

# VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN, PHÂN ĐỘ VÀ ĐIỀU TRỊ THAI LÀM TỔ TẠI VỊ TRÍ SỢ MỔ LẤY THAI

Đỗ Văn Quyết<sup>1</sup>, Lương Minh Tuấn<sup>2</sup> và Phạm Hồng Đức<sup>2,3,✉</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Mục tiêu nhằm đánh giá vai trò của siêu âm trong chẩn đoán, phân độ và điều trị thai làm tổ tại vị trí sợ mổ lấy thai (T-SMLT). Nghiên cứu gồm 66 bệnh nhân, độ tuổi trung bình  $35 \pm 4,9$  (24 - 45). Các trường hợp gặp ở độ II, III, IV lần lượt là: 42 (63,6%), 18 (27,2%), 6 (9,1%). Các chỉ số trung bình của tuổi thai, kích thước túi thai, chiều dày cơ tử cung còn lại và lượng máu mất do đình chỉ thai có sự khác biệt giữa các phân độ trên SA ( $p < 0,05$ ). Các phương pháp đình chỉ thai phụ thuộc vào phân độ T-SMLT trên SA, điều trị xâm lấn hơn tương ứng với phân độ cao hơn. Độ II chủ yếu là hút thai có thể có chèn bóng, nếu có tim thai ở độ II nên dùng MTX trước hút thai, nếu ở độ III giàu mạch nên được nút mạch trước hút thai. Ngược lại, độ IV phải mổ mở, chuyển mổ mở khi hút thai thất bại. Đáng lưu ý là các bệnh nhân nút mạch trước hút thai dù ở độ III đều không phải chuyển mổ và lượng máu mất không nhiều. Như vậy, siêu âm có ý nghĩa trong việc đánh giá tổn thương và phân độ T-SMLT mà chúng hữu ích cho việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp và có hiệu quả cho từng bệnh nhân.

**Từ khóa:** Thai làm tổ tại vị trí sợ mổ lấy thai, siêu âm đầu dò âm đạo, hút phôi thai.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai làm tổ tại vị trí sợ mổ lấy thai (T-SMLT) là hiện tượng rau thai làm tổ trên cơ tử cung tại vị trí sợ mổ cũ lấy thai, và là một thể hiếm gặp của thai chửa ngoài tử cung. Tỷ lệ số ca mắc thai chửa sợ mổ được báo cáo hàng năm từ 1/800- 1/250.<sup>1-3</sup> Triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn, hơn 50% số trường hợp được phát hiện tình cờ mà không có triệu chứng, 1/3 bệnh nhân có ra máu âm đạo số lượng ít, 1/4 trường hợp có đau bụng hạ vị, có thể trùng lặp với các bệnh khác.<sup>1</sup> Siêu âm 2D và Doppler màu đánh giá tính chất mạch máu quanh túi thai có thể chẩn đoán xác định và phân loại.<sup>4,5</sup> Việc chẩn đoán sớm T-SMLT rất quan trọng trong việc quyết định hướng xử trí và tiên lượng người

bệnh. T-SMLT giai đoạn muộn có thể xâm lấn vào bàng quang, nguy cơ gây vỡ tử cung, chảy máu ồ ạt nguy hiểm tới tính mạng bệnh nhân.<sup>6</sup> Cho đến nay, các nghiên cứu vẫn chưa thống nhất về phương pháp điều trị tối ưu.<sup>7</sup> Hiện tại, việc điều trị thường được cá thể hoá dựa vào nhiều yếu tố bao gồm triệu chứng lâm sàng, tuổi thai, nồng độ  $\beta$  HCG, đặc điểm hình ảnh và phân độ trên siêu âm, kinh nghiệm thực hành của bác sỹ sản phụ khoa.<sup>8,9</sup> Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá vai trò của siêu âm trong chẩn đoán, phân độ và điều trị thai làm tổ tại vị trí sợ mổ lấy thai.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Các bệnh nhân đi khám vì lý do ra máu âm đạo, đau bụng hoặc chậm kinh hoặc phát hiện tình cờ trên siêu âm. Các bệnh nhân này được chẩn đoán T-SMLT bằng siêu âm đầu dò âm đạo và được phân độ tổn thương từ I - IV. Nếu

Tác giả liên hệ: Phạm Hồng Đức

Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Email: phamhongduc@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 18/08/2023

Ngày được chấp nhận: 18/09/2023

độ II - IV thì được giải thích nhập viện để điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

### **Tiêu chuẩn loại trừ**

Bệnh nhân có thai chửa thấp trong buồng tử cung, bệnh nhân không tuân thủ điều trị và bệnh nhân có T-SMLT độ I (vì những trường hợp này được hút thai ngay tại phòng khám ngoại trú và ra viện trong ngày, nên không có đầy đủ thông tin).

## **2. Phương pháp**

### **Thời gian nghiên cứu**

Từ 07/2022 đến 07/2023, chúng tôi thu thập được 66 bệnh nhân đủ các tiêu chuẩn trên để đưa vào nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang.

