

THỰC TRẠNG MỔ LẤY THAI LẦN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TÂY BẮC NGHỆ AN

Nguyễn Thị Thảo^{1,2}, Phạm Bá Nha^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các chỉ định và nhận xét kết quả mổ lấy thai ở những sản phụ mổ lấy thai lần đầu tại Bệnh viện đa khoa khu vực Tây Bắc Nghệ An năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu 298 sản phụ mổ lấy thai lần đầu tại Bệnh viện đa khoa khu vực Tây Bắc Nghệ An từ 01/2024 đến 09/2024. **Kết quả:** Nguyên nhân mổ lấy thai chủ yếu do thai (69,8%), trong đó thai to (27,5%) và thai suy (26,2%) chiếm tỷ lệ cao nhất. Mổ chủ động thường dùng đường rạch ngang, còn mổ do chuyển dạ hay rạch dọc ($p=0,01$; $p=0,04$). Tai biến phẫu thuật 12,8%, chảy máu 5,4%, nhiễm trùng 10,4%. Mổ cấp cứu có tỷ lệ tai biến và thời gian nằm viện cao hơn mổ chủ động ($p=0,01$). **Kết luận:** Cần tăng cường công tác quản lý thai kỳ và chỉ định mổ hợp lý để đảm bảo an toàn cho mẹ và con. **Từ khóa:** Mổ lấy thai, con so

SUMMARY

CURRENT STATUS OF PRIMARY CESAREAN SECTIONS AT THE NORTHWEST NGHE AN REGIONAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the indications and evaluate the outcomes of primary cesarean sections performed at the Northwest Nghe An Regional General Hospital in 2024. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study of 298 women undergoing their first cesarean section at the Northwest Nghe An Regional General Hospital from January to September 2024. **Results:** The main indications for cesarean section were fetal causes (69.8%), in which macrosomia (27.5%) and fetal distress (26.2%) were the most common. Elective cesarean sections predominantly used a transverse incision, whereas emergency cases more frequently required a vertical incision ($p = 0.01$; $p = 0.04$). Surgical complications occurred in 12.8% of cases, hemorrhage in 5.4%, and infections in 10.4%. Emergency cesarean sections were associated with higher complication rates and longer hospital stays compared to elective cases ($p = 0.01$). **Conclusion:** Enhanced antenatal care and appropriate cesarean section indications are essential to ensure maternal and neonatal safety.

Keywords: Cesarean section, Primigravida

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa khu vực Tây Bắc Nghệ An

³Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thảo

Email: nguyenthithao160484@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) là phẫu thuật lấy thai, phần phụ của thai ra khỏi tử cung qua đường rạch ở thành bụng và đường rạch ở thành tử cung¹. Tại Việt Nam, mổ lấy thai là phẫu thuật rất phổ cập có thể thực hiện ở tất cả các cơ sở Sản khoa có phòng mổ từ tuyến huyện trở lên. Chỉ định MLT lần đầu đã và đang được các nhà sản khoa quan tâm vì nếu tỷ lệ MLT tăng lên sẽ kéo theo cả một hệ lụy nặng nề và lâu dài dài như: Tăng nguy cơ người mẹ mang thai bị rau tiền đạo, rau cài răng lược, chữa vết mổ, vỡ tử cung, nhiễm trùng vết mổ và tăng các chi phí không cần thiết nhất là tác động trực tiếp làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai từ lần thứ 2 trở đi². Bệnh Viện đa khoa khu vực Tây Bắc Nghệ An là bệnh viện hạng II tuyến tỉnh, nằm ở phía Tây Bắc tỉnh Nghệ An cách trung tâm thành phố Vinh khoảng 80 km. Hàng năm có rất nhiều sản phụ được sinh mổ tại đây xong chưa có một báo cáo khoa học nào đề cập đến vấn đề này. Với mong muốn nghiên cứu chỉ định MLT hợp lý, góp phần làm giảm tỷ lệ MLT, giảm những tai biến, biến chứng của MLT, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả các chỉ định và nhận xét kết quả mổ lấy thai ở những sản phụ mổ lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Tây Bắc Nghệ An năm 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án các sản phụ MLT lần đầu tại khoa Phụ - Sản, Bệnh viện đa khoa khu vực Tây Bắc Nghệ An từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi thai ≥ 34 tuần.
- Con so và con rạ không có vết mổ cũ ở tử cung
- Các hồ sơ bệnh án phải đảm bảo đủ thông tin cần thiết theo tiêu chuẩn của nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ đã MLT từ nơi khác chuyển đến vì các nguyên nhân khác
- Các trường hợp hồ sơ bệnh án không đủ thông tin cần cho nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả hồi cứu.

