối thiểu, với 88,6% được xử trí ban đầu bằng các phương pháp hút thai. Tỷ lệ bảo tồn tử cung chung đạt 97,9%. Biến chứng mất máu nặng ($\geq 500\text{ml}$) xảy ra ở 9,3% các trường hợp. **Kết luận:** Chiến lược điều trị CSMLT được phân tầng nguy cơ dựa trên các đặc điểm tuổi thai, tình trạng tăng sinh mạch máu và mức độ xâm lấn theo phân loại Shih, nồng độ βhCG cho phép đạt được tỷ lệ bảo tồn tử cung rất cao và tỷ lệ mất máu nặng thấp.

Từ khóa: Chửa tại sẹo mổ lấy thai, hút thai, phân độ Shih, băng huyết.

SUMMARY

REVIEW OF TREATMENT OUTCOMES FOR CESAREAN SCAR PREGNANCY AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2023

Objective: To review the treatment outcomes of Cesarean Scar Pregnancy (CSP) at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2023. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on the records of patients diagnosed and treated for CSP at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2023. **Results:** The treatment strategy prioritized minimally invasive interventions, with 88.6% of cases initially managed by suction curettage methods. The overall uterine preservation rate reached 97.9%. The complication of severe blood loss ($\geq 500\text{ml}$) occurred in 9.3% of cases. **Conclusion:** A risk-stratified management strategy for CSP, based on characteristics such as gestational age, vascularity, depth of invasion according to Shih's classification, and βhCG levels, allows for achieving a very high uterine preservation rate and a low rate of severe blood loss. **Keywords:** Cesarean scar pregnancy, Suction curettage, Shih's classification, Hemorrhage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa tại sẹo mổ lấy thai (CSMLT) là tình trạng túi thai làm tổ tại vết mổ cũ, một biến

chứng sản khoa nghiêm trọng có tỷ lệ ngày càng tăng cùng với tỷ lệ sinh mổ. Bệnh lý này có nguy cơ gây vỡ tử cung và băng huyết ồ ạt, đe dọa tính mạng và khả năng sinh sản của người bệnh. Hiện nay, vẫn chưa có phác đồ điều trị thống nhất toàn cầu cho CSMLT. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm "Nhận xét kết quả điều trị chữa sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023", góp phần tìm ra phương pháp điều trị tối ưu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

2.2. Đối tượng và địa điểm:

Người bệnh điều trị nội trú được chẩn đoán CSMLT tại khoa Phụ ngoại A5 BVPSHN từ tháng 01/01/2023 – 31/12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh được chẩn đoán CSMLT theo cập nhật của ISUOG vào 2/2022¹, có kích thước phôi đến 10 tuần, được xử trí và có kết quả giải phẫu bệnh lý sau xử trí là tổ chức gai rau tại khối chứa hoặc hình ảnh gai rau xâm lấn thành bó vào cơ tử cung tại vị trí sẹo mổ lấy thai khi cắt tử cung.

Tiêu chuẩn loại trừ: các trường hợp được chẩn đoán là CSMLT nhưng đang sẩy thai hoặc được xử trí bằng bất kỳ một phương pháp nào khác trước khi vào khoa Phụ A5, các trường hợp không đủ thông tin nghiên cứu.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Lấy mẫu chủ đích bệnh nhân điều trị tại BVPSHN từ tháng 01/01/2023 – 31/12/2023. Tổng số mẫu lấy được là 140 bệnh nhân.

2.4. Phương pháp thu thập dữ liệu: Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án bao gồm: tuổi thai, phân loại Shih, tăng sinh mạch, nồng độ βhCG , các can thiệp và kết quả điều trị.

Phân độ Shih: Mức độ xâm lấn của túi thai được phân thành 4 cấp độ theo phân loại Shih.²

Tăng sinh mạch sẹo mổ lấy thai (SMLT): là cụm từ được nghiên cứu chọn để mô tả sự tăng sinh mạch máu tại vùng SMLT quan sát được bằng siêu âm Doppler.

Các phương pháp điều trị: Hút thai đơn thuần; Hút thai kết hợp chèn bóng sonde Foley; Diệt phôi + MTX + Hút thai có chèn bóng sonde Foley; Phẫu thuật (bảo tồn hoặc cắt tử cung).