### **Các dữ liệu về siêu âm chẩn đoán**

Chẩn đoán thai làm tổ tại sẹo mổ cũ được thực hiện trên máy siêu âm Voluson E6 – E10 GE (Mỹ) bằng đầu dò âm đạo IC tần số 5-9MHz, bởi hai bác sĩ chuyên siêu âm sản khoa có kinh nghiệm trên 10 năm.

Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định T-SMLT qua siêu âm đầu dò âm đạo 2D và Doppler màu gồm 5 dấu hiệu theo Timor-Tritsch<sup>10</sup>:

(1) Buồng tử cung trống, không có hình ảnh túi thai,

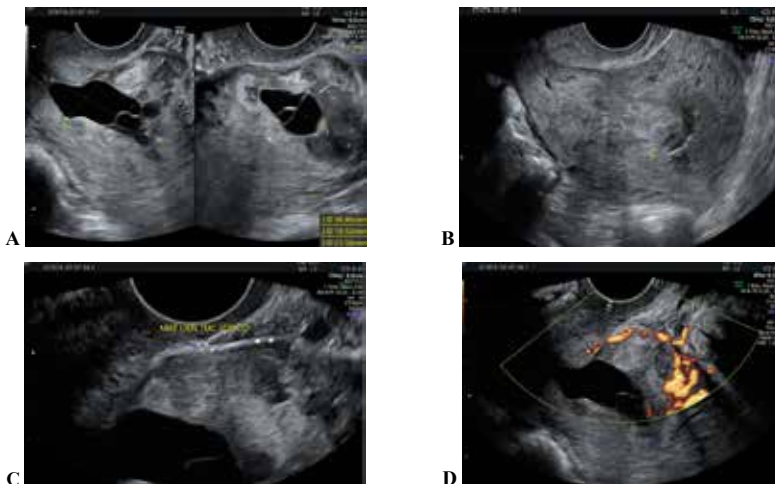
(2) Túi thai hoặc khối rau bám vào vị trí sẹo mổ lấy thai,

(3) Lớp cơ giữa túi thai và bàng quang mỏng 1 - 3mm hoặc mất liên tục,

(4) Doppler cho thấy sự hiện diện tuần hoàn phong phú của sẹo mổ và rau thai,

(5) Ống cổ tử cung trống, không có túi thai.

Trên siêu âm đầu dò âm đạo ghi nhận các đặc điểm: tuổi thai, kích thước trung bình túi thai, chiều dày cơ tử cung vị trí sẹo mổ lấy thai, hoạt động tim thai, tăng sinh mạch quanh túi thai trên Doppler màu. (Hình 1) Phân độ thai chửa sẹo mổ theo 4 độ<sup>11</sup> Độ I - độ sâu túi thai chiếm dưới 1/2 chiều dày cơ tử cung thành trước tại vị trí sẹo mổ lấy thai; Độ II - khi độ sâu túi thai chiếm hơn 1/2 chiều dày cơ tử cung; Độ III - khi độ sâu túi thai vượt quá ranh giới thành trước cơ tử cung có đẩy lùi bàng quang nhưng chưa xâm lấn tới thành bàng quang; Độ IV - túi thai xâm lấn vào thành bàng quang với hình ảnh khối mạch máu tăng sinh thành trước eo tử cung ngang vết mổ lấy thai.



**Hình 1. Nữ 41 tuổi, siêu âm đầu dò chẩn đoán chửa sẹo mổ độ III.**

A, Khối thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ cũ, kích thước 38,5x18,5x23,6mm. B, Hình ảnh buồng tử cung trống. C, Cơ tử cung vị trí sẹo mổ cũ mất liên tục (các mũi tên). D, Hình ảnh tăng sinh mạch tại vị trí sẹo mổ trên Doppler màu năng lượng

**Các dữ liệu lâm sàng và xử trí**

Bệnh nhân nhập viện được khai thác triệu chứng lâm sàng, số lần mang thai, số lần nạo hút, tiền sử mổ lấy thai, có ra máu âm đạo, thời gian lần mổ lấy thai gần nhất. Đồng thời bệnh nhân được xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu và  $\beta$ -HCG.

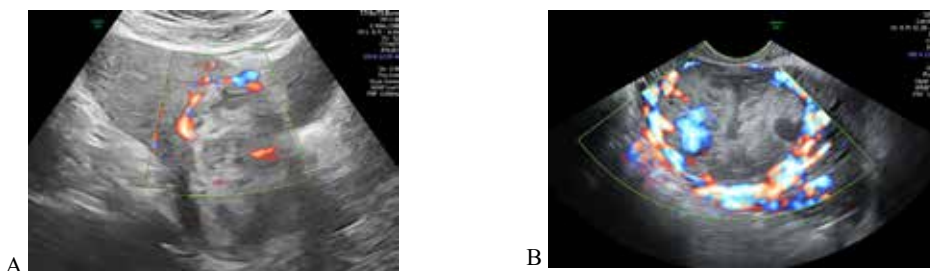
Tùy theo phân độ và hình ảnh siêu âm, bệnh nhân được tư vấn và điều trị bằng các phương pháp:

- 1) Hút thai đơn thuần: các trường hợp độ II;
- 2) Hút thai có chèn bóng Foley: các trường hợp độ II và III;
- 3) Dùng methotrexate (MTX) trước hút thai: còn hoạt động tim thai và tuổi thai 8 - 9 tuần;

4) Nút mạch trước hút thai: độ III;

5) Mổ mổ mở lấy khối chứa: độ III và IV.

