

6. Alghamdi HA, Alqarni HM, Alotaibi A, et al. Comprehensive analysis of maxillary sinus anatomical features and associated characteristics: a CBCT-based study in a Saudi subpopulation. BMC Oral Health. 2024;24:XXX. doi:10.1186/s12903-025-07152-2.
7. Zhang X, Li Y, Zhang Y, Hu F, Xu B, Shi X, Song L. Investigating the anatomical relationship between the maxillary molars and the sinus floor in a Chinese population using cone-beam computed tomography. BMC Oral Health. 2019 Dec 16;19(1):282. doi: 10.1186/s12903-019-0969-0. PMID: 31842859; PMCID: PMC6915992.
8. Pei J, Liu J, Chen Y, Liu Y, Liao X, Pan J. Relationship between maxillary posterior molar roots and the maxillary sinus floor: Cone-beam computed tomography analysis of a western Chinese population. J Int Med Res. 2020 Jun;48(6):300060520926896. doi: 10.1177/0300060520926896. PMID: 32489120; PMCID: PMC7278324.
9. Elfouly D, El-Harouni NM, Ismail HA, El-Bialy T, Ghoneima A. Does maxillary sinus proximity affect molar root resorption during distalization using Invisalign? A CBCT study. BMC Oral Health. 2023;23:905. doi:10.1186/s12903-023-03672-x.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẮT KHÂU TẦNG SINH MÔN TRONG ĐỀ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐỊNH

Nguyễn Bích Hồng¹, Lê Thị Hòa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả cắt khâu tầng sinh môn trong đề của sản phụ tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định.

Phương pháp: nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên các sản phụ đẻ bằng đường âm đạo tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định, được cắt khâu tầng sinh môn trong đề.

Kết quả: Có 727 hồ sơ được đưa vào nghiên cứu. Về đặc điểm thai, dựa trên siêu âm trước sinh, chủ yếu thai có cân nặng từ 2500-3500gram (chiếm 88,89%); đường kính lưỡng đỉnh thai nhi từ 90-95mm chiếm phần lớn (69,18%). Cuộc đẻ có 48,01% số trường hợp đẻ chỉ huy; 96,01% số trường hợp sản phụ tổn thương TSM độ II; có 3,99% sản phụ có tổn thương mức độ III. Sau đẻ 1 ngày, có 4,13% số trường hợp sưng nề và 8 trường hợp (chiếm 0,92%) có tụ máu sau cắt khâu tầng sinh môn. Tỷ lệ tổn thương mức độ III ở sản phụ có thai trên 3500 gram là 31,2%. Có mối liên quan giữa trọng lượng thai và mức độ tổn thương tầng sinh môn với $p < 0,05$.

Kết luận: Cắt khâu TSM trong đề là một thủ thuật phổ biến, chủ yếu tổn thương TSM trong thủ thuật này là tổn thương mức độ II (không có tổn thương cơ thắt hậu môn). Có mối liên quan giữa trọng lượng thai và mức độ tổn thương tầng sinh môn với $p < 0,05$.

Từ khóa: Cắt khâu tầng sinh môn, cơ thắt hậu môn.

SUMMARY

ASSESSING THE OUTCOMES OF EPISIOTOMY DURING PARTURITION AT NAM DINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To assess the outcomes and various factors

affecting the results of episiotomy during parturition in women at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital.

Methods: A descriptive, retrospective study of women who had episiotomies after giving birth vaginally at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital.

Results: The study comprised 727 records. According to prenatal ultrasound, the majority of fetuses had a biparietal diameter of 90–95 mm (69.18%) and weighed between 2500 and 3500 grams (88.89%). 96.01% of mothers had grade II perineal injuries, 48.01% of births were induced, and 3.99% had grade III injuries. Eight instances (0.92%) suffered hematomas during episiotomy, while 4.13% of cases experienced edema one day after delivery. Mothers whose fetuses weighed more than 3500 grams had a grade III damage risk of 31.2%. Fetal weight and the severity of perineal damage were correlated ($p < 0.05$).

