

# CURRENT STATUS OF TREATMENT FOR CESAREAN SCAR PREGNANCY USING VACUUM ASPIRATION AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL, 2024–2025

Mai Trong Hung<sup>1,2</sup>, Le Thi An<sup>2</sup>, Truong Quang Vinh<sup>1,2</sup>, Pham Duc Anh<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital - 929 La Thanh Street, Lang Ward, Hanoi City, Vietnam

<sup>2</sup>University of Medicine and Pharmacy – Vietnam National University, Hanoi - Y1 Building, 144 Xuan Thuy Street, Cau Giay Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 04/01/2026

Revised: 04/02/2026; Accepted: 22/03/2026

## ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the treatment outcomes of cesarean scar pregnancy (CSP) managed by ultrasound-guided vacuum aspiration at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital during 2024–2025.

**Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 70 patients diagnosed with CSP and treated by vacuum aspiration at Department A5, Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital, from January 2024 to June 2025. Case selection followed RCOG diagnostic criteria, confirmed by transvaginal ultrasonography and serum  $\beta$ hCG quantification. Data were collected from medical records and analyzed using SPSS version 26.0.

**Results:** The mean age was  $34.6 \pm 4.79$  years. Most patients had a history of two cesarean sections (57.1%) and were diagnosed at 7–8 weeks of gestation (74.3%). Common symptoms included missed menstruation (68.6%) and abnormal vaginal bleeding (64.3%). On ultrasound, 94.3% of gestational sacs were implanted at the previous cesarean scar, 78.6% showed increased vascularity. Regarding treatment outcomes, 90.0% of cases achieved complete evacuation immediately. Serum  $\beta$ hCG levels decreased significantly after 48 hours. The procedure was safe with no complications in 97.1% of cases; only 1.4% required open surgery for hemostasis and 1.4% required hysterectomy. The most common hospital stay was  $\leq 3$  days (47.1%).

**Conclusion:** Ultrasound-guided vacuum aspiration is a safe and highly effective treatment for early-stage cesarean scar pregnancy, allowing good hemorrhage control, shorter hospitalization, and preservation of reproductive function. Early diagnosis by transvaginal ultrasonography in women with a history of cesarean delivery plays a crucial role in prognosis and in selecting the optimal treatment strategy.

**Keywords:** cesarean scar pregnancy, vacuum aspiration, transvaginal ultrasonography,  $\beta$ hCG, uterine preservation.

\*Corresponding author

Email: drvinh1277@gmail.com Phone: (+84) 985219988 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4597>

# THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ CHỮA TRÊN SẸO MỔ LẤY THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2024–2025

Mai Trọng Hưng<sup>1,2</sup>, Lê Thị An<sup>2</sup>, Trương Quang Vinh<sup>1,2</sup>, Phạm Đức Anh<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội - Số 929 La Thành, phường Láng, thành phố Hà Nội, Việt Nam

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội - Nhà Y1, 144 Xuân Thủy, phường Cầu Giấy, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 04/02/2026; Ngày duyệt đăng: 22/03/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị chữa trên sẹo mổ lấy thai (SMLT) bằng phương pháp hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội giai đoạn 2024–2025.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 70 bệnh nhân được chẩn đoán chữa trên sẹo mổ lấy thai và điều trị bằng hút chân không tại Khoa A5 – Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, từ 01/2024 đến 06/2025. Tiêu chuẩn lựa chọn dựa theo hướng dẫn RCOG, xác định bằng siêu âm đầu dò âm đạo và định lượng  $\beta$ hCG. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và xử lý thống kê bằng SPSS 26.0.

**Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $34,6 \pm 4,79$  tuổi. Đa số bệnh nhân có tiền sử mổ lấy thai 2 lần (57,1%) và được phát hiện thai ở tuổi thai 7–8 tuần (74,3%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là chậm kinh (68,6%) và ra máu âm đạo bất thường (64,3%). Trên siêu âm, 94,3% túi thai nằm tại vùng eo tử cung tương ứng sẹo mổ cũ, 78,6% có tăng sinh mạch, và 31,4% có độ dày cơ tử cung vùng sẹo  $\leq 2$  mm. Về kết quả điều trị: 90,0% trường hợp hút hết túi ối hoàn toàn ngay sau thủ thuật. Nồng độ  $\beta$ hCG trung bình giảm mạnh sau 48 giờ (từ 50.784 xuống 10.252 mIU/ml). Hầu hết các thủ thuật không ghi nhận tai biến (97,1%); chỉ có 1 trường hợp (1,4%) phải mổ mở cầm máu và 1 trường hợp (1,4%) phải cắt tử cung. Thời gian nằm viện chủ yếu là  $\leq 3$  ngày (47,1%).

