

trong quá trình tổng hợp mô liên kết, đặc trưng bởi hệ thống da lỏng lẻo và tổn thương các hệ thống liên quan. Bệnh có thể do di truyền hoặc mắc phải, biểu hiện tổn thương đa dạng. Tổn thương liên quan với thoát vị rốn, ẩn tinh hoàn có nguy cơ tái phát cao và cần được theo dõi lâu dài, thích hợp cho từng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gara S, Riley CA, Litaïem N. (2024). Cutis Laxa. In: StatPearls. StatPearls Publishing.
2. Naz M, Iqbal B, Buzdar N, et al. (2021). Cutis Laxa in Pediatrics with Hiatal Hernia: A Rare Presentation. Pak Pediatr J;45(45):242-244.
3. Tekmenuray-Unal A, Durmaz CD. (2023). FBLN5-Related Cutis Laxa Syndrome: A Case with a Novel Variant and Review of the Literature. Mol Syndromol;14(1):80-87.
4. Khodeir J, Ohanian P, Feghali J. (2024). Acquired cutis laxa: a clinical review. Int J Dermatol. Published online June 25.
5. Mohamed M, Voet M, Gardeitchik T, et al. (2014). Cutis Laxa. In: Halper J, ed. Progress in Heritable Soft Connective Tissue Diseases. Vol 802. Advances in Experimental Medicine and Biology. Springer Netherlands:161-184.
6. Nathan NR, O'Connor DM, Lee JJ, et al. (2021). Fractional Carbon Dioxide Laser Treatment for Textural Improvement and Symptomatic Relief of Acquired Cutis Laxa of the Neck. Lasers Surg Med;53(4):427-428.
7. Tamura BM, Lourenço LM, Platt A, et al. (2004). Cutis laxa: Improvement of facial aesthetics by using botulinum toxin. Dermatol Surg Off Publ Am Soc Dermatol Surg Al;30(12 Pt 2):1518-1520.
8. Siefring ML, Lawrence EC, Nguyen TC, et al. (2014). A Novel Elastin Gene Mutation in a Vietnamese Patient with Cutis Laxa. Pediatr Dermatol;31(3):347-349.
9. Verlee M, Beyens A, Gezdirici A, et al. (2021). Loss-of-Function Variants in EFEMP1 Cause a Recognizable Connective Tissue Disorder Characterized by Cutis Laxa and Multiple Herniations. Genes;12(4):510.
10. Kun Y, Mengdong S, Cong F, et al. (2022). Congenital Cutis Laxa: A Case Report and Literature Review. Front Surg;9:814897.

SO SÁNH KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THỰC QUẢN ĐƠN THUẦN VÀ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THỰC QUẢN SAU HÓA TRỊ TÂN HỖ TRỢ TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAI THỰC QUẢN

Trần Phùng Dũng Tiên*, Lâm Việt Trung*, Nguyễn Võ Vĩnh Lộc**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Từ năm 2012 điều trị tân hỗ trợ bắt đầu được khuyến cáo trong điều trị ung thư tế bào gai thực quản. Chúng tôi so sánh các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt thực quản có và không có điều trị tân hỗ trợ nhằm đánh giá kết quả của 2 phương pháp. **Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu các trường hợp ung thư thực quản giai đoạn cT_{2-4a}N₀₋₃M₀ được PTNS cắt thực quản triệt căn tại khoa Ngoại Tiêu hóa, bệnh viện Chợ Rẫy từ 11/2015 đến 07/2023. Các bệnh nhân được chia thành 2 nhóm có và không có hóa trị tân hỗ trợ và được so sánh với nhau. Để tăng tính tương đồng, chúng tôi sử dụng phương pháp bắt cặp điểm xu hướng (PSM) để so sánh 2 nhóm. **Kết quả:** Có 245 bệnh nhân, trong đó có 84,1% (206/245) bệnh nhân có hóa trị tân hỗ trợ và 15,9% (39/245) bệnh nhân không hóa trị tân hỗ trợ. Sau bắt cặp, mỗi nhóm đều có 39 bệnh nhân, các bệnh nhân đều tương đồng về tuổi, giới, BMI, PS, giai đoạn bệnh, mức độ nạo hạch, vị trí u cũng như bệnh kèm theo; nhóm có hóa trị tân

