

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT MỔ LẤY THAI NGOÀI PHÚC MẠC TRÊN SẢN PHỤ CÓ TIỀN SỬ MỔ LẤY THAI

Nguyễn Văn Hùng^{1*}, Đoàn Thanh Điền²

1. Bệnh viện thành phố Long Xuyên

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: bacsinguyenvanhung@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/10/2025

Ngày phản biện: 11/02/2026

Ngày duyệt đăng: 25/02/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mổ lấy thai ngoài phúc mạc là kỹ thuật ít xâm lấn giúp giảm biến chứng hậu phẫu, tuy nhiên dữ liệu trên sản phụ có tiền sử mổ lấy thai tại Việt Nam còn hạn chế. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật mổ lấy thai ngoài phúc mạc trên sản phụ có tiền sử mổ lấy thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 68 sản phụ có tiền sử mổ lấy thai được phẫu thuật tại Bệnh viện Thành phố Long Xuyên từ 05/2018 đến 05/2020. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình $47,2 \pm 7,1$ phút (ngắn nhất 32 phút, dài nhất 68 phút), lượng máu mất trung vị 300 mL (250–450 mL). Không ghi nhận tổn thương bàng quang hay thất bại kỹ thuật; tỷ lệ rách phúc mạc 2,9%. Điểm đau VAS giảm từ $6,2 \pm 0,7$ (giờ 6) xuống $2,4 \pm 0,9$ (giờ 18). Thời gian trung tiện trung bình $9,5 \pm 0,9$ giờ. Thời gian nằm viện trung bình $7,1 \pm 1,2$ ngày. **Kết luận:** Mổ lấy thai ngoài phúc mạc là kỹ thuật an toàn, khả thi ở sản phụ có tiền sử mổ lấy thai, cho kết quả sớm thuận lợi cho mẹ và trẻ sơ sinh khi được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Từ khóa: Mổ lấy thai, tiền sử mổ lấy thai, mổ lấy thai ngoài phúc mạc, kết quả điều trị, điểm Apgar.

ABSTRACT

EARLY OUTCOMES OF EXTRAPERITONEAL CESAREAN SECTION IN PARTURIENTS WITH A PRIOR CESAREAN SECTION

Nguyen Van Hung^{1*}, Doan Thanh Dien²

1. Long Xuyen City Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Extraperitoneal cesarean section is a minimally invasive technique that may reduce postoperative complications; however, evidence in parturients with a prior cesarean section in Vietnam remains limited. **Objectives:** To evaluate early outcomes of extraperitoneal cesarean section in parturients with a prior cesarean section. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 68 parturients with a prior cesarean section who underwent extraperitoneal cesarean section at Long Xuyen City Hospital from May 2018 to May 2020. **Results:** The mean operative time was 47.2 ± 7.1 minutes (range: 32–68 minutes) with a median blood loss of 300 mL (IQR: 250–450 mL). No bladder injuries or technical failures were recorded; peritoneal entry occurred in 2.9% of cases. Pain scores (VAS) decreased from 6.2 ± 0.7 at 6 hours to 2.4 ± 0.9 at 18 hours postoperatively. Mean time to first flatus was 9.5 ± 0.9 hours and mean hospital stay was 7.1 ± 1.2 days. Mean Apgar scores were 8.4 ± 0.6 at 1 minute and 9.2 ± 0.5 at 5 minutes. **Conclusion:** Extraperitoneal cesarean section is a safe and feasible technique in parturients with a prior cesarean section, providing favorable early maternal and neonatal outcomes when performed by experienced surgeons.