**Kết luận:** Phương pháp hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm là biện pháp điều trị an toàn và hiệu quả cho chữa trên sẹo mổ lấy thai giai đoạn sớm, giúp kiểm soát chảy máu tốt, rút ngắn thời gian nằm viện và bảo tồn khả năng sinh sản. Siêu âm đầu dò âm đạo đóng vai trò then chốt trong chẩn đoán sớm và tiên lượng.

**Từ khóa:** chữa trên sẹo mổ lấy thai, hút chân không, siêu âm đầu dò âm đạo,  $\beta$ hCG, bảo tồn tử cung.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chữa trên sẹo mổ lấy thai (SMLT) là một thể đặc biệt của thai ngoài tử cung, khi túi thai làm tổ ngay tại vị trí sẹo mổ cũ trên đoạn dưới tử cung. Mặc dù hiếm gặp, nhưng tỷ lệ mắc SMLT đang có xu hướng gia tăng song song với sự tăng lên của phẫu thuật mổ lấy thai trên toàn thế giới. Tỷ lệ chữa trên sẹo mổ được ước tính vào khoảng 1/1.800–1/2.000 thai phụ [1], trong đó có đến 6,1% các trường hợp chữa ngoài tử cung xảy ra ở những người có tiền sử mổ lấy thai [2]. Tình trạng này có thể gây hậu quả nghiêm trọng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, như vỡ tử cung, băng huyết nặng, thậm chí phải cắt tử cung, ảnh hưởng đến khả năng sinh sản và tính mạng người bệnh.

Tại Việt Nam, tỷ lệ mổ lấy thai tăng nhanh từ 12% năm 2005 lên tới 37% vào năm 2022 [3], kéo theo sự gia tăng đáng kể các trường hợp SMLT. Trong thực hành lâm sàng, chữa SMLT không chỉ gây khó khăn cho chẩn đoán mà còn là thách thức trong việc lựa chọn phương pháp điều

trị vừa đảm bảo an toàn, vừa bảo tồn tử cung và khả năng sinh sản. Nhờ tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là siêu âm đầu dò âm đạo, nhiều trường hợp đã được phát hiện sớm và xử trí thành công bằng các biện pháp ít xâm lấn như hút thai dưới hướng dẫn siêu âm [4]. Phương pháp này giúp giảm nguy cơ biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện so với các phẫu thuật truyền thống.

Tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, các phương pháp điều trị SMLT đã được áp dụng đa dạng như: tiêm methotrexate, cắt bỏ khối thai, hoặc hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm. Trong đó, phương pháp hút chân không là hướng điều trị bảo tồn mới, ít xâm lấn, giúp loại bỏ mô thai sớm, giảm chảy máu và giữ được chức năng sinh sản cho người bệnh. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bằng hút chân không tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2024-2025.

\*Tác giả liên hệ

Email: drvinh1277@gmail.com Điện thoại: (+84) 985219988 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4597>

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng của nghiên cứu là những người bệnh được chẩn đoán chữa trên SMLT và điều trị bằng phương pháp hút chân không tại Khoa Phụ Ngoại (A5) – Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong thời gian từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 06 năm 2025.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:* gồm các tiêu chí sau

Chẩn đoán xác định SMLT theo hướng dẫn RCOG 2016 [5];

Siêu âm xác định túi thai tại vị trí sẹo mổ cũ;

Cơ tử cung còn  $\geq 2$  mm giữa túi thai và bàng quang; chưa can thiệp điều trị nơi khác.

*Tiêu chuẩn loại trừ:* một trong các tiêu chí sau

Băng huyết nặng

Sảy thai đang tiến triển, hoặc

Bệnh lý nội khoa cấp tính nặng.

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

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa A5 – Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 06 năm 2025.