hỗ trợ có thời gian mổ lâu hơn ($p < 0,001$), số ngày nằm viện ngắn hơn ($p = 0,023$), tỉ lệ tai biến và biến chứng không khác nhau ($p = 0,539$), tỉ lệ sống toàn thể 5 năm và 8 năm cao hơn ($p = 0,007$) và tỉ lệ sống không bệnh 5 năm và 8 năm có xu hướng cao hơn ($p = 0,055$) so với nhóm không hóa trị tân hỗ trợ. **Kết luận:** So với không điều trị tân hỗ trợ, PTNS cắt thực quản triệt căn sau hóa trị tân hỗ trợ an toàn, khả thi và mang lại kết quả sống lâu dài tốt hơn. PTNS cắt thực quản triệt căn sau hóa trị tân hỗ trợ nên được áp dụng rộng rãi trong điều trị ung thư thực quản.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi cắt thực quản, hóa trị tân hỗ trợ, ung thư thực quản

SUMMARY

COMPARISON OF MINIMALLY INVASIVE ESOPHAGECTOMY WITH AND WITHOUT NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY IN THE TREATMENT OF ESOPHAGEAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA

Background: Since 2012, the application of neoadjuvant therapy has been recommended in treatment of esophageal cancer. We compared patients who underwent minimally invasive esophagectomy (MIE) with and without neoadjuvant therapy to evaluate the outcomes of the two methods. **Methods and Materials:** This is a prospective study of esophageal cancer patients in stages cT_{2-4a}N₀₋₃M₀ who underwent radical MIE at the Department of

*Bệnh viện Chợ Rẫy

**Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phùng Dũng Tiên

Email: tranpdtien@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

Digestive Surgery, Cho Ray Hospital from November 2015 to July 2023. Patients were divided into two groups: those with and without neoadjuvant chemotherapy. Propensity score matching (PSM) was additionally used to improve comparability between the two groups. **Results:** There were 245 patients. Among them, 84.1% (206/245) received neoadjuvant chemotherapy, and 15.9% (39/245) did not. After matching, each group had 39 patients, and they were similar in terms of age, gender, BMI, PS, preoperative stage, lymphadenectomy level, tumor location, and comorbidities. The neoadjuvant chemotherapy group still had longer operative time ($p < 0.001$), shorter length of stay ($p = 0.023$), similar rates of morbidity ($p = 0.539$), higher 5-year and 8-year OS ($p = 0.007$), and a trend towards higher 5-year and 8-year DFS ($p = 0.055$) compared to the surgery non-neoadjuvant group. **Conclusions:** Compared to non-neoadjuvant, radical MIE after neoadjuvant chemotherapy is safe, feasible, associated with better long-term survival outcomes, and should be widely adopted in the treatment of esophageal cancer.

Keywords: minimally invasive esophagectomy, neoadjuvant chemotherapy, esophageal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị ung thư thực quản đã có nhiều tiến bộ qua các giai đoạn lịch sử. Từ 2012, với kết quả của 2 nghiên cứu JCOG9907¹ và nghiên cứu CROSS², điều trị tân hỗ trợ (hóa trị tân hỗ trợ hoặc hóa xạ trị tân hỗ trợ) bắt đầu được áp dụng để điều trị ung thư thực quản.

Tại Việt Nam, chúng tôi cũng áp dụng hóa trị tân hỗ trợ trước mổ tương tự các tác giả Nhật thay vì hóa xạ trị theo các tác giả phương Tây. Để cải thiện tỉ lệ đáp ứng của hóa trị, nhiều tác giả đã áp dụng phác đồ hóa trị có bổ sung thuốc họ taxane (như docetaxel, paclitaxel,...) với 3 thuốc và cho thấy hiệu quả đáp ứng cao hơn³. Chúng tôi cũng sử dụng các phác đồ tương tự để hóa trị tân hỗ trợ cho các bệnh nhân và có lẽ là trung tâm đầu tiên và nhiều nhất ở Việt Nam sử dụng mô thức điều trị này.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tổng kết lại và so sánh các trường hợp cắt thực quản có và không có hóa trị tân hỗ trợ nhằm góp phần làm nền tảng cho việc áp dụng điều trị đa mô thức trong điều trị đa mô thức tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng. Nghiên cứu tiến cứu các trường hợp ung thư tế bào gai thực quản được phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt thực quản triệt căn tại khoa Ngoại Tiêu hóa, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11 năm 2015 đến tháng 07 năm 2023 và

theo dõi đến tháng 10 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Ung thư tế bào gai thực quản giai đoạn cT_{2-4a}N₀₋₃M₀ (theo AJCC lần thứ 8) có tổng trạng từ 0 đến 1 điểm và kết quả huyết học, chức năng hô hấp, gan, thận, siêu âm tim trong giới hạn có thể phẫu thuật được.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có thai/cho con bú hoặc có xạ trị tân hỗ trợ kèm theo hoặc được hóa trị trước mổ nhưng không phải nhằm mục đích tân hỗ trợ hoặc có đồng thời một u khác hoặc u không cắt được hoặc chỉ có thể cắt làm sạch trong quá trình phẫu thuật.

