

kê. Nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hà tại phường Mai Dịch Hà Nội cho biết, đối tượng nghiên cứu là những phụ nữ có tiền sử đã mắc và điều trị bệnh NKĐSD là rất cao (90%)[1]. Vì vậy, chúng ta cần phải tuyên truyền, phổ biến kiến thức về NKĐSD và hậu quả cho các đối tượng phụ nữ trong cộng đồng, đồng thời nên khuyên các bậc phụ huynh đưa trẻ vị thành niên trẻ đến khám phụ khoa tại các cơ sở y tế khi có biểu hiện bất thường của viêm nhiễm đường sinh dục để có điều kiện xét nghiệm vi sinh vật để được chẩn đoán và điều trị, tránh tái phát.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ viêm nhiễm sinh dục ở trẻ vị thành niên đến phá thai ở bệnh viện Phụ Sản Hà Nội là 93%. Nhóm học sinh, nhóm có tiền sử nạo thai, sảy thai và nhóm có tiền sử nhiễm trùng đường sinh dục có nguy cơ cao hơn các nhóm khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Thu Hà (2007)**, "Nhiễm khuẩn đường sinh sản ở phụ nữ từ 18-49 tuổi phường Mai Dịch,

Hà Nội 2005". Tạp chí Y học thực hành, Số 12, tr.93-96

2. **Phạm Bá Nha (2007)**, "Nghiên cứu ảnh hưởng của viêm nhiễm đường sinh dục dưới đến đẻ non và phương pháp xử trí", Luận án Tiến sĩ Y Học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Ngọc Khanh (2001)**, "Nghiên cứu một số nguy cơ của nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới ở phụ nữ có thai và đề xuất biện pháp phòng bệnh thích hợp", Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Đỗ Thị Thu Thủy (2001)**, "Nghiên cứu tình hình viêm đường sinh dục dưới ở thai phụ trong 3 tháng cuối", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Caixeta RC, Ribeiro AA, Segatti KD, et al.**. Association between the human papillomavirus, bacterial vaginosis and cervicitis and the detection of abnormalities in cervical smears from teenage girls and young women. *Diagn Cytopathol* 2015;43:780-5. 10.1002/dc.23301 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
6. **Yi TJ, Shannon B, Prodger J, et al.**. Genital immunology and HIV susceptibility in young women. *Am J Reprod Immunol* 2013; 69(Suppl 1):74-9. 10.1111/aji.12035 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

TÌM HIỂU ĐẶC ĐIỂM CỦA CÁC BỆNH NHÂN CHẢY MÁU SAU HÚT CHỮA TRÊN SẸO MỔ LẤY THAI

Lê Thị Anh Đào¹

TÓM TẮT

Sau hút chữa trên SMLT xuất hiện khối máu tụ-rau dẫn tới rong huyết, băng huyết. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh chảy máu do khối máu tụ - rau sau hút chữa trên SMLT tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2020-2021. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang tiến cứu. **Kết quả:** 32 trường hợp rong huyết và băng huyết có khối máu tụ-rau sau hút chữa trên SMLT. 100% bệnh nhân thiếu máu, khối máu tụ-rau có kích thước < 4cm chiếm 75%. Độ dày cơ tử cung > 2m chiếm 75% trường hợp. **Kết luận:** khối máu tụ-rau dẫn tới tình trạng rong huyết kéo dài là chủ yếu, kích thước nhỏ dưới 4 cm và độ dày của cơ > 2mm là đặc điểm chính của khối.

Từ khóa: khối máu tụ-rau, hút, chữa trên SMLT

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL SIGNS OF PERSISTENT MASS FOLLOWING VACUUM ASPIRATION FOR CESAREAN SCAR PREGNANCY

*Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.01.2022

Ngày duyệt bài: 11.2.2022

Persistent mass following vacuum aspiration for cesarean scar pregnancy can cause abnormal or heavy uterine bleeding. **Objective:** To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with persistent mass at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2020-2021. **Method:** this is a cross-sectional study. **Results:** 32 cases of persistent mass included. 100% of patients suffered anemia, the persistent mass is less than 4cm accounting for 75%. Myometrial thickness > 2m accounting for 75% of cases. **Conclusion:** persistent mass leads to prolonged vaginal haemorrhage mainly, small size less than 4 cm and myometrial thickness > 2mm is the main feature of the mass.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa trên sẹo mổ lấy thai (SMLT) là một hình thái chửa ngoài tử cung đặc biệt ngày càng phổ biến trong hơn 10 năm gần đây. Tại Việt Nam, chửa trên SMLT được điều trị chủ yếu bằng phương pháp hút đơn thuần hoặc phối hợp với bơm bóng foley hoặc diệt phôi. Tỷ lệ thành công tùy theo các báo cáo thay đổi từ 80- 90%¹. Tuy nhiên, một biến chứng rất hay gặp của hút chính là tình trạng hình thành khối máu tụ- rau gây chảy máu. Theo nghiên cứu của Zhi-Da Qian² (2017), tỷ lệ này chiếm 11,42%. Khối máu tụ-

