

- health care settings. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2007;11(6):593-605.
- Joshi R, Reingold AL, Menzies D, Pai M.** Tuberculosis among Health-Care Workers in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *PLoS Med.* 2006;3(12):e494. doi:10.1371/journal.pmed.0030494
  - Christopher DJ, Daley P, Armstrong L, et al.** Tuberculosis Infection among Young Nursing Trainees in South India. Goletti D, ed. *PLoS ONE.* 2010;5(4):e10408. doi:10.1371/journal.pone.0010408
  - Dyrhol-Riise AM, Gran G, Wentzel-Larsen T, Blomberg B, Haanshuus CG, Mørkve O.** Diagnosis and follow-up of treatment of latent tuberculosis; the utility of the QuantiFERON-TB Gold In-tube assay in outpatients from a tuberculosis low-endemic country. *BMC Infect Dis.* 2010;10(1):57. doi:10.1186/1471-2334-10-57
  - Targeted Tuberculin Testing and Treatment of Latent Tuberculosis Infection.** Accessed August 29, 2021. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4906a1.htm>
  - Lien LT, Hang NTL, Kobayashi N, et al.** Prevalence and Risk Factors for Tuberculosis Infection among Hospital Workers in Hanoi, Viet Nam. Pai M, ed. *PLoS ONE.* 2009;4(8):e6798. doi:10.1371/journal.pone.0006798
  - Belo C, Naidoo S.** Prevalence and risk factors for latent tuberculosis infection among healthcare workers in Nampula Central Hospital, Mozambique. *BMC Infect Dis.* 2017;17(1):408. doi:10.1186/s12879-017-2516-4
  - Rafiza S, Rampal KG, Tahir A.** Prevalence and risk factors of latent tuberculosis infection among health care workers in Malaysia. *BMC Infect Dis.* 2011;11(1):19. doi:10.1186/1471-2334-11-19
  - Nasreen S, Shokoohi M, Malvankar-Mehta MS.** Prevalence of Latent Tuberculosis among Health Care Workers in High Burden Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. Wilkinson KA, ed. *PLoS ONE.* 2016;11(10):e0164034. doi:10.1371/journal.pone.0164034

## KẾT QUẢ XỬ TRÍ NGÔI MÔNG ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Đặng Trần Cương<sup>1</sup>, Hoàng Thị Ngọc Trâm<sup>1</sup>, Bùi Thị Thu Hương<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Khánh Ly<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Hồng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả xử trí ngôi mông ở thai phụ có thai đủ tháng tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên từ năm 2016 đến 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả hồi cứu trên 150 hồ sơ sản phụ có thai ngôi mông đủ tháng sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Tỷ lệ phẫu thuật lấy thai ngôi mông chiếm 98%, nhóm tuổi 25 - 34 tuổi chiếm đa số. 23,3% chưa có dấu hiệu chuyển dạ. Trong lượng thai trên 3000 gam được phẫu thuật lấy thai. Tỷ lệ tai biến 0,7%. **Từ khóa:** tuổi thai, mổ lấy thai, trọng lượng thai, ngôi mông.

### SUMMARY

#### RESULTS OF BREECH PRESENTATION TREATMENT AT FULL TERM BIRTH AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate the results of breech presentation in full-term birth pregnant women at Thai Nguyen National Hospital from 2016 to 2020. **Subjects and research methods:** retrospectively describe over 150 records of pregnant women with breech presentation at full term birth at Thai Nguyen

National Hospital. **Results:** The rate of cesarean section for 98%, the age group 25 - 34 years old accounted for the majority. 23.3% have not of labor. Fetal weight over 3000 grams is cesarean section. Accident rate 0.7%.

