

- Netsanet Habtie Bayu, Tilahun kassew** (2020), Knowledge and Attitude towards Pain Management among Nurses Working at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. Pain Research and Management.
6. **M. C. McNamara, D. Harmon, J. Saunders** (2012), Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain. Br J Nurs, 21, (16), 958, 960-4.
7. **S. Mitra, D. Carlyle, G. Kodumudi, V. Kodumudi, N. Vadivelu** (2018), New Advances in Acute Postoperative Pain Management. Curr Pain Headache Rep, 22, (5), 35.
8. **D. T. Nga, N. Van Giang, D. H. Thai, H. T. Hue, B. O. Lee** (2022), Factors Associated With Knowledge and Attitude Among Vietnamese Nursing Staff Regarding Pain Management in a Vietnam National Hospital. J Neurosci Nurs, 54, (3), 136-142.

KẾT QUẢ XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CỦA CHUYỂN DẠ TRONG DỰ PHÒNG BĂNG HUYẾT SAU SINH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Bích Huệ¹, Nguyễn Thị Hương¹, Trịnh Thị Huyền¹,
Đinh Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Thị Kim Tiến², Lê Đức Thọ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ trong dự phòng băng huyết sau sinh tại Trung tâm sản phụ khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 645 sản phụ được theo dõi sinh thường tại Trung tâm sản phụ khoa, Bệnh viện trung ương Thái Nguyên từ 01/03/2023 đến 30/09/2023. **Kết quả:** Lượng máu mất trung bình trong giai đoạn III chuyển dạ là 130,7±79,4ml. Thời gian trung bình của giai đoạn III chuyển dạ 6,7 ± 1,9 phút. Tỷ lệ kiểm soát tử cung 65,6%. Tỷ lệ sử dụng Oxytocin là 100,0%; sử dụng thêm Methylergometrin là 31,2%; Duratocin là 17,8% và Misoprostol là 5,4%. Tỷ lệ biến chứng sót rau 0,7%; đỡ tử cung 0,3% và tử cung co hồi chậm là 1,1%. **Kết luận:** Xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ trong dự phòng băng huyết sau sinh đạt kết quả cao, cần chỉ định để giúp rút ngắn được thời gian bong-sốt rau, làm giảm tỷ lệ băng huyết sau sinh.

Từ khóa: Xử trí tích cực, giai đoạn III, chuyển dạ, băng huyết sau sinh.

SUMMARY

ACTIVE MANAGEMENT RESULTS OF THE THIRD STAGE OF LABOR IN PREVENTION OF POSTPARTUM HEMORRHAGE AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the active management results of the third stage of labor in prevention of postpartum hemorrhage at the Center of Obstetrics and Gynecology, Thai Nguyen National Hospital in 2023. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 645 pregnant

women who were monitored for vaginal delivery at the Center of Obstetrics and Gynecology, Thai Nguyen National Hospital, from March 1, 2023 to September 30, 2023. **Result:** The average amount of blood loss during third stage of labor was 130.7±79.4ml. The average duration of third stage of labor was 6.7±1.9 minutes. The rate of uterine control was 65.6%. The rate of Oxytocin use was 100.0%; additional Methylergometrin use was 31.2%; Duratocin was 17.8% and Misoprostol was 5.4%. The complication rate of retained placenta was 0.7%; uterine atony was 0.3% and uterine slow involution was 1.1%. **Conclusion:** Active management of third stage of labor in prevention of postpartum hemorrhage achieved high results, need to be prescribed to shorten the time of placental abruption and reduce the rate of postpartum hemorrhage.