rau có thể dẫn tới rong huyết liên tục kéo dài ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống hoặc có thể gây băng huyết trầm trọng đe dọa sức khỏe và tính mạng của người bệnh.

Khối máu tụ- rau có thể hình thành do những lí do sau: (1) chửa trên SMTL không được chẩn đoán, xử trí sớm phát triển thành những thai to, mạch máu tăng sinh nhiều dẫn đến chảy máu liên tục ngay cả sau hút. Các gai rau trong chửa trên SMTL có xu hướng gắn vào cơ trên tổ chức sẹo mổ cũ rất khó hút được hoàn toàn, tiếp tục rỉ máu sau khi hút. Hoặc do kĩ năng hút chưa hoàn thiện khi hút thấy chảy máu lại ngừng không hút sạch triệt để. Cũng có thể do túi phôi làm tổ lệch về cực trái của vết mổ hoặc lệch về phía bàng quang quá nhiều nên khó hút sạch. Tất cả lí do trên hình thành nên khối máu tụ- rau tại vị trí vết mổ.

Để tìm hiểu kĩ hơn về biến chứng này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh chảy máu do khối máu tụ - rau sau hút chửa trên SMTL tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2020-2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân nhập viện do chảy máu âm đạo nhiều hoặc kéo dài hoặc do khối máu tụ- rau xuất hiện sau hút chửa trên SMTL

Tiêu chuẩn lựa chọn: có 1 hoặc nhiều tiêu chí sau

- Người bệnh sau hút chửa trên SMTL phải nhập viện vì chảy máu nhiều (thay 2 băng vệ sinh trong 2 giờ)

- Hoặc chảy máu kéo dài gây thiếu máu (Hb < 110 g/l)

- Siêu âm thấy hình ảnh khối âm vang hỗn hợp tại vị trí SMTL lớn hơn nhiều so với thời điểm xuất viện.

- β hCG giảm chậm hoặc không giảm so với thời điểm xuất viện đồng thời ra huyết âm đạo.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh chửa trên SMTL nhưng không điều trị bằng hút, hoặc chưa điều trị.

- Bệnh nhân ra máu âm đạo thấm giọt, ít hơn hành kinh, khối máu tụ tại vị trí vết mổ kích thước < 2cm. β hCG quá thấp < 100mUI/ml

- Không phải can thiệp bằng các phương pháp ngoại khoa

Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Phụ Ngoại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/08/2020 – 01/08/2021.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu

Cỡ mẫu: Cách chọn mẫu thuận tiện.

Các số liệu thu được được xử lý bằng thuật toán thống kê y học. Đề tài nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y Đức bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 08/2020 đến tháng 08/2021, số lượng bệnh nhân chảy máu tái phát sau hút chửa trên SMTL đủ tiêu chuẩn lựa chọn là 32 bệnh nhân. Ngoài ra, có 14 bệnh nhân chảy máu tái phát sau hút chửa trên SMTL nhưng kích thước khối máu tụ bé dưới 2cm không phải can thiệp ngoại khoa không đưa vào nghiên cứu. Cũng trong khoảng thời gian này, bệnh viện Phụ Sản Hà Nội tiến hành hút 945 ca chửa trên SMTL.

Đặc điểm của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu. Nhóm tuổi từ 31 – 40 chiếm tỷ lệ cao nhất 68,8%; đứng thứ hai là nhóm từ 31 – 40 tuổi, chiếm tỷ lệ 28,1%. Còn lại nhóm tuổi 41 – 50 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 3,1%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $30,3 \pm 9,5$. Trường hợp lớn nhất 41 tuổi, nhỏ nhất là 27 tuổi.

