NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP KHUYẾT SẸO MỔ LẤY THAI CÓ VÔ SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Xuyên[1], Trần Thị Thu Hạnh[2]

Bệnh viện đa khoa khu vực Tây Bắc Nghệ An

Đại Học Y Hà Nội

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Xuyên, Sdt: 0868201090, email: thanhxuyen62@gmail.com

Tóm tắt

Mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân bị khuyết sẹo mổ lấy thai*

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: *Nghiên cứu mô tả cắt ngang 63 bệnh nhân đi khám tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc gia, Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong khoảng thời gian từ tháng 08/2020 đến tháng 03/2021. Khảo sát các triệu chứng lâm sàng bất thường của kinh nguyệt từ sau khi mổ lấy thai và khảo sát đặc điểm của khuyết sẹo mổ qua siêu âm đầu dò âm đạo.*

Kết quả: *Tỉ lệ xuất hiện kinh nguyệt bất thường sau mổ đẻ là 74,6%. Tỉ lệ các triệu chứng kinh nguyệt bất thường chủ yếu là ra máu âm đạo kéo dài sau khi sạch kinh là 53,2%, rong kinh là 55,3%, thống kinh là 31,9%, đau vùng chậu là 59,6%. Khuyết sẹo gặp chủ yếu trên tử cung tử thế ngả sau, hình thái có 1 nhánh. Kích thước khuyết sẹo trung bình chiều dài, chiều rộng, chiều sâu lần lượt là 5,8 ± 2,4 mm, 11,2 ± 4,7 mm, 4,8 ± 2,0 mm. Bề dày cơ tử cung còn lại trung bình là 4,1 ± 1,6mm(1,0mm-8,3mm). Kích thước khuyết sẹo lớn hơn ở nhóm có triệu chứng ra máu kéo dài sau khi sạch kinh và rong kinh với p < 0,05..*

Kết luận: *Bệnh nhân có khuyết sẹo mổ lấy thai có tỉ lệ kinh nguyệt bất thường trên 50%. Khuyết sẹo chủ yếu gặp trên tử cung tử thế ngả sau, hình thái khuyết 1 nhánh, kích thước khuyết sẹo có liên quan đến mức độ nặng của biệu hiện lâm sàng.*

Từ khóa: *khuyết sẹo mổ lấy thai, mổ lấy thai*

Summary

RESEARCH FOR CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF SOME CASES OF CESAREAN SECTION SCAR DEFECT WITH INFERTILITY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with cesarean section scar defects

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study of 63 patients who attended the National Center for Reproductive Medicine, National Hospital of Obstetrics and Gynecology, from August 2020 to March 2021. Describe abnormal clinical symptoms of menstruation after cesarean section and characteristics of surgical scar defects through transvaginal ultrasound.

Results: The rate of abnormal menstrual bleeding after cesarean section was 74,6%. The rate of abnormal menstrual symptoms, mainly prolonged vaginal bleeding after menstruation, was 53,2%, menorrhagia was 55,3%, dysmenorrhea was 31,9%, pelvic pain was 59, 6%. Scar defect was seen mainly on the uterus in the posterior position, the morphology had 1 branch. The average length, width and depth of scar were 5,8 ± 2,4 mm, 11,2 ± 4,7 mm, and 4,8 ± 2,0 mm, respectively. The average thickness of the remaining uterine muscle was 4,1 ± 1,6mm (from 1,0mm to 8,3mm). The scar defect size was larger in the group with symptoms of prolonged bleeding after menses and menorrhagia with $p < 0,05$.

Conclusion: Patients with cesarean scar defects had abnormal menstrual rates over 50%. Scar defects were mainly seen on the uterus in the retrograde position, the shape of a single-branch defect, the size of the scar defect was related to the severity of the clinical manifestations.