**Keywords:** age pregnancy, cesarean section, fetal weight, breech presentation.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngôi mông được định nghĩa là một ngôi dọc, đầu ở trên, mông hay chân nằm ở dưới gần cổ tử cung, xuất hiện trong 3-4% các cuộc sinh. Tỷ lệ sinh ngôi mông giảm dần khi tuổi thai tăng cao từ 22 - 25% trước 28 tuần đến 7-15% ở tuổi thai 32 tuần và còn 3-4% ở thai đủ tháng [2]. Theo các chuyên gia có hai cách xử trí: 1 là chỉ định mổ lấy thai để an toàn cho thai nhi, 2 là theo dõi để đường âm đạo nhằm hạn chế tỷ lệ mổ lấy thai. Trong những năm gần đây tỷ lệ mổ lấy thai trong ngôi mông cũng như tỷ lệ mổ lấy thai nói chung tăng lên một cách đáng kể bởi các lý do sản khoa và các lý do xã hội[7]. Tuy nhiên, việc xử trí ngôi mông sao cho thật đảm bảo an toàn cho cả mẹ và con, mà vẫn không làm tăng thêm tỷ lệ mổ lấy thai, vẫn là một vấn đề khó khăn cho các nhà sản khoa, đòi hỏi phải có tiền lượng chính xác và có thái độ xử trí kịp thời. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả xử trí ngôi mông ở thai phụ có thai đủ tháng tại Bệnh viện trung ương

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Trần Cương

Email: cuongdhytn@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.12.2021

Ngày duyệt bài: 11.01.2022

Thái Nguyên từ năm 2016 đến 2020.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu.**

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** hồ sơ bệnh án của các thai phụ được chẩn đoán một thai, ngôi mông, tuổi thai từ 37 đến 41 tuần (theo kinh cuối cùng hoặc theo siêu âm 3 tháng đầu) được theo dõi và xử trí tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2016 đến hết 31/12/2020.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Thai dị dạng, thai lưu, đa thai, những hồ sơ bệnh án không đủ thông tin, ngôi mông không được xử trí đẻ tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

**2. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả.

- Cỡ mẫu: thuận tiện có chủ đích. Trong phạm vi đề tài này chúng tôi đã chọn được n = 150 hồ sơ bệnh án của các sản phụ thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu: Từ 01/01/2016 đến hết 31/12/2020

- Địa điểm: Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

**3. Xử lý số liệu:** xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

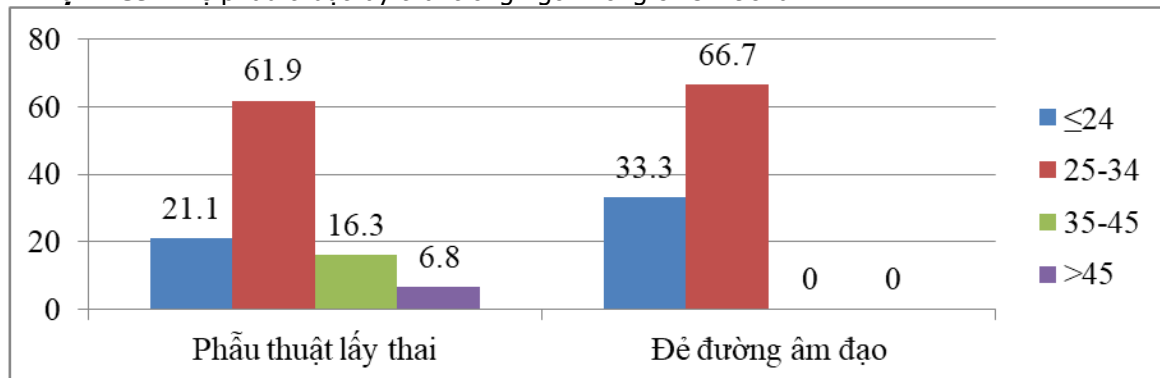
**4. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu trên hồ sơ bệnh án, không can thiệp trực tiếp vào bệnh nhân, tiến hành sau khi thông qua hội đồng y đức Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Tỷ lệ xử trí ngôi mông đủ tháng trong thời gian nghiên cứu**

Năm	Tổng số ngôi mông	Phương pháp xử trí			
		Phẫu thuật lấy thai		Đẻ đường âm đạo	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
2016	18	17	94,4	1	5,6
2017	10	10	100	0	0
2018	17	15	88,2	2	11,8
2019	45	45	100	0	0
2020	60	60	100	0	0
<b>Tổng</b>	<b>150</b>	<b>147</b>	<b>98</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ phẫu thuật lấy thai trong ngôi mông chiếm 98%.



