

## EVALUATION OF INITIAL RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR REPAIRING CESAREAN SCAR DEFECT IN INFERTILE PATIENTS AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Doan Thi Ngoc\*, Hoang Ngoc Anh, Doan Van Hoang, Nguyen Huyen Trang

*Nghe An General Friendship Hospital – No. 5, Lenin Avenue, Nghi Phu Commune, Vinh City, Nghe An Province, Vietnam*

Received: 10/03/2025

Revised: 01/04/2025; Accepted: 13/04/2025

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the clinical, paraclinical characteristics, and evaluate the outcomes of laparoscopic surgery for cesarean scar defects.

**Subjects and methods:** This is a cross-sectional descriptive study with prospective data collection on 21 patients who underwent laparoscopic surgery for cesarean scar defects at the Reproductive Support Center – Nghệ An Friendship General Hospital from June 2022 to June 2023. The study investigated the clinical and paraclinical symptoms of the patients before and after surgery.

**Results:** The average age of the patients was  $34.48 \pm 4.75$  years, with 41.6% having been infertile for over 5 years. Symptoms before surgery included post-menstrual bleeding in 90.4%, mid-cycle bleeding in 19%, dysmenorrhea in 33.3%, and pelvic pain in 23.8%. After surgery, post-menstrual bleeding decreased to 19%, mid-cycle bleeding disappeared, dysmenorrhea reduced to 14.3%, and pelvic pain decreased to 9.5%. Before surgery, 100% of patients had a cesarean scar defect and uterine cavity fluid, with 52.4% having a retroverted uterus. 76.2% had a triangular-shaped defect, 61.9% had a type III defect, and the remaining myometrial thickness was  $2.79 \pm 1.17$ mm. After surgery, 47.6% of patients still had a scar defect, 14.3% had uterine cavity fluid, 19% had a retroverted uterus, 38.1% had a triangular-shaped defect, 9.5% had a type III defect, and the remaining myometrial thickness was  $5.07 \pm 1.29$ mm. There was a correlation between the degree of scar defect and menorrhagia symptoms ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Patients with cesarean scar defects had an over 90% rate of abnormal menstruation. The defects were mainly found in retroverted uteri with a triangular defect shape. The size of the defect was related to the severity of clinical symptoms. Laparoscopic surgery for cesarean scar defects significantly improves clinical and paraclinical symptoms, has few complications.

**Keywords:** Cesarean scar defect, Cesarean section, Secondary infertility.

---

\*Corresponding author

Email: [ngocsan28@gmail.com](mailto:ngocsan28@gmail.com) Phone: (+84) 984157368 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2298>

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI SỬA KHUYẾT SẸO MỔ LẤY THAI TRÊN BỆNH NHÂN VÔ SINH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Đoàn Thị Ngọc\*, Hoàng Ngọc Anh, Đoàn Văn Hoàng, Nguyễn Huyền Trang

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An – Số 5, Đại lộ Lenin, Xã Nghi Phú, Tp. Vinh, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/03/2025

Chỉnh sửa ngày: 01/04/2025; Ngày duyệt đăng: 13/04/2025

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ổ bụng sửa khuyết sẹo mổ lấy thai.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi và thu thập số liệu tiên cứu trên 21 bệnh nhân đến khám và điều trị phẫu thuật nội soi ổ bụng sửa khuyết sẹo mổ lấy thai tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản – Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 6/2022- 6/2023. Khảo sát các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật.