Keywords: Cesarean section, repeat cesarean section, extraperitoneal cesarean section, treatment outcome, Apgar score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai là một trong những phẫu thuật sản khoa phổ biến nhất trên toàn thế giới. Cùng với sự gia tăng tỷ lệ mổ lấy thai tiên phát, số lượng sản phụ phải trải qua phẫu thuật mổ lấy thai lặp lại cũng ngày càng tăng cao [1], [2]. Theo phương pháp truyền thống (vào ổ bụng qua phúc mạc), việc mở phúc mạc thành đề tiếp cận tử cung khiến khoang phúc mạc phải tiếp xúc với máu, nước ối và các tác nhân kích thích cơ học. Điều này làm gia tăng nguy cơ biến chứng hậu phẫu như đau, nôn, liệt ruột cơ năng và đặc biệt là hình thành dính sau mổ [3].

Đối với nhóm thai phụ có tiền sử phẫu thuật bụng, đặc biệt là mổ lấy thai cũ, nguy cơ dính càng trở nên nghiêm trọng hơn. Trên các sản phụ này, tình trạng dính các tạng trong ổ bụng (như ruột, mạc nối lớn) vào thành bụng trước và đoạn dưới tử cung luôn là một thách thức lớn đối với phẫu thuật viên, làm tăng nguy cơ tổn thương tạng rỗng trong quá trình vào bụng. Để khắc phục vấn đề này, phẫu thuật mổ lấy thai ngoài phúc mạc được xem là một giải pháp tối ưu. Kỹ thuật này đi vào khoang Retzius, không mở phúc mạc thành, do đó tránh được hoàn toàn nguy cơ tổn thương các tạng dính trong ổ bụng, ngăn ngừa dịch ối và máu tràn vào khoang phúc mạc [4], [5].

Tuy nhiên, phẫu thuật mổ lấy thai ngoài phúc mạc cũng tồn tại những hạn chế và thách thức nhất định. Do không mở phúc mạc, phẫu thuật viên bị hạn chế trong việc thăm dò tổng thể các tạng trong ổ bụng, đặc biệt là không thể kiểm tra tình trạng của hai phần phụ như phương pháp truyền thống. Bên cạnh đó, việc bóc tách trong khoang Retzius đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm để tránh làm tổn thương đám rối tĩnh mạch Santorini gây tụ máu, hoặc tổn thương bàng quang và niệu quản.

Chính vì những ưu và nhược điểm đan xen này, cùng với sự thiếu hụt dữ liệu nghiên cứu tại Việt Nam, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân có sẹo mổ cũ vốn tiềm ẩn nhiều nguy cơ, nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu: (1) Mô tả các đặc điểm trong mổ và đánh giá tính an toàn của kỹ thuật mổ lấy thai ngoài phúc mạc. (2) Đánh giá kết quả sớm về phía mẹ và trẻ sơ sinh sau phẫu thuật mổ lấy thai ngoài phúc mạc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả sản phụ có tiền sử mổ lấy thai, được chỉ định phẫu thuật mổ lấy thai ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Thành phố Long Xuyên từ tháng 05/2018 đến tháng 05/2020.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Sản phụ mang thai đơn, tuổi thai từ đủ 37 tuần trở lên.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Đa thai.

+ Thai to (cân nặng ước tính trên siêu âm >4500g theo tiêu chuẩn của ACOG 2019).

+ Chỉ định mổ lấy thai tối khẩn cấp không cho phép kéo dài thời gian tiếp cận thai nhi (ví dụ: suy thai cấp, nhau bong non, sa dây rốn, dọa vỡ tử cung).

+ Nghi ngờ có bất thường nhau thai (nhau cài răng lược, nhau tiền đạo).

+ Tiền sử mổ bụng đường dọc giữa dưới rốn hoặc có tiền sử phẫu thuật ổ bụng phức tạp trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu:

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

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$: Giá trị Z tương ứng với mức tin cậy (1,96 cho độ tin cậy 95%).

$p = 0,926$ (tỷ lệ thành công tham khảo từ Tappauf 2013 [6]); $d = 0,07$ (sai số 7%).

d : Sai số chấp nhận ($d=0,07$ tương ứng sai số 7%).

Thay các giá trị vào công thức:

$$n = 1,96^2 \times \frac{0,926(1 - 0,926)}{0,07^2} \approx 53,7 \approx 54$$

Kết quả: Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 54 sản phụ.