2.2.2. Mẫu và chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện, lấy mẫu toàn bộ (chọn tất cả các bệnh nhân thai phụ được mổ lấy thai lần đầu được chỉ định

sinh mổ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ). n=298

2.2.3. Biến số:

- Tuổi của sản phụ
- Chỉ định mổ lấy thai:
 - + Nguyên nhân do thai: Thai to, thai suy, ngôi bất thường, đa thai
 - + Nguyên nhân do bất thường chuyển dạ: CTC không tiến triển, CTC cường tính, Cổ tử cung mở hết- đầu không lọt
 - + Do phần phụ của thai: Rau bong non, rau tiền đạo, sa dây rau, cạn ối
 - + Nguyên nhân khác: Vô sinh, hiếm muộn, con so lớn tuổi, tiền sử nặng nề, xin mổ
- Kỹ thuật mổ lấy thai
 - + Đường rạch thành bụng: Đường trắng giữa, đường ngang trên vệ
 - + Đường rạch tử cung: Ngang đoạn dưới tử cung, dọc thân tử cung
 - + Kỹ thuật khâu phục hồi cơ TC: 1 lớp, 2 lớp
 - + Kỹ thuật kết hợp: Không phải khâu cầm máu, khâu cầm máu diện rau bám, thắt động

mạch tử cung, Bóc u xơ tử cung, bóc u nang buồng trứng

- Tỷ lệ tai biến mẹ trong MLT
 - + Tai biến do phẫu thuật: Tổn thương bàng quang, rách thêm cơ tử cung
 - + Tai biến chảy máu: không truyền máu, truyền máu, thắt động mạch tử cung, cắt tử cung,
 - + Nhiễm trùng: Nhiễm trùng vết mổ nông/sâu, viêm niêm mạc tử cung

2.3. Phân tích xử lý số liệu: Số liệu sau thu thập được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học dưới sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 20.0. Thuật toán được sử dụng trong nghiên cứu bao gồm: thống kê tỷ lệ, khi bình phương với mức ý nghĩa 95%, kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án, không có bất kỳ sự can thiệp nào trên bệnh nhân, các thông tin của bệnh nhân được bảo mật. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y Đức bệnh viện Đa khoa khu vực Tây Bắc Nghệ An.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm tuổi 31–35 chiếm tỷ lệ cao nhất (26,5%), nhóm <20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,7%).

3.1. Các chỉ định mổ lấy thai ở những sản phụ mổ lấy thai lần đầu

Bảng 1. Các chỉ định mổ lấy thai lần đầu

Chỉ định	Con so	Con rạ	Tổng
Nguyên nhân do mẹ	38(12,8%)	44(14,8%)	82(27,5%)
Nguyên nhân do thai	108(36,2%)	100(33,6%)	208(69,8%)
Nguyên nhân do bất thường chuyển dạ	53(17,8%)	26(8,7%)	79(26,5%)
Do phần phụ của thai	48(16,1%)	31(10,4%)	79(26,5%)
Nguyên nhân khác	42(14,1%)	16(5,4%)	58(19,5%)

Nhận xét: Có 27,5% BN mổ lấy thai lần đầu nguyên nhân do mẹ, 69,8% BN do thai 26,5% BN do bất thường chuyển dạ.