### 2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu.

### 2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Do tỷ lệ chữa SMLT rất thấp, phương pháp chọn mẫu thuận tiện được áp dụng, lựa chọn toàn bộ người bệnh chẩn đoán chữa SMLT đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Cách chọn mẫu này phù hợp với nghiên cứu mô tả hồi cứu, đảm bảo tận dụng tối đa số lượng bệnh án sẵn có, đồng thời phản ánh khách quan thực tiễn điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

### 2.5. Biến số và phương pháp thu thập thông tin

Nghiên cứu thu thập nhiều nhóm biến số phản ánh toàn diện đặc điểm và kết quả điều trị. Các biến số chính bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn), tiền sử sản khoa (số lần mổ lấy thai, khoảng cách lần mổ gần nhất), đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng (ra máu âm đạo, đau bụng, độ dày cơ tử cung, doppler mạch máu), và kết quả điều trị (lượng máu hút,  $\beta$ hCG sau 48 giờ, biến chứng, thời gian nằm viện, thời điểm có kinh trở lại). Mỗi biến được mã hóa và định nghĩa rõ ràng để đảm bảo tính nhất quán trong phân tích.

Công cụ thu thập thông tin là phiếu thu thập dữ liệu bệnh án, được xây dựng, thử nghiệm và hiệu chỉnh trước khi áp dụng chính thức. Nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập dữ liệu từ hồ sơ bệnh án giấy và điện tử, bao gồm siêu âm, xét nghiệm  $\beta$ hCG, ghi chú thủ thuật và diễn biến sau hút thai. Quá trình nhập liệu được thực hiện song song bởi hai thành viên độc lập, kiểm tra chéo để đảm bảo tính chính xác.

### 2.6. Phân tích và xử lý số liệu

Sau khi thu thập, dữ liệu được mã hóa và nhập vào phần mềm SPSS 26.0 để phân tích thống kê. Các biến định

tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm, trong khi biến định lượng được mô tả bằng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn.

### 2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Phụ sản Hà Nội thông qua trước khi tiến hành. Tất cả dữ liệu được thu thập hoàn toàn từ hồ sơ lưu trữ, không can thiệp vào quá trình điều trị của người bệnh. Thông tin cá nhân được mã hóa, bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

## 3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Tuổi trung bình</b>	34,6 $\pm$ 4,79	
< 35 tuổi	34	48,6
$\geq$ 35 tuổi	36	51,4
<b>Nơi cư trú</b>		
Thành thị	42	60,0
Nông thôn	28	40,0
<b>Số lần mổ lấy thai cũ</b>		
1 lần	21	30,0
2 lần	40	57,1
$\geq$ 3 lần	9	12,9
<b>Khoảng cách từ lần mổ gần nhất</b>		
< 2 năm	19	27,1
2 – 5 năm	33	47,1
> 5 năm	18	25,8

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 34,6 (Bảng 1). Đa số bệnh nhân sinh sống tại thành thị (60,0%). Về tiền sử sản khoa, nhóm có tiền sử mổ lấy thai 2 lần chiếm tỷ lệ cao nhất (57,1%), và khoảng cách từ lần mổ gần nhất chủ yếu là 2–5 năm (47,1%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Triệu chứng lâm sàng</b>		
Chậm kinh	48	68,6
Ra máu âm đạo bất thường	45	64,3
Đau bụng hạ vị	40	57,1
<b>Tuổi thai theo siêu âm</b>		
< 7 tuần	7	10,0
7 – 8 tuần	52	74,3
> 8 tuần	11	15,7
<b>Độ dày cơ tử cung vùng sẹo</b>		
$\leq$ 2 mm	22	31,4
> 2 mm	48	68,6

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Phân loại theo Shih</b>		
Độ I	32	45,7
Độ II	36	51,4
Độ III	2	2,9
<b>Doppler mạch máu</b>		
Có tăng sinh mạch	55	78,6

Chậm kinh và ra máu âm đạo là hai triệu chứng phổ biến nhất (Bảng 2). Trên siêu âm, đa số thai ở giai đoạn 7–8 tuần (74,3%). Đáng chú ý, 78,6% trường hợp có tăng sinh mạch trên Doppler và phần lớn thuộc phân loại Shih độ I và II.

