

## XỬ LÝ KHỐI MÁU TỤ- RAU SAU HÚT CHỮA TRÊN SỢ MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lê Thị Anh Đào\*

### TÓM TẮT

Khối máu tụ-rau xuất hiện sau hút chữa trên sẹo mổ lấy thai đi kèm với biến chứng rong huyết bằng huyết là vấn đề mới trong thực hành lâm sàng cần được xử lý. Mục tiêu: Nhận xét kết quả 3 phương pháp điều trị khối máu tụ-rau và chảy máu sau hút chữa trên sẹo mổ lấy thai. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, các bệnh nhân được lựa chọn vào 3 nhóm điều trị tùy theo đặc điểm của khối máu tụ-rau. **Kết quả:** 32 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp hút nạo lại, soi buồng tử cung và mổ mở lấy khối máu tụ-rau. Kết quả thành công chung của 3 phương pháp là 93,75%. **Kết luận:** Phương pháp điều trị soi buồng tử cung có hiệu quả cao cần được nghiên cứu

**Từ khóa:** khối máu tụ-rau sau hút thai trên SMLT, rong huyết

### SUMMARY

#### TREATMENT FOR PERSISTENT MASS FOLLOWING VACUUM ASPIRATION FOR CESAREAN SCAR PREGNANCY: A SERIAL STUDY AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Persistent mass appearing after vacuum aspiration on cesarean scar pregnancy (CSP) is associated with hemorrhagic complications. This phenomenon is a new problem in clinical practice that needs to be handled. **Objectives:** To review the results of 3 methods of treating persistent mass and bleeding complication after aspiration for CSP. **Methods:** this is a cross-sectional study, the patients were selected into 3 treatment groups depending on the characteristics of the persistent mass. **Results:** 32 patients were treated by re-aspiration or curettage, hysteroscopy and laparotomy to remove the hematoma mass. The overall success result of the 3 methods is 93.75%. **Conclusion:** The highly effective method is hysteroscopy and understand more, we should be studied on a larger sample size.

**Key words:** persistent mass, CSP, bleeding.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thời gian gần đây, chữa trên sẹo mổ lấy thai là một bệnh lý hay gặp chiếm tỷ lệ ước tính 1/2200-1/1800<sup>SMFM</sup> quần thể thai nghén chung. Phác đồ điều trị bệnh lý này chưa được xây dựng và thống nhất giữa các cơ sở thực

hành chuyên khoa. Trong đó, hút thai (bằng áp lực chân không) tại sẹo mổ lấy thai là một phương pháp phổ biến được chỉ định cho các trường hợp tuổi thai nhỏ dưới 8 tuần hoặc tuổi thai lớn hơn nhưng xu hướng phát triển về phía buồng tử cung. Tuy nhiên, sau khi hút tình trạng hình thành khối máu tụ-rau ở vị trí sẹo mổ lấy thai và tình trạng rong huyết rất phổ biến. Tỷ lệ này theo nghiên cứu của Qian ZD là 11,42%. Trong thực hành lâm sàng, chỉ những trường hợp khối máu tụ-rau lớn hoặc ra máu kéo dài làm ảnh hưởng đến cuộc sống và sức khỏe của người bệnh hoặc ngược lại những trường hợp bằng huyết mới cần can thiệp.

Trước đây, bệnh viện Phụ Sản Hà Nội thường xử trí mổ mở lấy khối máu tụ-rau và cắt lọc sẹo mổ lấy thai cũ và khâu cầm máu các điểm chảy máu. Tuy nhiên phương pháp này cũng có nhiều bất cập vì nhiều khi quá trình mổ mở rất dính phức tạp nhưng chỉ giải quyết được khối máu tụ và khâu 1 vài điểm chảy máu. Hậu phẫu sau mổ mở bệnh nhân lại phải nằm tại bệnh viện 4-5 ngày. Chính vì vậy, trong hai năm gần đây chúng tôi đã áp dụng các phương pháp khác nhau dựa theo tình trạng của bệnh nhân, kích thước khối máu tụ-rau, độ tăng sinh mạch máu và độ dày cơ tử cung tại vị trí sẹo mổ lấy thai để xử lý vấn đề này. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Nhận xét kết quả 3 phương pháp điều trị khối máu tụ-rau và chảy máu sau hút chữa trên sẹo mổ lấy thai.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân nhập viện do chảy máu âm đạo nhiều hoặc kéo dài hoặc do khối máu tụ-rau xuất hiện sau hút chữa trên SMLT

