

ĐÁNH GIÁ BIẾN CHỨNG SỚM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN PHẪU THUẬT LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NHÀ BÈ NĂM 2025

Trần Thị Trúc Phương¹, Nguyễn Hữu Thơ¹
Lâm Minh Thư¹, Lê Thị Nụ¹, Nguyễn Hữu Tiến²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá đặc điểm các biến chứng sớm sau mổ lấy thai tại bệnh viện ở trường hợp mổ lấy thai giai đoạn đầu tại Bệnh viện đa khoa Nhà Bè từ 01/01/2025 đến 15/08/2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích - hồi cứu hồ sơ bệnh án của 44 trường hợp thai phụ có chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện đa khoa Nhà Bè từ 01/01/2025 đến 15/08/2025.

Kết quả: Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 6,9% (3/44 ca): Nhiễm trùng chân chỉ (1/3 ca), Rỉ dịch vết mổ (1/3 ca), đờ tử cung sau mổ lấy thai (1/3 ca). Chuyển viện nhi đồng 5 trường hợp 11,4%. Cả 3 sản phụ đều không có bệnh lý mạn tính, thai đủ tháng, được chỉ định mổ lấy thai chủ động do các nguyên nhân sản khoa. Phương pháp vô cảm là gây tê tùy sống, thời gian phẫu thuật trong giới hạn 60–75 phút. Tình trạng sơ sinh sau sinh đều ổn định. Tất cả đều được phát hiện sớm, xử trí kịp thời, không ghi nhận biến chứng nặng kéo dài, thời gian nằm viện 6–7 ngày, xuất viện ổn định.

Kết luận: Từ kết quả cho thấy thành công ban đầu khi triển khai kỹ thuật mổ lấy thai, tuy nhiên cần tiếp tục đầu tư về nhân lực, trang thiết bị y tế đặc biệt trong hồi sức sơ sinh.

Từ khóa: Mổ lấy thai, Kết cục thai kỳ, Biến chứng sau mổ lấy thai

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY COMPLICATIONS AND RELATED FACTORS IN CESAREAN SECTIONS AT NHA BE GENERAL HOSPITAL IN 2025

Objective: To evaluate the characteristics of early postoperative complications in cesarean deliveries during the initial implementation phase at Nha Be General Hospital from January 1, 2025, to August 15, 2025.

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional study with analytical components was conducted through retrospective review of medical records of 44 pregnant women who underwent cesarean section at Nha Be General Hospital between January 1, 2025, and August 15, 2025.

Results: The postoperative complication rate was 6.9% (3/44 cases): stitch-site infection (1/3), wound discharge (1/3), and uterine atony after cesarean section (1/3). Five cases (11.4%) required transfer to the pediatric hospital. All three women had no chronic medical conditions, carried full-term pregnancies, and underwent

elective cesarean section for obstetric indications. Spinal anesthesia was used, and the operative time ranged from 60 to 75 minutes. Neonatal conditions were stable after birth. All complications were detected early and managed promptly, with no prolonged severe adverse outcomes. The length of hospital stay was 6–7 days, and all patients were discharged in stable condition.

Conclusion: The results indicate initial success in the implementation of the cesarean section technique; however, continued investment in human resources and medical equipment is needed, particularly in neonatal resuscitation.

Keywords: Cesarean section, Pregnancy outcomes, Postoperative complications

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai là phương pháp đình chỉ thai kỳ ở các trường hợp cấp cứu sản khoa khẩn cấp hay có tri hoãn, góp phần làm giảm đáng kể tỉ lệ tai biến và tử vong cho mẹ và thai ở những thai kỳ khó sinh ngã âm đạo. Hiện nay với sự phát triển của chuyên ngành Sản Khoa và Gây mê Hồi sức, tỉ lệ mổ lấy thai (MLT) ngày càng gia tăng ở một số cơ sở y tế công lập và tư nhân có khoa Phụ Sản làm tăng nguy cơ nhiễm trùng vết mổ và một số biến chứng do phẫu thuật, gây mê hồi sức.