**Biểu đồ 1: Nhóm tuổi của sản phụ và phương pháp đẻ**

**Nhận xét:** Tỷ lệ phẫu thuật lấy thai ở nhóm tuổi từ 25 - 34 chiếm 61,9 %, tỷ lệ đẻ đường âm đạo trong nhóm tuổi từ 25-34 chiếm 66,7%.

**Bảng 2: Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và phương pháp xử trí**

Đặc điểm		Phương pháp xử trí		Tổng Số lượng (%)
		Phẫu thuật lấy thai	Đẻ đường âm đạo	
		Số lượng (%)	Số lượng (%)	
Số lần đẻ	Lần đầu	75 (51)	1 (33)	76 (50,7)
	Lần thứ 2 trở lên	72 (49)	2 (67)	74 (49,3)
Tình trạng ối	Ổi còn	125 (85)	3 (100)	128 (85,3)
	Ổi vỡ	22 (15)	0 (0)	22 (14,7)
<b>Tổng</b>	<b>147 (98)</b>	<b>3 (2)</b>	<b>150 (100)</b>	

**Nhận xét:** Tỷ lệ sản phụ đẻ con lần đầu chiếm 50,7%, đẻ lần 2 trở lên chiếm 49,3%. Tỷ lệ ngôi mông ối còn là 85,3%, ối vỡ là 14,7%.

**Bảng 3: Một số đặc điểm của thai và phương pháp xử trí ngôi mông**

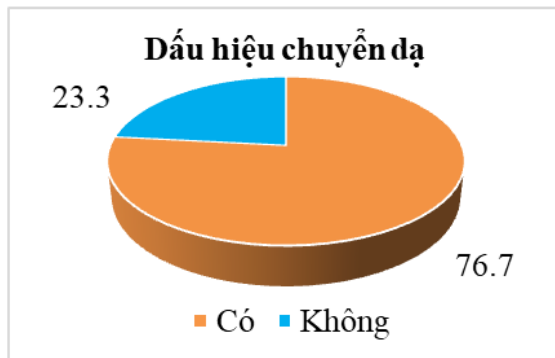
Đặc điểm		Phương pháp xử trí				Tổng Số lượng(%)
		Phẫu thuật lấy thai		Đẻ đường âm đạo		
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tuổi thai (tuần)	37-39	106	72,1	3	100	109 (72,7)
	40-41	41	27,9	0	0	41(27,3)
Trọng lượng thai (gam)	< 2500	11	7,5	0	0	11 (7,3)
	2600 -3000	51	34,7	3	100	54 (36)
	> 3000	85	57,8	0	0	85 (56,7)
<b>Tổng</b>		<b>147</b>	<b>98</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>150 (100)</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ ngôi mông có tuổi thai từ 37-39 tuần chiếm 72,7%. Trọng lượng thai thuộc nhóm trên 3000 gam chiếm 56,7%, từ 2600 – 3000 gam chiếm 36%.

**Bảng 4: Tỷ lệ tai biến khi xử trí ngôi mông**

Phương pháp xử trí	Tai biến			
	Không		Có	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Đẻ đường âm đạo	2	66,7	1	33,3
Phẫu thuật lấy thai	147	100	0	0
<b>Tổng</b>	<b>149</b>	<b>99,3</b>	<b>1</b>	<b>0,7</b>

**Nhận xét:** Có 1 trường hợp ghi nhận gãy xương đòn sau khi sinh đường âm đạo chiếm 0,7%. Phẫu thuật lấy thai chưa ghi nhận tai biến nào cho trẻ sơ sinh.

