

TẠP CHÍ PHỤ SẢN

TẬP 13 (02-PHỤ BẢN), 05 - 2015

JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY



ẤN BẢN CHÍNH THỨC CỦA HỘI PHỤ SẢN KHOA & SĐCKH VIỆT NAM

Official publication of Vietnam Gynecology-Obstetrics and Family Planning Association



TẬP CHÍ PHỤ SẢN

TẬP 13 (02 - PHỤ BẢN), 05 - 2015

Viên phức hợp trị thiếu máu
HemoQ mom
Sắt phức hợp, acid folic & vitamin B12



Sắt Phức Hợp

Sắt Không Ion ⁽¹⁾

Sắt An Toàn ⁽²⁾



KHÁC VỚI CÁC DẠNG SẮT ION THÔNG THƯỜNG, CẤU TẠO ĐẶC BIỆT KHÔNG ION CỦA SẮT PHỨC HỢP MANG LẠI NHIỀU ƯU ĐIỂM VƯỢT TRỘI (1):

- ✓ KHÔNG GIẢI PHÓNG SẮT ION TRONG ĐƯỜNG TIÊU HÓA NÊN HẠN CHẾ TỐI ĐA CÁC TÁC DỤNG PHỤ: BUỒN NÔN, TÁO BÓN, ĐAU BỤNG,... (2),(3)
- ✓ CẤU TRÚC TƯƠNG TỰ FERRITIN -> SINH KHẢ DỤNG CAO (4)
- ✓ HẤP THU KHÔNG BỊ ẢNH HƯỞNG BỞI CÁC ANTACID VÀ THỨC ĂN (5),(6)

THÔNG TIN SẢN PHẨM

Thành phần: Mỗi viên nang HemoQ Mom chứa: Polysaccharide Iron complex 326.1mg (Tương đương Fe 150mg), Cyanocobalamin 0.1%.....25mg (Tương đương Cyanocobalamin 25 g), Acid folic 1mg. **Chỉ định:** Ngăn ngừa và điều trị thiếu máu do thiếu sắt ở nữ tuổi dậy thì, sinh sản, thai phụ và bà mẹ sau khi sinh, người thiếu dinh dưỡng, sau mổ, giai đoạn hồi phục sau bệnh nặng. Phòng ngừa dị tật ống thần kinh ở thai nhi. **Liều lượng & cách dùng:** Người lớn: 1 viên/ lần/ ngày. **Chống chỉ định:** Bệnh nhân mắc cảm với bất kỳ thành phần nào của thuốc, trẻ em dưới 12 tháng tuổi, bệnh nhân mắc chứng nhiễm sắc tố sắt, bệnh nhân thiếu máu không do thiếu sắt. **Thận trọng:** Bệnh nhân rối loạn tiêu hóa như ung thư dạ dày-tá tràng, viêm ruột kết mạn tính...., bệnh nhân suy giảm chức năng tim mạch, bệnh nhân rối loạn chức năng thận, bệnh nhân giảm protein huyết, bệnh nhân đang dùng thuốc kháng andosteron, triamteren (do có thể xảy ra tình trạng tăng kali huyết). **Tương tác thuốc:** Kháng sinh uống tetracyclin, thuốc kháng acid. **Sử dụng cho phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú:** Nên dùng viên HemoQ Mom trong thời kỳ mang thai cũng như giai đoạn cho con bú. **Tác dụng không mong muốn:** Có một vài biểu hiện bất thường về tiêu hóa nhưng không đáng kể: ngứa, đau bụng, tiêu chảy, buồn nôn, táo bón, phân màu đen. Nếu tác dụng phụ gây khó chịu, có thể ngừng thuốc một thời gian rất ngắn để điều chỉnh rồi dùng tiếp. **Đóng gói:** 10 viên x 3 vỉ/ hộp.

Sản xuất bởi
DAEWOONG
PHARMACEUTICAL CO., LTD.
35-14, Jeyakgongdan 4-gil, Hyangnam-eup,
Hwaseong-si, Gyeonggi-do, Korea

TẠP CHÍ PHỤ SẢN

TẬP 13 (02-PHỤ BẢN), 05 - 2015

JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Chào mừng HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA VIỆT PHÁP CHÂU Á THÁI BÌNH DƯƠNG LẦN THỨ 15

TP.HCM, 14 - 15/05/2015



ẤN BẢN CHÍNH THỨC CỦA HỘI PHỤ SẢN KHOA & SĐCKH VIỆT NAM
Official publication of Vietnam Gynecology-Obstetrics and Family Planning Association

- 1 Elizabeth Glassman. ANNA journal, june 1992; 19(3): 277-278
- 2 K. Erichsen et al. Aliment Pharmacol Ther 2005; 22: 831-838.
- 3 Emma M.Coe et al. Journal of Inorganic Biochemistry 1995; 57: 287-292.
- 4 Emma M. Coe et al. Journal of Inorganic Biochemistry June 1995; Volume 58 (4): 269-278.
- 5 Geisser P. Arzneimittelforschung. 1990 Jul;40(7):754-60.
- 6 Johnson CA et al. Adv Perit Dial. 1992;8:444-7.

HemoQ mom - *Chỉ 01 viên mỗi ngày*

TỔNG BIÊN TẬP

GS. TS. Cao Ngọc Thành

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

PGS. TS. Vương Tiến Hòa

(Phụ trách miền bắc)

ThS. BS. Hồ Mạnh Tường

(Phụ trách miền nam)

TÒA SOẠN

PGS. TS. Nguyễn Vũ Quốc Huy

(Tổng Thư Ký)

BAN THƯ KÝ

PGS.TS. BS. Lê Minh Tâm - TS. BS. Châu Khắc Tú

- TS. BS. Phạm Chí Kổng - TS. BS. Đỗ Quan Hà,

ThS. BS. Trần Mạnh Linh

HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP

GS. TS. Nguyễn Đức Vy - GS. TS. Trần Thị Phương Mai -

PGS. TS. Nguyễn Viết Tiến - PGS. TS. Nguyễn Đức Hình

- GS. BS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng - GS. TS. Trần Thị

Lợi - TS. Vũ Bá Quyết - PGS. TS. Vũ Thị Nhung -

PGS. TS. Nguyễn Vũ Quốc Huy - ThS. BS. Nguyễn Văn

Trương - BSCkII. Trịnh Hữu Thọ - TS. BS. Trương Quang

Vinh - TS. BS. Trần Đình Vinh - TS. BS. Lê Minh Toàn -

ThS. BS. Lê Quang Thanh

ĐỊA CHỈ TÒA SOẠN

Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Dược Huế

6 Ngô Quyền, Tp. Huế, Thừa Thiên Huế

ĐT: 054. 3822 873 - Fax: 054. 3826 269

Email: obgynhue@gmail.com

MỸ THUẬT

Hạnh Việt Media

TIẾP NHẬN THÔNG TIN QUẢNG CÁO

Công ty TNHH TMDV QC Hạnh Việt

35/23C Trần Đình Xu, P. Cầu Kho, Q.1

ĐT: 08.6682 6550 - HOTLINE: 0909 801 407

Mail: hanhviet_media@yahoo.com

TẠP CHÍ PHỤ SẢN là tạp chí chính thức của Hội Phụ sản khoa và Sinh đẻ có kế hoạch Việt nam (VINAGOFPA), được xuất bản hàng quý từ năm 2001

Giấy phép xuất bản số: 1933/GP - BTTTT do Bộ Thông tin và Truyền thông cấp ngày 21 tháng 11 năm 2011 In tại nhà in Phúc Khang An

THỂ LỆ ĐĂNG BÀI

Các ký hiệu, đường kẻ trong sơ đồ, đồ thị phải đủ lớn để vẫn có thể đọc được khi cần thu nhỏ trong in ấn. Hình ảnh phải được lưu ở định dạng JPEG trong 1 file riêng biệt, dung lượng không quá 2Mb, có kèm chú thích. Tất cả bảng, sơ đồ, hình minh họa phải đặt trong những trang riêng biệt cuối bản thảo.

Tác giả chỉ nên trích dẫn các tài liệu thật cần thiết, và cần thẩm tra lại các tài liệu tham khảo trong bản thảo. Tài liệu tham khảo được trình bày theo Chuẩn Vancouver, đặt cuối bản thảo, được đánh số liên tục theo trình tự trích dẫn trong bản thảo, không phân biệt loại ngôn ngữ. Cụ thể, với bài báo nghiên cứu, phải có: Tên của tất cả tác giả; tên bài báo; tên tạp chí được viết tắt theo ước như trong Medline; năm xuất bản; tập số; trang đầu và trang cuối của bài báo. Đối với tài liệu tham khảo là sách; tên tác giả, tựa sách, nơi xuất bản, nhà xuất bản, năm. Ví dụ (1,2) là của bài báo nghiên cứu, (3,4) là của sách và một chương trong sách, và (5) là của trang web.

1. Halpem SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002 Jul 25; 347(4):284-7.

2. Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002; 40(5):679-86.

3. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

4. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors.

The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

5. Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

Các bài gửi đăng sẽ được Hội đồng biên tập duyệt và Tổng biên tập sẽ quyết định chọn đăng. Bản thảo của bài không được chọn sẽ không được gửi trả lại. Các tác giả chịu trách nhiệm về các quan điểm khoa học trong bài viết của mình.

Các tác giả có thể liên hệ trực tiếp với tòa soạn để nhận được hướng dẫn chi tiết hơn về thể lệ gửi và đăng bài.

Các tác giả được khuyến khích gửi bài qua email theo địa chỉ của tòa soạn hoặc in trên giấy khổ A4, cùng với file gửi về:

Tòa soạn Tạp chí Phụ Sản:

GS.TS. Cao Ngọc Thành

Tổng Biên tập

PGS. TS. Nguyễn Vũ Quốc Huy

Tổng Thư ký Tòa soạn

Bộ môn Phụ Sản

Trường Đại học Y Dược Huế

6 Ngô Quyền - Tp. Huế

ĐT: 054. 3832 643 - Fax: 054. 3826 269

Email: obgynhue@gmail.com

MỤC LỤC

TỔNG QUAN

06 - 11 TẦM QUAN TRỌNG CỦA SẮT ĐỐI VỚI THAI KỲ

Phạm Thanh Hải

12 - 15 MỔ LẤY THAI CHỦ ĐỘNG KHI THAI ĐỦ THÁNG SỚM VÀ CÁC BIẾN CHỨNG TRÊN TRẺ SƠ SINH

Nguyễn Duy Linh

16 - 19 CHĂM SÓC BAN ĐẦU RỐI LOẠN CHỨC NĂNG SÀN CHẬU

Nguyễn Thị Vĩnh Thành

SẢN KHOA - SƠ SINH

20 - 23 HIỆU QUẢ KHỎI PHÁT CHUYỂN DẠ CỦA THÔNG FOLEY ĐẶT LỖ TRONG CỔ TỬ CUNG Ở THAI QUÁ NGÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA AN GIANG

Hồ Thái Phong, Phạm Việt Thanh

24 - 26 HIỆU QUẢ CỦA OXYTOCIN TRUYỀN TĨNH MẠCH TRONG DỰ

PHÒNG BĂNG HUYẾT SAU SINH

Nguyễn Hoàng Tuấn, Huỳnh Thị Thu Thủy,
Phạm Thanh Hải

27 - 30 KHẢO SÁT TỶ LỆ ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC VI KHUẨN GÂY NHIỄM TRÙNG HẬU SẢN TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Thị Thúy Anh, Nguyễn Tuấn Dũng

31 - 34 SO SÁNH HIỆU QUẢ GIỮA MISOPROSTOL ĐẶT DƯỚI LUỖI VÀ MISOPROSTOL ĐẶT TRỰC TRÀNG KẾT HỢP VỚI OXYTOCIN TRONG DỰ PHÒNG BĂNG HUYẾT SAU SINH

Nguyễn Hữu Trung, Huỳnh Thị Thu Thủy, Phạm Thanh Hải

35 - 40 KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ PHƯƠNG PHÁP SINH Ở THAI PHỤ CÓ VẾT MỔ CŨ LẤY THAI

Trịnh Ngọc Bích, Huỳnh Thị Thu Thủy

41 - 43 TÌNH HÌNH TIÊM CHỦNG VACCINE VIÊM GAN B LIỀU SƠ SINH TẠI PHÒNG SƠ SINH - KHOA PHỤ SẢN - BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Hoàng Thị Liên Châu, Trần Thị Hoàn,
Nguyễn Văn Tuấn, Hoàng Thị Bích Ngọc,
Nguyễn Thị Mỹ Hương, Nguyễn Thị Thu Kiều

PHỤ KHOA

44 - 53 ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SA VÙNG ĐỈNH SAU ÂM ĐẠO

Nguyễn Trung Vinh

54 - 57 ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ CỔ TỬ CUNG GIAI ĐOẠN SỚM

Châu Khắc Tú, Bạch Cẩm An, Lê Sỹ Phương,
Lê Minh Toàn, Nguyễn Thị Mỹ Hương

58 - 65 TỶ LỆÁC TÍNH CỦA TỔN THƯƠNG VÚ SỜ THẤY ĐƯỢC CÓ PHÂN LOẠI BIRADS 3 TRÊN SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ, TP. HỒ CHÍ MINH NĂM 2013

Lưu Thị Thanh Loan, Nguyễn Thanh Hà,
Nguyễn Hữu Trung

66 - 68 SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRÊN BỆNH NHÂN MỔ PHỤ KHOA Ở BỆNH VIỆN TỪ DŨ 2011 – 2012

Thân Thị Mỹ Linh, Mai Phương Mai, Lê Quang Thanh

69 - 74 NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN THAI NGOÀI Ý MUỐN

CỦA NỮ VỊ THÀNH NIÊN TẠI KHOA KẾ HOẠCH GIA ĐÌNH - BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Thị Tuyết Hằng, Đỗ Văn Dũng, Susan Norwood

NỘI TIẾT - VỒ SINH

75 - 78 MỐI LIÊN QUAN GIỮA HÚT THUỐC LÁ VỚI CHẤT LƯỢNG TINH TRÙNG NAM GIỚI ĐẾN KHÁM HIỂM MUỘN TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Hoàng Bảo Sơn, Nguyễn Đỗ Nguyên

79 - 84 TỶ LỆ HIỆN MẮC HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NHÂN VIÊN BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Lê Ngọc Vân, Nguyễn Văn Tập

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

85 - 87 SA TỬ CUNG TRONG THAI KỲ

Nguyễn Thị Vĩnh Thành

TẦM QUAN TRỌNG CỦA SẮT ĐỐI VỚI THAI KỲ

Phạm Thanh Hải
Bệnh viện Từ Dũ

Tóm tắt

Sắt là một yếu tố thiết yếu cho tất cả các sinh vật vì nó tham gia vào một loạt các quá trình trao đổi chất bao gồm: vận chuyển oxy trong cơ thể, tổng hợp ADN và vận chuyển các chất điện giải. Tuy nhiên, nồng độ sắt trong các mô của cơ thể phải được quy định chặt chẽ bởi vì số lượng quá nhiều có thể dẫn đến tổn thương mô. Rối loạn về chuyển hóa sắt là một trong những bệnh phổ biến nhất ở người, đặc biệt là ở phụ nữ mang thai. Trong bài này, chúng tôi trình bày về sự trao đổi chất sắt, sinh khả dụng, nhu cầu chất sắt, hậu quả của tình trạng thiếu sắt trong thai kỳ. Cuối cùng, chúng tôi thảo luận về các chiến lược để phòng ngừa thiếu sắt hiện nay.

Từ khóa: thai kỳ, nhu cầu sắt, chuyển hóa sắt.

Abstract
REVIEW ON IRON AND ITS IMPORTANCE FOR PREGNANCY

Iron is an essential element for almost all living organisms as it participates in a wide variety of metabolic processes, including oxygen transport, deoxyribonucleic acid (DNA) synthesis, and electron transport. However, iron concentration in body tissues must be tightly regulated because in excessive amounts, it can lead to tissue damage. Disorders of iron metabolism are among the most common diseases of humans, specially in gestation. In this review, we discuss the latest progress in studies of iron metabolism and bioavailability, and our current understanding of human iron requirement and consequences and causes of iron deficiency. Finally, we discuss strategies for prevention of iron deficiency.

Key words: pregnancy, human iron requirement, iron metabolism

1. Vai trò sinh học của sắt trong cơ thể

1.1 Phân bố sắt trong cơ thể
Trong cơ thể, tổng số sắt trung bình ở nam giới khoảng 3,8g và nữ giới là 2,3g được phân bố như sau:

Bảng 1.1. Sự phân bố sắt trong cơ thể người[4],[15].

Cơ quan, tổ chức	Nam (mg Fe/Kg)	Nữ (mg Fe/Kg)
Hemoglobin	31	28
Ferritin và hemosiderin	12	6
Myoglobin	5	4
Các enzyme	2	2
Transferrin	<1	<1
Tổng cộng	50	40

Như vậy sắt được phân bố vào 3 khu vực:
Khu vực chức năng: chiếm khoảng 2/3 lượng sắt trong cơ thể, chủ yếu trong hemoglobin, 1g hemoglobin chứa 3,3mg sắt, 1ml khối hồng cầu có 1mg sắt. Một lượng nhỏ sắt có trong các enzyme, myoglobin.
Khu vực vận chuyển: chiếm khoảng 0,1% lượng sắt của cơ thể, trong huyết tương sắt được vận chuyển dưới dạng Fe³⁺ gắn với transferrin.
Khu vực dự trữ: khoảng 30% lượng sắt được dự trữ ở dưới dạng ferritin và sản phẩm cô đặc dạng bán tinh thể của nó gọi là hemosiderin tập trung chủ yếu trong gan, lách, tuỷ xương[4].

1.2 Chức năng của sắt trong cơ thể
Sắt đóng vai trò quan trọng trong việc chuyển hóa của cơ thể, là một mắc xích trong việc tạo các emzym và tổng hợp hemoglobin và myoglobin.

o Chức năng quan trọng của sắt là tạo hemoglobin. Hb có vai trò vận chuyển và phân phối oxy lấy từ phổi đưa đến nuôi dưỡng các nhu mô trong cơ thể. Myoglobin là phần sắc tố đỏ của cơ, vận chuyển và dự trữ oxy được sử dụng trong suốt quá trình cơ cơ.

o Đồng thời, khoảng 3% sắt là thành phần của một số emzym oxy hóa khử như catalase, peroxidase, các cytochroin – những chất xúc tác sinh học quan trọng của cơ thể[10].

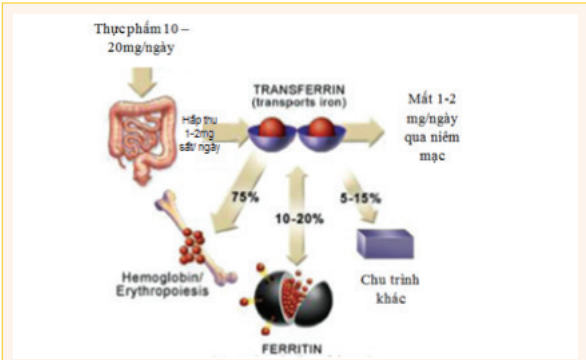
o Sắt cần thiết cho sự tổng hợp myelin cho tế bào thần kinh.

o Ngoài ra sắt còn có vai trò cần thiết đối với quá trình phân bào.

2. Chuyển hóa sắt

Sắt được tái sử dụng và thật sự được bảo vệ trong cơ thể như một chu trình khép kín. Sắt được chuyển hóa, vận chuyển khắp cơ thể thông qua transferrin và được lưu trữ trong phân tử ferritin. Khi sắt được hấp thu thì không có cơ chế sinh lý

cho việc bài tiết sắt ra khỏi cơ thể ngoại trừ sắt chỉ mất qua mất máu và tăng nhu cầu trong thai kỳ.



Hình 2.1: Chu trình sắt trong cơ thể (Nguồn hình: Review on iron and its importance [6])

2.1 Hấp thu

Quá trình tiêu hoá và hấp thu sắt bắt đầu ở dạ dày nhưng chủ yếu tại hành tá tràng và đoạn đầu hỗng tràng. Sắt trong thức ăn có hai loại, sắt non-hem nguồn gốc từ thực vật và sắt hem nguồn gốc từ động vật (cơ chế hấp thu hiện còn đang trong quá trình nghiên cứu). Sắt non-hem chủ yếu là ferric (sắt hoá trị 3) nên khó hoà tan, do đó để hấp thu được nó phải được hoà tan ở dạ dày khi độ pH trong khoảng 2-3, HCL khử Fe³⁺ thành Fe²⁺. Sau khi hoà tan, sắt non-hem sẽ gắn với mucin dạ dày và các thành phần khác trong thức ăn như ascorbic, fructose, histidin... Mucin của dạ dày vận chuyển sắt xuống hỗng tràng và được hấp thu vào tế bào biểu mô. Trong các tế bào biểu mô ruột, một phần sắt sẽ được lưu trữ dưới dạng ferritin và các hình thức lưu trữ khác, một phần sắt sẽ được vận chuyển qua màng tế bào nhờ Ferroportin[8].

Trong thực phẩm, sắt tồn tại dưới 2 dạng: hem và không hem. Sắt hem là sắt có giá trị sinh học cao hơn và được hấp thu qua quá trình chuyển hóa khác so với sắt không hem. Sắt hem có thể được hấp thu khác nhau nhưng tỷ lệ hấp thu thay đổi từ 10 – 40% (khoảng 25% trong thịt)[1]. Sắt hem có thể bị giảm giá trị sinh học hoặc bị chuyển thành sắt không hem nếu thực phẩm bị nấu trong thời gian dài ở nhiệt độ cao làm vitamin C bị phân hủy, ngoài ra canxi cũng ảnh hưởng đến việc hấp thu sắt hem[16].

2.1.1 Các yếu tố hạn chế hấp thu[1],[9],[13]:

o Phytat và tanin hay có trong thực phẩm và đồ uống, có nhiều trong ngũ cốc, rau củ, đậu đỗ hay trà, cà phê.

o Người ta cũng lưu ý đến chất khoáng hạn chế sự hấp thu sắt là canxi và photpho thường có nhiều

trong sữa. Nếu trong bữa ăn có đồng thời cả canxi và sắt nhưng tách biệt thời gian ăn cách nhau 2 giờ thì canxi không gây ức chế hấp thu sắt.

2.1.1.2 Các yếu tố hỗ trợ hấp thu[1],[9],[13]

o Vitamin C có trong khẩu phần ăn làm tăng khả năng khử ferric thành fertous (là dạng duy nhất có thể qua được màng nhầy của ruột). Vitamin C còn có tác dụng đối kháng lại phytat trong khẩu phần.

o Thức ăn động vật như thịt, gia cầm, cá và các loại thủy sản cũng rất quan trọng trong việc hỗ trợ sự hấp thu sắt không hem. Thịt, cá và thủy sản có 2 vai trò đối với dinh dưỡng sắt trong cơ thể, đó là cung cấp sắt hem (khoảng 50%) và hỗ trợ sự hấp thu sắt (hem và không hem).

o Các thức ăn lên men như dưa chua, giá muối... cũng có tác dụng tăng cường hấp thu sắt do làm giảm pH trong dạ dày, tăng độ hòa tan muối sắt và còn làm cho phytat được hoạt hóa.

o Các axit hữu cơ cũng đóng vai trò hỗ trợ sự hấp thu chất sắt. Trong các bữa ăn mà thực phẩm cung cấp sắt chủ yếu từ gạo (như bữa ăn của người Việt Nam), thêm các axit citric, malic hay tartatric sẽ làm tăng gấp 2 – 4 lần lượng sắt được hấp thu. Hấp thu sắt cao từ bia ngô hay bo bo ở vùng sa mạc Sahara là nhờ có axit lactic trong bữa ăn.

2.2 Dự trữ

Ferritin là nguồn cung cấp sắt để tổng hợp hemoglobin trong hồng cầu. Khi hồng cầu tăng nhu cầu tổng hợp hemoglobin, lượng sắt trong nội bào cũng như lượng sắt trong phân tử ferritin giảm đi. Ferritin tự do trong huyết thanh phản ánh nồng độ sắt dự trữ. Nồng độ ferritin tăng cao trong các trường hợp cơ thể thừa sắt (do nhiều nguyên nhân), ngoài ra còn trong các trường hợp có khối u (ung thư gan, tụy, phế quản, thần kinh, u lympho...), viêm cấp và mạn tính [15].

Hemosiderin là một phức hợp sắt-protein, không hoà tan, được tạo ra từ ferritin. Khoảng 10% ferritin có khuynh hướng hình thành các oligomer ổn định, khi có thừa trong các cơ quan dự trữ, nó có thể bị cô đặc lại thành dạng bán tinh thể ở trong các lysosom, và có thể nhìn thấy được dưới kính hiển vi quang học sau khi nhuộm ferrocyanure de potassium (Perls). Sắt dự trữ trong hemosiderin thì khó huy động hơn, nó chỉ được giải phóng ra rất chậm sau khi đã huy động hết sắt trong ferritin.

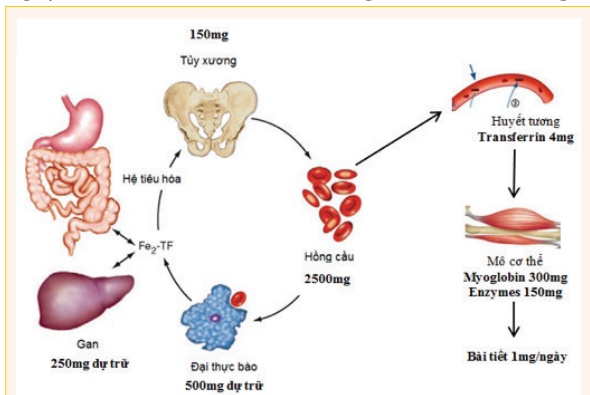
Gan là nơi dự trữ sắt chính của cơ thể, chiếm khoảng 1/3 tổng lượng sắt dự trữ trong cơ thể. Trong điều kiện sinh lý, phần lớn sắt nằm trong tế bào gan, một lượng nhỏ nằm trong tế bào của hệ liên võng nội mô trong gan.

2.3 Bài tiết

Hàng ngày cơ thể mất đi khoảng vài mg sắt qua bài tiết mồ hôi, nước tiểu, phân và bong các tế bào ở da, lông, tóc móng. Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, mỗi chu kỳ kinh sẽ mất khoảng 30mg sắt.

2.4 Điều hòa sắt trong cơ thể

Phần lớn chuyển hoá sắt được thực hiện trong hệ thống khép kín giữa các khu vực với nhau. Ở người trưởng thành, 95% nhu cầu sắt để tạo hồng cầu được tái sử dụng từ quá trình phân huỷ hồng cầu già, chỉ có 5% lượng sắt được lấy thêm bằng hấp thu từ thức ăn. Do đó cơ thể chỉ cần 1mg sắt trong 1 ngày là đủ cho nhu cầu tạo hồng cầu bình thường.



Hình 2.4: Chu trình khép kín sắt trong cơ thể (Nguồn hình: Pathology of iron metabolism[6])

3. Nhu cầu sắt trong thai kỳ

Nhu cầu sắt cũng tăng cao ở lứa tuổi thanh thiếu niên, đặt biệt tăng cao ở giai đoạn phát triển nhanh chớ lúc dậy thì (ở nữ gia tăng nhu cầu sắt do chu kỳ kinh nguyệt, ở nam gia tăng nhu cầu sắt do tổng hợp hemoglobin gia tăng)[18]. Trung bình phụ nữ trong độ tuổi sinh sản lúc hành kinh mất 0,56mg sắt làm tăng tổng lượng sắt bài tiết ra khỏi cơ thể là 0,8mg/ngày. Điều này làm nhu cầu sắt trung bình của các phụ nữ trong độ tuổi sinh sản tăng lên[12]. Ở phụ nữ sau mãn kinh và ở người nam giới cao tuổi, hoạt động thể lực giảm, sự lão hóa, khối lượng máu và hemoglobin khối lượng cũng giảm. Điều này làm giảm các yêu cầu chất sắt hàng ngày do nhu cầu tạo hồng cầu và hemoglobin giảm. Thiếu sắt ở người già là do ít có nguồn gốc dinh dưỡng nhưng thường được gây ra bởi tổn thất sắt bệnh lý.

Bảng 3.1. Nhu cầu sắt của cơ thể[9]

Nhóm		Tổng nhu cầu sắt (mg/ngày)
Sơ sinh	< 1 tuổi	10
Trẻ em		5
Nữ	Không có thai	20
	Có thai	30
Nam		10

Nhu cầu sắt trong thai kỳ

Nhu cầu sắt cần thiết trong quá trình mang thai được sử dụng nhằm mục tiêu tăng khối lượng hemoglobin của mẹ do tăng sự vận chuyển oxy trong quá trình mang thai và là một trong những sự thích nghi sinh lý quan trọng xảy ra trong thai kỳ[11]. Một vấn đề lớn đối với sự cân bằng sắt trong thai kỳ là nhu cầu về sắt phân bố không đồng đều trong suốt thời gian mang thai. Trong 3 tháng đầu thai kỳ, nhu cầu sắt tăng không đáng kể và hơn 80 phần trăm tổng nhu cầu sắt trong thai kỳ đến từ ba tháng cuối.

Khi người phụ nữ mang thai, Sắt được vận chuyển đến thai nhờ hai cơ chế chính, đó là do sự tăng hấp thu sắt ở mẹ trong suốt thai kỳ và cơ chế chuyển hóa nhờ gai nhau. Từ ruột non sắt kết hợp với β -globuline tạo thành phức hợp transferrin di chuyển trong máu. Transferrin sẽ mang sắt từ tuần hoàn mẹ đến thụ thể trên bề mặt nhau thai, giải phóng sắt và apotransferrin tự do sẽ quay lại tuần hoàn mẹ. Từ gai nhau, sắt kết hợp với apotransferrin và di chuyển đến thai, lượng sắt còn lại dự trữ dưới dạng ferritin ở bánh nhau. Khi sắt trong máu mẹ giảm, số lượng thụ thể ở bánh nhau sẽ gia tăng.

Trong giai đoạn sớm của thai kỳ, nồng độ sắt và nồng độ ferritin huyết thanh có sự gia tăng không đáng kể do tình trạng vô kinh[14]. Sắt huyết thanh trong máu mẹ thường giảm từ tuần thứ 12 đến tuần thứ 25 của thai kỳ do sự tăng sản xuất hồng cầu; tuy nhiên nhờ cơ chế vận chuyển nêu trên mà lượng sắt đến thai vẫn được đảm bảo và nồng độ hemoglobin ở thai vẫn được thiết lập đầy đủ, thậm chí có khi mẹ có tình trạng thiếu máu thiếu sắt nặng[19].

Trong ba tháng đầu thai kỳ, thai phụ không cần quá nhiều sắt do giảm lượng sắt mất qua sự hành kinh và nhu cầu sắt của thai nhi và bánh nhau chưa quá lớn (yêu cầu cơ bản là 0,8 mg mỗi ngày). Nhu cầu sắt của sản phụ trở nên cấp thiết ở nửa sau của thai kỳ, khi mà các cơ quan của thai nhi bắt đầu hình thành (yêu cầu cơ bản là 4 mg mỗi ngày cho ba tháng giữa). Đến ba tháng cuối thai kỳ, nhu cầu sắt mỗi ngày của thai phụ trung bình là 6 - 7 mg (tăng nhiều so với 1 mg/ngày khi chưa có thai), trong khoảng thời gian 6 - 8 trước ngày dự sanh nhu cầu sắt hàng ngày là 10mg. Như vậy, nhu cầu sắt tăng nhanh vào nửa sau thai kỳ tương ứng với sự tăng nhanh của thể tích máu, do đó cần phải tăng hấp thu sắt trong chế độ ăn uống nếu không rất dễ dẫn đến tình trạng thiếu máu do thiếu sắt[7],[14].

Sắt trong thai kỳ được sử dụng chủ yếu để: tăng khối lượng hồng cầu ở thai phụ, đáp ứng nhu cầu

sắt của thai nhi, bù đắp lượng sắt mất (mất máu) khi sanh. Hàm lượng sắt của trẻ sơ sinh phụ thuộc vào cân nặng lúc sinh của trẻ. Một trẻ nhẹ cân với cân nặng lúc sinh khoảng 2500g, hàm lượng sắt của trẻ khoảng 200mg trong khi một trẻ cân nặng 3500g đạt hàm lượng sắt khoảng 270mg.

Tổng nhu cầu sắt cho một thai kỳ bình thường ước tính khoảng 1240mg (Bảng 3.2). Một lượng lớn sắt được tái sử dụng để dự trữ, khi khối lượng hồng cầu của người mẹ sau sinh giảm về mức trước khi có thai.

Bảng 3.2. Nhu cầu sắt trong thai kỳ[17]

Nhu cầu	Sắt (mg)
Mất sắt chu động (0,8mg x 290 ngày)	230
Tăng khối lượng hồng cầu	450
Thai nhi (3500g)	270
Bánh nhau, dây rốn	90
Máu mất lúc sinh	200
Tổng nhu cầu	1240
Giảm hồng cầu sau sinh	-450
Vô kinh	-160
Tổng cộng	630

Những nghiên cứu gần đây cho thấy rằng càng về cuối thai kỳ, sự hấp thu sắt càng tăng. Sự gia tăng này thấy rõ nhất là sau 20 tuần tuổi thai. Như vậy, sự tăng hấp thu sắt có phải do dự trữ sắt cạn kiệt hay do tăng nhu cầu ở cuối thai kỳ? Liệu những phụ nữ trước khi mang thai có dự trữ sắt đầy đủ có biểu hiện tăng hấp thu sắt như những phụ nữ có dự trữ sắt ít hoặc cạn kiệt hay không? Câu trả lời là không. Một nghiên cứu tại Anh cho thấy có sự liên quan nghịch đảo giữa ferritin huyết thanh và sự hấp thu sắt. Một nghiên cứu ở Peru cho kết quả có sự liên quan nghịch đảo giữa ferritin huyết thanh và hấp thu sắt. Những phụ nữ có ferritin huyết thanh <30 μ g/l có mức hấp thu sắt trung bình là 12.2%, trong khi những người có ferritin >30 μ g/l thì

Bảng 4.1. Hàm lượng sắt trong một số thực phẩm

Thực phẩm	Fe (mg%)	Thực phẩm	Fe (mg%)
Gạo tẻ	1,3	Bưởi	0,5
Ngô vàng khô	2,3	Cam	0,4
Mì sợi	1,5	Chanh	0,6
Khoai lang	1,0	Chuối tiêu	0,6
Khoai tây	1,2	Thịt bò	2,7
Củ sắn	1,2	Gan bò	9,0
Đậu tương	11,0	Thịt ba chỉ	1,5
Đậu phộng hạt	2,2	Gan heo	12,0
Mè	10,0	Thịt gà	1,5
Cà chua	1,4	Cá chép	0,9
Cà rốt	0,8	Trứng gà	2,7
Rau mồng	1,4	Trứng vịt	3,2
Su hào	0,6	Sữa mẹ	0,1
Bắp cải	1,1	Sữa bò	0,1

mức hấp thu trung bình là 6.8% và người có ferritin cao nhất 61 μ g/l có độ hấp thu 1.5%. Những kết quả trên cho thấy một cách chắc chắn, tình trạng sắt thấp là lý do chính dẫn đến sự gia tăng hấp thu sắt.

4. Các nguồn cung cấp sắt từ thực phẩm

Sự ăn uống thay đổi và cân đối sắt cung cấp lượng chất sắt được hấp thụ thích đáng. Các thức ăn dưới đây đặc biệt là nguồn chất sắt tốt:

5. Các xét nghiệm đánh giá dự trữ sắt trong cơ thể

Tiêu chuẩn vàng để đánh giá lượng sắt trong cơ thể là sinh thiết tủy xương, tuy nhiên đây là xét nghiệm khá xâm lấn và không được áp dụng rộng rãi. Chính vì thế hiện tại các trung tâm lâm sàng thường đánh giá tình trạng sắt của cơ thể thông qua các trị số sinh hóa ít can thiệp hơn.

5.1 Sắt huyết thanh (Serum Iron: SI)

Định lượng sắt huyết thanh là một trong các phương pháp để đánh giá sự đáp ứng sắt cho quá trình tổng hợp Hb. Trường hợp khi đủ sắt trong huyết thanh trị số bình thường là 115 $\pm$ 40 mcg/dl. Ở người phụ nữ trưởng thành, nếu SI < 60 được xem là thiếu sắt; trường hợp SI < 40 đồng nghĩa với nguyên hồng cầu trong tủy xương không đủ đáp ứng với cơ thể.

5.2 Khả năng gắn sắt toàn phần (Total Iron Binding Capacity: TIBC)

Kết quả từ các xét nghiệm lâm sàng cho thấy khả năng gắn kết sắt toàn phần đại diện cho tổng lượng sắt gắn nội sinh trong huyết tương và sắt bổ sung được gắn đặc hiệu. khi cơ thể thiếu sắt thì TIBC tăng lên. Ở ngưỡng TIBC > 400 mcg/dl thì cơ thể bị coi là thiếu sắt.

5.3 Bảo hòa Transferrine (Transferrin Saturation: Tfs)

Một protein chuyên biệt – Transferrin – có nhiệm vụ vận chuyển sắt qua huyết tương. Khi sắt trong tủy xương không cung cấp đủ để tổng hợp Hb, người ta thường định lượng mức bảo hòa transferrin song song với định lượng sắt huyết thanh.

Tfs được tính gián tiếp theo công thức:

$$Tfs (\%) = \frac{\text{Nồng độ sắt huyết thanh } (\mu\text{mol/l})}{\text{Nồng độ transferrin huyết thanh}} \times 398$$

Khi mức bảo hòa Tfs tăng lên có nghĩa là sắt huyết thanh thấp hoặc thiếu nên không đủ để gắn với protein gắn sắt là transferrin. Trong trạng thái sinh lý bình thường, chỉ có 33% các vị trí của transferrin được bảo hòa bởi sắt, khi Tfs dưới 16%nghĩa là cơ thể thiếu chất sắt.

5.4 Ferritin huyết thanh (Serum Ferritin: SF)

Đây là xét nghiệm đặc hiệu nhất trong việc xác định tình trạng thiếu sắt trong cơ thể. Bình thường cứ 1mcg ferritin huyết thanh tương đương với 10mg sắt dự trữ, khi ferritin huyết thanh thấp phản ánh tình trạng dự trữ sắt đã bị cạn kiệt. Ngưỡng được sử dụng chung cho cộng đồng hiện nay là mức độ cạn kiệt sắt được xác định khi ferritin < 12 mcg/l, tuy nhiên tình trạng ferritin huyết thanh giảm từ 12 – 20 mcg/l đã được coi là nguy cơ đáng kể thiếu sắt và dưới 60 mcg/l đã được xem là thấp. Trong thực hành lâm sàng, việc sử dụng một giá trị cutoff cao hơn cho ferritin được khuyến cáo khi sàng lọc thiếu sắt. Cụ thể, một điểm cắt 40 ug / L sẽ làm tăng độ nhạy chẩn đoán cho bệnh nhân có tình trạng không có bị biến chứng bởi nhiễm trùng hoặc viêm nhiễm.

6. Thiếu sắt trong thai kỳ

Nguyên nhân của tình trạng thiếu sắt trong thai kỳ do gia tăng nhu cầu sắt trong cơ thể.

Tần suất thiếu máu thiếu sắt ở những nước công nghiệp giảm đáng kể trong những thập kỷ gần đây, nhưng tần suất thiếu máu thiếu sắt trên toàn thế giới biến chuyển rất ít. Năm 1985, các nghiên cứu cho thấy 4 - 29% phụ nữ mang thai tại châu Âu có tình trạng thiếu máu, đến năm 1988 các số liệu thống kê cho thấy tỷ lệ thiếu máu phổ biến tổng thể trong thai phụ ở châu Âu và Bắc Mỹ là 17%. Tại Hà Lan, tỷ lệ ước tính của bệnh thiếu máu trong phạm vi mang thai từ 6 đến 28%. Singh nghiên cứu tất cả các thai phụ đến khám thai tại bệnh viện Đại học quốc gia Singapore năm 1993 nhận thấy tỷ lệ thiếu máu là 15,3%, nguyên nhân thiếu máu thường gặp nhất là do thiếu sắt (81,3%). Thiếu máu do thiếu sắt là vấn đề dinh dưỡng quan trọng tại Hàn Quốc, Yu báo cáo cho thấy 18% thai phụ tại Hàn Quốc có thiếu máu thiếu sắt. Tại Pháp thiếu máu là tình trạng thường gặp trong quá trình mang thai, nó xảy ra 10% đến 30% thai phụ ở miền Trung nước Pháp và thường xuyên hơn trong dân số nhập cư trong đó thiếu sắt là nguyên nhân chủ yếu.

Tại các nước kém và đang phát triển đặc biệt là các nước Châu Á – Châu Phi là nơi mà tình trạng thiếu máu nhất là thiếu máu thiếu sắt trong thai kỳ vẫn là một vấn đề sức khỏe ưu tiên cần can thiệp. Tỷ lệ tỷ lệ thiếu máu (hemoglobin < 110g / L) trong phụ nữ mang thai tại Nam Á dao động giữa 40% và 50%, tiếp tục là một trong số cao nhất thế giới. Tỷ

lệ phổ biến của thiếu máu nặng là cao nhất ở vùng cận Sahara Châu Phi tiếp theo là Nam Á. Thiếu sắt có thể là nguyên nhân hàng đầu gây thiếu máu ở Nam Á nơi mà chế độ ăn chủ yếu là ngũ cốc, ít sản phẩm động vật, và trong thực phẩm có hàm lượng cao các chất ức chế sự hấp thu sắt như phytate, chất xơ, và tannin. Ngoài sắt, thiếu hụt các vitamin như acid folic, vitamin A, vitamin C, riboflavin, vitamin E cũng có thể ức chế erythropoiesis.

Hậu quả thiếu sắt trong thai kỳ

- Năm 1991, trong nghiên cứu bệnh chứng thực hiện trên 1700 thai phụ, Klebanoff nhận thấy thiếu máu thiếu sắt từ tuần 13 đến tuần 26 làm gia tăng nguy cơ sanh non tăng gấp 2 lần, trong khi thiếu máu trong suốt 3 tháng cuối thai kỳ không làm tăng nguy cơ sinh non.

- Trong một nghiên cứu với hơn 800 phụ nữ mang thai, phân biệt giữa thiếu máu do thiếu sắt (ferritin huyết thanh <12 mg/l), và thiếu máu do nguyên nhân khác. Sau khi hiệu chỉnh cho các biến nhiễu, thiếu máu thiếu sắt có liên quan với sự gia tăng nguy cơ sinh con nhẹ cân và sanh non. Tuy nhiên, thiếu máu, do các nguyên nhân khác, không liên quan với kết cục thai kỳ nghèo nàn. Điều này cho thấy rất quan trọng để xác định nguyên nhân gây thiếu máu ở phụ nữ mang thai khi đánh giá những tác động của thiếu máu trên kết cục thai kỳ.

- Một nghiên cứu ở California cho thấy nguy cơ sinh non tăng gấp 2 lần ở những phụ nữ thiếu máu trong 3 tháng giữa thai kỳ, nhưng không tăng nguy cơ nếu thiếu máu xảy ra ở 3 tháng cuối.

- Bệnh thiếu máu do thiếu sắt gây ra tăng mệt mỏi, giảm hiệu suất làm việc, căng thẳng tim mạch, giảm sức đề kháng ở phụ nữ mang thai. Mang thai, thiếu sắt làm tăng nguy cơ nhiễm trùng đường tiểu và viêm đài bể thận. Một trong những lý do cho điều này là thiếu máu để bảo vệ cơ thể chống lại các tác nhân gây bệnh.

7. Dự phòng thiếu sắt cho cơ thể

7.1 Đa dạng hóa bữa ăn

- Tăng cường các loại thực phẩm cung cấp sắt có giá trị sinh học cao (sắt heme có trong thức ăn động vật).

- Tăng cường các loại thực phẩm hỗ trợ việc hấp thu sắt.

- Hạn chế tác dụng ức chế hấp thu sắt của một số chất có trong thực phẩm như phytat (làm đậu hũ hay lên men. .).

7.2 Bổ sung sắt cho các đối tượng có nguy cơ thiếu sắt cao

- Đây là giải pháp tình thế, cấp bách nhằm khắc phục nhanh tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng đang lưu hành và dự phòng ở những đối tượng có nguy cơ thiếu máu cao. Tuy nhiên, muốn thực hiện thành công giải pháp này, cần có một hệ thống phân bố và theo dõi tốt, bên cạnh đó còn đòi hỏi một cơ chế quản lý, điều hành và chi phí hợp lý.

Tài liệu tham khảo

1. Phạm Thị Thúy Hòa. (2003). Hiệu quả bổ sung sắt/acid folic đối với tình trạng thiếu máu thiếu sắt của phụ nữ có thai ở một số vùng nông thôn đồng bằng Bắc Bộ. Viện vệ sinh dịch tễ Trung Ương, Hà Nội.
2. Phạm Thanh Hải. (2011). Hiệu quả điều trị thiếu máu thiếu sắt trong thai kỳ (đề cương nghiên cứu sinh). Đại học Y dược, Tp. HCM.
3. Võ Thị Thu Nguyệt. (2009). Tình trạng thiếu máu thiếu sắt trong 3 tháng giữa thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Đại học Y dược. Đại học Y dược, Hồ Chí Minh.
4. Thái Quý, Nguyễn Hà Thanh. (2006). Chuyển hoá sắt và thiếu máu thiếu sắt. In Bài giảng huyết học truyền máu (pp. 208 - 213). nhà xuất bản Y học, Hà nội.
5. Abbaspour N, Hurrell R, Kelishadi R (2014), "Review on iron and its importance for human health". J Res Med Sci, 19, 164-174.
6. Andrews NC. (2008). Pathology of iron metabolism. In 5 (Ed.), Hoffman: Hematology: Basic Principles and Practice. Churchill Livingstone, Philadelphia.
7. Bothwell TH (2000), "Iron requirements in pregnancy and strategies to meet them". American Journal of Clinical Nutrition, 72(1 Suppl), 257S-264S.
8. Donovan A (2005), "The iron exporter ferroportin/Slc40a1 is essential for iron homeostasis". Cell Metab, 1(191).
9. Ernest B. (2010). Disorder of iron metabolism. In 8 (Ed.), William Hematology (pp. 511 - 537).The McGraw-Hill Companies
10. Fairbanks V.F. (1994), "Iron in medicine and nutrition, ". In Mordern Nutrition in Health and Disease (Shils M.E., Olson J.A., Shike M.,eds.), Lea and Febiger, Philadelphia 1, 185-211.

7.3 Tăng cường sắt vào thực phẩm

- Việc tăng cường một số vi chất dinh dưỡng nói chung và sắt nói riêng vào một số loại thực phẩm thiết yếu được tiêu thụ thường xuyên và rộng rãi đã được chứng minh là giải pháp có hiệu quả và có khả năng duy trì cao để thanh toán tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng.

11. Hallberg L. (1992). Iron balance in pregnancy and lactation. In Nutritional anemias (Vol. Nestlé Nutrition Workshop Series, vol 30, pp. 13-25). Raven Press, Ltd, New York.
12. Hallberg L, Rossander-Hulthén L (1991), "Iron requirements in menstruating women". Am. J. Clin. Nutr, 54, 1047-1058.
13. Institute of Medicine. (2001). Iron. In Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc (pp. 290-393). National Academy Press, Washington, DC.
14. Isah HS, Fleming AF, Ujah, Ekwempu CC (1995), "Anemia and iron status of pregnant and non-pregnant women in the guinea savanna of Nigeria". Ann Trop Med Parasitol, 79(5), 485 - 493.
15. Manfred W (1998), "Iron metabolism and its disorders". Clinical Laboratory Diagnostics, 268-283.
16. Martinez-Torres C., Leeb I., Taylor P., Ramirez J., DelValle camacho M., Layrisse M. (1986), "Hem, ferritin and vegetable iron absorption in human from meals denatured of hem iron during the cooking of beef". J Nutr, 116, 1720-1725.
17. Milman N (2006), "Iron and pregnancy—a delicate balance". Ann Hematol., 85, 559-565.
18. Rossander-Hulthén L, Hallberg L. (1996). Prevalence of iron deficiency in adolescents. In Iron nutrition in health and disease (pp. 149-156). John Libby & Co, London.
19. Russell M, Dunn-Albanese L. (2005). Anemia. In 1 (Ed.), Medical complication in pregnancy (pp. 95 - 114). McGRAW-HILL

MỠ LẤY THAI CHỦ ĐỘNG KHI THAI ĐỦ THÁNG SỚM VÀ CÁC BIẾN CHỨNG TRÊN TRẺ SƠ SINH

Nguyễn Duy Linh

Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

Tóm tắt

Khi so sánh với trẻ được sinh qua đường âm đạo, trẻ được sinh mổ có nguy cơ bị các biến chứng hô hấp cao hơn, đặc biệt nếu mổ lấy thai chủ động khi chưa có chuyển dạ. Thậm chí, nguy cơ này vẫn cao hơn cả khi thai đã đủ tháng (sau 37 tuần). So với trẻ sinh đủ tháng (39 tuần - 40 tuần 6 ngày), trẻ sinh đủ tháng sớm (37 tuần - 38 tuần 6 ngày) gia tăng nguy cơ: hạ thân nhiệt, thời gian nằm Đơn vị chăm sóc sơ sinh tích cực (NICU - Neonatal intensive care unit), cần thiết phải hỗ trợ hô hấp, cần thiết phải truyền dịch, sử dụng kháng sinh, thông khí cơ học. Mổ lấy thai chủ động khi thai đủ tháng sớm làm tăng nguy cơ nằm NICU và bệnh lý hô hấp sơ với trẻ sinh đủ tháng. Sử dụng betamethasone có hiệu quả làm giảm thời gian nhập NICU do suy hô hấp cấp sau mổ lấy thai chủ động khi thai đủ tháng. Khi mổ lấy thai chương trình, nguy cơ suy hô hấp nên được tính đến và lợi ích của việc sử dụng corticosteroids nên được so sánh với việc kéo dài thêm thai kỳ cho đến 39 tuần nếu có thể được. Từ khóa: Mổ lấy thai chủ động, sinh đủ tháng sớm, các biến chứng sơ sinh.

Abstract

NEONATAL OUTCOME FOLLOWING ELECTIVE CESAREAN SECTION IN EARLY-TERM BIRTH

1. Tổng quan

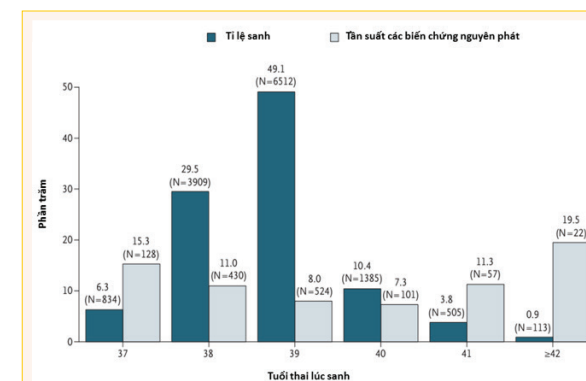
Tỉ lệ mổ lấy thai (MLT) trên thế giới không ngừng gia tăng ở các quốc gia phát triển. Mexico là nước có tỉ lệ MLT cao nhất trong số 22 quốc gia phát triển được khảo sát vào năm 2007, 2008 (43,9%), tiếp theo là Italy (39,8%), Hàn Quốc (35,3%), Mỹ 31,8%. Các quốc gia có tỉ lệ thấp nhất là Hà Lan 13,9%, Iceland 16,1% và Phần Lan 16,5% [1].

Các yếu tố chính làm gia tăng tỉ lệ MLT, bao gồm: tăng tỉ lệ MLT lần đầu và giảm tỉ lệ sinh đường âm đạo trên bệnh nhân có vết MLT cũ. Bên cạnh tăng tỉ lệ MLT lập lại trên vết MLT cũ còn có sự gia tăng mổ lấy thai chủ động khi không có chỉ định nội khoa hay sản khoa (thường MLT theo yêu cầu của thai phụ) [2]. Tại Mỹ năm 2009 có 1,3 triệu trường hợp sinh mổ, chiếm 32,9% tổng số trường hợp sinh. Trong đó tỉ lệ MLT theo

As compared with infants born vaginally, those born by cesarean section are at increased risk for adverse respiratory outcomes, especially when delivery occurs before the onset of labor. This increased risk persists even in infants who are delivered by cesarean section at full term (beyond 37 completed weeks of gestation). Compared with term infants (39 0/7 - 40 6/7 weeks), early-term neonates (37 0/7 - 38 6/7 weeks) had significantly higher risks: hypoglycemia, NICU or neonatology service admission, need for respiratory support, requirement for intravenous fluids, treatment with intravenous antibiotics, and mechanical ventilation or intubation. Elective cesarean section in early-term births increased the risk for NICU or neonatology service admission and respiratory morbidity compared with term births. Antenatal betamethasone is effective in reducing admission to special care baby unit with respiratory distress after elective caesarean section at term. In planning elective caesareans, the risk of respiratory distress should be considered and the likely benefits of antenatal corticosteroids should be compared with those of delaying delivery until 39 weeks when possible. Keywords: Elective cesarean delivery (ECD), Early-Term Birth, Neonatal Outcomes.

yêu cầu của thai phụ ngày càng gia tăng, chiếm 2,5% tổng số trường hợp sinh [3]. Tuy nhiên, MLT không phải phương pháp an toàn tuyệt đối. Chính vì vậy các Bác sĩ và bệnh nhân trước khi quyết định MLT chủ động nên cân nhắc và thảo luận cẩn thận những lợi ích, nguy cơ của MLT so với sinh đường âm đạo cũng như lựa chọn thời điểm mổ thích hợp bởi MLT có thể gây ra những biến chứng trên mẹ và đặc biệt là thai nhi [2].

Theo phân loại quốc tế về bệnh tật - The International Classification of Diseases, thai đủ tháng khi thai được sinh trong giai đoạn từ 37 tuần - 41 tuần 6 ngày. Những dữ liệu gần đây thấy rằng, tỉ lệ các biến chứng trên mẹ và trẻ sơ sinh không giống nhau trong suốt 6 tuần thai đủ tháng. Tỉ lệ các biến chứng theo hình chữ U, với điểm thấp nhất nằm tại thời điểm 39 tuần 0 ngày đến 40 tuần 6 ngày [4].



Biểu đồ 1. Thời gian MLT lập lại và tần suất biến chứng nguyên phát theo tuổi thai [5]

Theo kết quả của những nghiên cứu gần đây thấy rằng, trong giai đoạn chu sinh, các biến chứng tăng cao hơn khi sinh từ 37 - 38 tuần và 41 - 42 tuần so với sinh từ 39 - 40 tuần. Chính vì vậy, tại Workshop ở Bethesda, Maryland năm 2012 các chuyên gia trong các tổ chức Sản phụ khoa, Nhi khoa trên thế giới thống nhất khuyến cáo phân loại thuật ngữ thai đủ tháng ("term" pregnancy) thành các nhóm như sau [4]:

- + Đủ tháng sớm (Early term): 37 0/7 - 38 6/7 tuần.
- + Đủ tháng hoàn toàn (Full term): 39 0/7 - 40 6/7 tuần.
- + Đủ tháng muộn (Late term): 41 0/7 - 41 6/7 tuần.
- + Quá ngày (Postterm): > 42 0/7 tuần.

2. So sánh giữa MLT chủ động với sinh đường âm đạo khi đủ tháng:

2.1. Tử vong chu sinh:

Tỉ lệ tử vong sơ sinh của MLT là 1,77/1.000 trường hợp sinh, nhiều gấp 2,9 lần so với sinh đường âm đạo (0,62/1.000). Tỉ lệ tử vong sơ sinh của MLT nhiều hơn sinh đường âm đạo 2,2 lần khi thai phụ sinh con so và 3,7 lần khi thai phụ sinh con rạ [6].

Khi so sánh với trẻ được sinh qua đường âm đạo, trẻ được sinh mổ có nguy cơ bị các biến chứng hô hấp cao hơn, đặc biệt nếu MLT chủ động khi chưa có chuyển dạ. Thậm chí, nguy cơ này vẫn cao hơn cả khi thai đã đủ tháng (sau 37 tuần) [5].

2.2. Biến chứng hô hấp và các biến chứng khác:

Sinh đường âm đạo có nhiều ưu điểm hơn MLT khi thời gian nằm viện ngắn hơn, tỉ lệ nhiễm trùng ít hơn, ít biến chứng gây mê, gây tê và mau lên sữa hơn. MLT làm gia tăng nguy cơ bị các biến chứng trong thai kỳ tiếp theo như: vỡ tử cung, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, tổn thương ruột, bàng quang và tăng tỉ lệ cắt tử cung khi MLT...[3]

Theo Morison và cộng sự, trong 9 năm nghiên cứu với 33,289 trường hợp sinh sau 37 tuần thấy rằng: tần suất các biến chứng hô hấp như Hội chứng suy hô

hấp (RDS - Respiratory distress syndrome) hoặc cơn thở nhanh thoáng qua (TTN - Transient tachypnea) là 3,5% ở nhóm MLT chủ động không có chuyển dạ so với 1,2% ở nhóm MLT có chuyển dạ (OR 2,9; 95% CI 1,9-4,4; P < 0,001) và 0,5% ở nhóm sinh đường âm đạo (OR 6,8; 95% CI 5,2-8,9; P < 0,001). Nguy cơ tương đối bệnh lý hô hấp MLT của chủ động không có chuyển dạ lúc 37 0/7- 37 6/7 tuần so với 38 0/7- 38 6/7 tuần là 1,74 (95% CI 1,1-2,8; P < 0,02) và 38 0/7- 38 6/7 tuần so với 39 0/7- 39 6/7 tuần là 2,4 [2][6]. Còn Levine và cộng sự thấy nguy cơ tăng áp phổi dai dẳng (PPH) ở nhóm MLT chủ động nhiều hơn nhóm sinh đường âm đạo gấp gần 5 lần [6].

Trên thai phụ đủ tháng, nguy cơ biến chứng hô hấp sơ sinh (RDS và TTN) có dấu hiệu nhiều hơn ở nhóm trẻ được MLT chủ động so với sinh đường âm đạo (OR 2,6; 95% CI: 1,35-5,9; p= 0,01). Trong khi TTN không có dấu hiệu gia tăng (OR 1,19; 95% CI: 0,58-2,4; p= 0,05) thì RDS lại có dấu hiệu tăng cao (OR 5,85; 95% CI: 2,27-32,4; p= 0,01). Đỉnh cao nhất của RDS là khi MLT lúc 37 tuần-38 tuần 6 ngày (OR 12,9; 95% CI: 3,57-35,53; p= 0,01). Sau 39 tuần, không thấy có sự khác biệt về RDS giữa MLT chủ động và sinh đường âm đạo (OR 1,15; 95% CI: 0,17-5,3; p= 0,05) [7].

Trong 1 nghiên cứu tại Đan Mạch, trên 2.687 trẻ được sinh mổ chủ động. Tần suất bị biến chứng hô hấp là 1,8% (n=604), với 0,2% (n=64) bị biến chứng hô hấp nặng. Khi so với những trẻ được sinh đường âm đạo, những trẻ sinh bằng MLT chủ động có dấu hiệu gia tăng bị nguy cơ biến chứng hô hấp. Nguy cơ này tăng gấp 3,9 lần khi MLT lúc 37 tuần (OR 3,9, 95% CI: 2,4-6,5), gấp 3 lần khi MLT lúc 38 tuần (OR 3,0, 95% CI: 2,1-4,3) và gần gấp 2 lần khi MLT lúc 39 tuần (OR 1,9, 95% CI: 1,2-3,0). Nguy cơ bị biến chứng hô hấp nặng cũng có dấu hiệu tăng tương tự nhưng tỷ số chênh cao hơn, gấp 5 lần khi MLT lúc 37 tuần (OR 5,0, 95% CI: 1,6-16,0), gấp 4 lần lúc 38 tuần (OR 4,2, 95% CI: 1,6-11) và hơn gấp 2 lần lúc 39 tuần 2,4, 95% CI: 0,5-12) [8].

