

với yêu cầu che phủ của các khuyết hồng ở cẳng bàn chân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Hữu Trung và Lâm Khánh và Lê Văn Đoàn** (2020), "Ứng dụng vật mạch xuyên cuống liền điều trị khuyết hồng phần mềm vùng cẳng chân", Tạp chí Y - Dược học quân sự. 3, tr. 42- 47.
2. **K. X. Dong và các cộng sự.** (2014), "Perforator pedicled propeller flaps for soft tissue coverage of lower leg and foot defects", Orthop Surg. 6(1), tr. 42-6.
3. **M. A. Hifny và các cộng sự.** (2020), "Propeller perforator flaps for coverage of soft tissue defects in the middle and distal lower extremities", Ann Chir Plast Esthet. 65(1), tr. 54-60.
4. **H. Hyakusoku, T. Yamamoto và M. Fumiiri** (1991), "The propeller flap method", Br J Plast Surg. 44(1), tr. 53-4.
5. **I. Koshima và S. Soeda** (1989), "Inferior epigastric artery skin flaps without rectus abdominis muscle", Br J Plast Surg. 42(6), tr. 645-8.
6. **M. Pignatti và các cộng sự.** (2011), "The "Tokyo" consensus on propeller flaps", Plast Reconstr Surg. 127(2), tr. 716-722.
7. **L. Shen và các cộng sự.** (2017), "Peroneal perforator pedicle propeller flap for lower leg soft tissue defect reconstruction: Clinical applications and treatment of venous congestion", J Int Med Res. 45(3), tr. 1074-1089.
8. **A. Sisti và các cộng sự.** (2016), "Propeller Flaps: A Literature Review", In Vivo. 30(4), tr. 351-73.
9. **G. G. Hallock** (2006), "The propeller flap version of the adductor muscle perforator flap for coverage of ischial or trochanteric pressure sores", Ann Plast Surg. 56(5), tr. 540-2.

NHẬN XÉT CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI CON SO ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN 19-8 BỘ CÔNG AN

Nguyễn Quảng Bắc¹, Khổng Thị Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét chỉ định mổ lấy thai con so đủ tháng tại bệnh viện 19-8 Bộ Công An. **Phương pháp:** Tiến cứu mô tả. **Kết quả:** Số Sản phụ mổ lấy thai do cổ tử cung không tiến triển nhiều nhất có 48 sản phụ, chiếm 26,81%, số sản phụ mổ lấy thai do đầu không lọt là 28 sản phụ, chiếm 15,64%, có 37 sản phụ mổ lấy thai do thai chiếm 35,19% trong đó thai to chiếm 20,67%; thai suy có 26 sản phụ chiếm 14,52%, có 27 sản phụ mổ lấy thai do mẹ và bệnh lí của mẹ chiếm 15,08%, nguyên nhân mổ lấy thai do nguyên nhân xã hội chiếm 7,26%. **Kết luận:** Chỉ định mổ lấy thai con so chủ yếu là cổ tử cung không tiến triển và cổ tử cung mở hết đầu không lọt, tiếp đến là thai to và thai suy.

Từ khóa: Mổ lấy thai, bơm tinh trùng (IUI), thụ tinh ống nghiệm (IVF), cổ tử cung (CTC).

SUMMARY

INDICATIONS FOR CESAREAN SECTION ON TERM PREGNANCY IN PRIMIGRAVIDA AT HOSPITAL 19-8 MINISTRY OF DOMESTIC SECURITY

Objectives: Indications for cesarean section on term pregnancy in primigravida. **Methodology:** Descriptive study. **Results:** The number of pregnant women who underwent C-sections due to cervical

dystocia was 48 and accounts for 26,81%. The figure for cephalopelvic disproportion was 28 with the percentage being 15,64%. C-section was carried out on 37 women due to fetal macrosomia or fetal distress, with the percentage of 20,67% and 14,25% respectively. While 15,08% of the cases resulted from maternal factors, social factors leading to C-section accounted for only 7,26%. **Conclusion:** The main reasons of cesarean section on term pregnancy in primigravida were cervical dystocia and cephalopelvic disproportion, followed by fetal macrosomia and fetal distress.