Keywords: active management, third stage, labor, postpartum hemorrhage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chuyển dạ đẻ là một quá trình sinh lý, làm cho thai nhi và phần phụ của thai nhi được đưa ra khỏi đường sinh dục của người mẹ. Cuộc chuyển dạ gồm 3 giai đoạn, trong đó giai đoạn III (giai đoạn sổ rau) là giai đoạn quan trọng nhất và nguy hiểm nhất. Sau khi sổ thai, tiền lượng của người mẹ hoàn toàn phụ thuộc vào sự sổ rau, các biến chứng thường xảy ra trong giai đoạn này và chảy máu là biến chứng chính [5]. Giai đoạn sổ rau càng kéo dài dẫn đến tỷ lệ chảy máu sau đẻ hoặc phải can thiệp thủ thuật càng cao [6]. Vì vậy xử trí tích cực giai đoạn III chuyển dạ để phòng ngừa chảy máu sau đẻ đã được Hiệp hội Sản phụ khoa quốc tế, Hiệp hội Nữ hộ sinh Quốc tế và Bộ Y tế đề xuất.

Các nghiên cứu trước đây ở trong nước cũng như ở ngoài nước đã chứng tỏ xử trí tích cực giai đoạn III chuyển dạ làm giảm tỷ lệ chảy máu sau đẻ, giảm nguy cơ truyền máu sau sinh và rút ngắn thời gian của giai đoạn III chuyển dạ [1],

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bích Huệ

Email: huebichtn1982@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024

[2], [5], [8]. Vấn đề đặt ra là, việc xử trí tích cực giai đoạn III chuyển dạ ảnh hưởng như thế nào tới vấn đề băng huyết sau sinh ở sản phụ chuyển dạ đẻ đường âm đạo. Xuất phát từ tình hình thực tế và tầm quan trọng của xử trí tích cực giai đoạn III chuyển dạ trong dự phòng băng huyết sau sinh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ trong dự phòng băng huyết sau sinh tại Trung tâm sản phụ khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm hồ sơ bệnh án và sản phụ chuyển dạ và đẻ đường âm đạo từ 01/03/2023 đến 30/9/2023 tại Trung tâm Sản phụ khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

*** Tiêu chuẩn chọn:** Hồ sơ bệnh án của sản phụ có đủ các tiêu chuẩn sau: Tuổi thai từ 28 - 42 tuần; thai sống có chỉ định theo dõi chuyển dạ đẻ; đẻ đường âm đạo: đẻ thường hoặc đẻ thủ thuật; kỹ thuật xử trí được thực hiện đúng theo bảng kiểm của Bộ Y tế.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:** Có vết mổ cũ; có bất thường về dây rốn như dây rốn teo, phù mọng...; mắc các bệnh mãn tính như bệnh tim mạch, gan, thận, bệnh nội tiết...; có bệnh lý rối loạn đông chảy máu; chảy máu do các bệnh lý sản khoa khác như rau bong non, rau không bong, rau cài răng lược...; không đủ thông tin nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 01/03/2023 đến 30/10/2023 tại Trung tâm Sản phụ khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

*** Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

*** Cỡ mẫu nghiên cứu:** Cỡ mẫu toàn bộ.

*** Kỹ thuật chọn mẫu:** Chọn mẫu: chủ đích.

Chọn toàn bộ 645 hồ sơ bệnh án của sản phụ chuyển dạ đẻ đường âm đạo tại Trung tâm Sản phụ khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Chỉ số nghiên cứu: - Phân bố sản phụ nghiên cứu theo tuổi, số lần sinh và đặc điểm tiền sử của sản phụ nghiên cứu

- Phân bố đặc điểm tuổi thai và trọng lượng sơ sinh sàu đẻ
- Phân bố lượng máu mất và thời gian trong xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ
- Tỷ lệ kiểm soát tử cung và sử dụng thuốc tăng co tử cung trong giai đoạn III của chuyển dạ
- Tỷ lệ biến chứng sau đẻ của sản phụ nghiên cứu

cứu

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, số lần sinh và tiền sử của sản phụ nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng	%
Tuổi	<20	6	0,9
	20-24	348	54,0
	25-29	54	8,4
	30-34	174	27,0
	≥35	63	9,8
Số lần sinh	1	330	51,2
	2	222	34,4
	≥3	93	14,4
Tiền sử	Sảy, ọạ, hút thai	63	9,8
	Băng huyết sau sinh	4	0,6
	Tử cung co kém	7	1,1
	Không	571	88,5
	Sảy, ọạ, hút thai	63	9,8
Tổng		645	100,0

Sản phụ ở nhóm tuổi 20-24 chiếm tỉ lệ cao nhất 54,0%; nhóm tuổi ≥35 chiếm 9,8%; nhóm tuổi <20 chiếm 0,9%. Tỷ lệ sản phụ sinh con lần đầu chiếm 51,2%; sinh con ≥3 lần chiếm 14,4%. Tỷ lệ sản phụ có tiền sử sảy, ọạ, hút thai là 9,8%; băng huyết sau sinh là 0,6% và tử cung co kém là 1,1%.

