

Phùng Thị Hải Minh¹, Nguyễn Quảng Bắc², Ngô Toàn Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét các chỉ định mổ lấy thai ở 535 trường hợp sản phụ ở bệnh viện Sản nhi tỉnh Vĩnh Phúc năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 535 sản phụ được mổ lấy thai tại bệnh viện Sản nhi Vĩnh Phúc. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu là $28,9 \pm 5,7$ tuổi. Tỷ lệ sản phụ chưa mổ lấy thai lần nào chiếm tỷ lệ lớn nhất với 46,7%. Tỷ lệ sản phụ mổ lấy thai do có nhiều hơn hai chỉ định chiếm 84,3%, mổ lấy thai với 1 chỉ định chiếm 15,7%. Chỉ định mổ lấy thai do tử cung có vết mổ cũ chiếm tỷ lệ 41,9%. Tỷ lệ mổ lấy thai do ối vỡ sớm chiếm tỷ lệ lớn 62,0%, thấp nhất là mổ lấy thai do rau tiền đạo trung tâm 7,0%. Chỉ định mổ lấy thai do cao huyết áp chiếm tỷ lệ 76,7%. **Kết luận:** Bác sĩ sản khoa đưa ra chỉ định mổ lấy thai dựa trên nhiều yếu tố tiền lượng cuộc đẻ. Chỉ định mổ lấy thai nhiều nhất vẫn là do tử cung có vết mổ đẻ cũ.

Từ khóa: Mổ lấy thai, bệnh viện Sản nhi Vĩnh Phúc, chỉ định sản khoa.

SUMMARY

COMMENT ON INDICATIONS FOR C-SECTION AT VINH PHUC PROVINCIAL OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN 2023

Objective: To comment on the indications for C-section in 535 pregnant women at Vinh Phuc Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2023. **Methodology:** This is a cross-sectional descriptive study on 535 pregnant women indicated for C-section at Vinh Phuc Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** The average age of the subjects in the study was 28.9 ± 5.7 years. The proportion of pregnant women who have never had a C-section accounts for the largest proportion at 46.7%. The proportion of women undergoing cesarean section for more than two indications is 84.3%, and cesarean section for only 1 indication is 15.7%. Indications for cesarean section were due to previous C-section accounting for 41.9%. The rate of cesarean section due to premature rupture of membranes is 62.0%, the lowest rate is cesarean section due to central placenta previa at 7.0%. Indications for cesarean section due to high blood pressure account for 76.7%. **Conclusion:** Obstetricians make indications for cesarean section based on many factors predicting the birth prognosis. The most common indication for cesarean section is

still due to the uterus having an old cesarean section.

Keywords: C-section, Vinh Phuc Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital, obstetric indications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) là một phẫu thuật được thực hiện nhằm đưa thai nhi ra khỏi cơ thể người mẹ qua đường bụng và là một trong những phẫu thuật có lịch sử lâu đời nhất trong ngành phẫu thuật.¹ Đây là phương pháp làm giảm tỷ lệ tử vong những trường hợp gặp bất thường trong quá trình chuyển dạ tuy nhiên đây là một phẫu thuật có nguy cơ gây chảy máu cho bà mẹ và nhiều nguy cơ bất lợi cho trẻ sơ sinh.⁸ Ngoài ra, MLT cũng gây ra những tác động lâu dài đến sức khỏe của bà mẹ ở những lần mang thai tiếp theo. Mổ lấy thai chỉ thực sự đứng đầu trong những trường hợp sản phụ không thể sinh theo đường âm đạo.⁷ Thực tế cho thấy, MLT ngày càng được áp dụng rộng rãi tại nhiều cơ sở sản khoa với nhiều chỉ định khác nhau phù hợp với từng trường hợp bệnh cảnh. Chỉ định MLT là một quyết định không dễ dàng với bác sĩ sản khoa khi phải cân đối lợi ích và nguy cơ cho mẹ và thai. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này tại bệnh viện Sản nhi Vĩnh Phúc năm 2023 nhằm mục đích đánh giá và bàn luận về các chỉ định mổ lấy thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: sản phụ có chỉ định MLT tại BV Sản nhi Vĩnh Phúc từ ngày 01/01/2023 đến ngày 31/12/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Hồ sơ của những sản phụ có chỉ định MLT tại BV Sản nhi Vĩnh Phúc từ ngày 01/01/2023 đến ngày 31/12/2023

- Các hồ sơ bệnh án đảm bảo đầy đủ thông tin cần thiết theo tiêu chuẩn của nghiên cứu (các biến số trong mục các phương pháp thu thập thông tin).

