

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thai bám sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Trần Văn Đức^{1*}, Phạm Thị Mai Anh², Phạm Thị Thùy Linh³

¹ Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

² Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

³ Trung tâm y tế Gia Lộc, Hải Dương

*Tác giả liên hệ:

Trần Văn Đức

Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Điện thoại: 0369003544

Email: tvduc@hpmu.edu.vn

Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 17/11/2022

Ngày phản biện: 24/11/2022

Ngày duyệt bài: 22/02/2023

TÓM TẮT.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm **mục tiêu**: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp thai bám sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. (2) Nhận xét kết quả xử trí thai bám ở sẹo mổ lấy thai ở những thai phụ trên. **Đối tượng nghiên cứu**: bao gồm các thai phụ có thai bám tại sẹo mổ lấy thai được chẩn đoán và xử trí tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. **Kết quả**: Triệu chứng lâm sàng: ra máu âm đạo: 20,8%, đau bụng vùng hạ vị: 12,5%, không biểu hiện triệu chứng lâm sàng: 33,3%; Triệu chứng cận lâm sàng: 63,5% bệnh nhân có phân nhóm Cross-over sign(COS): COS-1, 26,0% thuộc nhóm COS-2+ và 10,4% thuộc nhóm COS-2-; 66,7% có tăng sinh mạch tại kênh vết mổ; Kết quả điều trị: Trong các trường hợp COS-1 có tăng sinh mạch, hút buồng tử cung có tỉ lệ thành công là 92,9%; nút mạch kết hợp nội soi buồng tử cung có tỉ lệ thành công 100%. Tất cả các trường hợp COS-2 và các trường hợp không tăng sinh mạch đều điều trị thành công mà không xảy ra biến chứng gì. **Kết luận**: Thai bám sẹo mổ lấy thai có triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Nút mạch kết hợp nội soi buồng tử cung bước đầu cho kết quả điều trị tốt hơn với các trường hợp COS-1 và có tăng sinh mạch.

Từ khóa: thai bám sẹo mổ lấy thai, chữa vết mổ, thai ngoài tử cung

Clinical, subclinical manifestations and treatment outcomes of cesarean scar pregnancy at Hai Phong hospital of obstetrics and gynecology

ABSTRACT. Objectives: (1) Describe the clinical, subclinical manifestations of patients who have cesarean scar pregnancy at Hai Phong Hospital of Obstetrics and Gynecology. (2) Give comments on treatment outcomes of cesarean scar pregnancy of these patients. **Method**: A descriptive cross-sectional study of the women with cesarean scar pregnancy diagnosed and treated at Hai Phong Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Results**: Clinical symptoms: vaginal bleeding: 20.8%, lower abdominal pain: 12.5%, asymptomatic: 33.3%. Subclinical findings: 63.5% of cases is Cross-over sign 1 category (COS-1); 26.0% of cases is COS-2+ and 10.4% is COS-2-. 66.7% of cases had increased angiogenesis at the cesarean scar defect. Treatment outcomes: in COS-1 group which had increased angiogenesis, dilatation and curettage had succeeded in 92.9% of all, the combination of uterine artery embolization and hysteroscopy had succeeded in 100%. All the patients in COS-2 category and non-angiogenesis had treated successfully without complications. **Conclusions**:

Cesarean scar pregnancy has non-specific clinical symptoms. Treatment by the combination of uterine artery embolization and hysteroscopy initially gave better outcomes in COS-1 with increased angiogenesis group.

Keywords: cesarean scar pregnancy, CSP, ectopic pregnancy

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai bám tại sẹo mổ lấy thai (TBSMLT) hay còn được gọi là chữa vết mổ (Cesarean Scar Pregnancy - CSP) là tình trạng túi thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ lấy thai trên cơ tử cung. Trường hợp thai bám sẹo mổ lấy thai được báo cáo lần đầu tiên vào năm 1978 bởi J.V. Larsen và M.H. Solomon [1]. TBSMLT gây ra những biến chứng nghiêm trọng cho thai phụ như nhau cài răng lược, rau tiền đạo hoặc vỡ tử cung, xuất huyết nặng dẫn đến hậu quả là phải cắt tử cung hoặc thậm chí có thể gây tử vong, do đó cần phát hiện và xử trí sớm [2–4]. Đây là một biến chứng hiếm gặp sau mổ lấy thai, tỉ lệ mắc dao động trong khoảng từ 1/2216 – 1/1800 các trường hợp mang thai [2]. Tỉ lệ này ngày càng tăng, song song với sự gia tăng tình trạng mổ lấy thai hiện nay. Chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thai bám tại sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng” với 2 mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp thai bám sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng; Nhận xét kết quả xử trí thai bám ở sẹo mổ lấy thai ở những thai phụ trên.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu:

Bao gồm các thai phụ có thai bám tại sẹo mổ lấy thai được chẩn đoán và xử trí tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng (BVPSHP).

