

KHẢO SÁT TỶ LỆ SANH NGẢ ÂM ĐẠO Ở SẢN PHỤ VỚI GÓC CỔ THÂN TỬ CUNG TỪ 90 ĐỘ KẾT HỢP CHỈ SỐ BISHOP TỪ 4 ĐIỂM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

**Trương Quang Hưng¹, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang¹,
Mạc Quốc Như Hùng¹**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ sinh ngã âm đạo ở những sản phụ có góc cổ thân tử cung từ 90 độ kết hợp với điểm Bishop từ 4 điểm và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Hùng Vương. **Phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu dọc tiền cứu có triển vọng gồm 335 trường hợp thai kỳ đơn thai đủ tháng bình thường, ngôi đầu, không có vết mổ cũ trên tử cung và không chống chỉ định sinh thường đã được phân tích. **Kết quả:** Tỷ lệ sinh ngã âm đạo thành công ở những sản phụ có góc tử cung 90 độ kết hợp với điểm Bishop từ 4 điểm là 87,2%. Các yếu tố liên quan đến sinh ngã âm đạo thành công sau khi phân tích hồi quy đa biến như sau: sinh con lần 2 có khả năng sinh ngã âm đạo thành công cao hơn với OR = 11,143; 95% CI [2,536 - 48,960]; p = 0,001. Độ lọt -2 có khả năng sinh ngã âm đạo thành công cao hơn so với -3 với OR = 3,564; 95% CI [1,458 - 8,715]; p = 0,005. Không tăng co với oxytocin khi tình trạng cổ tử cung không thuận lợi có khả năng sinh ngã âm đạo thành công cao hơn so với tăng co với oxytocin với OR = 2,605; 95% CI [1,108 - 6,129]; p = 0,028. Góc cổ tử cung lớn hơn có liên quan đến khả năng sinh thường thành công cao hơn với OR = 1,205; 95% CI [1,131 - 1,283]; p < 0,001. Vỡ màng ối sớm làm giảm khả năng sinh ngã âm đạo thành công, OR = 0,292; 95% CI [0,118 - 0,723]; p = 0,008. **Kết luận:** góc cổ thân tử cung từ 90 độ kết hợp với điểm Bishop từ 4 điểm có thể là một chỉ tố hiệu quả để dự đoán sinh ngã âm đạo thành công.

Từ khóa: góc cổ thân tử cung; điểm bishop; dự đoán sinh ngã âm đạo, siêu âm trong chuyển dạ, giai đoạn I chuyển dạ

SUMMARY

SURVEY THE RATE OF VAGINAL BIRTH IN PREGNANT WOMEN WITH UTEROCERVICAL ANGLE FROM 90 DEGREES COMBINED WITH BISHOP SCORE FROM 4 POINTS AND RELATED FACTORS AT HUNG VUONG HOSPITAL

Objective: The objective of this study was to determine the rate of vaginal birth in pregnant women with uterocervical angle from 90 degrees combined with bishop score from 4 points and related factors at Hung Vuong hospital. **Method:** A prospective longitudinal study involving 335 cases of normal full term singleton pregnancies, cephalic presentation

without previous incisions on the uterus and not contraindicated for vaginal delivery, was analyzed.

Results: The rate of successful vaginal delivery in parturients with a cervical angle of 90 degrees combined with a Bishop score of 4 points was 87.2%. Factors associated with successful vaginal delivery after multivariate regression analysis were as follows: Multiparity had a higher likelihood of successful vaginal delivery with OR = 11.143; 95% CI [2.536 - 48.960]; p = 0.001. Fetal station of -2 had a higher likelihood of successful vaginal delivery compared to -3 with OR = 3.564; 95% CI [1.458 - 8.715]; p = 0.005. No oxytocin augmentation when the cervical conditions were unfavorable had a higher likelihood of successful vaginal delivery compared to oxytocin augmentation with OR = 2.605; 95% CI [1.108 - 6.129]; p = 0.028. A larger cervical angle was associated with a higher likelihood of successful vaginal delivery with OR = 1.205; 95% CI [1.131 - 1.283]; p < 0.001. Early rupture of membranes reduced the likelihood of successful vaginal delivery, OR = 0.292; 95% CI [0.118 - 0.723]; p = 0.008.

