

trắc dinh dưỡng: việc thay đổi (tăng) của bạch cầu và giảm của tiểu cầu không có ý nghĩa thống kê theo chúng tôi là chuyện bình thường (không thay đổi).

Chỉ số albumin huyết thanh có sự tăng nhẹ giữa hai lần khám, nhưng không đạt mức ý nghĩa thống kê. Sự tăng của số lượng albumin huyết thanh giữa 2 lần xét nghiệm (trước và sau thử nghiệm) chưa có ý nghĩa thống kê, ( $p > 0,05$ ), có lẽ thời gian thử nghiệm 90 ngày với một liều uống Neomil Nano 72gr/ngày chưa tạo ra một sự tăng albumin huyết thanh một cách rõ rệt.

## V. KẾT LUẬN

- Về các chỉ tiêu nhân trắc dinh dưỡng: Sau 90 ngày sử dụng thực phẩm dinh dưỡng y học Neomil Nano các chỉ tiêu nhân trắc dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu (cân nặng, BMI, VB, VM, VB/VM, I15) đều tăng rõ rệt (có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ ).

- Về các xét nghiệm huyết học và sinh hóa:

- Về huyết học: Xét nghiệm công thức máu cho thấy sau thử nghiệm hồng cầu tăng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Bạch cầu và tiểu cầu thay đổi không đáng kể (không có ý nghĩa thống kê,  $p > 0,05$ ). Số lượng hematocrit tăng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Hemoglobin tăng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- Về sinh hóa: Albumin huyết thanh tăng nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

## VI. KHUYẾN NGHỊ

- Thực phẩm dinh dưỡng y học Neomil Nano có giá trị sử dụng tốt cho những đối tượng gầy (BMI < 18.5).

- Nên sử dụng rộng rãi Neomil Nano cho các đối tượng cần tăng cân, nâng cao thể trạng, nhất là các đối tượng từ 45-59 tuổi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bailey KV, Ferro-Luzzi A** (1995) Use of body mass index of adults in assessing individual and community nutritional status. Bull World Health Organ 73: 673–680.
2. **Fraker P** (2000) Impact of Nutritional Status on Immune Integrity, In: Gershwin ME, German JB, Keen CL (Eds.), Nutrition and Immunology: Principles and Practice, Totowa, NJ, Humana Press, 147–156.
3. **Nam HY học dự phòng V Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu năng lượng trường diễn, thừa cân-béo phì ở người trưởng thành tại thành phố Hà Nội**, năm 2016. Available from: <http://www.tapchihocduphong.vn/tap-chi-y-hoc-du-phong/2017/06/tinh-trang-dinh-duong-va-mot-so-yeu-to-lien-quan-den-tinh-trang-thieu-nang-luong-o81E205F7.html>.
4. **Khan J, Chattopadhyay A, Shaw S** (2023) Assessment of nutritional status using anthropometric index among older adult and elderly population in India. Sci Rep 13: 13015.
5. **Cheskin LJ, Margolick J, Kahan S, et al.** (2010) Effect of Nutritional Supplements on Immune Function and Body Weight in Malnourished Adults. Nutr Metab Insights 3: 25–35.

# 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

Trần Thùy Linh<sup>1</sup>, Lê Thị Anh Đào<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đối tượng nghiên cứu:** Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán có thai 8 – 12 tuần trên sẹo mổ lấy thai, điều trị tại Khoa Phụ ngoại A5 - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2021 – 31/12/2022.

**Mục tiêu:** Nhận xét các phương pháp xử trí thai 8 – 12 tuần trên sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ năm 2021 đến năm 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả. **Kết quả:**

Trong 88 trường hợp CSMLT, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ hút thai, mổ mở lấy khối chứa, mổ mổ cắt tử cung

bán phần cả khối lẫn lượt là 69,32% - 26,13% - 4,55%. Hút thai chỉ định cho các tuổi thai 8 và 9 tuần, có kết hợp các phương pháp MTX đa liều diệt phôi, chèn bóng và sử dụng thuốc tăng co sau hút, tỷ lệ thành công đạt được 90,16%. Các trường hợp thai 10 – 12 tuần được chỉ định mổ mở lấy khối chứa hoặc cắt tử cung bán phần cả khối với tỷ lệ thành công là 95,65% và 100%. **Kết luận:** Các phương pháp điều trị bệnh lý chứa sẹo mổ lấy thai được chỉ định cho tuổi thai 8 – 12 tuần là phù hợp, đem đến tỷ lệ thành công rất cao (Hút thai: 90,16%; Mổ mở lấy khối chứa: 95,65%; Mổ mổ cắt TCBP cả khối: 100%).