Các trường hợp chèn bóng là dùng ống thông Foley có bóng nhằm hạn chế việc chảy máu sau nạo, bóng được đặt vào buồng tử cung vị trí sẹo mổ lấy thai cũ và được bơm căng bằng 20 - 25ml nước muối sinh lý. Các trường hợp nút mạch được thực hiện bởi một bác sĩ có kinh nghiệm về can thiệp mạch, trên máy số hoá xoá nền (DSA) tại Bệnh viện Xanh Pôn. Những trường hợp hút thai đơn thuần hay phối hợp nếu thất bại thì được chuyển mổ mở hoặc mổ nội soi ổ bụng (Hình 2). Lượng máu mất được đánh giá trong quá trình đình chỉ thai và được ghi nhận trong biên bản thủ thuật/phẫu thuật.



**Hình 2. Nữ 27 tuổi, siêu âm chẩn đoán chửa sọ mổ độ II, sau hút thai thất bại hai tuần phải chuyển mổ mở**

*A, SA đường bụng, khối thai tăng kích thước tại vị trí sẹo mổ giữa bàng quang và tử cung.*

*B, SA đầu dò, hình ảnh tăng sinh mạch nhiều tại vị trí sẹo mổ trên Doppler màu.*

**Xử lý số liệu**

Phân tích thống kê được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS của IBM (Phiên bản 26.0, SPSS Inc., Chicago, USA). Các biến số định lượng được tính theo trung bình (TB), độ lệch chuẩn (SD). Các biến này có trên 2 nhóm, với phân bố chuẩn sử dụng kiểm định ANOVA test và với phân bố không chuẩn sử dụng Kruskal-Wallis test. Các biến số định tính được tính bằng số lượng (n), tỷ lệ phần trăm (%). Các biến này được đưa về bảng 2x2 và kiểm định Chi bình phương, nếu tần số mong

đợi mỗi ô nhỏ hơn 5 thì sử dụng Fisher exact test. Các phép kiểm định có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu này là một phần của đề tài tốt nghiệp Thạc sĩ y khoa của tác giả và đã được thông qua hội đồng đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội. Tất cả các quy trình kỹ thuật được thực hiện theo dữ liệu thông tin là nghiên cứu mô tả không can thiệp, nên không ảnh hưởng đến quyền và nghĩa vụ của bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu gồm 66 bệnh nhân có độ tuổi từ 24 đến 45 tuổi, trung bình  $35 \pm 4,9$  tuổi. Trên phân độ theo siêu âm, độ II gặp nhiều nhất với 42 trường hợp (63,6%), 18 trường hợp độ III (27,2%) và 6 trường hợp độ IV (6,1%).

Tuổi thai trung bình được chẩn đoán là  $8 \pm 1,7$  tuần. Kích thước trung bình túi thai là  $34,2 \pm 15,9$ mm. Chiều dày cơ tử cung còn lại tại vị trí sẹo mổ lấy thai trung bình là  $1,9 \pm 0,9$ mm. Lượng máu mất trung bình là  $257,1 \pm 357,6$ ml. Cả bốn đặc điểm này đều cho thấy phân độ trên siêu âm càng cao thì tuổi thai càng lớn, kích thước túi thai càng to, chiều dày cơ tử cung còn lại càng mỏng và lượng máu mất do điều trị can thiệp càng nhiều ( $p < 0,05$ ). Ngược lại, các yếu tố định lượng khác gồm định lượng nồng độ  $\beta$ -HCG (trung bình  $75840 \pm 60675$  UI/L) và thời gian lần mổ lấy thai gần nhất (trung bình  $41,6 \pm 26,6$  tháng) của chữa sẹo mổ giữa 3 độ trên siêu âm đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 1).