Conclusion: a uterocervical angle from 90 degrees combined with a Bishop score from 4 points may be an effective indicator for predicting successful vaginal delivery. **Keywords:** uterocervical angle; bishop score; predicts of vaginal delivery, ultrasound in labor, the first stage of labor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chuyển dạ là quá trình sinh lý tự nhiên xảy ra nhằm giúp cho thai và các phần phụ của thai được đưa ra khỏi đường sinh dục của người mẹ. Chuyển dạ thành công bao gồm các yếu tố: sự di chuyển thuận lợi của thai nhi trong ống sanh, sức rặn của người mẹ và các cơ co tử cung, đặc điểm của thai nhi và giải phẫu vùng chậu. Bên cạnh đó, ống sanh của người sản phụ sẽ bị ảnh hưởng bởi các yếu tố sau: độ xóa mờ, mật độ, hướng và góc cổ thân tử cung. Trong thực hành lâm sàng thường sử dụng nhiều phương thức để theo dõi chuyển dạ. Việc quản lý chuyển dạ cần sự cân bằng tinh tế giữa việc cho phép quá trình tự nhiên diễn ra đồng thời hạn chế mọi biến chứng tiềm ẩn. Góc cổ thân tử cung được mô tả lần đầu bởi Dziadosz và cộng sự.¹ Thước đo đầu tiên dọc theo trục cổ tử cung và thước thứ hai được kéo dọc theo chiều dài của đoạn dưới tử cung về phía trước. Máy siêu âm được sử dụng để đánh giá tử cung-cổ tử cung trong mọi trường hợp để đảm bảo các phép đo được chuẩn hóa. Gần đây, góc cổ thân tử cung từ 90 độ

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Trương Quang Hưng
Email: leovietmy@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 24.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025
Ngày duyệt bài: 31.3.2025

được phát hiện thông qua siêu âm có khả năng dự đoán sinh non và khởi phát chuyển dạ^{1,2}. Tuy nhiên, đây là một thông số siêu âm tương đối mới. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về góc cổ thân tử cung vẫn còn hạn chế. Nghiên cứu nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ sanh ngả âm đạo ở sản phụ có góc cổ thân tử cung từ 90 độ kết hợp chỉ số Bishop từ 4 điểm và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Hùng Vương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu dọc tiến cứu được thực hiện trên 335 sản phụ đơn thai đủ tháng (tuổi thai 37⁰/7 đến 41⁶/7 tuần) sinh tại Bệnh viện Hùng Vương từ ngày 1/12/2022 đến 30/4/2023. Tiêu chuẩn chọn mẫu bao gồm thai kỳ nguy cơ thấp, ngôi đầu, cổ tử cung mở <3 cm, điểm Bishop ≥4 và góc cổ thân tử cung từ 90 độ trở lên. Tiêu chí loại trừ bao gồm đa thai, ngôi thai không phải ngôi chòm, cổ tử cung mở ≥3 cm, điểm Bishop <4, tiền sử mổ tử cung, biến chứng sản khoa hoặc suy thai. Tất cả sản phụ đều đồng ý tham gia nghiên cứu, và nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng Y đức Bệnh viện Hùng Vương. Siêu âm qua ngả âm đạo được thực hiện trong điều kiện vô trùng bằng đầu dò tần số 6,5 MHz (hệ thống Samsung X6), đo góc cổ thân tử cung theo mặt phẳng đứng với độ phóng đại tối ưu. Dữ liệu về đặc điểm dịch tễ học của mẹ và kết cục sinh được thu thập. Dữ liệu mã hóa và nhập bằng EpiInfo 3.0, phân tích bằng STATA 12.0. Biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm, biến định lượng được mô tả bằng trung bình, trung vị, giá trị nhỏ nhất và lớn nhất. Phân tích thống kê sử dụng kiểm định t cho biến liên tục và Chi bình phương hoặc Fisher cho biến phân loại. Các biến có $p \leq 0,25$ trong phân tích đơn biến được đưa vào hồi quy đa biến để điều chỉnh yếu tố nhiễu. Ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$ và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu. Trong

