

lược quản lý đau toàn diện đồng thời giảm thiểu tác dụng phụ. Tỷ lệ hài lòng cao của bệnh nhân được quan sát thấy trong nghiên cứu này càng củng cố thêm tính chấp nhận lâm sàng của biện pháp can thiệp này. Trong bối cảnh ATN, khi gánh nặng bệnh tật thường trầm trọng hơn do ảnh hưởng về mặt cảm xúc của cơn đau mạn tính, khả năng đạt được sự giảm đau nhanh chóng và bền vững với tác dụng phụ tối thiểu là một lợi thế đáng kể.

Điểm mạnh của nghiên cứu là tính khả thi cao, kỹ thuật ít xâm lấn, an toàn, phù hợp triển khai tại cơ sở y tế. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn hạn chế: không có nhóm chứng, cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi ngắn (12 tuần), chưa đánh giá tác dụng lâu dài và không đo lường dẫn truyền thần kinh sau can thiệp.

## V. KẾT LUẬN

Phong bế hạch cánh khẩu dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả cho đau dây thần kinh V không điển hình. Kỹ thuật này giúp giảm đau rõ rệt, cải thiện chất lượng cuộc sống, tăng mức độ hài lòng và giảm nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau. Cần thêm các nghiên cứu ngẫu nhiên đối chứng, đa trung tâm với thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định kết quả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Araya EI, Claudino RF, Piovesan EJ, Kowacs

PA, Werneck LC. Trigeminal neuralgia: basic and clinical aspects. *Curr Neuropharmacol*. 2010;8(4):297-310.

- doi:10.2174/157015910792246253.
2. Bendtsen L, Zakrzewska JM, Abbott J, et al. European Academy of Neurology guideline on trigeminal neuralgia management. *Eur J Neurol*. 2019;26(6):831-849.
  3. Cohen S, Zada Y, Sudhakar A, et al. Ultrasound-guided pterygopalatine ganglion block for facial pain: review of techniques and outcomes. *Reg Anesth Pain Med*. 2019;44(5): 655-661.
  4. Huang JH, Chang CN, Ling CM. Ultrasound-guided nerve block techniques for trigeminal neuralgia: a case series. *Pain Physician*. 2012;19(8):E1081-E1087.
  5. Menzies JA, Hawkins D, Rickards EP. The role of dexamethasone in regional anesthesia: impact on outcomes and side effects. *J Pain Res*. 2019;12:217-223.
  6. Nader A, Kendall MC, De Oliveira GS, et al. Ultrasound-guided trigeminal nerve block via the pterygopalatine fossa: an effective treatment for trigeminal neuralgia. *Pain Physician*. 2013;16(5): E537-E545.
  7. Piagkou M, Demesticha T, Troupis T, et al. The pterygopalatine ganglion and its role in various pain syndromes: a review. *Pain Pract*. 2012;12(5):399-409.
  8. Slonim S, Melnyk N. Advances in treatment of facial pain: from blocks to neuromodulation. *Pain Ther*. 2021;10(4):1209-1227.
  9. Totzeck A, Pham M, Lee DH, et al. Efficacy and safety of pterygopalatine ganglion blocks in facial pain syndromes: a systematic review. *Clin J Pain*. 2017;33(9):834-844.

## ĐẶC ĐIỂM MỔ LẤY THAI Ở SẢN PHỤ CÓ THAI ĐỦ THÁNG TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THAN UYÊN, TỈNH LAI CHÂU

Đinh Thị Thúy<sup>1</sup>, Cấn Bá Quát<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Kim Tiến<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm MLT ở sản phụ có thai đủ tháng tại Trung tâm Y tế (TTYT) Than Uyên, tỉnh Lai Châu năm 2024. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 883 sản phụ có tuổi thai từ 37-41 tuần sinh con tại TTYT Than Uyên. **Kết quả:** Tỷ lệ MLT ở thai đủ tháng tại TTYT Than Uyên là 28,1%. Tỷ lệ chỉ định MLT do mẹ bị sản giật, tiền sản giật là 2,4%. Tỷ lệ chỉ định MLT do khung chậu giới hạn chiếm 1,6%; MLT cũ 38,7%; cổ tử cung (CTC) không tiến triển 16,1%. Tỷ lệ MLT do ngôi mông chiếm 5,6%; ngôi vai 1,6%; thai to 16,5%; nhíp tim thai nhanh/

