

hợp, biến chứng hậu phẫu nhìn chung không đáng kể và bệnh nhân có thể phục hồi hoàn toàn. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Thảo về kết quả sơ bộ phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo trong điều trị bệnh lý ung thư đại tràng năm 2022 có tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm 10,0%. Không có biến chứng lớn cần phẫu thuật lại và tử vong ngắn hạn. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phan về kết quả chăm sóc điều trị người bệnh sau phẫu thuật cắt đoạn ung thư trực tràng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện K năm 2021 có biến chứng rò miệng nối, tắc ruột sau mổ là 2,6%. Theo nghiên cứu của Phạm Trung Vỹ, biến chứng hậu phẫu sau cắt đại tràng phải là 11,9% trong đó chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ 9,5%, bực miệng nối 2,4% [4], [5].

Kết quả chăm sóc sau mổ đạt mức tốt với 89,4% và khá với 10,6% cho thấy chất lượng chăm sóc tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ là khá cao. Tỷ lệ chăm sóc tốt cao giúp giảm thiểu các biến chứng sau phẫu thuật. Mặc dù tỷ lệ chăm sóc khá là không lớn, nhưng điều này vẫn chỉ ra rằng một số trường hợp cần thêm sự chú ý và điều chỉnh trong quy trình chăm sóc, nhằm đạt được kết quả tốt hơn cho tất cả bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Kết quả chăm sóc sau phẫu thuật đại tràng ở bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Thành

phố Cần Thơ đạt mức tốt 89,4%, với tỷ lệ biến chứng thấp. Kết quả cho thấy công tác chăm sóc hậu phẫu hiệu quả, giúp bệnh nhân hồi phục nhanh và giảm thiểu rủi ro sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Đình Bang** (2021), "Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật mở điều trị ung thư đại tràng trên bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện K". Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 16(5), 91-96.
2. **Trịnh Đình Hiệp** (2022), "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại trực tràng nối máy điều trị ung thư trực tràng tại bệnh viện Quán Y 7A". Tạp chí Y Dược học Quân sự, tập 8, 133-143.
3. **Nguyễn Thị Phan** (2021), "Kết quả chăm sóc điều trị người bệnh sau phẫu thuật cắt đoạn ung thư trực tràng và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện K năm 2021". Tạp chí Y học Việt Nam, 514(2), 40-43.
4. **Sophe L** (2019), Kết quả sớm điều trị phẫu thuật tắc ruột do ung thư đại tràng tại Bệnh Viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Minh Thảo** (2022), "Kết quả sơ bộ phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo trong điều trị bệnh lý ung thư đại tràng năm 2022", Tạp chí Y học Việt Nam, 1(514), 318-320
6. **Crucitti, Antonio, ed** (2018), Surgical management of elderly patients, Springer International Publishing.
7. **Van Hooft JE, van Halsema EE, Vanbiervliet G, et al.**; European Society of Gastrointestinal Endoscopy. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guideline. Endoscopy. 2014;46:990-1053.

TƯƠNG LAI SẢN KHOA SAU ĐIỀU TRỊ THAI BẨM SẸO MỔ LẤY THAI

Nguyễn Thị Thanh Thảo¹, Nguyễn Hồng Hoa¹, Phạm Hùng Cường¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tỷ lệ bảo tồn tử cung trong điều trị thai bám sẹo mổ lấy thai (TBSMLT) khá cao nên tương lai sản khoa sau điều trị TBSMLT đang ngày càng được chú ý. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm mang thai và kết cục thai kỳ ở bệnh nhân sau điều trị TBSMLT bảo tồn tử cung. **Phương pháp:** Báo cáo loạt ca hồi cứu ở những phụ nữ điều trị TBSMLT bảo tồn tử cung bệnh viện Hùng Vương và bệnh viện Từ Dũ năm 2015 - 2017. Hồ sơ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được liên lạc qua điện thoại, ghi nhận tình hình mang thai và thông tin thai kỳ này. **Kết quả:** Trong 204 trường hợp nghiên cứu, có 40 trường hợp mang thai. 22 trường

hợp thai kỳ có con sinh sống (55%), tất cả các trẻ sinh ra đều khỏe mạnh, không ghi nhận biến chứng nào trong thai kỳ. Có 12 trường hợp TBSMLT tái phát (30%), không có trường hợp nào xảy ra biến chứng. Tất cả đều được điều trị thành công bảo tồn tử cung, 2 trường hợp phá thai nội khoa (5%), 2 trường hợp thai ngoài tử cung (5%), 2 trường hợp sảy thai sớm (5%). **Kết luận:** Khả năng mang thai lại và kết cục thai kỳ sau điều trị TBSMLT là khả quan. Nguy cơ tái phát TBSMLT còn cao, đáng lo ngại.