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán xác định là TBSMLT với các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân có thai (test hCG dương tính hoặc có β hCG >5 mUI/ml), có tiền sử có mổ lấy thai
- Siêu âm đầu dò âm đạo chẩn đoán xác định TBSMLT theo tiêu chuẩn của

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa 2015 của Bộ Y tế:

- Buồng tử cung trống, không có túi ối trong buồng tử cung.
- Túi thai nằm ở thành trước đoạn eo tử cung có cơ tử cung phân cách giữa túi thai với bàng quang.
- Có sự phân bố mạch máu quanh túi thai khi kết hợp siêu âm Doppler cho thấy tăng sinh mạch máu quanh túi thai.
- Mất hay thiếu lớp cơ bình thường giữa bàng quang và túi thai.
- Kết quả giải phẫu bệnh sau điều trị bằng phương pháp hút buồng tử cung, phẫu thuật lấy khối chữa hoặc cắt tử cung có tổ chức rau thai.
- Bệnh nhân điều trị tại BVPSHP và được theo dõi sau điều trị tới khi khỏi bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: thai ở ống cổ tử cung, sảy thai, bệnh nhân được chẩn đoán mang thai trên sẹo mổ lấy thai tại BVPSHP nhưng không điều trị tại BVPSHP, bệnh nhân được điều trị và xảy ra tai biến ở các cơ sở y tế khác và được chuyển về BVPSHP điều trị tiếp.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ tháng 6/2020 đến tháng 3/2021.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất: chúng tôi lấy được 96 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập các triệu chứng lâm sàng, các kết quả cận lâm sàng được thu thập qua hồ sơ bệnh án. Tất cả dữ liệu trong quá trình điều trị và theo dõi được ghi lại từ khi vào viện đến khi ra viện và tái khám.

Các biến số trong nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: ra máu âm đạo, đau bụng vùng hạ vị
- Triệu chứng thực thể: Phồng đoạn eo tử cung (khi khám sờ thấy 1 khối ranh

giới rõ ở eo tử cung lồi lên bề mặt cơ tử cung).

- Xét nghiệm nồng độ β -hCG máu trước và sau điều trị
- Siêu âm đầu dò âm đạo: Chẩn đoán xác định TBSMLT và phân loại TBSMLT theo COS (Cross-over Sign):
- COS-1 tương ứng với túi thai làm tổ bên trong sẹo mô lấy thai, $\geq 2/3$ đường kính trên dưới túi thai nằm bên trên đường nội mạc, phát triển hướng về phía thành trước tử cung.
- COS-2 tương ứng với túi thai làm tổ trong sẹo mô lấy thai và $< 2/3$ đường kính trên dưới nằm bên trên đường nội mạc. Nhóm này lại được phân chia tiếp thành 2 nhóm nhỏ tùy thuộc vào sự có (COS-2+) hay không có (COS-2-) sự giao nhau giữa đường kính trên dưới và đường nội mạc tử cung [5].
- Tuổi thai: được tính theo siêu âm ngả âm đạo dựa vào kích thước túi ối hoặc chiều dài phôi theo phần mềm Hadlock.
- Tăng sinh mạch máu tại kênh vết mổ dựa vào siêu âm Doppler:
- Có mạch máu tăng sinh: có mạch máu xung quanh túi thai, đặc biệt ở vị trí rau bám tại sẹo mô. Không có mạch máu tăng sinh: không thấy hình ảnh mạch máu tăng sinh tại kênh vết mổ.

Các phương pháp điều trị: Hút buồng tử cung, nút mạch kết hợp nội soi buồng tử cung, Methotrexate (MTX), phẫu thuật.