- Tuổi thai ≥ 37 tuần

Tiêu chuẩn loại trừ khỏi mẫu nghiên cứu

- Các trường hợp hồ sơ không đủ dữ kiện cần thiết hoặc mổ ở nơi khác chuyển đến trong thời gian nghiên cứu

- Hồ sơ bệnh án ghi không đầy đủ các thông tin nghiên cứu

- Tuổi thai < 37 tuần

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu

¹Bệnh viện Sản nhi Vĩnh Phúc

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Hải Minh

Email: bshaiminh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu ước lượng tỷ lệ sản phụ được mổ lấy thai:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{(p.\varepsilon)^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu

p: Ước tính dựa trên tỷ lệ sản phụ được mổ lấy thai tại Bệnh viện Sản nhi Bắc Ninh với $p = 0,464^4$

α : Mức ý nghĩa thống kê. Chọn $\alpha = 0.05$ tương ứng với độ tin cậy 95%. $Z(1-\alpha/2) = 1.96$.

ε : Mức sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể, chọn $\varepsilon = 0.1$.

Từ công thức trên, chúng tôi tính toán được cỡ mẫu dự kiến $n = 445$ đối tượng nghiên cứu. Để tránh trường hợp thiếu mẫu do bệnh án nghiên cứu không đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu (ước tính 10%), cần tiến hành chọn tối thiểu 535 mẫu hồ sơ bệnh án.

Phân tích xử lý số liệu. Số liệu được làm sạch sau đó phân tích bằng phần mềm Stata 15.

Thống kê mô tả: các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm, các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, tứ phân vị, min, max.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ tiến hành khi được thông qua bởi Hội đồng chăm Đê cương Chuyên khoa II trường Đại học Y Hà Nội và sự cho phép nghiên cứu của ban lãnh đạo Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc. Nghiên cứu chỉ tiến hành thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, không can thiệp trên người bệnh, không làm sai lệch kết quả điều trị của người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố tỉ lệ mổ lấy thai theo độ tuổi mẹ

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỉ lệ	X ± SD (Min-Max)
≤ 19	11	2,1	28,9±5,7 (16-49)
20 - 24	121	22,6	
25 - 29	173	32,3	
30 - 34	144	26,9	
≥ 35	86	16,1	
Tổng	535		

Nhận xét: Tuổi sản phụ MLT đông nhất là lứa tuổi từ 25-29 với 32,3%. Có 2 trường hợp bệnh nhân dưới 19 tuổi MLT. Tuổi trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu là 28,9±5,7 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 17 tuổi và tuổi cao nhất là 49 tuổi.

Bảng 2. Tiền sử bệnh lý của mẹ có liên quan chỉ định MLT

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Tiền sử sản phụ khoa		

Chưa MLT lần nào	250	46,7
MLT lần 1	201	37,6
MLT 2 lần	76	14,2
MLT Từ 3 lần trở lên	8	1,5
Tiền sử nội khoa		
Không có bệnh	509	95,1
Basedow	1	0,2
Cao huyết áp	10	1,9
U xơ tử cung	15	2,8

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ chưa MLT lần nào chiếm tỷ lệ lớn nhất với 46,7%, MLT 1 lần là 37,6% và MLT từ 3 lần trở lên chiếm 1,5%. Tỷ lệ thai phụ không có bệnh lý khi mang thai, chiếm tỷ lệ 95,1%. Có 1 sản phụ đang phải điều trị Basedow, 10 người đang điều trị cao huyết áp và 15 trường hợp có phát hiện có u xơ trong buồng tử cung.

Bảng 3. Phân bố chỉ định mổ lấy thai

Số chỉ định mổ lấy thai	Số lượng	Tỷ lệ
Có ≥ 2 chỉ định	451	84,3
Có một chỉ định	84	15,7
Tổng	535	

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ MLT do có nhiều hơn hai chỉ định chiếm 84,3,0%, MLT với 1 chỉ định chiếm 15,7%.