Conclusion: Transurethral resection during childbirth is a common procedure, with most perineal injuries being grade II (no anal sphincter injury). The degree of perineal damage and fetal weight are correlated ($p < 0.05$).

Keywords: episiotomy, anal sphincter.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt khâu tầng sinh môn (TSM) là một thủ thuật ngoại khoa được thực hiện ở đáy chậu và thành sau âm đạo trong giai đoạn thứ hai của quá trình chuyển dạ. Khi có các nguy cơ rách không kiểm soát ở giai đoạn sổ thai thì thủ thuật cắt khâu TSM được chủ động tiến hành, giúp cuộc đẻ diễn ra thuận lợi hơn, thai sổ dễ dàng hơn, đỡ sang chấn cho đầu thai nhi và tránh được các nguy cơ rách TSM phức tạp. Tại Việt Nam, cắt khâu TSM được coi là một thủ thuật sản khoa thường quy tại các bệnh viện và cơ sở y tế. Theo tác giả Nguyễn Mạnh Thắng, tỷ lệ này tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương (2015) là 92%¹. Tuy có nhiều hiệu quả rõ rệt nhưng thủ thuật cũng ghi nhận một số bất lợi với sản phụ như: đau, phù nề vết khâu kéo dài sau thời kì hậu sản, tụ máu dẫn đến

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bích Hồng
Email: nguyenchongnb@gmail.com

Mã bài: N411

Ngày nhận bài: 23/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 20/3/2026

Ngày duyệt bài: 23/4/2026

tăng nguy cơ nhiễm trùng vết khâu, lượng máu mất của sản phụ nhiều hơn và những biến chứng khác của cắt khâu không đúng thời gian và kĩ thuật. Bệnh viện Phụ Sản Nam Định là bệnh viện chuyên khoa Sản phụ khoa, tiến hành đỡ đẻ có cắt khâu TSM cho hàng ngàn sản phụ ở Nam Định và các vùng lân cận mỗi năm. Vì vậy, cần thiết có một đề tài đánh giá hiệu quả cũng như ảnh hưởng của thủ thuật cắt khâu TSM tới những sản phụ đẻ thường. Đó là lí do chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả cắt khâu tầng sinh môn trong đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Thai phụ được kết thúc thai nghén bằng đẻ đường âm đạo tại khoa Đẻ bệnh viện Phụ Sản Nam Định.
- Có tuổi thai từ 34 tuần, theo kết quả siêu âm 3 tháng đầu
- Thai sống, không có dị tật bẩm sinh - Trọng lượng thai trên 2000 gram.
- Sản phụ được tiến hành thủ thuật khâu cắt tầng sinh môn.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những trường hợp sản phụ mang thai bất thường.
- Những trường hợp không khai thác được đầy đủ thông tin.
- Sản phụ từ chối tham gia.

1.3. Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện Phụ Sản Nam Định.

1.4. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ: 01/09/2025 – 30/10/2025.

1.5. Cỡ mẫu

Chọn cỡ mẫu thuận tiện, lấy tất cả các sản phụ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, tại bệnh viện Phụ Sản Nam Định từ tháng 01/9/2025 đến tháng 30/10/2025

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên các sản phụ đẻ bằng đường âm đạo tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không nằm trong nhóm tiêu chuẩn loại trừ.

3. Các biến số nghiên cứu

Đặc điểm của thai (dựa vào siêu âm):

- Đường kính lưỡng đỉnh của thai : < 90mm, 90-95mm, > 95mm.
- Trọng lượng thai sau sinh : <2500 gram, 2500-3500 gram, >3500 gram.