- Điều trị thành công là các trường hợp điều trị bằng một phác đồ và theo dõi đến khi khỏi bệnh.
- Điều trị thất bại là các trường hợp khi điều trị bằng một phác đồ, trong quá trình điều trị hoặc theo dõi sau điều trị có xảy ra biến chứng phải dùng thêm phương pháp điều trị khác.

Biến chứng:

- Chảy máu: là tình trạng ra máu âm đạo nhiều ≥ 300 ml trong vòng 24 giờ sau can thiệp thủ thuật hoặc ra máu nhiều gây ảnh hưởng đến toàn trạng bệnh nhân trước hoặc sau điều trị.
- Sốt nhau: là tình trạng còn sót lại mô nhau hoặc thai trong buồng tử cung sau thủ thuật.

Phân tích và xử lý số liệu

Sau khi thu thập đầy đủ thông tin, số liệu được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 26.0.

Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được sự cho phép của hội đồng phê duyệt đề cương của BVPSHP. Tất cả thông tin thu thập được chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu

KẾT QUẢ

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của TBSMLT

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Sốc mất máu	1	1,0
Thiếu máu và không có sốc	4	4,2
Đau bụng	12	12,5
Ra máu âm đạo	20	20,8
Đau bụng và ra máu	32	33,3
Không triệu chứng	32	33,3
Phồng đoạn eo tử cung	37	38,5

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất là phồng đoạn eo tử cung (38,5%), đau bụng và ra máu âm đạo (33,3%), có 01 trường hợp có sốc mất máu (1,0%).

Bảng 2. Triệu chứng cận lâm sàng

		n	%
Công thức máu	Thiếu máu	6	6,3
	Không thiếu máu	90	93,7
Nồng độ β -hCG trước điều trị (mUI/ml)	<10.000	36	37,5
	10.000 – 50.000	46	47,9
	50.000 – 100.000	10	10,4
	>100.000	4	4,2
Tim thai	Có	30	31,3
	Không	66	68,7
Tuổi thai	<6 tuần	51	53,1
	6 – 8 tuần	42	43,8
	\geq 8 tuần	3	3,1

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân không có biểu hiện thiếu máu trên kết quả công thức máu (93,7%). Có 31,3% các trường hợp có tim thai trên siêu âm đầu dò âm đạo.

Bảng 3. Mức độ tăng sinh mạch và theo phân loại COS

	COS-1		COS-2 ⁺		COS-2 ⁻		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Có tăng sinh mạch	45	73,8	14	56,0	5	50	64	66,7
Không tăng sinh mạch	16	26,2	11	44,0	5	50	32	33,3
Tổng	61	100	25	100	10	100	96	100

Nhận xét: Trong nhóm COS-1, đa số các trường hợp có tăng sinh mạch (73,8%).

Kết quả điều trị TBSMLT

Bảng 4. Kết quả các phương pháp xử trí ban đầu

	Thành công		Thất bại		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Hút BTC	72	97,3	2	2,7	74	77,1

Nút mạch + Nội soi BTC	15	93,8	1	6,2	16	16,7
MTX đơn thuần	2	100	1	50	3	2,1
Phẫu thuật cắt TC bán phần	3	100	0	0	3	3,1
Tổng	92	95,8	4	4,2	96	100

Nhận xét: Hút buồng tử cung là phương pháp được áp dụng nhiều, tỉ lệ thành công cao (97,3%).

Bảng 5. Kết quả xử trí ban đầu của TBSMLT phân loại COS-1 có tăng sinh mạch trên siêu âm Doppler

	Thành công		Thất bại		Tổng
	n	%	n	%	
Hút BTC	24	92,3	2	7,7	26
Nút mạch + nội soi BTC	13	92,9	1	7,1	14
Điều trị nội khoa (MTX)	2	50	1	50	2
Phẫu thuật cắt TC bán phần	3	100	0	0	3
Tổng	42		3		45

Nhận xét: có 45 trường hợp COS-1 có tăng sinh mạch. Trong đó 26 trường hợp được điều trị hút buồng tử cung và tỉ lệ thành công là 92,3%. 14 trường hợp điều trị nút mạch kết hợp nội soi buồng tử cung có tỉ lệ thành công là 92,9%.

Bảng 6. Kết quả xử trí TBSMLT phân loại COS-2

Phương pháp	Phân loại COS	COS-2 ⁺		COS-2 ⁻	
		n	%	n	%
Hút BTC	Thành công	25	100	10	100
	Thất bại	0	0	0	0
	Tổng	25	100	10	100

Nhận xét: tất cả các trường hợp COS-2 đều được xử trí bằng hút buồng tử cung và thành công 100%.