**Biểu đồ 2: Tỷ lệ có dấu hiệu chuyển dạ tại thời điểm xử trí ngôi mông**

**Nhận xét:** Tỷ lệ can thiệp xử trí lấy thai ra trong ngôi mông khi chưa có chuyển dạ chiếm 23,3%.

#### IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả bảng 1 cho thấy tỷ lệ ngôi mông trong các năm không đồng đều, ít nhất là năm 2017 với 10 trường hợp và nhiều nhất năm 2020 với 60 trường hợp. Tỷ lệ xử trí ngôi mông trong thời gian nghiên cứu chủ yếu là phẫu thuật lấy thai chiếm 98%, còn lại 03 trường hợp đẻ đường âm đạo chiếm 2%. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Thủy tỷ lệ mổ lấy thai ngôi mông chiếm 86,79% tại viện Sản Nhi Bắc Giang năm 2013-2014 [4].

Tuy nhiên kết quả của nghiên cứu này chưa thể hiện được toàn bộ số liệu xử trí ngôi mông trong thời gian nghiên cứu do hạn chế của việc

tham khảo hồ sơ bệnh án nên không chủ động được thông tin thu thập, đôi khi bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu vậy nên số liệu có thể tổng hợp không đầy đủ. Đây là hạn chế của nghiên cứu hồi cứu.

Kết quả biểu đồ 1 cho thấy, đa số sản phụ đều tập trung ở nhóm tuổi 25 - 34 tuổi với tỷ lệ phẫu thuật lấy thai chiếm 61,9 %, đẻ đường âm đạo chiếm 66,7%. Kết quả này cũng phù hợp với khuyến cáo của cục dân số kế hoạch hóa gia đình bởi đây là nhóm trong độ tuổi sinh đẻ. Tuy nhiên ở nhóm phụ nữ có tuổi từ 35 trở lên cũng chiếm con số đáng kể với 16,3% thuộc nhóm tuổi từ 35 – 45 tuổi, đặc biệt có 6,8% trường hợp phụ nữ trên 45 tuổi. Với xu hướng xã hội ngày nay, áp lực công việc cộng với lối sống tư duy hiện đại, người phụ nữ ngày càng ưu tiên cho sự nghiệp nên việc lấy chồng muộn và sinh con muộn sẽ ngày càng gia tăng. Tuy nhiên nếu sinh con ở nhóm tuổi cao đặc biệt trên 45 tuổi thì sẽ có rất nhiều nguy cơ có thể xảy ra cho cả mẹ và thai. Vậy nên việc tuyên truyền để người phụ nữ sẽ mang thai và sinh con trong độ tuổi sinh đẻ vẫn là mục tiêu của hàng đầu của cục dân số hiện nay. Ngoài ra tỷ lệ phẫu thuật lấy thai cũng sẽ tăng lên ở những bà mẹ có tuổi cao.

Kết quả bảng 2 về một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và phương pháp xử trí ngôi mông thấy tỷ lệ đẻ con so (lần đầu) và con rạ (lần hai trở lên) gần tương đương nhau. Điều này cho thấy rằng không có sự khác biệt giữa việc mang thai ngôi mông ở thai lần đầu hoặc thai những lần sau. Đây cũng là một trong

những điểm làm thay đổi lối suy nghĩ ở những người có quan niệm rằng thai những lần sau thường dễ dàng và thuận lợi hơn so với lần đầu mang thai. Vậy nên việc khám thai và quản lí thai nghén là vô cùng quan trọng trong tất cả các lần mang thai. Về tình trạng ối thì có 14,7% có ối vỡ tại thời điểm xử trí lấy thai ngôi mông. Ối vỡ non, vỡ sớm sẽ làm giảm, mất khả năng xóa mờ cổ tử cung, bảo vệ thai nhi, rối loạn cơ co, cổ tử cung thu nhỏ lại, mở chậm, chuyển dạ kéo dài, nguy cơ nhiễm khuẩn, suy thai tăng lên [1]. Tất cả các trường hợp ối vỡ đều được chỉ định phẫu thuật lấy thai bởi đây là yếu tố dễ khó trong chuyển dạ, kèm theo ngôi mông thì chỉ định mổ là hoàn toàn phù hợp.

