

APPLICATION OF SHIH AND COS CLASSIFICATIONS IN THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF CESAREAN SCAR PREGNANCY UNDER 10 WEEKS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Nguyen Manh Tri, Nguyen Xuan Thuc*

Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital - 929 La Thanh, Lang ward, Hanoi, Vietnam

Received: 18/11/2025

Revised: 05/12/2025; Accepted: 21/01/2026

ABSTRACT

Objective: To describe clinical and paraclinical characteristics and assess the prognostic value of the Shih and COS classifications in cesarean scar pregnancy under 10 weeks' gestation.

Methods: Cross-sectional study of 280 medical records from Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital (January-December 2024). Collected variables included clinical features, ultrasound findings, β -hCG, and management method; prognostic value was evaluated using ROC curves.

Results: Mean maternal age was 35.4 ± 5.1 years; mean gestational age 6.7 ± 1.2 weeks. Two prior cesarean sections accounted for 54.6%; an interval since the most recent cesarean ≥ 4 years occurred in 43.9%. Vaginal bleeding was common (43.9%); 16% were asymptomatic. Fetal cardiac activity increased with gestational age (100% at week 10). Marked hypervascularity was present in 49.6% and rose with gestational age. The gestational sac was most often oriented toward the uterine cavity (58.2%). β -hCG $> 10,000$ IU/L occurred in 78.9%. Suction evacuation was the predominant treatment (69.3%); overall success rate was 95%, with low complication rates (minor bleeding 1.1%; hemorrhage 2.5%; hematoma 3.6%). The Shih classification showed an AUROC of 0.64 (limited value); the COS classification had an AUROC of 0.54 (near non-discriminatory).

Conclusions: Early ultrasound screening-integrating sac morphology, hypervascularity, and β -hCG-supports individualized management of cesarean scar pregnancy. Ultrasound-guided suction evacuation is a safe, effective option when diagnosed early; standalone morphologic classification systems provide limited prognostic value.

Keywords: Cesarean scar pregnancy, Shih classification, COS classification, ultrasound, early diagnosis.

*Corresponding author

Email: bs.thucpsn@gmail.com **Phone:** (+84) 986068089 **https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD1.4256**



ỨNG DỤNG PHÂN LOẠI THEO SHIH/COS TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ CHỮA TẠI SẸO MỔ LẤY THAI Ở TUỔI THAI DƯỚI 10 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Mạnh Trí, Nguyễn Xuân Thúc*

Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội - 929 La Thành, phường Láng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 05/12/2025; Ngày duyệt đăng: 21/01/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá giá trị tiên lượng của phân loại Shih và COS ở chữa tại sẹo mổ lấy thai dưới 10 tuần.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 280 hồ sơ người bệnh điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội (từ tháng 1-12 năm 2024). Thu thập các biến lâm sàng, siêu âm, β hCG và phương pháp xử trí; đánh giá giá trị tiên lượng bằng đường cong ROC.

Kết quả: Tuổi mẹ trung bình $35,4 \pm 5,1$ năm; tuổi thai $6,7 \pm 1,2$ tuần. Hai lần mổ lấy thai trước chiếm 54,6%; khoảng cách lần mổ gần nhất ≥ 4 năm chiếm 43,9%. Ra máu âm đạo là triệu chứng thường gặp (43,9%); 16% không triệu chứng. Hoạt động tim thai tăng theo tuổi thai (tuần 10: 100%). Tăng sinh mạch nhiều gấp 49,6% và tăng theo tuổi thai. Vị trí túi thai phổ biến về phía buồng tử cung (58,2%). Nồng độ β hCG > 10.000 IU/L gấp 78,9%. Hút thai là biện pháp ưu thế (69,3%); tỉ lệ thành công chung 95%, biến chứng thấp (chảy máu 1,1%; băng huyết 2,5%; máu tụ 3,6%). Phân loại Shih có AUROC = 0,64 (giá trị hạn chế); phân loại COS có AUROC = 0,54 (gần như không phân biệt).

