

bóp bấm huyết trên bệnh nhân sau nhồi máu não thể khí suy huyết ứ, đạt kết quả chung sau 10 ngày điều trị có điểm trung bình Barthel 70.73% và theo Rankin sau điều trị tỷ lệ từ mức độ 3 trở xuống đạt 93.34%.

Hạn chế của đề tài là chưa có nhóm đối chứng và thời gian can thiệp và đánh giá còn ngắn (10 ngày) nên có thể làm hạn chế sự đánh giá chính xác nhất hiệu quả của phác đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê, M. H. và c.s.** (2024) "Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động bằng bài thuốc bổ dưỡng hoàn nữ thanh kết hợp điện châm, xoa bóp bấm huyết, cấy chỉ trên bệnh nhân sau nhồi máu não thể khí suy huyết ứ tại thành phố Cần Thơ", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (72), tr 68–74. doi: 10.58490/ctump.2024i72.2407.
2. **Lê Minh Hoàng, Vũ Đình Quỳnh và Phan Thanh Thuận** (2023), "Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động bằng thang điểm Barthel trên bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn ổn định bằng xoa bóp bấm huyết, điện châm", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 529 (số 1) tr. 370-374. <https://doi.org/10.51298/vmj.v529i1.6317>
3. **Trần Quốc Minh** (2021), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phục hồi vận động trên bệnh nhân di chứng nhồi máu não bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyết tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Cần Thơ, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.
4. **Vũ Thị Tâm và các cộng sự.** (2021), "Một số yếu tố có liên quan đến kết quả phục hồi chức năng bằng phương pháp gường trị liệu kết hợp với vận động trị liệu ở bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ não", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 498 (số 2), tr. 112-117.
5. **Nguyễn Minh Tân và Trần Quốc Minh** (2019), "Kết quả điều trị của bài thuốc "Bổ dưỡng hoàn ngũ thang" phối hợp với điện châm và vận động trị liệu ở bệnh nhân di chứng đột quỵ thể khí suy huyết ứ tại Bệnh viện y học cổ truyền Cần Thơ năm 2017 - 2018", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ (Số 22-23-24-25), tr. 1-7.
6. **John W Cole and Christopher A J Exon Publications Stack** (2021), "The clinical approach to stroke in young adults", pp. 53-78. <https://doi.org/10.36255/exonpublications.stroke.adultstroke.2021>
7. **Duy Ton Mai, Dao, Xuan Co, Luong, Ngoc Khue et al.** (2022), "Current state of stroke care in Vietnam". 2(2), pp. e000331. <http://dx.doi.org/10.1161/SVIN.121.000331>
8. **World Health Organization** (2022), World Stroke Day 2022, 29 October 2022. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>

TỶ LỆ CÁC NHÓM NGUY CƠ THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SAU MỔ LẤY THAI BẰNG THANG ĐIỂM CAPRINI TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐÌNH

Tạ Việt Hùng^{1,2}, Bùi Chí Thương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ của các nhóm yếu tố nguy cơ truyền tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM) sau mổ lấy thai bằng thang điểm Caprini tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả khảo sát 386 sử dụng thang điểm đánh giá và phân loại các nhóm nguy cơ TTHKTM trong thai kỳ bằng thang điểm Caprini. **Kết quả:** Có 54,7% sản phụ trong nghiên cứu mang nguy cơ thấp TTHKTM, nhóm nguy cơ trung bình là 43%, còn nhóm nguy cơ cao TTHKTM chỉ có 2,3%. Theo thang điểm Caprini, tất cả sản phụ đều có yếu tố nguy cơ mang thai và hậu sản (100%). Các yếu tố thường gặp tiếp theo gồm: mổ <45 phút (63,2%), mổ >45 phút (36,8%), béo phì BMI >25 (20,5%), tuổi 41–60 (5,2%), tiền sử sảy thai liên tiếp hoặc sinh non

