

hồi quy tuyến tính được $r = -0,74$ với hệ số tương quan $r < 0$, đây là tương quan nghịch biến tức là điểm Glasgow tăng thì dự báo là điểm mRS sẽ giảm (lâm sàng bệnh nhân hồi phục tốt), với $|r| = 0,74$, (tức $> 0,7$), thì biến tổng điểm FOUR và mRS có tương quan tuyến tính ở mức chặt chẽ. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu chuẩn thuận của Wijdicks và Marcati về thang điểm FOUR [8].

Từ kết quả nghiên cứu trên chúng tôi thấy, cả thang điểm FOUR, hôn mê Glasgow đều có mối tương quan tuyến tính chặt chẽ với kết cục lâm sàng sau 1 tháng điều trị, tính bằng thang điểm mRS. Tuy nhiên, mức độ sự tương quan giữa thang điểm FOUR với mRS chặt chẽ hơn so với mối tương quan giữa thang điểm hôn mê Glasgow với mRS. Như vậy, chúng ta đều có thể sử dụng thang điểm FOUR hoặc thang điểm hôn mê Glasgow để dự báo kết cục lâm sàng sau đột quỵ chảy máu não sau 30 ngày điều trị.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm FOUR và hôn mê Glasgow có giá trị tiên lượng đáng tin cậy. Nghiên cứu này cho thấy, việc áp dụng thang điểm trong tiên lượng chảy máu não nguyên phát mang tính khả thi. Thang điểm FOUR và thang điểm hôn mê Glasgow đều có mối tương quan chặt chẽ với kết cục lâm sàng với hệ số tương quan cao.

Các nghiên cứu thêm về vấn đề này cần thiết để củng cố vai trò của thang điểm trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wijdicks (2006)**. "Clinical Scale For Comatose Patients: The Glasgow Coma Scale in Historical Context and the new FOUR Score". Rev Neurol Dis, 2006, Volume 3(3), pp: 109- 117.
2. **Stead L G et al (2009)**. "Validation of a new Score Coma scale, the FOUR Score, in the Emergency Department". Neurocrit Care, 2009, Volume, pp. 50-54.
3. **Vũ Anh Nhị, Võ Thanh Dinh (2013)**. "Nghiên cứu tiên lượng tử vong bằng thang điểm FOUR ở bệnh nhân hôn mê". Nghiên cứu Y học, Y Học TP. Hồ Chí Minh Tập 17, Phụ bản của Số 1, 2013, trang 14-18.
4. **Nguyễn Minh Hiện, Nguyễn Xuân Thành (1996)**. Nhân xét các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân chảy máu não, Kỷ yếu Công trình khoa học thần kinh, Nhà xuất bản Y học, 140-143.
5. **Qureshi A.T, Safdar K., Weil E.J et al (1995)**. Predictor of early deterioration and mortality in black Americans with spontaneous intracerebral hemorrhage. Stroke, 26(10), 1764-1767.
6. **Broderick J.P, Brott T.G, Duldner J.E et al (1993)**. Volume of intracerebral hemorrhage. A powerful and easy-to-use predictor of 30-day mortality. Stroke, 24(7), 987-993.
7. **Keep R.F, Hua Y.,Xi G. (2012)**. Intracerebral haemorrhage: mechanisms of injury and therapeutic targets. Lancet Neurol, 11(8), 1474 - 4422.
8. **Marcati E et al (2011)**. Validation of the Italian version of a new coma scale: the FOUR score. Intern Emerg Med, Published online 2011, DOI 10.1007/s11739-011-0583-x.