Bảng 3.2. Kết quả phân tích hồi quy đơn biến

Đặc điểm	Sanh ngả âm đạo		OR	KTC 95%	P
	Có (N=292)	Không (N=43)			
	n (%)	n (%)			
Số lần sanh					
Lần 1	152 (52,1)	38 (88,4)	1		
Lần 2	99 (33,9)	3 (7,0)	8,250	2,479-27,455	0,001
Từ lần 3 trở lên	41 (14,0)	2 (4,6)	5,125	1,186-22,138	0,029
Con số lớn tuổi					
Có	5 (1,7)	4 (9,3)	1		
Không	287 (98,3)	39 (90,7)	5,887	1,516-22,861	0,018

thời gian nghiên cứu từ 12/2022 đến 04/2023, chúng tôi đã thu thập được 335 sản phụ tại phòng chờ khoa Sản của Bệnh viện Hùng Vương Thành phố Hồ Chí Minh thỏa điều kiện tham gia nghiên cứu và chấp thuận tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ sanh ngả âm đạo chiếm 87,2% với khoảng tin cậy 95% là 83,1% – 90,6%.

Bảng 3.1. Đặc điểm dịch tễ đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n = 335)	Tỷ lệ (%)
Tuổi mẹ trung bình	28,6 ± 5,1 (tối đa = 44, tối thiểu = 18)	
Tuổi mẹ:		
< 20	8	2,4
20 – 34	285	85,1
≥ 35	42	12,5
Nơi cư ngụ		
Tỉnh thành khác	213	63,6
Thành phố Hồ Chí Minh	122	36,4
Dân tộc:		
Kinh	322	96,1
Hoa	7	2,1
Khác	6	1,8
Nghề nghiệp		
Viên chức	17	5,1
Buôn bán	38	11,3
Công nhân	80	23,9
Nội trợ	76	22,7
Nhân viên văn phòng	75	22,4
Khác	49	14,6
Trình độ học vấn		
Mù chữ và cấp 1	0	0
Cấp 2	32	9,6
Từ cấp 3 trở lên	303	90,4

Nhận xét: đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu ở độ tuổi 20-34, với đa số sinh sống ngoài Thành phố Hồ Chí Minh. Hầu hết là người Kinh và có nhiều nghề nghiệp khác nhau, trong đó tỷ lệ cao nhất là công nhân, kế tiếp là nội trợ và nhân viên văn phòng. Phần lớn có trình độ phổ thông trung học trở lên.

3.2 Các yếu tố liên quan

3.2.1. Hồi qui đơn biến các yếu tố liên quan đến sanh ngả âm đạo

Chỉnh gò bằng Oxytocin					
Có	89 (30,5)	24 (55,8)	1		
Không	203 (69,5)	19 (44,2)	2,881	1,502-5,527	0,001
Độ xóa cổ tử cung					
40 – 50%	124 (42,5)	26 (60,5)	1		
60 – 70%	168 (57,5)	17 (39,5)	2,072	1,078-3,985	0,027
Độ lọt					
Độ lọt -3	141 (48,3)	30 (69,8)	1		
Độ lọt -2	151 (51,7)	13 (30,2)	2,471	1,239-4,928	0,009
Góc cổ thân tử cung					
	125,5 + 17,8 (94,6 - 160,9)	109,6 + 10,1 (94,9 - 137,5)	1,201	1,132-1,275	<0,001
Tình trạng ối khi khám					
Còn	234 (80,1)	26 (60,5)	1		
Vỡ	58 (19,9)	17 (39,5)	0,379	0,193-0,745	0,004