Ước tính có khoảng 22,9 triệu ca phẫu thuật lấy thai được thực hiện mỗi năm trên toàn cầu. Mổ lấy thai (MLT) là một trong những thủ thuật thành công nhất trong việc ngăn ngừa tử vong và bệnh tật ở bà mẹ và trẻ sơ sinh; tuy nhiên, nó vẫn liên quan đến nguy cơ mắc bệnh tật và tử vong ở bà mẹ cao hơn so với sinh thường. Học viện Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) tiết lộ rằng MLT làm tăng đáng kể nguy cơ mắc bệnh tật và tử vong liên quan đến thai kỳ của phụ nữ so với phụ nữ sinh thường. Người ta dự đoán rằng khi số lượng MLT tăng lên, nhiều biến chứng nghiêm trọng khác nhau ở bà mẹ sẽ tăng lên, đặc biệt là ở những nơi có nguồn lực hạn chế với năng lực hạn chế để thực hiện các thủ thuật phẫu thuật an toàn và xử lý các biến chứng liên quan [1]. So với sinh thường, tỷ lệ tử vong ở bà mẹ sau khi sinh mổ cao hơn khoảng 3 lần, dao động từ 10,1 đến 31,9 ca tử vong trên 10.000 bệnh nhân. Chảy máu sau sinh 61 (39,4%), biến chứng tăng huyết áp (39,2%), nhiễm trùng hậu sản (25,1%) và các nguyên nhân sản khoa gián tiếp khác (15%) là những nguyên nhân phổ biến nhất gây tử vong ở bà mẹ trong khi sinh mổ (9,7%) [2].

Bệnh viện đa khoa Nhà Bè là bệnh viện hạng II trực thuộc Sở y tế thành phố Hồ Chí Minh, đầu tháng

¹ Khoa Sản - Bệnh viện đa khoa Nhà Bè

² Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Trúc Phương

Email: dr.trucphuong@gmail.com

Mã bài: N501

Ngày nhận bài: 26/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 25/3/2026

Ngày duyệt bài: 26/4/2026

1/2025 bệnh viện triển khai kỹ thuật mổ lấy thai thường qui tại bệnh viện, tuy nhiên trong quá trình triển khai còn nhiều hạn chế về cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, cũng như nhân lực thực hiện. Vấn đề đánh giá kết quả mổ lấy thai và các biến chứng liên quan đến mổ lấy thai là vấn đề quan trọng trong công tác quản lý y tế trong điều kiện hiện có, câu hỏi đặt ra: “Biến chứng sớm trong thai kỳ tại bệnh viện ở trường hợp mổ lấy thai giai đoạn đầu triển khai mổ lấy thai giai đoạn đầu tại Bệnh viện đa khoa Nhà Bè như thế nào?” Từ đó là cơ sở cho trong đánh giá quá trình thực hiện, đảm bảo an toàn, nâng cao hài lòng của người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Nhà Bè.

Mục tiêu nghiên cứu

Đánh giá đặc điểm các biến chứng sớm sau mổ lấy thai tại bệnh viện ở trường hợp mổ lấy thai giai đoạn đầu tại Bệnh viện đa khoa Nhà Bè từ 01/01/2025 đến 15/08/2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của các thai phụ có chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện đa khoa Nhà Bè từ 01/01/2025 đến 15/08/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Hồ sơ bệnh án có chỉ định mổ lấy thai chủ động
- Không mắc các bệnh nội khoa nặng (suy thận mạn, suy tim), không kiểm soát.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp sản phụ mổ lấy thai trong các tình huống cấp cứu liên quan đến các bệnh lý toàn thân nặng.
- Các sản phụ có nhiễm khuẩn toàn thân trước mổ, nhiễm khuẩn tại chỗ (Thành bụng, cơ quan sinh dục, nước ối...) trước mổ.

2.2. Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang có phân tích - hồi cứu

- Thời gian nghiên cứu: 01/01/2025 đến 15/08/2025.

