

Thái độ xử trí thai làm tổ vết mổ cũ dựa trên hình ảnh siêu âm tại Khoa Phụ ngoại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/2021 - 6/2021

Trương Quốc Việt¹, Trần Danh Cường², Nguyễn Thị Huyền Trang¹, Trần Thị Định¹, Nguyễn Thị Xuân Hào¹

¹ Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

² Trường Đại học Y Hà Nội

doi:10.46755/vjog.2021.4.1336

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Trương Quốc Việt, email: drvietquoc@gmail.com

Nhận bài (received): 2/12/2021 - Chấp nhận đăng (accepted): 20/12/2021

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá thái độ xử trí thai làm tổ vết mổ cũ dựa trên hình ảnh siêu âm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trên 67 trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán thai làm tổ vết mổ cũ tại Khoa Phụ Ngoại.

Kết quả: Trong số 67 trường hợp thai làm tổ vết mổ cũ, số bệnh nhân đã mổ lấy thai 1 lần: 15/67 (22,4%) và ≥ 2 lần: 52/67 (77,6%). Xử trí ban đầu là: hút thai đơn thuần: 29,9%, hút thai kết hợp bóng chèn: 43,3% và 19,4% chỉ định phẫu thuật. Tỷ lệ thành công của nhóm hút đơn thuần là 100%, và của hút thai phối hợp đặt bóng chèn là 82,8%, có 5 trường hợp thất bại chuyển phẫu thuật. Tỷ lệ thành công của các trường hợp phẫu thuật đạt 100%, không có trường hợp nào phải cắt tử cung.

Kết luận: Xử trí sớm các trường hợp thai ở sẹo mổ cũ lấy thai khi chẩn đoán được. Kết hợp nhiều phương pháp trong điều trị dựa vào hình ảnh siêu âm để đạt hiệu quả cao nhất. Siêu âm đường bụng nhin tiểu là phương pháp giúp chẩn đoán thai làm tổ vết mổ cũ hiệu quả.

Từ khóa: Thai làm tổ vết mổ cũ; rau cài răng lược; hút thai.

Treatment of cesarean scar pregnancy based on ultrasound at the Surgical gynecologic department of National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 01/2021 - 6/2021

Truong Quoc Viet¹, Tran Danh Cuong², Nguyen Thi Huyen Trang¹, Tran Thi Dinh¹, Nguyen Thi Xuan Hao¹

¹ Hanoi Medical University

² National Hospital of Obstetrics and Gynecology

Abstract

Objective: To evaluate the attitude of treatment Cesarean scar pregnancy based on ultrasound.

Subjects and methods: A retrospective descriptive study of 347 patients with ultrasound showing a low-lying gestational sac of pregnant women with a cesarean scar at the surgical gynecologic department.

Results: In 67 cases, the number of patients who get cesarean section was 15/67 (22.4%) and \geq the second: 52/67 (77.6%). Rates of initial management measures were: abortion alone: 29.9%, suction combined with tamponade balloon: 43.3% and 19.4% showed surgery. The success rate of the suction group abortion alone is 100%, that of the suction group combined with the insertion of the balloon was 82.8%, and there were 5 cases the abortion failed, had to surgery. The success rate of the surgical cases reached 100%, there were no cases of hysterectomy.

Conclusion: Early treatment of pregnancy with cesarean section should be done as soon as it is diagnosed. Combine multiple treatment methods based on ultrasound to achieve the best results. Abdominal ultrasound with urinary retention is an effective method to help diagnose cesarean section.

