

khát. Thường dùng trong các phương dược như Bổ dương hoàn ngũ thang, Quyên tỳ thang và Đối chứng lập phương. Liệu dùng Hoàng kỳ không cố định mà thay đổi từ 10-30g, trong đó liệu dùng 30g chiếm tỷ lệ 51,6%. Việc sử dụng Hoàng kỳ tạo điều kiện phục hồi thần kinh mang lại kết quả bước đầu khả quan, hầu hết đều có sự hồi phục về thần kinh, trả bệnh nhân về lại với cuộc sống và công việc, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quốc Bảo, Trần Quốc Minh (2011)**, Thuốc y học cổ truyền và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, tr. 212- 213.
2. **Bộ Y tế, Cục khoa học công nghệ và đào tạo (2018)**, Dược Học Cổ Truyền, Nhà xuất bản Y

học, tr. 227 228.

3. **Bộ Y tế (2009)**, Dược Học Cổ Truyền, Nhà xuất bản Y học, tr. 198.
4. **Bộ Y tế, Vụ Khoa học và Đào tạo (2009)**, Phương tễ học, Nhà xuất bản Y học, tr. 46, 78, 108, 140, 150, 151, 154, 158, 159.
5. **Võ Văn Chi (2018)**, Tư điển cây thuốc Việt Nam - Tập 1, Nhà xuất bản Y học, tr. 1109-1010.
6. **Quan Thế Dân (2014)**, "Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc Bổ dương hoàn ngũ điều trị đái tháo đường týp 2 có biến chứng thận trong thực nghiệm và trên lâm sàng", Nghiên cứu sinh, Trường Đại Học Y Hà Nội.
7. **Nguyễn Minh Hà (2010)**, "Nghiên cứu tác dụng điều trị nhồi máu não sau giai đoạn cấp của bài thuốc bổ dương hoàn ngũ thang", Viện Y học cổ truyền Quân Đội
8. **Đỗ Tất Lợi (2018)**, Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, tr. 887-889.

ĐIỀU TRỊ CHỮA TRÊN SỢ MỔ LẤY THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIÊM METHOTREXATE PHỐI HỢP HÚT THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lê Thị Anh Đào¹, Đỗ Tuấn Đạt²

TÓM TẮT

Chửa trên SMLT từ trên 8 tuần tuổi còn chưa có phác đồ điều trị thống nhất. **Mục tiêu:** nhận xét kết quả điều trị chữa trên SMLT 8-10 tuần bằng phương pháp hút đơn thuần và hút phối hợp với methotrexate. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Các bệnh nhân chữa trên SMLT tuổi thai 8-10 tuần, có độ dày cơ tử cung tại vị trí vết mổ > 2mm được đánh giá nguy cơ chảy máu. Các trường hợp có nguy cơ chảy máu cao sẽ được diệt phôi và tiêm MTX toàn thân, sau đó tất cả được hút. **Kết quả:** Tiêm MTX tại túi ối và toàn thân làm β hCG giảm trung bình 135.673 mIU/ml. Tỷ lệ điều trị thành công của nhóm hút đơn thuần 93,1%, nhóm hút phối hợp MTX là 70%, tỷ lệ thành công chung 87,2 %. **Kết luận:** Phương pháp hút thai đơn thuần và hút thai phối hợp MTX là phương pháp điều trị hiệu quả với các trường hợp chữa trên SMLT 8-10 tuần.

Từ khóa: chửa trên sợ mổ lấy thai, hút thai, methotrexate

SUMMARY

VACUUM ASPIRATION AND METHOTREXATE TREATMENT FOR CESAREAN SCAR PREGNANCY AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2022

Ngày duyệt bài: 10.2.2022

Cesarean scar pregnancy beyond 8weeks gestation has not yet had a unified treatment regimen.