**Từ khóa:** chứa sẹo mổ lấy thai, 8 – 12 tuần

## SUMMARY

**TREATMENT OF CESAREAN SCAR PRENANCIES 8 - 12 WEEKS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL FROM 2021 TO 2022**

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ths. Trần Thùy Linh

Email: dr.thuylinh.obs.aes@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

**Subjects:** Medical records of patients diagnosed with 8 - 12 weeks of pregnancy at a cesarean section scar, treated at A5 Department of Obstetrics and Gynecology - Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2021 to January 31 December 2022. **Objective:** Review treatment of cesarean scar pregnancies 8 - 12 weeks at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from 2021 to 2022. **Research methods:** Descriptive retrospective study. **Research results:** In 88 case of cesarean scar pregnancies, the study recorded the rate of abortion, surgical removal of the gestational sac, partial hysterectomy as 69.32% - 26.13% - 4.55%. Abortion, is prescribed for gestational age 8 and 9 weeks, combined with methods, including: MTX methods, balloon tamponade and post-vaccination tocolytic drugs, with a success rate of 90.16%. Cases within gestational age 10 - 12 weeks are defined as surgical removal of the gestational sac, partial hysterectomy with success rates of 95.65% and 100%. **Conclusion:** The treatment methods are properly prescribed and have achieved a very high success rate (abortion 90.16%; surgical removal of gestational sac 95.65%; hysterectomy: 100 %). **Keywords:** cesarean scar pregnancies, 8 - 12 weeks

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa trên sẹo mổ lấy thai (CSMLT) là hiện tượng thai làm tổ trên cơ tử cung (TC) vùng sẹo mổ lấy thai (SMLT), trong đó túi thai hoàn toàn được bao quanh bởi lớp cơ và mô xơ của vết sẹo. Đây là một hình thái làm tổ hiếm gặp của chửa ngoài tử cung. Bệnh lý này có thể gây: băng huyết, nút SMLT, vỡ tử cung, rau cài răng lược, đe dọa tính mạng người bệnh hoặc mất khả năng sinh sản (phải cắt tử cung khi bệnh nhân còn rất trẻ, vẫn chưa đủ con)[5, 7].

Ở Việt Nam, trước đây CSMLT gặp ít và không được phát hiện sớm, chỉ nhập viện khi có biến chứng. Năm 2009, tác giả Nguyễn Việt Tiến thông báo trường hợp đầu tiên điều trị thành công CSMLT bằng phương pháp giảm thiểu phôi kết hợp với Methotrexate (MTX) tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. Năm 2013, Diễm Thị Thanh Thủy nghiên cứu CSMLT chiếm tỷ lệ 0,11% và được điều trị chủ yếu bằng MTX hoặc mổ bụng cắt bỏ khối thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội [1].

Hiện nay, trên thế giới và ở Việt Nam đã đưa nhiều phương pháp can thiệp nhưng chưa có sự đồng thuận về phác đồ điều trị tối ưu trong CSMLT. Khuyến cáo của SMFM là điều trị bảo tồn bằng nội khoa và can thiệp ngoại khoa tối thiểu nhằm kết thúc thai kì sớm, nhờ đó tránh được phẫu thuật và duy trì được khả năng sinh sản cho người bệnh. Việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố: tuổi thai, vị trí túi thai, tăng sinh mạch quanh túi thai, nhu cầu sinh sản của bệnh nhân...