Thực tế: Nghiên cứu đã thu thập được 68 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

- Phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện. Tất cả sản phụ thỏa mãn tiêu chuẩn chọn và loại trừ sẽ được đưa vào nghiên cứu với ý định phẫu thuật lấy thai ngoài phúc mạc.

- Quy trình vô cảm và quản lý đau: Phẫu thuật được thực hiện dưới gây tê tùy sống bằng Bupivacaine kết hợp Fentanyl. Hậu phẫu áp dụng phác đồ giảm đau đa mô thức thống nhất: Paracetamol truyền tĩnh mạch định kỳ (mỗi 6-8 giờ) trong 24 giờ đầu, phối hợp bổ sung Opioids đường tiêm bắp khi cần thiết.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của sản phụ: tuổi, BMI, tuổi thai, số lần mổ lấy thai trước, tình trạng kinh tế xã hội và các yếu tố nguy cơ cao kèm theo.

+ Đặc điểm trong mổ và tính an toàn: thời gian từ rạch da đến lấy thai, tổng thời gian phẫu thuật, lượng máu mất ước tính, mức giảm hemoglobin sau mổ, rách phúc mạc vô ý, tổn thương tạng lân cận, băng huyết và chuyển mổ trong phúc mạc. Các trường hợp mổ thất bại buộc phải chuyển đổi sang phương pháp trong phúc mạc vẫn được giữ lại trong mẫu nghiên cứu để phân tích tỷ lệ biến chứng và được ghi nhận là một tiêu chí đánh giá tính khả thi và an toàn của kỹ thuật.

+ Kết quả sớm sau mổ: thời gian phục hồi nhu động ruột, thời gian trung tiện, điểm đau VAS tại 6, 12, 18 giờ, thời gian dùng kháng sinh tiêm, thời gian dùng thuốc giảm đau tiêm, biến chứng hậu phẫu sớm, thời gian nằm viện.

+ Kết quả sơ sinh: cân nặng lúc sinh, phân loại cân nặng sơ sinh, điểm Apgar phút 1 và phút 5, và chuyển chăm sóc đặc biệt.

- Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics phiên bản 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn (nếu có phân phối chuẩn) hoặc số trung vị và khoảng biến thiên (nếu phân phối không chuẩn).

- Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu bảo đảm tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Mọi thông tin của người bệnh được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc học và tuổi thai của nhóm nghiên cứu (n = 68)

Đặc điểm	Trung bình ± SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Tuổi (năm)	30,0 ± 5,9	19	43
Chỉ số khối cơ thể (kg/m ²)	27,6 ± 3,2	21,2	36,8
Tuổi thai (tuần)	38,6 ± 1,2	37	41

Nhận xét: Sản phụ có độ tuổi trung bình 30,0 ± 5,9 tuổi, BMI trung bình 27,6 ± 3,2 kg/m² (thuộc nhóm thừa cân theo WHO), tuổi thai trung bình 38,6 ± 1,2 tuần.

Bảng 2. Tiền sử sản khoa và đặc điểm kinh tế xã hội của nhóm nghiên cứu (n = 68)

Đặc điểm	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Tiền sử mô lấy thai		
Mô cũ 1 lần	56	82,4
Mô cũ ≥ 2 lần	12	17,6
Tình trạng kinh tế xã hội		
Thu nhập cao	10	14,7
Thu nhập trung bình	38	55,9
Thu nhập thấp	20	29,4
Có yếu tố nguy cơ cao kèm theo	12	17,6

Nhận xét: Đa số sản phụ có tiền sử mô lấy thai 1 lần (82,4%), nhóm có từ 2 lần trở lên chiếm 17,6%. Về tình trạng kinh tế xã hội, nhóm thu nhập trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (55,9%), tiếp theo là nhóm thu nhập thấp (29,4%) và thu nhập cao (14,7%). Có 17,6% sản phụ có kèm theo ít nhất một yếu tố nguy cơ cao.

