

**NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THAI BẨM SẴO MỔ CŨ  
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KIÊN GIANG NĂM 2020-2021**

*Ngô Thị Kim Huệ<sup>1\*</sup>, Cao Văn Nhut<sup>2</sup>, Phan Hữu Thúy Nga<sup>3</sup>  
Nguyễn Thị Thu<sup>3</sup>, Võ Châu Quỳnh Anh<sup>3</sup>*

- 1. Bệnh viện Sản Nhi Kiên Giang*
  - 2. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*
  - 3. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*
- \*Email: bsngohue8586@gmail.com*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Thai bám sỡ mổ cũ là một dạng hiếm của thai ngoài tử cung, thường gây biến chứng nặng nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời. Tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng, thai bám sỡ mổ cũ được xem là một vấn đề mới đáng được quan tâm hiện nay như là một hậu quả không mong muốn sau mổ lấy thai. Với vị trí địa lý cách xa các bệnh viện tuyến trung ương, Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang luôn cố gắng tiếp cận những phương thức điều trị nhằm nâng cao hiệu quả điều trị cho nhân dân trong tỉnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thai bám sỡ mổ cũ tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang từ năm 2020-2021. 2. Đánh giá kết quả điều trị thai ở sỡ mổ cũ bằng phương pháp đặt Foley kết hợp với hút thai dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang từ năm 2020-2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích 33 bệnh nhân được chẩn đoán thai bám sỡ mổ cũ ≤ 8 tuần nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang trong khoảng thời gian từ 05/2020-06/2021. **Kết quả:** Hầu hết bệnh nhân thai bám sỡ mổ cũ trong nghiên cứu có kết quả điều trị thành công chiếm 93,9%. Không có trường hợp xảy ra biến chứng sau điều trị, có 1 ca mất máu >200ml và đáp ứng điều trị với sond Foley. Lượng máu mất trung bình khi hút thai là 84,85 ml. Thời gian βhCG về bằng 0 trung bình là 4,42 (tuần). **Kết luận:** Phương pháp đặt Foley kết hợp hút thai dưới siêu âm đạt tỉ lệ thành công cao với thời gian nằm viện ngắn và thời gian theo dõi sau thủ thuật ngắn so với những phương pháp điều trị thai bám sỡ mổ cũ phối hợp khác.

**Từ khóa:** Thai bám sỡ mổ lấy thai, bóng Foley, hút thai.

**ABSTRACT**

**CESAREAN SCAR PREGNANCY: RESULT OF TREATMENT  
AT KIEN GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2020-2021**

*Ngo Thi Kim Hue<sup>1</sup>, Cao Van Nhut<sup>2</sup>, Phan Huu Thuy Nga<sup>3</sup>  
Nguyen Thi Thu<sup>3</sup>, Vo Chau Quynh Anh<sup>3</sup>*

- 1. Kien Giang Obstetrics and Children's Hospital*
- 2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital*
- 3. Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

**Background:** Cesarean scar pregnancy is a rare type of ectopic pregnancy, often causing serious complications if not diagnosed early and treated promptly. The increasing rate of cesarean section, cesarean scar pregnancy is considered a new issue that deserves attention today as an undesirable consequence after cesarean section with a geographical location far from central hospitals, Kien Giang General Hospital always tries to access treatment methods to improve treatment efficiency for people in the province. **Objectives:** 1. Objective on clinical and preclinical characteristics of caesarean scar pregnancy at Kien Giang General Hospital. 2. Demonstrate the efficacy of management for caesarean scar pregnancy treatment by using ultrasound-guided Foley balloon catheter placement combined with dilation and curettage (D and C) at Kien Giang General Hospital. **Materials and methods:** This is a cross-sectional descriptive study of 33 patients with

cesarean scar pregnancy up to 8 weeks' gestation were treated at Obstetrics and Gynecology Department in Kiên Giang General Hospital. **Results:** Most of the Caesarean scar pregnancy patients in the study had successful treatment results, accounting for 93.9%. No cases reported any complications. There were 1 cases of blood loss >200mL that were responsive to conservative measures with the Foley catheter. The average amount of blood loss was 84.85mL. The mean time taken to reach negative serum  $\beta$ hCG levels after treatment was 4.42 weeks. **Conclusion:** Using ultrasound-guided Foley balloon catheter placement combined with dilation and curettage has a high success rate with a short hospitalization period and a short post-procedure follow-up time compared to other old combined cesarean section treatments.