Đặc điểm cuộc đẻ:

- Cách đẻ: Đẻ thường, đẻ chỉ huy, thủ thuật
- Phân độ tổn thương TSM sau khi cắt và không cắt TSM

Phân loại độ rách tầng sinh môn ²

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoàng gia Anh (RCOG), mức độ rách của tầng sinh môn được phân loại thành 4 độ :

- Độ I: rách da và niêm mạc âm đạo
- Độ II: rách da, cân và cơ của trung tâm đáy chậu, bao gồm cơ ngang đáy chậu nông và sâu, cơ hành hang và phần mu cụt cơ nâng hậu môn.
- Độ III: rách hết cân và cơ của trung tâm gân đáy chậu và rách một phần hay rách toàn bộ cơ thắt hậu môn ngoài / hay cơ thắt hậu môn trong Có 3 phân lớp:
 - + IIIA: rách < 50% độ dày cơ thắt hậu môn ngoài
 - + IIIB: rách > 50% độ dày cơ thắt hậu môn ngoài
 - + IIIC: rách cơ thắt HM trong (bao gồm rách cả cơ thắt hậu môn ngoài)
- Độ IV: Vết rách xé qua phần cơ hậu môn vào niêm mạc trực tràng, làm âm đạo thông với trực tràng.

Tình trạng tầng sinh môn sau đẻ 1 ngày.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có 727 hồ sơ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, được đưa vào nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được trình bày ở các bảng và biểu đồ sau:

Bảng 3.1. Đặc điểm cân nặng và đường kính lưỡng đỉnh thai nhi

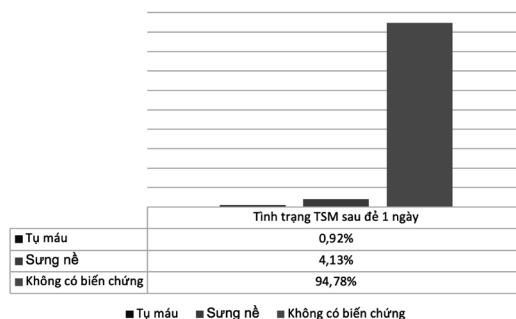
Đặc điểm thai		Số lượng (n=727)	Tỷ lệ (%)
Cân nặng thai (dựa trên siêu âm)	<2500	26	2,59
	2500 - 3500	639	88,89
	>3500	62	8,52
Đường kính lưỡng đỉnh (dựa trên siêu âm)	<90	194	26,70
	90-95	503	69,18
	>95	30	4,12

Nhận xét: Có 88,89% thai có cân nặng từ 2500-3500gram. Có 2,59% thai trọng lượng dưới 2500 và 8,52% trên 3500 gram. Về đường kính thai nhi, nhóm đường kính lưỡng đỉnh từ 90-95mm chiếm phần lớn (69,18%). Có 26,70% thai nhi có đường kính lưỡng đỉnh dưới 90mm và 4,12% trên 95mm.

Bảng 3.2. Mức độ tổn thương TSM và cách để của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm cuộc đẻ của đối tượng nghiên cứu		Số lượng (n=727)	Tỷ lệ (%)
Cách thức đẻ	Đẻ thường	378	51,99
	Đẻ chỉ huy tĩnh mạch	349	48,01
Mức độ tổn thương TSM trong đẻ	Độ II	698	96,01
	Độ III	29	3,99
	Độ VI	0	0

Nhận xét: Theo cách đẻ nhóm đẻ thường chiếm phần lớn là 51,99%, đẻ chỉ huy tĩnh mạch chiếm 48,01% tổng số trường hợp. Trong 727 đối tượng nghiên cứu có cắt tầng sinh môn có 96,01% sản phụ có mức độ tổn thương II, trong khi đó có 3,99% sản phụ có tổn thương mức độ III.



Biểu đồ 3.1. Tình trạng tầng sinh môn sau đẻ 1 ngày.

Nhận xét: Có 94,78% sản phụ không có dấu hiệu bất thường ở tầng sinh môn. Số trường hợp có tình trạng sưng nề là 30, chiếm 4,13% và 8 trường hợp (chiếm 0,92%) có tự máu sau cắt khâu tầng sinh môn.