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** có 1 hoặc nhiều tiêu chí sau

- Người bệnh sau hút chữa trên SMLT phải nhập viện vì chảy máu nhiều (thay 2 băng vệ sinh trong 2 giờ)

- Hoặc chảy máu kéo dài gây thiếu máu (Hb < 110 g/l)

- Siêu âm thấy hình ảnh khối âm vang hỗn hợp tại vị trí SMLT lớn hơn nhiều so với thời điểm xuất viện.

-  $\beta$ hCG giảm chậm hoặc không giảm so với thời điểm xuất viện đồng thời ra huyết âm đạo.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

\*Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2022

Ngày duyệt bài: 8.3.2022

- Người bệnh chữa trên SMLT nhưng không điều trị bằng hút, hoặc chưa điều trị.
- Bệnh nhân ra máu âm đạo thấm giọt, ít hơn hành kinh, khối máu tụ-rau tại vị trí vết mổ kích thước < 2cm.  $\beta$ hCG quá thấp < 100mUI/ml
- Không phải can thiệp bằng các phương pháp ngoại khoa

**Địa điểm nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Phụ Ngoại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

**Thời gian nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/08/2020 – 01/08/2021.

**Phương pháp nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu

Cỡ mẫu: Chọn toàn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian trên. Phương pháp chọn mẫu không xác suất, chọn mẫu thuận tiện cho nghiên cứu.

➢ **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân vào các nhóm xử trí**

- **Nhóm hút nạo lại:**

- + Huyết động ổn định
- + Khối âm vang hỗn hợp kích thước ≤ 4cm, không có hiện tượng tăng sinh mạch nhiều trên siêu âm.

+ Lớp cơ tử cung giữa khối máu tụ và bàng quang ≥ 2mm

- Nhóm soi buồng tử cung: tương tự như tiêu chuẩn nhóm hút nhưng có tình trạng tăng sinh mạch máu nhiều

- **Nhóm mổ mở:**

+ Huyết động không ổn định, xuất huyết nhiều có choáng

+ Kích thước khối máu tụ lớn ≥ 4cm

+ Lớp cơ tử cung giữa khối máu tụ và bàng quang < 2mm

➢ **Tiêu chuẩn thành công, thất bại của các phương pháp điều trị:**

- **Đối với phương pháp hút nạo lại**

+ Thành công: không còn khối máu tụ sau hút,  $\beta$ hCG giảm hơn 1/2 sau khi hút 48h. Có thể sử dụng phương pháp hỗ trợ chèn bóng sau hút.

+ Thất bại: Khi phải chuyển sang mổ mở, thủng tử cung.

- **Đối với phương pháp soi buồng tử cung:** tương tự như phương pháp hút nạo lại và thất bại khi có tình trạng rối loạn nước điện giải hoặc ngộ độc nước.

- **Đối với phương pháp mổ mở lấy khối máu tụ**

+ Thành công: không phải cắt tử cung. Lấy hết được khối máu tụ-rau và cắt lọc khâu lại vết mổ tại eo tử cung.

Các số liệu thu được được xử lý bằng thuật

toán thống kê y học. Đề tài nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y Đức bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2020.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Số lượng bệnh nhân có khối máu tụ-rau và chảy máu sau hút chữa trên sẹo mổ lấy thai thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian từ tháng 08/2020 đến tháng 08/2021 là 32 bệnh nhân. Có 14 bệnh nhân chảy máu ít, kích thước khối máu tụ bé dưới 2cm không phải can thiệp ngoại khoa hoặc có thể điều trị bằng tiêm methotrexate không được đưa vào nghiên cứu này.