Nhận xét: Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 7 yếu tố độc lập ảnh hưởng đến sanh ngả âm đạo bao gồm: số lần sanh, con so lớn tuổi, chỉnh gò bằng oxytocin, độ xóa của cổ tử cung, độ lọt đầu thai nhi, góc cổ thân tử cung và tình trạng ối khi khám

3.2.2. Hồi qui đa biến các yếu tố liên quan đến sanh ngả âm đạo

Bảng 3.2 Kết quả phân tích hồi qui đa biến

Đặc điểm	OR	KTC 95%	P
Số lần sanh			
Lần 1	1		
Lần 2	11,143	2,536-48,960	0,001
Từ lần 3 trở lên	4,273	0,882-20,690	0,071
Độ lọt			
Độ lọt -3	1		
Độ lọt -2	3,564	1,458-8,715	0,005
Tình trạng ối khi khám			
Còn	1		
Vỡ	0,292	0,118-0,723	0,008
Chỉnh gò bằng oxytocin			
Có	1		
Không	2,605	1,108-6,129	0,028
Góc cổ thân tử cung	1,205	1,131-1,283	<0,001

Nhận xét: Sau khi đưa vào phân tích đa biến, ta thu được mô hình gồm có các biến số sau: số lần sanh, độ lọt, tình trạng ối khi khám, chỉnh gò bằng oxytocin, góc cổ thân tử cung

IV. BÀN LUẬN

Sanh thường qua ngả âm đạo là an toàn nhất cho thai nhi và mẹ khi trẻ sơ sinh đủ tháng ở tuổi thai từ 37 đến 42 tuần. Tỷ lệ sanh ngả âm đạo của chúng tôi cao hơn so với Nguyễn Thị Anh Phương³ (54,4%) gấp 1,6 lần, tương đồng tác giả Seung-Woo Yang² với tỷ lệ sanh ngả âm đạo là 85,3%. Sự khác biệt xảy ra do đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh Phương³, đây là những sản phụ có thai kỳ

bệnh lý có chỉ định khởi phát chuyển dạ nên ảnh hưởng đến quyết định phương thức sanh của các bác sĩ lâm sàng. Do đó, có mối liên quan giữa số lần sanh với kết cục sanh ngả âm đạo. Theo nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu của Anna Maria Marconi⁴ về đơn thai sanh sống đủ tháng với khởi phát hoặc chuyển dạ tự nhiên tại Bệnh viện San Paolo từ năm 1996 đến năm 2019 được chỉ định vào nhóm Robson. Tỷ lệ mổ lấy thai của phụ nữ trong nhóm Robson 1, 2, 3 và 4 lần lượt là 6,6%; 21,8%; 1,6% và 4,3%. Ở sản phụ con so, tỷ số chênh hiệu chỉnh của mổ lấy thai tăng đều đặn từ 30 đến trở 40 tuổi khi so sánh với phụ nữ ở độ tuổi 25 – 29. Ngược lại, ở phụ nữ con rạ nguy cơ tăng đáng kể hoặc chỉ xuất hiện ở phụ nữ từ 40 tuổi trở lên. Ở phụ nữ trẻ dưới 24 tuổi, số lần mổ lấy thai giảm đáng kể ở nhóm Robson 1. Tuổi mẹ cao có liên quan đến việc tăng nguy cơ sanh mổ ngoài kế hoạch ở những người con so. Theo tác giả Axelle Braggion⁵ thực hiện nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu tại một bệnh viện phụ sản cấp ba ở Thụy Sĩ bao gồm 5211 sản phụ đơn thai có tuổi thai từ 37 tuần trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 12 năm 2019. Trong đó 26,01% phụ nữ trong nhóm tuổi mẹ cao đã sanh mổ đột xuất. Tuổi mẹ cao có liên quan đến sanh mổ ngoài kế hoạch với tỷ số chênh là 1,51, khoảng tin cậy 95% [1,06 – 2,17] và p là 0,024. Trong số các ca sanh ngả âm đạo, tỷ lệ sanh thủ thuật ở nhóm tuổi mẹ cao là 29,7% trong khi nhóm còn lại là 20,1%. Việc tăng nguy cơ sanh mổ ngoài kế hoạch ở phụ nữ trên 40 tuổi là khả năng giảm do cơ tử cung co bóp kém, tổn thương xơ cứng ở động mạch tử cung, giảm số lượng thụ thể oxytocin. Tuần hoàn nhau thai kém ở sản phụ lớn tuổi có thể dẫn đến suy thai và dẫn đến phải mổ lấy thai khẩn cấp. Hơn nữa, tỷ lệ mắc các bệnh mãn tính cũng có thể góp

