

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHỮA TRÊN SỢ MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2019-2020

Lê Thị Anh Đào^{1*}, Nguyễn Đức Nghĩa², Nguyễn Mạnh Trí²

1. Đại học Y Hà Nội

2. Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

*Email: leanhdao1610@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chửa trên sẹo mổ lấy thai (SMLT) ngày càng gia tăng trong 10 năm gần đây, phức đồ điều trị cho bệnh lý này hiện chưa thống nhất. **Mục tiêu tiêu nghiên cứu:** nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị chữa trên sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong năm 2019-2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên các bệnh nhân chửa trên sẹo mổ lấy thai dưới 10 tuần tuổi. **Kết quả:** có 174 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. 83,9% đối tượng có tuổi thai ≤ 8 tuần đều được xử lý bằng phương pháp hút thai thành công. 8 trường hợp thai ≥ 9 tuần đều có tình trạng tăng sinh mạch máu và tất cả được mổ mở lấy khối chứa bảo tồn tử cung. **Kết luận:** Tuổi thai là một yếu tố quan trọng quyết định cách xử trí của bệnh lý chửa trên SMLT. Với tuổi thai nhỏ hơn 8 tuần, hút thai là biện pháp điều trị có kết quả thành công hoàn toàn.

Từ khóa: Chửa trên sẹo mổ lấy thai, tuổi thai, hút thai.

ABSTRACT

RESULTS OF TREATMENT FOR CESAREAN SCAR PREGNANCY AT HANOI HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2019-2020

Le Thi Anh Dao^{1*}, Nguyen Duc Nghia², Nguyen Manh Tri²

1. Hanoi Medical University

2. Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital

Background: Cesarean scar pregnancy (CSP) is growing more frequent in the past 10 years. Currently, no final consensus on CSP management has been made. **Objectives:** To analyse several factors relating to the results of CSP treatment at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital within the span of 2 years from 2019 to 2020. **Materials and methods:** a cross-sectional, prospective study on patients with caesarean scar pregnancy under 10 weeks. **Results:** 174 patients were eligible to participate in the study. 83.9% of subjects with gestational age less than 8 weeks were successfully treated by vacuum aspiration. 8 cases of over 9-week gestation all had angiogenesis and all underwent preservative hysterotomy. **Conclusions:** Gestational age is an important factor

determining the management of CSP. With gestational age less than 8 weeks, vacuum aspiration is a successful treatment.

Keywords: cesarean scar pregnancy, fetal age, vacuum aspiration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa trên sẹo mổ lấy thai là một hình thái chửa ngoài tử cung ở vị trí đặc biệt trong đó túi ối làm tổ và phát triển tại sẹo mổ lấy thai (SMLT). Trường hợp chửa trên SMLT lần đầu tiên được nhắc đến trong y văn thế giới vào năm 1978 và cho đến 2001 chỉ có 19 ca được thông báo [8]. Trong 10 năm gần đây, chửa trên SMLT ngày càng phổ biến với tỷ lệ gia tăng ước tính 1/531 thai phụ có SMLT cũ [6]. Tỷ lệ này tăng cao do tình trạng mổ lấy thai liên tục tăng trên toàn thế giới.

Túi ối trên sẹo mổ lấy thai có 2 xu hướng phát triển: phát triển về phía buồng tử cung và phát triển hướng về phía bàng quang. Nếu túi ối phát triển về phía buồng tử cung, thai có thể tồn tại đến gần đủ tháng, biến chứng có thể gặp là rau tiền đạo hoặc rau cài răng lược gây băng huyết ở quý II, III của thai kỳ. Ngược lại, nếu phát triển về phía thanh mạc làm khối chửa phồng to lõi hẫng về phía bàng quang sẽ dẫn tới biến chứng băng huyết, hoặc vỡ tử cung cuối quý I thai kỳ [7].