Phương pháp. Chúng tôi chia các bệnh nhân thành 2 nhóm có và không có hóa trị tân hỗ trợ và so sánh với nhau. Để tăng tính tương hợp, chúng tôi sử dụng phương pháp bắt cặp theo điểm xu hướng (PSM). Điểm xu hướng hóa trị tân hỗ trợ được tính bằng phân tích hồi quy logistic theo tuổi, giới, nhóm BMI (thiếu cân, bình thường, thừa cân), điểm tổng trạng (PS), bệnh kèm theo, vị trí u, xếp hạng cT trước điều trị và số trường nạo hạch (2 vùng và 3 vùng).

Kỹ thuật phẫu thuật. Kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt thực quản đã được chúng tôi trình bày trong một số nghiên cứu trước đây của cùng nhóm tác giả⁴.

Hóa trị tân hỗ trợ. Trường hợp hóa trị tân hỗ trợ, bệnh nhân được hóa trị từ 3 đến 6 chu kỳ sau đó được tiến hành phẫu thuật nội soi cắt thực quản 4 đến 8 tuần sau hóa trị. Đối với các bệnh nhân không được chỉ định hoặc không đồng ý điều trị tân hỗ trợ sẽ được phẫu thuật ngay.

Xử lý thống kê. Chúng tôi sử dụng phần mềm R 4.4.1 để phân tích thống kê và gói "matchit" để bắt cặp theo điểm xu hướng. Phương pháp bắt cặp là "optimal" và tỉ lệ bắt cặp là 1:1.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 11 năm 2015 đến tháng 07 năm 2023 có 245 bệnh nhân thỏa điều kiện nghiên cứu. Trong đó có, 84.1% (206/245) bệnh nhân có hóa trị tân hỗ trợ và 15.9% (39/245) bệnh nhân được PTNS cắt thực quản mà không có điều trị tân hỗ trợ.

Đặc điểm bệnh nhân. Trước bắt cặp, các bệnh nhân ở nhóm có hóa trị tân hỗ trợ có xu hướng nhiều bệnh kèm theo hơn và xếp hạng cT sớm hơn. Sau bắt cặp, các đặc điểm nhân trắc cũng như xếp hạng cT của 2 nhóm bệnh nhân khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

	Trước bắt cặp			Sau bắt cặp		
	Hóa trị tân hỗ trợ	Không tân hỗ trợ	p	Hóa trị tân hỗ trợ	Không tân hỗ trợ	p

	(n=206)	(n=39)		(n=39)	(n=39)	
Tuổi	59.2 ± 6.9	58.6 ± 8.9	0.718	60.8 ± 6.28	58.6 ± 8.95	0.223
Giới (nam/nữ)	203/3	38/1	0.503	38/1	38/1	1.000
BMI			0.857			0.356
Thiếu cân	32 (15.5%)	6 (15.4%)		2 (5.1%)	6 (15.4%)	
Bình thường	124 (60.2%)	22 (56.4%)		23 (59%)	22 (56.4%)	
Thừa cân	50 (24.3%)	11 (28.2%)		14 (35.9%)	11 (28.2%)	
PS (0/1)	155/51	33/6	0.224	31/8	33/6	0.769
Bệnh kèm theo						
Tăng huyết áp	29 (14.1%)	3 (7.7%)	0.318	4 (10.3%)	3 (7.7%)	1.000
Bệnh tim	4 (1.9%)	0 (0%)	1.000	0	0	-
Đái tháo đường	14 (6.8%)	2 (5.1%)	1.000	3 (7.7%)	2 (5.1%)	1.000
COPD	7 (3.4%)	0 (0%)	0.601	1 (2.6%)	0 (0%)	1.000
Lao cũ	2 (1.0%)	1 (2.6%)	0.407	0 (0%)	1 (2.6%)	1.000
Phẫu thuật bụng	7 (3.4%)	0 (0%)	0.601	0	0	-
Vị trí u			0.187			1.000
Trên	3 (1.5%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
Giữa	114 (55.3%)	16 (41.0%)		16 (41.0%)	16 (41.0%)	
Dưới	89 (43.2%)	23 (59.0%)		23 (59.0%)	23 (59.0%)	
Xếp hạng cT			0.033			0.644
cT ₂	25 (12.1%)	11 (28.2%)		15 (38.5%)	11 (28.2%)	
cT ₃	119 (57.8%)	19 (48.7%)		16 (41.0%)	19 (48.7%)	
cT _{4A}	62 (30.1%)	9 (23.1%)		8 (20.5%)	9 (23.1%)	

