

SVV có vai trò đánh giá theo dõi và hướng dẫn bù dịch ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn, chỉ số sức cản mạch hệ thống SVRI có vai trò trong đánh giá theo dõi và hướng dẫn sử dụng thuốc co mạch, sức co bóp cơ tim INO có vai trò trong đánh giá theo dõi và hướng dẫn sử dụng thuốc tăng co bóp cơ tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Derek C.A, Tom van der Poll** (2013). Severe Sepsis and Septic Shock. *N Engl J Med*, 369: 840-851.
2. **Hunter J.D, Doddi M** (2010). Sepsis and the heart. *British Journal of Anaesthesia*, 104 (1):3-11.
3. **Dellinger R.P, Levy M.M, Rhodes A, Annae D et al** (2013). "Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012". *Intensive Care*

4. **Steven M H, Tom SA, Djillali A et al** (2004). Practice parameters for hemodynamic support of sepsis in adult patients: 2004 update. *Crit Care Med*, 32 (9): 1928-1948.
5. **McLean B, Janice IZ et al** (2007). Monitoring blood flow, oxygenation and acid-base status. In *Fundamental critical care support*. Society of Critical Care Medicine. Fourth edition. 6-1- 6.17.
6. **Nguyễn Quốc Kính, Nguyễn Thị Thu Yến** (2016). Đánh giá thay đổi huyết động đo bằng USCOM ở bệnh nhân phẫu thuật chấn thương được truyền dịch tinh thể và dịch keo trước gây tê tủy sống. *Tạp chí y học thực hành*, số 1015: 135- 140.
7. **Roeleveld P, Klerk JA** (2017). The Perspective of the Intensivist on Inotropes and Postoperative Care Following Pediatric Heart Surgery: An International Survey and Systematic Review of the Literature. *World J Pediatr Congenit Heart Surg*; 20(4):342-49.

TỶ LỆ ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG THAI NHỎ ≤8 TUẦN BÁM SẸO MỔ LẤY THAI BẰNG HÚT THAI DƯỚI SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Phạm Thị Yến¹, Hoàng Thị Diễm Tuyết¹, Nguyễn Thị Lựu¹
Hoàng Thị Thu Huyền¹, Nguyễn Thị Hải Yến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỉ lệ thành công của phương pháp hút thai dưới siêu âm đối với thai nhỏ hơn hay bằng 8 tuần bám sẹo mổ lấy thai (SMLT). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca khảo sát 100 trường hợp được chẩn đoán xác định là thai ≤ 8 tuần bám sẹo mổ lấy thai nhập và điều trị ban đầu bằng phương pháp hút thai dưới siêu âm tại khoa Phụ Ngoại Ung Bướu bệnh viện Hùng Vương từ tháng 01/06/2020 đến tháng 01/06/2021. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của các đối tượng này là 36,2 ± 4,9 tuổi. Triệu chứng thường gặp nhất là ra huyết âm đạo có hoặc không kèm theo đau bụng 23%. Tuổi thai trung bình là trung bình 5,9±0,9 tuần. Đa số trường hợp thai bám SMLT là không có tim thai chiếm 79%. Kích thước trung bình khối thai trước can thiệp thủ thuật là 21,3±9,6 mm. Bề dày cơ tử tại SMLT trung bình là 3,3 ± 1,0 mm. COS2- chiếm đa số với 75%, COS2- chiếm số ít với 25%. Nồng độ β-hCG trung bình trước can thiệp 48331,2 ± 37350 mUI/ml. Tỉ lệ thành công của điều trị thai ≤8 tuần bám SMLT bằng phương pháp hút thai dưới SA là 92%, thất bại là 8%. **Kết luận:** Hút thai dưới SA trong điều trị thai ≤8 tuần bám SMLT, có bề dày cơ tử cung trên 2mm có thể được cân nhắc là một phương

pháp điều trị an toàn, hiệu quả.