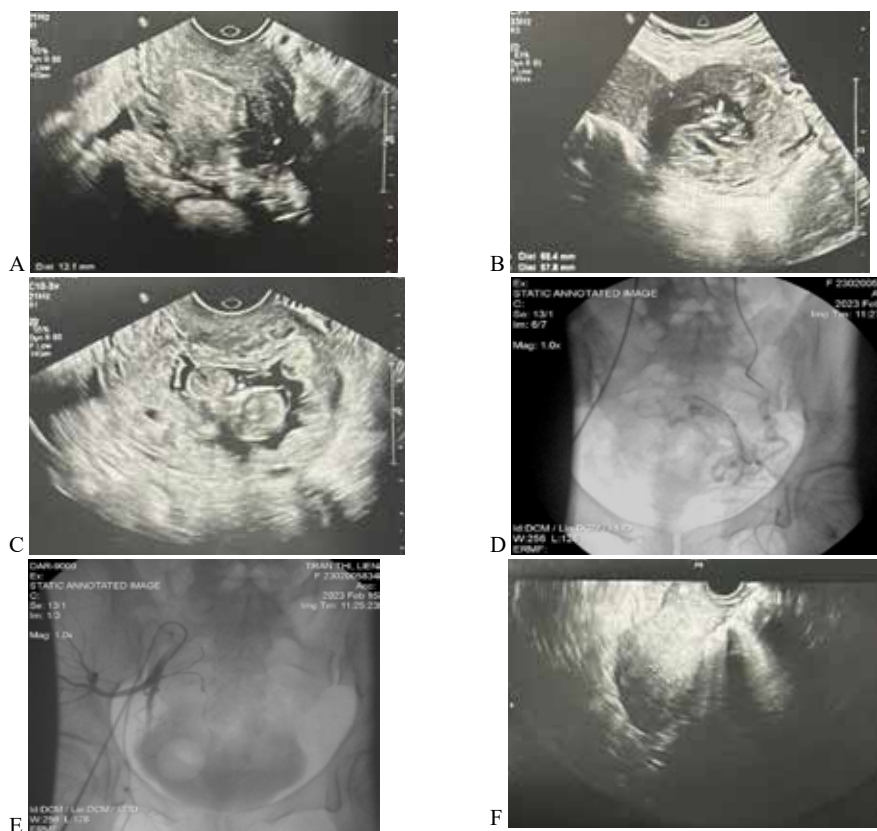
Đặc điểm tăng sinh mạch quanh túi thai trên siêu âm Doppler có 55 trường hợp (83,3%). Số lần ngưng nạo trước đó  $\leq 1$  lần có 36 trường hợp (54,5%). Hai đặc điểm này đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa độ II và III+IV theo phân loại trên siêu âm ( $p < 0,05$ ). Phân tích tương tự với các đặc điểm khác gồm: hoạt động tim thai, ra máu âm đạo, tiền sử số lần mổ lấy thai và số lần mang thai đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 1).

Về điều trị, hút thai đơn thuần được 16 bệnh nhân (38,1%) chỉ ở độ II. Hút thai phối hợp với chèn bóng Foley có 21 bệnh nhân (50%) ở độ II và 2 trường hợp độ III. Điều trị bằng methotrexate (MTX) trước hút thai có 5 bệnh

nhân (7,6%), đều còn hoạt động tim thai và tuổi thai 8-9 tuần. Nút động mạch tử cung cấp máu cho khối chửa trước hút thai có 3 trường hợp (16,6%) chỉ ở độ III. Mổ mở lấy khối chửa có 12 bệnh nhân (66,6%) độ III và tất cả các trường hợp độ IV (6 bệnh nhân, 100%).

Một trường hợp độ III hút thai chèn bóng thất bại chuyển mổ nội soi lấy khối chửa. Có 6 trường hợp chuyển mổ mở là do thất bại của các thủ thuật trước đó gồm: 4 trường hợp ở độ II với 3 bệnh nhân hút thai đơn thuần và 1 bệnh nhân hút thai có chèn bóng; và 2 trường hợp ở độ III với 1 bệnh nhân hút thai có chèn bóng và 1 bệnh nhân điều trị MTX trước hút thai (Bảng 2).

Nghiên cứu của chúng tôi có 6 bệnh nhân (9,1%) mất máu nhiều trên 500ml. Trong 4 bệnh nhân được điều trị bằng hút thai nhưng thất bại và phải chuyển phẫu thuật mổ mở lấy khối chửa thì có 2 trường hợp mất máu số lượng nhiều (1000ml và 1200ml). Các trường hợp hút thai ở độ III và có tăng sinh mạch nhiều quanh túi thai trên siêu âm Doppler đều được nút động mạch tử cung trước hút thai, cả 3 bệnh nhân đều chỉ mất máu ít dưới 500ml (50ml, 300ml và 400ml) và không phải chuyển mổ mở (Hình 3). Ngược lại, có 1 bệnh nhân hút thai chèn bóng và 1 MTX kết hợp hút thai đều thất bại chuyển mổ mở và mất máu nhiều (600ml và 1300ml). Trong 6 bệnh nhân độ IV đều mổ mở thì có 2 trường hợp mất máu nhiều (1000ml và 2000ml). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lượng mất máu nhiều và các phân độ T-SMLT trên siêu âm ( $p = 0,067$ ) (Bảng 2).



**Hình 3. Nữ 41 tuổi, siêu âm chẩn đoán chửa sọc mỡ độ III.**

A, Hình ảnh buồng tử cung trống với niêm mạc dày 12mm. B, Túi thai nằm tại vị trí sọc mỡ tử cung kích thước 68x57mm, khối thai đẩy lồi vào bàng quang nhưng chưa xâm lấn bàng quang. C, Hình ảnh túi thai có phôi thai, CRL 36mm. D, Hình ảnh chụp mạch cho thấy tăng sinh mạch máu quanh túi thai. E, Hình ảnh chụp kiểm tra sau khi nút tắc mạch nuôi hai bên sau đó BN được nong nạo cùng ngày, lượng máu mất trong lúc đình chỉ thai khoảng 50ml. F, Hình ảnh SA đầu dò âm đạo sau 4 ngày không còn thấy túi thai tại vị trí sọc mỡ, BN được ra viện cùng ngày.

**Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh theo phân độ chửa sọc mỡ trên siêu âm**

| Đặc điểm  | Phân độ SA | Chung<br>(n = 66) | II<br>(n = 42) | III<br>(n = 18) | IV<br>(n = 6) | Giá trị p |
|---|------------|-------------------|----------------|-----------------|---------------|-----------|
| Tuổi bệnh nhân, năm<br>(TB ± SD)                |            | 35 ± 4,9          | 34 ± 4,9       | 37,3 ± 4,6      | 36 ± 3,8      | 0,095     |
| Tuổi thai, tuần (TB ± SD)                       |            | 8,0 ± 1,7         | 7,2 ± 1,1      | 9 ± 1,2         | 11,1 ± 1,4    | 0,000     |
| Kích thước trung bình<br>túi thai, mm (TB ± SD) |            | 34,2 ± 15,9       | 26,3 ± 7,3     | 45,2 ± 14,8     | 56,5 ± 24,1   | 0,000     |
| Chiều dày cơ tử cung còn lại,<br>mm (TB ± SD)   |            | 1,9 ± 0,9         | 2,2 ± 0,8      | 1,4 ± 0,7       | 1,2 ± 0,8     | 0,000     |

| Đặc điểm  | Phân độ SA | Chung           | II              | III              | IV              | Giá trị p |
|---|------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------|
|   |            | (n = 66)        | (n = 42)        | (n = 18)         | (n = 6)         |           |
| β-HCG, UI/L (TB ± SD)                               |            | 75.840 ± 60.675 | 69.856 ± 46.333 | 89.412 ± 940.666 | 79.279 ± 16.209 | 0,535     |
| Thời gian lần mổ lấy thai gần nhất, tháng (TB ± SD) |            | 41,6 ± 26,6     | 36,1 ± 24,0     | 49,4 ± 24,9      | 57,0 ± 40,0     | 0,066     |
| Lượng máu mất, ml (TB ± SD)                         |            | 257,1 ± 357,6   | 140,9 ± 239,8   | 369,4 ± 289,6    | 733,3 ± 688,9   | 0,000     |
| Hoạt động tim thai, n (%)                           | Có         | 39 (59,1)       | 22 (52,4)       | 11 (61,1)        | 6 (100)         | 0,143     |
|   | Không      | 27 (40,9)       | 20 (47,6)       | 7 (38,9)         | 0               |           |
| Tăng sinh mạch, n (%)                               | Có         | 55 (73,8)       | 31 (73,8)       | 18 (100)         | 6 (100)         | 0,013*    |
|   | Không      | 11 (26,2)       | 11 (26,2)       | 0                | 0               |           |
| Ra máu âm đạo, n (%)                                | Có         | 39 (59,1)       | 26 (61,9)       | 11 (61,1)        | 2 (33,3)        | 0,537     |
|   | Không      | 27 (40,9)       | 16 (38,1)       | 7 (38,9)         | 4 (66,4)        |           |
| Số lần mổ lấy thai, n (%)                           | 1          | 12 (18,2)       | 9 (21,2)        | 3 (16,7)         | 0               | 0,51*     |
|   | ≥ 2        | 54 (81,8)       | 33 (78,6)       | 15 (83,3)        | 6 (100)         |           |
| Số lần mang thai, n (%)                             | 1-3        | 29 (44,0)       | 19 (45,2)       | 9 (50,0)         | 1 (16,7)        | 0,78      |
|   | 4-5        | 34 (51,5)       | 22 (52,4)       | 7 (38,9)         | 5 (83,3)        |           |
|   | ≥ 6        | 3 (4,5)         | 1 (2,4)         | 2 (11,1)         | 0               |           |
| Số lần nong nạo trước đó, n (%)                     | 0          | 14 (21,2)       | 9 (21,4)        | 4 (22,2)         | 1 (16,7)        | 0,035*    |
|   | 1          | 22 (33,3)       | 18 (42,9)       | 4 (22,2)         | 0               |           |
|   | ≥ 2        | 30 (45,5)       | 15 (35,7)       | 10 (55,6)        | 5 (83,3)        |           |

\* Fisher exact test

**Bảng 2. Các phương pháp đình chỉ thai và số lượng máu mất theo phân độ T-SMLT**

| PP điều trị                  | Phân độ SA | Chung     | II                     | III                     | IV      |
|------------------------------|------------|-----------|------------------------|-------------------------|---------|
|                              |            | (n = 66)  | (n = 42)               | (n = 18)                | (n = 6) |
| Hút thai đơn thuần, n (%)    |            | 16 (24,3) | 16 (38,1) <sup>3</sup> | 0                       | 0       |
| Hút thai có chèn bóng, n (%) |            | 23 (34,8) | 21 (50) <sup>1</sup>   | 2 (11,2) <sup>1,1</sup> | 0       |
| MTX + Hút thai, n (%)        |            | 5 (7,6)   | 4 (9,5)                | 1 (5,6) <sup>1</sup>    | 0       |
| Nút mạch+ Hút thai, n (%)    |            | 3 (4,5)   | 0                      | 3 (16,6)                | 0       |
| Mổ mở, n (%)                 |            | 19 (28,8) | 1 (2,4)                | 12 (66,6)               | 6 (100) |
| Chuyển mổ nội soi ổ bụng, n  |            | 1         | 0                      | 1                       | 0       |