Từ khóa: thai bám sẹo mổ lấy thai, đặc điểm mang thai, kết cục thai kỳ

SUMMARY

REPRODUCTIVE OUTCOMES FOLLOWING CONSERVATIVE TREATMENT FOR CESAREAN SCAR PREGNANCY

Background: The rate of uterine preservation in the treatment of cesarean scar pregnancy (CSP) is quite high, so the future obstetric prospects after CSP treatment have been increasingly focused on.

¹Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Thảo

Email: Ntthanhthao@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024

Objective: An investigation into pregnancy outcomes and characteristics following uterine-preserving treatment for cesarean scar pregnancy. **Methods:** A retrospective cohort study of women who underwent uterine-preserving treatment for post-cesarean scar pregnancy at Hung Vuong Hospital and Tu Du Hospital from 2015 to 2017. Patients meeting the inclusion criteria were contacted by phone to record their pregnancy status and related information. **Results:** Of the 204 cases studied, 40 pregnancies occurred. In 22 cases (55%), a live birth was achieved, and all newborns were healthy with no reported complications during pregnancy. There were 12 cases of recurrent post-cesarean scar pregnancy (CSP) (30%), none of which resulted in complications. All cases were successfully managed with uterine preservation. Two cases resulted in medical abortions (5%), two in ectopic pregnancies (5%), and two in early miscarriages (5%). **Conclusions:** The potential for future pregnancies and pregnancy outcomes after treatment for post-cesarean scar pregnancy (CSP) is promising. However, the risk of CSP recurrence remains high and is a cause for concern.

Key words: Caesarean Scar Pregnancy, Reproductive Outcomes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ bảo tồn tử cung trong điều trị thai bám sẹo mổ lấy thai (TBSMLT) khá cao, cho thấy khả năng có thai lại sau điều trị TBSMLT là 1 điều đáng hy vọng. Trên thế giới, từ 2004 đến 2010, tỷ lệ điều trị TBSMLT bảo tồn tử cung dao động từ 89,5% đến 95% [3]. Tại Việt Nam, tỉ lệ bảo tồn được tử cung sau điều trị TBSMLT bằng tiêm Methotrexate (MTX) hoặc hút nạo và chèn bóng Foley là 97.1% (2013) [2], và tỉ lệ bảo tồn được tử cung sau điều trị TBSMLT bằng phương pháp đặt Foley và hút thai là 90,7% (2015), con số này là 85,11% với phương pháp phẫu thuật cắt lọc sẹo mổ lấy khối thai [1].

Hiện nay, tương lai sản khoa sau điều trị TBSMLT đang ngày càng được chú ý, trên thế giới có vài nghiên cứu ghi nhận về vấn đề này, kết quả của những nghiên cứu này mở ra một hy vọng tương lai sản khoa tươi đẹp cho những người phụ nữ từng điều trị TBSMLT bảo tồn tử cung mà có mong muốn mang thai lại, với tỷ lệ mang thai trong tử cung lên đến 95%, tỷ lệ TBSMLT tái phát dao động chỉ từ 5% đến 15,6%, tỷ lệ thai kỳ có con sinh ra và khỏe mạnh dao động từ 60% đến 65%, và hầu như không có biến chứng xảy ra, chỉ có 1 trường hợp nhau cài rặng lược dẫn đến chảy máu nhiều trong cuộc mổ [3],[4],[6]. Năm 2018 Wei LK và cộng sự công bố kết quả nghiên cứu với 19 trường hợp có thai kỳ sinh sống sau điều trị TBSMLT mà không có bất cứ trường hợp nào bị nhau tiền đạo, nhau cài rặng lược, hay vỡ tử cung trong lúc mang thai [7].

