

TÌNH HÌNH ĐIỀU TRỊ CHỮA TẠI SẸO MỔ LẤY THAI CŨ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TỪ THÁNG 3/2011 ĐẾN HẾT THÁNG 2/2012

Đỗ Thị Ngọc Lan^{*}, Đàm Thị Quỳnh Liên^{**},
Phạm Duy Duẩn^{*}, Nguyễn Thanh Thủy^{*}

Tóm tắt

Nghiên cứu hồi cứu 64 trường hợp chữa tại sẹo mổ lấy thai cũ được điều trị tại khoa Phụ 1, Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 3/2011 đến hết tháng 2/2012. **Mục tiêu:** đánh giá tình hình chẩn đoán và điều trị chữa tại sẹo mổ lấy thai cũ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** những bệnh án được chẩn đoán và điều trị chữa tại sẹo mổ lấy thai cũ tại khoa phụ 1, có đầy đủ những thông tin cần thiết. Nghiên cứu hồi cứu và xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 16.0. Tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình các biến số. **Kết quả và bàn luận:** triệu chứng bệnh nghèo nàn, tỷ lệ không có triệu chứng là 29,7%, chẩn đoán dựa trên các tiêu chuẩn trên siêu âm. Có 2 nhóm điều trị: hút thai đơn thuần (26/64) và hút thai kết hợp MTX toàn thân (38/64). Tỷ lệ thành công của cả 2 phương pháp là 97%. Nhóm khối chứa có tim thai và lỗi vào bàng quang có tỷ lệ cao hơn ở nhóm điều trị hút thai + MTX và có tỷ lệ chảy máu âm đạo > 100ml cao hơn, thời gian tồn tại khối âm vang hỗn hợp ở sẹo mổ cũ lâu hơn. Không có sự khác biệt về thời gian nằm viện của 2 nhóm điều trị. **Kết luận:** Hút thai đơn thuần nên chỉ định cho tuổi thai ≤ 7 tuần, chưa có tim thai, $\beta hCG \leq 10.000IU/l$, vị trí túi ối sát đường niêm mạc hướng về buồng tử cung. Hút thai kết hợp với MTX nên chỉ định cho tuổi thai > tuần, có tim thai, $\beta hCG > 10.000IU/l$, vị trí túi ối lỗi về phía bàng quang.

Abstract

Situation in the treatment of cesarean scar pregnancy in national hospital for obstetrics and gynecology from march 2011 to february 2012

Retrospective study of 64 cases Cesarean Scar Pregnancy (CPS) were treated in Gynecology 1 Department, National Hospital for Obstetrics and Gynecology from March 2011 to February 2012. **Objective:** to evaluate our experience with the diagnosis and treatment of CPS. **Materials and Methods:** medical records of CPS were diagnosed using transvaginal combined abdominal sonography and treated conservatively to preserve fertility, containing sufficient information on results. Retrospective study methods and analysis using SPSS 16.0 software for data entry and processing, calculate the percentage, mean values. **Results and discussion:** Poor of symptoms, transvaginal combined abdominal sonography is the best for diagnosis CPS. Patient were treated: D&C 26/64; D&C combined systemic MTX 38/64. The success rate in 2 group was 97%. No significant differences were found among the 2

treatment groups in the duration at hospital. **Conclusion:** D&C is best for CPS patients with gestational age < 7 weeks, no fetal heart, β hCG <10.000IU / l, amniotic sac position close to the endometrial.

Keywords: Cesarean scar pregnancy; dilation and curettage; MTX

* Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Đặt vấn đề

Chửa tại sẹo mổ lấy thai cũ lần đầu tiên được nhắc tới trong một nghiên cứu của Larsen và Solomon vào năm 1978. Chửa tại sẹo mổ lấy thai cũ có thể đe dọa tính mạng của thai phụ vì có nguy cơ cao chảy máu âm đạo nhiều và vỡ tử cung. Ba thập kỷ qua, trên toàn thế giới chửa tại sẹo mổ lấy thai cũ ngày càng gặp nhiều hơn. 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 qua âm đạo hoặc siêu âm Doppler màu trong những năm gần đây. Mặc dù vậy nguyên nhân cũng như các yếu tố nguy cơ của chửa tại sẹo mổ lấy thai cũ vẫn chưa được biết đến.