Bảng 4. Các chỉ định mổ lấy thai

Chỉ định	Số lượng	Tỷ lệ
Các chỉ định mổ lấy thai do bất thường đường SD của mẹ		
TC có sẹo cũ	224	69,6
Khung chậu hẹp	50	15,5
Khối u ở TC	2	0,6
Bất thường ADD, AH, TSM	7	2,2
Chỉ định mổ lấy thai do thai		
CTC không tiến triển	38	11,8
Khác	1	0,3
Ngôi thai bất thường	20	13,2
Thai to	87	57,6
Thai suy	32	21,2
Thai già tháng	5	3,3
Thai dị dạng	1	0,6
Đa thai	3	2,0
Khác	23	13,2
Các chỉ định mổ lấy thai do phần phụ của thai		
Rau tiền đạo trung tâm	5	7,0
Rau cài răng lược	22	31,0
Ôi vỡ sớm	44	62,0
Các chỉ định mổ lấy thai do bệnh lý của mẹ		
Cao huyết áp/TSG	23	76,7
Bệnh lý tuyến giáp (Basedow)	2	6,7
Bệnh lý tim mạch	5	16,7

Nhận xét: Chỉ định MLT do tử cung có vết mổ cũ chiếm tỷ lệ 41,9%, khung chậu hẹp chiếm 9,3%. Chỉ định MLT do thai to chiếm tỷ lệ lớn

với 57,6% tiếp theo là chỉ định MLT do thai suy chiếm tỷ lệ 21,2%. Chỉ có 3 trường hợp MLT do đa thai. Tỷ lệ MLT do OVS chiếm tỷ lệ lớn 62,0%, thấp nhất là MLT do rau tiền đạo trung tâm 7,0%. Chỉ định MLT do cao huyết áp chiếm tỷ lệ 76,7%, MLT do đái tháo đường chiếm tỷ lệ 6,7%. 5 trường hợp MLT do bệnh lý khác.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi của sản phụ. Qua nghiên cứu 535 trường hợp MLT tại BV Sản Nhi Vĩnh Phúc trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy lứa tuổi của sản phụ tương tự với tác giả của Nguyễn Thị Hiền (2016) khi nghiên cứu tại BV Phụ sản TƯ; tác giả cũng cho thấy chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi 25 – 29 tuổi (chiếm 47,1%), tuổi lớn nhất là 48 và nhỏ nhất là 15 tuổi.¹ Nghiên cứu của Vũ Trọng Tấn (2018) tại BV Sản Nhi Bắc Ninh cũng cho thấy sản phụ thuộc nhóm tuổi 25 - 29 chiếm tỷ lệ cao nhất (45,4%), tiếp đến là sản phụ thuộc nhóm tuổi 30 - 34 chiếm 24,6%.⁴ Tuổi trung bình của những sản phụ đẻ con so trong nghiên cứu của chúng tôi ($28,9 \pm 5,7$ tuổi). Trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một tỷ lệ tương đối các sản phụ dưới 19 tuổi (2,1%), trong đó có 4 trường hợp 17 tuổi, 1 trường hợp 18 tuổi và 6 trường hợp 19 tuổi. Theo Quỹ dân số Liên hiệp quốc (UNFPA), vấn đề mang thai ở tuổi vị thành niên (17-19 tuổi) hiện đang là vấn đề báo động ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam.⁹ Hệ quả của vấn đề mang thai và sinh con ở lứa tuổi vị thành niên không chỉ là vấn đề sức khỏe mà còn ảnh hưởng đến cuộc sống tương lai của các em mà còn ảnh hưởng đến chất lượng dân số và xã hội nói chung. Nói riêng, các em sẽ phải chịu nhiều nguy cơ sản khoa, trầm cảm và gánh nặng nuôi nấng con cái.

