

2. **Cakmak H., Katz A., Cedars M.I. và cộng sự.** (2013). Effective method for emergency fertility preservation: random-start controlled ovarian stimulation. *Fertil Steril*, 100(6), 1673–1680.
3. **Wang Y., Chen Q., Wang N. và cộng sự.** (2016). Controlled Ovarian Stimulation Using Medroxyprogesterone Acetate and hMG in Patients With Polycystic Ovary Syndrome Treated for IVF: A Double-Blind Randomized Crossover Clinical Trial. *Medicine (Baltimore)*, 95(9), e2939.
4. **Huang H., Itaya Y., Samejima K. và cộng sự.** (2022). Usefulness of random-start progestin-primed ovarian stimulation for fertility preservation. *J Ovarian Res*, 15.
5. **Nguyen H.T.T., Ha T.T.T., Tran H.B. và cộng sự.** (2023). Relationship between BMI and prognosis of chronic heart failure outpatients in Vietnam: a single-center study. *Front Nutr*, 10, 1251601.
6. **Faddy M.J., Gosden R.G., Gougeon A. và cộng sự.** (1992). Accelerated disappearance of ovarian follicles in mid-life: implications for forecasting menopause. *Hum Reprod Oxf Engl*, 7(10), 1342–1346.
7. **Alpha Scientists in Reproductive Medicine and ESHRE Special Interest Group of Embryology** (2011). The Istanbul consensus workshop on embryo assessment: proceedings of an expert meeting. *Hum Reprod Oxf Engl*, 26(6), 1270–1283.
8. **Nelson S.M., Shaw M., Alrashid K. và cộng sự.** (2024). Individualized dosing of follitropin delta affects live birth and safety in in vitro fertilization treatment: an individual participant data meta-analysis of randomized controlled trials. *Fertil Steril*, 122(3), 445–454.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KHUYẾT SẸO MỔ Ở SẢN PHỤ MỔ LẤY THAI LẦN ĐẦU

Phạm Thị Mai Anh¹, Bùi Thị Thu Thảo¹, Phan Hoàng Anh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 237 sản phụ sau mổ lấy thai lần đầu tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ tháng 4/2023 đến tháng 2/2025 nhằm mục tiêu “Nhận xét một số yếu tố liên quan đến khuyết sẹo mổ lấy thai” thu được kết quả là: 64 trường hợp (27%) có khuyết sẹo mổ, đều là các khuyết nhỏ (bề dày cơ tử cung còn lại >3mm), các yếu tố có liên quan đến tăng nguy cơ khuyết sẹo: mổ trong chuyển dạ, đặc biệt là pha 1B (OR 2,62, 1,28-5,37), khâu cơ tử cung 1 lớp (OR 1,95, 95%CI 1,06-3,56), khâu mũi vạt (OR 2,22, 95% CI 1,16-4,27), tử cung ngả sau (OR 2,76, 1,50-5,10), tình trạng thiếu máu (OR 2,84, 95%CI 1,22-6,61). Các yếu tố chưa tìm thấy mối liên quan: BMI, cân nặng và tuổi thai tại thời điểm mổ, bệnh lý tăng huyết áp/tiền sản giật, đái tháo đường. **Kết luận:** Kỹ thuật khâu cơ tử cung 2 lớp, lớp thứ 1 mũi rời có liên quan đến giảm nguy cơ khuyết sẹo. **Từ khóa:** Khuyết sẹo mổ lấy thai, kỹ thuật khâu cơ tử cung

SUMMARY

FACTORS RELATED TO CESAREAN SCAR DEFECTS IN FIRST-TIME CESAREAN SECTION PATIENTS

A prospective descriptive study was conducted on 237 women who underwent their first cesarean section at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital between April 2023 and February 2025. The aim of the study was to review factors associated with

cesarean section scar defects. The study found that 64 cases (27%) had cesarean scar defects, all of which were classified as small (remaining uterine muscle thickness >3 mm). Factors significantly associated with an increased risk of scar defects included: Cesarean section during labor, especially in phase 1B (OR 2.62, 95% CI: 1.28–5.37), single-layer uterine myometrial suture (OR 1.95, 95% CI: 1.06–3.56), continuous suture (OR 2.22, 95% CI: 1.16–4.27), retroverted uterus (OR 2.76, 95% CI: 1.50–5.10) and anemia (OR 2.84, 95% CI: 1.22–6.61). No significant associations were found with BMI, body weight, gestational age at the time of surgery, hypertension/preeclampsia, or diabetes. **Conclusion:** Using a two-layer uterine closure technique, with the first layer sutured using interrupted suture, was associated with a reduced risk of scar defect.