- Địa điểm nghiên cứu : Khoa Sản – Bệnh viện đa khoa Nhà Bè

2.3. Cỡ mẫu:

$$\text{Theo công thức: } n = \frac{Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu

$Z_{(1-\alpha/2)}$: phân vị của phân phối chuẩn bình thường tại $1-\alpha/2$, Z score tương ứng với tỉ lệ mong muốn ($Z=1,96$)

α : độ tin cậy 95% ($\alpha=0,05$)

d: sai số cho phép 6% ($d=0,06$)

p : tỉ lệ ước tính, ở đây tỉ lệ ước tính là 3,8%

($p=0,038$) Beyene Sisay Damtew năm 2024 tỷ lệ kết cục xấu là 3,8% [3].

Cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 39 sản phụ có chỉ định mổ lấy thai. Thực tế chúng tôi thu thập được 44 mẫu.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Bước 1: Tại phòng công nghệ thông tin sử dụng phần mềm máy tính quản lý HSBA, lọc tất cả các sản phụ có chỉ định sinh mổ tại bệnh viện đa khoa Nhà Bè. Đảm bảo đủ thông tin theo bảng thu thập số liệu. Đối với nghiên cứu hồi cứu, trích lục HSBA 01/01/2025 đến 15/08/2025, các thông tin thu thập dựa phụ lục 1.

Bước 2 Lọc từ kho lưu trữ ra sổ thứ tự, mã số HSBA, họ tên và chữ lót, tuổi, dân tộc, năm nhập viện, mã bệnh lý.

Bước 3: Tại phòng kế hoạch tổng hợp lưu trữ HSBA của bệnh viện Nhà Bè, dựa trên danh sách đã lọc tất cả bệnh nhân, thu thập số liệu ngược dòng thời gian từ 15/08/2025 đến 01/01/2025. Đánh giá biến chứng sớm sau 30 ngày sau mổ đánh giá kết cục xấu của mẹ và kết cục xấu của con sau mổ dựa trên các tiêu chí:

- Kết cục thai kỳ xấu mẹ: băng huyết, vỡ tử cung, nhiễm trùng, sản giật, tử vong
- Kết cục thai kỳ xấu ở thai nhi: APGAR 5 phút < 7 điểm, tử vong sơ sinh hoặc thai lưu trong thời gian nằm điều trị tại bệnh viện.

Bước 4: Lấy mẫu thu thập thông tin nghiên cứu theo danh sách đã lọc, nếu bệnh án nào không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu loại ngay lúc thu thập. Nghiên cứu viên và cộng tác viên đọc từng HSBA lọc các thông tin theo đúng yêu cầu của bảng thu thập số liệu đã đề ra.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Sau khi làm sạch và kiểm tra phiếu thu thập, dữ liệu được nhập vào SPSS 22.0 để xử lý.

2.6. Ý đức: Nghiên cứu đảm bảo nguyên tắc trong y đức, mang lại lợi ích cho đối tượng, không gây thiệt hại cho đối tượng, bảo mật thông tin bệnh án.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Hồ sơ bệnh án của các thai phụ có chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện đa khoa Nhà Bè từ 01/01/2025 đến 15/08/2025. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 44 trường hợp mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện đa khoa Nhà Bè.

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm dân số xã hội

Đặc điểm	Tần số (n=44)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
< 35	32	72.7

Đặc điểm	Tần số (n=44)	Tỷ lệ (%)
≥ 35	12	27.3
Trung bình: 29,6 ± 5,9		
Nơi sống		
Thành phố Hồ Chí Minh	22	50.0
Tỉnh khác	22	50.0
Nghề nghiệp		
Nội trợ	16	36.4
Buôn bán	2	4.5
Công nhân	23	52.3
Lao động trí thức	1	2.3
Khác	2	4.5

Nhận xét: Tuổi trung bình 29,6 ± 5,9. Nơi sống phân bố đều giữa TP.HCM và các tỉnh. Về nghề nghiệp, công nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (52,3%)

3.2. Đặc điểm kết cục thai kỳ

3.2.1. Đặc điểm trước phẫu thuật

Bảng 2: Đặc điểm trước phẫu thuật

Đặc điểm	Tần số (n=44)	Tỷ lệ (%)
Thời gian nhập viện trước mổ		
≤ 12h	11	25,0
> 12h	33	75,0
Trung bình: 23,3 ± 19,1		
Chỉ định phẫu thuật		
Thai suy cấp	4	9,1
Bất xứng đầu chậu	4	9,1
Thai trình ngưng tiến triển	2	4,5
Ngôi mông, ngôi ngang	4	9,1
Vết mổ cũ	16	36,4
Khác	14	31,8
Tình trạng sốt trước mổ		
Không	44	100
Phân loại phẫu thuật		
Loại II (Sạch - nhiễm)	44	100