Từ khóa: Mổ lấy thai, hút thai, siêu âm

SUMMARY

THE SUCCESSFUL TREATMENT OF ≤8 WEEKS WITH CESAREAN SECTION SCARS BY ASPIRATION UNDER ULTRASOUND AT HUNG VUONG HOSPITAL

Objectives: Determine the success rate of the method of abortion under ultrasound for fetuses less than or equal to 8 weeks of cesarean section scarring. **Methods:** Descriptive study of a series of 100 cases with confirmed diagnosis of 8 weeks' gestation with cesarean delivery and initial treatment by ultrasound suction method at the hospital. Oncology Assistant at Hung Vuong Hospital from June 1, 2020 to June 1, 2021. **Results:** The mean age of these subjects was 36.2 ± 4.9 years old. The most common symptom was vaginal bleeding with or without abdominal pain, accounting for 23%. The mean gestational age was 5.9±0.9 weeks. The majority of fetuses with SMLT were without fetal heart rate, accounting for 79%. The average size of the fetal mass before surgical intervention was 21.3±9.6 mm. The average thickness of the mechanism at SMLT is 3.3 ± 1.0 mm. COS2- makes up the majority with 75%, COS2- makes up the minority with 25%. The mean β-hCG concentration before intervention with 48331.2 ± 37350 mUI/ml. The success rate of the treatment of ≤8 weeks of implantation by the sub-SA suction method is 92%, and the failure rate is 8%. **Conclusion:** Aspiration below SA in the treatment of fetuses ≤8 weeks of implantation, with uterine muscle thickness greater

¹Bệnh viện Hùng Vương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Diễm Tuyết

Email: tuyethoang05@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 2.12.2022

Ngày phản biên khoa học: 10.01.2023

Ngày duyệt bài: 9.2.2023

than 2mm can be considered as a safe and effective treatment method. **Keywords:** Caesarean section, abortion, ultrasound

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai bám sẹo mổ lấy thai (SMLT) là tình trạng thai bám và làm tổ ở sẹo mổ hoặc khe hở của SMLT. Tỷ lệ thất bại của bệnh lý này chưa biết chính xác nhưng theo một số báo cáo xuất độ khoảng 1/2500-1/1800 ở những phụ nữ có tiền căn mổ sanh [1],[2]. Trường hợp đầu tiên được báo cáo bởi Larsen và Solomon năm 1978. Trong những năm gần đây tỷ lệ bám SMLT gia tăng, có thể do do tình trạng mổ lấy thai trên thế giới và trong nước ngày càng tăng, sự phát triển và tăng ứng dụng máy siêu âm (SA) đặc biệt là SA đầu dò âm đạo giúp phát hiện thai giai đoạn sớm, cùng với sự hiểu biết và quan tâm nhiều hơn của nhân viên y tế trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý này [3],[4]. Thai bám SMLT có thể dẫn đến các biến chứng trầm trọng như vỡ tử cung, xuất huyết ồ ạt phải cắt tử cung cũng như những biến chứng nguy hiểm cho sản phụ khi thai kỳ tiếp tục phát triển. Theo Timor-strisch biến chứng này chiếm đến 44% [5]. Vì vậy cần chẩn đoán sớm, chính xác và xử trí phù hợp để bảo tồn sức khoẻ và chức năng sinh sản của người phụ nữ. Điều trị ngoại khoa có các can thiệp như lấy khối thai bám SMLT qua nội soi buồng tử cung, nội soi ổ bụng hoặc mở bụng hở, nạo hút buồng tử cung hoặc thuyên tắc động mạch tử cung. Mục đích điều trị là làm chết phôi, loại bỏ túi thai và bảo tồn chức năng sinh sản của người phụ nữ.