Qua những nghiên cứu trên thế giới, ta thấy rằng việc mang thai lại sau điều trị TBSMLT bảo tồn tử cung khá là an toàn, rất ít biến chứng nặng nề, đây là điều đáng mong đợi. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu quan tâm đến tương lai sản khoa sau điều trị TBSMLT. Nếu như ta biết được tỷ lệ có thai lại sau điều trị TBSMLT, diễn tiến thai kỳ sau đó, tỷ lệ TBSMLT tái phát và những yếu tố liên quan, những biến chứng có thể xảy ra, có thể giúp ta tiên lượng kết cục thai kỳ lần sau để tư vấn cho những người phụ nữ mà có ý định mang thai sau khi điều trị TBSMLT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu báo cáo hàng loạt ca hồi cứu

Những phụ nữ được đã điều trị TBSMLT bảo tồn tử cung tại khoa Phụ ngoại – Ung bướu bệnh viện Hùng Vương và khoa Phụ bệnh viện Từ Dũ từ năm 2015 - 2017.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các trường hợp được chẩn đoán với:

- + Thời điểm chẩn đoán và điều trị từ 2015 - 2017.
- + Thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán. (*)
- + Điều trị bảo tồn tử cung.

+ Hồ sơ mang thai lại ở 1 trong 2 bệnh viện (nếu có thai).

(*) Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào siêu âm: Buồng tử cung rỗng, không có tiếp xúc túi thai. Thấy rõ ống CTC rỗng, không tiếp xúc túi thai. Sự mất liên tục ở thành trước tử cung thấy trên hình ảnh cắt dọc tử cung khi hướng tia siêu âm đi qua túi ối. Hiện diện túi thai có hoặc không có cực thai và tim thai (tùy theo tuổi thai) ở phần trước của eo tử cung. Không có hoặc thiếu tổ chức cơ tử cung giữa bàng quang và túi thai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 653 hồ sơ TBSMLT, có 232 hồ sơ TBSMLT điều trị bảo tồn tử cung thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán và điều trị, sau khi liên hệ qua điện thoại ghi nhận được 204 trường hợp. Trong 204 trường hợp tiến hành nghiên cứu, có 4 trường hợp có thai nhưng không có hồ sơ ở cả 2 bệnh viện, nên chúng tôi đưa vào phân tích 200 trường hợp, kết quả thu được như sau:

Có 44 trường hợp mang thai lại, trong đó có 40 trường hợp có hồ sơ điều trị ở bệnh viện Hùng Vương và bệnh viện Từ Dũ, chiếm tỷ lệ 19,61%.

Trong 4 trường hợp mang thai lại không có hồ sơ, chúng tôi không đưa vào phân tích, tuy nhiên có hỏi thêm thông tin với 3 trường hợp đều mang thai đủ tháng và có con sinh sống, 1 trường hợp PTNK sau đó.

Bảng 1: Diễn tiến thai kỳ

Đặc điểm	Tần số (n=40)	Tỷ lệ (%)
Thai kỳ mong muốn		
Có	34	85
Không	6	15
Diễn tiến		
Thai kỳ có con sinh sống	22	55
PTNK	2	5
Thai ngoài tử cung	2	5
TBSMLT tái phát	12	30
Sẩy thai sớm	2	5

Trong 40 trường hợp mang thai lại, có 34 trường hợp là thai kỳ mong muốn, chiếm 85%, và 6 trường hợp là có thai ngoài kế hoạch chiếm 15%. Trong đó, có 22 trường hợp mang thai trong tử cung có con sinh sống, chiếm 55%. Các trường hợp bị TBSMLT tái phát chiếm 30%. Có 2 trường hợp chấm dứt thai kỳ với PTNK, 2 trường hợp bị thai ngoài tử cung, và 2 trường hợp sẩy thai sớm trong 3 tháng đầu, mỗi trường hợp chiếm tỷ lệ 5%.