chậm/ không đều 9,3%; ngôi không lọt 13,3%. Tỷ lệ MLT do ối vỡ non, ối vỡ sớm chiếm 19,0%; thiếu ối 10,5%; rau tiền đạo 1,2%. Tỷ lệ chỉ định MLT do gia đình xin mổ là 4,4%; chuyển dạ kéo dài 1,6%. Tỷ lệ sản phụ có chỉ định MLT do bệnh lý mẹ là 3,6%; do đường sinh dục 58,1%; do thai 41,1% và do phần phụ của thai 31,0%. **Kết luận:** Tỷ lệ MLT chung ở thai đủ tháng tại TTYT Than Uyên ở mức độ trung bình và phần lớn là chỉ định MLT do đường sinh dục mẹ và do thai. **Từ khóa:** đặc điểm, mổ lấy thai, thai đủ tháng.

### SUMMARY

#### THE CAESAREAN SECTION CHARACTERISTICS OF FULL-TERM PREGNANCY WOMEN AT THAN UYEN MEDICAL CENTER, LAI CHAU PROVINCE

**Objective:** To describe the CS characteristics of full-term pregnancy women at Than Uyen Medical Center, Lai Chau province in 2024. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 883 pregnant women with gestational age from 37-41

<sup>1</sup>Trung tâm Y tế Than Uyên

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Cấn Bá Quát

Email: quatsantn1@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

weeks delivery at Than Uyen Medical Center. **Results:** The CS proportion of full-term pregnancy at Than Uyen Medical Center was 28.1%. The proportion of CS indication due to maternal eclampsia and pre-eclampsia was 2.4%. The proportion of CS indication due to contracted pelvis was 1.6%; previous CS 38.7%; cervical dystocia 16.1%. The proportion of CS indication due to breech presentation was 5.6%; shoulder presentation 1.6%; fetal macrosomia 16.5%; tachycardia/ bradycardia/ irregular fetal heart rate 9.3%; unengaged presenting part 13.3%. The proportion of CS indication due to premature rupture of membranes, early rupture of membranes was 19.0%; oligohydramnios 10.5%; placenta previa 1.2%. The proportion of CS indication due to family request for CS was 4.4%; prolonged labor 1.6%. The proportion of CS indication due to maternal morbidities was 3.6%; due to birth canal 58.1%; due to fetus 41.1% and due to fetal adnexa 31.0%. **Conclusion:** The overall CS proportion of full-term pregnancy at Than Uyen Medical Center is at moderate level and most of CS indications are due to birth canal and fetus. **Keywords:** characteristics, caesarean section, full-term pregnancy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) là thai và phần phụ của thai được lấy ra khỏi buồng tử cung qua đường rạch ở thành bụng và đường rạch ở thành tử cung. MLT được chỉ định trong những trường hợp mà cuộc sinh qua đường âm đạo được đánh giá là không an toàn hơn cho mẹ và thai nhi [1]. Hiện nay, tỉ lệ MLT trên thế giới đang có xu hướng gia tăng và đang dần trở thành một vấn đề sức khỏe toàn cầu [7], đặc biệt là ở các nước phát triển trong đó có Việt Nam. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Bình (2013) cho tỉ lệ MLT tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2012 là 46,3% [3]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh cho tỉ lệ MLT là 46,4% [6]. Mặc dù ít xảy ra nhưng những tai biến do MLT sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe của bà mẹ và đứa trẻ. Thêm vào đó thời gian điều trị nằm viện sau mổ của bà mẹ được MLT nhiều hơn so với đẻ thường nên chi phí cho một lần sinh sẽ tốn kém hơn [1]. Sự mở rộng chỉ định MLT ngày càng khó xác định và với xu hướng chỉ định MLT ngày càng rộng rãi. Đây là chủ đề gây nhiều tranh luận, đặt ra một nhiệm vụ cấp thiết cho người thầy thuốc cần phải đưa ra những quyết định đúng đắn nhất trong chỉ định MLT. Thách thức cho ngành sản phụ khoa cần đặt ra là kiểm soát tốt tỉ lệ MLT đồng thời đảm bảo an toàn cho mẹ và con trong quá trình sinh đẻ. TTYT Than Uyên, tỉnh Lai Châu là cơ sở y tế đa chức năng, có nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản cho nhân dân trên địa bàn và khu vực lân cận. Thống kê sơ bộ cho thấy tỉ lệ MLT tại TTYT cũng có chiều hướng gia tăng. Nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Mô*