**Keywords:** Cesarean scar pregnancy, Foley balloon cathete, dilation and curettage.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai bám sẹo mổ cũ (TBSMC) là một dạng hiếm của thai ngoài tử cung. Thuật ngữ này mô tả các trường hợp thai làm tổ và phát triển trong lớp cơ tử cung tại vị trí sẹo mổ lấy thai trên tử cung. Thai bám sẹo mổ cũ thường gây biến chứng nặng nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời như gây vỡ tử cung, băng huyết, cắt tử cung khi bệnh nhân còn trẻ, đe dọa tính mạng người bệnh. Cho đến nay, vấn đề điều trị tối ưu thai bám sẹo mổ lấy thai vẫn còn bàn cãi. Năm 2014, tác giả Timor đã đề xuất một phương pháp mới điều trị bảo tồn thai bám sẹo mổ cũ bằng cách sử dụng ống sond Foley bơm nước để chèn ép khối thai sau đó hút thai dưới siêu âm. Phương pháp này có ưu điểm đơn giản, dễ thực hiện, tỷ lệ thành công cao và đặc biệt số ngày nằm viện ngắn hơn nhiều so với phương pháp tiêm Methotrexate tại chỗ và toàn thân. So với can thiệp ngoại khoa thì phương pháp đặt bóng chèn cũng ít xâm lấn và ít biến chứng hơn [7-10].

Với vị trí địa lý cách xa các bệnh viện tuyến Trung ương, Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang luôn cố gắng tiếp cận những phương thức điều trị nhằm nâng cao hiệu quả điều trị cho nhân dân trong tỉnh. Từ tình hình thực tế trên, chúng tôi thực hiện “Nghiên cứu kết quả điều trị thai bám sẹo mổ cũ tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2020-2021” với mục tiêu sau:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thai bám sẹo mổ cũ tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang từ năm 2020-2021.
2. Đánh giá kết quả điều trị thai bám sẹo mổ cũ phương pháp đặt sond Foley kết hợp hút thai dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang từ năm 2020-2021.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán có thai có tiền sử mổ lấy thai nhập viện tại BVĐK Kiên Giang trong khoảng thời gian từ 05/2020-06/2021.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán TBSMC  $\leq$  8 tuần nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang theo tiêu chuẩn: Buồng tử cung, kênh cổ tử cung trống; hiện diện túi thai có hoặc không có phôi thai và tim thai làm tổ ở vị trí sẹo mổ lấy thai; lớp cơ giữa túi thai và thành bàng quang mỏng (1-3mm) hoặc biến mất; trên Doppler màu, hình ảnh giàu mạch máu ở quanh túi thai vùng sẹo mổ lấy thai.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân nghi ngờ TBSMC đã được can thiệp hút, nạo buồng tử cung trước đó; thai ở cổ tử cung; bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

- **Cỡ mẫu:** Theo công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ, với  $p=96,5\%$  (theo tác giả

Võ Thị Ánh Trinh [5]), chúng tôi tính được cỡ mẫu là 32,5, nên lấy cỡ mẫu là 33 trường hợp.

- **Nội dung nghiên cứu:** Những bệnh nhân được chẩn đoán thai bám sẹo mô cũ  $\leq 8$  tuần, đồng ý điều trị bằng phương pháp đặt sond Foley phối hợp với hút thai sẽ được thu thập số liệu qua hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, ghi nhận kết quả cận lâm sàng theo bảng thu thập số liệu đã soạn sẵn. Sau đó bệnh nhân được tiến hành đặt sond Foley đẩy túi thai ra khỏi vị trí sẹo mô cũ và chèn bóng sond tại vị trí sẹo mô cũ 24 giờ. Nếu bệnh nhân không ra huyết nhiều ( $<50\text{mL}$ ), sẽ được hút thai dưới hướng dẫn siêu âm. Theo dõi sau hút 24 giờ, nếu không ghi nhận biến chứng sẽ được xét nghiệm  $\beta\text{hCG}$  và siêu âm kiểm tra khối nhau sau hút trước khi xuất viện. Bệnh nhân được theo dõi đến khi  $\beta\text{hCG}$  âm tính hoặc đến thời điểm sau hút thai 3 tháng.