Xu hướng điều trị chửa trên SMLT cũng giống như mọi bệnh lý phụ khoa đó là bảo tồn được chức năng sinh sản tối đa cho người phụ nữ và giảm thiểu các phẫu thuật mổ mở. Thực tế, điều trị chửa trên SMLT phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố: tuổi thai, kích thước của túi ối, nồng độ β hCG (human chorionic gonadotropin), vị trí rau bám, xu hướng phát triển của túi ối và độ dày của lớp cơ tử cung tại vị trí SMLT, tình trạng tăng sinh mạch máu và kỹ năng thói quen của thầy thuốc và trình độ hồi sức cấp cứu của cơ sở y tế [3].

Theo một nghiên cứu review của Petersen khi tổng kết 14 phương pháp điều trị phối hợp cho chửa trên SMLT, khuyến cáo được đưa ra: các phương pháp điều trị bằng can thiệp thủ thuật hoặc phẫu thuật đạt hiệu quả cao hơn phương pháp nội khoa; điều trị nút mạch phối hợp với phương pháp khác có hiệu quả rất thuyết phục [6].

Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội là bệnh viện tuyến cuối về lĩnh vực sản phụ khoa tại Việt Nam. Hàng năm tỷ lệ chửa trên SMLT điều trị tại bệnh viện ngày càng tăng, trình độ chuyên môn của bác sĩ sản phụ khoa và hồi sức ngày một tiến bộ, các phương pháp điều trị đối với chửa trên SMLT tại bệnh viện chủ yếu là hút và mổ mở lấy khối chửa tại SMLT. Lí do lựa chọn giữa 2 phương pháp điều trị chính dựa nhiều trên các kinh nghiệm của thầy thuốc. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị chửa trên sẹo mổ lấy thai tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong năm 2019-2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng chọn mẫu chung là tất cả các trường hợp chửa trên sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Đối tượng chọn mẫu riêng:

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán chửa trên sẹo mổ lấy thai theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Sản Phụ khoa Hoàng Gia Anh [7] với tuổi thai bằng hoặc dưới 10 tuần. (Tuổi thai được tính dựa vào siêu âm kích thước túi ối và/hoặc chiều dài đầu mông)

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Chứa ở buồng tử cung đang sảy, chứa ống cổ tử cung, tuổi thai > 10 tuần, chứa tại SMLT đã được xử trí tại cơ sở y tế khác trước khi vào bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang; Thời gian nghiên cứu từ 7/2019 đến 6 /2020 tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, trong khoảng thời gian nghiên cứu trên có 174 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** các biến số liên quan đến tiên lượng điều trị chứa trên SMLT như: tuổi thai, độ dày cơ tử cung tại SMLT, tình trạng tăng sinh mạch và số lần mổ lấy thai trong tiền sử được khảo sát.

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Sử dụng thuật toán thống kê để tính toán kết quả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 174 bệnh nhân chứa trên SMLT đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Tuổi thai và các phương pháp xử trí

Tuổi thai	Mổ chủ động	Phương pháp xử trí				Tổng
		Hút thai đơn thuần		Hút thai + chèn sonde Foley		
		Thành công	Chuyển mổ	Thành công	Chuyển mổ	
≤ 6 tuần	0	48	0	20	0	68
6-8 tuần	0	38	0	40	0	78
8-9 tuần	0	4	1	9	6	20
≥ 9 tuần	7	0	1	0	0	8
Tổng	7	90	2	69	6	174

Nhận xét: Tuổi thai ≤ 8 tuần có 146 bệnh nhân chiếm 83,9% đối tượng và xử lý thành công hoàn toàn bằng phương pháp hút thai (đơn thuần hoặc kèm chèn sonde foley)

Bảng 2. Tuổi thai và tình trạng tăng sinh mạch máu

Tăng sinh mạch Tuổi thai	Có	Không	Không mô tả	Tổng
≤ 6 tuần	39	23	6	68
6-8 tuần	51	22	5	78
8-9 tuần	11	6	3	20
≥ 9 tuần	8	0	0	8
Tổng	109	51	14	174

Nhận xét: Tăng sinh mạch máu chiếm 62,6%, không tăng sinh mạch chiếm 29,3%. Tuổi thai ≥ 9 tuần 100% có tình trạng tăng sinh mạch máu.