Bảng 2: Đặc điểm chấm dứt thai kỳ có con sinh sống

Đặc điểm	Tần số (n=22)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp chấm dứt thai kỳ		
Mổ lấy thai	21	95,45
Sanh thường	1	4,55

Bảng 3: Đặc điểm thai bầm sọc mổ lấy thai tái phát

Mã NC	Tuổi	TBSMLT lần đầu				Thời gian giữa thai (tháng)	TBSMLT tái phát		
		PARA	Số lần MLT	Tuổi thai	PPĐT		Khoảng cách đến lần này (tháng)	Tuổi thai	PPĐT thành công
TRH057	33	1011	1	6	Hút	12	14	5	MTX-hút
TRT024	40	2002	1	5	Hút	6	8	6	MTX-hút
PHH012	39	2012	2	6	Hút	14	16	6	Hút-MTX
TUN014	27	1001	1	6	Hút	6	10	9	PT
MIM066	29	1102	2	8,3	Hút	10	10	5	Foley+hút
MIT082	39	2002	2	8	Hút	33	33	6,5	Foley+hút
DAT023	40	0121	1	6,4	MTX	20	23	6,2	Foley+hút
TRV025	36	2012	2	5	MTX	36	44	5	Foley+hút
HIL185	37	3023	2	5	MTX	0	14	6,4	Foley+hút
NGN019	36	1001	1	5	MTX	24	35	6	MTX
THL010	44	1202	2	5	MTX	0	6	5	MTX
HUN029	41	2002	2	5	MTX	0	3	6	MTX

Phương pháp điều trị TBSMLT lần trước có tỷ lệ ngang nhau là 50% giữa hút thai và điều trị MTX, không có phẫu thuật.

Trong 12 trường hợp thai kỳ TBSMLT tái phát, có 11 trường hợp lúc phát hiện có tuổi thai ≤ 8 tuần, chiếm đa số với 91,67%. Phát hiện trễ lúc tuổi thai >8 tuần chỉ có 1 trường hợp (mã

Tình trạng mổ		
Chủ động	20	95,24
Cấp cứu	1	4,76
Nhau tiên đạo, nhau cài răng lược		
Có	1	4,55
Không	21	95,45

Trong 22 trường hợp thai kỳ có con sinh ra và sống, 1 trường hợp sanh thường thai 37 tuần, 1 bé trai, apgar 7/8, cân nặng 3200g, 95,45% là được chấm dứt bằng phương pháp mổ lấy thai. Trong các trường hợp mổ lấy thai, 95,24% là mổ chủ động, chỉ có 1 trường hợp phải mổ cấp cứu vì thai suy lúc thai 39 tuần, được 1 bé trai, apgar 7/8, cân nặng 3500g, máu mất 300ml. Có 1 trường hợp có nhau bám mép, được mổ lấy thai chủ động lúc thai 37 tuần 2 ngày, được 01 bé trai, apgar 9/10, cân nặng 3200g, máu mất 300ml. Không có bất kỳ trường hợp nào có xảy ra biến chứng ở mẹ.

Trong 22 thai kỳ có con sinh ra và sống, đa số các trường hợp mang thai đều đủ tháng với 95,45% các thai kỳ lớn hơn 37 tuần, tuổi thai trung bình lúc chấm dứt thai kỳ là $38,2 \pm 0,9$ tuần. Chỉ có 1 trường hợp chấm dứt thai kỳ lúc thai 36,4 tuần, được mổ lấy thai vì vết mổ cũ, thiếu ối, chuyển dạ. Kết quả được 01 bé trai, apgar 7/8, cân nặng 2300g. Tất cả các trẻ sinh ra trong thai kỳ đều khỏe mạnh và không cần phải gửi dưỡng nhi.

ngiên cứu TUN014), trường hợp này đã phải phẫu thuật cấp cứu vì bệnh nhân vào viện với tình trạng xuất huyết âm đạo lượng nhiều, may mắn là đã bảo tồn được tử cung với máu mất trong lúc phẫu thuật là 300ml.