Về tiền sử sản khoa. Tỷ lệ sản phụ chưa MLT lần nào là 46,7%, MLT 1 lần là 37,6%, MLT từ 3 lần trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất với 1,5%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Nguyệt. Tác giả ghi nhận rằng tỷ lệ phụ nữ chưa MLT lần nào chiếm đa số 36,4% và MLT trên 3 lần chiếm tỷ lệ nhỏ nhất với 0,1%.³

Về số chỉ định MLT. Sản phụ có nguyên nhân MLT có một chỉ định chiếm tỉ lệ (15,7%) thấp hơn sản phụ có nguyên nhân MLT có từ 2 lý do trở lên (84,3%). Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Ngọc Tú và cộng sự là 20,2%⁶, và cao hơn tỷ lệ tại Brazil theo nghiên cứu của G. Ramires de Jesus năm 2012 là 30,8%.⁷ Tuy nhiên tỷ lệ này lớn hơn tỷ lệ nhóm 5 ở các nước khác như tại Canada năm 2012 là

11,3%.⁸ Việc phân chia các nhóm nguyên nhân chính dẫn đến chỉ định MLT này dựa trên cơ sở sự khác biệt trong hướng dẫn thực hành lâm sàng. Ví dụ, với nhóm chỉ định đẻ khó, các tác giả quốc tế quan tâm đến những cản trở cơ học trong quá trình chuyển dạ, uốn khuôn, cúi lọt và sổ ra ngoài âm đạo, âm hộ của thai nhi. Tuy nhiên, có rất nhiều yếu tố cần xem xét, đánh giá trong quá trình tiên lượng cuộc đẻ đường âm đạo như các đường kính khung chậu mẹ, tình trạng ngôi thai trình diện ở eo trên, tình trạng bánh rau, dây rau, cơn co tử cung, mức độ xóa mở cổ tử cung... Chỉ định MLT chủ yếu là các chỉ định tương đối và đôi khi là chỉ định do nhu cầu từ phía gia đình muốn chọn ngày giờ đẹp, mẹ cao tuổi, vô sinh, tiền sử sản khoa nặng nề... thì các thầy thuốc thường đưa thêm vào một số các lý do khác để chỉ định MLT cho hợp lý. Đôi khi một bệnh nhân được chỉ định MLT bởi 3 - 4 lý do kết hợp. Trên thực tế thì có những chỉ định MLT là tuyệt đối như: khung chậu hẹp, rau tiền đạo trung tâm, hết ối... thì đương nhiên chỉ cần một lý do là đủ để chỉ định MLT. Hầu hết các tác giả trong nước từ trước tới nay phân nhóm chỉ định dựa trên một chỉ định chính.^{3,4} Mặc dù một trường hợp cụ thể đã có chỉ định MLT rõ ràng không nhất thiết phải đưa thêm các lý do khác nhưng đôi khi một số bác sĩ vẫn đưa thêm các lý do khác dựa trên tình trạng thực tế của bệnh nhân tìm thấy trên lâm sàng dựa vào siêu âm, monitoring và một số các xét nghiệm cận lâm sàng khác.

Chỉ định MLT do bất thường đường sinh dục của mẹ. Trong số 535 bệnh nhân, chỉ định MLT do khung chậu hẹp chiếm tỷ lệ 9,3%. Khung chậu hẹp toàn diện là khung chậu có tất cả các đường kính giảm đều cả eo trên và eo dưới. Đặc biệt đường kính nhô – hậu vệ $\leq 8,5$ cm. Đây là chỉ định MLT tuyệt đối vì thai không thể sổ đường âm đạo. Bên cạnh đó, rau tiền đạo trung tâm, bán trung tâm: nên mổ chủ động khi thai đủ tháng để tránh chảy máu nhiều khi chuyển dạ nguy hiểm đến tính mạng của sản phụ và thai nhi. Đặc biệt là trong những trường hợp rau tiền đạo có sẹo mổ đẻ cũ. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nguyệt có sẹo mổ đẻ cũ được chẩn đoán là rau tiền đạo thấy: tỉ lệ MLT ở bệnh nhân bị rau tiền đạo có sẹo mổ đẻ cũ là 99%, trong đó mổ chủ động 64,2% và mổ cấp cứu 35,8%.³ Chỉ định MLT do tử cung có vết mổ cũ chiếm tỷ lệ lớn với 41,9%, Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thâm và cs (2016) tại Bệnh viện đa khoa khu vực Ngọc Hồi cho chỉ định MLT cao nhất là chỉ định vết mổ cũ