Hầu hết bệnh nhân được chẩn đoán chửa tại sẹo mổ lấy thai cũ được điều trị bằng một trong hai phương thức điều trị chính: nội khoa và can thiệp. Điều trị nội khoa với Methotrexate (MTX), toàn thân cũng như tại chỗ, là một lựa chọn nhằm mục đích để bảo tồn tử cung và khả năng sinh sản. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng chửa tại sẹo mổ lấy thai cũ với β -hCG > 5.000 IU/l, khi điều trị MTX đơn thuần có biến chứng có thể xảy ra là ra máu âm đạo nhiều và yêu cầu can thiệp thêm như hút thai, phẫu thuật lấy khối chửa bảo tồn tử cung. Hút thai là một phương pháp điều trị thông thường, Arslan và cộng sự báo cáo trường hợp của một bệnh nhân chửa tại sẹo mổ lấy thai cũ được điều trị thành công bằng cách sử dụng nạo hút, mà không cần bất kỳ liệu pháp bổ sung. Tuy nhiên, trong hầu hết các báo cáo trong các

nghiên cứu đều chỉ ra rằng bệnh nhân được điều trị chủ yếu với nạo hút thai, hoặc là kết quả đã được tối ưu hoặc các biến chứng sẽ xảy ra. Phẫu thuật mở bụng hoặc nội soi lấy khối chửa ở vết sẹo mổ cũ, bảo tồn tử cung cũng là một phương pháp thường được áp dụng khi điều trị bằng các phương pháp khác mà có biến chứng xảy ra. Tuy nhiên, phẫu thuật vẫn còn mang một nguy cơ đáng kể của xuất huyết không kiểm soát được, dẫn đến cắt bỏ tử cung và mất chức năng sinh sản ở một số bệnh nhân. Theo nghiên cứu của Yang và cộng sự cùng với một số nghiên cứu khác cho thấy phương pháp làm tắc mạch tử cung trước, sau đó phối hợp cùng với MTX hoặc hút thai dưới siêu âm cho tỷ lệ điều trị thành công cao nhất. Nhưng phương pháp này rất tốn kém, phải phối hợp với nhiều chuyên khoa sâu cũng như chỉ có thể thực hiện được ở những cơ sở y tế lớn. Theo Nguyễn Việt Tiến và cộng sự, phương pháp giảm thiểu phôi được áp dụng trong điều trị chửa ống cổ tử cung và chửa tại sẹo mổ lấy thai cũ có tỷ lệ thành công cao tới 94% nhưng phương pháp này có giá thành cao, thời gian theo dõi kéo dài. Cho đến nay, vẫn chưa có đồng thuận về phương pháp điều trị nào là tối ưu nhất cho chửa tại sẹo mổ lấy thai cũ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Gồm bệnh nhân được chẩn đoán là chửa tại vết mổ lấy thai cũ tại khoa Phụ 1 bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 2/2011

đến tháng 2/2012

Tiêu chuẩn lựa chọn:

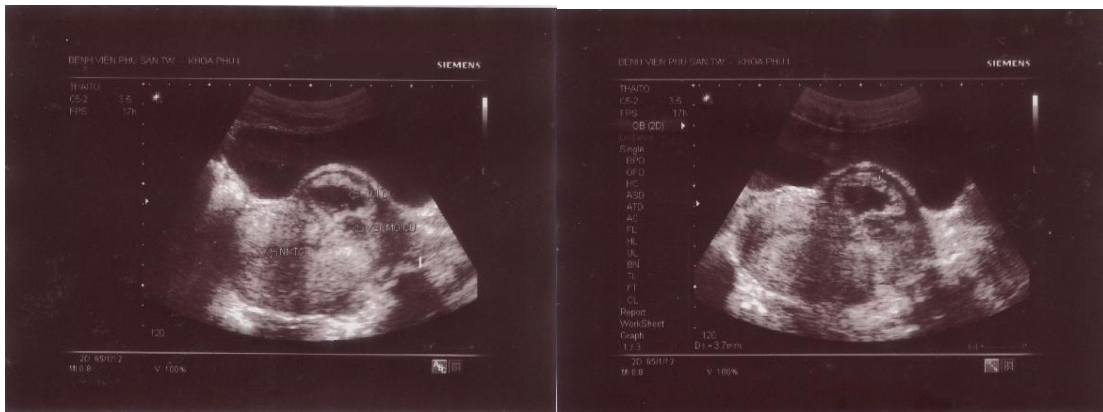
Những bệnh nhân được chẩn đoán chính xác là chữa tại vết mổ lấy thai cũ dựa vào tiêu chuẩn trên siêu âm như sau:

1. Không thấy hình ảnh túi ối trong buồng tử cung

2. Không thấy hình ảnh túi ối trong ống cổ tử cung

3. Có hình ảnh túi ối, có hoặc không có âm vang thai, có hoặc không có tim thai ở mặt trước eo tử cung

4. Giảm độ dày của lớp cơ tử cung giữa túi ối và bàng quang



Hình 1. Chữa tại vết mổ lấy thai cũ, lối về phía bàng quang, độ dày lớp cơ TC giữa túi ối và bàng quang là 3,7mm

Tiêu chuẩn loại trừ

– Những bệnh nhân không có đủ các tiêu chuẩn trên

– Những bệnh nhân không tuân thủ điều trị

Trong khoảng thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 126 hồ sơ được chẩn đoán vào viện là chữa vết mổ, qua siêu âm, khám lại và điều trị tại khoa phụ 1 chúng tôi thấy có 64 bệnh nhân chữa tại vết mổ lấy thai cũ (chưa điều trị trước khi vào viện), 16 bệnh nhân đã được hút thai tại tuyến trước sau đó ra máu âm đạo nhiều và siêu âm thấy có khối âm vang hỗn hợp tại vị trí sẹo mổ cũ, còn lại 46 bệnh nhân không phải chữa tại vết mổ cũ (chữa trong buồng TC, sảy thai dở dang, chữa ở ống CTC...) hoặc bệnh nhân bỏ không theo dõi tại bệnh viện.

Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu hồi cứu. Các bệnh nhân được điều trị bằng hút thai dưới siêu âm có hoặc không kết hợp dùng

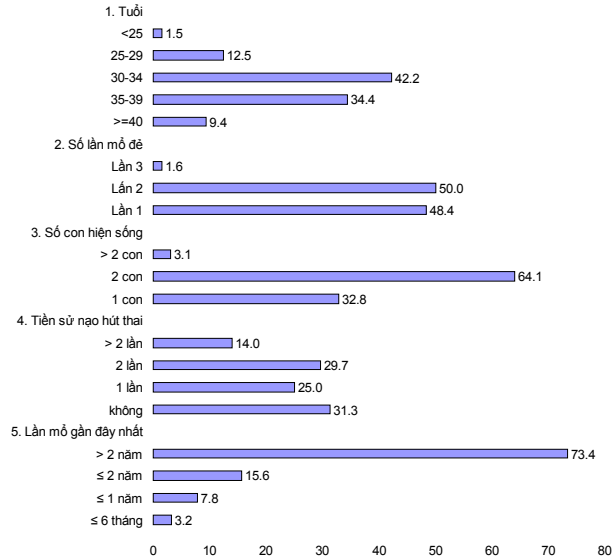
MTX trước hoặc sau hút thai. Theo dõi sự thay đổi của kích thước khối chữa, nồng độ β hCG cũng như các biến chứng sau hút thai.

Xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 16.0. Tính tỷ lệ phần trăm các chỉ số nghiên cứu, tính giá trị trung bình các biến số nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu và bàn luận

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian 1 năm, từ tháng 3/2011 đến hết tháng 2/2012 đã có 64 bệnh nhân chữa tại vết mổ lấy thai cũ được điều trị tại khoa Phụ 1. Số lượng này cao hơn rất nhiều so với các nghiên cứu trước đây. Theo nghiên cứu của X-Y Yang, trong 6 năm từ 2003 – 2008, có 66 bệnh nhân chữa vết mổ được điều trị tại trung tâm sản phụ khoa lớn tại Trung Quốc. Theo nghiên cứu của Diễm Thị Thanh Thủy, trong 2 năm 2009 – 2010, có 30 bệnh nhân chữa vết mổ được điều trị tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội.