Với trách nhiệm là bệnh viện tuyến cuối của ngành Sản Phụ khoa, là bệnh viện chuyên khoa hạng I của thành phố Hà Nội, tiếp nhận hàng trăm nghìn lượt khám - chữa bệnh mỗi năm, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội liên tục cập nhật các kiến thức mới và áp dụng nhiều phương pháp điều trị cho các trường hợp CSMLT, đã ghi nhận nhiều thành công trong điều trị CSMLT có tuổi thai lớn với nhiều nguy cơ. Chính vì thế, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu "Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các phương pháp xử trí thai 8 - 12 tuần trên sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2021 - 2022" với mục tiêu: *Nhận xét các phương pháp xử trí thai 8 - 12 tuần trên sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ năm 2021 đến năm 2022.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán có thai 8 - 12 tuần tại sẹo mổ lấy thai, điều trị tại Khoa Phụ ngoại A5 - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2018 - 31/12/2022

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân có thai 8 - 12 tuần và có tiền sử MLT trước đó, siêu âm đầu dò âm đạo kết hợp với siêu âm đường bụng khi bàng quang đầy nước tiểu thấy hình ảnh: buồng tử cung không có hình ảnh túi thai với đường niêm mạc rõ nét. Ống cổ tử cung không có hình ảnh túi thai, túi thai nằm thấp tại vị trí sẹo MLT có thể nằm hoàn toàn trong thành trước tử cung, có thể nằm 1 phần trong BTC và một phần trong thành trước tử cung, khi phẫu thuật chẩn đoán: chửa tại sẹo mổ lấy thai cũ, giải phẫu bệnh: hình ảnh gai rau xâm lấn vào cơ tử cung tại vị trí sẹo MLT.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp CSMLT đã được điều trị bằng bất kỳ một phương pháp nào trước khi vào nhập viện, những trường hợp: thai sảy dở dang, thai dưới 8 tuần và thai trên 12 tuần, những hồ sơ không được ghi chép rõ ràng, không đầy đủ thông tin nghiên cứu, bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thời gian - địa điểm nghiên cứu:** từ 01/01/2021 đến 31/12/2022 tại Khoa Phụ ngoại A5 - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu mô tả.

**Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu thuận tiện không xác suất, lấy tất cả các hồ sơ bệnh nhân được chẩn đoán CSMLT tại Khoa Phụ ngoại A5 - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2021 - 31/12/2022.

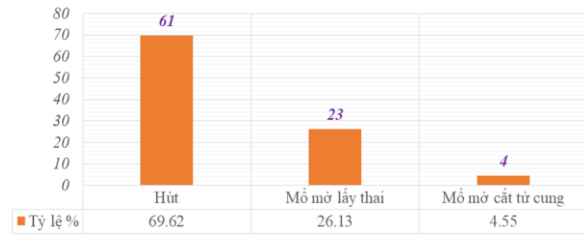
Các biến số, chỉ số trong nghiên cứu: tuổi thai,  $\beta$ -hCG, diệt phôi, nút mạch, hút thai, chèn

bóng, Duratocin, mổ mở lấy khối chứa, mổ mở cắt tử cung bán phần cả khối.

**Xử lý và phân tích số liệu:** Các số liệu thu thập được sẽ được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Tỷ lệ phần trăm (%), giá trị trung bình, so sánh giữa các nhóm bằng test T và kiểm định  $\chi^2$  để xác định mối liên hệ (khi  $p < 0,05$  thì sự khác biệt có ý nghĩa thống kê).

**Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học của Bộ môn Sản – Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên và Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**



**Biểu đồ 3.1: Phương pháp điều trị**

**Nhận xét:** Phương pháp điều trị được chỉ định nhiều nhất cho nhóm ĐTNC là hút thai, gồm 61 trường hợp, chiếm tỷ lệ 69,32%. Có 23 trường hợp được chỉ định mổ mở lấy khối chứa và 4 trường hợp được chỉ định mổ mở cắt tử cung bán phần cả khối (4,55%).

**Bảng 3.1: Tuổi thai và phương pháp can thiệp**

Tuần thai	Hút thai	Mổ mở lấy khối chứa	Mổ mở cắt TCBP cả khối	Tổng số
8 tuần	45	4	1	50
9 tuần	16	3	1	20
10 tuần	0	7	2	9
11 tuần	0	5	0	5
12 tuần	0	4	0	4
<b>Tổng</b>	<b>61</b>	<b>23</b>	<b>4</b>	<b>88</b>

