

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, SIÊU ÂM VÀ KẾT CỤC THAI KỲ SAU KHI ỒI VỠ VỚI CỔ TỬ CUNG MỞ ≤ 3 CM

Nguyễn Đình Hào^{1,2}, Nguyễn Quốc Tuấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vỡ ối tự nhiên là một hiện tượng bình thường của quá trình chuyển dạ nhưng là một trong những vấn đề quan trọng trong thực hành sản khoa. Đánh giá nguy cơ biến chứng do tri hoãn chấm dứt thai kỳ ở những trường hợp vỡ ối với cổ tử cung ≤ 3 cm đóng vai trò rất quan trọng, từ đó giúp chỉ định phương pháp chấm dứt thai kỳ phù hợp. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố với phương pháp chấm dứt thai kỳ ở nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thai phụ có tuổi thai ≥ 37 tuần có ối vỡ khi cổ tử cung ≤ 3 cm, nhập viện và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản TP. Cần Thơ. Phương pháp nghiên cứu là báo cáo loạt ca. **Kết quả:** Tỷ lệ mổ lấy thai sau khi ối vỡ là 43,3%. Đa số trong độ tuổi 25-34 tuổi (43 trường hợp, chiếm tỷ lệ 47,8%); tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm có độ tuổi < 35 cao hơn nhóm có độ tuổi ≥ 35 ([OR=1,91 CI 95% 0,34-10,06]; $p = 0,44$). Đa số là con so (47 trường hợp, chiếm tỷ lệ 70,1%); tỷ lệ mổ lấy thai ở những trường hợp con so cao hơn những trường hợp con rạ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR = 4,17 CI 95% 1,21-14,36 với $p=0,018$). Có 18 trường hợp AFI ≤ 5 (chiếm tỷ lệ 20%). Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm có Bishop ≤ 3 điểm khi ối vỡ cao gấp 3 lần nhóm có chỉ số Bishop ≥ 4 điểm với $p=0,009$. **Kết luận:** Chưa có con và chỉ số Bishop từ 0-3 có liên quan đến nguy cơ mổ lấy thai cao hơn ở những trường hợp ối vỡ có cổ tử cung ≤ 3 cm. **Từ khóa:** ối vỡ non, mổ lấy thai, chỉ số Bishop, AFI, BMI, con so

SUMMARY

THE CLINICAL, ULTRASOUND FEATURES AND PREGNANCY OUTCOME AFTER RUPTURE OF MEMBRANES WITH CERVICAL DILATION ≤ 3 CM

Background: Spontaneous rupture of membranes is a common phenomenon in the labor process but remains one of the key issues in obstetric practice. Assessing the risk of complications due to delayed termination of pregnancy in cases of spontaneous ruptured membranes with a cervix ≤ 3 cm plays a significant role, thereby helping to indicate the appropriate method of pregnancy termination. The objective of the study is to evaluate the relationship between some factors and the method of pregnancy termination in the above group of patients.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Phòng khám Đa khoa Hưởng Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Tuấn

Email: ngtuan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 24.3.2025

Objectives: 1. Describe the clinical characteristics, ultrasound findings, and the rate of cesarean section after rupture of membranes. 2. Investigate some factors related to the rate of cesarean section.

Materials and method: The study involves pregnant women with a gestational age ≥ 37 weeks, experiencing rupture of membranes with a cervical dilation ≤ 3 cm, who were admitted to and terminated of pregnancy at the Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital. The research method used is a case series report. **Results:** The cesarean section rate after rupture of membranes was 43.3%. The majority of patients were aged 25-34 years (43 cases, accounting for 47.8%); the cesarean section rate was higher in the group aged < 35 compared to those aged ≥ 35 (OR=1.91, CI 95% 0.34-10.06; $p = 0.44$). Most of the cases were primiparous (47 cases, accounting for 70.1%); the cesarean section rate was higher in primiparous women compared to multiparous women, with a statistically significant difference (OR = 4.17, CI 95% 1.21-14.36, $p = 0.018$). There were 18 cases with an AFI ≤ 5 (20%). The cesarean section rate was 3 times higher in the group with a Bishop score ≤ 3 compared to the group with a Bishop score ≥ 4 ($p = 0.009$). **Conclusion:** Primiparous and a Bishop score of 0-3 were associated with a higher risk of cesarean section in cases of ruptured membranes with a cervix ≤ 3 cm.