Bảng 7. Biến chứng theo phân loại COS

	COS-1		COS-2		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Chảy máu	5	8,2	0	0	5	5,2

Sốt nhau	2	3,3	0	0	2	2,1
Sốt nhau + chảy máu	1	1,6	0	0	1	1,0
Không biến chứng	53	86,9	35	100	88	91,7
Tổng	61	100	35	100	96	100

Nhận xét: các biến chứng đều xảy ra ở các trường hợp COS-1.

Bảng 8. Biến chứng theo mức độ tăng sinh mạch

	Có tăng sinh mạch		Không tăng sinh mạch		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Chảy máu	5	7,8	0	0	5	5,2
Sốt nhau	2	3,1	0	0	2	2,1
Sốt nhau + chảy máu	1	1,6	0	0	1	1,0
Không biến chứng	56	87,5	32	100	88	91,7
Tổng	64	100	32	100	96	100

Nhận xét: Tất cả biến chứng đều xảy ra ở các trường hợp có tăng sinh mạch.

BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh
Triệu chứng cơ năng thường thấy của TBSMLT là ra máu âm đạo và đau bụng vùng hạ vị. Trong nghiên cứu này, 12,5% bệnh nhân chỉ có đau bụng, cảm giác đau tức như đau bụng kinh. Chỉ có triệu chứng ra máu âm đạo chiếm tỉ lệ 20,8%, lượng máu ra thường ít một, kéo dài dai dẳng, đây là dấu hiệu của 1 thai nghén bất thường. 33,3% bệnh nhân vừa có đau bụng, vừa có ra máu. Và 33,3% bệnh nhân không có triệu chứng gì, được phát hiện tình cờ TBSMLT khi đi siêu âm tại phòng khám tư sau khi chậm kinh. Một số nghiên cứu cũng đưa ra những tỉ lệ khác nhau về các triệu chứng lâm sàng của TBSMLT: trong nghiên cứu của Nguyễn Công Định ra máu âm đạo ít một chiếm

49,3%, đau bụng hạ vị chiếm 30,4% và không có triệu chứng chiếm 44,2% [6]; theo Rotas (2006) 38,6% chỉ có ra máu, 8,8% chỉ có đau bụng, 15,8% có cả đau bụng và ra máu, và 36,8% bệnh nhân không biểu hiện triệu chứng [3].

Theo bảng 1, khám thực thể phát hiện 37 bệnh nhân có phòng đoạn eo tử cung chiếm 38,5%. Điều này hoàn toàn hợp lí do chưa vết mổ vẫn là 1 trường hợp thai đi vào buồng tử cung và làm tổ ở kênh vết mổ thuộc đoạn dưới của tử cung, do đó qua thăm khám có thể thấy đoạn này phình to, tử cung to tương đương với tuổi thai. Khi khối thai to lên, có thể gây nứt vỡ tại kênh vết mổ, dẫn đến chảy máu ồ ạt, đe dọa tính mạng bệnh nhân. Có 1 bệnh nhân vào viện trong tình trạng sốc mất máu với biểu hiện lơ mơ, da niêm mạc tái nhợt, mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt không đo được, máu âm đạo ra với số lượng

nhiều, màu đỏ tươi, được cấp cứu bù thể tích tuần hoàn và được chuyển ngay lên phòng mổ để xử trí tiếp; 4 bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu mà không có sốc.

Như vậy, các triệu chứng lâm sàng của TBSMLT nghèo nàn, không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các trường hợp có thai nghén bất thường khác.

Bảng 2 cho thấy kết quả tuổi thai <6 tuần hay gặp nhất, chiếm tỉ lệ 53,1%, tuổi thai 6 – 8 tuần chiếm 43,8% và >8 tuần có 3,1% bệnh nhân, trong đó có 1 trường hợp thai 11 tuần là tuổi thai lớn nhất trong nghiên cứu này. Theo nghiên cứu của Lê Thị Hoàn cũng được thực hiện tại BVPS Hải Phòng cho thấy kết quả tương tự, tuổi thai 4 – 5 tuần được phát hiện nhiều nhất chiếm 53,3%, tuổi thai 6 – 8 tuần chiếm 26,7% và >8 tuần chiếm 26,7% [7]. Theo Nguyễn Công Định 66% phát hiện chửa vết mổ ở tuổi thai <6 tuần [6]. Theo Jurkovic (2016) thì tuổi thai lúc chẩn đoán dao động từ 4 – 18 tuần [8].