Keywords: Cesarean scar pregnancy; placenta accreta; abortion.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai làm tổ vết mổ cũ là hiện tượng túi thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ lấy thai của tử cung. Đây là hình thái khá hiếm gặp của chửa lạc vị trí [1]. Theo các tài liệu thai làm tổ vết mổ cũ chiếm tỷ lệ < 1% các trường hợp chửa ngoài tử cung, chiếm 0,15% các trường hợp thai phụ có tiền sử mổ lấy thai và chiếm tỷ lệ là 1/2216 đến 1/1800

trong các thai kỳ [2]. Thai làm tổ vết mổ cũ lần đầu tiên được nhắc tới trong một nghiên cứu của Larsen và Solomonn vào năm 1978 [3]. Từ đó tới 2001 mới có 18 trường hợp được công bố trong y văn Anh ngữ, sau đó số liệu tăng nhanh. Thai làm tổ vết mổ cũ gần đây được quan tâm nhiều bởi tỷ lệ mổ lấy thai đang ngày càng

tăng lên trên toàn cầu. Với tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng gia tăng nên tỷ lệ thai làm tổ vết mổ cũ cũng gia tăng. Sự gia tăng số lượng các trường hợp phản ánh tỷ lệ tăng lên rất nhiều của mổ lấy thai và các tiến bộ trong chẩn đoán của siêu âm trong những năm gần đây. Mặc dù vậy nguyên nhân cũng như các yếu tố nguy cơ của thai làm tổ vết mổ cũ vẫn chưa được biết đến. Sự tiến triển của thai làm tổ vết mổ cũ có thể gây nên vỡ tử cung, rau cài răng lược là các biến chứng sản khoa nặng. Hiện nay, với sự tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh, cho phép chẩn đoán chính xác thai làm tổ vết mổ cũ từ rất sớm. Việc chẩn đoán sớm rất có giá trị cho điều trị. Việc lựa chọn phương pháp điều trị chủ yếu dựa vào tuổi thai và toàn trạng người bệnh, độ dày cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang và hình ảnh độ lõm của túi thai về phía bàng quang bằng siêu âm. Có nhiều phương thức điều trị gồm 4 nhóm chính: Điều trị nội khoa. Can thiệp ngoại khoa. Phối hợp các phương pháp điều trị. Chỉ theo dõi không can thiệp. Bên cạnh đó, phương pháp mới được áp dụng thuyên tắc động mạch tử cung và kết hợp hút thai, được ghi nhận hiệu quả điều trị cao [4]. Cho đến nay vẫn chưa có đồng thuận về phương pháp điều trị nào là tối ưu nhất cho thai làm tổ vết mổ cũ [5]. Tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương việc ứng dụng các tiêu chuẩn siêu âm để chẩn đoán thai làm tổ vết mổ cũ cũng có nhiều sự thay đổi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành làm nghiên cứu này nhằm đưa ra các thái độ xử trí sớm đối với các trường hợp thai làm tổ vết mổ cũ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm tất cả thai phụ có sẹo mổ lấy thai cũ được chẩn đoán thai làm tổ vết mổ cũ tại Khoa Phụ Ngoại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 01/2021 đến hết tháng 6/2021.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: thai phụ có thai làm tổ tại vết mổ cũ theo các tiêu chí trên siêu âm: không thấy hình ảnh túi ối trong buồng tử cung. Không thấy hình ảnh túi ối trong ống cổ tử cung. Có hình ảnh túi ối, có hoặc không có âm vang thai, có hoặc không có tim thai ở mặt trước eo tử cung. Giảm độ dày của lớp cơ tử cung giữa túi ối và bàng quang (được xác định là khoảng thưa âm vang nhỏ nhất (phân cơ) nằm giữa bờ ngoài túi thai và bàng quang); tuổi thai < 11 tuần tại Khoa Phụ Ngoại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương; Hồ sơ bệnh án phải đảm bảo đủ các thông tin cần thiết cho vấn đề lấy mẫu.