Bảng 2. Tỷ lệ MLT con so nguyên nhân do thai

Chỉ định	Con so	Con rạ	Tổng
Thai to	39(13,1%)	43(14,4%)	82(27,5%)
Thai suy	46(15,4%)	32(10,7%)	78(26,2%)
Ngôi bất thường	16(5,4%)	19(6,4%)	35(11,7%)
Đa thai	7(2,3%)	6(2%)	13(4,4%)
Tổng	108(36,2%)	100(33,6%)	208(69,8%)

Nhận xét: Trong các trường hợp mổ lấy thai lần đầu nguyên nhân do con trong đó chủ yếu là do thai to (27,5%) và thai suy (26,2%).

3.2. Kết quả mổ lấy thai ở nhóm sản phụ mổ lấy thai lần đầu

Bảng 3. Kỹ thuật mổ lấy thai

Kỹ thuật	Thời điểm	Chủ động		Chuyển dạ		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Đường rạch thành bụng	Đường trắng giữa	3	1,0	10	3,4	13	4,4	0,01
	Đường ngang trên vệ	173	58,1	112	37,6	285	95,6	
Đường rạch tử cung	Ngang đoạn dưới tử cung	171	57,4	113	37,9	284	95,3	0,04
	Dọc thân tử cung	4	1,3	9	3,0	13	4,4	
Kỹ thuật khâu phục hồi cơ TC	Khâu 1 lớp	17	5,7	19	6,4	36	12,1	0,09
	Khâu 2 lớp	159	53,4	103	34,6	262	87,9	
Kỹ thuật kết	Không phải khâu cầm máu	154	51,7	98	32,9	252	84,6	0,54

hợp	Khâu cầm máu diện rau bám	8	2,7	5	1,7	13	4,4
	Thắt động mạch tử cung	5	1,7	3	1,0	8	2,7
	Bóc u xơ tử cung	3	1,0	12	4,0	15	5,0
	Bóc u nang buồng trứng	6	2,0	4	1,3	10	3,4

Nhận xét: Ở nhóm mổ chủ động, đường rạch ngang trên vệ và đường rạch ngang đoạn dưới tử cung được sử dụng chủ yếu; trong khi ở nhóm mổ do chuyển dạ, thường gặp đường rạch giữa trắng và rạch dọc thân tử cung. Các khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$ và $p = 0,04$).

Bảng 4. Tỷ lệ tai biến mẹ trong mổ lấy thai

Tai biến mẹ		n	%
Tai biến do phẫu thuật	Tổn thương bàng quang	15	5,0
	Rách thêm cơ tử cung	23	7,7
	Tổng số tai biến do phẫu thuật	38	12,8
Tai biến chảy máu	Không truyền máu	282	94,6
	Truyền máu	12	4,0
	Thắt động mạch tử cung	2	0,7
	Cắt tử cung	2	0,7
	Tổng chung tai biến chảy máu	16	5,4
Nhiễm trùng	Nhiễm trùng vết mổ nông	21	7,0
	Nhiễm trùng vết mổ sâu	7	2,3
	Viêm niêm mạc tử cung	3	1,0
	Tổng số nhiễm trùng	31	10,4
Tổng chung		62	20,8

Nhận xét: 12,8% tai biến do phẫu thuật, trong đó, rách thêm cơ tử cung chiếm 7,7%, và tổn thương bàng quang chiếm 5,0%.

5,4% tai biến chảy máu chủ yếu là phải truyền máu (4,0%), ít gặp hơn là thắt động mạch tử cung và cắt tử cung (mỗi loại 0,7%)

10,4% nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao nhất (7,0%), tiếp theo là nhiễm trùng vết mổ sâu (2,3%) và viêm niêm mạc tử cung (1,0%).