Bệnh viện Hùng Vương là một trong những bệnh viện phụ sản lớn nhất thành phố Hồ Chí Minh. Tại đây thai bám SMLT khi nhập viện sẽ được chẩn đoán và điều trị bởi các phương pháp khác nhau tùy vào độ tuổi, tuổi thai cũng như tiền căn sản khoa. Thai trên 12 tuần được xử trí bằng phẫu thuật mổ bụng lấy khối thai bảo tồn cơ tử cung hay cắt tử cung trong những trường hợp khó. Thai dưới hay bằng 12 tuần được tiêm Methotrexate (MTX) tại chỗ kết hợp với đường toàn thân và thoát lưu khối máu tụ nếu cần với tỷ lệ thành công trên 90%. Điều trị nội khoa có thể giúp tránh nguy cơ phẫu thuật và bảo tồn được khả năng sinh sản nhưng đòi hỏi sự kiên nhẫn của bệnh nhân (BN) cũng như thầy thuốc bởi khối thai có thể tồn tại hàng tháng đến cả năm. Đồng thời việc nằm viện lâu và theo dõi kéo dài không những làm tăng chi phí điều trị mà còn làm tốn nhiều thời gian và công sức của người bệnh.

Hút thai dưới siêu âm (SA) được xem là

phương pháp điều trị tiện lợi, thời gian nằm viện và theo dõi ngắn hơn điều trị nội khoa vì vậy sẽ giảm được chi phí điều trị. Nhiều nghiên cứu cho rằng nạo và nạo chỉ nên là phương pháp điều trị hỗ trợ vì có thể gây xuất huyết ồ ạt và theo Rotas tỉ lệ thất bại lên đến 76,1%. Tuy nhiên, theo nhiều tác giả hút thai bằng lực hút chân không sẽ cho tỉ lệ thành công cao hơn và dưới hướng dẫn SA sẽ kiểm soát được biến chứng. Đồng thời một số nghiên cứu cũng chứng minh rằng việc điều trị này nếu có chọn lọc sẽ đạt hiệu quả và độ an toàn khá cao. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá "Tỷ lệ điều trị thành công thai nhỏ ≤ 8 tuần bám sẹo mổ lấy thai bằng hút thai dưới siêu âm tại bệnh viện Hùng Vương". Mục tiêu nghiên cứu: *Xác định tỉ lệ thành công của phương pháp hút thai dưới siêu âm đối với thai nhỏ hơn hay bằng 8 tuần bám sẹo mổ lấy thai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca hồi cứu

Đối tượng nghiên cứu. Những BN được chẩn đoán xác định là thai ≤ 8 tuần bám SMLT theo tiêu chuẩn Vial và cộng sự, nhập và điều trị ban đầu bằng phương pháp hút thai dưới siêu âm tại khoa Phụ Ngoại Ung Bướu bệnh viện Hùng Vương từ tháng 01/06/2020 đến tháng 01/06/2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

+ Bề dày cơ tử vị trí SMLT giữa túi thai và bàng quang ≥ 2 mm.

+ Chưa can thiệp phá thai ngoại khoa hay nội khoa trong lần mang thai này.

+ BN nhớ ngày kinh chót, với chu kì kinh đều 28-35 ngày.

+ Buồng tử cung rỗng, không tiếp xúc với túi thai

+ Ống cổ tử cung rỗng, không tiếp xúc với túi thai

+ Sự mất liên tục ở thành trước tử cung thấy trên hình ảnh cắt dọc tử cung khi hướng tia siêu âm đi qua túi ối

+ Hiện diện túi thai có hoặc không có phôi thai và tim thai (tùy theo tuổi thai) ở giữa bàng quang và phần trước của tử cung

+ Không có hoặc thiếu tổ chức cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai.

Tiêu chuẩn loại trừ

+ BN có HSBA không đủ thông tin NC

+ BN mất đầu như bỏ điều trị, không tuân thủ điều trị

+ BN xuất huyết âm đạo ≥ 200 ml hoặc huyết động không ổn định trước can thiệp thủ thuật.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu toàn bộ từ tháng 01/06/2020 đến tháng 01/06/2021.