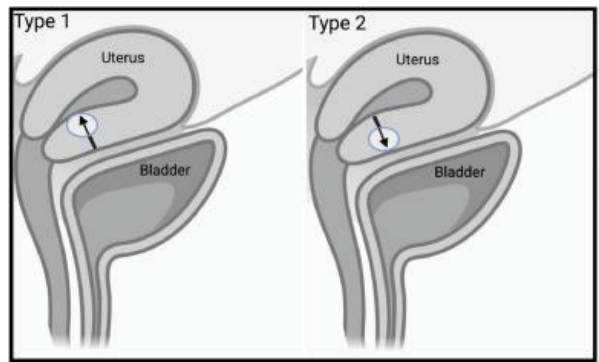
- Tiêu chuẩn loại trừ: túi thai chỉ định vị thấp; những bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.3. Các bước tiến hành:

- Bước 1: Phân loại các biến số nghiên cứu: tuổi bệnh nhân; số lần mổ lấy thai, số lần nạo hút thai; tuổi thai; siêu âm giúp xác định tuổi thai; độ dày cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang.

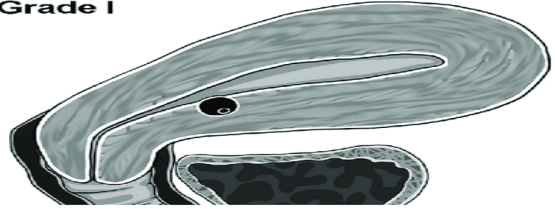
- Bước 2: Siêu âm phân loại thai làm tổ vết mổ cũ theo [6]: (1) loại một: là túi thai làm tổ ở sẹo mổ thành trước tử cung và túi thai có xu hướng phát triển về phía cổ tử cung hoặc buồng tử cung. (2) loại hai: xảy ra khi túi thai ăn sâu vào sẹo mổ lấy thai cũ và có xu hướng phát triển về phía bàng quang (đẩy lõm thành bàng quang theo siêu âm đường bụng nhin tiểu).



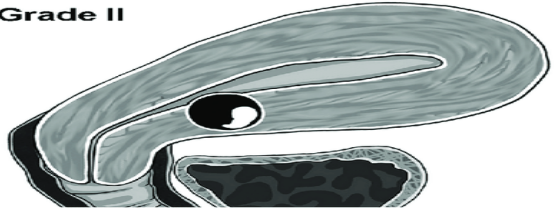
Hình 1. Phân loại thai làm tổ vết mổ cũ [6] (Trong đó: Uterus: tử cung, Bladder: bàng quang, type: loại)

- Bước 3: Phân độ thai làm tổ vết mổ cũ theo siêu âm [6]: Độ 1: Độ sâu túi thai chiếm dưới 1 nửa độ dày thành trước tử cung ở vị trí làm tổ sẹo mổ lấy thai; Độ 2: Độ sâu túi thai chiếm quá nửa độ dày thành trước tử cung ở vị trí làm tổ sẹo mổ lấy thai; Độ 3: Túi thai vượt quá ranh giới thành trước tử cung đẩy lõm vào thành bàng quang; Độ 4: Túi thai xâm lấn thành bàng quang với hình ảnh khối mạch máu tăng sinh tại vị trí thành trước đoạn eo ngang vết mổ.

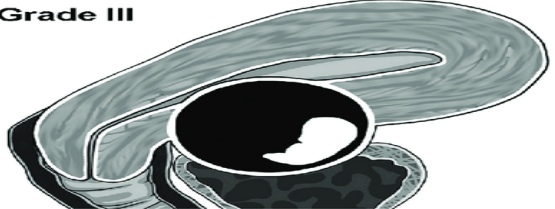
Grade I



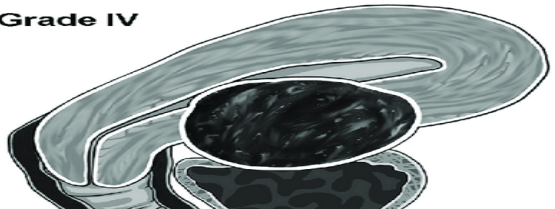
Grade II



Grade III



Grade IV



Hình 2. Phân độ thai làm tổ vết mổ cũ [6] (Grade: độ)

- Bước 4: Lựa chọn các phương pháp xử trí thai làm tổ vết mổ cũ.

