

CẤP CỨU THÀNH CÔNG NGỪNG TUẦN HOÀN DO TẮC MẠCH ỒI SAU PHẪU THUẬT LẤY THAI: BÁO CÁO CA BỆNH LÂM SÀNG

Nguyễn Bá Long¹, Đặng Xuân Huỳnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tắc mạch ối là một biến chứng sản khoa hiếm gặp nhưng đặc biệt nghiêm trọng, có thể nhanh chóng dẫn đến suy sụp tuần hoàn, rối loạn đông máu nặng và ngừng tuần hoàn ở sản phụ. Mặc dù tỷ lệ mắc thấp, tắc mạch ối vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trên toàn thế giới. Chẩn đoán tắc mạch ối hiện nay chủ yếu dựa vào biểu hiện lâm sàng và thường được xác lập sau khi loại trừ các nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn khác. Vì vậy, việc nhận biết sớm và xử trí kịp thời với sự phối hợp đa chuyên khoa đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi báo cáo một trường hợp sản phụ ngừng tuần hoàn nghi do tắc mạch ối sau mổ lấy thai đã được cấp cứu thành công tại khoa Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Trường hợp lâm sàng: Sản phụ 31 tuổi, PARA 2002, thai 38 tuần 6 ngày, được chỉ định mổ lấy thai do có chuyển dạ và tiền sử mổ lấy thai cũ. Phương pháp vô cảm được sử dụng là gây tê tủy sống – ngoài màng cứng phối hợp. Sau gây tê tủy sống, huyết động của sản phụ ổn định. Tuy nhiên, 1 phút sau khi lấy rau thai, sản phụ đột ngột xuất hiện ngừng tuần hoàn. Hồi sức tim phổi nâng cao được tiến hành ngay theo phác đồ, và tim đập trở lại. Sau đó, sản phụ xuất hiện rối loạn đông máu rất nặng với tình trạng đông máu nội mạch rải rác, gợi ý nguyên nhân tắc mạch ối. Sản phụ được hồi sức tích cực bao gồm truyền các chế phẩm máu theo hướng dẫn ROTEM, an thần, thở máy, đồng thời phẫu thuật cắt tử cung bán phần. Tình trạng bệnh nhân dần cải thiện, đến ngày thứ 3 sau mổ đã rút được ống nội khí quản và ra viện ngày thứ 10 với tri giác được phục hồi hoàn toàn.

Kết luận: Việc phát hiện sớm tắc mạch ối cùng với xử trí kịp thời và hồi sức tích cực đa chuyên khoa có thể giúp cải thiện đáng kể tỷ lệ sống sót và giảm các biến chứng lâu dài cho sản phụ.

Từ khóa: Tắc mạch ối, mổ lấy thai, ngừng tuần hoàn ở sản phụ, cấp cứu sản khoa.

SUMMARY

¹ Bệnh viện phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Xuân Huỳnh

Email: huynhmu@gmail.com

Mã bài: N648

Ngày nhận bài: 10.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 10.3.2026

Ngày duyệt bài: 10.4.2026

SUCCESSFUL RESUSCITATION OF MATERNAL CARDIAC ARREST SECONDARY TO AMNIOTIC FLUID EMBOLISM AFTER CESAREAN DELIVERY: A CASE REPORT

Background: Amniotic fluid embolism (AFE) is a rare but catastrophic obstetric complication that can rapidly lead to cardiovascular collapse, severe coagulopathy, and maternal cardiac arrest. Despite its low incidence, AFE remains one of the leading causes of maternal mortality worldwide. The diagnosis of AFE is primarily based on clinical presentation and is typically established after excluding other potential causes of cardiac arrest. Therefore, early recognition and prompt multidisciplinary management play a crucial role in improving patient outcomes.

Methods: We report a successfully resuscitated case of maternal cardiac arrest suspected to be caused by amniotic fluid embolism following cesarean delivery at the Department of Anesthesiology and Intensive Care, Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital.

Case presentation: A 31-year-old pregnant woman (PARA 2002) at 38 weeks and 6 days of gestation underwent cesarean section due to active labor with a history of a previous cesarean delivery. Combined spinal-epidural anesthesia was administered. The patient remained hemodynamically stable after spinal anesthesia. However, one minute after placental delivery, the patient suddenly developed cardiac arrest. Advanced cardiopulmonary resuscitation was immediately initiated according to current guidelines, and return of spontaneous circulation was achieved. Subsequently, the patient developed severe coagulopathy with disseminated intravascular coagulation, raising suspicion of amniotic fluid embolism. Intensive management was provided, including transfusion of blood products guided by rotational thromboelastometry (ROTEM), mechanical ventilation, sedation, and emergency subtotal hysterectomy. The patient's condition gradually improved; she was successfully extubated on postoperative day 3 and discharged on day 10 with full neurological recovery.