Keywords: Cesarean scar defect, uterine muscle suture technique

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai là một phẫu thuật sản khoa đã làm giảm tỉ lệ tử vong và bệnh tật ở bà mẹ và trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, tỉ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng kèm theo các biến chứng sau mổ trong đó có khuyết sẹo mổ đang là mối quan tâm của nhiều quốc gia. Khuyết sẹo mổ lấy thai là sự mất liên tục của niêm mạc tử cung một phần hay toàn bộ lớp cơ thành trước eo tử cung, xuất hiện sau mổ lấy thai, gây ra sự hình thành túi dịch tại thành trước đoạn dưới tử cung, eo tử cung hay đoạn trên ống cổ tử cung. Tỉ lệ khuyết sẹo mổ dao động 24%-70% khi siêu âm ngả âm đạo và 56%-84% siêu âm bơm nước buồng tử cung [1], [2], [3]. Sản phụ có khuyết sẹo mổ lấy thai có thể có các triệu chứng khác nhau bao

¹Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Mai Anh

Email: drmaianh3105@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025

gồm xuất huyết tử cung bất thường và kéo dài, ra máu sau kì kinh, động dịch vết mổ giữa chu kì kinh, đau vùng chậu mạn tính, són tiểu, giao hợp đau và vô sinh thứ phát, thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) thất bại mặc dù nhiều phụ nữ có thể không có triệu chứng và được chẩn đoán tình cờ. Việc đánh giá các yếu tố liên quan đến khuyết sọ mổ là cần thiết nhằm giảm tỉ lệ này nên chúng tôi làm nghiên cứu này với mục tiêu nhận xét một số yếu tố liên quan đến khuyết sọ mổ lấy thai ở những sản phụ mổ lấy thai lần đầu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Các sản phụ được mổ lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ tháng 04/2023 đến tháng 04/2024 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Sản phụ được mổ lấy thai lần đầu (thai sống) bằng phương pháp rạch ngang đoạn dưới tử cung, không có biến chứng bằng huyết trong quá trình phẫu thuật, không tiến hành thêm các phương pháp cầm máu (khâu B-lynch, thắt động mạch tử cung hoặc cắt tử cung), không có nhiễm trùng hoặc can thiệp buồng tử cung trong quá trình hậu phẫu, không tiến hành thêm các phẫu thuật khác trong quá trình mổ lấy thai (triệt sản, bóc u xơ tử cung, u buồng trứng...)

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp: di dạng tử cung, có thai trong thời gian nghiên cứu và không khám lại theo hẹn.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Mô tả tiến cứu

Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu:

Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện không xác suất 237 sản phụ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, đến khám lại tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng sau khi có kinh trở lại ít nhất 3 chu kì trong thời gian nghiên cứu từ tháng 4/2023 đến tháng 02/2025 được đưa vào nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu: Các biến số bao gồm: đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu, kĩ thuật khâu cơ tử cung: bao gồm số lớp khâu cơ tử cung (1 lớp hay 2 lớp), lớp đầu tiên khâu mũi vạt hay mũi rời, đặc điểm của khuyết sọ mổ lấy thai được mô tả trên siêu âm ngả âm đạo theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Siêu âm Sản phụ khoa thế giới năm 2018 [4] bao gồm: Chiều dài khuyết lớn nhất, độ sâu khuyết, bề dày cơ tử cung còn lại, bề dày cơ tử cung tại vùng lân cận, khoảng cách từ khuyết đến lỗ trong cổ tử cung và chiều rộng của khuyết.

Phương pháp xử lí số liệu. Các số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lí theo thuật toán

thống kê y học bằng phần mềm SPSS 22.0.

- Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỉ lệ phần trăm (%), biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn

- Dùng test t - student để so sánh hai giá trị trung bình.

- Dùng test χ^2 để so sánh giá trị phần trăm, tìm sự khác biệt giữa 2 biến định tính, kết quả kiểm định có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

- Đánh giá liên quan giữa các biến số bằng hệ số OR

Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành trên đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu, được thông tin đầy đủ về mục đích, cách tiến hành nghiên cứu, kí vào phiếu tình nguyện tham gia nghiên cứu.