Objective: The purpose of this study is to evaluate the results of treatment of CSP between 8-10 weeks gestation by vacuum aspiration alone and in combination with methotrexate. **Material and methods:** A prospective cross-sectional study at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. Patients diagnosed CSP between 8 -10 weeks gestation, with uterine myometrial thickness > 2mm are evaluated the possibility of bleeding. High-risk cases of bleeding will be treated by MTX injections systematically and locally then all aspirated. **Results:** Intra-amniotic and systemic injection of MTX resulted in an average decrease of β hCG of 135,673 mIU/ml. The treatment success rate of the aspiration group alone was 93.1%, the combination group was 70%, the overall success rate was 87.2%. **Conclusion:** The method of aspiration alone and the combination with MTX is an effective treatment for CSP between 8-10 weeks gestation.

Key words: cesarean scar pregnancy, vacuum aspiration, methotrexate injection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa trên sẹo mổ lấy thai (SMLT) là một bệnh lý phụ khoa hay gặp và ngày càng gia tăng. Mổ lấy thai càng tăng thì tỷ lệ chữa trên SMLT cũng tăng theo, tỷ lệ ước tính từ 1/2656 đến 1/1800 quần thể thai thông thường¹. Theo số liệu thống kê tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, số bệnh nhân chữa sẹo mổ lấy thai điều trị tại bệnh viện trong những năm gần đây khoảng 500-600/35.000 ca đẻ mỗi năm.

Việc chẩn đoán chữa trên SMLT đã trở nên dễ

dàng nhờ có tiêu chuẩn siêu âm chẩn đoán rất rõ ràng của các hội sản phụ khoa uy tín như Hiệp hội sản phụ khoa Hoàng Gia Anh (2014)²: Thói quen đi siêu âm khi mới chậm kinh giúp việc chẩn đoán các trường hợp chửa trên SMLT sớm hơn so với trước kia. Các bác sỹ siêu âm cũng đã cảnh giác hơn với bệnh lý chửa trên SMLT cho các bệnh nhân đã có sẹo mổ lấy thai cũ.

Ngược lại để điều trị thành công chửa trên SMLT vẫn còn là thách thức lớn, chưa có một phương pháp điều trị nào tối ưu cho tất cả các trường hợp chửa trên SMLT. Nghiên cứu tổng hợp của Petesen Birtch năm 2016 khuyến cáo trong 14 phương pháp điều trị phối hợp thì các phương pháp can thiệp ngoại khoa hiệu quả hơn điều trị nội khoa và nút mạch là một phương pháp hỗ trợ các phương pháp ngoại khoa rất hữu hiệu³. Hiệp hội Y học mẹ và bào thai SMFS 2020 khuyến cáo không nên điều trị theo hướng chờ đợi¹, ngược lại các phương pháp can thiệp qua đường âm đạo hoặc soi buồng tử cung hoặc hút thai là những phương pháp được khuyến cáo (mức độ 2C). Theo Timor Trisch¹, chửa trên SMLT có thể điều trị bằng phương pháp hút thai khi tuổi thai dưới 10 tuần. Hút thai là một phương pháp có hiệu quả, tuy nhiên có thể áp dụng cho tất cả các trường hợp chửa trên SMLT hay hiệu quả chỉ tối ưu ở nhóm đối tượng nào là một câu hỏi cần lời giải đáp chính xác. Năm 2021, tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội chúng tôi tập trung vào nhóm chửa trên SMLT 8-10 tuần tuổi với mục tiêu: *nhận xét kết quả điều trị chửa trên SMLT 8-10 tuần bằng phương pháp hút đơn thuần và hút phối hợp với methotrexate.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các trường hợp chửa trên sẹo mổ lấy thai tuổi thai từ 8 tuần- 10 tuần (7 tuần 1 ngày đến 9 tuần 6 ngày) dựa vào chiều dài đầu mông hoặc ngày đầu kì kinh cuối nếu kinh đều.

Được chẩn đoán dựa trên siêu âm đầu dò âm đạo kết hợp với siêu âm đường bụng theo tiêu chuẩn chẩn đoán của RCOG 2014².

Độ dày cơ tử cung tại vị trí túi ối >2mm (đo tại chỗ mỏng nhất).