Phương pháp điều trị TBSMLT tái phát thành công bằng foley kết hợp hút thai có 5 trường

hợp, 1 trường hợp sau đó mang thai trong tử cung và chấm dứt thai kỳ bằng PTNK, đây là trường hợp đặc biệt khi lần trước bệnh nhân ngừa thai bằng thuốc viên nội tiết, quên thuốc dẫn đến TBSMLT tái phát, sau điều trị TBSMLT tái phát không đi tái khám và theo dõi β hCG sau xuất viện, dẫn đến việc sau đó mang thai lại trong tử cung ngoài ý muốn và PTNK, sau đó mới được ngừa thai bằng dụng cụ tử cung (mã nghiên cứu MIM066)

Có 3 trường hợp điều trị thành công với MTX trong lần đầu, và 3 trường hợp phải điều trị lần 2 sau lần đầu thất bại, trong đó 1 trường hợp ban đầu điều trị bằng foley kết hợp hút thai nhưng theo dõi sau đó có β hCG tăng nên đã được điều trị bổ sung với MTX toàn thân (mã nghiên cứu PHH012) và 2 trường hợp được điều trị ban đầu bằng MTX tiêm tại chỗ, sau theo dõi β hCG tăng nên được điều trị lần 2 bằng hút lòng tử cung sau đó (mã nghiên cứu TRT024 và mã nghiên cứu TRH057) và 1 trường hợp được phẫu thuật bảo tồn tử cung (mã nghiên cứu TUN014).

Trong cả 12 trường hợp điều trị TBSMLT tái phát, không có trường hợp nào ghi nhận xảy ra biến chứng. Tất cả đều được điều trị thành công bảo tồn tử cung.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ TBSMLT tái phát của chúng tôi cao hơn rất nhiều so với các nghiên cứu trên thế giới, nghiên cứu của J. Ben Nagi (2007) với tỷ lệ tái phát chỉ 5% [3], Qiao Wang (2015) có 15,6% TBSMLT tái phát [6], Lufen Gao (2016), chỉ có 1 trường hợp tái phát với tỷ lệ 11,1% [4], Wei LK và cộng sự (2018), tỷ lệ tái phát là 14,3 % [7].

Trong số những thai kỳ có con sinh sống, tỷ lệ của chúng tôi là 55%, cao hơn so với Wei LK và cộng sự (2018), với tỷ lệ 45,24% [7], tuy nhiên lại thấp hơn tỷ lệ của J. Ben Nagi và cộng sự (2007) với 65% [3], Qiao Wang và cộng sự (2015) với 60% [6], Lufen Gao và cộng sự (2016) với 62,5% [4]. Sự chênh lệch của nghiên cứu của chúng tôi so với những nghiên cứu khác trên thế giới cũng không cao lắm, và tỷ lệ chiếm hơn 50%, đó cũng là 1 điều đáng khích lệ nếu người phụ nữ thật sự muốn mang thai 1 lần nữa. Tỷ lệ sảy thai trong ba tháng đầu thai kỳ thấp là một điều đáng mừng, cho thấy nếu thai kỳ có thai trong tử cung thì khả năng thai kỳ phát triển đến thai đủ tháng khá cao.

Trong 22 trường hợp thai kỳ có con sinh ra và sống, 1 trường hợp sinh thường thai 37 tuần, 1 bé trai, apgar 7/8, cân nặng 3200g 95,45% là được chấm dứt bằng phương pháp mổ lấy thai. Khuyến cáo của bệnh viện đối với những trường

hợp thai kỳ sau điều trị TBSMLT là nên được mổ lấy thai chủ động khi thai đủ tháng. Tỷ lệ được mổ lấy thai là 95,45 % là hoàn toàn phù hợp. Tất cả các trường hợp đều không có bất kỳ biến chứng nào xảy ra như băng huyết sau sanh hay vỡ tử cung.

Trong 22 thai kỳ có con sinh ra và sống, đa số các trường hợp mang thai đều đủ tháng với 95,45% các thai kỳ lớn hơn 37 tuần, tuổi thai trung bình lúc chấm dứt thai kỳ là $38,2 \pm 0,9$ tuần. Chỉ có 1 trường hợp chấm dứt thai kỳ lúc thai 36,4 tuần, được mổ lấy thai vì vết mổ cũ, thiếu ối, chuyển dạ. Kết quả được 01 bé trai, apgar 7/8, cân nặng 2300g, máu mất trong lúc phẫu thuật là 300ml. So sánh với các nghiên cứu trước, dữ liệu này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu hiện nay, Lufen Gao và cộng sự (2016), Qiao Wang và cộng sự (2015), Wei LK và cộng sự (2018), với tất cả các trường hợp đều mang thai đủ tháng sau 37 tuần [4],[6],[7]. Cân nặng lớn nhất ở trẻ sinh ra là 4900 gram, nhẹ nhất là 2300 gram, cân nặng trung bình là $3240,91 \pm 486,88$ gram. Tất cả các trẻ sinh ra trong thai kỳ đều khỏe mạnh và không cần phải gửi dưỡng nhi.