Bảng 2. Đặc điểm tuổi thai và trọng lượng sơ sinh sau đẻ

	Đặc điểm	Số lượng	%
Tuổi thai lúc vào viện	28-36 tuần	15	2,3
	37-38 tuần	363	56,3
	39-40 tuần	240	37,2
	41 tuần	27	4,2
Trọng lượng sơ sinh	<2800g	63	9,8
	2800-3200g	360	55,8
	3300-3400g	84	13,0
	≥3500g	138	21,4
	Trung bình	3117,67±352,494	
Tổng		645	100,0

Sản phụ mang thai 37-38 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất 56,3%; tuổi thai <37 tuần 2,3%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng 2800-3200g chiếm 55,8%; cân nặng ≥3500g là 21,4% và cân nặng <2800g là 9,8%.

Bảng 3. Lượng máu mất và thời gian giai đoạn III chuyển dạ

	Đặc điểm	Số lượng	%
Lượng máu mất	<300ml	599	92,9
	300-500ml	34	5,3

	>500ml	12	1,9
	Trung bình	130,7±79,4	
Thời gian giai đoạn III	3-5 phút	196	30,4
	6-9 phút	405	62,8
	10-15 phút	44	6,8
	Trung bình	6,7±1,9	
	Tổng	645	100,0

Lượng máu mất trong giai đoạn III chuyển dạ trung bình là 130,7±79,4ml. Lượng máu mất <300ml chiếm 92,9%; mất máu >500ml chiếm 1,9%. Thời gian trung bình của giai đoạn III chuyển dạ là 6,7±1,9 phút; xử trí giai đoạn III chuyển dạ 6-9 phút chiếm 62,8%; 10-15 phút chiếm 6,8%.

Bảng 4. Tỷ lệ kiểm soát tử cung và sử dụng thuốc tăng co tử cung ở giai đoạn III chuyển dạ

	Đặc điểm	Số lượng	%
Kiểm soát tử cung	Có	423	65,6
	Không	222	34,4
Sử dụng thuốc tăng co	Oxytocin	645	100,0
	Methylergometrin	201	31,2
	Duratocin	115	17,8
	Misoprostol	35	5,4
	Tổng	645	100,0

Tỷ lệ kiểm soát tử cung ở giai đoạn III chuyển dạ là 65,6%. Tỷ lệ sản phụ có sử dụng thêm Methylergometrin là 31,2%; sử dụng Duratocin là 17,8% và sử dụng Misoprostol là 5,4%.

Bảng 5. Tỷ lệ biến chứng sau đẻ của sản phụ nghiên cứu

Biến chứng sau đẻ	Số lượng	%
Sốt rau	5	0,7
Đờ tử cung	2	0,3
Tử cung co hồi kém/chậm	7	1,1
Không có biến chứng	631	97,9%
Tổng	645	100,0

Tỷ lệ có biến chứng sau đẻ là sốt rau 0,7%; đờ tử cung 0,3% và tử cung co hồi chậm là 1,1%.

IV. BÀN LUẬN

Đối với sản phụ, trong cuộc chuyển dạ thì giai đoạn III của cuộc chuyển dạ là giai đoạn quan trọng nhất và nguy hiểm nhất. Nếu giai đoạn III chuyển dạ kéo dài sẽ gây mất máu ảnh hưởng nhiều đến người mẹ, có thể tử vong hoặc gây ra các biến chứng sau đẻ khác. Để dự phòng chảy máu sau đẻ, Bộ Y tế đã chỉ đạo về kỹ thuật xử trí tích cực giai đoạn III chuyển dạ phải được áp dụng ở các cơ sở y tế sản khoa trong đó có theo dõi và kiểm tra sát sao ngay sau khi đã sổ rau để phát hiện chảy máu và các biến chứng bất thường. Nghiên cứu tìm hiểu kết quả xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ là cần thiết, giúp cung cấp bằng chứng khoa học cho việc dự