- Các thông tin cá nhân, các yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

- Các thông tin thu thập được chỉ sử dụng cho nghiên cứu, không sử dụng cho bất kì mục đích nào khác. Bệnh án nghiên cứu được lưu giữ cẩn thận, bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 237 trường hợp mổ lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ tháng 04/2023 đến tháng 04/2024, chúng tôi thu được một số kết quả sau:

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n=237)	N	%
Tuổi		
Nhỏ nhất - Lớn nhất	18 - 50	
Trung bình	28,9 ± 6,2	
< 20	15	6,3
20 - 35	185	78,1
> 35	37	15,6
Số lần đẻ thường		
0	151	63,7
≥1	86	36,3
Tuổi thai (tuần)		
Nhỏ nhất - lớn nhất	30 - 40	
Trung bình ± SD	38,44 ± 1,22	
Đủ tháng	224	94,5
Non tháng	13	5,5
Cân nặng đơn thai (gram) n=223		
N	%	
Nhỏ nhất - lớn nhất	1300 - 4500	
Trung bình ± SD	3229 ± 479,49	
< 2500	9	4
2500 - 3500	146	65,5
> 3500	68	30,5
Tăng huyết áp/tiền sản giật		
Có	23	9,7

Không	214	90,3
Đái tháo đường		
Có	41	17,3
Không	196	82,7
Thiếu máu		
Có	25	10,5
Không	212	89,5
Chỉ định mổ lấy thai	n=237	%
Chủ động	102	43,0
Chuyển dạ	135	57,0
Pha 1A	97	40,9
Pha 1B	38	16,1

Nhận xét: Theo kết quả của bảng trên chúng tôi nhận thấy độ tuổi hay gặp nhất là 20 - 35 tuổi (chiếm 78,1%), sau đó là độ tuổi > 35 tuổi (chiếm 15,6%), nhóm < 20 tuổi chiếm tỉ lệ thấp (6,3%). Tuổi trung bình của sản phụ trong nghiên cứu là $289 \pm 6,27$ (tuổi). Sản phụ lớn tuổi nhất 50 tuổi, nhỏ nhất 18 tuổi. Phần lớn sản phụ mang thai con so chiếm tỉ lệ 63,7%, 86 sản phụ mang thai con rạ. Các chỉ định mổ lấy thai đối với con rạ thường gặp là: đa thai, ngôi thai bất thường, chuyển dạ ngừng tiến triển, suy thai trong chuyển dạ.

Tuổi thai trung bình khi mổ lấy thai là $38,44 \pm 1,22$ tuần, thấp nhất là 30 tuần, trong đó phần lớn là đủ tháng 94,5%, non tháng chiếm 5,5 %,

non tháng nhất là 1 trường hợp ở tuổi thai 30 tuần được chỉ định đình chỉ thai vì tiền sản giật nặng. Trong các sản phụ mang đơn thai (223 trường hợp), đa số thai nhi có cân nặng 2500 - 3500g (146 trường hợp tương đương 65,5%), có 9 trường hợp tương đương với 4% có cân nặng < 2500g và 68 trường hợp chiếm 30,5% cân nặng > 3500g, cân nặng thai nhi trung bình là $3229 \pm 479,49$ g, nặng cân nhất là 4500g, nhẹ cân nhất là 1300g.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 17,3% trường hợp bị đái tháo đường thai kì, tuy nhiên hầu hết các trường hợp (90,3%) không bị tăng huyết áp/tiền sản giật và có 10,5% trường hợp bị thiếu máu.

Có 102 sản phụ được mổ lấy thai chủ động chiếm tỉ lệ 43,0%, các chỉ định mổ lấy thai chủ động thường gặp là: đa thai, ngôi thai bất thường, thai to, thai quý hiếm, có 135 trường hợp được mổ lấy thai trong chuyển dạ chiếm tỉ lệ 57,0%, trong nhóm các trường hợp được mổ lấy thai trong chuyển dạ có 97 trường hợp mổ lấy thai ở giai đoạn 1A, nguyên nhân thường là suy thai trong chuyển dạ, chuyển dạ ngừng tiến triển, chỉ có 38 trường hợp mổ lấy thai khi ở giai đoạn 1B của cuộc chuyển dạ, chủ yếu do đầu không lọt.