Kết quả chính: Thành công (loại bỏ hoàn

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

³Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Huy

Email: dr.thanhhuy105@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

toàn khối thai bằng phương pháp ban đầu); Thất bại (Được ghi nhận khi phương pháp ban đầu không hiệu quả, đòi hỏi phải can thiệp bổ sung, trong nghiên cứu này tất cả đều chuyển sang phẫu thuật); Mất máu nặng ($\geq 500\text{ml}$).

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức của BVPSHN theo Quyết định số 2106 CN/PS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=140)

Đặc điểm	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai	≤ 7 tuần	85	60,7
	8-9 tuần	38	27,2
	10 tuần	17	12,1
Nồng độ βhCG (mUI/mL)	< 50.000	65	46,4
	≥ 50.000	75	53,6
Phân độ Shih	Shih I	33	23,6
	Shih II	71	50,7
	Shih III	33	23,6
	Shih IV	3	2,1
Tăng sinh mạch	Nhiều	84	60
	Ít/Không	56	40

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn sớm (60,7% có tuổi thai ≤ 7 tuần). Hơn một nửa đối tượng nghiên cứu có nồng độ $\beta\text{hCG} \geq 50.000$ mUI/mL (53,6%) và đã có mức độ xâm lấn Shih II (50,7%). Tình trạng tăng sinh mạch máu ở 60,0% trường hợp.

3.2. Nhận xét kết quả điều trị của đối

Bảng 3. Kết quả các phương pháp điều trị theo tuổi thai (n=140)

Phương pháp điều trị	Phân nhóm	Tuổi thai (tuần)			Số ca (%)
		≤ 7	8-9	10	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Hút thai đơn thuần	Thành công	39 (79.6)	9 (18.4)	1 (2.0)	49 (100)
	Thất bại	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)
Hút thai + Chèn bóng Foley	Thành công	39 (69.6)	16 (28.6)	1 (1.8)	56 (100)
	Thất bại	2 (40)	3 ⁽¹⁾ (60)	0 (0)	5 ⁽¹⁾ (100)
Diệt phôi + MTX + Hút thai + Chèn bóng Foley	Thành công	4 [*] (33.3)	7 (58.3)	1 (8.3)	12 (100)
	Thất bại	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1 (100)
Phẫu thuật	Bảo tồn	0 (0)	2 (14.3)	12 (85.7)	14 (100)
	Cắt tử cung	0 (0)	0 (0)	2 (100)	2 (100)

⁽¹⁾Có 1 trường hợp hút thai thất bại chuyển phẫu thuật cắt tử cung

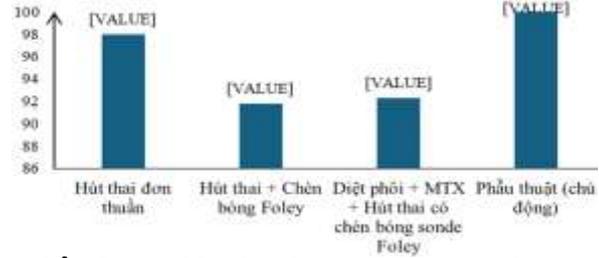
* Cả 4 trường hợp đều có tuổi thai 7 tuần

Nhận xét: Tổng số trường hợp hút thai ban đầu là 124 chiếm 88,6%. Tổng số trường hợp

Bảng 4. Kết quả các phương pháp điều trị theo phân loại Shih (n=140)

Phương pháp điều trị	Phân nhóm	Phân loại Shih	Số ca (N)
----------------------	-----------	----------------	-----------

tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tỷ lệ thành công của các phương pháp điều trị (%) (n=140)

Nhận xét: Tỷ lệ thành công điều trị các phương pháp rất cao, thấp nhất là 91,8% với phương pháp hút thai phối hợp chèn bóng sonde Foley.

Bảng 2: Nồng độ βhCG trung bình trước điều trị theo từng phương pháp điều trị (n=140)

Phương pháp điều trị	Số ca n	Nồng độ βhCG (mUI/mL) TB \pm SD
Hút thai đơn thuần	50	44318,7 \pm 41456,8
Hút thai + Chèn bóng Foley	61	65249,2 \pm 50800,5
Diệt phôi + MTX + Hút thai + Chèn bóng Foley	13	95367,5 \pm 45774,5
Phẫu thuật bảo tồn (chủ động)	14	282918,6 \pm 277088,5
Phẫu thuật cắt tử cung (chủ động)	2	285649,5 \pm 399914,8

Nhận xét: Nồng độ βhCG trung bình tăng dần từ các phương pháp can thiệp tối thiểu sang các phương pháp xâm lấn hơn.

cắt tử cung là 3 chiếm 2,14%. Nhóm tuổi thai ≤ 7 tuần không có trường hợp nào phẫu thuật chủ động. Nhóm tuổi thai 10 tuần điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật, được chỉ định cho 14/17 ca (82,4%).