Keywords: cesarean section scar defect, cesarean section

1. Đặt vấn đề

Hiện nay tỉ lệ mổ lấy thai tăng lên rất nhiều do nguyên nhân bệnh lý của mẹ, của thai, và một phần do yếu tố tâm lí xã hội. Tại Việt Nam theo các nghiên cứu tại BVPSTƯ tỉ lệ MLT qua các năm 1998 là 34,6%(1), năm 2005 là 39,1%(2), năm 2017 là 54,4 %(3). Cùng với sự gia tăng của tỉ lệ mổ lấy thai thì các nguy cơ, biến chứng của MLT như: vỡ tử cung, rau tiền đạo, rau cài răng lược, thai bám sẹo mổ cũ, khuyết sẹo mổ cũng được quan tâm nhiều hơn. Phần lớn các tác giả đồng ý với định nghĩa khuyết sẹo MLT là một vùng tam giác giảm âm khi quan sát trên siêu âm, gây khiếm khuyết vùng cơ tại vị trí sẹo mổ lấy thai ngang đoạn eo tử cung(4). Một số biểu hiện lâm sàng chính của khuyết sẹo bao gồm tình trạng ra máu ít một sau khi sạch kinh, rong kinh, thống kinh và đau vùng chậu(5). Do vậy chúng tôi tiến hành "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" với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân bị khuyết sẹo mổ lấy thai

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

- Tất cả bệnh nhân đi khám có tiền sử mổ lấy thai và có khuyết sẹo mổ ghi nhận trên siêu âm đâu dò âm đạo với độ sâu ít nhất 2mm, khám từ ngày 7-12 vòng kinh.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân có sẹo mổ lấy thai đang mang thai.
- Các bệnh nhân có nguyên nhân gây chảy máu bất thường từ tử cung như polyp

buồng tử cung-cổ tử cung, u xơ tử cung, các bệnh lý ác tính của tử cung và cổ tử cung

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu: lấy mẫu thuận tiện
- Địa điểm: Trung tâm HTSS Quốc gia, Bệnh viện Phụ sản Trung Ương
- Phương tiện nghiên cứu: phiếu thu thập số liệu, máy siêu âm voluson P8 sử dụng đầu dò âm đạo tần số 10 MHz. Số liệu thu thập được xử lí bằng phần mềm SPSS 16.0 trên hệ điều hành Window XP.

3. **Kết quả nghiên cứu**

Trong thời gian từ tháng 08/2020 – 03/2021, tại BV Phụ Sản Trung Ương, nghiên cứu thu nhận được 63 trường hợp khuyết sẹo mổ lấy thai đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu và kết quả như sau:

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm \ **Tần suất**		**n**	**%**
Tuổi	< 20	0	0
	20-35	33	52,4
	>35	30	47,6
Số lần mổ	1 lần	53	84,1
	2 làn	10	15,9

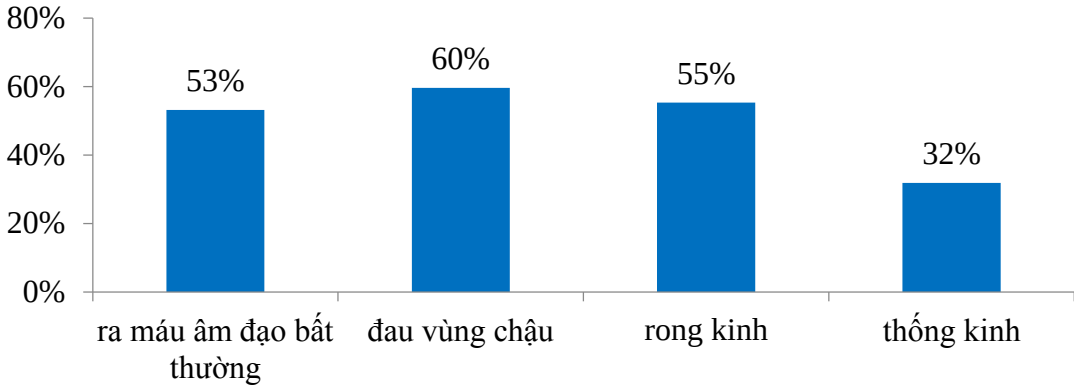
Bệnh nhân đi khám chủ yếu trong độ tuổi 20- 35 tuổi chiếm tỉ lệ 52,4% và mổ lấy thai 1 lần chiếm tỉ lệ 84,1%.

