

gặp ở người bệnh Alzheimer, có thể xuất hiện ở bất kỳ giai đoạn nào của bệnh. Các loại rối loạn giấc ngủ thường gặp rối loạn nhịp thức ngủ sinh học, mất ngủ, ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn. Hội chứng chân không yên ít gặp hơn.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Rối loạn giấc ngủ là một vấn đề phổ biến ở người bệnh Alzheimer, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và người chăm sóc. Cần nâng cao nhận thức về các triệu chứng của bệnh, phát hiện sớm và điều trị kịp thời các rối loạn giấc ngủ ở bệnh Alzheimer nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh và góp phần làm chậm quá trình tiến triển của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kang DW, Lee CU, Lim HK.** Role of Sleep Disturbance in the Trajectory of Alzheimer's Disease. *Clinical psychopharmacology and neuroscience* : the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology. 2017;15(2):89-99.
2. **Nguyễn Đình Nam.** Đặc điểm triệu chứng tâm thần ở bệnh nhân Alzheimer. Luận văn Thạc sĩ y

- học, chuyên ngành Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội; 2021.
3. **Duara R, Barker W.** Heterogeneity in Alzheimer's Disease Diagnosis and Progression Rates: Implications for Therapeutic Trials. *Neurotherapeutics*. 2022;19(1):8-25.
4. **Guarnieri B, Adorni F, Musicco M, et al.** Prevalence of sleep disturbances in mild cognitive impairment and dementing disorders: a multicenter Italian clinical cross-sectional study on 431 patients. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2012; 33(1):50-58.
5. **Zhou G, Liu S, Yu X, Zhao X, Ma L, Shan P.** High prevalence of sleep disorders and behavioral and psychological symptoms of dementia in late-onset Alzheimer disease: A study in Eastern China. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(50):e18405.
6. **Tang M, Wu L, Shen Z, et al.** Association between Sleep and Alzheimer's Disease: A Bibliometric Analysis from 2003 to 2022. *Neuroepidemiology*. 2023;57(6):377-390.
7. **Li P, Gao L, Gaba A, et al.** Circadian disturbances in Alzheimer's disease progression: a prospective observational cohort study of community-based older adults. *The Lancet Healthy Longevity*. 2020;1(3):e96-e105.
8. **Homolák J, Mudrovič M, Vukić B, Toljan K.** Circadian Rhythm and Alzheimer's Disease. 2018; 6(3):52.

NHẬN XÉT VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ MỔ LẤY THAI LẦN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2022

Ngô Thị Bằng*, Vương Thị Quỳnh Nga*, Đoàn Mạnh Tín*

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng của sản phụ được mổ lấy thai (MLT) lần đầu tại bệnh viện Bạch Mai năm 2022. 2. Đánh giá kết quả MLT của các sản phụ trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên hồ sơ bệnh án các sản phụ con so hoặc con rạ MLT lần đầu tại khoa Phụ sản, bệnh viện Bạch Mai năm 2022. **Kết quả:** Có 1299/3220 trường hợp MLT lần đầu tại bệnh viện Bạch Mai năm 2022, chiếm tỉ lệ 39,13%. Nhóm nguyên nhân chủ yếu do thai (73,6%), do bệnh lý người mẹ (36,8%). Tuổi trung bình là phương pháp vô cảm chủ yếu (90,3%). Đa số các trường hợp mổ mở thành bụng theo đường rạch ngang (91,8%). Cân nặng sơ sinh 2500-3500 gram chiếm tỉ lệ lớn nhất (69,6%). Chỉ số Apgar chủ yếu > 7 điểm: 1 phút (87,5%), 5 phút (96%). Biến chứng trong và sau mổ chiếm 6,1%. Đa số các sản phụ chỉ sử dụng 1 loại kháng sinh sau mổ (73,9%). Thời gian điều trị trung bình sau mổ là $5,53 \pm 1,51$ ngày. **Kết luận:** Tỉ lệ MLT

lần đầu tại bệnh viện Bạch Mai do nhóm nguyên nhân bệnh lý mẹ cao hơn các cơ sở sản khoa khác. Kết quả MLT lần đầu có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm sản phụ có bệnh lý và nhóm không bệnh lý.