3.2. Các ghi nhận trong quá trình phẫu thuật

Bảng 3. Kết quả các chỉ số phẫu thuật và tai biến trong mổ

Chỉ số phẫu thuật và Tai biến	Giá trị
Thời gian từ rạch da đến lấy thai (phút), <i>Trung bình ± SD</i>	12,5 ± 3,5
Tổng thời gian phẫu thuật (phút), <i>Trung bình ± SD</i>	47,2 ± 7,1
Lượng máu mất ước tính (mL), <i>Trung vị (khoảng)</i>	300 (250 - 450)
Tai biến và tính an toàn trong mổ, <i>n (%)</i>	
Rách phúc mạc	2 (2,9%)
Tổn thương bàng quang	0 (0%)
Băng huyết	0 (0%)
Thất bại kỹ thuật (phải chuyển sang mổ trong phúc mạc)	0 (0%)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình 47,2 ± 7,1 phút, lượng máu mất trung vị 300 mL. Chỉ ghi nhận 2,9% rách phúc mạc; không ghi nhận tổn thương bàng quang hay thất bại kỹ thuật, chứng minh tính an toàn của phương pháp.

3.3. Kết quả sớm hậu phẫu và sơ sinh

Bảng 4. Kết quả phục hồi lâm sàng và diễn tiến hậu phẫu của mẹ (n = 68)

Biến số	Trung bình ± SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thời gian phục hồi nhu động ruột (giờ)	7,2 ± 0,8	5	10
Thời gian trung tiện (giờ)	9,5 ± 0,9	7	12
Mức giảm Hemoglobin (g/dL)	1,2 ± 0,4	0,4	2,3
Thời gian dùng kháng sinh tiêm (giờ)	84,5 ± 12,3	60	108

Biến số	Trung bình \pm SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thời gian dùng thuốc giảm đau tiêm (giờ)	35,5 \pm 10,2	18	58
Điểm đau VAS tại thời điểm 6 giờ	6,2 \pm 0,7	4	8
Điểm đau VAS tại thời điểm 12 giờ	4,2 \pm 0,8	2	6
Điểm đau VAS tại thời điểm 18 giờ	2,4 \pm 0,9	1	4
Thời gian nằm viện (ngày)	7,1 \pm 1,2	5	11

Nhận xét: Chức năng tiêu hóa phục hồi sớm với thời gian xuất hiện nhu động ruột trung bình 7,2 \pm 0,8 giờ và thời gian trung tiện trung bình 9,5 \pm 0,9 giờ sau mổ. Mức độ giảm hemoglobin trung bình 1,2 \pm 0,4 g/dL, phản ánh lượng máu mất trong mổ ở mức thấp. Điểm đau VAS giảm dần theo thời gian, từ 6,2 \pm 0,7 tại giờ thứ 6 xuống còn 2,4 \pm 0,9 tại giờ thứ 18, cho thấy hiệu quả của phác đồ giảm đau đa mô thức được áp dụng. Thời gian nằm viện trung bình là 7,1 \pm 1,2 ngày (ngắn nhất 5 ngày, dài nhất 11 ngày).

Bảng 5. Biến chứng hậu phẫu về phía mẹ (n = 68)

Đặc điểm	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Táo bón	7	10,3
Buồn nôn / nôn	5	7,4
Chướng bụng	4	5,9
Sốt	2	2,9
Nhiễm trùng vết mổ	2	2,9
Cần lưu ống thông tiêu > 24 giờ	1	1,5
Tổng	21	30,9

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng hậu phẫu thấp, trong đó táo bón là biến chứng thường gặp nhất (10,3%), tiếp theo là buồn nôn/nôn (7,4%) và chướng bụng (5,9%). Các biến chứng nặng hơn như sốt và nhiễm trùng vết mổ chỉ ghi nhận ở 2,9% mỗi loại. Chỉ có 1 trường hợp (1,5%) cần lưu ống thông tiêu kéo dài trên 24 giờ. Không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng nặng cần can thiệp ngoại khoa.