Hút thai dưới siêu âm: Phương pháp được tiến hành

dưới sự kiểm soát của siêu âm đường bụng nhin tiểu. Được áp dụng chủ yếu cho các trường hợp thai làm tổ vết mổ cũ độ 1 hoặc độ 2 với siêu âm độ dày cơ tử cung vị trí vết mổ > 3,5 mm, tuổi thai < 7 tuần. Tiêu chuẩn đánh giá thành công: sau hút thai không chảy máu, siêu âm kiểm tra đánh giá sau thủ thuật bình thường, lượng beta hCG giảm tốt sau hằng tuần > 30% cho đến khi mức âm tính.

Hút thai dưới siêu âm + đặt bóng chèn để cầm máu. Bóng chèn được sử dụng khi có biến cố chảy máu xảy ra. Bóng chèn sẽ được tháo sau 24 giờ. Tiêu chuẩn thành công: Sau tháo bóng cầm được máu. Theo dõi sau hút hằng tuần không có biến chứng băng huyết. Beta hCG sau hằng tuần giảm tốt > 30% cho đến khi trở về mức âm tính. Thất bại: Nếu sau tháo bóng chảy máu nhiều cần tiến hành phẫu thuật.

Phẫu thuật: Phẫu thuật được sử dụng cho các trường

hợp thai làm tổ vết mổ cũ độ 3, độ 4. Những trường hợp thai làm tổ vết mổ cũ có độ dày cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang mỏng, tuổi thai lớn > 8 tuần. Phẫu thuật bảo tồn nếu cầm được máu, cắt bỏ tử cung nếu chảy máu ồ ạt; sử dụng các kỹ thuật cầm máu không kết quả.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 22.0. Tính tỷ lệ phần trăm các chỉ số nghiên cứu, tính giá trị trung bình các biến số nghiên cứu.

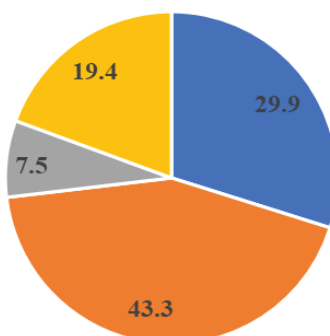
3. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, có 67 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thai làm tổ vết mổ cũ và điều trị chiếm 19,31%. Tuổi trung bình của bệnh nhân: 34,66 ± 4,65 (20 - 45) tuổi. Trong 67 trường hợp, số bệnh nhân đã mổ lấy thai 1 lần: 15/67 (22,4%) và ≥ 2 lần: 52/67 (77,6%). Tiền sử nạo hút thai: Không nạo hút thai: 28,3%, 1 lần: 26,2%, ≥ 2 lần: 45,5%.

Bảng 1. Phân độ thai làm tổ vết mổ cũ theo siêu âm trong nghiên cứu

Phân độ thai làm tổ vết mổ cũ	Số ca	Tỷ lệ (%)
Độ 1	31	46,27%
Độ 2	23	34,33%
Độ 3	9	13,43%
Độ 4	4	5,97%

Thai làm tổ vết mổ cũ độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất là 46,27%, thai làm tổ vết mổ cũ độ 4 có tỷ lệ thấp nhất 5,97%



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các chỉ định xử trí thai vết mổ

Trong tổng số 67 trường hợp, tỷ lệ được chỉ định hút thai và đặt bóng chèn được chiếm tỷ lệ cao nhất: 29/67 (43,3%). Có 5/67 (7,5%) bệnh nhân quyết định giữ thai.

Bảng 2. Thái độ xử trí theo phân độ thai làm tổ vết mổ cũ

Phân độ thai làm tổ vết mổ cũ	Số ca	Tỷ lệ (%)	Phương pháp xử trí
Độ 1	5	16,13%	Giữ thai
	20	64,52%	Hút thai đơn thuần
	6	19,35%	Hút thai + đặt bóng
Độ 2	18	78,26%	Hút thai + đặt bóng
	5	21,74%	Phẫu thuật
Độ 3	9	100%	Phẫu thuật
Độ 4	4	100%	Phẫu thuật

Độ 1: Hút thai đơn thuần chiếm 64,52%, hút thai + đặt bóng là 19,35% và giữ thai chiếm 16,13%. Độ 2: Hút thai + đặt bóng chiếm 78,26%, có 21,74% phải chuyển sang phương pháp phẫu thuật sau đặt bóng thất bại. 100% các trường hợp độ 3 và độ 4 phải phẫu thuật.