Bảng 5. Thời gian nằm viện và chỉ định mổ

Tai biến		Có	Không	p
Thời gian nằm viện (ngày)				
Mổ chủ động	7-9 ngày	3(1%)	0(0%)	0,01
	≤ 6 ngày	21(7%)	101(33,9%)	
Mổ cấp cứu	> 9 ngày	6(2%)	0(0%)	0,01
	7-9 ngày	4(1,3%)	0(0%)	
	≤ 6 ngày	44(14,8%)	119(39,9%)	

Nhận xét: Mổ cấp cứu liên quan nhiều hơn đến tai biến và thời gian nằm viện kéo dài so với mổ chủ động. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nhận xét về một số chỉ định mổ lấy thai. Nghiên cứu này ghi nhận có 6 nhóm chính chỉ định MLT trong đó nguyên nhân do con chiếm tỷ lệ cao nhất (69,8%) — chủ yếu do thai to (27,5%) và thai suy (26,2%). Nguyên nhân

do mẹ chiếm 27,5% (tiền sản giật 7,4%, tăng huyết áp 5,4%), do bất thường chuyển dạ 26,5% (CTC không tiến triển 16,1%), do phần phụ 26,5% (cạn ối 17,4%), và nguyên nhân khác 19,5% (tiền sử nặng nề xin mổ 8,1%, vô sinh/hiếm muộn 7,4%). Tỷ lệ mổ do chuyển dạ ngưng tiến triển và do thai, phần phụ thấp hơn nghiên cứu của Vũ Văn Tâm³ tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng (có tỷ lệ là 34,15% và 37,4%). Tỷ lệ MLT do nguyên nhân từ thai (đặc biệt thai to, thai suy) chiếm ưu thế cho thấy xu hướng can thiệp sớm nhằm bảo đảm an toàn thai nhi, song cũng đặt ra yêu cầu tăng cường quản lý thai kỳ và theo dõi chuyển dạ hợp lý hơn.⁵

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm nguyên nhân do thai chiếm tỷ lệ cao nhất (69,8%), chủ yếu do thai to (27,5%) và thai suy (26,2%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hoàng, đó là trong các nhóm nguyên nhân MLT chung thì nhóm nguyên nhân do thai chiếm tỷ lệ cao nhất 43,1%⁴ trong đó hay gặp nhất là thai to chiếm 40,2%, có 33 trường hợp mổ vì đầu không lọt chiếm tỷ lệ 17%. Điều này cho thấy xu hướng gia tăng mổ lấy thai nhằm đảm bảo an toàn cho thai nhi, đặc biệt trong bối cảnh tâm lý thận trọng của sản phụ và bác sĩ đối với các ca đẻ khó như ngôi mông. Ngoài ra, việc hạn chế các thủ thuật như nội xoay thai hay đẻ ngôi mông phản ánh thay đổi trong thực hành sản khoa hiện nay, khi ưu tiên giảm thiểu rủi ro hơn là duy trì sinh đường âm đạo tự nhiên trong các tình huống nguy cơ.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 78 trường hợp MLT do suy thai, chiếm 26,2% trong số các nguyên nhân do thai, tương đương kết quả của Nguyễn Việt Hoàng (25,8%). Việc chẩn đoán chủ yếu dựa trên biểu đồ tim thai và màu sắc nước ối, cho thấy hiệu quả của monitoring sản khoa trong phát hiện sớm thai suy, giúp quyết định mổ kịp thời. Tỷ lệ này thấp hơn một số nghiên cứu trong nước như Phạm Thị Thúy (26,1%)⁶, Vũ Mạnh Cường (37,2%)⁵ và Phùng Ngọc Hân⁷ (57,4%), phản ánh sự cải thiện trong công tác theo dõi và xử trí chuyển dạ, giúp giảm tỷ lệ mổ do thai suy.

4.2. Kết quả mổ lấy thai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường rạch ngang trên vu chiếm ưu thế tuyệt đối (95,6%), phản ánh xu hướng lựa chọn đường mổ thẩm mỹ, ít biến