Nhận xét: Thời gian chờ trung bình 23,3 ± 19,1 giờ. Chỉ định thường gặp là vết mổ cũ (36,4%) và khung chậu hẹp (31,8%), các nguyên nhân khác ít gặp hơn. 3.2.2. Đặc điểm 3.2.2. Phẫu thuật - sau phẫu thuật

Phương pháp vô cảm chủ yếu là tê tủy sống (88,6%), còn lại gây mê nội khí quản (11,4%). Phần lớn (86,4%) chỉ mổ lấy thai đơn thuần, triệt sản và bóc nhân xơ tử cung mỗi loại chiếm 6,8%. Khâu da đều dùng mũi rời. Lượng máu mất trung bình 213,8 ± 135,7 ml, hầu hết ≤ 200 ml (70,5%). Thời gian mổ trung bình 49,3 ± 16,9 phút. Thời gian nằm viện trung bình 6,1 ± 0,5 ngày.

3.3. Tỷ lệ biến chứng

Bảng 3: Tỷ lệ biến chứng trong phẫu thuật lấy thai

Đặc điểm	Tần số (n=44)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng liên quan vô cảm		
Không	44	100
Biến chứng sau mổ		
Không	41	93,1
Chảy máu quá mức sau sinh (hậu phẫu)	1	2,3
Nhiễm trùng chân chỉ khâu da	1	2,3
Rỉ dịch vết mổ	1	2,3
APGAR 1 phút		
< 7	1	2,3
≥ 7	41	92,7
APGAR 5 phút ≥ 7	44	100
Cân nặng sơ sinh		
< 2500 gram	4	9,1
2500 - <4000 gram	39	88,6
≥ 4000 gram	1	2,3
Giới tính trẻ		
Nam	21	47,7
Nữ	23	52,3
Vàng da sơ sinh	4	9,1
Viêm ruột sơ sinh	1	2,3
Chuyển khám bệnh viện nhi đồng	5	11,4
Tử vong sơ sinh	0	0

Không có trường hợp nào gặp biến chứng liên quan vô cảm. Hầu hết không ghi nhận biến chứng sau mổ 41 ca (93,1%). Kết quả sơ sinh, tất cả trẻ đều ≥ 7 điểm (100%). Cân nặng sơ sinh ghi nhận 4 trường hợp < 2500g (9,1%) và trường hợp bé nặng cân ≥ 4000g (2,3%). Vàng da sơ sinh 4 ca (9,1%) và 1 trường hợp viêm ruột sơ sinh. 5 trường hợp này được tư vấn đến bệnh viện nhi đồng khám và điều trị.

Mức độ hài lòng trung bình: 4,7 ± 0,6 điểm theo thang điểm Liker.

3.4. Đặc điểm các biến chứng được ghi nhận trong mổ lấy thai tại Bệnh viện Nhà Bè

3.4.1. Đặc điểm chung:

Cả 3 sản phụ đều không có bệnh lý mạn tính, thai đủ tháng, được chỉ định mổ lấy thai chủ động do các nguyên nhân sản khoa (nhịp tim thai bất thường, vết mổ cũ, bất xứng đầu chậu). Phương pháp vô cảm là gây tê tủy sống, thời gian phẫu thuật trong giới hạn 60–75 phút. Tình trạng sơ sinh sau sinh đều ổn định (APGAR > 7, cân nặng 3.100–3.800g).