Bảng 1. Thời gian từ lần mổ gần nhất

Thời gian lần mổ gần nhất	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 1 năm	3	9,4
1 – < 2 năm	9	28,1
2 – 5 năm	15	46,9
> 5 năm	5	15,6
Tổng số	32	100

Thời gian từ lần mổ gần nhất chủ yếu trong khoảng 2 năm đến 5 năm, chiếm tỷ lệ 46,9%; từ 1 năm đến dưới 2 năm chiếm tỷ lệ 28,1% và trên 5 năm chiếm tỷ lệ 15,6%, còn 3 trường hợp dưới 1 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất với 9,4 %.

Có 12 trường hợp mổ lấy thai 1 lần (37,5%), 18 trường hợp mổ lấy thai 2 lần (56,3%) và 2 trường hợp mổ lấy thai 3 lần trở lên (6,2%).

Có 87.5 % bệnh nhân hút chửa trên SMTL tuổi thai nhỏ hơn 8 tuần. Có 4 bệnh nhân tuổi thai từ 8 tuần trở lên chiếm tỷ lệ 12.5%. Tuổi thai nhỏ nhất là 4 tuần 5 ngày và lớn nhất là 10 tuần.

Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Đau bụng	Không	31	96,9
	Có	1	3,1
	Tổng số	32	100

Ra máu âm đạo	Băng huyết	11	34,4
	Ra máu kéo dài	21	65,6
	Tổng số	32	100
Thời gian sau hút đến khi nhập viện	< 1 tuần	9	28,1
	1 – 2 tuần	18	56,3
	> 2 tuần	5	15,6
	Tổng số	32	100

Nhận xét: Người bệnh phải nhập viện lại chủ yếu vì ra máu chiếm 96,9% (31 bệnh nhân) trong đó ra máu kéo dài là chủ yếu chiếm 65,6% (21 bệnh nhân)

Thời gian sau hút đến khi nhập viện chủ yếu trong 1 – 2 tuần chiếm 56,3%. Bệnh nhân nhập viện sớm nhất là 3 ngày, muộn nhất là 45 ngày.

Bảng 3. Đặc điểm siêu âm của bệnh nhân khi nhập viện

Đặc điểm siêu âm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Kích thước khối máu tụ- rau	2 - 3cm	7	21,9
	3 - 4cm	17	53,1
	> 4cm	8	25,0
	Tổng số	32	100
Bề dày cơ tử cung ở SMLT	< 2 mm	8	25,0
	≥ 2 mm	24	75,0
	Tổng số	32	100
Tăng sinh mạch máu	Không tăng sinh mạch	15	46,9
	Có tăng sinh mạch	17	53,1
	Tổng số	32	100

Nhận xét: Kích thước khối máu tụ-rau > 4cm chiếm 25%, tăng sinh mạch máu chiếm 53,1%.

Trung bình nồng độ β -hCG của bệnh nhân khi nhập viện là 2623,9 mIU/ml.

Chỉ số hemoglobin khi nhập viện của bệnh nhân ở mức > 100g/l- 110g/l chiếm tỷ lệ cao nhất 46,9%; mức từ 80 – 100 g/l (43,7%). Có 03 bệnh nhân có hàm lượng hemoglobin dưới 80g/l, chiếm tỷ lệ thấp nhất với 9,4%.

Phần lớn bệnh nhân hút chữa trên SMLT tại cơ sở y tế khác chiếm tỷ lệ 81,2%. Có 19,8% (06 trường hợp) hút tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

IV. BÀN LUẬN

Cùng với tỷ lệ mổ lấy thai tăng, chữa trên SMLT là một bệnh lý phụ khoa hay gặp tỷ lệ 1/2656 đến 1/1800³. Trong nhiều phương pháp điều trị chữa trên SMLT, hút thai tại sẹo mổ lấy thai là một phương pháp hay được chỉ định cho các trường hợp tuổi thai nhỏ, dưới 8 tuần hoặc tuổi thai lớn hơn nhưng xu hướng phát triển về phía buồng tử cung¹. Tuy nhiên, sau khi hút tình trạng hình thành khối máu tụ- rau ở vị trí sẹo mổ

lấy thai và tình trạng rong huyết rất phổ biến. Chỉ những trường hợp khối máu tụ- rau lớn hoặc ra máu kéo dài làm ảnh hưởng đến cuộc sống và sức khỏe của người bệnh hoặc ngược lại ra máu âm đạo nhiều thì mới cần can thiệp ngoại khoa. Vậy các bệnh nhân này có những đặc điểm như thế nào khi hút lần đầu và khi nhập viện?

Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu. Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu này nằm trong độ tuổi sinh đẻ từ 20 đến 30 tuổi là chủ yếu chiếm 68,8%, đây là nhóm đối tượng cần được giữ tử cung khi phẫu thuật để duy trì chức năng sinh sản và bảo đảm chất lượng cuộc sống.