Theo đa số các chuyên gia, tỉ lệ các biến chứng hô hấp của sinh đường âm đạo thấp hơn so với MLT chủ động là do catecholamines được tiết ra trong quá trình sinh sẽ kích thích tái hấp thu và ức chế tiết ra dịch phổi thai nhi, đồng thời quá trình chuyển dạ sinh cũng làm tăng tiết ta surfactant [9].

3. Các biến chứng khi MLT chủ động trên thai đủ tháng sớm:

Có sự gia tăng tỉ lệ tử vong sơ sinh và trẻ cho con bú khi sinh giai đoạn đủ tháng sớm so với sinh đủ

tháng hoàn toàn. Khi so sánh với sinh lúc 39 tuần, nguy cơ bị các biến chứng sơ sinh lúc 37 tuần tăng gấp 2,3 lần (OR 2,3, 95% CI, 2,1–2,6), lúc 38 tuần gấp 1,4 lần (OR 1,4, 95% CI, 1,3–1,5). Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nhũ nhi cũng có dấu hiệu tăng cao hơn ở trẻ sinh lúc 37 tuần và 38 tuần so với sinh lúc 39 tuần.

Trong những nghiên cứu gần đây thấy rằng, nguy cơ suy hô hấp khi thai đủ tháng sẽ giảm theo tuổi thai. Hensen và cộng sự báo cáo, tỉ lệ các biến chứng hô hấp (TTN, RDS hoặc PPH) khi MLT chủ động lúc 37 tuần là 10% so với chỉ là 2,8% khi sinh đường âm đạo (OR 3,7, 95% CI 2,2 – 6,1). Khi 40 tuần, tỉ lệ các biến chứng hô hấp khi MLT chủ động xuống còn 1,5%, không có sự khác biệt khi sinh đường âm đạo. Một điều cần lưu ý là, bệnh lý suy hô hấp nặng vẫn xảy ra trên MLT chủ động khi thai đủ tháng. Trong nghiên cứu của Hansen, 1,9% trẻ MLT chủ động lúc 37 tuần bị biến chứng hô hấp nặng (được định nghĩa như: cần phải điều trị bằng oxy liên tục ≥ 3 ngày hoặc thông khí áp lực dương qua mũi hoặc phải thông khí cơ học một thời gian) [2].

Trong 1 nghiên cứu hồi cứu rất lớn, với 233.844 thai nhi được sinh tại 12 trung tâm tại Mỹ cho thấy: tất cả các thai nhi được sinh lúc 37 tuần khi so với sinh lúc 39 tuần (bất kể chỉ định) đều có tỉ lệ bị suy hô hấp cao hơn (OR 2,8; 95% CI, 2,0–3,9), tương tự là tỉ lệ sử dụng cần hỗ trợ thông khí (OR 2,8; 95% CI, 2,3–3,4). Thêm vào đó, tỉ lệ bị các biến chứng: ARDS, TTN, viêm phổi và sử dụng Surfactant ở trẻ sinh lúc 37 tuần cũng cao hơn khi so với sinh lúc 39 tuần [10][11].

4. Mổ lấy thai lập lại lúc thai đủ tháng khi nào ?

Trong 1 báo cáo của nghiên cứu với 23.794 trường hợp MLT lập lại, trong đó có 14.993 MLT chủ động trước khi có chuyển dạ và không có những chỉ định y khoa hoặc sản khoa, kết quả cho thấy MLT chủ động lúc 37 tuần làm gia tăng nguy cơ những biến chứng trên mẹ (tăng tỉ lệ truyền máu và viêm phổi) so với tiếp tục theo dõi thai kỳ đến 39 tuần (OR 1,56, 95% CI 1,06–2,31). Trong khi đó MLT chủ động lúc 39 tuần sẽ tốt hơn cho mẹ do tỉ lệ cắt tử cung khi MLT sẽ ít hơn khi so với tiếp tục theo dõi thai kỳ (OR 0,51, 95% CI 0,36–0,72) [12].

MLT chủ động lập lại lúc thai 37 tuần và 38 tuần có dấu hiệu làm gia tăng các biến chứng trên trẻ sơ sinh (RDS, TTN, phải thông khí cơ học và tăng thời gian nằm tại NICU) so với tiếp tục theo dõi thai kỳ (lúc 37 tuần OR 2,02, 95% CI 1,73 – 2,36; lúc 38 tuần OR 1,39, 95% CI 1,24 – 1,56). Ngược lại, việc MLT lúc 39 – 40

tuần thường sẽ tốt hơn cho trẻ sơ sinh khi so với tiếp tục kéo dài thai kỳ (lúc 39 tuần OR 0,79, 95% CI 0,68 – 0,92; lúc 40 tuần OR 0,57, 95% CI 0,43 – 0,75)[12].

Trong 1 nghiên cứu rất lớn với 24.077 bệnh nhân được MLT lập lại lúc đủ tháng tại 19 trung tâm của Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network từ năm 1999-2002. Có 13.258 trường hợp được MLT chủ động, trong số này 35,8% được thực hiện trước 39 tuần (6,3% lúc 37 tuần, 29,5% lúc 38 tuần) và 49,1% thực hiện lúc 39 tuần. Khi so với MLT chủ động lúc 39 tuần, MLT lúc 37 và 38 tuần có tỉ lệ bị các biến chứng nguyên phát nhiều hơn, gấp 2 lần khi MLT lúc 37 tuần (OR 2,1 95% CI, 1,7-2,5) và gấp 1,5 lần khi MLT lúc 38 tuần (OR 1,5 95% CI, 1,3-1,7, P<0,001). Tỷ lệ các biến chứng hô hấp, thông khí cơ học, nhiễm trùng nhiễm độc, hạ đường huyết, thời gian nằm tại NICU và nằm viện > 5 ngày có dấu hiệu tăng cao gấp 1,8-4,2 lần khi MLT lúc 37 tuần và 1,3-2,1 lần khi MLT lúc 38 tuần so với MLT lúc 39 tuần. MLT muộn sau 40 tuần cũng cho thấy làm gia tăng các biến chứng sơ sinh. Điều này cũng phù hợp với những chứng cứ y học khi mà nguy cơ thai chết lưu sẽ gấp đôi lúc 41 tuần và gấp 5 khi ≥ 42 tuần so với lúc 39 tuần. Nguy cơ các biến chứng sơ sinh cũng gia tăng nếu trì hoãn thời gian MLT chủ động sau 39-40 tuần [5].

Dựa vào những chứng cứ y học trên, hiện nay các tổ chức và các chuyên gia sản phụ khoa, nhi khoa đều thống nhất chỉ định MLT chủ động lập lại khi thai từ 39-40 tuần.

5. Sử dụng Corticosteroids trước khi mổ lấy thai chủ động khi thai đủ tháng sớm

Sử dụng corticosteroids trước khi MLT chủ động (37 tuần - 38 tuần 6 ngày) cho thấy làm giảm tỉ lệ trẻ sơ sinh cần phải nhập khoa hồi sức khi so sánh với nhóm chứng. Một nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên đa trung tâm (Antenatal Steroids for Term Elective Caesarean Section: ASTECS trial) cho thấy: tần suất nhập NICU do suy hô hấp là 0,051 ở nhóm chứng so với 0,024 ở nhóm điều trị corticosteroids (RR 0,46, 95% CI 0,23 - 0,93). Tỷ lệ nhập NICU khi sinh lúc 37 tuần là 11,4% ở nhóm chứng so với 5,2% ở nhóm điều trị, tương tự lúc 38 tuần là 6,2% ở nhóm chứng so với 2,8% ở nhóm điều trị và lúc 39 tuần là 1,5% ở nhóm chứng so với 0,6% ở nhóm điều trị. Tần suất TTN là 0,04 ở nhóm chứng so với 0,021 ở nhóm điều trị (RR 0,54, 0,26 - 1,12). Tần suất Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS - Acute respiratory distress syndrome) là 0,011 ở nhóm chứng so với 0,002 ở nhóm điều trị (RR

0,21, 0,03 - 1,32). Nguy cơ biến chứng hô hấp giảm đi 50% khi tuổi thai đạt 39 tuần [13][14].

Cũng trong nghiên cứu trên, việc sử dụng corticosteroids trước sinh không làm tăng các tác dụng phụ cho trẻ về sau, như: thói quen, hành vi,

Bảng 1. Lý do nhập viện hồi sức cấp cứu sơ sinh theo nhóm (ASTECS trial, BMJ, doi:10.1136/bmj.38547.416493.06, 8/2005)

Lý do nhập viện	Nhóm Betamethasone	Nhóm chứng
Suy hô hấp theo độ nặng		
Nhe	4	9
Trung bình	6	10
Nặng	1	5
Suy hô hấp theo loại bệnh		
Cơn thở nhanh thoáng qua	10	19
Suy hô hấp cấp	1	5
Tổng số trẻ nhập viện	26	32
Do suy hô hấp	11	24
Nguyên nhân khác (không do suy hô hấp)	15	8

Tài liệu tham khảo

1. Y. Niino. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. Biosci. Trends, vol. 5, no. 11, pp. 139–150, 2011.

2. C. Signore. Neonatal Morbidity and Mortality After Elective Cesarean Delivery. Clin Perinatol, vol. 35, no. 2, p. 361–vi., 2008.

3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Cesarean delivery on maternal request. Committee Opinion No. 559. Obstet. Gynecol., vol. 121, no. 559, pp. 904–907, 2013.

4. Catherine Y. Spong. Defining 'Term' Pregnancy. Jama, vol. 309, p. 2445, 2013.

5. Alan T.N. Tita, Mark B. Landon. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and maternal perioperative outcomes. Obstet. Gynecol, vol. 117, pp. 280–286, 2011.

6. M. F. MacDorman, E. Declercq, F. Menacker, and M. H. Malloy. Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with 'no indicated risk,' United States, 1998-2001 birth cohorts. Birth, vol. 33, no. September 2006, pp. 175–182, 2006.

7. V. Zanardo, A. K. Simbi, M. Franzoi, G. Solda, A. Salvadori, and D. Trevisanuto. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. Acta Pediatr, vol. 93, pp. 643–647, 2004.

cách cư xử, khả năng học tập ngoại ngữ, khoa học... thậm chí cũng không làm thay đổi tỉ lệ trẻ bị khô khè (30% so với 30%), hen phế quản (24% so với 21%), eczema (34% so với 37%), dị ứng [13][14].

Dù sử dụng corticosteroids có làm giảm các biến chứng khi MLT chủ động lúc thai đủ tháng sớm. Tuy nhiên, tốt nhất chỉ nên thực hiện MLT khi tuổi thai ≥ 39 tuần hơn là sử dụng corticosteroids để rồi MLT sớm.

6. Kết luận

- Mổ lấy thai chủ động làm gia tăng tỉ lệ các biến chứng so với sinh đường âm đạo lúc thai đủ tháng.
- Mổ lấy thai chủ động khi chưa có chuyển dạ chỉ nên thực hiện khi thai đạt từ 39-40 tuần.
- Sử dụng corticosteroids trước mổ lấy thai chủ động khi thai đủ tháng sớm làm giảm các biến chứng hô hấp ở trẻ sơ sinh.

8. A. K. Hansen, K. Wisborg, N. Ulbjerg, and T. B. Henriksen. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. BMJ, vol. 336, pp. 85–87, 2008.

9. Anemone van DenElburg. Neonatal respiratory morbidity following elective caesarean section in term infants. A 5-year retrospective study and a review of the literature. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., vol. 98, pp. 9–13, 2001.

10. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Nonmedically Indicated Early-Term Deliveries. Obstet. Gynecol, vol. 121, no. 4, pp. 911–915, 2013.

11. J. U. Hibbard. Respiratory morbidity in late preterm births. JAMA, vol. 304, no. 4, pp. 419–425, 2010.

12. Giuseppe CHIOSSI, Yinglei LAI. Timing of Delivery and Adverse Outcomes in Term Singleton Repeat Cesarean Deliveries. Obs. Gynecol, p. 121(3): 561–569, 2013.

13. P. Stutchfield, R. Whitaker, and I. Russell. Antenatal betamethasone and incidence of neonatal respiratory distress after elective caesarean section: pragmatic randomised trial. BMJ, vol. 331, no. August, p. 662, 2005.

14. P. R. Stutchfield, R. Whitaker. Behavioural, educational and respiratory outcomes of antenatal betamethasone for term caesarean section (ASTECS trial). Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed, vol. 98, pp. F195–200, 2013.

CHĂM SÓC BAN ĐẦU RỐI LOẠN CHỨC NĂNG SÀN CHẬU

Nguyễn Thị Vinh Thành
Bệnh viện Từ Dũ

1. Đặt vấn đề

Sàn chậu là cấu trúc phức tạp gồm thần kinh, cơ, mô liên kết nằm trong khung xương chậu, đi từ xương mu đến xương cụt và thành chậu 2 bên. Sàn chậu có vai trò nâng đỡ các cơ quan như Bàng quang, Tử cung, Trực tràng và đóng mở đường ra của các cơ quan này: niệu đạo, âm đạo và hậu môn. Rối loạn chức năng sàn chậu có thể là tiêu không kiểm soát, tiểu không kiểm soát, sa các tạng vùng chậu, rối loạn tình dục và đau mãn tính liên quan đến các cơ quan vùng chậu, ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng sống. Khi bị sa tạng chậu, người bệnh thường e ngại, họ ít khi đến khám tại các trung tâm y tế mà thường dùng những biện pháp dân gian như xông hơi, bôi thuốc... Phần niêm mạc âm đạo bị ở bên ngoài lâu ngày gây viêm hăm, khô và loét tại chỗ, thói quen đi tiểu cũng thay đổi, luôn luôn cảnh giác sợ són tiểu nên phải đi tiểu thường xuyên không nín nhịn được, uống ít nước để ít đi tiểu. Những thói quen xấu hình thành lâu ngày gây nên nhưng hệ lụy về sau cho bàng quang. Phần lớn người bệnh âm thầm chịu đựng, khi họ đến với thấy thuốc thì tình trạng đã nặng lên nhiều hơn. Tác động của việc không kiểm soát về chất lượng sống của người bệnh rất lớn, nó có thể: gây trầm cảm và các vấn đề về hành vi, hạn chế việc làm, giáo dục, giải trí, hoạt động, dẫn đến mặc cảm cách biệt với xã hội.

Cùng với sự chăm sóc y tế ngày càng cao, người phụ nữ sống thọ hơn, số liệu về dân số thế giới (Bureau of Census), dự báo tỷ lệ người cao tuổi sẽ tăng 33% đến năm 2050, so với trước đây là 23% vào năm 1995. Người thấy thuốc cần quan tâm nhiều hơn đến tình trạng rối loạn chức năng sàn chậu ở phụ nữ. Phục hồi chức năng sàn chậu không chỉ là phẫu thuật, các nhà lâm sàng cần biết về những chăm sóc ban đầu trong điều trị, gồm thay đổi thói quen sinh hoạt, tập bàng quang, tập vật lý trị liệu sàn chậu, sử dụng nội tiết tại chỗ, sử dụng vòng nâng âm đạo.. Lựa chọn một biện pháp điều trị thích hợp tùy theo từng bệnh nhân (độ tuổi, tình trạng sức khỏe, mong muốn của người bệnh) và khả năng thực hiện tại từng cơ sở y tế. Mục tiêu của điều trị nội khoa là nâng cao chất lượng cuộc sống, khôi phục chức năng tiêu tiểu có kiểm soát, duy trì được quan hệ tình dục, dự phòng và hạn chế tái phát.

Điều trị nội khoa là điều trị hành vi, học cách hiểu để thay đổi những thói quen không tốt trước đây. Các thói quen xấu phải mất một thời gian thật dài để hình thành, nên việc tạo lại một thói quen mới để kiểm soát lại phải cần sự kiên nhẫn, kiên trì và việc này kéo dài đến hết cuộc sống còn lại.

2. Rối loạn chức năng sàn chậu

Gồm 5 nhóm triệu chứng

2.1. Triệu chứng đường tiểu dưới

- Tiểu không kiểm soát
- Nhiễm trùng đường tiểu dưới
- Chứa đựng bàng quang
- Cảm giác bàng quang
- Quá trình đi tiểu và sau đi tiểu

2.2. Triệu chứng hậu môn trực tràng

- Tiêu không kiểm soát
- Tiêu gấp, tiêu gấp không kiểm soát
- Tổng phân phải rặn
- Cảm giác tổng phân không hết
- Táo bón
- Sa trực tràng

2.3. Sa các tạng vùng chậu

- Trầm nặng vùng chậu
- Khối phồng trong âm đạo
- Xuất huyết, tiết dịch, nhiễm trùng
- Đẩy khối sa lên khi đi tiêu tiểu

2.4. Rối loạn tình dục

- Giao hợp đau
- Giao hợp giảm cảm giác, bị cản trở

2.5. Đau vùng chậu

- Đau bàng quang, niệu đạo
- Đau âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn
- Đau vùng chậu có hay không theo chu kỳ
- Đau thần kinh thẹn

Khám và đánh giá Rối loạn chức năng sàn chậu cần có một cách nhìn tổng thể. Nghiên cứu của GWilli Davila, có một sự liên quan bệnh lý giữa các tạng trong vùng chậu. Không ngạc nhiên khi bệnh nhân khám vì tiêu không kiểm soát, có 24-53% có kèm tiểu không kiểm soát, 7-22% có kèm sa tạng chậu. Đối với bệnh nhân có Sa tử cung, 18% có kèm tiêu không kiểm soát và 34% sa trực tràng phối hợp. Điều trị rối loạn chức năng sàn chậu cần sự kết hợp của nhiều chuyên gia cùng lúc.

3. Khuyến cáo về phương pháp vật lý

3.1. Những thói quen tốt:

3.1.1. Thói quen uống nước.

Thói quen của mỗi cá thể có khi là uống nước quá nhiều hoặc quá ít. Uống nước đủ là cần thiết để loại bỏ chất kích thích cho bàng quang. Uống nước ít làm tăng nhiễm trùng tiểu và làm giảm chức năng của bàng quang (Dowd, 1996). Ngược lại uống nước quá nhiều có thể gây són tiểu, tiểu nhiều lần và tiểu gấp. Khảo sát trên cộng đồng những người lớn tuổi, ghi nhận họ tự hạn chế uống nước do sợ bị són tiểu, tiểu gấp và tiểu nhiều lần (Engberg et al., 1995; Johnson et al., 2000). Uống nước đủ quan trọng với người già, là những người thường kém ăn và có nguy cơ mất nước.

Lượng nước trung bình được tính khoảng 30cc/kg cơ thể, nghĩa là tối thiểu khoảng 1500ml/ ngày chia làm nhiều lần trong ngày, trừ trường hợp có chống chỉ định y khoa. Một số nghề nghiệp phải uống ít nước do không muốn đi tiểu thường xuyên, cho thấy bệnh nhiễm trùng tiểu gia tăng(Nygaard and Linder, 1997).

Trong dân số người lớn tuổi, dường như có một sự liên quan mạnh giữa việc uống nước buổi chiều tối, tiểu đêm và đa niệu đêm. Người già lão có xu hướng tiểu đêm nhiều, tính về cả số lần tiểu đêm cũng như lượng nước thải vào ban đêm hơn. Tiểu đêm là tiểu hơn 2 lần một đêm. Những thuốc điều trị những chứng bệnh mãn tính như, suy tim sung huyết, suy tĩnh mạch phù ngoại biên, hạ đường huyết và tạo nước tiểu nhiều, thuốc ngủ, thuốc lợi tiểu uống vào buổi chiều tối có thể là nguyên nhân gây tiểu đêm và đa niệu. Người bệnh bị phù nề chi dưới cần được tư vấn nằm hoặc ngồi kê cao chân, hoặc ngủ một chút trước bữa ăn trưa, để kích thích sự tạo nước tiểu tự nhiên, làm giảm tạo nước tiểu về đêm. Thuốc uống nên uống vào giữa bữa ăn tối, tránh uống thêm nước từ sau 18.pm

3.1.2. Những chất gây kích thích bàng quang

Một số thức ăn, thức uống có thể là nguyên nhân gây lợi tiểu, đi tiểu nóng rát và kích thích bàng quang. Không nên xem nhẹ Cafein có trong thức uống, thức ăn và một số thuốc vì có thể gây kích thích sự co cơ detrusor. Thống kê của cục Quản lý Thuốc và Thực phẩm FDA Hoa kỳ cho thấy có hơn 300 loại chế phẩm thức uống và thuốc có chứa Cafein. Ngoài cafein, rượu và các chất có alcohol cũng gây lợi niệu và gây đi tiểu nhiều lần. (Newman 2004, 2005). Thức ăn của người châu Á nhiều gia vị như ớt, tiêu, tỏi .. cũng là chất kích thích niêm mạc bàng quang gây kích thích đi tiểu. Các bằng chứng cho thấy việc loại bỏ các chất kích thích trong thức ăn và thức uống là một vai trò quan trọng điều trị són tiểu (Newman 2007). Nghiên cứu cho thấy

giảm cafein có làm giảm tình trạng són tiểu và tiểu nhiều lần (Arya et al., 2000; Tomlinson et al., 1999).

Đánh giá việc tiêu thụ cafein trong ngày là một việc không thể thiếu của người thực hành lâm sàng trước một người bệnh có triệu chứng của bàng quang tăng kích thích (OAB) như són tiểu, tiểu gấp, tiểu thường xuyên. Liều cafein được đề nghị là không quá 200mg/ ngày, nghĩa là không quá 2 ly. Bệnh nhân cần được hướng dẫn loại bỏ từng chất một các thức ăn thức uống có nghi ngờ gây kích thích niêm mạc bàng quang.

3.1.3. Thói quen ruột. (Regularity of bowel function)

Táo bón (được định nghĩa ít hơn 3 lần một tuần) có liên quan đến són tiểu và bàng quang tăng hoạt. Có sự tác động lẫn nhau giữa bàng quang, trực tràng và niệu đạo do có cùng một hệ thần kinh chi phối là thần kinh thẹn (Dohil et al 1994). Các nghiên cứu trên những phụ nữ bị táo bón nặng trong một thời gian dài cho thấy gây tác động thay đổi lên chức năng hệ thần kinh vùng chậu (Snook et al 1985)

Cơ thắt ngoài hậu môn và các nhóm cơ sàn chậu có thể bị thương tổn do bị căng thẳng quá mức kéo dài do táo bón thường xuyên (Lobowski et al 1988)

Việc hướng dẫn chăm sóc thói quen ruột là một phần không thể thiếu trong điều trị vật lý trị liệu sàn chậu.

Tư vấn chế độ ăn nhiều chất xơ, nhiều nước, tập thói quen đi tiêu đúng giờ, tập thể dục. Việc tập thói quen đi tiêu đúng giờ có thể phối hợp sử dụng một số thuốc đi kèm. Phân tích của Cochrane 2003 cho thấy việc thiết lập lịch trình đi tiêu tiểu ở người già là có ích cho liệu trình điều trị són tiểu và tiểu nhiều và tiểu đêm (Eustice et al., 2002; Ostaszkiwicz et al., 2002a, 2002b). Lịch trình này cần thảo luận và đồng thuận của người bệnh về lợi ích, tránh cảm giác bị kiểm soát và xâm lấn.

3.2. Tập bàng quang:

Chương trình tập luyện bàng quang giúp làm tăng thời gian giữa hai lần đi vào nhà vệ sinh, giúp làm tăng khả năng giữ nước tiểu trong bàng quang, giúp người bệnh điều khiển được cảm giác đi tiểu gấp gáp khi bàng quang co thắt không cần thiết. Tập luyện bàng quang giúp cho họ lấy lại khả năng kiểm soát bàng quang của mình,

Cơ chế hoạt động chưa được hiểu rõ, nhưng người ta cho rằng tập bàng quang có hiệu quả ức chế vỏ não trước những tín hiệu co thắt của cơ Detrusor, tạo điều kiện cho vỏ não đóng niệu đạo khi bàng quang đầy, tăng cường sức co của cơ vân vùng chậu, và làm thay đổi hành vi ảnh hưởng đến són tiểu. Một số chiến lược giúp người bệnh giảm cảm giác thôi thúc, ví dụ hít thở sâu, đi chậm lại, bình tĩnh chống lại cảm

giác thôi thúc, hoặc co thắt thật mạnh và kéo dài cơ vùng sàn chậu 2 – 3 giây. Việc sử dụng đồng hồ bấm giờ hoặc đồng hồ nhà bếp có lợi ích cho một lịch trình tập. (Newman 2005)

Xem bài hướng dẫn tập bàng quang
Nhật ký đi tiểu (Voiding diary/ Bladder diary) là công cụ để theo dõi bài tập bàng quang.

Giám sát tập bàng quang thông qua việc sử dụng các nhật ký đi tiểu là cần thiết để đánh giá sự tuân thủ và để xác định khoảng thời gian cho bài tập hàng tuần tiếp theo.

Như hầu hết các biện pháp can thiệp hành vi, mối quan hệ giữa bác sĩ và bệnh nhân là rất quan trọng cho sự thành công của bài tập. Các bác sĩ phải theo dõi sự tiến bộ của bệnh nhân, cung cấp lời khen ngợi và khuyến khích nếu thích hợp.

Hầu hết các chuyên gia cho rằng, ở những bệnh nhân có các triệu chứng OAB, kết hợp phương pháp điều trị cải thiện hành vi với điều trị bằng thuốc là hiệu quả nhất (Burgio et al., 2002; Mattiasson et al., 2003).

3.3. Tập cơ sàn chậu (PFMT - Pelvic Floor Musle Training)

Bài tập cơ sàn chậu (PFMEs) đã được giới thiệu vào những năm 1940 bởi Tiến sĩ Arnold Kegel và đã được gọi là bài tập Kegel.

Có 30% người nữ không biết cơ sàn chậu đúng trong lần khám đầu tiên, dù đã được hướng dẫn trước đó (Benvenuti et al 1987, Bo et al 1988). Vai trò quan trọng của người thực hành lâm sàng hướng dẫn tập vật lý trị liệu là phải nhận biết, đánh giá mức độ co cơ của từng người bệnh, tham khảo thang Oxfort cải tiến, phân loại mức độ co cơ sàn chậu (5 mức độ)

Tổng kết của Kari Bo 2011 cho kết luận Tập cơ cơ sàn chậu có hiệu quả trong điều trị SUI. Tập sàn chậu có giám sát và chuyên sâu có hiệu quả hơn không có giám sát. Không có tác dụng phụ trong tập cơ cơ sàn chậu. Còn thiếu những thực nghiệm lâm sàng để đánh giá hiệu quả của tập cơ cơ sàn chậu trên rối loạn chức năng tình dục [2].

Cơ sàn chậu điều khiển được từ vỏ não.
Bài tập co thắt có 2 dạng :
• Dạng 1 - co thắt nhanh
• Dạng 2- co chậm và giữ chắc.

Bài tập co chậm giúp cải thiện độ bền của cơ, trong khi bài tập co nhanh và mạnh giúp tạo thành phản xạ co cơ khi có một sự tăng áp lực ổ bụng đột ngột, chẳng hạn ho và hắt hơi.

Co cơ có ý thức trước và trong khi xảy ra tăng áp lực ổ bụng và duy trì thói quen co thắt để ngăn ngừa sa sàn chậu, Miller 1998

Một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng Burgio K, et al, JAMA 280: 1995-2000 (1998) so sánh giữa điều trị thuốc và thay đổi hành vi, cho kết luận: Thay đổi hành vi, kết hợp với tập cơ sàn chậu có hỗ trợ Biofeedback cho kết quả rất thành công trong điều trị són tiêu tiểu.

Bài tập Knack là cải biên từ bài tập co nhanh kết hợp ho,tạo thành thói quen phản xạ co cơ khi ho hoặc hắt hơi.

Các nhà vật lý trị liệu sàn chậu cần hướng dẫn cụ thể cho người bệnh cách nhận biết co cơ đúng:

- Không làm co các cơ của đùi, mông hoặc bụng, tưởng tượng đang cố gắng kiểm soát sự thoát ra của khí, hoặc ngồi trên mặt phẳng ghế, thắt chặt các vòng cơ xung quanh hậu môn. Cảm nhận cảm giác đóng và nâng lên của âm hộ, âm đạo.

- Đối với nam giới, yêu cầu họ tưởng tượng dương vật di chuyển lên xuống mà không di chuyển bất kỳ phần nào khác của cơ thể.

Bệnh nhân cần được khuyến cáo không nên thực hiện các bài tập trong quá trình đi tiểu, không dùng ngắt khi bắt đầu dòng chảy nước tiểu như một hình thức tập thể dục. Bài tập này có mặt tốt vì nhiều bệnh nhân ban đầu báo cáo không có khả năng ngăn chặn dòng chảy nước tiểu khi nó bắt đầu. Tuy nhiên, có một số tranh cãi bởi vì nó là nonphysiological và có thể có hại. Ngoài ra, bệnh nhân không nên tập co cơ quá mức vì có những phụ nữ có thể đau cơ do thực hiện các bài tập quá mức (DeLancey et al., 1993).

3.4. Liệu pháp Biofeedback

Biofeedback được định nghĩa là sự diễn giải những hoạt động của cơ thể bằng hình ảnh qua các thiết bị cảm biến ngoại vi, với mục đích cải thiện chất lượng đo [1]. Ngày nay, có nhiều các thiết bị phản hồi sinh học hỗ trợ cho tập cơ cơ sàn chậu. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng tập thể dục cơ cơ sàn chậu nhiều hiệu quả hơn so với không điều trị cho SUI. Đối với phụ nữ bị tiểu không kiểm soát gắng sức và hỗn hợp, hầu hết các nghiên cứu thực nghiệm cho thấy tập sàn chậu bổ sung phản hồi sinh học có hiệu quả trong điều trị.

3.5. Kích thích điện cơ

Là đưa một dòng điện thấp vào để kích thích sự co cơ sàn chậu. Kích thích điện cơ sàn chậu có hai tác động: co cơ sàn chậu và ức chế sự co thắt ngoại ý của cơ Detrusor.

4. Nội tiết tại chỗ

Ở người nữ, hệ niệu dưới và hệ sinh dục có cùng nguồn gốc phôi thai từ xoang niệu dục (tam cá nguyệt đầu thai kỳ). Thụ thể Estrogen tập trung chính ở lớp tế bào biểu mô vảy của niệu đạo gần, niệu đạo

xa, âm đạo, và vùng tam giác bàng quang. Nhóm cơ mu cụt của sàn chậu cũng nhạy với Estrogen [9].Tình trạng thiếu hụt Estrogen của tuổi quanh mãn kinh và mãn kinh, gây thiếu dưỡng vùng da niêm mạc niệu sinh dục, lớp niêm mạc trở nên mỏng hơn, thiếu hụt glycogen bề mặt, điều này dẫn đến những thay đổi nồng độ axit trong âm đạo, niêm mạc trở nên khô, mỏng, và ít chất bôi trơn. Một khảo sát 2045 phụ nữ tại Anh độ tuổi từ 55 đến 85 của Barlow và cộng sự cho thấy có 48,5% người hậu mãn kinh có triệu chứng về đường niệu dưới.

Các thay đổi ở niêm mạc âm đạo cũng xảy ra ở niệu đạo và trong vùng tam giác của bàng quang. Những thay đổi này có thể dẫn đến các triệu chứng tiểu lắt nhắt và khó chịu đi tiểu, dễ bị nhiễm trùng đường tiểu dưới hoặc có các triệu chứng của viêm âm đạo. Estrogen sử dụng tại chỗ là đủ hiệu quả làm giảm các triệu chứng này, thay vì dùng nội tiết thay thế toàn thân. Những chứng cứ nghiên cứu cho thấy sử dụng nội tiết hỗ trợ tại chỗ góp phần làm tăng hiệu quả sử dụng Pessary [8]

5. Pessary

Được ghi nhận sử dụng từ thời cổ đại. Tài liệu cổ ghi chép thời kỳ trước Hypocrate đã có sử dụng những vật liệu như sợi, quả hạt, nút bần... làm vật chắn giữ trong âm đạo ngăn ngừa sự sa tụt của các cơ quan vùng chậu. Cùng với sự phát triển vượt bậc của Dược phẩm, thuốc gây mê, phương pháp phẫu thuật... Pessary cũng có nhiều cải tiến về hình dạng và chất liệu. Ngày nay, Pessary làm từ Silicon, chất trơ ít gây kích ứng, không tạo mùi khi sử dụng và có khoảng hơn 200 hình dạng kích thước khác nhau.

Pessary được sử dụng cho những người nhiều bệnh lý nội khoa không thể chỉ định phẫu thuật,

không muốn phẫu thuật hay trì hoãn phẫu thuật. Khi dùng vòng nâng thích hợp, có thể cải thiện triệu chứng tức thì, người bệnh có thể tiếp tục hoặc chuyển qua phẫu thuật.

Sử dụng hiệu quả hơn khi người bệnh chưa cắt bỏ tử cung. Người bệnh cần được hướng dẫn chăm sóc vòng nâng Pessary, cách tự đặt và tháo vòng. Pessary có thể lấy ra mỗi ngày, mỗi tuần hoặc 1 tháng, tùy vào điều kiện của người bệnh và khả năng chăm sóc của cơ sở điều trị. Phân tích tổng hợp 2011, ghi nhận Pessary ngày càng được sử dụng nhiều. Hầu hết những nghiên cứu thực nghiệm cho tỷ lệ thành công > 85%. Nguyên nhân không thành công được ghi nhận do chiều dài âm đạo ngắn, khe niệu dục rộng (>6cm), đã cắt tử cung hoặc đã phẫu thuật làm hẹp âm đạo trước đó. Có 50% đến 80% sử dụng pessary > 1 năm, tỷ lệ tiếp tục sử dụng > 5 năm là 14-48%. Hoạt động tình dục và mức độ sa tạng chậu không là chống chỉ định trong điều trị Pessary [7]. Những nghiên cứu so sánh với phẫu thuật sau một năm, cho kết quả tương đương về chất lượng sống và khả năng duy trì hoạt động tình dục.

Tác dụng ngoại ý và biến chứng của Pessary là: tiết dịch âm đạo có mùi, chảy máu, đau và táo bón. Nghiên cứu cho thấy 56% phụ nữ sử dụng vòng nâng có triệu chứng này, cách điều trị là tháo vòng một thời gian để điều trị viêm. Khuyến cáo Tốt nhất là hướng dẫn cho người bệnh cách tự tháo vòng, tự chăm sóc vòng và tự đặt vòng. Tai biến rất hiếm gặp là dò bàng quang, âm đạo trực tràng do đặt Pessary. Với việc thiết lập một lịch trình theo dõi đúng, hoàn toàn có thể tránh những tai biến này [7]

Tại bệnh viện Từ Dũ, Pessary được sử dụng từ 2011 và đưa vào phác đồ điều trị nội khoa sa tạng chậu từ năm 2012.

Tài liệu tham khảo

1. KS. Williams JL. Martin, AJ. Sutton, KR. Abrams, RP. Assassa (2006) "Systematic review and meta-analysis of methods of diagnostic assessment for urinary incontinence". Neurourol Urodyn, 25 (7), 674-683.
2. Pelvic Floor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. World J Urol (2012) 30:437-443. DOI 10.1007/s00345-011-0779-8
3. Physiotherapy for Urinary Incontinence. Jeanette Haslam. Textbook of Female Urology and Urogynecology 2nd edition, p475-482.
4. Urogynecology in Primary care. Patrick. J. Culligan. Roger.P. Goldberg
5. Female Urogynecology. A practical clinical guide. Part II, Treatment. Conservative Therapy for Incontinence. Diane K

Newman. p63-p75.
6. Kapoor, D., et al., Referral patterns for pelvic floor disorders. International Urogynecology Journal, 2009. 20(12): p. 1469-1472.
7. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review 2011 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3097351/
8. Hanson LA, Schulz JA, Flood CG, Cooley B, Tam F (2006). Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.17(2):155-159
9. Menopause. Chapter 47. Text book of Female Urology and Urogynecology 2nd Edition.pdf.

HIỆU QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ CỦA THÔNG FOLEY ĐẶT LỖ TRONG CỔ TỬ CUNG Ở THAI QUÁ NGÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA AN GIANG

Hồ Thái Phong, Phạm Việt Thanh

Tóm tắt

Đặt vấn đề và mục tiêu: Thai quá ngày được định nghĩa khi tuổi thai trên 42 tuần, với tỷ lệ mới mắc là 10% (thai trên 41 tuần) và 7% (thai trên 42 tuần). Có sự gia tăng bệnh suất và tử suất sơ sinh khi tuổi thai trên 41 tuần. Nền nhiều nghiên cứu thống nhất rằng khởi phát chuyển dạ (KPCD) ở thai từ 41 tuần là cần thiết. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu loạt ca tiến cứu trên 70 thai phụ mang thai quá ngày, có chỉ định KPCD từ tháng 09 năm 2012 đến tháng 05 năm 2013 tại Khoa Sản Bệnh viện đa khoa An Giang. Tất cả thai phụ được đặt ống thông Foley số 16 qua lỗ trong cổ tử cung, bơm 60ml nước muối sinh lý. **Kết quả:** Tỷ lệ KPCD thành công theo định nghĩa là 80% (KTC 95% 71,6% – 89,4%). Nhóm sản phụ dưới 35 tuổi có tỷ lệ thành công cao hơn nhóm trên 35 tuổi với RR = 1,9 (KTC 95% 0,99 – 3,67). Tỷ lệ sinh đường âm đạo là 64,3%. Tỷ lệ sử dụng kết hợp với oxytocin là 68,6%. Không có biến chứng nghiêm trọng, chỉ cảm giác khó chịu chiếm tỷ lệ 21,4%. **Kết luận:** Khởi phát chuyển dạ bằng thông Foley đặt lỗ trong cổ tử cung an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn trong tương lai.

1. Đặt vấn đề

Có sự gia tăng bệnh suất và tử suất sơ sinh khi tuổi thai trên 41 tuần. Nền nhiều nghiên cứu thống nhất rằng khởi phát chuyển dạ ở thai từ 41 tuần là cần thiết[6],[7]. Với sự tiến bộ của y học, có nhiều phương pháp khởi phát chuyển dạ đã được áp dụng. Các phương pháp này được chia thành hai nhóm chính là: phương pháp cơ học và phương pháp dùng thuốc. Các phương pháp cơ học bao gồm tách ối, nong cổ tử cung bằng laminaria, đặt Kovac's, đặt thông Foley, đặt thông Foley kết hợp truyền nước muối sinh lý ngoài buồng ối. Các phương pháp dùng thuốc bao gồm truyền oxytocin, prostaglandin E1 (misoprostol), prostaglandin E2 (denoprostone).

Tại Việt Nam đã có một số công trình nghiên cứu đánh giá hiệu quả khởi phát chuyển dạ của đặt ống

Abstract

EFFECTIVE INDUCTION OF LABOR USING FOLEY TRANSCERVICAL IN POSTTERM PREGNANCY

Background and objectives: The postterm pregnancy is defined as one that persists for 42 weeks or more from the onset of the last menstrual period with incidence 7% and 10% for 41 weeks. The perinatal mortality rate increased as pregnancy exceeded 41 weeks so induction of labor in 41 weeks pregnancy is necessary. **Methods:** Prospective case series report study of 70 postterm pregnancy, indicated induction of labor from 09/2012 to 05/2013 in Department of Obstetrics, An Giang General Hospital. All of pregnancies are inserted Foley catheter (16Fr) transcervical with balloon 60ml normal saline. **Result:** The rate of successful induction of labor is 80% with CI 95% (71.6 – 89.4), group of woman below 35 years is significantly higher rate with RR=1.9 (CI 95% 0.99-3.67). Vaginal birth rate is 64.3%. Rate of augmentation with oxytocin is 68.6%. No maternal and neonatal infections is reported, the rate of woman felt uncomfortable is 21.4%. **Conclusions:** Transcervical Foley catheter is an effective and safe agent for cervical ripening. However, it should be more sample research in the future.

thông Foley ở kênh cổ tử cung với đối tượng nghiên cứu là thai kỳ thiếu ối hoặc thai dị tật bẩm sinh. Bên cạnh đó, tại Khoa sản Bệnh viện Đa khoa An Giang năm 2011 có 9.928 trường hợp sinh, trong đó có khoảng 1.000 trường hợp thai quá ngày. Các trường hợp thai quá ngày này được khởi phát chuyển dạ chủ yếu bằng phương pháp tách ối và truyền oxytocin nên tỷ lệ thất bại cao dẫn đến hậu quả tăng tỷ lệ phẫu thuật lấy thai.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Hiệu quả khởi phát chuyển dạ của thông Foley đặt lỗ trong cổ tử cung ở thai quá ngày tại Bệnh viện đa khoa An Giang” với mục tiêu nghiên cứu chính là xác định tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công của đặt thông Foley qua lỗ trong cổ tử cung ở thai quá ngày.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Hiệu quả khởi phát chuyển dạ của thông Foley đặt lỗ trong

cổ tử cung ở thai quá ngày tại Bệnh viện đa khoa An Giang” với mục tiêu nghiên cứu chính là xác định tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công của đặt thông Foley qua lỗ trong cổ tử cung ở thai quá ngày.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca tiến cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Dân số mục tiêu: Sản phụ mang thai sống trên hoặc bằng 41 tuần chưa chuyển dạ.
- Dân số nghiên cứu: Sản phụ mang thai sống trên hoặc bằng 41 tuần chưa chuyển dạ nhập viện tại Khoa sản Bệnh viện đa khoa An Giang từ tháng 09/2012 đến tháng 05/2013.
- Dân số chọn mẫu: Sản phụ mang thai sống trên hoặc bằng 41 tuần chưa chuyển dạ nhập viện tại Khoa sản Bệnh viện đa khoa An Giang từ tháng 09/2012 đến tháng 05/2013 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

n = (Z^2_1-α/2 * p(1 - p)) / d^2

• Với α = 0,05, độ tin cậy 95%. Ta có Z_{1-α/2} = 1,96. Theo nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Ngọc[6], tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công sau đặt thông Foley là 76%, p = 0,76.

• Chọn sai số cho phép là 10%, d = 0,1 Thế vào công thức ta có n = 70.

2.4. Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ. Chọn tuần tự kế tiếp theo thời gian nhập viện, đồng ý tham gia nghiên cứu, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ cho đến khi đủ số mẫu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tuổi thai ≥ 41 tuần, Đơn thai, ngôi đầu, Điểm số Bishop < 5, Nonstresstest có đáp ứng, Có chỉ định sinh ngả âm đạo, Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không nhớ chính xác ngày kinh cuối và không có siêu âm trước 12 tuần. Có bệnh lý nội khoa kèm theo: TSG nặng, bệnh lý tim, tiểu đường, basedow, nhiễm trùng... Có chống chỉ định khởi phát chuyển dạ: sẹo mổ cũ trên tử cung, BXĐC, ngôi bất thường, Herpes sinh dục đang tiến triển, bất thường bánh nhau-dây rốn; Thiếu ối AFI < 5; Đã khởi phát chuyển dạ thất bại bằng phương pháp khác.

2.5. Tiêu chuẩn đánh giá

Khởi phát chuyển dạ thành công[1],[9],[14] Khi

điểm số Bishop tăng ≥ 3 điểm sau khi rút hoặc rút thông foley.

Khởi phát chuyển dạ thất bại: Điểm số Bishop tăng < 3 điểm sau khi rút hoặc rút thông foley; Hoặc khi có các biến chứng trong thời gian đặt thông Foley: cơn gò cường tính, ối vỡ, nhau bong non, sa dây rốn, thay đổi biểu đồ tim thai phải phẫu thuật lấy thai, vỡ tử cung.

2.6. Xử lý số liệu: Rút số liệu từ phiếu thu thập số liệu, mã hóa số liệu. Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Các biến số liên tục được trình bày bằng số trung bình, độ lệch chuẩn. Các biến số phân loại được trình bày bằng tần số, tỷ lệ phần trăm. Khảo sát mối liên quan của các biến phân loại dùng kiểm định Chi bình phương, biến liên tục giữa hai nhóm dùng kiểm định T – test. Đối với biến không có phân phối chuẩn dùng kiểm định phi tham số.

3. Kết quả

Trong thời gian từ tháng 09 năm 2012 đến tháng 05 năm 2013 tại Khoa sản Bệnh viện đa khoa An Giang, chúng tôi tiến hành trên 70 sản phụ thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu và đồng ý tham gia. Trong quá trình nghiên cứu không có trường hợp nào phải ngưng vì tác dụng không mong muốn, biến chứng trầm trọng hay do sản phụ không đồng ý tiếp tục nghiên cứu.

3.1. Tỷ lệ thành công

Bảng 1. Tỷ lệ KPCD thành công

Kết quả KPCD	Tổng (n = 70)	Tỷ lệ (%)
Thành công	56	80
Thất bại	14	20

Trong tổng số 70 trường hợp được KPCD thì tỷ lệ thành công theo định nghĩa là 80% (KTC 95% 71,6% - 89,4%)[3].

3.2. Thay đổi điểm số Bishop trước và sau khởi phát chuyển dạ

Bảng 2. Thay đổi trung bình điểm Bishop trước và sau KPCD

Bishop	Trước KPCD	Sau KPCD	Thay đổi	p*
TB(±SD)	1,8(±1)	5,7(±1,8)	3,9	< 0,001

(*): Kiểm định T test mẫu bất cặp.

Điểm số Bishop trung bình trước KPCD là 1,8(±1) điểm và điểm số Bishop trung bình sau KPCD là 5,7(±1,8) điểm. Chênh lệch điểm số Bishop của trước và sau KPCD là 3,9 điểm, khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

3.3. Biến chứng và tác dụng không mong muốn

Trong nghiên cứu không có các biến chứng như: sa dây rốn, nhiễm trùng ối, nhiễm trùng hậu sản, ối vỡ, nhau bong non, vỡ tử cung. Sản phụ có cảm giác

Bảng 3. Đánh giá biến chứng và tác dụng không mong muốn

Biến chứng	Tổng (n = 70)	Tỷ lệ (%)
Sa dây rốn	0	0
Nhiễm trùng ối	0	0
Nhiễm trùng hậu sản	0	0
Ối vỡ	0	0
Nhau bong non	0	0
Vỡ tử cung	0	0
Cảm giác khó chịu	15	21,4
Apgar 1 phút < 7	3	4,3
Apgar 5 phút < 7	0	0

khó chịu chiếm tỷ lệ 21,4%. Tỷ lệ Apgar sau 1 phút dưới 7 chiếm tỷ lệ 4,3%. Không có trường hợp nào Apgar sau 5 phút dưới 7.

4. Bàn luận

4.1. Hạn chế của đề tài

Thiết kế nghiên cứu này theo loạt ca nên chỉ có thể khảo sát được tỷ lệ thành công của KPCD, mục tiêu chính của nghiên cứu. Cỡ mẫu chưa đủ lớn để đánh giá mối liên quan giữa các biến số. Vì thế nghiên cứu chúng tôi không thể phát hiện các biến chứng có thể xảy ra với tỷ lệ thấp như: nhau bong non, vỡ tử cung, nhiễm trùng ối...

Hiện tại chưa có đồng thuận về tiêu chuẩn thành công và thất bại của KPCD nên việc định nghĩa tiêu chuẩn này chỉ mang tính chất tương đối, tỷ lệ thành công sẽ thay đổi nếu định nghĩa thay đổi. Bên cạnh đó, đánh giá điểm số Bishop là yếu tố chủ quan, mặc dù chúng tôi đã cố gắng hạn chế nhưng sai lệch vẫn có thể xảy ra và ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

4.2. Tỷ lệ thành công

Như đã trình bày ở phần hạn chế của đề tài về tiêu chuẩn thành công và thất bại của KPCD nên tỷ lệ này sẽ thay đổi tùy theo định nghĩa KPCD thành công.

Bảng 4. Tỷ lệ KPCD thành công của các nghiên cứu

Tên tác giả	Tỷ lệ thành công (%)	Tiêu chuẩn thành công	Cỡ mẫu
Nguyễn Bá Mỹ Ngọc[1]	76	Bishop tăng ≥ 3	50
Bùi Ngọc Phượng[2]	71	Bishop tăng ≥ 3	68
Cromi[5]	26,6	Vào chuyển dạ tích cực	602
Levy[10]	76	Mở CTC ≥ 3cm	230
Nghiên cứu này	80	Bishop tăng ≥ 3	70

Theo bảng 3.3, tỷ lệ thành công trong nghiên cứu này là 80%, KTC 95% 71,6% - 89,4%. Kết quả chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Bá Mỹ Ngọc[1] là 76% với cùng tiêu chuẩn thành công. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đương với nghiên cứu của Levy và cs[10] (2004) là 76% với tiêu chuẩn thành công là mở CTC ≥ 3cm sau rút thông Foley.

So với nghiên cứu của Bùi Ngọc Phượng[2], tỷ lệ thành công trong nghiên cứu này cao hơn (80% và

71%). Có thể do thể tích bóng Foley trong nghiên cứu của Bùi Ngọc Phượng là 30ml thấp hơn nghiên cứu này là 60ml và đối tượng nghiên cứu cũng có tuổi thai trung bình thấp hơn nghiên cứu này (39(±1,5) tuần và 41,1(±0,3) tuần.

So với nghiên cứu của Cromi và cs[5] (2007) có tỷ lệ thành công rất thấp 26,6%. Lý do tác giả chọn tiêu chuẩn thành công là sản phụ vào chuyển dạ thật sự và không phải sử dụng thêm bất kỳ phương pháp nào khác (oxytocin, prostaglandin...).

So với các nghiên cứu có vị trí bóng Foley đặt ở kênh CTC như nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Ngọc và Bùi Ngọc Phượng thì nghiên cứu của chúng tôi với vị trí bóng Foley đặt ở lỗ trong CTC có tỷ lệ thành công tương đương hoặc cao hơn.

4.3. Thay đổi điểm Bishop trung bình sau KPCD

Theo bảng 2, điểm số Bishop trung bình trước KPCD của nhóm nghiên cứu là 1,8(±1) điểm, sau KPCD là 5,7(±1,8) điểm và điểm số Bishop tăng trung bình 3,9 điểm với p < 0,001.

Bảng 5. Thay đổi điểm số Bishop trung bình sau KPCD

Tác giả	Điểm Bishop trước KPCD (TB±SD)	Điểm Bishop sau KPCD (TB±SD)	Thay đổi điểm Bishop
Nguyễn Bá Mỹ Ngọc[1]	2,1(±0,3)	6(±0,5)	3,9(±0,6)
Bùi Ngọc Phượng[2]	3,7	6,8	3,1
Owolabi[11]			4(±0,2)
Patro-Malysza[12]	3,3(±1,2)	6,9(±1,7)	3,6(±1,6)
Nghiên cứu này	1,8(±1)	5,7(±1,8)	3,9

Thay đổi Bishop trong nghiên cứu này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Ngọc[1] nhưng cao hơn nghiên cứu của Bùi Ngọc Phượng[2] (4 và 3,1 điểm). Sự chênh lệch này có thể do nghiên cứu của Bùi Ngọc Phượng bơm bóng Foley với thể tích 30ml và chúng tôi bơm 60ml.

So với nghiên cứu của Owolabi và cs[11] (2005) trên 60 trường hợp đặt thông Foley tại Nigeria thì thay đổi Bishop là 4(±0,2) điểm tương đương với nghiên cứu này. Theo nghiên cứu của Patro-Malysza và cs[12] (2010) trên 327 trường hợp làm chín muồi CTC bằng đặt ống thông ở kênh CTC thì thay đổi Bishop trung bình là 3,56 (±1,6) điểm, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu này.

4.4. Tác dụng không mong muốn và biến chứng

Theo bảng 3, kết quả nghiên cứu không có các biến chứng: sa dây rốn, nhiễm trùng ối, nhiễm trùng hậu sản, ối vỡ, nhau bong non, vỡ tử cung. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Ngọc[1].

Theo nghiên cứu của Cromi và cs[2] (2007) trên 602 trường hợp đặt thông Foley gây chín muồi CTC có 3 trường hợp viêm màng ối (0,5%), 6 trường hợp viêm nội mạc tử cung sau sinh (1%), 4 trường hợp nghi ngờ nhiễm

trùng sơ sinh (0,7%) nhưng tất cả các trường hợp này cấy máu đều âm tính. Tác giả kết luận đặt thông Foley gây chín muồi CTC trước KPCD thì an toàn, nguy cơ nhiễm trùng cho mẹ và trẻ sơ sinh không đáng kể.

Theo nghiên cứu của Bujold và cs[4] (2004) trên 2.479 sản phụ có vết mổ lấy thai ở thai kỳ trước được chia thành 3 nhóm: 1.807 trường hợp chuyển dạ tự nhiên (nhóm chứng), 417 trường hợp được KPCD bằng tia ối có hoặc không sử dụng oxytocin và 255 trường hợp đặt thông Foley qua lỗ trong CTC. Kết quả tỷ lệ vỡ tử cung giữa 3 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê (tỷ lệ lần lượt là 1,1%; 1,2% và 1,6% với p = 0,81), nguy cơ vỡ tử cung ở nhóm đặt ống thông Foley so với chuyển dạ tự nhiên là OR = 0,47 (KTC 95% 0,06 – 3,59). Tác giả kết luận đặt thông Foley gây KPCD không tăng nguy cơ vỡ tử cung.

Tỷ lệ Apgar 1 phút < 7 điểm trong nhóm nghiên cứu có 3 trường hợp (4,3%), trong đó 1 trường hợp Apgar = 5 điểm, 2 trường hợp Apgar = 6 và cả 3 trường hợp đều sinh ngã âm đạo nhưng không có trường hợp nào có Apgar 5 phút < 7 điểm. Nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Ngọc[6] có 1 trường hợp Apgar 5 phút < 7 điểm (2%). Đánh giá điểm số Apgar mang tính chủ quan nên có thể có sự khác biệt giữa những người cho điểm và giữa các nghiên cứu. Các trường hợp Apgar 1 phút < 7 điểm trong nghiên cứu này đều sinh ngã âm đạo nên có lẽ không liên quan đến đặt ống thông Foley mà do các yếu tố khác trong quá trình chuyển dạ tích cực.

Tỷ lệ sản phụ than phiền khó chịu trong thời gian đặt ống thông Foley là 21,4%, không có trường hợp nào phải yêu cầu rút ống thông vì khó chịu. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Ngọc[1] (21,4% và 30%).

Theo nghiên cứu của Henry và cs[8] (2013) trên 48 trường hợp đặt ống thông Foley tỷ lệ khó chịu nhiều là 26%, tỷ lệ khó chịu nhưng có thể chấp nhận được là 95% và tỷ lệ sẽ chọn lại phương pháp này ở lần sau chỉ 65%.

Theo nghiên cứu của Pennell và cs[13] (2009) trên 330 sản phụ mang thai con so đủ trưởng thành có CTC

không thuận lợi được chia ngẫu nhiên thành 3 nhóm: đặt ống thông Foley 16F, đặt ống thông 2 bóng và PGE2 dạng gel. Kết quả tỷ lệ than đau (thang điểm đau ≥ 4) của nhóm đặt thông Foley thấp nhất so với nhóm đặt ống thông 2 bóng và PGE2 (lần lượt 36%, 55% và 63% với p < 0,001).

Kết quả nghiên cứu có tỷ lệ khó chịu thấp hơn các nghiên cứu khác có thể do đối tượng của nghiên cứu này đa số ở vùng nông thôn, họ cố gắng chấp nhận mà không có than phiền. Vì vậy khi tiến hành phương pháp đặt thông Foley phải chú ý tư vấn cho sản phụ tác dụng không mong muốn này và kỹ thuật đặt phải nhẹ nhàng để tránh khó chịu cho sản phụ.

Đánh giá sự khó chịu trong nghiên cứu này chỉ dựa vào cảm nhận chủ quan của sản phụ nên độ tin cậy không cao. Đây là khuyết điểm trong thiết kế nghiên cứu của chúng tôi. Các nghiên cứu trong tương lai nên đánh giá sự khó chịu của sản phụ theo thang điểm đau (từ 1 – 10 điểm) để có mức độ tin cậy cao hơn và để có cơ sở để so sánh giữa các nghiên cứu.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu mô tả 70 trường hợp nhằm đánh giá hiệu quả của ống thông Foley đặt lỗ trong CTC gây KPCD ở thai quá ngày, chúng tôi đã ghi nhận tỷ lệ thành công với tiêu chuẩn Bishop tăng từ 3 điểm trở lên là 80%, KTC 95% [71,6 - 89,4]. Không có biến chứng liên quan đến đặt ống thông Foley, tỷ lệ thai phụ khó chịu khi đặt là 21,4%. Kết cuộc thai kỳ sau khi KPCD với tỷ lệ sinh ngã âm đạo là 64,3%, tỷ lệ phải sử dụng thêm oxytocin sau KPCD là 68,6%. Thời gian trung bình từ KPCD đến lúc sinh đường âm đạo là 18,8 giờ. Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm KPCD thành công và thất bại (17,7 giờ và 24 giờ). Thời gian trung bình sử dụng oxytocin trong trường hợp sinh ngã âm đạo là 5,4 giờ. Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm KPCD thành công và thất bại (4,2 giờ và 10,5 giờ).

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Bá Mỹ Ngọc (2012) " So sánh hiệu quả khởi phát chuyển dạ của prostaglandin E2 và ống thông ở thai > 37 tuần thiếu ối". Luận án chuyên khoa II, ĐHY Dược TP Hồ Chí Minh.

2. Phương Bùi Ngọc (2009) " Hiệu quả của ống thông foley đặt kênh cổ tử cung trong khởi phát chuyển dạ ở thai > 34 tuần thiếu ối". Luận án chuyên khoa II, ĐHY Dược TP Hồ Chí Minh. pp. 72.

3. Tuấn Nguyễn Văn(2011). Khoảng tin cậy 95% cho một tỷ lệ. Available from: http://statistics.vn/index.php?option=com_content&view=article&id=37:khoa-ng-tin-cay-cho-mot-ti-le&catid=59&Itemid=0

4. Bujold E., Blackwell S. C., Gauthier R. J. (2004) " Cervical ripening with transcervical foley catheter and the risk of uterine rupture". Obstet Gynecol. 103(1): pp. 18-23.

5. Cromi A., Ghezzi F., Tomera S., et al. (2007) " Cervical ripening with the Foley catheter". Int J Gynaecol Obstet. 97(2): pp. 105-109.

6. Delaney M., Roggensack A., Leduc D. C., et al. (2008) " Guidelines for the management of pregnancy at 41+0 to 42+0 weeks". J Obstet Gynaecol Can. 30(9): pp. 800 - 823.

7. Gülmezoglu A Metin,A Caroline (2012) " Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term". Cochrane Pregnancy and Childbirth Group pp. CD004945.

8. Henry A., Madan A., Reid R., et al. (2013) " Outpatient Foley catheter versus inpatient prostaglandin E2 gel for induction of labour: a randomised trial". BMC Pregnancy Childbirth. 13: pp. 25.

9. Johnson D. P., Davis N. R., Brown A. J. (2003) " Risk of cesarean delivery after induction at term in nulliparous women with an unfavorable cervix". Am J Obstet Gynecol. 188(6): pp. 1565-1569.