Keywords: Premature rupture of membranes, cesarean section, Bishop score, AFI, BMI, primiparous

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ ối tự nhiên là một hiện tượng bình thường của quá trình chuyển dạ nhưng là một trong những vấn đề quan trọng trong thực hành sản khoa. Quản lý thai kỳ có vỡ ối tùy thuộc vào tuổi thai và tình trạng sản khoa [1]. Thời gian vỡ ối càng lâu nguy cơ nhiễm trùng cho mẹ và thai nhi càng tăng. Ngoài ra, tình trạng vỡ ối còn ảnh hưởng đến tâm lý của người thai phụ, người thai phụ sẽ rất lo lắng đến sức khỏe của thai nhi khi nước ối cứ tiếp tục chảy ra ngoài. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về những biến chứng cho mẹ và thai nhi, cũng như phương pháp làm giảm các biến chứng cho mẹ và thai nhi. Một trong những phương pháp làm giảm các biến chứng sau khi vỡ ối đó là chấm dứt thai kỳ càng sớm càng tốt (khởi phát chuyển dạ sớm hoặc mổ lấy thai), đặc biệt ở những nhóm thai nhi đủ tháng. Tuy không có nhiều nguy cơ như những trường hợp vỡ ối non. Nhưng những trường hợp vỡ ối sớm ở pha tiềm thời tức là vỡ ối khi cổ tử cung ≤ 3 cm, thời gian từ lúc vỡ ối cho đến lúc chấm dứt thai kỳ cũng có thể kéo dài và làm

tăng nguy cơ xuất hiện các biến chứng cho mẹ và thai nhi. So với việc sinh ngã âm đạo, mổ lấy thai có nhiều tai biến và biến chứng hơn. Tuy nhiên, ở góc độ nào đó, mổ lấy thai sẽ làm giảm nguy cơ xuất hiện các tai biến và biến chứng cho thai phụ và thai nhi sau khi vỡ ối.

Với mục đích xác định được tỷ lệ mổ lấy thai sau khi vỡ ối cũng như các yếu tố liên quan để từ đó có thể đưa ra những khuyến cáo cụ thể, để thầy thuốc có thể nhận diện và tập trung theo dõi những trường hợp có nguy cơ cao mổ lấy thai sau khi vỡ ối để từ đó đưa ra hướng xử trí phù hợp làm giảm những biến chứng cho mẹ và thai nhi cũng như làm giảm sự lo lắng của thai phụ. Chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng, siêu âm và kết cục thai kỳ sau khi ối vỡ với cổ tử cung mở ≤ 3 cm" với 2 mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, siêu âm và tỷ lệ mổ lấy thai sau khi vỡ ối; 2. Nghiên cứu 1 số yếu tố liên quan đến tỷ lệ mổ lấy thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu. Thai phụ có tuổi thai ≥ 37 tuần có ối vỡ khi cổ tử cung mở ≤ 3 cm, nhập viện và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản TP. Cần Thơ

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Tuổi thai ≥ 37 tuần (tính theo ngày dự sinh được cung cấp ở 3 tháng đầu thai kỳ).
- Cổ tử cung ≤ 3 cm
- Những trường hợp có ối vỡ tự nhiên. Chẩn đoán ối vỡ bằng:
 - + Thai phụ khai ra nước âm đạo nhiều; và / hoặc
 - + Khám bằng tay thấy nước chảy theo găng tay; và / hoặc
 - + Khám mở vết thấy nước trong âm đạo nhiều.
 - + Xét nghiệm Nitrazine test (+)
 - Đơn thai. Thai sống. Ngôi đầu.
 - Không có chỉ định mổ lấy thai ngay khi ối vỡ (nguy cơ thấp mổ lấy thai): sa dây rốn, suy thai (nước ối xanh, CTG nhóm III ACOG 2009), nhau bong non, vết mổ cũ, tiền sản giật có dấu hiệu nặng, đái tháo đường đang điều trị insulin, bệnh tim, cường giáp.
 - Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai dị dạng.
- Thai phụ đang bị bệnh tâm thần khó tiếp xúc
- Thai phụ bị câm, điếc.

2.1.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ trong khoảng thời gian từ tháng 05/2024 - 10/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: báo cáo hàng loạt ca.