**Bảng 3.4: Tuổi thai khi hút và phương pháp thực hiện sau hút thai**

Tuần thai	Thực hiện / Không thực hiện	Chèn bóng		Duratocin		Tổng số ca hút thai
		Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	
8 tuần	Thực hiện	38	84,44%	18	40,00%	45
	Không thực hiện	7	15,56%	27	60,00%	
9 tuần	Thực hiện	13	81,25%	12	75,00%	16
	Không thực hiện	3	18,75%	4	25,00%	
Tổng	Thực hiện	51	83,61%	30	49,18%	61
	Không thực hiện	10	16,39%	31	50,82%	
<b>p</b>		<b>0.7688</b>		<b>0.1141</b>		

**Nhận xét:** - Trong NC, chỉ ghi nhận hút thai chỉ định cho nhóm thai 8 tuần và 9 tuần

- Phương pháp mổ mở lấy khối chứa được áp dụng cho tất cả các nhóm tuổi thai. Mổ mở cắt tử cung bán phần cả khối chỉ định cho 4 trường hợp: 1 ca CSML 8 tuần, 1 ca 9 tuần và 2 ca 10 tuần.

**Bảng 3.2: Diệt phôi, nút mạch trước thủ thuật và phẫu thuật**

	Hút thai	Mổ mở lấy khối chứa	Mổ mở cắt TCBP cả khối	Tổng số
Diệt phôi	12 19,67%	0	0	12
Nút mạch	0	2 8,70%	0	2
Tổng số BN	61	23	4	88

**Bảng 3.3: Diệt phôi phân bố ở nhóm tuổi thai**

Tuần thai	Số ca diệt phôi	Số ca còn tim thai	Tổng số BN hút thai trong nhóm	Tỷ lệ % - so số ca còn tim thai
8 tuần	9	42	45	21,43%
9 tuần	3	9	16	33,33%
Tổng số	12	51	61	23,53%

$p=0,203$

**Nhận xét:** - Diệt phôi được chỉ định cho nhóm hút thai. Tỷ lệ diệt phôi trong nhóm hút thai là 19,67%. Và chiếm 23,53% trong nhóm CMLT 8 tuần và 9 tuần còn tim thai. Diệt phôi trong nhóm còn tim thai ở tuổi thai 8 tuần và 9 tuần lần lượt là: 9 ca (21,43%) và 3 ca (33,33%). Tỷ lệ diệt phôi không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm này ( $p = 0,203$ )

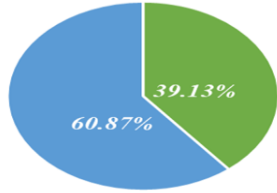
- NC cũng ghi nhận nút mạch được chỉ định cho nhóm mổ mở lấy khối chứa, nhưng chỉ có 2 ca được thực hiện, chiếm tỷ lệ 8,70% so nhóm mổ mở lấy khối chứa.

- Không có ca mổ cắt TCBP cả khối nào được diệt phôi hoặc nút mạch trước phẫu thuật.

**Nhận xét:** - NC ghi nhận không phải tất cả 61 trường hợp SMLT được chỉ định hút thai đều được thực hiện các phương pháp hỗ trợ (chèn bóng, sử dụng thuốc tăng co Duratocin).

- Thủ thuật chèn bóng được thực hiện với tỷ lệ cao (83,61%). Ở CSML 8 tuần, có 38 trường hợp được chèn bóng, chiếm 84,44%.

- Thuốc Duratocin được sử dụng sau thủ thuật hút thai chiếm 49,18% trong tổng số ca thực hiện thủ thuật.



■ Có thất ĐMTC ■ Không thất ĐMTC

**Biểu đồ 3.2: Thất động mạch tử cung trong mổ mở lấy khối chứa**

**Bảng 3.5: Thời gian nằm viện của nhóm ĐTNC**

		Min (ngày)	Max (ngày)	Thời gian nằm viện trung bình X ± SD (ngày)	P
<b>Tuổi thai</b>	8 tuần	3	31	8.34 ± 7.62	0.7037
	9 tuần	3	22	7.3 ± 4.64	
	10 tuần	4	9	5.66 ± 1.87	
	11 tuần	6	8	6 ± 0.71	
	12 tuần	7	9	7 ± 0.81	
<b>Phương pháp điều trị</b>	Hút thai	3	31	8.14 ± 7.25	0.3916
	Mổ mở lấy khối chứa	4	18	6.6 ± 2.61	
	Mổ mở cắt TCBP cả khối	6	8	5.75 ± 0.95	
<b>Trung bình thời gian nằm viện</b>		<b>3</b>	<b>31</b>	<b>7.63 ± 6.21</b>	

**Nhận xét:** - Thời gian nằm viện trung bình của các ĐTNC là 7,63 ± 6,21 ngày. Ngắn nhất là 3 ngày và 31 ngày là thời gian nằm viện dài nhất.