*tả đặc điểm mổ lấy thai ở sản phụ có thai đủ tháng tại Trung tâm Y tế Than Uyên, tỉnh Lai Châu năm 2024.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Sản phụ và/hoặc hồ sơ bệnh án sản phụ có tuổi thai từ 37-41 tuần, sinh con (đẻ thường hoặc MLT) tại TTYT Than Uyên từ ngày 01/01/2024 đến 31/12/2024.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:** Sản phụ có tuổi thai từ 37-41 tuần. Sinh con tại TTYT Than Uyên. Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** Sản phụ và hồ sơ bệnh án MLT từ nơi khác chuyển đến. Hồ sơ bệnh án MLT không đủ thông tin nghiên cứu. Sản phụ chuyển viện.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ 6/2024-11/2025 tại TTYT Than Uyên, tỉnh Lai Châu.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### 2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu: toàn bộ

Kỹ thuật chọn mẫu: chủ đích.

Chọn chủ đích toàn bộ các trường hợp có thai đủ tháng đến sinh tại TTYT Than Uyên thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ tham gia nghiên cứu.

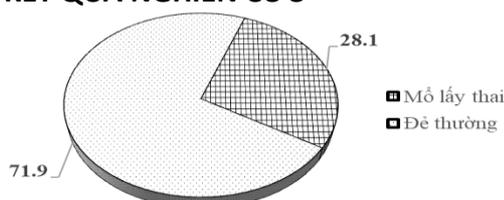
### 2.4. Chỉ số nghiên cứu

- Tỉ lệ MLT đủ tháng trong thời gian nghiên cứu
- Tỉ lệ chỉ định MLT do bệnh lý của mẹ
- Tỉ lệ chỉ định MLT do đường sinh dục
- Tỉ lệ chỉ định MLT do thai
- Tỉ lệ chỉ định MLT do phần phụ của thai
- Tỉ lệ chỉ định MLT một số nguyên nhân khác
- Tỉ lệ các chỉ định MLT chung ở sản phụ có thai đủ tháng

**2.5. Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0: mô tả bằng số lượng (SL) và tỉ lệ (%).

**2.6. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên (Quyết định số 1349/ĐHYD-HĐĐĐ).

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



**Hình 1. Tỉ lệ mổ lấy thai ở thai đủ tháng tại Trung tâm Y tế Than Uyên**

Từ 01/01/2024 đến 31/12/2024, TTYT Than Uyên có 883 thai phụ đủ tháng đến sinh, trong đó có 248 trường hợp có chỉ định MLT, chiếm tỉ lệ 28,1%.

**Bảng 1. Chỉ định mổ lấy thai do bệnh lý của mẹ (n=248)**

MLT do bệnh lý mẹ	SL	%
Sản giật, tiền sản giật	6	2,4
Bệnh tim	0	0,0
Basedow	0	0,0
Bệnh khác	0	0,0

Trong 248 thai phụ MLT, tỉ lệ chỉ định MLT do mẹ bị sản giật, tiền sản giật là 2,4%.

**Bảng 2. Chỉ định mổ lấy thai do đường sinh dục (n=248)**

MLT do đường sinh dục		SL	%
Khung chậu	Hẹp	2	0,8
	Giới hạn	4	1,6
Tử cung	Có MLT cũ	96	38,7
	Rối loạn cơ cơ tử cung	1	0,4
	Dị dạng	0	0,0
	Đọa vỡ	0	0,0
CTC không tiến triển		40	16,1
Khô u tiền đạo		0	0,0
Tăng sinh môn có sẹo cũ		4	1,6

Trong 248 thai phụ MLT, tỉ lệ chỉ định MLT do khung chậu giới hạn chiếm 1,6%; do có MLT cũ 38,7%; do CTC không tiến triển 16,1%; tăng sinh môn có sẹo cũ 1,6%.