Nội dung nghiên cứu gồm tuổi bệnh nhân, địa chỉ, nghề nghiệp, nơi sinh sống, tiền thai, số con, khoảng cách từ lúc mổ lấy thai tới khi được chẩn đoán TBSCM, thời gian trễ kinh, ra huyết âm đạo, không có triệu chứng, phát hiện tình cờ khi đi siêu âm, nồng độ  $\beta\text{hCG}$  trong máu trước điều trị, nồng độ  $\beta\text{hCG}$  trong máu sau điều trị, số ngày nằm viện, thời gian  $\beta\text{hCG}$  âm tính trong thời gian theo dõi, thời gian khối nhau không thể phát hiện được trên siêu âm, tai biến biến chứng, thành công với phương pháp đặt sond Foley sau đó hút TBSCM dưới hướng dẫn siêu âm.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Thông qua bộ bảng thu thập số liệu.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Lưu trữ và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Phân tích mô tả từng biến số, sau đó phân tích đơn biến so sánh mối liên quan, kiểm định có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

- **Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài đã được Hội đồng Y Đức của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 33 bệnh nhân được chẩn đoán thai bám sẹo mô cũ  $\leq 8$  tuần nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Triệu chứng	Tần số (n = 33)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 34 tuổi	16	48,5
	$\geq 35$ tuổi	17	51,5
	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (Giá trị nhỏ nhất - Giá trị lớn nhất)	$34,33 \pm 4,98$ (25-43)	
Số lần mổ lấy thai	1 lần	15	45,5
	2-3 lần	18	54,5
Khoảng cách từ lúc mổ lấy thai tới khi được chẩn đoán thai bám sẹo mô cũ	$\leq 24$ tháng	13	39,4
	$> 24$ tháng	20	60,6

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng trong nghiên cứu là 34 tuổi, thấp nhất là 25 tuổi, cao nhất là 43 tuổi. Nhóm tuổi dưới 34 và từ 35 trở lên xấp xỉ nhau. Các đối tượng nghiên cứu đa số mổ lấy thai từ 2 lần trở lên (54,5%). Khoảng cách từ lúc mổ lấy thai đến lúc chẩn đoán TBSCM trung bình 35 tháng.

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

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng		Tần số (n = 33)	Tỷ lệ (%)
Trễ kinh	Có	29	87,9
	Không	4	12,1
Ra máu âm đạo	Không	19	57,6
	Có	14	42,4
	Băng huyết	0	0
Không triệu chứng, phát hiện tình cờ khi đi siêu âm	Có	19	57,6
	Không	14	42,4

Nhận xét: 87,9% đối tượng có dấu hiệu trễ kinh, 42,4% có ra máu âm đạo nhưng không có trường hợp băng huyết nào; 57,6% không có bất kì triệu chứng lâm sàng, phát hiện tình cờ khi đi siêu âm.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

		Tần số (n = 33)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai trên siêu âm	< 6 tuần	13	39,4
	6-7 tuần	15	45,5
	> 7 tuần	5	15,2
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn (Giá trị nhỏ nhất - Giá trị lớn nhất)	6,182 ± 1,0812 (4-8)	
Phân loại theo COS	COS 1	24	72,7
	COS 2+	15	45,5
	COS 2-	4	12,1
Nồng độ βhCG trước điều trị	< 10000	10	30,3
	10000-50000	16	48,5
	> 50000	7	21,2
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn (Giá trị nhỏ nhất - Giá trị lớn nhất)	31393,61 ± 33889,235 (1148-124963)	

Nhận xét: Tuổi thai trung bình là 6,182 tuần, chỉ 15,2% đối tượng có tuổi thai trên 7 tuần. Đa số đối tượng nghiên cứu có thai bám phân loại theo COS 1, chiếm 72,7%. Nồng độ βhCG trước điều trị của đối tượng nghiên cứu chiếm chủ yếu nhóm 10000-50000 (48,5%), trung bình là 31393,61mUI/ml.