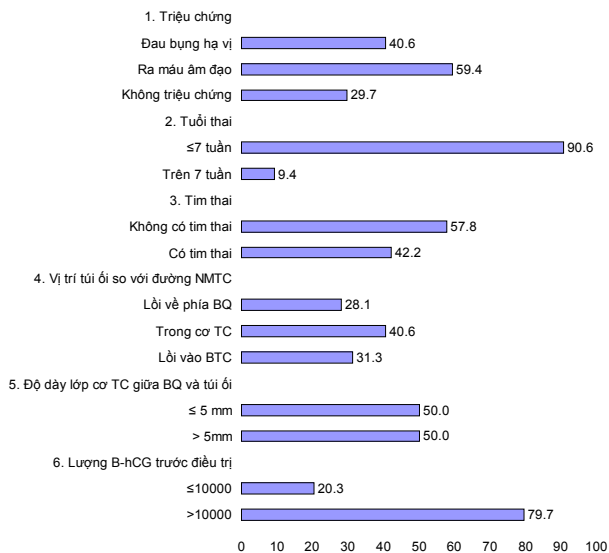
Biểu đồ 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của các bệnh nhân là 34 tuổi, trẻ nhất là 22 tuổi và nhiều tuổi nhất là 43 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 30 - 34 tuổi (42,2%). Số bệnh nhân có tiền sử mổ đẻ 1 lần chiếm 48,4% và có 32,8% số bệnh nhân mới chỉ có 1 con. Có đến 68,7% bệnh nhân có tiền sử nạo hút thai ít nhất là 1 lần. Có 26,6% bệnh nhân có vết sẹo mổ tử cung cũ dưới 2 năm và ngắn nhất

là một trường hợp mới mổ đẻ cách khi vào viện 4 tháng. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Diêm Thị Thanh Thủy và X-Y Yang.

Độ tuổi và số con hiện có của bệnh nhân là những yếu tố góp phần định hướng cho chỉ định điều trị.

Triệu chứng và chẩn đoán



Biểu đồ 2. Triệu chứng và chẩn đoán

Tất cả các bệnh nhân có vô kinh từ 5 - 64 ngày, tương đương tuổi thai từ 4 - 9 tuần. 26 bệnh nhân có triệu chứng đau bụng (40,6%) và 38 bệnh nhân có triệu chứng chảy máu âm đạo (59,4%) và đặc biệt là có đến 19 bệnh nhân (29,7%) không có triệu chứng gì mà chỉ tình cờ phát hiện bệnh qua siêu âm thai. Kết quả này tương tự nghiên cứu của McKenna: 1/3 có ra máu âm đạo ít một, 1/4 đau bụng hạ vị. Huyết thanh β -hCG trước điều trị mức dao động từ 1203 đến 184.177 IU/l, nhóm β -hCG trước điều trị từ > 10.000UI/l chiếm tới 79,7%. Vị trí túi ối lỗi về phía bàng quang chiếm 28,1% và có đến 50% trường hợp có độ dày lớp cơ tử cung giữa túi ối và bàng quang \leq 5mm. Đây cũng chính là 2 đặc điểm vô cùng quan trọng trong siêu âm chẩn đoán, hướng xử trí cũng như tiên lượng điều trị.

Các đặc điểm lâm sàng và siêu âm cũng có kết quả tương tự như nghiên cứu của Diêm Thị Thanh Thủy và X-Y Yang.

Xử trí

Các phương pháp xử trí

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy đối

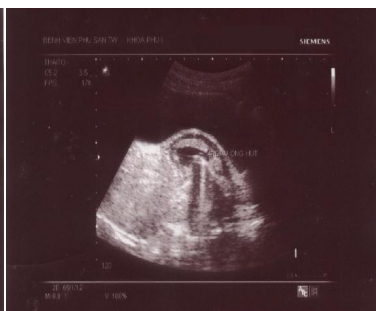
tượng nghiên cứu được điều trị bằng 2 phương pháp chính là: hút thai đơn thuần dưới hướng dẫn của siêu âm (nhóm 1 gồm 26 bệnh nhân, chiếm 40,6%) và hút thai kết hợp với tiêm MTX toàn thân (nhóm 2 gồm 38 bệnh nhân, chiếm 59,4%). Tỷ lệ thành công của cả 2 phương pháp là 97%, trong đó có 2 bệnh nhân điều trị thất bại phải mổ mở lấy khối chứa bảo tồn tử cung (1 bệnh nhân của nhóm điều trị 1, 1 bệnh nhân của nhóm điều trị 2). Có 6 bệnh nhân phải dùng 2 liệu trình MTX (2 bệnh nhân của nhóm điều trị 1; 4 bệnh nhân của nhóm điều trị 2) vì lý do β hCG tăng lên hoặc giảm rất chậm trong quá trình theo dõi điều trị. Có 3 bệnh nhân trong nhóm 2 phải hút lại lần 2 và lần 3 vì lý do ra máu âm đạo nhiều và hoặc β hCG tăng lên, 2 trong số 3 bệnh nhân phải truyền máu trong khi điều trị. Kết quả giải phẫu bệnh lý sau hút là gai rau thoái hóa.