		I	II	III	IV	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Hút thai đơn thuần	Thành công	23 (46.9)	20 (40.8)	6 (12.2)	0 (0)	49 (100)
	Thất bại	0 (0)	0 (0)	1(100)	0 (0)	1 (100)
Hút thai + Chèn bóng Foley	Thành công	6 (10.7)	32 (57.1)	18 (32.2)	0 (0)	56 (100)
	Thất bại	1 (20.0)	3 (60.0)	0 (0)	1 ⁽¹⁾ (20.0)	5 ⁽¹⁾ (100)
Diệt phôi + MTX + Hút thai + Chèn bóng Foley	Thành công	1 (8.3)	7 (58.3)	4 (33.3)	0 (0)	12 (100)
	Thất bại	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)
Phẫu thuật	Bảo tồn	2 (14.3)	8 (57.1)	3 (21.4)	1 (7.1)	14 (100)
	Cắt tử cung	0 (0)	0 (0)	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100)

Nhận xét: Hút thai đơn thuần chủ yếu tập trung ở nhóm Shih I/II. Hút thai + Chèn bóng Foley và Diệt phôi + MTX + Hút thai có chèn bóng sonde Foley điều trị chủ yếu nhóm Shih II/III. Phẫu thuật chủ động xuất hiện ở cả 4 nhóm phân loại Shih.

Bảng 5. Kết quả các phương pháp điều trị theo tăng sinh mạch (n=140)

Phương pháp điều trị	Phân nhóm	Tăng sinh mạch SMLT	
		Không/Ít	Nhiều
		n (%)	n (%)
Hút thai đơn thuần	Thành công	34 (69.4)	15 (30.6)
	Thất bại	0 (0)	1 (100)
Hút thai + Chèn bóng Foley	Thành công	19 (33.9)	37 (66.1)
	Thất bại	0 (0)	5 ⁽¹⁾ (100)
Diệt phôi + MTX + Hút thai + Chèn bóng Foley	Thành công	3 (25.0)	9 (75.0)
	Thất bại	0 (0)	1 (100)
Phẫu thuật	Bảo tồn	0 (0)	14 (100)
	Cắt tử cung	0 (0)	2 (100)

Nhận xét: Toàn bộ bệnh nhân trong nhóm tăng sinh mạch "Ít/Không" được điều trị bằng các phương pháp hút thai có tỷ lệ thành công 100%. Tất cả số ca phẫu thuật chủ động (16/16 ca) và hút thai thất bại phải chuyển phẫu thuật (7/7 ca) đều thuộc nhóm tăng sinh mạch "Nhiều". Tỷ lệ thất bại chung của các phương pháp hút thai trong nhóm này là 10,3% (7/68 ca).

Bảng 6. Thời gian trung bình các phương pháp điều trị (n=140)

Phương pháp điều trị	Phân nhóm	Thời gian nằm viện trung bình (ngày)
		TB ±SD
Hút thai đơn thuần	Thành công	2,9 ± 1,4
	Thất bại	11 ± 0
Hút thai + Chèn bóng Foley	Thành công	6,6 ± 7,3
	Thất bại	5 ± 4,2
Diệt phôi + MTX + Hút thai + Chèn bóng Foley	Thành công	11,7 ± 2,1
	Thất bại	15 ± 0

Phẫu thuật	Bảo tồn	6 ± 3,2
	Cắt tử cung	4 ± 1,4

Nhận xét: Nhóm hút thai đơn thuần thành công có thời gian nằm viện trung bình ngắn nhất, chỉ 2,9 ± 1,4 ngày. Nhóm Diệt phôi + MTX + Hút thai + Chèn bóng Foley có thời gian nằm viện trung bình dài nhất. Nhóm Hút thai + Chèn bóng Foley thất bại có thời gian nằm viện trung bình tương đương nhóm phẫu thuật.