Keywords: Caesarean section, IUI (Intrauterine insemination), IVF (In vitro fertilisation), Cervical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhiều nước trên thế giới tăng nhanh trong vòng 20 năm trở lại đây, đặc biệt là các nước phát triển. Tại Việt Nam, tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng, nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2016 lên đến 41,4%¹. Năm 2001 Giáo sư Michael Robson đã tạo ra một hệ thống phân loại các trường hợp mổ lấy thai theo 10 nhóm không chú trọng vào chỉ định mổ lấy thai mà thay vào đó, phân loại này dựa trên đặc điểm riêng của từng sản phụ, giúp phân các sản phụ vào các nhóm khác nhau, qua đó đánh giá tỷ lệ mổ lấy thai của từng nhóm². Nhóm I bao gồm các sản phụ con so ngôi đầu đủ tháng chuyển dạ được đánh giá là nhóm nguy cơ thấp, kích cỡ lớn, tỉ lệ mổ lấy thai cao nhưng có khả năng kiểm soát được, nếu giảm được tỉ lệ mổ lấy thai nhóm I thì sẽ giảm được tỉ lệ mổ lấy thai lại sau mổ lấy thai vì thế là chìa khóa mấu chốt để giảm tỉ lệ mổ lấy thai.

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Bệnh viện 19-8 Bộ Công An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacvpstw@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023

Hiện tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công An chưa có một nghiên cứu nào về tỷ lệ mổ lấy thai nói chung và của các sản phụ thuộc nhóm I nói riêng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Nhận xét chỉ định mổ lấy thai con so đủ tháng tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công An".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các sản phụ con so, đơn thai, đủ tháng, ngôi đầu chuyển dạ đẻ tự nhiên có chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện 19-8 BCA từ tháng 9/2019 đến tháng 8/2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Theo tiêu chuẩn Robson nhóm I

- Con so, 01 thai; ngôi đầu
- Tuổi thai: ≥ 37 tuần; ≤ 41 tuần
- Chuyển dạ đẻ tự nhiên:
 - o Cổ tử cung xóa hết, mở ≥ 2 cm;
 - o Cơ co tử cung kéo dài ≥ 30 giây, tần số ≥ 3 (có 3 cơn trong 10 phút)
 - o Có sự thành lập đầu ối: ối phòng, ối dẹt, ối vỡ sớm;
- Có chỉ định mổ lấy thai.
- Các hồ sơ bệnh án phải đảm bảo đủ thông tin cần thiết theo tiêu chuẩn của nghiên cứu.
- Sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp mổ lấy thai con so không phải Robson I như : Đa thai, ngôi ngang, ngôi ngược, non tháng < 37 tuần; cạn ối, thiếu ối, ối vỡ non, thai quá ngày chưa có chuyển dạ tự nhiên, phải khởi phát chuyển dạ;
- Các trường hợp thai lưu, thai dị tật bẩm sinh nặng;
- Sản phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

- Chúng tôi tiến hành lấy mẫu thuận tiện, lấy được 179 sản phụ thuộc đối tượng nghiên cứu trong thời gian một năm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Chỉ định mổ lấy thai do các nhóm nguyên nhân

Chỉ định		n	Tỉ lệ
Nguyên nhân do bất thường chuyển dạ	CTC không tiến triển	48	26,81
	Cổ tử cung mở hết-đầu không lọt	28	15,64
	Tổng	76	42,46
Nguyên nhân do thai và phần phụ của thai	Thai to	37	20,67
	Thai suy	26	14,52
	Tổng	63	35,19

Nguyên nhân do mẹ	Khung chậu	03	1,67
	Bất tương xứng thai – khung chậu	9	4,46
	TSG	08	5,02
	Bệnh lí khác (ĐTĐ, hen phế quản...)	7	3,91
Tổng		27	15,08
Nguyên nhân xã hội	Vô sinh- IUI-IVF – TSSKNN	10	5,59
	Con so lớn tuổi	03	1,67
	Tổng	13	7,26
Tổng		179	100

Nhận xét: Nguyên nhân mổ lấy thai do bất thường khi chuyển dạ nhiều nhất trong đó:

- + Số Sản phụ mổ lấy thai do CTC không tiến triển nhiều nhất có 48 sản phụ, chiếm 26,81%;
- + Số sản phụ mổ lấy thai do đầu không lọt là 28 sản phụ, chiếm 15,64%;
- Có 37 sản phụ mổ lấy thai do thai chiếm 35,19% trong đó thai to chiếm 20,67%; thai suy có 26 sản phụ chiếm 14,52%;
- Có 27 sản phụ mổ lấy thai do mẹ và bệnh lí của mẹ chiếm 15,08%
- Nguyên nhân mổ lấy thai do nguyên nhân xã hội chiếm 7,26%.