Bảng 3.4. Liên quan giữa trọng lượng thai và mức độ tổn thương tầng sinh môn

Tổn thương Cân nặng trẻ	Độ II		Độ III		Tổng	P
	N	%	N	%		
<2500	26	100	0	0	26 (100%)	<0,05
2500-3500	635	99,41	4	0,59	639 (100%)	
>3500	37	68,8	25	31,2	62 (100%)	
Tổng	698	96,01	29	3,99	727 (100%)	

Nhận xét: Tất cả sản phụ có trọng lượng thai dưới 2500 gram đều có tổn thương tầng sinh môn mức độ II. Tỷ lệ tổn thương mức độ III ở sản phụ có thai trên 3500 gram là 31,2%. Có mối liên quan giữa trọng lượng thai và mức độ tổn thương tầng sinh môn với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của thai (dựa vào siêu âm)

Bảng 3.1, chỉ ra có 88,89% thai có cân nặng từ 2500-3500gram Tuy nhiên, có 2,59% thai trọng lượng dưới 2500 và 8,52% trên 3500 gram. Đối với những trường hợp thai to mà tầng sinh môn giãn nở chưa tốt hoặc thai nhỏ sỏ quá nhanh nhưng tầng sinh môn chưa chuẩn bị có thể gây rách phức tạp tầng sinh môn. Về đường kính lưỡng đỉnh của thai, nhóm đường kính lưỡng đỉnh từ 90-95mm chiếm phần lớn (69,18%). Có 26,70% thai nhi có đường kính lưỡng đỉnh dưới 90mm và 4,12% trên 95mm.. Đường kính lưỡng đỉnh là một thông số có giá trị ước lượng tuổi thai và trọng lượng thai nhi. Hơn nữa, đường kính lưỡng đỉnh còn là một trong những chỉ số đánh giá khả năng lọt của đầu thai nhi khi qua đoạn eo trên khung chậu người mẹ, nhằm tiên lượng cuộc đẻ. Những thai nhi có đường kính lưỡng đỉnh lớn hơn 95mm thường có nguy cơ chuyển dạ khó do bất tương xứng giữa thai và khung chậu người mẹ.

Đặc điểm cuộc đẻ của đối tượng nghiên cứu

Theo cách đẻ nhóm đẻ thường chiếm phần lớn là 51,99%, đẻ chỉ huy tĩnh mạch chiếm 48,01% tổng số trường hợp (bảng 3.2). Kết quả của bảng 3.2 cho thấy, trong 727 trường hợp cắt tầng sinh môn có 96,01% sản phụ có tổn thương tầng sinh môn mức độ II. Điều này có thể giải thích do thủ thuật cắt khâu tầng sinh môn là cắt một phần cơ hành hang, cơ ngang nông và sâu cùng với thành âm đạo và da vùng tầng sinh môn. Vì vậy theo phân chia độ rách tầng sinh môn, các trường hợp có cắt khâu tầng sinh môn đều là tổn thương mức độ II trở lên. Trong nghiên cứu, đa số các trường hợp cắt khâu tầng sinh môn không làm rách tầng sinh môn phức tạp. Một nghiên cứu tổng kết của Carroli về cắt khâu tầng sinh môn ghi nhận cắt khâu tầng sinh môn làm giảm rách tầng sinh môn độ III và rách phức tạp (Cunningham 1993, Thacker 1983)³. Tương tự, một nghiên cứu tổng kết về những lợi ích và nguy cơ của cắt khâu tầng sinh môn dựa trên những nghiên cứu trong giai đoạn từ năm 1980 đến 1995 của Wooley và cộng sự cũng chỉ ra lợi ích của cắt khâu tầng sinh môn sẽ dự phòng được các trường hợp rách tầng sinh môn độ III và IV⁴¹. Kết quả