Bảng 2: Tư thế tử cung và số nhánh khuyết sẹo

Đặc điểm	N = 63	%

Tư thế TC	Ngả trước	25	39,7
	Ngả sau	29	46,0
	Trung gian	9	14,3
Số nhánh KS	Không có nhánh	9	14,3
	Có 1 nhánh	38	60,3
	Có nhiều nhánh	16	25,4

Khuyết sẹo gặp chủ yếu trên tử cung có tư thế ngả sau với tỉ lệ 46%, hình thái khuyết sẹo chủ yếu là khuyết có 1 nhánh với tỉ lệ 60,3%



Biểu đồ 1: Tỉ lệ triệu chứng kinh nguyệt bất thường

Trong 63 trường hợp khuyết sẹo thì có đến 47/63 trường hợp có biểu hiện kinh nguyệt bất thường sau mổ chiếm tỉ lệ 74,6%, còn lại 25,4% không có biểu hiện bất thường trên lâm sàng. Biểu hiện kinh nguyệt bất thường sau mổ bao gồm ra máu âm đạo sau khi sạch kinh chiếm tỉ lệ 53%, đau vùng chậu chiếm tỉ lệ 60%, rong kinh chiếm tỉ lệ 55%, thống kinh chiếm tỉ lệ 32%.

Bảng 3: Kích thước khuyết sẹo trên siêu âm

Chỉ số / **Kích thước**	**Trung bình**	**Max**	**Min**
Chiều dài (mm)	5,8±2,4	14,0	2,0
Chiều rộng (mm)	11,2±4,7	26,9	4,0

Chiều sâu (mm)	4,8±2,0	10,5	2,2
Bề dày cơ TC còn lại (mm)	4,1±1,6	8,3	1,0
Bề dày cơ TC bình thường đoạn eo (mm)	11,9±3,0	19,2	7,0
Tỉ lệ bề dày cơ TC còn lại (%)	25,1±6,9	40,4	10,2
Khoảng cách đến lỗ ngoài CTC (mm)	30,0±5,9	44,2	16,0

Kích thước khuyết sẹo được đo theo hướng dẫn của đồng thuận Delphi (4)trên 2 mặt phẳng là mặt phẳng đứng dọc tử cung đo các chỉ số chiều dài, chiều sâu, bề dày cơ tử cung còn lại, bề dày cơ tử cung bình thường,khoảng cách đến lỗ ngoài cổ tử cung. Trên mặt phẳng cắt ngang tử cung đo chiều rộng khuyết sẹo thu được các chỉ số như bảng trên

Bảng 4: Liên quan của kích thước khuyết sẹo và triệu chứng ra máu sau sạch kinh

Ra máu / **Kích thước khuyết sẹo**	**Có (n=25)**	**Không (n=38)**	**p**
Chiều dài (mm)	6,7± 2,7	5,3 ± 2,1	0,024
Chiều rộng (mm)	13,2± 6,1	9,9 ±3,0	0,005
Chiều sâu (mm)	5,7± 2,2	4,2 ±1,6	0,005

Kích thước khuyết sẹo có liên quan đến triệu chứng ra máu kéo dài sau khi sạch kinh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, ở nhóm có triệu chứng ra máu kéo dài sau khi sạch kinh thì kích thước khuyết sẹo lớn hơn nhóm không có triệu chứng ra máu cả về chiều dài, chiều rộng và chiều sâu.