(1,6%), suy tim (1,0%), sưng chân và bất động tại giường (cùng 0,8%), và bệnh nội khoa chỉ nghỉ tại giường (0,5%). **Kết luận:** Phần lớn sản phụ sau mổ lấy thai trong nghiên cứu thuộc nhóm nguy cơ thấp TTHKTM theo thang điểm Caprini, tuy nhiên việc áp dụng Caprini có xu hướng đánh giá nguy cơ cao hơn so với thang điểm chuyên biệt sản khoa

Từ khóa: Mổ lấy thai, truyền tắc huyết khối tĩnh mạch, thang điểm Caprini

SUMMARY

PREVALENCE OF VENOUS THROMBOEMBOLISM RISK GROUPS AFTER CESAREAN SECTION AT GIA DINH PEOPLE'S HOSPITAL

Objective: To determine the prevalence of different risk factor groups for venous thromboembolism (VTE) after cesarean section using the Caprini score at Nhan Dan Gia Dinh Hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 386 postpartum women to assess and classify VTE risk groups during pregnancy using the Caprini scoring system. **Results:** 54.7% of the participants in the study were classified as having a low risk of venous thromboembolism (VTE), 43% were in the moderate-risk group, and only 2.3% were

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Chí Thương

Email: buichithuong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

in the high-risk VTE group. According to the Caprini score, all participants had the pregnancy and postpartum risk factors (100%). Other common risk factors included: surgery <45 minutes (63.2%), surgery >45 minutes (36.8%), obesity with BMI >25 (20.5%), age 41–60 years (5.2%), history of recurrent miscarriage or preterm birth (1.6%), heart failure (1.0%), leg swelling and bed rest (both 0.8%), and medical illness requiring only bed rest (0.5%).

Conclusion: The majority of postpartum women after cesarean section in this study were classified as low risk for VTE according to the Caprini score; however, the Caprini score tended to assess a higher risk compared to obstetric-specific scoring systems.

Keywords: Cesarean section, venous thromboembolism, Caprini score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguy cơ huyết khối ở thai phụ cao tương tự nhau ở cả 3 tam cá nguyệt. Nguy cơ huyết khối ở thời điểm chuyển dạ tăng cao nhất, gấp khoảng 60 lần phụ nữ không mang thai, và tăng cao đáng kể trong thời kỳ hậu sản, đặc biệt đối với thuyên tắc phổi[1]. Biến chứng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (venous thromboembolism – VTE) (TTHKTM) là nguyên nhân quan trọng về bệnh suất và tử suất ở phụ nữ có thai tại các nước phát triển và là vấn đề đang được quan tâm ở các nước đang phát triển. Tỷ lệ VTE liên quan đến thai kỳ khoảng 150 ca/100.000 ca sinh, gần 1/3 trong số đó liên quan đến tình trạng thuyên tắc phổi[1]. Tử vong mẹ do PE là một trong những nguyên nhân hàng đầu trong thời kỳ mang thai và sau sinh. Ở Anh, PE là nguyên nhân phổ biến nhất gây tử vong sản phụ, tỷ lệ khoảng 1/7.375 phụ nữ mang thai. Ở Mỹ, 60.000 – 100.000 trường hợp tử vong/ năm do các bệnh lý liên quan VTE, trong đó phụ nữ có mức độ nguy cơ cao gấp 5 lần ở thời điểm chuyển dạ và sau sinh[2].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về chủ đề TTHKTM ở lĩnh vực sản phụ khoa có thể kể đến như nghiên cứu của Lưu Tuyết Minh và cộng sự năm 2015 với đề tài Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới trên sản phụ mổ lấy thai [3], đề tài của Huỳnh Mỹ Như năm 2022 về tỷ lệ nguy cơ huyết khối tĩnh mạch sau mổ lấy thai [4]. Cho đến những năm gần đây, BHYT đã ban hành hướng dẫn quốc gia cụ thể để chẩn đoán, điều trị những trường hợp nguy cơ TTHKTM, bên cạnh đó, Hội tim mạch Việt Nam cũng đưa ra quy trình chẩn đoán và điều trị các trường hợp tương tự, các lưu đồ có nhiều sự tương đồng. Nguy cơ TTHKTM ngay sau mổ lấy thai có thể xem là lên cao nhất đối với phụ nữ. Bên cạnh đó, tỷ lệ mổ lấy thai ở nước ta đang có xu hướng tăng dần trong những năm vừa qua. Trong lâm sàng,