Bảng 3. Đặc điểm thái độ xử trí và kết quả điều trị theo tuổi thai và độ dày cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang

Xử trí	Số lượng	Tuổi thai	Độ dày cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang	Kết quả	
				Thành công	Thất bại
Hút thai đơn thuần	20	5 tuần 6 ngày (5 tuần - 7 tuần 1 ngày)	4,03 mm ± 0,42 (3,50 - 4,70 mm)	20 (100%)	0%
Hút thai kết hợp đặt bóng cầm máu	29	6 tuần 4 ngày (5 tuần - 7 tuần 3 ngày)	3,69 mm ± 0,34 (3,30 - 4,30 mm)	24/29 (82,8%)	5/29 (17,2%)
Phẫu thuật	13	8 tuần 1 ngày (6 tuần 1 ngày - 11 tuần 6 ngày)	2,61 mm ± 0,27 (1,40 - 3,50 mm). Túi thai lồi vào bàng quang: 8/13	13/13 (100%)	
Hút thai thất bại chuyển phẫu thuật	5	6 tuần 6 ngày (6 tuần 3 ngày - 7 tuần 2 ngày)	3,32 mm ± 0,13 (3,10 - 3,60 mm)	5/5 (100%)	
Giữ thai	5 trường hợp, tiến triển: 2 trường hợp rau tiền đạo trung tâm, rau cài răng lược: đình chỉ thai nghén lúc 30 tuần. 1 trường hợp rau cài răng lược: mổ lấy thai ở tuần 39 2 trường hợp không liên hệ lại được với bệnh nhân				

Tỷ lệ thành công ở nhóm hút thai đơn thuần là 100%, nhóm hút thai có kết hợp đặt bóng chèn là 82,8%.

4. BÀN LUẬN

Trong 6 tháng đầu năm 2021, tại Khoa Phụ Ngoại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương chẩn đoán xác định và điều trị 67 trường hợp thai làm tổ vết mổ cũ. Là bệnh viện tuyến trung ương, đơn vị tiếp nhận số lượng bệnh nhân bệnh lý thai làm tổ vết mổ cũ ngày càng gia tăng. So với các giai đoạn 10 năm trước thì số lượng bệnh nhân tăng gấp đôi, trong nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Ngọc Lan, từ tháng 3/2011 đến hết tháng 02/2012 ghi nhận có 64 bệnh nhân [7], nghiên cứu của Diễm Thị Thanh Thủy trong 2 năm (2019-2020): có 30 bệnh nhân thai làm tổ vết mổ cũ được điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội [8]. Trong thời gian gần đây, một số báo cáo cũng cho thấy sự phổ biến của bệnh lý này, tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 01/01/2018 đến 31/12/2020, có 88 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị [9].

Phân độ thai làm tổ vết mổ cũ theo siêu âm và thái độ xử trí: trong nghiên cứu của chúng tôi, thai làm tổ vết mổ cũ độ 1 có 31 trường hợp chiếm tỷ lệ 46,27%. Thai làm tổ vết mổ cũ độ 4 chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5,97%. Phân độ thai làm tổ vết mổ cũ theo siêu âm là một tiêu chuẩn rất quan trọng cho việc định hướng điều trị. Trong 31 trường hợp thai làm tổ vết mổ cũ độ 1, có 5 trường hợp xin về giữ thai. 26 trường hợp thai làm tổ vết mổ cũ độ 1 và 23 trường hợp thai làm tổ vết mổ cũ độ 2 được tiến hành hút thai dưới siêu âm kết hợp với phương pháp đặt bóng khi có biến cố chảy máu xảy ra. Trong đó có 20 trường hợp thành công với phương pháp hút thai đơn thuần. 24 trường hợp thành công sau khi đặt bóng. Có 5 trường hợp thai làm tổ vết mổ cũ độ 2 được hút thai + đặt bóng nhưng khi tháo bóng thất bại phải chuyển phẫu thuật. 13 trường hợp được chẩn đoán là thai làm tổ vết mổ cũ độ 3, độ 4 được tiến hành phẫu thuật từ đầu.