Phương pháp tiến hành

- **Bước 1:** Sàng lọc đối tượng. Qua hệ thống máy tính bệnh viện Hùng Vương chúng tôi tra cứu được 351 hồ sơ nhập viện khoa Phụ Ngoại Ung Bướu từ tháng 01/06/2020-01/06/2021 với mã ICD O00.8.

Thông qua việc tra cứu trên, chúng tôi có được những thông tin cá nhân của bệnh nhân cũng như số nhập viện, mã hồ sơ của bệnh nhân. Từ đó, chúng tôi tìm được 294 HSBA có chẩn đoán thai bám SMLT và tiến hành mượn HSBA từ kho lưu trữ.

- **Bước 2:** Thu thập số liệu

Chúng tôi nghi nhận thông tin vào bảng thu thập số liệu từ HSBA. Dựa theo qui trình hút thai bám SMLT ≤ 8 tuần tại bệnh viện Hùng Vương, chúng tôi sẽ đánh giá kết quả điều trị là thành công hay thất bại.

+ Kết quả thành công: βHCG về âm tính (<5mUI/mL) và khỏi nhau không còn quan sát thấy trên SA mà không can thiệp thêm phương pháp điều trị khác.

+ Thất bại: khi có can thiệp thêm phương pháp điều trị khác như phẫu thuật, chích MTX, hút lòng tử cung lần 2.

Phương pháp xử lý số liệu: Nhập số liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Mô tả các đặc điểm chung bằng trung bình, trung vị, tỉ lệ phần trăm. Các biến liên tục được thể hiện dưới dạng số trung bình và độ lệch chuẩn.

Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng nghiên cứu khoa học, hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Hùng Vương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ
Tuổi	< 30	8	8,0
	30 – 35	30	30,0
	36 – 40	15	37,0
	> 40	10	25,0
Nghề nghiệp	Trí thức, viên chức	28	28,0
	Công nhân	24	24,0
	Nội trợ	20	20,0
Nơi cư	Khác	28	28,0
	TP HCM	55	55,0

ngụ	Tỉnh	45	45,0
Dân tộc	Kinh	92	92,0
	Khác	8	8,0

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của các đối tượng này là 36,2 ± 4,9 tuổi, nhỏ nhất là 25 tuổi và lớn nhất là 47 tuổi. Thai bám SMLT phân bố đều ở các ngành nghề khác nhau. Dân tộc kinh chiếm đa số 92%. Không có sự chênh lệch giữa thai phụ ở TPHCM so với tỉnh khác.

3.1.2. Tiền sử tiền căn

Bảng 2. Đặc điểm tiền căn

Đặc điểm		Tần số (n=100)	Tỷ lệ
Tiền căn nạo hút thai	Có	27	27,0
	Không	73	73,0
Số lần MLT	01	47	47,0
	02	45	45,0
	≥ 03	8	8,0
Thời gian từ lần MLT gần nhất đến lần có thai này	<18 tháng	11	11,0
	≥18 tháng	89	89,0

Nhận xét: Đa số trường hợp thai bám SMLT không có tiền sử nạo hút thai chiếm 73%. Chủ yếu có tiền căn MLT một và hai lần, chiếm 92%. Đa số trường hợp có khoảng cách từ lần mổ sanh cuối cùng đến lần mang thai này là từ 18 tháng trở lên chiếm 89% và dưới 18 tháng chỉ chiếm 11%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ
Triệu chứng cơ năng	Không triệu chứng	72	72,0
	Đau bụng dưới đơn thuần	05	5,0
	Ra huyết âm đạo đơn thuần	12	12,0
	Đau bụng kèm ra huyết	11	11,0
Tuổi thai	<6	43	43,0
	6 – <7	42	42,0
	7 – <8	8	8,0
	8	7	7,0
Hoạt động tim thai	Có	21	21
	Không	79	79
Kích thước khối thai	< 20	52	52,0
	≥ 20	48	48,0
Bề dày cơ tử cung (mm)	2-< 3	46	46,0
	3-<4	23	23,0
	4-<5	17	17,0
Phân loại thai bám SMLT theo Crossover sign	5	14	14,0
	COS-1	0	0,0
	COS-2+	25	25,0
	COS-2-	75	75,0