| PP điều trị                | Phân độ SA | Chung<br>(n = 66) | II<br>(n = 42) | III<br>(n = 18) | IV<br>(n = 6) |
|----------------------------|------------|-------------------|----------------|-----------------|---------------|
| Chuyển mổ mở, n            |            | 6                 | 4              | 2               | 0             |
| Số lượng máu mất,<br>n (%) | > 500ml    | 6 (9,1)           | 2 (4,8)        | 2 (11,1)        | 2 (33,3)      |
|                            | < 500ml    | 60 (90,9)         | 40 (95,2)      | 16 (88,9)       | 4 (66,7)      |

*Số mổ là số bệnh nhân phải chuyển mổ mở, sau dấu phẩy là chuyển mổ nội soi*

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả điều trị của T-SMLT phụ thuộc rất nhiều vào việc chẩn đoán sớm, chính xác và phương pháp điều trị thích hợp. Siêu âm đầu dò âm đạo và Doppler mạch cung cấp hình ảnh rõ ràng để chẩn đoán xác định, đặc biệt khi kết hợp với thăm khám lâm sàng.<sup>12</sup> Tuy nhiên, vai trò của siêu âm trong lựa chọn chiến lược điều trị, quản lý thích hợp ít khi được đánh giá chi tiết. Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng phân độ theo siêu âm thành bốn độ, đánh giá mức độ tương quan của phân độ này với các đặc điểm liên quan và phương pháp điều trị được chỉ định.<sup>11</sup>

Nghiên cứu cho thấy tuổi mẹ, số lần mang thai, số lần mổ lấy thai, triệu chứng ra máu âm đạo, nồng độ beta HCG là các đặc điểm giúp hướng tới chẩn đoán T-SMLT, nhưng không dự đoán được phân độ T-SMLT. Các đặc điểm siêu âm bao gồm tuổi thai, kích thước túi thai, chiều dày cơ tử cung tại vị trí sẹo mổ, tăng sinh mạch quanh túi thai là các yếu tố giúp chọn phương pháp điều trị phù hợp; trong đó phân độ càng cao thì tuổi thai, kích thước túi thai, chiều dày cơ tử cung càng lớn và có tăng sinh mạch nhiều.<sup>11</sup>

Về mặt lý thuyết, phẫu thuật cắt bỏ tử cung có thể được xem xét cho tất cả các loại T-SMLT, nhưng điều này cũng có thể làm can thiệp xâm lấn quá mức cần thiết. Các phương pháp điều trị có thể là hút thai chèn bóng Foley, methotrexate kết hợp hút thai chèn bóng, nút động mạch tử cung trước đình chỉ thai, mổ nội

soi theo đường âm đạo hoặc ổ bụng, và mổ mở.<sup>13</sup> Điều trị nhằm mục đích lấy hết được khối thai và tránh những biến chứng như chảy máu, vỡ tử cung cho bệnh nhân. Hiện nay, trên thế giới vẫn chưa có sự đồng thuận về cách quản lý điều trị tối ưu cho các loại chữa sẹo mổ khác nhau.<sup>14</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, các phương pháp điều trị ít xâm lấn được lựa chọn trước tiên. Hầu hết, các bệnh nhân độ II điều trị ban đầu bằng phương pháp hút thai đơn thuần hoặc kết hợp chèn bóng Foley hoặc dùng MTX, trong khi đó phần lớn các bệnh nhân độ III và độ IV được điều trị bằng phẫu thuật mổ mở. Như vậy, Phương pháp đình chỉ T-SMLT càng xâm lấn thì phân độ thai chữa sẹo mổ trên siêu âm càng cao hơn. Điều này cũng tương tự kết quả của tác giả Shin Yu Lin và tác giả Trương Quốc Việt.<sup>11,15</sup>

Có 5 trường hợp được điều trị bằng MTX toàn thân trước hút thai đều là những trường hợp có phôi thai còn hoạt động tim thai và tuổi thai dao động 8 - 9 tuần.<sup>16</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn thai chữa sẹo mổ độ II được điều trị bằng hút thai đơn thuần hoặc kết hợp chèn bóng Foley (n = 37, 88,1%). Nhóm thai chữa sẹo mổ độ III (n = 12, 66,6%) và độ IV (n = 6, 100%) được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật, trong đó có 3 trường hợp hợp mất máu ồ ạt (2000ml, 1300ml và 1000ml) các trường hợp này đều còn hoạt động tim thai và CRL > 30mm. Nghiên cứu của tác giả Giuseppe Cali cũng cho thấy, thai hoặc phôi