Bảng 2. Liên quan giữa tư thế tử cung, chỉ định mổ lấy thai và kĩ thuật khâu cơ tử cung với khuyết sọ mổ lấy thai

Yếu tố	Khuyết	Có n (%)	Không n (%)	Tổng n	OR 95%CI	p
Tư thế tử cung	Ngả trước	27 (19,4)	112 (80,6)	139	1	0,001
	Ngả sau	28 (42,4)	38 (57,6)	66	3,06 (1,61-5,82)	
	Trung gian	9 (28,1)	23 (71,9)	32	1,62 (0,67-3,91)	
Thời điểm mổ	Chủ động	21 (20,6)	81 (79,4)	102	1	0,39
	Pha 1A	26 (26,8)	71 (73,2)	97	1,41 (0,73-2,73)	
	Pha 1B	17 (44,7)	21 (55,3)	38	3,12 (1,40-6,95)	
Số lớp khâu cơ tử cung	Khâu 1 lớp	26 (36,6)	45 (63,4)	71	1,95 (1,06-3,56)	0,04
	Khâu 2 lớp	38 (22,9)	128 (77,1)	166		
Kĩ thuật khâu lớp 1	Khâu mũi vắt	49 (32,2)	103 (67,8)	152	2,22 (1,16-4,27)	0,02
	Khâu mũi rời	15 (17,6)	70 (82,4)	85		

Nhận xét: So với tử cung ngả trước, tử cung ngả sau có liên quan đến tăng nguy cơ khuyết sọ mổ lấy thai (OR 3,06 95%CI 1,61-5,82 p=0.001), so với mổ chủ động, mổ trong chuyển dạ, đặc biệt là pha 1B có liên quan đến tăng nguy cơ này (OR=3,12 95% CI 1,40-6,95 p=0.008), kĩ thuật khâu cơ tử cung 1 lớp và khâu mũi vắt có liên quan đến tăng nguy cơ khuyết sọ mổ (OR 1,95 95% CI 1,06-3,56 p=0.04 và OR 2,22 95% 1,16-4,27 p=0.02 tương ứng).

Bảng 3. Mối liên quan giữa bệnh lí của mẹ với khuyết sọ mổ lấy thai

Khuyết Yếu tố	Có n (%)	Không n (%)	OR 95%CI	p
Tăng huyết áp - tiền sản giật				
Có	6 (26,1)	17 (73,9)	0,95 (0,36-2,53)	1,00
Không	58 (27,1)	156 (72,9)		
Đái tháo đường				
Có	10 (24,4)	31 (75,6)	0,85 (0,39-1,5)	0,83
Không	54 (27,6)	142 (72,4)		
Thiếu máu				
Có	12 (48)	13 (52)	2,84 (1,22-6,61)	0,02
Không	52 (24,5)	160 (75,5)		

Nhận xét: Không thấy liên quan giữa tình trạng tăng huyết áp, tiền sản giật hay đái tháo đường thai kỳ với khuyết sọ mố. Thiếu máu trước sinh tăng nguy cơ hình thành khuyết sọ mố OR 2,84 95%CI 1,22-6,61 p=0,02.

IV. BÀN LUẬN

Các yếu tố liên quan đến khuyết sọ mố lấy thai. Theo kết quả của Bảng 2: mổ chủ động làm giảm nguy cơ khuyết sọ mố, mổ trong chuyển dạ, đặc biệt là pha 1B làm tăng nguy cơ này (OR 2,62, 1,28-5,37). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Zimmer và cộng sự chỉ ra nếu mổ lấy thai khi chuyển dạ pha tích cực, khi cổ tử cung xóa mở nhiều làm tăng tỉ lệ khuyết sọ mố lấy thai, khi cổ tử cung mở <1cm tỉ lệ là 53,3% trong khi cổ tử cung mở >8cm, tỉ lệ khuyết sọ mố lấy thai lên tới 81,4% [5]. Tác giả Aj V [6] cho rằng khi rạch thấp qua mô cổ tử cung nơi có chứa các tuyến sản xuất chất nhầy làm cản trở quá trình lành vết thương. Sự hình thành chất nhầy tại chỗ có thể gây ra tách lớp cơ tử cung. Ngoài ra, sự tích tụ chất nhầy tại chỗ có thể tạo ra các nang nhầy lớn làm tăng kích thước của khuyết theo thời gian. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào đường rạch cơ tử cung đi qua mô cổ tử cung. Theo quan sát của chúng tôi, hầu hết trường hợp mổ lấy thai ở giai đoạn 1B là những trường hợp đầu không lọt, đầu thai nhi tì đè vào đoạn dưới tử cung trong thời gian dài, khi mổ có tình trạng đoạn dưới phù nề, phần cơ tử cung sau khi lấy thai co rút nhiều để chứa lại nhiều niêm mạc, khi khâu cơ tử cung thường khó khâu chính xác, đặc biệt là góc bên trái, do đó niêm mạc tử cung dễ bị cuộn vào giữa 2 lớp cơ, dễ dẫn đến khuyết.