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất là ra huyết âm đạo có hoặc không kèm theo đau bụng, chiếm 23%. Đau bụng đơn thuần chỉ chiếm một tỉ lệ nhỏ, khoảng 5%. Tuổi thai trung bình là trung bình $5,9 \pm 0,9$ tuổi thai nhỏ nhất là 4,5 tuần, lớn nhất là 8 tuần. Đa số trường hợp thai bám SMLT là không có tim thai chiếm 79%. Kích thước trung bình khối thai trước can thiệp thủ thuật là $21,3 \pm 9,6$ mm, kích thước nhỏ nhất là 7 mm, lớn nhất là 43 mm. Bề dày cơ tử tại SMLT trung bình là $3,3 \pm 1,0$ mm, mỏng nhất là 2 mm, dày nhất là 5mm. COS2- chiếm đa số với 75%, COS2- chiếm số ít với 25%.

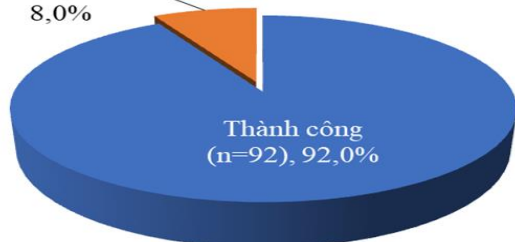
3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng
Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ
Nồng độ β -hCG (mUI/ml)	<5.000	0	0,0
	5.000 – 10.000	9	9,0
	10.001 – 50.000	51	51,0
	50.001 – 100.000	35	35,0
	>100.000	5	5,0
Mức độ tăng sinh mạch máu	Không	0	0,0
	Ít	88	88,0
	Trung bình	8	8,0
	Nhiều	4	4,0

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, nồng độ β -hCG trung bình trước can thiệp thủ thuật hút thai dưới SA là $48331,2 \pm 37350$ mUI/ml, nồng độ thấp nhất là 5.367 mUI/ml, nồng độ cao nhất là 167.097 mUI/ml. TSMM ít chiếm 88%, TSMM trung bình và nhiều chiếm số lượng nhỏ trong nghiên cứu với lần lượt là 8% và 4%.

3.3. Đặc điểm kết quả điều trị

Thất bại (n=8), 8,0%



Biểu đồ 1: Tỉ lệ thai bám SMLT điều trị thành công bằng hút thai dưới siêu âm

Nhận xét: Tỉ lệ thành công khá cao đến 92%. Số trường hợp thất bại với điều trị chiếm 8%.

IV. BÀN LUẬN

Qua phân tích kết quả nghiên cứu, chúng tôi có 92/100 trường hợp điều trị thành công chiếm 92%, 7/100 trường hợp chích MTX 50mg đường toàn thân vì β hCG tăng trong thời gian theo dõi ngoại trú chiếm 7%, 1/100 trường hợp hút lòng lần hai vì sót sản phẩm thụ thai chiếm 1%. So

với các nghiên cứu có cùng phương pháp điều trị ban đầu bằng hút thai dưới SA, tỉ lệ điều trị thành công của chúng tôi cao hơn các tác giả như D.Jurkovic[3] với 88,8%, Ibrahim Polat [6] với 84,2% và thấp hơn tác giả Sheng Wang [7] với 97,8%. Kết cục của các trường hợp thất bại trong nghiên cứu của chúng tôi với 7/8 trường hợp cần điều trị thêm MXT bổ sung (87,5) và 1/8 trường hợp hút lòng tử cung lần hai (12,5%), không có trường hợp nào cần can thiệp phẫu thuật cũng như là biến chứng nặng. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Sheng Wang [7].