Tất cả các bệnh nhân chữa tại sọ mổ lấy thai cũ được hút thai tại khoa Phụ 1 đều tuân theo quy trình sau đây:

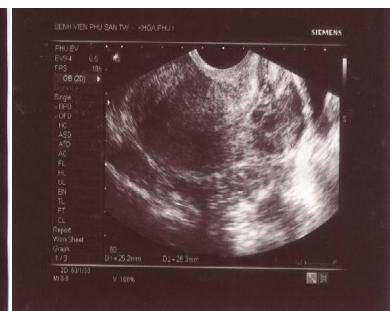
- Giảm đau tĩnh mạch.
- Đặt đường truyền dịch có pha oxytocin.
- Hút thai dưới hướng dẫn của siêu âm.
- Khi có biến chứng chảy máu sẽ thêm thuốc tăng co tử cung, chèn meches âm đạo hoặc kẹp CTC ở vị trí 3h và 9h.



Hình 2a. Hình ảnh chứa tại vết mổ lấy thai cũ, lỗi vào bàng quang



Hình 2b. trong khi hút (hình ảnh đầu ống hút trong túi ối)



Hình 2c. Sau hút 7 ngày, khối âm vang hỗn hợp 25x25mm tại sẹo mổ cũ



Hình 3a. Hình ảnh chứa tại vết mổ lấy thai cũ, trong lớp cơ TC



Hình 3b. Sau hút 7 ngày, khô âm vang hỗn hợp 12 x 14mm tại sẹo mổ cũ

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và siêu âm trong 2 nhóm điều trị

| | Hút thai đơn thuần (n = 26) | Hút thai kết hợp với MTX (n = 38) | p |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|--------------|
| Tuổi | | | |
| < 35 | 18 | 18 | 0,083 |
| ≥ 35 | 8 | 20 | |
| Số lần mổ lấy thai | | | |
| 1 lần | 13 | 18 | 0,836 |
| ≥ 2 lần | 13 | 20 | |
| Triệu chứng | | | |
| Không triệu chứng | 7 | 12 | 0,454 |
| Ra máu âm đạo | 16 | 22 | |
| Đau bụng | 9 | 17 | |
| Khoảng cách lần mổ gần đây nhất đến nay | | | |
| ≤ 2 năm | 7 | 10 | 0,957 |
| > 2 năm | 19 | 28 | |
| Lượng βhCG trước điều trị | | | |
| ≤ 10.000 UI/l | 7 | 6 | 0,277 |
| > 10.000 UI/l | 19 | 28 | |
| Tuần thai theo siêu âm | | | |
| ≤ 7 tuần | 25 | 33 | 0,209 |
| > 7 tuần | 1 | 5 | |
| Tim thai | | | |
| Không có tim thai | 19 | 18 | 0,041 |

| | | | |
|--|----|----|--------------|
| Có tìm thai | 7 | 20 | |
| Vị trí túi ối so với đường NMTC | | | |
| Lỗi về BQ | 3 | 15 | 0,024 |
| Trong cơ TC | 11 | 15 | |
| Lỗi vào BTC | 12 | 8 | |
| Độ dày lớp cơ tử cung giữa BQ và túi ối | | | |
| ≤ 5mm | 10 | 22 | 0,127 |
| > 5mm | 16 | 16 | |

Không có sự khác biệt đáng kể nào được tìm thấy giữa 2 nhóm điều trị trong việc phân phối các đặc điểm lâm sàng như: tuổi của bệnh nhân, số lần mổ lấy thai, thời gian từ lần mổ lấy thai gần đây nhất, tuổi thai theo siêu âm, độ dày lớp cơ tử cung giữa túi ối và bàng quang và lượng βhCG trước điều trị. Về đặc điểm: vị trí túi ối lỗi về phía bàng quang và siêu âm thấy có tìm thai chúng tôi nhận thấy ở nhóm điều trị 2 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm điều trị 1.