Đa phần các bệnh nhân đều có tiền sử mổ lấy thai 2 lần trở lên chiếm 62,5%. Mổ càng nhiều lần chất lượng sẹo mổ càng kém, mô xơ càng nhiều và tình trạng tạo khuyết SMLT càng nhiều là môi trường cho thai dễ làm tổ tại SMLT. Vì vậy, tỷ lệ gặp chảy máu tái phát sau hút ở người mổ lấy thai từ 2 lần trở lên cũng tăng tương đồng.

Bệnh nhân trong nghiên cứu này có thời gian cách lần mổ cuối cùng trong khoảng từ 2-5 năm là chủ yếu (Bảng 1). Tương tự như nghiên cứu của Seda Yüksel Şimşek⁴ (2012 – 2019) khoảng cách thời gian mổ lấy thai gần nhất chủ yếu cũng từ 2 – 5 năm, chiếm tỷ lệ lên đến 51,5%.

Có 87,5% bệnh nhân trong nghiên cứu này tuổi thai nhỏ hơn 8 tuần. Trong thực tế lâm sàng, phương pháp hút áp dụng rất thành công cho tuổi thai nhỏ hơn 8 tuần, nên số lượng bệnh nhân chữa trên SMLT được hút thai sẽ là chủ yếu là thai trước 8 tuần. Vì vậy, tỷ lệ chảy máu tái phát sau hút cũng gặp nhiều ở nhóm dưới 8 tuần hơn nhóm tuổi thai > 8 tuần. Tuy nhiên, thai càng lớn thì nguy cơ hút không sạch, khả năng chảy máu hay tạo thành khối máu tụ- rau càng cao. Nghiên cứu của tác giả Zhi-Da Qian² (2017) thực hiện phẫu thuật soi buồng tử cung 43 trường hợp chảy máu tái phát sau hút chữa trên SMLT, cho thấy tuổi thai trung bình là 83,18 ngày, tương đối lớn so với tuổi thai của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này.

Cơ sở hút trước đó: chỉ có 06 bệnh nhân trong nghiên cứu này hút chữa trên SMLT trước đó tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội chiếm tỷ lệ 18,8%. Trong cùng thời gian nghiên cứu, có 945 ca hút chữa trên SMLT tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Như vậy, cũng có thể ghi nhận bệnh viện Phụ Sản Hà Nội là cơ sở thực hành có trình độ cao có chỉ định hút và kỹ thuật hút chữa trên SMLT tương đối tốt. Tuy nhiên, có thể tâm lý thay đổi cơ sở điều trị hoặc tìm đến cơ sở điều trị tốt hơn khi có biến chứng sau thủ thuật hoặc

phẫu thuật làm số bệnh nhân hút lần đầu tại cơ sở khác nhiều hơn rõ rệt so với nhóm hút tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Đặc điểm lâm sàng. Đau bụng chỉ xuất hiện ở 01 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 3,1% (Bảng 3.2). Nguyên nhân gây đau có thể do khối máu tụ -rau quá to gây chèn ép làm bệnh nhân đau.

Đặc điểm chủ yếu của nhóm bệnh nhân này là ra máu âm đạo, có 65,6% bệnh nhân ra máu ít và 34,4% bệnh nhân ra máu lượng nhiều. Thời gian bệnh nhân ra máu cho đến khi vào viện từ 1 – 2 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất 56,3%. Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu ra máu ít dai dẳng không ảnh hưởng đến sức khỏe mà chỉ gây khó chịu trong sinh hoạt nên người bệnh có thể chịu đựng được mà không quay lại nhập viện ngay. Theo Zhi DaQian, thời điểm chảy máu sau hút chứa vết mổ hay gặp là 2 tuần, tương tự như nghiên cứu của chúng tôi².

Đặc điểm siêu âm: đặc điểm này rất có ý nghĩa trong việc quyết định cách xử lý, cần được khảo sát kỹ.