Từ khóa: Mổ lấy thai, lần đầu, Bạch Mai, 2022.

SUMMARY

COMMENT AND EVALUATION OF THE RESULTS OF THE FIRST CESAREAN SECTION AT BACH MAI HOSPITAL IN 2022

Objective: 1. Review the clinical characteristics of pregnant women undergoing cesarean section (CS) for the first time at Bach Mai hospital in 2022. 2. Evaluate the results of CS of them. **Material and methods:** Retrospective, cross-sectional descriptive study on medical records of nulliparous or multiparous pregnant women who given a for the first time at the Department of Obstetrics and Gynecology, Bach Mai Hospital in 2022. **Results:** There were 1299/3220 cases of the first CS at Bach Mai hospital in 2022, accounting for 39,13%. The most common reason for CS were from fetal (73.6%), follow by maternal disease (36.8%). Spinal anesthesia was the main anesthesia method (90.3%). The majority of cases of abdominal wall opening are transverse incision (91.8%). The group of newborns weighing 2500-3500 grams accounts for the largest proportion (69.6%). Apgar index mainly > 7 points: 1 minute (87.5%), 5

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Bằng

Email: Ngobang.bvbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024

Ngày duyệt bài: 18.8.2024

minutes (96%). Rates of intraoperative and postoperative complications accounted for 6.1. The majority of pregnant women only used one type of antibiotic after surgery (73.9%). The average treatment time after surgery is 5.53 ± 1.51 days. **Conclusion:** The rate of the first CS at Bach Mai hospital due to maternal pathology is higher than other good obstetric facilities. The results of the first CS had a statistically significant difference between the group of women with pathology and the group without pathology. **Keywords:** Caesarean section, first time, Bach Mai, 2022.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một cuộc chuyển dạ diễn ra sinh lý nhất là được kết thúc bằng đẻ qua đường âm đạo (ÂĐ). Chỉ định MLT đúng đắn khi đẻ đường ÂĐ có nguy cơ tai biến cho mẹ hoặc con. Trong những năm qua tỷ lệ MLT vẫn không ngừng tăng lên. Theo nghiên cứu của Boerma và cộng sự dựa trên số liệu từ 169 quốc gia trên toàn cầu cho thấy tỉ lệ MLT tăng gấp đôi từ năm 2000 đến năm 2015¹. Tại Việt Nam, tỷ lệ MLT ở sản phụ con so tại bệnh viện phụ sản Trung Ương tăng dần qua các năm: từ năm 2004 (35,5%); năm 2006 (37,09%); đến năm 2016 tỷ lệ này là 41,4%². Để giảm tỷ lệ MLT nói chung cần đặc biệt quan tâm đến những chỉ định của những sản phụ MLT lần đầu. Bệnh viện Bạch Mai là một bệnh viện đa khoa đặc biệt có tỷ lệ sản phụ mắc các bệnh lý nội, ngoại khoa cao hơn các cơ sở sản khoa khác trong nước nên chỉ định và kết quả MLT lần đầu ở các sản phụ tại khoa Phụ sản có sự khác biệt. Vì vậy nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá và nâng cao chất lượng điều trị ở những sản phụ có chỉ định MLT lần đầu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

Tiêu chuẩn chọn: Hồ sơ bệnh án các sản phụ con so hoặc con rạ chưa MLT lần nào và MLT lần đầu tại khoa Phụ - Sản, bệnh viện Bạch Mai năm 2022. Một thai, thai sống, tuổi thai ≥ 28 tuần.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án của các sản phụ đã MLT từ nơi khác chuyển đến vì các nguyên nhân khác. Hồ sơ bệnh án ghi chép không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức cỡ mẫu ước tính cho một tỉ lệ:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có

$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$) $\rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

p: Tỷ lệ MLT lần đầu trên tổng số đẻ chung 31,1% (Nghiên cứu Lê Minh Hải tại Bệnh viện Đa

khoa Tuyên Quang năm 2017) .

d: sai số tuyệt đối, lấy $d=0,05$

\rightarrow Từ công thức trên, cỡ mẫu nghiên cứu tính được $n=329$.

Các bước thu thập số liệu:

Bước 1: Lựa chọn đối tượng phù hợp.