Conclusion: Early recognition of amniotic fluid embolism, together with prompt management and intensive multidisciplinary resuscitation, may significantly improve survival and reduce long-term complications in affected patients.

Keywords: Amniotic fluid embolism; cesarean section; maternal cardiac arrest

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc mạch ối (amniotic fluid embolism – AFE) là một cấp cứu sản khoa hiếm gặp, thường xảy ra đột ngột và diễn biến nhanh chóng trong quá trình chuyển dạ, sinh hoặc ngay sau sổ nhau, có tỷ lệ tử vong mẹ rất cao, đặt ra thách thức lớn cho các nhà lâm sàng ngay cả tại các trung tâm y tế hiện đại. Tỷ lệ mắc AFE trên thế giới dao động từ 2 đến 8 ca trên 100.000 lượt sinh; với tỷ lệ tử vong mẹ lên đến 44%, con số này có xu hướng cải thiện trong những năm gần đây nhờ tiến bộ trong hồi sức tích cực.¹ Cơ chế bệnh sinh của AFE được cho là do sự xâm nhập của các thành phần dịch ối và tế bào thai vào tuần hoàn mẹ, kích hoạt phản ứng viêm và miễn dịch toàn thân mạnh mẽ, dẫn đến suy hô hấp-tuần hoàn cấp, đông máu nội mạch lan tỏa (DIC) và tổn thương đa cơ quan.² Về chẩn đoán, cho đến nay chưa có xét nghiệm đặc hiệu nào được xác lập; chẩn đoán AFE mang tính loại trừ và dựa vào lâm sàng. Điều trị AFE hiện nay vẫn chủ yếu là hỗ trợ và triệu chứng. Những tiến bộ nghiên cứu gần đây đã cải thiện độ chính xác và tính kịp thời trong chẩn đoán lâm sàng, đồng thời thúc đẩy sự phát triển của các phương thức hồi sức hiệu quả hơn.³

Tại Việt Nam, các báo cáo ca bệnh AFE có kết cục sống sót còn rất hạn chế trong y văn, trong khi đây là tình huống lâm sàng mà bất kỳ cơ sở sản khoa nào cũng có thể gặp phải. Chúng tôi báo cáo một trường hợp AFE được chẩn đoán và xử trí thành công tại Khoa Gây mê hồi sức – Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, nhằm chia sẻ kinh nghiệm lâm sàng và đóng góp thêm dữ liệu cho y văn trong nước về một hội chứng nguy kịch còn nhiều thách thức này.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Sản phụ 31 tuổi, chiều cao 153cm, nặng 71 kg, PARA: 2002, tiền sử mổ lấy thai 2 lần, mang thai lần 3 tuổi thai 38 tuần 6 ngày, trong quá trình mang thai không phát hiện bất thường. Trước mổ: Các xét nghiệm sinh hoá, huyết học, đông máu trong giới hạn bình thường. Sản phụ được chỉ định: Mổ lấy thai cấp cứu vì chuyển dạ, mổ đẻ cũ, phương pháp vô cảm kết hợp gây tê tủy sống (TTS) + ngoài màng cứng (NMC): NMC