**Kết quả:** Tuổi bệnh nhân trung bình là  $34,48 \pm 4,75$  tuổi, thời gian vô sinh dài hơn 5 năm là 41,6%. Triệu chứng ra máu sau kinh 90,4%; ra máu giữa chu kỳ 19%; thống kinh 33,3%; đau vùng chậu 23,8%. Sau phẫu thuật ra máu sau kinh 19%, ra máu giữa chu kỳ là 0%, thống kinh 14,3% và triệu chứng đau vùng chậu 9,5%. Trước phẫu thuật 100% bệnh nhân có khuyết sẹo và dịch buồng tử cung, tư thế tử cung ngả sau 52,4%; hình dạng khuyết sẹo tam giác 76,2%; phân độ khuyết sẹo loại III 61,9%, bề dày cơ tử cung còn lại  $2,79 \pm 1,17$ mm. Sau phẫu thuật còn 47,6% bệnh nhân còn khuyết sẹo, 14,3% còn dịch buồng tử cung, tư thế tử cung ngả sau 19%; hình dạng khuyết sẹo tam giác 38,1%, phân độ khuyết sẹo loại III 9,5%, bề dày cơ tử cung còn lại  $5,07 \pm 1,29$ mm. Có mối tương quan giữa phân độ khuyết sẹo và triệu chứng rong kinh với  $p < 0,05$ .

**Kết luận:** Bệnh nhân có khuyết sẹo mổ lấy thai có tỉ lệ kinh nguyệt bất thường trên 90%. Khuyết sẹo chủ yếu gặp trên tử cung tư thế ngả sau, hình thái khuyết tam giác, kích thước khuyết sẹo có liên quan đến mức độ nặng của biểu hiện lâm sàng. Phẫu thuật nội soi ổ bụng sửa khuyết sẹo cải thiện rõ rệt triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, ít biến chứng.

**Từ khóa:** Khuyết sẹo mổ lấy thai, Mổ lấy thai, Vô sinh thứ phát.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai là phương pháp đưa thai và phần phụ thai ra ngoài qua một vết rạch trên cơ tử cung của người mẹ. Tổ chức Y tế Thế giới đã khuyến cáo tỉ lệ mổ lấy thai tốt nhất chỉ nên từ 10-15%. Nhưng cho đến nay tỉ lệ mổ lấy thai tăng lên rất nhiều do nhiều nguyên nhân bệnh lý của mẹ, của thai, và một phần do yếu tố tâm lý xã hội. Năm 2017, tỉ lệ mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương là 54,4% [1]. Cùng với sự gia tăng của tỉ lệ mổ lấy thai thì các nguy cơ, biến chứng của mổ lấy thai như: vỡ tử cung, rau tiền đạo, rau cài răng lược, thai bám sẹo mổ cũ, khuyết sẹo mổ cũ cũng được quan tâm nhiều hơn. Trong đó khuyết sẹo mổ lấy thai là một chủ đề mới trong những năm gần đây đang được giới y học quan tâm nhiều hơn. Theo phân tích gộp của 32

thử nghiệm về khuyết sẹo mổ lấy thai thì tỉ lệ phát hiện khuyết sẹo mổ lấy thai là từ 24-88% [2]. Khuyết sẹo mổ lấy thai thường có các triệu chứng trên lâm sàng như rong kinh, thống kinh, ra máu sau sạch kinh ít một, đau vùng chậu mạn tính, ứ dịch buồng tử cung, thất bại chửa ngoài tử cung, thất bại làm tổ. Điều trị được chỉ định cho những trường hợp khuyết sẹo có triệu chứng. Phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt lọc sẹo cũ, khâu lại cơ tử cung là phương pháp điều trị hiệu quả làm cải thiện triệu chứng, đặc biệt trên nhóm đối tượng còn mong muốn sinh con. Tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản - Bệnh viện HNĐK Nghệ An đã tiếp nhận và bắt đầu phẫu thuật nội soi sửa sẹo từ giữa năm 2022 cho nhiều kết quả thuận lợi. Nhằm đánh giá kết quả bước đầu về phẫu thuật nội soi ổ bụng

\*Tác giả liên hệ

Email: ngoocsan28@gmail.com Điện thoại: (+84) 984157368 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2298>

sửa sẹo. Chúng tôi tiến hành đề tài: “Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi sửa khuyết sẹo mổ lấy thai trên bệnh nhân vô sinh tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An năm 2022-2023” nhằm mục tiêu:

*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân bị khuyết sẹo mổ lấy thai và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sửa khuyết sẹo mổ lấy thai.*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang, tiến cứu.

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Trung tâm Hỗ trợ sinh sản – bệnh viện HNĐK tỉnh Nghệ An từ tháng 6/ 2022- 6/2023.