Bước 2: Thu thập thông tin: về đặc điểm chung, tiền sử sản phụ khoa, chỉ định MLT, kết quả phẫu thuật, tai biến của mẹ và con.

Bước 3: Nhập số liệu, xử lý, phân tích số liệu và viết báo cáo.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong năm 2022, tại bệnh viện Bạch Mai có 1299/3220 trường hợp MLT lần đầu, chiếm 39,13%. Nghiên cứu 329 hồ sơ bệnh án cho kết quả:

3.1. Đặc điểm lâm sàng của sản phụ

Tuổi của sản phụ: 20-29 tuổi (62,0%), 30-34 tuổi (21,9%), tuổi ≥ 35 tuổi (15,5%), dưới 20 tuổi (0,6%).

Số lần mang thai: con so (66,3%), con rạ lần 2 (17,6%), lần 3 trở lên (16,1%).

Tuổi thai: đủ tháng 38-41 tuần (72%), 28-37 tuần (19,2%), ≥ 42 tuần (8,8%).

Thời điểm mổ: khi chuyển dạ (61,4%), chủ động (38,6%).

Chỉ định mổ:

Bảng 1: Phân bố nguyên nhân mổ lấy thai

Nguyên nhân mổ		Năm 2022		Tỉ lệ (%)
		N	Tỉ lệ (%)	
Do thai	Thai suy	114	34,7	242 73,6
	Thai to	40	12,2	
	Thai quá ngày sinh	29	8,8	
	Thai chậm phát triển trong tử cung	24	7,3	
	Đầu không lọt	17	5,2	
	Ngôi bất thường	11	3,3	
Do bệnh lý của người mẹ	Bệnh khác	71	21,5	121 36,8
	Tiểu đường	16	4,9	
	Bệnh tim mạch	14	4,3	
	Basedow	5	1,5	
	TSSKNN	2	0,6	
Do đường sinh dục mẹ	Cổ TC không tiến triển	30	9,1	51 15,5
	Khung chậu bất thường	7	2,1	
	Cơ co cường tính Do vỡ TC, vỡ TC	6	1,8	
	Khối u tiền đạo	5	1,6	
	Do AH, ÂĐ, TSM bất thường	3	0,9	
Do phần phụ của thai	Thiếu ối, cạn ối	28	8,5	37 11,2
	RTĐ	7	2,1	
	RBN	2	0,6	

Lý do xã hội	Vô sinh, con quý hiếm, IVF	13	4,0	24	7,3
	Xin mổ	8	2,4		
	Con so lớn tuổi	3	0,9		

Nhận xét: Các sản phụ MLT có thể có do một hay nhiều nguyên nhân, vì vậy phần trăm tổng cũng > 100%. Các chỉ định này được phân thành 5 nhóm lớn. Trong đó:

Nhóm do thai có 242 sản phụ chiếm tỉ lệ lớn nhất (73,6%), thường gặp nhất là thai suy (34,7%)

Nhóm do các bệnh lý của người mẹ có 121 sản phụ chiếm 36,8%, thường gặp nhất do nhóm bệnh khác (21,5%)

Nhóm do đường sinh dục mẹ có 51 sản phụ chiếm 15,5%, thường gặp nhất do cổ TC không tiến triển (9,1%)

Nhóm do phần phụ của thai có 37 sản phụ chiếm 11,2%, thường gặp nhất do thiếu ối, cạn ối (8,5%)

Nhóm do các lý do xã hội có 24 sản phụ chiếm 7,3%, thường gặp nhất do vô sinh, con quý hiếm, IVF (4%)

3.2. Kết quả MLT lần đầu

Phương pháp vô cảm: tê tủy sống (90,3%), gây mê nội khí quản (9,7%)

Bảng 2. Phân bố phương pháp vô cảm

Phương pháp vô cảm	Bệnh lý	Không bệnh lý	Tổng
Tê tủy sống	92	205	297
Nội khí quản	29	3	32
Tổng	121	208	329

Nhận xét: Tỉ lệ vô cảm bằng nội khí quản ở nhóm có bệnh cao hơn nhóm không bệnh lý. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Đường rạch thành bụng: đường rạch ngang (91,8%), đường rạch dọc (8,2%)

Bảng 3. Phân bố đường rạch thành bụng

Đường rạch thành bụng	Bệnh lý	Không bệnh lý	Tổng
Dọc	27	0	27
Ngang	94	208	302
Tổng	121	208	329

