

paracetamol chiếm 13,0%, nguyên nhân virus chiếm 12,0%[4]. Nghiên cứu của tác giả Gow và cộng sự năm 2004 cho thấy nguyên nhân do paracetamol chiếm 36,0%, nguyên nhân các loại thuốc không phải paracetamol chiếm 6,0%, nguyên nhân virus chiếm 14,0%[5].

V. KẾT LUẬN

Suy gan cấp nguyên nhân do ngộ độc chiếm tỷ lệ nhiều nhất trong đó do thuốc đông y (35%), đứng thứ 2 là nguyên nhân do virus viêm gan B (18,3%), đứng thứ 3 là paracetamol (10%). Còn lại 28,2% là các nguyên nhân hiếm gặp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee, W.M., Etiologies of acute liver failure. *Semin Liver Dis*, 2008. **28**(2): p. 142-52.
2. Binh, N.G., Nghiên cứu áp dụng hệ thống hấp phụ phân tử tái tuần hoàn (MARS) trong điều trị suy gan cấp. Đề tài KHCN Độc Lập Cấp Nhà Nước Bộ Khoa Học và Công Nghệ, 2011.
3. Bernal, W., et al., Outcome after wait-listing for emergency liver transplantation in acute liver failure: a single centre experience. *J Hepatol*, 2009. **50**(2): p. 306-13.
4. Ostapowicz, G., et al., Results of a prospective study of acute liver failure at 17 tertiary care centers in the United States. *Ann Intern Med*, 2002. **137**(12): p. 947-54.
5. Gow, P.J., et al., Etiology and outcome of fulminant hepatic failure managed at an Australian liver transplant unit. *J Gastroenterol Hepatol*, 2004. **19**(2): p. 154-9.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHƯƠNG PHÁP HÚT THAI TRÊN SẸO MỔ LẤY THAI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Lê Thị Anh Đào¹, Mai Trọng Hưng²

TÓM TẮT

Chửa trên sẹo mổ lấy thai là một bệnh lý phụ khoa chưa có phác đồ điều trị thống nhất. Xu hướng điều trị hiện nay là can thiệp tối thiểu, bảo tồn được tử cung.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp hút thai chửa trên SMLT 8-10 tuần tuổi và sơ bộ phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, lựa chọn các bệnh nhân chửa trên SMLT 8-10 tuần tuổi đủ điều kiện hút thai. Theo dõi sau hút đánh giá kết quả và yếu tố liên quan qua thuật toán so sánh 2 trung bình và khi bình phương. **Kết quả:** tỷ lệ hút thai thành công 89,7%. Tuổi thai 8 tuần tỷ lệ hút thành công cao nhất 95,7%; độ phân loại Shih I và II có tỷ lệ hút thành công 91,2% cao hơn độ Shih III 60%. **Kết luận:** Hút thai là phương pháp điều trị có kết quả cao cho chửa trên SMLT 8-10 tuần. Tuổi thai, xu hướng phát triển của khối chửa và tình trạng tăng sinh mạch máu có liên quan đến kết quả hút thai.

Từ khóa: chửa trên sẹo mổ lấy thai, hút thai, yếu tố liên quan

SUMMARY

RESULT AND RISK FACTORS OF VACUUM ASPIRATION FOR CESAREAN SCAR PREGNANCY

Cesarean scar pregnancy (CSP) is a gynecological disease with no unified treatment regimen. Current treatment trend is minimal intervention, preserving the uterus. **Objectives:** To evaluate the effectiveness of

treatment of vacuum aspiration for CSP of 8-10 gestation and to analyse the risk factors affecting the results. **Methods:** a cross-sectional study, select the CSP patients at 8-10 weeks of gestation who are eligible for vacuum aspiration. Follow-up after aspiration evaluates the results and related factors. **Results:** successful abortion rate 89.7%. At 8 weeks' gestation, the successful suction rate is highest 95.7%; Grade I,II Shih classification have the successful rate is 91.2% higher than that of Shih III is 60%. **Conclusions:** Vacuum aspiration is a highly effective treatment for CSP from 8 to 10 weeks gestation. Gestational age, type of gestational mass and hypervascular phenomenon are related the outcome of aspiration.