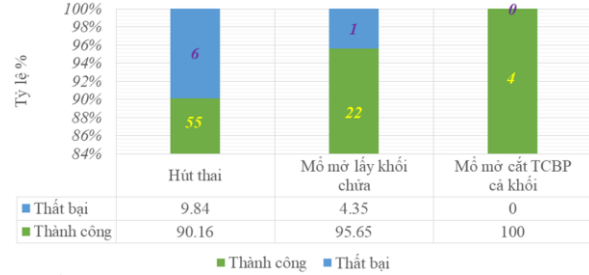
- Nhóm CSML 8 tuần có thời gian nằm viện trung bình lớn nhất (8,34 ngày) và ít nhất là nhóm CSML10 tuần (5,66 ngày).

- Nhóm được điều trị bằng phương pháp hút thai có thời gian nằm viện trung bình là 8,14 ngày dài hơn so 2 nhóm điều trị mổ mở lấy khối chứa (6,6 ngày) và mổ mở cắt TCBP (5,75 ngày).

**IV. BÀN LUẬN**

Phương pháp được chỉ định thực hiện nhiều nhất ghi nhận được trong NC của chúng tôi là hút thai, gồm 61 trường hợp, chiếm tỷ lệ 69,32%. Có 23 trường hợp được chỉ định mổ mở lấy khối chứa và có 4 trường hợp được chỉ định mổ mở cắt tử cung bán phần cả khối (4,55%). Tương đồng với NC của tác giả Đỗ Thị Loan với tỷ lệ hút thai chung là 70,4%, trong đó: hút thai đơn thuần chiếm 31,2% - MTX kết hợp hút thai chiếm 17,6% và hút thai kết hợp với chèn bóng

**Nhận xét:** Trong 23 thai phụ CMLT được chỉ định mổ mở lấy khối chứa ghi nhận có: 9 trường hợp được thất ĐMTC, chiếm tỷ lệ 39,13% và 14 trường hợp không thất ĐMTC (60,87%).



**Biểu đồ 3.3: Tỷ lệ thành công – thất bại của các phương pháp điều trị**

**Nhận xét:** Các phương pháp điều trị được chỉ định hợp lý, đã đạt được tỷ lệ thành công rất cao. Tỷ lệ thất bại của các phương pháp hút thai – mổ mở lấy khối chứa – mổ mở cắt TCBP cả khối lần lượt là: 9.84% (6 ca), 4.35% (1 ca) và 0%.

chiếm 21,6%; tỷ lệ phẫu thuật là 27%; còn lại 2,7% là điều trị MTX [3]. Theo NC của tác giả Đinh Quốc Hưng thực hiện tại BVPSTW năm 2011 có 71 trường hợp CSMLT với các phương pháp xử trí: hút thai và MTX sau hút (36,6%), MTX tại chỗ kết hợp toàn thân (19,8%), diệt phôi và hút thai (15,4%), hút thai đơn thuần dưới siêu âm (12,7%) và cắt tử cung hoàn toàn chiếm 15,5% [2]. NC cũng thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2013 của tác giả Diễm Thị Thanh Thủy có 192 trường hợp CSMLT, được điều trị hút thai đơn thuần chiếm 71,3%; 13,5% điều trị MTX toàn thân, 12,5% hút thai và MTX chiếm 12,5% và 2,7% phẫu thuật cắt khối chứa bảo tồn tử cung [1].