Kết luận: Sàng lọc sớm bằng siêu âm, kết hợp hình thái túi thai, tăng sinh mạch và β hCG giúp cá thể hóa điều trị chữa tại sẹo mổ lấy thai. Hút thai dưới hướng dẫn siêu âm là lựa chọn an toàn, hiệu quả khi phát hiện sớm; các hệ phân loại hình thái đơn lẻ có giá trị tiên lượng hạn chế.

Từ khóa: Chữa tại sẹo mổ lấy thai, phân loại Shih, phân loại COS, siêu âm, thai kỳ sớm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chữa tại sẹo mổ lấy thai (caesarean scar pregnancy - CSP) là hiện tượng túi thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ lấy thai của tử cung. Đây là hình thái khá hiếm gặp của chữa lạc vị trí. CSP dưới 10 tuần là một trong các trường hợp hay gặp nhất trong bệnh lý CSP và là một vấn đề được quan tâm khi mà tỷ lệ bệnh có xu hướng tăng. Thực tế ghi nhận đã có những trường hợp CSP gây biến chứng nặng nề, ảnh hưởng tới tính mạng của sản phụ. Trường hợp CSP đầu tiên được báo cáo ở Anh vào năm 1978, triệu chứng giống như một trường hợp sảy thai băng huyết [1]. Một số tài liệu ghi nhận CSP chiếm tỷ lệ dưới 1% các trường hợp chữa ngoài tử cung, chiếm 0,15% các trường hợp thai phụ có tiền sử mổ lấy thai và chiếm tỷ lệ khoảng 1/1.800-1/2.500 thai phụ [2].

CSP gây biến chứng nặng nếu không được chẩn đoán đúng và xử trí kịp thời. Bệnh có nguy cơ gây vỡ tử cung và đặc biệt là băng huyết, đe dọa tính mạng thai phụ [3]. Hiện nay, trên thế giới chưa có phác đồ điều trị cụ thể. Việc lựa chọn phương pháp điều trị đang dựa vào tuổi thai, vị trí túi thai, toàn trạng người bệnh. Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt để nhất nhưng cũng đã có những trường hợp chảy máu nhiều, phải cắt tử cung, phải truyền máu, ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của người bệnh. Can thiệp ngoại khoa tối thiểu hút thai dưới siêu âm nhằm kết thúc thai kỳ sớm, phần nào tránh phải phẫu thuật, tuy nhiên vẫn ghi nhận còn có tỷ lệ thất bại nhất định [2].

Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội là một bệnh viện tuyến cuối của thành phố Hà Nội, hàng năm tiếp nhận nhiều ca CSP đến khám và điều trị. Vì vậy việc hiểu được nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán, phân loại, các yếu tố liên quan, các cách điều trị, xử trí CSP là vô cùng cần thiết để hạn chế thấp nhất các hậu quả nghiêm trọng. Xuất phát từ những cơ sở khoa học và thực tế lâm sàng đã nêu trên, chúng tôi nghiên cứu đề tài “Ứng dụng phân loại theo Shih/COS trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý CSP ở tuổi thai dưới 10 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội” với mục tiêu mô tả phân loại theo Shih/COS bệnh lý CSP có tuổi thai dưới 10 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội nhằm cung cấp dữ liệu cập nhật về tình hình bệnh lý CSP trong giai đoạn sớm, góp phần định hướng chẩn đoán, lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp và nâng cao hiệu quả quản lý lâm sàng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng của nghiên cứu bao gồm toàn bộ hồ sơ bệnh án tại Khoa Phụ A5 và Khoa Sản Nhiễm trùng C3 của Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong giai đoạn từ 1/1/2024 đến 31/12/2024, thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán CSP với kích thước phôi đến 10 tuần. Những trường hợp được chẩn đoán CSP nhưng có biểu hiện sảy thai tại thời điểm