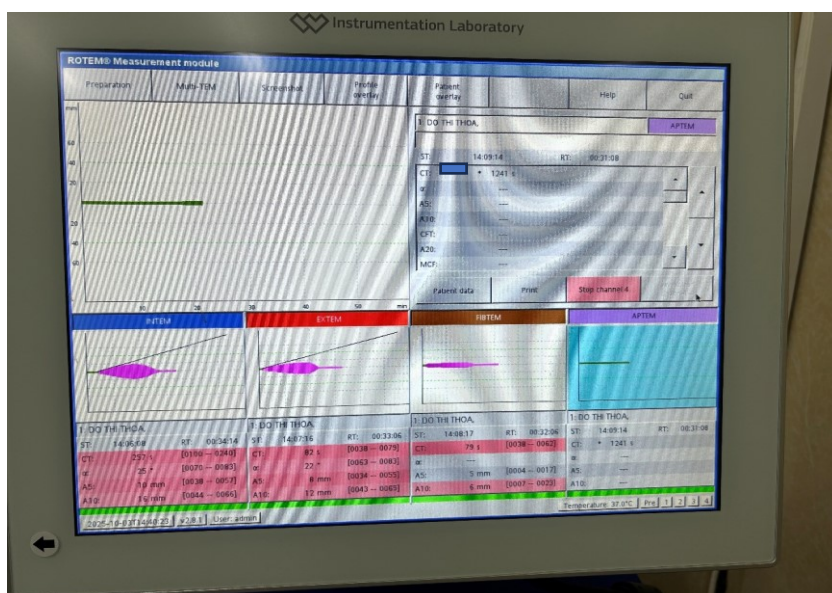
được làm ở khe liên đốt L1-2, tê tủy sống ở khe liên đốt L2-3: 8mg Bupivacain + 0,03 mg Fentanyl được tính thời điểm T0. Sản phụ được dự phòng kháng sinh trước mổ bằng Cefuroxime 1,5 g và sau tiêm không phát hiện bất thường, đồng thời được dự phòng tụt huyết áp sau gây tê tủy sống bằng Noradrenalin 5 mcg/ml, chạy tốc độ 30 ml/h. Sau gây tê tủy sống đánh giá mức phong bế ngang mức D6. Trước và sau tê tủy sống: Huyết động duy trì ổn định, huyết áp: 100-120mm/50-70 mmHg được theo dõi 1 phút/lần, nhịp tim: 70-100 lần/phút. Sản phụ được tiến hành mổ sau 10 phút, lấy thai ra sau 15 phút tê tủy sống: Con trai, 3500 g, Apgar phút thứ nhất 8 điểm và phút thứ năm 9 điểm, tổng máu mất: 300ml. Sau 1 phút lấy rau thai, sản phụ kêu khó thở, sau đó mạch rơi xuống 30 lần trên phút, lơ mơ, mất tri giác, SpO₂ và huyết áp khó đo, mạch cảnh không bắt được. Sản phụ được tiến hành cấp cứu ngừng tuần hoàn: ép tim ngoài lồng ngực, thông khí với oxygen 100%, đặt nội khí quản, adrenalin theo phác đồ, sau 2 phút cấp cứu tim đập trở lại: Tần số tim: 120-140l/p, huyết áp 90-100/40-55 mmHg, SpO₂ 98%. Ngay lập tức bệnh nhân được làm huyết áp động mạch xâm lấn, đặt tĩnh mạch trung ương 3 nòng, bù dịch tinh thể và dịch keo, chạy vận mạch với Adrenalin 0,1 mcg/kg/phút và Noradrenalin 0,05 mcg/kg/phút, đồng thời làm các xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân trong đó có lấy máu tĩnh mạch cảnh trong tìm tế bào ối. Trong quá trình mổ thấy tình trạng máu không đông, chảy rỉ rả khó cầm tại các chân chỉ khâu, bệnh nhân được thắt động mạch tử cung để cầm máu.

Kết quả xét nghiệm khí máu ngay sau khi tái lập tuần hoàn cho thấy tình trạng toan chuyển hóa: pH 7,21; pCO₂ 44 mmHg; pO₂ 420 mmHg; HCO₃⁻ 17,8 mmHg; BE -10,3; lactat 4,6 mmol/l; HCT 35%.

Các kết quả xét nghiệm máu ngay tại thời điểm cấp cứu bệnh nhân:

* Kết quả công thức máu: Hb 95 G/l, HCT 28,7%, BC 8,2 G/L, TC 51 G/L

* Kết quả ROTEM cho thấy: thiếu hụt nghiêm trọng yếu tố đông máu nội sinh, giảm nghiêm trọng tiểu cầu và fibrinogen, không quan sát thấy tình trạng tiêu sợi huyết.



Kết quả khí máu: pH 7,48; pCO₂ 30; pO₂ 138,7; Lactat 1,6 mmol/l. Kết quả công thức máu và đông máu trở về mức bình thường: Hb 82 g/l, HCT 24,7%, TC 110 G/L, PT 88%, INR 1.08, APTT 32,5s, Fibrinogen 2,13g/l

Ngày thứ 3 sau phẫu thuật: bệnh nhân tỉnh táo, làm theo lệnh, thở qua máy PSV 5, PEEP 5, FiO₂ 35%, SPO₂ 100%, M 90 lần/phút, Huyết áp 130/70 mmHg (đã ngừng vận mạch), bệnh nhân được rút ống nội khí quản. Ngày thứ 5 sau phẫu thuật bệnh nhân được chuyển về bệnh phòng và ngày thứ 10 được ra viện.