### 3.3. Kết quả điều trị TBSMC với phương pháp đặt sond Foley sau đó hút TBSMC dưới hướng dẫn siêu âm

Bảng 4. Theo dõi sau hút thai

		Tần số (n = 33)	Tỷ lệ (%)
Máu mất khi hút thai	< 50mL	11	33,3
	50-100mL	10	30,3
	> 100mL	12	36,4
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	84,85 ± 50,66	
Thời gian nằm viện	< 5 ngày	16	
	5-7 ngày	15	
	> 7 ngày	2	
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	5,09 ± 2,01 (ngày)	
Thời gian βhCG về âm tính	< 4 tuần	17	
	4-8 tuần	14	
	> 8 tuần	2	
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn (Giá trị nhỏ nhất - Giá trị lớn nhất)	4,42 ± 2,043 (1-2)	

Nhận xét: Đa số các trường hợp mất máu  $\leq 100\text{mL}$ . Thể tích máu mất khi hút thai trung bình là  $84,85\text{mL}$ . Thời gian nằm viện trung bình sau điều trị của đối tượng nghiên cứu là  $5,09 \pm 2,01$  ngày. Thời gian trung bình nồng độ  $\beta\text{hCG}$  trở về bằng 0 là  $4,42 \pm 2,043$  tuần, ngắn nhất là 1 tuần, dài nhất là 12 tuần.

Bảng 5. Kết quả điều trị TBSMC

Kết quả phương pháp đặt sond Foley kết hợp hút thai dưới siêu âm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thành công	31	93,9
Thất bại/ Chuyển phương pháp	2	6,1
Biến chứng	0	0
Tổng	33	100

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân TBSMC trong nghiên cứu có kết quả điều trị thành công bằng phương pháp đặt sond Foley kết hợp hút thai dưới siêu âm, chiếm 93,9%. Không có trường hợp xảy ra biến chứng sau điều trị.

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị TBSMC

Các yếu tố	Kết quả điều trị n (%)		P
	Thành công (n = 31)	Không thành công (n = 2)	
Nồng độ $\beta\text{hCG}$ trước điều trị	< 10000	10 (100)	0,019
	10000-50000	16 (100)	
	> 50000	5 (71,4)	
Thời gian nằm viện	< 5 ngày	16 (100)	0,02
	5-7 ngày	14 (93,3)	
	> 7 ngày	1 (50)	
Thời gian $\beta\text{hCG}$ quay về bằng 0	< 4 tuần	17 (100)	0,019
	4-8 tuần	13 (92,9)	
	> 8 tuần	1 (50)	

Nhận xét: Nồng độ  $\beta\text{hCG}$  trước điều trị, thời gian nằm viện, thời gian  $\beta\text{hCG}$  quay về bằng 0 liên quan đến kết quả điều trị TBSMC bằng phương pháp đặt sond Foley kết hợp với hút thai dưới hướng dẫn siêu âm, có ý nghĩa thống kê với  $<0,05$ .

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng trong nghiên cứu là  $34,33 \pm 4,98$  tuổi, thấp nhất là 25 tuổi, cao nhất là 43 tuổi. Nhóm tuổi dưới 34 và từ 35 trở lên xấp xỉ nhau. Độ tuổi trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tương tự mẫu nghiên cứu của Văn Phụng Thống với độ tuổi trung bình là  $34,35 \pm 4,45$  tuổi, phần lớn tập trung ở nhóm tuổi dưới 35 tuổi với tỉ lệ 53,7% và tác giả Đỗ Thị Minh Nguyệt có tuổi trung bình là 34,93 tuổi [3], [4]. Độ tuổi này đòi hỏi giữ tử cung và bảo tồn chức năng của tử cung nhiều nhất. Ở độ tuổi này, tư vấn một phương pháp nguy cơ tổn thương hoặc mất tử cung (như phẫu thuật hoặc xuyên tắc động mạch tử cung) sẽ khó có được sự đồng thuận của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các đối tượng nghiên cứu đa số mổ lấy thai từ 2 lần trở lên (54,5%). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự như của tác giả Võ Minh Tuấn, tác giả Văn Phụng Thống với số lần mổ lấy thai hơn 2 lần chiếm phần lớn hơn là 52,8% và 55% [4], [6]. Theo tác giả Võ Văn Cường và cộng sự ghi nhận trong một tổng quan hệ thống về khuyết sẹo mổ cũ, sự liên quan rõ rệt giữa số lần mổ lấy thai và khuyết sẹo mổ lấy thai, với