Theo kết quả trong bảng 3.1, 61 trường hợp được chỉ định hút thai, đều là thai 8 tuần và 9 tuần. Mổ mở lấy khối chứa được chỉ định ở tất cả các phân nhóm tuổi thai: 4 trường hợp thai 8 tuần, 3 trường hợp thai 9 tuần, 7 trường hợp thai 10 tuần, 5 trường hợp thai 11 tuần và 4

trường hợp thai 12 tuần. Có 4 trường hợp được chỉ định cắt tử cung bán phần cả khối ngay từ đầu, gồm: 1 trường hợp thai 8 tuần, 1 trường hợp thai 9 tuần và 2 trường hợp thai 10 tuần. Theo NC của Đinh Quốc Hưng tỷ lệ xử trí thành công ở tất cả các phương pháp với thai > 8 tuần là 60% [2]. Trần Thị Ngọc Hà tỷ lệ thành công cho nhóm tuổi thai trên 8 tuần là 72,7%, gồm 8 trường hợp; có 3 trường hợp thất bại [4]. Timor - Tritsch tổng hợp được 751 trường hợp CSMLT báo cáo trong y văn tỷ lệ thành công của các phương pháp xử trí ở tuổi thai 8 tuần là 35%, thai 9 tuần – 15 tuần là 12,5% [6].

Trong nhóm hút thai có 51 trường hợp còn tim thai, chiếm tỷ lệ 83,61% và 12 trường hợp được diệt phôi (23,53% so với tổng số CSMLT có tim thai) và chiếm 13,63 tổng số ĐTNC. Kết quả NC của tác giả Đỗ Thị Loan: MTX toàn thân và hút thai chiếm 13,5% [3].

Tỷ lệ nút mạch trước phẫu thuật mổ mở lấy khối chứa hay cắt tử cung bán phần cả khối không cao, có 2/23 trường hợp mổ mở lấy khối chứa được nút mạch, 0/4 trường hợp mổ mở cắt tử cung bán phần cả khối, vì chi phí cao và di chuyển phức tạp nên BN chưa đồng ý thực hiện.

NC của chúng tôi ghi nhận Duratocin được sử dụng cho 30 trường hợp, chiếm tỷ lệ 49,18%. Và có 51 trường hợp được đặt sonde Foley vào buồng tử cung để cầm máu, chiếm 83,61%. Bóng chèn được bơm từ 10 – 50ml dung dịch NaCl 0,9%. Theo NC của Đỗ Thị Loan, thực hiện chèn bóng cho 17 trường hợp sau hút 16/17 trường hợp đã thành công (94,1%). Với tuổi thai 8 – 10 tuần, chèn bóng sau hút giúp cầm máu hiệu quả, tăng tỷ lệ thành công trong hút thai tại SMLT [3]. Tác giả Timor – Tritsch và cộng sự khuyến cáo đặt bóng giúp ngăn ngừa kiểm soát sau điều trị MTX toàn thân, MTX tại chỗ, hút thai dưới siêu âm [8].

Trong 23 trường hợp CSMLT được mổ mở lấy khối chứa ghi nhận có 9 trường hợp thất ĐMTC, chiếm 39,13% và 14 trường hợp không thất ĐMTC (60,87%). Theo NC của Trần Thị Ngọc Hà, có 9 bệnh nhân được cắt tử cung bán phần và 3 bệnh nhân thực hiện lấy khối chứa bảo tồn tử cung [4]. Trong NC của tác giả Đinh Quốc Hưng có 11 trường hợp phẫu thuật cắt tử cung chủ động do người bệnh đã đủ con, túi thai về phía bàng quang, mạch máu tăng sinh nhiều [2].

Nghiên cứu thu được kết quả: 55 trường hợp hút thai thành công, chiếm tỷ lệ 90,16%; mổ mở cắt tử cung bán phần cả khối, thành công 100%. Theo NC của Đỗ Thị Loan, có 20 trường hợp cắt tử cung bán phần; trong đó: cắt tử cung chủ

động có 12 bệnh nhân và 8 trường hợp cắt tử cung do thất bại của các phương pháp thực hiện trước đó [3]. Theo Timor – Tritsch biến chứng sau điều trị chiếm 44,1%, xử trí các biến chứng bằng phẫu thuật cắt tử cung, phẫu thuật nội soi hoặc thuyên tắc động mạch tử cung 2 bên kết quả 36 trường hợp cắt tử cung, 40 trường hợp nội soi lấy khối chứa, 21 trường hợp thuyên tắc động mạch tử cung cấp cứu [8]