Bảng 6. Kết quả sơ sinh (n = 68)

Biến số	Giá trị
Cân nặng lúc sinh (gam), Trung bình \pm SD	2897,1 \pm 425,5 (1950 - 3850)
Chỉ số Apgar phút thứ 1 (điểm), Trung bình \pm SD	8,4 \pm 0,6 (7 - 10)
Chỉ số Apgar phút thứ 5 (điểm), Trung bình \pm SD	9,2 \pm 0,5 (8 - 10)
Phân loại cân nặng sơ sinh	
≤ 2500g	7 (10,3%)
> 2500g	61 (89,7%)
Cần chuyên chăm sóc đặc biệt	2 (2,9%)

Nhận xét: Chỉ số Apgar trung bình ở phút 1 và phút 5 lần lượt là 8,4 \pm 0,6 và 9,2 \pm 0,5; tỷ lệ chuyên chăm sóc đặc biệt 2,9%, cho thấy kết cục sơ sinh tốt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các sản phụ đều có tiền sử mổ lấy thai đoạn dưới tử cung. Quần thể nghiên cứu này hoàn toàn khác biệt so với các báo cáo của Khoiwal (2023) [3], Tappauf (2013) [6] và Karaaslan (2020) [4], vốn chủ yếu được thực hiện trên sản phụ con so hoặc áp dụng tiêu chí loại trừ nghiêm ngặt đối với nhóm có sẹo mổ cũ. Từ góc độ ngoại khoa, phẫu thuật vùng chậu ở bệnh nhân có tiền sử mổ mở luôn tiềm ẩn nguy

cơ dính tạng đáng kể. Theo y văn, tỷ lệ dính vùng chậu sau phẫu thuật tăng theo số lần mổ lấy thai, từ 12-24% sau một lần mổ lên 26-46% sau hai lần mổ và có thể vượt quá 50% ở các lần mổ tiếp theo [7]. Do đó, việc áp dụng thành công kỹ thuật ngoài phúc mạc trên nhóm đối tượng này đã chứng minh tính khả thi của phương pháp trong các trường hợp có biến đổi giải phẫu phức tạp. Về các đặc điểm chung, tuổi trung bình ($30,0 \pm 5,9$ tuổi) và tuổi thai ($38,6 \pm 1,2$ tuần) của mẫu nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác [3],[6]. Ngược lại, chỉ số BMI trung bình ($27,6 \pm 3,2$ kg/m²) cao hơn so với các quần thể được ghi nhận trong y văn quốc tế (thường dao động từ 21-24 kg/m²). Tình trạng thừa cân cùng với lớp mỡ thành bụng dày làm gia tăng độ sâu phẫu trường, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kỹ năng thành thạo trong việc bộc lộ khoang Retzius.

4.2. Các ghi nhận trong quá trình phẫu thuật

Về đặc điểm trong mổ, thời gian trung bình từ khi rạch da đến khi lấy thai là $12,5 \pm 3,5$ phút. Kết quả này dài hơn đáng kể so với phương pháp mổ lấy thai qua phúc mạc truyền thống [3],[6]. Sự kéo dài này xuất phát từ đặc điểm giải phẫu của kỹ thuật, khi phẫu thuật viên cần thực hiện các thao tác bóc tách tỉ mỉ lớp mạc ngang, tiếp cận khoang trước bàng quang (khoang Retzius) và di động bàng quang sang bên nhằm bộc lộ đoạn dưới tử cung mà không làm tổn thương lá phúc mạc [1],[2]. Nghiên cứu của Fumikazu Kotsuji và cộng sự ghi nhận thời gian bộc lộ thai nhi của phương pháp ngoài phúc mạc thường kéo dài hơn trung bình từ 4 đến 6 phút so với mổ trong phúc mạc, đồng thời kết luận rằng sự chậm trễ này là một chống chỉ định tuyệt đối trong các tình huống cấp cứu tối khẩn [8]. Do đó, các trường hợp có chỉ định mổ do suy thai cấp đã được chủ động loại trừ ngay từ giai đoạn chọn mẫu nhằm đảm bảo thai nhi được đưa ra ngoài kịp thời. Lượng máu mất trung vị của nhóm nghiên cứu ghi nhận là 300 mL. Tỷ lệ rách phúc mạc là 2,9% (2/68 ca), thấp hơn so với tỷ lệ 12% trong báo cáo của Wallace [9] và 7,4% của Tappauf [6]. Đáng chú ý, không ghi nhận trường hợp nào bị tổn thương bàng quang (0%) hoặc thất bại kỹ thuật phải chuyển đổi sang phương pháp mổ trong phúc mạc. Kết quả này cho thấy ưu thế của phương pháp trong việc bảo tồn tính toàn vẹn của các tạng lân cận, ngay cả ở những tử cung có sẹo mổ cũ.