Về tình hình nghiên cứu trong nước, tỉ lệ điều trị thành công của chúng tôi cao hơn tác giả Thong Van và Tuan Vo[8] với 90,7%. Tuy nhiên, tỉ lệ cần phải can thiệp ngoại khoa trong nghiên cứu chúng tôi là hút thai lần hai do sót sản phẩm thụ thai chỉ có 1%, vì vậy theo tiêu chí này thì tỉ lệ thành công của chúng tôi là 99%.

Theo các quan điểm trước đây, nong và nạo lòng tử cung chỉ nên là phương pháp điều trị hỗ trợ vì có liên quan đến nhiều biến chứng nặng như thủng tử cung, xuất huyết ồ ạt. Theo Timor-Stritsch[5] và cs thì biến chứng này khoảng 61,9%. Trong những năm gần đây, phương pháp nong nạo mù không còn được để điều trị thai bám SMLT mà thay vào đó người ta dùng phương pháp hút thai dưới SA. Sự dẫn đường của SA sẽ giúp quan sát được vị trí khối thai, vị trí của tử cung và các cơ quan lân cận, đồng thời quan sát được đường đi của ống hút vào buồng tử cung. Vì vậy, sẽ kiểm soát được biến chứng thủng TC, vỡ vết mổ cũng như là giảm các biến chứng chảy máu. Theo nhiều tác giả, phương pháp này tỏ ra khá hiệu quả bởi tính an toàn và tính khả thi. Tuy nhiên, chưa có tỉ lệ tương đồng về tỉ lệ thành công giữa các nghiên cứu.

Một số tác giả cho rằng điều này là do sự khác nhau về kỹ năng và các đặc điểm của đối tượng tham gia như tuổi thai, kích thước khối thai, bề dày cơ tử cung và mức độ tăng sinh mạch máu tại SMLT... Trong một phân tích hồi cứu của Sheng Wang, trên 317 trường hợp thai bám SMLT được hút thai dưới SA, ông thấy rằng hầu hết những biến chứng nặng gây thất bại điều trị như thủng tử cung mất máu ồ ạt phải mở bụng cấp cứu bảo tồn tử cung hoặc cắt tử cung đều xảy ra ở những trường hợp có bề dày cơ TC tại SMLT dưới 2mm. Sau đó, tác giả tiến hành nghiên cứu thực hiện hút thai dưới SA với tuổi thai trong khoảng 4,5-13 tuần có bề dày cơ tử cung từ 2 mm trở lên, đạt được tỉ lệ thành công là 97,8%[7]. Còn trong nghiên cứu của Jurkovic⁴, tác giả nhận vào nghiên cứu tất cả các

trường hợp thai bám SMLT trong tam cá nguyệt đầu (thai ≤ 14 tuần) nên tỉ lệ thành công thấp hơn, 88,8%. So với nghiên cứu đặt foley đơn phối hợp với hút thai của tác giả Thong Van và Tuan Vo [8] mặc dù là có cùng tuổi thai là ≤ 8 tuần nhưng tỉ lệ thành công của chúng tôi cao hơn có thể do chúng tôi chỉ nhận vào nghiên cứu những trường hợp có bề dày cơ tử cung tại SMLT ≥ 2mm.