phần làm tăng nguy cơ mổ lấy thai khẩn cấp ở sản phụ lớn tuổi. Theo nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu từ 2011 – 2016 của Eran Ashwal⁶ trên 34.334 sản phụ, trong đó, 18.743 (54,6%) là con so và 15.591 (45,4%) là con rạ. Ở nhóm con so, 8,1%; 35,8% và 56,1% là tỷ lệ tương ứng lần lượt với mức độ lọt của đầu thai nhi ở trên, ngang mức và dưới hai gai hông khi khám ở giai đoạn thứ hai. Trong khi ở con rạ tỷ lệ lần lượt là 19,7%; 35,6% và 44,7%. Độ lọt của đầu thai nhi khi khám ở giai đoạn hai có liên quan độc lập và có ý nghĩa với thời gian chuyển dạ giai đoạn thứ hai vì $p < 0,001$; tuy nhiên, tỷ số chênh là 4,5 ở nhóm con so với con rạ. Trong phân tích đa biến, nguy cơ sanh mổ tăng lên đáng kể theo mô hình phụ thuộc vào liều đối với cả phụ nữ sanh con so và con rạ sau khi loại các yếu tố gây nhiễu. Ổi vỡ có thể dẫn đến những biến chứng nghiêm trọng như nhiễm trùng ối, dây rốn chèn ép, ngôi bất thường, sa dây rốn, suy thai và thai chết. Kích thích chuyển dạ bằng oxytocin làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai, gây tê ngoài màng cứng và sốt trong chuyển dạ ở phụ nữ sanh con so và con rạ. Nó cũng có liên quan đến giá trị pH thấp của máu cuống rốn và thời gian chuyển dạ giai đoạn một ngắn hơn ở phụ nữ sanh con so. Không nên sử dụng thúc đẩy chuyển dạ bằng oxytocin một cách có hệ thống mà chỉ nên sử dụng trong những trường hợp cụ thể. Theo Elisabeth Ludvigsen⁷, đường cong sống sót cho thấy thời gian chuyển dạ giai đoạn hai kéo dài hơn ở sản phụ con so có giảm đau sản khoa tùy theo từng độ lọt. Tỷ số chênh hiệu chỉnh của thời gian giai đoạn hai kéo dài đối với độ lọt ở mức dưới gai hông nhưng trên sàn chậu là 13,1 với khoảng tin cậy 95% là [8,5 – 20] và 32,9 với khoảng tin cậy 95% là [21,5 – 50,2] đối với độ lọt ở mức trên hay ngang gai hông. Vị trí của đầu thai nhi khi cổ tử cung mở hoàn toàn có liên quan đáng kể đến thời gian của giai đoạn hai chuyển dạ. Độ xóa là sự làm mỏng hoặc rút ngắn cổ tử cung được biểu thị bằng phần trăm của toàn bộ cổ tử cung. Theo Omima T. Taha⁸, 102 sản phụ chuyển dạ tự nhiên chiếm 63,0% trong khi những trường hợp còn lại phải khởi phát chuyển dạ do các nguyên nhân khác nhau. Có 108 sản phụ sanh ngã âm đạo thành công. Chiều dài cổ tử cung ngắn hơn đáng kể ở nhóm sanh ngã âm đạo so với sanh mổ với $p < 0,001$. Khảo sát chiều dài cổ tử cung trước khi sanh dự đoán phương thức sanh cũng như tuổi thai xảy ra sau đó. Nó có thể được sử dụng trong việc tư vấn cho bệnh nhân về phương thức sanh. Theo tác giả Seung-Woo Yang², không giống như điểm Bishop, góc cổ thân tử cung không chứa dữ liệu