Nhận xét: Tỉ lệ đường mổ rạch dọc thành bụng ở nhóm có bệnh cao hơn nhóm không bệnh lý. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Cân nặng sơ sinh: Nhóm trẻ sơ sinh đạt cân nặng 2500-3500 gram (69,6%), > 3500 gram (15,5%), dưới 2500 gram (14,9%) -> Nhóm sơ sinh đạt cân nặng 2500-3500 gram cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sơ sinh <2500 gram và >3500 gram ($p < 0,01$)

Bảng 4. Phân bố cân nặng sơ sinh

Cân nặng (gram)	Bệnh lý	Không bệnh lý	Tổng
< 2500	40	9	49

≥ 2500	81	199	280
Tổng	121	208	329

Nhận xét: Tỉ lệ cân nặng sơ sinh dưới 2500 gram ở nhóm có bệnh cao hơn nhóm không bệnh lý. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Chỉ số Apgar sau sinh

Đánh giá chỉ số Apgar phút thứ 1: Đa số trẻ có chỉ số Apgar > 7 với 288 trẻ (87,5%)

39 trẻ chiếm 11,9% có chỉ số Apgar là 4 – 7

Có 2 trẻ có chỉ số Apgar < 4

Đánh giá chỉ số Apgar phút thứ 5: Đa số trẻ có chỉ số Apgar > 7 với 316 trẻ (96%)

13 trẻ chiếm 4% có chỉ số Apgar là 4 – 7

Không có trẻ nào có chỉ số Apgar < 4

Bảng 5. Phân bố chỉ số Apgar phút thứ 1

Chỉ số Apgar (điểm)	Bệnh lý	Không bệnh lý	Tổng
> 7	94	194	288
≤ 7	27	14	41
Tổng	121	208	329

Nhận xét: Tỉ lệ trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar dưới 7 điểm ở nhóm có bệnh cao hơn nhóm không bệnh lý. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Biến chứng trong và sau mổ: Trong số 329 bệnh nhân có 20 bệnh nhân có biến chứng 10 bệnh nhân chảy máu phải khâu cầm máu (3,0%)

5 bệnh nhân bị nhiễm trùng (1,6%)

3 bệnh nhân bị đỡ TC phải cắt TC (0,9%)

2 bệnh nhân bị chảy máu, tụ máu phải mổ lại (0,6%)

Không bệnh nhân nào gặp biến chứng bị tổn thương tạng lân cận.

Bảng 6. Phân bố biến chứng trong và sau mổ

Biến chứng	Bệnh lý	Không bệnh lý	Tổng
Có	15	5	20
Không	106	203	309
Tổng	121	208	329

Nhận xét: Tỉ lệ biến chứng trong và sau mổ ở nhóm có bệnh cao hơn nhóm không bệnh lý. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Kháng sinh sau mổ: Tất cả các sản phụ sau MLT đều sử dụng kháng sinh, trong đó: 1 loại kháng sinh (73,9%), nhiều loại kháng sinh (26,1%)

Bảng 7. Phân bố số loại kháng sinh sử dụng sau mổ

Số loại kháng sinh	Bệnh lý	Không bệnh lý	Tổng
1 loại	42	201	245

Nhiều loại	79	7	86
Tổng	121	208	329

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng nhiều loại kháng sinh ở nhóm có bệnh cao hơn nhóm không bệnh lý. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Thời gian điều trị sau mổ: $5,53 \pm 1,51$ (ngày), ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 17 ngày

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ MLT lần đầu tại Bạch Mai năm 2022 là 39,13% cao hơn các viện khác: bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang năm 2017 là 31,1%³; bệnh viện Đa khoa khu vực Phúc Yên năm 2019 là 13,8%⁴. Nguyên nhân do Bạch Mai là nơi tập trung nhiều sản phụ có bệnh lý nội, ngoại khoa cần kết thúc thai kỳ bằng phương pháp MLT.

4.1. Nhận xét đặc điểm sản phụ. Tuổi của sản phụ chủ yếu 20-29 tuổi (62%). Đây là lứa tuổi sinh đẻ phù hợp

Số lần mang thai chủ yếu là con so (66,3%), con rạ lần 3 trở lên có tỷ lệ thấp nhất do xu hướng sinh con ngày càng ít đi.