4. Bàn luận

Trong thời gian thu thập số liệu được lấy chủ yếu tại TTHTSS Quốc gia, lý do đi khám chủ yếu của ĐTNC có liên quan đến vấn đề hiếm muộn, đồng thời cỡ mẫu thu thập

được còn hạn chế. Do vậy kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi không có tính đại diện cho quần thể chung trong cộng đồng. Đối tượng đi khám chủ yếu trong độ tuổi 20-35 tuổi, nghề nghiệp chủ yếu là nhân viên văn phòng và có địa chỉ tại Hà Nội

Đánh giá tư thế tử cung dựa vào vị trí của tử cung so với bàng quang chúng tôi thấy rằng tư thế tử ngả sau có 29/63 trường hợp, chiếm tỉ lệ 46%. Kết quả này cho thấy tư thế tử cung ngả sau có thể là yếu tố nguy cơ dẫn đến hình thành khuyết sẹo mổ lấy thai giống như kết luận của tác giả Bij de vaate và cộng sự (2011), tác giả cho rằng tử cung ở tư thế này làm căng mặt trước đoạn eo tử cung, gây tưới máu kém dẫn đến lành sẹo không tốt(6).

Đánh giá số nhánh của khuyết sẹo mổ lấy thai nếu quan sát thấy nhánh.Trên mặt phẳng dọc giữa khuyết sẹo mổ lấy thai quan sát được đôi khi không chỉ có hình tam giác hay hình vòm, mà còn có hình khuyết, hình nhiều đỉnh hay hình phân nhánh cành cây. Đây có thể là những tổn thương polip nhỏ, nếp niêm mạc tử cung xung huyết hoặc tổn thương lạc nội mạc tử cung tại khuyết sẹo gây nên tình trạng ứ dịch tại vết mổ. Do vậy hướng dẫn Delphi chỉ ra rằng cần phải đếm số nhánh và đo các nhánh nếu có để lấy kích thước lớn nhất của khuyết sẹo. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng khuyết sẹo không có nhánh chiếm tỉ lệ thấp nhất là 14,3%, khuyết sẹo có 1 nhánh chiếm tỉ lệ cao nhất là 60,3% và khuyết sẹo có nhiều hơn 1 nhánh chiếm tỉ lệ 25,4%.

Tỉ lệ ra máu âm đạo bất thường trong nghiên cứu của chúng tôi là 53,2% thấp hơn của tác giả khác. Hình thái điển hình của chảy máu bất thường từ tử cung do khuyết sẹo mổ lấy thai thường là dạng xuất huyết lượng ít kéo dài sau khi sạch kinh. Theo nghiên cứu của Fabres C. và cộng sự (2005), ghi nhận 76% các trường hợp được chẩn đoán khuyết sẹo mổ lấy thai trên siêu âm có triệu chứng ra máu sau khi sạch kinh lượng ít kéo dài, 16% ra máu giữa chu kỳ và 8% trường hợp kết hợp cả hai(7). Nghiên cứu cắt ngang của Wang CB và cộng sự (2009), 63,8% trường hợp khuyết sẹo mổ lấy thai có triệu chứng chảy máu lượng ít kéo dài sau khi sạch kinh mà không có những bất thường khác kèm theo như polyp, u xơ, hoặc thương tổn ác tính. Cơ chế chảy máu bất thường từ buồng tử cung ở bệnh nhân có khuyết sẹo mổ lấy thai được giải thích là do tồn tại hốc ở đoạn dưới tử cung dẫn đến biến chứng ra kinh muộn ít một. Máu kinh tích lũy bên trong

hốc, sau kỳ kinh thì máu kinh vẫn còn giữ lại ở đây và gây ra máu kéo dài(8).