4.3. Kết quả sớm hậu phẫu và sơ sinh

Một ưu điểm khác của phương pháp mổ lấy thai ngoài phúc mạc là khả năng rút ngắn thời gian phục hồi sau mổ. Thời gian phục hồi nhu động ruột trung bình là $7,2 \pm 0,8$ giờ và thời gian trung tiện là $9,5 \pm 0,9$ giờ. Việc khoang phúc mạc được bảo tồn kín hoàn toàn trong suốt quá trình phẫu thuật giúp ruột và mạc nối tránh tiếp xúc với các tác nhân bên ngoài cũng như hạn chế kích thích do máu và nước ối tràn vào ổ bụng. Cơ chế bảo vệ này góp phần giảm thiểu tối đa nguy cơ liệt ruột cơ năng hậu phẫu. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của Shinde [10] và Khoiwal [3], trong đó thời gian phục hồi chức năng tiêu hóa ở nhóm mổ ngoài phúc mạc nhanh hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm mổ qua phúc mạc.

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $7,1 \pm 1,2$ ngày, cao hơn so với một số nghiên cứu trước. Sự khác biệt này có thể chịu ảnh hưởng không chỉ bởi diễn tiến hậu phẫu mà còn bởi quy trình theo dõi và ra viện tại cơ sở nghiên cứu [3],[6],[11]. Do nghiên cứu chưa thu thập có hệ thống các dữ liệu về tiêu chí ra viện và các yếu tố tổ chức liên quan, chỉ số này cần được diễn giải thận trọng. Theo Mustafa và cộng sự (2023) [2], trong giai đoạn đầu chuyển đổi sang áp dụng phẫu thuật ngoài phúc mạc, thời gian can thiệp và theo dõi thường cần được kéo dài nhằm đảm bảo mức độ an toàn tối đa cho người bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết cục sơ sinh sớm nhìn chung thuận lợi, thể hiện qua điểm Apgar ở phút thứ 1 và phút thứ 5 đều ở mức tốt ở phần lớn trường hợp, đồng thời tỷ lệ trẻ cần chuyên chăm sóc đặc biệt thấp. Kết quả này phù hợp với xu hướng được ghi nhận trong nghiên cứu của Jia và cộng sự khi so sánh giữa mổ lấy thai ngoài phúc mạc và mổ lấy thai trong phúc mạc [12]. Theo ghi nhận của tác giả, điểm Apgar được báo cáo riêng cho từng nhóm và cho thấy tình trạng thích nghi sơ sinh sớm ở nhóm mổ ngoài phúc mạc không bất lợi rõ rệt so với nhóm mổ trong phúc mạc. Nhìn chung, sự tương đồng này gợi ý rằng kỹ thuật mổ lấy thai ngoài phúc mạc có thể không gây ảnh hưởng bất lợi đáng kể đến tình trạng sơ sinh ngay sau sinh.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mổ lấy thai ngoài phúc mạc trên sản phụ có sẹo mổ cũ là một kỹ thuật khả thi, an toàn và mang lại nhiều ưu điểm về phục hồi hậu phẫu. Tuy nhiên, cần triển khai thêm các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng với cỡ mẫu lớn và đa trung tâm nhằm chuẩn hóa phác đồ chu phẫu, tiến tới mở rộng chỉ định kỹ thuật này trong thực hành sản khoa thường quy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dimassi K., Halouani A., Kammoun A., Ami O., Simon B. *et al.* The extraperitoneal French AmbUlatory cesarean section technique leads to improved pain scores and a faster maternal autonomy compared with the intraperitoneal Misgav Ladach technique: A prospective randomized controlled trial. *PLoS One*. 2021. 16(1), e0245645. doi: 10.1371/journal.pone.0245645.