III. BÀN LUẬN

Tắc mạch ối là một trong những cấp cứu sản khoa khó chẩn đoán nhất do không có xét nghiệm đặc hiệu nào được xác lập. Hướng dẫn của Hội Y học Bào thai Mẫu Hoa Kỳ (SMFM) khuyến cáo rằng chẩn đoán AFE vẫn hoàn toàn dựa vào lâm sàng, không có xét nghiệm cận lâm sàng nào đủ độ tin cậy để xác nhận hay loại trừ chẩn đoán này (GRADE 1C)⁴. Các yếu tố nguy cơ trong bệnh cảnh tắc mạch ối như rau bong non là nguyên nhân thường gặp nhất, vỡ ối sớm, tiền sản giật, mẹ lớn tuổi, mổ lấy thai, đẻ nhiều lần,... và trong trường hợp này nguyên nhân nghĩ đến đến tắc mạch ối đầu tiên với những nguy cơ nhất định như đẻ nhiều lần và mổ lấy thai, con trai.⁵

Chẩn đoán tắc mạch ối là chẩn đoán loại trừ nhưng phải luôn nghĩ đến trong bất kì trường hợp nào, trên lâm sàng dựa theo 4 tiêu chuẩn: Suy sụp tuần hoàn nhanh chóng, đông máu nội mạch rải rác, diễn ra trong chuyển dạ hoặc sau sinh 30 phút, không có tình trạng sốt trong quá trình chuyển dạ⁶:

- Đột ngột ngừng tim hoặc tụt huyết áp nhanh chóng (huyết áp tâm thu < 90mmHg) với bằng chứng về tổn thương hô hấp (ví dụ: Khó thở, tím tái, hoặc SpO₂ < 90%).

- DIC diễn tiến theo sau các triệu chứng ban đầu. Tình trạng này phải diễn ra trước khi mất đủ lượng máu lớn để khởi phát rối loạn đông máu.

- Khởi phát lâm sàng trong khi chuyển dạ hoặc trong phòng 30 phút sau khi sổ rau

- Không sốt (≥ 38 độ C) khi chuyển dạ.

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán DIC trong thai kỳ

Yếu tố	0	1	2
Tiểu cầu (G/l)	> 100	50 – 100	< 50
Prothrombin time	Tăng dưới 25%	Tăng 25 – 50%	Tăng trên 50%
Fibrinogen (g/l)	< 2	> 2	
Chẩn đoán DIC với số điểm ≥ 3 điểm			

Chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời và hồi sức tích cực là rất quan trọng trong điều trị tắc mạch ối, giúp tăng tỉ lệ hồi phục và giảm các tổn thương kéo dài. Theo hiệp hội y học bào thai và bà mẹ Mỹ vẫn khuyến cáo tắc mạch ối được chẩn đoán dựa trên lâm sàng mà không cần xét nghiệm đặc hiệu.⁴