Tuổi thai chủ yếu là đủ tháng (72%). Tuy nhiên, nhóm thai non tháng từ 28-37 tuần là 19,2%, cao hơn kết quả của nghiên cứu ở các bệnh viện khác: bệnh viện Đa khoa khu vực Phúc Yên năm 2019, tỷ lệ nhóm 32- 36 tuần là 7,2%⁴; bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang năm 2017, tỷ lệ nhóm 28-37 tuần là 6,3%³. Lý do là Bạch Mai có nhiều bệnh nhân có bệnh lý kết hợp cần phải đình chỉ thai sớm.

Thời điểm MLT lần đầu chủ yếu là khi chuyển dạ với 61,4%, mổ chủ động gấp 38,6%. MLT khi chuyển dạ sẽ hạn chế được nguy cơ do mổ chủ động như nhầm tuổi thai, chậm tiêu dịch phổi trẻ sơ sinh, bế sản dịch sau mổ.

Nguyên nhân MLT lần đầu cao nhất là do thai (73,6%), trong đó chủ yếu là thai suy (47,1%). Kết quả này tương đương so với nghiên cứu trước đó của Soeuchan Visal (41%)⁵. Khoa Phụ sản, bệnh viện Bạch Mai tiếp nhận nhiều sản phụ có bệnh lý nội khoa phức tạp như bệnh tim mạch, tăng huyết áp, bệnh thận, Lupus... Những trường hợp này thường gây thai chậm phát triển trong buồng TC, thai suy mạn tính, khi có cơn co TC, nhịp tim thai xuống cần MLT. Điều này làm gia tăng đáng kể tỷ lệ MLT. Mặt khác, MLT nguyên nhân do thai suy thì phần lớn dựa vào tình trạng màu sắc nước ối xanh bẩn, nhịp tim thai trên monitoring vẫn tốt, nhưng chuyển dạ mới ở giai đoạn 1a, theo dõi gặp nhiều áp lực từ sự lo lắng của bệnh nhân và người nhà về sức khỏe thai nhi. Để làm giảm tỷ lệ MLT do nguyên nhân này chúng ta cần hồi sức

thai và theo dõi tim thai trên monitoring nếu tim thai tốt có thể để đẻ đường âm đạo. Nguyên nhân MLT lần đầu do bệnh lý của mẹ chiếm 36,8%, đứng thứ hai trong các nguyên nhân MLT. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với các bệnh viện khác: bệnh viện Đa khoa Tuyên Quang (2017) là 12%³; bệnh viện Đa khoa khu vực Phúc Yên (2019) là 9,5%⁴, bởi lẽ bệnh viện Bạch Mai là Bệnh viện đa khoa tuyến đầu của cả nước, tỷ lệ các sản phụ mắc các bệnh lý nội khoa tại đây cao hơn hẳn các cơ sở sản khoa khác. Trong các nguyên nhân MLT do bệnh lý mẹ, cao nhất là nhóm bệnh khác có 71 trường hợp với các bệnh đa dạng như lupus, bệnh thận, thiếu máu... Để hạn chế tỷ lệ MLT do nhóm nguyên nhân này cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa chuyên khoa Sản và các chuyên ngành Nội khoa, điều trị tích cực bệnh lý người mẹ. Trong nhóm nguyên nhân do đường sinh dục mẹ, tỷ lệ mổ do cổ TC không tiến triển là cao nhất. Chỉ định mổ vì lý do này mang tính tương đối. Để giảm tỷ lệ MLT do nguyên nhân này cần theo dõi chặt chẽ về thời gian, cơn co tử cung và đánh giá tiến triển của cổ TC chính xác. Trong nhóm do phần phụ của thai, thiếu ối, cạn ối là nguyên nhân chính. Chẩn đoán tình trạng nước ối chủ yếu dựa vào siêu âm đánh giá chỉ số ối. Tuy nhiên, chỉ định mổ do thiếu ối mang tính tương đối cần phải giảm tỷ lệ MLT do nguyên nhân này chúng ta vẫn có thể theo dõi tình trạng thai qua siêu âm, tim thai trên monitoring và nếu test đã kích bình thường có thể gây chuyển dạ theo dõi đẻ đường âm đạo. Xu hướng hiện nay, yếu tố xã hội đã góp phần vào trong những chỉ định MLT khiến cho tỷ lệ MLT ngày càng tăng. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ MLT do vô sinh, con quý hiếm, IVF chiếm 54,2% , cao nhất trong các nguyên nhân do yếu tố xã hội. Tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu trước đây của Soeuchan Visal là 33%⁵ là do tỷ lệ thai IVF ngày càng tăng cũng như tâm lý của các sản phụ và gia đình có con quý, con hiếm thường mong muốn được MLT vì sợ những bất trắc xảy ra trong quá trình chuyển dạ.