Đặc điểm phẫu thuật. Trong cả trước và sau khi bắt cặp, nhóm có hóa trị tân hỗ trợ có thời gian mổ dài hơn và số ngày nằm viện ngắn hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân không hóa trị tân hỗ trợ.

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

	Trước bắt cặp			Sau bắt cặp		
	Hóa trị tân hỗ trợ (n=206)	Không tân hỗ trợ (n=39)	p	Hóa trị tân hỗ trợ (n=39)	Không tân hỗ trợ (n=39)	p
Thời gian mổ (phút)	421 ± 56.7	368 ± 45.5	<0.001	418 ± 45.8	368 ± 45.5	<0.001
Nạo hạch (3 vùng/2 vùng)	176/30	39/0	0.006	39/0	39/0	-
Số ngày nằm viện	10.0 (5.00, 32.0)	12.0 (7.00, 37.0)	0.004	10.0 (7.00, 29.0)	12.0 (7.00, 37.0)	0.023

Kết quả chu phẫu. Tỷ lệ các tai biến và biến chứng giữa 2 nhóm khác biệt không ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Tai biến, biến chứng nặng sau mổ

	Trước bắt cặp			Sau bắt cặp		
	Hóa trị tân hỗ trợ (n=206)	Không tân hỗ trợ (n=39)	p	Hóa trị tân hỗ trợ (n=39)	Không tân hỗ trợ (n=39)	p
Tai biến	9 (4.4%)	0 (0%)	0.362	0	0	-
Biến chứng chung	94 (45.6%)	14 (35.9%)	0.376	17 (43.6%)	14 (35.9%)	0.539
Tụ dịch cổ (IIIA)	5 (2.4%)	0 (0%)	0.667	3 (7.7%)	0 (0%)	0.115
Hô hấp (IV-V)	6 (2.9%)	1 (2.6%)	0.198	0	1 (2.6%)	0.358
Xi miệng nối (III-IVB)	7 (3.4%)	2 (5.1%)	0.647	1 (2.6%)	2 (5.1%)	0.512
Khản tiếng	21 (10.2%)	3 (7.7%)	0.776	4 (10.3%)	3 (7.7%)	1.000
Tử vong	0 (0%)	1 (2.6%)	0.159	0 (0%)	1 (2.6%)	1.000

Sống lâu dài. Cả trước và sau bắt cặp, nhóm có hóa trị tân hỗ trợ đều cho kết quả sống lâu dài tốt hơn.

Bảng 4. Kết quả sống lâu dài

	Trước bắt cặp			Sau bắt cặp		
	Hóa trị tân hỗ trợ (n=206)	Không tân hỗ trợ (n=39)	p	Hóa trị tân hỗ trợ (n=39)	Không tân hỗ trợ (n=39)	p
Sống toàn thể			0.009			0.007
5 năm	52%	38.4%		60.6%	38.4%	
8 năm	49.4%	35.4%		40.4%	35.4%	
Sống không bệnh			0.074			0.055
5 năm	51.9%	42%		57.2%	42%	
8 năm	51.9%	42%		57.2%	42%	