tần suất xuất hiện 61% ở bệnh nhân có mổ lấy thai 1 lần, 81% sau lần thứ 2 và lên đến 100% sau lần mổ thứ 3 [1]. Như đã ghi nhận có sự liên quan giữa khuyết sẹo mổ lấy thai và thai bám sẹo mổ cũ, vì vậy số lần mổ lấy thai càng tăng, có khả năng sẽ tăng tỉ lệ TBSMC.

#### 4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, 87,9% đối tượng nghiên cứu có dấu hiệu trễ kinh. Kết quả này tương tự như tác giả Võ Thị Ánh Trinh, số trường hợp có trễ kinh là 92%, điều đó chứng tỏ triệu chứng trễ kinh là triệu chứng thường gặp khiến bệnh nhân đến khám và phát hiện TBSMC [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 18,2% trong tổng số đối tượng nghiên cứu có dấu hiệu đau bụng; 42,4% đối tượng có ra máu âm đạo nhưng không có trường hợp băng huyết nào; 57,6% không có triệu chứng đau bụng hay ra máu âm đạo lâm sàng, phát hiện tình cờ khi đi siêu âm khám thai định kì. Kết quả này phù hợp với kết quả của tác giả Văn Phụng Thống với tỷ lệ không có triệu chứng là 75,9% [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ thai  $\leq 7$  tuần là 84,8%, chỉ 15,2% đối tượng có tuổi thai trên 7 tuần, tuổi thai trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $6,182 \pm 1,0812$  (4-8) tuần. Trong nghiên cứu của tác giả Wu Xian-Qing và cộng sự, 87% trường hợp thai  $\leq 7$  tuần, 13% trường hợp thai  $> 7$  tuần [12]. Tác giả này cũng ghi nhận, thai kì dưới 7 tuần dường như có liên quan đến việc điều trị TBSMC thành công trong nghiên cứu này và tỉ lệ thành công tăng lên cao 94,7% của nong và nạo thai dưới hướng dẫn của siêu âm khi thai kì  $> 7$  tuần.

#### 4.3. Kết quả điều trị thai bám sẹo mổ cũ bằng phương pháp đặt sond Foley kết hợp với hút thai dưới hướng dẫn siêu âm

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân TBSMC trong nghiên cứu có kết quả điều trị thành công bằng phương pháp đặt sond Foley kết hợp hút thai dưới siêu âm, chiếm 93,9%. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với kết quả của tác giả Trịnh Hoài Ngọc 95,2%, và cao hơn tác giả Văn Phụng Thống 90,6% [2], [4]. Vì trong nghiên cứu của chúng tôi, hai trường hợp thất bại do  $\beta$ hCG trong quá trình theo dõi tăng trở lại và ra huyết kéo dài nên cần sử dụng methotrexate và hút thai lại lần 2 để điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận bất kì biến chứng nào sau thủ thuật, cũng như không cần phải can thiệp phẫu thuật cấp cứu nào. Timor-Tritsch và cộng sự ghi nhận, phương pháp nong và nạo buồng tử cung đơn thuần trong điều trị TBSMC có tỷ lệ biến chứng cao. Trong 305 trường hợp liên quan đến điều trị này có tỷ lệ biến chứng trung bình khoảng 62% (từ 29%-86%). Phương pháp này thường gây ra biến chứng chảy máu nhiều, đòi hỏi phải sử dụng biện pháp hỗ trợ điều trị khác mà hầu như luôn luôn là phẫu thuật cấp cứu [11]. Phương pháp chèn bóng sond Foley đẩy túi thai ra khỏi vết mổ cũ và chèn cầm máu vị trí vết mổ trong nghiên cứu của chúng tôi góp phần lớn hạn chế chảy máu khi tiến hành thủ thuật.