Toàn trạng ổn định, không bằng huyết âm đạo.

Tiêu chuẩn loại trừ khối chửa quá lệch về 1 phía của vết mổ tại eo tử cung hoặc lớp cơ tử cung tại vị trí vết mổ quá mỏng ≤2mm

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang tiến cứu được thực hiện tại khoa Phụ Ngoại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 8/2020

đến tháng 7/2021.

Cách tiến hành nghiên cứu: bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được phân thành 2 nhóm:

Nhóm hút đơn thuần

Nhóm hút phối hợp MTX: áp dụng cho bệnh nhân có 1 hoặc nhiều đặc điểm sau:

Tuổi thai 9,10 tuần

BhCG > 100.000 UI/l và tăng sinh mạch máu nhiều

Độ II hoặc III (phân loại theo Shih⁴)

Cụ thể: bệnh nhân được chuẩn bị bằng tiêm MTX tại túi ối 25 mg và MTX tiêm bắp 50 mg/ngày, cách ngày, tổng liều 200 mg; xen kẽ bằng folinat calci. Sau 1 tuần ngừng tiêm sẽ được hút thai dưới hướng dẫn của siêu âm.

Tiêu chuẩn thành công của cả 2 phương pháp hút đơn thuần và phối hợp với MTX tại chỗ và toàn thân:

Không phải chuyển sang mổ mở do chảy máu nhiều hoặc thủng tử cung.

Không phải truyền máu

Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê y học.

Đề tài được thông qua hội đồng Đạo đức tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2020:

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 39 bệnh nhân chửa trên SMLT tuổi thai từ 8-10 tuần, đủ tiêu chuẩn lựa chọn đồng ý tham gia điều trị trong đó: nhóm hút đơn thuần có 29 bệnh nhân, nhóm điều trị MTX và hút có 10 bệnh nhân.

Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Tuổi thai trung bình là 55,95 ± 4,73 ngày với chiều dài đầu mông trung bình là 14,64 ± 4,97mm. Tuổi thai nhỏ nhất là 7 tuần 1 ngày với chiều dài đầu mông 9 mm, lớn nhất là 9 tuần 4 ngày với chiều dài đầu mông là 27mm.

Chửa trên SMLT loại II chiếm đa số với tỷ lệ 56,4%; độ Shih I chiếm 30,8%; độ Shih III thấp nhất chiếm 12,8%; không có trường hợp nào có độ Shih IV.

10 bệnh nhân được chọn vào nhóm MTX phối hợp hút có đặc điểm: BhCG > 100.000 UI/l chiếm: 70% trường hợp; tuổi thai 9 tuần và 10 tuần chiếm: 80%; độ phân loại Shih II và III chiếm: 90%; và 100% đều tăng sinh mạch máu nhiều.

Kết quả điều trị của nhóm sử dụng MTX (phối hợp hút)

Sau tiêm MTX tại túi phôi và MTX toàn thân với tổng liều 200 mg/ bệnh nhân: lượng BhCG giảm rõ rệt, mức giảm trung bình so với BhCG khi vào viện là 135.673mIU/ml, mức giảm có ý nghĩa thống kê với p = 0,000 < 0,05.

Bảng 1. Biến đổi nồng độ β hCG sau khi tiêm MTX

Nồng độ β hCG	Khi vào viện	Trước khi hút thai
<50.000 (mUI/ml)	11 (28,2%)	21 (53,8%)
50.000- 100.000 (mUI/ml)	18 (46,2%)	15 (38,5%)
>100.000 (mUI/ml)	10 (25,6%)	3 (7,7%)
Tổng	39 (100%)	39 (100%)
Nhỏ nhất (mUI/ml)	371	371
Lớn nhất (mUI/ml)	161641	161641

Nhận xét: - Khi vào viện bệnh nhân có nồng độ β hCG hay gặp nhất trong khoảng 50.000-100.000 mUI/ml chiếm 46,2%. Trước hút nồng độ β hCG < 50.000 mUI/ml hay gặp nhất chiếm 53,8%. Khi vào viện nồng độ β hCG >100.000 UI/l chiếm 25,6%. Trước hút thai, tỉ lệ này chỉ còn 7,7%.