### 2.3. Đối tượng nghiên cứu

21 bệnh nhân chẩn đoán khuyết sẹo mổ lấy thai và được phẫu thuật nội soi ổ bụng sửa khuyết sẹo mổ lấy thai.

### 2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện.

### 2.5. Biến số

Tuổi, nghề nghiệp; thời gian vô sinh thứ phát; tiền sử sản khoa; dấu hiệu lâm sàng: ra máu sau kinh, ra máu giữa kỳ kinh, thống kinh, đau vùng chậu; dấu hiệu cận lâm sàng: tư thế tử cung, hình dạng khuyết sẹo, phân độ theo diện tích khuyết sẹo, bề dày cơ tử cung còn lại, dịch buồng tử cung.

### 2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Phiếu thu thập thông tin bệnh nhân lấy từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn.

### 2.7. Xử lý và phân tích số liệu

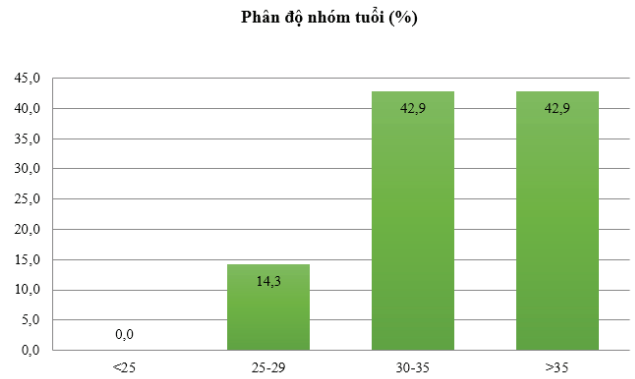
Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20. 0

### 2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành được sự đồng ý của Hội đồng Y đức, hội đồng xét duyệt đề cương của Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

## 3. KẾT QUẢ

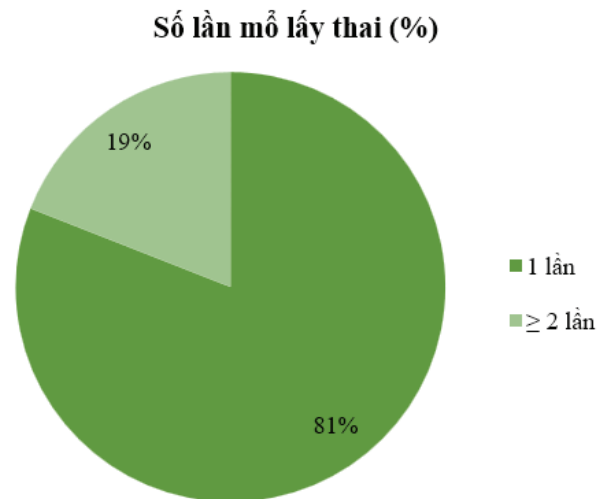
### 3.1. Tuổi đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân bố nhóm tuổi đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu:  $34,48 \pm 4,75$  tuổi

### 3.2. Số lần mổ lấy thai



Biểu đồ 2. Số lần mổ lấy thai

Nhận xét: Tiền sử mổ lấy thai 1 lần chiếm tỷ lệ lớn nhất với 81%.

### 3.3. Triệu chứng lâm sàng trước và sau phẫu thuật

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng trước và sau phẫu thuật

Đặc điểm lâm sàng	Trước phẫu thuật (%)	Sau phẫu thuật (%)
Ra máu sau kinh	90,4	19,0
Ra máu giữa chu kỳ	19	0
Thống kinh	33,3	14,3
Đau vùng chậu	23,8	9,5

Nhận xét: Ra máu sau kinh chiếm tỷ lệ cao nhất 90,4% trước phẫu thuật, sau phẫu thuật giảm còn 19%