MLT.⁵ Đây là hậu quả của việc chỉ định MLT con so từ lần MLT trước và hậu quả của việc không đảm bảo khoảng cách giữa 2 lần mang thai của các cặp vợ chồng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy: tỉ lệ MLT do CTC không tiến triển chiếm 11,8%. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi là tương tự như của một nghiên cứu tại BVPSTW là 3,6%.⁴ Để chẩn đoán một trường hợp CTC không tiến triển phải theo dõi tiến triển của CTC trong điều kiện cơ co TC tốt, ít nhất là 4 giờ 1 lần đối với giai đoạn Ia, và 2 - 4 giờ 1 lần đối với giai đoạn Ib mà thấy CTC không mở thêm hoặc mở thêm < 1cm thì mới chẩn đoán là CTC không tiến triển. Theo nhiều tác giả, chẩn đoán khẳng định một cuộc chuyển dạ kéo dài ở pha tiềm tàng phải dựa trên sự tiến triển chậm của CTC với thời gian 21 giờ ở sản phụ đẻ con so và 14 giờ ở sản phụ đẻ con rạ.

Chỉ định MLT do thai. Chỉ định MLT do thai to chiếm tỷ lệ lớn nhất với 57,6%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của Vũ Thị Duyên tại bệnh viện Bạch Mai thì tỷ lệ thai to từ 3500 gram - 3999 gram thì tỉ lệ chỉ định MLT là 62,65%, đẻ thường 20,88%, đẻ chỉ huy 13,5% và đẻ thủ thuật 2,97%.² Trong tổng số 212 trường hợp thai to ≥ 4000 gram thì tỉ lệ chỉ định MLT là 95,75%, đẻ thường 1,05%, đẻ chỉ huy 1,4% và đẻ thủ thuật 1,8%.² Hiện nay, nhờ kỹ thuật siêu âm việc ước tính trọng lượng thai nhi đã chính xác hơn. Kết hợp siêu âm với đo bề cao tử cung và vòng bụng có thể xác định được trọng lượng thai nhi với độ sai lệch chỉ là 200gr. Thai to làm tăng tỉ lệ đẻ khó gấp 3 lần vì khả năng ngạt, gãy xương đòn, sang chấn, đầu không lọt do kích cỡ đầu to. Nếu chẩn đoán đúng là thai to thì chỉ định MLT là hoàn toàn hợp lý, nhưng liệu việc chẩn đoán chính xác thai to đôi khi còn bất cập. Đây chính là vấn đề thực sự làm tăng tỷ lệ MLT khi chẩn đoán thai to mà mổ ra thai lại có trọng lượng trong giới hạn bình thường. Nghiên cứu của chúng tôi cho tỉ lệ MLT do đa thai 2,0% và do thai già tháng 3,3%. Song thai, thai thứ nhất là ngôi mông, thai thứ 2 là ngôi đầu có thể mắc đầu vào nhau khi đẻ thai thứ nhất. Nghiên cứu của chúng tôi cho tỉ lệ chỉ định MLT do thai suy chiếm 21,2%. Lý giải điều này theo chúng tôi là do điều kiện chăm sóc thai nghén của đối tượng nghiên cứu tốt cho nên tỉ lệ này thấp. Việc theo dõi để chẩn đoán suy thai bằng monitoring thông qua nhịp tim thai là cần thiết, tuy nhiên nó vẫn có những tỷ lệ dương tính và âm tính giả bởi đặc tính biến thiên không đặc hiệu của nhịp tim thai. Tỉ lệ sản phụ MLT do ngôi bất thường là 13,2%.