ĐẶC ĐIỂM CỦA KHUYẾT SỢ MỔ LẤY THAI SAU MỔ 12 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lê Thị Anh Đào¹, Đỗ Tuấn Đạt¹, Nguyễn Tài Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm của khuyết sẹo mổ lấy thai sau mổ 12 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 136 sản phụ mổ lấy thai lần một tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 7 năm 2020 đến tháng 7 năm 2021. **Kết quả:** Tỷ lệ khuyết sẹo MLT ở thời điểm sau MLT 12 tuần là: 30.3%. Hầu hết khuyết sẹo MLT là khuyết sẹo hình tam giác và là khuyết có kích thước nhỏ. Thời gian phẫu thuật ở nhóm sản phụ không có và có khuyết sẹo mổ lấy thai lần lượt là 18,9518 ± 5,38 và 20,763 ± 6,55 (phút). Thời gian chuyển dạ ở

nhóm sản phụ không có và có khuyết sẹo mổ lấy thai lần lượt là 7,11 ± 3,82 và 9,8 ± 1,3 (giờ). **Kết luận:** Thời gian phẫu thuật kéo dài không làm tăng tỷ lệ khuyết sẹo MLT. Thời gian chuyển dạ kéo dài không làm tăng tỷ lệ khuyết sẹo MLT. Tỷ lệ khuyết sẹo MLT ở kỹ thuật khâu 02 lớp và sẹo khâu 01 lớp khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Khuyết sẹo mổ lấy thai.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ISTHMOCELE 12 WEEK POST CESAREAN SECTION AT HANOI OBSTETRICS GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: Features of cesarean scar defect after 12 week - cesarean section at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** This prospective study included 136 patients with their first cesarean section at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from July 2020 to July 2021. **Results:** The prevalence of isthmocele after 12 week - cesarean section is 30.3%. Most of cases are small scar and triangular

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2022

Ngày duyệt bài: 7.3.2022

scar. The surgical time in the group of no isthmocele patients and isthmocele are $18,9518 \pm 5,38$ vs $20,763 \pm 6,55$, respectively. The labor duration in the group of no isthmocele patients and isthmocele are $7,11 \pm 3,82$ vs $9,8 \pm 1,3$, respectively. **Conclusion:** Longer surgery time and prolonged labor duration are independent factors of isthmocele. The risk of isthmocele in the double-layer closure of the hysterotomy incision is the same as those in the single-layer closure.

Keywords: cesarean scar defect (isthmocele).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết sẹo mổ lấy thai (MLT) là sự mất liên tục của nội mạc tử cung, một phần hay toàn bộ lớp cơ thành trước eo tử cung, xuất hiện sau mổ lấy thai, gây ra sự hình thành túi dịch tại vị trí thành trước đoạn dưới tử cung, eo tử cung hay đoạn trên của ống cổ tử cung^{1,2}. Tính đến hiện tại, có hơn 230 nghiên cứu về khuyết sẹo MLT đã công bố kết quả các nghiên cứu rất khác nhau. Tỷ lệ khuyết sẹo MLT từ 19-84% tùy theo từng nghiên cứu³. Cùng với sự gia tăng tỷ lệ mổ lấy thai trên thế giới cũng như ở Việt Nam, tỷ lệ khuyết sẹo MLT ngày càng tăng và trở thành vấn đề được các nhà sản khoa đặc biệt quan tâm. Khuyết sẹo MLT là nguyên nhân dẫn đến các bất thường liên quan đến sản khoa: Chửa trên sẹo MLT, rau tiền đạo, rau cài răng lược, vỡ tử cung; những bất thường liên quan phụ khoa: xuất huyết tử cung bất thường, đau hạ vị, thống kinh, giao hợp đau, sún tiểu hay vô sinh thứ phát^{4,5}. Tuy nhiên, khuyết sẹo MLT có thể không có triệu chứng và chỉ được phát hiện tình cờ trên siêu âm. Ngoài ra các đặc điểm của khuyết sẹo MLT cũng thay đổi theo thời gian và phụ thuộc vào nhiều yếu tố liên quan đến quá trình lành sẹo. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đặc điểm của khuyết sẹo mổ lấy thai sau mổ 12 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Các sản phụ mổ lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 7 năm 2020 đến tháng 7 năm 2021.