chứng và thuận lợi cho lần mang thai sau; các trường hợp phải rạch dọc dưới rốn – trên vệ (4,4%) chủ yếu do cấp cứu sản khoa như rau bong non hoặc rau tiền đạo cài răng lược. Đường rạch ngang đoạn dưới tử cung được sử dụng nhiều ở nhóm mổ chủ động, trong khi đường rạch dọc thân tử cung thường gặp hơn ở nhóm mổ do chuyển dạ, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,04$). Kỹ thuật khâu 2 lớp phổ biến hơn ở nhóm mổ chủ động, song khác biệt chưa có ý nghĩa ($p=0,09$). Tỷ lệ tai biến phẫu thuật là 12,8%, chủ yếu là rách cơ tử cung (7,7%) và tổn thương bàng quang (5,0%); chảy máu sau mổ gặp 5,4% và nhiễm trùng 10,4%, cho thấy cần tăng cường kiểm soát vô khuẩn và cầm máu trong phẫu thuật sản khoa. Khâu 2 lớp thường áp dụng trong mổ chủ động vì giúp phục hồi tốt thành tử cung, giảm nguy cơ nứt sẹo và chảy máu; trong khi mổ do chuyển dạ thường khâu 1 lớp để rút ngắn thời gian mổ và đảm bảo an toàn cho mẹ.

Thắt động mạch tử cung là thủ thuật nhằm giảm lưu lượng máu đến tử cung, thường áp dụng trong các trường hợp chảy máu nặng từ buồng tử cung hoặc diện rau bám, đặc biệt ở rau tiền đạo. Trong nghiên cứu này, có 2,7% bệnh nhân được chỉ định thắt động mạch tử cung. Theo Lê Công Tước, phương pháp này giúp giảm 83,5% lượng máu mất và đạt tỷ lệ thành công 75,7% trong các trường hợp rau cài răng lược, đờ tử cung và rau tiền đạo. Việc thắt động mạch tử cung giúp hạ áp lực tưới máu, hỗ trợ cầm máu hiệu quả khi điều trị nội khoa thất bại, đồng thời vẫn bảo tồn được tử cung cho phụ nữ còn nhu cầu sinh sản.

Tai biến phẫu thuật chiếm tỷ lệ 12,8%, trong đó rách thêm cơ tử cung 7,7% và tổn thương bàng quang 5,0%. Rách cơ tử cung thường gặp trong các ca mổ cấp cứu khi đầu thai đã lọt sâu, cổ tử cung chưa mở hết hoặc khi thao tác lấy thai chưa đúng kỹ thuật. Ngoài ra, các trường hợp sẹo mổ cũ hay dính phúc mạc vùng hạ vị cũng làm tăng nguy cơ rách cơ tử cung hoặc tổn thương bàng quang. Việc mổ trong điều kiện khó, đặc biệt ở sản phụ có rau tiền đạo hoặc rau cài răng lược, cũng dễ dẫn đến biến chứng này. Do đó, cần đảm bảo thao tác mở cơ tử cung đủ rộng, nhẹ nhàng khi lấy thai và tách bàng quang đúng lớp để hạn chế tai biến.

Tai biến chảy máu gặp trong 5,4% trường hợp, chủ yếu là phải truyền máu (4,0%), ít gặp hơn là thắt động mạch tử cung và cắt tử cung (mỗi loại 0,7%). Kết quả này cho thấy phần lớn các trường hợp chảy máu được kiểm soát hiệu quả bằng truyền máu và khâu cầm máu bảo tồn

tử cung. Việc phải thắt động mạch tử cung hoặc cắt tử cung chỉ gặp ở những trường hợp nặng, thường do rau tiền đạo, rau cài răng lược hoặc đờ tử cung không đáp ứng thuốc co hồi. Điều này phản ánh kỹ năng xử trí chảy máu và dự phòng băng huyết trong phẫu thuật của kíp mổ đã được cải thiện đáng kể, giúp hạn chế các can thiệp triệt để như cắt tử cung.