IV. BÀN LUẬN

Số Sản phụ mổ lấy thai do CTC không tiến triển nhiều nhất có 48 sản phụ, chiếm 26,81%. Đây là chỉ định mổ lấy thai chiếm tỉ lệ cao nhất. So với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Công thì chúng tôi đều rút ra điểm chung là tỉ lệ mổ lấy thai do cổ tử cung không tiến triển đều là cao nhất. Tuy nhiên ở nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ cổ tử cung không tiến triển là 26,81% cao hơn Nguyễn Tiến Công³ 22,99%. Nhưng tổng số 2 tỉ lệ mổ lấy thai do cổ tử cung không tiến triển và kiểu thể bất thường của Nguyễn Tiến Công là 28,18% cũng tương tự của chúng tôi là 26,81%. Kiểu thể bất thường làm cho thai nhi không bình chỉnh tốt, không tì tốt vào cổ tử cung làm cho cổ tử cung không tiến triển. Có thể do chúng tôi không tách ra các kiểu thể bất thường mà gộp chung vào nhóm cổ tử cung không tiến triển.

Mổ lấy thai do CTC không tiến triển chiếm 5,86% mổ lấy thai chung. Kết quả này của chúng tôi cao hơn Nguyễn Thị Hiền 2016 thực hiện ở bệnh viện phụ sản trung ương có 243 sản phụ mổ lấy thai do CTC không tiến triển trên 8278 sản phụ được chỉ định mổ lấy thai chung chiếm 2,93%¹.

Tỉ lệ cổ tử cung mở hết đầu không lọt của chúng tôi là 15,64% cao hơn tỉ lệ mổ lấy thai do đầu không lọt của Nguyễn Tài Đức⁴ 10% nhưng

lại thấp hơn tỉ lệ đầu không lọt của Bùi Quang Trung⁵ 10,9%. Nguyên nhân là do nghiên cứu của Nguyễn Tài Đức trên cả nhóm con so chuyển dạ bao gồm cả ngôi đầu và ngôi mông. Còn nghiên cứu của Bùi Quang Trung là trên nhóm con so bao gồm cả chuyển dạ và chưa chuyển dạ cho nên mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn nên tỉ lệ mổ lấy thai do đầu không lọt trong nghiên cứu của tôi cao hơn hai nghiên cứu trên. Theo kết quả nghiên cứu có 16 sản phụ có cân nặng thai nhi > 3,5 kg chiếm 67,85% ở nhóm cổ tử cung mở hết đầu không lọt. Điều này có thể suy ra cân nặng thai nhi có liên quan đến chỉ định mổ lấy thai do CTC mở hết đầu không lọt.

Một số nguyên nhân dẫn đến CTC mở hết đầu không lọt như sau:

Thứ nhất, những trường hợp thai to mà không được đánh giá từ trước, đây chính là những trường hợp bất cân xứng thai nhi khung chậu được thử thách trong suốt quá trình chuyển dạ và khi cổ tử cung mở hết đầu không lọt, chỉ định mổ lấy thai là hoàn toàn xứng đáng. Trong nghiên cứu có 16 trong 28 trường hợp mổ lấy thai do CTC mở hết đầu không lọt có cân nặng thai > 3500 gr.

Thứ hai, do đầu thai nhi cúi không tốt. Có 12 sản phụ có cân nặng thai nhi < 3,5 kg, trong đó cân nặng nhỏ nhất là 2,8 kg. Điều này chứng tỏ ngoài vấn đề thai to bỏ sót thì đầu không lọt còn do kiểu thể của thai nhi. Đầu thai nhi cúi không tốt có thể do cơ co thừa, khung chậu hẹp, bất cân xứng thai- khung chậu, dây rốn ngắn. Sau khi điều chỉnh cơ co tử cung đạt mà đầu vẫn không lọt thì chỉ định mổ lấy thai là hoàn toàn xứng đáng, mặc dù cân nặng thai < 3500 gr.