*Tác giả liên hệ

Email: bs.thucpsn@gmail.com Điện thoại: (+84) 986068089 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD1.4256>

tiếp nhận, hoặc các bệnh án không đầy đủ thông tin theo yêu cầu nghiên cứu, đều bị loại trừ khỏi mẫu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

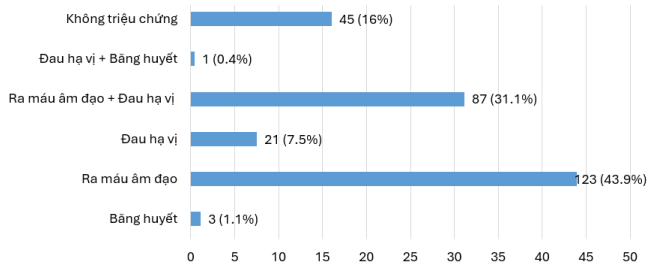
Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang và được tiến hành tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong giai đoạn từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024. Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu phi xác suất, thu thập toàn bộ các bệnh án và trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán CSP với tuổi thai dưới 10 tuần, điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội và đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian từ 1/1/2024 đến 31/12/2024. Tổng số trường hợp thu thập được trong nghiên cứu là 280 sản phụ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của sản phụ tham gia nghiên cứu (n = 280)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi của sản phụ (năm)		35,4 ± 5,1	
Tuổi thai (tuần)		6,7 ± 1,2	
Số lần sinh mổ trước đó	1 lần	74	26,4
	2 lần	153	54,6
	≥ 3 lần	53	18,9
Thời gian mổ gần nhất	1 năm	15	5,4
	2 năm	61	22,1
	3 năm	79	28,6
	≥ 4 năm	121	43,9

Tuổi trung bình sản phụ mắc CSP là 35,4 ± 5,1, tuổi thai trung bình 6,7 ± 1,2 tuần. Nhóm mổ lấy thai 2 lần chiếm tỷ lệ cao nhất (54,6%), tiếp đến 1 lần (26,4%) và ≥ 3 lần (19%). Thời gian từ lần mổ gần nhất ≥ 4 năm chiếm tỷ lệ lớn nhất (43,9%), trong khi chỉ 5,4% có khoảng cách 1 năm.



Biểu đồ 1. Phân bố theo triệu chứng cơ năng (n = 280)

Triệu chứng cơ năng gặp nhiều ở sản phụ tham gia nghiên cứu là ra máu âm đạo (43,9%), tiếp theo đến ra máu âm đạo + đau hạ vị (31,1%) và đau hạ vị (7,5%). Các triệu chứng cơ năng khác như đau hạ vị + băng huyết (0,4%) và băng huyết (1,1%) chiếm tỷ lệ thấp. Có 16% trường hợp sản phụ không có triệu chứng.

Bảng 2. Hoạt động tim thai, mức độ tăng sinh mạch máu theo tuổi thai

Tuổi thai	Chỉ số siêu âm		Tăng sin mạch máu	
	Có hoạt động tim thai	Không có hoạt động tim thai	Nhiều	Ít/Không có
4 tuần (n = 1)	0	1 (100%)	0	1 (100%)

Tuổi thai	Chỉ số siêu âm		Tăng sin mạch máu	
	Có hoạt động tim thai	Không có hoạt động tim thai	Nhiều	Ít/Không có
5 tuần (n = 41)	2 (4,9%)	39 (95,1%)	7 (17,1%)	34 (82,9%)
6 tuần (n = 86)	31 (36,1%)	55 (63,9%)	33 (38,4%)	53 (61,6%)
7 tuần (n = 82)	60 (73,2%)	22 (26,8%)	44 (53,7%)	38 (46,3%)
8 tuần (n = 42)	33 (78,6%)	9 (21,4%)	32 (76,2%)	10 (23,8%)
9 tuần (n = 27)	23 (85,2%)	4 (14,8%)	22 (81,5%)	5 (18,5%)
10 tuần (n = 1)	1 (100%)	0	1 (100%)	0
Cộng (n = 280)	150 (53,6%)	130 (46,4%)	139 (49,6%)	141 (50,4%)

Trong 280 thai phụ, 53,6% có hoạt động tim thai và 46,4% chưa ghi nhận. Hoạt động tim thai tăng theo tuổi thai: tuần 4 chưa ghi nhận, tuần 5 có 4,9%, tuần 6 đạt 36,1%, tuần 7 là 73,2%, tuần 8 là 78,6%, tuần 9 là 85,2%, và đến tuần 10 ghi nhận 100%.