Tai biến nhiễm trùng là nhóm biến chứng gặp nhiều nhất, chiếm 10,4%, bao gồm nhiễm trùng nông (7,0%), nhiễm trùng vết mổ sâu (2,3%) và viêm niêm mạc tử cung (1,0%). Tỷ lệ này vẫn cao hơn mong muốn, có thể do một số sản phụ mổ cấp cứu, ối vỡ kéo dài, chuyển dạ lâu hoặc có bệnh lý nội khoa kèm theo. Mặc dù vậy, tất cả các trường hợp đều được phát hiện sớm và điều trị khỏi bằng kháng sinh và chăm sóc vết mổ thích hợp. Để giảm tỷ lệ nhiễm trùng, cần tuân thủ nghiêm ngặt quy trình vô khuẩn, sử dụng kháng sinh dự phòng đúng thời điểm, kiểm soát đường huyết tốt và theo dõi sát vết mổ trong giai đoạn hậu phẫu.

Kết quả cho thấy mổ cấp cứu có tỷ lệ tai biến và thời gian nằm viện kéo dài hơn so với mổ chủ động, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$). Điều này có thể được lý giải do mổ cấp cứu thường thực hiện trong điều kiện sản khoa phức tạp như chuyển dạ kéo dài, suy thai hoặc rau bong non, khi sản phụ có tình trạng toàn thân không ổn định, làm tăng nguy cơ chảy máu, nhiễm trùng và tổn thương trong phẫu thuật. Ngược lại, mổ chủ động được tiến hành trong điều kiện chuẩn bị đầy đủ, phẫu trường thuận lợi và kiểm soát tốt yếu tố nguy cơ, giúp giảm biến chứng và rút ngắn thời gian hồi phục.

V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân mổ lấy thai chủ yếu do thai (69,8%), trong đó thai to (27,5%) và thai suy (26,2%) chiếm tỷ lệ cao nhất. Mổ chủ động thường dùng đường rạch ngang, còn mổ do chuyển dạ hay rạch dọc ($p=0,01$; $p=0,04$). Tai biến phẫu thuật 12,8%, chảy máu 5,4%, nhiễm trùng 10,4%. Mổ cấp cứu có tỷ lệ tai biến và thời gian nằm viện cao hơn mổ chủ động ($p=0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Trường Duyệt**, 2003, Phẫu Thuật Sản Phụ Khoa. Nhà xuất bản Y học.
2. **Nguyễn Đức Hình**, 2006. Chỉ Định, Kỹ Thuật và Tai Biến Của Mổ Lấy Thai. Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
3. **Vũ VT, Lưu VD**, 2021. Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai nhóm I theo phân loại của Robson tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. VMJ;509(2). doi:10.51298/vmj. v509i2. 1836
4. **Nguyễn Việt Hoàng, Nguyễn Tuấn Minh, Đặng Thị Minh Nguyệt**, 2023. Chỉ định mổ lấy

- thai con so nguyên nhân do thai tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang. VMJ;522(1). doi:10.51298/vmj.v522i1.4290
5. **Vũ Mạnh Cường**, 2016. Nghiên Cứu về Chỉ Định và Biện Chứng Mổ Lấy Thai Con so Tại Bệnh Viện Phụ Sản Thái Bình. Luận văn thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội.
 6. **Phạm Thị Thúy**, 2014. Nghiên Cứu Phẫu Thuật Lấy Thai ở Sản Phụ Con so Tại Bệnh Viện Đa Khoa Huyện Lang Chánh, Tỉnh Thanh Hóa Trong 5 Năm 2009 -2013. Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường đại học Y Hà Nội.
 7. **Phùng Ngọc Hân**, 2017. Chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. Tạp chí Phụ sản. Published online.
 8. **Việt ND, Hà NTT, Thành LH, Đạt LV**, 2024. Nhận xét chỉ định và kết quả mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2021. VMJ;537(1B). doi:10.51298/vmj.v537i1B.9119

TÌNH TRẠNG ĐỘT BIẾN EGFR, KRAS CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN PHỔI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN: NGHIÊN CỨU CẮT NGANG TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Trần Thị Tuấn Anh¹, Phan Thị Liên¹,
Lê Trung Thọ^{1,2}, Đinh Văn Lượng^{1,2}