3.4. Đặc điểm cận lâm sàng trước và sau phẫu thuật

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng trước và sau phẫu thuật

Đặc điểm cận lâm sàng		Trước phẫu thuật %	Sau phẫu thuật %
Tư thế tử cung	Ngả trước	23,8	47,6
	Trung gian	23,8	33,3
	Ngả sau	52,4	19,0
Hình dạng khuyết sọ	Tam giác	76,2	38,1
	Khác	23,8	9,5
Ứ dịch buồng tử cung		100	14,3
Bề dày cơ tử cung còn lại		2,74 ± 1,17 mm	5,07 ± 1,29

Nhận xét: 100% dịch buồng tử cung trước phẫu thuật. Tư thế tử cung ngả sau 52,4%. Sau phẫu thuật ngả trước 47,6%, còn dịch buồng tử cung 14,3%. Bề dày lớp cơ còn lại trung bình tăng từ 2,74mm trước phẫu thuật lên 5,07mm sau phẫu thuật.

3.5. Phân độ khuyết sọ trước và sau phẫu thuật

Bảng 3. Phân độ khuyết sọ mổ lấy thai

Phân độ KS	Trước phẫu thuật %	Sau phẫu thuật %
Độ I	14,3	28,6
Độ II	23,8	9,5
Độ III	61,9	9,5
Tổng	100,0	47,6%

Nhận xét: Trước phẫu thuật khuyết sọ độ III chiếm tỷ lệ lớn nhất 61,9%; Sau phẫu thuật khuyết sọ độ I lớn nhất 28,6%

3.6. Mối liên quan của triệu chứng lâm sàng với phân độ khuyết sọ

Bảng 4. Mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và phân độ khuyết sọ

Triệu chứng lâm sàng				
Phân độ khuyết sọ MLT	Độ I	Độ II	Độ III	P
<b>Rong kinh</b>				
Không	2 (9,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0,014
Có	1 (4,8%)	5 (23,8%)	13 (61,9%)	

Triệu chứng lâm sàng				
Phân độ khuyết sọ MLT	Độ I	Độ II	Độ III	P
<b>Thông kinh</b>				
Không	0 (0%)	5 (23,8%)	9 (42,9%)	0,01
Có	3 (14,3%)	0 (0%)	4 (19,0%)	
<b>Đau vùng chậu</b>				
Không	1 (4,8%)	5 (23,8%)	10 (47,6%)	0,132
Có	2 (9,5%)	0 (0%)	3 (14,3%)	
<b>Tư thế tử cung</b>				
Ngả trước	0 (0%)	1 (4,8%)	5 (23,8%)	0,417
Trung gian	0 (0%)	1 (4,8%)	4 (19,0%)	
Ngả sau	3 (14,3%)	3 (14,3%)	4 (19,0%)	
<b>Số lần mổ lấy thai</b>				
1 lần	3 (14,3%)	3 (14,3%)	11 (52,4%)	0,422
Trên 1 lần	0 (0%)	2 (9,5%)	2 (9,5%)	

Nhận xét: Có mối tương quan giữa triệu chứng rong kinh với phân độ khuyết sọ với p = 0,014. Không có mối tương quan giữa các triệu chứng đau vùng chậu, tư thế tử cung, số lần mổ lấy thai với phân độ khuyết sọ.

3.7. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 5. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	n	%
Thủng bàng quang	1	4,8
Mất máu, nhiễm trùng	0	0

Nhận xét: Biến chứng sau mổ thủng bàng quang có 1 trường hợp chiếm 4,8%

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 34,48 ± 4,75 tuổi. Trong đó lớn nhất là 44 tuổi, nhỏ nhất là 26 tuổi, 2 nhóm tuổi đi khám nhiều nhất là 30-35 tuổi và >35 tuổi (chiếm 42,9%) có thể lý do vì số liệu thực hiện trên trung tâm HTSS và tỉ lệ phụ nữ mong con đi khám. Tương tự với kết quả nghiên cứu năm 2021 của Nguyễn Thị Xuyên [3].



Số lần mổ lấy thai 1 lần chiếm đa số với 17/21 trường hợp tương ứng với 81%. Số lần mổ lấy thai lớn hơn 2 có 4 trường hợp chiếm tỉ lệ 19%. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nhóm bệnh nhân vô sinh nên đa phần mẫu nghiên cứu mới chỉ có 1 con với 1 lần sinh mổ. Khác với nhóm đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Biên Thùy là tỉ lệ mổ 2 lần chiếm đa số với tỉ lệ 54,3 % chủ yếu trên nhóm đối tượng đã đủ con điều trị khuyết sọ vì có các triệu chứng phụ khoa [4].