những thang điểm đánh giá nguy cơ huyết khối đã được áp dụng, trong đó Caprini là công cụ phổ biến cho bệnh nhân ngoại khoa nói chung. Tuy nhiên, Caprini chưa được thiết kế chuyên biệt cho sản phụ, do đó có thể dẫn đến bất cập khi áp dụng, như đánh giá nguy cơ cao hơn thực tế hoặc bỏ sót yếu tố đặc thù của thai kỳ. Việc hiểu rõ phân bố nguy cơ TTHKTM ở sản phụ theo Caprini, cũng như so sánh với các thang điểm sản khoa chuyên biệt, sẽ giúp tối ưu hóa chiến lược dự phòng, giảm biến chứng chảy máu và tử vong do thuyên tắc mạch.

Từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Tỷ lệ các nhóm nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sau mổ lấy thai bằng thang điểm Caprini tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định” nhằm trả lời câu hỏi: “Phân bố tỷ lệ các nhóm nguy cơ TTHKTM ở sản phụ sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định như thế nào khi đánh giá bằng thang điểm Caprini? Mục tiêu chính: *Xác định tỷ lệ của các nhóm yếu tố nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sau mổ lấy thai bằng thang điểm Caprini tại bệnh viện Nhân dân Gia Định.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang mô tả

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả các sản phụ mổ lấy thai, trên 18 tuổi, đang điều trị tại khoa Sản của bệnh viện Nhân dân Gia Định

- Tiêu chuẩn loại trừ

- + Những sản phụ có vấn đề tâm thần
- + Những sản phụ < 18 tuổi
- + Những sản phụ từ chối tham gia nghiên cứu

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu

$$N = [Z^2(1-\alpha/2) \times P \times (1-P)]/d^2$$

Chọn α là sai lầm loại 1 = 0,05

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; khoảng tin cậy 95%

d: sai số cho phép = 5%

P: tỷ lệ ước lượng của bệnh trong quần thể.

Chọn P = 0,5 để đạt cỡ mẫu lớn nhất (do chưa có nghiên cứu tương đương trước đó)

Tính được $N = 1,96^2 \times 0,5 \times (1-0,5) / 0,05^2 = 384,16$

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu 385

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu liên tục cho đến khi đủ mẫu

Lấy toàn bộ các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu

Mẫu nghiên cứu đại diện cho toàn bộ sản phụ sau MLT trong khoảng thời gian thực hiện nghiên cứu

2.4. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Sau khi được sự chấp thuận của bệnh

viện, từ hồ sơ bệnh án sẵn có và sản phụ hiện đang điều trị tại khoa Sản. Chúng tôi thu thập dữ liệu của các trường hợp sản phụ, trên 18 tuổi, sau mổ lấy thai mỗi ngày cho đến khi đủ số mẫu.

Bước 2: Tiến hành thu thập thông tin trong hồ sơ bệnh án và phỏng vấn sản phụ hiện đang điều trị tại khoa khi tình trạng sức khỏe của sản phụ ổn định. Khi phỏng vấn sản phụ sẽ được giải thích lý do thực hiện nghiên cứu. Sản phụ đọc và ký vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu. Trong trường hợp, sản phụ không đồng ý tham gia, hồ sơ đó sẽ bị loại ra khỏi nghiên cứu. Trong hồ sơ bệnh án, thu thập thông tin theo phiếu thu thập dữ liệu.

Thang điểm Caprini bao gồm một loạt các yếu tố nguy cơ, mỗi yếu tố được gán một số điểm nhất định. Các yếu tố này có thể bao gồm [5]:

- Tuổi: Điểm tăng theo tuổi tác.
- BMI: Điểm tăng theo chỉ số khối cơ thể (BMI).
- Bệnh nền: Các bệnh lý như bệnh tim, bệnh phổi, ung thư, tiền sử VTE, v.v., đều có thể làm tăng điểm số.
- Yếu tố nguy cơ phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật, loại phẫu thuật, và các biến chứng sau phẫu thuật đều được xem xét.
- Yếu tố nguy cơ khác: như sử dụng thuốc tránh thai, thai kỳ, bất động kéo dài, v.v.