**Bảng 3. Kết quả thủ thuật hút chân không**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Tình trạng túi ối sau hút</b>		
Hút hết hoàn toàn	63	90,0
Còn phần thai/rau sót	7	10,0
<b>Tai biến trong thủ thuật</b>		
Không có tai biến	68	97,1
Chảy máu phải mổ mở	1	1,4
Cắt tử cung	1	1,4
<b>Kỹ thuật cầm máu hỗ trợ</b>		
Sonde Foley chèn bóng	42	60,0
Thuốc co hồi tử cung	27	38,6
<b>Thời gian nằm viện</b>		
≤ 3 ngày	33	47,1
4 – 6 ngày	24	34,3
> 6 ngày	13	18,6

Kết quả cho thấy tỷ lệ hút sạch hoàn toàn ngay sau thủ thuật đạt 90,0% (Bảng 3). Sonde Foley chèn bóng là biện pháp cầm máu hỗ trợ được sử dụng nhiều nhất (60,0%). Nồng độ  $\beta$ hCG trung bình giảm mạnh từ 50.784,7 mIU/ml trước hút xuống 10.252,9 mIU/ml sau 48 giờ. Đa số bệnh nhân (82,9%) không còn dịch hay máu tụ trên siêu âm sau hút. Chỉ có 2 ca gặp tai biến chảy máu nặng cần can thiệp phẫu thuật (2,8%).

#### 4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu mô tả 70 trường hợp chữa trên sẹo mổ lấy thai được điều trị bằng phương pháp hút chân không tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội giai đoạn 2024–2025. Kết quả cho thấy phương pháp điều trị được thực hiện an toàn, ít tai biến, mang lại tỷ lệ thành công cao, giúp bảo tồn tử cung và rút ngắn thời gian nằm viện.

Trong nghiên cứu này, các triệu chứng thường gặp nhất khi bệnh nhân nhập viện là chậm kinh (68,6%), ra máu âm đạo bất thường (64,3%) và đau bụng hạ vị (57,1%). Nhóm có phối hợp đầy đủ cả ba triệu chứng (chậm kinh, ra máu, đau bụng) chiếm tỷ lệ đáng kể 32,9%. Kết quả này phù hợp với xu hướng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu

trước đây về chữa trên sẹo mổ lấy thai. Nguyễn Công Trình (2025) báo cáo tần suất chậm kinh 100%, ra huyết 56,5%, đau bụng 45,6%, và không ghi nhận trường hợp không có triệu chứng, cho thấy biểu hiện chậm kinh gần như phổ biến ở tất cả bệnh nhân [6]. Tương tự, Lê Hoàng Minh và cộng sự (2025) cũng ghi nhận chậm kinh 88,9%, ra máu âm đạo 66,7%, đau hạ vị 17,8%, với nhóm có cả ba triệu chứng chiếm 15,6%. Sự tương đồng giữa các kết quả này củng cố nhận định rằng chậm kinh và ra máu âm đạo là hai biểu hiện lâm sàng điển hình nhất, có giá trị gợi ý sớm trong chẩn đoán chữa tại sẹo mổ lấy thai [7]. Đồng thời, vẫn có 17,1% trường hợp chỉ có biểu hiện chậm kinh đơn thuần, gợi ý rằng triệu chứng lâm sàng có thể không đồng nhất và việc dựa hoàn toàn vào lâm sàng có thể bỏ sót bệnh.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn túi thai bám vùng eo tử cung – vị trí sẹo mổ cũ (94,3%), và đa số có tăng sinh mạch quanh túi thai (78,6%). Những đặc điểm này phản ánh điển hình của chữa tại SMLT, tương tự các báo cáo trước đây trong nước. Nghiên cứu của Lê Hoàng Minh và cs (2025) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương ghi nhận 93,3% tăng sinh mạch quanh khối thai, và 86,7% bánh rau phát triển ở mặt trước tử cung, gần tương đồng với kết quả hiện tại [7]. Sự tương đồng này cho thấy các biến đổi mạch máu quanh sẹo mổ là đặc trưng quan trọng trên siêu âm Doppler, có giá trị tiên lượng nguy cơ chảy máu và hướng dẫn chọn phương pháp điều trị phù hợp. Trong khi đó, Nguyễn Công Trình (2025) cũng ghi nhận túi thai nằm ở vị trí sẹo hoặc sát sẹo trong 100% trường hợp, củng cố nhận định rằng vị trí bám của túi thai tại sẹo mổ cũ là yếu tố chẩn đoán xác định SMLT [6].