Bảng 3. Số lần mổ lấy thai và độ dày cơ tử cung

Số lần MLT Độ dày cơ TC	1 lần	2 lần	≥ 3 lần	Tổng
< 5 mm	38	43	7	88
5-10 mm	31	40	9	80
> 10 mm	4	2	0	6

Số lần MLT Đày cơ TC	1 lần	2 lần	≥ 3 lần	Tổng
Tổng	73	85	16	174

Nhận xét: Độ dày cơ tử cung tại SMLT lớn nhất là 13mm ở bệnh nhân MLT 1 lần và mỏng nhất là 1mm ở bệnh nhân MLT 4 lần. Nhóm có dày cơ tử cung tại SMLT xuất hiện nhiều nhất là < 5mm, với 88 trường hợp (chiếm 50,6%) và xuất hiện ít nhất là >10mm, với 6 trường hợp (chiếm 3,4%). Khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đặc biệt, nhóm MLT từ 3 lần trở lên không có trường nào có dày cơ TC SMLT > 10 mm.

Bảng 4. Độ dày cơ tử cung tại sẹo mổ lấy thai và phương pháp xử trí

Phương pháp xử trí Đày cơ TC	Mổ chủ động	Hút thai đơn thuần		Hút thai + chèn sonde Foley		Tổng
		Thành công	Chuyển mổ	Thành công	Chuyển mổ	
< 5 mm	7	19	2	55	5	88
5-10 mm	0	65	0	14	1	80
> 10 mm	0	6	0	0	0	6
Tổng	7	90	2	69	6	174

Nhận xét: 85/174 trường hợp có độ dày cơ tử cung tại SMLT > 5 mm và đều được hút thai thành công. 1 trường hợp phải chuyển mổ vì chảy máu sau hút thai có đặc điểm dày cơ tử cung SMLT 5 – 10mm, tuổi thai là 8 tuần 6 ngày, không có hoạt động tim thai, 2 lần mổ lấy thai, tuổi thai phụ là 33 tuổi, bóng chèn sử dụng sau hút là bóng cook.

IV. BÀN LUẬN

Chửa trên sẹo mổ lấy thai với 2 xu hướng phát triển khác nhau, tuổi thai khác nhau, mức độ tăng sinh mạch máu khác nhau. Vì vậy, cho đến nay chưa có một phương pháp điều trị nào tỏ ra tối ưu, áp dụng cho mọi trường hợp chửa trên SMLT. Các hướng dẫn của các hiệp hội Sản Phụ khoa trên thế giới cũng chưa đưa ra phác đồ thống nhất cho bệnh lý này. Người thực hành lâm sàng cần cân nhắc rất nhiều yếu tố để quyết định hướng xử trí thích hợp nhất cho từng ca bệnh. Theo Petesen và cộng sự đối với chửa trên SMLT: các phương pháp can thiệp có hiệu quả hơn các phương pháp điều trị nội khoa [6]. Cũng theo một nghiên cứu review của Sarah Maheux- Lacroix, chửa trên SMLT điều trị bằng nội khoa đơn thuần có vẻ không hiệu quả và hút thai nếu đúng chỉ định là một phương pháp rất hiệu quả [9]. Chính vì vậy trong nghiên cứu này chúng tôi tập trung phân tích một vài yếu tố ảnh hưởng đến thái độ xử trí chửa trên SMLT và kết quả của các phương pháp này.

*Tuổi thai và các phương pháp xử trí

Tuổi thai là một yếu tố cần xem xét đầu tiên khi lựa chọn biện pháp can thiệp. Theo Timor- Trisch, điều trị nội khoa áp dụng cho tuổi thai < 7 tuần, thai 8- 9 tuần nên hủy thai và tiêm MTX vào vị trí rau bám, sau 1 tuần β hCG giảm trên 50% khi đó hút thai đem lại cơ hội thành công cao. Thai 10- 11 tuần, nên phẫu thuật lấy khối chửa, trước khi phẫu thuật nên hủy thai bằng KCL vào buồng tim và tiêm MTX vào vùng rau bám sẽ giảm nguy cơ chảy máu, tăng khả năng bảo tồn tử cung [10].