Tương tự, trong 280 thai phụ, 139 trường hợp (49,6%) có tăng sinh mạch máu nhiều và 141 trường hợp (50,4%) ít hoặc không có. Tỷ lệ này tăng dần theo tuổi thai: tuần 4 chưa ghi nhận, tuần 5 đạt 17,1%, tuần 6 là 38,4%, tuần 7 vượt 50% (53,7%), tuần 8 là 76,2%, tuần 9 là 81,5%, và đến tuần 10 đạt 100%.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng và kết quả xử trí trường hợp CSP của sản phụ tham gia nghiên cứu (n = 280)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí túi thai	Về phía buồng tử cung	163	58,2
	Về phía bàng quang	47	16,8
	Vị trí trung gian	70	25
Nồng độ β-hCG	< 1000 UI/L	10	3,6
	1000-5000 UI/L	22	7,9
	5001-10.000 UI/L	27	9,6
	10.001-50.000 UI/L	82	29,3
	> 50.000 UI/L	139	49,6
Phương pháp xử trí	Diệt thai + hút thai + Methotrexate	9	3,2
	Hút thai + Methotrexate	29	10,4
	Hút thai đơn thuần	194	69,3
	Methotrexate	3	1,1
	Mổ cắt tử cung	6	2,1
	Mổ mở lấy khối chứa	35	12,5
	Mổ nội soi lấy khối chứa	4	1,4

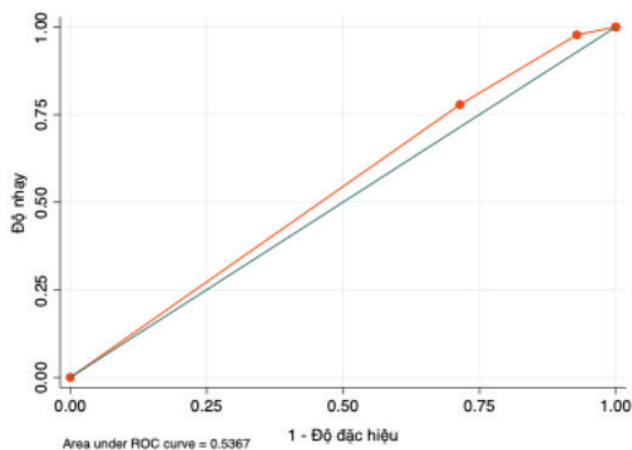
Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kết quả điều trị	Thành công	266	95,0
	Thất bại	14	5,0
Tai biến	Chảy máu	3	1,1
	Không tai biến	268	95,6
	Mổ lại	9	3,3
Biến chứng	Băng huyết	7	2,5
	Máu tụ vùng sẹo mổ lấy thai	10	3,6
	Không có biến chứng	263	93,9

Vị trí túi thai phổ biến ở phía buồng tử cung chiếm 58%. Tương tự, vị trí túi thai ở vị trí trung gian và về phía bàng quang lần lượt là 25% và 17%. Tất cả các sản phụ được thử β -hCG khi vào viện. Nồng độ β -hCG trong giới hạn từ trên 10.000 UI/L chiếm tỷ lệ cao (78,9%). Nồng độ β -hCG dưới 10.000 UI/L gặp 57/280 trường hợp, chiếm tỷ lệ thấp hơn là 21,1%. Phương pháp điều trị chủ yếu là hút thai (69,3%), tiếp theo mổ mở (12,5%) và hút thai kết hợp Methotrexate (10,4%). Tỷ lệ thành công đạt 95%, thất bại 5%. Biến chứng hiếm gặp: chảy máu 1,1%, băng huyết 2,5%, máu tụ 3,6%, và 3,3% phải mổ lại; đa số (93,9%) không có biến chứng.

