

cho những nghiên cứu sâu hơn cho từng phân nhóm thuốc của các nhóm thuốc lớn có chi phí chiếm tỷ trọng cao trong tương lai.

Nghiên cứu thực hiện từ nguồn dữ liệu điện tử, lấy mẫu toàn bộ trong một giai đoạn sáu năm liên tục đã phát thảo được bức tranh tổng thể về cơ cấu chi phí sử dụng thuốc tại BVLVT trong giai đoạn 2018-2023, góp phần cung cấp dữ liệu cho những đánh giá về tình hình sử dụng thuốc tại BVLVT được đầy đủ và cụ thể hơn, từ đó, đảm bảo độ tin cậy cho những căn cứ sử dụng để hoạch định chính sách tối ưu hóa việc phân bổ tài chính trong sử dụng thuốc và điều trị tại BVLVT.

V. KẾT LUẬN

Kết quả thu được từ nghiên cứu đã cung cấp các thông tin cập nhật liên quan đến chi phí sử dụng thuốc theo các đặc điểm cụ thể, tạo căn cứ quan trọng cho việc ra các quyết định về mua sắm, lựa chọn, và sử dụng thuốc tại bệnh viện, đảm bảo đáp ứng các chính sách và yêu cầu về quản lý sử dụng thuốc của cơ quan quản lý về y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cù Thanh Tuyền, Nguyễn Trọng Duy Thức, Nguyễn Đỗ Hồng Nhung, Lê Thọ** (2022), "Phân tích đặc điểm danh mục thuốc tại bệnh viện Nhi Lâm Đồng giai đoạn 2019-2021", Tạp chí

Y học Việt Nam, tập 516 số 2, tháng 07/2022, trang 81 – 85.

2. **Huỳnh Như, Cù Thanh Tuyền, Hoàng Thy Nhạc Vũ** (2017), "Đặc điểm danh mục thuốc tân được sử dụng tại Bệnh viện Phụ Nhuận giai đoạn 2012-2017", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 21 (5), pp. 135-141.
3. **Trần Thị Ngọc Vân, Đặng Kim Loan, Hoàng Việt, Trinh Minh Hiệp** (2019), "Mô tả tình hình sử dụng thuốc tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu tỉnh Bến Tre giai đoạn 2011-2017", Tạp chí Y - Dược học Quân sự, 23 (2), pp. 21-29.
4. **Lê Văn Tiền, Nguyễn Hoàng Phương Thảo, Nguyễn Thị Hồng Nhung, Phạm Vũ Thanh, Đỗ Quang Dương**. Phân tích xu hướng sử dụng thuốc bảo hiểm y tế tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Lâm Đồng giai đoạn 2018-2023. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 544 số 1 tháng 11/2024, trang 216-220.
5. **Hoàng Thy Nhạc Vũ, Trần Văn Khanh, Trần Thanh Thiện, Phạm Gia Thế** (2024). Đặc điểm mô hình bệnh tật Bệnh viện Lê Văn Thịnh giai đoạn 2018-2023. Tạp chí Y học Cộng đồng, tập 65, số 6 (số chuyên đề tháng 7/2024), trang 24-33.
6. **Hoàng Thy Nhạc Vũ, Mai Ngọc Quỳnh Anh, Lê Hồng Tuấn** (2024). Phân tích tác động ngân sách của các bệnh lý tim mạch: nghiên cứu tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh. Tạp chí Y học Cộng đồng, tập 65, số 6 (số chuyên đề tháng 7/2024), trang 40-47.
7. **Nguyễn Cẩm Vân, Cao Thị Bích Ngọc, Nguyễn Trung Hà** (2021), "Phân tích danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2020", Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, tập 16, số đặc biệt 11/2021, trang 81-89.
8. **Bộ Y tế** (2015), "Chiến lược Quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2025".