**3.1 Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm và lý do vào viện**

Triệu chứng lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	Không	31	96,9
	Có	1	3,1
	<b>Tổng số</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
Ra máu Âm Đ	Ra máu nhiều	11	34,4
	Ra máu kéo dài	21	65,6
	<b>Tổng số</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
Thời gian ra máu cho đến khi vào viện	< 1 tuần	9	28,1
	1 – 2 tuần	18	56,3
	> 2 tuần	5	15,6
	<b>Tổng số</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Bảng 2. Đặc điểm siêu âm khi vào viện**

Đặc điểm siêu âm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
	< 4cm	24	75%
	> 4cm	8	25,0
	<b>Tổng số</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
Bề dày cơ tử cung ở VMC	< 2 mm	8	25,0
	≥ 2 mm	24	75,0
	<b>Tổng số</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
Tăng sinh mạch máu	Không tăng sinh mạch	15	46,9
	Có tăng sinh mạch	17	53,1
	<b>Tổng số</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Nồng độ  $\beta$ hCG trung bình khi vào viện là 2623,9 mUI/ml (207-6177 mUI/ml).

**3.2 Phương pháp điều trị.**

Trong 32 ca chảy máu tái phát sau hút chữa vết mổ, có 07 ca có chỉ định soi buồng tử cung lấy bỏ khối máu tụ và đốt điểm chảy máu (21,9%), 10 ca có chỉ định mổ mở lấy khối chứa bảo tồn tử cung (31,2%). 15 bệnh nhân còn lại hút nạo lại (46,9%).

Tỷ lệ thành công chung của nghiên cứu là 30/32 trường hợp (chiếm 93,8%). 2 trường hợp thất bại là do chảy máu nhiều khi hút nạo lại khối máu tụ-rau. chiếm tỷ lệ 6,2%.

**Bảng 3. Lượng máu mất trong phẫu, thủ**

**thuật**

Lượng máu mất	n	%
Chảy máu < 300ml	11	34.4
300-500ml	19	59.4
>500ml	2	6.2
<b>Tổng</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Bảng 4. Môi liên quan nồng độ  $\beta$ hCG lúc****vào viện và kết quả điều trị**

Nồng độ $\beta$ -hCG (mUI/ml)	Kết quả điều trị	
	Thành công	Thất bại
Trung bình	391,5	854,5
p	< 0,05	

**Nhận xét:** Nhóm điều trị thất bại có nồng độ  $\beta$ -hCG cao hơn so với nhóm thành công ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 5. Môi liên quan tăng sinh mạch máu và kết quả điều trị**

Tăng sinh mạch máu	Kết quả điều trị				p (Test Fisher)
	Thành công		Thất bại		
	n	%	n	%	
Không tăng sinh mạch nhiều	15	100,0	0	0	<0,05
Có tăng sinh mạch nhiều	15	88,2	2	11,8	
<b>Tổng chung</b>	<b>30</b>	<b>93,8</b>	<b>2</b>	<b>6,2</b>	

**Nhận xét:** Trong 02 trường hợp điều trị thất bại: cả 2 trường hợp đều có tăng sinh mạch nhiều (11,8%). Tỷ lệ thành công ở nhóm không tăng sinh mạch máu là 100%, cao hơn so với nhóm có tăng sinh mạch máu với 88,2% thành công. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 6. Môi liên quan giữa phương pháp điều trị và kết quả điều trị**

Phương pháp điều trị	Kết quả điều trị			
	Thành công		Thất bại	
	n	%	n	%
Hút lại + chèn bóng	13	86,7	2	13,3
Soi BTC lấy khối máu tụ và đốt điểm chảy máu	7	100	0	0
Mổ mở lấy khối máu tụ bảo tồn tử cung	10	100	0	0
<b>Tổng chung</b>	<b>30</b>	<b>93,8</b>	<b>2</b>	<b>6,2</b>

**IV. BÀN LUẬN**

Trong 32 trường hợp có khối máu tụ-rau và biến chứng rong huyết bằng huyết sau hút chữa trên SMLT đã được xử trí ngoại khoa tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong năm 2020-2021 chúng tôi nhận thấy nguyên nhân chủ yếu là do rong huyết kéo dài (chiếm tỷ lệ 65,6%) dẫn tới thiếu máu, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống. Dù kích thước khối máu tụ chủ yếu là 3x4 cm (chiếm tỷ lệ 75%) và  $\beta$ hCG trung bình không cao: 2623,9 mUI/ml nhưng đều phải can thiệp bằng phương pháp ngoại khoa.