Kết quả biểu đồ 2 cho thấy tại thời điểm xử trí lấy thai trong ngôi mông thì có tới 23,3% các trường hợp chưa có dấu hiệu chuyển dạ. Tất cả các trường hợp này đều được chỉ định phẫu thuật lấy thai chủ động. Còn lại có 76,7% các trường hợp có dấu hiệu chuyển dạ thì chỉ có 3 trường hợp được theo dõi và đẻ đường âm đạo, số còn lại cũng được phẫu thuật lấy thai. Vì vậy nên tổng số phẫu thuật lấy thai trong ngôi mông mới chiếm tỉ lệ cao (98%). Tỉ lệ phẫu thuật lấy thai cao trong ngôi mông bởi ngôi mông là một trong các ngôi đẻ đường dưới khó khăn. Tuy nhiên bên cạnh đó yếu tố quan trọng hơn đó là phẫu thuật lấy thai đang dần trở thành xu hướng của thời đại. Với những trường hợp ngôi đầu thuận lợi còn muốn xin mổ lấy thai để được chọn ngày giờ tốt, tránh chuyển dạ có thể gây đau. Vậy nên việc mang thai ngôi mông là một ngôi đẻ khó trong chuyển dạ thì chỉ định mổ lấy thai càng trở nên dễ dàng hơn. Tuy nhiên không phải tất cả các ngôi mông đều phải mổ vì vẫn có tỉ lệ đẻ đường âm đạo. Vì vậy người thầy thuốc cần phải tiên lượng tốt các trường hợp ngôi mông để có thể tư vấn cho thai phụ hướng theo dõi và xử trí trong từng trường hợp cụ thể. Mục đích hạn chế các tai biến xảy ra cho mẹ và thai. Ngoài ra còn hạn chế những biến chứng có thể gặp phải sau phẫu thuật đặc biệt là vấn đề thai làm tổ tại sẹo mổ trong trường hợp mổ lấy thai trước đó. Đây là một trong những hình thái rất nguy hiểm bởi bệnh lý thai làm tổ tại sẹo mổ lấy thai có thể đe dọa đến chính khả năng sinh sản của thai phụ, nếu không phát hiện ra còn mất máu thậm chí ảnh hưởng đến tính mạng của người bệnh. Vì vậy việc làm giảm tỉ lệ mổ lấy thai là vô cùng quan trọng trong những trường hợp chưa có chỉ định thực sự.

Kết quả bảng 3 cho thấy, tuổi thai được phân làm hai nhóm từ 37 - 39 tuần chiếm 72,7% và từ

40 - 41 tuần chiếm 27,3%. Việc nhóm tuổi thai từ 37- 38 tuần được nhiều hơn so với tuổi thai 40-41 tuần cũng có thể lí giải do vì biết smang thai ngôi mông là một ngôi thuộc nhóm đẻ khó do thai vậy nên tới khi thai đủ tháng tâm lý thai phụ sẽ xin đình chỉ thai. Điều này làm tăng tỉ lệ can thiệp ở tuổi thai từ 37-39 tuần và gián tiếp tăng tỉ lệ mổ lấy thai.

Ngoài ra trọng lượng thai cũng là một trong yếu tố quan trọng trong việc có can thiệp lấy thai ra không. Hơn nửa thai có trọng lượng trên 3000gam (56,7%). Đây là nhóm có cân nặng có thể được coi là thai to với ngôi mông vậy nên tiên lượng đẻ là khó khăn vì nguy cơ mắc đầu hậu cao. Chính vậy nên trong nhóm này tỉ lệ mổ lấy thai là 100%.