ngghiên cứu của chúng tôi có 3,9% trường hợp có tổn thương tầng sinh môn độ III (rách cơ tầng sinh môn tới tận nút thắt trung tâm). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Klein và cộng sự (1992), có khoảng 7.4% - 7.7% các trường hợp cắt khâu tầng sinh môn có tổn thương tầng sinh môn độ III và IV. Tuy nhiên, đây là một nghiên cứu đã tiến hành cách đây 30 năm. Theo Naugle DK, Sorenson RB, Kiser WR (1993)⁴³ tại Argentina, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi là 1,2%. Pearl và cộng sự nghiên cứu trên 564 sản phụ sinh tại San Francisco cho thấy tỷ lệ rách tầng sinh môn độ III gặp ở 6% sản phụ không cắt khâu tầng sinh môn, 11% đối với những sản phụ được cắt khâu tầng sinh môn theo đường giữa bên và 20% với sản phụ được cắt khâu tầng sinh môn theo đường giữa. Năm 1985, Buckens P và cộng sự đã nghiên cứu trên 21.278 sản phụ chuyển dạ từ giữa năm 1974 đến năm 1978 tại 10 bệnh viện tại Bỉ. Kết quả cho thấy cắt khâu tầng sinh môn đường giữa bên được thực hiện trên 28.4% sản phụ. Rách tầng sinh môn độ III xảy ra trong 1.4% các sản phụ cắt khâu tầng sinh môn và 0.9% sản phụ không cắt khâu tầng sinh môn. Theo báo cáo trên tạp chí sản phụ khoa Châu Âu của Shmueli và cộng sự năm 2016, cắt khâu tầng sinh môn có ảnh hưởng đến việc tăng tỷ lệ rách tầng sinh môn độ III sau đẻ. Tuy nhiên từ kết quả của một nghiên cứu gần đây được báo cáo năm 2015 của Lagana AS trên 4011 sản phụ tại Serbia với mục đích chứng minh cắt khâu tầng sinh môn có thể giảm số lượng và mức độ nặng của rách tầng sinh môn cho thấy cắt khâu tầng sinh môn có thể làm giảm tần số xuất hiện vết rách nhưng chỉ định này không liên quan đến mức độ tổn thương tầng sinh môn. Mức độ tổn thương này chủ yếu phụ thuộc vào trọng lượng thai và tuổi sản phụ. Sự khác biệt nhau trong các kết quả nghiên cứu về mức độ tổn thương tầng sinh môn là cơ sở cho việc cân nhắc chỉ định dẫn đến tỷ lệ cắt khâu tầng sinh môn khác nhau ở các quốc gia. Sự khác biệt này là điều đáng lưu tâm để bác sĩ và nữ hộ sinh cần thực hiện thủ thuật cắt khâu tầng sinh môn đúng chỉ định, đúng thời điểm, đúng kỹ thuật để tránh rách tầng sinh môn phức tạp.

Kết quả cắt khâu tầng sinh môn

Sau đẻ 1 ngày, có 94,78 % sản phụ không có dấu hiệu bất thường ở tầng sinh môn. Số trường hợp có tình trạng sưng nề là 30, chiếm 4,13% và 8 trường hợp (chiếm 0,92%) có tụ máu sau cắt khâu tầng sinh môn. (biểu đồ 3.1). Kết quả của bảng 3.4 cho thấy sản phụ có trọng lượng thai dưới 2500g, đều có tổn thương ở mức độ II. Điều này là do thai có trọng lượng nhỏ, thường lọt, quay, xuống, sổ dễ dàng nên ít gây sang chấn và tổn thương tầng sinh môn phức tạp, đặc biệt là khi có cắt nới tầng sinh môn mở rộng đường cho thai. Đây cũng là lý do các nhà sản khoa hiện nay thường chỉ định cắt khâu tầng sinh môn