Sau khi tính tổng điểm Caprini, nguy cơ VTE được phân loại như sau:

- + 0-2 điểm: Nguy cơ thấp.
- + 3-4 điểm: Nguy cơ trung bình.
- + ≥ 5 điểm: Nguy cơ cao.

Bước 3: Nhập, xử lý và phân tích dữ liệu. Sử dụng thang điểm đánh giá và phân loại các nhóm nguy cơ TTHKTM trong thai kỳ của Hướng dẫn quốc gia về điều trị dự phòng TTHKTM ở thai phụ chương số 9 năm 2023. Tiến hành điều trị các sản phụ nằm trong nhóm nguy cơ trung bình và nguy cơ cao, so sánh với thang điểm Caprini hiện hành tại bệnh viện.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu: Kết quả sẽ được phân tích bằng phần mềm Stata 14. Các tần suất, tỷ lệ %, trung bình sẽ được tính toán theo nội dung nghiên cứu. Sử dụng phép kiểm Chi bình phương, phương trình hồi quy để tìm mối liên quan giữa các biến số. Ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh Bệnh viện Nhân dân Gia Định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian tiến hành nghiên cứu, từ tháng 2 năm 2025 đến tháng 4 năm 2025, có 870 sản phụ sinh tại khoa Sản bệnh viện Nhân

Dân Gia Định, trong đó có 395 sản phụ được mổ lấy thai, có 2 sản phụ từ chối tham gia nghiên cứu, có 7 bệnh nhân có tiêu chuẩn loại trừ nên bị loại bỏ, đã chọn được 386 trường hợp nhập viện mổ lấy thai thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

3.1. Đặc điểm nền của dân số nghiên cứu. Trong nhóm dân số nghiên cứu ở sản phụ mổ lấy thai tại bệnh viện Nhân dân Gia Định là 31,4, với độ lệch chuẩn là 5,7. Trong đó, 89 sản phụ (chiếm 23,1%) có độ tuổi trên 35. Trường hợp sản phụ có độ tuổi lớn nhất là 49 tuổi, còn nhỏ nhất là 18 tuổi. Nơi cư trú, 192 sản phụ (chiếm 49,7% tổng số sản phụ mổ lấy thai) có nơi cư trú ở thành phố Hồ Chí Minh, còn lại ở các tỉnh khác, đặc biệt nổi trội nhất là ở Bình Dương, Đồng Nai. Phân bố về dân tộc ở nhóm sản phụ tham gia nghiên cứu, 379 sản phụ (chiếm 98,2%) là dân tộc Kinh.

3.2. Tỷ lệ các nhóm nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch ở sản phụ sau mổ lấy thai. Phân loại nguy cơ Caprini trong nhóm nguy cơ thấp chiếm tỷ lệ 54,7%, có 43% sản phụ có nguy cơ trung bình, và chỉ có 2,3% sản phụ có nguy cơ cao.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ giữa các nhóm nguy cơ TTHKTM theo thang điểm

Bảng 1: Các đặc điểm trong thang điểm đánh giá nguy cơ huyết khối Caprini

Yếu tố nguy cơ	Điểm BN	N (%)
Tuổi 41 – 60	1	20(5,2)
Có kế hoạch tiểu phẫu	1	244(63,2)
Tiền sử đại phẫu (< 1 tháng)	1	0
Suy tĩnh mạch	1	0
Tiền sử viêm đường ruột (như bệnh Crohn...)	1	0
Sưng chân (tại thời điểm khám)	1	3(0,8)
Béo phì (BMI > 25)	1	79(20,5)
Nhồi máu cơ tim cấp	1	0
Suy tim sung huyết (<1 tháng)	1	4(1,0)
Nhiễm khuẩn huyết (<1tháng)	1	0
Bệnh phổi nghiêm trọng bao gồm viêm phổi (<1 tháng)	1	0
Chức năng phổi bất thường (COPD)	1	0
Bệnh nội khoa tại giường	1	2(0,5)
Đang uống thuốc tránh thai hoặc	1	0