Theo dõi điều trị

Biến chứng chảy máu

Bảng 2. Biến chứng chảy máu trong quá trình điều trị

| | Hút thai đơn thuần (n = 26) | Hút thai kết hợp với MTX (n = 38) | p |
|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| Chảy máu ÂĐ trong điều trị | | | |
| < 100ml | 22 | 18 | 0,009 |
| 100 - 300ml | 4 | 18 | |
| > 300ml | 0 | 2 | |
| Truyền máu trong điều trị | | | |
| Không truyền máu | 26 | 35 | 0,142 |
| Có truyền máu | 0 | 3 | |
| Phương pháp cầm máu | | | |
| Chỉ dùng thuốc | 21 | 13 | 0,001 |
| Thuốc và kẹp CTC | 2 | 2 | |
| Thuốc và chèn meches | 3 | 20 | |
| Cả 3 phương pháp | 0 | 3 | |

Có sự khác biệt về mức độ chảy máu âm đạo cũng như phương pháp cầm máu giữa 2 nhóm điều trị. Ở nhóm điều trị 2, tỷ lệ chảy máu vừa và nhiều cao hơn hẳn so với nhóm điều trị 1.

Bảng 3. Liên quan giữa mức độ chảy máu và đặc điểm lâm sàng

| Chảy máu | < 100ml (n = 40) | 100 - 300ml (n = 22) | > 300ml (n = 2) | p |
|--|---------------------|-------------------------|--------------------|--------------|
| Vị trí túi ối so với đường NMTC | | | | |
| Lỗi về BQ | 5 | 11 | 2 | 0,004 |
| Trong cơ TC | 19 | 7 | 0 | |
| Lỗi vào BTC | 16 | 4 | 0 | |
| Tim thai | | | | |
| Không có tim thai | 28 | 8 | 1 | 0,036 |
| Có tim thai | 12 | 14 | 1 | |
| Lượng βhCG trước điều trị (UI/l) | | | | |
| ≤ 10.000 | 12 | 1 | 0 | 0,045 |
| > 10.000 | 28 | 21 | 2 | |
| Tuổi thai theo siêu âm | | | | |
| ≤ 7 tuần | 39 | 18 | 1 | 0,017 |
| > 7 tuần | 1 | 4 | 1 | |

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ chảy máu giữa các nhóm đặc điểm lâm sàng. Ở nhóm túi ối lỗi vào bàng quang, siêu âm có tim thai, β hCG trước điều trị > 10.000 UI/l, tuổi thai > 7 tuần có tỷ lệ chảy máu mức độ vừa và nhiều cao hơn so với các nhóm còn lại. Qua đây một lần nữa lại khẳng định việc phát hiện sớm khi tuổi thai còn nhỏ, β hCG còn thấp rất có giá trị trong xử trí cũng như làm giảm mức độ chảy máu trong điều trị.

Theo dõi lượng β hCG

Bảng 4. Theo dõi lượng β hCG giữa 2 phương pháp xử trí

| | Hút thai đơn thuần (n = 26) | Hút thai kết hợp với MTX (n = 38) | p |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| Tốc độ giảm của βhCG sau điều trị 1 ngày | | | |
| $\leq 50\%$ | 1 | 7 | 0,169 |
| 50 - 75% | 19 | 26 | |
| $> 75\%$ | 6 | 5 | |
| Tốc độ giảm của βhCG sau điều trị 1 tuần | | | |
| $\leq 50\%$ | 0 | 3 | 0,048 |
| 50 - 75% | 9 | 6 | |
| $> 75\%$ | 17 | 29 | |
| Thời gian βhCG trở về < 5UI/l | | | |
| ≤ 4 tuần | 21 | 25 | 0,191 |
| > 4 tuần | 5 | 13 | |

Thời gian nồng độ β hCG trở về âm tính trung bình là 28 ngày (ngắn nhất là sau điều trị 7 ngày và dài nhất là sau 73 ngày), ngắn hơn so với nghiên cứu của C M Yan và tương tự như nghiên cứu của X-Y Yang. Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm điều trị về tốc độ giảm nồng độ β hCG sau điều trị 1 ngày và thời gian nồng độ β hCG trở về âm tính.

Tốc độ giảm nồng độ β hCG sau điều trị 1 tuần ở nhóm hút thai + MTX cao hơn so với nhóm chỉ hút thai đơn thuần. Qua đó thấy rằng phối hợp thêm MTX sau hút thai làm cho tốc độ giảm β hCG giúp rút ngắn được thời gian nằm viện của bệnh nhân.