Tỉ lệ không có tim thai là 68,7%. Điều này hoàn toàn phù hợp với tuổi thai <6 tuần được thấy nhiều nhất trong nghiên cứu và sẹo mổ lấy thai là vị trí có nhiều tổ chức xơ sợi, ít mạch máu nuôi dưỡng do đó không thuận lợi cho thai làm tổ và dẫn đến thai ngừng phát triển.

Theo bảng 3, tỉ lệ COS-1 là 63,5%, COS-2+ là 26,0% và COS-2- là 10,4%. Điều này phù hợp với tuổi thai <6 tuần được thấy nhiều nhất trong nghiên cứu, do với tuổi thai nhỏ thì kích thước túi thai nhỏ, vì vậy mà túi thai nằm trọn trong kênh vết mổ. Khi thai phát triển, nếu không xảy ra biến chứng nứt vỡ sẹo cơ tử cung thì túi thai cũng lớn dần và tiến về phía buồng tử cung và trở thành thai trong buồng tử cung, và khi siêu âm chỉ thấy 1 phần túi thai nằm trong kênh vết mổ. Do trên thế giới có nhiều hệ thống phân loại khác nhau, mà phân loại theo COS là một cách phân loại mới do đó chưa có nhiều nghiên cứu về chữa vết mổ theo cách phân loại này. Tuy nhiên, một hệ thống khác khá

tương đồng với phân loại COS, được đề xuất bởi Agten và cộng sự (2017) phân loại TBSMLT thành 2 nhóm là “in the niche” tương đương với phân loại COS-1 và “on the scar” tương đương với phân loại COS-2 trong nghiên cứu này. Và nghiên cứu của họ cũng cho kết quả phù hợp với nghiên cứu này, đó là tỉ lệ thể “in the niche” chiếm 64,7% với tuổi thai trung bình là 7 tuần và thể “on the scar” chiếm 35,3% với tuổi thai trung bình là 8 tuần [9].

Bảng 3 cho thấy 66,7% trường hợp có tăng sinh mạch tại kênh vết mổ và 33,3% trường hợp không có tăng sinh mạch. Theo phân loại COS, tỉ lệ có tăng sinh mạch trong nhóm COS-1 là 73,8%, trong nhóm COS-2+ là 56,0% và nhóm COS-2- là 50%. Điều này có thể giải thích là do sự ăn sâu của thai vào kênh vết mổ của COS-1 khiến cho mạch tăng sinh nhiều hơn tại vị trí rau bám.

Các phương pháp xử trí TBSMLT và kết quả của các phương pháp.

Theo bảng 4, phương pháp hút buồng tử cung được áp dụng nhiều nhất với 74 trường hợp, chiếm 77%. Trong đó tỉ lệ thành công lên đến 97,3%. Sở dĩ phương pháp này được áp dụng nhiều như vậy do đây là phương pháp xử trí nhanh, đơn giản, chi phí thấp và thời gian nằm viện cũng ngắn nhất trong các phương pháp. Bên cạnh đó, nhiều bệnh nhân vào viện, sau khi được đánh giá về các yếu tố như tuổi thai, nồng độ β -hCG, phân loại COS và mức độ tăng sinh mạch, bác sĩ đánh giá nguy cơ của họ và tư vấn về hiệu quả cũng như biến chứng của các phương pháp phù hợp thì phương pháp được bệnh nhân chọn nhiều nhất là hút buồng tử cung. Theo nghiên cứu của Lê Thị Hoàn tất cả bệnh nhân đều được hút thai, trong đó 60% là hút thai đơn thuần với tỉ lệ thành công 100%, 31,1% hút thai kết hợp với bóng chèn với tỉ lệ thành công 71,4% [7]. Theo Nguyễn Công Định hút thai đơn thuần chiếm 78,3% với tỉ lệ thành công là 96%, hút thai kèm bóng chèn chiếm 15,1% với tỉ lệ thành công là 85% [6].