Bảng 2. Liên quan giữa các đặc điểm cuộc MLT và khuyết sẹo MLT

Đặc điểm	Sau MLT 12 tuần			
	Không có khuyết sẹo	Có khuyết sẹo	p	
Tổng số máu mất (ml)	$313,8 \pm 48,3$	$302,6 \pm 16,22$	> 0,05	
Thời gian phẫu thuật (phút)	$18,9 \pm 5,38$	$20,7 \pm 6,55$	> 0,05	
Thời gian chuyển dạ (giờ)	$7,11 \pm 3,8$	$9,8 \pm 1,3$	> 0,05	
Cân nặng thai (gram)	$3228,4 \pm 451,2$	$3257,9 \pm 308,9$	> 0,05	
Chỉ định MLT	Thai to	13	3	< 0,05
	Thai suy	7	4	> 0,05
	Rau tiền đạo	6	3	> 0,05

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các sản phụ mổ lấy thai lần đầu với tiêu chuẩn đường mổ đường ngang đoạn dưới tử cung (trong trường hợp phẫu thuật), được thăm khám tại thời điểm sau MLT 12 tuần.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các sản phụ có tiền sử MLT hoặc các phẫu thuật khác liên quan đến tử cung, đường mở cơ tử cung lấy thai không phải đường ngang đoạn dưới tử cung, diễn biến cuộc MLT bất thường: chảy máu, nhiễm trùng sau MLT.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 136 sản phụ mổ lấy thai lần một tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không nằm trong nhóm tiêu chuẩn loại trừ, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp thu thập thông tin: Tất cả các sản phụ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được thăm khám và trực tiếp siêu âm đường âm đạo, theo dõi và ghi lại số liệu ở thời điểm sau MLT 12 tuần.

Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu thu thập được sẽ được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Số lượng bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 136 bà mẹ sau mổ lấy thai.

Tỷ lệ khuyết sẹo mổ lấy thai ở thời điểm sau MLT 12 tuần là: 30,3%.

Bảng 1. Phân loại hình dạng khuyết sẹo MLT

Hình dạng	CDS sau MLT 4 tuần (%)
Hình tam giác	70% (28)
Hình bán nguyệt	25% (10)
Hình tròn	5% (2)

Nhận xét: Hình dạng chủ yếu của khuyết sẹo lấy thai là hình tam giác, sau đó là hình bán nguyệt và hình tròn.

Tại thời điểm 4 tuần sau mổ Phần lớn khuyết sẹo MLT đều là khuyết sẹo nhỏ. Chỉ có duy nhất 1 trường hợp khuyết sẹo lớn.

	Ôi vỡ sớm	4	0	
	CTC không tiến triển	8	7	>0,05
	Đầu không lọt	7	3	>0,05
	Xin mổ	6	4	>0,05

Nhận xét: thời gian trung bình phẫu thuật và thời gian trung bình chuyển dạ của hai nhóm có và không có khuyết sọ ở thời điểm sau MLT 12 tuần khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ có khuyết sọ và không có khuyết sọ ở nhóm chỉ định mổ lấy thai do thai to khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và khuyết sọ MLT sau MLT 12 tuần

Các yếu tố		Không có khuyết sọ	Có khuyết sọ	P
Hình thức mổ	Mổ chủ động	62 (72,8%)	23 (27,2%)	>0,05
	Mổ cấp cứu	30 (59,5%)	17 (40,5%)	
Bác sĩ phẫu thuật	Bác sĩ cọc 1	64 (70,5%)	26 (29,5%)	>0,05
	Bác sĩ cọc 2	28 (62,9%)	14 (37,1%)	
Kỹ thuật khâu	Khâu 1 lớp	49 (63,2%)	25 (36,8%)	>0,05
	Khâu 2 lớp	43 (75,9%)	15 (24,1%)	
Độ xóa mở CTC	Đóng	61 (71%)	25 (29%)	> 0,05
	1-4 cm	20 (62,5%)	12 (37,5%)	>0,05
	> 5 cm	11 (73,6%)	3 (21,4%)	>0,05
Tư thế tử cung	Trước	74 (70,2%)	34 (29,8%)	> 0,05
	Sau	18 (65,4%)	6 (34,6%)	

Nhận xét: Hình thức mổ, bác sĩ phẫu thuật, kỹ thuật khâu, độ xóa mở CTC, tư thế tử cung không phải yếu tố nguy cơ của khuyết sọ MLT ở thời điểm sau MLT 12 tuần.