phòng băng huyết sau sinh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy: Sản phụ ở nhóm tuổi 20-24 chiếm tỉ lệ cao nhất 54,0%; nhóm tuổi ≥35 chiếm 9,8%; nhóm tuổi <20 chiếm 0,9%. Tỷ lệ sản phụ sinh con lần đầu chiếm 51,2%; sinh con ≥3 lần chiếm 14,4%. Tỷ lệ sản phụ có tiền sử sảy, nạo, hút thai là 9,8%; băng huyết sau sinh là 0,6% và tử cung co kém là 1,1%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Bích (2010): tỉ lệ đẻ lần 1 là 56,5%; đẻ lần 2 là 35,5% và đẻ ≥3 lần là 8,0%. Nghiên cứu cũng cho tỉ lệ sản phụ có tiền sử sảy, nạo, hút thai 1 lần là 9,7% [1]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi là tương đương với nghiên cứu trước. Kết quả bảng 2 cho thấy: sản phụ mang thai 37-38 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất 56,3%; tuổi thai <37 tuần 2,3%; từ 39-40 tuần là 37,2% và 41 tuần là 4,2%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng 2800-3200g chiếm 55,8%; trẻ có cân nặng ≥3500g là 21,4% và cân nặng <2800g là 9,8%; cân nặng trung bình của trẻ sau sinh là 3117,67±352,494. Với đặc điểm mẫu nghiên cứu là không có trường hợp nào thai già tháng, tỉ lệ thai to chiếm không cao, là yếu tố thuận lợi cho việc đẻ đường dưới và xử trí tích cực ở giai đoạn III trong quá trình chuyển dạ.

Lượng máu mất trong giai đoạn III chuyển dạ trung bình là 130,7±79,4ml. Lượng máu mất <300ml chiếm 92,9%; mất máu >500ml chiếm 1,9%. Kết quả này của chúng tôi cao hơn đôi chút so với nghiên cứu của Văn Thị Kim Huệ (2012) với lượng máu mất trung bình là 98,6 ±1,2 ml, ít nhất là 50ml, nhiều nhất là 430ml. Không có sản phụ nào có lượng máu chảy trên 500ml nghĩa là không xảy ra băng huyết sau sinh [2]. Kết quả của chúng tôi lại thấp hơn so với nghiên cứu của Oladapo O.T. và cs cho lượng máu mất trung bình là 198,7ml [7]. Nghiên cứu của Van Ast M. và cs (2019) thấy lượng máu mất trung bình là 300 ml (200-400 ml); tỉ lệ xuất huyết chung sau sinh là 8,5% [8]. Có sự khác biệt với nghiên cứu trước theo chúng tôi là do phương pháp chọn mẫu. Nghiên cứu của chúng tôi đã loại toàn bộ các nguyên nhân chảy máu khác như sang chấn, nhau cài răng lược, nguyên nhân bệnh lý... hơn nữa nghiên cứu của chúng tôi có kết hợp dự phòng đờ tử cung cho các trường hợp có nguy cơ chứ không đơn thuần chỉ là xử trí tích cực. Lượng máu mất trên 500ml chiếm tỷ lệ rất ít (1,9%), đó là kết quả tốt khi áp dụng phương pháp xử trí tích cực giai đoạn III chuyển dạ trong cuộc đẻ đã hạn chế lượng máu chảy một cách có ý nghĩa, đồng thời cũng giảm được các biến chứng do mất máu quá nhiều, giảm truyền máu, hồi sức.