thường quy cho những trường hợp thai non tháng, trọng lượng quá bé để tránh sang chấn, suy thai hoặc rách phức tạp tầng sinh môn trong trường hợp cuộc chuyển dạ diễn ra quá nhanh trong khi tầng sinh môn chưa chấn bị kịp thời. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 31,2% trường hợp có tổn thương tầng sinh môn độ III ở những sản phụ có trọng lượng thai trên 3500 gram. Trong khi đó, ở nhóm 2500 g - 3500 g tỷ lệ này là 0,52%, sự khác biệt này giữa có các nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3.5). Kết quả này tương tự với kết quả của Shmueli công bố năm 2016, trọng lượng thai là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến chỉ định cắt khâu tầng sinh môn⁴⁵. Ngoài ra, trong một nghiên cứu trên 2076 sản phụ chuyển dạ tại San Francisco, Green và cộng sự nhận thấy, trong một lượng lớn các biến được ghi lại, cân nặng trẻ sơ sinh là một trong 06 yếu tố có ảnh hưởng độc lập đến việc tăng tỷ lệ rách tầng sinh môn độ III sau cắt khâu tầng sinh môn. Do đó, khi đỡ thai to cần giữ tầng sinh môn để đầu thai nhi tỷ xuống giúp cho tầng sinh môn giãn rộng từ từ, đánh giá và cắt khâu tầng sinh môn đúng lúc để tránh rách phức tạp khi thai sổ, đặc biệt là thì sổ mặt.

V. KẾT LUẬN

Cắt khâu TSM trong đẻ là một thủ thuật phổ biến, chủ yếu tổn thương TSM trong thủ thuật này là tổn thương mức độ II (không có tổn thương cơ thắt hậu môn). Có mối liên quan giữa trọng lượng thai và mức độ tổn thương tầng sinh môn với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Mạnh Thắng, Nguyễn Tuấn Việt . Nhận xét tình hình cắt khâu tầng sinh môn sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương . Khóa luận tốt nghiệp, Trường Đại Học Y Hà Nội; 2015.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Chapter 27: Vaginal Delivery. In: Williams Obstetrics. 24th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2014:548-550.
3. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of English language literature, 1860-1980. Obstet Gynecol Surv. 1983;38:322-338.
4. Wooley RJ. Benefits and risks of episiotomy: A review of English- language literature since 1980. Part I-II. Obstet Gynecol Surv. 1995;50:821-835
5. Klein MC, Gauthier RJ, Jorgensen SH, et al. Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? Online J Curr Clin Trials. 1992;(10).
6. Evanson SM, Riggs J. Forceps Delivery. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2024. Accessed November 5, 2024. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538220>
7. Pearl ML, Roberts JM, Laros RK, Hurd WW. Vaginal delivery from the persistent occiput posterior position: Influence on maternal and neonatal morbidity. J Reprod Med. 1993;38:955-961.

9. Webb DA, Culham J. Hospital variation in episiotomy in obstetrical care. A system review. Agency for health care research and quality. 2005; 112. AHRQ publication No5. E009-2.
10. Shmueli A, Benziv RG. Episiotomy: risk factors and outcomes. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017;30(6):672-676.
11. Green JR, Soohoo SL. Factors associated with rectal injury in spontaneous deliveries. Obstet Gynecol. 1989;73:732-738.

ẢNH HƯỞNG CỦA ĐA HÌNH GEN NOTCH3 p.R544C ĐỐI VỚI NHỒI MÁU NÃO TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Phương Quỳnh¹, Bùi Thị Thu Hương¹, Nguyễn Tiến Dũng¹, Hồ Cẩm Tú², Lò Minh Trọng³, Phạm Thị Thủy¹, Hoàng Văn⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm phân tích ảnh hưởng của đa hình gen NOTCH3 p.R544C đối với nhồi máu não trên bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Phương pháp: Nghiên cứu bệnh chứng trên bệnh nhân nhồi máu não (điều trị tại khoa Thần kinh) và nhóm chứng không bị nhồi máu não (lấy tại khoa Khám bệnh) ở bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Kết quả: biến thể của đa hình gen NOTCH3 p.R544C gặp với tỷ lệ rất cao trong nhóm nghiên cứu: 84,7% trong nhóm bệnh và 40,7% trong nhóm chứng. Biến dị CT/TT, biến dị dị hợp tử CT, biến dị đồng hợp tử TT của NOTCH3 p.R544C làm tăng tỷ lệ nhồi máu não lần lượt gấp 8,06 lần, 7,8 lần và 34,3 lần so với kiểu gen đại CC. Những người mang alen T có tỷ lệ nhồi máu não cao gấp 3,04 lần so với người mang alen C.