Với trường hợp bệnh nhân này, diễn biến lâm sàng và xét nghiệm giúp loại trừ các nguyên nhân khác gây ra ngừng tim ở sản phụ. Sản phụ được gây tê tủy sống với liều bupivacaine 8 mg thấp hơn liều tối đa cho phép, đồng thời sau gây tê đánh giá mức phong bế ngang D4, không có tụt huyết áp trong quá trình phẫu thuật. Trong quá trình phẫu thuật bệnh nhân có lượng máu mất chỉ khoảng 300 ml, xét nghiệm sau khi ngừng tuần hoàn cho thấy lượng Hb là 95g/l, HCT 28,6% cho thấy ngừng tim không phải nguyên nhân đến từ chảy máu. Sản phụ trẻ tuổi, hoàn toàn khỏe mạnh và không mắc bệnh lý tim mạch trước phẫu thuật. Không có tiền sử dị ứng trước đây, đồng thời sau khi sử dụng các thuốc kháng sinh và tăng co hồi tử cung không thấy phát hiện bất thường, không có biểu hiện về da như nổi mề đay hay co thắt khí phế quản. Bệnh nhân không sốt, lâm sàng và xét nghiệm cũng loại trừ nhiễm trùng huyết. Sản phụ không có tiền sử cao huyết áp và huyết áp luôn luôn bình thường. Các xét nghiệm đông máu trước phẫu thuật bình thường, sản phụ không có các nguy cơ của tắc mạch phổi, siêu âm tim cũng không có giá trị phân biệt tắc mạch ối và tắc mạch phổi, tuy nhiên cũng có giá trị gợi ý khi không có hình ảnh suy tim phải, không thấy huyết khối tại các nhánh lớn động mạch phổi. D-Dimer cũng cao trong bệnh cảnh DIC, bệnh viện chúng tôi không có chụp cắt lớp vi tính để chẩn đoán chính xác tắc mạch phổi hay không. Sau khi loại trừ các nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn ở sản phụ, chúng tôi hướng tới nguyên nhân tắc mạch ối. Bệnh nhân cũng có đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán tắc mạch ối do diễn biến lâm sàng phù hợp: Ngừng tuần hoàn đột ngột sau bóc rau 1 phút kèm rối loạn đông máu xuất hiện sớm ngay sau ngừng tuần hoàn và bệnh nhân không có sốt. Tại bệnh viện của chúng tôi có máy ROTEM ngay tại phòng mổ, từ đó giúp phát hiện sớm rối loạn đông máu của bệnh nhân chỉ sau 10 phút so với kết quả đông máu cơ bản từ phòng xét nghiệm phải mất từ 1 giờ đến 1,5 giờ làm chậm trễ quá trình chẩn đoán, đồng thời việc có kết quả ROTEM giúp điều trị rối loạn đông máu một cách

chính xác và nhanh chóng, tránh phải truyền quá mức các chế phẩm đông máu. Mặc dù không tìm thấy tế bào ối trong máu tĩnh mạch cánh trong tuy nhiên không loại trừ chẩn đoán tắc mạch ối do việc tìm thấy tế bào ối là rất hiếm, hơn nữa có những báo cáo tìm thấy tế bào ối ở trong tuần hoàn và phổi của những bệnh nhân khỏe mạnh không bị tắc mạch ối. Chẩn đoán tắc mạch ối đến nay vẫn là một chẩn đoán lâm sàng và chẩn đoán loại trừ mà không có xét nghiệm đặc hiệu nào để chẩn đoán xác định. Việc điều trị tắc mạch ối hiện nay chủ yếu là điều trị triệu chứng, trong đó nhấn mạnh việc phát hiện sớm và điều trị sớm bệnh nhân. Những nguyên tắc cơ bản khi cấp cứu ngừng tuần hoàn nghi do tắc mạch ối: Hồi sinh tim phổi (cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản và nâng cao, hỗ trợ huyết động: Bù dịch, vận mạch, hỗ trợ hô hấp), kiểm soát tình trạng chảy máu và rối loạn đông máu, mổ lấy thai nếu thai nhi còn trong bụng mẹ và chẩn đoán tắc mạch ối khi đã loại trừ các nguyên nhân có thể xảy ra.⁷ Sản phụ được theo dõi bằng monitor liên tục trước trong và sau quá trình gây tê tuỷ sống và mổ lấy thai, được theo dõi bằng ECG liên tục với 2 chuyển đạo D2 và V5, SpO₂, huyết áp đo tay 1 phút/lần. Khi phát hiện ngừng tuần hoàn thì sản phụ được cấp cứu ép tim ngoài lồng ngực, thông khí với oxygen 100% và đặt ống nội khí quản để thông khí có hiệu quả. Ngay sau khi huyết động và hô hấp ổn định, sản phụ rối loạn đông cầm máu nặng, là bệnh cảnh đông máu nội mạch rải rác gặp trong tắc mạch ối, sản phụ được truyền các chế phẩm máu kịp thời. Khuyến cáo điều trị tắc mạch ối gây ngưng tim mẹ của hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ năm 2025 nhấn mạnh: cần khởi động sớm phác đồ truyền máu khối lượng lớn và truyền máu cân bằng, sử dụng sớm transaminic acid đường tĩnh mạch đồng thời sử dụng V-A ECMO cho sản phụ tắc mạch ối đe dọa tính mạng. Ở bệnh nhân này do việc phát hiện sớm và hồi sinh tim phổi kịp thời, do vậy tuần hoàn được tái lập và huyết động được duy trì nên không phải sử dụng ECMO. Đồng thời do có kết quả ROTEM sớm tại giường giúp đánh giá nhanh tình trạng rối loạn đông máu của bệnh nhân nên đã truyền chính xác các chế phẩm máu mà tránh truyền quá mức. Sau khi tập trung bù các chế phẩm máu đặc biệt là các yếu tố đông máu như huyết tương tươi đông lạnh và tủa lạnh theo ROTEM, tình trạng đông máu của bệnh nhân được cải thiện rõ, kết quả xét nghiệm đông máu cũng trở lại bình thường.