Trong cả 2 nghiên cứu trên, các trường hợp thất bại đều phải chuyển phẫu thuật. Tuy nhiên theo các nghiên cứu nước ngoài thì tỉ lệ biến chứng của hút thai khá cao. Theo Rotas tỉ lệ biến chứng là 76,1% [3]. Trong nghiên cứu này chỉ có 2 trường hợp hút buồng tử cung thất bại, chiếm 2,7%. Theo bảng 6, 25 trường hợp COS-2 đều được xử trí bằng hút buồng tử cung và đều thành công. Phù hợp với nghiên cứu của Younes, tỉ lệ thành công của TBSMLT typ II (tương ứng với COS-1 trong nghiên cứu này) là 40%, trong khi tỉ lệ này ở nhóm typ I (tương ứng với COS-2 trong nghiên cứu này) là 80% [10]. Đối với các trường hợp COS-2, túi thai nằm trên kênh vết mổ nên dễ tiếp cận khối thai trong khi hút buồng tử cung hơn và hút buồng tử cung có tỉ lệ thành công 100% bất kể có tăng sinh mạch hay không.

Nút mạch tử cung chọn lọc kết hợp với nội soi buồng tử cung cũng là 1 phương pháp được áp dụng. Nhiều bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị bằng phương pháp này nhưng do chi phí điều trị khá cao nên khá nhiều bệnh nhân từ chối điều trị mà chọn hút buồng tử cung. Có 16 bệnh nhân được áp dụng phương pháp này, chiếm 16,7% và tỉ lệ thành công là 93,8%. Theo kết quả bảng 5, những trường hợp COS-1 có tăng sinh mạch được điều trị bằng phương pháp nút mạch kết hợp nội soi buồng tử cung có tỷ lệ thành công cao nhất (92,9%), điều này cho thấy hiệu quả ban đầu của phương pháp nút mạch kết hợp nội soi buồng tử cung là phương pháp hiệu quả và an toàn nhất với những trường hợp COS-1 có tăng sinh mạch. Tuy nhiên, vì hạn chế cỡ mẫu còn khiêm tốn nên chưa thể khẳng định hiệu quả rõ rệt của phương pháp này.

Trên thế giới có nhiều nghiên cứu sử dụng phương pháp nút mạch tử cung để điều trị TBSMLT, tuy nhiên họ điều trị bằng nút mạch đơn thuần hoặc kết hợp với các phương pháp khác như là kết hợp với MTX hay kết hợp với nạo hút. Theo Timor – Tritsch tỉ lệ biến chứng của nút mạch đơn thuần là 80%

và khi kết hợp nút mạch với điều trị MTX thì tỉ lệ biến chứng là 44% [4]. Các biến chứng có thể xảy ra đối với phương pháp này đó là tổn thương động mạch đùi, hình thành cục máu đông, nhiễm trùng huyết, các ảnh hưởng da tia X gây ra... Nhiều tác giả kết hợp nút mạch với nạo nạo buồng tử cung và cho kết quả khá khả quan. Theo nghiên cứu của Ou (2020) điều trị nút mạch kết hợp với nạo hút buồng tử cung trên 65 bệnh nhân thì 64 bệnh nhân điều trị thành công, chỉ có 1 bệnh nhân phải nạo hút lại [11]. Ở các nghiên cứu trên, nạo hút được thực hiện sau nút mạch giúp giảm chảy máu trong thủ thuật. Tại BVPSHP, tiến hành nội soi buồng tử cung sau nút mạch thay vì nạo hút buồng tử cung đem lại kết quả tốt hơn do có thể quan sát được tổ chức rau thai, khối thai bám trên kênh vết mổ và tình trạng tăng sinh mạch qua camera được đưa vào buồng tử cung qua cổ tử cung, đồng thời có thể đốt các điểm chảy máu tại kênh vết mổ sau khi hút tổ chức thai ra. Như vậy, nghiên cứu này cho thấy phương pháp nút mạch kết hợp với nội soi buồng tử cung đem lại hiệu quả điều trị cao và hạn chế được các biến chứng xảy ra.