Trong 3 phương án can thiệp được đưa ra, chúng tôi lựa chọn bệnh nhân kỹ để phù hợp với ưu điểm của từng phương pháp can thiệp đồng thời hạn chế tối đa các can thiệp mổ mở. Tỷ lệ thành công chung của cả 3 phương pháp là 93,75%.

Chúng tôi không so sánh tỷ lệ thành công riêng của từng phương pháp vì tiêu chuẩn lựa chọn và thành công của từng can thiệp khác biệt nhau nên kết quả thành công không nên so sánh. Tuy nhiên, phương pháp hút nạo là phương pháp có 2 trường hợp thất bại duy nhất trong 32 đối tượng nghiên cứu.

Có thể giải thích phương pháp hút nạo dưới hướng dẫn của siêu âm rất khó lấy được khối máu tụ đã tổ chức hóa bám chặt vào thành cơ tử cung tại sẹo mổ lấy thai (SMFM), đồng thời có

thể do mạch máu tổn thương là mạch máu lớn nên sau hút lại nạo lại và bơm bóng foley chèn không có kết quả. 2 trường hợp thất bại này đều được chuyển sang mổ mở lấy khối máu tụ bảo tồn tử cung. Không có trường hợp nào trong nghiên cứu phải can thiệp mổ cắt tử cung.

Ưu điểm của phương pháp hút nạo lại nằm ở chỗ bệnh nhân không phải trải qua một cuộc phẫu thuật, nhưng chỉ áp dụng được cho các trường hợp khối máu tụ < 4 cm và độ dày cơ tử cung tại sẹo mổ lấy thai > 2mm và không có tình trạng tăng sinh mạch máu nhiều.

Sau hút có thể quan sát lượng máu chảy ra ngoài âm đạo. Nếu chảy máu có thể can thiệp hỗ trợ chèn bóng. Nếu máu âm đạo chảy ra nhiều tức thất bại phải chuyển mổ mở. Cũng có khi bệnh nhân sau chèn bóng hoặc khi rút bóng sau 48 giờ, máu vẫn tiếp tục chảy nhiều đánh giá là thất bại chuyển mổ mở.

Bệnh nhân Nguyễn Thị L (28 tuổi) khi hút chữa trên SMLT thai 10 tuần tuổi. Thời gian từ khi hút đến thời gian nhập viện lại vì ra máu là 10 ngày. Trong lần nhập viện, siêu âm tại vị trí vết mổ cũ có khối âm vang hỗn hợp kích thước 35 x 40mm và độ dày cơ tử cung vùng SMLT là 5,5mm nên chúng tôi quyết định hút lại buồng tử cung. Sau hút nạo lần thứ 2 buồng tử cung chảy máu nhiều khoảng 200ml máu đỏ tươi chuyển

mở mở. Trong quá trình mổ mở quan sát thấy độ dày cơ tử cung vùng sẹo mổ cũ không mỏng, vị trí chảy máu ở góc bên (T) tiến hành cắt lọc khâu cầm máu, bệnh nhân sau mổ ổn định không phải truyền máu. Nồng độ  $\beta$ hCG khi vào viện là 4587,0 mUI/ml, sau can thiệp chuyển mổ mở, nồng độ giảm xuống còn 151,6 mUI/ml sau 1 tuần điều trị. Kết quả giải phẫu bệnh trả về là hình ảnh tế bào máu thanh tở huyết hoại tử rất ít nguyên bào nuôi.

**Phương pháp mổ mở:** Đây là phương pháp có thể lấy bỏ triệt để khối máu tụ, cắt lọc lại sẹo mổ cũ xơ chai và cầm máu được các điểm rỉ máu. Tuy nhiên bệnh nhân phải một lần nữa mổ mở hậu phẫu sẽ nặng nề hơn. Chỉ áp dụng phương pháp này với những bệnh nhân khối máu tụ lớn > 4 cm, độ dày cơ tử cung mỏng < 2mm và tăng sinh mạch máu đe dọa chảy máu nhiều khi can thiệp.