- Lúc vào viện, thai có hoạt động tim thai chiếm 74,4%. Cả 10 trường hợp tiêm MTX vào túi phôi đều làm phôi chết sau tiêm. Trước hút thai tỉ lệ có tim thai là 48,7%.

Bảng 2. Đặc điểm của 2 nhóm sau khi điều trị MTX (trước hút)

Đặc điểm	Hút đơn thuần (n = 29)	Nội khoa + Hút thai (n = 10)	p
Tuổi thai khi vào viện			
8 tuần (n=23)	21(72,4%)	2(20%)	0,263
9 tuần (n=12)	8(27,6%)	4(40%)	
10 tuần (n=4)	0 (0%)	4(40%)	
Nồng độ βhCG trước khi hút thai			
<100.000 mIU/ml (n=35)	26 (89,7%)	10 (100%)	0,415
>100.000 mIU/ml (n=4)	3 (10,3%)	0 (0%)	
Phân loại Shih			
Grade I (n=12)	11(37,9%)	1(10%)	0,091
Grade II (n=22)	16(55,1%)	6(60%)	
Grade III (n=5)	2(7%)	3(30%)	
Tăng sinh mạch trước hút thai			
Nhiều (n=31)	23(79,3%)	8(80%)	0,296
Ít (n=8)	6(19,7%)	2(20%)	

Nhận xét sau khi được điều trị tiêm MTX tại túi phôi và toàn thân, các đặc điểm về nồng độ β hCG, độ phân loại Shih, mức độ tăng sinh mạch của 2 nhóm tương đương nhau p > 0,05.

Kết quả điều trị chung của 2 nhóm

Bảng 3. Kết quả điều trị

Tuổi thai	Hút thai đơn thuần		MTX + hút thai		Tổng
	Thành công	Thất bại chuyển mổ	Thành công	Thất bại chuyển mổ	
7 tuần 1 ngày – 8 tuần 0 ngày (n = 23)	20 87,0%	1 4,3%	2 8,7%	0 0%	23 (100%)
8 tuần 1 ngày – 9 tuần 0 ngày (n = 12)	7 58,3%	1 8,3%	3 25,0%	1 8,3%	12 (100%)
9 tuần 1 ngày – 10 tuần 0 ngày (n = 4)	0 0%	0 0%	2 50,0%	2 50,0%	4 (100%)
Tổng (n = 39)	27(69,3%)	2 (5,1%)	7 (17,9%)	3(7,7%)	39(100%)

Nhận xét: Tỉ lệ hút thai thành công của nghiên cứu là 87,2%: nhóm hút thai đơn thuần là 27/29 bệnh nhân (chiếm 93,1%), nhóm được điều trị MTX trước hút thai là 7/10 (chiếm 70%).

Nồng độ β hCG trung bình trước hút và 48 giờ sau khi hút thai lần lượt là 69302,3 mIU/ml và 37021 mIU/ml. Nồng độ β hCG giảm có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Phương pháp cầm máu trong và sau thủ thuật: chủ yếu là chèn bóng Foley với 22 bệnh nhân chiếm 56%. Có 12 bệnh nhân chỉ cần dùng thuốc tăng co. Có 1 bệnh nhân chảy máu ngay khi hút và 4 bệnh nhân chảy máu ngay sau hút phải chuyển mổ mở để cầm máu chiếm tỉ lệ 12,8%.

Lượng máu mất trung bình trong nhóm hút thai đơn thuần là 190,0 ± 57,8 ít hơn nhóm hút thai kết hợp điều trị nội khoa là 358,0 ± 207,0 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95% với p < 0,05.