Bảng 7. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến mất máu nặng (≥500ml) (n=140)

Yếu tố nguy cơ	Phân nhóm	Mất máu ít	Mất máu nặng
		n (%)	n (%)
Tăng sinh mạch	Nhiều	71 (84,5)	13 (15,5)
	Ít/Không	56 (100)	0 (0)
Phân độ Shih	Shih III/IV	30 (83,3)	6 (16,7)
	Shih I/II	97 (93,3)	7 (6,7)
Tuổi thai	>7 tuần	43 (83,6)	12 (16,4)
	≤7 tuần	84 (98,8)	1 (1,2)

Nhận xét: Tổng cộng có 13/140 (9,3%) trường hợp bị mất máu nặng (≥ 500ml). Tăng sinh mạch máu là yếu tố dự báo rất mạnh với 100% các trường hợp mất máu nặng đều xảy ra ở nhóm có "tăng sinh mạch nhiều". Nguy cơ mất máu nặng cũng tăng rõ rệt theo phân độ Shih và tuổi thai.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp một cái nhìn toàn diện về kết quả điều trị của 140 trường hợp CSMLT, cho thấy một chiến lược điều trị được cá thể hóa và phân tầng nguy cơ đã đạt được tỷ lệ bảo tồn tử cung rất cao (97,9%) và tỷ lệ biến chứng chảy máu nặng thấp (9,3%). Tỷ lệ cắt tử cung rất thấp (2,1%) trong nghiên cứu của chúng tôi là một minh chứng cho sự thành công của chiến lược bảo tồn, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Học và cộng sự (4,4%) và tương đương với các báo cáo quốc tế về can thiệp cho các ca bệnh phức tạp, như nghiên cứu của Jurkovic và cộng sự ghi nhận tỷ lệ cắt tử cung 0,5% trong một đoàn hệ lớn được phẫu thuật.^{3,4} Thành công của chiến lược này

nằm ở việc ưu tiên các phương pháp can thiệp tối thiểu

Tỷ lệ thành công của hút thai đơn thuần trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,0%, một con số rất cao và tương đồng với các nghiên cứu trong nước tại các trung tâm lớn như của Nguyễn Đức Nghĩa (97,9%), Trương Quốc Việt và cộng sự (100%), và Nguyễn Văn Học và cộng sự (100%).^{4,5,6} Phương pháp này được ưu tiên chỉ định cho các trường hợp có đặc điểm: tuổi thai sớm (chủ yếu ≤ 7 tuần), mức độ xâm lấn nông (chủ yếu Shih I, chiếm 69,7%), nồng độ β hCG trung bình thấp (44.318,7 mUI/mL), và không có hoặc có ít tăng sinh mạch máu (60,7%).

Tương tự, tỷ lệ thành công 91,8% của phương pháp hút thai kết hợp chèn bóng Foley cũng nằm ở mức cao khi so sánh với các báo cáo trong nước trước đây, dao động từ 71% đến 92%.^{4,5,6} Phương pháp này được chỉ định cho các ca có tuổi thai lớn hơn, mức độ xâm lấn sâu hơn (phương pháp chính cho Shih II và III), nồng độ β hCG trung bình cao hơn (65.249,2 mUI/mL) và đặc biệt là khi có tăng sinh mạch máu nhiều (phương pháp được sử dụng nhiều nhất ở nhóm này).

Phương pháp phối hợp diệt phôi và MTX đa liều (Diệt phôi + MTX + Hút thai + Chèn bóng Foley) là một chiến lược điều trị tăng cường, được chỉ định cho những trường hợp CSMLT có nguy cơ cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp này được áp dụng cho 13 trường hợp và đã đạt được tỷ lệ thành công rất cao là 92,3% (12/13 ca). Đây là một kết quả ấn tượng, vì phương pháp này được chỉ định cho nhóm bệnh nhân có các yếu tố tiên lượng nặng, bao gồm tuổi thai lớn (7-9 tuần), có tim thai hoạt động, nồng độ β hCG ≥ 50.000 mIU/mL và mức độ xâm lấn đáng kể (Shih II hoặc Shih III). Tỷ lệ thành công này cao hơn so với báo cáo của Lê Thị Anh Đào và cộng sự tại cùng bệnh viện (70%), nhưng lại tương đồng với nghiên cứu gần đây của Trần Thùy Linh (90,16%).^{7,8} Cơ sở lý luận của phương pháp này là sử dụng MTX như một tác nhân "chuẩn bị" nhằm làm thoái triển khối thai, giảm hoạt động của tế bào nuôi và quan trọng là giảm tưới máu cho vùng sẹo mổ trước khi can thiệp hút thai.