IV. BÀN LUẬN

Về tai biến, biến chứng. Sau hóa trị tân hỗ trợ, sự phù nề của mô lân cận hay sẹo xơ hóa của mô u trước đó sẽ gây khó khăn cho phẫu thuật, cùng với tác dụng toàn thân của hóa trị cũng có thể làm tăng nguy cơ tai biến, biến chứng của phẫu thuật cắt thực quản. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ tai biến trong mổ giữa 2 nhóm có và không có hóa trị tân hỗ trợ khác biệt không có ý nghĩa thống kê cho thấy kinh nghiệm phẫu thuật ngày càng tăng cũng như sự ít ảnh hưởng đến mô hơn của hóa trị tân hỗ trợ.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ biến chứng chung giữa 2 nhóm bệnh nhân khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự một số kết quả nghiên cứu trước đây³ cho thấy tính an toàn của mô thức điều trị. Về các biến chứng quan trọng như xì miệng nối, tỉ lệ xì miệng nối cổ trong những nghiên cứu trước đây từ 15% đến 30%⁵. Sau hóa trị tân hỗ trợ, nguy cơ biến chứng sẽ nhiều hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ xì miệng nối tương tự như nhiều tác giả khác và tỉ lệ xì miệng nối của nhóm hóa trị tân hỗ trợ khác biệt không có ý nghĩa với nhóm không hóa trị tân hỗ trợ. Khàn tiếng cũng là một biến chứng quan trọng. Việc thay đổi mô sau hóa trị cũng có thể làm tăng tỉ lệ tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản. Nhưng chúng tôi không ghi nhận được sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ khàn tiếng giữa 2 nhóm bệnh nhân. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của các tác giả khác³ cho thấy những thay đổi sau hóa trị tân hỗ trợ là không nhiều và ít ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật cắt thực quản nạo hạch.

Về sống lâu dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sống toàn thể và sống không bệnh của nhóm có hóa trị tân hỗ trợ đều tốt hơn nhóm không có hóa trị tân hỗ trợ. Theo Hội Ung thư Nhật (JES)⁶, tỉ lệ sống toàn thể 5 năm của bệnh nhân phẫu thuật cắt thực quản sau hóa trị tân hỗ trợ là 59,9%. So với kết quả trên, tỉ lệ sống toàn thể của các bệnh nhân trong nghiên

cứu của chúng tôi có kết quả tương tự. Kết quả sống thêm trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không kém hơn kết quả của các nghiên cứu về hóa xạ trị tân hỗ trợ².

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt thực quản sau hóa trị tân hỗ trợ an toàn với tỉ lệ tai biến, biến chứng tương tự cắt thực quản đơn thuần. Phẫu thuật nội soi cắt thực quản sau hóa trị tân hỗ trợ làm tăng tỉ lệ sống lâu dài so với cắt thực quản đơn thuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ando N, Kato H, Igaki H, et al. A randomized trial comparing postoperative adjuvant chemotherapy with cisplatin and 5-fluorouracil versus preoperative chemotherapy for localized advanced squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus (JCOG9907). *Ann Surg Oncol*. Jan 2012;19(1):68-74. doi:10.1245/s10434-011-2049-9
2. van Hagen P, Hulshof MC, van Lanschot JJ, et al. Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. *N Engl J Med*. May 31 2012;366(22):2074-84. doi:10.1056/NEJMoa1112088
3. Fujiwara Y, Lee S, Kishida S, Hashiba R, Gyobu K, Takemura M, Osugi H. Safety and feasibility of thoracoscopic esophagectomy after neoadjuvant chemotherapy for esophageal cancer. *Surg Today*. Nov 2017;47(11):1356-1360. doi:10.1007/s00595-017-1526-6
4. Trung LV, Loc NVV, Tien TPD, Ai BD, Lam TLQ, Vuong NL. Robot-Assisted Versus Thoracoscopic McKeown Esophagectomy for Esophageal Cancer: a Propensity Score-Matched Study. *J Gastrointest Surg*. May 2022;26(5):1093-1096. doi:10.1007/s11605-021-05200-0
5. van Rossum PSN, Haverkamp L, Carvello M, Ruurda JP, van Hillegersberg R. Management and outcome of cervical versus intrathoracic manifestation of cervical anastomotic leakage after transthoracic esophagectomy for cancer. *Diseases of the esophagus : official journal of the International Society for Diseases of the Esophagus*. Jan 1 2017;30(1):1-8. doi:10.1111/dote.12472
6. Watanabe M, Toh Y, Ishihara R, et al. Comprehensive registry of esophageal cancer in Japan, 2015. *Esophagus*. Jan 2023;20(1):1-28. doi:10.1007/s10388-022-00950-5

KẾT QUẢ XỬ TRÍ THAI LÀM TỔ TẠI VỊ TRÍ Sẹo MỔ Ở BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Duyên¹, Trịnh Thế Sơn, Hồ Sỹ Hùng³