Kết luận: Kết quả của nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa giữa đa hình gen NOTCH3 p.R544C và nguy cơ nhồi máu não.

Từ khóa: nhồi máu não, NOTCH3 p.R544C, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN THE NOTCH3 P.R544C GENE POLYMORPHISM AND ISCHEMIC STROKE AMONG PATIENTS TREATED AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: This study aimed to analyze the association between the NOTCH3 p.R544C gene polymorphism and ischemic stroke among patients treated at Thai Nguyen national hospital.

Methods: A case-control study was conducted involving patients diagnosed with ischemic stroke (treated

at the Department of Neurology) and a control group without ischemic stroke (recruited from the Outpatient Department) at Thai Nguyen National Hospital.

Results: The NOTCH3 p.R544C polymorphic variants were observed at a remarkably high frequency in the study population, occurring in 84.7% of the patient group and 40.7% of the control group. The CT/TT genotypes, heterozygous CT variant, and homozygous TT variant of NOTCH3 p.R544C were associated with a 8.06-fold, 7.8-fold, and 34.3-fold increased risk of ischemic stroke, respectively, compared with the wild-type CC genotype. Individuals carrying the T allele had a 3.04-fold higher risk of ischemic stroke compared with those carrying the C allele.

Conclusion: The findings of this study demonstrate a statistically significant association between the NOTCH3 p.R544C polymorphism and the risk of ischemic stroke.

Keywords: ischemic stroke, NOTCH3 p.R544C, Thai Nguyen National Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não là tình trạng bệnh lý phức tạp, chịu ảnh hưởng bởi sự tương tác giữa các yếu tố di truyền, môi trường và lối sống. Các nghiên cứu cho thấy tính di truyền của nhồi máu não đạt khoảng 37,9%¹. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và là nguyên nhân gây tử vong thứ hai trên toàn thế giới². Gánh nặng bệnh tật nhồi máu não đang ngày càng gia tăng và trở thành vấn đề sức khỏe nghiêm trọng mang tính toàn cầu. Mặc dù chi phí cho điều trị và chăm sóc bệnh nhân đột quỵ não rất tốn kém, song kết quả đạt được vẫn còn hạn chế³. Vì vậy phòng ngừa đột quỵ và ngăn ngừa tái phát được xem là chiến lược tối ưu, tập trung vào việc phát hiện sớm, theo dõi và kiểm soát các yếu tố nguy cơ trong đó yếu tố di truyền đang thu hút nhiều sự quan tâm của các nhà khoa học và lâm sàng vì có khoảng 50% trường hợp đột quỵ (đặc biệt là nhồi máu não) chưa xác định được nguyên nhân rõ ràng⁴. Để góp phần vào việc xây dựng phương pháp chẩn đoán sớm cho những người có nguy cơ cao do yếu tố di truyền, từ đó đề xuất chiến lược dự phòng hiệu quả, bao gồm dự phòng cấp I (phòng ngừa khởi phát) và dự phòng cấp II (phòng ngừa tái phát) phù hợp với

¹Trường Đại học Y Dược – ĐH Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

⁴Bệnh viện Tim Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn

Email: drhoangvantmct@gmail.com

Mã bài: N410

Ngày nhận bài: 14/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 12/3/2026

Ngày duyệt bài: 14/4/2026