2.2.2. Cỡ mẫu. Lấy mẫu trong khoảng thời gian 05/2024 - 10/2024.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả các trường hợp nhập viện vì ối vỡ và thỏa điều kiện chọn mẫu. Khi thai phụ nhập viện vì ối vỡ, chúng tôi so sánh với tiêu chuẩn chọn mẫu nếu thai phụ thỏa điều kiện chọn mẫu thì sẽ giải thích với thai phụ nếu thai phụ đồng ý thì sẽ ký bản đồng thuận nghiên cứu.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu. Ghi nhận những thông tin: tuổi, số con hiện có, BMI, ước lượng trọng lượng thai qua siêu âm, thể tích nước ối qua siêu âm, phương pháp chấm dứt thai kỳ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi

Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 18	1	1,1
19 - 24	24	26,7
25 - 34	43	47,8
≥ 35	22	24,4
Trung bình: 29 (+/- 5,16); Nhỏ nhất: 18; Lớn nhất: 40		
Tổng	90	100

Nhận xét: Đa số trong độ tuổi 25-34 tuổi (43 trường hợp, chiếm tỷ lệ 47,8%). Có 1 trường hợp vị thành niên (chiếm tỷ lệ 1,1%) và 22 trường hợp từ 35 tuổi trở lên (chiếm tỷ lệ 24,4%)

Bảng 2. Đặc điểm về số con hiện có

Số con	Số lượng	Tỷ lệ %
0	65	72,2
≥ 1	25	27,8
Tổng	90	100

Nhận xét: Đa số chưa có con (65 trường hợp, chiếm tỷ lệ 72,2%). Có 2 trường hợp đã có 3 con.

Bảng 3. Đặc điểm về độ mở cổ tử cung

Số con	Số lượng	Tỷ lệ %
0-1	51	56,7
2-3	39	43,3
Tổng	90	100

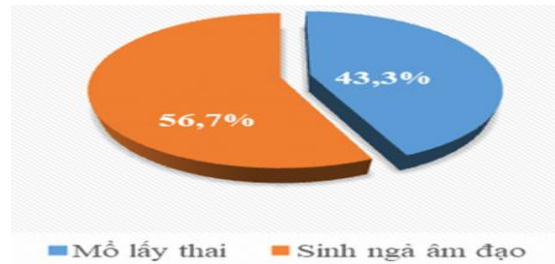
Nhận xét: Tỷ lệ nhóm có cổ tử cung mở ≤ 1 cm cao hơn nhóm có cổ tử cung mở ≥ 2 cm (56,7% so với 43,3%).

Bảng 4. Đặc điểm về trọng lượng thai chỉ số ối trên siêu âm

Trọng lượng thai	Số lượng	Tỷ lệ %
< 3500 g	72	80
≥ 3500 g	18	20
Trung bình: 3133g (+/- 337); Nhẹ nhất: 2470g; Nặng nhất: 3850		

Chỉ số ôi	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 5	18	20
>5	72	80
Tổng	90	100

Nhận xét: Cân nặng trung bình là 3133g. Nặng nhất là 3850g. Đa số có cân nặng từ < 3500g (72 trường hợp, chiếm tỷ lệ 80%). Có 18 trường hợp trọng lượng thai ≥ 3500g (chiếm tỷ lệ 20%). Không có trường hợp nào thai nhi ≥ 4000g. Đa số có AFI > 5 (72 trường hợp, chiếm tỷ lệ 80%).



Biểu đồ 1. Phương pháp chấm dứt thai kỳ
Nhận xét: tỷ lệ mổ lấy thai sau khi ôi vỡ là 43,3%.

Bảng 5. Mối liên quan giữa tuổi của thai phụ và mổ lấy thai

	Mổ lấy thai	Sinh ngả âm đạo	P, OR	Tổng
< 35	34	38	P = 0,136 OR = 2,217 (0.751-7.205)	72
≥ 35	5	13		18
Tổng	39	51		90

Nhận xét: nhóm thai phụ < 35 tuổi có xu hướng chọn phương pháp mổ lấy thai cao hơn lần nhóm thai phụ ≥ 35 tuổi (OR= 2,217). Tuy nhiên mối liên quan này không có ý nghĩa.

Bảng 6. Mối liên quan giữa một số yếu tố và mổ lấy thai

Tiêu chí	Phân loại	Mổ lấy thai	Sinh ngả âm đạo	P, OR	Tổng
Số con	0	34	31	P = 0,006 OR = 4,387 (1,469-13,103)	65
	≥ 1	5	20		25
Chỉ số ôi (AFI)	≤ 5	8	10	P = 0,915 OR = 1.058 (0,374-2,994)	18
	> 5	31	41		72
Bishop	0-3	29	24	P = 0,009 OR = 3,263 (1,320-8,064)	53
	4-6	10	27		37
Tổng		39	51		90

Nhận xét:

- Những thai phụ chưa có con có khả năng mổ lấy thai cao gấp 4,387 lần so với những người đã có ít nhất 1 con, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p= 0,006.

- Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm có AFI ≤ 5 hơi cao hơn so với nhóm có AFI > 5 (OR= 1,14). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa.

- Những trường hợp có chỉ số Bishop 0-3 có nguy cơ mổ lấy thai cao gấp 3 lần những trường hợp có chỉ số Bishop 4-6. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,009

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phương pháp chấm dứt thai kỳ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (biểu đồ 1) khác với nghiên cứu của Nguyễn Hà Ngọc Uyên và cộng sự (2021) [2]; Nguyễn Quốc Tuấn và cộng sự (2018) [3], trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mổ lấy thai thấp hơn sinh ngả âm đạo (43,3% so với 56,7%), trong khi nghiên cứu của Nguyễn Hà Ngọc Uyên và cộng sự (2021) [2], tỷ lệ mổ lấy thai cao hơn sinh ngả âm đạo (54,1% so với 45,9%); Nguyễn Quốc Tuấn và cộng sự (2018) [3] tỷ lệ mổ lấy thai cao hơn sinh ngả âm đạo (65% so với 35%). Nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Lê Thị Trang và

cộng sự (2023) [4] là tỷ lệ mổ lấy thai thấp hơn sinh ngả âm đạo, tuy nhiên tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Lê Thị Trang (43,3% so với 49,7%).

4.2. Đặc điểm về tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 1) tuổi trung bình của người thai phụ là 29 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi; lớn nhất là 40 tuổi. Độ tuổi gặp nhiều nhất là 25-34 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tuấn và cộng sự (2018) [3], Nguyễn Hà Ngọc Uyên và cộng sự (2021) [2] và Lê Thị Trang và cộng sự (2024) [4]. Tuổi từ 25-34 là độ tuổi phù hợp với quá trình sinh đẻ nên tỷ lệ gặp cao và tương đối đồng nhất với các nghiên cứu khác liên quan đến thai kỳ. Tuy nhiên, theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nhóm thai phụ ≥ 25 tuổi cao hơn nhóm thai phụ < 25 tuổi, điều này cho thấy rằng người phụ nữ có xu hướng mang thai ở độ tuổi ≥ 25. Có nhiều nguyên nhân như: do người phụ nữ hiện đại chọn ưu tiên sự nghiệp và phát triển bản thân trước khi có con; chi phí sinh hoạt cao, đặc biệt là trong các đô thị lớn, có thể khiến phụ nữ không cảm thấy sẵn sàng tài chính để có con; phụ nữ phải đối mặt với áp lực trong công việc, gia đình và xã hội nên trì hoãn việc có con sớm.

4.3. Đặc điểm về số con hiện có. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 2) tỷ lệ con so có ối vỡ cao hơn con rạ, nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Hà Ngọc Uyên và cộng sự (2021) [2], Nguyễn Quốc Tuấn và cộng sự (2018) [3]. Một nghiên cứu của Phiewphone Sivongsa và cộng sự (2024) cho thấy rằng ối vỡ sớm là 1 chỉ định mổ thường gặp trong những trường hợp con so [5].

Tỷ lệ ối vỡ ở người con so cao hơn con rạ có thể là do ở người con so, cổ tử cung chưa từng trải qua quá trình sinh nở nên có độ đàn hồi kém hơn, điều này làm cho áp lực tử cung ối và cơn co tử cung dễ dẫn đến vỡ màng ối. Khi mang thai lần đầu, buồng tử cung chưa phát triển tối ưu về kích thước và khả năng đàn hồi; vì vậy, trong quá trình mang thai, áp lực tử cung có thể tăng cao hơn, dẫn đến nguy cơ vỡ ối sớm. Một số nghiên cứu cho thấy rằng cấu trúc màng ối có thể yếu hơn trong lần mang thai đầu tiên, do thiếu sự thích nghi của cơ thể với các biến đổi sinh lý xảy ra trong thai kỳ và điều này làm tăng nguy cơ ối vỡ sớm. Tâm lý căng thẳng và lo lắng ở thai phụ con so có thể ảnh hưởng đến sự điều hòa nội tiết và làm tăng nguy cơ co bóp tử cung mạnh, gián tiếp gây vỡ ối.