Bảng 4. Phân loại COS, Shih ở các trường hợp CSP (n = 280)

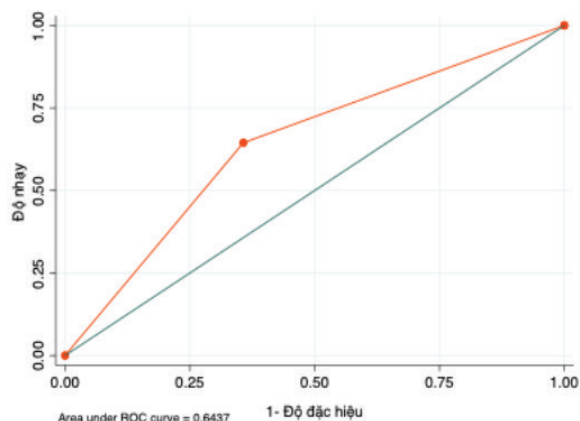
Phân loại		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phân loại theo COS	COS 1	56	20,0
	COS 2+	7	2,5
	COS 2-	217	77,5
Phân loại theo Shih	Shih I	170	60,7
	Shih II	100	35,7
	Shih III	10	3,6

Ở các trường hợp CSP < 10 tuần, theo phân loại COS, nhóm COS 2- chiếm tỷ lệ cao nhất (77,5%), tiếp theo là COS 1 (20%), trong khi COS 2+ chiếm tỷ lệ thấp (2,5%). Theo phân loại Shih, đa số trường hợp thuộc Shih I (60,7%), tiếp đến là Shih II (35,7%) và Shih III chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,6%).



Biểu đồ 2. Đường cong ROC của phân loại COS khi dự đoán kết quả điều trị ở sản phụ CSP (AUROC = 0,54)

Diện tích dưới đường cong của phân loại COS khi dự đoán kết quả điều trị ở sản phụ CSP là 0,54. Giá trị AUC này gần tiệm cận với 0,5, cho thấy khả năng phân biệt của phân loại COS đối với kết quả điều trị là thấp và không có ý nghĩa nhiều về mặt dự đoán lâm sàng.



Biểu đồ 3. Đường cong ROC của phân loại Shih khi dự đoán kết quả điều trị ở sản phụ CSP (AUROC = 0,64)

Diện tích dưới đường cong của phân loại COS khi dự đoán kết quả điều trị ở sản phụ CSP là 0,54. Giá trị AUC này gần tiệm cận với 0,5, cho thấy khả năng phân biệt của phân loại COS đối với kết quả điều trị là thấp và không có ý nghĩa nhiều về mặt dự đoán lâm sàng.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình của sản phụ mắc CSP là $35,4 \pm 5,1$ tuổi, tuổi thai trung bình $6,7 \pm 1,2$ tuần. So sánh với nghiên cứu của Đỗ Văn Quyết và cộng sự (2023) [4], số liệu này tương đồng, phản ánh đặc điểm chung ở nhóm phụ nữ thành thị lập gia đình muộn và có xu hướng trì hoãn mang thai. Tuổi thai phát hiện bệnh thường trong khoảng 6-8 tuần, gắn liền với thực hành siêu âm thai sớm tại các cơ sở chuyên khoa lớn. Trong khi đó, số lần mổ lấy thai trước là yếu tố nguy cơ quan trọng. Nghiên cứu trong nước của Diễm Thị Thanh Thủy (2013) cho thấy tỷ lệ CSP cao nhất ở nhóm 1-2 lần mổ, rất hiếm ở mổ ≥ 3 lần; khoảng cách từ lần mổ trước đến mang thai cũng được ghi nhận là yếu tố liên quan [5]. Điều này gợi ý rằng thời gian dài sau mổ có thể làm vết sẹo biến đổi cấu trúc, giảm bền chắc, tạo điều kiện cho túi thai bám bất thường.