Thời gian trung bình của giai đoạn III

chuyển dạ là $6,7 \pm 1,9$ phút. Xử trí giai đoạn III chuyển dạ từ 3-5 phút là 30,4%; 6-9 phút chiếm tỉ lệ cao nhất 62,8%; 10-15 phút chiếm 6,8%. So sánh với nghiên cứu của Văn Thị Kim Huệ (2012) với tỉ lệ xử trí giai đoạn III chuyển dạ từ 3-5 phút là 30,3%; 6-9 phút chiếm tỉ lệ 62,4%; 10-15 phút chiếm 7,3%; thời gian trung bình của giai đoạn III chuyển dạ là $6,9 \pm 1,8$ phút. Theo Võ Văn Minh Quang, thời gian xử trí trung bình là $7,24 \pm 4,82$ phút [3]. Nghiên cứu của Van Ast M. và cs (2019) cho kết quả: thời gian trung bình của giai đoạn III là 10 phút (dao động 7-16 phút) [8]. So với các nghiên cứu khác thì thời gian trung bình giai đoạn III trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tuy nhiên sự chênh lệch không nhiều. Tất cả các nghiên cứu đều rút ngắn được thời gian ở giai đoạn III so với các cuộc đẻ không áp dụng phương pháp xử trí tích cực giai đoạn III chuyển dạ.

Để xử trí tích cực giai đoạn III chuyển dạ, các tác giả đã can thiệp vào quá trình bong và sổ rau ngay sau khi sổ thai hay sau khi thai sổ đến vai bằng thuốc co bóp tử cung làm tử cung co lại mà không có giai đoạn nghỉ ngơi sinh lý. Người ta thấy rằng oxytocin sau khi tiêm bắp thịt sẽ có tác dụng dược lý cao nhất trong vòng 2,5 phút, ít có nguy cơ làm rau bị cầm tù và sử dụng an toàn. Một số tác giả dùng loại kết hợp Oxytocin và Ergometrine (syntometrine: 1 ml có 5 đơn vị oxytocin và 0,5mg Ergometrine) để tạo ra một tác dụng hiệp đồng và hỗ trợ lẫn nhau, làm cho tử cung chắc và co lâu hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả: trong giai đoạn III của chuyển dạ, toàn bộ (100,0%) sản phụ đều được dùng Oxytocin; tỉ lệ sản phụ có sử dụng Methylergometrin là 31,2%; sử dụng Duratocin là 17,8% và sử dụng Misoprostol là 5,4%. Oxytocin được lựa chọn đầu tiên vì tác dụng nhanh và an toàn trong sử dụng. Duratocin là một đồng vận của Oxytocin. Duratocin có tác dụng co cơ tử cung sau tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch 2 phút và kéo dài 40 phút đến 1 giờ. Duratocin đã được chứng minh có độ dung nạp tốt và an toàn tương tự Oxytocin.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy: tỉ lệ sản phụ có biến chứng sau đẻ là sốt rau 0,7%; đờ tử cung 0,3% và tử cung co hồi chậm là 1,1%. Kết quả của chúng tôi chưa phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Tuấn và cs (2015) với việc không xuất hiện tai biến và tác dụng phụ nghiêm trọng ở cả hai nhóm nghiên cứu (dùng Oxytocin tiêm bắp và Oxytocin tiêm tĩnh mạch) [4]. Đây là sự khác biệt của cỡ mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi có số

lượng sản phụ tham gia là 645, lớn hơn so với 230 của nghiên cứu trước; do đó tỉ lệ xuất hiện các biến chứng sau đẻ cũng sẽ cao hơn. Đánh giá chung thì tỉ lệ này còn thấp và đã được xử trí ổn định/hiệu quả trên thực tế lâm sàng. Việc áp dụng phương pháp xử trí tích cực một cách thường quy có thể rút ngắn được thời gian một cuộc đẻ, dự phòng được một số tai biến sản khoa trong đó băng huyết sau sinh là một vấn đề quan trọng.