4.2. Kết quả MLT lần đầu. Hầu hết các trường hợp MLT đều vô cảm bằng phương pháp gây tê tủy sống (90,3%). Kết quả này tương tự các nghiên cứu khác: Soeuchan Visal (96%)⁵; Lê Minh Hải (96,5%)³; Nguyễn Hữu Kiên (96,2%)⁴. Gây tê tủy sống được tiến hành ở hầu hết các sản phụ MLT và ít xảy ra tai biến do phương pháp vô cảm. Phương pháp này có nhiều ưu điểm như sản phụ hoàn toàn tỉnh, mẹ ít bị ảnh hưởng bởi thuốc mê. Phương pháp vô cảm bằng gây mê nội khí quản là phương pháp an toàn, luôn kiểm soát được đường thở, ổn định về mặt

huyết động, tiến hành nhanh rất thuận lợi cho những trường hợp cần cấp cứu nhanh, bệnh tim mạch, TSG, sản giật, basedow và những trường hợp chống chỉ định gây tê. Vì vậy, tỉ lệ gây mê nội khí quản trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu khác. Tỉ lệ này trong nhóm bệnh lý cũng cao hơn so với nhóm không bệnh lý.

Đường rạch thành bụng chủ yếu là đường ngang trên mu (91,8%). Đa phần các bác sĩ đều lựa chọn đường rạch ngang trên khớp mu để đảm bảo tính thẩm mỹ và nếu bệnh nhân không có bệnh lý gì thì đây là đường mổ an toàn. Tuy nhiên, tỉ lệ đường rạch dọc giữa dưới rốn trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,2%, cao hơn nhiều trong các nghiên cứu khác bởi lẽ nhóm MLT có bệnh lý mẹ kèm theo trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác nên các bác sĩ lựa chọn đường mổ dọc trắng giữa dưới rốn để tránh tổn thương mạch máu thành bụng, cũng như bộc lộ phẫu trường tốt hơn tránh tai biến xảy ra.

Cân nặng sơ sinh chủ yếu từ 2500 – 3500 gram (69,6%). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu khác: Soeuchan Visal (68,4%)⁵; Nguyễn Hữu Kiên (69,6%)⁴. Các nghiên cứu đều có kết quả nhóm thai đủ tháng chiếm chủ yếu nên cân nặng của các bé sinh ra phần lớn trong giá trị bình thường. Tuy nhiên, cân nặng sơ sinh <2500g trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn (14,9%). Tỉ lệ này trong nhóm bệnh lý cao hơn khác biệt so với nhóm không bệnh lý. Nguyên nhân do sản phụ có bệnh lý nội khoa trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ cao hơn. Những em bé được sinh ra từ các bà mẹ bệnh lý thường bị cân nặng thấp phần vì cần đình chỉ thai nghén ở tuổi thai thấp, phần vì thai bị kém phát triển trong buồng TC.

Chỉ số Apgar > 7 điểm là chiếm chủ yếu vì phần lớn trẻ sơ sinh đều đủ tháng. Tuy nhiên, nhóm mẹ bệnh lý trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, nhóm tuổi thai non tháng cao hơn nên tỉ lệ trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar < 7 điểm ở phút thứ nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,9% cũng cao hơn các nghiên cứu khác: Lê Minh Hải là 5,1%³, Vũ Mạnh Cường là 1,3%⁶.