Thời gian nằm viện trung bình của ĐTNC là  $7,63 \pm 6,21$  ngày, lâu nhất 31 ngày và ngắn nhất là 3 ngày. NC của Đỗ Thị Loan có thời gian nằm viện trung bình  $11,2 \pm 8,89$  ngày, hay gặp nhất là 7 - 15 ngày với 28 trường hợp, chiếm 37,8% và có 20 BN nằm viện trên 15 ngày (27%) [3]. NC của Trần Thị Ngọc Hà: thời gian điều trị  $\leq 5$  ngày, chiếm 62,5%, là những BN được hút thai đơn thuần hoặc đặt bóng sau đó hút thai và BN có thời gian điều trị  $> 5$  ngày chiếm 37,5%, chủ yếu là các BN được lựa chọn điều trị nội khoa và phẫu thuật [4].

## V. KẾT LUẬN

Trong 88 trường hợp CSMLT, ghi nhận tỷ lệ hút thai, mổ mở lấy khối chứa, mổ mở cắt tử cung bán phần cả khối lần lượt là 69,32% - 26,13% - 4,55%.

Hút thai chỉ định cho các tuổi thai 8 và 9 tuần, có kết hợp các phương pháp MTX đa liều diệt phôi, chèn bóng và sử dụng thuốc tăng co sau hút, tỷ lệ thành công đạt được 90,16%. Các trường hợp thai 10 – 12 tuần được chỉ định mổ mở lấy khối chứa hoặc cắt tử cung bán phần cả khối với tỷ lệ thành công là 95,65% và 100%.

Thời gian nằm viện trung bình là  $7,63 \pm 6,21$  ngày, lâu nhất 31 ngày và ngắn nhất là 3 ngày.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Huy Bạo và Diễm Thị Thanh Thủy, "Nhận xét 24 trường hợp chữa ngoài tử cung trên sẹo mổ lấy thai điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2009".
2. Đinh Quốc Hưng (2011), "Nghiên cứu chữa ở sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, Luận văn thạc sỹ y học Đại Học Y Hà Nội, Đại Học Y Hà Nội".
3. Đỗ Thị Loan (2020), "đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân chữa sẹo mổ lấy thai tại bệnh viện trung ương thái nguyên". luận văn bác sĩ nội trú
4. Trần Thị Ngọc Hà (2021), "Nghiên cứu thực trạng chữa sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện sản nhi Nghệ An", Luận văn chuyên khoa cấp II.
5. Salomon, L. J. và các cộng sự. (2003), "Successful management of a heterotopic Caesarean scar pregnancy: potassium chloride injection with preservation of the intrauterine gestation: case report", Hum Reprod. 18(1), tr. 189-91.

6. **Timor-Tritsch, I. E. và Monteagudo, A.** (2012), "Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review", *Am J Obstet Gynecol.* 207(1), tr. 14-29.
7. **Timor-Tritsch, I. E. và các cộng sự.** (2012), "The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy", *Am J Obstet Gynecol.* 207(1), tr. 44.e1-13.
8. **Timor-Tritsch, I. E. và các cộng sự.** (2012), "The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy", *American journal of obstetrics and gynecology.* 207(1), tr. 44. e1-44. e13.

## TƯƠNG QUAN GIỮA GIÁ TRỊ PCO<sub>2</sub> ĐO QUA DA (PtcCO<sub>2</sub>) VỚI PaCO<sub>2</sub> TRÊN BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Đỗ Ngọc Sơn<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Nam<sup>2</sup>, Bùi Thị Hương Giang<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích mối tương quan và sự tương đồng giữa giá trị PCO<sub>2</sub> đo qua da (PtcCO<sub>2</sub>) với PaCO<sub>2</sub> ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả ngẫu nhiên loạt ca bệnh trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD theo tiêu chuẩn GOLD 2022 nhập viện vào Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 11/2022 đến 08/2023. So sánh, phân tích mối tương quan giữa giá trị PtcCO<sub>2</sub> và PaCO<sub>2</sub> ở nhóm bệnh nhân trên. **Kết quả:** Có 30 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu với độ tuổi trung bình 70,3 ± 9,7 năm, bệnh lý kèm theo chủ yếu là tăng huyết áp (26,7%), đái tháo đường (20,0%). 88 cặp mẫu khí máu động mạch và giá trị PtcCO<sub>2</sub> đã được ghi nhận. Giá trị PaCO<sub>2</sub> trung bình là 55,8 ± 13,3 mmHg. Giá trị PtcCO<sub>2</sub> và PaCO<sub>2</sub> có mối tương quan tốt (R<sup>2</sup> = 0,94, p < 0,001), trung bình của sự khác biệt là 3,09 mmHg và khoảng giá trị giới hạn tương đồng là từ -3,35 đến +9,55 mmHg (theo biểu đồ Bland – Altman). Sự khác biệt giữa hai chỉ số PaCO<sub>2</sub> và PtcCO<sub>2</sub> tăng theo mức độ nặng PaCO<sub>2</sub>. **Kết luận:** Có mối tương quan tốt giữa giá trị PtcCO<sub>2</sub> và PaCO<sub>2</sub> trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. **Từ khóa:** PCO<sub>2</sub> đo qua da, PtcCO<sub>2</sub>, khí máu động mạch, PaCO<sub>2</sub>, đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, COPD