Tất cả 21/21 trường hợp khuyết sọ xuất hiện kinh nguyệt bất thường: Triệu chứng ra máu sau sạch kinh 90,4%; ra máu giữa chu kỳ 19%; thống kinh 33,3%; đau vùng chậu 23,8%. Triệu chứng ra máu âm đạo sau sạch kinh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu khác. Năm 2017, Vervoort đã có một nghiên cứu tiến cứu trên cỡ mẫu 105 bệnh nhân khuyết sọ mổ lấy thai có triệu chứng hoặc vô sinh ghi nhận các triệu chứng như sau: tỉ lệ ra máu sau kinh 84%, thống kinh 42% [5]. Nghiên cứu của Wang CB và cộng sự (2009) 63,8% ra máu sau sạch kinh, có 53,1% thống kinh và 39,6% đau vùng chậu mạn tính. Sự khác biệt này có thể lý giải do ngưỡng đau của mỗi người cảm nhận là khác nhau và trong các nghiên cứu không sử dụng chung một thước đo tiêu chuẩn nào để đánh giá mức độ đau trong thống kinh hay đau vùng chậu [6].

Sau phẫu thuật, có 9/21 bệnh nhân còn triệu chứng bất thường phụ khoa chiếm 42,8%. Trong đó, triệu chứng ra máu sau kinh chiếm 19%, thống kinh chiếm 14,3% và đau vùng chậu có tỉ lệ 9,5%. Không còn trường hợp nào ra máu giữa chu kỳ. Donnez 2017 nghiên cứu trên 38 phụ nữ khuyết sọ mổ lấy được mổ nội soi ổ bụng sửa sọ. Kết quả 91% bệnh nhân cải thiện triệu chứng lâm sàng [7]. Năm 2017, Vervoort đã theo dõi 6 tháng sau phẫu thuật giảm số ngày ra dịch sau kinh trung bình từ 9 ngày xuống còn 2 ngày. Chảy máu giữa chu kỳ giảm từ 5 ngày xuống còn 0 ngày. Tuy nhiên, 22,3% không cải thiện chảy máu sau kinh. 34,1% còn thống kinh [5].

Về tư thế tử cung: tử cung ngả sau tỉ lệ 52,4%, tư thế ngả trước và trung gian 23,8%. Kết quả phù hợp với nghiên cứu tổng quan hệ thống Bij de Vaate và cộng sự (2011), đánh giá yếu tố nguy cơ của khuyết sọ mổ lấy thai dựa trên 9 nghiên cứu thì trong đó tư thế tử cung gập sau là yếu tố thuận lợi đưa đến khuyết sọ mổ lấy thai cũ vì tử cung ở tư thế này làm căng mặt trước đoạn dưới tử cung, gây tưới máu kém dẫn đến lành sọ không tốt. Sau khi phẫu thuật, tư thế tử cung ngả trước chiếm 47,6%; tư thế trung gian 33,3%; tư thế ngả sau 19%. Điều này có thể giải thích chúng tôi khâu làm ngắn dây chằng tròn trong quá trình phẫu thuật ở những trường hợp tử cung ngả sau giúp đưa tư thế tử cung về trước với hy vọng tạo điều kiện lành vết thương. Thao tác làm ngắn dây chằng tròn cũng được thực hiện trong nghiên cứu của Vervoort 2017 và Tanimura 2015 [5], [8].

Hình dạng khuyết sọ tam giác chiếm đa số 76,2%, tình trạng ứ dịch buồng tử cung 100% nhóm nghiên cứu. Tương tự kết quả Lê Thị Anh Đào năm 2021 cho thấy hầu hết hình dạng khuyết sọ là khuyết hình tam giác

và có kích thước nhỏ [9]. Sau phẫu thuật còn 47,6% có hình dạng khuyết sọ và 14,3% trường hợp còn tình trạng ứ dịch buồng tử cung. Trong đó, hình dạng khuyết sọ hình tam giác chiếm 38,1%. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Vervoort 2017 sau phẫu thuật vẫn còn 44% khuyết sọ và 10,9% bệnh nhân còn dịch buồng tử cung [5].