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 293 bệnh nhân được chẩn đoán thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ điều trị tại Khoa Phụ ngoại, Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022 với mục tiêu mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân này. Kết quả cho thấy: tuổi thai 6 – 7 tuần chiếm 76,45%, tuổi thai nhỏ nhất 4 tuần và lớn nhất 12 tuần và tuổi thai trung bình 6,29 tuần. 181 bệnh nhân có độ dày lớp cơ tại vị trí túi thai <3mm, 67 bệnh nhân có hình ảnh tăng sinh mạch nhiều, hay gặp thai trên 7 tuần. Kết quả xử trí: Bệnh nhân được hút thai đơn thuần là 263 chiếm tỉ lệ 89,76%, trong đó 39 bệnh nhân (13,31%) chèn bóng cầm máu. Có 5,46% được hủy thai dưới siêu âm sau đó hút thai. Có 14 trường hợp phẫu thuật phẫu thuật lấy khối thai. Có 223 bệnh nhân (76,11%) điều trị dưới 5 ngày, 70 bệnh nhân (23,89%) điều trị ≥ 5 ngày. Trong nghiên cứu ngày, không có bệnh nhân nào phải cắt tử cung và 3 bệnh nhân (1,02%) phải truyền máu. **Từ khóa:** Thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ, hút thai dưới siêu âm.

SUMMARY

RESULT OF TREATMENT FOR CESAREAN SCAR PREGNANCY AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

A retrospective cross-sectional study of 293 patients with caesarean scar pregnancy were treated at Gynecology Department, National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2022 to December 2022 with the aims of describing clinical and paraclinical symptoms and evaluating the treatment results in this group of patients. The results: 76.45% of patients with gestational age 6 - 7 weeks, the smallest gestational age was 4 weeks and the largest was 12 weeks and the average gestational age was 6.29 weeks. 181 patients had a muscle layer thickness at the gestational sac location < 3mm, 67 patients had angiogenesis image in ultrasound, often after 7 weeks of gestation. Treatment results: 263 patients had aspiraton, with a rate of 89.76%, of which 39 patients (13.31%) had hemostatic balloon insertion. 5.46% were embryo destruction under ultrasound followed by aspiration. There were 14 cases of surgical removal of the fetus. There were 223 patients (76.11%) treated for less than 5 days, 70

patients (23.89%) treated for ≥ 5 days. No patient required hysterectomy and 3 patients (1.02%) required blood transfusion. **Keywords:** Cesarean scar pregnancy, ultrasound-guided aspiration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ (TLTTVTSM) là thai làm tổ trong vết sẹo mổ đẻ trên cơ tử cung, trong đó túi thai được bao quanh lớp cơ và mô xơ của vết sẹo. Tại Việt Nam vài năm trở lại đây mới có những nghiên cứu bước đầu về TLTTVTSM. Nguyên nhân TLTTVTSM có thể do tỉ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng, có thể chẩn đoán sớm. Bệnh có nguy cơ cao gây vỡ tử cung và băng huyết đe dọa tính mạng người bệnh hoặc mất khả năng sinh sản khi bệnh nhân còn rất trẻ. Hiện nay, trên thế giới chưa có phác đồ điều trị chủ yếu dựa vào tuổi thai, vị trí túi thai và toàn trạng người bệnh. Khoa Phụ ngoại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong năm mỗi có khoảng 300 ca bệnh. Các phương pháp điều trị chính tại đây gồm: (1) hút thai bằng bơm hút chân không, (2) hủy thai sau đó hút thai bằng bơm hút chân không, (3) phẫu thuật lấy khối thai bảo tồn tử cung. Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Kết quả xử trí thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ ở Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 293 bệnh nhân được chẩn đoán Thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ điều trị tại Khoa Phụ ngoại, Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022 có tiêu chuẩn: Tuổi thai dưới 12 tuần, siêu âm đường bụng kết hợp siêu âm đầu dò âm đạo chẩn đoán thai nằm ở vị trí sẹo mổ, buồng tử cung và ống cổ tử cung rỗng. Chúng tôi loại trừ các trường hợp: không đủ thông tin trong bệnh án, có 2 thai: 1 thai vị trí sẹo mổ, 1 thai trong buồng tử cung; đang sảy thai, được xử trí bằng bất kì phương pháp nào trước khi vào viện. Các bệnh nhân trên được thăm khám, điều trị và theo dõi, ghi lại số liệu từ khi vào đến khi đưa ra viện dựa vào bệnh án. Sau khi thu thập đầy đủ thông tin, số liệu được làm sạch, mã hóa và được xử lý bằng phần mềm xử lý SPSS 20.0. Kết quả nghiên cứu trình bày dưới dạng phần trăm (%), giá trị trung bình, so sánh giữa các nhóm bằng test khi bình phương, $p < 0,05$

¹Bệnh viện Đa khoa Thạch Thất

²Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Duyên

Email: hohungsy@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024