Về độ dày cơ tử cung, nghiên cứu ghi nhận 31,4% trường hợp có độ dày cơ tử cung vùng sẹo ≤ 2 mm, trong khi phần lớn (68,6%) có độ dày > 2 mm. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Hoàng Minh (66,7% có độ dày cơ ≤ 2 mm) [7]. Sự khác biệt này có thể do đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được phát hiện ở tuổi thai sớm (74,3% từ 7–8 tuần), khi mức độ xâm lấn làm mỏng cơ tử cung chưa quá nghiêm trọng. Dữ liệu này cũng cho thấy không phải toàn bộ trường hợp chữa SMLT đều có cơ tử cung mỏng đáng kể, trái với quan niệm truyền thống. Đây là yếu tố thuận lợi giúp việc thực hiện thủ thuật hút chân không an toàn hơn và giảm nguy cơ thủng tử cung.

Hệ thống phân loại của Shih được công bố năm 2018, chia chữa trên sẹo mổ thành 4 độ dựa trên mức độ xâm lấn vào cơ tử cung và sự hình thành khối mạch máu [8] and the optimal management is yet to be defined. We retrospectively enrolled 109 patients with the diagnosis of CSP from our department and categorized them into four grades based on the ultrasound presentation. Grade I CSP indicated the GS embedded in less than one-half thickness of the lower anterior corpus; and grade II CSP represented the GS extended to more than one-half thickness of overlying myometrium. Grade III CSP implied the GS bulged out of the cesarean scar; and grade IV CSP denoted that GS became an amorphous tumor with rich vascularity at the cesarean scar. Seventy-eight women received surgery, and the complication rate was 14.1% (11/78). Trong nghiên cứu gốc trên 109 bệnh nhân, Shih nhận thấy rằng mức độ xâm lấn của phẫu thuật tỷ lệ thuận với phân độ siêu âm. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy

phần lớn được chẩn đoán ở tuổi thai 7 – 8 tuần (74,3%), với mức độ Shih I – II chiếm 97,1% và không có trường hợp nào Shih IV. Điều này khác biệt so với nghiên cứu của Lê Thị Anh Đào & Đỗ Tuấn Đạt (2022), trong đó 56,4% thuộc độ II và 12,8% độ III, chủ yếu ở nhóm thai 8–10 tuần [9]. Lê Hoàng Minh & cs. (2025) cũng ghi nhận tuổi thai trung bình  $8,3 \pm 1,7$  tuần [7]. Điều này cho thấy bệnh viện Phụ Sản Hà Nội đã tích cực chẩn đoán sớm tình trạng chửa SMLT trong những năm gần đây, dẫn đến tuổi thai chẩn đoán nhỏ hơn và mức độ xâm lấn thấp hơn.

Phương pháp hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm trong nghiên cứu đem lại hiệu quả cao. Tỷ lệ hút hết hoàn toàn túi ối ngay sau thủ thuật đạt 90,0%. Chỉ có 01 trường hợp (1,4%) phải chuyển mổ mở cầm máu và 01 trường hợp (1,4%) cắt tử cung. Như vậy, tỷ lệ bảo tồn tử cung thành công đạt 98,6%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Công Trình (2025) với tỷ lệ thành công đạt 97,8% và chỉ 2,2% phải chuyển mổ [6]. Việc sử dụng Sonde Foley chèn bóng hỗ trợ cầm máu trong 60,0% trường hợp là yếu tố quan trọng giúp kiểm soát chảy máu tại chỗ hiệu quả, hạn chế tối đa việc phải can thiệp phẫu thuật.

Nồng độ  $\beta$ hCG giảm mạnh sau 48 giờ (từ trung bình 50.784,7 mIU/ml xuống 10.252,9 mIU/ml), khẳng định hiệu quả loại bỏ mô thai của phương pháp hút. Khi so sánh với nghiên cứu của Lê Thị Anh Đào & Đỗ Tuấn Đạt (2022), nhóm tiêm Methotrexate (MTX) trước hút chỉ đạt tỷ lệ thành công 70% do đối tượng nghiên cứu thường là các ca nặng, thai lớn và tăng sinh mạch nhiều [9]. Ngược lại, kết quả của chúng tôi (hút chân không đơn thuần hoặc phối hợp giảm đau/cầm máu cơ học) cho thấy hiệu quả cao hơn ở nhóm bệnh nhân được phát hiện sớm và sàng lọc kỹ lưỡng.