Về kĩ thuật khâu cơ tử cung: kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của tác giả Jiri Hanacek năm 2019 trên 342 sản phụ 12 tháng sau mổ lấy thai cho thấy tỉ lệ khuyết sọ mố lấy thai ở nhóm khâu cơ tử cung 1 lớp cao hơn nhóm khâu cơ tử cung 2 lớp (83,2% ở so với 72,6%), có thể thấy rằng tỉ lệ khuyết sọ mố lấy thai ở nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi do tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau [7]. Kết quả của chúng tôi khác với thử nghiệm CORONIS năm 2007 [8], CAESAR năm 2010 [9], Christian Bamberg [10] cho rằng tỉ lệ khuyết sọ mố lấy thai không phụ thuộc vào kĩ thuật đóng cơ tử cung. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ khuyết sọ mố lấy thai ở nhóm khâu cơ tử cung mũi vắt cao gấp 2,22 lần so với nhóm khâu mũi rời (32,2% so với 17,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Hiện tại, chưa có

nghiên cứu nào so sánh 2 kĩ thuật khâu cơ tử cung này. Giải thích cho kết quả này, chúng tôi cho rằng khi khâu cơ tử cung mũi vắt có thể làm cho lớp niêm mạc tử cung bị cuộn lại giữa 2 mép cơ, khâu mũi vắt quá chặt có thể làm thiếu máu cục bộ tại vết rạch cơ tử cung, ảnh hưởng đến quá trình liền vết thương. Tuy nhiên chúng tôi cũng nhận thấy có những yếu tố có thể làm ảnh hưởng đến mối liên quan này là kĩ thuật của từng phẫu thuật viên là khác nhau và ước lượng bề dày của lớp cơ tử cung và lớp niêm mạc tử cung để lại cũng là một yếu tố nhiễu. Xu hướng của các phẫu thuật viên là mong muốn để lại lớp niêm mạc tử cung và hạn chế lấy lớp niêm mạc tử cung ở mép vết khâu, tuy nhiên các phẫu thuật viên cũng phải kiểm soát lượng chảy máu trong mổ và sau mổ đặc biệt từ lớp cơ và lớp niêm mạc tử cung làm cho phẫu thuật viên luôn có xu hướng ép chặt mép lớp cơ tử cung lại để cầm máu, điều này làm hạn chế lượng máu đến cấp cho vết thương gây thiếu máu cục bộ cũng là một vấn đề đáng được lưu tâm.

Hiện tại, các nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng đều cung cấp các bằng chứng chất lượng thấp hoặc rất thấp cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa lâm sàng giữa khâu cơ tử cung 1 lớp và 2 lớp trên các kết quả chính như lượng máu mất, truyền máu, phải tiến hành thêm phẫu thuật, sử dụng kháng sinh, vị trí rau bám bất thường, mổ lấy thai, cắt tử cung ở lần mang thai sau... nên trong hướng dẫn về mổ lấy thai của Viện Y tế và Chất lượng Điều trị Quốc gia Anh 2021 khuyến cáo khâu cơ tử cung 1 lớp hay 2 lớp tùy thuộc vào quyết định của phẫu thuật viên.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố có liên quan đến tăng nguy cơ khuyết sọ mố lấy thai bao gồm: mổ trong chuyển dạ, đặc biệt là pha 1B, khâu cơ tử cung 1 lớp, khâu mũi vắt, tử cung ngả sau, tình trạng thiếu máu. Kĩ thuật khâu cơ tử cung 2 lớp, lớp thứ nhất mũi rời có liên quan đến giảm nguy cơ khuyết sọ mố lấy thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bij de Vaate A.J.M., Brölmann H. a. M., van der Voet L.F., et al.** (2011). Ultrasound evaluation of the Cesarean scar: relation between a niche and postmenstrual spotting. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 37(1), 93–99.
2. **Naji O., Abdallah Y., Bij De Vaate A.J., et al.** (2012). Standardized approach for imaging and measuring Cesarean section scars using ultrasonography. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*, 39(3), 252–259.
3. **Osser O.V., Jokubkiene L., and Valentin L.**