Sau khi hội chẩn giữa các bác sĩ sản khoa và gây mê hồi sức, sản phụ đã được phẫu thuật cắt bán phần tử cung và bảo tồn buồng trứng 2 bên. Trường hợp sản phụ cần phẫu thuật cắt tử cung sớm hơn vì sản phụ đã có 3 con và đang có rối loạn đông máu rất nặng, nguy cơ chờ tử cung rất cao, cần cầm máu kĩ sau khi cắt tử cung... để tránh chảy máu thứ phát khi huyết áp sản phụ ổn định. Cần lưu ý tổn thương não sau ngừng tuần hoàn, cấp cứu kịp thời, đảm bảo huyết động, thở máy, an thần sâu và làm giảm tiêu thụ oxy não bằng hạ thân nhiệt cục bộ, theo dõi và duy trì thân nhiệt ổn định tránh các tổn thương lan rộng trên thần kinh trung ương. Theo dõi huyết động, tình trạng ổ bụng, dẫn lưu, siêu âm ổ bụng và xét nghiệm huyết sắc tố liên tục nhằm phát hiện tình trạng chảy máu trong ổ bụng sau mổ. Tác giả Yuki Kinishi và cộng sự báo cáo cấp cứu một trường hợp sản phụ tắc mạch ối thành công, sản phụ xuất viện sau 16 ngày với tổn thương thần kinh gần như hồi phục hoàn toàn.⁸ Trường hợp sản phụ này sau đó được an thần thở máy, giảm dần rồi ngừng hẳn vận mạch, tri giác sau 5 giờ thở máy khá tốt và bệnh nhân được rút ống nội khí quản ở ngày thứ 3 và xuất viện vào ngày thứ 10 với tri giác tỉnh táo hoàn toàn.

Ca bệnh này cho thấy rằng trong tắc mạch ối có ngừng tuần hoàn kèm đông máu nội mạch rải rác nặng, can thiệp phẫu thuật cắt tử cung không nên bị trì hoãn chờ đợi hồi phục đông máu hoàn toàn. Ngược lại, kiểm soát nguồn chảy máu qua phẫu thuật sớm, song song với hồi sức đông máu định hướng theo ROTEM, chính là hai trụ cột đồng thời và không thể tách rời trong xử trí tắc mạch ối nặng. Sự phối hợp chặt chẽ và quyết đoán giữa ekip gây mê hồi sức và phẫu thuật viên sản khoa trong ca bệnh này đã tạo ra cửa sổ điều trị đủ hẹp để ngăn chặn tổn thương không hồi phục.