10. Levy R., Kanengiser B., Furman B., et al. (2004) " A randomized trial comparing a 30-mL and an 80-mL Foley catheter balloon for preinduction cervical ripening". Am J Obstet Gynecol. 191(5): pp. 1632-1636.

11. Owolabi A., Kuti O., Oguniola I. O (2005) " Randomised trial of intravaginal misoprostol and intracervical Foley catheter for cervical ripening and induction of labour". J Obstet Gynaecol. 25(6): pp. 565-568.

12. Patro-Malysza J., Marciniak B., Leszczynska-Gorzela B., et al. (2010) " Effectiveness of intracervical catheter as a labor preinduction method". Ginekol Pol. 81(1): pp. 31-36.

13. Pennell C. E., Henderson J. J., O'Neill M. J., et al. (2009) " Induction of labour in nulliparous women with an unfavourable cervix: a randomised controlled trial comparing double and single balloon catheters and PGE2 gel". BJOG. 116(11): pp. 1443-1452.

14. Xenakis E. M., Piper J. M., Conway D. L., et al. (1997) " Induction of labor in the nineties: conquering the unfavorable cervix". Obstet Gynecol. 90(2): pp. 235-239.

HIỆU QUẢ CỦA OXYTOCIN TRUYỀN TĨNH MẠCH TRONG DỰ PHÒNG BĂNG HUYẾT SAU SINH

Nguyễn Hoàng Tuấn, Huỳnh Thị Thu Thủy, Phạm Thanh Hải
Bệnh viện Từ Dũ

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định hiệu quả (lượng máu mất, tỷ lệ băng huyết sau sinh) của Oxytocin truyền tĩnh mạch so với tiêm bắp trong xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng trên 460 thai phụ nhằm so sánh tỷ lệ băng huyết sau sinh, lượng máu mất sau sinh trong hai phác đồ: Phác đồ (1): 20 đơn vị oxytocin truyền tĩnh mạch. Phác đồ (2): 10 đơn vị oxytocin tiêm bắp; trong xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ ở những sản phụ có không có nguy cơ BHSS sinh ngã âm đạo tại bệnh viện Từ Dũ trong năm 2012. **Kết quả nghiên cứu:** Lượng máu mất trung bình sau sinh ở nhóm truyền tĩnh mạch là 140,7ml ít hơn ở nhóm tiêm bắp (157,9ml) và sự khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê (p = 0,047). Tỷ lệ băng huyết sau sinh ở nhóm truyền tĩnh mạch là 1,7% và ở nhóm tiêm bắp là 3,9% tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa về mặt thống kê. Không xuất hiện tai biến và tác dụng phụ nghiêm trọng ở cả hai nhóm nghiên cứu. **Kết luận:** Truyền tĩnh mạch 20 đơn vị oxytocin trong xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ an toàn và hiệu quả. **Từ khóa:** băng huyết

sau sinh, oxytocin, truyền tĩnh mạch.

Abstract
OXYTOCIN INTRAVENOUS INFUSION IN PREVENTING POSTPARTUM HAEMORRHAGE

RCTs were identified on 460 pregnant women in order to compare the rate of postpartum hemorrhage, postpartum blood loss in two protocol (1): 20 units intravenous oxytocin. (2): 10 units intramuscular oxytocin; in the active management of the third stage of labor in women who was low risk of PPH delivering vaginally at Tu Du Hospital in 2012. Results: intravenous infusion of oxytocin 20 units in active management of the third stage of labor is safe and efficient: the average blood loss after delivery of intravenous group was less than in group 140,7ml intramuscular (157,9ml) and this difference was significant (p = 0.047). The rate of postpartum hemorrhage in intravenous group 1.7% and 3.9% intramuscular group but this difference was not significant statistically. Not appear complications and serious adverse events in both groups studied. **Key word:** PPH, oxytocin, intravenous.

1. Đặt vấn đề

Tại Việt Nam, theo thống kê năm 2002 của Vụ bảo vệ bà mẹ trẻ em, trong danh mục 5 tai biến sản khoa của toàn quốc, băng huyết sau sinh là tai biến thường gặp nhất (chiếm 50%) và cũng là nguyên nhân gây tử vong cao nhất, ước tính có 165 bị BHSS tử vong/100.000 trường hợp sinh sống (chiếm tỉ lệ 31%). Khảo sát trong nhiều năm liên tại Bệnh viện Từ Dũ, mỗi năm có ít nhất 100 trường hợp sản phụ bị băng huyết sau sinh trong tình trạng nặng, năm 2011, với việc áp dụng đo lượng máu mất sau sinh bằng túi đo máu xác định có 164 trường hợp BHSS chiếm tỷ lệ 0,8%[1]. Để dự phòng BHSS, Bệnh viện Từ Dũ ứng dụng xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ từ năm 2006 theo khuyến cáo của Bộ Y tế với oxytocin 10 đơn vị tiêm bắp cho tất cả các sản phụ đến sinh; tuy nhiên tại bệnh viện Từ Dũ các thai phụ trong giai đoạn 2 chuyển dạ đều được cung cấp dịch truyền đó là lý do để chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm tìm hiểu

hiệu quả của oxytocin truyền tĩnh mạch trong xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.

Mục tiêu: Xác định hiệu quả (lượng máu mất, tỷ lệ băng huyết sau sinh) của Oxytocin truyền tĩnh mạch so với Oxytocin tiêm bắp trong xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ dự phòng băng huyết sau sinh ở những sản phụ sinh ngã âm đạo tại bệnh viện Từ Dũ trong năm 2012.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu
- Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.
Tiêu chuẩn chọn vào
- Thai phụ đồng ý tham gia.
- Tuổi thai > 28 tuần.
- Ngồi chễm.
- Sinh ngã âm đạo.
Tiêu chuẩn loại trừ
- Bệnh lý về máu, rối loạn đông máu, viêm gan tiến triển.

Mẹ có một hay nhiều yếu tố nguy cơ BHSS:

- Ước lượng cân thai > 3700g
- Mẹ có u xơ tử cung
- Đa thai
- Đa ối
- Nhau bám thấp
- Tiền sản giật
- Sinh lần thứ 3 trở lên.
- Sinh thủ thuật (giác hút, forceps, nội xoay đại kéo thai).

- Tổn thương đường sinh dục (rách tầng sinh môn phức tạp độ 3-4, rách cổ tử cung).

- Chảy máu âm đạo nhiều sau vừa sổ thai

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức kiểm định tỷ lệ trong hai quần thể

n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}

P₂ là tỷ lệ BHSS sau khi dùng oxytocin tiêm bắp để dự phòng BHSS, theo lý thuyết chọn P₂ = 7%. P₁ là tỷ lệ BHSS sau khi dùng oxytocin truyền tĩnh mạch để dự phòng BHSS, do thời gian tác động của truyền tĩnh mạch nhanh gấp 4 lần tiêm bắp nên chúng tôi giả thuyết P₁ = 2%. Thế vào công thức ta có N = 212 trường hợp cho mỗi nhóm. Thực tế chúng tôi chọn 230 trường hợp cho mỗi nhóm.

Chọn mẫu

Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên đơn giản bằng bao thư giấy giấu kín nhóm thực hiện. Sử dụng 460 bao thư dày, bỏ vào bao thư ký tự A hoặc B đã chọn theo thứ tự, dán kín (với ký hiệu A chọn phương pháp truyền tĩnh mạch và B chọn phương pháp tiêm bắp)

- Khi có tử cung trọn, chọn ngẫu nhiên bia thư có chứa một trong hai cách chuẩn bị:

o Cách 1: truyền giữ ven 1 chai Glucose 5% 500ml (không cho chảy) cắm sẵn 4 ống Oxytocin 5 đv (chưa bơm).

o Cách 2: rút sẵn 2 ống Oxytocin 5đv và bông băng chuẩn bị tiêm bắp.

- Đỡ sinh cho sản phụ. Sau khi thai sổ, tắt chai tăng co nếu có lần lượt tiến hành 1 trong hai cách:

o Cách 1: truyền 1 chai Glucose 5% 500ml bơm 4 ống Oxytocin 5 đv 30 giọt / phút.

o Cách 2: tiêm bắp Oxytocin 10đv.

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.

- Ghi nhận thời điểm bắt đầu, kết thúc xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.

- Lót tắm trải theo dõi lượng máu mất.

- Lưu ý loại trừ sinh thủ thuật, hay có rách đường sinh dục.

- Ghi nhận lượng máu vào phiếu thu thập sau 2 giờ theo dõi hậu sản.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

	Truyền TM	Tiêm bắp	p
Địa chỉ			
TPHCM	117 (52,2%)	107 (47,8%)	0,351
Tỉnh	113 (47,9%)	123 (52,1%)	
Tuổi	27,3 ± 4,5	28,1 ± 6,1	0,10
Tuổi thai	38,5 ± 2,2	38,3 ± 2,3	0,999
Số lần sinh			
Chưa	142 (50,0%)	142 (50,0%)	0,999
1 - 2 lần	88 (50,0%)	88 (50,0%)	
Tăng co			
Có	61 (46,2%)	71 (53,8%)	0,303
Không	169 (51,5%)	159 (48,5%)	
Giấy tờ ngoại mang cứng			
Có	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0,725
Không	226 (49,9%)	227 (50,1%)	
Thời gian chuyển dạ hoạt động	2,2 ± 1,4	1,9 ± 1,9	0,077
Cân nặng thai	3055 ± 466	2999 ± 461	0,199

Không có sự khác biệt của đối tượng nghiên cứu giữa hai nhóm Oxytocin truyền tĩnh mạch và Oxytocin tiêm bắp.

3.2. Lượng máu mất sau sinh

Bảng 2. Lượng máu mất sau sinh

Lượng máu mất (ml)	Truyền TM	Tiêm bắp	p
Máu mất 2 giờ sau sinh	140,7 ± 83,0	157,9 ± 101,7	0,047

Lượng máu mất theo dõi đến 2 giờ sau sinh ở nhóm truyền tĩnh mạch ít hơn có ý nghĩa so với nhóm tiêm bắp.

3.3. Tỷ lệ băng huyết sau sinh

Bảng 3. Tỷ lệ BHSS

BHSS	Truyền TM	Tiêm bắp	p
Có	2 (30,8%)	9 (69,2%)	0,260
Không	226 (50,6%)	221 (49,4%)	

Tỷ lệ BHSS ở mẫu nghiên cứu là 13/460 = 2,8%, trong đó tỷ lệ BHSS ở nhóm truyền TM là 1,7% và ở nhóm tiêm bắp là 3,9% tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa về mặt thống kê.

4. Bàn luận

Lượng máu mất sau sinh

Lượng máu mất sau sinh ở nhóm truyền tĩnh mạch là khoảng 140ml trong khi lượng máu mất sau sinh ở nhóm tiêm bắp vào khoảng 160ml và sự khác biệt này

có ý nghĩa về mặt thống kê tuy nhiên trên lâm sàng sự khác biệt 20ml máu thật sự là không có ý nghĩa.

Lượng máu mất trung bình cho tất cả đối tượng nghiên cứu là 150ml tương đồng với nghiên cứu của Phạm Hà Tú Ngân [4] tại bệnh viện Từ Dũ với kết quả lượng máu mất trung bình sau sổ thai cho đến 1 giờ sau sinh là 174,45ml. Một số nghiên cứu tại Việt Nam cũng cho kết quả tương tự. So với nghiên cứu khác trên thế giới lượng máu mất sau sinh trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có thể do thể trạng của người phụ nữ Việt Nam kém hơn, hoặc một lý do có thể xảy ra là chúng tôi đã chủ động loại trừ các trường hợp nguy cơ băng huyết nên lượng máu mất sau sinh vì thế cũng giảm đi.

Bảng 4. Lượng máu mất sau sinh qua các nghiên cứu		
Tác giả	Năm	Lượng máu mất
Gregory A. L. Davies [7]	2005	423 ml
Rolnad [12]	2000	239 ml
Poesschamann [9]	1991	374 ml
De Groot [6]	1996	499 ml
Bùi Thị Phương [4]	2001	144 ml
Cao Văn Nhut [3]	2006	190 ml
Phạm Hà Tú Ngân [2]	2008	175 ml
Chúng tôi	2012	150 ml

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thất bại, tai biến và các tác dụng phụ nghiêm trọng không có sự khác biệt giữa hai nhóm truyền tĩnh mạch so với nhóm tiêm bắp; điều này có thể giúp chúng ta khẳng định phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ với oxytocin truyền tĩnh mạch có hiệu quả tương đương hoặc tốt hơn so với oxytocin tiêm bắp.

Tỷ lệ băng huyết sau sinh

Tỷ lệ băng huyết sau sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,8% tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ trung bình báo cáo hàng năm tại bệnh viện Từ Dũ (0,8%) [1]. Vấn đề này có thể được lý giải chưa quan tâm đúng mức đến việc đánh giá lượng máu mất sau sinh,

trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các thai phụ đều được dùng tẩm trải để đo lượng máu mất còn trong thực hành lâm sàng thì không, vẫn còn tỷ lệ khá cao các trường hợp sau sinh ước lượng máu mất bằng mắt, điều này rất khó chính xác đối với các trường hợp băng huyết sau sinh với lượng máu ít (500ml) mà đây gần như là các trường hợp chiếm đa số trong nghiên cứu của chúng tôi (trên 80%).

So với các nghiên cứu trên thế giới tỷ lệ băng huyết sau sinh của chúng tôi thấp hơn. Tại Ireland tỷ lệ băng huyết sau sinh tăng từ 1,5% năm 1999 lên 4,1% trong năm 2009. Tại các nước phát triển, tỷ lệ băng huyết sau sinh là 5% ở những nơi ứng dụng xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ và tăng lên 13% ở những nơi không áp dụng xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ [10],[11]. WHO có đánh giá các nghiên cứu về băng huyết sau sinh từ 50 quốc gia trên thế giới giai đoạn 1997 – 2002 nhận thấy tỷ lệ băng huyết sau sinh thấp nhất là ở Qatar (0,55%) và cao nhất là ở Honduras (19,8%) [8]. Trong khuyến cáo của WHO năm 2009 về băng huyết sau sinh, tổ chức này ước tính tỷ lệ băng huyết sau sinh chung trên toàn cầu là 6% trong đó Châu Phi là nơi có tỷ lệ băng huyết sau sinh cao nhất (10,1%) [5].

5. Kết luận

Truyền tĩnh mạch 20 đơn vị oxytocin trong xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ an toàn và hiệu quả:

- Lượng máu mất trung bình sau sinh ở nhóm truyền tĩnh mạch là 140,7ml ít hơn ở nhóm tiêm bắp (157,9ml) và sự khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê (p = 0,047).
- Tỷ lệ băng huyết sau sinh ở nhóm truyền TM là 1,7% và ở nhóm tiêm bắp là 3,9% tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa về mặt thống kê.
- Không xuất hiện tai biến và tác dụng phụ nghiêm trọng ở cả hai nhóm nghiên cứu.

Tài liệu tham khảo

1. Phòng Kế hoạch tổng hợp bệnh viện Từ Dũ (2011), “Báo cáo tổng kế hoạt động bệnh viện ”.

2. Phạm Hà Tú Ngân (2009), “So sánh hiệu quả của sổ nhau sau tiêm oxytocin với sổ nhau tích cực tại bệnh viện Từ Dũ”. Luận văn Thạc sĩ y học.

3. Cao Văn Nhut (2006), “So sánh hiệu quả của sổ nhau tích cực và sổ nhau thường quy”. Luận văn Thạc sĩ y học.

4. Bùi .S, Hua .S, Luu .K (1998), “ “Study on the effect of active management of third stage of labor at Hanoi Gynaecology and Obstetrics Hospital””. Vietnam Journal of Obstetric and Gynaecology, 2, 25-33.

5. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM (2008), “Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review.” Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 22, 999-1012.

6. De Groot A.N., Van Roosmalen, Born G.F. (1996), “A placebo controlled trial of oral to reduce postpartum hemorrhage”. Acta Obstet Gynecol Scand, 75, 464-468.

7. Gregory A. L. Davies, Julie L. Tessier, Mary C. Woodman, Adrienne Lipson, Philip M. Hahn (2005), “Maternal Hemodynamics After Oxytocin

Bolus Compared With Infusion in the Third Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial”. Obstet Gynecol(105), 294-299.

8. Gulmezoglu AM (2004), “Postpartum haemorrhage (1997-2002). Monitoring and Evaluation Department of Reproductive Health and Research”. Geneva: WHO.

9. Poeschann R.P., Doesburg W.H., Eskes T.K. (1991), “A randomized comparison of oxytocin, sulprosol and placebo in the management of the third stage of labor”. Eur Journal Obstet Gynecol Report bial, 98, 528-530.

10. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S (2000), “Active versus expectant management in the third stage of labour.” Cochrane Database Syst Rev. CD000007.

11. Rogers J, Wood J, McCandlish R, Ayers S, Truesdale A, Elbourne D (1998), “Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingbrooke randomised controlled trial”. Lancet, 351(9104), 693-699.

12. Strand R.T., de Silva .F (2005), “Postpartum hemorrhage: a prospective, comparative study in Angola using a new disposal device for oxytocin administration”. Acta Obstet Gynecol Scand, 84, 260-265.

KHẢO SÁT TỶ LỆ ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC VI KHUẨN GÂY NHIỄM TRÙNG HẬU SẢN TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Thị Thúy Anh⁽¹⁾, Nguyễn Tuấn Dũng⁽²⁾

(1) Bệnh viện Từ Dũ , (2) Đại học Y Dược TP.HCM

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ cấy sản dịch dương tính, các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn hậu sản và tỷ lệ đề kháng kháng sinh của từng chủng vi khuẩn phân lập được. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 250 sản phụ sau sinh được chẩn đoán nhiễm trùng hậu sản đang nằm điều trị tại các khoa lâm sàng của bệnh viện Từ Dũ trong thời gian từ tháng 8/2013 đến tháng 6/2014. Các mẫu bệnh phẩm sản dịch được thu thập để định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ bằng kỹ thuật khuếch tán kháng sinh trong thạch từ đĩa giấy Kirby-Bauer. **Kết quả:** Có 233 chủng vi khuẩn được phân lập, trong đó E. coli là tác nhân gây bệnh hàng đầu, chiếm tỷ lệ 43,3%, tiếp theo là Streptococcus spp. và S. epidermidis. Các vi khuẩn này đề kháng cao với các kháng sinh thường sử dụng tại bệnh viện, ngoại trừ amoxicillin-acid clavulanic, ticarcillin-acid clavulanic, piperacillin-tazobactam, amikacin, meropenem, imipenem. **Kết luận:** Các chủng vi khuẩn gây bệnh thường gặp là E. coli, Streptococcus spp., S. epidermidis. Các vi khuẩn này có tỷ lệ đề kháng thấp dưới 20% với các kháng sinh penicillin và chất ức chế beta-lactamase, nhóm kháng sinh carbapenem, amikacin.

Abstract

ANTIMICROBIAL RESISTANCE PATTERN OF BACTERIA ISOLATES AMONG PATIENTS WITH POSTPARTUM INFECTION AT TU DU HOSPITAL

Objective: To determine the pathogens isolated from lochia in postpartum women and their antibiotic resistant patterns. **Methods:** A cross sectional study was conducted on 250 patients who developed postpartum infection from August 2013 to June 2014. Lochia were collected and processed for bacterial isolation and antimicrobial susceptibility testing using Kirby- Bauer agar disc diffusion technique. **Results:** During the study period, a total of 233 bacterial pathogens were identified of which E.coli was the primary isolates accounting 43,3%, followed by Streptococcus spp. and Staphylococcus epidermidis. The strains showed high resistance against common antibiotics except amoxicillin-clavulanic acid, ticarcillin-clavulanic acid, piperacillin-tazobactam, amikacin, meropenem, imipenem. **Conclusions:** E. coli, Streptococcus spp., S. epidermidis were the most frequent species. The resistance rate to penicillin and beta-lactamase inhibitor combinations, carbapenem, amikacin was less than 20%.

1. Đặt vấn đề

Vi khuẩn đề kháng kháng sinh là một vấn đề toàn cầu, không chỉ ở các nước đang phát triển mà còn ở ngay các nước phát triển. Tốc độ vi khuẩn đề kháng kháng sinh nhanh hơn nhiều so với tốc độ tìm ra kháng sinh mới, gây khó khăn cho công tác chẩn đoán và điều trị.

Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm không thích hợp là yếu tố góp phần tăng tỉ lệ thất bại điều trị hoặc tử vong của người bệnh. Theo Kollef, tỷ lệ điều trị kháng sinh thích hợp là 26,7% và tỉ lệ tử vong ở nhóm được điều trị kháng sinh không thích hợp (52,1%) cao hơn rõ rệt so với nhóm được điều trị kháng sinh thích hợp (12,2%) [7].

Chiến lược sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả và kinh tế là một trong những vấn đề được quan tâm hàng đầu tại bệnh viện. Bên cạnh đó, việc chẩn đoán

sớm tình trạng nhiễm trùng, tìm đúng nguyên nhân gây bệnh sẽ mang lại kết quả khả quan.

Sự phân bố vi khuẩn gây bệnh và tính kháng kháng sinh của chúng có thể khác nhau tùy từng địa phương, từng thời kỳ và mô hình bệnh tật. Trong thời gian qua bệnh viện Từ Dũ chưa có khảo sát nào về tính đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm trùng hậu sản.

Xác định đúng căn nguyên vi khuẩn gây bệnh và theo dõi tính kháng thuốc của vi khuẩn là rất cần thiết nhằm cung cấp những thông tin cập nhật về tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn, từ đó giúp thầy thuốc có cơ sở lựa chọn kháng sinh hợp lý, giảm tỷ lệ nhiễm trùng bệnh viện, giảm chi phí điều trị.

Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu: xác định tỷ lệ cấy sản dịch dương tính, các chủng

vi khuẩn gây nhiễm khuẩn hậu sản và tỷ lệ đề kháng kháng sinh của từng chủng vi khuẩn phân lập được.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu
Các sản phụ sau sinh được chẩn đoán nhiễm trùng hậu sản đang nằm điều trị tại các khoa lâm sàng của bệnh viện Từ Dũ trong thời gian từ tháng 8/2013 đến tháng 6/2014.

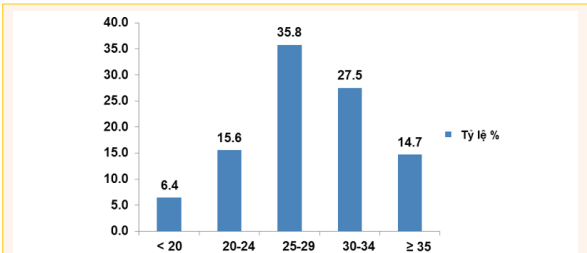
Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng hậu sản, có chỉ định cấy sản dịch.

Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh phẩm tạp nhiễm, các trường hợp nhiễm trùng tiểu hoặc áp xe vú.

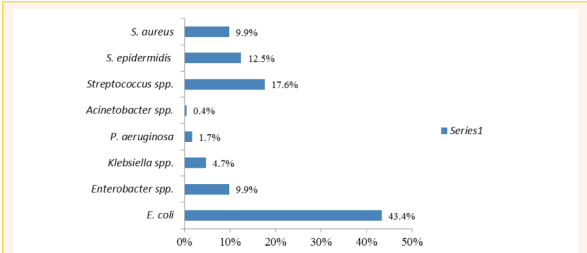
Phương pháp nghiên cứu
Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang.
Cỡ mẫu: n =

P: trị số ước lượng (p = 0,8), dựa vào tỷ lệ cấy sản dịch mọc vi khuẩn tại bệnh viện Từ Dũ. Cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là n = 246

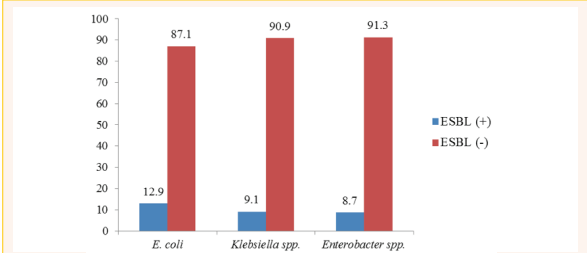
Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn bệnh được lấy mẫu sản dịch, gửi cho khoa xét nghiệm để nuôi cấy, phân lập. Các mẫu sản dịch có mọc vi khuẩn được tiến hành định danh và làm kháng sinh đồ tại phòng



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi



Biểu đồ 2. Các vi khuẩn gây nhiễm trùng hậu sản



Biểu đồ 3. Tỷ lệ vi khuẩn tiết men beta-lactamase phổ rộng ESBL

vi sinh của bệnh viện. Theo dõi diễn tiến lâm sàng và kết quả cận lâm sàng đối với các bệnh nhân có kết quả cấy dương tính và ghi nhận các thông tin bằng phiếu thu thập số liệu. Phân tích đặc điểm mẫu bệnh phẩm và vi khuẩn phân lập.

Phân lập và định danh vi khuẩn theo thường qui của phòng xét nghiệm.

Phân lập và định danh vi khuẩn theo thường qui của phòng xét nghiệm.

Thực hiện kháng sinh đồ bằng phương pháp khuếch tán kháng sinh trong thạch của Kirby-Bauer theo tài liệu hướng dẫn của CLSI 2011 với các kháng sinh đang được sử dụng tại bệnh viện.

Phát hiện men Beta - Lactamase phổ rộng (ESBL: Extended Spectrum Beta-Lactamase) bằng phương pháp đĩa đôi.

Thu thập, xử lý dữ liệu: sử dụng bảng thu thập dữ liệu ghi nhận các thông tin cần thiết. Số liệu được mã hóa, nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Biểu đồ định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ %.

3. Kết quả

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã khảo sát 250 bệnh nhân nhiễm trùng hậu sản, có độ tuổi từ 15 đến 44, trung bình là 28,63 ± 5,64 tuổi. Tỷ lệ cấy sản dịch dương tính là 87,2% với tổng số chủng vi khuẩn phân lập được là 233 (có 15 bệnh nhân nhiễm 2 loại vi khuẩn). Biểu đồ 1 cho thấy bệnh nhân nhiễm trùng hậu sản tập trung chủ yếu từ 25-29 tuổi.

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy các tác nhân vi khuẩn gây nhiễm trùng hậu sản thường gặp theo thứ tự là Escherichia coli (43,4%), Streptococcus spp. (17,6%), Staphylococcus epidermidis (12,5%), Staphylococcus aureus (9,9%), Enterobacter spp. (9,9%), Klebsiella spp. (4,7%) (Biểu đồ 2). Trong số các chủng E. coli, Enterobacter spp. và Klebsiella spp. phân lập được, tỷ lệ tiết men beta-lactamase phổ rộng ESBL theo thứ tự là 12,9%, 9,1%, 8,7% (Biểu đồ 3).

Về tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây nhiễm trùng hậu sản phân lập được, các trực khuẩn Gram âm như E. coli, Enterobacter spp., Klebsiella spp. đề kháng cao trên 70% với các kháng sinh nhóm cephalosporin (cefaclor, cefuroxim, cefotaxim, ceftriaxon), trimethoprim/sulfamethoxazol, penicillin, ampicillin. Riêng đối với ceftazidim và cefepim, các vi khuẩn có tỷ lệ đề kháng trên 45%. Trong nhóm aminoglycosid, amikacin có tỷ lệ đề kháng thấp nhất dưới 10%.

Các chủng này còn nhạy cảm trên 50% với amoxicillin/acid clavulanic, nhạy trên 80% với

ticarcillin/acid clavulanic, piperacillin/tazobactam, imipenem, meropenem, amikacin.

Các vi khuẩn Streptococcus spp., S. epidermidis, S. aureus đề kháng trên 60% với các kháng sinh penicillin, ampicillin, erythromycin, clindamycin. S. aureus có tỷ lệ đề kháng với oxacillin 62,5%, vancomycin (0,0%).

Các vi khuẩn Gram dương nhạy cảm trên 70% với amoxicillin/acid clavulanic, ticarcillin/acid clavulanic, piperacillin/tazobactam, meropenem, doxycyclin, vancomycin.

4. Bàn luận

Trong nghiên cứu này, kết quả cấy sản dịch cho thấy E. coli vẫn là vi khuẩn thường gặp nhất chiếm 43,3%, tương đồng với kết quả của Rakhshanda Baqai, E. coli chiếm tỷ lệ cao nhất (47%) [5].

Tỷ lệ nhiễm S. aureus trong mẫu nghiên cứu là 9,87%, cao hơn so với kết quả nghiên cứu của các tác giả Ngô Văn Tài [3] và Nguyễn Thùy Nhung [2] theo thứ tự 2,5% và 5,6%. Sự khác biệt này cho thấy sự cần thiết trong việc xác định tác nhân gây bệnh thường gặp cho từng bệnh viện, từ đó đưa ra chiến lược sử dụng kháng sinh phù hợp tại đơn vị.

Việc phát hiện sớm vi khuẩn tiết ESBL rất có ý nghĩa trong việc lựa chọn kháng sinh trong điều trị cũng như ngăn ngừa tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện. Theo một khảo sát tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định, trong số các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện phân lập được từ 9/2007 đến tháng 8/2008, có 14,6% E. coli và 11,5% Klebsiella spp. tiết ESBL [4]. So với kết quả trên, tỷ lệ E. coli và Klebsiella spp. tiết ESBL trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn theo thứ tự là 12,87% và 9,09%.

Các chủng S. aureus phân lập được có tỷ lệ đề kháng với oxacillin là 62,5%, cao hơn so với báo cáo tình hình đề kháng kháng sinh tại bệnh viện 6 tháng đầu năm 2014, tỷ lệ S. aureus đề kháng với oxacillin là 47,4%. Chưa ghi nhận chủng S. aureus nào đề kháng với vancomycin.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, S. aureus ít nhạy với oxacillin, clindamycin, các kháng sinh nhóm cephalosporin, nhóm fluoroquinolon. Nhạy trên 80% với amoxicillin/acid clavulanic (82,6%), doxycyclin (87,0%) và vancomycin (91,3%).

Theo nghiên cứu của Guta Camelia Daniela ở các sản phụ viêm nhiễm đường sinh dục, S. aureus phân lập được ít nhạy với oxacillin (12,9%) và clindamycin (19,15%), còn nhạy cảm với gentamicin (51,61%), trimethoprim/sulfamethoxazol (54,83%), ceftriaxon (61,29%), cefuroxim (67,74%), ciprofloxacin (70,96%) [6].

Bảng 1. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn Gram âm

Kháng sinh	E. coli % (n = 101)	Enterobacter spp. % (n = 61)	Klebsiella spp. % (n = 55)
Penicillin	98,9	95,7	100,0
Ampicillin	100,0	100,0	100,0
Amoxicillin/acid clavulanic	11,9	17,4	18,2
Ticarcillin/acid clavulanic	2,0	0,0	0,0
Piperacillin/tazobactam	2,0	0,0	0,0
Cefador	92,1	95,7	90,9
Cefuroxim	92,0	87,0	90,9
Cefotaxim	85,1	78,3	81,8
Ceftriaxon	82,7	70,6	88,9
Ceftazidim	47,0	56,5	45,5
Cefepim	58,4	47,8	45,5
Imipenem	7,4	0,0	10,0
Meropenem	4,5	11,1	14,3
Gentamicin	32,7	43,5	54,5
Tobramycin	32,7	43,5	45,4
Amikacin	4,0	8,7	9,1
Netilmicin	22,8	34,8	9,1
Ofloxacin	50,5	60,9	27,3
Ciprofloxacin	50,5	60,9	27,3
Levofloxacin	50,5	60,9	27,3
Doxycyclin	59,5	37,5	62,5
Chloramphenicol	40,6	52,2	45,5
Trimethoprim/sulfamethoxazol	76,2	78,3	81,8

Bảng 2. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn Gram dương

Kháng sinh	Streptococcus spp. % (n = 41)	S. epidermidis % (n = 29)	S. aureus % (n = 23)
Penicillin	73,2	100,0	100,0
Oxacillin	84,6	53,3	62,5
Ampicillin	70,7	100,0	100,0
Amoxicillin/acid clavulanic	7,3	0,0	8,7
Ticarcillin/acid clavulanic	4,9	3,4	8,7
Piperacillin/tazobactam	4,9	3,6	8,7
Cefador	24,4	33,3	56,5
Cefuroxim	43,9	40,7	65,2
Cefotaxim	39,0	37,9	60,9
Ceftriaxon	39,0	40,7	60,9
Ceftazidim	53,7	34,5	60,9
Cefepim	36,6	31,0	56,5
Imipenem	21,0	11,1	22,7
Meropenem	16,1	6,25	23,1
Gentamicin	63,4	41,4	65,2
Tobramycin	56,1	41,4	65,2
Amikacin	17,1	6,9	4,3
Netilmicin	41,5	20,7	43,5
Ofloxacin	19,5	21,4	60,9
Ciprofloxacin	19,5	21,4	60,9
Levofloxacin	19,5	21,4	60,9
Clindamycin	95,1	62,1	78,3
Doxycyclin	9,7	12,0	8,7
Chloramphenicol	41,5	51,7	52,2
Erythromycin	95,1	88,0	100,0
Vancomycin	14,6	25,9	0,0
Trimethoprim/sulfamethoxazol	58,5	71,4	69,6

Nghiên cứu của Rakhshanda Baqai về nhiễm khuẩn đường sinh dục trong thời kỳ hậu sản cho thấy *S. aureus* nhạy cảm với tetracyclin (50,0%), fosfomycin (60,0%), kanamycin (60,0%), gentamicin (90,0%) [5].

Vi khuẩn *E. coli* trong mẫu nghiên cứu đề kháng cao trên 80% với các kháng sinh nhóm cephalosporin, tỷ lệ đề kháng thấp hơn đối với ceftazidim và cefepim theo thứ tự là 47,0% và 58,4%. Nhóm fluoroquinolon cũng đã kháng trên 50%. Các kháng sinh nhóm penicillin kết hợp chất ức chế beta lactamase, nhóm carbapenem, nhóm aminoglycosid còn sử dụng được trong điều trị nhiễm khuẩn do *E. coli*.

Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Guta Camelia Daniela, *E. coli* còn nhạy với ampicillin/sulbactam (66%), gentamicin (70%), ciprofloxacin (72%),

trimethoprim/sulfamethoxazol (74%), một số kháng sinh nhóm cephalosporin như cefoperazon (56%), cefoxitin (64%), cefuroxim (74%). *E. coli* có tỷ lệ nhạy cảm cao nhất đối với imipenem (92%) [6].

Nghiên cứu của Rakhshanda Baqai cho thấy *E. coli* còn nhạy cảm với fosfomycin (82,3%), kanamycin (77,0%), gentamicin (69,0%), polymixin (54,3%) [5].

5. Kết luận

Kết quả của nghiên cứu này cho thấy các tác nhân vi khuẩn gây nhiễm trùng hậu sản thường gặp: *E. coli*, *Streptococcus spp.*, *S. epidermidis*. Đa số các kháng sinh được chỉ định có tỷ lệ đề kháng cao trên 50%, các kháng sinh còn nhạy cảm trên 80% là amoxicillin/acid clavulanic, ticarcillin/acid clavulanic, piperacillin/tazobactam, meropenem, imipenem, amikacin.

Tài liệu tham khảo

1. Khoa Xét nghiệm bệnh viện Từ Dũ (2014), Báo cáo tình hình đề kháng kháng sinh 6 tháng đầu năm 2014 tại bệnh viện.
2. Nguyễn Thùy Nhung, Lê Thị Thanh Vân, Nguyễn Duy Hưng (2014), "Một số yếu tố nguy cơ viêm niêm mạc tử cung sau đẻ tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương", *Tạp chí Phụ Sản*, 12(2), tr. 123-126.
3. Ngô Văn Tài (2004), "Nhiễm khuẩn hậu sản tại Viện bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh năm 2001 – 2002", *Tạp chí Y học thực hành*, số 1/2004, tr. 08-11.
4. Nguyễn Sử Minh Tuyết và cộng sự (2009), "Khảo sát vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 13(6), tr. 295-300.

5. Baqai R., Hasan T.J. and Jafarey S (1989), "Bacteriological study of genital tract infection in puerperium", *JPM.A.*, pp. 39-70.
6. Guta Camelia Daniela (2013), "Microbiological study of antepartum and postpartum vaginal flora. Clinical and laboratory research and therapeutical particularities", Doctoral thesis, University of Medicine and Pharmacy of Craiova, Faculty of Medicine, pp. 1-16.
7. Kollef M.H., Sherman G., Ward S., Fraser V.J. (1999), "Inadequate antimicrobial treatment of infections: a risk factor for hospital mortality among critically ill patients", *Chest*, 115(2), pp. 462-474.

SO SÁNH HIỆU QUẢ GIỮA MISOPROSTOL ĐẶT DƯỚI LƯỠI VÀ MISOPROSTOL ĐẶT TRỰC TRÀNG KẾT HỢP VỚI OXYTOCIN TRONG DỰ PHÒNG BĂNG HUYẾT SAU SINH

Nguyễn Hữu Trung, Huỳnh Thị Thu Thủy, Phạm Thanh Hải
Bệnh viện Từ Dũ

Tóm tắt

Mục tiêu: So sánh tỷ lệ BHSS, lượng máu mất giữa sử dụng misoprostol ngâm dưới lưỡi so với đặt trực tràng trong xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ ở những sản phụ có nguy cơ BHSS. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng trên 500 thai phụ nhằm so sánh tỷ lệ BHSS, lượng máu mất sau sinh trong hai phác đồ: Phác đồ (1): 400µg misoprostol đặt dưới lưỡi kết hợp với 20 đơn vị oxytocin truyền tĩnh mạch. Phác đồ (2): 800µg misoprostol đặt trực tràng kết hợp với 20 đơn vị oxytocin truyền tĩnh mạch; trong xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ ở những sản phụ có nguy cơ BHSS sinh ngã âm đạo tại bệnh viện Từ Dũ trong năm 2013. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ BHSS ở nhóm misoprostol ngâm dưới lưỡi thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm misoprostol đường trực tràng (4,8% so với 11,6% với $p < 0,05$). Lượng máu mất trung bình ngay sau sinh của hai nhóm là không có sự khác biệt. Lượng máu mất trung bình sau 2 giờ hậu sản ở nhóm misoprosrol đặt trực tràng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm misoprostol dùng dưới lưỡi ($p < 0,05$). Không xuất hiện biến chứng nghiêm trọng ở cả hai nhóm nghiên cứu. **Kết luận:** Tỷ lệ BHSS, lượng máu mất trung bình sau 2 giờ hậu

sản thấp hơn ở nhóm misoprostol ngâm dưới lưỡi. **Từ khóa:** Băng huyết sau sinh, xử trí tích cực, misoprostol.

Abstract

MISOPROSTOL (SUBLINGUAL OR RECTAL) PLUS OXYTOCIN FOR PREVENTION OF PPH
RCT on 500 pregnant women in order to compare the rate of postpartum hemorrhage, postpartum blood loss in two protocol (1): 400µg misoprostol sublingually combined with 20 units intravenous oxytocin. (2): 800mcg misoprostol rectal combined with 20 units of oxytocin infusion; in the active management of the third stage of labor in women at risk of PPH delivering vaginally at Tu Du Hospital in 2013. Results: the rate of postpartum haemorrhage in sublingual misoprostol group had significantly lower compared with rectal misoprostol group (4.8% versus 11.6% with $p < 0.05$). The average blood loss immediately after delivery of the two groups was no difference. The average blood loss after 2 hours postpartum rectal misoprosrol group significantly higher with sublingual misoprostol group ($p < 0.05$). No serious complications occur in both study groups. **Key word:** PPH, active management of the third stage of labor, misoprostol.

1. Đặt vấn đề

Tại Việt Nam, theo thống kê năm 2002 của Vụ bảo vệ bà mẹ trẻ em, trong danh mục 5 tai biến sản khoa của toàn quốc, BHSS là tai biến thường gặp nhất (chiếm 50%) và cũng là nguyên nhân gây tử vong cao nhất, ước tính có 165 bị BHSS tử vong/100.000 trường hợp sinh sống (chiếm tỉ lệ 31%). Khảo sát trong nhiều năm liên tại Bệnh viện Từ Dũ, mỗi năm có ít nhất 100 trường hợp sản phụ bị BHSS trong tình trạng nặng, năm 2011, với việc áp dụng đo lượng máu mất sau sinh bằng túi đo máu xác định có 164 trường hợp BHSS chiếm tỷ lệ 0,8% [1].

Để dự phòng BHSS, Bệnh viện Từ Dũ ứng dụng xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ từ năm 2006 theo khuyến cáo của Bộ Y tế với oxytocin 10 đơn vị

tiêm bắp cho tất cả các sản phụ đến sinh; tuy nhiên đối với các trường hợp nguy cơ cao BHSS sự kết hợp Misoprostol và Oxytocin có khả năng gia tăng hiệu quả dự phòng BHSS hay không và misoprostol loại thuốc đặt dưới lưỡi có thể thay thế cho misoprostol đặt trực tràng hay không đó là lý do để chúng tôi tiến hành nghiên cứu.

Mục tiêu: So sánh tỷ lệ BHSS, lượng máu mất sau sinh trong hai phác đồ: Phác đồ (1): 400µg misoprostol đặt dưới lưỡi kết hợp với 20 đơn vị oxytocin truyền tĩnh mạch. Phác đồ (2): 800µg misoprostol đặt trực tràng kết hợp với 20 đơn vị oxytocin truyền tĩnh mạch; trong xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ ở những sản phụ có nguy cơ BHSS sinh ngã âm đạo tại bệnh viện Từ Dũ trong năm 2013.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

- Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

Tiêu chuẩn chọn vào

- Thai phụ đồng ý tham gia.
- Tuổi thai > 28 tuần.
- Ngôi chỏm.
- Sinh ngã âm đạo.
- Mẹ có một hay nhiều yếu tố nguy cơ BHSS:
- Ước lượng cân thai > 3500g
- Mẹ có u xơ tử cung
- Đa thai
- Đa ối
- Nhau bám thấp
- Tiền sản giật
- Sinh lần thứ 3 trở lên.
- Sinh thủ thuật (giác hút, forceps, nội xoay đại kéo thai).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh lý về máu, rối loạn đông máu, viêm gan tiến triển.
- Tổn thương đường sinh dục (rách tầng sinh môn phức tạp độ 3-4, rách cổ tử cung).
- Tiền sử dị ứng với misoprostol.
- Chảy máu âm đạo nhiều sau vừa sổ thai

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức kiểm định tỷ lệ trong hai quần thể

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(\bar{P}_1 - \bar{P}_2)^2}$$

P1 là tỷ lệ BHSS sau khi dùng 20 đơn vị oxytocin truyền tĩnh mạch kết hợp 800µg misoprostol đặt trực tràng dự phòng BHSS, theo báo cáo thống kê tại khoa sinh tại bệnh Từ Dũ năm 2012, P1 = 5%. Ước tính RR = 2,5. Thế vào công thức ta có N = 250 trường hợp cho mỗi nhóm.

Chọn mẫu

Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên đơn giản bằng bao thư giấy giấu kín nhóm thực hiện. Sử dụng 500 bao thư dày, bỏ vào bao thư ký tự A hoặc B đã chọn theo thứ tự, dán kín (với ký hiệu A chọn phương pháp Misoprostol đặt trực tràng và B chọn phương pháp Misoprostol ngâm dưới lưỡi)

Khi cổ tử cung gần trọn:

- Truyền sẵn 1 chai Glucose 5% + 4 ống Oxytocin 5 đơn vị (chưa cho chảy).
- Chuẩn bị sẵn 4 viên Misoprostol 200µg.
- Chọn ngẫu nhiên bia thư có chứa một trong hai cách dùng Misoprostol:
 - o Cách 1: đặt trực tràng 4 viên

- o Cách 2: đặt dưới lưỡi 2 viên, trả lại tủ thuốc 2 viên
- Đỡ sinh cho sản phụ. Sau khi thai sổ, chỉnh số giọt chai dịch truyền 30 giọt/phút, lần lượt tiến hành 1 trong hai cách:

- o Cách 1: đặt trực tràng 4 viên misoprostol 200µg.
- o Cách 2: đặt dưới lưỡi 2 viên misoprostol 200µg.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.
- Ghi nhận thời điểm bắt đầu, kết thúc xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ.
- Lót túi nylon theo dõi lượng máu mất.
- Ghi nhận lượng máu vào phiếu thu thập sau 2 giờ theo dõi hậu sản.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu			
	Đặt trực tràng	Đặt dưới lưỡi	p
Địa chỉ			
TPHCM	121 (48,4%)	110 (44%)	0,32
Tỉnh	129 (51,6%)	140 (56%)	
Tuổi	29±4,67	28,18±5,04	0,07
Tuổi thai	39,15±3,23	38,87±4,08	0,45
Số lần sinh			0,06
Chưa	98 (39,2%)	95 (38%)	
1 lần	105 (42%)	78 (31,2%)	
2 lần	41 (16,4%)	66 (26,4%)	
> 2 lần	6 (2,4%)	11 (4,4%)	
Tiền căn mổ lấy thai			0,69
Có	16 (6,4%)	14 (5,6%)	
Không	234 (93,6%)	236 (94,4%)	
Đa thai			0,43
Có	9 (3,6%)	6 (2,4%)	
Không	241 (96,4%)	244 (97,6%)	
Đa ối			0,48
Có	8 (3,2%)	11 (4,4%)	
Không	242 (96,8%)	239 (95,6%)	
Mẹ có nhân xơ tử cung			0,34
Có	11 (4,4%)	7 (3,9%)	
Không	239 (95,6%)	243 (96,1%)	
Nhau bám thấp			0,14
Có	33 (13,2%)	45 (18%)	
Không	217 (86,8%)	205 (82%)	
Tiền sản giật			0,19
Có	32 (12,8%)	23 (9,2%)	
Không	218 (87,2%)	227 (90,8%)	
Tăng ca			0,4
Có	59 (23,6%)	52 (20,8%)	
Không	191 (76,4%)	198 (79,2%)	
Gây tê ngoài màng cứng			0,13
Có	27 (10,8%)	18 (7,2%)	
Không	223 (89,2%)	232 (92,8%)	
Thời gian chuyển dạ hoạt động	110,08±87,29	98,51±83,38	0,13
Phương pháp sinh			0,53
Thường	223 (89,2%)	230 (92%)	
Giác hút	12 (4,8%)	10 (4%)	
Forceps	15 (6%)	10 (4%)	

Không có sự khác biệt của đối tượng nghiên cứu giữa hai nhóm Misoprostol đặt trực tràng và Misoprostol ngâm dưới lưỡi.

3.2. Lượng máu mất sau sinh

Bảng 2. Lượng máu mất sau sinh

Lượng máu mất (ml)	Đặt trực tràng	Đặt dưới lưỡi	P
Máu mất sau sổ nhau	195,33±185	168,64±125,61	0,07
Máu mất 2 giờ sau sinh	314,61±182,68	186±110,83	<0,05

Lượng máu mất ngay sau sổ nhau không có sự khác biệt giữa hai nhóm can thiệp. Lượng máu mất theo dõi đến 2 giờ sau sinh ở nhóm dùng misoprostol dưới lưỡi ít hơn có ý nghĩa so với nhóm đặt trực tràng.

3.3. Tỷ lệ BHSS

Bảng 3. Tỷ lệ BHSS

BHSS	Đặt trực tràng	Đặt dưới lưỡi	P
Có	29 (11,6%)	12 (4,8%)	<0,05
Không	221 (88,4%)	238 (95,2%)	

Tỷ lệ BHSS trong nhóm can thiệp misoprostol đặt dưới lưỡi ít hơn có ý nghĩa so với nhóm đặt trực tràng (4,8% so với 11,6% với p<0,05)

3.4. Tác dụng phụ

Bảng 4. Tác dụng phụ

	Đặt trực tràng	Đặt dưới lưỡi	P
Buồn nôn	8 (3,2%)	13 (5,2%)	0,15
Nôn	5 (2%)	8 (3,2%)	0,46
Sốt	24 (9,6%)	27 (10,8%)	0,12

Không có sự khác biệt về các tác dụng phụ của misoprostol giữa hai nhóm can thiệp

4. Bàn luận

Lượng máu mất sau sinh trong nghiên cứu của chúng tôi được đo bằng túi nylon chuyên dụng có chia vạch mỗi 10ml và hứng trọn máu từ miệng người sản phụ nên việc sai số trong việc đánh giá lượng máu mất là không đáng kể. Lượng máu mất ngay sau sinh ở nhóm đặt trực tràng là 195ml, lượng máu mất ngay sau sinh ở nhóm đặt dưới lưỡi là 168ml và sự khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê tuy nhiên trên lâm sàng sự khác biệt 25ml máu thật sự là không có ý nghĩa.

Sau 2 giờ theo dõi, lượng máu mất ở hai nhóm thay đổi và sự khác biệt ở hai nhóm có ý nghĩa về mặt thống kê và ý nghĩa lâm sàng của nó. Lượng máu mất ngay sau sinh ở nhóm đặt trực tràng là 315ml (tăng 120ml), lượng máu mất ngay sau sinh ở nhóm đặt dưới lưỡi là 186ml (tăng 18ml), khác biệt ở hai nhóm là 150ml.

Lượng máu mất sau sinh trung bình cho tất cả đối tượng nghiên cứu là 250ml nhiều hơn so với các

nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Tuấn, Phạm Hà Tú Ngân [2] tại bệnh viện Từ Dũ với kết quả lượng máu mất trung bình sau sổ thai cho đến 1 giờ sau sinh là 150ml và 15ml. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có lượng máu mất nhiều hơn so với một số nghiên cứu tại Việt Nam, một lý do có thể xảy ra là chúng tôi đã chủ động lựa chọn các trường hợp có nguy cơ băng huyết vào nghiên cứu nên lượng máu mất sau sinh vì thế cũng tăng hơn.

Bảng 5. Lượng máu mất sau sinh qua các nghiên cứu tại Việt Nam

Tác giả	Năm	Lượng máu mất
Bùi Thị Phương [4]	2001	144 ml
Cao Văn Nhứt [3]	2006	190 ml
Phạm Hà Tú Ngân [2]	2008	175 ml
Nguyễn Hoàng Tuấn	2012	150 ml
Chúng tôi	2014	250 ml

Khi phân tích lượng máu mất sau sinh thành biến nhị giá có băng huyết khi máu mất ≥ 500ml và ngược lại chúng tôi có tỷ lệ BHSS trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,2% tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ trung bình báo cáo hàng năm tại bệnh viện Từ Dũ (0,8%) [1] và các nghiên cứu trước đây tại bệnh viện Từ Dũ lý do cũng có thể lý giải tương tự với lượng máu mất sau sinh.

Tại các nước phát triển, tỷ lệ BHSS là 5% ở những nơi ứng dụng xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ và tăng lên 13% ở những nơi không áp dụng xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ [7],[8]. WHO có đánh giá các nghiên cứu về BHSS từ 50 quốc gia trên thế giới giai đoạn 1997 – 2002 nhận thấy tỷ lệ BHSS thấp nhất là ở Qatar (0,55%) và cao nhất là ở Honduras (19,8%) [6]. Trong khuyến cáo của WHO năm 2009 về BHSS, tổ chức này ước tính tỷ lệ BHSS chung trên toàn cầu là 6% trong đó Châu Phi là nơi có tỷ lệ BHSS cao nhất (10,1%) [5].

Tỷ lệ BHSS ở nhóm đặt trực tràng là 11,6% cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ BHSS ở nhóm đặt dưới lưỡi 4,8%.

Như vậy chúng tôi có thể nhận định phác đồ nghiên cứu với misoprostol đặt dưới lưỡi có hiệu quả làm giảm lượng máu mất sau sinh và tỷ lệ BHSS hơn so với misoprostol đặt trực tràng. Điều này có thể do thời gian đạt nồng độ tối đa (Tmax) và tính sinh khả dụng của misoprostol khác nhau ở những đường dùng khác nhau.

Sử dụng misoprostol qua đường trực tràng đã được nghiên cứu trong dự phòng BHSS. Thời gian đạt nồng độ đỉnh sau khi đặt trực tràng Tmax là 40 - 65 phút, mặc dù có nhiều nghiên cứu gần đây báo cáo là Tmax khoảng 20 phút.

Misoprostol rất mềm và có thể hoà tan trong 20 phút khi nó được đặt dưới lưỡi. Một nghiên cứu được động học khi so sánh sự hấp thu misoprostol qua đường uống, đặt âm đạo và đặt dưới lưỡi cho thấy rằng ở đường đặt dưới lưỡi, thời gian đạt đến nồng độ đỉnh là ngắn nhất, nồng độ đỉnh là cao nhất và sinh khả dụng là lớn nhất so với các đường sử dụng khác. Điều này là do sự hấp thu nhanh chóng qua các niêm mạc dưới lưỡi cũng như tránh được một phần chuyển hoá qua gan. Lượng máu đông đào dưới niêm mạc dưới lưỡi cũng như độ pH gần như trung tính trong khoang miệng cũng là một yếu tố hỗ trợ cho sự hấp thu này. Sinh khả dụng được đánh giá bởi “diện tích dưới đường

cong” trong 6 giờ đầu là lớn nhất cho đường đặt dưới lưỡi.

5. Kết luận

- Tỷ lệ BHSS ở nhóm misoprostol dưới lưỡi thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm misoprostol đường trực tràng (4,8% so với 11,6% với $p < 0,05$).
- Lượng máu mất trung bình ngay sau sinh của hai nhóm là không có sự khác biệt
- Lượng máu mất trung bình sau 2 giờ hậu sản ở nhóm misoprosrol đặt trực tràng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm misoprostol dùng dưới lưỡi ($p < 0,05$).
- Không xuất hiện biến chứng nghiêm trọng ở cả hai nhóm nghiên cứu.

Tài liệu tham khảo

1. Phòng Kế hoạch tổng hợp bệnh viện Từ Dũ (2011), “Báo cáo tổng kế hoạt động bệnh viện”.
2. Phạm Hà Tú Ngân (2009), “So sánh hiệu quả của số nhau sau tiêm oxytocin với số nhau tích cục tại bệnh viện Từ Dũ”. Luận văn Thạc sĩ y học.
3. Cao Văn Nhứt (2006), “So sánh hiệu quả của số nhau tích cục và số nhau thường quy”. Luận văn Thạc sĩ y học.
4. Bui .S, Hua .S, Luu .K (1998), “ “Study on the effect of active management of third stage of labor at Hanoi Gynaecology and Obstetrics Hospital””. Vietnam Journal of Obstetric and Gynaecology, 2, 25-33.

5. Butler .H (1986), “Delayed cord clamping”. Mothering, 41, 73-76.
6. Engelbreht S., Candrlie C. (1978), “A technic of cord traction in the third stage of labor”. Jugosl Gynekol Opstet, 18(5-6), 383-387.
7. Poeschann R.P., Doesburg W.H., Eskes T.K. (1991), “A randomized comparison of oxytocin, sulprosol and placebo in the management of the third stage of labor”. Eur Journal Obstet Gynecol Report bial, 98, 528-530.
8. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S (2000), “Active versus expectant management in the third stage of labour.” Cochrane Database Syst Rev. CD000007.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ PHƯƠNG PHÁP SINH Ở THAI PHỤ CÓ VẾT MỔ CŨ LẤY THAI

Trịnh Ngọc Bích, Huỳnh Thị Thu Thủy
Bệnh viện Từ Dũ

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ kiến thức đúng về phương pháp sinh ở thai phụ có vết mổ cũ lấy thai đến khám tại bệnh viện Từ Dũ, Khảo sát sự liên quan giữa kiến thức với thái độ lựa chọn phương pháp sinh ở thai phụ có vết mổ cũ. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 384 thai phụ có vết mổ cũ trong thời gian từ 01/02/2014 đến 01/05/2014, tại phòng khám thai bệnh viện Từ Dũ thỏa tiêu chí chọn mẫu được chọn ngẫu nhiên đơn theo thời gian, phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn. **Kết quả:** thai phụ có kiến thức đúng về phương pháp sinh là 10,9%. Thái độ tốt với mổ lấy thai là 52,3%Thai phụ được dặn dò về ngừa thai sau sinh có kiến thức cao hơn 3,09 lần (1,5 - 8,1) so với nhóm thai phụ không được dặn dò). **Kết luận:** Những yếu tố làm tăng kiến thức và thái độ thích sinh ngã âm đạo bao gồm thai phụ theo đạo, có chồng là công nhân viên, không có đau bụng sinh lần có thai trước. Phụ nữ sống ở khu vực tỉnh thành, không được tư vấn ngừa thai lần mổ trước, biết lý do mổ lần trước có khuynh hướng thích mổ lấy thai hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Từ khóa:** Kiến thức, thái độ, phương pháp sinh, thai phụ.

Abstract

KNOWLEDGE, ATTITUDE ON THE METHOD OF BIRTH IN

PREGNANT WOMEN WITH A PREVIOUS CAESAREAN SCAR

Objective: Determine the ratio of correct knowledge about methods of birth in women with a previous cesarean incision examined at Tu Du Hospital, the relationship between knowledge and attitudes selection method of birth in pregnant women had a previous cesarean scar. **Methods:** A cross-sectional study of 384 women with a previous cesarean scar in the period from 01.02.2014 to 05.01.2014, at the antenatal clinic Tu Du Hospital eligible sample was selected randomly from time, interview questionnaire prepared. **Results:** women with the right knowledge about methods of birth is 10.9%. Good attitude with cesarean section was 52.3% Pregnant women are advised him postpartum contraceptive knowledge, 3.09 times higher (1.5 to 8.1) compared with women not advice). **Conclusion:** These factors increase the knowledge and attitudes like vaginal birth including religious women, whose husbands are employees, not with abdominal pain before birth pregnancies. Women living in provincial areas, not contraception counseling before surgery, to know why the previous section tend to prefer more cesarean section, the difference was statistically significant. **Key words:** knowledge, attitude, pregnant women, method of birth.

1. Đặt vấn đề

Tỷ lệ mổ lấy thai (MLT) ngày càng tăng cao trên thế giới. Bên cạnh sự ra đời của kháng sinh, sự phát triển gây mê hồi sức, kỹ thuật vô khuẩn, phẫu thuật MLT đã không ngừng phát triển và trở thành khái niệm rất quen thuộc với thai phụ. Mục đích của phẫu thuật MLT nhằm làm giảm sang chấn cho trẻ sơ sinh, giảm tai biến cho mẹ và giảm đáng kể tỉ lệ tử vong cho mẹ và trẻ sơ sinh. Tỉ lệ MLT tăng [5] dẫn đến tỉ lệ sinh mổ lại ở thai phụ có vết MLT trước đó tăng cao theo [7]. Phương pháp MLT tuy có ưu điểm nhưng vẫn có những biến chứng do phẫu thuật, những dự hậu về sau. Để giảm những nguy cơ trên, nhiều nghiên cứu được thực hiện [43, 50]. Khảo sát kiến thức, thái độ của thai phụ về phương pháp sinh. Nhận thức chưa đúng của thai phụ là một trong những yếu tố chính yếu làm gia tăng số lượng phụ nữ trên thế giới chọn MLT chủ động mà

không có chỉ định y khoa [28]. Điều này thật không phù hợp tự nhiên và gây ảnh hưởng chất lượng cuộc sống sau này của thai phụ. MLT chỉ nên đặt ra trong những trường hợp mà tiền lượng sinh ngã âm đạo cho thấy không an toàn cho mẹ và thai. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “Kiến thức, thái độ về phương pháp sinh ở thai phụ có vết mổ cũ đến khám tại bệnh viện Từ Dũ nhằm đánh giá bước đầu nhận thức thai phụ, giúp giảm nhẹ những lo lắng, có quyết định phù hợp khi sinh.

Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu chính:

Xác định tỉ lệ kiến thức đúng về phương pháp sinh ở thai phụ có vết mổ cũ lấy thai đến khám tại bệnh viện Từ Dũ.

Mục tiêu phụ:

1.Khảo sát sự liên quan giữa kiến thức với thái độ lựa chọn phương pháp sinh ở thai phụ có vết mổ cũ.

2. Khảo sát sự liên quan giữa kiến thức có về phương pháp sinh của thai phụ với một số đặc điểm cá nhân xã hội.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang
Cỡ mẫu:
Vi nghiên cứu nhằm xác định tỉ lệ nên công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỉ lệ được dùng Trong đó:

$$N = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1 - P)}{d^2}$$

- α là sai lầm loại 1 (α =0,05)
- Z: là trị số từ phân phối chuẩn tương ứng với α
 $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$
- d = 0,05: sai số của ước lượng
- p là tỉ lệ mong đợi của nghiên cứu

Nghiên cứu này chọn ngưỡng sai lầm loại 1 là 0,05 nên có giá trị Z = 1,96. Sai số kỳ vọng trong nghiên cứu này là d = 5%. Giá trị p có được dựa vào các nghiên cứu trước đây.

Tỉ lệ kiến thức đúng về mổ cũ lấy thai dao động nhiều từ 1,6% đến 81%, nên chọn p = 0,50; vậy cỡ mẫu cần có ít nhất cho nghiên cứu là 384 thai phụ.

3. Kết quả

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/02/2014 đến 01/05/2014, tại phòng khám thai Bệnh viện Từ Dũ trung bình một ngày có khoảng 30 thai phụ có vết mổ cũ trên 28 tuần đến khám thai mỗi ngày, chúng tôi mời khoảng 8 đến 10 người đồng ý tham gia và thỏa tiêu chí chọn mẫu vào mẫu nghiên cứu.

Phân bố tỉ lệ kiến thức, thái độ về phương pháp sinh

Kiến thức của thai phụ về mổ lấy thai

Bảng 1. Phân bố kiến thức về MLT		
Kiến thức mổ lấy thai (8 câu)	đúng	chưa đúng
Lý do mổ góp phần quyết định cho phương pháp sinh ở lần thai này	53(13,8%)	331(86,2%)
Khi có một lần sinh mổ, lần sinh sau bắt buộc phải mổ lại	168(43,8%)	216(56,2%)
Khả năng gặp nguy hiểm tăng theo số lần MLT thai	171(44,5%)	213(55,5%)
Khả năng vỡ tử cung trong sinh ngã âm đạo cao hơn	198(51,6%)	186(48,4%)
Khả năng tổn thương các tạng trong ổ bụng trong sinh mổ cao hơn trong sinh ngã âm đạo	128(33,3%)	256(66,7%)
Sức khỏe của mẹ yếu, phục hồi chậm hơn sau MLT	236(61,5%)	148(38,5%)
Bé không được ở cạnh và bú mẹ ngay sau sinh	284(74,0%)	100(26,0%)
Bé dễ bị rối loạn đường hô hấp, dị ứng hơn trong MLT	175(45,6%)	209(54,4%)
Kiến thức chung về mổ lấy thai	42(10,9%)	342(89,1%)

Thái độ về sinh ngã âm đạo (bảng 2)
Liên quan giữa các yếu tố với kiến thức về mổ lấy thai
Mối liên quan giữa đặc điểm của thai phụ và kiến thức chung về MLT (bảng 3)

Bảng 2. Phân bố thái độ về sinh ngã âm đạo		
Thái độ thích sinh ngã âm đạo	Thích	Không thích
Sức khỏe mẹ phục hồi nhanh hơn sau sinh ngã âm đạo	375(97,7%)	9(2,3%)
Tạo mối quan hệ mẹ con sớm	373(97,1%)	11(2,9%)
Khả năng gặp biến chứng do phẫu thuật lúc MLT	322(83,8%)	62(16,2%)
Khả năng gặp biến chứng do gây tê, gây mê lúc MLT	332(86,5%)	52(13,5%)
Chi phí sinh ngã âm đạo thấp	375(97,7%)	9(2,3%)
Kết cuộc, sinh ngã âm đạo dễ chịu hơn	225(58,6%)	159(41,4%)

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân xã hội của thai phụ và kiến thức chung					
Yếu tố	Kiến thức về MLT		OR	KTC 95%	P*
	Đúng (42)	Chưa đúng (342)			
Nhóm tuổi					
≤25 tuổi	1(2,4)	109(31,9)			
>25 tuổi	41(97,6)	233(68,1)	19,50	2,60-141,00	0,004
Nghề nghiệp					
Khác	20(47,6)	194(56,7)	1		
Nội trợ	22(52,4)	148(43,3)	1,44	0,76-2,74	0,26
Nơi ở hiện tại					
TPHCM	14(33,3)	96(28,1)	1		
Tỉnh thành	28(66,7)	246(71,9)	0,78	0,39-1,54	0,48
Tình trạng kinh tế					
Khó khăn	3(7,1)	33(9,7)	1		
≥Đủ sống	39(92,9)	309(90,4)	1,39	0,41-4,74	0,60
Trình độ học vấn					
≤Cấp 1	1(2,4)	14(4,1)	1		
≥ Cấp 2	41(97,6)	328(95,9)	1,75	0,24-13,70	0,59
Tôn giáo					
Không	38(90,5)	217(63,5)	1		
Có	4(9,5)	125(36,6)	1,18	0,06-0,52	0,002
Dân tộc					
Khác	3(7,1)	23(6,7)	1		
Kinh	39(92,9)	319(93,3)	0,94	0,26-5,09	0,91
Nghề nghiệp của chồng					
Khác	31(73,8)	289(84,5)	1		
CNV	11(26,2)	53(15,5)	1,93	0,92-4,09	0,080

(*) hồi quy Logistic
Mối liên hệ giữa tiền sử sản khoa với kiến thức chung: (Bảng 4)

(*) Phép kiểm hồi quy logistic
Liên quan giữa các yếu tố với thái độ về mổ lấy thai:
Mối liên quan giữa các đặc điểm cá nhân xã hội của thai phụ với thái độ thích mổ lấy thai (Bảng 5)
(*) Ttest - Two group mean_ comparison test
Mối liên quan giữa kiến thức và thái độ thích mổ lấy thai (Bảng 6)

(*) Ttest- Two group mean_ comparison test
Mối liên quan giữa kiến thức với thái độ thích sinh ngã âm đạo. (Bảng 7)
(*) Ttest- Two group mean_ comparison test.

4. Bàn luận

Kiến thức của thai phụ về mổ lấy thai
Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ kiến thức đúng chung về MLT chiếm 10,9%, tỉ lệ này tương tự

Bảng 4. Mối liên hệ giữa tiền sử sản khoa với kiến thức chung:					
Yếu tố	Kiến thức về mổ lấy thai		OR	KTC 95%	P*
	Đúng	Chưa đúng			
Nhóm số lần có thai					
2 lần	26(61,9)	250(73,1)	1		
≥3 lần	16(38,1)	92(26,9)	1,67	0,86-3,26	0,13
Nhóm số lần sảy thai					
Chưa sảy	31(73,8)	252(73,7)	1		
≥1 lần	11(26,2)	90(26,3)	0,99	0,48-2,05	0,99
Nhóm số lần sinh sống					
<2 lần	39(92,9)	317(92,7)	1		
≥2 lần	3(7,1)	25(7,3)	0,98	0,28-3,34	0,96
Phương pháp sinh lần trước					
Sinh mổ	38(90,5)	311(90,9)	1		
Sinh thường và mổ	4(9,5)	31(9,1)	1,06	0,35-3,15	0,92
Thời gian từ lần mổ lấy thai lần trước đến nay					
≥24 tháng	37(88,1)	273(79,8)	1		
<24 tháng	5(11,9)	69(20,2)	0,53	0,20-1,40	0,21
Đau bụng trong lần sinh trước					
Không	10(23,8)	123(36,0)	1		
Có	32(76,2)	219(64,0)	1,79	0,85-3,78	0,12
Được tư vấn, dân dờ ngừa thai ở lần sinh trước					
Không	7(83,3)	141(41,2)	1		
Có	35(16,7)	201(58,8)	3,51	1,51-8,12	0,003
Biết lý do mổ lấy thai lần trước					
Không	8(19,1)	68(19,9)	1		
Có	35(80,9)	274(80,1)	1,05	0,47-2,38	0,89

Bảng 5. Mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân xã hội của thai phụ với thái độ thích MLT			
Đặc điểm	Điểm trung bình thái độ	Khác biệt	P*
Nhóm tuổi			
≤25 tuổi	4,05		
>25 tuổi	4,10	-0,05	0,74
Nghề nghiệp			
Nội trợ	4,05		
Khác	4,10	0,37	0,74
Nơi ở hiện tại			
TPHCM	3,80		
Tỉnh thành	4,19	-0,39	0,029
Tình trạng kinh tế			
Khó khăn	4,04		
Đủ sống trở lên	4,39	0,35	0,25
Trình độ học vấn			
≤Cấp 1	3,73		
≥ Cấp 2	4,09	-0,36	0,51
Tôn giáo			
Có	4,07		
Không	4,09	-0,01	0,93
Dân tộc			
Khác	4,19		
Kinh	4,07	0,13	0,72
Nhóm tuổi của chồng			
< 25 tuổi	3,63		
≥25 tuổi	4,16	-0,52	0,22

như nghiên cứu của tác giả B.S.Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran chiếm 7,5% [16], và tỉ lệ này vẫn cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan,

Bảng 6. Mối liên quan giữa kiến thức và thái độ thích mổ lấy thai			
Đặc điểm	Điểm TB thái độ thích MLT	Khác biệt	P*
Kiến thức chung			
Đúng	4,04		
Chưa đúng	4,36	-0316	0,21

Bảng 7. Mối liên quan giữa kiến thức với thái độ thích sinh ngã âm đạo.			
Đặc điểm	Điểm trung bìnhthái độ	Khác biệt	P*
Kiến thức chung			
Đúng	5,60		
Chưa đúng	5,16	-0,43	0,0001

theo tác giả này, tỉ lệ kiến thức tốt về MLT chỉ chiếm 1,6% [49]. Cụ thể như sau:

Bảng 8. Tỷ lệ mổ lấy thai			
Tác giả	KT tốt	KT trung bình	KT chưa tốt
Nghiên cứu của chúng tôi	10,9%	41,2%	47,9%
B.S.Aali, B. Motamedi (2005)	7,5%	29,0%	63,5%
Nusrat (2007)	1,6%	10,5%	87,9%

Ở từng câu hỏi kiến thức cụ thể, chúng tôi đúc kết thành bảng sau.

Bảng 9. Bảng so sánh kiến thức chung về MLT với các nghiên cứu khác.		
Kiến thức mổ lấy thai	Chúng tôi	Nghiên cứu khác
Lý do mổ góp phần quyết định cho phương pháp sinh ở lần thai này	13,8%	Bernstein (2012) 59%
Khi có một lần sinh mổ, lần sinh sau bắt buộc phải mổ lại	43,8%	B.S.Aali (2005) 62,7% Nusrat (2007) 14,8%
Khả năng gặp nguy hiểm tăng theo số lần MLT thai	44,5%	Bernstein (2012) 55,6%
Khả năng vỡ tử cung trong sinh ngã âm đạo cao hơn	51,6%	Chen MM (2012) 39,4%
Khả năng tổn thương các tạng trong ổ bụng trong MLT cao hơn trong sinh ngã âm đạo	33,3%	Bernstein (2012) 53,1%
Sức khỏe của mẹ yếu, phục hồi chậm hơn sau MLT	61,5%	B.S.Aali (2005) 60,8% Nusrat (2007) 59,0%
Bé không được ở cạnh và bú mẹ ngay sau sinh	74,0%	Chen MM (2012) 30,4%
Bé dễ bị rối loạn đường hô hấp, dị ứng hơn trong MLT	45,6%	B.S.Aali (2005) 28,1% Nusrat (2007) 2,7% Chen MM (2012) 51,5%

So với kết quả phỏng vấn của các tác giả nước ngoài, nhóm thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi có kiến thức chưa tốt nhiều nhất chung quanh vấn đề lý do mổ góp phần quyết định cho phương pháp sinh ở lần thai này chỉ chiếm 13,8% so với 59% và khả năng tổn thương các tạng trong ổ bụng trong MLT lại cao hơn trong sinh ngã âm đạo chỉ chiếm 33,3% so với 53,1%.

Tỉ lệ thai phụ có kiến thức tốt về bé dễ bị rối loạn đường hô hấp, miễn dịch khi sinh mổ chiếm 45,6%, tỉ lệ thai phụ có kiến thức chưa tốt trong nghiên cứu của chúng tôi là 54,4%, trong khi theo tác giả Chen MM và Hancock H (2012) là 48,5% thai phụ không biết về vấn đề này. Trong khi theo các tác giả B.S.Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran [16] và của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan [49] tỉ lệ thai phụ không

biết nguy cơ bệnh đường hô hấp ở bé sinh mổ cao hơn sinh thường chiếm rất cao, tỉ lệ này lần lượt là 97,3% và 71,9%.

Do trong nghiên cứu của chúng tôi có thêm một số câu hỏi về kiến thức ở mức độ đơn giản, được thêm bộ câu hỏi của tác giả N. Bernstein, tác giả Chen M.M (2012) [21] có tham khảo thêm ý kiến chuyên môn, bảng điểm cũng chia ở mức đơn giản là đúng và chưa đúng nên tỉ lệ phần kiến thức đúng của chúng tôi chiếm tỉ lệ cao hơn các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài.

Thái độ của thai phụ về mổ lấy thai

Trong nghiên cứu của chúng tôi, về thái độ thích MLT, có gần 1/2 thai phụ chiếm 40,4% cho rằng MLT thích hợp hơn không kể kinh tế hay chỉ định y khoa, tỉ lệ này phù hợp theo nghiên cứu của tác giả B.S.Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran [16] tỉ lệ này 43,8%, tuy nhiên so với tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan tỉ lệ này chỉ chiếm 11.2% [49], riêng tại Nigeria, theo tác giả M. Aziken (2007) tỉ lệ này là 6,1% [19]. Tỉ lệ thai phụ cho rằng cần MLT khi diễn biến cuộc sinh không còn thuận lợi nữa chiếm 81,8% so với trong nghiên cứu của 2 tác giả B.S. Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran [16] là 5,2%, so với của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan là 27,5% [49]. Tỉ lệ thai phụ sợ không chịu nổi vấn đề đau trong chuyển dạ chiếm 49,7%, tỉ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan tỉ lệ này chỉ chiếm 4,9% [49], và tại Nigeria M.Aziken (2007) chiếm 29,1%[19]. Tỉ lệ thai phụ lo ngại có sẹo MLT lần trước sẽ không an toàn cho mẹ và bé trong lần sinh này chiếm 87,2%. Quan điểm cho rằng MLT ngăn cản vùng tầng sinh môn chiếm 81,8%, so với nghiên cứu của 2 tác giả B.S. Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran [16] tỉ lệ này là 16,7% và 11,0% có sự không tương xứng vì theo nghiên cứu của chúng tôi, nhóm phụ nữ quan tâm đến vấn đề dẫn tầng sinh môn khi về sau này chiếm tỉ lệ cao.

Thái độ chung về thích MLT của chúng tôi được tính như biến số định lượng, là tổng điểm của các câu thái độ thích MLT. So với tác giả B.S.Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran [16] tỉ lệ này là 33%, của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan chiếm 1,3% và tỉ lệ này của chúng tôi cao gấp đôi ở Iran, cao hơn gấp nhiều lần ở Pakistan, do chúng tôi lấy mẫu ở phụ nữ đã từng MLT ít nhất một lần.

Thái độ của thai phụ về sinh ngã âm đạo

Tỉ lệ thai phụ cho rằng sức khoẻ mẹ phục hồi nhanh hơn sau sinh ngã âm đạo chiếm 97,7% so tác giả B.S. Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran [16] tỉ lệ này là 88,8%, so với của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan là 98%. Đây là câu trả lời mà thai phụ đồng ý chiếm

tỉ lệ cao nhất. Bên cạnh đó, quan điểm tạo mối quan hệ mẹ con sớm chiếm 97,1% chiếm tỉ lệ cao hơn hẳn so với tác giả B.S. Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran [16] tỉ lệ này là 73%, so với của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan là 34,4%. Tỉ lệ thai phụ cho rằng kết cuộc sinh âm đạo dễ chịu hơn chiếm 58,6% tương tự với tác giả B.S. Aali và B. Motamedi (2005) ở Iran [16] tỉ lệ này là 54,9%, so với của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan là 90,5%. Nhóm thai phụ thích chọn sinh ngã âm đạo vì cho rằng khả năng gặp biến chứng trong và sau mổ cao, khả năng gặp biến chứng do phẫu thuật chiếm 83,8%, khả năng gặp biến chứng do gây tê, gây mê chiếm 86,5% so với tác giả B.S. Aali và B. Motamedi (2005) tỉ lệ thai phụ sợ biến chứng gây tê, gây mê là 54,9%. Tỉ lệ thai phụ cho rằng thích sinh ngã âm đạo do chi phí sinh thấp chiếm 97,7% so với của tác giả Nusrat (2007) ở Pakistan, có khảo sát nhóm thai phụ từ chối sinh mổ vì đắt tiền chiếm 14,6%.

Các yếu tố liên quan giữa kiến thức, thái độ, hành vi của thai phụ về phương pháp sinh

Liên quan đến kiến thức chung về mổ lấy thai

Nhóm tuổi thai phụ >25 có kiến thức tốt cao hơn 19,5 lần (P<0,05). Nhóm thai phụ không tôn giáo có kiến thức tốt hơn nhóm thai phụ có tôn giáo hơn 1,18 lần (P<0,05)

Tiền sử được tư vấn, dặn dò ngừa thai ở lần mổ trước có kiến thức tốt cao hơn 3,51 lần so với không được dặn dò (P<0,05)

Liên quan đến thái độ thích mổ lấy thai:

Nhóm thai phụ ở tỉnh thành có khuynh hướng thích MLT cao hơn (4,19/3,80) so với nhóm thai phụ ở thành phố. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (P<0,05) được lý giải do thai phụ ở vùng tỉnh thích được MLT hơn và muốn cuộc mổ được an toàn, lên thành phố khám, chọn bệnh viện lớn khám.

Nhóm thai phụ không được tư vấn dặn dò ngừa thai ở lần sinh sau để vết mổ lành tốt có khuynh hướng thích MLT hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P<0,05).

Nhóm thai phụ có biết lý do mổ ở lần thai trước có khuynh hướng thích MLT hơn nhóm không biết lý do mổ ở lần trước, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P<0,05).

Về kiến thức của thai phụ, nhóm thai phụ có kiến thức chưa đúng có khuynh hướng thích MLT hơn nhóm còn lại, khác biệt 0,316, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (P>0,05).

5. Kết luận

Qua khảo sát 384 thai phụ có tiền căn MLT ở lần sinh trước trong thời gian từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2014 tại bệnh viện Từ Dũ, chúng tôi rút ra kết luận như sau:

1. Tỉ lệ thai phụ có kiến thức đúng về phương pháp sinh (có ≥ 6 câu đúng trong tổng số 8 câu) :

- Tỉ lệ thai phụ có kiến thức đúng (đạt 6 câu đúng) về phương pháp sinh chiếm tỉ lệ thấp 10,9%, kiến thức chưa đúng 89,1%.

2. Liên quan giữa kiến thức với thái độ chọn phương pháp sinh:

- Thái độ tốt thích MLT có 201 trường hợp (52.3%)
- Thai phụ có kiến thức đúng về phương pháp sinh có khuynh hướng thích MLT ít hơn so với nhóm kiến thức chưa đúng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (P>0,05).

- Thái độ tốt thích sinh ngã âm đạo có 86 trường hợp (22,4%).

- Thai phụ có kiến thức đúng về phương pháp sinh có khuynh hướng thích sinh ngã âm đạo hơn so với nhóm kiến thức chưa đúng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P<0,05).

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế (2007) Giáo dục và nâng cao sức khỏe, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr.37-40.
2. Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (2011) Bài giảng Sản Phụ khoa tập I, Nhà xuất bản Y học, tr.451-453.
3. Bệnh viện Từ Dũ (2012) “Báo cáo tổng kết cuối năm 2012” .
4. Bệnh viện Từ Dũ (2013) “Báo cáo tổng kết cuối năm 2013” .
5. Nguyễn Đức Hình, Nguyễn Việt Anh (2009) “Chỉ định và một số yếu tố liên quan đến mổ lấy thai ở Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tây” . Tạp chí y học Việt Nam, tháng 5, số 1, chuyên đề, tập 357, 28-30.
6. Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Nguyễn Song Nguyên (2010) “Mổ đẻ gây nguy hiểm cho bà mẹ và thai nhi” . Tạp chí y học Việt Nam, 12-15.
7. Phạm Văn Soan (2002) “Nhân xét trên 579 sản phụ có tiền sử mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2000” . Tạp chí Thông tin y dược, số 7, , 30-33.
8. Phan Trường Duyệt (1998) Lịch sử phẫu thuật mổ lấy thai trong phẫu thuật sản phụ khoa, Nhà Xuất bản y học, 13-25.
9. Tạ Xuân Lan, Nguyễn Thị Ngọc Khanh (1999) “Thái độ xử trí đối với sản phụ có sẹo mổ lấy thai cũ tại Viện bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh năm 1993-1994” . Tạp chí Thông tin y dược, 157-161.
10. Huỳnh Thị Thu Thủy (2008) “Báo cáo tổng kết cuối năm 2007 của Bệnh viện Từ Dũ” .
11. Trần Thị Lợi, Nguyễn Thị Duy Tài (2011) Thực hành Sản Phụ khoa Đại học Y Dược Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh tr.100-103.
12. Vũ Thị Nhung (2013) “Lam dụng sanh mổ ở Việt Nam” . Tạp chí y dược học, 23.
13. Vũ Thị Nhung, Nguyễn Công Khanh (2013) “Sinh mổ và những thiệt thòi với hệ miễn dịch” . Tạp chí thuốc và biết được, 32-33.
14. ACOG (1996) “ACOG releases practice guidelines on vaginal delivery after previous cesarean birth” . American family physician, 53 (2), 775-6.
15. Paula J Laws Elizabeth A Sullivan, (1995) “Australia's mothers and babies” . Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association, 18 (3), 137-8.

3. Khảo sát sự liên quan giữa kiến thức, thái độ của thai phụ có vết mổ lấy thai với một số đặc điểm cá nhân xã hội (ĐĐCNXH):

Có 3 yếu tố ĐĐCNXH liên quan đến kiến thức về mổ lấy thai:

Tuổi của thai phụ trên 25 tuổi, thai phụ không theo đạo, thai phụ đã được tư vấn và dặn dò ngừa thai ở lần mổ trước có kiến thức đúng cao hơn nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P<0,05).

Có 3 yếu tố ĐĐCNXH liên quan đến thái độ về mổ lấy thai:

Thai phụ sống ở tỉnh thành, không được tư vấn dặn dò ngừa thai ở lần mổ trước, có biết lý do mổ ở lần thai trước có khuynh hướng thích MLT hơn (P<0,05).

Có 2 yếu tố ĐĐCNXH liên quan đến thái độ về sinh ngã âm đạo:

Thai phụ theo đạo, thai phụ không có đau bụng sinh ở lần thai trước thích sinh ngã âm đạo hơn (P<0,05).

16. Aali B. S, Motamedi B (2005) “Women's knowledge and attitude towards modes of delivery in Kerman, Islamic Republic of Iran” . East Mediterr Health J, 11 (4), 663-72.
17. Adjahoto E.O, Ekouevi D. K, Hodonou K. A (2001) “[Factors predicting outcome of trial of labor after prior cesarean section in a developing country]” . Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction, Facteurs predictifs de l'issue d'une epreuve uterine en milieu sous-equipe, 30 (2), 174-9.
18. Anderson T (2006) “Caesarean section for non-medical reasons at term” . The practising midwife, 9 (8), 34-5.
19. M. Aziken, L. Omo-Aghoja, F. Okonofua (2007) “Perceptions and attitudes of pregnant women towards caesarean section in urban Nigeria” . Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, 86 (1), 42-7.
20. Begum B, Zaman R. U, Rahman A, Rahaman M. S, Uddin M. K, Hafiz R, Abedin F (2009) “Comparison of risks and benefits of normal vaginal and caesarian section deliveries in a public tertiary hospital in Bangladesh” . Mymensingh medical journal : MMJ, 18 (1 Suppl), S12-14.
21. Bernstein S. N, Matalon-Grazi S, Rosenn B. M (2012) “Trial of labor versus repeat cesarean: are patients making an informed decision?” . American journal of obstetrics and gynecology, 207 (3), 204 e1-6.
22. Broe S, Khoo S. K (1989) “How safe is caesarean section in current practice? A survey of mortality and serious morbidity” . Aust N Z J Obstet Gynaecol, 29 (2), 93-8.
23. Chen M. M, Hancock H (2012) “Women's knowledge of options for birth after Caesarean Section” . Women and birth : journal of the Australian College of Midwives, 25 (3), e19-26.
24. Chong E. S, Mongelli M (2003) “Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries” . International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 80 (2), 189-94.
25. Cohen B, Atkins M (2001) “Brief history of vaginal birth after cesarean section” . Clinical obstetrics and gynecology, 44 (3), 604-8.

26. Cohen Nancy Wainer, Estner Lois J (1983) Silent knife : cesarean prevention and vaginal birth after cesarean, VBAC, Bergin & Garvey Publishers, S. Hadley, Mass.,

27. Coleman V. H, Lawrence H, Schulkin J (2009) "Rising cesarean delivery rates: the impact of cesarean delivery on maternal request". Obstetrical & gynecological survey, 64 (2), 115-9.

28. Cotzias C. S, Paterson-Brown S, Fisk N. M (2001) "Obstetricians say yes to maternal request for elective caesarean section: a survey of current opinion". European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology, 97 (1), 15-6.

29. Crowther C. A, Dodd J. M, Hiller J. E, Haslam R. R, Robinson J. S (2012) "Planned vaginal birth or elective repeat caesarean: patient preference restricted cohort with nested randomised trial". PLoS medicine, 9 (3), e1001192.

30. Dodd J, Crowther C. A (2003) "Vaginal birth after Caesarean section: a survey of practice in Australia and New Zealand". The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology, 43 (3), 226-31.

31. Gurol-Urganci I, Cromwell D. A, Edozien L. C, Smith G. C, Onwere C, Mahmood T. A, Templeton A, van der Meulen J. H (2011) "Risk of placenta previa in second birth after first birth cesarean section: a population-based study and meta-analysis". BMC pregnancy and childbirth, 11, 95.

32. Hamilton B. E, Hoyert D. L, Martin J. A, Strobino D. M, Guyer B (2013) "Annual summary of vital statistics: 2010-2011". Pediatrics, 131 (3), 548-58.

33. Hamsho A, Alloub M (1999) "Spontaneous rupture of a 13 week gravid scarred uterus". Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology, 19 (3), 316-7.

34. Hansell R. S, McMurray K. B, Huey G. R (1990) "Vaginal birth after two or more cesarean sections: a five-year experience". Birth, 17 (3), 146-50; discussion 150-1.

35. Hemminki E, Lofgren T (1990) "Comparability of reasons for cesarean sections in patient records and mothers' interviews". Birth, 17 (4), 207-9.

36. Holland M. G, Bienstock J. L (2008) "Recurrent ectopic pregnancy in a cesarean scar". Obstetrics and gynecology, 111 (2 Pt 2), 541-5.

37. Homer C. S, Johnston R, Foureur M. J (2011) "Birth after caesarean section: changes over a nine-year period in one Australian state". Midwifery, 27 (2), 165-9.

38. Hopkins K (2000) "Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean?". Social science & medicine, 51 (5), 725-40.

39. ICHSC (2009) "The Information Centre for Health and Social Care. England:Maternity Statistics".

40. Kramer HM1, Kwee A, Bremer HA (2009) "[Once a C-section, always a C-section?].". 136-40.

41. Landon M. B (2010) "Predicting uterine rupture in women undergoing trial of labor after prior cesarean delivery". Seminars in perinatology, 34 (4), 267-71.

42. Lawrence E (1997) "Aurelia, Cecily & Ann: a brief survey of caesarean section". Modern midwife, 7 (5), 15-7.

43. Lee Nigel (2013) "Reducing the Caesarean section rate".

Australian nursing journal (July 1993), 21 (2), 42.

44. MacDorman M, Declercq E, Menacker F (2011) "Recent trends and patterns in cesarean and vaginal birth after cesarean (VBAC) deliveries in the United States". Clinics in perinatology, 38 (2), 179-92.

45. Malloy M. H (2008) "Impact of cesarean section on neonatal mortality rates among very preterm infants in the United States, 2000-2003". Pediatrics, 122 (2), 285-92.

46. Martin J. A, Hamilton B. E, Sutton P. D, Ventura S. J, Mathews T. J, Kirmeyer S, Osterman M. J (2010) "Births: final data for 2007". National vital statistics reports : from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, 58 (24), 1-85.

47. McGrath P, Phillips E, Vaughan G (2010) "Vaginal birth after Caesarean risk decision-making: Australian findings on the mothers' perspective". International journal of nursing practice, 16 (3), 274-81.

48. SN Mukherjee (2006) "Rising cesarean section rate". Journal Obstet Gynecol India 56, No 4, 298-300.

49. Nusrat Nisar, Nisar Ahmed Sohoo, Ahson Memon (2007) "Knowledge, Attitude Preference of pregnant Women towards Modes of Delivery". Journal of midwifery & women's health, 08 (03)

50. Roberts Christine L, Algert Charles S, Todd Angela L, Morris Jonathan M (2013) "Reducing caesarean section rates--no easy task". The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology, 53 (3), 310-313.

51. N. Schuitemaker, J. van Roosmalen, G. Dekker, P. van Dongen, H. van Geijn, J. B. Gravenhorst (1997) "Maternal mortality after cesarean section in The Netherlands". Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 76 (4), 332-4.

52. P. H. Shiono, D. McNellis, G. G. Rhoads (1987) "Reasons for the rising cesarean delivery rates: 1978-1984". Obstetrics and gynecology, 69 (5), 696-700.

53. Sierra-Solis A, Leo-Barahona M, Romero-Lopez A. I, Gomez-Guerrero J. M (2013) "Placenta percreta with bladder invasion: an uncommon cause of hematuria during pregnancy". Radiologia, Placenta percreta con invasion vesical: una causa infrecuente de hematuria en la embarazada.,

54. Toohill J, Gamble J, Creedy D. K (2013) "A critical review of vaginal birth rates after a primary Caesarean in Queensland hospitals". Aust Health Rev, 37 (5), 642-8.

55. Uddin S. F, Simon A. E (2013) "Rates and success rates of trial of labor after cesarean delivery in the United States, 1990-2009". Maternal and child health journal, 17 (7), 1309-14.

56. Williams C (2010) "Obstetrics". Medicine of the year, 4 (3), 121-33.

57. Williams D. R (2005) "The top 10 reasons elective cesarean section should be on decline". AWHONN lifelines / Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 9 (1), 23-4.

58. Williams Deanne R (2005) "The Top 10 Reasons Elective Cesarean Section Should Be on the Decline". AWHONN Lifelines, 9 (1), 23-24.

59. B. Langer, G. Schlaeder (1998) "[What does the cesarean rate mean in France/].". Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction, Que penser du taux de cesarienne en France?, 27 (1), 62-70.

TÌNH HÌNH TIÊM CHỦNG VACCINE VIÊM GAN B LIỀU SƠ SINH TẠI PHÒNG SƠ SINH - KHOA PHỤ SẢN - BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Hoàng Thị Liên Châu⁽¹⁾, Trần Thị Hoàn⁽¹⁾, Nguyễn Văn Tuấn⁽²⁾, Hoàng Thị Bích Ngọc⁽¹⁾, Nguyễn Thị Mỹ Hương⁽¹⁾, Nguyễn Thị Thu Kiều⁽¹⁾

(1) Bệnh viện Trung Ương Huế, (2) Trường Cao đẳng y tế Thừa Thiên Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát tình hình tiêm chủng vaccine viêm gan B cho trẻ sơ sinh và nhận thức của người dân về vấn đề tiêm chủng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hiện trên 4.480 trẻ sơ sinh vào điều trị tại Phòng sơ sinh - Khoa Phụ sản Bệnh viện trung ương Huế từ tháng 04/2014 đến tháng 02/2015. **Kết quả:** Tỷ lệ tiêm chủng vaccine viêm gan B liều sơ sinh trên tổng số trẻ vào điều trị là 76,5% và tỷ lệ này là 98,4% nếu chỉ tính riêng trên các trẻ đủ tiêu chuẩn tiêm vaccine sau khi khám sàng lọc. Có 1,6% trường hợp gia đình không đồng ý tiêm vaccine. 84,9% trẻ sơ sinh được tiêm vaccine viêm gan B trong 24 giờ đầu sau sinh và có 21,4% có phản ứng nhẹ sau tiêm chủng như đau, đỏ nhẹ tại chỗ tiêm, mẩn đỏ toàn thân và sốt nhẹ sau tiêm chủng. **Từ khóa:** Sơ sinh, Tiêm chủng Viêm gan B.

Abstract

HEPATITIS B VACCINATION SITUATION IN NEONATAL

1. Đặt vấn đề

Viêm gan B là một bệnh gây tổn thương tế bào gan cấp tính hay mạn tính do virus viêm gan B. Trên thế giới có khoảng hơn 2 tỷ người (30% dân số) bị nhiễm viêm gan B và hơn 400 triệu người bị bệnh gan mạn tính. Ở Việt Nam tỷ lệ viêm gan B khoảng 10-20%, tỷ lệ mang virus viêm gan B ở phụ nữ có thai từ 10-16% và ở trẻ em là 2-6% [1]. Vaccine viêm gan B có thể phòng nhiễm virus viêm gan B trước khi tiếp xúc hoặc mới tiếp xúc với virus viêm gan B. Để phòng lây truyền virus viêm gan B từ mẹ sang con cần tiêm chủng vaccine viêm gan B trong vòng 24 giờ đầu sau sinh. Với mũi tiêm trong 24 giờ có khả năng phòng được 85-90%. Hiệu quả phòng ngừa sẽ giảm dần theo từng ngày và không đạt được nếu tiêm sau 7 ngày [2]. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Tình hình tiêm chủng vaccine viêm gan B liều sơ sinh tại Phòng sơ sinh - Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế" nhằm mục tiêu: khảo sát tình hình tiêm chủng vaccine viêm gan B cho trẻ sơ sinh và nhận thức của người dân về vấn đề tiêm chủng.

UNIT, OBSTETRIC & GYNECOLOGY DEPARTMENT - HUE CENTRAL HOSPITAL

The study was performed on 4480 neonates in the Neonatal unit - Department of Obstetrics & Gynecology - Hue Central Hospital from April 2014 to February 2015 with the Objective to investigate immunization situation of hepatitis B vaccine for neonate and people's awareness of immunization issues . Results showed that the rate of hepatitis B vaccination is 76.5 % of total neonates in room and the rate is 98.4 % of neonates having enough criteria for vaccination after screening examination. 1.6 % of them, the families do not agree for vaccination. 84.9 % of Neonates received hepatitis B vaccination in the first 24 hours after birth and 21.4 % of them had mild reactions after vaccination, such as pain, lightly redness at the injection site, body rash and mild fever after vaccination.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các trẻ sơ sinh vào điều trị tại Phòng sơ sinh - Khoa Phụ sản Bệnh viện trung ương Huế từ tháng 4/2014 đến tháng 2/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.3. Tiêu chuẩn tiêm vaccine viêm gan B: Theo bảng kiểm trước tiêm chủng của Bộ y tế ban hành theo quyết định số 04/QĐ-BYT ngày 02/01/2014.

Bảng kiểm trước tiêm chủng:		
	Có	Không
Sốt/ Hạ thân nhiệt		
Nghe tim bất thường		
Nghe phổi bất thường		
Trí giác bất thường		
Cân nặng khi sinh < 2000gr		
Các chống chỉ định khác (non tháng, dị tật bẩm sinh...)		

Đủ điều kiện tiêm chủng khi không có điểm nào bất thường dưới đây

3. Kết quả nghiên cứu:

Bảng 1. Cân nặng khi sinh

Cân nặng	Tần suất	Tỷ lệ %
< 2500gr	466	10,5
≥ 2500 gr	4014	89,5
Tổng số	4480	100

Sơ sinh cân nặng dưới 2500gr chiếm tỷ lệ 10,5%

Bảng 2. Bệnh lý kèm theo

Bệnh lý kèm theo	Tần suất	Tỷ lệ %
Có	530	11,8
Không	3950	88,2
Tổng số	4480	100

Số trẻ sơ sinh có bệnh lý kèm theo là 530 trẻ chiếm tỷ lệ 11,8%

Bảng 3. Nhận thức của gia đình

Nhận thức	Tần suất	Tỷ lệ %
Đồng ý tiêm vaccine	3428	98,4
Không đồng ý tiêm vaccine	56	1,6
Tổng số	3484	100

Trong 3484 trẻ đủ tiêu chuẩn tiêm vaccine có 3428 trường hợp đồng ý tiêm chủng chiếm tỷ lệ 98,4%, không đồng ý là 1,6%.

Bảng 4. Thời gian tiêm chủng

Thời gian	Tần suất	Tỷ lệ %
< 24 giờ	2910	84,9
24 – 72 giờ	511	14,9
> 72 giờ	7	0,2
Tổng số	3428	100

Có 84,9% trẻ sơ sinh được tiêm vaccine trong 24 giờ đầu, 14,9% từ 24 – 72 giờ và 0,2% được tiêm sau 72 giờ.

Bảng 5. Phản ứng sau tiêm chủng

Phản ứng sau tiêm chủng	Tần suất	Tỷ lệ %
Đau, đỏ nhẹ tại chỗ	603	17,6
Mẩn đỏ toàn thân	32	0,9
Sốt nhẹ	99	2,9
Không có phản ứng	2694	78,6
Tổng số	3428	100

Có 78,6% trẻ sơ sinh không có phản ứng sau tiêm chủng, 17,6% có phản ứng đau và đỏ nhẹ tại chỗ tiêm, 2,9% sốt nhẹ và chỉ có 0,9% nổi mẩn đỏ toàn thân sau tiêm chủng.

4. Bàn luận

1. Đặc điểm về cân nặng lúc sinh:

Cân nặng khi sinh > 2500gr chiếm tỷ lệ 89,5%, như vậy có 10,5% trẻ sơ sinh cân nặng < 2500gr chúng tôi không tiến hành tiêm chủng vaccine viêm gan B do thuộc nhóm này chủ yếu là sơ sinh non tháng.

2. Nhận thức của gia đình và số trẻ thực tiêm vaccine:

Chúng tôi thực hiện khám sàng lọc cho tất cả các trẻ sơ sinh vào điều trị tại Phòng sơ sinh - Khoa phụ sản Bệnh viện trung ương Huế theo bảng kiểm trước tiêm chủng do Bộ Y tế ban hành. Trong nghiên cứu này, ở bảng 2 có 530 trường hợp sơ sinh có bệnh lý kèm theo như suy hô hấp, nhiễm trùng sơ sinh, dị tật bẩm sinh....chiếm tỷ lệ 11,8%, 466 trường hợp trẻ có cân nặng dưới 2500gr (bảng 1) nên tổng số trẻ không đủ tiêu chuẩn tiêm vaccine sau khi khám sàng lọc là 996 trường hợp chiếm 22,3%, số trẻ đủ tiêu chuẩn tiêm vaccine là 3484 trường hợp chiếm 77,7%. Tuy vậy số trẻ thực tiêm vaccine là 3428 trẻ chiếm 98,4% tổng số trẻ đủ tiêu chuẩn và chiếm 76,5% tổng số trẻ vào điều trị, do có 56 trường hợp (chiếm 1,6%) gia đình không đồng ý tiêm vaccine mặc dù đã được tư vấn về lợi ích của chủng vaccine viêm gan B trong 24 giờ đầu sau sinh. Như vậy vẫn còn một số người dân chưa hiểu rõ tầm quan trọng của mũi tiêm vaccine viêm gan B trong 24 giờ đầu. Tuy tỷ lệ này không cao nhưng cũng nói lên sự cần thiết phải tăng cường công tác tuyên truyền trên các phương tiện thông tin đại chúng để nâng cao hơn nữa nhận thức của người dân, xua tan tâm lý lo sợ về những phản ứng và tai biến xảy ra sau tiêm chủng.

3. Thời gian tiêm chủng

Có 2910 trẻ sơ sinh được tiêm chủng trong vòng 24 giờ đầu sau sinh chiếm 84,9%, chỉ có 15,1% được tiêm chủng sau 24 giờ (bảng 4) và thuộc nhóm này là các bé không có bệnh lý kèm theo nhưng bú kém, nôn trớ sau bú, chậm đi cầu phân su, nổi mẩn đỏ ngoài da.... và chúng tôi đã trì hoãn tiêm chủng để bảo đảm an toàn cho trẻ.

4. Phản ứng sau tiêm chủng:

Trong nghiên cứu của chúng tôi đau và đỏ nhẹ tại chỗ tiêm là phản ứng hay gặp nhất sau tiêm chủng chiếm 17,6%. Chỉ có 2,9% có sốt nhẹ và 0,9% nổi mẩn đỏ sau tiêm chủng. Chúng tôi chưa tìm ra được bài viết nào thống kê về các phản ứng sau tiêm chủng nên không có dữ liệu để so sánh.

5. Vấn đề tiêm kháng huyết thanh ở trẻ sơ sinh có mẹ HbsAg và HbeAg dương tính

Kháng huyết thanh viêm gan B được đưa vào sử dụng lại, thường quy tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế ở trẻ sơ sinh của những bà mẹ có HbsAg và HbeAg dương tính từ tháng 4/2014 sau khi chương trình tiêm chủng vaccine viêm gan B liều sơ sinh được thực hiện trở lại sau một thời gian tạm

ngừng do những tai biến xảy ra sau tiêm chủng, đặc biệt sau vụ 3 trẻ sơ sinh tại Quảng Trị tử vong sau tiêm chủng. Chúng tôi ghi nhận được 61 trường hợp mẹ có HbsAg dương tính đơn thuần hoặc phối hợp HbeAg dương tính. Trong số đó chỉ có 52 trường hợp được tiêm phối hợp vaccine và kháng huyết thanh viêm gan B, 8 trường hợp gia đình không đồng ý tiêm và có một trường hợp do thiếu hụt nguồn thuốc.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 4480 trẻ sơ sinh vào điều trị tại Phòng sơ sinh - Khoa Phụ sản Bệnh viện trung ương Huế từ tháng 04/2014 đến tháng 02/2015, kết quả cho thấy:

- Tỷ lệ tiêm chủng vaccine viêm gan B liều sơ

sinh trên tổng số trẻ vào điều trị là 76,5% và tỷ lệ này là 98,4% nếu chỉ tính riêng trên các trẻ đủ tiêu chuẩn tiêm vaccine sau khi khám sàng lọc.

- Có 84,9% trẻ sơ sinh được tiêm vaccine viêm gan B trong 24 giờ đầu sau sinh.

- Có 21,4% có phản ứng nhẹ sau tiêm chủng như đau, đỏ nhẹ tại chỗ tiêm, mẩn đỏ toàn thân và sốt nhẹ sau tiêm chủng.

Tuy còn một số hạn chế do thời gian nghiên cứu ngắn nên chưa đánh giá được đầy đủ nhưng với khoảng mười triệu người đang mang virus viêm gan B hiện nay, có lẽ điều mong ước lớn nhất là được tiêm phòng vaccine lúc còn trẻ, để không chỉ bảo vệ cho mình, cho người thân chung quanh mà còn cho cả cộng đồng.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Thị Lan Anh, "Tình trạng nhiễm virus viêm gan B và C ở cộng đồng dân tộc thiểu số xã Mô Vàng, huyện Văn Yên, tỉnh Yên Bái". Tạp chí Y học dự phòng số 11(147); 2013; tr 3.
2. Triển khai tiêm vaccine viêm gan B trong tiêm chủng mở rộng – Chương trình tiêm chủng mở rộng; 2012.

3. Dự án Tiêm chủng mở rộng - Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; 2002.
4. Vũ Thị Nhung, "Cập nhật về xử trí viêm gan siêu vi B và thai kỳ", Tạp chí Phụ sản, tập 12(03); 2014; tr.20 -21.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT
ĐIỀU TRỊ SA VÙNG ĐỈNH SAU ÂM ĐẠO

Nguyễn Trung Vinh
Bệnh viện Triều An TP.HCM

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định chỉ định, phương pháp đa phẫu thuật đồng thời qua ngõ âm đạo và hậu môn sửa chữa khiếm khuyết sa vùng đỉnh sau âm đạo có triệu chứng và đánh giá kết quả trung và dài hạn cải thiện triệu chứng sa tạng chậu và táo bón. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca gồm 94 bệnh nhân nữ, từ 25 đến 89 tuổi vào khoa Sản chậu-niệu Bệnh viện Triều An TP.HCM với lý do nhập viện chính là rối loạn chức năng sàn chậu, gồm sa sinh dục và các triệu chứng rối loạn tiểu, đại tiện. Xác định chẩn đoán bằng thăm khám lâm sàng và cộng hưởng từ động tổng phân. Tất cả 94 trường hợp nhập viện đều có triệu chứng của sa vùng đỉnh sau âm đạo. Phương pháp phẫu thuật là qua ngõ âm đạo phục hồi mức nâng đỡ DeLancey I có hoặc không đặt mảnh ghép tổng hợp kết hợp với khâu treo cải biên để sửa chữa khoang sau. Đánh giá kết quả phẫu thuật trung và dài hạn dựa trên sự cải thiện của triệu chứng lâm sàng so sánh trước và sau mổ. **Kết quả:** Có 2 nhóm phẫu thuật: a) 42/94 trường hợp sa tử cung < độ I + túi sa vùng đỉnh kích thước nhỏ < độ I: phẫu thuật khâu 5 điểm đỉnh + khâu treo cải biên; b) 52/94 trường hợp sa tử cung > độ II + túi sa vùng đỉnh kích thước lớn > độ I trong đó 9 trường hợp sa mỏm cụt âm đạo: phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp thành sau âm đạo + khâu treo cải biên. Cả 2 nhóm đều cho tỉ lệ cải thiện tốt triệu chứng sa tạng chậu và táo bón là > 93% (88/94 TH), cải thiện trung bình-kém là 6 TH (16,4%) với thời gian theo dõi trung bình 30 tháng sau mổ. **Kết luận:** Các phương pháp phẫu thuật sửa chữa các túi sa vùng đỉnh sau cho kết quả an toàn, hiệu quả, hồi phục sớm. Tỷ lệ cải thiện chung triệu chứng sau mổ là > 93%. Tuy nhiên, nghiên cứu cần tiếp tục với số lượng bệnh nhân đông hơn, cần chụp lại MRI sau mổ, thiết kế nghiên cứu tiền cứu ngẫu nhiên và theo dõi kết quả dài hạn lâu hơn.

1. Đặt vấn đề

Sa vùng đỉnh sau âm đạo là sa tạng chậu phần trên 2 khoang giữa và sau của sàn chậu, gồm các tổn thương: sa túi cùng Douglas (gồm các túi sa của ruột non/ đại tràng sigma/ mỡ phúc mạc), sa

Abstract

ASSESSMENT OF SURGICAL PROCEDURES IN
MANAGEMENT VAGINAL POSTERIOR APICAL PROLAPSES

Introduction: Diagnosis and treatment of vaginal posterior apical prolapses including Douglas's pouch prolapses (enterocele, sigmoidocele and peritoneocele), uterine prolapsed/vaginal cuff prolapse, high rectoceles, and internal rectoanal prolapses which are a challenge of urogynecologists and pelviperineologists. Because of less clinical examination so diagnosis is difficult and depends on dynamic MRI. Beside of genital prolapse, it is one of the main cause of urinary dysfunction and chronic constipations due to obstructed defecation syndrome. The management concept of this speciality is concomitant surgery in the treatment of vaginal posterior apical prolapses. **Methods:** From Jan. 2010 to Dec. 2014 (60 months), 94 female patients aging from 25 to 89, committing to Uro-pelviperineology Department, Trieu An Hospital with symptoms of genital prolapse and pelvic floor dysfunction. Diagnosis was determined by physical examination and MRI defecography. Two procedures used for the treatment of vaginal posterior apical prolapses. Assess the post-op results of clinical symptoms improvement with mean follow-up 30 months. **Results:** Two surgical procedures for vaginal posterior apical prolapses including Five apical sutures procedure or posterior mesh colporrhaphy combined with modified lifting handsew procedure. Generally, good results with over 93% excellent outcomes. **Conclusion:** It's an efficient technique with less intra and post operation complications and excellent outcomes in the treatment of vaginal posterior apical prolapses. **Keywords:** Pelvic Organ Prolapse, Descending Perineum syndrome, Levator plate sagging, Pelviperineology, MRI Defecography.

tử cung / sa mỏm cụt âm đạo (sau cắt tử cung), sa trực tràng kiểu túi cao và kể cả sa trong trực tràng hậu môn. Nguyên nhân là do khiếm khuyết ở vòng cổ tử cung của trực treo đáy chậu (mức DeLancey I): phức hợp dây chằng chính tử cung

cùng và vách trực tràng âm đạo tách rời khỏi điểm bám ở bờ sau của vòng cổ tử cung. Trừ khi sa đã ở mức độ nặng (> độ 2), các tạng sa thuộc vùng đỉnh sau biểu hiện rất ít triệu chứng lâm sàng nên thường được xem là sự thử thách đối với các thầy thuốc phụ khoa, niệu dục hoặc sàn chậu. Việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào cộng hưởng từ động tổng phân. Chỉ định phẫu thuật gồm sa tạng chậu + rối loạn chức năng tiểu và / đại tiện. Về điều trị, nếu nội khoa và thủ thuật thất bại, có nhiều phương pháp phẫu thuật (sửa chữa hoặc thay thế), nhiều ngõ vào phẫu thuật (đường bụng, âm đạo, thể đáy chậu), đặt hoặc không đặt mảnh ghép (kỹ thuật căng hoặc không căng); theo nguyên tắc đa phẫu thuật kết hợp qua ngõ âm đạo phục hồi mức nâng đỡ DeLancey I (khoảng giữa) và qua ngõ hậu môn sửa chữa sa trong trực tràng (khoảng sau) được xem là phương pháp sửa chữa đúng các khiếm khuyết giải phẫu, từ đó phục hồi tốt các rối loạn chức năng vùng sàn chậu. Đây là vấn đề còn rất mới, không những ở Việt Nam mà còn cả trên thế giới. Cho đến nay, ở nước ta rất ít đề tài nghiên cứu; do đó, chúng tôi thực hiện đề tài "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị sa vùng đỉnh sau âm đạo" nhằm các mục tiêu nghiên cứu sau:

1. Xác định chỉ định và phương pháp đa phẫu thuật đồng thời qua ngõ âm đạo và hậu môn sửa chữa khiếm khuyết sa vùng đỉnh sau âm đạo có triệu chứng.
2. Đánh giá kết quả trung và dài hạn cải thiện triệu chứng sa tạng chậu và táo bón.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân nữ vào khoa Sản chậu-Niệu Bệnh viện Triều An TP.HCM với lý do nhập viện chính là rối loạn chức năng vùng sàn chậu, gồm sa tạng chậu ± các triệu chứng rối loạn tiểu và đại tiện từ tháng 01/01/2010 – 30/12/2014 (60 tháng). Riêng chứng táo bón mạn tính, chẩn đoán theo tiêu chuẩn ROME III.

Xác định chẩn đoán bằng thăm khám lâm sàng và cộng hưởng từ động tổng phân. Xác định chỉ định và phương pháp phẫu thuật phục hồi mức nâng đỡ DeLancey I và sửa chữa sa khoang sau đồng thời điều trị các túi sa vùng đỉnh sau âm đạo có triệu chứng.

Đánh giá kết quả phẫu thuật dựa trên sự cải thiện của triệu chứng lâm sàng sau mổ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Nữ trưởng thành, đã lập gia đình.

- Sa vùng đỉnh sau âm đạo + rối loạn chức năng tiểu, đại tiện

- Điều trị bảo tồn: nội khoa, thủ thuật thất bại.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh nội khoa nặng không chịu được phẫu thuật (Ung thư, suy giảm miễn dịch, xơ gan mất bù, tiểu đường đã có biến chứng,...).

- Bệnh nhân mắc các bệnh mà có thể bị táo bón do ảnh hưởng của thuốc điều trị: bệnh biến dưỡng, thần kinh, toàn thân, do thuốc,...

Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ

Bệnh nhân được chuẩn bị trước mổ bằng thụt tháo với Fleet enema từ 1 đến 2 lần chiều ngày hôm trước mổ; nhịn ăn uống đêm trước mổ.

Chỉ định phẫu thuật

Bệnh nhân sa vùng đỉnh sau âm đạo có triệu chứng (sa tạng chậu + rối loạn tiểu, đại tiện) được xác định trên thăm khám lâm sàng và trên phim cộng hưởng từ động tổng phân.

Phương pháp phẫu thuật

- Kỹ thuật mổ:

- Vô cảm: Tê tủy cùng + Tê ngoài màng cứng (giảm đau hậu phẫu).

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm tư thế phụ khoa. Hai hông của bệnh nhân cách mép bàn mổ khoảng 10 cm, khoảng cách này giúp cho phẫu thuật viên dễ thao tác.

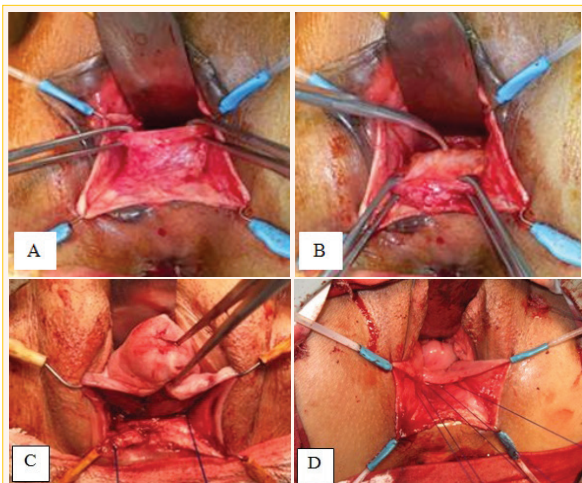
- Bóc tách mô dưới niêm thành sau âm đạo bằng dung dịch nước cất pha Adrenaline 1/200.000 (ở các BN không cao huyết áp).

- Rạch mở niêm âm đạo theo đường giữa đi từ vết tích màng trinh cho đến gần sát cổ tử cung.

- Phục hồi mức nâng đỡ DeLancey I qua ngõ âm đạo:

Phẫu thuật khâu 5 điểm đỉnh: rạch mở theo đường dọc giữa biểu mô thành sau âm đạo, phẫu tích khoang trực tràng âm đạo rộng ra 2 bên lên đến vòm âm đạo, ngang mức bờ sau cổ tử cung (chủ yếu bóc tách bằng tay). Tìm 2 đầu dây chằng tử cung cùng dưới sự hỗ trợ của kẹp Pozzi kéo mạnh cổ tử cung. Dùng kẽm Allis kẹp vào đầu dây chằng chính tử cung cùng, kiểm tra bằng cách kéo mạnh Allis, nếu kẹp đúng, toàn thân bệnh nhân sẽ rung chuyển. Không mở túi sa vùng đỉnh nếu kích thước ≤ độ 1. Dùng chỉ không tan (Prolene 2.0) khâu 2 đầu dây chằng chính tử cung cùng vào 2 vị trí 5g và 7g ở bờ sau vòng cổ tử cung, khâu 3 điểm giữa đầu rách trên mạc trực tràng âm đạo vào bờ sau cổ tử cung (giữa hai điểm 5 g và 7 g).

Chỉ định: Sa tử cung độ 1 + túi sa vùng đỉnh sau âm đạo ≤ độ 1 ± sa trực tràng kiểu túi cao.



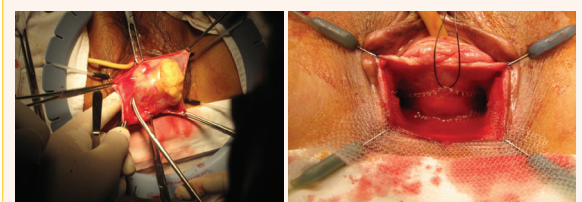
Hình 1:

Hình 1 A,B,C,D: Phẫu thuật khâu 5 điểm đỉnh qua ngõ âm đạo phục hồi mức nâng đỡ DeLancey I. (A) Bộc lộ bờ trên mạc trực tràng âm đạo đã bị tách rời khỏi hai dây chằng tử cung cùng và bờ sau cổ tử cung. (B) Lớp mỡ tiền phúc mạc phát triển ở vị trí túi thoát vị (đầu Kelly); túi sa vùng đỉnh độ 1: không mở túi sa.

(C) Khâu 2 điểm bên: đầu bấm tận của dây chằng chính tử cung cùng vào 2 điểm 5g và 7g bờ sau vòng cổ tử cung. (D) Khâu 3 điểm giữa: ở đầu rách trên của mạc trực tràng âm đạo vào bờ sau vòng cổ tử cung.

Phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp: a) Thành trước âm đạo: rạch dọc theo đường giữa, đặt mảnh ghép tổng hợp (Polypropylene type I - Optilen mesh®) 4 chỉ xuyên qua lỗ bịt 2 bên thay thế mạc mu cổ. b) Thành sau âm đạo: bóc tách rộng khoang trực tràng âm đạo và cạnh âm đạo lên đến vòm âm đạo; mở túi sa vùng đỉnh nếu kích thước $\geq$ độ 1, bóc lột toàn bộ khối thoát vị cho đến cổ tử thoát vị, cột cao cổ tử thoát vị bằng chỉ không tan (soie 1.0). Sau đó, đặt mảnh ghép tổng hợp 2 chỉ hình vạt áo đưa ra phần sau của lỗ bịt theo kỹ thuật không căng (tension free technique). Khâu đầu dưới vạt áo mảnh ghép vào cực trên thể đáy chậu $\pm$ sửa chữa thể đáy chậu. Đóng vết mổ bởi mũi khâu liên bằng chỉ Vicryl 2.0. Không dẫn lưu.

Chỉ định: Sa tử cung hoặc sa mỏm cụt âm đạo độ 2 - 4 $\pm$ các túi sa vùng đỉnh $>$ độ 1 $\pm$ sa trực tràng kiểu túi cao.

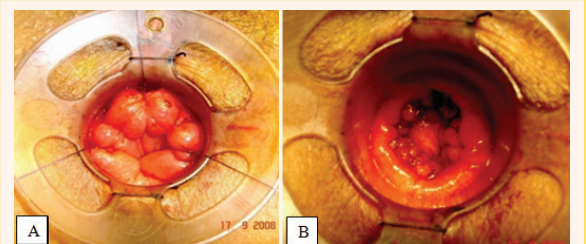


Hình 2:

Hình 2: (A) Sa mỡ mạc nối kiểu túi vùng đỉnh $>$ độ 1: mở túi sa, đẩy tạng sa trở vào ổ phúc mạc, khâu cột cao ở cổ túi. (B) Phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp thành sau âm đạo.