liệu pháp hormone thay thế		
Mang thai hoặc hậu sản (<1 tháng)	1	386 (100%)
Tiền sử tử vong sơ sinh, sẩy thai liên tiếp (≥ 2 lần), sinh non có nhiễm trùng huyết hoặc thai chậm phát triển	1	6(1,6)
Tuổi 61 – 74	2	0
Phẫu thuật nội soi khớp	2	0
Đã/ đang có bệnh ác tính	2	0
Đại phẫu (> 45 phút)	2	142(36,8)
Phẫu thuật nội soi (> 45 phút)	2	0
Bất động tại giường (>72h)	2	3(0,8)
Bó bột hoặc nẹp vít bất động (<1 tháng)	2	0
Đặt catheter TM trung tâm	2	0
Bệnh nhân ≥ 75 tuổi	3	0
Tiền sử TTHKTM	2	0
Giảm tiểu cầu do heparin	3	0
Tiền căn gia đình có TTHKTM	3	0
Chấn thương tủy sống cấp	5	0
Phẫu thuật khớp chi dưới trung bình	5	0
Đa chấn thương (<1 tháng)	5	0
Gãy chân, khớp háng, khung chậu < 1 tháng	5	0
Đột quy < 1 tháng	5	0

Theo thang điểm Caprini, tất cả sản phụ đều có yếu tố nguy cơ mang thai và hậu sản (100%). Các yếu tố thường gặp tiếp theo gồm: mổ <45 phút (63,2%), mổ ≥ 45 phút (36,8%), béo phì BMI >25 (20,5%), tuổi 41–60 (5,2%), tiền sử sẩy thai liên tiếp hoặc sinh non (1,6%), suy tim (1,0%), sưng chân và bất động tại giường (cùng 0,8%), và bệnh nội khoa chỉ nghỉ tại giường (0,5%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số sản phụ sau mổ lấy thai được phân loại vào nhóm nguy cơ thấp truyền tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM) theo thang điểm Caprini, chiếm tỷ lệ 54,7%. Điều này phản ánh thực tế rằng phần lớn sản phụ mổ lấy thai tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định không có nhiều yếu tố nguy cơ cộng gộp ngoài mang thai và hậu sản – vốn là yếu tố nền tảng và bắt buộc có điểm trong mọi trường hợp. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý rằng trong nhóm nguy cơ thấp vẫn tồn tại một tỷ lệ không nhỏ sản phụ được Caprini đánh giá ở mức trung bình, cho thấy sự phân bố yếu tố nguy cơ không hoàn toàn đồng nhất.

Thực tế, thang điểm Caprini được xây dựng ban đầu cho bệnh nhân ngoại khoa nói chung, chưa tính đến nhiều yếu tố đặc thù của thai kỳ như thụ tinh trong ống nghiệm (IVF), tiền sản

giật, đa thai hay mổ lấy thai trong chuyển dạ. Đây là những yếu tố nguy cơ đã được chứng minh có liên quan chặt chẽ đến TTHKTM ở sản phụ hiện đại nhưng không được phản ánh đầy đủ trong Caprini.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhận định từ một số nghiên cứu quốc tế. Một nghiên cứu hồi cứu tại Trung Quốc trên 302 ca VTE sản khoa cho thấy Caprini có độ nhạy cao hơn RCOG (ROC = 0,82 so với 0,64), nhưng đồng thời có xu hướng đánh giá nguy cơ cao hơn thực tế, dẫn đến khả năng chỉ định dự phòng thừa [6]. Điều này cũng được phản ánh trong nghiên cứu của chúng tôi: nếu áp dụng Caprini, số sản phụ được chỉ định dự phòng bằng LMWH sẽ tăng gấp 1,5 lần so với khi áp dụng thang điểm quốc gia Việt Nam 2023, trong khi không ghi nhận ca TTHKTM nào trong giai đoạn nghiên cứu. Điều này đặt ra câu hỏi về tính thực tiễn và cân bằng giữa độ nhạy và độ đặc hiệu khi lựa chọn công cụ đánh giá nguy cơ [7, 8].