Tỉ lệ tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật theo nghiên cứu của chúng tôi là 6,1% cao hơn các nghiên cứu khác như của Soeuchan Visal là 3,3%⁵; của Nguyễn Hữu Kiên là 4,8%⁴; Nguyễn Xuân Minh là 2,1%⁷. Nguyên nhân có lẽ do nhóm bệnh nhân bệnh lý của chúng tôi cao hơn, ngoài các sản phụ con so còn có các bà mẹ con rạ lần 2, lần 3, lần 4... Đây là những nhóm

nguy cơ dễ xảy ra tai biến.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đa số các sản phụ được sử dụng 1 loại kháng sinh với tỉ lệ 73,9%. Tuy nhiên, tỉ lệ sản phụ phải điều trị phối hợp nhiều loại kháng sinh chiếm 26,1% cao hơn nhiều so với các nghiên cứu khác: Soeuchan Visal là 6%⁵; Lê Minh Hải là 5,3%³. Kết quả nghiên cứu cũng thể hiện rõ tỉ lệ bệnh nhân dùng nhiều loại kháng sinh trong nhóm bệnh lý cao hơn nhóm không bệnh lý. Đó là nhóm sản phụ có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn cần phải phối hợp nhiều loại kháng sinh để dự phòng hoặc điều trị nhiễm trùng sau mổ.

Thời gian điều trị trung bình sau mổ trong nhóm sản phụ nghiên cứu của chúng tôi là 5,53 ± 1,51 ngày, thời gian ngắn nhất là 4 ngày và nhiều nhất là 17 ngày do nhiễm trùng toác vết mổ phải khâu lại và điều trị bệnh lý Lupus.

V. KẾT LUẬN

MLT lần đầu tại bệnh viện Bạch Mai cao hơn các cơ sở sản khoa khác. Nguyên nhân do bệnh lý mẹ chiếm tỉ lệ cao, góp phần làm tăng tỉ lệ mổ. Kết quả MLT lần đầu có sự khác biệt giữa nhóm mẹ bệnh lý và nhóm mẹ không bệnh lý.

Cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa chuyên khoa Sản và các chuyên khoa khác để giảm tỉ lệ MLT lần đầu và biến chứng sau mổ ở nhóm mẹ bệnh lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, et al.** Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*. 2018; 392(10155): 1341-1348. doi:10.1016/S0140-6736(18)31928-7
2. **Nguyễn Thị Minh An.** Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so tại khoa phụ sản bệnh viện Bạch Mai năm 2013. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa. 2014.
3. **Lê Minh Hải.** Nhận xét chỉ định và kết quả mổ lấy thai lần đầu tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang trong năm 2017. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
4. **Nguyễn Hữu Kiên.** Nghiên cứu chỉ định và kết quả mổ lấy thai lần đầu tại bệnh viện Đa khoa khu vực Phúc Yên trong năm 2019. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2021.
5. **Soeuchan Visal.** Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai con so tại bệnh viện Bạch Mai. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
6. **Vũ Mạnh Cường.** Nghiên cứu về chỉ định và biến chứng mổ lấy thai con so tại bệnh viện Phụ sản thái bình. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.
7. **Nguyễn Xuân Minh, Trương Quang Vinh.** Nghiên cứu tình hình mổ lấy thai ở sản phụ sinh con so tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi. *Tạp chí phụ sản*. 2022;20(4):43-49. doi:10.46755/vjog.2022.4.1378

KẾT QUẢ THỰC HIỆN QUY TRÌNH QUẢN LÝ BỆNH SUY TIM ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI KHOA TIM MẠCH, BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY, HÀ NỘI NĂM 2024