Bề dày cơ tử cung còn lại trung bình trước phẫu thuật  $2,74 \pm 1,17$  mm. Sau phẫu thuật, có 10/21 trường hợp còn khuyết sọ với bề dày cơ tử cung còn lại là  $5,07 \pm 1,29$ mm. Nghiên cứu của Donnez và cộng sự 2017 kết quả bề dày lớp cơ tử cung trước và sau mổ tăng lên có ý nghĩa thống kê:  $1,7\text{mm} \pm 1\text{mm}$  trước mổ;  $9,6\text{mm} \pm 1,8\text{mm}$  sau mổ [7]. Vervoort 2017 cho kết quả bề dày lớp cơ tử cung còn lại tăng từ  $1,2\text{mm}$  trước mổ lên  $5,3\text{mm}$  sau mổ [5].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi phân độ khuyết sọ theo diện tích khuyết sọ của Gubbini G: Khuyết sọ mổ lấy thai được chia làm 3 độ từ khuyết sọ độ I, độ II, độ III với tỉ lệ lần lượt là 14,3%; 23,8%; 61,9% [10]. Một số tác giả lựa chọn cách phân loại khác của Osser dựa vào 5 yếu tố: bề dày cơ tử cung còn lại, tỉ lệ bề dày cơ tử cung còn lại, số lượng sọ mổ trên thân tử cung, số lần mổ lấy thai và chu kì kinh nguyệt như trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuyên [3] thì tỉ lệ khuyết sọ độ II (trung bình) là chủ yếu. Nguyễn Biên Thùy tỉ lệ khuyết sọ độ I chiếm tỉ lệ 80%, tỉ lệ khuyết sọ nặng thấp hơn của chúng tôi với tỉ lệ 17,1% [4]. Trong 10/21 trường hợp còn khuyết sọ sau phẫu thuật có 6 trường hợp khuyết sọ độ I chiếm tỉ lệ 28,6%, 2 trường hợp khuyết sọ độ II chiếm tỉ lệ 9,5%, 2 trường hợp khuyết sọ độ III chiếm tỉ lệ 9,5%.

Với triệu chứng ra máu sau kinh: nhóm khuyết sọ độ I có 1 trường hợp ra máu sau kinh; nhóm khuyết sọ độ II tỉ lệ có triệu chứng ra máu sau kinh là 23,8%; nhóm khuyết sọ độ III tỉ lệ có triệu chứng ra máu sau kinh là 61,9%. Phân độ khuyết sọ càng nặng thì tỉ lệ ra máu sau kinh càng tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,001$ . Tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuyên với  $p = 0,004$  [3].

Mối liên quan của tư thế tử cung với phân độ khuyết sọ: Khuyết sọ xuất hiện nhiều hơn trên tử cung ngả sau, tuy nhiên khuyết sọ nặng phân bố đồng đều ở cả 3 tư thế của tử cung, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Mối liên quan của số lần mổ lấy thai và phân độ khuyết sọ. Với nhóm bệnh nhân mổ để 1 lần thì chủ yếu gặp khuyết sọ độ III với tỉ lệ 52,4%; khuyết sọ độ I, II chỉ là 14,3%. Với nhóm bệnh nhân mổ để trên 1 lần thì tỉ lệ khuyết sọ độ I là không có; độ II và độ III bằng nhau với tỉ lệ 9,5%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Năm 2009, Wang cùng cộng sự nghiên cứu về mối liên quan của khuyết sọ MLT với số lần mổ, có 207 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu này thì những phụ nữ đã trải qua nhiều lần sinh mổ có xu hướng có khuyết sọ lớn hơn so với những người đã trải qua một lần sinh

mổ [6]. Tuy nhiên, theo tác giả Gubbini và cộng sự [10], những triệu chứng nặng vẫn có thể xảy ra ở những bệnh nhân mổ lấy thai một lần. Điều này chứng tỏ mổ lấy thai nhiều lần không phải là điều kiện tiên quyết của khuyết sẹo mổ lấy thai. Tuy nhiên cỡ mẫu của nghiên cứu nhỏ nên độ tin cậy và độ mạnh của khi so sánh tương quan của các biến định tính không cao.