chửa sẹo mổ có tim thai dương tính liên quan chặt chẽ với gánh nặng bệnh tật mẹ bao gồm tăng tỉ lệ mất máu, nguy cơ vỡ tử cung, cắt tử cung hoặc rạch cài răng lược nặng.<sup>14</sup> Do đó, một số trường hợp mặc dù phân độ trên siêu âm thấp, nhưng tim thai dương tính, cần đánh giá kĩ trước điều trị và theo dõi sát trong quá trình đình chỉ thai tránh biến chứng nặng. Cũng trong nhóm độ III, có 3 trường hợp được nút động mạch tử cung trước khi hút thai mà không phải phẫu thuật, các trường hợp này mất máu < 500ml. Nghiên cứu của tác giả Zhuxin Gu và cộng sự đánh giá hiệu quả dài hạn trên 54 trường hợp điều trị thai chửa sẹo mổ bằng nút mạch trước kết hợp nong nạo, cho thấy đây phương pháp an toàn hiệu và không có trường hợp biến chứng xảy ra.<sup>17</sup> Tương tự, nghiên cứu của Roxana Bohiltea và cs áp dụng phương pháp nút mạch và hút thai điều trị khối thai chửa sẹo mổ, cho thấy kết quả tốt ở tất cả trường hợp và không có biến chứng xảy ra, tuy nhiên cứu cho thấy phát hiện ở tuổi thai sớm < 9 tuần là một yếu tố quan trọng để điều trị bằng phương pháp này thành công.<sup>18</sup> Điều này cho thấy nút động mạch tử cung chọn lọc khối chửa trước đình chỉ T-SMLT với những trường hợp có tăng sinh mạch có thể làm giảm đáng kể lượng máu mất trong quá trình thủ thuật.

Về số lượng mất máu, nghiên cứu chúng tôi cho thấy phân độ trên siêu âm càng cao thì số lượng mất máu trong quá trình điều trị càng tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0.05$ , Bảng 1). Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân mất máu số lượng nhiều > 500ml lại không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 độ trên siêu âm, độ II có 2 trường hợp (4,8%), độ III và độ IV có 2 trường hợp (11% và 33%) (Bảng 2). Điều này cho thấy, nhìn chung phân độ trên siêu âm cao thì lượng máu mất nhiều hơn, tuy nhiên những trường hợp mất máu lớn (> 500ml) lại không phụ thuộc vào phân độ chửa sẹo mổ trên

siêu âm; nguyên nhân có thể do những trường hợp độ II nhưng điều trị ban đầu thất bại phải chuyển phương pháp hoặc do kinh nghiệm của phẫu thuật viên là những yếu tố khác gây ảnh hưởng đến số lượng mất máu.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế, thứ nhất nghiên cứu không bao gồm những bệnh nhân chửa sẹo mổ lấy thai độ I trên siêu âm, số lượng các bệnh nhân còn hạn chế do đây là một bệnh tương đối hiếm gặp và được thực hiện trong thời gian ngắn, do đó chưa thể đại diện một cách đầy đủ cho quần thể T-SMLT. Thứ hai, không có một tiêu chí nghiêm ngặt cho việc lựa chọn phương pháp tối ưu để đình chỉ thai, phương pháp điều trị dựa vào thứ tự ưu tiên từ ít xâm lấn trước, cùng với sự mong muốn lựa chọn của bệnh nhân sau khi đã giải thích đầy đủ thông tin về các phương pháp. Ngoài ra, cơ sở sản khoa của chúng tôi không có máy can thiệp nội mạch mà phải gửi đến một cơ sở y tế khác để điều trị nút mạch, dẫn đến một số trường hợp độ III, IV không được nút mạch trước đình chỉ thai do không thuận tiện trong việc chuyển và điều trị người bệnh, các yếu tố điều này có thể dẫn đến các sai lệch để thực hiện các phân tích sâu hơn.

## V. KẾT LUẬN

Siêu âm đầu dò âm đạo là phương tiện hữu ích trong đánh giá tổn thương và phân độ T-SMLT mà chúng hữu ích cho việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Khối chửa sẹo mổ có phân độ cao hơn thì phương pháp điều trị càng xâm lấn. Những trường hợp khối chửa sẹo mổ có tăng sinh mạch nên kết hợp can thiệp nút mạch trước đình chỉ thai để giảm tối thiểu lượng máu mất, giảm biến chứng và tăng hiệu quả điều trị.

## LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các đồng nghiệp khoa Chẩn đoán hình ảnh của Bệnh



viện Phụ sản Hà Nội và Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Xung đột lợi ích và tài chính: Không.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean Scar Ectopic Pregnancies: Etiology, Diagnosis, and Management. *Obstetrics & Gynecology*. 2006; 107(6): 1373-1381. doi:10.1097/01.AOG.0000218690.24494.ce.
2. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2003; 21(3): 220-227. doi:10.1002/uog.56.
3. Cheng PJ, Chueh HY, Soong YK. Sonographic diagnosis of a uterine defect in a pregnancy at 6 weeks' gestation with a history of curettage. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2003; 21(5): 501-503. doi:10.1002/uog.109.
4. Jordans IPM, Verberkt C, Leeuw RAD, et al. Definition and sonographic reporting system for Cesarean scar pregnancy in early gestation: modified Delphi method. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2022; 59(4): 437-449. doi:10.1002/uog.24815.
5. Pristavu A, Vinturache A, Mihalceanu E, Pintilie R, Onofriescu M, Socolov D. Combination of medical and surgical management in successful treatment of caesarean scar pregnancy: a case report series. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20(1): 617. doi:10.1186/s12884-020-03237-8.
6. Gonzalez N, Tulandi T. Cesarean Scar Pregnancy: A Systematic Review. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2017; 24(5): 731-738. doi:10.1016/j.jmig.2017.02.020.
7. Junaid D, Chaudhry S, Usman M, Hussain R. CAESAREAN SCAR ECTOPIC PREGNANCY: A CASE SERIES. *Pakistan Journal of Medicine and Dentistry*. 2018; 7(3): 4-4. doi:10.36283/pjmd.v7i3.166.
8. Chiang YC, Tu YA, Yang JH, Lin SY, Lee CN, Shih JC. Risk factors associated with failure of treatment for cesarean scar pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017; 138(1):28-36. doi:10.1002/ijgo.12157.
9. Timor-Tritsch IE, Khatib N, Monteagudo A, Ramos J, Berg R, Kovács S. Cesarean scar pregnancies: experience of 60 cases. *J Ultrasound Med*. 2015; 34(4): 601-610. doi:10.7863/ultra.34.4.601.
10. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Bennett TA, Foley C, Ramos J, Agten AK. A new minimally invasive treatment for cesarean scar pregnancy and cervical pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2016; 215(3): 351.e1-351.e8. doi:10.1016/j.ajog.2016.03.010.
11. Lin SY, Hsieh CJ, Tu YA, 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. doi:10.1371/journal.pone.0202020.
12. Elito Júnior J, Araujo Júnior E, Martins Santana EF, et al. Uterine artery embolization with methotrexate infusion as treatment for cesarean scar pregnancy. Case report. *Med Ultrason*. 2013; 15(3): 240-243. doi:10.11152/mu.2013.2066.153.jej1eaj2.
13. Heidar Z, Zadeh Modarres S, Abediasl Z, Khaghani A, Salehi E, Esfidani T. Cesarean scar pregnancy treatment: a case series. *J Med Case Rep*. 2021; 15:506. doi:10.1186/s13256-021-03081-0.
14. Cali G, Timor-Tritsch IE, Palacios-Jaraquemada J, et al. Outcome of Cesarean scar

pregnancy managed expectantly: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018; 51(2): 169-175. doi:10.1002/uog.17568.

15. Việt TQ, Cường TD, Trang NTH, Định TT, Hào NTX. 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. 1. 2021; 19(4): 09-14. doi:10.46755/vjog.2021.4.1336.

16. T J, G L, L H, H M, S Z. Methotrexate therapy followed by suction curettage followed by Foley tamponade for caesarean scar pregnancy. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology.* 2011;

156(2). doi:10.1016/j.ejogrb.2011.01.016.

17. Gu Z, Jia P, Gao Z, Gu W, Zhao H, Zhao S. Uterine artery embolization combined with ultrasound-guided dilation and curettage for the treatment of cesarean scar pregnancy: Efficacy and 5–8-year follow-up study. *Journal of Interventional Medicine.* Published online March 18, 2022. doi:10.1016/j.jimed.2022.03.006.

18. Bohiltea R, Ducu I, Mihai B, et al. Uterine Artery Embolization Combined with Subsequent Suction Evacuation as Low-Risk Treatment for Cesarean Scar Pregnancy. *Diagnostics (Basel).* 2021; 11(12): 2350. doi:10.3390/diagnostics11122350.

## Summary

### ROLE OF ULTRASONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS, GRADING AND TREATMENT OF CESAREAN-SECTION SCAR PREGNANCY

Our aim is to evaluate the role of ultrasonography in the diagnosis, grading and treatment of cesarean-section scar pregnancy (CSP). The study included 66 patients, average age  $35 \pm 4.9$  (24 - 45). The cases encountered in grades II, III, and IV were: 42 (63.6%), 18 (27.2%), and 6 (9.1%). The mean indices of gestational age, gestational sac size, residual uterine muscle thickness, and blood loss due to termination of pregnancy differed between classes on SA ( $p < 0.05$ ). Methods of abortion depend on the grade of CSP, with additional invasive treatment corresponding to a higher grade. Grade II is primarily embryo aspiration alone or in combination with balloon insertion. If there is a fetal heart rate in grade II, MTX should be used before aspiration. If it is rich in blood vessels in grade III, it should be embolized before aspiration. In contrast, grade IV requires open surgery, switching to open surgery when aspiration fails. Notably, the embolization cases prior to aspiration, even at grade III, did not necessitate surgery, and the blood loss was minimal. Hence, ultrasound is noteworthy in assessing the lesions and the classification of CSP, which is useful for deciding an appropriate and effective treatment method for each patient.

**Keywords:** Cesarean section pregnancy, transvaginal ultrasound, embryo aspiration.