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $5,09 \pm 2,01$  (ngày) và 48,5% trường hợp nằm viện  $< 5$  ngày. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Văn Phụng Thống với thời gian nằm viện trung bình của các đối tượng tham gia nghiên cứu là  $4,59 \pm 1,87$  ngày, trong đó ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 19 ngày (1 trường hợp) [4]. Tác giả Võ Thị Ánh Trinh ghi nhận thời gian nằm viện trung bình trong nhóm điều trị nội khoa là 12,6 ngày, nằm viện ngắn nhất là 7 ngày, lâu nhất là 22 ngày [5]. Thời gian nằm viện tương đối dài vì phải theo dõi nồng độ  $\beta$ hCG đạt được giá trị cần thiết mới cho bệnh nhân xuất viện (giảm  $> 25\%$  so với lần xét nghiệm trước đó).

Về một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị thành công của phương pháp đặt sond Foley kết hợp với hút thai dưới hướng dẫn siêu âm trong điều trị thai bám sẹo mổ cũ  $\leq 8$  tuần,

chúng tôi ghi nhận nồng độ  $\beta$ hCG trước điều trị, thời gian nằm viện và thời gian  $\beta$ hCG âm tính sau hút thai liên quan có nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nồng độ  $\beta$ hCG trước điều trị càng cao làm giảm tỉ lệ thành công của phương pháp điều trị ( $p = 0,019$ ), với nồng độ  $\beta$ hCG trước điều trị  $> 50000$  mUI/mL thì 28,6% trường hợp thất bại điều trị. Theo tác giả Võ Minh Tuấn nhóm có nồng độ  $\beta$ hCG lúc nhập viện  $< 10000$  mUI/ml có tỷ lệ thành công gấp 6,07 lần so với nhóm có nồng độ  $\beta$ hCG 10000-50000 mUI/mL ( $p = 0,017$ ) [6]. Thời gian nằm viện, thời gian  $\beta$ hCG âm tính liên quan đến kết quả điều trị có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu của chúng tôi với  $p$  là 0,02 và 0,008. Đối với thời gian nằm viện trên 7 ngày thì có 50% trường hợp là thất bại điều trị (1 trường hợp). Có 2 trường hợp thời gian nằm viện hơn 7 ngày do xét nghiệm  $\beta$ hCG giảm chậm không đủ tiêu chuẩn xuất viện, bệnh nhân cần truyền máu và sử dụng kháng sinh kèm theo để giảm nguy cơ nhiễm trùng. Thời gian theo dõi càng kéo dài,  $\beta$ hCG giảm chậm kéo dài và khối thai còn ghi nhận trên siêu âm càng lâu thì tỉ lệ thất bại càng cao. Trong đó, thời gian  $\beta$ hCG âm tính trên 8 tuần thì tỉ lệ thất bại lần lượt là 33,3%.