Bảng 4. Thời gian nằm viện (ngày)

Phương pháp điều trị	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất	p
Hút đơn thuần	4,72	1,77	3	11	0,000
Điều trị nội + hút thai	19,6	6,4	4	27	
Chung	8,5	7,44	3	27	

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của nhóm hút thai kết hợp điều trị nội khoa trước hút thai dài hơn nhóm hút thai đơn thuần có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95% với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Hút thai trên SMLT khi túi ối mới hình thành, phôi còn nhỏ, gai rau chưa nhiều và mạch máu tân sinh quanh túi ối chưa nhiều sẽ đạt được khả năng lấy được trọn vẹn túi ối và rau mà không gây ra tình trạng chảy máu dữ dội.... Theo nghiên cứu của nhóm tác giả tại bệnh viện Từ Dũ, điều trị chữa trên SMLT bằng bơm bóng foley và hút thai có tỷ lệ thành công cao với thai dưới 8 tuần tuổi⁵. Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội cũng đã thành công trong việc hút trường hợp thai trên SMLT dưới 8 tuần. Vậy các trường hợp thai từ 8 tuần tuổi trở lên thì phương pháp điều trị nào là tối ưu?

Khi thai càng lớn dần lên, hệ thống mạch máu nuôi thai và rau càng phát triển, việc hút thai đơn thuần sẽ làm các mạch máu quanh túi ối bị tổn thương và dẫn tới chảy máu ồ ạt. Hơn nữa các gai rau trong hình thái chữa trên SMLT khi đã đủ lớn có xu hướng cắm vào cơ tử cung, một hình thái của rau cài răng lược, dẫn tới càng chảy máu nhiều hơn khi nạo hút. Chính vì vậy, nếu có thể nút mạch máu dẫn đến khối chữa trên SMLT trước khi hút sẽ là một giải pháp hữu hiệu, giảm tối đa nguy cơ chảy máu, tránh sót rau và tổ chức phôi thai khi hút do chảy máu. Đây cũng là một khuyến cáo rất rõ ràng từ một review của tác giả Petesen Birch³.

Tuy nhiên ở Việt Nam, các cơ sở nút mạch lại thường nằm ở các bệnh viện đa khoa. Chi phí cho nút mạch cũng còn cao so với thu nhập của người dân không có bảo hiểm y tế nên việc nút mạch nên được áp dụng cho tất cả các trường hợp chữa trên SMLT tuổi thai lớn.

Xu hướng điều trị bằng phẫu thuật soi buồng tử cung hoặc nội soi để hạn chế các can thiệp xâm lấn như mổ mở cũng mới chỉ triển khai thử nghiệm tại các bệnh viện lớn nơi có đội ngũ y bác sĩ tay nghề cao và trang thiết bị hiện đại đầy đủ. Theo một nghiên cứu của Nguyễn Quảng Bắc tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương năm 2020, trên 59 ca chữa trên SMLT tất cả các trường hợp thai > 9 tuần tăng sinh mạch máu đều mổ mở lấy khối chữa bảo tồn tử cung⁶.

Vì vậy các phương pháp phối hợp giữa điều trị nội khoa và hút là một giải pháp khả thi để được áp dụng trong điều kiện Việt Nam hiện nay.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi có được 39 bệnh nhân chữa trên SMLT 8-10 tuần thu nhận trong 1 năm. Trong đó có 10 bệnh nhân có nguy cơ chảy máu cao khi hút, chúng tôi đã tiến hành diệt phôi bằng hút dịch ối và tiêm 25 mg MTX vào túi ối sau đó điều trị bằng MTX ngày 1,3,5,7 50mg/ ngày xen kẽ với 5 mg Folinat calci tiêm