Qua nghiên cứu của chúng tôi, có thể thấy có mối liên quan giữa số lần mổ lấy thai, TBSMLT tái phát xảy ra ở những trường hợp mổ lấy thai 2 lần nhiều hơn, với tiền căn mổ lấy thai 2 lần chiếm 58,33% cao hơn so với tiền căn mổ lấy thai 1 lần chiếm 41,47%. Phương pháp điều trị TBSMLT lần trước có tỷ lệ ngang nhau là 50% giữa hút thai và điều trị MTX, không có trường hợp nào được phẫu thuật cắt lọc khối thai và sửa sẹo. Đây cũng là 1 vấn đề đặt ra, có phải chăng những trường hợp điều trị bảo tồn tử cung bằng hút thai hoặc huỷ thai bằng MTX, vốn chỉ có mục đích lấy đi khối thai bám tại SMLT mà không hề can thiệp gì vào vết mổ cũ, nơi đã có bất thường dẫn đến TBSMLT lần trước là yếu tố nguy cơ của TBSMLT tái phát, trong nghiên cứu của Ben Nagi và cộng sự (2007), đưa ra một thông tin rằng những trường hợp được điều trị bằng phẫu thuật cắt lọc khối thai và sửa sẹo hiếm có nguy cơ bị TBSMLT tái phát hơn [3]. Cần có những nghiên cứu với chứng cứ mạnh hơn để tìm hiểu về mối liên quan giữa các phương pháp điều trị TBSMLT và nguy cơ TBSMLT tái phát.

Nghiên cứu tuy không nêu được mối liên quan giữa khoảng cách 2 lần có TBSMLT, tuy nhiên cho thấy ở đa phần những trường hợp TBSMLT tái phát đều có khoảng cách giữa 2 lần ngắn hơn thời gian ngừa thai khuyến cáo.

Trong 12 trường hợp thai kỳ TBSMLT tái phát, có 11 trường hợp lúc phát hiện có tuổi thai

≤8 tuần, chiếm đa số với 91,67%. Phát hiện trễ lúc tuổi thai >8 tuần chỉ có 1 trường hợp, trường hợp này đã phải phẫu thuật cấp cứu vì bệnh nhân vào viện với tình trạng xuất huyết âm đạo lượng nhiều, may mắn là đã bảo tồn được tử cung với máu mất trong lúc phẫu thuật là 300g. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Qiao Wang và cộng sự (2015) có 4 trường hợp phát hiện trước 8 tuần chiếm 80%, 1 trường hợp phát hiện sau 8 tuần với tỷ lệ 20% [6], qua đó cho thấy TBSMLT được chẩn đoán rất sớm. Điều này góp phần cho việc điều trị TBSMLT tái phát thành công cao và ít xảy ra biến chứng. Vì thế đối với những người phụ nữ có mong muốn mang thai lại, nên được tư vấn theo dõi và phát hiện sớm tình trạng mang thai, để có thể chẩn đoán sớm TBSMLT tái phát và can thiệp kịp thời, tránh xảy ra những biến chứng nguy hiểm.