Key words: vacuum aspiration, cesarean scar pregnancy, risk factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa trên sẹo mổ lấy thai là một hình thái chửa ngoài tử cung đặc biệt có xu hướng gia tăng trong thời gian gần đây. Trên thế giới các phương pháp điều trị được báo cáo vô cùng đa dạng thuộc các phương pháp nội khoa, ngoại khoa, nút động mạch và phối hợp. Theo Petersen có 14 phương pháp điều trị chửa trên SMLT đã được tổng kết với tỷ lệ thành công khác nhau¹. Mặc dù có nhiều phương pháp điều trị đối với bệnh lý này nhưng chưa có 1 phương pháp nào chứng minh được tính tối ưu và phác đồ điều trị thống nhất cho căn bệnh này hiện tại vẫn chưa có. Nguyên nhân của vấn đề do có quá nhiều yếu tố ảnh hưởng đến việc lựa chọn phương pháp và hiệu quả của từng phương pháp: như tuổi thai, xu hướng phát triển của túi thai, độ dày của cơ tử cung tại vị trí vết mổ, tình

¹Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2022

Ngày duyệt bài: 7.3.2022

trạng tăng sinh mạch, nhu cầu sinh đẻ của người bệnh và kỹ năng phẫu thuật của thầy thuốc.

Tại Việt Nam hai phương pháp điều trị phổ biến đối với chửa trên SMLT chính là hút thai và phương pháp phẫu thuật mổ mở lấy khối chửa và bảo tồn tử cung. Ngoài ra có thể phối hợp với tiêm Methotrexate tại túi ối và toàn thân kết hợp trước hoặc sau thủ thuật, phẫu thuật để tăng tỷ lệ thành công cho 2 phương pháp hút và mổ.

Chửa trên SMLT thường được phát hiện ở khoảng 8 tuần² vì vậy hút thai là một phương pháp điều trị khá phổ biến cho bệnh lý này. Tuy nhiên nếu tuổi thai lớn hơn thì phương pháp hút có còn hiệu quả hay không. Và nếu là phương pháp hiệu quả thì những yếu tố nào quyết định sự thành công của phương pháp hút. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp hút thai chửa trên SMLT 8-10 tuần tuổi và sơ bộ phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: dựa trên siêu âm đầu dò âm đạo kết hợp với siêu âm đường bụng theo tiêu chuẩn chẩn đoán chửa trên SMLT của RCOG 2014³.

Tuổi thai từ 7 tuần 1 ngày đến 9 tuần 6 ngày (dựa vào chiều dài đầu mông hoặc ngày đầu kì kinh cuối nếu kinh đều).

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

Toàn trạng ổn định, không băng huyết âm đạo.

Tiêu chuẩn loại trừ 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 MTX phối hợp hút: áp dụng cho bệnh nhân có 1 hoặc nhiều đặc điểm sau:

Tuổi thai 9,10 tuần; β hCG > 100.000 UI/l và tăng sinh mạch máu nhiều; phân loại Shih⁴ độ II hoặc III.

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.

Nhóm hút đơn thuần: tất cả trường hợp còn lại trong tuổi thai 8-10 tuần sẽ hút trực tiếp.

Tiêu chuẩn thành công của cả 2 nhóm: Hút sạch không chảy máu nhiều và không phải chuyển phương pháp điều trị khác.

Tiêu chuẩn thất bại: Phải chuyển sang mổ mở do chảy máu nhiều (ngay khi hút hoặc khi chèn bóng foley tại vị trí vết mổ hoặc khi rút bóng foley) hoặc thủng tử cung; tất cả trường hợp phải truyền máu.