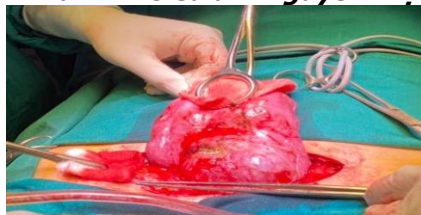
Trong 10 bệnh nhân mổ mở không có trường hợp bệnh nhân nào thất bại phải cắt tử cung. Những trường hợp phải quyết định mổ mở thường là do khối máu tụ lớn đè đẩy cả bàng quang, vùng cơ tử cung giữa sẹo mổ cũ và bàng quang giãn mỏng, mạch máu tăng sinh nhiều

Việc khó khăn nhất của trường hợp này là phải làm sao để gỡ dính và lấy được hết rau thai và khối máu tụ đã bám chặt vào sẹo mổ cũ mà không gây chảy máu nhiều vẫn phải bảo tồn tử cung cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu nhỏ này không có trường hợp nào được mổ nội soi lấy khối máu tụ vì chúng tôi phần nào vẫn sợ quá trình chảy máu có thể làm thao tác nội soi gặp trở ngại. Nếu được tiến hành nút mạch thì khả năng thành công khi nội soi lấy khối máu tụ sẽ cao hơn nhưng chi phí nút mạch thường cao nên phương pháp nút mạch chưa được phổ biến cho điều trị chữa vết mổ ở Việt Nam.



**Hình ảnh 1: siêu âm Nguyễn Thị V**



**Hình ảnh 2: khối máu tụ-rau phòng to khi**

**mổ mở của bệnh nhân Nguyễn Thị V**

Bệnh nhân Nguyễn Thị V (32 tuổi). Hai lần sinh mổ, tuổi thai của bệnh nhân khi hút chữa vết mổ là 6 tuần, bệnh nhân được hút chữa vết mổ tại một bệnh viện khác tại Hà Nội. Sau hút 1 tháng bệnh nhân đến bệnh viện Phụ Sản Hà Nội với tình trạng chảy máu âm đạo màu đỏ sẫm kéo dài. Trên siêu âm thấy kích thước khối tồn dư là 70 x 37mm, độ dày cơ tử cung vùng SMLT là 1,5mm và có hình ảnh của tăng sinh mạch máu trong khi nồng độ  $\beta$ hCG trước mổ rất thấp 1138,04 mUI/ml, do bệnh nhân đã được điều trị bằng methotrexate trước khi nhập viện. Sau khi được can thiệp bằng phương pháp mổ mở lấy khối máu tụ, bệnh nhân đã ổn định, không còn chảy máu.



**Hình 3. Mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân Nguyễn Thị V.**

Phương pháp mổ soi buồng tử cung lấy khối máu tụ và đốt điểm chảy máu: Soi buồng tử cung lấy khối máu tụ và rau và đốt điểm chảy máu là phương pháp phẫu thuật bớt xâm lấn hơn nhưng có khả năng lấy bỏ được khối máu tụ và đồng thời phát hiện được chính xác điểm mạch chảy máu đốt trực tiếp, nên hiệu quả và triệt để. Tuy nhiên cần phải tiến hành tương đối nhanh để giảm thời gian phẫu thuật, giảm lượng dịch bơm vào buồng tử cung và cơ thể. Vì vậy, nên chỉ áp dụng với khối máu tụ  $\leq$  4 cm và độ dày cơ tử cung tại vết mổ > 2mm.



**Hình 4. Ảnh nội soi trên BN Nguyễn Thị Vân A (31 tuổi)**

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 07 bệnh nhân được thực hiện soi buồng tử cung lấy khối máu tụ và đốt điểm chảy máu. Tỷ lệ thành công là 100%, tất cả bệnh nhân đều được lấy sạch được khối máu tụ, không có trường hợp nào bị

thủng tử cung, hoặc bị các tai biến như rối loạn nước điện giải. Tỷ lệ thành công của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Zhi-Da Qian (2017) là 95,56%. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu khi trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít 07 bệnh nhân và chúng tôi chỉ lựa chọn những ca khối máu tụ-rau không quá to < 4cm để soi buồng tử cung.

**Mối liên quan giữa kích thước khối máu tụ và kết quả điều trị:** có 2 trường hợp thất bại là nhóm có khối máu tụ kích thước từ 3 – 4cm (11,8%) và đều thuộc nhóm hút lại buồng tử cung. Điều này có thể giải thích là do với những khối máu tụ có kích thước 3 - 4 cm vốn chiếm tỷ lệ nhiều nhất và lại được hút. Những trường hợp khối máu tụ lớn chúng tôi đã lựa chọn phương pháp mổ mở để an toàn cho bệnh nhân. Vì vậy, kích thước của khối máu tụ có thể ảnh hưởng đến lựa chọn phương pháp điều trị nhiều hơn.