Một khía cạnh cần bàn thêm là yếu tố chi phí lợi ích. LMWH tại Việt Nam vẫn có giá thành cao và không được bảo hiểm chi trả toàn bộ. Việc chỉ định dự phòng quá rộng, đặc biệt ở nhóm nguy cơ thấp – trung bình, có thể làm gia tăng gánh nặng chi phí và nguy cơ biến chứng chảy máu sau sinh, tụ máu vết mổ. Điều này đặc biệt quan trọng tại các cơ sở sản khoa tuyến cơ sở, nơi nguồn lực và khả năng theo dõi biến chứng còn hạn chế. Từ góc độ thực hành lâm sàng, các hướng dẫn chuyên biệt sản khoa như RCOG 2015 hay thang điểm quốc gia Việt Nam 2023 tỏ ra phù hợp hơn vì đã được tinh chỉnh để phản ánh yếu tố nguy cơ đặc thù ở sản phụ và giảm nguy cơ chỉ định dự phòng không cần thiết. Việc kết hợp thang điểm đánh giá nguy cơ ban đầu với theo dõi sát trong 48 giờ – 7 ngày hậu sản và cập nhật chỉ định khi xuất hiện yếu tố mới (nằm lâu, truyền máu, nhiễm trùng) có thể là hướng tiếp cận tối ưu, vừa đảm bảo an toàn, vừa hạn chế lạm dụng thuốc kháng đông.

Tóm lại, kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn sản phụ sau mổ lấy thai tại bệnh viện thuộc nhóm nguy cơ thấp TTHKTM theo Caprini, song tồn tại sự khác biệt đáng kể khi so sánh với các thang điểm sản khoa chuyên biệt. Điều này nhấn mạnh nhu cầu lựa chọn công cụ đánh giá nguy cơ phù hợp với đặc thù dân số sản khoa Việt Nam, nhằm cân bằng giữa hiệu quả dự phòng và tính an toàn, khả thi trong thực hành lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn sản phụ sau mổ lấy thai trong nghiên cứu thuộc nhóm nguy cơ thấp TTHKTM

theo thang điểm Caprini, tuy nhiên việc áp dụng Caprini có xu hướng đánh giá nguy cơ cao hơn so với thang điểm chuyên biệt sản khoa. Sự khác biệt này ảnh hưởng trực tiếp đến tỷ lệ chỉ định dự phòng bằng LMWH, tiềm ẩn nguy cơ điều trị quá mức và tăng gánh nặng chi phí. Do đó, trong thực hành, cần ưu tiên sử dụng các thang điểm đã được điều chỉnh cho sản khoa, kết hợp theo dõi sát sau sinh để tối ưu hiệu quả dự phòng và đảm bảo an toàn cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Philipson, J., et al.**, Incidence and time trends of pregnancy-related first-time venous thromboembolism: a 33-year Swedish birth registry study. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2025.
2. **Virkus, R.A., et al.**, Risk factors for venous thromboembolism in 1.3 million pregnancies: a nationwide prospective cohort. *PloS one*, 2014. 9(5): p. e96495.
3. **Lưu Tuyết Minh**, Nghiên cứu huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và các yếu tố nguy cơ trên sản phụ mổ lấy thai. 2021.
4. **Huỳnh Mỹ Như**, Tỷ lệ nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Từ Dũ [luận văn Thạc sĩ Y học]. TP.HCM: Trường Đại học Y Dược TP.HCM; 2022.
5. **Caprini, J.A.**, Risk assessment as a guide for the prevention of the many faces of venous thromboembolism. *Am J Surg*, 2010. 199(1 Suppl): p. S3-10.
6. **Lian, Y., et al.**, Comparison and validation of different risk assessment models in patients with venous thromboembolism during pregnancy and postpartum: a retrospective study in China. *International Journal of General Medicine*, 2023: p. 95-106.
7. **Pandor, A., et al.**, Risk assessment models for venous thromboembolism in pregnancy and in the puerperium: a systematic review. *BMJ open*, 2022. 12(10): p. e065892.
8. **Ewins, K. and F.N. Ainle**, VTE risk assessment in pregnancy. *Research and practice in thrombosis and haemostasis*, 2020. 4(2): p. 183-192.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU, SƯNG VÀ QUÁ TRÌNH LÀNH THƯƠNG MÔ MỀM VÙNG PHẪU THUẬT SAU PHẪU THUẬT NỘI NHA SỬ DỤNG KÍNH HIỂN VI PHẪU THUẬT