Hút thai đơn thuần: Hút thai dưới siêu âm được chỉ định chủ yếu cho tuổi thai < 7 tuần. Trong kết quả chúng

tôi ghi nhận tuổi thai trung bình 5 tuần 6 ngày (5 tuần - 7 tuần 1 ngày), độ dày cơ tử cung giữa bờ ngoài túi thai và bàng quang là 3,50 - 4,70 mm, trung bình là 4,03 ± 0,42 mm. Tỷ lệ hút thai đơn thuần trong nghiên cứu này là 29,9% và tỷ lệ thành công đạt 100% đối với các trường hợp thai làm tổ vết mổ cũ độ 1 và có độ dày cơ tử cung từ 3,50 - 4,70 mm. So sánh với một số nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ xử trí hút thai đơn thuần của chúng tôi ghi nhận kết quả cao. Tỷ lệ hút thai đơn thuần trong nghiên cứu tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An chiếm tỷ lệ 21,6%, tỷ lệ thành công đạt 84,2% [6]. So sánh thời điểm 10 năm trước cũng tại Khoa Phụ Ngoại, trong báo cáo của Đỗ Thị Ngọc Lan tỷ lệ hút thai đơn thuần 40,6% (26/64), với tỷ lệ thành công là 97%, ở thời điểm đó có phương pháp điều trị chính là hút thai đơn thuần và hút thai kết hợp với Methotrexate toàn thân [4]. Trong nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng cũng ghi nhận tỷ lệ thành công 100% ở 27 trường hợp được chỉ định hút thai đơn thuần thành công: 25 bệnh nhân (92,6%) có siêu âm doppler vùng vết mổ ít mạch máu tăng sinh và 2 bệnh nhân (7,4%) có nhiều mạch máu tăng sinh [10]. Đối với tuổi thai nhỏ, độ dày cơ tử cung giữa bờ ngoài túi thai và bàng quang còn cao (theo nghiên cứu này là độ dày trung bình 4,03 ± 0,42 mm), mạch máu vùng vết mổ tăng sinh ít thì hút thai đơn thuần vẫn là phương pháp điều trị dễ chấp nhận vì tính đơn giản, an toàn, ít biến chứng hơn, chi phí điều trị thấp, nếu có chảy máu thì lượng máu mất cũng không nhiều vì các gai rau chưa ăn sâu và phát triển nhiều tại vùng vết mổ.

Hút thai và đặt bóng chèn: phương pháp hút thai sau đó nếu thấy chảy máu thì chèn bóng, tuy nhiên theo chúng tôi đây không phải là phương pháp xử trí lý tưởng cho các trường hợp thai làm tổ vết mổ cũ đối với tuổi thai > 8 tuần vì nguy cơ tai biến nhiều, do các gai rau đã ăn sâu vào tổ chức vết mổ, việc nạo hút khi tổ chức rau còn

tươi nguy cơ băng huyết là rất lớn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 29/67 (43,3%) trường hợp được hút thai, sau đó máu chảy nhiều phải đặt bóng chèn, tuy nhiên tỷ lệ thành công đạt 82,2% (24/29). Có 5 trường hợp thất bại phải chuyển phẫu thuật và bảo tồn được tử cung. Có 5 trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật sau hút thai + đặt bóng chèn cầm máu thất bại, tuổi thai nhỏ nhất là 6 tuần 3 ngày, lớn nhất là 7 tuần 2 ngày, độ dày cơ tử cung 3,10 - 3,60 mm, độ dày cơ tử cung trung bình $3,32 \pm 0,13$ mm. Các trường hợp này chủ yếu là siêu âm thai làm tổ vết mổ cũ độ 2.