3.4.2. Biến chứng ghi nhận:

- Trường hợp 1: Đờ tử cung sau mổ lấy thai, xử trí ổn định, truyền sắt.
- Trường hợp 2: Nhiễm trùng chân chỉ, điều trị kháng sinh.
- Trường hợp 3: Rỉ dịch vết mổ do còn khoảng chết dưới da, chăm sóc vết mổ tại chỗ, chiếu đèn hồng ngoại.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình của sản phụ là $29,6 \pm 5,9$ tuổi, trong đó nhóm ≥ 35 tuổi chiếm 27,3%. Đây là độ tuổi sinh sản phù hợp với khuyến cáo của các tổ chức y tế, đồng thời tương đồng với các nghiên cứu trong nước như Võ Thị Huệ (2022) [4]. Tuy nhiên, tỷ lệ sản phụ trên 35 tuổi khá cao, đặt ra nguy cơ tăng biến chứng sản khoa như băng huyết sau sinh, tăng huyết áp thai kỳ và bất thường liên sọ. Cơ cấu nghề nghiệp chủ yếu là công nhân và nội trợ phản ánh đặc điểm dân số có điều kiện kinh tế trung bình, điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc thai sản từ sớm. Phân bố sản phụ đến từ TP.HCM và các tỉnh lân cận chia đều cho thấy nghiên cứu không bị lệch mẫu theo địa lý, đồng thời cho thấy bệnh viện Nhà Bè có vai trò tiếp nhận và xử trí sản khoa cho cả đối tượng tại địa phương lẫn ngoại tỉnh. Một điểm đáng lưu ý là gần 50% sản phụ trong nghiên cứu đã từng mổ lấy thai, trong đó đa số là mổ lần 2 hoặc 3. Đây là một đặc điểm quan trọng, phù hợp với xu hướng gia tăng mổ lấy thai lặp lại ở nhiều quốc gia châu Á. Tỷ lệ sinh mổ ở con so cũng ở mức cao, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Xuân Minh [5] và Hochstätter [6], phản ánh thực trạng chỉ định mổ lấy thai rộng rãi trong sản khoa hiện nay. Tiền căn sinh mổ là yếu tố nguy cơ chính dẫn đến biến chứng tại vết mổ, điều này được thể hiện rõ qua dữ liệu nghiên cứu khi đa số biến chứng tập trung ở nhóm có mổ cũ. Đặc điểm trước phẫu thuật cho thấy đa số sản phụ nhập viện > 12 giờ trước mổ, thời gian trung bình $23,3 \pm 19,1$ giờ. Đây là con số khá dài, có thể làm gia tăng nguy cơ nhiễm khuẩn và lo lắng cho sản phụ. Nguyên nhân chính mổ lấy thai là vết mổ cũ (36,4%) và khung chậu hẹp (31,8%), trong khi chỉ định cấp cứu như thai suy chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ. Điều này phù hợp với thực tế bệnh viện Nhà Bè

mới triển khai kỹ thuật, chủ yếu tiếp nhận các trường hợp mổ chủ động hoặc bán chủ động, ít tình huống cấp cứu phức tạp.

Phương pháp vô cảm chủ yếu là gây tê tủy sống (88,6%), tương đồng với khuyến cáo và nhiều nghiên cứu trên trong nước và thế giới [7], bởi ưu điểm an toàn, ít ảnh hưởng huyết động và giúp sản phụ tỉnh táo. Thời gian phẫu thuật trung bình $67,7 \pm 18,8$ phút, cao hơn một số nghiên cứu như tại Bệnh viện Hùng Vương. Nguyên nhân chủ yếu có thể do tỷ lệ mổ lại cao và có thủ thuật kèm theo như triệt sản, bóc nhân xơ. Y văn đã khẳng định thời gian mổ > 60 phút làm tăng nguy cơ nhiễm trùng vết mổ, và kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy đa số biến chứng tập trung ở nhóm thời gian mổ kéo dài. Lượng máu mất trung bình thấp (213,8 ml), đa số không vượt quá ngưỡng băng huyết, tuy nhiên vẫn ghi nhận một ca chảy máu nhiều sau mổ, nhấn mạnh vai trò theo dõi sát sản phụ sau mổ. Việc 100% khâu da bằng mũi rời phản ánh quy trình phẫu thuật thống nhất, nhưng có thể xem xét kỹ thuật khâu dưới da trong tương lai để cải thiện tính thẩm mỹ và giảm đau hậu phẫu [8]. Diễn tiến hậu phẫu nhìn chung thuận lợi, không ghi nhận biến chứng hô hấp hay tiết niệu. Điều này cho thấy quy trình chăm sóc hậu phẫu hiệu quả, đặc biệt là việc khuyến khích vận động sớm và tuân thủ vô khuẩn. Tỷ lệ biến chứng hậu phẫu thấp (6,9%), chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ, rỉ dịch và chảy máu, tương đương hoặc thấp hơn nhiều báo cáo quốc tế. Điểm đáng lưu ý là các biến chứng đều có yếu tố nguy cơ rõ ràng: thời gian mổ kéo dài, tiền căn mổ cũ, tăng bạch cầu trước mổ. Điều này gợi ý rằng việc quản lý chặt chẽ nhóm nguy cơ có thể giúp giảm thêm biến chứng.