Khối âm vang hỗn hợp tại sẹo mổ cũ

Bảng 5. Thời gian tồn tại khối âm vang hỗn hợp tại sẹo mổ cũ giữa 2 nhóm điều trị

| | Hút thai đơn thuần (n = 26) | Hút thai kết hợp với MTX (n = 38) | p |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------|
| Âm tính sau: | | | 0,056 |
| ≤ 4 tuần | 21 | 22 | |
| > 4 tuần | 5 | 16 | |

Thời gian tồn tại khối âm vang hỗn hợp tại sẹo mổ cũ trung bình là 25 ngày (ngắn nhất là không thấy khối này ngay sau điều trị và dài nhất là sau 84 ngày), có một số trường hợp đã có kinh nguyệt trở lại mà vẫn tồn tại khối này trên siêu âm. Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm điều trị về thời gian tồn tại khối âm vang hỗn hợp tại sẹo mổ cũ.

Thời gian tồn tại khối âm vang hỗn hợp tại sẹo mổ cũ trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so với nghiên cứu của Diêm Thị Thanh Thủy (1 – 3 tháng), C M Yan (2 – 12 tháng).

Liên quan giữa vị trí túi ối và theo dõi sau điều trị

Bảng 6. Liên quan giữa vị trí túi ối và thời gian trở về âm tính của khối âm vang

hỗn hợp tại sẹo mổ cũ và nồng độ β hCG

| Vị trí túi ối so với đường NMTC | Lỗi vào BQ | Trong cơ tử cung | Lỗi về BTC | P | |
|--|------------|------------------|------------|----|--------------|
| Khối AVHH ở sẹo mổ cũ về âm tính | ≤ 4 tuần | 6 | 23 | 14 | 0,001 |
| | > 4 tuần | 12 | 3 | 6 | |
| Thời gian βhCG trở về < 5UI/l | ≤ 4 tuần | 8 | 24 | 14 | 0,002 |
| | > 4 tuần | 10 | 2 | 6 | |

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa vị trí túi ối và thời gian trở về âm tính của khối âm vang hỗn hợp tại sẹo mổ cũ và nồng độ β hCG. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng ở nhóm vị trí túi ối lỗi vào bàng quang có thời gian trở về âm tính của khối âm vang hỗn hợp tại sẹo mổ cũ và β hCG là dài hơn có ý nghĩa thống kê so với 2 nhóm còn lại. Vì vậy chúng tôi khuyến cáo rằng trong trường hợp khối chứa lỗi vào bàng quang thì sau hút thai nên điều trị ngay MTX đa liều.

Bàn luận về giá trị của siêu âm trong điều trị

Giá trị của siêu âm trong việc đưa ra hướng xử trí:

– Siêu âm giúp đánh giá tuổi thai, vị trí túi ối so với đường niêm mạc, sự hoạt động của tim thai có giá trị rất lớn trong việc lựa chọn phương pháp điều trị.

Giá trị của siêu âm trong khi hút thai dưới hướng dẫn của siêu âm:

- Đưa vào đúng vị trí khối thai
- Kiểm tra độ sạch sau hút
- Đánh giá được khối âm vang hỗn hợp tại vết mổ cũ ngay sau hút, sự chảy máu vào khối này

Qua nghiên cứu này cho thấy thời gian tồn tại của khối âm vang hỗn hợp tại sẹo mổ cũ ngắn hơn so với các nghiên cứu trước,

phải chăng đây cũng là một lợi điểm của siêu âm trong khi hút thai vì giúp cho hút đúng vị trí túi ối, hút sạch giúp tránh được tồn tại nguyên bào nuôi ở vị trí sẹo mổ cũ?

Kết luận

Qua 64 trường hợp chữa tại vết mổ lấy thai cũ được điều trị tại khoa Phụ 1 bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 3/2011 đến hết 2/2012. Chúng tôi sơ bộ kết luận như sau:

– Tỷ lệ chữa tại vết sẹo mổ lấy thai cũ đang tăng lên cùng với sự gia tăng của tỷ lệ mổ lấy thai.

– Chẩn đoán: Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn. Siêu âm là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh. Siêu âm đầu dò âm đạo (khi BQ có nước tiểu) kết hợp với siêu âm đường bụng có giá trị trong chẩn đoán xác định chữa vết mổ, tuổi thai, sự hoạt động của tim thai và đặc biệt là vị trí túi thai so với đường niêm mạc qua đó rất có giá trị trong hướng xử trí cũng như tiên lượng điều trị.