V. KẾT LUẬN

Với tỷ lệ mang thai trong tử cung khá cao với diễn tiến thai kỳ bình thường, con sinh ra khoẻ mạnh và không có bất cứ biến chứng nào xảy ra, mang đến niềm hy vọng rằng những phụ nữ đã từng bị TBSMLT được điều trị bảo tồn tử cung, có mong muốn mang thai lại thì là một điều hoàn toàn khả thi, với tỷ lệ thai kỳ thành công lớn hơn 50%. Mặc dù tỷ lệ thai bầm SMLT tái phát cũng khá cao, tuy nhiên những trường

hợp tái phát này đều được điều trị thành công mà không có bất kỳ biến chứng nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Đỗ Hiếu (2015).** Đánh giá kết quả điều trị thai ngoài tử cung dưới 11 tuần bám vết mổ cũ tại bệnh viện Từ Dũ năm 2014-2015. Luận văn chuyên khoa II. Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, tr. 82-83.
2. **Trương Diễm Phượng, Trần Thị Lợi (2013).** Điều trị thai ở SMLT tuổi thai dưới 12 tuần tại bệnh viện Từ Dũ. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 17.
3. **Ben Nagi J, Helmy S, Ofili-Yebovi D, et al. (2007).** Reproductive outcomes of women with a previous history of Caesarean scar ectopic pregnancies. Human Reproduction, 22: 2012-2015.
4. **Lufen G, Zhongwei H, Xian Z, et al. (2016).** Reproductive outcomes following cesarean scar pregnancy – a case series and review of the literature. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 200: 102-107.
5. **Maymon R, Halperin R, et al. (2004).** Etopic pregnancies in a caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. Hum Report Update, 10: 515-523.
6. **Qiao W, Hong-Ling P, Lei H, et al. (2015).** Reproductive outcomes after previous cesarean scar pregnancy: Follow up of 189 women. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, 54: 551-553.
7. **Wei LK, Yu LM, Mu RM, et al. (2018).** Reproductive outcomes following women with previous cesarean scar pregnancy. Zhonghua Yi Xue Za Zhi, 98: 2194-2197.

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ CẮT LỚP VI TÍNH TRONG ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN II-III SAU HÓA TRỊ TÂN HỒ TRỢ

Nguyễn Thành Hưng¹, Nguyễn Chí Phong²,
Đặng Ngọc Thạch¹, Huỳnh Quang Huy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hóa trị tân hỗ trợ (THT) điều trị ung thư dạ dày (UTDD) giai đoạn tiến triển tại chỗ đã chứng minh cải thiện sống còn toàn bộ (OS) và sống còn không bệnh (DFS) so với phẫu thuật đơn thuần. Vai trò của cắt lớp vi tính (CLVT) trong đánh giá đáp ứng sau hóa trị tiền phẫu UTDD hiện tại chưa được chú ý nhiều. **Đối tượng, phương pháp:** Hồi cứu, mô tả loạt ca. Tất cả các bệnh nhân có chẩn đoán xác định UTDD, được hội chẩn và hóa trị THT phác đồ FLOT tiền phẫu, sau đó được phẫu thuật triệt căn, tại

BV Bình Dân Tp.HCM trong thời gian từ 01/2019 - 09/2024. Các đặc điểm CLVT được ghi nhận trên phim trước hóa trị và trước phẫu thuật, đối chiếu với kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật. **Kết quả:** Từ tháng 1/2019 đến 9/2024, có 32 trường hợp (tuổi trung bình 56,9, tỉ lệ nam: nữ = 1,7:1) UTDD giai đoạn II-III được hóa trị phác đồ FLOT tiền phẫu. Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật có 4 trường hợp đáp ứng hoàn toàn giải phẫu bệnh (chiếm 12,5%). Sau hóa trị THT, độ chính xác của CLVT trong đánh giá giai đoạn T là 69%, đánh giá giai đoạn hạch là 47%. So sánh CLVT giữa hai nhóm lui bệnh hoàn toàn và không đạt lui bệnh hoàn toàn GPB ghi nhận các đặc điểm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê gồm: độ dày u sau hóa trị, đậm độ u sau hóa trị, tỉ lệ % giảm bề dày u, tỉ lệ % giảm đậm độ u sau hóa trị. **Kết luận:** Sau hóa trị THT, CLVT có độ chính xác trung bình trong đánh giá giai đoạn u, độ chính xác thấp trong đánh giá giai đoạn hạch. Một số đặc điểm CLVT có thể dự đoán đáp ứng hoàn toàn GPB là độ dày u nguyên phát sau hóa trị, đậm độ u nguyên phát sau hóa trị, tỉ lệ % giảm bề

¹Trường đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Bình Dân, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy

Email: drhuycdhabachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024