Có 1/21 trường hợp gặp biến chứng thủng bàng quang sau mổ, chiếm tỉ lệ 4,8%. Trường hợp này là trên bệnh nhân vết mổ đẻ cũ 2 lần, bàng quang dính treo cao vào tử cung. Thủng bàng quang trong thi gỡ dính, bóc tách bộc lộ vết mổ. Năm 2017, Vervoort đã có một nghiên cứu tiên cứu trên cỡ mẫu 105 bệnh nhân khuyết sẹo mổ lấy thai có triệu chứng hoặc vô sinh được phẫu thuật nội soi ổ bụng sửa sẹo. Các biến chứng trong mổ cũng được ghi nhận: 1 trường hợp chuyển mổ mở cầm máu, 1 tổn thương mạch thượng vị, 2 rách bàng quang [5].

## 5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân có khuyết sẹo mổ lấy thai có tỉ lệ kinh nguyệt bất thường trên 90%. Khuyết sẹo chủ yếu gặp trên tử cung tử thê ngã sau, hình thái khuyết tam giác, kích thước khuyết sẹo có liên quan đến mức độ nặng của biểu hiện lâm sàng. Phẫu thuật nội soi ổ bụng sửa khuyết sẹo cải thiện triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, ít biến chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Lê Hoài Chương, Mai Trọng Dũng, Nguyễn Đình Toàn, Đoàn Thị Thanh Thủy, Nhận xét thực trạng mổ lấy thai tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2017. Tạp chí Phụ Sản, 2017: p. 92-96.  
[2] Tulandi, T. and A. Cohen, Emerging Manifestations of Cesarean Scar Defect in Reproduc-

tive-aged Women. J Minim Invasive Gynecol, 2016. 23(6): p. 893-902.  
[3] Nguyễn Thị Xuyên, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng một số trường hợp khuyết sẹo mổ lấy thai có vô sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Trường Đại học Y Hà Nội, 2021. Trường Đại học Y Hà Nội.  
[4] Nguyễn Biên Thùy, Bước đầu đánh giá soi buồng tử cung sửa khuyết sẹo mổ lấy thai trên bệnh nhân rong kinh rong huyết tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Trường Đại học Y Hà Nội, 2019. Trường Đại học Y Hà Nội.  
[5] Vervoort et al., The effect of laparoscopic resection of large niches in the uterine caesarean scar on symptoms, ultrasound findings and quality of life: a prospective cohort study. Bjog, 2018. 125(3): p. 317-325.  
[6] Wang, C. B., et al., Cesarean scar defect: correlation between Cesarean section number, defect size, clinical symptoms and uterine position. Ultrasound Obstet Gynecol, 2009. 34(1): p. 85-9.  
[7] Donnez, O., et al., Gynecological and obstetrical outcomes after laparoscopic repair of a cesarean scar defect in a series of 38 women. Fertil Steril, 2017. 107(1): p. 289-296. e2.  
[8] Tanimura, S., et al., New diagnostic criteria and operative strategy for cesarean scar syndrome: Endoscopic repair for secondary infertility caused by cesarean scar defect. J Obstet Gynaecol Res, 2015. 41(9): p. 1363-9  
[9] Lê Thị Anh Đào, Đỗ Đức Đạt, Nguyễn Tài Đức, Nghiên cứu đặc điểm của khuyết sẹo mổ lấy thai sau mổ 12 tuần tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội. Tạp chí y học Việt Nam, 2020 -2021. 512: p. 28-31.  
[10] Gubbini, G., et al., Surgical hysteroscopic treatment of cesarean-induced isthmocele in restoring fertility: prospective study. J Minim Invasive Gynecol, 2011. 18(2): p. 234-7.