– Xử trí: Trong điều kiện kinh tế, y tế hiện nay tại khoa Phụ 1 có 2 phương pháp điều trị chính là hút thai đơn thuần và hút thai kết hợp với MTX toàn thân. Tỷ lệ thành công của cả 2 phương pháp này lên tới 97%. Phương pháp xử trí tùy thuộc vào tuổi thai lượng β hCG trước điều trị, hoạt động của tim thai và đặc biệt là vị trí túi thai so với đường niêm mạc.

– Hút thai đơn thuần: nên chỉ định trong những trường hợp: tuổi thai nhỏ hơn 7 tuần, lượng β hCG trước điều trị ≤ 10.000 UI/l, chưa có tim thai và vị trí túi thai nằm gần đường niêm mạc tử cung có xu hướng lùi về buồng tử cung.

– Hút thai kết hợp điều trị MTX toàn thân ngay sau hút: nên chỉ định trong những trường hợp: tuổi thai > 7 tuần, lượng β hCG

trước điều trị > 10.000 UI/l, có hoạt động của tim thai và vị trí túi thai nằm trong cơ tử cung hoặc lùi về phía bàng quang.

– Mổ lấy khối chứa bảo tồn tử cung: chỉ định cho trường hợp điều trị 2 phương pháp trên thất bại, bệnh nhân bằng huyết, huyết động thay đổi.

– Các phương pháp cầm máu như: thuốc, kẹp CTC, chèn meches có giá trị giúp hạn chế lượng máu mất.

– Theo dõi sau điều trị: chủ yếu là theo dõi ra máu âm đạo, β hCG và khối âm vang hỗn hợp tại sẹo mổ cũ.

Kiến nghị

Quản lý thai nghén với những sản phụ có sẹo mổ lấy thai cũ giúp phát hiện sớm bệnh.

Siêu âm Doppler phải được làm thường quy cho các bệnh nhân chữa vết mổ đặc biệt là những trường hợp khối chứa lùi vào bàng quang, độ dày lớp cơ tử cung giữa túi ối và bàng quang mỏng.

Xử trí: Cần phải phối hợp với chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh để nút mạch tử cung trong những trường hợp khối chứa lùi vào bàng quang, độ dày lớp cơ tử cung giữa túi ối và bàng quang mỏng, doppler mạch máu tăng sinh nhiều.

Cần các nghiên cứu sâu hơn để tìm ra các yếu tố nguy cơ, nguyên nhân giúp tìm ra cách phòng tránh cũng như phương pháp xử trí thích hợp để bảo tồn khả năng mang thai lại sau điều trị.

Công tác chỉ đạo tuyến cần có những khuyến cáo rộng rãi về bệnh này để giúp phát hiện sớm, xử trí đúng cách và chuyển tuyến kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Larsen JV, Solomon MH. Pregnancy in a uterine scar sacculus—an unusual cause of postabortal haemorrhage. S Afr Med J 1978;53:142–3.

2. Arslan M, Pata O, Dilek TU, Aktas A, Aban M, Dilek S. Treatment of viable cesarean scar ectopic pregnancy with suction curettage. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;89:163–6.
3. Seow KM, Hwang JL, Tsai YL, Huang LW, Lin YH, Hsieh BC. Subsequent pregnancy outcome after conservative treatment of a previous cesarean scar pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:1167–72.
4. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004;23:247–253
5. Nguyễn Việt Tiến và cộng sự. Báo cáo 1 trường hợp chữa ngoài tử cung trên sẹo mổ lấy thai được điều trị thành công bằng phương pháp giảm thiểu kết hợp với MTX. Hội nghị sản phụ khoa Việt Pháp 2009, 259 – 265.
6. Diêm Thị Thanh Thủy. Nhận xét 30 trường hợp chữa 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 – 226.
7. Zhang YL, Huang LL. Uterine artery embolization compared with methotrexate for the management of pregnancy implanted with in a cesarean scar. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201(152):e1–e3
8. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2000;16:592–593.
9. Yang XY, Yu H, Li KM, Chu YX, Zheng A. Uterine artery embolisation combined with local methotrexate for treatment of caesarean scar pregnancy. *BJOG*. 2010;117:990–996
10. C M Yan. A report of four case of cesarean scar pregnancy in a period of 12 months. Department of Obstetrics and Gynecology, United Christian Hospital, Hongkong. *Hongkong Med J* 2007; 13: 141 – 143.