Phẫu thuật (bảo tồn hoặc cắt tử cung): Là phương pháp điều trị triệt để, được dành riêng cho những trường hợp có nguy cơ cao nhất hoặc khi các phương pháp khác thất bại. Các đặc điểm của nhóm này bao gồm: tuổi thai muộn (phương pháp chủ đạo ở tuần thứ 10), mức độ xâm lấn nặng (phương pháp chính cho Shih IV), và nồng độ β hCG rất cao (trung bình 283.260,0

mUI/mL). Phẫu thuật bảo tồn đi kèm với nguy cơ mất máu nặng cao nhất (46,2% các ca phẫu thuật bảo tồn), phản ánh đúng bản chất nghiêm trọng của các ca bệnh được chỉ định.

Phân tích dữ liệu nghiên cứu cho phép chúng tôi xác định một bộ các yếu tố tiên lượng nguy cơ mất máu nặng, bao gồm: tuổi thai, phân độ xâm lấn theo Shih và tình trạng tăng sinh mạch máu. Cụ thể, kết quả tại bảng 7 cho thấy lượng máu mất tăng lên đáng kể ở nhóm bệnh nhân có tuổi thai > 7 tuần, phân độ Shih III/IV và mức độ tăng sinh mạch máu nhiều. Dữ liệu của chúng tôi cho thấy một xu hướng chẩn đoán rất sớm (60,7% ≤ 7 tuần), phù hợp với báo cáo của Rotas and Ash về tuổi thai trung bình khi chẩn đoán là $7,5 \pm 2,5$ tuần, nhưng sớm hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Nghĩa với tuổi thai hay gặp nhất là nhóm 6 - 8 tuần, chiếm 44,8%.⁵ Tuy nhiên, ngay cả ở giai đoạn sớm này, phần lớn các ca (50,7%) đã ở giai đoạn xâm lấn đáng kể (Shih II). Trong bộ ba này, tình trạng tăng sinh mạch máu là yếu tố quyết định nhất đến kết quả lâm sàng. 100% các trường hợp mất máu nặng đều xảy ra ở nhóm có tăng sinh mạch máu nhiều. Phát hiện này củng cố mạnh mẽ các nghiên cứu quốc tế như của Jurkovic và cộng sự, vốn đã xác định rằng tăng sinh mạch trên Doppler là một yếu tố dự báo độc lập và quan trọng cho nguy cơ chảy mất máu nặng.³

Thời gian nằm viện là một chỉ số thực tế phản ánh gánh nặng điều trị. Nhóm hút thai đơn thuần thành công có thời gian nằm viện trung bình ngắn nhất (2,9 ngày), ngắn hơn so với các báo cáo trước đây của Lê Thị Anh Đào và Đỗ Tuấn Đạt (4,72 ngày) và Nguyễn Đức Nghĩa (4,5 ngày).^{5,7} Ngược lại, các phương pháp phức tạp hơn đòi hỏi thời gian theo dõi và hồi phục dài hơn, phù hợp với các nghiên cứu khác. Đặc biệt, sự thất bại của các phương pháp điều trị ban đầu là yếu tố chính làm kéo dài đáng kể thời gian nằm viện, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc lựa chọn đúng phương pháp ngay từ đầu.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 140 trường hợp CSMLT tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023, kết quả điều trị của từng phương pháp được nhận xét như sau: Tỷ lệ bảo tồn tử cung rất cao (97,9%) và tỷ lệ biến chứng chảy máu nặng thấp (9,3%). Tỷ lệ thành công của nhóm hút thai đơn thuần, Hút thai + chèn bóng Foley, Diệt phôi + MTX + Hút thai + Chèn bóng Foley lần lượt là 98%; 91,8%; 92,3 %. Phẫu thuật được dành riêng cho những trường hợp có nguy cơ cao nhất hoặc khi các phương pháp khác thất bại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D'Antonio F, Cali G, Khalil A, Timor-Tritsch.** Cesarean Scar Pregnancy, Visual Encyclopedia of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. www.isuog.org, February 2022.
2. **Shin Yu Lin, Chia Jung Hsieh, Tu YA, et al.** New ultrasound grading system for cesarean scar pregnancy and its implications for management strategies: An observational cohort study. PLoS one. 2018;13(8):e0202020.
3. **Jurkovic D, Knez J, Appiah A, Farahani L, Mavrelos D, Ross JA.** Surgical treatment of Cesarean scar ectopic pregnancy: efficacy and safety of ultrasound-guided suction curettage. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. 2016; 47(4):511-517. doi:10.1002/uog.15857
4. **Nguyễn Văn Học, Lê Thị Hoàn, Nguyễn Hoàng Trang.** Chẩn đoán và xử trí chữa tại vết mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. 1. 2017; 15(2):100-106.doi:10.46755/vjog.2017. 2.336
5. **Nguyễn Đức Nghĩa.** Nghiên Cứu Kết Quả Xử Trí Thai Chửa Sẹo Mổ Lấy Thai Dưới 10 Tuần Tại Bệnh Viện Phụ Sản Hà Nội. Luận Văn Thạc Sĩ. Đại Học Y Hà Nội; 2020.
6. **Trương Quốc Việt, Trần Danh Cường, Nguyễn Thị Huyền Trang, Trần Thị Định, Nguyễn Thị Xuân Hào.** Thái độ xử trí thai làm tổ vết mổ cũ dựa trên hình ảnh siêu âm tại Khoa Phụ ngoại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/2021 - 6/2021. 1. 2021;19(4):09-14. doi:10.46755/vjog.2021.4.1336
7. **Lê Thị Anh Đào, Đỗ Tuấn Đạt.** Điều trị chữa trên sẹo mổ lấy thai bằng phương pháp tiêm Methotrexate phối hợp hút thai tại Bệnh Viện Phụ Sản Hà Nội. VMJ. 2022;511(2). doi:10.51298/vmj.v511i2.2165
8. **Trần Thùy Linh, Lê Thị Anh Đào.** Nhận xét các phương pháp xử trí thai 8 – 12 tuần trên sẹo mổ lấy thai tại Bệnh Viện Phụ Sản Hà Nội năm 2021 – 2022. VMJ. 2024;536(2). doi:10.51298/vmj.v536i2.8909