IV. KẾT LUẬN

Tắc mạch ối sau mổ lấy thai cơ chế còn chưa rõ ràng, cần có thêm các nghiên cứu, tỉ lệ là rất hiếm gặp nhưng cần nghĩ đến trong mọi trường hợp. Chẩn đoán tắc mạch ối hiện tại vẫn là dựa vào lâm sàng và là một chẩn đoán loại trừ. Tắc mạch ối thường gây ra những hậu quả nghiêm trọng như ngừng tuần hoàn và để lại các di chứng nặng nề về thần kinh. Chẩn đoán sớm và cấp cứu đúng và kịp thời sẽ giúp cho sản phụ hồi phục tốt và ít để lại các di chứng về lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Juman H Timraz, Ra Ahmed, Nada Y Metwali, et al. Risk factors and predisposing conditions for amniotic fluid embolism: a comprehensive review. *J Med Life*. 2025;18(4). doi:10.25122/jml-2024-0406
2. Tamura N, Farhana M, Oda T, Itoh H, Kanayama N. Amniotic fluid embolism: Pathophysiology from the perspective of pathology. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017;43(4):627-632. doi:10.1111/jog.13284
3. Lim C, Tsung-Che Hsieh C, Lai SY, Chu YT, Chen M, Wu HH. Amniotic fluid embolism: A case report of good outcome with timely intensive multidisciplinary team involvement. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2023;62(6):921-924. doi:10.1016/j.tjog.2023.05.015
4. Luis D P, Geogre S, Gary D V H, Steven L C. Amniotic fluid embolism: diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(2). doi:10.1016/j.ajog.2016.03.012
5. Fitzpatrick K, Tuffnell D, Kurinczuk J, Knight M. Incidence, risk factors, management and outcomes of amniotic-fluid embolism: a population-based cohort and nested case-control study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2016;123(1):100-109. doi:10.1111/1471-0528.13300
6. Steven L Clark, Roberto Romero, Gary Dildy, et al. Proposed diagnostic criteria for the case definition of amniotic fluid embolism in research studies. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(4). doi:10.1016/j.ajog.2016.06.037
7. Lipman S, Cohen S, Einav S, et al. The Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology Consensus Statement on the Management of Cardiac Arrest in Pregnancy. *Anesth Analg*. 2014;118(5):1003. doi:10.1213/ANE.0000000000000171
8. Kinishi Y, Ootaki C, Iritakenishi T, Fujino Y. A case of amniotic fluid embolism successfully treated by multidisciplinary treatment. *JA Clin Rep*. 2019;5(1):79. doi:10.1186/s40981-019-0296-0

SỰ THAY ĐỔI VỊ TRÍ LỖI CẦU SAU PHẪU THUẬT CHẢ DỌC CẢNH LÊN HAI BÊN KẾT HỢP VỚI CẮT XƯƠNG LE FORT I

Lê Tấn Hùng¹, Trần Ái Khiêm²,
Nguyễn Mỹ Huyền¹, Nguyễn Hoàng Khang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phẫu thuật chẻ dọc cảnh lên hai bên (bilateral sagittal split ramus osteotomy - BSSO) có thể làm thay đổi vị trí lỗi cầu; đây có thể là một trong các yếu tố góp phần gây tái phát xương. Nghiên cứu này đánh giá các thay đổi ngắn hạn và dài hạn của vị trí lỗi cầu bằng chụp cắt lớp điện toán chùm tia hình nón (cone-beam computed tomography - CBCT) sau BSSO đưa hàm dưới ra trước kết hợp với cắt xương Le Fort I.

Phương pháp nghiên cứu: 25 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu; dữ liệu CBCT của 50 khớp thái dương hàm được thu thập trước phẫu thuật (T0), ngay sau phẫu thuật (T1), 3 tháng sau phẫu thuật (T2) và tại lần tái khám cuối cùng sau $12,1 \pm 3,0$ tháng (T3). Mỗi tương quan giữa lỗi cầu và khớp được

đánh giá theo phương pháp của Pullinger và Hollender.

Kết quả: Giá trị $\ln(PS/AS)$ theo Pullinger và Hollender thay đổi có ý nghĩa theo thời gian, nhưng không có khác biệt có ý nghĩa giữa lỗi cầu bên phải và bên trái. Lỗi cầu di chuyển xuống dưới - ra sau ngay sau phẫu thuật (T0 đến T1), sau đó di chuyển lên trên - ra trước sau 3 tháng (T1 đến T2). Hiệu ứng chồng lấp cho thấy lỗi cầu di chuyển lên trên - ra sau so với vị trí ban đầu trước phẫu thuật (T0 đến T2), và vị trí này duy trì ổn định tại thời điểm theo dõi 1 năm (T2 đến T3).

Kết luận: Có những thay đổi rõ rệt về vị trí lỗi cầu sau BSSO kết hợp với cắt xương Le Fort I. Lỗi cầu có xu hướng về lại vị trí trung tâm so với khớp 3 tháng sau phẫu thuật và duy trì ổn định trong thời gian theo dõi 1 năm.

Từ khóa: BSSO, lỗi cầu, chụp cắt lớp vi tính chùm tia hình nón, phẫu thuật cắt xương Le Fort I, phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt.

SUMMARY

CONDYLAR POSITIONAL CHANGES AFTER BILATERAL SAGITTAL SPLIT RAMUS

¹ Trường Y Dược - Đại học Trà Vinh

² Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tấn Hùng

Email: letanhung@tvu.edu.vn

Mã bài: D126

Ngày nhận bài: 11.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 11.3.2026

Ngày duyệt bài: 13.4.2026