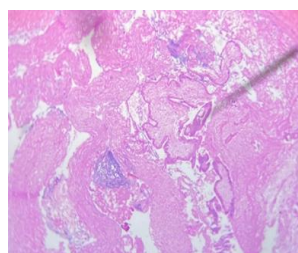
Về kích thước khối máu tụ -rau: có 53,1% khối máu tụ -rau có kích thước từ 3 – 4cm chiếm tỷ lệ cao nhất; có 07 bệnh nhân kích thước khối máu tụ -rau nhỏ hơn 3cm chiếm tỷ lệ 21,9%. Như vậy đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu là có khối máu tụ -rau nhỏ hơn 4cm. Chỉ có 25 % bệnh nhân có kích thước khối máu tụ -rau trên 4cm (Bảng 3)

Về bề dày cơ tử cung có 08 (25,0%) bệnh nhân có bề dày cơ tử cung dưới 2mm; có 24 ca có độ dày tử cung trên 2mm chiếm tỷ lệ 75% (Bảng 3). Độ dày cơ tử cung tại khối máu tụ -rau sẽ quyết định biện pháp xử trí thích hợp. Hiện nay một số tác giả khuyến cáo độ dày cơ tử cung ở vùng vết mổ cũ < 2 mm thì không nên can thiệp soi buồng tử cung hoặc nạo nạo⁵. Với độ dày cơ tử cung tại vị trí khối máu tụ -rau >2 mm có thể can thiệp bằng hút nạo lại hoặc soi buồng tử cung. Nếu khối máu tụ -rau có quá nhiều mạch tăng sinh thì tiên lượng hút nạo lại và chèn bóng vẫn có nguy cơ chảy máu tái phát nên soi buồng tử cung để lấy sạch máu tụ -rau và đốt cầm máu triệt để các mạch máu đang chảy.

Về mức độ tăng sinh mạch máu có 17 bệnh nhân có tăng sinh mạch chiếm tỷ lệ 53.1%, có 15 bệnh nhân không có tăng sinh mạch máu chiếm tỷ lệ 46.9%. Mức độ tăng sinh mạch quanh khối máu tụ -rau có ý nghĩa quan trọng để tiên lượng mức độ chảy máu và phương án điều trị tiếp theo. Trong nghiên cứu của chúng tôi những trường hợp nào không có tăng sinh mạch hoặc tăng sinh mạch ít sẽ được chỉ định hút lại

buồng tử cung.

Nồng độ β -hCG khi vào viện: nồng độ β -hCG trung bình của bệnh nhân khi nhập viện là 2623,9 mIU/ml. Lượng β -hCG thấp chỉ ra bản chất của khối máu tụ -rau ở đây chủ yếu là máu đông đã tổ chức hóa hoặc các tổn thương thông động tĩnh mạch mới hình thành sau hút, không phải là tổ chức rau sót như hiểu biết sai lầm ban đầu. Trong các tiêu bản giải phẫu bệnh của khối máu tụ này người ta chỉ quan sát được một vài nguyên bào nuôi rải rác rất ít khi quan sát thấy hình ảnh gai rau.



Hình ảnh 1: Hình ảnh vi thể của tổ chức máu tụ -rau.



Hình ảnh 2: Siêu âm khối máu tụ -rau của bệnh nhân sau hút chứa trên SMLT.

Chỉ số hemoglobin: Trong nghiên cứu này tất cả bệnh nhân đều có chỉ số Hemoglobin <110 g/l chủ yếu là thiếu máu nhẹ và trung bình chỉ có 03 bệnh nhân có hàm lượng hemoglobin dưới 80g/l chiếm tỷ lệ thấp nhất (9,4%), 03 bệnh nhân này đều phải truyền máu. Thiếu máu có thể do sau quá trình hút chứa SMLT mất máu nhưng cơ thể chưa kịp sản xuất hồng cầu để bù trở lại. Cũng có thể do chảy máu sau hút kéo dài hoặc băng huyết dẫn đến thiếu máu cấp.

V. KẾT LUẬN

Dấu hiệu ra máu kéo dài là biểu hiện chủ yếu (65,4%) của các bệnh nhân sau hút chứa trên SMLT; 100% bệnh nhân đều trong tình trạng thiếu máu. 25% khối máu tụ -rau có kích thước lớn > 4cm, 53,1% khối có tình trạng tăng sinh mạch máu và có độ dày cơ tử cung > 2cm chiếm 75%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tuan Minh Vo, Thong Van, Long Nguyen. (2019). Management of cesarean scar pregnancy among Vietnamese women. Gynecol Minim Invasive Ther. Jan-Mar 2019;8(1):12-18
2. Qian ZD, Weng Y, Du YJ,. (2017) Management of persistent caesarean scar pregnancy after curettage treatment failure. BMC pregnancy and childbirth. Jul 1 2017;17(1):208. doi:10.1186/s12884-017-1395-4
3. Russell Miller, Ilan E.Timor-Tritsch, Cynthia Gyamfi-Bannerman (2020). SMFM consult serie 49: cesarean scar pregnancy. American

Journal of Obstetrics and Gynecology Volume 222, Issue 5, Pages B2-B14

4. **Yüksel Şimşek S, Şimşek E. (2021)** Outcomes of cesarean scar pregnancy treatment: Do we have options? Jun 2 2021;18(2):85-91. doi:10.4274/tjod.galenos.2021.77535.