Bảng 4. Liên quan độ xóa mở cổ tử cung, thời gian chuyển dạ và khuyết sọ sau MLT 12 tuần trong mổ cấp cứu

Yếu tố	Sau MLT 12 tuần			
	CDS	Không CDS	P	
Độ xóa mở CTC	CTC đóng	1	3	>0,05
	1 - 4 cm	12	20	>0,05
	≥ 5 cm	3	9	>0,05
Thời gian chuyển dạ	< 2h	1	3	>0,05
	2 - 5h	11	20	>0,05
	≥ 5h	5	7	>0,05

Nhận xét: Yếu tố độ xóa mở CTC và thời gian chuyển dạ không phải là yếu tố nguy cơ của khuyết sọ MLT trong nhóm mổ cấp cứu.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ khuyết sọ mổ lấy thai tại thời điểm 3 tháng sau mổ lấy thai là: 30.3%; tương đồng nghiên cứu của Rasha Kamel là 26.3%⁶. Dựa vào kết quả các nghiên cứu đã tiến hành trên thế giới, dễ dàng nhận thấy tỷ lệ khuyết sọ là rất khác nhau từ 19,4% - 88%⁷. Sở dĩ có sự khác nhau vì những nguyên nhân sau: Cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu ảnh hưởng rất lớn đến tỷ lệ khuyết sọ MLT ví dụ số lần MLT do đó các nghiên cứu khác nhau dẫn đến tỷ lệ khuyết sọ khác nhau rất nhiều. Phương pháp tiếp cận và chẩn đoán cũng ảnh hưởng đến tỷ lệ. Cho đến thời điểm hiện tại có 6 phương pháp được sử dụng để chẩn đoán khuyết sọ MLT. Phương pháp phổ biến nhất được sử dụng là siêu âm tử

cung qua đầu dò âm đạo vì ưu điểm đơn giản, dễ thực hiện. Việc quyết định thực hiện phương pháp nào trong thiết kế nghiên cứu có tác động rất lớn đến kết quả. Và cuối cùng Tiêu chuẩn đánh giá khác nhau giữa các nghiên cứu cũng dẫn đến tỷ lệ khác nhau. Mặc dù đã có rất nhiều nghiên cứu được thực hiện trong gần 15 năm tuy nhiên tiêu chuẩn định nghĩa khuyết sọ hoàn toàn chưa thống nhất.

Hình dạng khuyết sọ MLT chiếm tỷ lệ cao nhất là hình tam giác: 28 ca chiếm 70% ở thời điểm sau MLT 12 tuần; hình bán nguyệt và hình tròn chiếm vị trí thứ 2 và thứ 3. Kết quả này phù hợp với phần lớn các nghiên cứu: các tác giả đều mô tả khuyết sọ MLT có hình tam giác chiếm tỷ lệ cao nhất.

Dựa trên kích thước của chiều dày lớp cơ tử cung còn lại (RMT), khuyết sọ MLT được phân thành hai loại lớn và nhỏ. Áp dụng tiêu chuẩn sọ lớn khi chiều dày lớp cơ còn lại < 50% toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung (AMT), nghiên cứu thu được duy nhất 1 trường hợp sọ lớn có tỷ lệ AMT/RMT ở thời điểm sau MLT 12 tuần là 2,07. Trường hợp khuyết sọ lớn ở sản phụ có mổ đẻ cấp cứu do bất tương xứng thai – khung chậu mẹ; CTC mở < 5 cm và thời gian chuyển dạ > 5h, cân nặng thai 3600gr. Việc phân loại khuyết sọ theo kích thước dựa vào RMT có ý nghĩa quan trọng trong việc quyết định phương pháp điều trị khuyết sọ. Nếu khuyết sọ lớn có RMT < 3mm, lựa chọn phương pháp phẫu thuật nội

soi sửa sẹo; nếu buồng tử cung để sửa sẹo.