Đào Hồng Nam*, Đào Văn Dũng**, Trần Thúy Hạnh***, Nguyễn Thanh Phú*,
Trần Thị My*, Phạm Thị Hiền*, Hà Thị Thúy*, Đinh Thị Huệ*.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả thực hiện quy trình quản lý bệnh suy tim điều trị ngoại trú tại Khoa Tim mạch, bệnh viện Vinmec Times City, Hà Nội năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** Nghiên cứu tiến hành trên 161 NB suy tim điều trị ngoại trú có tuổi trung bình ($70 \pm 14,0$) tuổi, tỉ số nam/nữ (1,71/1). Điểm "kiến thức chung" trước tư vấn, sau tư vấn 1 tháng và 3 tháng có sự cải thiện ($p < 0,001$) với số điểm lần lượt là ($6,0 \pm 3,0$); ($7,5 \pm 3,3$); ($9,2 \pm 3,4$). Điểm thực hành tự chăm sóc cũng có sự cải thiện: Điểm thực hành "Duy trì tự chăm sóc"; "Quản lý tự chăm sóc"; "Tư tin chăm sóc" với trung vị (KTPV) lần lượt tại từng thời điểm đều có sự khác biệt (với $p < 0,001$). Tỉ lệ NB có kiến thức đúng chung tăng dần trước tư vấn (1,2%); sau tư vấn 1 tháng (5,0%) và sau 3 tháng là (11,8%). **Kết luận:** Quy trình quản lý bệnh suy tim điều trị ngoại trú tại khoa tim mạch, Bệnh viện Vinmec Times City Hà Nội đang thu được nhiều kết quả tích cực. **Từ khóa:** Quy trình quản lý; Bệnh suy tim; Điều trị ngoại trú; Bệnh Viện Vinmec Times City.

SUMMARY

RESULTS OF IMPLEMENTING THE OUTPATIENT HEART FAILURE MANAGEMENT PROCESS AT THE CARDIOLOGY DEPARTMENT, VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL HOSPITAL, HA NOI 2024

Objective: To describe the implementation of the heart failure outpatient management process results at the Cardiology Department, Vinmec Times City International Hospital, Hanoi 2024. **Methods:** Analytical cross-sectional study. **Results:** The study was conducted on 161 heart failure outpatients with an average age of 70 ± 14.0 years and a male-to-female ratio of 1.71:1. The "general knowledge" scores before counseling, at 1 month, and at 3 months post-counseling showed improvement ($p < 0.001$) with scores of 6.0 ± 3.0 , 7.5 ± 3.3 , and 9.2 ± 3.4 , respectively. Self-care practice scores also improved: the scores for "Self-care maintenance," "Self-care management," and "Self-care confidence" at each

time point showed significant differences ($p < 0.001$). The percentage of patients with correct general knowledge increased over time: 1.2% before counseling, 5.0% at 1 month post-counseling, and 11.8% at 3 months post-counseling. **Conclusion:** The outpatient heart failure management process at the Cardiology department of Vinmec Times City International Hospital in Hanoi is yielding many positive results. **Keywords:** The management process; Heart failure; Outpatient treatment; Vinmec Times City International Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, suy tim đã trở thành vấn đề y tế nghiêm trọng với tỉ lệ mắc cao và là một trong số các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong [7]. Bên cạnh các biện pháp điều trị có hiệu quả, quy trình quản lý người bệnh (NB) suy tim đã cải thiện sức khỏe, tiết kiệm chi phí và giảm tỷ nhập viện, tử vong. Việc quản lý bệnh tim ngoại trú tại nước ta còn nhiều khó khăn như hạn chế về tiếp cận khám bệnh, chữa bệnh (KCB) và quản lý người bệnh sau khi khám chữa bệnh [4]. Tại bệnh viện Vinmec Times City, đã tiến hành quy trình quản lý bệnh suy tim ngoại trú bắt đầu từ tháng 6/2023 nhằm nâng cao chất khám chữa bệnh. Để đánh giá kết quả hoạt động ra sao, tiến hành đề tài với mục tiêu: "Mô tả kết quả thực hiện quy trình quản lý bệnh suy tim điều trị ngoại trú tại Khoa Tim mạch, bệnh viện Vinmec Times City, Hà Nội năm 2024".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

***Đối tượng nghiên cứu:** người bệnh được chẩn đoán suy tim.

- Tiêu chuẩn chọn: NB được chẩn đoán suy tim theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam; Có thời gian điều trị từ 1 tháng trở lên; Từ 18 tuổi trở lên và có sức khỏe tinh thần ổn định.

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB đang trong đợt cấp, không có khả năng trả lời phỏng vấn; Không đồng ý tham gia nghiên cứu; Không nằm trong chương trình quản lý bệnh mạn tính.

* Thời gian nghiên cứu: từ tháng 12/2023 - 06/2024.

* Địa điểm nghiên cứu: Khoa tim mạch, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City.

*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

**Trường Đại học Phenikaa

***Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Đào Hồng Nam

Email: bshongnam80@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 17.9.2024