Theo bảng 1, có 83,9% bệnh nhân có tuổi thai bằng hoặc dưới 8 tuần, tất cả các bệnh nhân này đều được hút thành công bằng cách hút thai đơn thuần hoặc phối hợp chèn bóng foley (sau hút), không trường hợp nào phải chuyển phương pháp hoặc áp dụng thêm phương pháp điều trị khác. Ở tuổi thai này, tổ chức gai rau không quá nhiều, kích thước túi ối không

quá lớn, mạch máu tăng sinh tại vị trí quanh khối chửa, trong nghiên cứu này, chiếm 61,5% thấp hơn so với nhóm tuổi thai trên 8 tuần (bảng 2). Vì vậy khi hút có thể lấy được tổ chức ối, gai rau và phôi nhanh và nếu vị trí gai rau bám tại SMLT chảy máu có thể bơm chèn bóng foley với áp lực tương đương 30ml dịch hoặc hơn đủ để cầm máu. Lượng dịch bơm chèn bóng foley theo kinh nghiệm của chúng tôi nên tương đương với kích thước của khối chửa, đủ để chèn vào khoang ảo hình thành ngay sau khi hút. Thời gian lưu sonde thông thường là 48 giờ. Lựa chọn hút cho chửa tại SMLT dưới hoặc bằng 8 tuần trong nghiên cứu này cũng trùng hợp với phác đồ điều trị của bệnh viện Từ Dũ 2019: các trường hợp chửa trên SMLT dưới 8 tuần đều được hút thai [2].

Với tuổi thai từ 9-10 tuần: 7/8 trường hợp chúng tôi chủ động mổ ngay. Tỷ lệ hút chuyển mổ mở ở tuổi thai 8-9 tuần là 7/20 bệnh nhân. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả được báo cáo trong nghiên cứu của Nguyễn Quảng Bắc (năm 2020) để phòng biến chứng chảy máu, tất cả các ca chửa trên SMLT từ 9-10 tuần, có tim thai và tăng sinh mạch máu nhiều đều được phẫu thuật tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương [1].

Phương pháp mổ mở lấy khối chửa, cắt lọc cơ tử cung và khâu phục hồi cơ tử cung là phương pháp triệt để, tránh biến chứng rong huyết sau hút do hình thành tổ chức dạng AVM (dạng thông động- tĩnh mạch) tăng sinh mạch tại vị trí SMLT. Tuy nhiên phẫu thuật mổ mở là một phẫu thuật xâm lấn, hậu phẫu nặng nề, thời gian nằm viện phục hồi sức khỏe dài ngày, chính vì vậy, những người thực hành lâm sàng luôn mong muốn tìm được phương pháp thay thế mổ mở.

Các kỹ thuật mổ qua nội soi hoặc soi buồng tử cung thông qua các báo cáo trên thế giới thường được chuẩn bị bằng phương pháp nút mạch để hạn chế chảy máu. Mặt khác, các trường hợp mổ lấy thai cũ, nhất là mổ nhiều lần thường có tình trạng dính ở tiểu khung như: bàng quang dính lên mặt trước vị trí vết mổ cũ hoặc dính cả tử cung lên thành bụng trước làm nội soi có thể tăng biến chứng tổn thương bàng quang hoặc ruột. Đây là 2 điểm khó khăn mà các bác sỹ phụ khoa cần khắc phục được.

Cũng theo nghiên cứu của Nguyễn Quảng Bắc trên 59 bệnh nhân chửa trên SMLT được can thiệp phẫu thuật trong 1 năm tại PSTW, chỉ có 2 phẫu thuật nội soi chiếm 3,4% tuy nhiên cả 2 trường hợp nội soi này đều phải chuyển mổ mở: 1 ca vì chảy máu nhiều và 1 ca nội soi để chẩn đoán [1].