- (2010). Cesarean section scar defects: agreement between transvaginal sonographic findings with and without saline contrast enhancement. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*, 35(1), 75–83.
4. **Jordans I.P.M., de Leeuw R.A., Stegwee S.I., et al.** (2019). Sonographic examination of uterine niche in non-pregnant women: a modified Delphi procedure. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 53(1), 107–115.
 5. **Zimmer E.Z., Bardin R., Tamir A., et al.** (2004). Sonographic imaging of cervical scars after Cesarean section. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*, 23(6), 594–598.
 6. **Aj V., Lb U., Wj H., et al.** (2015). Why do niches develop in Cesarean uterine scars? Hypotheses on the aetiology of niche development. *Hum Reprod Oxf Engl*, 30(12).
 7. **Hanacek J., Vojtech J., Urbankova I., et al.** (2020). Ultrasound cesarean scar assessment one year postpartum in relation to one- or two-layer uterine suture closure. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 99(1), 69–78.
 8. **CORONIS Collaborative Group, Abalos E., Addo V., et al.** (2013). Cesarean section surgical techniques (CORONIS): a fractional, factorial, unmasked, randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*, 382(9888), 234–248.
 9. **Caesarean section surgical techniques: a randomised factorial trial (CAESAR)*** 2010 - BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology - Wiley Online Library. <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2010.02686.x>>, accessed: 11/09/2022.
 10. **Bamberg C., Hinkson L., Dudenhausen J.W., et al.** (2017). Longitudinal transvaginal ultrasound evaluation of cesarean scar niche incidence and depth in the first two years after single- or double-layer uterotomy closure: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 96(12), 1484–1489.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, TỶ LỆ SỬ DỤNG CORTICOSTEROID CỦA BỆNH NHÂN NHIỄM NẤM DA TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2025

Cao Trần Thanh Phong¹, Nguyễn Văn Dũng², Huỳnh Văn Bá³

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nhiễm nấm da tại Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ năm 2025. (2) Xác định tỷ lệ sử dụng corticosteroid trên bệnh nhân nhiễm nấm da tại Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ năm 2025. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, trên 49 bệnh nhân nhiễm nấm da đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ từ tháng 05/2025 – 08/2025. **Kết quả:** Đặc điểm chung của bệnh nhân: Nam giới (61,2%), đa số làm lao động trí óc (83,7%) và có trình độ cao đẳng/đại học/sau đại học (69,4%). Đặc điểm lâm sàng: Thời gian mắc bệnh từ 1–3 tháng (44,9%), thương tổn nặng chiếm 38,8%. Vị trí sang thương gặp nhiều nhất ở thân (36,7%) và chân (34,7%), ít gặp nhất ở bàn tay (4,1%), có dát đỏ (100%) và xu hướng lành giữa (89,8%), tiếp đến là bờ viền liên tục (77,6%) và giới hạn rõ (67,3%). Các dấu hiệu ít gặp hơn gồm bong vảy (28,6%), giới hạn không rõ (32,7%), bờ viền đứt đoạn (22,4%) và mụn nước ở bờ viền (10,2%). Tiền sử sử dụng corticosteroid: 18,4% có tiền sử sử dụng corticosteroid.

Từ khóa: lâm sàng, cận lâm sàng, nấm da, corticosteroid.

SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND CORTICOSTEROID USE RATE OF PATIENTS WITH SKIN FUNGAL INFECTIONS AT CAN THO CITY DERMATOLOGY HOSPITAL IN 2025

Objective: (1) Describe the clinical characteristics of patients with dermatophytosis at Can Tho City Dermatology Hospital in 2025. (2) Determine the rate of corticosteroid use in patients with dermatophytosis at Can Tho City Dermatology Hospital in 2025. **Methods:** Descriptive cross-sectional study design, on 49 patients with dermatophytosis who came to Can Tho City Dermatology Hospital for examination and treatment from May 2025 to August 2025. **Result:** General characteristics of patients: Male (61.2%), most of them are intellectual workers (83.7%) and have college/university/postgraduate degrees (69.4%). Clinical characteristics: Duration of illness from 1-3 months (44.9%), severe lesions accounted for 38.8%. The most common location of lesions was on the trunk (36.7%) and legs (34.7%), the least common was on the hands (4.1%), with erythema (100%) and a tendency to heal in the middle (89.8%), followed by continuous borders (77.6%) and clear borders (67.3%). Less common signs included desquamation (28.6%), unclear borders (32.7%), broken borders (22.4%) and border blisters (10.2%). History of corticosteroid use: 18.4% had a history of corticosteroid use.

Keywords: clinical, paraclinical, dermatophytosis, corticosteroids.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trần Thanh Phong

Email: thanhphong0708aa@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 18.11.2025