Trong nghiên cứu của nhóm tác giả Nguyễn Văn Học, cũng có 14 trường hợp được hút thai, sau hút chảy máu phải chèn bóng, tỉ lệ thành công là 71%, và có 4 trường hợp thất bại. Có 4 trường hợp thất bại: tuổi thai từ 7 đến ≥ 8 tuần, 1 trường hợp sau hút thai 2 lần + chèn bóng 3 lần, 2 trường hợp thai 9 tuần chết lưu, vùng vết mổ tăng sinh mạch máu nhiều, đã được chỉ định hút thai, nhưng chảy máu nhiều.

Nhóm tác giả Trần Thị Ngọc Hà cũng báo cáo bệnh nhân được chỉ định đặt bóng chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm nghiên cứu (59,1%), tỷ lệ thành công là 98% [9]. Phương pháp đặt bóng chèn được áp dụng cho trường hợp có tuổi thai < 8 tuần, bề dày cơ tử cung < 3 mm, có tăng sinh mạch ít, vừa và không có mạch xuyên thành. Trong quá trình nghiên cứu thấy lượng mất máu giảm, thời gian điều trị ngắn và kinh tế cho bệnh nhân [9].

Phẫu thuật: kết quả nghiên cứu ghi nhận có 13 trường hợp được chỉ định mổ từ đầu vì siêu âm có hình ảnh thai làm tổ vết mổ cũ độ 3, độ 4 (túi thai lồi vào bàng quang trên siêu âm đường bụng), hoặc độ dày cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang mỏng, hoặc tuổi thai lớn nguy cơ chảy máu cao. Và có 5 trường hợp cầm máu thất bại sau hút thai và đặt bóng chèn. Như vậy tổng số bệnh nhân được phẫu thuật trong nghiên cứu này là 18/67, và 100% trường hợp phẫu thuật thành công, vẫn bảo tồn được tử cung. Một số nghiên cứu khác cũng báo cáo có tỷ lệ bệnh nhân phải cắt tử cung để cầm máu. Trong báo cáo của tác giả Trần Ngọc Hà (2021), có 12 bệnh nhân được phẫu thuật, có 3 bệnh nhân được mổ lấy khối chửa và bảo tồn tử cung và 9 bệnh nhân cắt tử cung [9]. Việc quyết định phẫu thuật thường dựa vào tuổi, số con đã có, đặc tính của túi thai thường to > 8 tuần, đặc biệt dựa vào hình ảnh siêu âm thai làm tổ vết mổ cũ độ 3, độ 4, hoặc độ dày cơ tử cung giữa bờ ngoài túi thai và bàng quang mỏng. Việc phẫu thuật mất máu nhiều hay ít phụ thuộc rất nhiều vào phẫu thuật viên có kinh nghiệm hay không. Như vậy, việc thực hiện phương pháp nào, tỷ lệ thành công bao nhiêu cần phải có sự đánh giá cá thể hóa, cần nhắc đưa ra phương pháp nào phụ thuộc vào tình trạng cụ thể của bệnh nhân, kỹ thuật phát triển và thành thạo của cơ sở đó.

Nhóm giữ thai: thai phụ chưa đủ con hoặc đủ con nhưng có nguyện vọng tiếp tục thai nghén, có bằng chứng siêu âm cho thấy túi thai có xu hướng phát triển về phía buồng tử cung (thai làm tổ vết mổ cũ loại 1). Tuy nhiên hiệu quả không cao, và tỷ lệ biến chứng cao. Trong kết quả của chúng tôi có 5 trường hợp thai làm tổ vết mổ cũ bệnh nhân đã được tư vấn rất rõ nguy cơ có thể trở thành rau cài răng lược, vỡ tử cung nhưng bệnh nhân vẫn xin giữ tiếp tục thai nghén vì mới có 1 con, 1 trường