Theo chùm ca lâm sàng của các tác giả Đài Loan [12]: trong 11 trường hợp CSP được can thiệp bằng soi buồng TC hoặc nội soi, tuổi thai trung bình là $8,4 \pm 1,7$ tuần (6–11 tuần), trong đó có 5 ca tuổi thai trên 8 tuần. Tuy nhiên, 3 trong 5 ca là thai không phát triển, lượng beta hCG rất thấp: 190; 120 và 11563 mIU/ml. Một trường hợp thai 10 tuần beta hCG 137561 UI/l được nội soi thất động mạch tử cung và sau đó soi buồng tử cung kết hợp với hút thai để lấy khối chửa thời gian phẫu thuật là 80 phút, mất 50 ml máu. Đây là một kết quả rất đáng được khích lệ. 6 trường hợp còn lại tuổi thai ≤ 8 tuần, theo chúng tôi, việc can thiệp bằng soi buồng tử cung và nội soi có thể thay thế bằng kỹ thuật hút như đã phân tích ở trên.

Phương pháp điều trị diệt phôi kết hợp Methotrexate (MTX) toàn thân theo Timor-Tritsch [11] và Michener C. [5] cho thấy tỷ lệ thành công 75 %, 25% cần có điều trị khác bổ sung, tỷ lệ mổ cắt tử cung chiếm 2%.

Hiện tại, tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, chúng tôi đang triển khai phương pháp phối hợp giữa MTX tại chỗ + MTX toàn thân+ hút thai đối với các trường hợp chửa trên SMLT với tuổi thai từ 9 đến 10 tuần và tăng sinh mạch máu nhiều để giảm tỷ lệ phẫu thuật và giảm các biến chứng sau hút đơn thuần.

*Yếu tố độ dày cơ tử cung: độ dày cơ tại vị trí khối chứa cũng là một yếu tố quyết định hướng xử trí. Nếu độ dày trên 2mm với một khối chứa mới hình thành 7-8 tuần, β hCG dưới 17.000 mIU/ml, tỷ lệ hút thành công lên tới 84,2% [4].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi lấy ngưỡng (cut off) 5mm để so sánh, kết quả cho thấy nếu độ dày cơ tử cung ≥ 5 mm tỷ lệ hút thai trên SMLT thành công chiếm: 98,8% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ hút thành công ở nhóm < 5 mm là 91,3%. Theo bảng 4, 7 trong số 88 trường hợp có độ dày cơ < 5 mm đã phải mổ chủ động lấy khối chứa ngay từ đầu.

Độ dày cơ tử cung tại sẹo mổ lấy thai do xu hướng phát triển của túi ối làm tổ tại vết mổ quyết định một phần. Ngoài ra, độ dày của cơ tử cung có thể liên quan đến kỹ thuật đóng cơ tử cung khi mổ lấy thai trước đó: đóng 1 lớp hay 2 lớp hoặc thời gian từ lần mổ lấy thai đến khi chứa SMLT hoặc do số lần mổ lấy thai quyết định. Theo bảng 3, người đã mổ 3 lần không có một trường hợp nào độ dày cơ tử cung > 10 mm. Tuy nhiên, để xác định yếu tố nào là yếu tố quyết định độ dày của cơ tử cung tại sẹo mổ lấy thai trong chứa trên SMLT, cần phải có một nghiên cứu so sánh theo cặp thì kết quả thu được mới đảm bảo tính khoa học, tin cậy.