Trong số 25 trường hợp ra máu âm đạo bất thường sau kì kinh thì ra máu đen có 2/25 trường hợp chiếm tỉ lệ 8%, ra máu đỏ có 3/25 trường hợp chiếm tỉ lệ 12%, ra nhầy nâu có 20/25 trường hợp chiếm tỉ lệ cao nhất 80%. Khác với nghiên cứu của Nguyễn Biên Thùy tỉ lệ ra máu đen gặp nhiều nhất 71,4 %, nhầy nâu chiếm 28,6%, không có trường hợp nào ra máu đỏ(9)(9)(9). Sự khác biệt về màu sắc máu ra sau sạch kinh liệu có liên quan đến thời gian xuất hiện triệu chứng sau khi mổ lấy thai hay không cần phải có thêm nghiên cứu để lý giải.

Triệu chứng rong kinh, thống kinh và đau vùng chậu sau mổ lấy thai cũng là những triệu chứng hay gặp. Trong nghiên cứu của Nguyễn Biên Thùy trên 35 bệnh nhân khuyết sẹo thì tỉ lệ rong kinh là 57,1 %, đau vùng chậu gặp 68,6% trong khi tỉ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 55,3% và 59,6%. Nghiên cứu của Wang CB và cộng sự (2009), tỉ lệ thống kinh là 53,1% ,còn trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ thống kinh là 31,9%. 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.

Chiều dài khuyết sẹo trung bình là 5,8 ± 2,4 mm, khuyết sẹo có độ dài lớn nhất là 14 mm và khuyết sẹo ngắn nhất là 2 mm. Chiều dài đo được chính là đáy của tam giác trống âm vị trí sẹo mổ cũ. Chiều dài càng lớn cho thấy đáy khuyết sẹo càng rộng và quá trình khép 2 mép vết mổ sau khi mổ lấy thai đã không toàn vẹn

Chiều rộng khuyết sẹo trung bình là 11,2 ± 4,7 mm, có những khuyết sẹo lớn với kích thước chiều rộng đo được lên tới 26,9 mm, có những khuyết sẹo nhỏ kích thước chiều rộng đo được chỉ 4 mm. Điều này phản ánh độ dài của vết mổ lấy thai ở đoạn eo tử cung có sự khác biệt giữa các đối tượng nghiên cứu, tuy nhiên còn phụ thuộc vào cơ địa liền vết thương và tạo sẹo ở mỗi cá thể.

Chiều sâu khuyết sẹo trung bình 4,8 ± 2,0 mm, khuyết sẹo sâu nhất đo được là 10,5 mm và khuyết sẹo nông nhất đo được là 2,2 mm. Đảm bảo tiêu chuẩn chẩn đoán khuyết sẹo mổ lấy thai khi chiều sâu khuyết sẹo ít nhất là 2mm. Kích thước chiều sâu được đo từ đáy tam giác trống âm đến đỉnh tam giác trống âm vị trí sẹo mổ cũ. Chiều sâu khuyết sẹo

càng lớn chứng tỏ mức độ xâm lấn của khuyết sẹo vào cơ tử cung càng nhiều

Bề dày cơ tử cung còn lại ngay tại vị trí khuyết sẹo có kích thước trung bình là 4,1 ± 1,6 mm, trường hợp khuyết sẹo có bề dày cơ tử cung còn lại mỏng nhất là 1mm hầu như chỉ còn nhìn thấy lớp thanh mạc phủ bên trên đỉnh khuyết sẹo mà không thấy lớp cơ tử cung còn lại nữa. Một số tác giả đã phân loại những khuyết sẹo này thuộc loại khuyết toàn bộ. Tuy nhiên cũng có khuyết sẹo nông với bề dày cơ tử cung còn lại đo được dày nhất là 8,3 mm . Một nghiên cứu công bố vào tháng 1/ 2020 của tác giả Risager đã cho thấy rằng bề dày cơ tử cung còn lại mỏng có liên quan đến nguy cơ vỡ tử cung và nứt sẹo mổ lấy thai ở những lần có thai sau đó(10). Ngưỡng cắt được sử dụng trong nghiên cứu này là bề dày cơ tử cung còn lại < 3 mm thì nguy cơ vỡ tử cung tăng lên 5,5 lần (95% CI 1,9 – 16,2) (10) (10). Một số tác giả sử dụng cách phân loại khuyết sẹo chỉ dựa vào bề dày cơ tử cung còn lại < 2,2 mm, hoặc tỉ lệ bề dày cơ tử cung còn lại <50% để phân loại khuyết sẹo nhẹ, khuyết sẹo nặng hay khuyết sẹo hoàn toàn.