Ra máu âm đạo là triệu chứng hay gặp nhất (43,9%), kết hợp ra máu và đau hạ vị chiếm 31,1% (cao hơn các nghiên cứu trước), gợi ý cần lưu ý nhóm triệu chứng phối hợp. Đau hạ vị đơn thuần (7,5%) và băng huyết (1,1%) thấp hơn nhiều so với báo cáo của Đỗ Văn Quyết và cộng sự [4], điều này phản ánh hiệu quả của sàng lọc sớm. Đáng chú ý, 16% trường hợp hoàn toàn không có triệu chứng - phù hợp với các nghiên cứu khác và nhấn mạnh vai trò tầm soát bằng siêu âm. Hoạt động tim thai được phát hiện tăng dần theo tuổi thai, từ 0% ở 4 tuần đến 100% ở 10 tuần. Tỷ lệ phát hiện sớm (tuần 6-7) cao hơn so với các tác giả trong và ngoài nước, chứng tỏ giá trị của siêu âm sàng lọc sớm [2], [4]. Khi áp dụng phân loại COS, nhóm COS-2 chiếm ưu thế (77,5%). Phân loại Shih cho thấy 60,7% ở độ I, 35,7% ở độ II và 3,6% ở độ III, thấp hơn tỷ lệ xâm lấn nặng trong nghiên cứu gốc của Lin S.Y và cộng sự [6]. Trong

nguyên cứu của chúng tôi, vị trí túi thai phổ biến nhất là phía buồng tử cung (58%), bên cạnh đó kết quả cũng cho thấy 49,6% có tăng sinh mạch máu nhiều, tỷ lệ này tăng dần theo tuổi thai, phù hợp với nghiên cứu của Jurkovic D và cộng sự [3]. Phần lớn bệnh nhân có β -hCG > 10.000 UI/L (78,9%). So với các nghiên cứu trong và ngoài nước, mức biến thiên rộng phản ánh sự khác biệt thời điểm chẩn đoán [7-8]. Dù không quyết định trực tiếp phương pháp điều trị, β -hCG vẫn hữu ích trong theo dõi, tiên lượng thành công bảo tồn, đặc biệt khi nồng độ thấp [9]. Phương pháp phổ biến nhất là hút thai đơn thuần (69,3%), tiếp đến mổ mở (12,5%), Methotrexate đơn thuần rất thấp (1,1%). Tỷ lệ điều trị thành công đạt 95%, cao hơn nhiều nghiên cứu trong nước trước đây: Đinh Quốc Hưng (2011) 44,4% [10]; Diễm Thị Thanh Thủy (2013) 87,5% [5]; Trần Thị Ngọc Hà và cộng sự (2021) 84,2% [9]. Sự khác biệt chủ yếu nhờ phát hiện sớm, đánh giá mạch máu kỹ lưỡng và cá thể hóa phương pháp. Biến chứng ghi nhận thấp (1,1% chảy máu, 3,3% cần mổ lại), thấp hơn rõ rệt so với báo cáo của Alameddine S và cộng sự [7]. Thời gian nằm viện trung bình 4,9 ngày, tương đồng với các nghiên cứu trong nước áp dụng hút thai đơn thuần [9]. Phân loại COS có giá trị tiên lượng hạn chế (AUROC = 0,54), trong khi Shih có AUROC cao hơn (0,64) nhưng vẫn chưa đạt mức mạnh.