*Yếu tố tăng sinh mạch máu ở khối chứa tại SMLT cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến chỉ định điều trị và sự thành công của các phương pháp điều trị. Tăng sinh mạch máu là hiện tượng tương đối phổ biến trong chứa trên SMLT. Khi siêu âm màu, chúng ta có thể quan sát thấy hiện tượng tăng sinh mạch máu quanh túi ối thể hiện những động, tĩnh mạch giãn to ngoằn ngoèo quanh và trong khối chứa. Khi hút hoặc phẫu thuật đối với khối chứa càng tăng sinh mạch máu nhiều thì nguy cơ chảy máu càng cao, khả năng cầm máu càng khó khăn hơn. Bảng 2 cho thấy chứa trên SMLT ở tuổi thai nào thì tình trạng tăng sinh mạch máu cũng phổ biến hơn tình trạng không tăng sinh mạch máu. Tăng sinh mạch máu chiếm 39/68 (57,4%); 51/78 (65,4%); 11/20 (55%) ở các tuổi thai dưới 6 tuần; 6-8 tuần; 8-9 tuần và từ 9 tuần trở lên thì 8/8 bệnh nhân đều có tình trạng này. Tăng sinh mạch máu do yếu tố nào quyết định là một câu hỏi khó. Chắc chắn tuổi thai càng lớn thì hệ thống mạch càng phát triển, lượng máu dồn về bánh rau để dinh dưỡng và trao đổi chất càng nhiều. Tuy nhiên ở những trường hợp thai ngừng phát triển, lượng β hCG trong máu cũng không cao nhưng hình ảnh tăng sinh mạch máu trên siêu âm vẫn rất rõ ràng và những can thiệp như hút thai hoặc mổ vẫn chảy máu nhiều hơn thông thường. Chúng tôi cũng chưa tìm thấy tài liệu nào phân tích về tình trạng tăng sinh mạch máu của bệnh lý này với tiêu chuẩn xác định rõ ràng.

Hạn chế của nghiên cứu: khi phân tích về yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị cần tiến hành nghiên cứu so sánh đối chứng. Tuy nhiên, trong thực tiễn chúng tôi không thực hiện được vì một bệnh nhân có quá nhiều yếu tố chi phối nên việc lựa chọn từng cặp so sánh vô cùng khó. Đây là điểm hạn chế của nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

Tuổi thai là một yếu tố quan trọng quyết định cách xử trí của bệnh lý chứa trên SMLT. Với tuổi thai nhỏ hơn 8 tuần, hút thai là biện pháp điều trị có kết quả thành công 100%. Với tuổi thai trên 8 tuần cần có nghiên cứu cỡ mẫu lớn và có đối chứng để đưa ra phương pháp điều trị ít xâm lấn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quảng Bắc, Nguyễn Thị Kim Ngân, 2021. Nghiên cứu điều trị các trường hợp chứa sẹo mổ lấy thai bằng phẫu thuật tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam tập 503 số 2 (2021).
2. Phác đồ điều trị sản phụ khoa bệnh viện Từ Dũ (2019). Thai sẹo mổ lấy thai trang 216-228.

3. Gonzalez N.,Tulandi T., 2017. Review Article Cesarean Scar Pregnancy: A Systematic Review. Journal of Minimally Invasive Gynecology, Vol 24, No 5.
4. Ibrahim Polat 1, Ali Ekiz, 2016. Suction Curettage as First Line Treatment in Cases With Cesarean Scar Pregnancy: Feasibility and Effectiveness in Early Pregnancy. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016;29(7):1066-71.
5. Michener C, Dickinson JE, 2009. Cesarean scar ectopic pregnancy: a single centre case series. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2009;49:451–5.
6. Petersen K.B., Hoffmann E., Larsen C.R., 2016. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. Fertility and Sterility® Vol. 105, No. 4.http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.12.130).
7. Royal College of Obstetrics and Gynecology (RCOG), 2016. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy (Green-top Guideline No. 21- 2016).
8. Salomon L.J., Fernandez H., Chauveaud A., 2003. Successful management of a heterotopic Cesarean scar pregnancy: potassium chlorid injection with preservation of the intrauterine gestation: case report. Hum Reprod, 18(1), 189-191.
9. Sarah Maheux-Lacroix , Fiona Li , Emmanuel Bujold , 2017. Cesarean Scar Pregnancies: A Systematic Review of Treatment Options. J Minim Invasive Gynecol. Sep-Oct 2017;24(6):915-925.
10. Timor- Tritsch, 2012. The diagnosis, treatment, and follow up of cesarean scar pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 207(1): p. 44 e1-13.
11. Timor-Tritsch IE, Khatib N, Monteagudo A, 2015. Cesarean scar pregnancies: experience of 60 cases. J Ultrasound Med 2015;34: 601–10.
12. Wang et al, 2006. Cesarean scar pregnancy treated by endoscopy. Fertility Sterility Vol. 85, No. 2.

(Ngày nhận bài: 12/12/2022 – Ngày duyệt đăng: 8/1/2021)