Phẫu thuật khâu treo cải biên (modified lifting handsew procedure): từ phẫu thuật khâu treo điều trị trĩ nội (Nguyễn Trung Vinh 2004), chúng tôi cải biên như sau: đặt vòng nong hậu môn (CAD. 33) với miệng khoét 1/3 chu vi (với độ sâu 1-2,5 cm) quay về phía trước ống hậu môn. Phẫu thuật gồm 2 thì: A) khâu bít toàn thành túi sa thành trước trực tràng và B) khâu gấp nếp niêm mạc của khối lồi ở thành sau trực tràng với chỉ Vicryl 2.0 mũi rời chữ X giáp vòng.

Chỉ định: Sa trực tràng kiểu túi kèm lồi trong trực tràng có triệu chứng táo bón mạn tính ở nữ.



Hình 3:

Hình 3: A, Khâu bít túi sa của thành trước trực tràng (10 giờ đến 2 giờ) bằng chỉ Vicryl 2.0. B, Khâu gấp nếp niêm mạc phần còn lại ở thành sau trực tràng.

Dữ liệu trong và sau mổ

Dữ liệu trong mổ

Thời gian phẫu thuật, lượng máu mất
Tai biến trong mổ: thủng bàng đái, thủng âm đạo trực tràng, chảy máu lượng lớn

Dữ liệu sau mổ

Mức độ đau sau mổ : Đánh giá đau sau mổ theo thang điểm VAS được đánh giá riêng biệt cho từng bệnh nhân. Đau sau mổ được phân thành 3 mức độ:

+ Độ I hay đau ít: Bệnh nhân nằm yên không bứt rút khó chịu, điểm VAS 1-3, chỉ cần sử dụng giảm đau sau mổ bằng Paracetamol không quá 7 ngày.

+ Độ II hay đau vừa: Bệnh nhân bứt rút, khó chịu nhiều hơn, điểm VAS từ 4-6 điểm, sử dụng giảm đau sau mổ hơn 7 ngày.

+ Độ III hay đau nhiều: Bệnh nhân đau nhiều, điểm VAS từ 7-10 điểm, yêu cầu dùng thêm thuốc giảm đau hay phải sử dụng giảm đau họ Morphine khi còn nằm viện.

Đau khi đi cầu lần đầu tiên: Mức độ đau được đánh giá và phân loại theo các tiêu chí như đánh giá mức độ đau sau mổ.

Các biến chứng sớm sau mổ bao gồm:

- Rối loạn đi tiểu sau mổ: bệnh nhân đi tiểu khó, có bí tiểu và phải đặt thông tiểu.

- Chảy máu sau mổ.

- Nhiễm trùng vết mổ.

- Đau vết mổ kéo dài

Thời gian nằm viện và thời gian hồi phục

Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật

- Đánh giá sự cải thiện các triệu chứng rối loạn đại tiện sau mổ.

- Theo dõi sau mổ : qua điện thoại, thư hồi đáp, khám định kỳ 3, 6, 12 và 30 tháng.

- Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân: Tốt, trung bình, kém.

Xử trí dữ liệu và phân tích thống kê

- Dùng phần mềm Excel để nhập và quản lý số liệu

- Dùng phần mềm SPSS 16.0 để phân tích số liệu.

- Dùng phép kiểm chi bình phương để so sánh sự tương quan giữa các nhóm phẫu thuật, phép kiểm T test, ANOVA dùng để so sánh các giá trị trung bình.

- Các phép kiểm đánh giá sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,005$.

3. Kết quả

Trong khoảng thời gian từ tháng 1 / 2010 đến tháng 12 / 2014 (60 tháng), tại khoa Sản chậu niệu bệnh viện Triều An đã thực hiện phẫu thuật cho 94 bệnh nhân nữ được chẩn đoán sa vùng đỉnh sau âm đạo có triệu chứng (kèm theo rối loạn tiểu và / đại tiện).

Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi : Tuổi trung bình của bệnh nhân là $44 \pm 8,24$ tuổi (từ 25 đến 89 tuổi). Phần lớn bệnh nhân nữ trong nhóm tuổi trung niên ≥ 40 tuổi (82,8%).

Tiền sử sản khoa sinh qua đường tự nhiên: trung bình là $3,5 \pm 2,4$ lần (0 - 11 lần). Trong đó, chưa sinh có 2 TH, sinh 1 lần là 5 TH (5,3%) và sinh ≥ 2 lần là 87 TH (92,5%). Xuất độ bệnh có khuynh hướng tăng theo số lần sinh theo đường âm đạo.

Đặc điểm lâm sàng trước mổ

Thời gian mắc bệnh: Thời gian mắc bệnh trung bình là $6,39 \pm 4,52$ năm (từ 1 năm đến 40 năm). Trong đó phần lớn bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 1- 9 năm là 72 bệnh nhân (76,6%); > 9 năm là 22 bệnh nhân chiếm 23,4%.

Triệu chứng sa tạng chậu: cả 94 TH (100%) cảm giác khối phồng hoặc sa lồi âm đạo và 88 TH (93,6%) cảm giác đè ép và nặng vùng chậu hoặc âm đạo.

Triệu chứng rối loạn đại tiện

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng táo bón

Nhận xét: Tất cả 94 bệnh nhân đều có > 2 triệu chứng của táo bón kéo dài quá 3 tháng và bệnh

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng táo bón

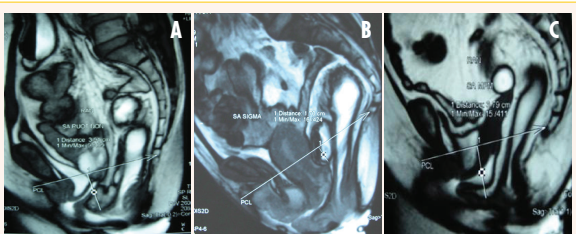
Rối loạn đại tiện	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Cảm giác đại tiện tắc nghẽn	94	100
Đại tiện không hết phần	94	100
Mót rặn	85	90,4
Đau tức hậu môn	94	100
Phân cục lớn nhón	86	91,5
Đại tiện < 3 lần/tuần	86	91,5
Hỗ trợ đại tiện (bằng tay, thuốc, thụt tháo)	94	100

khởi phát quá 6 tháng, được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ROME III.

Chẩn đoán

Phân loại sa tử cung theo bảng phân loại nửa đường của Baden Walker, và phân loại chẩn đoán các túi sa vùng đỉnh dựa trên lâm sàng và phim cộng hưởng từ động tổng phân [5][16].

Các túi sa vùng đỉnh âm đạo



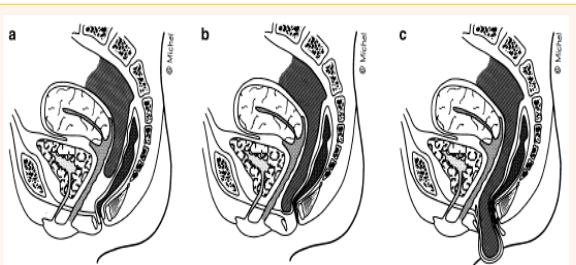
Hình 4:

Hình 4: Các túi sa vùng đỉnh sau âm đạo trên phim cộng hưởng từ động tổng phân. (A) Sa bàng đái kiểu túi, sa ruột non kiểu túi, sa trực tràng kiểu túi mức I. (B) Sa tử cung độ I, sa đại tràng sigma kiểu túi, sa trực tràng kiểu túi mức I (C) Sa bàng đái kiểu túi, sa mỡ phúc mạc kiểu túi độ II.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo các túi sa vùng đỉnh âm đạo

Túi sa vùng đỉnh âm đạo	Số bệnh nhân	%
Sa mỡ phúc mạc kiểu túi	53	56,4
Sa ruột non kiểu túi	29	30,9
Sa đại tràng sigma kiểu túi	3	3,2
Sa mỏm cụt âm đạo	9	9,5
Cộng	94	100,0

Nhận xét: Sa mỡ phúc mạc kiểu túi và sa ruột non kiểu túi chiếm tỷ lệ cao đối với các túi sa vùng



Hình 5:

đỉnh sau âm đạo (97,3%). Sa mỏm cụt âm đạo cũng khá thường gặp (9,5%).

Hình 5. Phân độ các túi sa vùng đỉnh âm đạo: (a) độ I, (b) độ II, (c) độ III. (Theo Comiter CV) [5]

Bảng 3. Phân độ các túi sa vùng đỉnh âm đạo		
Độ	Số bệnh nhân	%
I	55	58,5
II	24	25,5
III	15	16,0
Cộng	94	100,0

Nhận xét: 84% túi sa vùng đỉnh độ I,II. 16% độ III, trong đó có 9 TH túi sa mỏm cụt âm đạo (MCÃĐ) đều sa độ III.

Các tổn thương khác đi kèm

Sa tử cung và sa mỏm cụt âm đạo

Bảng 4. Phân độ sa tử cung		
Độ	Số bệnh nhân	%
0	2	2,2
I	40	42,5
II	37	39,4
III	6 + 9 MCÃĐ	15,9
Cộng	85+ 9 MCÃĐ	100,0

Nhận xét: Phân độ sa tử cung có thể chia làm 2 nhóm phẫu thuật: nhóm sa ≤ độ I (44,7%) khâu 5 điểm đỉnh, và nhóm độ ≥ độ II (55,3%) (gồm cả 9 MCÃĐ) đặt mảnh ghép tổng hợp.

Sa trực tràng kiểu túi cao (khiếm khuyết ngang đỉnh)

Bảng 5. Phân độ sâu (R) của sa trực tràng kiểu túi (STTKT)			
STTKT (Recrocele)	R trên CHTBTP	Số bệnh nhân	%
Độ I (nhẹ)	2 cm < R < 3 cm	34	36,2
Độ II (vừa)	3 cm < R < 4 cm	59	62,8
Độ III (nặng)	4 cm < R	11	12,0
Cộng		94	100,0

Nhận xét: Cả 94 TH (100%) có các sa trực tràng kiểu túi cao đi kèm.

3.3.2.3. Sa trong trực tràng hậu môn: 100% TH có lồng trong trực tràng hậu môn độ I, II.

Sa thành trước âm đạo

62/ 94 TH (65,96%) có sa thành trước âm đạo đi kèm có triệu chứng rối loạn tiểu tiện, nhất là trong sa tử cung độ II, III như són tiểu mức độ vừa, rối loạn tiểu thể hỗn hợp.

Kết quả phẫu thuật

Thời gian thực hiện phẫu thuật

Thời gian thực hiện phẫu thuật trung bình là 42 ± 8,1 phút (từ 32 đến 65 phút).

Thời gian nằm viện

Bảng 6. Phân bố bệnh nhân theo thời gian nằm viện

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là 5,4 ± 2,1 ngày (từ 3 đến 7 ngày).

Bảng 6. Phân bố bệnh nhân theo thời gian nằm viện		
Thời gian nằm viện	Bệnh nhân	%
2 - 5 ngày	74	78,7
> 5 ngày	20	21,3

Biến chứng

Bảng 7. Phân bố bệnh nhân theo biến chứng sau mổ		
Biến chứng	Số Bệnh nhân	%
Máu tụ thành sau âm đạo	1	1,1
Bí tiểu phải thông	5	5,3
Nhiễm trùng vết mổ	1	1,1
Lô mảnh ghép do bảo mòn	1/52 ca Optilen mesh®	1,9
Cộng	8	9,4

Nhận xét: Trong lô nghiên cứu, 8 bệnh nhân (9,4%.) có biến chứng sau mổ.

Cải thiện triệu chứng sau mổ

Triệu chứng sa tạng chậu

Bảng 8. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng khối phòng âm đạo			
Triệu chứng khối phòng âm đạo	Triệu chứng trước mổ	Cải thiện sau mổ	Tỷ lệ %
Cảm giác khối phòng hoặc sa lõm âm đạo	94	94	100,0
Cảm giác đè ép vùng chậu hoặc âm đạo	88	81	92,05

Nhận xét: 100% cải thiện triệu chứng khối phòng âm đạo sau mổ, còn 7 TH (7,9%) thỉnh thoảng vẫn còn cảm giác đè ép vùng chậu hoặc nặng âm đạo.

Triệu chứng rối loạn đại tiện

Bảng 9. Phân bố bệnh nhân cải thiện triệu chứng táo bón sau mổ theo tiêu chuẩn ROME III			
Rối loạn đại tiện	Trước mổ	Cải thiện sau mổ	Tỷ lệ %
Cảm giác đại tiện tắc nghẽn	94	88	93,6
Đại tiện không hết phân	94	88	93,6
Mệt rặn	85	80	94,1
Đau tức hậu môn	94	94	100
Phân cục lớn nhón	86	86	100
Đại tiện < 3 lần/ tuần	86	82	95,3
Hỗ trợ đại tiện (băng tay, thuốc, thụt tháo)	94	94	100

Nhận xét: Tỷ lệ > 93 % cải thiện triệu chứng táo bón sau mổ với phương pháp phẫu thuật khâu 5 điểm đỉnh 42 TH (44,7%) và đặt mảnh ghép tổng hợp thành sau âm đạo 52 TH (55,3%) (sửa chữa khoang giữa) kết hợp với khâu treo cải biên (sửa chữa khoang sau).

Triệu chứng rối loạn tiểu tiện và tình dục

58 /62 TH (93,5%) cải thiện tốt triệu chứng rối loạn tiểu tiện sau mổ, 4 TH cải thiện trung bình cần tập thêm phục hồi chức năng sàn chậu bổ sung, chưa theo dõi được kết quả. Có 2/52 TH (3,8%) thuộc nhóm phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp bị giao hợp đau ít kéo dài sau mổ (khám sau 3 tháng). Cả 2 triệu chứng này không có kết quả đánh giá do không nằm trong mục tiêu nghiên cứu của đề tài.

Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Nhận xét: Trong số 94 bệnh nhân có 88 bệnh nhân

Bảng 10. Bảng phân bố sự hài lòng của bệnh nhân sau mổ		
Mức độ hài lòng	Bệnh nhân	%
Tốt	88	93,6
Trung bình	5	15,3
Kém	1	1,1

hài lòng chiếm 93,6%, 5 bệnh nhân hài lòng trung bình chiếm 15,3% và 1 TH kết quả kém (sa mỏm cụt độ III phải mổ lại) với thời gian theo dõi sau mổ trung bình 30 tháng (20 – 56 tháng).

4. Bàn luận

Cơ chế sinh bệnh sa vùng đỉnh sau âm đạo và táo bón

Tiền sử sanh qua đường tự nhiên

Nhiều nghiên cứu cho rằng những rối loạn vùng sàn chậu (rối loạn tiểu, đại tiện và sa tạng chậu) liên quan đến sanh qua đường âm đạo ít nhất ≥1 lần [2] [7][10]. Một nghiên cứu tiền cứu đoàn hệ về sa tạng chậu trên 17.000 phụ nữ sau 17 năm đã phát hiện ra rằng những phụ nữ sanh đẻ theo đường tự nhiên có nguy cơ phải nhập viện vì sa tạng chậu đáng kể, nếu sanh 1 lần có tỉ lệ mổ sa tạng chậu gấp 4 lần, sanh 2 lần thì tăng gấp 8 lần; và những lần sanh tiếp theo mức độ tăng sẽ ít hơn (sanh 3 lần tăng gấp 9 lần, sanh 4 lần tăng gấp 10 lần) [8].

Trong lô nghiên cứu của chúng tôi, số lần sanh qua đường âm đạo trung bình là 3,5 ± 2,4 lần (0 - 11 lần). Trong đó, chưa sanh có 2 TH, sanh 1 lần là 5 bệnh nhân (5,3%) và sanh ≥ 2 lần là 87 bệnh nhân (92,6%). Điều này cho thấy ở nữ càng sanh nhiều theo đường âm đạo càng dễ bị sa tạng chậu. Cơ chế có thể giải thích là do tác động của yếu tố rặn gắng sức kéo dài khi sanh đẻ, nhất là khi đầu bé sa vào lối ra khung chậu (pelvic outlet) ngang mức đường kính ngang nối 2 gai tọa và là nơi hẹp nhất của khung chậu sẽ gây chấn thương trực tiếp lên các cấu trúc nâng đỡ vùng này [10], trong đó chủ yếu là rách đứt 2 đầu bám tận của phức hợp dây chằng chính tử cung cùng vào bờ sau của vòng cổ tử cung. Vị trí tổn thương này nằm ở ngang mức đường kính lưỡng gai hay còn gọi là mức nâng đỡ DeLancey I. Hậu quả của tổn thương này dẫn đến sa tử cung có thể kèm theo sa túi cùng Douglas (các túi sa vùng đỉnh âm đạo: ruột non hoặc đại tràng sigma hoặc mỡ phúc mạc) và /hoặc túi sa trực tràng cao ± lồng trong trong TTHM (nếu có tổn thương đầu bám trên của vách trực tràng âm đạo đi kèm).

Táo bón mạn tính

Anthony Lembo [11] thống kê trên 1000 bệnh nhân bị chứng táo bón mạn tính và phân làm 2 loại: táo bón chức năng (đại tràng co bóp bình thường)

(59%) chủ yếu điều trị nội khoa, và táo bón cơ học (41%) chủ yếu điều trị bằng thủ, phẫu thuật. Điều trị thành công chứng táo bón tùy thuộc vào xác định nguyên nhân và vị trí đoạn ruột táo bón, vì điều trị táo bón chức năng và cơ học hoàn toàn khác nhau. Ngày nay, có thể thực hiện điều này một cách chính xác nhờ các phương tiện chẩn đoán hình ảnh cộng hưởng từ động, đã được xem là tiêu chuẩn vàng của chẩn đoán sa tạng chậu, đặc biệt là chẩn đoán các túi sa vùng đỉnh sau âm đạo độ I (thường rất khó phát hiện khi thăm khám lâm sàng).

Dựa trên kết quả thu thập được từ phim cộng hưởng từ động tổng phân, chứng táo bón cơ học có thể được chẩn đoán và phân làm 3 nhóm: (1) do áp lực bên ngoài đè vào trực tràng xảy ra ở các thoát vị vùng đỉnh (thoát vị túi cùng Douglas): túi sa ruột non, túi sa đại tràng sigma, túi sa mỡ phúc mạc, sa mỏm cắt âm đạo. (2) do tán lực trong lòng trực tràng lúc rặn: các sa trực tràng kiểu túi mức I, II, III. (3) do tắc nghẽn lối ra hoặc có lực đối kháng với hoạt động đại tiện: sa/ lồng trong trực tràng hậu môn (Internal rectoanal intussusception), bất đồng vận cơ mu trực tràng (Anismus), cường cơ thắt trong, bệnh phình giãn trực tràng,... Ở những bệnh nhân này, thời gian chất thải lưu thông ở đại tràng bình thường, nhưng thời gian lưu thông ở đoạn đại tràng chậu hông và trực tràng kéo dài, nên thường được biết đến với tên gọi táo bón cơ học do hội chứng bế tắc đường ra (còn gọi hội chứng tắc nghẽn đại tiện) [6][7].

Tất cả 94 bệnh nhân trong lô nghiên cứu đều nhập viện vì chứng táo bón cơ học do bế tắc đường ra và được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ROME III, so với ROME II chỉ thay đổi về thời gian khởi bệnh và bị bệnh, còn về nội dung chủ yếu vẫn không thay đổi [15].

Chẩn đoán và điều trị chứng táo bón cơ học nên được thực hiện cùng lúc với cả ba tạng chậu dựa trên quan điểm Sàn chậu học [4][13]. Trong lô nghiên cứu của chúng tôi, kết quả thăm khám lâm sàng và cộng hưởng từ động tổng phân cho thấy 94 trường hợp nhập viện vì táo bón do hội chứng tắc nghẽn đại tiện, chủ yếu do các nguyên nhân: 100% các túi sa vùng đỉnh (cơ chế sinh bệnh táo bón cơ học nhóm 1), và cả 100% TH có sa trực tràng kiểu túi mức I + sa trong trực tràng (cơ chế sinh bệnh táo bón cơ học nhóm 1I và III). Sa các tạng chậu khác còn có 62/ 94 TH (65,96%) sa bọng đài niệu đạo (sa thành trước âm đạo), và cả 100% đều có sa bản cơ nâng hậu môn. Trong đó, mối tương quan giữa sa bản nâng hậu môn và sa tạng chậu cũng như rối loạn tiểu tiện đi kèm không thuộc phạm vi nghiên cứu của đề tài này.

Do vậy, quan điểm điều trị của chuyên ngành mới này là kết hợp nhiều phẫu thuật cùng lúc (concomitant surgery) trên một bệnh nhân để sửa chữa đồng thời các bệnh lý sa tạng chậu đặc biệt là nữ, mà các túi sa vùng đỉnh sau âm đạo, khi phát hiện đã được xem là một trong những nguyên nhân chính của chứng táo bón cơ học do hội chứng bế tắc đường ra, đặc biệt ở các bệnh nhân đã cắt bỏ tử cung và sa móm cụt âm đạo[10][17].

Phân loại sa tạng chậu của sa vùng đỉnh sau âm đạo

Sa vùng đỉnh sau âm đạo là sa tạng chậu phần trên của cả 2 khoang giữa và sau sàn chậu, gồm các tổn thương:

Sa tử cung: Trong lô nghiên cứu này, chúng tôi có 85/94 trường hợp sa tử cung. Các trường hợp này xảy ra khi cấu trúc nâng đỡ của phức hợp tử cung âm đạo bị tổn thương, thường nhất là do sau sanh bằng kềm (forceps) [3]. Nhão rách cấu trúc nâng đỡ xảy ra ở ngang mức đường kính lưỡng gai (mức DeLancey I). Ở vị trí này, sự liên tục của dây chằng tử cung cùng và vòng cổ tử cung bị rách đứt, lúc đó tử cung sẽ sa dẫn xuống qua khe niệu dục. Phân độ sa tử cung, thực chất chỉ cho biết được độ giãn xa của đầu bám tận dây chằng chính tử cung cùng, từ đó quyết định chỉ định phẫu thuật (2 TH 0 sa, 40 sa độ I, 37 sa độ II, và 15 sa độ III trong đó 9 sa MCÂĐ). Sửa chữa khiếm khuyết vùng đỉnh sau âm đạo được chia làm 2 nhóm. Nếu tử cung sa $\leq$ độ I dây chằng chính tử cung cùng chưa sa nhão nhiều: phẫu thuật khâu 5 điểm đỉnh; sa $\geq$ độ II: dây chằng tử cung cùng gần như đã đứt lia khỏi bờ sau cổ tử cung và tụt lên cao, việc tìm đầu bám tận của dây chằng có thể gặp nhiều rủi ro (đặc biệt là tổn thương niệu quản đoạn chậu): phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp thành sau âm đạo được chọn.

Sa túi cùng Douglas: Trong lô nghiên cứu, có 53 trường hợp sa mỡ phúc mạc kiểu túi (Peritoneocele), 29 sa ruột non kiểu túi (Enterocoele), 3 sa đại tràng sigma kiểu túi (Sigmoidocoele), và 9 sa móm cụt âm đạo sau cắt tử cung. Phân độ sa gồm 55 TH sa độ I và 24 TH sa độ II và 15 sa độ III (9 TH sa móm cụt âm đạo), là các thoát vị của túi cùng âm đạo trực tràng, qua đó phúc mạc thành của ổ bụng sẽ tiếp xúc trực tiếp với biểu mô âm đạo [12]. Trường hợp này là do sự mất liên tục của 2 đầu bám tận dây chằng tử cung cùng hai bên và đầu trên (nguyên ủy) vách trực tràng âm đạo với bờ sau vòng cổ. Do vị trí giải phẫu của sa túi cùng Douglas (ngang mức đường kính lưỡng gai) tương đối khó tiếp cận nên nó trở thành một thử thách đáng kể cho phẫu thuật viên tái tạo vùng chậu.

Thất bại phục hồi mức này sẽ đẩy người bệnh đến với nguy cơ tái phát hoặc kết quả phẫu thuật không thành công như ý muốn.

Điều trị sa móm cụt âm đạo sau cắt tử cung mà nội dung chứa thường là các quai ruột non (sa ruột non kiểu túi) là một vấn đề rất khó khăn do kết quả dài hạn của phẫu thuật treo móm cụt bằng các mảnh ghép tổng hợp qua ngã âm đạo thường không đạt được sự hài lòng của người bệnh về cả chức năng tình dục và táo bón mạn tính, đặc biệt với chiều dài móm cụt còn quá ngắn ≤ 7 cm.

Sa trực tràng kiểu túi cao (mức DeLancey I): là túi nhô của thành trước trực tràng vào âm đạo [1], xảy ra do rách đứt phần nguyên ủy (đầu trên) của vách trực tràng âm đạo, và cơ chế gây bệnh giống như sa ruột non kiểu túi [9]; vì vậy, điển hình của tổn thương ở vùng đỉnh sau âm đạo được một số tác giả gộp chung là sa trực tràng-ruột non kiểu túi (Rectoenteroceles) [3] [7] [12] [13] [17]. Trái với suy nghĩ trước đây, sa trực tràng kiểu túi và sa ruột non kiểu túi sa xuống qua các khiếm khuyết mạc khác nhau, các nghiên cứu gần đây chứng minh rằng hai loại sa kiểu túi này và sa sàn chậu xảy ra là do trực treo chính nâng đỡ phức hợp tử cung âm đạo bị rách đứt ở ngang mức đường kính lưỡng gai (mức DeLancey I) khiến cho đầu rách trên của vách trực tràng âm đạo bị kéo xuống dưới và tạo nên sa đáy chậu. Việc chẩn đoán sa tạng chậu vùng đỉnh sau được thực hiện qua các phim cộng hưởng từ động tổng phân (MRI Defecography) (Hình 4A) [16]. Như vậy, sự mất liên tục giữa đầu trên vách trực tràng âm đạo và dây chằng tử cung cùng là nguyên nhân thật sự của sa của trực tràng kiểu túi mức I. Trong trường hợp này, khi kích thước túi sa phát triển lớn ($R \geq 3$ cm), đường đi xuống của nhu động ruột bị chặn lại ở túi sa. Túi sa trực tràng có thể gây triệu chứng rối loạn đại tiện từ nhẹ đến nặng. Sự tương xứng về lâm sàng với kích thước túi sa trực tràng vẫn là một dấu hỏi. Túi sa trực tràng < 2 cm thường được chấp nhận là một dấu hiệu bình thường, trong khi đó túi sa > 3 cm đường kính có thể gây ra triệu chứng như: rặn quá 25% thời gian đại tiện hoặc cần các biện pháp hỗ trợ (bằng tay, thuốc, thụt tháo).

Sa trong trực tràng hậu môn: Ở nữ, lỏng trực tràng thường xuất hiện thứ phát đi sau các sa trực tràng kiểu túi; có thể nói tổn thương túi thoát vị này là yếu tố thuận lợi cho lỏng xuất hiện. Sa trực tràng kiểu túi kích thước vừa ($R < 3$ cm) nếu chưa có lỏng trực tràng đi kèm thì thường không có triệu chứng. Ngoài ra, do thường có sự kết hợp của hai tổn thương này nên có thể có các triệu chứng khác như cảm giác khối u

vùng đáy chậu, đau vùng chậu, và giao hợp đau. Vì vậy, nguyên tắc của phẫu thuật điều trị là sửa chữa sa trực tràng kiểu túi luôn thực hiện đồng thời (mang tính chìa khóa) với sửa chữa lỏng trực tràng thì mới cải thiện được triệu chứng táo bón dài hạn sau mổ. Do tổn thương diễn tiến động, nằm ẩn bên trong và chỉ xuất hiện lúc rặn tổng phân nên việc xác định chẩn đoán có hoặc không có khối lỏng không phải lúc nào cũng dễ thực hiện. Tại bệnh viện Triều An, việc chẩn đoán và phân độ sa/lỏng trong trực tràng (độ I, II) được thực hiện ngay trước mổ thông qua một van tròn nông hậu môn (Circular anal dilator - CAD 33). Tuy nhiên, triệu chứng táo bón do đại tiện tắc nghẽn (theo tiêu chuẩn chẩn đoán ROME III) mới là chỉ định thật sự của phẫu thuật.

Chỉ định và phương pháp phẫu thuật

Có nhiều phương pháp và đường vào phẫu thuật để sửa chữa các thương tổn của vùng đỉnh sau âm đạo [3] [7] [12] [13][14]. Trong lô nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phương pháp đa phẫu thuật phối hợp sửa chữa đồng thời khiếm khuyết phần trên của cả 2 khoang giữa và sau sàn chậu với các chỉ định như sau:

(1) Phẫu thuật Khâu 5 điểm đỉnh vách trực tràng âm đạo (Rectovaginal septum with five apical sutures) sử dụng cấu trúc tự thân phục hồi mức DeLancey I qua ngã âm đạo. Chỉ định cho các trường hợp túi sa vùng đỉnh sau $\leq$ độ I (42 TH) $\pm$ sa tử cung $<$ độ I. Nguyên tắc phẫu thuật điều trị: khâu phục hồi lại đầu bám của phức hợp dây chằng chính tử cung cùng (Cardinal uterosacral ligaments repairs) vào vòng cổ tử cung ở hai vị trí 5 giờ và 7 giờ. Phương pháp này mới xuất hiện vào cuối thập niên vừa qua (2007) và được nhiều nhà niệu dục và sàn chậu (Theobald, Kovac, Zimmerman, Davilla) ủng hộ áp dụng [10][17], và ngày càng được phổ biến vì đáp ứng đúng cơ chế sinh bệnh học của sa tạng chậu. Rất tiếc, chúng tôi đã rà soát y văn (qua mạng internet) nhưng chưa tìm được các công trình nghiên cứu báo cáo về kết quả của phẫu thuật này. Tuy nhiên theo chúng tôi, chỉ định của phương pháp phẫu thuật này chỉ nên áp dụng cho các trường hợp các túi sa vùng đỉnh nhẹ $\leq$ độ I và sa tử cung độ I thì kết quả điều trị sa tạng chậu và rối loạn đại tiện (táo bón) mới thật sự hiệu quả.

(2) Phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp (Optilene mesh® type I) sửa chữa thay thế mạc mu cổ thành trước và mạc trực tràng âm đạo thành sau âm đạo. Chỉ định cho các túi sa vùng đỉnh sau $>$ độ I $\pm$ sa tử cung (43 TH) / sa móm cụt âm đạo (9 TH) $>$ độ I. Trong các trường hợp này, cấu trúc nâng đỡ (mạc nội chậu) vùng sàn chậu gần như hoàn toàn bị suy yếu hoặc

nhão đứt nên phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp tăng cường là phương pháp được chọn lựa.

(3) Phẫu thuật khâu treo cải biên qua ngã hậu môn (Nguyễn Trung Vinh, 2005) [2] điều trị sa/ lỏng trong trực tràng đi kèm.

Riêng các trường hợp móm cụt âm đạo còn quá ngắn < 7 cm kèm táo bón mạn tính nặng thường do chứng giảm nhạy cảm trực tràng (RH) một biến chứng thường gặp sau cắt bỏ tử cung, và sa đồng thời tử cung và trực tràng toàn bộ vẫn là thách thức khó vượt qua cho phẫu thuật viên sàn chậu chọn đường vào theo ngã đáy chậu (âm đạo và hậu môn).

Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong mổ

Theo lý thuyết hợp nhất của chuyên ngành sàn chậu học, chúng tôi thường kết hợp đa phẫu thuật qua ngã âm đạo để sửa chữa sa tạng chậu đồng thời cho cả 3 khoang (có thể từ 2 đến 4 phẫu thuật), riêng cho 2 phương pháp sửa chữa túi sa vùng đỉnh sau âm đạo hoặc sa móm cụt âm đạo với thời gian mổ trung bình là $42 \pm 8,1$ phút (từ 32 đến 65 phút).

Lượng máu mất trong mổ rất ít, máu thấm ướm khoảng 4 – 12 miếng gạc 6 cm x 8 cm/ TH (≤ 50 ml/ca). Điều này cho thấy các phẫu thuật tái tạo vùng chậu thực hiện qua ngã âm đạo, phẫu tích theo các khoang giải phẫu vô mạch vùng sàn chậu (khoang trực tràng âm đạo, khoang cạnh âm đạo,...) sẽ giúp cho phẫu thuật tiến hành nhanh, an toàn và không cần phải truyền máu.

Thời gian nằm viện và thời gian hồi phục

Thời gian nằm viện trung bình $5,4 \pm 2,1$ ngày (3 – 9 ngày). Thường chúng tôi theo dõi bệnh nhân sau mổ với tình trạng đại bộ phận triệu chứng rối loạn tiểu, đại tiện đều được đánh giá cải thiện tốt thì mới xuất viện. Tất cả bệnh nhân đều đi lại, ăn uống bình thường ngay ngày hậu phẫu thứ 1. Một số lớn bệnh nhân ở tỉnh xa, có yêu cầu nằm đến ngày cắt chỉ (7-8 ngày sau mổ) mới đồng ý xuất viện.

Thời gian và số lượng bệnh nhân theo dõi

Thời gian theo dõi trung bình là 30 tháng (20 – 56 tháng) qua tái khám định kỳ, điện thoại, thư hỏi đáp với số lượng là 7/94 bệnh nhân (76,66%).

Các biến chứng sớm

• Chảy máu sau mổ

Có 1 TH (3,33%) chảy máu sau mổ, thăm khám phát hiện máu tụ thành sau âm đạo sau mổ 1 tuần với lượng ít, bệnh nhân đi tiểu hay đi cầu có máu rỉ ra ở lỗ âm đạo. Trường hợp này, theo dõi sau 3 tuần máu tụ tự hấp thu mà không cần phải can thiệp phẫu thuật.

• Đau và bí tiểu hậu phẫu

Giai đoạn đầu, do e ngại việc kết hợp nhiều phẫu thuật trong điều trị sa tạng chậu, nên ngoài phương pháp vô cảm để mổ là tê tủy, chúng tôi thường gây tê ngoài màng cứng lưu (bơm tiêm điện) và thông tiểu lưu khoảng 24-48 giờ sau mổ để giảm đau hậu phẫu, nên đánh giá mức độ đau sau mổ không được chính xác. Không có trường hợp nào đau vết mổ kéo dài. Có 13 trường hợp rối loạn tiểu sau mổ (13,8%), trong đó 5 TH bí tiểu phải thông kéo dài 3 ngày, được điều trị nội khoa (Urocholine 10mg 2 viên x 5 ngày), sau đó đi tiểu bình thường.

• Nhiễm trùng vết mổ

Có 1/ 94 TH nhiễm trùng nhẹ vết mổ, điều trị nội khoa và săn sóc vết mổ 1 tuần..

• Lộ mảnh ghép do bào mòn sau mổ

Có 2/52 TH (3,8%) thuộc nhóm phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp bị giao hợp đau ít kéo dài sau mổ (khám sau 3 tháng), thuộc nhóm lứa tuổi còn nhu cầu tình dục (≤ 50 tuổi). Theo y văn [3] [12] [14], nhược điểm của phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp thành sau âm đạo là giao hợp đau tái diễn (De-novo dyspareunia) đặc biệt là do biến chứng lộ mảnh ghép do bào mòn sau mổ. Trong lô nghiên cứu, có 1 TH (1,9%) lộ mảnh ghép ở thành sau âm đạo, phải cắt lọc, tái khám sau 2 tuần, lành tốt.

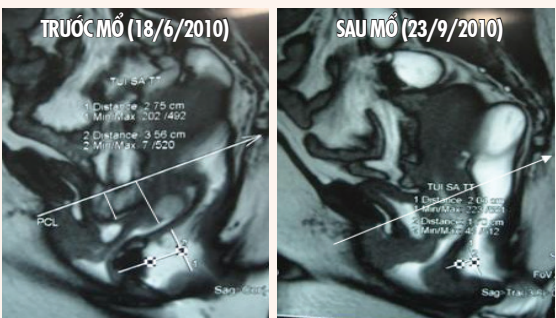
Đánh giá kết quả cải thiện triệu chứng sau mổ

Đánh giá kết quả sớm sau mổ: mổ nhanh, ít mất máu, rất ít đau vết mổ, thời gian hồi phục nhanh; kết quả trung và dài hạn: cải thiện tốt > 93% triệu chứng sa tạng chậu và táo bón sau mổ. Theo chúng tôi, 2 phương pháp phẫu thuật với chỉ định phù hợp phục hồi tốt giải phẫu cấu trúc từ đó phục hồi tốt được giải phẫu chức năng.

1/9 TH đặt mảnh ghép tổng hợp qua ngõ âm đạo điều trị sa móm cụt âm đạo, cải thiện tốt triệu chứng sa móm cụt, nhưng triệu chứng táo bón tái phát sau 1 năm, phải mổ lại treo móm cụt vào ụ nhô xương cùng.

Minh họa 2 trường hợp điển hình

1) Nguyễn Thị Thu H. 54 tuổi, PARA: 7007 (sinh thường).



Hình 6: Kết quả MRI trước và sau mổ

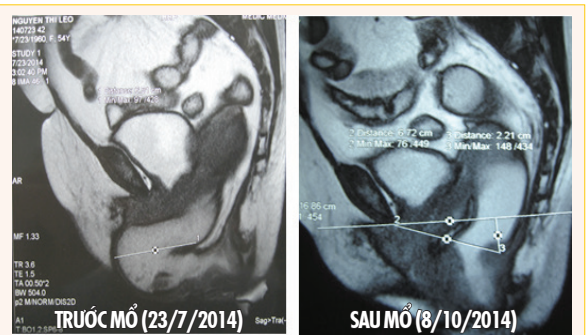
Chẩn đoán trước mổ: sa tạng chậu độ II có triệu chứng. Phương pháp phẫu thuật: khâu 5 điểm vùng đỉnh + khâu treo cải biên.

- Trước mổ (18/6/2010): sa bọng đại kiểu túi (C= 2,94 cm), sa tử cung độ I (H= 2,74 cm), sa ruột non kiểu túi trước (E= 1,91 cm), sa trực tràng kiểu túi mức I (R = 3,56 cm).

- Cải thiện triệu chứng sau mổ (23/9/2010): hết sa tử cung (H= 0 cm), hết sa ruột non kiểu túi trước (E= 0 cm), cải thiện sa trực tràng kiểu túi mức I (R = 2,04 cm).

2) Nguyễn Thị L. 54 tuổi, PARA: 3003 (sinh thường).

Chẩn đoán trước mổ: sa tạng chậu độ III có triệu chứng.



Hình 7: Kết quả MRI trước và sau mổ.

- Trước mổ (23/7/2014): sa tử cung độ I (H= 2,83 cm), sa trực tràng kiểu túi mức I độ 3 (R = 6,51 cm). Phương pháp phẫu thuật: mảnh ghép 4 chỉ thành trước âm đạo, mảnh ghép 2 chỉ vật áo thành sau âm đạo + khâu treo cải biên.

- Cải thiện triệu chứng sau mổ (8/10/2014): hết sa tử cung (H= 0 cm), cải thiện hoàn toàn sa trực tràng kiểu túi (R = 0 cm).

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 94 trường hợp điều trị phẫu thuật sa vùng đỉnh sau âm đạo với thời gian theo dõi trung bình 30 tháng, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Sa vùng đỉnh sau âm đạo là khiếm khuyết đồng thời phần trên của 2 khoang giữa và sau, gồm sa túi cùng Douglas, sa tử cung/ sa móm cụt âm đạo, sa trực tràng kiểu túi cao kết hợp với sa trong trực tràng đi kèm với triệu chứng rối loạn chức năng sàn chậu, được điều trị bởi phương pháp đa phẫu thuật phối hợp qua 2 ngõ âm đạo và hậu môn với 2 chỉ định khác nhau tùy theo mức độ sa, cho kết quả trung và dài hạn cải thiện tốt triệu chứng sa tạng chậu và táo bón sau mổ là > 93%. Tuy nhiên, phẫu thuật điều trị sa móm cụt âm đạo qua ngõ

âm đạo, tỷ lệ thành công không cao, đặc biệt với chiều dài móm cụt còn quá ngắn ≤ 7 cm.

Tuy nhiên, nghiên cứu cần tiếp tục với số lượng

bệnh nhân đông hơn, cần nhóm chứng, chụp lại phim cộng hưởng từ động sau mổ, thiết kế nghiên cứu tiền cứu ngẫu nhiên và theo dõi kết quả dài hạn.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Đình Hồi và cs (2005). Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị chứng táo bón do túi sa trực tràng, Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, (9), tr.10-16.
2. Nguyễn Trung Vinh (2004). Phẫu thuật khâu treo trong điều trị bệnh trĩ. Tạp chí Hậu môn trực tràng học; (6), tr. 33-38.
3. Nguyễn Trung Vinh, Cao Ngọc Khánh (2014). Phẫu thuật khâu 5 điểm đỉnh điều trị sa vùng đỉnh âm đạo. Hội nghị Sân phụ khoa Việt-Pháp-Châu Á- Thái bình dương lần thứ 14, tr. 103-112.
4. Arnold MW, Stewart WR, Aguilar PS (1990), "Rectocele repair: four years' experience" Dis Colon Rectum, vol. 33, pp. 7-684.
5. Comiter CV, Vasavada SP, Barbaric ZL, Gousse AE, Raz (1999), "Grading pelvic prolapse and pelvic floor relaxation using dynamic magnetic resonance imaging", Urology, vol. 3, pp. 454-457.
6. DeLancey JOL (2001), "Anatomy. In: Cardozo L, Staskin D, editors. Textbook of female Urology and Urogynaecology", 1st ed. London: Isis Medical Media, pp.112-124.
7. DeLancey JOL (1999), "Structural anatomy of the posterior pelvic compartment as it relates to rectocele", Am J Obstet Gynecol, vol. 180, pp. 815-823.
8. Goldberg RP, Abramov Y, Botros S, et al (2005), "Delivery mode is a major environmental determinant of stress urinary

- incontinence: results of the Evanston-Northwestern Twin Sisters Study", Am J Obstet Gynecol, vol. 193, pp. 2149.
9. Khun RJ, HollyvokVE (1982), "Observations on the anatomy of the rectovaginal pouch and septum", Obstet Gynecol, vol. 59, pp. 445-447.
10. Kovac SR, Zimmerman CW (2007), "Advances in reconstructive vaginal surgery", 1st ed. Lippincott Williams & Wilkins.
11. Lembo A and Camilleri M (2003), "Current concepts Chronic Constipation", N Engl J Med, vol. 349, pp. 8-1360.
12. Ngô C, Villet R, Salet-Lizée D, Gadonneix P (2011), "Rectocele repair: Review and update", J Med Liban, vol. 59 (2), pp. 100-104.
13. Petros P (2007), "The female pelvic floor. Function, dysfunction, and management according to the integral theory", Springer.2nd Edition.
14. Raz S, Rodriguez L (2008), "Female urology". 3 ed.
15. Rome Foundation. Appendix (2006), "Rome III Diagnostic Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders", pp. 890.
16. Steven D (1996), "Defecography and Proctography Results of 744 Patients", Dis Col Rec Volume, vol. 39(8), pp 899- 905.
17. Theobald PV, Zimmerman CW, Davila GW (2011), "New Techniques in Genital Prolapse Surgery", Springer- Verlag London. 1st Edition.

ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ
UNG THƯ CỔ TỬ CUNG GIAI ĐOẠN SỚM

Châu Khắc Tú, Bạch Cẩm An, Lê Sỹ Phương, Lê Minh Toàn, Nguyễn Thị Mỹ Hương
Bệnh Viện Trung Ương Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát độ an toàn, khả năng ứng dụng và hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm có so sánh với phương pháp phẫu thuật mở bụng truyền thống. **Phương pháp:** Hồi cứu, mô tả cắt ngang có theo dõi trên 36 phụ nữ ung thư cổ tử cung ở giai đoạn IA2 và IB1<2 cm gồm hai nhóm: Nhóm 16 bệnh phẫu thuật nội soi và nhóm 16 bệnh được phẫu thuật mở bụng từ tháng 04 năm 2005 đến tháng 12 năm 2014. Các biến chứng trong và sau mổ được đánh giá theo phân loại Clavien–Dindo. **Kết quả:** Không có sự khác biệt đáng kể về các đặc điểm chung, tình trạng bệnh lý và kết quả giải phẫu bệnh lý của bệnh nhân ở cả hai nhóm ($p>0,05$). Thời gian phẫu thuật ở nhóm nội soi kéo dài hơn so với nhóm mổ hở, trong khi thời gian nằm viện và lượng máu trong mổ thấp hơn ($P<0,001$). Tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ tương tự nhau ở cả hai nhóm ($P=1,00$). Việc áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi hay mổ hở trên bệnh nhân không ảnh hưởng đến vị trí tái phát ($P>0,2$) cũng như kết cục sống trên 5 năm không bệnh ($P=0,29$) và sống trên 5 năm nói chung ($P=0,50$). **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật nội soi trong ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm là một phương pháp an toàn và là lựa chọn thay thế hấp dẫn cho phẫu thuật mở bụng truyền thống. Những ưu điểm đáng kể của phương pháp này là phẫu thuật ít xâm lấn hơn so với mổ hở, giảm mất máu trong mổ và thời gian phục hồi ngắn. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi, Ung thư cổ tử cung.

1. Đặt vấn đề

Cắt tử cung tận gốc trong ung thư cổ tử cung là phẫu thuật kinh điển, đem lại kết quả khá tốt cho bệnh nhân về thời gian sống sau 5 năm, tuy nhiên vẫn còn một số ảnh hưởng xấu đến chất lượng sống của người bệnh sau này, như là rối loạn chức năng khung chậu (rối loạn chức năng bàng quang, ruột, âm đạo...), chức năng hoạt động sinh lý, tình dục...do tính chất xâm lấn nhiều của phẫu thuật đặc thù. Hiện nay, việc áp dụng phẫu thuật vì xâm

Abstract

APPLICATION OF LAPAROSCOPIC SURGICAL OPERATION
IN THE TREATMENT FOR EARLY STAGE CERVICAL CANCER

Objective: To investigate the safety, feasibility and effectiveness of laparoscopic approach in the surgical treatment for patients with early stage cervical cancer and compare with the traditional open technique. **Methods:** Retrospective, descriptive cross-sectional and follow-up on 36 patients with stage IA1 and stage IB1<2 cm cervical cancer who consists of two groups: 16 patient group with laparoscopic surgery and 16 patient group underwent Laparo-tomy from April 2005 to December 2014. Intra-and post-operative complications were graded per the Clavien-Dindo classification. **Results:** No between-group differences in baseline, disease and pathological variables were observed ($p > 0.05$). Patients undergoing surgery via laparoscopy experienced longer operative time than patients undergoing open surgical operations; while laparoscopic surgical group correlated with shorter length of hospitalization and lower blood loss in comparison to open surgical operations. Intra-and post-operative complication rate was similar between groups ($p = 1.00$). The execution of laparoscopic radical Hysterectomy or open surgical operations did not influence site of recurrence ($p > 0.2$) as well as survival outcomes, in term of 5-year disease-free ($p = 0.29$) and overall survivals ($p = 0.50$). **Conclusion:** The laparoscopic approach is a safe procedure and an attractive alternative to the traditional abdominal surgical approach. The significant advantages of this approach are less invasive than open surgical operations, less blood loss during surgery and shorter recovery time.

lấn, đặc biệt là phẫu thuật nội soi đang phát triển mạnh và phát triển sang lãnh vực các khối u ác tính giai đoạn sớm, trong đó có cả bệnh lý ung thư cổ tử cung[1-4].
Tại Bệnh viện Trung ương Huế chúng tôi đã bắt đầu triển khai kỹ thuật mổ nội soi trong ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm từ tháng 4 năm 2005 với sự giúp đỡ của đoàn chuyên gia phẫu thuật nội soi đến từ vương quốc Bỉ, đến nay đã gần 10 năm. Đề tài nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục đích:

1. Khảo sát độ an toàn, khả năng áp dụng và hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm.
2. Phân tích kết cục về thời gian sống sau mổ của phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mổ hở truyền thống.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng: Nhóm bệnh nhân được chẩn đoán ung thư cổ tử cung tại Bệnh viện TW Huế thỏa mãn những tiêu chuẩn sau:
- Tiêu chuẩn chọn lựa: Những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư cổ tử cung giai đoạn lâm sàng IA2 hoặc IB1<2cm, theo phân loại FIGO, và có kết quả GPBL (+).
- Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư cổ tử cung giai đoạn muộn hơn từ IB1>2 cm trở lên, chống chỉ định gây mê, các bệnh lý nội khoa nặng (suy tim, suy gan, suy thận, nhiễm trùng nặng ...)

Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang và có theo dõi trên 32 bệnh nhân ung thư cổ tử cung gồm hai nhóm: Nhóm I: gồm 16 bệnh nhân được chỉ định điều trị bằng phẫu thuật nội soi và nhóm II: gồm 16 bệnh nhân được phẫu thuật mở bụng hở, trong thời gian từ tháng 4/2005 đến tháng 12/2014. Tất cả các bệnh nhân đều được thông báo và tự nguyện chấp nhận phương pháp điều trị này. Tất cả các bệnh nhân đều được sinh thiết cổ tử cung, siêu âm, và chụp cắt lớp vi tính (CT) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI).

Tiêu chí lựa chọn phương pháp phẫu thuật nội soi bao gồm đánh giá lâm sàng thiên về ung thư cổ tử cung giai đoạn đầu, khám âm đạo cho thấy tử cung còn di động tốt, ít dính, bệnh nhân mập, không có phẫu thuật bụng hở trước đó, đây là các tiêu chí chúng tôi dựa theo khuyến cáo của Childers [5] và CZEMPT protocol [6].

Các bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật mở bụng hở là các trường hợp không thích hợp cho phẫu thuật nội soi vì các lý do như nguy cơ gây mê cao ASA III theo phân loại của ASA (American Society of Anesthesiologists), tử cung phì đại, nhiều lần phẫu thuật bụng hở trước đó, tiền sử viêm phúc mạc, dính nhiều ổ bụng.

Nhóm mổ hở: Phẫu thuật Wertheim Meigs (Loại Piver II: Lấy 1/2 trong chu cung, dây chằng tử cung–cùng đến 1/3 trên âm đạo)

Nhóm nội soi:

Vào bụng với 1 Trocar 10 mm qua rốn và 3 trocar 5 mm vùng bụng dưới. Trong quá trình nội soi, chúng tôi quan sát kỹ để kiểm tra toàn thể khoang phúc

mạc. Khi kết thúc kiểm tra một lần nữa để chắc chắn đã cầm máu kỹ. Ở đây chúng tôi không đặt dẫn lưu cũng như điều trị dự phòng huyết khối sau mổ.

Phẫu tích hạch chậu qua phúc mạc

Phẫu tích bắt đầu bằng cách mở dây chằng rộng và phúc mạc bên vùng chậu giữa dây chằng tròn và dây chằng chậu loa vòi tử cung. Các hạch bạch huyết lẫn các mô mỡ được phẫu tích từ hố bịt sau, khi bóc lộ tránh các bó mạch máu và thần kinh vùng chậu và hố bịt. Chúng tôi phẫu tích đến tận vị trí phân nhánh của động mạch chậu gốc và lỗ ống bẹn dưới. Các khoang cạnh bàng quang và trực tràng cũng được thám sát và phẫu tích kỹ. Niệu quản được quan sát dọc theo nếp phúc mạc giữa ngang mức độ phân nhánh của động mạch chậu gốc.

Cắt tử cung tận gốc nội soi:

Đặt cần nâng tử cung trước đó, các bước phẫu thuật lần lượt: cắt đứt dây chằng tròn, phẫu tích phần trên dây chằng rộng, cắt đứt dây chằng chậu loa vòi tử cung và phần phụ hai bên, cắt dây chằng tử cung–cùng, bóc tách bàng quang khỏi đoạn dưới tử cung và phần trên âm đạo, cắt đứt các bó mạch tử cung âm đạo, cắt âm đạo, mở vòm âm đạo, lấy tử cung qua ngả âm đạo, khâu môm âm đạo, kiểm tra môm cắt, niệu quản qua nội soi ổ bụng, khâu lỗ chọc trocar.

Thời gian phẫu thuật được tính từ lúc rạch da đến lúc đóng da mũi cuối cùng, Thời gian nằm viện tính từ ngày hậu phẫu đầu tiên đến lúc xuất viện. Biến chứng trong và sau mổ khi có tổn thương các tạng xung quanh và được đánh giá theo phân loại Clavien–Dindo [7]. Điều trị hỗ trợ sau mổ: Hóa+xạ trị khi hạch chậu (+), bờ tự do của chu cung bị xâm nhiễm và/hoặc âm đạo <5 mm, xạ trị đơn thuần khi có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau: kích thước khối u>2 cm, xâm nhập mô đệm cổ tử cung >50% và có xâm lấn bạch mạch LVIS (+). Tái khám định kỳ mỗi 4 tháng trong 2 năm đầu, mỗi 6 tháng trong 3 năm tiếp theo và hàng năm sau đó.

Phân tích thống kê

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích, đánh giá và so sánh sự khác biệt trong phẫu thuật và kết quả sau phẫu thuật của 2 nhóm (Phẫu thuật nội soi và mổ). Các thông số được thu thập liên quan: thời gian phẫu thuật, số lượng hạch bạch huyết (+), lượng máu mất và thời gian nằm viện.

3. Kết quả

Bảng 1. Các đặc điểm chung bệnh nhân
Tuổi trung bình và phạm vi phân bố độ tuổi tương tự nhau trong 2 nhóm. Độ tuổi trung bình trong

Bảng 1. Các đặc điểm chung bệnh nhân

Đặc điểm	Nội soi (n=16)	Mổ hở (n=16)	P
Chỉ số khối	24,4 (±2,9)	24,0 (±4,3)	0,70 (NS)
Tuổi	46 (28-78)	45,5 (29-79)	0,69 (NS)
Tiền sử mổ hở	2 (12,5%)	3 (18,75 %)	0,75 (NS)

NS = không có ý nghĩa

nhóm nội soi là 46 năm, so với 45,5 năm nhóm mổ hở. Sự khác biệt về chỉ số khối cơ thể (BMI) giữa các nhóm là không đáng kể, 24.4 trong nhóm nội soi so với 24.0 trong nhóm mổ hở. Sự khác biệt về tỷ lệ tiền sử mổ hở ở hai nhóm bệnh nhân cũng không đáng kể.

Bảng 2. Các đặc điểm về mô học, độ biệt hóa, phân giai đoạn theo FIGO

Đặc điểm	Nội soi (n=16)	Mổ hở (n=16)	P
Mô học			
Squamouscarcinoma	14 (87,5%)	15(93,75%)	1,00 (NS)
Adenocarcinoma	2 (12,5%)	1(6,25%)	
Độ biệt hóa			
Độ I & II	9 (56,25%)	8 (50%)	1,00 (NS)
Độ III	7 (43,75%)	8 (50%)	
Giai đoạn (FIGO)			
IA2	4 (25%)	5(31,25%)	0,68 (NS)
IB1 <2 cm	12 (75%)	11 (68,75%)	

NS = không có ý nghĩa

Không có sự khác biệt về loại mô học, độ biệt hóa cũng như phân giai đoạn bệnh theo FIGO giữa hai nhóm (P>0,60)

Bảng 3. Các đặc điểm bệnh nhân về xâm lấn bạch mạch, di căn hạch, xâm lấn chu cung và thời gian theo dõi

Đặc điểm	Nội soi (n=16)	Mổ hở (n=16)	P
Xâm lấn bạch mạch	6 (37,5%)	7 (43,75%)	0,37 (NS)
Hạch (+)	1 (6,25%)	2 (12,5%)	0,49 (NS)
Xâm lấn chu cung	2(12,5%)	1 (6,25 %)	0,49 (NS)
Theo dõi (tháng)	31(± 19,9)	48,7(± 27,3)	<0,001

NS = không có ý nghĩa

Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về các đặc điểm như xâm lấn bạch mạch, hạch (+) cũng như xâm lấn chu cung (P>0,30)

Thời gian theo dõi trung bình ở nhóm nội soi là 31 tháng và ở nhóm mổ hở là 48,7 tháng, sự khác biệt là có ý nghĩa (P<0,001)

Bảng 4. Các đặc điểm bệnh nhân về thời gian mổ, lượng máu mất trong mổ, số trường hợp cần truyền máu và biến chứng trong và sau mổ

Đặc điểm	Nội soi (n=16)	Mổ hở (n=16)	P
Thời gian mổ (phút)	185,3 (±57,7)	155,7(±32,5)	<0,001
Lượng máu mất (ml)	50 (30-200)	200 (100-500)	<0,001
Truyền máu	1 (6,25%)	1 (6,25 %)	1,00 (NS)
Số ngày nằm viện	4 (3-11)	8 (6-14)	<0,001
Biến chứng trong mổ	1 (6,25%)	0	1,00 (NS)
Biến chứng sau mổ	1 (6,25%)	2 (12,5%)	0,69 (NS)
Bì tiểu	1(6,25%)	1 (6,25 %)	1,00 (NS)
Sốt tiểu	0	0	>0,99

NS = không có ý nghĩa

Ở nhóm nội soi, thời gian mổ dài hơn hẳn so với nhóm mổ hở (P<0,001), trong khi lượng máu mất trong mổ cũng như số ngày nằm viện ít hơn hẳn (P<0,001). Sự khác biệt về trường hợp truyền máu ở hai nhóm là không có ý nghĩa (P=1,00).

Trong nhóm nội soi có 1 trường hợp tổn thương bàng quang trong mổ được phát hiện và xử trí ngay trong mổ, 1 trường hợp bị dò bàng quang–âm đạo sau mổ 3 ngày, 1 trường hợp bí tiểu sau mổ trong 2 ngày. Ở nhóm mổ hở có 1 trường hợp bực thành bụng sau mổ ngày thứ nhất do lỗi kỹ thuật, 1 trường hợp bị dò bàng quang–âm đạo sau mổ 2 ngày, 1 trường hợp bí tiểu sau mổ trong 5 ngày phải lý liệu pháp .

Sự khác biệt về các biến chứng xảy ra ở cả hai nhóm là không có ý nghĩa.

Bảng 5. Kết cục sống sau 5 năm ở 2 nhóm bệnh nhân

Đặc điểm	Nội soi (n=16)	Mổ hở (n=16)	P
Điều trị hỗ trợ	3 (18,75%)	4 (25%)	0,71 (NS)
Xạ trị ngoại	1 (6,25%)	2(12,5%)	0,53 (NS)
Hóa trị	1(6,25%)	1(6,25%)	1,00 (NS)
Hóa +Xạ trị	1 (6,25%)	1 (6,25%)	1,00 (NS)
Vị trí tái phát			
Tại chỗ	0	1 (6,25%)	1,00 (NS)
Vùng	0	0	1,00 (NS)
Di căn xa	0	1 (6,25%)	1,00 (NS)
Chết bệnh	0	1 (6,25%)	1,00 (NS)

NS = không có ý nghĩa

Không có trường hợp nào tái phát hay chết bệnh ở nhóm nội soi. Ở nhóm mổ hở có 1 trường hợp tái phát ở mỏm cắt sau 4 năm và 1 trường hợp chết sau 3 năm vì di căn phổi, chẩn đoán mô học ở đây là loại ung thư tế bào nhỏ biệt hóa kém có xâm lấn chu cung trong mổ.

Việc áp dụng phương pháp mổ nội soi hay mổ hở không ảnh hưởng đến vị trí tái

phát cũng như kết cục thời gian sống trên 5 năm (Thời gian sống không bệnh và thời gian sống nói chung)

4. Bàn luận

Nghiên cứu này nhằm khảo sát về những thay đổi liên quan đến kết quả phẫu thuật, tình trạng bệnh tật và thời gian sống còn liên quan đến nhóm mổ nội soi. Chúng tôi nhận thấy có sự kết hợp giữa thời gian phẫu thuật dài hơn, mất máu ít hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn ở nhóm nội soi so với nhóm mổ hở, trong khi không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh tật và kết cục sống dài hạn. Phương pháp phẫu thuật Wertheim-Meigs cho thấy tỷ lệ khỏi bệnh cao ở cả hai nhóm. Cắt tử cung tận gốc và phẫu tích lấy bỏ mô chu cung hai bên là phương thức điều trị hiệu quả cao trong ung thư cổ tử cung [8].