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỜI GIAN ĐẠT ĐƯỜNG HUYẾT TRONG MỤC TIÊU BẰNG THIẾT BỊ THEO DÕI ĐƯỜNG HUYẾT LIÊN TỤC Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CÓ LOÉT BÀN CHÂN

Ngô Đức Lộc¹, Đoàn Thị Kim Châu¹,
Nguyễn Thị Ngọc Trinh¹, Lâm Văn Phương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Loét bàn chân đái tháo đường là biến chứng nghiêm trọng hàng đầu, liên quan mật thiết đến kiểm soát đường huyết kém. Thời gian đường huyết trong phạm vi (TIR), được cung cấp bởi công nghệ theo dõi đường huyết liên tục (CGM), đã nổi lên như một thước đo lâm sàng ưu tiên, giúp tối ưu hóa việc kiểm soát đường huyết và có vai trò tiên lượng quan trọng đối với loét bàn chân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ và một số yếu tố liên quan đến đạt đường huyết trong mục tiêu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có loét chân dựa trên thiết bị theo dõi đường huyết liên tục. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có loét bàn chân, có gắn thiết bị theo dõi đường huyết liên tục nhập viện điều trị tại Khoa Nội Tiêu hóa - Huyết học - Nội tiết. **Kết quả:** Tỉ lệ đạt đường huyết trong mục tiêu là 76,7%. Các yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến thời gian đạt đường huyết mục tiêu (TIR) qua phân tích đa biến gồm có: HbA1C (OR= -8,24;

$p < 0,05$); tổng liều insulin (OR= 0,14; $p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu thời gian trong phạm vi là 76,7%, có hai yếu tố chỉ phối độc lập tỉ lệ đạt TIR là HbA1C và tổng liều insulin.

Từ khóa: Theo dõi đường huyết liên tục, Thời gian trong phạm vi, Loét bàn chân đái tháo đường.

SUMMARY

STUDY OF FACTORS ASSOCIATED WITH TIME IN RANGE ACHIEVEMENTS USING CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND DIABETIC FOOT ULCERS

Background: Diabetic Foot Ulcer (DFU) is a leading severe complication closely linked to poor glycemic control. Time In Range (TIR), provided by Continuous Glucose Monitoring (CGM) technology, has emerged as a preferred clinical metric, helping to optimize glucose management and holding significant prognostic value for foot ulcers. **Objectives:** To determine the prevalence and associated factors for achieving TIR goals in type 2 diabetes mellitus patients with diabetic foot ulcers using CGM devices. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 30 type 2 diabetes mellitus patients with DFU, monitored with CGM devices, and admitted to the Department of Gastroenterology, Hematology, and Endocrinology. **Results:** The proportion of patients achieving the

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Long An

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Kim Châu

Email: ndloc@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025