Thời gian phẫu thuật trung bình của hai nhóm có và không có khuyết sẹo ở thời điểm sau mổ lấy thai 12 tuần là: $20,763 \pm 6,55$ vs $18,9518 \pm 5,38$, $p = 0,112$; CI 95%: (- 4,049; 0,42). Như vậy, thời gian phẫu thuật trung bình giữa hai nhóm có và không có khuyết sẹo MLT ở thời điểm sau phẫu thuật 4 tuần là không có sự khác biệt. Sở dĩ có điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn. Nếu tiếp tục tiến hành nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn có thể nhận định thời gian phẫu thuật là yếu tố nguy cơ độc lập với khuyết sẹo MLT. Thời gian chuyển dạ: thời gian chuyển dạ trung bình của nhóm có và không có khuyết sẹo tại thời điểm sau MLT 12 tuần là: $9,8 \pm 1,3$ vs $7,11 \pm 3,82$, $p = 0,159$, CI 95% (-6,591; 1,213). Như vậy ở thời điểm 12 tuần sau MLT, thời gian chuyển dạ trung bình của hai nhóm có và không có khuyết sẹo là không có sự khác biệt. Thời gian chuyển dạ được xếp trong nhóm yếu tố ảnh hưởng đến vị trí vết mổ lấy thai, không thuộc nhóm ảnh hưởng đến khả năng liền sẹo. Điều lo ngại nhất của việc chuyển dạ kéo dài dẫn đến khả năng tạo thành khuyết sẹo chính là vị trí vết MLT có sát lỗ trong CTC hay không nên nếu vị trí vết mổ lấy thai không quá thấp; sau MLT 12 tuần, khả năng liền sẹo tốt hơn thì yếu tố thời gian chuyển dạ không còn tác động đến khuyết sẹo. Thêm nữa, cỡ mẫu không đủ lớn có thể dẫn đến kết quả yếu tố thời gian chuyển dạ không là yếu tố nguy cơ với khuyết sẹo tại thời điểm sau MLT 12 tuần.

Ở thời điểm sau MLT 12 tuần, tỷ lệ khuyết sẹo của nhóm khâu 01 lớp là 36,8% cao hơn so với khâu 02 lớp là 24,1%, $p > 0,05$ nên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê tuy nhiên nghiên cứu cho rằng nếu thực hiện cỡ mẫu lớn hơn rất có thể tỷ lệ tạo sẹo sẽ là khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trong nhóm mổ cấp cứu, phân tích thời gian chuyển dạ ta thấy tỷ lệ khuyết sẹo cao nhất ở nhóm chuyển dạ với thời gian kéo dài trên 10h, tiếp sau là ở nhóm chưa chuyển dạ tuy nhiên $p > 0,05$. So sánh với nghiên cứu Riita: thời gian chuyển dạ của nhóm có sẹo dài hơn: $16,3 \pm 13,9$, $p = 0,039$ do đó theo nghiên cứu này thời gian chuyển dạ là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với việc tạo khuyết sẹo. Như vậy, yếu tố xóa mở CTC không phải là yếu tố nguy cơ độc lập của khuyết sẹo. Xét trong nhóm mổ cấp cứu, thời gian chuyển dạ 2-5h và CTC xóa mở 1-4 cm làm tăng tỷ lệ khuyết sẹo nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ khuyết sẹo giữa hai nhóm tư thế tử cung ngả trước và ngả sau không khác biệt. Như vậy tư thế tử cung không