Nhiều tác giả đã chứng minh việc lấy bỏ triệt để mô chu cung hai bên thường có liên quan đến tỷ lệ bệnh tật và rối loạn chức năng khung chậu cao sau đó do tổn thương đám rối hạ vị [9]. Thật sự trong ung thư CTC giai đoạn sớm IA2 và IB1< 2 cm, tỷ lệ thâm nhiễm chu cung hai bên rất thấp nên không đòi hỏi phải phẫu tích triệt để [10-12].Theo Lee và cs, chỉ có 1,1% chu cung bị xâm lấn trong các trường hợp khối U <20 mm [13].Những trường hợp nguy cơ thấp như không có xâm lấn bạch mạch, hạch (-) thì tỷ lệ có xâm lấn chu cung rất thấp <1%

Một nghiên cứu khác trên 329 bệnh nhân ung thư cổ tử cung cho thấy phẫu thuật loại Piver II và III là tương tự nhau về kết cục tái phát và thời gian sống còn chung sau mổ [14].

Mặc dầu có một vài báo cáo về khả năng ứng dụng và độ an toàn của phẫu thuật nội soi trong ung thư CTC, tuy nhiên còn rất ít dữ liệu về kết cục phẫu thuật nội soi loại PIVER II, mà chủ yếu là các số liệu về loại PIVER I, và đây chính là mục tiêu chủ yếu mà nghiên cứu của chúng tôi nhắm đến. Thêm vào đó, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy:

- Quá trình phẫu thuật được thực hiện bởi nhóm chuyên viên nội soi có kinh nghiệm vì đây là loại phẫu thuật tương đối khó và mới.

Tài liệu tham khảo

1. Bạch Cẩm An. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần bệnh lý u xo tử cung tại khoa Sản bệnh viện Trung Ương Huế. Báo cáo tại Đại hội thành lập Hội Phẫu thuật Nội soi và Nội soi Việt Nam. Tháng 02 năm 2006.
2. Nguyễn Bá Mỹ Nhi. Áp dụng phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện phụ sản Từ Dũ. Tạp chí Phụ sản Việt Nam. Tháng 09 năm 2001, số 2, trang 29-32.
3. Phạm Thị Thanh Nguyệt. Ứng dụng phẫu thuật nội soi sản phụ khoa Bệnh viện Đa khoa Quảng Nam. Báo cáo tại Đại hội thành lập Hội Phẫu thuật Nội soi và Nội soi Việt Nam. Tháng 02 năm 2006.
4. Hatch KD, Hallum AV, Surwit EA, Childers JM. The role of laparoscopy in gynecologic oncology. Cancer. 1995;76:2113-2116.
5. Childers JM, Brzechffa P, Hatch KD, Surwit EA. Laparoscopically assisted surgical staging (LASS) of endometrial cancer. Gynecol Oncol. 1993;47:669-685.
6. Holub Z, Bartos P, Eim J. Laparoscopic surgery of endometrial cancer. Preliminary results of a multicentric study. Gynaecol Endosc. 1999;8:271-276.
7. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Ann Surg 2004; 240:205–13.
8. Raspagliesi F, Ditto A, Fontanelli R, et al. Type II versus Type III nerve-sparing radical hysterectomy: comparison of lower

- Nhóm bệnh nhân mổ hở có thời gian theo dõi dài hơn nhóm bệnh nhân nội soi điều này làm giảm độ mạnh của kết quả phân tích thống kê về kết cục thời gian sống còn sau mổ giữa hai nhóm bệnh nhân.

- Không tìm thấy sự khác biệt về tỷ lệ bệnh tật giữa hai nhóm và tỷ lệ biến chứng thấp đối với loại phẫu thuật này (PIVER II)

- Ở nhóm mổ hở có tỷ lệ xâm lấn mạch mạch (LVSI) hơi thấp hơn (P=0,27) nhóm nội soi, điều này gợi ý đến mối liên quan với việc đặt cần nâng tử cung (manipulator) ở nhóm nội soi, để làm rõ vấn đề này cần phải có nghiên cứu thêm nữa sau này.

5. Kết luận

Phương pháp phẫu thuật nội soi trong giai đoạn sớm ung thư cổ tử cung có thể thay thế tốt hơn cho phương pháp phẫu thuật mở bụng. Nội soi có khả năng tránh cho bệnh nhân một đường rạch bụng dài, có khả năng dễ nhiễm trùng sau mổ nhiều hơn, bệnh nhân mau lành hơn, mất máu ít hơn rút ngắn thời gian nằm viện và có tất cả các lợi ích của một phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, chẳng hạn như ít đau, ít sẹo và thời gian hồi phục ngắn hơn. Không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh tật và kết cục sống trên 5 năm, tuy nhiên cần nhiều nghiên cứu thêm nữa trong tương lai để khẳng định thêm về vấn đề này.

urinary tract dysfunctions. Gynecol Oncol 2006; 102:256–62.

9. Cibula D, Abu-Rustum NR, Benedetti-Panici P, et al. New classification system of radical hysterectomy: emphasis on a three-dimensional anatomic template for parametrial resection. Gynecol Oncol 2011; 122:264–8.

10. Gomer O, Eitan R, Gdalevich M, et al. Can parametrectomy be avoided in early cervical cancer? An algorithm for the identification of patients at low risk for parametrial involvement. Eur J Surg Oncol 2013; 39:76–80.

11. Kim MK, Kim JW, Kim MA, et al. Feasibility of less radical surgery for superficially invasive carcinoma of the cervix. Gynecol Oncol 2010; 119:187–91.

12. Kodama J, Kusumoto T, Nakamura K, Seki N, Hongo A, Hiramatsu Y. Factors associated with parametrial involvement in stage IB1 cervical cancer and identification of patients suitable for less radical surgery. Gynecol Oncol 2011; 122:491–4.

13. Lee JY, Youm J, Kim TH, et al. Pre operative MRI criteria for trials on less radical surgery in Stage IB1 cervical cancer. Gynecol Oncol 2014 Apr 24; 129:383–90.

14. Ditto A, Martinelli F, Ramondino S, et al. Class II versus Class III radical hysterectomy in early cervical cancer: an observational study in a tertiary center. Eur J Surg Oncol 2014; 40:883–90.

TỶ LỆ ÁC TÍNH CỦA TỔN THƯƠNG VÚ SỜ THẤY ĐƯỢC
CÓ PHÂN LOẠI BIRADS 3 TRÊN SIÊU ÂM
TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ, TP. HỒ CHÍ MINH NĂM 2013

Lưu Thị Thanh Loan⁽¹⁾, Nguyễn Thanh Hà⁽²⁾, Nguyễn Hữu Trung⁽²⁾
(1) Bệnh viện Từ Dũ, (2) Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ ác tính của tổn thương vú sờ thấy được có phân loại BIRADS 3 trên siêu âm tại bệnh viện Từ Dũ Thành phố Hồ Chí Minh và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng nghiên cứu:** Các trường hợp phụ nữ được khám tuyến vú tại phòng hội chẩn vú bệnh viện Từ Dũ Tp. HCM, trong thời gian từ tháng 10/2013 đến tháng 4/2014, có tổn thương vú được phát hiện trên lâm sàng, có chỉ định thực hiện siêu âm chẩn đoán và sau đó được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu (US guided FNAC) và / hoặc phẫu thuật (có kết quả giải phẫu bệnh). **Thiết kế nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu hàng loạt ca. **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Tổng mẫu 247 người bệnh được chọn mẫu liên tục trong khoảng thời gian nghiên cứu thỏa tiêu chí chọn mẫu và tiêu chí loại trừ. **Công cụ nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng bảng câu hỏi, hồ sơ bệnh án, kết quả khám và xét nghiệm để khai thác thông tin. Số liệu được mã hóa và phân tích bằng phần mềm Stata 12. **Kết quả:** Dựa trên cả kết quả tế bào học và mô học, tỷ lệ có khối u ác tính ở người bệnh tổn thương vú sờ thấy được có phân loại BIRADS 3 trên siêu âm là 8,5% (21/247 người bệnh). Yếu tố tuổi ($p<0,001$) và yếu tố lần hành kinh cuối ($p<0,001$) là có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ khối u ác tính ở người bệnh có tổn thương vú sờ thấy được phân loại BIRADS 3 trên siêu âm. Qua đó, ở nhóm người bệnh có khối u ác tính, độ tuổi cao hơn rất rõ so với nhóm người bệnh có khối u lành tính. Tỷ lệ u ác tính ở nhóm người bệnh có lần hành kinh cuối rất lâu / không biết / không nhớ / không còn là cao hơn rất rõ so với nhóm người bệnh vẫn còn đang hành kinh bình thường (lần hành kinh cuối trong vòng 1 tháng trước). **Kết luận:** Tỷ lệ có khối u ác tính ở người bệnh tổn thương vú sờ thấy được có phân loại BIRADS 3 trên siêu âm là 8,5% (21 người bệnh). Ở người bệnh có tổn thương vú sờ thấy được phân loại BIRADS 3 trên siêu âm, các yếu tố gợi ý khối u ác tính (phân biệt với khối u lành tính) là: người bệnh lớn tuổi ($p < 0,001$); hết kinh, không còn hành kinh ($p < 0,001$).

Kiến nghị: Dựa và các kết quả nghiên cứu, kiến nghị đẩy mạnh tầm soát ung thư vú ở người bệnh có tổn thương vú sờ thấy được phân loại BIRADS 3 trên siêu âm bởi mặc dù được phân loại BIRADS 3 trên siêu âm nhưng tỷ lệ ung thư vú vẫn tương đối cao. Ngoài ra, kiến nghị các bác sĩ sản phụ khoa tập trung tầm soát ung thư vú tập trung trên các người bệnh có tổn thương vú sờ thấy được phân loại BIRADS 3 trên siêu âm và lớn tuổi, đặc biệt ở đối tượng hết kinh, không còn hành kinh..

Abstract

MALIGNANCY RATE OF PALPABLE BREAST LESIONS
CLASSIFIED BIRADS-US 3 AT TU DU HOSPITAL, HO CHI
MINH CITY IN 2013

Objective: To determine the malignancy rate and relevant factors of palpable breast lesions classified BIRADS-US 3 at Tu Du hospital, Ho Chi Minh City. **Subjects:** women who have breasts lesions pathologically detected at Consultation Breast Exam Department in Tu Du hospital, Ho Chi Minh City from 10/2013 to 4/2014, than were prescribed to be done diagnostic ultrasound, Ultrasound-guided fine-needle aspiration cytology (US-guided FNAC), and/or biopsy. **Design:** This study was a serial cases study. **Sample size and sampling:** Totally 247 patients who met the inclusion criteria were involved all in this study during time horizon. **Data collection:** Study applied structured questionnaire , gathered information from medical records, examination and laboratory results. Data was coded and analyzed using Stata 12. **Results:** Based on the results from cytology and biopsy, malignancy rate of palpable breast lesions classified BIRADS-US 3 was 8,5% (21 cases / 247 subjects). Age ($p<0,001$) and the period of time since the last menstruation ($p<0,001$) have statistical significant related to the breast tumor rate among patients who have palpable breast lesions classified BIRADS-US 3. Accordingly, average age of breast tumor patients is significantly higher than women with benign

lesions. The breast tumor rate among patients who have permanent non-menstruation for long time is visibly higher than the ones who have menstruation actively. **Conclusion:** Malignancy rate of palpable breast lesions classified BIRADS-US 3 was 8,5% (21 cases). Risk factors of malignant breast lesions among palpable breast lesions classified BIRADS-US 3 (differentiated to the benign breast lesions) are old

age ($p < 0,001$); permanent non-menstruation ($p < 0,001$). **Recommendation:** Study result suggests that women who have palpable breast lesions, even if they are classified as BIRADS-US 3, need to be further screened for breast cancer. Additionally, obstetricians are suggested to focus more on elder or non-menstrual women with palpable breast lesions classified BIRADS-US 3..

1. Đặt vấn đề

Bệnh lý tuyến vú rất thường gặp ở phụ nữ. Theo những nghiên cứu mới tại cộng đồng dân cư, tỷ lệ bệnh lý tuyến vú ở nữ từ 4,2-4,7%[1],[2] [3], [5]. Hầu hết các bệnh lý tuyến vú đều biểu hiện dưới dạng bướu. Ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, 80% các bướu là bệnh lành tính, trong đó có 2/3 các trường hợp tự tiêu đi trong vòng 2 năm và không cần điều trị bằng phẫu thuật[3],[4] [11], [21].

Tuy nhiên, xuất độ ung thư vú tăng trong dân số chung trên khắp thế giới. Gần 1/3 các trường hợp ung thư mới và 18% trường hợp tử vong do ung thư ở phụ nữ có liên quan đến ung thư vú. Theo cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế (IARC: Internatinal Agency for Research on Cancer), ung thư vú chiếm khoảng 23%, tương ứng 1,38 triệu người trong tổng số các trường hợp mới mắc bệnh ung thư trên toàn cầu[5] [16]. Tại Việt Nam, xuất độ ung thư vú ngày càng tăng. Theo ghi nhận của ung thư quần thể tại thành phố Hồ Chí Minh, xuất độ chuẩn theo tuổi gia tăng từ 11,7 lên 19,4/100 000 phụ nữ (năm 1997-2003), tại Hà Nội năm 2004 xuất độ chuẩn theo tuổi là 29,7/100 000 phụ nữ[6],[7] [4], [32].

Sự ra đời của BIRADS-US (Breast Imaging Reporting and Data System – Ultrasound) tạm dịch là Hệ thống dữ liệu và tường trình kết quả chẩn đoán hình ảnh tuyến vú dành cho siêu âm do ACR (American College of Radiology) giới thiệu và đưa vào sử dụng từ năm 2003. Từ khi ra đời, BIRADS-US đã được ứng dụng vào lâm sàng. Nhiều nghiên cứu trên thế giới về việc phân loại tổn thương tuyến vú theo BIRADS-US được thực hiện, các tác giả đều đánh giá việc phân loại này giúp ích rất nhiều cho lâm sàng trong việc đánh giá tổn thương vú, đặc biệt là vấn đề dự báo độ lành ác của tổn thương[8]. Theo phân loại BIRADS 3 của ACR, tỷ lệ ung thư vú trong nhóm tổn thương vú có phân loại BIRADS 3 trên siêu âm là dưới 2%. Thêm vào đó, trong nhóm có BIRADS 3 trên siêu âm, một số nghiên cứu trước cũng cho kết quả tương tự nghiên cứu

này. Trong hệ thống phân loại BIRADS-US, phân loại BIRADS-US 3 được sử dụng để cảnh báo rằng siêu âm không thể loại trừ chẩn đoán bướu ác tính[9].

Tại bệnh viện Từ Dũ, hàng năm có khoảng 20.000 trường hợp đi khám vú, trong đó trung bình 1500 ca được chẩn đoán là tổn thương vú BIRADS 3 trên siêu âm. Do hiện tại bệnh viện chỉ giới hạn chẩn đoán và điều trị tổn thương tuyến vú lành tính nên nghiên cứu này được thực hiện nhằm trả lời cho câu hỏi “Tỷ lệ ác tính của tổn thương vú sờ thấy được có phân loại BIRADS 3 trên siêu âm tại bệnh viện Từ Dũ Thành phố Hồ Chí Minh năm 2013 là bao nhiêu?”. Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ ác tính của tổn thương vú sờ thấy được có phân loại BIRADS 3 trên siêu âm tại bệnh viện Từ Dũ Thành phố Hồ Chí Minh.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Các trường hợp phụ nữ được khám tuyến vú tại phòng hội chẩn vú bệnh viện Từ Dũ Tp. HCM, trong thời gian từ tháng 10/2013 đến tháng 4/2014, có tổn thương vú được phát hiện trên lâm sàng, có chỉ định thực hiện siêu âm chẩn đoán và sau đó được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu (US guided FNAC) và / hoặc phẫu thuật (có kết quả giải phẫu bệnh)

Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:Theo nghiên cứu tác giả Jung Hee Shin[10], tỷ lệ ung thư vú ở tổn thương vú có phân loại BI-RADS 3 trên siêu âm là 2,4%, như vậy giá trị $p=0,024$. Thế vào công thức trên ta tính được $n=225$. Do đó cỡ mẫu cần cho nghiên cứu là 225 người bệnh, cộng thêm 10% mất mẫu (do FNAC không có hoặc ít tế bào) nên cỡ mẫu tối thiểu là 247 người bệnh. Chọn mẫu liên tục trong khoảng thời gian nghiên cứu thỏa tiêu chí chọn mẫu và tiêu chí loại trừ. Tất cả phụ nữ đến khám được chẩn đoán tổn thương vú, được khám lâm sàng, siêu âm chẩn đoán có phân loại BIRADS 3 trên siêu âm, kết quả tế

bào học (US guided FNAC) và / hoặc kết quả mô học (Giải phẫu bệnh), trong trường hợp có chỉ định (bước sợt tuyến phát triển nhanh, bướu sợt tuyến lớn ở các vú có kích thước nhỏ, bướu diệp thể lành), đồng ý tham gia nghiên cứu, có hồ sơ lưu trữ đầy đủ kết quả lâm sàng, siêu âm, ± nhũ ảnh, tế bào học (FNAC) và / hoặc kết quả mô học (Giải phẫu bệnh). Nghiên cứu loại trừ bệnh nhân ung thư vú đã biết trước và/hoặc bướu vú đã được sinh thiết hay phẫu thuật trước khi siêu âm đánh giá, và/hoặc đang có thai, và/hoặc có bơm silicon trực tiếp hay phẫu thuật nâng ngực bằng đặt túi nước.

Công cụ nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng bảng câu hỏi, hồ sơ bệnh án, kết quả khám và xét nghiệm để khai thác thông tin. Số liệu được mã hóa và phân tích bằng phần mềm Stata 12.

3. Kết quả nghiên cứu

Tỷ lệ ung thư vú ở người bệnh tổn thương vú sờ thấy được có phân loại BIRADS 3 trên siêu âm

Trong tổng số 247 người bệnh có tổn thương vú sờ thấy được phân loại BIRADS 3 trên siêu âm, có 210 người bệnh được tiến hành làm tế bào học, và 75 người bệnh được tiến hành mô học. Có 38 người bệnh vừa được tiến hành tế bào học và vừa được tiến hành mô học

Bảng 1. Tỷ lệ ung thư vú được chẩn đoán qua tế bào học và mô học

Kết luận tình chất khối u	n	%
Lành tính / Không điển hình hướng lành	226	91,5
Ác tính / Không điển hình hướng ác	21	8,5

Dựa trên cả kết quả tế bào học và mô học, kết luận tỷ lệ có khối u ác tính ở người bệnh tổn thương vú sờ thấy được có phân loại BIRADS 3 trên siêu âm là 8,5%.

Đặc điểm dân số học và các yếu tố liên quan đến tỷ lệ ung thư vú

Bảng 2. Phân bố tỷ lệ ung thư vú theo các đặc điểm dân số (N=247)

Đặc điểm	Ác tính (n=21)		Lành tính (n=226)		p
	n	%	n	%	
Tuổi	46,8 ± 9,9*		35,6 ± 10,0*		<0,001 ^c
Khu vực sống					0,732 [#]
Khu đô thị thành phố lớn	12	9,0	121	91,0	
Thị xã hoặc tương đương	4	6,3	60	93,7	
Thị trấn hoặc tương đương	2	7,4	25	92,6	
Khu nông thôn	3	13,0	20	87,0	0,175 [#]
Trình độ học vấn cao nhất					
Không đi học / mù chữ	1	100	0	0	
Cấp 1	2	8,7	21	91,3	
Cấp 2	10	16,7	50	83,3	
Cấp 3	5	6,3	50	83,3	
Đại học /cao đẳng	3	4,2	68	95,8	
Sau đại học	1	7,7	12	92,3	

Tình trạng hôn nhân					
Chưa bao giờ kết hôn	3	4,6	62	95,4	0,375 [‡]
Kết hôn / Sống với bạn tình	16	10,3	139	89,7	
Ly thân / ly dị / Góa	2	7,4	25	92,6	
Số người sống chung gia đình	4 (3-4)**		4 (3-4)**		0,772 [§]
Tổng thu nhập / tháng (triệu)	10 (6-15)**		10 (6-13)**		0,341 [§]
*: Trung bình ± Độ lệch chuẩn; **: Trung vị (Khoảng tứ phân vị); †: Kiểm định t với phương sai đồng nhất; ‡: Kiểm định χ^2 ; §: Kiểm định chính xác Fisher; §: Kiểm định Wilcoxon ranksum (Mann-Whitney)					

Trong các yếu tố đặc điểm dân số học, kiểm định t, χ2, chính xác Fisher, Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) cho thấy chỉ có duy nhất yếu tố tuổi là có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ khối u ác tính ở người bệnh có tổn thương vú sờ thấy được phân loại BIRADS 3 trên siêu âm. Các yếu tố còn lại không có mối liên quan. Qua đó, ở nhóm người bệnh có khối u ác tính, độ tuổi cao hơn rất rõ so với nhóm người bệnh có khối u lành tính.

Tiền căn Sản – Phụ khoa và các yếu tố liên quan đến tỷ lệ ung thư vú

Bảng 3. Tiền căn Sản - Phụ khoa (n=247)

Đặc điểm	Ác tính (n=21)		Lành tính (n=226)		p
	n	%	n	%	
Tuổi hành kinh	14,2 ± 1,9*		14,9 ± 1,1*		0,490 ^c
Lần hành kinh cuối					<0,001 [#]
Rất lâu / không biết / không nhớ không còn	15	34,1	29	65,9	
Trong vòng tháng trước	6	3,0	197	97,0	
Mang thai					0,196 [‡]
Đã từng	16	10,3	140	89,7	
Chưa từng	5	5,5	86	94,5	0,601 ^c
Tuổi sinh lần đầu (n=143)	26,0 ± 4,0		25,4 ± 4,3		
Chỉ số PARA (n=156)					0,355 [#]
Số lần sảy thai					
0	10	11,5	77	88,5	
1	3	5,9	48	94,1	
2	3	20,0	12	80,0	
3	0	0	3	100	0,188 [#]
Số con sinh sống					
0	0	0	11	100	
1	2	3,7	52	96,3	
2	13	17,1	63	82,9	
3	1	9,1	10	90,9	
4	0	0	2	100	
5	0	0	1	100	
6	0	0	1	100	0,217 [#]
Cho con bú					
Có	16	12,4	113	87,6	
Không	0	0	16	100	0,882 [#]
Dùng nội tiết tố sinh dục					
Có	7	13,2	46	86,8	0,280 [‡]
Không	14	7,3	178	92,7	
Thời gian dùng NTSTD (tháng)	48,1 ± 63,3*		19,6 ± 16,3*		0,280 [‡]
Tiền sử gia đình					0,401 [#]
Có	3	14,3	18	85,7	
Không	18	8,0	208	92,0	
*: Trung bình ± Độ lệch chuẩn; **: Trung vị (Khoảng tứ phân vị); ^c : Kiểm định t với phương sai đồng nhất; [‡] : Kiểm định t với phương sai không đồng nhất; [‡] : Kiểm định χ^2 ; [#] : Kiểm định chính xác Fisher.					

Trong các yếu tố tiền căn sản phụ khoa, kiểm định t, χ2, chính xác Fisher, cho thấy chỉ có duy nhất yếu tố lần hành kinh cuối là có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ khối u ác tính ở người bệnh có tổn thương vú sờ thấy được phân loại BIRADS 3 trên siêu âm. Các yếu tố còn lại không có mối liên quan. Qua đó, tỷ lệ u ác tính ở nhóm người bệnh có lần hành kinh cuối rất lâu / không biết / không nhớ / không còn là cao hơn rất rõ so với nhóm người bệnh vẫn còn đang hành kinh bình thường (lần hành kinh cuối trong vòng 1 tháng trước).

4. Bàn luận

Tỷ lệ ung thư vú ở người bệnh tổn thương vú sờ thấy được có phân loại BIRADS 3 trên siêu âm

Trong hệ thống phân loại BIRADS-US, phân loại BIRADS-US 3 được sử dụng để cảnh báo rằng siêu âm không thể loại trừ chẩn đoán bướu ác tính[9]. Trong các trường hợp này, người bệnh được chỉ định tiến hành FNAC (Fine Needle Aspiration Cytology – Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ) để xét nghiệm tế bào học. Sau khi có kết quả tế bào học, các trường hợp nghi ngờ được tiếp tục tiến hành xét nghiệm mô học. Theo hiệp hội chẩn đoán hình ảnh Hoa Kỳ, BIRADS 3 theo dõi trong thời gian ngắn, không phải tổn thương nào cũng đi mổ, chỉ có một số trường hợp chỉ định mổ như: bướu sợt tuyến tăng kích thước quá nhanh hoặc về mặt thẩm mỹ, bướu vú to trên một vú kích thước mô vú nhỏ hoặc bướu diệp thể lành tính hoặc bất tương đồng trong bộ 3 chẩn đoán. Vì ngoài chức năng nuôi con, cho con bú tuyến vú còn mang tính thẩm mỹ ở người phụ nữ. Nếu mổ hết tất cả các trường hợp có bướu vú sẽ tạo sẹo xấu không thẩm mỹ. Bên cạnh đó, tạo sẹo trong mô vú sẽ gây khó khăn trong việc tầm soát ung thư vú sau này.

Dựa trên cả kết quả tế bào học và mô học, kết luận tỷ lệ có khối u ác tính ở người bệnh tổn thương vú sờ thấy được có phân loại BIRADS 3 trên siêu âm là 8,5% (21 trường hợp trong tổng số 247 người bệnh có tổn thương vú sờ thấy được). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh lý tuyến vú đa phần là lành tính, tỷ lệ ung thư vú không cao, đặc biệt là tổn thương vú BIRADS 3. Tuy nhiên, tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với giá trị dự báo của nhóm BIRADS 3 trên siêu âm theo nhiều tài liệu về lượng giá tổn thương vú dựa trên siêu âm[9],[11]. Theo thống kê của phòng hội chẩn vú bệnh viện Từ Dũ, trong khoảng thời gian nghiên cứu tiến

hành từ 1/10/2013 đến 30/4/2014, tổng số ca tầm soát và được nghi ngờ BIRADS 3 là 1.260 trường hợp. Vậy, tương quan tỷ lệ ung thư vú nếu xem xét trên tổng số phụ nữ có BIRADS 3 trên siêu âm là 1,7% phù hợp với các nghiên cứu trước đây.

Theo phân loại BIRADS 3 của ACR, tỷ lệ ung thư vú trong nhóm tổn thương vú có phân loại BIRADS 3 trên siêu âm là dưới 2%. Thêm vào đó, trong nhóm có BIRADS 3 trên siêu âm, một số nghiên cứu trước cũng cho kết quả tương tự nghiên cứu này. Nghiên cứu của tác giả Raza tại Mỹ năm 2008 đã cho thấy tỷ lệ này là 0,8%[12]. Nghiên cứu của tác giả Heinig tại Đức vào năm 2007 cũng cho thấy tỷ lệ này là 1,2%[13]. Hay trong nghiên cứu của tác giả Kim tại Hàn Quốc năm 2008 cho thấy tỷ lệ này là 0,8%[14]. Tác giả Đỗ Doãn Thuận tiến hành nghiên cứu năm 2008 cho tỷ lệ này là 2,6% (2/78 trường hợp), tuy cao hơn trong nghiên cứu này, nhưng bởi tần số và cỡ mẫu trong nghiên cứu của tác giả Thuận quá nhỏ, dẫn đến sai số lớn[15].

Tuy nhiên, theo nghiên cứu của tác giả H. Hille cùng cộng sự, giá trị tiên lượng dương ung thư vú của nhóm BIRADS 3 là 3%, phân tích các tổn thương được xếp loại BIRADS 3, 4, 5 cho thấy độ nhạy là 92%, độ đặc hiệu là 85%[16]. Cũng vậy, tác giả Costantini nghiên cứu tại Ý năm 2007 cho ra tỷ lệ tương đối cao (4,7%) so với nghiên cứu này[17]. Với độ nhạy là 92%, phương pháp siêu âm cho kết quả BIRADS 3 vẫn còn khả năng cho thấy có một số trường hợp có xuất hiện ung thư vú[16]. Chính vì lý do đó mà những người bệnh có phân loại BIRADS 3, tuy có vẻ lành tính nhưng vẫn cần theo dõi và tiến hành xét nghiệm lại sau 6 tháng[9]. Do hạn chế về thời gian nghiên cứu, những người bệnh có u vú BIRADS 3 không được đưa vào nghiên cứu nhưng trên thực tế những người này vẫn được theo dõi, hẹn tái khám 6 tháng sau. Mặt khác, trong nghiên cứu này, người bệnh được chọn là những người bệnh có khối u vú sờ thấy được. Khối u vú với đặc điểm sờ thấy được, kể cả khi kết quả siêu âm phân loại BIRADS 3, khả năng khối u định hướng ác tính cũng cao. Chính vì vậy mà tỷ lệ khối u ác tính trong nghiên cứu cao hơn các nghiên cứu trước.

Đặc điểm dân số học và các yếu tố liên quan đến tỷ lệ ung thư vú

Độ tuổi trung bình của người bệnh có tổn thương vú sờ thấy được phân loại BIRADS 3 trên hình ảnh siêu âm là 35,8 ± 10,5. Trong đó, riêng người bệnh có khối u ác tính có độ tuổi trung bình là 46,8 ± 9,9 tuổi, cao hơn một cách có ý nghĩa

thống kê so với độ tuổi trung bình của người bệnh có khối u lành tính ($35,6 \pm 10$ tuổi). Độ tuổi này phù hợp với y văn và các nghiên cứu trước. Khoảng 30 tuổi, bắt đầu sự thoái triển đầu tiên trong chủ mô tuyến vú để thay thế bằng mô sợi và mô mỡ[18]. Theo nghiên cứu của Nguyễn La Phương Thảo báo cáo năm 2003, độ tuổi trung bình của phụ nữ có khối u ở vú là $38,92 \pm 11$ tuổi, riêng nhóm u lành tính có độ tuổi trung bình là $37,2 \pm 10$ tuổi, nhỏ hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với độ tuổi trung bình của nhóm u ác tính ($47,1 \pm 10$ tuổi)[19]. Trong một số nghiên cứu được tiến hành tại Việt Nam, độ tuổi thường xảy ra ung thư vú là độ tuổi trên 25[20],[21]. Theo nghiên cứu của tác giả Thái Dương Minh Châu, trung bình độ tuổi của người bệnh có ung thư vú là $50,9 \pm 10,3$ tuổi, rất cao hơn so với nghiên cứu này. Tuy nhiên, nhóm tuổi tập trung ung thư vú cao nhất vẫn là nhóm tuổi 41-60 tuổi, chiếm 69,7%[22]. Nghiên cứu của Đỗ Doãn Thuận (2008) tại Bệnh viện K cũng cho kết quả tương tự: nhóm tuổi 46-50 có tỷ lệ mắc ung thư vú cao nhất chiếm 25,8%, nhóm tuổi 41-46 và 51-56 có tỷ lệ 19,5% và 19,8%, nhóm tuổi 26-30 và trên 70 có tỷ lệ ung thư vú thấp nhất 1,5%, không có trường hợp nào ung thư vú dưới 26 tuổi[15]. Ngoài ra, nhóm tuổi được khảo sát thấy có tỷ lệ ung thư vú cao nhất là nhóm 40-50 tuổi, kể đến là nhóm 50-60 tuổi theo tác giả Vũ Văn Vũ cùng cộng sự[23]. Bên cạnh đó, theo tài liệu phụ khoa của Berek và Novak, cũng như nghiên cứu của tác giả Anderson, tác giả Kristine và Armanda, Anderson đã khảo sát thấy có dưới 1% tổng số trường hợp ung thư vú xảy ra ở phụ nữ dưới 25 tuổi. Sau 30 tuổi bắt đầu gia tăng tỷ lệ ung thư vú[24],[25]. Tuy nhiên, nghiên cứu này cho thấy có 3 trường hợp có khối u lành tính vào độ tuổi 16, và 1 trường hợp có khối u ác tính vào độ tuổi 29. Độ tuổi nhỏ nhất xuất hiện khối u vú trong nghiên cứu này có phần lớn hơn các nghiên cứu trước nhưng cũng tương đối phù hợp bởi đặc tính người bệnh có BIRADS 3 trên siêu âm. BIRADS 3 trên siêu âm được ACR chứng minh rằng chỉ có dưới 2% ung thư ác tính. Theo nghiên cứu của Nguyễn La Phương Thảo, 1 trường hợp ung thư vú được tìm thấy có độ tuổi 24[19].

Hầu hết (99,2%) người bệnh thuộc dân tộc Kinh. Phần lớn người bệnh sống trong khu đô thị của thành phố lớn giống TPHCM (53,9%). Đặc điểm phân bố dân tộc là phù hợp với phân bố dân tộc tại Việt Nam, đặc biệt tại thành phố Hồ Chí Minh. Đối tượng khảo sát tại bệnh viện Từ Dũ nên phần

đông tập trung tại khu đô thị thành phố lớn (giống thành phố Hồ Chí Minh) cũng là hợp lý. Mặt khác, bệnh viện Từ Dũ là một trong những bệnh viện chuyên khoa tuyến trung ương về Sản – Phụ khoa, do đó có 42,1% người bệnh đến từ các tỉnh lân cận cũng là điều phù hợp. Tỷ lệ và nguy cơ ung thư vú không cho thấy có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các khu vực sống. Tuy vậy, tỷ lệ ung thư vú ở khu vực nông thôn lại cao hơn khu vực thành thị. Điều này có thể giải thích rằng các đặc điểm sinh hoạt và đặc thù về sinh thái khác nhau giữa nông thôn và thành thị, cũng như kiến thức và ý thức phòng ngừa ung thư vú chưa được các đối tượng tại khu vực nông thôn quan tâm.

Tỷ lệ người bệnh có trình độ học vấn cấp 3 là cao nhất (32%), cao hơn không nhiều so với tỷ lệ người bệnh có trình độ đại học hoặc cao đẳng (28,7%), kể đến là trình độ cấp 2 (24,3%). Phân tích phân tầng trên nhóm người bệnh có ung thư vú quá ít nên kết quả này chưa cho thấy mô hình đặc trưng của ung thư vú phân bố trong các trình độ học vấn. Mặt khác, tỷ lệ ung thư vú ở nhóm người bệnh học cấp 2 cao hơn các nhóm người bệnh có trình độ học vấn khác.

Phần lớn người bệnh đã kết hôn và hiện đang sống với chồng (61,5%), cũng có 26,3% người bệnh chưa từng kết hôn. Nhiều nghiên cứu cho thấy yếu tố tình trạng hôn nhân là yếu tố nguy cơ dẫn đến ung thư vú. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ ung thư vú tăng cao ở nhóm đối tượng độc thân, chưa từng kết hôn[22],[26].

Tiền căn Sản – Phụ khoa và các yếu tố liên quan đến tỷ lệ ung thư vú

Độ tuổi trung bình bắt đầu hành kinh của các người bệnh là 14 ± 2 tuổi. Độ tuổi này tương đối phù hợp với tiến trình phát triển tâm sinh lý, đặc biệt trong giai đoạn phát triển của các đối tượng trong nghiên cứu có độ tuổi $35,8 \pm 10,5$. Tuy nhiên, trong thời điểm hiện nay, độ tuổi hành kinh lần đầu đang có xu hướng giảm dần. Một số phát hiện tại Việt Nam cho thấy sự hành kinh ở bé gái xuất hiện vào khoảng 10 tuổi. Tuổi có kinh lần đầu của nhóm người bệnh ung thư vú trong nghiên cứu là $14,2 \pm 1,9$ tuổi, tương đối phù hợp với nghiên cứu của tác giả Thái Dương Minh Châu. Theo nghiên cứu của tác giả Châu, nhóm tuổi có kinh lần đầu của các người bệnh ung thư vú là 13-16 tuổi, chiếm 74,6%, và nghiên cứu cho thấy có sự khác nhau về độ tuổi có kinh lần đầu giữa nhóm bệnh ung thư vú và nhóm chứng là phụ nữ bình thường[22]. Kết

quả nghiên cứu cho thấy mâu thuẫn với nghiên cứu của tác giả Thái Dương Minh Châu, tuy nhiên sự mâu thuẫn này là hoàn toàn hợp lý bởi nhóm chứng trong nghiên cứu của tác giả Châu là những phụ nữ bình thường, trong khi trong nghiên cứu này xem xét tương quan giữa khối u lành tính và khối u ác tính. Mặt khác, độ tuổi có kinh lần đầu của tất cả người bệnh có khối u ở vú là sau 12 tuổi, phù hợp với các y văn. Theo y văn, có kinh sớm trước 12 tuổi hoặc mãn kinh muộn đồng nghĩa với việc tăng số chu kỳ buồng trứng. Theo đó, thời gian tuyến vú tiếp xúc với estrogen và progesterone cũng tăng lên, dẫn đến tăng sự phân bào tuyến vú, tăng nguy cơ hình thành khối u tuyến vú, đặc biệt là các khối u ác tính.

Phần lớn (82,2%) người bệnh vẫn hành kinh bình thường (hành kinh trong vòng tháng trước), có 4 người bệnh đã mổ cắt tử cung và 2 phần phụ. Nghiên cứu cũng cho thấy yếu tố lần hành kinh cuối là có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ khối u ác tính. Tỷ lệ u ác tính ở nhóm người bệnh có lần hành kinh cuối rất lâu / không biết / không nhớ / không còn là cao hơn rất rõ so với các người bệnh vẫn còn đang hành kinh bình thường (lần hành kinh cuối trong vòng 1 tháng trước). Trên khía cạnh sinh học, tình trạng còn kinh hay hết kinh cũng cho thấy có liên quan đối với tình trạng ung thư vú. Cụ thể hơn, chính sự thay đổi nội tiết tố sinh dục có ảnh hưởng đến tình trạng ung thư vú, cũng như ảnh hưởng đến kinh nguyệt của người bệnh. Chính vì vậy mà một cách gián tiếp, nhiều nghiên cứu đã cho thấy tình trạng hành kinh có mối liên quan với tình trạng ung thư vú. Một số nghiên cứu đã đưa ra kết luận rằng tỷ lệ ung thư vú tăng cao ở nhóm phụ nữ lớn tuổi, đặc biệt là sau độ tuổi mãn kinh. Thậm chí tỷ lệ chiếm đến 50% ở độ tuổi trên 65 tuổi. Không ngoài kết luận đó, kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy mối liên quan tương tự. Trong nghiên cứu này, tuổi cũng liên quan đến tỷ lệ ác tính. Như vậy, mối liên quan giữa tình trạng hành kinh với tỷ lệ ung thư vú có khả năng chỉ thực sự bị ảnh hưởng bởi yếu tố tuổi của người bệnh trong nghiên cứu.

Phần lớn người bệnh đã từng mang thai (63,2%). Tuy trong nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng mang thai với tỷ lệ ung thư vú, nhưng một số nghiên cứu lại cho thấy sự thay đổi nội tiết tố của phụ nữ khi mang thai có ảnh hưởng đến sự phát triển ung thư vú. Điều này có thể được lý giải

bởi mối tương quan trong nghiên cứu này là mối tương quan giữa khối u ác tính và khối u lành tính, trong khi việc thay đổi nội tiết tố của thai phụ có ảnh hưởng đến cả khối u lành tính và khối u ác tính, không chỉ liên quan riêng lẻ đến nguy cơ hình thành khối u ác tính. Mặt khác, trong nghiên cứu cho thấy tỷ lệ có khối u ác tính ở người bệnh đã từng mang thai lại cao hơn người bệnh chưa từng mang thai. Kết quả chứa đựng một số sai lệch và tồn tại một số yếu tố gây nhiễu khiến mối liên quan này mâu thuẫn với các y văn và các tài liệu trước. Đặc biệt, trong nghiên cứu này chưa loại bỏ được yếu tố tuổi gây nhiễu đến mối liên quan giữa tình trạng đã từng mang thai lên tỷ lệ ung thư vú. Có khả năng chính nhóm người bệnh đã từng mang thai có độ tuổi cao hơn nhóm người bệnh chưa từng mang thai (độ tuổi nhỏ hơn), và chính sự khác biệt về độ tuổi dẫn đến tỷ lệ ung thư vú của nhóm người bệnh đã từng mang thai cao hơn ở nhóm chưa từng mang thai.

Trung bình người bệnh sanh lần đầu tiên vào độ tuổi 26 ± 4 tuổi. Cùng kết quả tương tự, tác giả Thái Dương Minh Châu báo cáo trong nghiên cứu rằng tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm sinh con lần đầu vào 21-30 tuổi là cao nhất so với các nhóm tuổi sinh con lần đầu khác (chiếm tỷ lệ 64,8%)[21][1]. Tuy so với nguy cơ có khối u lành tính ở vú, yếu tố sinh con lần đầu lúc thai phụ cao tuổi không làm tăng nguy cơ ung thư vú nhưng so với các thai phụ bình thường thì chính yếu tố sinh con lần đầu lúc thai phụ cao tuổi (đặc biệt trên 30 tuổi) làm tăng nguy cơ ung thư vú. Theo nghiên cứu của tác giả H. Al-Shaibani cùng cộng sự cho thấy nguy cơ ung thư vú ở phụ nữ sinh con lần đầu lúc 21-29 tuổi cao hơn nhóm sinh con lần đầu từ 20 tuổi trở xuống[26]. Đặc biệt, tuổi sinh con lần đầu trên 30 được nhiều nghiên cứu chứng minh rằng tăng nguy cơ ung thư vú[22],[27].

Không có thai nguy cơ ung thư vú cao gấp 1.5-4 lần. Trong 156 người bệnh đã từng mang thai, không có người bệnh nào đã từng mang thai thiếu tháng. Phần lớn người bệnh chưa từng sảy thai (55,8%), cũng có một phần đã từng sảy thai 1 lần (32,7%). Số lần sảy thai nhiều nhất của các người bệnh là 3 lần (3 người bệnh). Số con hiện còn sống của các người bệnh phần lớn là 2 con (48,7%), kể đến là 1 con (34,6%). Số con sinh sống của các người bệnh nhiều nhất là 6 con (1 người bệnh). Tỷ lệ người bệnh đã từng có con lên đến 92,9%. Nghiên cứu tiến hành trên đối tượng có tổn thương vú,

tất cả đều có khối u ở vú nên chưa đưa ra được kết luận về yếu tố bảo vệ khỏi ung thư vú như yếu tố có con theo một số nghiên cứu. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy yếu tố có con là một yếu tố bảo vệ khỏi ung thư vú[22],[26],[27], và theo y văn, trong thai kỳ có một thời kỳ ngắn tăng nguy cơ ung thư vú, nhưng tiếp theo đó là thời kỳ dài có tác động bảo vệ khỏi ung thư vú.

Hơn một nửa số người bệnh có con và có cho con bú (89%). Trong đó, tỷ lệ ung thư vú thấp hơn nhiều so với tỷ lệ có khối u vú lành tính. Tuy yếu tố cho con bú trong nghiên cứu chưa cho thấy mối liên quan, nhưng dựa trên số liệu nghiên cứu cho thấy yếu tố cho con bú cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Thái Dương Minh Châu đã nhận xét yếu tố cho con bú là yếu tố bảo vệ khỏi ung thư vú[21] [1]. Một số nghiên cứu khác cũng cho kết luận tương tự[26].

Có 21.6% người bệnh có sử dụng nội tiết tố sinh dục, trong đó hầu hết là thuốc ngừa thai (98,1%). Đa số thuốc ngừa thai dạng uống chứa ethinylestradiol và một progestin có tác dụng kích thích tiềm tàng trên sự tăng sinh tế bào. Ảnh hưởng của thuốc ngừa thai dạng uống trên sự phát triển ung thư vú vẫn còn là một điểm để bàn luận. Những phụ nữ đã từng dùng thuốc ngừa thai dạng uống nói chung không được tìm thấy trong nhóm nguy cơ cao phát triển ung thư vú xâm lấn. Một số nghiên cứu, bao gồm cả the Oxford Family Planning Association, the Royal College of General Practitioners and the Nurses Health Study đã ủng hộ giả thuyết rằng nguy cơ ung thư vú ở những phụ nữ dùng thuốc ngừa thai uống (kể cả những phụ nữ đã sử dụng thuốc trong một thời gian dài 10 hoặc trên 10 năm) nếu có gia tăng thì cũng rất ít[28]. Trong nghiên cứu, việc sử dụng nội tiết tố và thời gian sử dụng không có sự khác biệt giữa khối u vú lành tính và ung thư vú với p tương ứng là 0,882 và 0,280.

Thời gian sử dụng nội tiết tố sinh dục ở các người bệnh là biến định lượng có phân phối không bình thường với khoảng trung vị là 12 tháng và khoảng tứ phân vị là 6-36 tháng.

Chỉ có 21 người bệnh (chiếm 8,5%) có tiền sử gia đình có người bị ung thư vú. Trong đó, phần lớn

người trong gia đình người bệnh bị ung thư vú là cô, dì (47,6%), kế đến là mẹ (23,8%). Ung thư vú là một trong những loại ung thư có yếu tố di truyền cao. Thân quyến bậc 1 (mẹ, chị, em gái) với ung thư vú một bên thì nguy cơ ung thư vú cao gấp 3-4 lần, nếu thân quyến bậc 1 với ung thư vú 2 bên thì nguy cơ ung thư vú cao gấp 7-9 lần. Tuy trong nghiên cứu cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, nhưng tỷ lệ ung thư vú trong nhóm có tiền sử gia đình có người bị ung thư vú cũng cho thấy cao hơn nhóm không có người trong gia đình bị ung thư vú. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước đây[22],[26],[27]. Tuy nhiên, cỡ mẫu nghiên cứu tương đối nhỏ dẫn đến nguy cơ sai lệch.

5. Kết luận

Nghiên cứu “Tỷ lệ ác tính của tổn thương vú sờ thấy được có phân loại BIRADS 3 trên siêu âm tại bệnh viện Từ Dũ Thành phố Hồ Chí Minh” được tiến hành với mục tiêu xác định tỷ lệ ác tính và các yếu tố liên quan đến tỷ lệ ác tính của tổn thương vú sờ thấy được có phân loại BIRADS 3 trên siêu âm. Nghiên cứu được tiến hành trên 247 phụ nữ ở mọi lứa tuổi có tổn thương vú.

1. Tỷ lệ có khối u ác tính ở người bệnh tổn thương vú sờ thấy được có phân loại BIRADS 3 trên siêu âm là 8,5% (21 người bệnh).

2. Ở người bệnh có tổn thương vú sờ thấy được phân loại BIRADS 3 trên siêu âm, các yếu tố gợi ý khối u ác tính (phân biệt với khối u lành tính) là: người bệnh lớn tuổi (p < 0,001); hết kinh, không còn hành kinh (p < 0,001);

Kiến nghị

Dựa vào các kết quả nghiên cứu, kiến nghị đẩy mạnh tầm soát ung thư vú ở người bệnh có tổn thương vú sờ thấy được phân loại BIRADS 3 trên siêu âm bởi mặc dù được phân loại BIRADS 3 trên siêu âm nhưng tỷ lệ ung thư vú vẫn tương đối cao. Ngoài ra, kiến nghị các bác sĩ sản phụ khoa tập trung tầm soát ung thư vú tập trung trên các người bệnh có tổn thương vú sờ thấy được phân loại BIRADS 3 trên siêu âm và lớn tuổi, đặc biệt ở đối tượng đã mãn kinh.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Lam Hòa, Nguyễn Văn Vy, Nguyễn Bá Hòe (2009) "Kết quả sàng lọc ung thư vú-phụ khoa ở Hải Phòng". Tạp chí Y học TP HCM, tập 13, (phụ bản số 5, chuyên đề ung bướu), tr.152-155.

2. Trần Đăng Khoa, Dương Hoàng Hào, Nguyễn Công Bình (2009) "Tầm soát phát hiện sớm ung thư vú và ung thư cổ tử cung cho 9651 phụ nữ trên địa bàn Hà Nội năm 2008". Tạp chí Y học TP HCM, Tập 13, (phụ bản số 6, chuyên đề ung bướu), tr.312-317.

3. Nguyễn Sào Trung, Âu Nguyệt Diệu (2001) "Chẩn đoán tế bào học bệnh tuyến vú". Hội thảo Việt-Pháp 2001, :các vấn đề mới trong lĩnh vực sản phụ khoa, tr.64-79.

4. Michael Dixon, J. Sainsbury, C. Richard (1998) Handbook of Diseases of the Breast, Elsevier Health Sciences,

5. Michelle D. Althuis, Jaclyn M. Dozier, William F. Anderson, Susan S. Devesa, Louise A. Brinton (2005) "Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973–1997". International journal of epidemiology, 34, (2), 405-412.

6. Nguyễn Chấn Hùng (2006) "Gánh nặng ung thu tại TP HCM". Tạp chí Y học TP HCM, Tập 10, tr.1-5.

7. John S. Spratt, William L. Donegan, Curtis P. Sigdestad (1995) Epidermiology and Etiology,

8. R.C.Otto(1993) "[Diseases of the female breast: screening, mammography, ultrasound]". Ther Umsch, Erkrankungen der weiblichen Brust: Screening, Mammographie, Ultraschall., 50, (5), 323-33.

9. Đỗ Bình Minh, Phan Thanh Hải, Nguyễn Thiện Hùng, Nguyễn Văn Công, Trần Văn Thiệp, Võ Mai Khanh (2010) "Giới thiệu và ứng dụng của BIRADS-US trong thực hành siêu âm". Tạp chí Y Học Tp. Hồ Chí Minh, 14, (4), 41-49.

10. Jung Hee Shin, Boo-Kyung Han, Eun Young Ko, Yeon Hyeon Choe, Seok-Jin Nam (2009) "Probably benign breast masses diagnosed by sonography: is there a difference in the cancer rate according to palpability?". American Journal of Roentgenology, 192, (4), W187-W191.

11. C. L. Mercado (2014) "BI-RADS Update". Radiol Clin North Am, 52, (3), 481-487.

12. Jung Hee Shin, Boo-Kyung Han, Eun Young Ko, Yeon Hyeon Choe, Seok-Jin Nam (2009) "Probably benign breast masses diagnosed by sonography: is there a difference in the cancer rate according to palpability?". American Journal of Roentgenology, 192, (4), W187-W191.

13. J. Heinig, R. Witteler, R. Schmitz, L. Kiesel, J. Steinhard (2008) "Accuracy of classification of breast ultrasound findings based on criteria used for BI-RADS". Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 32, (4), 573-578.

14. Eun-Kyung Kim, Kyung Hee Ko, Ki Keun Oh, Jin Young Kwak, Jai Kyung You, Min Jung Kim, Byoung-Woo Park (2008) "Clinical application of the BI-RADS final assessment to breast sonography in conjunction with mammography". American

Journal of Roentgenology, 190, (5), 1209-1215.

15. Đỗ Doãn Thuận (2008) Nghiên cứu giá trị chụp X Quang và Siêu âm trong chẩn đoán ung thư vú. Đại học Y Hà Nội.

16. H. Hille, M. Vetter, B. J. Hackeloer (2012) "The accuracy of BI-RADS classification of breast ultrasound as a first-line imaging method". Ultraschall Med, 33, (2), 160-3.

17. M. Costantini, P. Belli, C. Ierardi, G. Franceschini, G. La Torre, L. Bonomo (2007) "Solid breast mass characterisation: use of the sonographic BI-RADS classification". La radiologia medica, 112, (6), 877 - 894.

18. Lê Hồng Cúc (2004) Siêu âm tuyến vú. Bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh, 37-50

19. Nguyễn La Phương Thảo (2003) Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán u vú. Sản Phụ Khoa. Đại học Y được TP HCM. Tp. Hồ Chí Minh.

20. Phí Ích Nghi, Võ Tấn Đức, Trương Hiếu Nghĩa (2009) "Hình ảnh học tuyến vú và tầm soát ung thư vú". Nhà xuất bản y học, tr. 61-135, 213-229.

21. Nguyễn Sào Trung (2003) Bệnh học tạng và hệ thống, Nhà xuất bản Y Học, Tp. Hồ Chí Minh, tr. 229-247.

22. Thái Dương Minh Châu, Nguyễn Sào Trung (2009) "Khảo sát các yếu tố nguy cơ ung thu vú". Tạp chí Y Học Tp. Hồ Chí Minh, 13, (6), 344-352.

23. Vũ Văn Vũ, Nguyễn Hoàng Hanh Đoàn Trang, Nguyễn Tôn Hoàng, Nguyễn Thị Bảo Hiến (2010) "Yếu tố nguy cơ ung thư vú ở phụ nữ Việt Nam: Nghiên cứu bệnh chứng tại bệnh viện Ung Bướu Tp.HCM từ tháng 08/2009 đến 8/2010". Tạp chí Y Học Tp. Hồ Chí Minh, 14, (4), 456-468.

24. W. F. Anderson, K. C. Chu, S. S. Devesa (2004) "Distinct incidence patterns among in situ and invasive breast carcinomas, with possible etiologic implications". Breast Cancer Res Treat, 88, (2), 149-59.

25. Kristine E. Calhoun, Armando E. Giuliano (2013) Breast Cancer. IN Berek, J. S. (Ed.) Berek & Novak's Gynecology. 14 ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 1605-1627

26. H. Al-Shaibani, S. Bu-Alayyan, S. Habiba, E. Sorkhou, N. Al-Shamali, B. Al-Qallaf (2006) "Risk Factors of Breast Cancer in Kuwait: Case-Control Study". Iran J Med Sci, 31, (2), 61-64.

27. S. Tessaro, J. U. Beria, E. Tomasi, C. G. Victora (2003) "Breastfeeding and breast cancer: a case-control study in Southern Brazil". Cad Saude Publica, 19, (6), 1593-601.

SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRÊN BỆNH NHÂN MỔ PHỤ KHOA Ở BỆNH VIỆN TỪ DŨ 2011 – 2012

Thần Thị Mỹ Linh⁽¹⁾, Mai Phương Mai⁽²⁾, Lê Quang Thanh⁽¹⁾
(1) Bệnh viện Từ Dũ, (2) Đại học Y dược Tp.HCM

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) trên những bệnh nhân mổ phụ khoa tại bệnh viện Từ Dũ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca từ 10/2011 đến 06/2012 để xác định tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ (NTVM) trên những bệnh nhân mổ phụ khoa có sử dụng KSDP và phân tích các yếu tố nguy cơ thực tế tại cơ sở có thể dẫn tới thất bại của việc sử dụng KSDP. **Kết quả:** tỷ lệ KSDP thành công là 93,18%; trong đó tỷ lệ dự phòng NTVM của cefazoline là 95,24%; của amoxicillin/a. clavulanic là 91,30%. Không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, thời gian nằm viện trước phẫu thuật, thời gian vệ sinh trước phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật với tỷ lệ NTVM. **Kết luận:** Sử dụng amoxicillin/a.clavulanic 2g hay cefazolin 2g tiêm tĩnh mạch liều duy nhất trước phẫu thuật 30 phút không làm tăng tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ ở những bệnh nhân mổ phụ khoa chương trình.

1. Đặt vấn đề

Hiện nay, trên thế giới việc sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) không những làm giảm một cách rõ rệt tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ ở nhiều loại phẫu thuật, góp phần giảm thời gian điều trị, giảm tỷ lệ biến chứng mà còn giảm rõ rệt chi phí phẫu thuật cho người bệnh. Nghiên cứu nhằm khảo sát hiệu quả của KSDP cho những bệnh nhân mổ phụ khoa, từ đó khuyến cáo một phác đồ KS đơn giản với chi phí thấp nhưng có hiệu quả cao giúp giảm bớt chi phí nằm viện cho người bệnh cũng như giảm tình trạng quá tải cho hệ thống y tế.

Mục tiêu tổng quát

Đánh giá hiệu quả sử dụng KSDP trên những bệnh nhân mổ phụ khoa tại bệnh viện Từ Dũ.

Mục tiêu cụ thể

- Xác định tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ (NTVM) trên những bệnh nhân mổ phụ khoa có sử dụng KSDP
- Bước đầu đánh giá hiệu quả dự phòng nhiễm trùng vết mổ của 2 loại KS chọn lựa để nghiên cứu là amoxicillin/a.clavulanic và cefazolin.
- Phân tích các yếu tố nguy cơ thực tế tại cơ sở có thể dẫn tới thất bại của việc sử dụng KSDP.

Abstract

EFFECTIVENESS OF PROPHYLACTIC ANTIBIOTICS IN PATIENTS WITH GYNECOLOGICAL SURGERY AT TU DU HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness of prophylactic antibiotics in patients with gynecological surgery at Tu Du Hospital. **Methods:** The study describes series of cases from 10/2011 to 06/2012 to determine the rate of wound infection in patients with gynecological surgery using prophylactic antibiotics and identify some risk factors can lead to failure of the use prophylactic antibiotics. **Results:** the success rate is 93.18%; the success rate of cefazoline is 95.24% and amoxicillin / a.clavulanic is 91.30%. Found no association between age, length of hospital stay before surgery, hygiene time before surgery, duration of surgery with wound infection. **Conclusion:** Using amoxicillin / a.clavulanic 2g or cefazolin 2 g single dose IV 30 minutes before surgery does not increase the rate of wound infection in patients with gynecological program surgery.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

- Dân số mục tiêu: bệnh nhân mổ phụ khoa tại bệnh viện Từ Dũ.
- Dân số nghiên cứu: bệnh nhân mổ phụ khoa tại bệnh viện Từ Dũ 10/2011 đến 06/2012
- Dân số nghiên cứu bao gồm các phụ nữ thuộc mọi độ tuổi, không yếu tố nguy cơ nhiễm trùng, được phẫu thuật phụ khoa tại bệnh viện Từ Dũ.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tiêu chuẩn nhận

- Phụ nữ ≤ 60 tuổi.
- Mổ chương trình tại khoa Phụ.
- Không dùng kháng sinh trong 24 giờ trước mổ
- Tiêu chuẩn loại trừ
- Nội khoa: bệnh lý mãn tính như tăng huyết áp, tim mạch, tiểu đường, bệnh phổi mãn tính, thiếu máu (hemoglobin < 9 g/dl).
- Có sốt trong 24 giờ trước mổ

- Có tiền sử dị ứng với kháng sinh nhóm beta-lactam
 - Viêm nhiễm âm hộ - âm đạo, áp-xe phần phụ.
 - Thời gian phẫu thuật quá 90 phút.
 - Phẫu thuật phức tạp (gỡ dính hay cầm máu khó khăn).
 - Tổng lượng máu mất trong phẫu thuật > 300ml
 - Xảy ra các tai biến tiết niệu, tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật.
 - Phụ nữ không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Thu thập và xử lý dữ liệu**
- Thu thập số liệu dựa vào bảng câu hỏi
 - Nhập và lưu trữ số liệu bằng phần mềm Epidata
 - Xử lý số liệu bằng chương trình stata 10.0

3. Kết quả và bàn luận

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là: 40,94 ± 8,06; bệnh nhân thấp nhất 20 tuổi, cao nhất là 54 tuổi. Số trường hợp phụ nữ có từ 2 con trở xuống chiếm tỷ lệ 47,73% cao nhất trong mẫu nghiên cứu. Lý do nhập viện nhập viện mổ cao nhất là do UXTC chiếm tỷ lệ 84,09%. Trong 44 mẫu thu thập được có 23 trường hợp sử dụng amoxicillin/a.clavulanic 1.2g để dự phòng NTVM, 21 trường hợp còn lại được chỉ định dùng cefazolin 2g.