ngoại lại trong khoảng tứ phân vị. Điều này có thể là do điểm Bishop có những hạn chế về cả tính chủ quan và thang điểm; do đó, các giá trị ngoại lệ có thể được tìm thấy thường xuyên hơn so với góc cổ thân tử cung. Điều này cho thấy một lợi thế khác của việc sử dụng góc cổ thân tử cung như một thông số khách quan và có thể lặp lại thay vì điểm Bishop. Độ mở, ngôi thai và độ lọt của thai khi khám âm đạo có mối tương quan với độ mở, khoảng cách đầu đáy chậu và góc cổ thân tử cung đo bằng siêu âm qua âm đạo. Đo mật độ cổ tử cung có mối tương quan chặt chẽ với độ xóa mở nhưng tương quan yếu với độ lọt và ngôi thai. Bên cạnh đó nó còn chỉ ra rằng đo mật độ cổ tử cung có mối tương quan chặt chẽ với các yếu tố chỉ ra sự chín muồi của cổ tử cung hơn là các yếu tố chỉ ra vị trí của thai.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, góc cổ thân tử cung từ 90 độ kết hợp với điểm Bishop từ 4 điểm cho thấy khả năng sanh ngã âm đạo thành công cao và có thể giúp ích cho các bác sĩ sản trong đánh giá chuyển dạ như một công cụ hữu hiệu. Bên cạnh đó một số yếu tố làm tăng khả năng sanh ngã âm đạo bao gồm: số lần lần, độ lọt, góc cổ thân tử cung và không chình gò khi cổ tử cung chưa thuận lợi. Tuy nhiên, tình trạng ối vỡ sớm lại làm giảm khả năng sanh ngã âm đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dziodosz M, Bennett TA, Dolin C, et al.** Uterocervical angle: a novel ultrasound screening tool to predict spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(3):376.e1-7. doi:10.1016/j.ajog.2016.03.033
2. **Yang SW, Kim SY, Hwang HS, Kim HS, Sohn IS, Kwon HS.** The Uterocervical Angle Combined with Bishop Score as a Predictor for Successful Induction of Labor in Term Vaginal Delivery. *J Clin Med.* 2021;10(9):2033. doi:10.3390/jcm10092033
3. **Nguyễn Thị Anh Phương, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang.** So sánh hiệu quả khởi phát chuyển dạ của thông Foley bóng đôi cài tiến và bóng đơn đặt kênh cổ tử cung ở thai trưởng thành tại Bệnh viện Hùng Vương. *Tạp Chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh.* 2016;20(1):316-321.
4. **Marconi AM, Manodoro S, Cipriani S, Parazzini F.** Cesarean section rate is a matter of maternal age or parity? *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* 2022; 35 (15): 2972-2975. doi:10.1080/14767058. 2020.1803264
5. **Braggion A, Favre G, Lepigeon K, Sichitiu J, Baud D, Desseauve D.** Advanced Maternal Age Among Nulliparous at Term and Risk of Unscheduled Cesarean Delivery. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2023;5(8). doi:10.1016/j.ajogmf. 2023.100972
6. **Ashwal E, Fan IY, Berger H, et al.** The association between fetal head station at the first

diagnosis of the second stage of labor and delivery outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2021;224(3):306.e1-306.e8.