Các số liệu thu thập được xử lý bằng thuật toán so sánh 2 trung bình và Khi bình phương. Bệnh nhân được giải thích quy trình điều trị và kí cam kết tham gia nghiên cứu. Đề tài được thông qua tại Hội đồng Y Đức và theo phác đồ điều trị của bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 39 bệnh nhân thai 8-10 tuần tuổi đủ tiêu chuẩn lựa chọn tham gia nghiên cứu. 29 bệnh nhân hút trực tiếp và 10 bệnh nhân được diệt phôi và tiêm MTX toàn thân 200 mg sau đó hút.

Bảng 1. Kết quả điều trị của hút đơn thuần và MTX+ hút thai

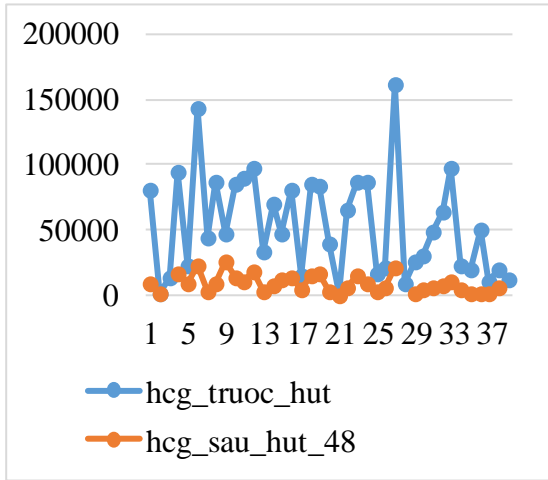
Tuổi thai	Hút thai đơn thuần		MTX + hút thai		Tổng
	Thành công	Thất bại chuyển mổ	Thành công	Thất bại chuyển mổ	
7 tuần 1 ngày – 8 tuần 0 ngày (n = 23)	20 87,0%	1 4,3%	2 8,7%	0 0%	23 (100%)
8 tuần 1 ngày – 9 tuần 0 ngày (n = 12)	7 58,3%	1 8,3%	3 25,0%	1 8,3%	12 (100%)
9 tuần 1 ngày – 10 tuần 0 ngày (n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

Tỉ lệ hút thai thành công của nhóm chửa trên SMLT 8-10 tuần là 89,7%: nhóm hút thai đơn thuần là 93,1% (27/29 bệnh nhân), nhóm MTX+ hút chiếm 70% (7/10 bệnh nhân).

Có 5 trường hợp (chiếm 13,0%) phải chuyển

mổ mở để cầm máu và lấy khối hỗn hợp rau và máu, bảo tồn tử cung.

Kết quả hút thai cho thấy 38/39 bệnh nhân được hút hết túi thai, chiếm tỉ lệ 97%.



Biểu đồ 1. Biến đổi βhCG sau hút 48h

Lượng máu mất trung bình của nhóm hút thai đơn thuần là 190,0 ± 57,8 ml ít hơn nhóm MTX+hút là 358,0 ± 207,0 ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 2. Liên quan giữa kết quả điều trị và tuổi thai

Kết quả điều trị	Tuổi thai		Tổng	p
	7w1d - 8w0d	8w1 - 10w0d		
Thành công	22	12	34	0,046
Không thành công	1	4	5	
Tổng	23	16	39	

Nhận xét: Tỷ lệ thành công của phương pháp hút thai thai 8 tuần là 95,7%, thai 9-10 tuần là 75%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p < 0,05.

Bảng 3. Liên quan giữa kết quả điều trị và nồng độ βhCG lúc nhập viện

Kết quả điều trị	Nồng độ βhCG lúc vào viện		Tổng	p
	< 50.000	≥ 50.000		
Thành công	10	24	34	0.562
Không thành công	1	4	5	
Tổng	11	28	39	

Nhận xét: Kết quả điều trị chữa trên SMLT từ 8 – 10 tuần bằng phương pháp hút thai với nồng độ βhCG lúc nhập viện không có mối liên quan với p > 0,05.