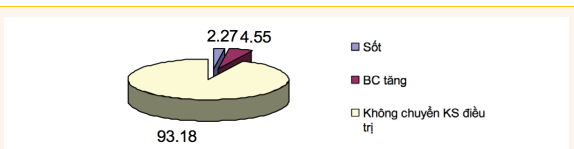
Việc đánh giá tình trạng NTVM khi sử dụng kháng sinh dự phòng trong nghiên cứu dựa vào quá trình thăm khám bệnh nhân mỗi ngày sau phẫu thuật và công thức máu hậu phẫu ngày thứ 3. Bệnh nhân được đánh giá là bị NTVM khi có các dấu hiệu của nhiễm trùng kèm sốt hoặc bạch cầu >12.500/mm³.

Các dấu hiệu đánh giá nhiễm trùng vết mổ bao gồm dấu hiệu toàn thân như: sốt, bạch cầu tăng, môi khô, lưỡi đỏ..., kiểm tra vết mổ có tình trạng: đỏ da, chảy máu, chảy mủ... Bên cạnh theo dõi nhiễm trùng vết mổ, bác sĩ lâm sàng sẽ theo dõi thêm các nhiễm trùng hậu phẫu khác như: viêm nội mạc tử cung, nhiễm khuẩn niệu, viêm phổi...

Xử trí sau phẫu thuật và nguyên nhân thất bại

Bảng 3.1. Phân bố trong nghiên cứu

	Kết quả	Số trường hợp	Tỷ lệ
Chuyển KS điều trị	Sốt	1	2,27
	BC tăng	2	4,55
Không chuyển KS điều trị		41	93,18
Tổng cộng		44	100



Biểu đồ 3.1. Xử trí sau phẫu thuật

Hiệu quả dự phòng của 2 loại KS sử dụng trong nghiên cứu

Bảng 3.2. Phân bố hiệu quả dự phòng của 2 loại KS sử dụng trong nghiên cứu

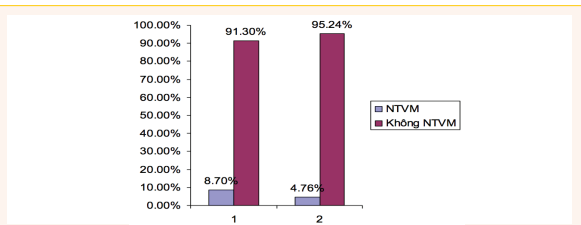
	Amoxicillin/ a.clavulanic	Cefazoline
NTVM	2 (8,70%)	1 (4,76%)
Không NTVM	21 (91,30%)	20 (95,24%)
Tổng cộng	23 (100%)	21 (100%)

Loại kháng sinh sử dụng với tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ

Bảng 3.3. Mối liên quan của loại kháng sinh sử dụng với tỷ lệ NTVM

Loại KS sử dụng	Số trường hợp	NTVM	Không NTVM	P
Amoxicillin/a.clavulanic	23	2 (8,70%)	21 (91,30%)	1,00
Cefazolin	21	1 (4,76%)	20 (95,24%)	

Trong 23 trường hợp sử dụng amoxicillin/a. clavulanic có 2 ca bị NTVM chiếm tỷ lệ 8,70%; trong số 21 ca sử dụng cefazolin có 1 ca bị NTVM chiếm tỷ lệ 4,76%. Mặc dù tỷ lệ NVM ở nhóm sử dụng amoxicillin/a. clavulanic cao hơn nhóm sử dụng cefazolin (8,70% so với 4,76%), nhưng kết quả phân tích chỉ ra rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 loại kháng sinh sử dụng là amoxicillin/a.clavulanic và cefazolin với tỷ lệ NTVM, test chính xác Fisher P = 1,00 > 0,05. Như vậy, loại kháng sinh sử dụng không liên quan đến tỷ lệ NTVM.



Biểu đồ 3.2. Hiệu quả của amoxicillin/a.clavulanic và cefazolin

4. Kết luận

Sử dụng amoxicillin/a.clavulanic 2g hay cefazolin 2g tiêm tĩnh mạch liều duy nhất trước phẫu thuật 30 phút không làm tăng nguy cơ nhiễm trùng vết mổ ở những bệnh nhân mổ phụ khoa chương trình. Tỷ lệ sử dụng KSDP thành công là 93,18%. Kết quả của nghiên cứu này không có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác.

Nghiên cứu cũng bước đầu chứng tỏ rằng hiệu quả dự phòng NTVM của 2 loại KS cefazolin và amoxicillin/a.clavulanic là tương đương nhau. Tỷ lệ dự phòng NTVM của cefazolin là 95,24%; của amoxicillin/a.clavulanic là 91,30%.

Không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, thời gian nằm viện trước phẫu thuật, thời gian vệ sinh trước phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật với tỷ lệ NTVM.

Tài liệu tham khảo

1. Huỳnh Thị Ngọc Hạnh (2006). Khảo sát sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật u nang buồng trứng và u xơ tử cung tại bệnh viện Hùng Vương, luận văn chuyên khoa I.
2. Huỳnh Kim Khoe (2007). Kháng sinh dự phòng trong mổ lấy thai tại bệnh viện Hùng Vương, luận văn chuyên khoa II.
3. Ong Thanh Phong (2009). Hiệu quả dự phòng nhiễm trùng vết mổ thành bụng của cefazolin đơn liều trong mổ lấy thai có chọn lọc tại bệnh viện phụ sản Cà Mau, luận văn thạc sĩ Y học.
4. Hà Thị Hồng Cúc (2009). Hiệu quả của kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật cắt tử cung tại bệnh viện Hùng Vương, luận văn chuyên khoa II.
5. ACOG Practice Bulletin (2001). "Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures". Obstet Gynecol 23:2, 2006.
6. Altemeier, Fullen, Hunt (1972). "Prophylactic Antibiotics in Penetrating Wounds of the Abdomen". J. trauma, 1972; Vol. 12, No.4
7. Alicia J. Mangram (1999) Guideline for prevention of surgical site infection, Infect Control Hosp Epidemiol 1999, Vol. 20 No. 4, 253 – 255.

8. Antibiotic prophylaxis in adults in surgical units. Paris, 10-11 Dec 1992. Ann Chir 1993;47(6):484-91
9. Antibiotic Prophylaxis in Gynecological Surgery, Conseil du medicament Québec, Canada.
10. ASA Physical Status Classification System. American Society of Anesthesiologists.
11. Hopkins L, Smaill F (2007). "Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section". Cochrane Database Sys Rev 2007, Issue 4.
12. NNIS. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from January 1992 through June 2004, issued October 2004. Am J Infect Control. 2004;32:470-485.
13. Smaill F, Hofmeyr GJ (2007). Antibiotic prophylaxis for cesarean section. Cochrane Database Sys Rev 2007, Issue 4.
14. The Medical Letter. Antimicrobial prophylaxis for surgery. Treatment Guidelines from The Medical Letter 2004, 2(20) : 27-32.

NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN THAI NGOÀI Ý MUỐN CỦA NỮ VỊ THÀNH NIÊN TẠI KHOA KẾ HOẠCH GIA ĐÌNH - BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Thị Tuyết Hằng⁽¹⁾, Đỗ Văn Dũng⁽²⁾, Susan Norwood⁽³⁾
(1) Bệnh viện Từ Dũ, (2) Đại học Y Dược TP.HCM, (3) Friendship Bridge Group- Gonzala University- USA

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ kiến thức đúng về các BPTT và những trở ngại đến có thai ngoài ý muốn của nữ VTN tại khoa KHHGD - BV Từ Dũ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại khoa KHHGD – BVTừ Dũ với sự đồng ý tham gia của 104 VTN từ 13-19 tuổi và gia đình đến sử dụng dịch vụ tại khoa. **Kết quả:** Tỷ lệ hiểu biết chung về các BPNT 69,2%. Tỷ lệ không sử dụng BPNT của nữ VTN 46,2%. Tỷ lệ VTN nhận được thông tin về các BPTT từ các nguồn: sách báo 28.8%, internet 24.0%, nhân viên y tế 13.5%, trường học 1%. Các trở ngại khi sử dụng BPTT: ngại đi mua, không hiểu biết về BPTT, bạn trai không đồng ý, sợ người khác biết do chưa kết hôn, ngại đến CSYT. Trình độ học vấn, nghề nghiệp, nơi ở liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức của VTN. **Kết luận:** Nâng cao sự hiểu biết về kiến thức ngừa thai sẽ làm giảm tỉ lệ phá thai, phá thai tái phát, tránh được các biến chứng có thể ảnh hưởng đến SKSS của VTN trong tương lai. Vì vậy, tăng cường thông tin, giáo dục, truyền thông các BPTT từ trường học, gia đình, CSYT và tránh những định kiến của xã hội là việc hết sức cần thiết. **Từ khóa:** Vị thành niên, biện pháp tránh thai, thai ngoài ý muốn.

Abstract

FACTORS RELATED TO UNWANTED PREGNANCIES AMONG ADOLESCENTS AT THE FAMILY PLANNING DEPARTMENT OF TU DU HOSPITAL
Objective: To survey the proportion of people having

the right knowledge about contraceptive methods and obstacles of unwanted pregnancy of female-adolescents at the Family Planning Department of Tu Du Hospital. **Method:** Study and analysis are performed at the Family Planning Department of Tu Du Hospital along with the agreements of 104 adolescences with the age ranging from 13 to 19 years old as well as family using the department's services. **Result:** The percentage of people having general knowledge about contraceptive methods accounted for 69.2%. Besides, 46.2% is the percentage of female-adolescences not using contraceptive methods. Also, the proportion of adolescences received information-sources about contraceptive methods, in which: newspaper: 28.8%, internet: 24.0%, medical-personnel: 13.5%; school: 1%. The obstacles of using contraceptive methods: hesitancy of buying and coming to the hospital, lack of knowledge, boy-friend's disagreement, worry of releasing the secret of unmarried. Study-level, career, accommodation are meaningful factors for the statistics of adolescences' knowledge. **Conclusion:** The improvement of knowledge relating to contraceptive methods will decrease the number of abortive cases, re-abortive cases; prevent possible complications that may affect the reproductive health of adolescences in the future. Therefore, it's necessary to promote information, education, communication about contraceptive methods in schools, families, hospitals; avoid the social prejudice. **Key words:** Adolescence, contraceptive methods, unwanted pregnancy.

1. Đặt vấn đề

Hiện nay tình trạng có thai ngoài ý muốn dẫn đến nạo phá thai tại Việt Nam ngày càng tăng, đặc biệt là tình trạng phá thai ở tuổi vị thành niên cao nhất Đông Nam Á và đứng thứ 5 trên thế giới. Tính trung bình mỗi năm cả nước có khoảng 300.000 trường hợp phá thai ở tuổi vị thành niên, chiếm 22% số ca nạo phá thai và đang trong xu hướng tăng, nhiều vị thành niên nạo phá thai nhiều lần. Đây chỉ là con số được thống kê từ các cơ sở y tế nhà nước, con số

thật sự lớn hơn vì chưa thống kê được từ các cơ sở y tế tư nhân[11].

Tại bệnh viện Từ Dũ, một bệnh viện chuyên sản phụ khoa đầu ngành phía Nam - Việt Nam, năm 2009 có khoảng 8000 vị thành niên đến phá thai tại bệnh viện, chiếm 40% tổng số người đến phá thai[1].

Việc nạo phá thai nhiều lần ở lứa tuổi vị thành niên được coi là gánh nặng của xã hội được nhiều người quan tâm, vì lứa tuổi vị thành niên là thế hệ tương lai của đất nước, nhưng bản thân họ lại chưa được trang

bị đầy đủ kiến thức về sinh lý, giới tính, tình dục an toàn và các biện pháp tránh thai. Việc nạo phá thai ở tuổi vị thành niên cho thấy nguy cơ tiềm ẩn của tai biến nạo phá thai như: chảy máu, viêm nhiễm, thủng tử cung ..., các tai biến khác có thể dẫn đến vô sinh, thậm chí tử vong ở lứa tuổi có khả năng sinh sản cao. Vô sinh đối với tuổi vị thành niên là một nỗi ám ảnh bất hạnh suốt cuộc đời. Chưa kể đến sự thiếu hiểu biết về quan hệ tình dục an toàn còn là nguyên nhân dẫn tới các bệnh lây truyền qua tình dục, đặc biệt là suy giảm miễn dịch mắc phải (HIV/AIDS).

Một trong những nguyên nhân có thai ngoài ý muốn dẫn đến tỷ lệ nạo phá thai cao là do vị thành niên sử dụng không đúng, không sử dụng hoặc sử dụng không thường xuyên các biện pháp tránh thai, khảo sát tại các nước như Mỹ Latinh và Caribbean vị thành niên có sử dụng biện pháp tránh thai là 4 % ở lần giao hợp đầu tiên, ở Jamaica là 43%, ở Mexico là 14% đến 31%. Tỷ lệ vị thành niên sử dụng các biện pháp tránh thai ở các nước Châu Á như Ấn Độ vào năm 1993 là 3%, Indonesia vào năm 1994 là 32%, ở Pakistan năm 1991 là 1%, ở Thailand năm 1987 là 39% [13]. Vấn đề không sử dụng các biện pháp tránh thai của vị thành niên ở Việt Nam cũng thường gặp như ở một số nước trong khu vực Châu Á và thế giới, vào năm 1998 chỉ có 5% các em nữ sinh trung học tại các thành phố lớn của Việt Nam sử dụng các biện pháp tránh thai[8,2] .

Mặc dù ngành y tế và chính quyền các cấp đã cố gắng cải thiện, tạo nhiều phương án, điều kiện để các bạn trẻ nói chung và vị thành niên nói riêng tiếp cận nhiều với các thông tin về dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, nhất là các biện pháp tránh thai hiện đại, cố gắng hạn chế tỷ lệ sinh con, phá thai và phá thai tái phát ở tuổi vị thành niên, nhưng thực tế chưa được như mong muốn. Nguyên do chính là nội dung của các chương trình giáo dục sức khỏe chưa phù hợp với từng đối tượng và chưa được sự đồng thuận của xã hội. Giải pháp cho vấn đề này cần có những chương trình giáo dục sức khỏe riêng cho những nhóm nguy cơ cao có thai ngoài ý muốn ở tuổi vị thành niên. Vì vậy, các chương trình giáo dục sức khỏe cần có những nội dung phù hợp hơn cho nữ vị thành niên. Để góp phần giải quyết vấn đề khó khăn này, người nghiên cứu tiến hành thực hiện đề tài “Các yếu tố ảnh hưởng đến có thai ngoài ý muốn của nữ vị thành niên tại khoa Kế hoạch hóa gia đình - Bệnh viện Từ Dũ”. Nghiên cứu này giúp cho điều dưỡng- hộ sinh xây dựng chương trình giáo dục sức khỏe cho đối tượng nữ vị thành niên đến phá thai hoặc đã phá thai một cách phù hợp và hiệu

quả hơn, tránh tình trạng phá thai tái phát trong tương lai. Bên cạnh đó, các yếu tố ảnh hưởng đến việc có thai ngoài ý muốn cũng giúp cho các cơ quan chức năng tìm ra các giải pháp, nhằm hạn chế tỷ lệ nạo phá thai ngày càng cao của vị thành niên, giảm gánh nặng của xã hội, cải thiện sức khỏe sinh sản vị thành niên trong bối cảnh hiện nay tại Việt Nam.

Trong nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu muốn tìm hiểu thêm tỷ lệ kiến thức đúng của nữ vị thành niên có thai ngoài ý muốn về các biện pháp ngừa thai và tránh thai là bao nhiêu?Những rào cản nào đã ảnh hưởng đến tình trạng có thai ngoài ý muốn của nữ vị thành niên?

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
Đối tượng nghiên cứu: Nữ vị thành niên đến phá thai tại khoa Kế hoạch hoá gia đình - Bệnh viện Từ Dũ, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 104
Thời gian thực hiện: từ tháng 4/2013 đến tháng 6/2013

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: sử dụng phần mềm thống kê STADA 10.0

3. Kết quả

Bảng 1. Tần số và tỉ lệ kiến thức của nữ vị thành niên về BCS		
Đặc điểm	N	%
BCS ngừa LTQĐTD	93	
Có	87	93.5%
Không	6	6.5%
Kiểm tra hạn dùng	104	
Không	88	84.6%
Có	16	15.4%
Dùng BCS mới	104	
Không	74	71.2%
Có	30	28.8%
Mang từ đầu	104	
Không	83	79.8%
Có	21	20.2%
Tháo BCS	104	
Không	89	85.6%
Có	15	14.4%
Dùng thuốc khẩn cấp	104	
Không	90	86.5%
Có	14	13.5%
Không biết	104	
Không	100	96.2%
Có	4	3.8%

Khi khảo sát kiến thức BCS ngăn ngừa bệnh LTQĐTD chỉ có 93 nữ vị thành niên trả lời câu hỏi này, và đa số trả lời “có” chiếm tỉ lệ 93.5%, trả lời “không”chiếm 6.5%.

Trong 104 nữ vị thành niên có 28.8% biết mỗi lần giao hợp sử dụng BCS mới, biết phải mang từ đầu là 20.2%, biết kiểm tra hạn dùng 15.4%, biết cách tháo đúng BCS sau khi QHTD là 14.4%, biết dùng thuốc tránh thai khẩn cấp khi BCS bị thủng rách 13.5%.

Bảng 2. Tần số và tỉ lệ kiến thức của VTN về thuốc ngừa thai phối hợp		
Đặc điểm	N(=104)	%
Uống viên đầu tiên		
Không	81	77.9%
Có	23	22.1%
Uống mỗi ngày		
Không	76	73.1%
Có	28	26.9%
Quên 1 viên		
Không	91	87.5%
Có	13	12.5%
Quên 2 viên		
Không	103	99%
Có	1	1%
Quên 3 viên		
Không	104	100%
Thời gian uống tiếp viên mới, ngay có kinh (21V)		
Không	103	99%
Có	1	1%
Thời gian uống tiếp viên mới ngay hôm sau (28 V)		
Không	102	98.1%
Có	2	1.9%

Tỉ lệ nữ vị thành niên biết uống viên thuốc ngừa thai phối hợp đầu tiên vào ngày thứ nhất đến ngày thứ 5 của chu kỳ kinh là 21.1%; biết uống mỗi ngày một viên và vào giờ nhất định cho đến khi hết vi thuốc là 26.9%; biết quên một viên uống ngay khi nhớ ra và tiếp tục uống đúng giờ viên thuốc ngày hôm đó là 12.5%; biết quên hai viên uống ngay hai viên khi nhớ ra, ngày hôm sau uống thêm hai viên, rồi tiếp tục mỗi ngày một viên như thường lệ là 1%; biết quên 3 viên, ngừng uống và dùng một BPTT khác là 1%; biết uống viên đầu tiên của vi 21 viên

Bảng 3. Tần số và tỉ lệ kiến thức của nữ vị thành niên về thuốc TTKC		
Đặc điểm	N	%
Gây RLKN	104	
Có	61	58.7%
Không	43	41.3%
Cách uống viên TTKC	73	
1 viên	33	45.2%
2 viên	3	2.7%
Uống cách nhau	38	52.1%
Số lần uống/tháng	104	
1 lần	9	8.7%
2 lần	8	7.7%
3lần	5	4.8%
Không giới hạn	7	6.7%
Không biết	75	72.1%

kế tiếp là 1%; biết uống viên đầu tiên của vi 28 viên kế tiếp là 1.9%.

Có 58.7% nữ vị thành niên biết uống thuốc tránh thai khẩn cấp có thể gây rối loạn kinh nguyệt, 52.1% biết uống thuốc đúng theo hướng dẫn sử dụng thuốc, chỉ có 7.7% trả lời đúng dùng thuốc tránh thai khẩn cấp tối đa 2 lần/ tháng. Tuy nhiên, có đến 72.1% nữ vị thành niên không biết cách sử dụng thuốc TTKC trong thời điểm hiện nay.

Bảng 4. Tần số và tỉ lệ các trở ngại khi sử dụng BPNT, BPTT ở VTN		
Đặc điểm	N=104	%
Bao cao su		
Tôn giáo		
Không	104	100%
Có	0	0%
Không đủ tiền		
Không	104	100%
Có	0	0%
Ngại mua		
Không	74	71.2%
Có	30	28.8%
Ngại đến CSYT		
Không	96	92.3%
Có	8	7.7%
Chưa kết hôn		
Không	87	83.7%
Có	17	16.3%
Tác dụng phụ		
Không	88	84.6%
Có	16	15.4%
Không hiểu biết BCS		
Không	86	82.7%
Có	18	17.3%
Không biết cách sử dụng		
Không	89	85.6%
Có	15	14.4%
Bạn trai không đồng ý		
Không	87	83.7%
Có	17	16.3%
Lý do khác		
	102	98.1%
Không dùng	1	1.0%
Mùi hôi BCS	1	1.0%
Thuốc ngừa thai phối hợp		
Tôn giáo		
Không	104	100%
Có	0	0%
Không đủ tiền		
Không	104	100%
Có	0	0%
Ngại mua		
Không	79	76%
Có	25	24%
Ngại đến CSYT		
Không	95	91.3%
Có	9	8.7%

Chưa kết hôn		
Không	91	87.5%
Có	13	12.5%
Tác dụng phụ		
Không	80	76.9%
Có	24	23.1%
Không hiểu biết		
Không	70	67.3%
Có	34	32.7%
Không biết cách sử dụng		
Không	92	88.5%
Có	12	11.5%
Bạn trai không đồng ý		
Không	98	94.2%
Có	6	5.8%
Khác		
	103	99%
Không dùng	1	1%
Thuốc TTKC		
Tôn giáo		
Không	103	99%
Có	1	1%
Không đủ tiền		
Không	104	100%
Có	0	0%
Ngại mua		
Không	59	56.7%
Có	45	43.3%
Ngại đến CSYT		
Không	92	88.5%
Có	12	11.5%
Chưa kết hôn		
Không	96	92.3%
Có	8	7.7%
Tác dụng phụ		
Không	85	81.7%
Có	19	18.3%
Không hiểu biết		
Không	78	75%
Có	26	25%
Không biết cách sử dụng		
Không	96	92.3%
Có	8	7.7%
Bạn trai không đồng ý		
Không	102	98.1%
Có	2	1.9%
Khác		
	102	98.1%
Không dùng	1	1.0%
Quên sử dụng	1	1.0%

Nhìn chung trong 3 biện pháp, lý do tôn giáo và không đủ tiền mua hầu như không ảnh hưởng đến việc VTN muốn sử dụng chúng.

Về các lý do gây trở ngại đến việc muốn sử dụng bao cao su:

Tỉ lệ VTN ngại đi mua BCS chiếm tỉ lệ cao nhất:

28.8%. Tỉ lệ này liên quan đến thành kiến của xã hội.

Không hiểu biết về BCS chiếm tỉ lệ: 17.3%

Bạn trai không đồng ý sử dụng chiếm tỉ lệ: 16.3%.

Tỉ lệ này cũng phù hợp vì nam giới thường không thích sử dụng BCS vì họ cho rằng làm giảm khoái cảm khi giao hợp.

Sợ người khác biết do chưa kết hôn: 16.3%. Tỉ lệ này một lần nữa nhấn mạnh đến các định kiến của xã hội đối với nữ vị thành niên, những người chưa kết hôn.

Ngại đến CSYT chiếm tỉ lệ thấp: 7.7%

Về các lý do gây trở ngại đến việc muốn sử dụng thuốc ngừa thai phối hợp:

Tỉ lệ VTN không hiểu biết về thuốc ngừa thai dạng phối hợp chiếm tỉ lệ cao nhất: 32.7%. Tỉ lệ này phù hợp với kiến thức của đối tượng nghiên cứu mà đối tượng này phần lớn là học sinh.

Tỉ lệ VTN ngại đi mua thuốc ngừa thai phối hợp chiếm tỉ lệ: 24%.

Sợ tác dụng phụ: 23.1%

Sợ người khác biết do chưa kết hôn: 12.5%

Không biết cách sử dụng: 11.5%

Ngại đến CSYT chiếm tỉ lệ thấp: 8.7%

Về các lý do gây trở ngại đến việc muốn sử dụng thuốc TTKC:

Tỉ lệ VTN ngại đi mua thuốc TTKC chiếm tỉ lệ cao nhất: 43.3%.

Tỉ lệ VTN không hiểu biết về thuốc ngừa thai dạng phối hợp chiếm tỉ lệ cao nhất: 25%.

Sợ tác dụng phụ: 18.3%

Ngại đến CSYT chiếm tỉ lệ thấp: 11.5%

4. Bàn luận

Trong nghiên cứu này nữ VTN biết về BPNT, BPTT chiếm tỉ lệ 69,2% và có 30,8% không biết BPNT nào. So với nghiên cứu đối tượng là nữ sinh trung học tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2003 kiến thức chung về BPNT, BPTT chỉ chiếm 33,75%[12] . Tại Ecuador vào năm 2007 chỉ có 50,4% VTN biết về BPNT[32] . Bên cạnh hơn nửa số lượng VTN biết về BPNT thì số VTN chưa biết BPNT nào cũng khá lớn, đa số đối tượng này tập trung vào lứa tuổi dưới 16, ở nhà thuê, không theo đạo và có trình độ văn hóa thấp dưới cấp 3. Tuy nghèo nàn về kiến thức KHHGD nhưng các em đã bắt đầu hoạt động tình dục, do đó khả năng có thai ngoài ý muốn tái phát cao, đối tượng này rất cần sự quan tâm đặc biệt. Theo nghiên cứu ở Timor, một tỉ lệ lớn VTN không thể kể tên bất kỳ một BPNT hiện đại nào[6] .

Nữ VTN trong nghiên cứu biết về các BPNT truyền thống như tính vòng kinh 6,7%; xuất tinh ngoài âm

đạo 20,2% tuy nhiên những biện pháp này hiệu quả không cao dễ dẫn đến tình trạng thai ngoài ý muốn.

Nữ VTN biết về BPNT hiện đại như BCS 65,4%; vòng tránh thai 13,5%; thuốc ngừa thai 47,1%; triệt sản 1,9%; tránh thai khẩn cấp 16,3%, thuốc tiêm 1,9%. Điều này đúng như phần mở đầu có nhắc đến vì BCS, thuốc ngừa thai phối hợp và thuốc TTKC là 3 biện pháp phù hợp không có chống chỉ định với tuổi VTN[3] , được VTN thường chọn sử dụng nhất.

Nữ VTN không sử dụng bất kỳ BPNT nào chiếm tỉ lệ cao nhất 46, 2% kết quả này thật sự phù hợp với đối tượng nữ VTN đến phá thai, chứng tỏ phần lớn nữ VTN chưa ý thức được khả năng mang thai ngoài ý muốn có thể xảy ra bất kỳ lúc nào khi giao hợp không sử dụng BPNT. Đây cũng là vấn đề đặt ra cho chúng ta, bên cạnh giáo dục kiến thức về các BPNT cũng cần lưu ý nhận thức của các em về tác hại của các phương pháp phá thai, các tai biến mà các em có thể gặp khi phá thai và phá thai nhiều lần, cảnh báo những hậu quả có thể gánh chịu trong tương lai. So với nghiên cứu năm 1998, chỉ có 5% các em nữ sinh trung học tại các thành phố lớn của Việt Nam đã quan hệ tình dục có sử dụng các biện pháp tránh thai, nghĩa là 95% có QHTD không sử dụng BPNT [8]. Qua kết quả so sánh trên cho thấy rằng hiệu quả việc tuyên truyền thông tin về các BPNT trong đối tượng VTN có sự cải thiện trong 15 năm qua, tuy còn chưa được như mong muốn.

Bao cao su là BPNT được VTN chọn sử dụng nhiều nhất chiếm tỉ lệ 28,8%, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Mosher WD ở Hoa Kỳ năm 2010 cho thấy rằng 23% nữ VTN chọn BCS là BPNT chính của họ[7] . Điều này cũng hết sức phù hợp với độ tuổi VTN, đây còn là một biện pháp không có tác dụng phụ, rất ít nữ VTN bị dị ứng với BCS.

Thuốc ngừa thai phối hợp: theo khảo sát này chỉ có 5,8% nữ VTN đã có sử dụng thuốc ngừa thai phối hợp, tỉ lệ này thật sự ít bởi vì có lẽ thuốc ngừa thai phối hợp phải nhớ uống thuốc hàng ngày và phải biết cách xử trí khi quên thuốc, có không ít tác dụng phụ có thể xảy ra trong khi kiến thức của các em còn rất nhiều hạn chế. Mặt khác có một lý do còn quan trọng hơn khi sử dụng thuốc phối hợp là dễ bị cha mẹ và người khác phát hiện khi sử dụng hàng ngày. Do đó việc lựa chọn thuốc ngừa thai phối hợp là một trong BPNT thấp nhất trong ba biện pháp khảo sát. Khi so sánh với nghiên cứu khác ở Hoa kỳ có đến 44% nữ VTN sử dụng thuốc ngừa thai phối hợp[4] . Số liệu này nói lên rằng việc sử dụng thuốc ngừa thai phối hợp cần được tăng cường tư vấn nhiều hơn nữa, bởi vì đây là một loại thuốc ngừa thai chủ động, có hiệu quả cao nhất trong ba

biện pháp phổ biến của VTN. Nếu VTN sử dụng phối hợp với BCS thì tỉ lệ ngừa thai cao vừa phòng được các bệnh LTQĐTD, đây là BPNT phối hợp lý tưởng nhất cho nữ VTN nếu sử dụng đúng cách.

Thuốc tránh thai khẩn cấp: có 14,4% nữ VTN đã sử dụng khi khảo sát, tỉ lệ sử dụng thuốc này tương đối cao có lẽ do thuốc dễ dàng mua tại các hiệu thuốc, dễ nhớ cách sử dụng hơn thuốc ngừa thai phối hợp. So sánh với nghiên cứu của tác giả Triệu Thị Ngọc Thu, có 62,8% thanh thiếu niên 15-24 tuổi ở TP. HCM đã sử dụng thuốc TTKC tuy nhiên họ không nhớ được tên thuốc đã sử dụng[13] , tỉ lệ này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Điều này cũng là một cảnh báo cho các ngành chức năng do thiếu sự tư vấn về thuốc nói chung và các loại thuốc nội tiết nói riêng. Cần làm vai trò của người dược sĩ bán thuốc, bác sĩ sản phụ khoa, điều dưỡng- hộ sinh trong việc tư vấn hướng dẫn sử dụng thuốc nhất là lứa tuổi VTN.

Theo khảo sát này, người quyết định sử dụng các BPNT chủ yếu chính là bản thân nữ VTN chiếm 81,7% và bạn trai là 14,4% một số ít là do người thân như mẹ hoặc chị em gái quyết định 3,8%. Điều này chứng tỏ ngày nay nữ VTN muốn tự quyết định cho bản thân mình các BPNT, mặt khác cũng có thể do chưa kết hôn các em không dám bàn bạc, tham khảo ý kiến của những người khác, sợ sự kỳ thị, định kiến của xã hội. Nghiên cứu của tác giả Triệu Thị Ngọc Thu có tỉ lệ nữ thanh thiếu niên tự quyết định BPNT ít hơn khoảng 60,7% và bạn trai quyết định là 39,3%. [13]

Bao cao su, Thuốc TTKC: trở ngại lớn nhất của nữ VTN là ngại đi mua, ngại người khác biết có QHTD khi chưa kết hôn. Đây là vấn đề thành kiến của xã hội và người Việt Nam cho đến nay vẫn chưa chấp nhận việc QHTD trước hôn nhân, nếp suy nghĩ này cũng rất khó thay đổi. Do đó cần sự quan tâm của các tổ chức đoàn thể, tuyên truyền vận động xóa dần những định kiến khắt khe. Tỉ lệ bạn trai không đồng ý sử dụng bao cao su chiếm 16.3% và tỉ lệ này cũng phù hợp bởi vì theo những nghiên cứu trước có thể BCS làm giảm khoái cảm khi giao hợp nên người nam ít khi muốn sử dụng[9] , đây là nhược điểm của phương pháp này nên khó khắc phục. Điều này cũng có thể khuyến cáo rằng chúng ta phải giáo dục cho nữ VTN kỹ năng từ chối với sự không an toàn trong QHTD, chính vì thiếu những kỹ năng này mà hiện nay tỉ lệ nhiễm HIV/AIDS ngày càng tăng cao trong giới trẻ, nhất là đối tượng VTN. Có 17.3% nữ VTN không hiểu biết và 14.4% không biết cách sử dụng BCS. Hiện nay BCS được giới trẻ chọn làm BPNT phổ biến, nhưng trong nghiên cứu này có khá nhiều VTN không hiểu biết, không biết cách sử dụng. Nghiên

cứu này làm chúng tôi nhớ lại một nghiên cứu về các nữ sinh trung học năm 2003, có nhiều em không biết BCS chỉ sử dụng 1 lần[12] . Mười năm đã qua, tình hình cải thiện kiến thức sinh sản vị thành niên vẫn còn rất chậm, chúng ta cần phải có những giải pháp nhanh và mạnh hơn nữa trong vấn đề này.

Thuốc ngừa thai phối hợp:một trở ngại lớn là không hiểu biết về thuốc ngừa thai phối hợp chiếm tỉ lệ cao khi khảo sát 32.7%, tiếp đến là sợ tác dụng phụ đây là những lý do chưa thật sự rõ ràng, có thể VTN chưa sử dụng lần nào chỉ nghe bạn bè truyền miệng, để khắc phục lý do này cần tuyên truyền thông tin rộng rãi về thuận lợi, khó khăn, tác dụng phụ và cách xử trí tác dụng phụ (nếu có) của thuốc ngừa thai để nữ VTN có thể tự lựa chọn BPNT phù hợp.

Tất cả các lý do trên đều phù hợp với nghiên cứu định tính của tác giả Trần Thị Lợi năm 2009[10]

5. Kết luận

Kiến thức về sử dụng BCS: có 28.8% biết mỗi lần giao hợp sử dụng BCS mới, biết phải mang từ đầu là 20.2%, biết kiểm tra hạn dùng 15.4%, biết cách tháo đúng BCS sau khi QHTD là 14.4%, biết dùng thuốc tránh thai khẩn cấp khi BCS bị thủng rách 13.5%.

Tài liệu tham khảo

1. Bệnh viện Từ Dũ (2009) Báo cáo năm 2009.
2. Bộ Y tế (2007), Giáo dục và nâng cao sức khỏe, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr 37- 40.
3. Bộ y tế (2007) Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, tr. 525-563.
4. Camelia Davtyan (2000), "Contraceptive for adolescents", West J Med., 172 (3), pp.166-171.
5. Chedraui P, Van Ardenne R, Wendte J.F, Quintero J.C, Hidalgo L (2007), "Knowledge and practice of family planning and HIV-prevention behaviour among just deliveredadolescents in Ecuador: the problem of adolescent pregnancies", Archives of Gynecology and Obstetrics, 276 (2), pp.139- 144.
6. Elissa Kennedy, Natalie Gray, Peter Azzopardi, Mick Creati (2011), "Adolescent fertility and family planning in East Asia and the Pacific: a review of DHS reports", Reproductive Health, 8 (1), pp.11.
7. Mosher WD, Jones J (2010), "Contraceptive use in the United States:1982-2008", Vital and health statistics, 23(29).
8. Nguyễn Hữu Dũng (1998) Giáo dục giới tính, Nhà xuất

Kiến thức về sử dụng thuốc ngừa thai phối hợp: biết uống viên thuốc ngừa thai phối hợp đầu tiên vào ngày thứ nhất đến ngày thứ 5 của chu kỳ kinh là 21.1%; biết uống mỗi ngày một viên và vào giờ nhất định cho đến khi hết vỉ thuốc là 26.9%; biết quên một viên uống ngay khi nhớ ra và tiếp tục uống đúng giờ viên thuốc ngày hôm đó là 12.5%; biết quên hai viên uống ngay hai viên khi nhớ ra, ngày hôm sau uống thêm hai viên, rồi tiếp tục mỗi ngày một viên như thường lệ là 1%; biết quên 3 viên, ngừng uống và dùng một BPTT khác là 1%; biết uống viên đầu tiên của vỉ 21 viên kế tiếp là 1%; biết uống viên đầu tiên của vỉ 28 viên kế tiếp là 1.9%.

Kiến thức về sử dụng thuốc TTKC: có 58.7% nữ vị thành niên biết uống thuốc tránh thai khẩn cấp có thể gây rối loạn kinh nguyệt; 52.1% biết uống thuốc đúng theo hướng dẫn sử dụng thuốc; chỉ có 7.7% trả lời đúng dùng thuốc tránh thai khẩn cấp tối đa 2 lần/tháng. Có đến 72.1% nữ vị thành niên không biết cách sử dụng thuốc TTKC trong thời điểm hiện nay.

Những rào cản nhiều nhất mà nghiên cứu này ghi nhận là:Thành kiến của xã hội về vấn đề sức khỏe sinh sản VTN, thiếu kiến thức về các BPNT, BPTT.

bản giáo dục.
9. Nguyễn Hoàng Lam (2009), Kiến thức và thực hành về các biện pháp tránh thai hiện đại của nữ công nhân Quận 9- thành phố Hồ Chí Minh, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học y dược TP. HCM.
10. Trần Thị Lợi, Phùng Khánh Lâm (2010) "Khảo sát lý do không sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại và nhu cầu chăm sóc sức khỏe sinh sản ở nữ vị thành niên phá thai tại bệnh viện Từ Dũ tháng 5-6/2009". Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 14(1), tr.290- 295.
11. Hội Kế hoạch hóa gia đình Việt Nam (2011), Báo cáo năm 2011.
12. Lê Nhất Nguyên (2003), Kiến thức, thái độ, hành vi về có thai và các biện pháp tránh thai của nữ sinh trung học thành phố Hồ Chí Minh, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học y dược TP.HCM, tr. 48.
13. Triệu Thị Ngọc Thu, Nguyễn Thị Bảo Hiếu (2010), "Kiến thức, kinh nghiệm và ý kiến của thanh niên sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp", Tạp chí y học, Đại học y dược TP.Hồ Chí Minh, tập14(4), tr.51-56.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HÚT THUỐC LÁ VỚI CHẤT LƯỢNG TINH TRÙNG NAM GIỚI ĐẾN KHÁM HIẾM MUỘN TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Hoàng Bảo Sơn⁽¹⁾, Nguyễn Đỗ Nguyên⁽²⁾
(1) Bệnh viện Từ Dũ, (2) Đại học Y Dược TP.HCM

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tình trạng hiếm muộn gây lo âu, ảnh hưởng tâm lý không chỉ của các cặp vợ chồng mà cho cả gia đình họ. Bên cạnh đó việc điều trị lại đòi hỏi nhiều chi phí, thời gian. 40% nguyên nhân hiếm muộn do nam giới trong đó, suy giảm chất lượng tinh trùng là nguyên nhân chủ yếu, nhiều nghiên cứu đã cho thấy mối liên quan giữa thói quen hút thuốc tới chất lượng của tinh trùng. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu bệnh chứng tiến hành trên bệnh nhân nam đến khám hiếm muộn có làm xét nghiệm tinh dịch đồ tại khoa Hiếm muộn bệnh viện Từ Dũ trong thời gian 02/2014 – 06/2014. Phỏng vấn các yếu tố nhân khẩu, xã hội, thói quen uống rượu, hút thuốc trên nhóm bệnh và nhóm chứng. **Kết quả:** Khảo sát 360 trường hợp nam giới đến khám hiếm muộn tại bệnh viện Từ Dũ Tỉ lệ hút thuốc trong nhóm tinh dịch đồ bất thường: 68,5%, Tỉ lệ hút thuốc trong nhóm tinh dịch đồ bình thường: 33,9%, Những người hút thuốc có khả năng bất thường mật độ tinh trùng gấp 3,19 lần (KTC 95% 1,80-5,77) so với những người không hút thuốc, Những người hút thuốc có khả năng bất thường độ di động tinh trùng gấp 3,08 lần (KTC 95% 1,85-5,19) so với những người không hút thuốc. Những người hút thuốc có khả năng bất thường hình thái tinh trùng gấp 4,42 lần (KTC 95% 2,77-7,05) so với những người không hút thuốc. **Kết luận:** hút thuốc lá làm gia tăng bất thường chất lượng tinh trùng về mật độ, độ di động

và hình thái tinh trùng. **Từ khóa:** hút thuốc, tinh dịch đồ, nam giới.

Abstract

RELATIONSHIP BETWEEN SMOKING CIGARETTE WITH SPERM QUALITY IN TU DU HOSPITAL
Objective: Infertility causes anxiety, psychological impact not only the couple but also for their families, besides the treatment requires much cost, time. 40 % to the cause infertility men in it, declining sperm quality are the primary cause, many studies have shown an association between smoking habits of sperm quality. **Methods:** case-control study conducted in patients with male infertility have examined semen testing in Tu Du hospital in time 02/2014 - 06/2014. Interviews with demographic factors, social, drinking habits, smoking on disease group and the control group. **Results:** 360 subjects were recruited. Smoking rates among abnormal semen analysis: 68.5%, Smoking rates among normal semen: 33.9%, Smokers capable of abnormal sperm concentration than 3.19 times (95% CI 1.80 to 5.77) compared with non-smokers, smokers These extraordinary ability the sperm cell was 3.08 times higher (95% CI 1.85 to 5.19) compared with non-smokers, Smokers capable abnormal sperm morphology than 4.42 times (CI 95% 2.77 to 7.05) compared with non-smokers. **Conclusions:** Smoking increases the extraordinary quality of sperm density, mobility and sperm morphology. **Keywords:** smoking, semen, male.

1. Đặt vấn đề

Tình trạng hiếm muộn gây lo âu, ảnh hưởng tâm lý không chỉ của các cặp vợ chồng mà cho cả gia đình họ. bên cạnh đó việc điều trị lại đòi hỏi nhiều chi phí, thời gian. 40% nguyên nhân hiếm muộn do nam giới trong đó, suy giảm chất lượng tinh trùng là nguyên nhân chủ yếu. Thói quen hút thuốc cũng có thể ảnh hưởng nghiêm trọng tới chất lượng của tinh trùng. Mitra A (2012) nghiên cứu trên 178 nam hút thuốc và 126 người ở nhóm chứng cho thấy ở miền Đông Ấn Độ cho

thấy hút thuốc có liên quan đến sự thay đổi chất lượng tinh dịch và mối liên quan có ý nghĩa thống kê[4].

Collodel và cộng sự [1] nghiên cứu cho thấy mật độ tinh trùng giảm có ý nghĩa thống kê trong 3 nhóm nghiện thuốc lá nặng (p<0,05) so với nhóm nghiện thuốc lá ít và nhóm không hút thuốc, tuy nhiên, chất lượng tinh trùng ở những nam giới vô sinh không rõ nguyên nhân có vẻ ít bị ảnh hưởng bởi thuốc lá, nghiên cứu cũng khuyên nên dùng hút đặc biệt ở nhóm nghiện thuốc lá nặng.

Nghiên cứu của Nadeem và cộng sự cho thấy tỷ lệ dưới 5% tình trạng di động trên nhóm không hút thuốc và hút thuốc (nhẹ, vừa, nặng) lần lượt là 33,3% và 66,7%, mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p=0,04$) [5].

Nhằm đánh giá tác động của thuốc lá đối với chất lượng tinh dịch đồ của nam giới đến khám tại bệnh viện Từ Dũ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “mối liên quan giữa hút thuốc lá với chất lượng tinh trùng nam giới đến khám hiếm muộn tại bệnh viện Từ Dũ” với câu hỏi nghiên cứu: Có hay không mối liên quan giữa hút thuốc lá trên tinh dịch đồ nam giới đến khám hiếm muộn tại bệnh viện Từ Dũ?

Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu tổng quát:

Xác định mối liên quan giữa hút thuốc lá với chất lượng tinh trùng nam giới đến khám hiếm muộn tại bệnh viện Từ Dũ.

Mục tiêu chuyên biệt

1. Xác định tỷ lệ nam giới hút thuốc lá trong nhóm có chỉ số tinh trùng bất thường và bình thường.
2. Xác định mối liên quan giữa hút thuốc lá và chỉ số tinh trùng sau khi kiểm soát các yếu tố gây nhiễu

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu bệnh chứng.

2.2. Dân số nghiên cứu

Dân số mục tiêu: nam giới đến khám hiếm muộn tại bệnh viện Từ Dũ.

Dân số nghiên cứu: nam giới đến khám hiếm muộn tại bệnh viện Từ Dũ có làm xét nghiệm tinh dịch đồ.

Dân số chọn mẫu: nam giới đến khám hiếm muộn tại bệnh viện Từ Dũ có làm xét nghiệm tinh dịch đồ.

2.3. Cỡ mẫu:

$$p_2 = \frac{p_1 OR}{1 + p_1(OR - 1)}$$
$$p = \frac{p_1 + rp_2}{1 + r}$$
$$n' = \frac{Z_{1-\alpha/2}\sqrt{(r+1)p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{rp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{r(p_2 - p_1)^2}$$

$N=n'+n'$

P_1 : tỷ lệ hút thuốc lá trong nhóm có Tinh dịch đồ bình thường,

P_2 : tỷ lệ hút thuốc lá trong nhóm có Tinh dịch đồ bất thường

OR: tỷ số số chênh: chọn $OR = 2$

r: tỷ lệ nhóm bệnh, nhóm chứng: chọn 1 “bệnh”: 1 “chứng”

α : sai lầm loại I, $\alpha = 0,05$, với độ tin cậy 95%, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

β : sai lầm loại II, $\beta=0.2$, với 80% power: $Z_{1-\beta/2} = 0,8$

n' : cỡ mẫu ở nhóm “bệnh”

N: cỡ mẫu chung

Chọn $p_1=0,639$ [6]

Cỡ mẫu cho nghiên cứu: 354

2.4. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

2.4.1.Tiêu chuẩn chọn vào

- Nam giới từ 21 tuổi trở lên.
- Không mắc các bệnh lý nội khoa trong 3 năm trở lại đây (tim mạch, thận, tiểu đường...).

- Không sử dụng bất cứ biện pháp tránh thai trong thời gian 12 tháng qua trở lên.

2.4.2.Tiêu chuẩn loại trừ

- Mắc các bệnh liên quan đến vô sinh do nguyên nhân thực thể (giãn tĩnh mạch thừng tinh, viêm tinh hoàn).

- Tiền sử chấn thương bộ phận sinh dục.

- Nam giới từng có nghề nghiệp tiếp xúc hóa chất độc hại (chì, thủy ngân, giầy da).

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.5. Chọn mẫu

– Đối với nhóm bệnh: Chọn lần lượt các trường hợp có tinh dịch đồ bất thường thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu phỏng vấn vào nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu cần thiết

– Đối với nhóm chứng: Chọn lần lượt các trường hợp có tinh dịch đồ bình thường thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu phỏng vấn vào nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu cần thiết.

2.6. Thu thập số liệu

– Tiến hành phỏng vấn thử bộ câu hỏi với 20 đối tượng.

– Bộ câu hỏi sẽ được chỉnh sửa cho phù hợp trước khi tiến hành thực hiện nghiên cứu.

– Huấn luyện cách phỏng vấn cho 5 nữ hộ sinh công tác tại phòng khám, Khoa Hiếm muộn bệnh viện Từ Dũ

– Xác định nhóm nghiên cứu khi cặp vợ chồng gặp bác sĩ tư vấn về kết quả xét nghiệm và khám trong lần này. Mời tham gia nghiên cứu các trường hợp đến kiểm tra tinh dịch đồ tại bệnh viện Từ Dũ

– Người nghiên cứu và 5 hộ sinh sẽ tham gia phỏng vấn trực tiếp từng đối tượng tại phòng khám nam khoa, Khoa hiếm muộn, bệnh viện Từ Dũ khi đối tượng gặp bác sĩ tư vấn về kết quả lần xét nghiệm

– Nếu đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu, sẽ được phỏng vấn bằng câu hỏi đánh giá chất lượng tinh trùng và mối liên quan tiền sử hút thuốc, uống rượu, và một số yếu tố nguy cơ khác

3. Kết quả nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm thời quen hút thuốc, tần số và (%)

	Tinh dịch đồ		OR (KTC 95%)	P
	Bất thường (n=181)	Bình thường (n=179)		
Hiện hút thuốc			4,42 (2,78-7,01)	<0,01
Có	124 (68,5)	59 (33,9)		
Không	57 (31,5)	120 (67,1)		
Mức độ hút mỗi ngày			2,58 (1,96-3,38)	<0,01
Không hút	57 (31,5)	120 (67,0)		
<10 điều/ngày	58 (32,0)	43 (24,0)		
10-20 điều/ngày	38 (21,0)	13 (7,3)		
> 20 điều/ngày	27(15,5)	3 (1,7)		

– Hút thuốc làm tăng 4,42 lần (KTC 95% 2,78-7,01) khả năng bất thường Tinh dịch đồ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

– So với nhóm không hút thuốc, có mối liên quan có tính khuynh hướng giữa số điều thuốc và kết quả bất thường tinh dịch đồ, khi mức độ hút tăng 1 mức độ làm tăng kết quả bất thường 2,58 lần (KTC 95% 1,96-3,38), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Bảng 2. Mô hình đa biến giữa thói quen hút thuốc và tinh dịch đồ có kiểm soát các yếu tố gây nhiễu

Kết quả bất thường	OR điều chỉnh	KTC 95%	p
Có hút thuốc và có uống rượu	1,90	1,07-3,38	0,03
Có hút thuốc và không uống rượu	28,55	10,73-75,9	0,02
Tuổi	0,61	0,42-0,91	0,02
BMI (thừa cân)	0,47	0,24-0,92	0,03
Có ngồi ghế cứng	1,82	1,324,81	0,02
Có uống rượu	5,76	2,7-12,27	<0,01

– Sau khi kiểm soát với các yếu tố gây nhiễu như tuổi, BMI, thói quen ngồi ghế cứng, uống rượu, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tinh dịch đồ và thói quen hút thuốc hàng ngày,

o Trong nhóm có uống rượu, hút thuốc làm tăng 1,9 lần (KTC 95% 1,07-3,38) khả năng tinh dịch đồ bất thường so với nhóm không hút.

o Trong nhóm không có uống rượu, hút thuốc làm tăng 28,55 lần (KTC 95% 10,73-75,9) khả năng tinh dịch đồ bất thường so với nhóm không hút.

Bảng 3. Mô hình đa biến giữa mức độ hút và Tinh dịch đồ có kiểm soát các yếu tố gây nhiễu

Kết quả bất thường	OR điều chỉnh	KTC 95%	p
Mức độ hút và có uống rượu	1,83	1,32-2,55	<0,01
Mức độ hút và không uống rượu	5,58	2,91-10,71	<0,01
Nhóm tuổi	0,68	0,46-1,00	0,05
BMI (thừa cân)	0,57	0,29-1,10	0,09
Thường xuyên ngồi ghế cứng	1,64	0,9-2,67	0,05
Có uống rượu	3,59	0,11-0,56	<0,01

– Sau khi kiểm soát với các yếu tố gây nhiễu như tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, uống rượu, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tinh dịch đồ và mức độ hút hàng ngày, ($p<0,05$)

o Trong nhóm có uống rượu, mức độ hút tăng 1 đơn vị sẽ làm tăng 1,83 lần (KTC 95% 1,32-2,55) khả năng tinh dịch đồ bất thường so với nhóm không hút.

o Trong nhóm không có uống rượu, mức độ hút tăng 1 đơn vị làm tăng 5,58 lần (KTC 95% 2,91-10,71) khả năng tinh dịch đồ bất thường so với nhóm không hút.

Bảng 4. Mô hình đa biến giữa mức độ hút và mật độ tinh trùng có kiểm soát các yếu tố gây nhiễu

Kết quả bất thường	OR điều chỉnh	KTC 95%	p
Mức độ hút và có uống rượu	1,45	1,08-1,97	0,01
Mức độ hút và không uống rượu	2,29	1,49-3,54	<0,01
Có uống rượu	3,17	2,65-5,83	<0,01

– Sau khi kiểm soát với yếu tố gây nhiễu uống rượu, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mật độ tinh trùng và mức độ hút thuốc hàng ngày ($p<0,05$),

o Trong nhóm uống rượu, khi mức độ hút tăng 1 đơn vị 10 điều sẽ làm tăng 1,45 lần (KTC 95% 1,08-1,97) khả năng bất thường mật độ tinh trùng.

o Trong nhóm không uống rượu, khi mức độ hút tăng 1 đơn vị 10 điều sẽ làm tăng 2,29 lần (KTC 95% 1,49-3,54) khả năng bất thường mật độ tinh trùng.

Bảng 5. Mô hình đa biến giữa thói quen hút thuốc và độ di động tinh trùng có kiểm soát các yếu tố gây nhiễu

Kết quả bất thường	OR điều chỉnh	KTC 95%	p
Hút dưới 10 điều và mặc quần bó sát	0,84	0,35-2,02	0,70
Hút 10-20 điều và mặc quần bó sát	0,32	0,07-1,53	0,16
Hút trên 20 điều và mặc quần bó sát	0,72	0,1-5,03	0,75
Hút dưới 10 điều và mặc quần thường	3,06	1,70-5,51	<0,01
Hút 10-20 điều và mặc quần thường	4,31	1,82-10,17	<0,01
Hút trên 20 điều và mặc quần thường	34,45	4,02-294,6	<0,01
Nhóm tuổi	0,71	0,954,84	0,06
Có mặc quần lót thường	2,15	0,72-2,02	<0,01

– Sau khi kiểm soát với các yếu tố tương tác là biến số quần lót có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa độ di động tinh trùng và mức độ hút thuốc,

– Trong nhóm mặc quần lót thường

o Hút dưới 10 điều/ngày làm tăng khả năng bất thường độ di động gấp 3,06 lần (KTC 95% 0,35-2,02) so với nhóm không hút

o Hút 10-20 điều/ngày làm tăng khả năng bất thường độ di động gấp 4,31 lần (KTC 95% 1,82-10,17) so với nhóm không hút

o Hút trên 20 điều/ngày làm tăng khả năng bất thường độ di động gấp 34,45 lần (KTC 95% 4,02-294,6) so với nhóm không hút

Bảng 6. Mô hình đa biến giữa số điều thuốc và hình thái tinh trùng có kiểm soát các yếu tố gây nhiễu

– Sau khi kiểm soát với các yếu tố gây nhiễu như tuổi, BMI, uống rượu, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hình thái tinh trùng và số điều thuốc hút ngày.

Bảng 6. Mô hình đa biến giữa số điều thuốc và hình thái tinh trùng có kiểm soát các yếu tố gây nhiễu

Kết quả bất thường	OR	KTC 95%	p
Số điều và có uống rượu	1,79	1,29-2,49	<0,01
Số điều và không uống rượu	5,69	2,95-10,93	<0,01
30-39 tuổi	0,56	0,33-0,91	0,02
Trên 40 tuổi	0,60	0,22-1,54	0,27
BMI (thừa cân)	0,50	0,25-1,02	0,05
Thường xuyên ngồi ghế cứng	1,82	1,11-2,99	0,02
Có uống rượu	3,31	1,92-7,22	<0,01

o Trong nhóm có uống rượu, khi mức độ hút tăng 1 đơn vị thì khả năng bất thường hình thái tăng 1,79 lần (KTC 95% 1,29 – 2,49).

o Trong nhóm không có uống rượu khi mức độ hút tăng 1 đơn vị thì khả năng bất thường hình thái tăng 5,69 lần (KTC 95% 2,95-10,93).

4. Bàn luận

Sau khi kiểm soát với các yếu tố gây nhiễu như tuổi, BMI, thói quen ngồi ghế cứng, uống rượu, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tinh dịch đồ và thói quen hút thuốc hàng ngày, và có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tinh dịch đồ bất thường và mức độ hút hàng ngày. Kết quả này tương tự kết quả của tác giả Gaur nghiên cứu tại Singapore năm 2007[2]. Gaur tuy không phân tích đa biến nhưng tiêu chí loại trừ trong nghiên cứu rất chặt chẽ, (loại trừ nhóm trên 45 tuổi, nhóm không uống rượu và nhóm không có tiền sử quai bị, mắc bệnh lây qua đường tình dục, đã từng hút thuốc trước đây) nên kết quả khá chính xác, có sự khác biệt giữa hình thái bất thường của tinh trùng và nhóm hút thuốc lá nhiều (trên 40 điều/ngày) so với nhóm không hút thuốc (p =0,03).

Trong phân tích đơn biến, có mối liên quan giữa tinh dịch đồ và nhóm tuổi, thói quen ngồi ghế cứng và loại quần lót thường mặc. Tuy nhiên kết quả của mô hình hồi quy logistic chỉ còn lại mối liên quan giữa tinh dịch đồ bất thường với các yếu tố ngồi ghế cứng thường xuyên, nhóm tuổi và thừa cân.

Tài liệu tham khảo

1. Collodel, G., Capitani, S., Pammolli, A., Giannerini, M., Morreti, E. (2010), "Semen quality of male idiopathic smokers and non smokers: an ultrastructural study". Journal of Andrology, 31(2), 108-113.

2. Gaur, D. S., Talekar, M., Pathak, V. P. (2007), "Effect of cigarette smoking on semen quality of infertile men". Singapore Med J, 48(2), 119-123.

3. Joo, K. J., Kwon, Y. W., Myung S.C., Kim, T. H. (2012), "The effect of Smoking and Alcohol intake on Sperm Quality: Light and Transmission Electron Microscopy Findings". Journal of International Medical Research, 40(6), 2327.

Tác dụng bảo vệ của nhóm tuổi không thể là một tác dụng có thật, và có thể được lý giải do mẫu nghiên cứu được chọn ở bệnh viện Từ Dũ.

4.1 Ảnh hưởng của uống rượu với tinh dịch đồ

Trong tất cả các phân tích đa biến, có uống rượu gia tăng nguy cơ bất thường tinh dịch đồ, giảm mật độ tinh trùng, và bất thường hình thái tinh trùng.

Nhiều nghiên cứu đã đánh giá uống rượu là một trong những yếu tố nguy cơ ảnh hưởng chất lượng tinh dịch đồ do thay đổi hệ thống nội tiết kiểm soát các vùng dưới đồi – tuyến yên – tinh hoàn, quá trình oxy hóa của rượu cạnh tranh với sản xuất tinh hoàn của testosterone, làm giảm khối lượng tinh dịch và mật độ của tinh trùng.

Nghiên cứu của Joo và cộng sự ghi nhận uống rượu làm tăng khả năng bất thường về hình thái tinh trùng [3], trong nghiên cứu này, nhóm uống rượu (được định nghĩa là tiêu thụ trên 14,5g /ngày) có khả năng bất thường hình thái gấp 2,47 lần so với nhóm không uống rượu và mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu này uống rượu là một yếu tố tương tác với hút thuốc lá để gây ra những bất thường của tinh dịch đồ, cũng như những bất thường khác của tinh trùng. Tác dụng nguy cơ của hút thuốc lá là thấp hơn ở nhóm có hút và có uống rượu so với nhóm chỉ hút thuốc nhưng không uống rượu. Uống rượu tự nó làm tăng nguy cơ bất thường tinh dịch đồ cũng như bất thường tinh trùng. Tuy nhiên, giữa uống rượu và hút thuốc lá có liên quan thuận, người uống rượu có nhiều khả năng để hút thuốc lá. Chính vì ở nhóm có uống rượu hầu hết có hút thuốc lá làm cho tỉ lệ có hút thuốc lá ở hai nhóm bệnh và chúng là tương đương, và hậu quả là làm giảm mức độ kết hợp.