V. KẾT LUẬN

Sản phụ ở nhóm tuổi 20-24 chiếm tỉ lệ cao nhất 54,0%; nhóm tuổi ≥ 35 chiếm 9,8%; nhóm tuổi < 20 chiếm 0,9%. Trọng lượng sơ sinh trung bình là $3117,67 \pm 352,494$ g. Lượng máu mất trung bình trong giai đoạn III chuyển dạ là $130,7 \pm 79,4$ ml; lượng máu mất < 300 ml chiếm 92,9%; 300-500ml là 5,3% và > 500 ml là 1,9%. Thời gian trung bình của giai đoạn III chuyển dạ là $6,7 \pm 1,9$ phút. Xử trí giai đoạn III chuyển dạ 6-9 phút chiếm tỉ lệ cao nhất 62,8%; 10-15 phút chiếm 6,8%. Tỉ lệ kiểm soát tử cung là 65,6%. Tỉ lệ sử dụng Oxytocin là 100,0%; sử dụng thêm Methylergometrin là 31,2%; Duratocin là 17,8% và Misoprostol là 5,4%. Tỉ lệ biến chứng sau sốt rau 0,7%; đờ tử cung 0,3% và tử cung co hồi chậm là 1,1%.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ làm giảm lượng máu mất, rút ngắn thời gian giai đoạn III; giảm tỉ lệ biến chứng sau đẻ... cần khuyến cáo sử dụng rộng rãi tại các cơ sở y tế có theo dõi chuyển dạ và đỡ đẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Bích (2010), Nghiên cứu về kiểm soát tử cung ở sản phụ được xử trí tích cực giai đoạn III chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Văn Thị Kim Huệ (2012), "Đánh giá hiệu quả phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ trong dự phòng băng huyết sau sinh", Tạp chí Phụ sản, 10 (1), tr. 37-44.
3. Võ Văn Minh Quang (2007), "Nghiên cứu xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ bằng oxytocin tại Trung tâm Y tế huyện Hương Thủy, tỉnh Thừa Thiên Huế", Tạp chí Phụ sản, (Số đặc biệt (03-04)), tr. 117-123.
4. Nguyễn Hoàng Tuấn, Huỳnh Thị Thu Thủy, Phạm Thanh Hải (2015), "Hiệu quả của Oxytocin truyền tĩnh mạch trong dự phòng băng huyết sau sinh", Tạp chí Phụ sản, 13 (02 - Phụ bản), tr. 24-26.
5. Chikkamath B. Sumangala, Katageri M. Geetanjali, Mallapur A. Ashalata, et al. (2021), "Duration of third stage labour and postpartum blood loss: a secondary analysis of

- the WHO CHAMPION trial data", *Reproductive Health*, 18 (1), pp. 230.
- Güngördük K., Olgaç Y., Gülsiren V., et al.** (2018), "Active management of the third stage of labor: A brief overview of key issues", *Turk J Obstet Gynecol*, 15 (3), pp. 188-192.
 - Oladapo O.T. and Fawole A.O.** (2007), "Adoption and practice of evidence-based obstetric care among Nigerian obstetricians", *Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 27 (3), pp. 279-281.
 - Van Ast M., Goedhart M.M., Luttmmer R., et al.** (2019), "The duration of the third stage in relation to postpartum hemorrhage", *Birth*, 46 (4), pp. 602-607.

ĐÁNH GIÁ GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM KYOTO TRONG CHẨN ĐOÁN NHIỄM HELICOBACTER PYLORI Ở BỆNH NHÂN VIÊM DẠ DÀY MẠN TÍNH