Bảng 4. Liên quan giữa kết quả điều trị và phân loại Shih

Kết quả điều trị	Phân loại Shih			p
	Độ I + II	Độ III	Tổng	
Thành công	31	3	34	0,048

Không thành công	3	2	5	
Tổng	34	5	39	

Nhận xét: - Không có trường hợp nào Shih IV.
- Tỷ lệ hút thành công của các ca độ Shih I+II là 91,2%, Shih III chỉ còn 60%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 5. Liên quan giữa kết quả điều trị và tình trạng tăng sinh mạch trước hút thai

Kết quả điều trị	Tăng sinh mạch máu		Tổng	P
	Nhiều	Ít		
Thành công	26	8	34	0,528
Không thành công	5	0	5	
Tổng	31	8	39	

Nhận xét: - Kết quả hút chữa trên SMLT từ 8 – 10 tuần không liên quan với tình trạng tăng sinh mạch máu trong nghiên cứu này.

- Không có trường hợp tăng sinh mạch máu ít nào hút thất bại trong nghiên cứu này.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về kết quả hút thai đơn thuần và MTX phối hợp với hút thai trên SMLT 8-10 tuần. Cho đến nay trên thế giới vẫn chưa có phác đồ điều trị thống nhất và cụ thể cho chữa trên SMLT. Khuyh hướng hiện nay là điều trị bảo tồn nội khoa và can thiệp ngoại khoa tối thiểu tránh các phẫu thuật lớn và duy trì được khả năng sinh sản cho người bệnh sau này.⁵ Việc lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp tùy theo từng trường hợp dựa vào: tuổi thai, kích thước túi thai, vị trí túi thai, mức độ tăng sinh mạch máu quanh túi thai, nồng độ βhCG trong máu và mức độ băng huyết của người bệnh.⁶ Với 4 phương pháp điều trị chính: (1) Nong và nạo khối thai, (2) điều trị nội khoa bằng MTX,⁷ (3) nút động mạch tử cung, (4) Soi BTC, nội soi ổ bụng và phẫu thuật mở bụng, các phương pháp này có thể thực hiện riêng rẽ hay phối hợp.⁸

Trong 39 bệnh nhân chữa trên SMLT từ 8-10 tuần tuổi, chúng tôi hút thai đơn thuần cho 29 bệnh nhân chiếm 74% số bệnh nhân, 10 bệnh nhân có nguy cơ chảy máu cao nên được điều trị diệt phôi bằng methotrexate tại chỗ và toàn thân chiếm 26%. Tỷ lệ hút thành công chung cho cả 2 nhóm là 35 bệnh nhân, chiếm 89,7 %.

Tỷ lệ bệnh nhân phải chuyển phẫu thuật lấy khối chữa do hút thất bại hay chảy máu chiếm 12,8%. Theo Đỗ Thị Ngọc Lan (2012) tỷ lệ thành công của phương pháp hút thai đơn thuần là 96,1% cao hơn của chúng tôi do đối tượng nghiên cứu của tác giả phần lớn tuổi thai dưới 7

tuần.⁹ theo Đinh Quốc Hưng (2011) là 44,4%.¹⁰ thấp hơn hẳn so với chúng tôi, có thể do sự hoàn thiện của kỹ thuật hút thai chữa trên SMLT, cầm máu và những can thiệp điều trị nội trước khi hút thai của chúng tôi đã cho kết quả tốt hơn những nghiên cứu trong thời gian trước.