Phẫu thuật chủ động cắt tử cung bán phần được tiến hành ở 3 bệnh nhân, chiếm 3,2%. Cả 3 trường hợp đều là thai 6 – 8 tuần, vào viện với tình trạng chảy máu nhiều dẫn đến thiếu máu và qua thăm khám thấy eo tử cung phồng. 1 bệnh nhân 36 tuổi, vào viện trong tình trạng sốc mất máu được chuyển phòng mổ xử trí cấp cứu cắt tử cung bán phần và tổng lượng máu phải truyền là 1400ml khối hồng cầu và 1000ml huyết tương tươi và 2 trường hợp còn lại đều 38 tuổi, đã có 2 con, vì vậy cắt tử cung bán phần là 1 phương pháp hợp lí ở 3 bệnh nhân này. Có thể nói đây vừa là 1 phương pháp điều trị, vừa là 1 biến chứng của TBSMLT do sau đó bệnh nhân sẽ mất hoàn toàn khả năng sinh sản và ảnh hưởng nhiều đến người phụ nữ. Trong nghiên cứu của Phạm Thị Nhung có 8 trường hợp

phẫu thuật nhưng chỉ có 1 trường hợp phải cắt tử cung bán phần [12].

Bảng 7 và 8 cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi có 88 bệnh nhân không xảy ra biến chứng, chiếm 91,7% và 8 trường hợp có biến chứng, chiếm 6,3%. Trong đó 5 trường hợp có biến chứng chảy máu, 2 trường hợp sót rau và 1 trường hợp vừa sót rau vừa chảy máu. Tất cả các trường hợp xảy ra biến chứng đều thuộc nhóm COS-1 và có tăng sinh mạch. Trong 5 trường hợp chảy máu có 4 trường hợp phải truyền ít nhất 1 đơn vị máu trong đó 2 trường hợp phải cắt tử cung bán phần. 1 trường hợp chảy máu phải đặt bóng chèn trong buồng tử cung sau xử trí bằng phương pháp hút buồng tử cung để ngăn chặn chảy máu, đây là bệnh nhân có 2 lần chữa vết mổ trong thời gian nghiên cứu này. Trong 2 trường hợp sót rau, 1 trường hợp được xử trí ban đầu bằng nút mạch kết hợp nội soi buồng tử cung và 1 trường hợp điều trị ban đầu với hút buồng tử cung được dùng MTX toàn thân. Trường hợp vừa sót nhau vừa chảy máu được điều trị ban đầu bằng hút buồng tử cung sau đó dùng MTX toàn thân không đáp ứng, hút buồng tử cung lần 2 bị chảy máu không cầm và sau đó mổ mở cắt lọc bảo tồn tử cung. Nghiên cứu của Younes có 3 trường hợp xảy ra biến chứng chảy máu nặng đều có tăng sinh mạch, trong đó 2 trường hợp phải truyền máu có tăng sinh mạch nhiều, được điều trị ban đầu bằng hút buồng tử cung và ngăn chảy máu bằng đặt catheter Foley [10]. Còn nghiên cứu của Jurkovic (2016) đánh giá lượng máu chảy theo mức độ tăng sinh mạch thấy lượng máu mất trung bình ở những bệnh nhân có tăng sinh mạch cao hơn đáng kể so với các nhóm không tăng sinh mạch và biến chứng sót rau xảy ra ở 12/86 bệnh nhân (chiếm 14,0%) ở điều trị nạo hút buồng tử cung đơn thuần [8]. Như vậy, đối với các trường hợp COS-1 và có tăng sinh mạch cần đánh giá kỹ để đưa ra biện pháp xử trí phù hợp, tránh các biến chứng cho bệnh nhân.

KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của TBSMLT

Triệu chứng lâm sàng: Ra máu âm đạo chiếm tỉ lệ 20,8%; Đau bụng vùng hạ vị chiếm tỉ lệ 12,5%; Vừa ra máu âm đạo, vừa đau bụng chiếm 33,3%; bệnh nhân không biểu hiện triệu chứng lâm sàng chiếm tỉ lệ 33,3%. Triệu chứng cận lâm sàng: Tuổi thai: chủ yếu được phát hiện ở tuổi thai <6 tuần (chiếm 53,1%); 63,5% bệnh nhân có TBSMLT phân nhóm COS-1. 26,0% thuộc nhóm COS-2+ và 10,4% thuộc nhóm COS-2-; 66,7% có tăng sinh mạch tại kênh vết mổ trong đó, tỉ lệ tăng sinh mạch trong nhóm COS-1 chiếm đến 73,8%, trong nhóm COS-2+ là 56,0% và trong nhóm COS-2- là 50,0%.