Đỗ Thị Hồng Khanh¹, Phạm Thị Việt Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khả năng ứng dụng lâm sàng của thang điểm Kyoto trong chẩn đoán nhiễm *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 118 bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính tại bệnh viện 19/8 Bộ Công an từ tháng 8/2022 đến tháng 6/2023. Bệnh nhân có chỉ định nội soi dạ dày thực quản và được đánh giá theo thang Kyoto (teo niêm mạc, dị sản ruột, phì đại nếp niêm mạc, nốt sần, ban đỏ lan tỏa). Tình trạng nhiễm *H. pylori* được xác định bằng kết hợp Clo - test và mô bệnh học, nhiễm *H. pylori* khi dương tính ở cả 2 phương pháp. **Kết quả:** Trong 118 đối tượng tham gia, có 60/118 (50,8%) nhiễm *H. pylori*. Viêm Teo niêm mạc chiếm 62,7% trong đó mức độ nhẹ - vừa - nặng lần lượt là 34,7%, 25,6%, 2,4%. Tỷ lệ dị sản ruột, phì đại nếp niêm mạc, nốt sần, ban đỏ lan tỏa là 3,4%, 18,6%, 4,6%, 37,3%. Điểm Kyoto phân bố từ 0-4. Thang điểm Kyoto có diện tích dưới đường cong cong AUROC là 0,87 với $p < 0,05$ như vậy thang điểm Kyoto có khả năng chẩn đoán tình trạng nhiễm *H. pylori*. Chọn điểm Cutoff là 2 điểm, độ nhạy 71%, độ đặc hiệu 95,6%, giá trị dự báo dương tính 88%, giá trị dự báo âm tính 77,1% và độ chính xác 82,7%. **Kết luận:** Thang điểm Kyoto có độ chính xác cao trong dự đoán nhiễm *H. pylori* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính. **Từ khóa:** *Helicobacter pylori*, thang điểm Kyoto, viêm dạ dày mạn tính.

SUMMARY

EVALUATING THE VALUE OF THE KYOTO SCALE IN THE DIAGNOSIS OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION IN PATIENTS WITH CHRONIC GASTRITIS

Objective: Evaluate the clinical applicability of the Kyoto scale in diagnosing *Helicobacter pylori* infection in patients with chronic gastritis. **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 118 patients with chronic gastritis at 19/8 hospital, Ministry of Public

Security from August 2022 to June 2023. The patient was indicated for gastroesophageal endoscopy and was evaluated according to the Kyoto scale (mucosal atrophy, intestinal metaplasia, mucosal fold hypertrophy, nodules, diffuse erythema). *H. pylori* infection is determined by combining Clo - test and histopathology. *H. pylori* infection is positive in both methods. **Results:** Among 118 participants, 60/118 (50,8%) were infected with *H. pylori*. Mild - moderate - severe mucosal atrophy accounts for 34.7%, 25,6%, 2.4%. The rates of intestinal metaplasia, mucosal fold hypertrophy, nodules, and diffuse erythema were 3,4%, 18,6%, 4,6%, 37,3%. Kyoto scores are distributed from 0-4. The Kyoto score has an area under the AUROC curve of 0.87 with $p < 0.05$, so the Kyoto score is capable of diagnosing *H. pylori* infection. Choosing a Cutoff score of 2 points, sensitivity 71%, specificity 95.6%, positive predictive value 88%, negative predictive value 77.1% and accuracy 82.7%. **Conclusion:** The Kyoto score has high accuracy in predicting *H. pylori* infection in patients with chronic gastritis. **Keywords:** *Helicobacter pylori*, Kyoto classification score, gastritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm dạ dày mạn tính là một tình trạng bệnh rất phổ biến trên toàn thế giới. Theo các nghiên cứu thì có tới hơn một nửa dân số tại các quốc gia đang phát triển và một phần ba dân cư tại các quốc gia đang phát triển bị viêm dạ dày mạn. Viêm dạ dày mạn do nhiều nguyên nhân nhưng trong đó hàng đầu là do vi khuẩn *Helicobacter pylori*. Hiện có nhiều phương pháp chẩn đoán nhiễm *H. pylori* bao gồm phương pháp xâm nhập và không xâm nhập, các phương pháp đều có ưu và nhược điểm riêng. Năm 2014, thang điểm Kyoto được công bố ở Nhật Bản, cho phép chẩn đoán tình trạng nhiễm *H. pylori* và dự đoán nguy cơ UTDD dựa vào hình ảnh nội soi, giúp bệnh nhân tránh được sinh thiết gây tổn thương NMDD hay phát sinh thêm chi phí xét nghiệm chẩn đoán *H. pylori* khác. Nhiều nghiên cứu trên bệnh nhân Nhật Bản và Trung Quốc đã chứng tỏ hiệu quả và thuận tiện của thang điểm Kyoto trong đánh giá tình trạng nhiễm *H. pylori*.

¹Bệnh viện 19-8, Bộ Công an

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hồng Khanh

Email: svhvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 25.6.2024