Một số hạn chế của nghiên cứu có thể kể đến như: do đây là nghiên cứu là cắt ngang, đơn trung tâm, một số nhóm mẫu nhỏ (COS 2+, Shih III) hạn chế so sánh, và chưa theo dõi lâu dài về khả năng sinh sản hay tái phát. Do đó, cần nghiên cứu đa trung tâm, tiến cứu, cỡ mẫu lớn, theo dõi dài hạn để củng cố bằng chứng.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 280 trường hợp CSP ghi nhận tuổi sản phụ trung bình 35,4 tuổi, tuổi thai chẩn đoán 6,7 tuần, với triệu chứng thường gặp nhất là ra máu âm đạo và đa số có β -hCG cao. Nhóm phân loại Shih I và COS 2 chiếm tỷ lệ chủ yếu; phương pháp điều trị được áp dụng nhiều nhất là hút thai đơn thuần với tỷ lệ thành công cao và ít biến chứng. Phân loại Shih và COS giúp mô tả hình thái túi thai nhưng khả năng tiên lượng kết quả điều trị còn hạn chế. Nghiên cứu bổ sung bằng chứng thực tiễn giúp định hướng lựa chọn phương pháp xử trí phù hợp trong giai đoạn sớm của CSP.

Từ nghiên cứu này, chúng tôi khuyến nghị: để nâng cao hiệu quả chẩn đoán và xử trí CSP, cần siêu âm sàng lọc sớm từ 5-6 tuần cho tất cả sản phụ có tiền sử mổ lấy thai, kể cả khi không có triệu chứng. Việc kết hợp đánh giá hình thái siêu âm, mức độ tăng sinh mạch và β -hCG giúp cá thể hóa điều trị, thay vì chỉ dựa vào phân loại hình thái. Các phương pháp ít xâm lấn như hút thai đơn thuần hoặc phối hợp Methotrexate nên được ưu tiên khi phát hiện sớm, trong khi phẫu thuật cần chuẩn bị cho các trường hợp phức tạp, xâm lấn sâu hoặc nguy cơ chảy máu cao. Đồng thời, nên xây dựng hệ thống chấm điểm nguy cơ tại các cơ

sở sản khoa trong nước để nâng cao giá trị tiên lượng và hỗ trợ lựa chọn phương pháp điều trị. Các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn và theo dõi dài hạn là cần thiết để đánh giá toàn diện tác động lâu dài và nguy cơ tái phát.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Larsen J.V, Solomon M.H. Pregnancy in a uterine scar sacculus-an unusual cause of postabortal haemorrhage: A case report. *S Afr Med J*, 1978, 53 (4): 142-3.
- [2] Timor-Tritsch I.E, Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy: A review. *Am J Obstet Gynecol*, 2012, 207 (1): 14-29. doi: 10.1016/j.ajog.2012.03.007. Epub 2012 Mar 10.
- [3] Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B et al. 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.
- [4] Đỗ Văn Quyết, Lương Minh Tuấn, Phạm Hồng Đức. Vai trò của siêu âm trong chẩn đoán, phân độ và điều trị thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ lấy thai. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 2023, 170 (9): 106-115. <https://doi.org/10.52852/tcnycy.v170i9.1901>
- [5] Diễm Thị Thanh Thủy. Nghiên cứu chữa sẹo mổ lấy thai tại bệnh viện phụ sản Hà Nội, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2013.
- [6] Lin S.Y, Hsieh C.J, Tu Y.A 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
- [7] Alameddine S, Lucidi A, Jurkovic D et al. Treatments for cesarean scar pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2024, 37 (1): 2327569. doi: 10.1080/14767058.2024.2327569
- [8] Đỗ Thị Ngọc Lan, Đàm Thị Quỳnh Liên, Phạm Duy Duẩn và cộng sự. Tình hình điều trị chữa tại sẹo mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 3/2011 đến hết tháng 2/2012. *Tạp chí Phụ Sản*, 2012, 10 (2): 173-183.
- [9] Trần Thị Ngọc Hà, Phạm Thị Thanh Hiền, Hồ Giang Nam. Kết quả điều trị chữa sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ năm 2018 đến 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021, 504 (1): 259-263. <https://doi.org/10.51298/vmj.v504i1.881>
- [10] Đinh Quốc Hưng. Nghiên cứu chữa ở sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2011.