Như phân tích ở trên chỉ có 1 trường hợp mổ lấy thai do thai to có cân nặng thai nhi < 3,5 kg, 97,3% sản phụ có cân nặng thai nhi $\geq 3,5$ kg cho thấy rằng chỉ định mổ lấy thai do thai to là đúng chỉ định, Bệnh viện 19-8, Bộ Công an kiểm soát tốt tình trạng mổ lấy thai do thai to.

Theo kết quả cho thấy có 10 trường hợp chỉ định mổ lấy thai do tim thai nhanh, nhịp giảm sớm nguy cơ suy thai. Tim thai nhanh, nhịp giảm sớm không phải là tiêu chuẩn chẩn đoán suy thai, nó có thể là sinh lí.

Có 27 sản phụ mổ lấy thai do mẹ và bệnh lí của mẹ, như vậy tỉ lệ mổ lấy thai do mẹ và các bệnh lí của mẹ chiếm 15,08%. Tỉ lệ này của chúng tôi cao hơn của Nguyễn Tiến Công tất cả những trường hợp mổ lấy thai do mẹ 8,01%³.

Có 11 sản phụ mổ lấy thai do khung chậu trong đó có 3 sản phụ khung chậu hẹp, 9 trường hợp bất tương xứng thai nhi và khung chậu, còn

lại 15 sản phụ là có mẹ mang bệnh lí

Nghiên cứu của Nguyễn Tài Đức⁴ có tỉ lệ sản phụ thụ tinh ống nghiệm 30,0%, điều này cho thấy rằng các sản phụ thụ tinh ống nghiệm có xu hướng chọn bệnh viện trung ương để sinh. Còn ở chỗ chúng tôi tỉ lệ mổ lấy thai do mẹ hiếm muộn, thụ tinh ống nghiệm thấp chỉ có 5,59%.

Có 10 sản phụ mổ lấy thai do vô sinh hiếm muộn, IUI-IVF, 3 sản phụ chỉ định do con so lớn tuổi. Đây là những chỉ định mổ lấy thai tương đối. Có thể hiểu những sản phụ con so lớn tuổi (>35 tuổi) khi kết hôn họ đã thuộc nhóm đối tượng khó có thai, dễ sảy thai, thai lưu, nhiều người chỉ xác định sinh 1-2 con nên họ mong muốn mổ lấy thai. Nhiều tác giả trong và ngoài nước đều cho thấy tỉ lệ mổ lấy thai tăng cao khi tuổi mẹ tăng cao như trong nghiên cứu của Cnattingius⁶ và Notzon F>C tại Thủy Điển 1998 tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ con so trên 35 tuổi tăng 4,4 lần. Theo nhiều tác giả ghi nhận sự bất thường của cơ co tử cung trong chuyển dạ dẫn đến chuyển dạ kéo dài, sự kém thích ứng, giảm sự chun giãn đường sinh dục.

Về trường hợp mẹ tiền sử hiếm muộn, IUI-IVF đây là những lý do xã hội và là chỉ định mổ lấy thai tương đối. Sản phụ và gia đình sản phụ cũng lo lắng và mong muốn đảm bảo an toàn sinh nở. Trong hoàn cảnh hiện tại để đảm bảo an toàn cho sức khỏe mẹ và thai thì người thầy thuốc đôi khi chọn mổ lấy thai.

V. KẾT LUẬN

Chỉ định mổ lấy thai con so chủ yếu là cổ tử cung không tiến triển và cổ tử cung mở hết đầu không lọt, tiếp đến là thai to và thai suy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Hiền** (2017) Nghiên cứu các chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2016, luận văn thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
2. **Robson M** (2001). "Classification of caserean sections". *Fetal Matern Med Rev*, 12(1): Tr.23-39.
3. **Nguyễn Tiến Công** (2019). Tỉ lệ MLT nhóm I theo nhóm phân loại của Robson tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk, Y học Thành Phố HCM, phụ bản 22, số 1, 2018, 93-98
4. **Nguyễn Tài Đức** (2019): "Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện phụ sản trung ương
5. **Bùi Quang Trung** (2010), Nghiên cứu mổ lấy thai con so tại bệnh viện phụ sản trung ương trong sáu tháng cuối năm 2004-2009, luận văn thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Cnattingius S, Notzon FC** (1980). Cesarean section delivery in the 1980s, international comparison by.