Chỉ định mổ lấy thai do phần phụ của thai. Chỉ định MLT do OVS chiếm tỷ lệ 62,0%, rau cài rặng lược chiếm tỷ lệ 31,0% và ít nhất là rau tiền đạo trung tâm 7,0%. OVS không phải là chỉ định MLT tuyệt đối nhưng là nguyên nhân gián tiếp gây ra đẻ khó bởi cản trở sự xóa mở CTC, làm cho ngôi thai bình chỉnh không tốt dễ sa dây rau và gây ngôi bất thường, màng ối có tác dụng ngăn cản không cho vi khuẩn xâm nhập nên ối vỡ sớm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, suy thai, chuyển dạ kéo dài, rối loạn cơ co tử cung. Để hạn chế được chỉ định MLT vì ối vỡ non, ối vỡ sớm chúng ta cần tích cực theo dõi hơn nữa trong việc gây chuyển dạ đẻ.

Chỉ định mổ lấy thai do bệnh lý mẹ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy: MLT do mẹ có tiền sản giật, sản giật chiếm tỉ lệ 76,7% trong số nhóm chỉ định MLT do bệnh lý người mẹ. Trong nhóm bệnh lý của mẹ thì chỉ định này là 32,8%, tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước khác là 34,9%.^{1,4}

Mẹ bị bệnh tim là chỉ định gặp ở 5 trường hợp trong tổng số 30 ca MLT do bệnh lý của mẹ chiếm 16,7%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong nước. Bệnh lý về tim mạch như suy tim, rối loạn nhịp tim... gặp phải ở sản phụ khi điều trị không có kết quả là các chỉ định MLT dành cho bà mẹ để chấm dứt thai kỳ. Mẹ bệnh tim là một chỉ định MLT phù hợp bởi có rất nhiều biến cố có thể ảnh hưởng đến tính mạng người mẹ trong và sau cuộc đẻ.

Tỷ lệ bệnh nhân mắc Basedow chiếm tỷ lệ 6,7% (2 bệnh nhân). Mặc dù tỷ lệ mắc không cao nhưng theo quan điểm của chúng tôi các chỉ định MLT vì lý do này là hợp lý bởi cuộc chuyển dạ từ những sản phụ này chứa rất nhiều các biến cố khó lường và cần theo dõi hết sức chặt chẽ. Chỉ định MLT là hợp lý để tránh những nguy cơ đáng tiếc xảy ra cho mẹ.

V. KẾT LUẬN

Bác sĩ sản khoa đưa ra chỉ định mổ lấy thai dựa trên nhiều yếu tố tiên lượng cuộc đẻ. Chỉ định mổ lấy thai nhiều nhất vẫn là do tử cung có vết mổ đẻ cũ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Hiền.** 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; 2016.
2. **Vũ Thị Duyên.** Nhận xét về tình hình trẻ đẻ nặng từ 4000g trở lên tại khoa Sản Bệnh viện Bạch Mai trong hai năm 2002 - 2003 và một số yếu tố liên quan. Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội; 2004.

3. **Nguyễn Thị Nguyệt.** Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện Sản nhi Bắc Ninh. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
4. **Vũ Trọng Tấn.** Nghiên cứu một số chỉ định và kết quả mổ lấy thai tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Bắc Ninh. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II. Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên; 2018.
5. **Nguyễn Hữu Thâm, Phùng Thị Hà, Huyền NTD, Trần Thị Sương, Lê Thị Thường.** Đánh giá biến chứng phẫu thuật mổ lấy thai theo thang điểm Clavien-Dindo tại Bệnh viện đa khoa khu vực Ngọc Hồi qua 2 năm (12/2014-12/2016). Đề tài khoa học công nghệ cấp tỉnh. Sở Y tế; 2016.
6. **Bạch Cẩm An, Tú HN, Tâm PV.** Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai theo phân loại Robson tại bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí phụ sản. 2015;14(3):38-43.
7. **Ramires de Jesus G, Ramires de Jesus N, Peixoto-Filho FM, Lobato G.** Cesarean rates in Brazil: what is involved? BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology. 2015// 2015;122doi:10.1111/1471-0528.13119
8. **Kelly S, Sprague A, Fell DB, et al.** Examining caesarean section rates in Canada using the Robson classification system. Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC. Mar 2013;35(3):206-214. doi:10.1016/s1701-2163(15)30992-0
9. **GSO, UNFPA, UNICEF.** Monitoring the situation of children and women: Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2010-2011. Hanoi 2011; 2011.

HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG BIẾN CHỨNG BÀN CHÂN THUỐNG CỦA GIÁ KÉO BÀN CHÂN CẢI TIẾN TRONG KÉO DÀI CẰNG CHÂN NÂNG CHIỀU CAO

Nguyễn Văn Lượng¹, Nguyễn Năng Giới¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả, giới hạn của dụng cụ giá kéo bàn chân cải tiến trong dự phòng biến chứng bàn chân thuổng ở bệnh nhân kéo dài cẳng chân nâng chiều cao. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, có nhóm chứng trên 90 bệnh nhân trưởng thành được kéo dài cẳng chân nâng chiều cao bằng khung cố định ngoài kết hợp đinh nội tủy, tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ tháng 1/2012 đến tháng 12/2022, được chia thành 3 nhóm: Nhóm I (gồm 30 BN) không sử dụng giá kéo dự phòng bàn chân thuổng, nhóm II (gồm 30 BN) được sử dụng giá kéo bàn chân dự phòng bàn chân thuổng và nhóm III (gồm 30 BN) sử dụng giá kéo bàn chân cải tiến dự phòng bàn chân thuổng. Tỷ lệ co ngắn gân gót tỷ lệ với mức kéo dài chân. Tỷ lệ biến chứng co ngắn gân gót và biến độ gấp mu bàn chân, tỷ lệ nối dài gân gót, tỷ lệ co ngắn gân gót sau tháo khung 3 tháng của 3 nhóm được so sánh với nhau. **Kết quả:** Sau mổ tháo khung cố định ngoài, tỷ lệ co ngắn gân gót, biên độ gấp mu của cổ chân, tỷ lệ nối dài gân gót có sự khác biệt ở 3 nhóm với $P < 0,05$. **Kết luận:** Biến dạng bàn chân thuổng khi kéo dài cẳng chân nâng chiều cao chiếm 37/90 bệnh nhân. Tỷ lệ và mức độ trầm trọng của co ngắn gân gót tỷ lệ thuận với mức kéo dài chân. Dự phòng bàn chân thuổng bằng giá kéo bàn chân cải tiến là phương pháp đơn giản, chi phí thấp, hiệu quả cao. Nó giảm tỷ lệ và mức độ trầm trọng co ngắn gân gót.

Từ khóa: Bàn chân thuổng; Co ngắn gân gót; Kéo dài chân.

SUMMARY

THE EFFICACY OF THE MODIFIED ANKLE ORTHOSES FOR PREVENTING EQUINUS DEFORMITY IN COSMETIC LEG-LENGTHENING PATIENTS

Objectives: To evaluate the efficacy and the limit of the modified ankle orthoses for preventing equinus deformity in cosmetic leg-lengthening patients. **Subject and methods:** In a retrospective control study, 90 adult patients underwent cosmetic bilateral leg-lengthening using the LON method at 108 Military Central Hospital from January 2012 to December 2022 were divided into three groups: 30 patients without ankle orthoses for preventing equinus deformity (group I); 30 patients using ankle orthoses for preventing equinus deformity (group II) and 30 patients using modified ankle orthoses for preventing equinus deformity (group III). **Results:** After removing the external fixation, the rate of equinus deformity, the range of ankle dorsiflexion, and the rate of cutaneous lengthening of the Achilles tendon were significantly different in the three groups with $P < 0.05$. **Conclusion:** Equinus deformity was observed for 37 out of 90 patients who underwent bilateral leg lengthening. The rate and severity of Equinus deformity is proportional to the amount of leg lengthening. Modified ankle orthoses are simple, low-cost, and highly effective. It reduces the incidence and severity of equinus deformity. **Keywords:** Equinus deformity; Achilles tendon; Leg-lengthening.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến dạng bàn chân thuổng khi kéo dài cẳng chân là một trong những biến chứng hay gặp nhất, chiếm từ 9,9 % - 100 %, tỷ lệ phải nối dài gân gót từ 1,6 - 37 % [1], [3], [7], [8]. Khi kéo dài cẳng chân bằng khung cố định ngoài (CĐN) kết hợp đinh nội tủy (ĐNT) tỷ lệ co ngắn gân gót từ 15,38%-72,5% [6], [8], [9]. Vì vậy, dự phòng

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lượng

Email: luongnv108@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024