Kết quả điều trị của các trường hợp TBSMLT

Hút buồng tử cung là phương pháp được áp dụng nhiều nhất và chiếm tỉ lệ thành công cao (97,3%); nút mạch kết hợp nội soi buồng tử cung là phương pháp được áp dụng nhiều thứ 2 với tỉ lệ thành công 93,8%. Trong các trường hợp COS-1 có tăng sinh mạch, hút buồng tử cung có tỉ lệ thành công là 92,3%; nút mạch kết hợp nội soi buồng tử cung có tỉ lệ thành công 92,9%. Tất cả các trường hợp COS-2 và các trường hợp không tăng sinh mạch đều điều trị thành công mà không xảy ra biến chứng gì.

KIẾN NGHỊ

Thai bám sẹo mổ lấy thai có triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Một thai phụ có tiền sử mổ lấy thai cần đi khám sớm để xử trí kịp thời. Để có tỉ lệ thành công cao, giảm được các biến chứng có thể xảy ra, đồng thời rút ngắn thời gian điều trị giúp tiết kiệm chi phí nằm viện cho bệnh nhân, tất cả bệnh nhân có thai bám sẹo mổ lấy thai cần được phân loại theo COS và đánh giá mức độ tăng sinh

mạch để chọn phương pháp điều trị phù hợp. Nút mạch kết hợp nội soi buồng tử cung bước đầu là phương pháp hiệu quả và an toàn để xử trí các trường hợp COS-1 và có tăng sinh mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Larsen, J.V., Solomon, M.H.: Pregnancy in a uterine scar sacculus--an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report. *South Afr. Med. J. Suid-Afr. Tydskr. Vir Geneesk.* 1978, 53, 142–143
2. Timor-Tritsch, I.E., Monteagudo, A., Santos, R., Tsymbal, T., Pineda, G., Arslan, A.A.: The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 207, 44.e1-44.e13; 2012. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.04.018>
3. Rotas, M.A., Haberman, S., Levгур, M.: Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet. Gynecol.* 107, 1373–1381; 2006. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000218690.24494.ce>
4. Timor-Tritsch, I.E., Monteagudo, A.: Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2012, 207, 14–29. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.03.007>
5. Cali, G., Forlani, F., Timor-Tritsch, I.E., Palacios-Jaraquemada, J., Minnici, G., D'Antonio, F.: Natural history of Cesarean scar pregnancy on prenatal ultrasound: the crossover sign. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2017, 50, 100–104. <https://doi.org/10.1002/uog.16216>
6. Nguyễn Công Định: Đánh giá hiệu quả điều trị thai ở sẹo mổ đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ 09/2017 - 09/2018. Luận Văn Bác Sĩ Chuyên Khoa II Trường Đại Học Hà Nội. 2018
7. Lê Thị Hoàn: Nghiên cứu chẩn đoán và xử trí chữa tại vết mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. Luận Văn Bác Sĩ Chuyên Khoa II Trường Đại Học Dược Hải Phòng. 2017
8. Jurkovic, D., Knez, J., Appiah, A., Farahani, L., Mavrellos, D., Ross, J.A.: Surgical treatment of Cesarean scar ectopic pregnancy: efficacy and safety of ultrasound-guided suction curettage. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2016, 47, 511–517. <https://doi.org/10.1002/uog.15857>
9. Agten, A.K., Cali, G., Monteagudo, A., Oviedo, J., Ramos, J., Timor-Tritsch, I.: The clinical outcome of cesarean scar pregnancies implanted “on the scar” versus “in the niche.” *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2017. 216, 510.e1-510.e6; <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.01.019>
10. Younes, G., Goldberg, Y., Lavie, O., Kedar, R., Segev, Y.: Cesarean Scar Pregnancy: A Case Series of Diagnosis, Treatment, and Results. *J. Diagn. Med. Sonogr.* 2018, 34, 502–508. <https://doi.org/10.1177/8756479318791155>
11. Ou, J., Peng, P., Li, C., Teng, L., Liu, X.: Assessment of the necessity of uterine artery embolization during suction and curettage for caesarean scar pregnancy: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 20, 378, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03062-z>
12. Phạm Thị Nhung. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị chữa ở sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Khóa Luận Tốt Nghiệp Đại Học Ngành Đa Khoa Đại Học Quốc Gia Hà Nội. 2020