Trong nghiên cứu này bệnh nhân được hút thai tại phòng mổ và được theo dõi sát 6 giờ đầu sau hút, và định lượng β hCG 48h sau hút. Nồng độ β hCG giảm tốt sau hút 48h từ 69302 m UI/ml xuống 37021 m UI/ml. Có một bệnh nhân 5 giờ sau hút đang được đặt sonde foley bơm buồng tử cung có biểu hiện chảy máu qua sonde nhiều phải chuyển mổ cấp cứu. Không có trường hợp nào có hiện tượng băng huyết khi đã ra viện trong thời gian 2 tháng sau hút. Tỷ lệ băng huyết sau hút là 2,6 % của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Đinh Quốc Hưng với tỷ lệ là 18,3% (13/71 trường hợp).¹⁰

5 trường hợp thất bại thì có 3 trường hợp β hCG > 90000 mUI/ml 1 trường hợp > 70000 và 1 trường hợp thai lưu β hCG thấp chỉ 13414 mUI/ml. Trong 3 trường hợp β hCG > 90000 có 1 trường hợp không diệt phôi mà hút luôn. 2 trường hợp >90000 còn lại và trường hợp > 700000 đều được diệt phôi và tiêm MTX toàn thân thì kết quả β hCG xuống thấp nhưng vẫn có biểu hiện chảy máu. Trường hợp thai lưu β hCG rất thấp nhưng lại là loại chữa trên SMLT độ Shih III và vì vậy khi hút và bơm bóng foley vẫn chảy máu nhiều. Cả 5 trường hợp thất bại đều có tình trạng tăng sinh mạch máu nhiều. Vậy câu hỏi đặt ra đó là: yếu tố nào quyết định nguy cơ chảy máu: tuổi thai hay β hCG hay mức độ phát triển về phía bàng quang hay tình trạng tăng sinh mạch máu hay tất cả các yếu tố này đều là nguy cơ chảy máu nhiều?

4.2. Môi liên quan giữa tuổi thai và kết quả điều trị. Kết quả của nghiên cứu cho thấy tỉ lệ hút thai thành công chữa SMLT 8 tuần là 95,7 %. Ở tuổi thai 9 tuần có 12 bệnh nhân, tỉ lệ hút thành công thấp hơn là 83,3%. Ở tuổi thai 10 tuần chỉ có 4 ca được chỉ định hút thai với đặc điểm đều được điều trị nội khoa trước hút, β hCG đều nhỏ hơn 50000 mIU/ml sau điều trị nội. Nhóm tuổi thai 9-10 tuần có tỉ lệ hút thất bại là 25%.

Nhiều tác giả trong nước và thế giới cũng đã ghi nhận sự liên quan có ý nghĩa của tuổi thai với kết quả điều trị. Nghiên cứu của Đinh Quốc Hưng cho thấy tỷ lệ điều trị thành công ở tất cả các phương pháp với thai trên SMLT dưới 6 tuần là 89,5%, thai 6-7 tuần là 93%, thai > 8 tuần là 60%.¹⁰ Timor-trisch tổng hợp được 751 trường

hợp CSMLT báo cáo trong y văn: Tỷ lệ thành công của các phương pháp điều trị ở tuổi thai dưới 6 tuần: 80,8%, 7 tuần là 68,6%, 8 tuần là 35%, 9-15 tuần là 12,5%. Như vậy tuổi thai càng nhỏ tỷ lệ điều trị thành công càng cao điều này đúng ngay cả khi bệnh nhân được điều trị bằng những phương thức có tỷ lệ biến chứng cao trong giai đoạn sớm của thai kỳ.¹²

4.3. Môi liên quan giữa β hCG và kết quả điều trị. β hCG có liên quan đến kết quả điều trị chữa trên SMLT hay không? β hCG do gai rau tổng hợp nên vì vậy β hCG huyết thanh càng cao gai rau càng phát triển, hệ thống mạch máu nuôi rau càng nhiều. Như vậy, β hCG rất có thể có liên quan đến tình trạng chảy máu. Chính vì vậy khi lượng β hCG quá cao > 50000 mUI/ml hoặc thậm chí > 100.000 mUI/ml ở các thai sống trong nghiên cứu này chúng tôi đã tiến hành diệt phôi bằng tiêm MTX tại túi ối và toàn thân để giảm β hCG xuống hiệu quả sau 1 tuần. Lấy mốc β hCG 50000 UI/l khi vào viện là ngưỡng so sánh thì chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa β hCG và kết quả điều trị. Do điều trị MTX tại chỗ và toàn thân có thể giảm được β hCG và tăng tỷ lệ hút thành công các trường hợp chữa trên SMLT 8-10 tuần.