Nguyễn Minh Trí^{1,2}, Trần Thị Lộc An², Bùi Huỳnh Anh²,
Nguyễn Đức Minh¹, Hồ Ngọc Trung¹,
Trần Ngọc Minh Duyên¹, Lê Huỳnh Thiên Ân²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kính hiển vi phẫu thuật đóng vai trò ngày càng quan trọng trong phẫu thuật nội nha hiện đại nhờ khả năng cung cấp hình ảnh phóng đại rõ nét và ánh sáng tập trung, giúp nâng cao độ chính xác trong các thao tác như mở xương, cắt chóp, tạo xoang và trám ngược. Sử dụng kết hợp với dụng cụ siêu âm và vật liệu trám ngược có hoạt tính sinh học như MTA, kính hiển vi không chỉ hỗ trợ tiếp cận vùng chóp hiệu quả mà còn góp phần giảm sang chấn mô, từ đó hạn chế biến chứng sau phẫu thuật và cải thiện quá trình lành thương mô mềm. **Mục tiêu:** Đánh giá mức độ đau, sưng và quá trình lành thương mô mềm vùng phẫu thuật sau phẫu thuật nội nha sử dụng kính hiển vi phẫu thuật. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng theo dõi dọc không đối chứng tiến hành trên mẫu gồm 18 răng trước vĩnh viễn hàm trên của 12 bệnh nhân có sang thương quanh chóp được chỉ định phẫu thuật nội nha, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí

Minh từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025. Quá trình phẫu thuật nội nha được tiến hành dưới kính hiển vi phẫu thuật kết hợp dụng cụ phẫu thuật siêu âm và trám ngược bằng Mineral Trioxide Aggregate (MTA). Đánh giá mức độ đau, sưng tại thời điểm 1 ngày, 3 ngày, 7 ngày sau phẫu thuật theo thang VAS của Pasqualini D (2005). Đánh giá quá trình lành thương mô mềm tại thời điểm 3 ngày tương ứng giai đoạn viêm, 7 ngày tương ứng giai đoạn tăng sinh và 30 ngày tương ứng giai đoạn tái cấu trúc sau phẫu thuật theo thang đo IPR (Inflammatory – Proliferative – Remodeling) của Hamzani Y (2018). **Kết quả:** Điểm số đau trung bình lần lượt là $0,75 \pm 0,62$; $0,17 \pm 0,39$; $0,00 \pm 0,00$ tại thời điểm 1 ngày, 3 ngày, 7 ngày sau phẫu thuật với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0015$). Điểm số sưng trung bình lần lượt là $1,58 \pm 0,52$; $0,67 \pm 0,49$ và $0,00 \pm 0,00$ tại thời điểm 1 ngày, 3 ngày, 7 ngày sau phẫu thuật với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điểm số lành thương mô mềm trung bình ở giai đoạn viêm (ngày 3) là $6,25 \pm 0,45$ trên thang điểm tối đa là 8; giai đoạn tăng sinh $4,42 \pm 0,52$ trên thang điểm tối đa là 5; giai đoạn tái cấu trúc đạt điểm số tối đa là 3 điểm. Tổng điểm số lành thương mô mềm trung bình là $13,67 \pm 0,89$ trên thang điểm tối đa là 16, nằm trong khoảng lành thương tốt. **Kết luận:** Phẫu thuật nội nha sử dụng kính hiển vi phẫu thuật kết hợp dụng cụ siêu âm và vật liệu trám ngược là MTA là phương pháp điều trị hiệu quả, giúp kiểm soát tốt triệu chứng đau và sưng

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huỳnh Thiên Ân

Email: lthienan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 25.8.2025