5. **Ibrahim Polat, Ali Ekiz, Deniz Kanber Acar. (2015).** 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. doi: 10.3109/14767058.2015.1034100. Epub 2015 Apr 21.

KẾT QUẢ CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN DO U XƠ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN

Tổng Kim Ngân¹, Nguyễn Thị Bình², Nguyễn Văn Quang³, Nguyễn Thị Ngọc Lan³

TÓM TẮT

Trong những năm gần đây, xu hướng phẫu thuật nội soi và phẫu thuật ít xâm lấn đang phát triển mạnh. Phẫu thuật nội soi đã thay thế một phần các phẫu thuật mổ mở và đem lại nhiều kết quả tốt cho người bệnh. Khi áp dụng phẫu thuật nội soi để cắt tử cung sẽ mang lại rất nhiều ưu điểm cho bệnh nhân so với phẫu thuật mổ mở qua đường bụng, bao gồm: rút ngắn thời gian nằm viện, nhanh chóng phục hồi lại trạng thái bình thường sau mổ, giảm tỉ lệ biến chứng, đảm bảo thẩm mỹ. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 83 bệnh nhân u xơ tử cung thực hiện phẫu thuật tại bệnh viện A Thái Nguyên với mục tiêu: "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện A Thái Nguyên" từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 09 năm 2020 bằng phương pháp nghiên cứu mô tả, cho kết quả thực hiện phẫu thuật u xơ tử cung bằng phương pháp nội soi tốt là 92.8%.

Từ khóa: U xơ tử cung, phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần

SUMMARY

RESULTS OF COMPLETE CARBONATION OF FIBROIDS BY LAPAROSCOPIC SURGERY AT A THAI NGUYEN HOSPITAL'S OBSTETRICS DEPARTMENT

In recent years, the trend of laparoscopic surgery and less invasive surgery is growing strongly. Laparoscopic surgery has partially replaced open surgery and brought many good results for patients. When applying laparoscopic surgery to remove the uterus, it will bring many advantages to the patient compared to open surgery through the abdomen, including: shortening hospital stay, quickly recovering to normal state. After surgery, reduce the rate of

complications, ensure aesthetics. Our study was conducted on 83 patients with uterine fibroids who underwent surgery at A Thai Nguyen hospital with the goal: "Evaluate the results of complete hysterectomy due to uterine fibroids by laparoscopic surgery. endoscopy at A Thai Nguyen hospital" from January 2015 to September 2020 by descriptive research method, the result of performing uterine fibroid surgery by laparoscopic method was 92.8%.

Keywords: Uterine fibroids, laparoscopic total hysterectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay cùng với sự phát triển mạnh mẽ của khoa học kĩ thuật và các máy móc hỗ trợ thì cắt tử cung qua nội soi đang là xu hướng trong phẫu thuật phụ khoa hiện đại, nhất là đối với bệnh lý lành tính ở tử cung như u xơ. Đây là một kỹ thuật tiến tiến, mang lại những ích lợi thiết thực cho người bệnh (vết sẹo nhỏ, ít biến chứng, sự trở lại sinh hoạt bình thường nhanh hơn). Bệnh viện A Thái Nguyên là đơn vị triển khai kỹ thuật nội soi cắt tử cung, tuy nhiên đến nay vẫn chưa có những nghiên cứu toàn diện về kỹ thuật này tại bệnh viện.

Từ năm 2004, Bệnh viện A Thái Nguyên đã áp dụng phẫu thuật nội soi trong sản phụ khoa và bắt đầu từ năm 2010, bệnh viện đã tiến hành phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn bằng nội soi. Trong quá trình triển khai kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn, câu hỏi đặt ra là đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của những trường hợp cắt tử cung hoàn toàn bằng phẫu thuật nội soi ra sao? Kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện A như thế nào? Đó chính là lý do chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện A Thái Nguyên".

¹Bệnh viện A Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên,

³Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên.

Chịu trách nhiệm chính: Tổng Kim Ngân

Email: tkimnganbva@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.12.2021

Ngày phản biên khoa học: 24.01.2022

Ngày duyệt bài: 9.2.2022