Về kết cục sơ sinh, tất cả trẻ đều có Apgar ≥ 7 điểm, tỷ lệ cần hỗ trợ hô hấp hoặc điều trị nhi chiếm tỷ lệ thấp, cho thấy chất lượng chăm sóc sơ sinh đạt yêu cầu dù bệnh viện chưa có đơn vị NICU. Một số trường hợp vàng da hoặc viêm ruột được chuyển viện an toàn, phản ánh sự phối hợp tốt trong hệ thống chuyển tuyến. Điểm hài lòng của sản phụ rất cao (trung bình 4,7/5), minh chứng cho chất lượng chăm sóc chuyên môn và thái độ phục vụ của nhân viên y tế. Từ các phân tích trên có thể nhận định rằng nghiên cứu đã phản ánh tương đối toàn diện thực trạng triển khai mổ lấy thai tại Bệnh viện Nhà Bè. Các kết quả khả quan về biến chứng thấp, phục hồi nhanh và sự hài lòng cao cho thấy tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật. Tuy nhiên, những vấn đề như thời gian chờ mổ kéo dài, tỷ lệ mổ lại cao và thời gian phẫu thuật trung bình dài hơn chuẩn cần được xem xét cải thiện. Bên cạnh đó, việc phát hiện mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ (mổ lại, WBC tăng, thời gian mổ kéo dài) với biến chứng hậu phẫu là gợi ý quan trọng cho thực hành lâm sàng, giúp cá thể hóa theo dõi và chăm sóc sản phụ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ lấy thai tại bệnh viện là 6,9%, tất cả đều được phát hiện và xử trí kịp thời, không để lại hậu quả nặng nề. Các yếu tố liên quan chủ yếu bao gồm nguy cơ nhiễm trùng và chảy máu, trong khi đặc điểm sản phụ không ghi nhận bệnh lý nền. Phân tích cho thấy nhóm ≥ 35 tuổi, mổ lại, bạch cầu tăng và thời gian phẫu thuật > 60 phút có nguy cơ cao hơn, cần được dự phòng tích cực. Việc kiểm soát thời gian mổ, tuân thủ kỹ thuật đóng vết mổ, dự phòng kháng sinh đúng và theo dõi sát hậu phẫu là những yếu tố then chốt giúp giảm biến chứng và nâng cao an toàn sản phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gupta, M. and V. Saini, Caesarean section: mortality and morbidity. risk, 2018. 2: p. 53.
2. Betran, A.P., et al., WHO Statement on Caesarean Section Rates. Bjog, 2016. 123(5): p. 667-70.
3. Damtew, B.S., et al., Determinant of adverse early

neonatal outcomes following emergency cesarean section in North West, Ethiopia: institutional-based case-control study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2024. 24(1): p. 881.

4. Võ Thị Huệ, et al., Tỷ lệ mổ lấy thai và yếu tố liên quan trên các trường hợp sản phụ được chỉ định sử dụng Oxytocin tại bệnh viện Từ Dũ. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2021. 25(1): p. 161 - 168.
5. Nguyễn Xuân Minh and Trương Quang Vinh, 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, 2023. 20(4): p. 43-49.
6. Hochstätter, R., et al., Enhanced recovery after cesarean section (ERAC): Where are we in Austria? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2023. 285: p. 81-85.
7. Al-Husban N., et al., Anesthesia for Cesarean Section: Retrospective Comparative Study. Int J Womens Health, 2021. 13: p. 141-152.
8. ACOG, Pregnancy at Age 35 Years or Older: ACOG Obstetric Care Consensus No. 11. Obstet Gynecol, 2022. 140(2): p. 348-366.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP HÓA TRỊ SARCÔM CƠ VÂN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 TỪ NĂM 2019 – 2024