Nhóm thai có trọng lượng < 2500 gam có 11 trường hợp chủ yếu do thai suy dinh dưỡng bào thai. Trẻ nhẹ cân chịu đựng rất kém với các sang chấn trong lúc đẻ vì vậy nguy cơ tai biến khi đẻ đường âm đạo sẽ tăng lên. Các trường hợp này cũng được chỉ định mổ lấy thai bởi lẽ các thầy thuốc tiên lượng thai đã có suy dinh dưỡng bào thai nên để theo dõi cuộc chuyển dạ đẻ ngôi mông sẽ khó khăn có thể ảnh hưởng đến tình trạng thai nên giải thích và chỉ định mổ lấy thai.

Điều đáng nhấn mạnh ở đây là nhóm thai có cân nặng từ 2600-3000 gam. Đây là nhóm thai có trọng lượng trong giới hạn có thể theo dõi đẻ đường âm đạo nếu không có kèm theo yếu tố đẻ khó hoặc bất thường trong chuyển dạ. Tuy nhiên trong 51 trường hợp thai có trọng lượng thuộc nhóm này thì chỉ có 03 trường hợp đẻ được đường âm đạo còn lại đều chỉ định mổ lấy thai. Theo nghiên cứu của Maria Pulido Valente thì cân nặng trẻ sơ sinh đẻ đường âm đạo có trọng lượng sơ sinh trung bình 2805 gam [9].

Tuy nhiên trong số 03 trường hợp đẻ được âm đạo thì có 01 trường hợp ghi nhận trẻ bị gãy xương đòn sau khi sinh. Đây là một điều không mong muốn trong khi đỡ đẻ. Tuy nhiên trong trường hợp đẻ khó đôi khi cũng có thể gặp.

Theo nghiên cứu của Vũ Thị Oanh về tỉ lệ tai biến của trẻ sơ sinh sau đẻ thì tỉ lệ ngạt sơ sinh năm 2016 là 11,4%, tỉ lệ xuất huyết năm 2006 chiếm 1,2% (bao gồm xuất huyết ở chi, xuất huyết ở bộ phận sinh dục, không có trường hợp nào bị xuất huyết não), không cso trường hợp nào gãy chi. Tỉ lệ trẻ sơ sinh tử vong 3,6%[3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp trẻ sơ sinh tử vong nào. Bởi lẽ có sự khác biệt này do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên thai đủ tháng còn tác giả Vũ Thị Oanh [3] nghiên cứu trên nhóm đối tượng có

bao gồm thai non thành nên tỉ lệ ngạt và tử vong sơ sinh cao hơn. Theo một số chuyên gia [6, 5] cho rằng các trường hợp ngôi mông để đường âm đạo sẽ có nhiều nguy cơ các tai biến hơn để ngôi chỏm. Theo nghiên cứu của Taner Gunay thì tỉ lệ biến chứng thai nhi cao nhất ở nhóm đẻ có tăng cường, can thiệp và thấp nhất ở nhóm mổ lấy thai ( $p = 0,001$ )[8].

Đỡ đẻ ngôi mông là một nghệ thuật đòi hỏi kinh nghiệm và kỹ năng của người đỡ đẻ. Tuy nhiên do áp lực xã hội và sự phát triển của kỹ thuật mổ lấy thai nhiều thầy thuốc sản khoa đã lựa chọn mổ lấy thai cho tất cả các trường hợp đẻ ngôi mông để tạo được cảm giác "an toàn" trong đỡ đẻ ngôi mông.

Theo chúng tôi tùy theo hoàn cảnh của từng địa phương và khả năng theo dõi chuyển dạ cũng như khả năng tiên lượng cuộc đẻ trong các trường hợp ngôi mông chuyển dạ của các thầy thuốc sản khoa mà có thái độ quyết định xử trí thích hợp đúng chuyên môn chứ không nên lạm dụng phẫu thuật lấy thai.