Theo nghiên cứu năm 2009 của Jian – Hua Wang và cộng sự, việc điều trị nội khoa kết hợp hút thai giúp giảm thời gian nồng độ β hCG trở về bình thường, giảm thời gian tồn tại khối chữa SMLT qua đó rút ngắn thời gian theo dõi sau điều trị. Tuy nhiên không có sự khác biệt về tỉ lệ thành công và biến chứng so với nhóm chỉ điều trị nội khoa đơn thuần.

4.4. Môi liên quan giữa độ phân loại Shih và kết quả điều trị. Năm 2010, tác giả Diêm Thị Thanh Thủy đưa ra mối liên quan giữa vị trí túi thai và kết quả điều trị.⁶ Trong nghiên cứu của Shin Yu Lin và cộng sự cũng thấy vị trí túi thai có liên quan mật thiết với hướng điều trị chữa SMLT qua phân độ Shih.

Theo kết quả của nghiên cứu này, những ca Shih I+II tỉ lệ hút thành công là 91,2%, ở nhóm Shih III tỷ lệ này chỉ còn 60%. Cụ thể nhóm Shih I toàn bộ đều được hút thai thành công, Shih II tỉ lệ hút thành công là 90% tuy nhiên có đến 18 ca chiếm 86% phải đặt bóng Foley để cầm máu; nhóm Shih III chỉ có 5 đối tượng, tỉ lệ hút thai thành công còn 60%. Với Shih III, là nhóm mà khối chữa lỗi hẳn ra bên ngoài chỉ còn 1 lớp cơ tử cung rất mỏng phủ phía trước, việc lấy hết túi thai rau cũng đã khó khăn, sau đó việc cầm máu sau hút cũng vẫn rất nan giải. Trong điều kiện hiện nay, sau hút dùng bóng foley bơm cầm máu

tại vị trí SMLT cũ là phương án tương đối hiệu quả, chúng tôi thường lưu sonde 48h sau hút rồi mới rút sonde và theo dõi có tiếp tục ra máu tươi nữa không. Trong nghiên cứu 3 bệnh nhân được xếp loại Shih III dù được hút thành công nhưng đều đòi hỏi thời gian nằm viện dài sau hút nhằm theo dõi, giảm áp dẫn bóng foley để phòng tai biến băng huyết sau hút.

Vị trí túi ối quá lệch về một bên của sẹo mổ lấy thai cũng làm ảnh hưởng đến kết quả hút thai. Một ca hút thất bại với đặc điểm: 32 tuổi, PARA 2012, mổ đẻ 2 lần, tuổi thai 8 tuần, β hCG lúc vào viện 70886 mIU/ml, siêu âm 01 thai chửa SMLT 8 tuần 0 ngày, CRL 16.7 mm có hoạt động tim thai, cơ tử cung còn lại 3,3 mm, tăng sinh mạch nhiều, được xếp loại Shih III. Bệnh nhân được điều trị MTX tại chỗ và toàn thân trước khi hút thai, sau điều trị β hCG 12099mIU/ml, khối thai chỉ còn là khối âm vang hỗn hợp không quan sát thấy phôi thai đường kính 30 mm, tăng sinh mạch nhiều. bệnh nhân được chỉ định hút thai tại phòng mổ, quá trình hút khối thai nằm lệch góc phải vết mổ, phẫu thuật viên không thể lấy hết được khối thai, máu chảy đường âm đạo 400 ml, phẫu thuật viên quyết định chuyển mổ mở để lấy khối chửa, bảo tồn tử cung thành công.