### SUMMARY

#### CORRELATION BETWEEN TRANSCUTANEOUS PCO<sub>2</sub> (PtcCO<sub>2</sub>) AND PaCO<sub>2</sub> IN PATIENTS WITH ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)

**Objective:** To analysis the correlation and agreement between transcutaneous carbon dioxide (PtcCO<sub>2</sub>) values and arterial carbon dioxide (PaCO<sub>2</sub>) in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Method:** A case series of 30 patients diagnosed with COPD exacerbation based

on the GOLD 2022 criteria. These patients were admitted to the Center for Critical Care Medicine at Bach Mai Hospital from November 2022 to August 2022. The study aimed to compare and analyze the correlation between PtcCO<sub>2</sub> and PaCO<sub>2</sub>. **Results:** Among the 30 eligible patients enrolled in the study with a mean age of 70.3 ± 9.7 years. The main comorbidities observed were hypertension (26.7%) and diabetes mellitus (20.0%). A total of 88 pairs of arterial blood gas samples and PtcCO<sub>2</sub> values were recorded. The mean PaCO<sub>2</sub> value was 55.8 ± 13.3 mmHg. There was a strong correlation between PtcCO<sub>2</sub> and PaCO<sub>2</sub> values (R<sup>2</sup> = 0.94, p < 0.001), with the mean bias was 3.09 mmHg and an agreement with the limits of agreement were -3.35 to +9.55 mmHg (based on the Bland-Altman plot). The difference between PaCO<sub>2</sub> and PtcCO<sub>2</sub> values increased in line with PaCO<sub>2</sub> severity. **Conclusion:** There is a good correlation between PtcCO<sub>2</sub> and PaCO<sub>2</sub> values in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease.

**Keywords:** transcutaneous PCO<sub>2</sub>, PtcCO<sub>2</sub>, arterial blood gas, PaCO<sub>2</sub>, chronic obstructive pulmonary disease exacerbation, COPD

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là tình trạng cấp cứu thường gặp tại các đơn vị cấp cứu và hồi sức tích cực (HSTC). Tỷ lệ tử vong của người bệnh đợt cấp COPD nhập khoa hồi sức cấp cứu còn khá cao. Chỉ số Áp suất riêng phần khí carbonic trong xét nghiệm khí máu động mạch (PaCO<sub>2</sub>) là một trong những tiêu chuẩn để đánh giá mức độ nghiêm trọng cũng như theo dõi diễn biến của đợt cấp COPD, tuy nhiên lấy khí máu động mạch là một thủ thuật xâm lấn, gây đau và chỉ đánh giá tại một thời điểm.

Theo dõi PCO<sub>2</sub> qua da (PtcCO<sub>2</sub>) là một phương pháp dùng cảm ứng nhiệt trên da nhằm tăng dòng máu đến tổ chức da và dưới da, từ đó tăng cường khuếch tán khí CO<sub>2</sub> từ máu máu ra bề mặt da. Khí CO<sub>2</sub> sẽ được hấp thụ bởi một điện cực hóa học có chứa các chất điện phân, qua đó tính ra chỉ số PaCO<sub>2</sub> trong máu. Đây là một

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Sơn

Email: sonngocdo@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024