2. Mustafa S. M., Abu Shqara R., Frank Wolf M., Shnaider O., Nahir Biderman S. *et al.* Implementation of French AmbUlatory Cesarean Section (FAUCS): Establishment of a Learning Curve and Short-term Outcomes. *Isr Med Assoc J*. 2023. 25(10), 673–677.
3. Khoiwal K., Sheoran D., Mishra R., Gaurav A., Chaturvedi J. Comparison of extra-peritoneal cesarean section with conventional trans-peritoneal cesarean section: An open label randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2023. 19, 100212. doi: 10.1016/j.eurox.2023.100212.
4. Karaaslan Onur, Türkyılmaz Gürçan, Şimşek Erkan. Extraperitoneal cesarean, is it safe and comfortable? *Eastern Journal Of Medicine*. 2020. 25(4), 530–534. doi: 10.5505/ejm.2020.78790.
5. S Bebincy D., J Chitra. Extraperitoneal versus transperitoneal cesarean section in surgical morbidity in a tertiary care centre. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2017. 6(8), 3397–3399. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20173450.
6. Tappauf C., Schest E., Reif P., Lang U., Tamussino K. *et al.* Extraperitoneal versus transperitoneal cesarean section: a prospective randomized comparison of surgical morbidity. *Am J Obstet Gynecol*. 2013. 209(4), 338.e1–8. doi: 10.1016/j.ajog.2013.05.057.
7. Mokhtari M., Yaghmaei M., Akbari Jami N., Roudbari M., Jalalvand D. Prediction of Intraperitoneal Adhesions in Repeated Cesarean Section Using Sliding Sign, Striae Gravidarum, and Cesarean Scar. *Med J Islam Repub Iran*. 2022. 36,44. doi: 10.47176/mjiri.36.44.
8. Kotsuji Fumikazu, Hosono Sayoko, Nishikawa Shigeki, Shibata Takashi, Kato Hiroki, *et al.* A novel extraperitoneal cesarean section of suprapubic approach: Operative techniques. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2024. 50(2), 190–195. doi: <https://doi.org/10.1111/jog.15836>.
9. Wallace R. L., Eglinton G. S., Yonekura M. L., Wallace T. M. Extraperitoneal cesarean section: a surgical form of infection prophylaxis? *Am J Obstet Gynecol*. 1984. 148(2), 172–7. doi: 10.1016/s0002-9378(84)80171-4.
10. Shinde G., Pawar A., Jadhav B., Rathod K. Modified extraperitoneal Caesarean section: clinical experience. *Trop Doct*. 2012. 42(4), 188–90. doi: 10.1258/td.2012.120241.

11. Sultan P., Monks D. T., Sharawi N., Bamber J., Panelli D. M. *et al.* Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations (part 3)-2025 update. *Am J Obstet Gynecol.* 2026. 233(6s), S184–s198, doi: 10.1016/j.ajog.2025.01.038.
 12. Jia M., Ji G., Wang R., Yan Z., Niu W. *et al.* Comparative analysis of extraperitoneal versus transabdominal cesarean sections: a meta-analysis of randomized controlled trials and systematic review. *BMC Surg.* 2025. 25(1), 266. doi: 10.1186/s12893-025-02981-y.
-