Bề dày cơ tử cung bình thường sát vị trí khuyết sẹo có kích thước trung bình là 11,9 ± 3,0 mm. Bề dày của phần cơ tử cung bình thường đoạn eo có sự khác biệt lớn giữa các cá thể, trường hợp dày nhất đo được lên đến 19,2 mm và trường hợp mỏng nhất đo được là 7,0 mm. Trong thực tế khi mổ lấy thai các trường hợp có vết mổ đẻ cũ cho thấy độ dày cơ tử cung ở hai mép vết mổ có sự chênh lệch đáng kể. Điều này có thể bắt nguồn trong qua trình mổ lấy thai lần đầu do việc khép 2 mép vết mổ không cân xứng hoặc vị trí rạch ngang đoạn eo đã quá cao làm cho tỉ lệ cơ tử cung đoạn thân và đoạn eo bất cân xứng với nhau. Trong nghiên cứu của Osser 2009, ở những bệnh nhân đẻ đường âm đạo không hề có khuyết sẹo nào được phát hiện và bề dày cơ tử cung tại đoạn eo trung bình là 11,6 mm, còn những bệnh nhân có khuyết sẹo mổ lấy thai bề dày cơ tử cung còn lại giảm dần khi mổ càng nhiều lần với kích thước lần lượt là 8,3 mm; 6,7 mm; 4,7 mm khi mổ 1 lần, 2 lần và 3 lần(11). Điều này cho thấy số lần mổ ảnh hưởng khá lớn đến bề dày cơ tử cung còn lại tại ví trí eo tử cung.

Tỉ lệ bề dày cơ tử cung còn lại trung bình là 25,1%. Tỉ lệ này được tính toán bằng tỉ số giữa bề dày cơ tử cung còn lại chia cho bề dày cơ tử cung bình thường đoạn eo. Chỉ số này có vẻ sẽ khách quan hơn chỉ số bề dày cơ tử cung còn lại chính bởi vì bề dày cơ tử

cung bình thường đoạn eo giữa các đối tượng nghiên cứu có sự chênh lệch khá lớn. Tỉ lệ bề dày cơ tử cung còn lại ít nhất đo được là 10,2%, tỉ lệ bề dày cơ tử cung còn lại lớn nhất đo được là 40,4%. Như vậy tất cả các trường hợp khuyết sẹo đo được thì tỉ lệ bề dày cơ tử cung còn lại tại vị trí khuyết sẹo đều chỉ còn dưới 50% cơ tử cung bình thường.

Khoảng cách từ khuyết sẹo mổ lấy thai đến lỗ ngoài cổ tử cung trung bình là 30,0 ± 5,9 mm , khoảng cách ngắn nhất đo được là 16 mm, khoàng cách dài nhất đo được là 44,2 mm. Khoảng cách này được đo từ mép dưới của khuyết sẹo đến lỗ ngoài cổ tử cung theo trục song song với đường ống cổ tử cung. Có sự chênh lệch khá lớn về khoảng cách giữa khuyết sẹo với lỗ ngoài cổ tử cung do độ dài cổ tử cung ở mỗi đối tượng nghiên cứu là khác nhau, đồng thời vị trí vết mổ lấy thai đoạn eo tử cung cũng có sự khác biệt, phụ thuộc vào từng phẫu thuật viên và thời điểm mổ lấy thai đã có sự thành lập đoạn dưới hay chưa.