**Mối liên quan tăng sinh mạch máu và kết quả điều trị:** Trong 02 trường hợp điều trị thất bại: cả 2 trường hợp đều có tăng sinh mạch (11,8%).

Tỷ lệ thành công ở nhóm không tăng sinh mạch máu là 100%, cao hơn so với nhóm có tăng sinh mạch máu với 88,2% thành công. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Hai trường hợp thất bại đều có kích thước khối máu tụ nhỏ từ 3 – 4cm, có tăng sinh mạch lẽ ra nên được soi buồng tử cung. Tuy nhiên soi buồng tử

cung cần có kỹ năng cao hơn chính vì vậy sẽ ít được thực hiện hơn cách hút nạo lại.

Trong tương lai, chúng tôi sẽ thay thế dần phương pháp hút nạo lại cho khối máu tụ rau nhỏ bằng soi buồng tử cung và thay các phẫu thuật mổ mở khi khối máu tụ rau to bằng các phương pháp mổ nội soi ổ bụng.

## V. KẾT LUẬN

Khối máu tụ-rau hình thành sau hút chửa trên sẹo mổ lấy thai to hoặc gây băng huyết hoặc rong huyết kéo dài cần xử lý bằng các phương pháp ngoại khoa. Hút và nạo lại có ưu điểm dễ thực hiện nhưng hiệu quả không tuyệt đối. Soi buồng tử cung lấy bỏ khối máu tụ hiệu quả và cầm máu triệt để với điều kiện khối máu tụ không quá to và cơ tử cung không quá mỏng. Phẫu thuật mổ mở giải quyết tốt các vấn đề do khối máu tụ và rau nhưng là can thiệp xâm lấn nên thay thế bằng phương pháp nội soi.

## 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. Qian ZD, Weng Y, Du YJ. (2017) Management of persistent caesarean scar pregnancy after curettage treatment failure. BMC pregnancy and childbirth. Jul 1 2017;17(1):208. doi:10.1186/s12884-017-1395-4

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU KỸ THUẬT CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC ĐIỀU TRỊ KHỐI U PHÁT TRIỂN BÊN ĐẠI TRỰC TRÀNG

Nguyễn Công Long<sup>1</sup>, Lê Phú Tài<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu với mục đích nghiên cứu kết quả bước đầu thực hiện cắt tách dưới niêm mạc (ESD) khối u phát triển bên ở đại trực tràng (LSTs). **Đối tượng và phương pháp:** Tổng số 42 bệnh nhân được chẩn đoán có khối u phát triển bên ở đại trực tràng tại Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai được đưa thực hiện cắt tách dưới niêm mạc từ tháng 11/2018 đến 8/2021. **Kết quả:** Trong 42 khối u LSTs ở 42 bệnh nhân có kích thước lớn hơn 20 mm.

Tỷ lệ cắt được nguyên khối toàn bộ tổn thương đảm bảo rìa tổn thương không có u đạt 83,3%, không có bệnh nhân nào có biến chứng thủng. **Kết luận:** Phương pháp ESD là phương pháp hiệu quả an toàn trong điều trị tổn thương LST ở đại trực tràng.

**Từ khóa:** LST, ESD

### SUMMARY

#### EVALUATED THE RESULTS OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION OF COLORECTAL LATERALLY SPREADING TUMORS

**Objectives:** his study aims to evaluate the results of endoscopic submucosal dissection (ESD) colorectal laterally spreading tumors (LSTs). **Method:** A total of 42 patients were enrolled with colorectal laterally spreading tumors to perform ESD from 11/2018 to 8/2021 in Bachmai hospital. **Results:** At our institution, 42 consecutive superficial colorectal tumors larger than 20 mm in diameter in 42 patients were

<sup>1</sup>Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai

<sup>2</sup>Khoa tiêu hóa bệnh viện Việt xô

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long  
Email: nguyenconglongbvbmb@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 01.3.2022

Ngày duyệt bài: 9.3.2022