phải là yếu tố nguy cơ đối với khuyết sẹo MLT. Kết quả này tương tự với kết quả của I.Y. Park. Tuy nhiên trong một vài nghiên cứu, tư thế tử cung ngả sau có liên quan đến việc tạo thành khuyết sẹo. Một lý do được đưa ra để giải thích cho điều này: MLT ở tử cung ngả sau sẽ tạo áp lực lớn hơn trong quá trình liền sẹo, dẫn tới sự co kéo lên vết sẹo và làm giảm sự tưới máu lên vết sẹo MLT. Sự thay đổi tư thế tử cung sau MLT có thể xảy ra phụ thuộc vào những yếu tố trong cuộc MLT như vị trí thấp của vết sẹo MLT, kỹ thuật khâu cơ tử cung hay những hoạt động trong phẫu thuật ảnh hưởng tới việc hình thành ổ viêm dính. Các nghiên cứu cũng chưa chắc chắn được tư thế ngả sau tạo khuyết sẹo hay ngược lại tư thế tử cung trở thành ngả sau do sự liền sẹo không tốt ở cơ tử cung⁸.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ khuyết sẹo MLT ở thời điểm sau MLT 12 tuần là: 30.3%. Khuyết sẹo hình tam giác chiếm tỷ lệ lớn nhất là 70%. Thời gian phẫu thuật kéo dài không làm tăng tỷ lệ khuyết sẹo MLT. Thời gian chuyển dạ kéo dài không làm tăng tỷ lệ khuyết sẹo MLT. Tỷ lệ khuyết sẹo MLT ở kỹ thuật khâu 02 lớp và sẹo khâu 01 lớp khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Vervoort AJMW, Uittenbogaard LB, Hehenkamp WJK, Brölmann H a. M, Mol BWJ, Huirne J a. F.** Why do niches develop in Caesarean uterine scars? Hypotheses on the aetiology of niche development. *Hum Reprod Oxf Engl.* 2015;30(12):2695-2702. doi:10.1093/humrep/dev240
- Kremer TG, Ghiorzi IB, Dibi RP. Isthmocele:** an overview of diagnosis and treatment. *Rev Assoc Medica Bras* 1992. 2019;65(5):714-721. doi:10.1590/1806-9282.65.5.714
- Park IY, Kim MR, Lee HN, Gen Y, Kim MJ.** Risk factors for Korean women to develop an isthmocele after a cesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):162. doi:10.1186/s12884-018-1821-2
- B MV, C R.** Cesarean scar defect and its association with clinical symptoms, uterine position and the number of cesarean sections. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2020;9(10):4091-4096. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20204293
- Wang CB, Chiu WWC, Lee CY, Sun YL, Lin YH, Tseng CJ.** Cesarean scar defect: correlation between Cesarean section number, defect size, clinical symptoms and uterine position. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009;34(1):85-89. doi:10.1002/uog.6405
- Kamel R, Eissa T, Sharaf M, Negm S, Thilaganathan B.** Position and integrity of uterine scar are determined by degree of cervical dilatation at time of Cesarean section. *Ultrasound Obstet*

Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol. 2021;57(3):466-470. doi:10.1002/uog.22053

7. **Hanacek J, Vojtech J, Urbankova I, et al.** Ultrasound cesarean scar assessment one year postpartum in relation to one- or two-layer uterine suture closure. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020;99(1):69-78. doi:10.1111/aogs.13714

8. **Bij de Vaate AJM, Brölmann H a. M, van der Voet LF, van der Slikke JW, Veersema S, Huirne J a. F.** Ultrasound evaluation of the Cesarean scar: relation between a niche and postmenstrual spotting. Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol. 2011;37(1):93-99. doi:10.1002/uog.8864

NHẬN XÉT MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY HẸP MIỆNG NỐI SAU PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình*, Phan Hữu Huỳnh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố nguy cơ gây hẹp miệng nối sau mổ triệt căn ung thư trực tràng. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 256 BN ung thư trực tràng được phẫu thuật triệt căn, tỷ lệ hẹp miệng nối 3,52%. Có 3 yếu tố nguy cơ liên quan đến hẹp miệng nối là: xạ trị tiền phẫu (OR=8,18, 95%CI=1,66-40,32), phẫu thuật bảo tồn cơ thắt (ISR) (OR=11,4, 95%CI=2,30-56,42) và rò miệng nối sau mổ (OR=23,24, 95%CI = 3,34-161,80). **Kết luận:** Các yếu tố nguy cơ gây hẹp miệng nối sau mổ là: Rò miệng nối, phẫu thuật ISR, tia xạ trước mổ.