5. Kết luận

Hút thuốc lá thường xuyên là một trong những nguyên nhân chính làm gia tăng bất thường chất lượng tinh trùng về mật độ, độ di động và hình thái tinh trùng.

4. Mitra, A., Chakraborty, B., Mukhopadhyay, D., Pal, M., Mukherjee, S., Banerjee, S., et al. (2012), "Effect of smoking on semen quality, FSH, testosterone level, and CAG repeat length in androgen receptor gene of infertile men in an Indian city". Syst Biol Reprod Med, 58(5), 255-262.

5. Nadeem, F., Fahim, A., Bugti, S. (2012), "Effects of cigarette smoking on male infertility". Turk J Med Sci, 42(2), 1400-1405.

6. Trummer, H., Habermann, H., Haas, J., Pummer, K. (2002), "The impact of cigarette smoking on human semen parameters and hormones". Human Reproduction, 17(6), 1554-1559.

TỈ LỆ HIỆN MẮC HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NHÂN VIÊN BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Lê Ngọc Vân⁽¹⁾, Nguyễn Văn Tập⁽²⁾

(1) Bệnh viện Từ Dũ, (2) Đại học Y Dược TP.HCM

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Hội chứng chuyển hóa là một nhóm các yếu tố nguy cơ gây bệnh nguy hiểm nhất: đái tháo đường, tim mạch, tăng huyết áp. Hội chứng chuyển hóa làm tăng nguy cơ mắc đái tháo đường nếu người bệnh không thay đổi thói quen sống có hại để điều chỉnh tình trạng đề kháng insulin và đường huyết cứ tiếp tục tăng cao. Bệnh có thể ngăn ngừa được nếu phát hiện sớm, điều trị sớm và dự phòng nghiêm ngặt. Vì công tác chăm sóc sức khỏe nhân viên y tế, công tác dự phòng và điều trị một số bệnh không lây cho cán bộ công nhân viên có đặc thù nghề nghiệp riêng là điều cần thiết. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ nhân viên Bệnh viện Từ Dũ hiện mắc hội chứng chuyển hóa và các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả từ tháng 4/2014 đến tháng 1/2015 trên 264 nhân viên bệnh viện Từ Dũ đạt các tiêu chí đầu vào cho nghiên cứu. **Kết quả nghiên cứu:** trong 264 nhân viên Bệnh Viện Từ Dũ, tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn Hội Đái tháo đường quốc tế là 12,9%. Giảm HDL-C là 45,5%, trong đó, nữ giới là 37,5%; nam là 8,0%; ở nhóm tuổi 30 – 39 tuổi có tỉ lệ 17,4% cao hơn các nhóm tuổi còn lại. Tăng triglycerid là 30,7%, trong đó, nữ giới có tỉ lệ 18,6%; nam là 12,1%; ở nhóm tuổi 30 – 39 tuổi có tỉ lệ 9,9% cao hơn các nhóm tuổi còn lại. Béo bụng là 26,5%, trong đó, nữ giới có tỉ lệ 20,4% so với nam là 6,1%; ở nhóm tuổi 40 – 49 tuổi có tỉ lệ 8,7% cao hơn các nhóm tuổi còn lại. Nam giới có tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa cao hơn nữ giới 3 lần. Nhân viên ≥ 50 tuổi có tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa cao hơn nhân viên không có tiền sử tăng huyết áp. Sau khi kiểm soát bằng mô hình đa biến, nhân viên hút thuốc lá có tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa cao gấp 2,91 lần so với nhân viên không hút thuốc lá. Nhân viên có tiền sử rối loạn lipid có tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa gấp 4,5 lần so với nhân viên không có tiền sử rối loạn lipid. Nhân viên ăn uống nhiều đường có tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa gấp 2,35 lần so với nhân viên ăn uống ít đường. **Kết luận:** trong 264 nhân viên Bệnh Viện Từ Dũ, tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn

Hội Đái tháo đường quốc tế là 12,9% và yếu tố của hội chứng chuyển hoá có tỉ lệ cao là chất béo có tỉ trọng cao (cholesterol có lợi, triglycerid, béo bụng. Các yếu tố liên quan đến mắc hội chứng chuyển hoá bao gồm giới tính, nhóm tuổi, tiền sử tăng huyết áp, tiền sử rối loạn lipid, hút thuốc lá và ăn uống nhiều đường. **Từ khóa:** hội chứng chuyển hóa, IDF, yếu tố liên quan.

Abstract

THEO PREVALENCE OF METABOLIC SYNDROME OF STAFF TU DU HOSPITAL

Background: Metabolic syndrome is a group of risk factors for the most dangerous pathogens: diabetes, heart disease, hypertension. Metabolic syndrome increases the risk of diabetes if the patient does not change the harmful habits to adjust the status of insulin resistance and blood sugar continues to rise. The disease can be prevented if detected early, early treatment and prevention strict. Because health care health workers, prevention and treatment of non-communicable diseases to workers and employees own particular profession is essential. **Objective:** determine the prevalence of metabolic syndrome of Tu Du Hospital staff and related factors. **Methods:** cross-sectional descriptive study from 4/2014 to 1/2015, 264 Tu Du hospital staff to achieve the input criteria for the study. **Results:** 264 employees Tu Du Hospital, the prevalence of metabolic syndrome according to International Diabetes Federation was 12.9%. Reduced HDL-C was 45.5%, of which 37.5% are women; men was 8.0%; in the age group 30-39 years old have a higher rate of 17.4% for the remaining age groups. Increases in triglycerides was 30.7%, in which female ratio 18.6%; 12.1% male; in the age group 30-39 years old have a higher rate of 9.9% for the remaining age groups. Abdominal obesity was 26.5%, in which female ratio of 20.4% compared with 6.1% for men; in the age group 40-49 years old have a higher rate of 8.7% for the remaining age groups. Men prevalence of metabolic syndrome than women 3 times. Employees ≥ 50 years of age with the prevalence of metabolic syndrome is higher than staff from 20-29 years old. Employees with a history

of hypertension prevalence of metabolic syndrome is higher than workers with no history of hypertension. After controlling by multivariate models. Staff smoking prevalence of metabolic syndrome, higher than 2.91 times the employees do not smoke. Employees with a history of lipid disorders prevalence of metabolic syndrome than 4.5 times the employee does not have a history of lipid disorders. Employees eating more sugar prevalence of metabolic syndrome than 2.35 times the staff eating less

sugar. **Conclusions:** 264 employees at Tu Du Hospital, the prevalence of metabolic syndrome according to International Diabetes Federation was 12.9% and factors of the metabolic syndrome have a high rate of fat can lead high density (good cholesterol), triglycerides, abdominal obesity. The factors related to the metabolic syndrome, including gender, age, history of hypertension, history of lipid disorders, smoking and eating more sugar. **Keyword:** metabolic syndrome, IDF, related factors.

1. Đặt vấn đề

Hội chứng chuyển hóa là một nhóm các yếu tố nguy cơ gây bệnh nguy hiểm nhất: đái tháo đường, tim mạch, tăng huyết áp. Theo Tổ chức y tế thế giới ước tính có khoảng 20-25% cộng đồng người lớn trên toàn thế giới mắc hội chứng chuyển hóa và có nguy cơ tử vong vì bệnh tim mạch gấp 2 lần và đột quỵ gấp 3 lần, đái tháo đường gấp 5 lần so với người không có hội chứng chuyển hóa. Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa tăng dần theo tuổi, tuổi càng cao càng có nguy cơ mắc nhiều hơn. Tại Mỹ tần số này là 23,7% điều chỉnh theo tuổi. Tần số này tăng theo tuổi 20-29 tuổi 6,7%, 60-69 tuổi 43,5% và trên 70 tuổi 42,0% [7].

Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa trong cộng đồng ngày càng gia tăng. Nghiên cứu về tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa ở đối tượng trong lứa tuổi lao động, cho thấy 28,9% trên người trưởng thành tại Hà Nội theo tác giả Nguyễn Quốc Việt, theo tác giả Nguyễn Viết Quỳnh Thư là 22% trên nhân viên ngành y tế Thành phố Hồ Chí Minh [6] [4].

Bệnh có thể ngăn ngừa được nếu phát hiện sớm, điều trị sớm và dự phòng nghiêm ngặt. Vì công tác chăm sóc sức khỏe nhân viên y tế, công tác dự phòng và điều trị một số bệnh không lây cho cán bộ công nhân viên có đặc thù nghề nghiệp riêng là điều cần thiết. Một trong những bệnh viện có đặc thù nghề nghiệp riêng là bệnh viện Từ Dũ - chuyên về sản phụ khoa với số lượng đông đảo hơn hai ngàn người, trong đó có 84,9% nữ giới, làm việc nhiều, vất vả, trực gác thường xuyên, ăn nhiều thức ăn nhanh trong các tua trực và ít có thời gian hoạt động giải trí. Trong ba năm gần đây có nhiều trường hợp bị tai biến mạch máu não trên nền cơ thể mắc bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hậu quả ảnh hưởng nặng nề đến sinh hoạt cá nhân và công việc.

2. Câu hỏi nghiên cứu:

Tỷ lệ nhân viên Bệnh viện Từ Dũ hiện mắc hội chứng chuyển hóa là bao nhiêu và yếu tố nào liên quan đến mắc hội chứng chuyển hóa?

Mục tiêu chung

Xác định tỷ lệ nhân viên Bệnh viện Từ Dũ hiện mắc hội chứng chuyển hóa và các yếu tố liên quan

Mục tiêu cụ thể

- 1. Xác định tỷ lệ nhân viên Bệnh viện Từ Dũ hiện mắc hội chứng chuyển hóa năm 2014
- 2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến mắc hội chứng chuyển hóa của nhân viên Bệnh viện Từ Dũ năm 2014

3. Đối tượng - phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 264 nhân viên bệnh viện Từ Dũ. Dân số mục tiêu: tất cả nhân viên bệnh viện Từ Dũ. Dân số chọn mẫu: Các nhân viên Bệnh viện Từ Dũ được chọn là người đạt các tiêu chí đầu vào cho nghiên cứu từ tháng 4/2014 đến tháng 1/2015.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Các cán bộ nhân viên của bệnh viện Từ Dũ

Tiêu chuẩn loại trừ

Phụ nữ có thai, suy chức năng thận, suy chức năng gan, suy giáp, đang dùng hormon thay thế, đang mắc các bệnh nhiễm trùng, bệnh cấp tính khác.

Phương pháp tiến hành: sau khi nhân viên được giải thích mục tiêu nghiên cứu, nếu đồng ý sẽ ký vào bảng đồng thuận tham gia nghiên cứu. Phòng vấn theo bộ câu hỏi đã chuẩn bị trước (tham khảo theo bộ câu hỏi của tổ chức y tế thế giới (WHO) và có hiệu chỉnh cho phù hợp với đối tượng nghiên cứu). Do đối tượng nghiên cứu tự trả lời. Sau đó, kết hợp với Phòng y tế cơ quan đo chiều cao, cân nặng, vòng eo, đo huyết áp, tiếp theo, phối hợp với khoa xét nghiệm thu thập kết quả máu: triglycerid (TG), chất béo có tỉ trọng cao (HDL-C), đường huyết lúc đói trong đợt khám sức khỏe định kỳ. Cuối cùng sẽ tập

hợp tất cả các phiếu điều tra, kết quả cân, đo và sinh hóa rồi làm sạch số liệu và hoàn tất việc thu thập.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: dựa vào định nghĩa mới về hội chứng chuyển hóa (HCCH) của Hội Đái tháo đường quốc tế (IDF) [7], một người được chẩn đoán HCCH phải có

- Béo phì trung tâm là yếu tố then chốt, xác định khi vòng eo $\geq 90\text{cm}$ đối với nam và $\geq 80\text{cm}$ đối với nữ.

- Kèm theo bất kỳ 2 trong số 4 yếu tố sau

a. Biến số xác định huyết áp

Dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán của IDF [7]: huyết áp tâm thu (HATT) $\geq 130\text{ mmHg}$ và/hoặc huyết áp tâm trương (HATTr) $\geq 85\text{ mmHg}$ hoặc đang dùng thuốc điều trị tăng huyết áp (THA).

b. Biến số xác định tăng glucose máu đói:

Tiêu chuẩn xác định tăng đường máu đói khi xét nghiệm máu tĩnh mạch trước đó 8 giờ không ăn (thường lấy máu buổi sáng-qua đêm không ăn). Tăng đường máu khi glucose máu đói $\geq 5,6\text{ mmol/l}$ (100 mg/dl) - Tiêu chuẩn IDF [7].

Hoặc nhân viên đã được chẩn đoán đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2.

c. Biến số xác định rối loạn lipid máu

- Tiêu chuẩn triglycerid $\geq 1,7\text{ mmol/l}$ (150 mg/dl).

- Tiêu chuẩn HDL-C: $< 1,03\text{ mmol/l}$ (40 mg/dl) đối với nam; $< 1,29\text{ mmol/l}$ (50 mg/dl) đối với nữ.

Hoặc đang điều trị rối loạn lipid máu [7].

Nếu phát hiện nhân viên mắc hội chứng chuyển hóa sẽ được phòng y tế cơ quan tư vấn và điều trị thích hợp. Các dữ kiện thu thập được mã hoá và phân tích bằng phần mềm Stata 12.

4. Kết quả và bàn luận

1. Tỷ lệ nhân viên bệnh viện Từ Dũ hiện mắc hội chứng chuyển hoá theo tiêu chuẩn Hội Đái tháo đường quốc tế

Hội chứng chuyển hóa và các biến chứng rất nguy hiểm của nó, do sự kết hợp các yếu tố như béo phì bụng, huyết áp cao, đường máu đói cao, HDL-C giảm và triglycerid cao. Trong 264 nhân viên Bệnh viện Từ Dũ, tỷ lệ hiện mắc HCCH là 12,9%.

Kết quả của nghiên cứu thấp hơn khi so với một số nước như Mỹ 38,5% [11], Thái lan 24% [8], Trung Quốc 19,8% [16]. Tại Việt Nam, kết quả của nghiên cứu đều thấp hơn khi so với các nghiên cứu của Nguyễn Viết Quỳnh Thư trên nhân viên y tế là 22% [4], nghiên cứu của Hà Văn Phú trên nhân viên đại học Y Hà Nội với tỷ lệ là 14% [3], nghiên cứu của Nguyễn Quốc Việt tại Hà Nội là 28,9% [6]. Điều này cho thấy có thể nghiên cứu khảo sát trên những cán bộ nhân viên công tác trong ngành y tế, lại là một bệnh viện sản khoa có đặc

thù nghề nghiệp riêng với những tính chất công việc khác với các nghiên cứu trên.

Yếu tố giảm HDL-C của HCCH có tỷ lệ cao (45,5%), tỷ lệ giảm HDL-C ở nhóm tuổi 30 – 39 tuổi 17,4% cao hơn các nhóm tuổi còn lại. Tỷ lệ tăng triglycerid (30,7%), trong đó nhóm tuổi 30 – 39 tuổi 9,9% cao hơn các nhóm tuổi còn lại và tỷ lệ béo bụng (26,5%), trong đó nhóm tuổi 40 – 49 tuổi 8,7% cao hơn các nhóm tuổi còn lại. Cả ba yếu tố trên, nữ giới có tỷ lệ cao hơn nam, còn yếu tố tăng huyết áp và tăng đường huyết có tỷ lệ thấp là 17,1% và 6,1%. Kết quả nghiên cứu phù hợp với hầu hết các nghiên cứu dù là trên nhóm người bình thường hoặc trên các nhóm bệnh nhân, có thể liên quan đến hoạt động của nội tiết tố sinh dục và cơ chế sinh lý tích lũy mỡ ở nữ luôn cao hơn nam [2].

Kết quả nghiên cứu tương tự trong nghiên cứu NHANES (1999-2010) so sánh 2 cuộc điều tra (1999-2000) và (2009-2010) theo tiêu chuẩn NCEP cho thấy tỷ lệ tăng vòng eo (45,4% đến 56,1 %) [13]. Tương tự tại Thái lan, nghiên cứu của Aekplakorn W cho thấy yếu tố HCCH thường gặp là giảm HDL –C, tăng TG gặp nhiều ở nam còn béo bụng, giảm HDL –C gặp nhiều ở nữ [8],[9]. Kết quả nghiên cứu khác với nghiên cứu tại Trung Quốc, các yếu tố thường gặp là tăng đường huyết (54%) [16]. Kết quả nghiên cứu tương tự khi so sánh tại Việt Nam, tỷ lệ các yếu tố thường gặp là tăng TG (86,8%), béo bụng (36,9%) [6].

Tỷ lệ mắc HCCH kèm thêm 2 yếu tố khác ngoài yếu tố béo bụng là 12,9%; 3 yếu tố là 5,3% và 4 yếu tố là 2,3%. Kết quả nghiên cứu trên đối tượng có nghề nghiệp đặc thù nên khi so sánh với nghiên cứu khác không có đặc điểm tương đồng với nghiên cứu này thấy kết quả thấp hơn như trên nhân viên phi công, có 21,3% trường hợp đạt 3 tiêu chí và 5,9% trường hợp đạt 4 tiêu chí theo tiêu chuẩn NCEP-ATP III [5]. Nghiên cứu tại Thái Lan cho thấy 15,9% trường hợp đạt 3 tiêu chí và 8,3% đạt 4 tiêu chí, 2,4% đạt 5 tiêu chí [31].

2. Một số yếu tố liên quan đến mắc hội chứng chuyển hoá theo tiêu chuẩn Hội Đái tháo đường quốc tế của nhân viên bệnh viện Từ Dũ

2.1. Phân bố hội chứng chuyển hóa theo tuổi, giới, nghề nghiệp, công việc trực

Bảng 1. Mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa và yếu tố dân số, kinh tế xã hội

2.1.1. Phân bố hội chứng chuyển hóa theo tuổi

Tỷ lệ nhân viên Bệnh viện Từ Dũ ở nhóm ≥ 50 tuổi mắc HCCH cao hơn nhóm 20 – 29 tuổi là 42,1% so với 2,8% với $p < 0,01$. Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu khác. Theo NHANES (2003-2006) tỷ lệ mắc HCCH tăng theo tuổi, cả nam và nữ ở nhóm tuổi 40-

Bảng 1. Mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa và yếu tố dân số, kinh tế xã hội				
Yếu tố	Có HCCH n(%)	Không n(%)	PR	p
Nhóm tuổi				
20 – 29	2 (2,8)	69 (97,2)	1	
30 – 39	9 (11,1)	72 (88,9)	3,94	0,07
40 – 49	7 (9,5)	67 (90,5)	3,36	0,12
≥ 50	16 (42,1)	22 (57,9)	14,95	<0,01
Giới tính				
Nam	13 (28,9)	32 (71,1)	3,01	<0,01
Nữ	21 (9,6)	198 (90,4)		
Nghề nghiệp				
Bác sĩ	8 (13,3)	42 (86,7)	1	
Nhs	14 (9,7)	138 (90,3)	0,72	0,43
Ktv	2 (10,5)	23 (89,5)	0,79	0,75
Hồ lý	5 (23,8)	20 (76,2)	1,79	0,25
Khác	5 (26,3)	7 (73,7)	1,97	1,18
Công việc trực				
Không	4 (13,3)	26 (86,7)		
Có	30 (12,8)	204 (87,2)	0,96	0,93*
*Kiểm định fisher exact				

59 tuổi gấp 3 lần so với nhóm tuổi 20-39 tuổi [11]. Tại Việt Nam, tỉ lệ mắc HCCH tăng tỉ lệ thuận với tuổi như nghiên cứu trên người trưởng thành ở nội thành Hà Nội, nhóm tuổi trên 50 mắc cao hơn nhiều nhóm tuổi dưới 50 tuổi, tỉ lệ lần lượt là 66% và 34% [6]. Tương tự trên nhân viên trường đại học Y Hà Nội, tỉ lệ mắc HCCH tập trung ở độ tuổi trên 45 tuổi [3].

2.1.2. Phân bố hội chứng chuyển hóa theo giới

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ nhân viên Bệnh viện Từ Dũ ở giới nam có tỉ lệ mắc HCCH cao hơn nữ là (trong 45 nam có 28,9% so với 219 nữ có 9,6%) với $p < 0,01$. Kết quả nghiên cứu trên cán bộ nhân viên ngành y chuyên về sản khoa, việc chọn mẫu không cân xứng giữa tỉ lệ nam:nữ, trong đó tỉ lệ nữ có tới 83% (tỉ lệ nữ nhân viên Bệnh viện Từ Dũ là 84,9%), điều này dẫn đến kết quả có sự lệch khác với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Ở Thái lan và Ấn Độ, phụ nữ mắc HCCH cao hơn ở nam giới tương ứng 31,6% so với 16,4% và 31,2% so với 26,5% [8],[14],[19]. Kết quả khác với nghiên cứu người trưởng thành ở nội thành Hà Nội, tỉ lệ mắc HCCH ở nữ là 76,1% cao hơn nam mắc là 23,9% ($p < 0,01$) [6], trong nghiên cứu trên nhân viên y tế của Nguyễn Viết Quỳnh Thư, tỉ lệ mắc HCCH ở nữ là 24,5% cao hơn nam mắc là 14,4% [4].

2.1.3. Phân bố hội chứng chuyển hóa theo nghề nghiệp, công việc trực bệnh viện

Sự liên quan giữa người mắc HCCH và nghề nghiệp, công việc trực bệnh viện không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ nhân viên hiện mắc HCCH ở nhóm nghề nghiệp khác như làm công việc hành chánh là 26,3% cao hơn nhóm bác sĩ với PR = 1,97. Kết quả này gần giống

khi so sánh với nghiên cứu người trưởng thành ở nội thành Hà Nội, tỉ lệ HCCH ở nhóm nghề nghiệp tính tại cao hơn với tính chất nghề nghiệp nặng nhọc tương ứng 84,3% so với 15,7%, nhưng khác kết quả của nghiên cứu này là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) [6]. Tỉ lệ nhân viên hiện mắc HCCH ở nhóm có tham gia trực và không tham gia trực bệnh viện là gần như nhau. Kết quả phản ánh đúng tình hình thực tế vì những nhân viên không tham gia trực bệnh viện một phần lý do vì không đảm bảo sức khỏe, họ đã có sẵn các bệnh lý mãn tính nên khi so sánh với nhóm tham gia trực bệnh viện – nhóm làm việc thường xuyên căng thẳng sẽ có kết quả gần như nhau.

2.2. Phân bố hội chứng chuyển hóa theo tiền sử gia đình tăng huyết áp, đái tháo đường, tiền sử tăng huyết áp, rối loạn lipid máu

Bảng 2. Mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa và yếu tố tiền sử (n=264)				
Yếu tố	Có HCCH n(%)	Không n(%)	PR	p
Tiền sử gia đình có THA				
Không	13 (10,1)	115 (89,9)		
Có	21 (15,4)	115 (84,6)	1,52	0,24
Tiền sử gia đình có ĐTB				
Không	25 (12,8)	171 (87,2)		
Có	9 (13,2)	59 (86,8)	1,04	0,92
Tiền sử bản thân có rối loạn lipid				
Không	26 (10,4)	224 (89,6)		
Có	8 (57,1)	6 (42,9)	5,49	<0,01*
Tiền sử bản thân có THA				
Không	24 (10,2)	212 (89,8)		
Có	10 (35,7)	18 (64,3)	3,51	0,01*
*Kiểm định fisher exact				

2.2.1. Phân bố hội chứng chuyển hóa theo tiền sử gia đình tăng huyết áp, đái tháo đường

Sự liên quan giữa người mắc HCCH và tiền sử gia đình mắc tăng huyết áp không có ý nghĩa thống kê; Sự liên quan giữa người mắc HCCH và tiền sử gia đình mắc đái tháo đường không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả cho thấy có thể do sai lệch của bộ câu hỏi hoặc do người trả lời mang tính chủ quan nên chưa phù hợp với nhiều nghiên cứu khác. Trên 1.552 bệnh nhân ở Qatari, năm 2012, cho thấy tỉ lệ mắc HCCH tăng cao ở nhóm bệnh nhân có tiền sử gia đình đái tháo đường hơn không có (tương ứng 46,7% so với 33,8%) và theo nghiên cứu của Zhao Y trên 2990 người Trung Quốc thấy các yếu tố liên quan đến mắc HCCH là tiền sử gia đình có tăng huyết áp, ít vận động thể lực [10],[23].

2.2.2. Phân bố hội chứng chuyển hóa theo tiền sử tăng huyết áp, rối loạn lipid máu

Nhân viên có tiền sử tăng huyết áp có tỉ lệ mắc HCCH cao hơn những nhân viên không có tiền sử

tăng huyết áp, sự liên quan này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu ở 250 bệnh nhân tăng huyết áp ở Nnewi phía đông nam Nigeria, năm 2012, tỉ lệ mắc HCCH là 31,2% [18]. Nghiên cứu của Đặng Trang Huyền và cộng sự năm 2013 trên 346 bệnh nhân tăng huyết áp lớn tuổi tại Nghệ An, tỉ lệ mắc HCCH là 60,9% [1].

Những nhân viên có tiền sử mắc rối loạn lipid có tỉ lệ mắc HCCH cao hơn nhóm còn lại, sự liên quan này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Grundy GM, tỉ lệ mắc HCCH trên người lớn Ai Cập có tiền sử rối loạn lipid là 41,8% [12].

2.3. Phân bố hội chứng chuyển hóa theo hành vi ăn uống, vận động thể lực, hút thuốc lá

Bảng 3. Mô hình đa biến giữa hội chứng chuyển hóa và các yếu tố (n=264)			
Yếu tố	PR	KTC (95%)	P
Tiền sử bản thân rối loạn lipid	4,5	2,17 – 9,34	< 0,01
Hút thuốc lá	2,91	1,45 – 5,84	0,03
Lạm dụng uống rượu, bia và thức uống có cồn	1,04	0,21 – 5,02	0,96
Ăn mỡ động vật	1,1	0,42 – 2,93	0,84
Ăn uống đường	2,35	1,03 – 5,33	0,04

Sau khi kiểm soát bằng mô hình đa biến. Sự liên quan giữa hút thuốc lá và mắc HCCH có ý nghĩa thống kê. Nhân viên hút thuốc lá có tỉ lệ mắc HCCH bằng 2,91 lần so với nhân viên không hút thuốc lá. Kết quả phù hợp nghiên cứu của Wang JW trên 3.710 nam và 6.344 nữ tuổi từ 18-92 tuổi tại Bắc Kinh cho thấy tỉ lệ mắc HCCH cao nhất ở nhóm đang hút thuốc và ngừng hút thuốc giảm nguy cơ HCCH [20].

Sự liên quan giữa ăn uống đường và mắc HCCH có ý nghĩa thống kê. Nhân viên ăn uống nhiều đường có tỉ lệ mắc HCCH bằng 2,35 lần so với ăn uống ít đường. Kết quả phù hợp với nghiên cứu đoàn hệ từ các nghiên cứu (nghiên cứu của đái tháo đường gồm 310.819 người, trong đó có 15.043 trường hợp đái tháo đường và nghiên cứu của HCCH gồm 19.431 người tham gia và 5.803 trường hợp mắc HCCH) cho thấy có mối liên quan giữa mắc HCCH, đái tháo đường và sử dụng nhiều thức uống có đường [17].

Nhân viên lạm dụng rượu/bia và thức uống có cồn khác có tỉ lệ mắc HCCH bằng 1,04 lần so với nhân viên không lạm dụng rượu/bia và thức uống có cồn khác, sự liên quan này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả khác với nghiên cứu trên thế giới có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn để thấy sự liên quan rõ rệt. So với nghiên cứu trên 2.538 người

Mông Cổ từ 20 tuổi cho thấy có mối liên quan giữa uống rượu và nguy cơ mắc HCCH [22].

Nhân viên ăn nhiều mỡ có tỉ lệ mắc HCCH bằng 1,1 lần so với nhân viên ăn ít mỡ, sự liên quan này không có ý nghĩa thống kê. Sự liên quan giữa mắc HCCH với các yếu tố ăn rau quả, ăn mặn không có ý nghĩa thống kê. Kết quả khác với nghiên cứu trên thế giới có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn để thấy sự liên quan rõ rệt. Nghiên cứu tại Indonesia, tỉ lệ mắc cao ở nhóm sử dụng ít rau, nhiều muối [21]. Nghiên cứu đoàn hệ đã chỉ ra rằng axit béo chuyển hóa trong chế độ ăn uống thúc đẩy béo bụng và tăng cân. Ngoài ra, tiêu thụ chất béo chuyển hóa có thể được liên kết với sự phát triển của kháng insulin và bệnh đái tháo đường típ 2 [15].

Sự liên quan giữa vận động thể lực và mắc HCCH không có ý nghĩa thống kê. Kết quả khác với nghiên cứu trên thế giới có thể do người trả lời bộ câu hỏi mang tính chủ quan và cỡ mẫu chưa đủ lớn nên khác với nghiên cứu tại Trung Quốc, Indonesia cho thấy mối liên quan giữa vận động thể lực vừa – mạnh, chẳng hạn như đi bộ ≥ 30 phút mỗi ngày, ít nhất 5 ngày trong tuần làm giảm mắc HCCH ở cả nam và nữ [21],[23].

5. Kết luận

1. Tỉ lệ nhân viên Bệnh viện Từ Dũ mắc hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn Hội Đái tháo đường quốc tế

Trong 264 nhân viên Bệnh Viện Từ Dũ có 12,9% mắc hội chứng chuyển hóa.

Tỉ lệ nhân viên theo mức độ các yếu tố của hội chứng chuyển hóa

Giảm HDL-C là 45,5%, trong đó, nữ giới là 37,5%; nam là 8,0%; ở nhóm tuổi 30 – 39 tuổi có tỉ lệ 17,4% cao hơn các nhóm tuổi còn lại.

Tăng triglycerid là 30,7%, trong đó, nữ giới có tỉ lệ 18,6%; nam là 12,1%; ở nhóm tuổi 30 – 39 tuổi có tỉ lệ 9,9% cao hơn các nhóm tuổi còn lại.

Béo bụng là 26,5%, trong đó, nữ giới có tỉ lệ 20,4% so với nam là 6,1%; ở nhóm tuổi 40 – 49 tuổi có tỉ lệ 8,7% cao hơn các nhóm tuổi còn lại.

2. Một số yếu tố liên quan đến mắc hội chứng chuyển hóa

Nam giới có tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa cao hơn nữ giới 3 lần. Nhân viên ≥ 50 tuổi có tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa cao hơn nhân viên từ 20 – 29 tuổi. Nhân viên có tiền sử tăng huyết áp có tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa cao hơn nhân viên không có tiền sử tăng huyết áp.

Sau khi kiểm soát bằng mô hình đa biến. Nhân viên hút thuốc lá có tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa cao gấp 2,91 lần so với nhân viên không hút thuốc lá. Nhân viên có tiền sử rối loạn lipid có tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa gấp 4,5 lần so với nhân viên không có tiền sử rối loạn lipid. Nhân viên ăn uống nhiều đường có tỉ lệ mắc hội chứng chuyển hóa gấp 2,35 lần so với nhân viên ăn uống ít đường.

Tài liệu tham khảo

1. Đặng Trang Huyền, Hoàng Nghĩa Nam, Nguyễn Trung Kiên (2013), "Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp tại tỉnh Nghệ An". Tạp chí Y dược học quân sự(số 5).

2. Nguyễn Thy Khuê (2007), Nội tiết học đại cương. Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh, tr. 503 - 508.

3. Hà Văn Phú, Phạm Thiện Ngọc, Nguyễn Thị Hoa (2008), "Nghiên cứu một số thông số hoá sinh máu liên quan đến hội chứng chuyển hoá ở cán bộ, nhân viên trường Đại học Y Hà Nội tham gia khám sức khoẻ định kỳ năm". Tạp chí Nghiên cứu Y học, tập 56(số 8), tr. 104-111.

4. Nguyễn Viết Quỳnh Thu, Lâm Vĩnh Niên, Trang Mộng Hải Yên, Lê Huy Hùng, Lê Nguyễn Trung Đức Sơn, Nguyễn Văn Chuyển (tháng 12 năm 2008), "Tỉ lệ hội chứng chuyển hóa và các yếu tố liên quan ở nhân viên ngành y tế TP.HCM". Tạp chí DD&TP, tập 4(số 3+4), tr.58.

5. Lưu Cảnh Toàn, Nguyễn Tùng Linh, Nguyễn Minh Phương (2013), "Nghiên cứu Hội chứng chuyển hóa ở Phi công quân sự trên 35 tuổi". Tạp chí y dược học quân sự(số 3), tr. 1-5.

6. Nguyễn Quốc Việt, Tạ Văn Bình, Đoàn Thái Hưng, Nguyễn Thu Hiền (2012), "Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa tại một số khu vực nội thành Hà Nội (theo tiêu chuẩn IDF - 2005)". Tạp chí Y học thực hành(số 6), tr. 129-132.

7. Federation, I. D. (2005). The IDF consensus worlwide definition of the metabolic syndrome.

8. Aekplakorn W, Chongsuvivatwong V, Tatsanavivat P, Suriyawongpaisal P (2011 Sep), "Prevalence of metabolic syndrome defined by the International Diabetes Federation and National Cholesterol Education Program criteria among Thai adults". Asia Pac J Public Health, 23(5), pp. 792-800.

9. Aekplakorn W, Kessomboon P, Sangthong R, Chariyalertsak S, Putwatana P, Inthawong R, et al. (2011 Nov 10), "Urban and rural variation in clustering of metabolic syndrome components in the Thai population: results from the fourth National Health Examination Survey 2009". BMC Public Health, 11, pp.854.

10. Bener A, Darwish S, Al-Hamaq AO, Yousafzai MT, Nasralla EA (2014 Mar), "The potential impact of family history of metabolic syndrome and risk of type 2 diabetes mellitus: In a highly endogamous population". Indian J Endocrinol Metab, 18(2), pp. 202-209.

11. Ervin R.B. (May 5, 2009). Prevalence of Metabolic Syndrome Among Adults 20 years of Age and Over, by Sex, Age, Race and Ethnicity, and Body Mass Index: United States, 2003 -2006. National health statistics reports. National center for health statistics, from http://www.cdc.gov/nchs

12. Grundy SM (2008), " Brief Reviews Metabolic

Kiến nghị

Nhân viên của phòng y tế cơ quan cần tư vấn cách phòng và điều trị cho nhân viên mắc hội chứng chuyển hóa sau đợt khám sức khoẻ.

Trong đợt khám sức khỏe định kỳ, nhân viên Bệnh viện Từ Dũ cần được làm thêm đo vòng eo, các xét nghiệm sinh hóa: chất béo có tỉ trọng cao (cholesterol có lợi) và triglycerid để sớm phát hiện mắc hội chứng chuyển hóa.

Syndrome Pandemic". Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology., 28, pp. 629-636.

13. Hiram Beltrán-Sánchez, Michael O. Harhay, Meera M. Harhay, Sean McElligott (2013), "Prevalence and Trends of Metabolic Syndrome in the Adult U.S. Population, 1999–2010 ". J Am Coll Cardiol, 62(8), pp. 697-703.

14. Kaykhaei M, Hashemi M, Narouie B, Shikhzadeh A, Jahantigh M, Shirzaei E, et al. (2012), "Prevalence of metabolic syndrome in adult population from zahedan, southeast iran". Iran J Public Health, 41(2), pp. 70-76.

15. Kochan Z, Karbowska J, Babicz-Zielińska E (2010 Dec 27), "Dietary trans-fatty acids and metabolic syndrome". Postepy Hig Med Dosw (Online), 64, pp. 650-658.

16. LiYQ, Zhao LQ, Liu XY, Wang HL, Wang XH, Li B, et al. (2013 Sep), "Prevalence and distribution of metabolic syndrome in a southern Chinese population. Relation to exercise, smoking, and educational level". Saudi Med J, 34(9), pp. 929-936.

17. Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després JP, Willett WC, Hu FB (2010 Nov), "Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis". Diabetes Care, 33(11), pp. 2477-2483.

18. Osuji, C. U., Omejua, E. G (2012), "Prevalence and characteristics of the metabolic syndrome among newly diagnosed hypertensive patients ". Indian J Endocrinol Metab, 16 Suppl 1, pp. 104-109.

19. Pemminati S, Prabha Adhikari MR, Pathak R, Pai MR (2010 Nov), "Prevalence of metabolic syndrome (METS) using IDF 2005 guidelines in a semi urban south Indian(Boloor Diabetes Study) population of Mangalore". J Assoc Physicians India, 58, pp. 674-677.

20. Wang JW, Hu DY, Sun YH, Wang JH, Xie J (2011 Mar 29), "Gender difference in association between smoking and metabolic risks among community adults". Zhonghua Yi Xue Za Zhi, 91(12), pp. 805-809.

21. Yohanis A. Tomastola, Ahmad Husain Asdie, Martalena Br. Purba. (2011). Association of risky food intake and physical activity with the occurrence of metabolic syndrome components in religious leaders at Manado Municipality. Gadjah Mada, Yogyakarta.

22. Zhang M, Zhao J, Tong W, Wang A, Huang G, Zhang Y (2011 Sep), "Associations between metabolic syndrome and its components and alcohol drinking". Exp Clin Endocrinol Diabetes, 119(8), pp. 509-512.

23. Zhao Y, Yan H, Yang R, Li Q, Dang S, Wang Y (2014 Mar 10), "Prevalence and determinants of metabolic syndrome among adults in a rural area of Northwest China". PLoS One, 9(3), e91578.

SA TỬ CUNG TRONG THAI KỲ

Nguyễn Thị Vinh Thành
Bệnh viện Từ Dũ

Tóm tắt

Sa tử cung hiếm gặp trong thai kỳ. Chúng tôi báo cáo một trường hợp sa tử cung, được phát hiện lúc thai 34 tuần, nhập viện vì ra máu âm đạo, tiểu khó, dọa sanh non, được điều trị bằng Pessary tại bệnh viện Từ Dũ cho đến khi vào chuyển dạ thực sự. Sản phụ sanh ngã âm đạo lúc 38 tuần 5 ngày.

Abstract

PROLAPSE OF UTERUS DURING PREGNANCY: A CASE SERIES AND REVIEW OF LITERATURE

Prolapse of uterus during Pregnancy is rare. We report a case of uterine prolapsed in pregnant women at 34 weeks gestational age. She is admitted to Tu Du hospital with vaginal bleeding, dysuria, threatened preterm delivery. She is managed by Pessary until true labor. She is vaginal delivery 38 weeks 5 days gestational age.

1. Đặt vấn đề

Sa tử cung hiếm gặp trong thai kỳ. Biến chứng liên quan đến tình trạng này là sự sa tụt của cổ tử cung ra ngoài gây tiết dịch, cổ tử cung phì đại, loét và chảy máu, bí tiểu tiểu, sẩy thai, dọa sanh non, nhiễm trùng và thậm chí tử vong mẹ và thai [5]. Chăm sóc và điều

trị một trường hợp sa tử cung và thai thường là điều trị nội khoa bảo tồn bằng vòng nâng Pessary. Chọn lựa phương pháp sanh tùy thuộc vào tình trạng của người bệnh.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp sa tử cung, được phát hiện lúc thai 34 tuần, nhập viện vì ra máu

Bảng 9. Một số trường hợp sa tử cung trong thai kỳ được báo cáo trong y văn. [7]

Study	Year	Cases	POP during pregnancy	POG at presentation (weeks)	Mode of delivery	Indication if Cesarean section
Hill et al. [5]	1984	1	1	-	Vaginal delivery	-
Brown et al. [6]	1997	3	2	26 and 29	Vaginal delivery	-
Matsumoto et al. [7]	1999	1	1	12	Vaginal delivery	-
Horowitz et al. [8]	2002	2	2	10 and 26	CS	Elective CS
Guariglia et al. [9]	2005	1	1	10	Vaginal delivery	-
Meydani et al. [10]	2006	1	1	35	CS	Elective cesarean hysterectomy
Partsinevelos et al. [11]	2006	1	1	31	CS	Elective CS
Cheng et al. [12]	2006	1	-	-	CS	CS with TAH
Tukur et al. [13]	2007	1	1	Labor	CS	?Obstructed labor
Daskalakis et al. [14]	2007	1	1	12	CS	Elective CS
Lau et al. [15]	2008	1	1	labor	Vaginal delivery	-
Chandru et al. [16]	2007	1	1	39	CS	Elective CS
Toy et al. [17]	2009	1	1	36	CS	Elective CS
Sit et al. [18]	2009	1	1	Second trimester	Vaginal delivery	-
Minguez et al. [19]	2009	1	1	37	Vaginal delivery	-
Eddib et al. [20]	2010	1	-	-	Vaginal delivery	-
Kart [21]	2010	2	2	20 and 16	Vaginal delivery	-
Cingillioglu et al. [22]	2010	1	1	????	CS	Elective
De Vita et al. [23]	2011	2	-	-	CS	Elective CS
Yousaf et al. [24]	2011	1	-	-	Vaginal delivery	-
Pantha [25]	2011	1	-	-	Vaginal delivery	-
Yousaf et al. [26]	2011	1	1	labor	Vaginal delivery	-
Gupta et al. [27]	2012	1	-	-	Vaginal delivery	-
Mohamed-Suphan [28]	2012	1	1			
Miyano et al. [4]	2013	4	2	14 and 20	Vaginal delivery and CS	Cephalo-pelvic disproportion
Ozyer et al. [29]	2013	1	-	-	CS	Gangrenous cervix
Martinez-Varea [30]	2013	1	-	-	Vaginal delivery	-
Pizzoferrato et al. [31]	2013	1	1	13	CS	Emergency CS
Lecointre et al. [32]	2013	1	1	16	CS	Elective CS
Karatayli et al. [33]	2013	1	1		CS	Emergency CS with abdominal hysteropexy

âm đạo, tiểu khó, dọa sanh non, được điều trị bằng Pessary tại bệnh viện Từ Dũ cho đến khi vào chuyển dạ thực sự. Sản phụ sanh ngã âm đạo lúc 38 tuần 5 ngày.

2. Tổng quan Y văn

Đại cương

Sa tử cung trong thai kỳ là một bệnh lý khá hiếm gặp, tỷ lệ được báo cáo trong y văn là 1 phần 10000-15 000 trường hợp sanh [5]. Những báo cáo trên y văn về sa tạng chậu trong thai kỳ khá ít ỏi. Theo thống kê có khoảng 39 trường hợp được báo cáo từ năm 1980 đến nay. Trong 39 ca đó thì có 26 ca (67%) là sa tử cung trong thai kỳ và 13 ca còn lại (33%) là bị sa tử cung từ trước thai kỳ[7].

Có khoảng 250 trường hợp sa tử cung trong thai kỳ được báo cáo trong y văn với phần lớn là trước năm 1990 có thể liên quan đến giảm số lần sanh ở phụ nữ.[6]

Sa tử cung có thể xảy ra ở bất kỳ Tam cá nguyệt nào. Sa tử cung trước khi mang thai thường được cải thiện ở cuối TCN 2 mà không kèm biến chứng gì do sự lớn lên của tử cung. Trong khi đó sa tử cung phát hiện lần đầu trong khi mang thai thì thường ở TCN thứ 2 hay 3. [6]

Cơ chế bệnh sinh cho đến nay vẫn còn chưa rõ. Lý do tại sao tình trạng này lại xảy ra trong thai kỳ và có thể hồi phục về bình thường hay gần bình thường vẫn là một câu hỏi lớn. Trong tất cả các yếu tố thì sanh nhiều con có lẽ là yếu tố nguy cơ chính. Các yếu tố khác có thể là chuyển dạ kéo dài hay đẻ khó, cổ tử cung dài hay phì đại. Hiếm khi nào trường hợp này xảy ra ở những người chưa mang thai lần nào. Thêm vào đó, những thay đổi trong thai kỳ như tăng nồng độ Cortisol, Progesterone và Relaxin cũng có thể là yếu tố tác động. Những yếu tố nguy cơ chung của sa tử cung như tuổi, béo phì, hệ thống nâng đỡ sàn chậu yếu bẩm sinh, tăng áp lực ổ bụng, u vùng chậu, chấn thương vùng chậu... cũng có thể là yếu tố nguy cơ, tuy nhiên tác động của chúng thì không rõ. [1]

Biến chứng:

Căn bệnh này ít khi nào gây ra biến chứng nghiêm trọng như tử vong mẹ và thai. Trong một tổng quan của Keettel thì tỷ lệ bệnh thai nhi là 22% và trường hợp tử vong mẹ cuối cùng được báo cáo là vào năm 1925 do nhiễm trùng [5].

Những biến chứng thường gặp là làm BN khó chịu, nhiễm trùng đường tiểu, tắc nghẽn đường tiểu... [7] Những biến chứng trong chuyển dạ thường gặp là cổ tử cung không xóa mở được, đẻ khó do cổ tử cung phù nề, rách CTC và chuyển dạ tắc nghẽn có nguy cơ vỡ TC, băng huyết sau sanh doờ TC[5].

Lau và Rijhsinghani cũng báo cáo một trường hợp sử dụng dung dịch magnesium tại chỗ để phòng ngừa rách CTC và đẻ khó do CTC phù nề [3]. Lý giải cơ chế có thể do tác dụng lợi niệu thẩm thấu của magnesium.

Mohamed-Suphan N và cs năm 2012 cũng báo cáo một trường hợp sa TC phát hiện từ tuần thứ 12 và được điều trị bằng vòng Gelhorn cho tới chuyển dạ. Khi vào chuyển dạ, CTC bị phù nề và không thể xóa mỏng cho tới mức 6cm mặc dù cơn gò tốt. Sau đó được mổ lấy thai thành công. [4]

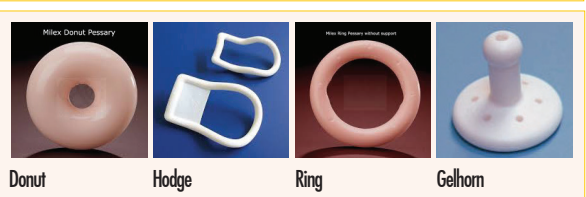
Điều trị:

Điều trị tùy thuộc vào mức độ sa và chọn lựa của BN. Vệ sinh vùng sinh dục và nằm nghỉ ở tư thế Trendelenburg thường được khuyến cáo.

Pessary là một biện pháp điều trị an toàn và hiệu quả[2] [3] [4] [6]

Bảng 1. Một số loại vòng nâng được sử dụng trong các báo cáo:[4]

Tác giả, năm	Loại pessary	Chỉ định	Cơ chế	Bàn luận
Piper và Spezia 1968	Donut	Sa độ 2 và 3	Bit phần trên âm đạo để nâng đỡ tử cung	Nâng đỡ cho đến CD
Sawyer 2000 Daskalakis 2007	Hodge	Sa tử cung với tử cung bị xoay	Cánh rộng của vòng ngăn không cho vòng bị xoay	Nâng đỡ cho đến CD
Yogev 2001	Ring	Sa độ 1 và 2	Đưa vào cùng đồ sau để nâng đỡ TC	Tuột ra vài ngày sau đặt
Mohamed-Suphan N 2012	Gelhorn	Sa TC		Nâng đỡ cho đến CD Có phần đầu nhỏ ra nên dễ lấy vòng khi vào CD



Phần lớn các tác giả chọn lựa sanh mổ lấy thai cho an toàn, nhưng nếu cuộc chuyển dạ được theo dõi thật chặt chẽ thì sanh ngã âm đạo là lý tưởng. Chỉ định mổ lấy thai ngay khi chuyển dạ kéo dài do cổ tử cung phù nề không mở thêm [9].

Pessary chỉ nên được lấy ra khi vào chuyển dạ [9]. Vệ sinh âm đạo bằng bằng nước và thuốc sát khuẩn. Ở những người phụ nữ đã đủ con có thể xem xét cắt tử cung cùng lúc mổ lấy thai, sau đó treo mỏm cắt vào màng xương vùng chậu, đặc biệt là ở những nơi mà chăm sóc y tế còn hạn chế. Chỉ định này thường không được sự đồng thuận của người bệnh, họ thường yêu cầu giữ lại tử cung và theo dõi về sau. Ở những người phụ nữ chưa đủ con có thể xem xét sacrospinous cervicalcolpopexy [6]

Vì là một bệnh cảnh hiếm gặp, nên chưa có ghi nhận khởi phát chuyển dạ trong sa tử cung khi mang

thai, do nguy cơ vỡ tử cung. Ngược lại, rất thường gặp dọa sanh non, điều trị bằng Tocolyse [9].

Hefni và El Toukhy đã báo cáo một trường hợp mang thai thành công sau cố định tử cung vào dây chằng cùng gai (sacrospinous fixation)[2]. Matsumoto và cộng sự lần đầu tiên báo cáo một trường hợp treo tử cung nội soi để điều trị sa TC trong lúc mang thai.[8]

3. Báo cáo trường hợp

Bn ĐẶNG THỊ KIM L. Sinh năm 1980. Para 1001. Nghề nghiệp Kế toán

Địa chỉ Tây ninh.

Khám thai tại BV Từ Dũ. Dự sanh 11 tháng 6 năm 2014.

Tầm soát tiền sản thai kỳ không ghi nhận bất thường.

Tiền căn sanh thường 1 lần 2009 con cân nặng 3300grs.

Nhập viện ngày 2.5.2014 vì ra máu âm đạo, dọa sanh non, tuổi thai 34 tuần.Cổ tử cung sa ra ngoài. Điều trị giảm gò bằng Progesterone, tư vấn điều trị bằngđặt vòng Pessary Donut.

Sanh thường lúc thai 38 tuần 5 ngày, con 2800grs, apgar 8,9.

Nhau sổ tự nhiên. Máu mất 200ml.



Khám lại 5 tuần sau sanh, ghi nhận phân độ POPQ: Cổ Tử cung +1 so với mép màng trinh.

4. Bàn luận:

Sa tử cung trong thai kỳ hiếm gặp, thường tình trạng sa tụt của cổ tử cung xảy ra vào tam cá nguyệt thứ hai và ba của thai, gây tiết dịch, cổ tử cung phì đại, loét chảy máu. Trường hợp này sản phụ khám thai tại Từ Dũ suốt thai kỳ, tình trạng sa xảy ra vào tam cá nguyệt cuối, cổ tử cung phì đại gây chảy máu, và

kích thích tạo cơn co tử cung.

Việc chỉ định điều trị Pessary là hợp lý và kéo dài thời gian trưởng thành thai nhi, giảm các triệu chứng tại chỗ cổ tử cung. sản phụ được theo dõi tình trạng tiết dịch hoặc viêmâm đạo mỗi 2 tuần, vòng Pessary được tháo ra, vệ sinh sạch và đặt lại. Không có biến chứng tại chỗ khi sử dụng vòng.

Chúng tôi tháo vòng Pessary khi sản phụ vào chuyển dạ thực sự.

Việc theo dõi sanh ngã âm đạo được cân nhắc kỹ và quá trình theo dõi chặt chẽ bằng biểu đồ tim thai cơn gò, độ xóa mở cổ tử cung.

Ước lượng cân thai nhỏ< 3000grs, ngôi thể và kiểu thể thai nhi thuận lợi. Hoàn toàn không sử dụng oxytocin trong chuyển dạ vì bản thân cơn co tự nhiên đã đủ. Đánh giá kỹ độ xóa mở cổ tử cung, độ lọt của ngôi thai.

Bài học của chúng tôi khi theo dõi sanh ngã âm đạo trường hợp này là:

- Tư vấn cho sản phụ kỹ lưỡng những tai biến khi sanh ngãâm đạo như rách cổ tử cung, suy thai trong chuyển dạ, có thể mổ lấy thai cấp cứu..
- Không sử dụng oxytocin trong chuyển dạ
- Theo dõi sát biểu đồ tim thai cơn gò (CTG)
- Theo dõi biểu đồchuyển dạ Parthographe
- Thay đổi quyết định mổ lấy thai ngay khi có biểu hiện bất xứng thai và cổ tử cung, cơn co cường tính.

Sản phụ tái khám sau sanh 5 tuần, có sự co hồi tử cung lên trên trở lại, cổ tư cung chỉ còn thập thòâm hộ và sản phụ chưa muốn thực hiện phẫu thuật phục hồi sàn chậu.

5. Kết luận:

Pessary được sử dụng điều trị hiệu quả tình trạng sa tử cung trong và ngoài thai kỳ.

Quyết định mổ lấy thai hoặc sanh ngã âm đạo tùy thuộc vào từng người bệnh. Quá trình theo dõi sanh ngã âm đạo phải nghiêm ngặt.

Người bệnh cần tuân thủ quy trình chăm sóc vòng nâng Pessary khi sử dụng. Tái khám theo lịch hẹn

Đánh giá lại tình trạng sa tử cung sau sanh.

Tài liệu tham khảo

1. Daskalakis G, Lymberopoulos E, Anastakis E, Kalmantis K, Athanasaki A, Manoli A, et al. (2007), "Uterine prolapse complicating pregnancy". Arch Gynecol Obstet, 276(4), 391-392.
2. Hefni M, El-Toukhy T (2002), "Sacrospinous cervico-colpopexy with follow-up 2 years after successful pregnancy". Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 103(2), 188-190.
3. Lau S, Rijhsinghani A (2008), "Extensive cervical prolapse during labor: a case report". J Reprod Med, 53(1), 67-69.
4. Mohamed-Suphan N, Ng RK (2012), "Uterine prolapse complicating pregnancy and labor: a case report and literature review". Int Urogynecol J, 23(5), 647-650.
5. Mufarrij IK, Keettel WC (1967), "Prolapse of the uterus associated with pregnancy". Am J Obstet Gynecol, 73(4), 899-903.
6. Yogev Y, Horowitz ER, Ben-Haroush A, Kaplan B (2003), "Uterine cervical elongation and prolapse during pregnancy: an old unsolved problem". Clin Exp Obstet Gynecol, 30(4), 183-185.
7. Chandrdeep Sharma* MS, Anjali Soni, Pawan Kumar Soni, Ashok Verma and Suresh Verma (2015), "Pelvic Organ Prolapse during Pregnancy: A Case Series and Review of Literature".
8. Matsumoto T MN, Yokota M, Masaharu I (1999), "laparoscopic treatment of uterine prolapse during pregnancy". Obstet Gynecol 93(849).
9. Sharma et al. GM (2015), "Pelvic Organ Prolapse during Pregnancy: A Case Series and Review of Literature".

JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

EDITOR-IN-CHIEF

Professor CAO NGOC THANH, MD, PhD

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

Associate Professor VUONG TIEN HOA, MD, PhD
Dr. HO MANH TUONG, MD, MSc

EDITORS

Professor NGUYEN DUC VY, MD, PhD
Professor TRAN THI PHUONG MAI, MD, PhD
Associate Professor NGUYEN VIET TIEN, MD, PhD
Associate Professor NGUYEN DUC HINH, MD, PhD
Professor NGUYEN THI NGOC PHUONG, MD
Professor TRAN THI LOI, MD, PhD
Dr. VU BA QUYET, MD, PhD
Associate Professor VU THI NHUNG, MD, PhD
Associate Professor NGUYEN VU QUOC HUY, MD, PhD
Dr. NGUYEN VAN TRUONG, MD, MSc
Dr. TRINH HUU THO, MD
Dr. LE MINH TOAN, MD, PhD
Dr. TRUONG QUANG VINH, MD, PhD
Dr. TRAN DINH VINH, MD, PhD
Dr. LE QUANG THANH, MD, MSc

GENERAL SECRETARY OF EDITORIAL BOARD

Associate Professor NGUYEN VU QUOC HUY, MD, PhD

SECRETARY BOARD

Associate Professor LE MINH TAM, MD, PhD
Dr. CHAU KHAC TU, MD, PhD
Dr. PHAM CHI KONG, MD, PhD
Dr. DO QUAN HA, MD, PhD
Dr. TRAN MANH LINH, MD, MSc

EDITORIAL OFFICE

Department of Obstetrics & Gynecology, Hue University
of Medicine and Pharmacy
6 Ngo Quyen - Hue
Tel: 054. 3822 873 - Fax: 054. 3826 269
Email: obgynhue@gmail.com

JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
is the Official Publication of Vietnam Gynecology
- Obstetrics and Family Planning Association
(VINAGOFPA), published quarterly since 2001.

Publication permits Nr. 1933/GP-BTTTT issued by
Ministry of Information & Telecommunication on
Nov 21, 2011.
Printed in Phúc Khang An

In 1.000 bản, khổ 19x26 cm

In tại nhà in Phúc Khang An

Giấy phép xuất bản số 1933/GP-BTTTT ngày 21/11/2011.

In xong và nộp lưu chiểu tháng 05 năm 2015

Y ĐỨC



THIETBIYKHOA.ORG



HOTLINE:
0908 660 826

CHUYÊN THIẾT BỊ SẢN PHỤ KHOA

KÍNH GỬI: QUÝ BÁC SĨ

VỚI MỤC ĐÍCH TĂNG CƯỜNG
PHƯƠNG TIỆN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU
TRỊ TẠI PHÒNG MẠCH RIÊNG CỦA QUÝ
BÁC SĨ, CÔNG TY **Y ĐỨC** CHÚNG TÔI
CHỈ CHUYÊN CUNG CẤP CÁC LOẠI THIẾT BỊ
Y TẾ NHẬP TRỰC TIẾP TỪ NHẬT BẢN, HOA KỲ,
ĐỨC, ANH, HÀN QUỐC.



MÁY SIÊU ÂM



MONITOR SẢN KHOA



MÁY ĐỐT LẠNH



MÁY SOI CTC



MÁY ĐỐT ĐIỆN VÒNG LEEP



MÁY ĐIỀU TRỊ LASER



MÁY DOPPLER TIM THAI



MÁY ĐO LOÃNG XƯƠNG



MÁY ĐIỆN TIM

CHÚNG TÔI CHUYÊN CUNG CẤP CÁC LOẠI THIẾT BỊ Y TẾ

SẢN XUẤT TẠI NHẬT BẢN

- ♦ Máy siêu âm hiệu HONDA
- ♦ Máy điện tim hiệu SUZUKEN
- ♦ Máy đo loãng xương FURUNO

SẢN XUẤT TẠI ANH

- ♦ Máy Doppler tim thai
- ♦ Monitor Sản khoa
- ♦ ULTRATEC

SẢN XUẤT TẠI HOA KỲ

- ♦ Máy đốt lạnh, đốt điện vòng LEEP
- ♦ SẢN XUẤT TẠI ĐỨC
- ♦ Máy soi CTC LEISEGANG

SẢN XUẤT TẠI HÀN QUỐC

- ♦ Máy đốt, điều trị da bằng Laser SNJ

CÔNG TY TNHH MTV THIẾT BỊ Y TẾ Y ĐỨC

509 Lê Văn Sỹ, P.2, Q. Tân Bình, TP.HCM

Tel: (08) 2248 0407 - website: www.thietbiykhoa.org

VĂN PHÒNG ĐẠI DIỆN PHÍA BẮC

105 Láng Hạ, Q. Đống Đa, TP. Hà Nội

Tel: 0908 660 826 - Email: yduc@thietbiykhoa.org



DƯỢC PHẨM HOA LINH

Uy tín chất lượng để phát triển bền vững

Đà Hương®

DUNG DỊCH VỆ SINH PHỤ NỮ

Thành phần: Muối, Thảo dược, Acid Lactic
An toàn, phù hợp với phụ nữ Á Đông



Thời báo
Kinh tế
Việt Nam

VIETNAM ECONOMIC TIMES

SẢN PHẨM SỐ 1

TRONG DÒNG SẢN PHẨM VỆ SINH PHỤ NỮ

(Theo kết quả khảo sát của Thời báo Kinh tế Việt Nam)