Phương pháp hút thai dưới SA trong điều trị thai bám SMLT không phải là phương pháp tốt nhất tuy nhiên trong điều kiện y tế của BV Hùng Vương, cùng với điều kiện chọn bệnh với tuổi thai nhỏ hơn hoặc bằng 8 tuần, bề dày cơ tử cung tại SMLT từ 2mm trở lên chúng tôi đã thấy được đây là một phương pháp điều trị hiệu quả, độ an toàn cao. Nghiên cứu giúp cung cấp giá trị kinh nghiệm, cung cấp đặc điểm nhóm BN làm tiền đề cho những nghiên cứu sau này với độ tin cậy cao hơn, thời gian nghiên cứu dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của các đối tượng này là $36,2 \pm 4,9$ tuổi. Triệu chứng thường gặp nhất là ra huyết âm đạo có hoặc không kèm theo đau bụng 23%. Kích thước trung bình khối thai trước can thiệp thủ thuật là $21,3 \pm 9,6$ mm. Bề dày cơ tử cung tại SMLT trung bình là $3,3 \pm 1,0$ mm. COS2- chiếm đa số với 75%, COS2- chiếm số ít với 25%. Nồng độ β-hCG trung bình trước can thiệp $48331,2 \pm 37350$ mUI/ml. Tỉ lệ thành công của điều trị thai nhỏ hơn hay bằng 8 tuần bám SMLT bằng phương pháp hút thai dưới SA là 92%, thất bại là 8%. Hút thai dưới SA trong điều trị thai nhỏ hay bằng 8 tuần bám SMLT, có bề dày cơ tử cung trên 2mm có thể được cân nhắc là một

phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jurkovic, D., Khwoelfer, et al.** First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2003. 21(3): p. 220-227.
2. **Rotas, M.A., S. Haberman, and M. Levgur,** Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstetrics & Gynecology*, 2006. 107(6): p. 1373-1381.
3. **Jurkovic, D., Knez, et al.,** Surgical treatment of Cesarean scar ectopic pregnancy: efficacy and safety of ultrasound-guided suction curettage. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 2016. 47(4): p. 511-517.
4. **Timor-Tritsch, I.E., Monteagudo, et al.,** The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2012. 207(1): p. 44. e1-44. e13.
5. **Timor-Tritsch, I.E. and A. Monteagudo,** Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 2012. 207(1): p. 14-29.
6. **Polat, I., Ekiz,, et al.,** Suction curettage as first line treatment in cases with cesarean scar pregnancy: feasibility and effectiveness in early pregnancy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2016. 29(7): p. 1066-1071.
7. **Wang, S., Y. Li, and X. Ma,** Lower uterine segment thickness in assessing whether cesarean scar pregnancy patients could be treated with suction curettage. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2020. 33(19): p. 3332-3337.
8. **Tuan Minh Vo, T.V., Long Nguyen,** Management of cesarean scar pregnancy among Vietnamese women. *Gynecology and minimally invasive therapy*, 2019. 8(1): p. 12.

TÌNH HÌNH NHIỄM KHUẨN CỦA BỆNH NHÂN MỚI VÀO KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC, BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2021- 2022

Nguyễn Thị Thủy¹, Vương Xuân Toàn², Đặng Quốc Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả được đặc điểm căn nguyên vi khuẩn và tình trạng nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn ở các bệnh nhân mới vào khoa Hồi sức tích cực. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt

ngang trên 174 bệnh nhân nhiễm khuẩn mới vào điều trị tại khoa Hồi sức tích cực có kết quả nuôi cấy dương tính trong 48h đầu từ tháng 8/2021 đến tháng 7/2022. **Kết quả:** Trong 174 bệnh nhân nhiễm khuẩn vào khoa Hồi sức tích cực có mẫu nuôi cấy dương tính, vi khuẩn thường gặp nhất là những vi khuẩn Gram âm với tỷ lệ K.pneumonia (34.5%), A.baumannii (29.9), P.aeruginosa (12.1%), E.coli (12.1%), S.aureus (10.9%). Trong đó, tình nhạy cảm kháng sinh của A.baumannii và K.pneumonia đang có xu hướng giảm đặc biệt với Colistin với nồng độ ức chế tối thiểu tương ứng MIC₅₀=0,19 µg/mL, MIC₉₀=0,75 µg/mL và MIC₅₀=0,38 µg/mL, MIC₉₀=6 µg/mL. Vi khuẩn Gram dương chủ yếu là S.aureus kháng methicillin (MRSA)

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Hồi sức Tích cực, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thủy

Email: thuyntmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 10.01.2023

Ngày duyệt bài: 8.2.2023