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô tuyến phổi là phân nhóm phổ biến nhất trong ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN), với đặc điểm mô học và phân tử đa dạng. Đột biến gen EGFR và KRAS giữ vai trò quan trọng trong phân tầng điều trị, đặc biệt trong xu hướng điều trị cá thể hóa hiện nay. **Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm mô bệnh học và mối liên quan giữa đột biến EGFR, KRAS với phân típ mô học, dấu ấn hóa mô miễn dịch (TTF-1, PD-L1) ở người bệnh ung thư biểu mô tuyến phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 211 người bệnh được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến phổi từ 8/2022 đến 3/2024. Dữ liệu gồm phân loại mô học theo WHO 2021, tình trạng đột biến EGFR, KRAS. Phân tích bằng thống kê mô tả và kiểm định chi-squared. **Kết quả:** Phân típ mô học phổ biến nhất là chùm nang (37,9%), nhú (30,3%) và đặc (17,1%). Tỷ lệ đột biến EGFR là 39,3%, chủ yếu là mất đoạn exon 19 (45,8%) và L858R exon 21 (38,6%). Các trường hợp EGFR(+) thường gặp ở hầu hết các phân típ mô học, có TTF-1 dương tính cao (89,2%) và phần lớn không biểu hiện hoặc biểu hiện thấp PD-L1 ($\geq 50\%$ chỉ chiếm 10,8%). Tỷ lệ đột biến KRAS là 17,5%, trong đó G12C chiếm 86,5%. KRAS(+) liên quan đáng kể với giới tính nam, tuổi >60 , hút thuốc và PD-L1 $\geq 50\%$. Đột biến KRAS gặp ở nhiều phân típ mô học, thường thấy nhất ở chùm nang và nhú, nhưng không có khác biệt rõ rệt giữa các nhóm mô học. **Kết luận:** Đặc điểm mô học và miễn dịch có mối liên quan với tình trạng đột biến EGFR, KRAS. EGFR phổ biến trong typ biệt hóa tốt, TTF-1 dương tính, PD-L1 thấp; KRAS (đặc biệt G12C) liên quan hút thuốc và PD-L1 cao.

Việc tích hợp các yếu tố mô bệnh học – miễn dịch – phân tử giúp tối ưu hóa chiến lược điều trị cá thể hóa cho người bệnh UTPKTBN.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến phổi; EGFR; KRAS; hình thái mô học; PD-L1; TTF-1.

SUMMARY

EGFR, KRAS MUTATION STATUS IN LUNG ADENOCARCINOMA AND ASSOCIATED FACTORS: A CROSS-SECTIONAL STUDY AT NATIONAL LUNG HOSPITAL

Lung adenocarcinoma is the most common subtype of non-small cell lung cancer (NSCLC), exhibiting significant heterogeneity in both histopathologic patterns and molecular alterations. Among these, EGFR and KRAS mutations are pivotal biomarkers guiding targeted and individualized therapy. **Objective:** To evaluate the histopathologic features and their associations with EGFR, KRAS mutations, including correlations with TTF-1 and PD-L1 expression, in patients with lung adenocarcinoma at the Vietnam National Lung Hospital. **Methods:** This cross-sectional study included 211 patients diagnosed with lung adenocarcinoma from August 2022 to March 2024. Histologic classification was based on WHO 2021 criteria; EGFR, KRAS mutation status were collected and analyzed using descriptive and comparative statistics (chi-square test). **Results:** The most common histologic subtypes were acinar (37.9%), papillary (30.3%), and solid (17.1%). The prevalence of EGFR mutations was 39.3%, mainly consisting of exon 19 deletions (45.8%) and L858R exon 21 substitutions (38.6%). EGFR-mutant cases were found across most histologic subtypes, showed a high rate of TTF-1 positivity (89.2%), and were predominantly PD-L1 negative or expressed at low levels (PD-L1 $\geq 50\%$ accounted for only 10.8%). The prevalence of KRAS mutations was 17.5%, with G12C accounting for 86.5%. KRAS mutations were significantly associated with male sex, age over 60, smoking history, and high PD-L1 expression ($\geq 50\%$). They were detected in

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Tuấn Anh

Email: drtrananhbvp@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025