**Bảng 3. Chỉ định mổ lấy thai do thai (n=248)**

MLT do thai		SL	%
Ngôi bất thường	Ngôi mông	14	5,6
	Ngôi vai	4	1,6
Thai to	3500-3800g	33	13,3
	>3800g	8	3,2
Thai suy	Ồi xanh, bần	2	0,8
	Nhịp tim thai nhanh/ chậm/không đều	23	9,3
Ngôi không lọt		33	13,3
Đa thai		2	0,8

Tỉ lệ MLT do ngôi mông chiếm 5,6%; ngôi vai 1,6%. Tỉ lệ MLT do thai to chiếm 17,1%; do nhịp tim thai nhanh/ chậm/ không đều 9,3%; ngôi không lọt 13,3%.

**Bảng 4. Chỉ định mổ lấy thai do phần phụ của thai (n=248)**

MLT do phần phụ của thai	SL	%
Rau tiền đạo	3	1,2
Rau bong non	1	0,4
Ồi vỡ non, ồ vỡ sớm	47	19,0
Thiếu ồ	26	10,5
Dây rau quấn cổ	0	0,0
Sa dây rau	0	0,0

Trong 248 thai phụ MLT, tỉ lệ MLT do ồ vỡ non, ồ vỡ sớm chiếm 19,0%; thiếu ồ 10,5%; rau tiền đạo 1,2% và rau bong non 0,4%.

**Bảng 5. Chỉ định mổ lấy thai do một số nguyên nhân khác (n=248)**

MLT do nguyên nhân khác	SL	%
Mẹ lớn tuổi	1	0,4
Gia đình xin mổ	11	4,4
Chuyển dạ kéo dài	4	1,6
Tiền sử sản khoa nặng nề	1	0,4
Nguyên nhân khác	6	2,4

Trong 248 thai phụ MLT, tỉ lệ chỉ định MLT do gia đình xin mổ là 4,4%; chuyển dạ kéo dài 1,6% và mẹ lớn tuổi; tiền sử sản khoa nặng nề đều chiếm 0,4%.

**Bảng 6. Chỉ định mổ lấy thai chung ở sản phụ có thai đủ tháng (n=248)**

Nhóm chỉ định	SL	%
Do bệnh lý của mẹ	9	3,6
Do đường sinh dục	144	58,1
Do thai	102	41,1
Do phần phụ của thai	77	31,0
Nguyên nhân khác	23	9,3

Tỉ lệ sản phụ có chỉ định MLT do bệnh lý mẹ là 3,6%; do đường sinh dục là 58,1%; do thai 41,1% và do phần phụ của thai 31,0%.

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy: từ ngày 01/01/2024 đến 31/12/2024, tại TTYT Than Uyên có 883 trường hợp thai phụ đủ tháng đến sinh, trong đó có 248 trường hợp có chỉ định MLT, chiếm tỉ lệ 28,1%. Thực tế, tỉ lệ MLT ở các nước trên thế giới và Việt Nam có xu hướng tăng nhanh, liên quan đến sự phát triển của khoa học kỹ thuật, các phương pháp và phương tiện vô cảm cũng như các lý do xã hội khác. Tỉ lệ MLT cũng khác nhau, dao động tùy từng nghiên cứu và vùng miền. So sánh với các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam, tỉ lệ MLT của chúng tôi xếp vào loại trung bình [4, 8].

Về chỉ định MLT do bệnh lý mẹ: nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả: tỉ lệ chỉ định MLT do mẹ bị sản giật, tiền sản giật là 2,4%. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh và cs (2019) thấy chỉ định MLT do tiền sản giật, sản giật năm 2013 là 1,7% và năm 2018 là 1,5% [2]. Trong chỉ định MLT do bệnh lý mẹ, nhiều nghiên cứu trước đây thấy chỉ định MLT do tiền sản giật, sản giật gần như luôn đứng đầu trong nhóm nguyên nhân do mẹ. Điều này là dễ hiểu vì thống kê trong những năm gần đây cho thấy tỉ lệ tăng huyết áp thai kỳ đang ngày càng tăng, đe dọa tính mạng mẹ và thai cũng như làm tăng nguy cơ phải sinh mổ, đặc

biệt trong các trường hợp tiền sản giật nặng hay sản giật. Đây không phải là chỉ định MLT tuyệt đối nhưng nó sẽ giúp đảm bảo an toàn cho mẹ.