4.4. Môi liên quan giữa số con và mổ lấy thai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những người chưa có con có khả năng mổ lấy thai cao gấp 4,17 lần so với những người đã có ít nhất 1 con với $p = 0,018$ (bảng 6). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Hà Ngọc Uyên và cộng sự (2021) [2], Nguyễn Quốc Tuấn và cộng sự (2018) [3]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Malin Thorsell và cộng sự (2018) [6], Barber EL và cộng sự (2011) [7] và Rothman KJ và cộng sự (2010) [8]. Nguyên nhân có thể là do ở phụ nữ sinh con lần đầu, tử cung và âm đạo chưa trải qua quá trình giãn nở trước đây, dẫn đến khả năng co bóp và giãn nở trong quá trình chuyển dạ có thể khó khăn hơn. Điều này làm tăng nguy cơ chuyển dạ kéo dài dẫn đến mổ lấy thai. Thai phụ sinh con lần đầu thường chưa trải qua sự giãn nở khung chậu mà quá trình sinh nở tự nhiên mang lại, điều này có thể gây khó khăn khi sinh ngả âm đạo.

4.5. Môi liên quan giữa chỉ số ối trên siêu âm và mổ lấy thai. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 7) tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tuấn và cộng sự (2018) [3], Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự (2023) [9]. Trong những trường hợp ối vỡ thì $AFI \leq 5$ cũng không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán

thiếu ối (chỉ được chẩn đoán là thiếu ối khi $AFI \leq 5$ và chưa vỡ ối), nhưng nước ối ít cũng sẽ làm tăng nguy cơ gây suy thai (tăng nguy cơ chèn ép dây rốn), ngoài ra thiếu ối có thể làm tăng nguy cơ chuyển dạ kéo dài. Điều này có thể làm tăng nguy cơ mổ lấy thai.

4.6. Môi liên quan giữa chỉ số Bishop và mổ lấy thai. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 8) cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hà Ngọc Uyên và cộng sự (2021) [2] là chỉ số Bishop thấp khi ối vỡ thì tỷ lệ mổ lấy thai cao. Nguyên nhân có thể là do khi chỉ số Bishop thấp sẽ làm tăng tỷ lệ thất bại khi khởi phát chuyển dạ và/hoặc tăng cơ điều này làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai, khi chỉ số Bishop thấp làm chuyển dạ kéo dài sẽ tăng nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe của thai nhi (chèn ép dây rốn) và thai phụ (nhiễm trùng ối) điều này cũng góp phần làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai

V. KẾT LUẬN

Chưa có con và chỉ số Bishop từ 0-3 có liên quan đến nguy cơ mổ lấy thai cao hơn ở những trường hợp ối vỡ có cổ tử cung ≤ 3 cm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ramirez-Montesinos, L., Downe, S. & Ramsden, A (2023), "Systematic review on the management of term prelabour rupture of membranes", BMC Pregnancy Childbirth 23, 650 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05878-x>
2. Nguyễn Hà Ngọc Uyên, Lê Trần Thanh Thảo và cộng sự (2021), "Nghiên cứu tình hình chấm dứt thai kỳ ở thai phụ trên 34 tuần có ối vỡ tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ Năm 2021". Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở
3. Nguyễn Quốc Tuấn, Nguyễn Thị Vân Anh (2018), "Nghiên cứu tình hình chấm dứt thai kỳ ở sản phụ có thai trên 36 tuần có vỡ ối tại Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ năm 2017-2018". Luận văn tốt nghiệp đại học
4. Lê Thị Trang, Trần Doãn Tú, Nguyễn Thị Kim Anh (2023), "Nghiên cứu kết quả điều trị ối vỡ sớm ở thai phụ mang thai đủ tháng", Tạp Chí Phụ sản, 20(4), 29-37. <https://doi.org/10.46755/vjog.2022.4.1409>
5. Phiewphone, S., Phạm Bá Nha, Nguyễn Trường Giang. (2024). Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Tạp Chí Y học Việt Nam, 534(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v534i1.8071>
6. Malin Thorsell, Sven Lyrenäs, Ellika Andolf et al (2011). Induction of labor and the risk for emergency cesarean section in nulliparous and multiparous women Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica Volume 90, Issue 10 DOI: 10.1111/j.1600-0412.2011.01213.x
7. Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, Pettker CM, Funai EF, Illuzzi JL (2011). Cesarean delivery rates in nulliparous women: a multi-center cohort study Obstetrics & Gynecology DOI 10.1097/AOG.0b013e3181e9c6d3

8. Rothman KJ, Demissie S, Jackson DJ, Lang JM, Ecker JL. Epidural analgesia and risks of cesarean and operative vaginal deliveries in nulliparous and multiparous women. *Matern Child Health J.* 2010 Sep;14(5):705-712. doi: 10.1007/s10995-009-0515-9. PMID: 19760498.