Thời gian nằm viện ngắn cũng là một ưu điểm nổi bật, với 47,1% bệnh nhân ra viện trong vòng 3 ngày và 34,3% trong 4–6 ngày. Số liệu này tương đồng với kết quả  $4,47 \pm 1,49$  ngày trong nghiên cứu của Nguyễn Công Trình (2025), và thấp hơn nhiều so với thời gian nằm viện 11,7 ngày trong nhóm điều trị phối hợp MTX của Lê Thị Anh Đào và Đỗ Tuấn Đạt (2022) [6,9]. Đa số bệnh nhân (64,3%) có kinh trở lại trong vòng 4–6 tuần sau thủ thuật, cho thấy chức năng sinh sản hồi phục tốt.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Nghiên cứu được thực hiện với cỡ mẫu còn hạn chế (70 trường hợp) trong khoảng thời gian ngắn, nên chưa phản ánh đầy đủ sự đa dạng của các mức độ chửa trên sẹo mổ lấy thai, đặc biệt là các trường hợp ở giai đoạn muộn hoặc có biến chứng nặng. Thiết kế mô tả hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án có thể làm giảm độ chính xác của một số thông tin lâm sàng và cận lâm sàng. Ngoài ra, nghiên cứu chưa tiến hành so sánh trực tiếp giữa các phương pháp điều trị khác nhau (hút chân không, MTX, phẫu thuật), do đó chưa thể đánh giá toàn diện hiệu quả tương đối giữa các chiến lược xử trí. Những hạn chế này cần được khắc phục trong các nghiên cứu tiến cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và phân tích đa trung tâm để có kết luận khái quát và có giá trị thực tiễn cao hơn.

## 5. KẾT LUẬN

Phương pháp hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm là biện pháp điều trị an toàn và hiệu quả cao (90% hút sạch hoàn toàn, 97,1% không tái biến) đối với chửa trên sẹo mổ lấy thai được phát hiện sớm. Việc kết hợp chèn bóng Foley giúp kiểm soát chảy máu tốt. Siêu âm đầu dò âm đạo là công cụ không thể thiếu trong chẩn đoán, tiên lượng và hướng dẫn thủ thuật. Cần có các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá thêm các yếu tố tiên lượng kết quả điều trị, tối ưu hóa phác đồ can thiệp phù hợp với thực tế lâm sàng tại Việt Nam.

## 6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003;21:220–7. <https://doi.org/10.1002/uog.56>
- [2] Rotas MA, Haberman S, Levgr M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol.* 2006;107:1373–81. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000218690.24494.ce>
- [3] General Statistics Office and UNICEF. 2021. Survey measuring Viet Nam Sustainable Development Goal indicators on Children and Women 2020-2021, Survey Findings Report. Ha Noi, Viet Nam: General Statistics Office.
- [4] Abdullah NA. Outcome and treatment of cesarean scar ectopic pregnancy under ultrasound-guided vacuum aspiration. *J Int Med Res.* 2024;52:3000605241281692. <https://doi.org/10.1177/03000605241281692>
- [5] Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy: Green-top Guideline No. 21. *BJOG.* 2016;123:e15–55. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14189>
- [6] Trình NC. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CHỬA Ở SẸO MỔ LẤY THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐINH. *VMJ [Internet].* 2025 [cited 2025 Dec 16];552. <https://doi.org/10.51298/vmj.v552i3.15091>
- [7] Minh LH, Hiền PTT, Giang NT. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CÁC TRƯỜNG HỢP CHỬA TẠI SẸO MỔ LẤY THAI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG. *VMJ [Internet].* 2025 [cited 2025 Dec 16];552. <https://doi.org/10.51298/vmj.v552i1.14844>
- [8] Lin S-Y, Hsieh C-J, Tu Y-A, Li Y-P, Lee C-N, Hsu W-W, et al. New ultrasound grading system for cesarean scar pregnancy and its implications for management strategies: An observational cohort study. *PLoS One.* 2018;13:e0202020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202020>
- [9] Lê TAĐ, Đỗ TĐ. ĐIỀU TRỊ CHỬA TRÊN SẸO MỔ LẤY THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIÊM METHOTREXATE PHỐI HỢP HÚT THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI. *VMJ [Internet].* 2022 [cited 2025 Dec 16];511. <https://doi.org/10.51298/vmj.v511i2.2165>