SUMMARY

ASSESSMENT RISK FACTORS OF ANASTOMOTIC STRICTURE FOLLOWING RECTAL CANCER SURGERY AT K HOSPITAL

Aim: To assess the risk factor of anastomotic stricture following rectal cancer surgery. **Method:** Retrospective study. **Results:** Among the 256 patients included, 9 (3.52%) were diagnosed as having anastomotic stricture. Multivariable logistic regression analysis revealed that postoperative radiotherapy (OR=8.18, 95%CI=1.66-40.32), intersphincteric resection (ISR) (OR=11.4, 95%CI=2.30-56.42), anastomotic leak (OR=23.24, 95%CI = 3.34-161.80) were independent risk factors of anastomotic stricture. **Conclusion:** ISR, postoperative radiotherapy and anastomotic leak were independent risk factors of anastomotic stricture.

Keywords: Anastomosis stricture, rectal cancer,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp miệng nối trực tràng (HMN) là biến chứng sau mổ thường gặp trong phẫu thuật triệt căn ung thư trực tràng với tỷ lệ khoảng 2,5 - 19,5% [1], [2], [3] [8]. Hiện tại chưa có một thống nhất chung về tiêu chuẩn chẩn đoán HMN,

đa số các báo cáo cho rằng HMN là khi ống soi đại tràng không thể đi qua được miệng nối [3]. Một cách chẩn đoán khác hay được dùng là khi không thể đưa ngón II hoặc que thăm đường kính 19 mm qua miệng nối khi thăm trực tràng [2] [4]. Nghiên cứu của Kumar và cộng sự trên 108 bệnh nhân (BN) ghi nhận tỷ lệ HMN là 17,6% (19/108 ca), yếu tố nguy cơ bao gồm khoảng cách của u đến mép hậu môn, có biến chứng rò miệng nối sau mổ và giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô chày [6]. Báo cáo của Lee với cho thấy tỷ lệ HMN là 7,8% (45/586 BN). Yếu tố nguy cơ được nhóm tác giả này khẳng định là: xạ trị sau mổ và khâu nối tay miệng nối đại tràng ống hậu môn [7].

Số lượng BN ung thư trực tràng đặc biệt là nhóm có tổn thương trực tràng trung bình - thấp được phẫu thuật triệt căn tại khoa Ngoại Bụng 1 - Bệnh viện K tăng dần trong vài năm trở lại đây. Hiện tại chưa có nghiên cứu nào đánh giá về tình trạng HMN cũng như yếu tố nguy cơ của biến chứng này. Chính vì vậy, đề tài này được thực hiện với mục tiêu: *Nhận xét một số yếu tố nguy cơ gây hẹp miệng nối sau phẫu thuật triệt căn ung thư trực tràng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN ung thư trực tràng được phẫu thuật triệt căn và nối đại tràng với trực tràng còn lại hoặc ống hậu môn. Chẩn đoán là HMN sau mổ khi không đưa ống soi mềm đường kính 14mm, hệ thống nội soi Olympus qua được khi thực hiện nội soi đại tràng ở bất kỳ thời điểm nào sau khi xuất viện. Đối với những BN có làm HMNT hồi tràng thì tính từ sau khi được phẫu thuật đóng HMNT.

- Thời gian: 01/2017 đến tháng 10/2021, địa điểm: Khoa Ngoại Bụng 1, bệnh viện K.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu. Lựa chọn cỡ mẫu thuận tiện, N= 256 BN.

*Trung tâm phẫu thuật nội soi Rô bốt, Bệnh viện K

**Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 6.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.3.2022

Ngày duyệt bài: 10.3.2022