9. Nguyễn Thị Thu Hà, Phan Thị Huyền Thương, Nguyễn Thị Huệ (2023). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ối vỡ non ở tuổi thai từ 22–34 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2022. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 530(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v530i1.6557>

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng¹, Lê Công Lý Hùng²

TÓM TẮT⁹

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư dạ dày được điều trị phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày và đánh giá kết quả sau mổ cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu gồm 19 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày, được phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày tại khoa Ngoại Tổng hợp – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2024. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 64,89 ± 12,04, (thấp nhất: 34 tuổi, cao nhất: 80 tuổi). Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là trên 60 tuổi, chiếm 78,95%. Tỷ lệ nam/nữ = 2,17/1. Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng vùng thượng vị chiếm 78,95%. Ung thư biểu mô (UTBM) tuyến chiếm đa số với 89,48% trường hợp, UTBM tế bào nhân chiếm 10,52%. Cắt TBDD đơn thuần chiếm tỷ lệ 89,48%, có 2 trường hợp cắt TBDD mở rộng do xâm lấn đại tràng ngang, rốn lách, đầu tụy. Thời gian mổ trung bình là 198,28 ± 49,78 phút, không có tai biến trong mổ. Có 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, 2 trường hợp rò miệng nối, 1 trường hợp viêm phổi sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 14,42 ± 7,65 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày là an toàn, tỉ lệ tái biến thấp. Tuy nhiên vẫn là một phẫu thuật nặng, phức tạp với thời gian sống thêm sau mổ ngắn đòi hỏi phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, cắt toàn bộ dạ dày

SUMMARY

RESULTS OF TOTAL GASTRECTOMY FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Describe the clinical, subclinical characteristics and results of gastric adenocarcinoma treated by total gastrectomy at Hanoi Medical

University Hospital. **Methods:** The retrospective descriptive study includes 19 patients who have been diagnosed gastric cancer, underwent total gastrectomy at the Department of General Surgery - Hanoi Medical University Hospital from January 2021 to December 2024. **Results and discussion:** The mean age of the study group is 64.89 ± 12.04 years old (range: 34-80 years old). The age group with the highest percentage is over 60 years old, accounting for 78.95%. Male/female ratio = 2.17/1. The most common symptom is epigastric pain, accounting for 78.95%. Adenocarcinoma accounts for the majority with 89.48% of cases, and signet ring cell carcinoma accounts for 10.52%. Simple total gastrectomy accounts for 89.48%, with 2 cases of extended total gastrectomy due to invasion of the transverse colon, splenic hilum, and tail of the pancreas. The average surgery time was 198.28 ± 49.78 minutes, with no complications during surgery. There are 3 cases of surgical wound infection, 2 cases of anastomotic leak, and 1 case of postoperative pneumonia. The postoperative hospital stay is 14.42 ± 7.65 days. **Conclusions:** Total gastrectomy for gastric cancer is safe, with a low complications rate. However, it is still a complicated surgery with a short postoperative survival time and requiring a surgeon with a lot of experiences.

Keywords: gastric cancer, total gastrectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một bệnh lý ác tính gây tử vong đứng hàng thứ 2 sau ung thư phổi ở nam và ung thư vú ở nữ. Tại Nhật Bản, ung thư dạ dày là nguyên nhân hàng đầu tử vong trong số các trường hợp tử vong do ung thư. Tại Việt Nam tỷ lệ mắc bệnh ở nam là 19,3/100.000, ở nữ là 9,1/100.000 dân.¹

Cho đến nay trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về ung thư dạ dày, các nhà khoa học đều thống nhất chỉ có hai biện pháp có hiệu quả để kéo dài thời gian sống cho người bệnh là chẩn đoán sớm và phẫu thuật triệt để. Điều trị ung thư dạ dày chủ yếu bằng phẫu thuật, các phương pháp điều trị khác như hóa chất, miễn dịch và tia xạ chỉ là phối hợp có tính chất hỗ trợ, hoặc áp dụng trong một vài trường hợp không có khả năng phẫu thuật. Phẫu thuật

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2025

Ngày duyệt bài: 27.3.2025