tĩnh mạch các ngày 2,4,6,8. Kết quả điều trị MTX làm giảm nồng độ β hCG trung bình là 135.673 mIU/ml. Nói cách khác, dù nhóm MTX phối hợp với hút có những đặc điểm rất đe dọa chảy máu: tuổi thai 9-10 tuần, độ Shih II và III; tăng sinh mạch máu nhiều, nồng độ β hCG > 100.000 mIU/ml. Nhưng nhờ có phương pháp điều trị phối hợp MTX tại chỗ và toàn thân cả 10/10 trường hợp đều diệt được phôi và giảm lượng β hCG đáng kể. Các đặc điểm của 2 nhóm hút đơn thuần và MTX phối hợp với hút tại thời điểm sau khi điều trị MTX trở nên tương đồng (bảng 2). Việc chuẩn bị bằng MTX có ý nghĩa trong việc giảm β hCG, là các yếu tố nguy cơ gây chảy máu. Tuy vậy, nhóm hút có chuẩn bị bằng MTX vẫn có lượng máu mất cao hơn nhóm hút đơn thuần. Điều này cho thấy, MTX có thể ngăn cản sự phân chia của các tế bào gai rau nhưng chưa khống chế được các tình trạng tăng sinh mạch máu nhiều. Vì vậy, β hCG không phải là yếu tố duy nhất liên quan đến nguy cơ chảy máu. Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy tăng sinh mạch máu là một yếu tố rất quan trọng để tiên lượng mức độ chảy máu trong chữa trên SMLT. Cả 5 trường hợp chảy máu nhiều trong nghiên cứu này đều có lượng β hCG trước khi hút thấp < 50.000 mIU/ml. Khi tuổi thai > 8 tuần, có tình trạng tăng sinh mạch máu nhiều khối chữa lỗi hẳn ra ngoài mặc dù thai chết, β hCG thấp nguy cơ chảy máu vẫn cao do diện rau bám rộng và cơ tử cung đoạn dưới mỏng lại xơ sẹo. Đây là một vấn đề cần được tiếp tục nghiên cứu để đưa ra được tiêu chuẩn chẩn đoán tăng sinh mạch máu và hướng xử trí thích hợp nhất cho trường hợp này.

Kết quả của phương pháp hút được thể hiện bằng nồng độ β hCG trung bình giảm rõ rệt sau hút 48 h từ mức là 69302,3 mIU/ml xuống còn 37021 mIU/ml. Tỷ lệ hút thành công chung của 2 nhóm; nhóm hút đơn thuần và nhóm hút phối hợp với MTX lần lượt là: 87,2 %; 93,1% và 70%. 5 trường hợp thất bại đều liên quan đến chảy máu nhiều: 1 trường hợp chảy máu nhiều ngay khi hút và 4 trường hợp sau hút đã chèn bóng foley nhưng máu ra nhiều phải mổ cấp cứu. Không có trường hợp nào thủng tử cung do hút hoặc bơm chèn bóng foley.

So với kết quả điều trị của phương pháp điều trị khác đã được tổng kết trên thế giới: phương pháp diệt phôi đơn thuần bằng hút dịch ối và tiêm MTX tại túi ối tỷ lệ biến chứng nặng là 13,9%. Hay phương pháp nong và nạo đơn thuần tỷ lệ biến chứng cao: 21% và cần phương pháp hỗ trợ chiếm 52%. Hoặc nếu chỉ dùng MTX tại chỗ và toàn thân thì 25% trường hợp phải

điều trị bổ sung³.

Phương pháp cầm máu trong và sau hút của nghiên cứu này chủ yếu là chèn bóng Foley chiếm 59% trường hợp. Có 12 bệnh nhân chỉ cần dùng thuốc tăng co.