hợp vì lý do tôn giáo. 5 trường hợp này có 2 trường hợp trở thành rau tiền đạo trung tâm, rau cài răng lược được đình chỉ thai nghén lúc 30 tuần vì ra máu âm đạo nhiều. 1 trường hợp mổ lấy thai vì rau cài răng lược ở tuần 39 và 2 trường hợp không liên hệ lại được với bệnh nhân. Trong báo cáo của tác giả Diêm Thị Thanh Thủy và cộng sự, cũng báo cáo trường hợp giữ thai, kết quả thai nghén được báo cáo thai tiến triển đến 38 tuần. Rau tiền đạo cài răng lược. Chỉ định: mổ lấy thai + cắt tử cung bán phần [11].

5. KẾT LUẬN

Siêu âm đường bụng với bàng quang nhện tiểu là một phương pháp hiệu quả giúp cho việc xác định chẩn đoán thai làm tổ vết mổ cũ, phân loại và phân độ thai làm tổ vết mổ cũ trong những trường hợp siêu âm đầu dò âm đạo khó. Những hình ảnh siêu âm: Độ dày cơ tử cung giữa túi thai và bàng quang, độ lồi của túi thai về phía bàng quang (độ 3, độ 4) là những dấu hiệu quan trọng trong việc đưa ra lựa chọn cho các phương pháp điều trị thai làm tổ vết mổ cũ. Nên phối hợp nhiều phương pháp để linh động trong phương pháp điều trị cho bệnh nhân. Nên xử trí sớm các trường hợp thai làm tổ vết mổ cũ ngay khi chẩn đoán được. Các trường hợp thai làm tổ vết mổ cũ có nguyện vọng giữ thai có hiệu quả không cao, và tỷ lệ biến chứng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David A, Mc Kenna. By the American Institute of Ultrasound in medicine. Med 2008; 27: 779 - 783. 0278 - 4297/08.
2. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ (2003). First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21: 220 - 227
3. Larsen JV, Solomon MH (1978). Pregnancy in a uterine scar sacculus is an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report. *S Afr Med J* 53(4):142.
4. Yu L, Yang B, Xu Q, Teng Y, Xue Z. A study on the timing of uterine artery embolization followed by pregnancy excision for cesarean scar pregnancy: a prospective study in China. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021; 21(1):1-7.
5. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsymbal T, Pineda G, Arslan AA. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2012; 207(1):44. e1-. e13.
6. Lin SY, Hsieh CJ, Tu YA, Li YP, Lee CN, Hsu WW, et al. New ultrasound grading system for cesarean scar pregnancy and its implications for management strategies: An observational cohort study. *PloS one*. 2018; 13(8):e0202020.
7. Đỗ Thị Ngọc Lan, Đàm Thị Quỳnh Liên, Phạm Duy Duẩn, Nguyễn Thanh Thủy. 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 Phụ sản*. 2012; 10(2):173-83.
8. Diêm Thị Thanh Thủy. Nhận xét 30 trường hợp chửa ngoài tử cung trên sẹo mổ lấy thai điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2009-2010. *Hội nghị Sản Phụ khoa*

Việt Pháp. 2011; 259-26.

9. Trần Thị Ngọc Hà, Phạm Thị Thanh Hiền, Hồ Giang Nam. Kết quả điều trị chữa sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ năm 2018 đến 2020. Tạp chí Y Học Việt Nam. 2021; 504 (Tháng 7 Số 1):259-63.

10. Nguyễn Văn Học, Lê Thị Hoàn, Nguyễn Hoàng Trang. Chẩn đoán và xử trí chữa tại vết mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. Tạp chí Phụ Sản. 2017; 15(2):100-6.

11. Diêm Thị Thanh Thủy, Nguyễn Duy Ánh, Trí Nguyễn. Mạnh. Nhận xét thái độ xử trí thai ở sẹo mổ lấy thai trong 3 giai đoạn thai kỳ. Tạp chí Phụ Sản. 2013; 11(2):143-6.