## V. KẾT LUẬN

Trong 33 trường hợp thai bám sẹo mổ cũ điều trị bằng phương pháp đặt sond Foley phối hợp với hút thai dưới hướng dẫn siêu âm, chúng tôi ghi nhận: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $34,33 \pm 4,98$  (25-43) tuổi, nhóm tuổi  $< 34$  tuổi chiếm tỷ lệ 48,5%. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng: 87,9% trường hợp có triệu chứng trễ kinh, 57,6% trường hợp không có triệu chứng lâm sàng; tuổi thai trung bình trên siêu âm là  $6,182 \pm 1,0812$  (4-8) tuần; phân loại COS trên siêu âm ghi nhận 72,7% trường hợp là COS 1; nồng độ  $\beta$ hCG trong máu trước điều trị là  $31393,61 \pm 33889,235$  (1148-124963). Tỷ lệ thành công của phương pháp đặt sond Foley kết hợp hút thai dưới siêu âm là 93,9% với lượng máu mất trung bình trung lúc làm thủ thuật là  $84,85 \pm 50,66$  (mL) và thời gian nằm viện trung bình là  $5,09 \pm 2,01$  (ngày). Siêu âm thai trong tam cá nguyệt 1 cần được đánh giá qua siêu âm ngả âm đạo nhằm phát hiện sớm các trường hợp thai bám sẹo mổ cũ giúp chẩn đoán và điều trị có hiệu quả, hạn chế các biến chứng của thai bám sẹo mổ cũ trong các tam cá nguyệt sau. Từ đó, giúp nâng cao hiệu quả điều trị của phương pháp đặt sond Foley phối hợp với hút thai dưới hướng dẫn siêu âm, giảm thời gian nằm viện và theo dõi sau điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Văn Cường (2021), Quản lý khuyết sẹo mổ lấy thai, *Tạp chí phụ sản Sản phụ khoa từ bằng chứng đến thực hành*, 11, tr.105-115.
2. Trịnh Hoài Ngọc (2019), Đánh giá kết quả điều trị thai bám sẹo mổ lấy thai bằng phương pháp đặt Foley kết hợp với hút thai tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2019, Hội nghị Sản Phụ Khoa Đồng bằng sông Cửu Long lần thứ 5.
3. Đỗ Thị Minh Nguyệt (2017), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thai bám vết mổ cũ tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2016, Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ.
4. Văn Phụng Thống (2016), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị thai dưới 8 tuần ở sẹo mổ lấy thai bằng phương pháp đặt Foley phối hợp hút thai tại Bệnh viện Từ Dũ, Luận án chuyên khoa cấp II Sản phụ khoa, trường Đại học Y Dược Cần Thơ, tr.70.
5. Bệnh viện Từ Dũ, Luận án chuyên khoa cấp II Sản phụ khoa, trường Đại học Y Dược Cần Thơ. tr.70.
6. Võ Thị Ánh Trinh (2019), Nghiên cứu kết quả lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thai bám ở sẹo mổ cũ tại khoa Phụ Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ năm 2017-2019, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 19, tr.175-181.
7. Võ Minh Tuấn (2019), Giá trị tiên lượng của hình ảnh siêu âm Crossover Sign khi điều trị

thai dưới 8 tuần bám sọ mổ cũ bằng phương pháp Foley kết hợp với hút thai, Hội nghị Sản Phụ Khoa lần thứ 5.

8. Cheung Vincent Y. T. (2015), Local Methotrexate Injection as the First-line Treatment for Cesarean Scar Pregnancy: Review of the Literature, *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 22, (5), pp.753-758.
9. Glenn T. L., Bembry J., Findley A. D., Yaklic J. L., Bhagavath B., Gagneux P. and Lindheim S. R. (2018), Cesarean Scar Ectopic Pregnancy: Current Management Strategies, *Obstet Gynecol Surv*, 73, (5), 293-302.
10. Roche C., McDonnell R., Tucker P., Jones K., Milward K., McElhinney B., Mehrotra C. and Maouris P. (2020), Caesarean scar ectopic pregnancy: Evolution from medical to surgical management, *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 60, (6), 852-857.
11. Timor-Tritsch Ilan E Monteagudo Ana, Goldstein Steven R. (2014), How to identify and manage cesarean-scar pregnancy, *OBGManag*, 26, (6), pp.19-27.
12. Timor-Tritsch I. E., Monteagudo A., Cali G., D'Antonio F. and Kaelin Agten A. (2019), Cesarean Scar Pregnancy: Diagnosis and Pathogenesis, *Obstet Gynecol Clin North Am*, 46, (4), pp.797-811.
13. Wu X. Q., Zhang H. W., Fang X. L., Ding H., Piao L. and Joseph Huang S. (2015), Factors associated with successful transabdominal sonography-guided dilation and curettage for early cesarean scar pregnancy, *Int J Gynaecol Obstet*, 131, (3), pp.281-284.

(Ngày nhận bài: 25/8/2021 - Ngày duyệt đăng: 25/9/2021)

---