Về chỉ định MLT do đường sinh dục: tỉ lệ chỉ định MLT do khung chậu giới hạn chiếm 1,6%; do có MLT cũ 38,7%; do CTC không tiến triển 16,1%; tăng sinh môn có sẹo cũ 1,6%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh và cs (2019) thấy chỉ định MLT do CTC không tiến triển năm 2013 là 9,9% và năm 2018 là 6,4%; do khung chậu hẹp năm 2013 là 4,7% và năm 2018 là 3,6%; do dọa vỡ tử cung năm 2013 là 1,3% và năm 2018 là 0,3% [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Minh và cs (2023) cho tỉ lệ MLT do đường sinh dục thường gặp nhất là CTC không tiến triển 30,6%, điểm Bishop thấp 23,1%, đầu không lọt do BCXĐC 22,9%; sinh chỉ huy thất bại 13,2% và do khung chậu bất thường 7,1% [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng giống nhiều nghiên cứu trước khi thấy trong nhóm MLT do nguyên nhân đường sinh dục, thường gặp nhất là CTC không tiến triển.

Về chỉ định MLT do thai: tỉ lệ MLT do ngôi mông chiếm 5,6%; ngôi vai 1,6%. Tỉ lệ MLT do thai to chiếm 16,5%; do nhịp tim thai nhanh/chậm/ không đều 9,3%; ngôi không lọt 13,3%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh và cs (2019) thấy chỉ định MLT do thai suy năm 2013 là 15,4% và năm 2018 là 8,2%; do thai to toàn bộ năm 2013 là 8,1% và năm 2018 là 15,8% ( $p < 0,05$ ) [2]. Theo Nguyễn Xuân Minh và cs (2023), tỉ lệ chỉ định MLT nguyên nhân do thai thường gặp nhất là suy thai (61,9%), tiếp đến là thai to (13,1%), các ngôi bất thường (18,6%); ít gặp nhất là thai già tháng với 0,5% [5]. Xã hội ngày càng phát triển, đời sống vật chất ngày càng nâng cao, phụ nữ có thai được xã hội và gia đình quan tâm nhiều hơn, dẫn đến trọng lượng thai ngày càng tăng lên cho nên tỉ lệ MLT vì thai to ngày một nhiều hơn. Ngoài ra, với tâm lí của người A Đông vẫn luôn có tư tưởng sinh con phải mập mạp nên xu hướng của gia đình là luôn luôn ép thai phụ phải bổ sung thật nhiều dinh dưỡng làm cho một tỉ lệ lớn thai phụ có con to.

Chỉ định MLT do phần phụ của thai: tỉ lệ MLT do ối vỡ non, ối vỡ sớm chiếm 19,0%; thiếu ối 10,5%; rau tiền đạo 1,2% và rau bong non 0,4%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh và cs (2019) thấy chỉ định MLT do ối vỡ non, ối vỡ sớm năm 2013 là 34,6% và năm 2018 là 19,2%; MLT do thiếu ối năm 2013 là 8,7% và năm 2018 là 23,3% ( $p < 0,05$ ) [2]. Nhiều tác giả khác cũng ghi nhận ối vỡ non, ối vỡ sớm, thiếu ối là nguyên nhân hàng đầu của chỉ định MLT do phần phụ. Mặc dù ối vỡ non, ối vỡ sớm không phải là chỉ