7. **Ludvigsen E, Skjeldestad FE.** Station of the fetal head at complete cervical dilation impacts duration of second stage of labor. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X. 2020;7:100100.

doi:10.1016/j.eurox.2019.100100

8. **Taha OT, Elprince M, Atwa KA, Elgedawy AM, Ahmed AA, Khamees RE.** Antenatal cervical length measurement as a predictor of successful vaginal birth. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20:191. doi:10.1186/s12884-020-02878-z

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỤNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI ĐẶT MÀNH GHÉP HOÀN TOÀN TRƯỚC PHÚC MẠC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH NĂM 2024-2025

Nguyễn Anh Hoàng¹, Nguyễn Văn Tổng¹,
La Văn Phú², Trà Quốc Tuấn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị thoát vị bụng bằng phương pháp nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn trước phúc mạc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, mô tả, không nhóm chứng. Gồm 36 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp TEP tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh, từ tháng 05/2024 đến hết tháng 01/2025. **Kết quả:** 100% bệnh nhân vào viện có khối phồng vùng bụng, giới tính nam chiếm 97,2%, thoát vị bụng gián tiếp chiếm 97,2%, thoát vị bụng nguyên phát chiếm 97,2%. Thoát vị ruột non đơn thuần chiếm 61,1%. Kết quả điều trị tốt trong giai đoạn sớm chiếm 97,2%, giai đoạn xa chiếm 94,4%. **Kết luận:** phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn trước phúc mạc là phương pháp an toàn và hiệu quả giảm thiểu các tai biến, biến chứng sau mổ thoát vị bụng.

Từ khóa: thoát vị bụng, phẫu thuật nội soi, TEP, hoàn toàn trước phúc mạc.

SUMMARY

RESULTS OF INGUINAL HERNIA BY MESH IN LAPAROSCOPIC TOTALLY EXTRAPERITONEAL AT TRA VINH GENERAL HOSPITAL IN 2024-2025

Objectives: survey clinical, paraclinical features and results of inguinal hernia by mesh in laparoscopic totally extraperitoneal. **Materials and method:** prospective, descriptive, no-control study. Including 36 patients aged 18 and over who were treated surgically with the TEP method at Tra Vinh General Hospital, from May 2024 to the end of January 2025. **Results:** 100% of patients admitted to the hospital had bulging in the inguinal region, male gender

accounted for 97.2%, indirect inguinal hernia accounted for 97.2%, primary inguinal hernia accounted for 97.2%. Simple small intestine hernia accounted for 61.1%. Good treatment results in the early stage accounted for 97.2%, in the distant stage accounted for 94.4%. **Conclusion:** mesh in laparoscopic totally extraperitoneal is a safe and effective method to minimize complications after inguinal hernia surgery. **Keywords:** inguinal hernia, laparoscopic, TEP, totally extraperitoneal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bụng (TVB) là tình trạng các tạng trong ổ phúc mạc đi ra ngoài điểm yếu ở thành sau ống bụng, đội ra ngoài kéo theo nội tạng bên trong khi có sự mất cân bằng giữa áp lực bên trong ổ bụng và cơ chế bảo vệ thành bụng. TVB chiếm 75% trong thoát vị thành bụng [1].

Hiện nay có 2 phương pháp phẫu thuật chính: phục hồi bằng mô tự thân và mesh tổng hợp. Phục hồi bằng mesh tổng hợp tái phát thấp (<1%), được khuyến khích là sự lựa chọn đầu tiên. Trong đó phẫu thuật Lichtenstein và phẫu thuật nội soi được đánh giá tốt nhất. Phẫu thuật nội soi hoàn toàn trước phúc mạc (TEP) tỷ lệ thành công rất cao (99,6%) [2] ưu điểm không mở khoang phúc mạc, hạn chế tối thiểu tiếp xúc mesh và các tạng giúp giảm nguy cơ dính ruột đến mức thấp nhất [3].

Tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Trà Vinh chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn trước phúc mạc. Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị thoát vị bụng bằng phương pháp nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn trước phúc mạc tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Trà Vinh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
²Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ
³Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Trà Vinh
Chịu trách nhiệm chính: La Văn Phú
Email: lvphu@ctump.edu.vn
Ngày nhận bài: 23.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025
Ngày duyệt bài: 31.3.2025