Nguyễn Việt Hưng¹, Hồ Trần Bản², Trương Đình Khải¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sarkôm cơ vân là u tân sinh gốc trung mô [3,4]. U có hình thái, chất liệu di truyền tương tự tế bào cơ vân [3,4]. Sarkôm cơ vân là thể thường gặp nhất của sarkôm mô mềm [5,6]. Tại khu vực phía Nam, hiện vẫn chưa có nghiên cứu nhằm đánh giá các trường hợp sarkôm cơ vân cụ thể cũng như đánh giá sống còn dựa trên phân nhóm giai đoạn và nguy cơ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị sarkôm cơ vân và sống còn dựa trên phân nhóm giai đoạn và nguy cơ. Từ đó, chúng tôi đưa ra được các nhận định quan trọng trong điều trị mặt bệnh phức tạp này.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả loạt trường hợp bệnh nhi được chẩn đoán và điều trị sarkôm cơ vân lần đầu tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 1/1/2019 – 30/6/2024.

Kết quả: Trong 30 bệnh nhi, tuổi trung vị mắc bệnh là 3,5 tuổi. Phần lớn bệnh nhi có độ tuổi < 5 tuổi (63,3%). Tỷ số nam : nữ là 1 : 1. Triệu chứng khởi sờ thấy là thường gặp nhất (80%). Theo phân nhóm nguy cơ, 3,3% (1/30) ca thuộc nhóm B; 6,7% (2/30) trường hợp nhóm C; 20% (6/30) trường hợp nguy cơ nhóm E; 10% (3/30) trường hợp nguy

cơ nhóm F; 20% (6/30) trường hợp nguy cơ nhóm G; 10% (3/30) trường hợp nguy cơ nhóm H; 30% (9/30) trường hợp di căn. Về phẫu thuật, 7 ca (23,3%) được cắt u từ đầu, 21 ca (70%) được cắt u sau hóa trị, và 2 ca (6,7%) không cắt được u, chỉ sinh thiết. Trong đó, 33,3% (10/30) ca có bờ diện cắt an toàn, không sót u; 66,7% (20/30) trường hợp sót u với 26,7% ca bệnh sót u vi thể, 40% trẻ sau mổ sót u đại thể. Về hóa trị, 100% trường hợp được hóa trị theo phác đồ CWS. Tỷ lệ trẻ đáp ứng hoàn toàn sau kết thúc điều trị là 47,8%, tăng 39,1% so với tỷ lệ này giai đoạn sau hóa trị 3 đợt. Thời gian sống còn toàn bộ là 527,3 $\pm$ 210 ngày; thời gian sống còn không biến cố là 501,7 $\pm$ 208,3 ngày. Tỷ lệ sống còn toàn bộ và không biến cố lần lượt là 54,3% và 66,4%.

Từ khóa: Sarkôm cơ vân, phẫu thuật, hóa trị

Danh mục từ viết tắt: SCV (Sarkôm cơ vân)

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF COMBINED SURGERY AND CHEMOTHERAPY IN CHILDREN WITH RHABDOMYOSARCOMA AT CHILDREN'S HOSPITAL 2 IN 2019 – 2024 PERIOD

Introduction: Rhabdomyosarcoma is a mesenchymal neoplasm with morphology and genetic features similar to skeletal muscle cells. It is the most common subtype of soft-tissue sarcoma. In Southern Vietnam, there are currently no studies evaluating rhabdomyosarcoma cases in detail or assessing survival according to stage and risk stratification. We conducted this study to assess treatment

¹ Đại học Y Dược TP.HCM

² Bệnh viện Nhi Đồng 2, TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hưng

Email: hungnguyen2781998@gmail.com

Mã bài: N530

Ngày nhận bài: 14/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 13/3/2026

Ngày duyệt bài: 14/4/2026