4.5. Mối liên quan giữa tình trạng tăng sinh mạch máu và kết quả điều trị

Yếu tố tăng sinh mạch máu ở khối chửa tại SMLT cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến chỉ định điều trị và sự thành công của các phương pháp điều trị, hiện tượng tăng sinh mạch máu cũng tương đối phổ biến trong chửa trên SMLT tuổi thai lớn. Khi siêu âm màu, chúng ta có thể quan sát thấy những động, tĩnh mạch giãn to ngoằn ngoèo quanh và trong khối chửa. Khi hút hoặc phẫu thuật đối với khối chửa càng tăng sinh mạch máu nhiều thì nguy cơ chảy máu càng cao, khả năng cầm máu càng khó khăn hơn.

Kết quả của nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa mức độ tình trạng tăng sinh mạch với kết quả điều trị. Tuy nhiên, tất cả các bệnh nhân được mô tả mạch máu tăng sinh ít được hút thai đều có đạt kết quả thành công. Còn lại 31 ca được mô tả tăng sinh mạch nhiều, tỉ lệ hút thành công ở nhóm này là 83,9%. Trong nhóm bệnh nhân có điều trị nội khoa trước hút, hút thai thành công với 7 trường hợp, 03 trường hợp hút thất bại, tất cả các trường hợp hút thất bại đều có tình trạng tăng sinh mạch máu nhiều.

Một khó khăn nữa là nhận định tăng sinh mạch máu nhiều hay ít mang tính chất chủ quan dựa vào kinh nghiệm của người làm siêu âm, rất

khó lượng hóa. Chính vì vậy cần có một tiêu chuẩn cụ thể hơn để xác định chính xác hơn tình trạng này.

Hạn chế của nghiên cứu là không xây dựng thử nghiệm lâm sàng có đối chứng được vì thực tế lựa chọn được 2 nhóm tương đồng nhau về các yếu tố nguy cơ của bệnh lý chửa trên sẹo mổ lấy thai khá khó khăn.

V. KẾT LUẬN

Hút thai là một phương pháp điều trị đạt hiệu quả thành công 89,7% trong chửa trên sẹo mổ lấy thai tuổi thai 8-10 tuần. Các yếu tố tuổi thai, nồng độ β hCG và độ phân loại Shih có liên quan đến sự thành công hay thất bại của phương pháp này. Trong trường hợp có nguy cơ chảy máu cao nên sử dụng methotrexate diệt phôi và tiêm toàn thân chuẩn bị trước hút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Petersen KB, Hoffmann E, Larsen CR.** Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. *Fertility and Sterility*. 2016; 105(4) doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.12.130>
- Russell M, Timor-Tritsch IE, GB C.** SMFM consult serie 49: cesarean scar pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2020;222(5):2-14.
- Royal College of Obstetrics and Gynecology.** Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy (Green-top Guideline No. 21- 2016). 2016.
- Shin-Yu Lin.** 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)doi:doi: 10.1371/journal.pone.0202020
- Yan ACM.** Report of four cases of cesarean scar pregnancy inaperiod of 12 months Department of obstetrics and gynaecology, United Christian Hospital, Hong Kong. *Hong kong Med J.* 2007;13:141-143.
- Diễm Thị Thanh Thủy, Nguyễn Huy Bảo.** Nhận xét 24 trường hợp chửa trên sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội 2009. Hội nghị Sản Phụ khoa Việt Pháp 2010; 2010.
- Sevket O, Keskin S, Ates S, et al.** Is methotrexate administration needed for the treatment of caesarean section scar pregnancy in addition to suction curettage? *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2014;19:128-133.
- Phan Quyên.** Thai ngoài tử cung ở sẹo mổ lấy thai. *Sức khỏe sinh sản.* 2012:1-7.
- Đỗ Thị Ngọc Lan.** Tình hình điều trị chửa tại sẹo mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 3/2011 đến hết tháng 2/2012. *Tạp chí Sản Phụ Khoa* 2012;10(4):173-183.
- Đinh Quốc Hưng.** Nghiên cứu chửa ở sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Luận văn thạc sỹ y học, Đại Học Y Hà Nội.; 2011.