Thời gian điều trị trung bình của nhóm hút đơn thuần và nhóm hút phối hợp MTX lần lượt là 5 ngày và 20 ngày. Nhóm hút kết hợp với MTX có thời gian nằm viện kéo dài hơn là một hạn chế của phương pháp hút phối hợp với MTX.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp hút thai và hút thai kết hợp với điều trị methotrexate tiêm tại túi ối và toàn thân là phương pháp điều trị đạt tỷ lệ thành công 87,2% với các trường hợp chửa trên SMLT 8-10 tuần. Những trường hợp thai 9-10 tuần sống có lượng β hCG cao >100.000 mUI/ml vẫn có thể diệt phôi và tiêm MTX toàn thân để giảm nguy cơ chảy máu sau đó hút. Cần nghiên cứu tập trung vào tình trạng tăng sinh mạch máu nhiều để tìm ra giải pháp hiệu quả hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Russell Miller, Ian E. Timor-Tritsch, Cynthia Gyamfi-Bannerman** (2020) SMFM consult serie 49: cesarean scar pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology Volume 222, Issue 5, Pages B2-B14
2. **Royal College of Obstetrics and Gynecology (2016)**. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy (Green-top Guideline No. 21- 2016).
3. **Petersen K.B., Hoffmann E., Larsen C.R., 2016**. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. Fertility and Sterility® Vol. 105, No. 4. http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.12.130).
4. **Shin-Yu Lin (2018)**. New ultrasound grading system for cesarean scar pregnancy and its implications for cesarean scar pregnancy and its implications for management strategies: an observation cohort study. PLoS One. 2018; 13(8): 202020. doi: 10.1371/journal.pone.0202020
5. **Tuan Minh Vo, Thong Van, Long Nguyen, (2019)**. Management of cesarean scar pregnancy among Vietnamese women. Gynecol Minim Invasiye Ther. Jan-Mar 2019;8(1):12-18.
6. **Nguyễn Quảng Bắc, Nguyễn Thị Kim Ngân, 2021**. Nghiên cứu điều trị các trường hợp chửa sào mổ lấy thai bằng phẫu thuật tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Tạp chí Y học Việt Nam tập 503 số 2 (2021).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ NGÓN TAY LÒ XO TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đào Xuân Thành*, Someth*, Nguyễn Văn Hoạt*

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bệnh lý ngón tay lò xo. Thiết kế nghiên cứu mô tả: 30 bệnh nhân bị bệnh ngón tay lò xo đã được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn từ tháng 1/2020 đến tháng 08/2021. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình là $51,8 \pm 7,3$ tuổi, thấp nhất 38 và cao nhất là 71 tuổi; bệnh nhân nữ chiếm chủ yếu (87%), hay gặp ở đối tượng lao động nhiều bằng tay (70%), ngón cái hay gặp nhất (18 ngón - 60%), tiếp theo là ngón giữa (6 ngón - 20%), các ngón khác ít gặp. Tỷ lệ tay bị bệnh bên tay thuận và tay không thuận là tương đương nhau, độ III gặp nhiều nhất với 22 bệnh nhân (73,4%), bệnh kèm theo hay gặp là hội chứng ống cổ tay (23,3%) và tiểu đường (10%). Hình ảnh siêu âm thường gặp nhất là tăng chiều dày của gân (63,3%), dịch quanh gân chiếm 36,7%. Kết quả điều trị được đánh giá theo thang điểm DASH; kết quả tốt chiếm 80%, khá chiếm

20%. Phẫu thuật ngón tay lò xo là phương pháp điều trị đơn giản, có hiệu quả cao và mang lại chức năng hoạt động của bàn tay cho người bệnh.

Từ khóa: ngón tay lò xo, phẫu thuật ngón tay lò xo.

SUMMARY

ASSESSMENT SURGERY RESULTS TREATMENT OF TRIGGER FINGER AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective of the study was to evaluate the results of the treatment for trigger fingers. Study design was a descriptive study had been used in 30 patients with trigger fingers treated surgically from 01/2020 to 08/2021 at Hanoi Medical University Hospital. Mean age was 51.8 ± 7.3 ; the lowest was 38 years old and the highest was 71 years old; the most common age was from 50 to 70 years old. The proportion of female patients was to 87%. The disease was common in manual labor (70%). The most common thumb was 18 fingers (60%), six patients were in the middle finger (20%). The rate of diseased hands on the dominant and non-dominant hands was about the same. Grade III was the most common (73.4%). The most common comorbidities were carpal tunnel syndrome (23.3%) and diabetes (10%). The most common ultrasound images were increased tendon thickness (63.3%), Peri-tendon fluid accounted for

*Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hoạt

Email: Drhoat@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2021

Ngày phản biên khoa học: 21.01.2022

Ngày duyệt bài: 9.2.2022