định tuyệt đối của MLT, nhưng là nguyên nhân gián tiếp gây đẻ khó, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, làm CTC phù nề ảnh hưởng đến sự xóa mở CTC, khiến ngôi thai bình chỉnh kém từ đó tăng nguy cơ suy thai, chuyển dạ kéo dài và rối loạn cơ co tử cung. Thiếu ối cũng là một lý do hay gặp, nguyên nhân của chỉ định này thường là do thai quá ngày sinh, dẫn đến hậu quả thai suy; vì vậy chỉ định MLT trong trường hợp thiếu ối là hợp lý.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy: tỉ lệ chỉ định MLT do gia đình xin mổ là 4,4%; chuyển dạ kéo dài 1,6% và mẹ lớn tuổi; tiền sử sản khoa nặng nề đều chiếm 0,4%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh và cs (2019) thấy chỉ định MLT vì con so lớn tuổi năm 2013 là 5,5% và năm 2018 là 1,2%; vì vô sinh năm 2013 là 0,3% và năm 2018 là 2,7% [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Minh và cs (2023) thấy chỉ định MLT do con quý hiếm 27,9%; mẹ vị thành niên 17,0%; con so mẹ lớn tuổi 7,5% và tiền sử sản khoa xấu 4,8% [5]. Tỉ lệ sinh mổ do con quý hiếm tương đối cao là điều dễ hiểu bởi vô sinh đang là vấn đề nhức nhối của xã hội và sự phát triển vượt bậc của kỹ thuật hỗ trợ sinh sản trong những năm gần đây đã giúp nhiều ông bố, bà mẹ có thể chào đón đứa con của mình. Thực tế, sản phụ và gia đình thường lo lắng khi thấy có dấu hiệu chuyển dạ và mẹ đau không chịu được nên nhiều gia đình chủ động xin MLT để chấm dứt chuyển dạ nhanh chóng.

Đánh giá chung về chỉ định MLT: tỉ lệ sản phụ có chỉ định MLT do bệnh lý mẹ là 3,6%; do đường sinh dục là 58,1%; do thai 41,1%; do phần phụ của thai 31,0% và do nguyên nhân khác 9,3%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Minh và cs (2023) thấy có 917/2.035 trường hợp mang thai con so được MLT, chiếm 45,1%. Nguyên nhân thường gặp nhất lần lượt là do đường sinh dục (53,9%), do thai hoặc ngôi thai (43,2%), do phần phụ (34,6%), do mẹ (16,0%) [5]. Như vậy, có thể thấy tỉ lệ chỉ định MLT rất thay đổi giữa các nghiên cứu khác nhau nhưng hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy chỉ định MLT do thai và phần phụ của thai chiếm cao nhất trong các loại chỉ định MLT.

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ MLT ở thai đủ tháng tại TTYT Than Uyên là 28,1%. Tỉ lệ chỉ định MLT do mẹ bị sản giật, tiền sản giật là 2,4%. Tỉ lệ chỉ định MLT do khung chậu giới hạn chiếm 1,6%; do có MLT cũ 38,7%; do CTC không tiến triển 16,1%; tăng sinh môn có sẹo cũ 1,6%. Tỉ lệ MLT do ngôi mông chiếm 5,6%; ngôi vai 1,6%; thai to

16,5%; nhịp tim thai nhanh/ chậm/ không đều 9,3%; ngôi không lọt 13,3%. Tỷ lệ MLT do ối vỡ non, ối vỡ sớm chiếm 19,0%; thiếu ối 10,5%; rau tiền đạo 1,2%. Tỷ lệ chỉ định MLT do gia đình xin mổ là 4,4%; chuyển dạ kéo dài 1,6%. Tỷ lệ sản phụ có chỉ định MLT do bệnh lý mẹ là 3,6%; do đường sinh dục là 58,1%; do thai 41,1% và do phần phụ của thai 31,0%.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Ánh và cs (2022), Giáo trình sản phụ khoa (Dành cho học viên Sau đại học), Nhà xuất bản Đại học Quốc Gia Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Anh, Nguyễn Thị Kim Tiên, Nguyễn Xuân Thành (2019), "So sánh chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong 2 giai đoạn 2013 và 2018", Tạp chí Khoa học và Công nghệ - Đại học Thái Nguyên, 194 (1), tr. 145-150.
3. Nguyễn Thị Bình (2013), Nghiên cứu chỉ định và kỹ thuật mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên năm 2002 và 2012,

- Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
4. Tống Thị Khánh Hằng (2020), Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến mổ lấy thai con so đủ tháng tại khoa Phụ sản, Bệnh Viện Trung ương Thái Nguyên, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
  5. Nguyễn Xuân Minh, Trương Quang Vinh (2023), "Nghiên cứu tình hình mổ lấy thai ở sản phụ sinh con so tại Bệnh viện Sản-Nhi, tỉnh Quảng Ngãi", Tạp chí Phụ sản, 20 (4), tr. 43-49.
  6. Vũ Trọng Tân (2018), Nghiên cứu một số chỉ định và kết quả mổ lấy thai tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Bắc Ninh, Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
  7. Betran A.P., Torloni M.R., Zhang J.J., et al. (2016), "WHO Statement on Caesarean Section Rates", *Bjog*, 123 (5), pp. 667-670.
  8. Pasko D.N., McGee P., Grobman W.A., et al. (2018), "Variation in the Nulliparous, Term, Singleton, Vertex Cesarean Delivery Rate", *Obstet Gynecol*, 131 (6), pp. 1039-1048

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ÁP XE GAN BẰNG DẪN LƯU Ổ ÁP XE DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Bùi Văn Dương<sup>1</sup>, Trần Tiên Thành<sup>1</sup>, Nguyễn Đại Quảng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị áp xe gan bằng phương pháp dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2025. **Kết quả:** Tổng cộng 21 bệnh nhân đã được đưa vào nghiên cứu. Kết quả cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 54.43 ± 10.42 tuổi, với tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (71.4%). Khoảng 38.1% bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường và 28.6% có tiền sử bệnh lý đường mật. Các triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất khi nhập viện là sốt (90.5%) và đau hạ sườn phải (85.7%). Về cận lâm sàng, hầu hết bệnh nhân có tình trạng viêm nhiễm rõ rệt với bạch cầu tăng cao (85.7%) và CRP trung bình 143.57 ± 58.74 mg/L. Kết quả hình ảnh học cho thấy 85.7% trường hợp là áp xe đơn ổ, với kích thước trung bình của ổ áp xe lớn nhất là 7.51 ± 1.83 cm. Vị trí phổ biến nhất của áp xe là thùy gan phải (81.0%). Nuôi cấy mủ dương tính ở 61.9% bệnh nhân, trong đó *Klebsiella pneumoniae* là tác nhân gây bệnh hàng đầu (69.2% số mẫu dương tính). Về kết quả điều trị, phương pháp dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm cho thấy tỷ lệ khỏi bệnh hoặc cải thiện rõ rệt đạt 81.0%. Thời

gian trung bình để bệnh nhân hạ sốt là 4.71 ± 2.03 ngày, và thời gian trung bình lưu ống dẫn lưu là 28.34 ± 10.94. Thời gian nằm viện trung bình là 17.81 ± 6.77 ngày. Tỷ lệ biến chứng được ghi nhận là 33.3%, chủ yếu là các biến chứng nhẹ. Tỷ lệ thất bại điều trị là 19.0%. **Kết luận:** Nghiên cứu kết luận rằng dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp an toàn và hiệu quả cao trong điều trị áp xe gan tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, giúp kiểm soát nhanh chóng tình trạng nhiễm trùng và rút ngắn thời gian nằm viện cho bệnh nhân. **Từ khóa:** áp xe gan, dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm

### SUMMARY

#### OUTCOMES OF LIVER ABSCESS TREATMENT USING ULTRASOUND-GUIDED ABSCESS DRAINAGE AT VIET TIỆP FRIENDSHIP HOSPITAL

This study was conducted to evaluate the clinical and paraclinical characteristics and treatment outcomes of liver abscess managed by ultrasound-guided percutaneous drainage at Viet Tiệp Friendship Hospital from January 2023 to January 2025. **Results:** A total of 21 patients were included in the study. Results showed that the mean age of patients was 54.43 ± 10.42 years, with males predominating (71.4%). Approximately 38.1% of patients had a history of diabetes mellitus and 28.6% had a history of biliary tract disease. The most common clinical symptoms upon admission were fever (90.5%) and right hypochondrial pain (85.7%). Paraclinical findings indicated significant inflammatory responses, with

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Dương

Email: bvduong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025