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ phẫu thuật lấy thai chiếm 98% trong đó có 23,3% chưa có dấu hiệu chuyển dạ. Nhóm tuổi chủ yếu từ 25-34 tuổi, tuổi thai từ 37-39 tuần chiếm đa số 72,7%. Trọng lượng thai nhóm

trên 3000 gam chiếm 56,7%. Tỉ lệ tai biến trong xử trí ngôi mông chiếm 0,7%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Sản Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên (2020), Đề kho, Bài giảng Sản phụ khoa,
2. Như Vương Tú (2018), "Ngôi mông mổ lấy thai hay sinh ngã âm đạo", Y học sinh sản, Nhà xuất bản Tổng hợp Thành phố Hồ Chí Minh, 47 pp. 43-5.
3. Oanh Vũ Thị (2017), Thái độ xử trí ngôi mông chuyển dạ tại bệnh viện phụ sản trung ương trong hai giai đoạn 2006 và 2016,
4. Thủy Nguyễn Thị Thanh (2014), Đánh giá kết quả xử trí ngôi mông tại bệnh viện sản nhi Bắc Giang,
5. Thellier É, Benhamou D. (2016), "[CAESAREAN DELIVERY: STANDARDIZING THE PRACTICES]", Rev Prat, 66 (6), pp. 648-52.
6. Alfirevic Z., Milan S. J., Livio S. (2012), "Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons", Cochrane Database Syst Rev, 6 (6), pp. Cd000078.
7. Cui H., Chen Y., et al. (2016), "Cesarean Rate and Risk Factors for Singleton Breech Presentation in China", J Reprod Med, 61 (5-6), pp. 270-4.
8. Gunay T., Turgut A., et al. (2020), "Comparison of maternal and fetal complications in pregnant women with breech presentation undergoing spontaneous or induced vaginal delivery, or cesarean delivery", Taiwan J Obstet Gynecol, 59 (3), pp. 392-7.
9. Pulido Valente M., Carvalho Afonso M., Clode N. (2020), "Is Vaginal Breech Delivery Still a Safe Option?", Rev Bras Ginecol Obstet, 42 (11), pp. 712-6.

## NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG BỆNH NHA CHU Ở BỆNH NHÂN BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN TÍNH

Nguyễn Hồng Lợi\*, Nguyễn Hoàng Mỹ Hiền\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm: (1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng của viêm nha chu mạn tính ở bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn tính. (2) Đánh giá kết quả điều trị không phẫu thuật viêm nha chu mạn tính trên nhóm nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Một nghiên cứu tiến cứu được tiến hành trên các bệnh nhân bệnh mạch vành mạn tính. **Kết quả:** Ở nhóm bệnh, tỉ lệ chảy máu nướu là 100,0%, thay đổi hình dáng nướu là 100,0%, thay đổi màu sắc nướu là 100,0%, ngứa nướu, ê buốt răng là 78,6%, răng lung lay là 76,2%, túi nha chu là 100,0%, tụt nướu là 38,1%, tăng tiết dịch là 92,9%. Có sự cải thiện rõ rệt các chỉ số GI, PII, BOP, PD và CAL ở các thời điểm 1

tuần, 1 tháng và 3 tháng sau điều trị. **Kết luận:** Có sự cải thiện rõ rệt chỉ số viêm nha chu ở các bệnh nhân bệnh mạch vành mạn tính.

**Từ khóa:** bệnh nha chu, động mạch vành, mạn tính

### SUMMARY

#### PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY ARTERY DISEASE

**Purposes:** This study aims to explore the clinical features and the treatment results of chronic periodontitis in patients with chronic coronary artery diseases. **Methods:** A prospective study was conducted in patients with chronic coronary artery diseases. **Results:** In the diseased-group, the rate of bleeding gums was 100.0%, changing in shape of gums was 100.0%, changing in color of gums was 100.0%, itching gums, tooth sensitivity was 78.6%. 76.2% wobble, periodontal pocket 100.0%, gum recession 38.1%, exudation increase 92.9%. There was a marked improvement in GI, PII, BOP, PD, and CAL at 1 week, 1 month, and 3 months after treatment. **Conclusion:** There is a marked

\*Trt Răng hàm mặt, Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Lợi

Email: drloivietnam@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 5.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2022

Ngày duyệt bài: 10.01.2022