Kích thước khuyết sẹo có liên quan đến triệu chứng ra máu kéo dài sau khi sạch kinh. Chiều dài khuyết sẹo của nhóm có ra máu bất thường là 6,7 ± 2,7 mm, trong khi nhóm khuyết sẹo không ra máu chỉ là 5,3 ± 2,1 mm. Chiều rộng khuyết sẹo của nhóm có ra máu bất thường là 13,2 ± 6,1 mm, còn trong nhóm khuyết sẹo không ra máu là 9,9 ± 3,0 mm. Chiều sâu khuyết sẹo của nhóm có ra máu bất thường là 5,7 ± 2,2 mm, còn trong nhóm khuyết sẹo không ra máu là 4,2 ± 1,6 mm. Như vậy nhóm có triệu chứng ra máu kéo dài sau khi sạch kinh có kích thước khuyết sẹo lớn hơn nhóm không có triệu chứng cả về chiều dài, chiều rộng và chiều sâu với $p < 0,05$. Điều này cho thấy thể tích của khuyết sẹo càng lớn. Khác với nghiên cứu của tác giả Wang CB 2009 trên siêu âm cho thấy độ rộng của khuyết sẹo có ảnh hưởng đáng kể đến triệu chứng ra máu bất thường, rong kinh và đau vùng chậu sau mổ, còn hình dáng và chiều sâu của khuyết sẹo không phải yếu tố mạnh gây ra triệu chứng lâm sàng

5. **Kết luận**

Bệnh nhân có khuyết sẹo mổ lấy thai có tỉ lệ kinh nguyệt bất thường trên 50%. Khuyết sẹo chủ yếu gặp trên tử cung tử thế ngả sau, hình thái khuyết 1 nhánh, kích thước khuyết sẹo có liên quan đến mức độ nặng của biệu hiện lâm sàng.

6. Tài liệu tham khảo

1. Khanh VC. Tình hình chỉ định và một số yếu tố liên quan đến chỉ định mổ lấy thai tại BVBMTSS năm 1997. Trường Đại học Y Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 1998.
2. Xanh PT. Nhận xét tình hình sản phụ có sẹo mổ cũ được xử trí tại BVPSTW trong hai năm 1995 và 2005: Đại học Y Hà Nội; 2006.
3. Lê HC, Mai TD, Nguyễn ĐT, Đoàn TTT. Nhận xét thực trạng mổ lấy thai tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2017. Tạp chí Phụ Sản. 2017;16(1):92-6.
4. Jordans IPM, de Leeuw RA, Stegwee SI. Sonographic examination of uterine niche in non-pregnant women: a modified Delphi procedure. 2019;53(1):107-15.
5. Thurmond AS, Harvey WJ, Smith SA. Cesarean section scar as a cause of abnormal vaginal bleeding: diagnosis by sonohysterography. Journal of Ultrasound in Medicine. 1999;18(1):13-6.
6. Bij de Vaate AJ, Brolmann HA, van der Voet LF, van der Slikke JW, Veersema S, Huirne JA. Ultrasound evaluation of the Cesarean scar: relation between a niche and postmenstrual spotting. Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2011;37(1):93-9.
7. Fabres C. Surgical treatment and follow-up of women with intermenstrual bleeding due to cesarean section scar defect. Journal of minimally invasive gynecology. 2005;12(1):25-8.
8. Wang CB, Chiu WW, Lee CY, Sun YL, Lin YH, Tseng CJ. Cesarean scar defect: correlation between Cesarean section number, defect size, clinical symptoms and uterine position. Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2009;34(1):85-9.
9. Thuỳ NB. 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: Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
10. Risager JK, Uldbjerg N, Glavind J. Cesarean scar thickness in non-pregnant women as a risk factor for uterine rupture. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet. 2020:1-6.
11. Osser OV, Jokubkiene L, Valentin L. High prevalence of defects in Cesarean section scars at transvaginal ultrasound examination. Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2009;34(1):90-7.