NGHIÊN CỨU CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI CON SO TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN TÂN SƠN, TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Thị Kim Thoa¹, Nguyễn Thị Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so tại Trung tâm y tế (TTYT) huyện Tân Sơn, tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 207 sản phụ con so được chỉ định MLT tại TTYT huyện Tân Sơn, tỉnh Phú Thọ. **Kết quả:** Tỷ lệ chỉ định mổ lấy thai (MLT) do thai chiếm 44,9%; do phần phụ thai 38,6%; do bệnh lý mẹ 29,0% và nguyên nhân khác 36,2%. Trong nhóm MLT do đường sinh dục: tỷ lệ chỉ định MLT do khung chậu bất thường là 26,2%; cổ tử cung (CTC) không tiến triển là 46,2%. Trong nhóm MLT do thai: tỷ lệ MLT do thai to chiếm 57,1%, do thai suy

chiếm 20,9% và do ngôi bất thường chiếm 15,1%. Trong nhóm MLT do phần phụ thai: chỉ định MLT do ối vỡ non, ối vỡ sớm chiếm tỷ lệ 51,2%; do thiếu ối chiếm 43,8% và do rau tiền đạo chiếm 2,5%. Trong nhóm MLT do bệnh lý mẹ: Tỷ lệ chỉ định MLT do tiền sản giật là 83,8% và do bệnh lý khác là 18,3%. Trong nhóm MLT do nguyên nhân xã hội: tỷ lệ chỉ định MLT vì gia đình xin mổ chiếm 92,0% và do chuyển dạ kéo dài 8,0%. **Kết luận:** Chỉ định MLT ở sản phụ con so tại TTYT huyện Tân Sơn là phù hợp.

Từ khóa: chỉ định, mổ lấy thai, sản phụ, con so.

SUMMARY

RESEARCH ON CESAREAN SECTION INDICATIONS FOR PRIMIPAROUS MOTHER AT TAN SON DISTRICT MEDICAL CENTER, PHU THO PROVINCE

Objective: To evaluate the cesarean section (C-section) indications for primiparous mothers at Tan Son district medical center, Phu Tho province. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 207 primiparous mothers with

¹Trung tâm Y tế huyện Tân Sơn

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Thoa

Email: nguyenthoha118585@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025

C-section indications at Tan Son district medical center, Phu Tho province. **Results:** The proportion of C-section indications due to the fetal accounted for 44.9%; due to the fetus 38.6%; due to maternal disease 29.0% and other causes 36.2%. In the group of C-section due to the genital tract: the proportion of C-section indication due to abnormal pelvis was 26.2%; the rate of undeveloped cervix was 46.2%. In the group of C-section due to the fetus: the proportion of C-section due to big fetus was 57.1%, due to fetal distress was 20.9% and due to abnormal presentation was 15.1%. In the group of C-section due to the fetus: the proportion of C-section indication due to premature rupture of membranes was 51.2%; due to oligohydramnios was 43.8% and due to placenta previa was 2.5%. In the group of C-section due to maternal disease: the proportion of C-section indication due to preeclampsia was 83.8% and due to other diseases was 18.3%. In the group of C-section due to social reasons: the proportion of C-section indication due to family request was 92.0% and due to prolonged labor was 8.0%. **Conclusion:** C-section indication for primiparous mothers at Tan Son district medical Center is appropriate. **Keywords:** indication, cesarean section, pregnant women, primiparous.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai phụ có thai con so là những trường hợp có thai từ tuần thứ 22 trở lên chưa sinh lần nào bao gồm sinh đường âm đạo và mổ lấy thai (MLT). Ở thai phụ con so khi chuyển dạ đường sinh dục chưa được thử thách cho nên vấn đề tiên lượng đẻ đường dưới hay không là rất khó, do đó chỉ định MLT ở thai phụ con so thường có tỉ lệ cao hơn thai phụ con rạ. Nghiên cứu của Tống Thị Khánh Hằng (2020) cho tỉ lệ MLT con so là 57,4% [4]; Nguyễn Việt Hoàng và cs (2023) cho tỉ lệ MLT con so là 50,2% [5]. MLT có thể là rất tốt cho mẹ và thai nếu đủ điều kiện và chỉ định đúng. Nhưng MLT luôn đi kèm những nguy cơ tai biến cho mẹ, thai nhi và cho cả những lần mang thai sau này [3]. MLT làm tăng nguy cơ tai biến, kéo dài thời gian nằm viện, ảnh hưởng đến sức khỏe của người mẹ và trẻ sơ sinh và gia tăng chi phí điều trị [1], [5]. Với sự mở rộng chỉ định MLT ngày càng rộng rãi như hiện nay thì tỉ lệ MLT con so sẽ ngày càng tăng [1], [2], [5]. Đây đang là một chủ đề gây nhiều tranh cãi, đặt ra một nhiệm vụ cấp thiết cho đội ngũ của những thầy thuốc cần phải đưa ra những quyết định đúng đắn nhất trong chỉ định MLT, đặc biệt là chỉ định MLT con so. Với tỉ lệ MLT ở sản phụ con so ngày càng tăng thì việc tìm hiểu về chỉ định và đánh giá sự hợp lý của chỉ định MLT ở sản phụ con so là việc làm cần thiết nhằm giảm thiểu những chỉ định mổ chưa hợp lý. Câu hỏi đặt ra là chỉ định MLT ở sản phụ con so tại Trung tâm Y tế (TTYT) huyện Tân Sơn, tỉnh Phú Thọ hiện nay như thế nào? Đó là lý do chúng tôi

tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Nhận xét chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so tại Trung tâm y tế huyện Tân Sơn, tỉnh Phú Thọ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Sản phụ con so tuổi thai từ 37-41 tuần, có chỉ định MLT tại TTYT huyện Tân Sơn, tỉnh Phú Thọ từ ngày 01/9/2023 đến 30/9/2024.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Sản phụ con so tuổi thai từ $\geq 37-41$ tuần. Có chỉ định MLT tại TTYT huyện Tân Sơn, tỉnh Phú Thọ. Đầy đủ thông tin nghiên cứu. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Sản phụ và hồ sơ bệnh án MLT từ nơi khác chuyển đến. Hồ sơ bệnh án MLT không đủ thông tin nghiên cứu. Sản phụ chuyển viện.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ 01/6/2023 đến 30/11/2024 tại Khoa Sản, TTYT huyện Tân Sơn, tỉnh Phú Thọ.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu: toàn bộ. Chọn mẫu: chủ đích.

Chọn chủ đích toàn bộ 207 các trường hợp MLT con so đủ tháng tại TTYT huyện Tân Sơn thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn tham gia nghiên cứu.

2.4. Chỉ số nghiên cứu

- Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi mẹ

- Tỉ lệ các chỉ định MLT chung ở sản phụ con so
- Tỉ lệ chỉ định MLT do đường sinh dục
- Tỉ lệ chỉ định MLT do thai
- Tỉ lệ chỉ định MLT do phần phụ của thai
- Tỉ lệ chỉ định MLT do bệnh lý của mẹ
- Tỉ lệ chỉ định MLT một số nguyên nhân khác

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa, nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng phần mềm thống kê SPSS 25.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ đã được thông qua Hội đồng đạo đức, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên và được sự chấp thuận của Ban giám đốc TTYT huyện Tân Sơn, tỉnh Phú Thọ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi mẹ

Nhóm tuổi mẹ	SL	%
<20	37	17,9
20-24	111	53,6
25-29	46	22,2

30-34	12	5,8
≥35	1	0,5
Tuổi trung bình (TB±ĐLC)	22,92±3,92	
Tổng	207	100,0

Hơn một nửa (53,6%) sản phụ thuộc nhóm tuổi từ 20-24; tỉ lệ sản phụ <20 tuổi là 17,9% và từ 25-29 tuổi là 22,2%. Tuổi trung bình của sản phụ nghiên cứu là 22,92±3,92.

Bảng 2. Các chỉ định mổ lấy thai chung ở sản phụ con so

Nhóm chỉ định	SL	%
Do đường sinh dục	13	6,3
Do thai	93	44,9
Do phần phụ của thai	80	38,6
Do bệnh lý của mẹ	60	29,0
Nguyên nhân khác	75	36,2

Tỉ lệ chỉ định MLT do thai chiếm 44,9%; do phần phụ thai 38,6%; do bệnh lý mẹ 29,0% và nguyên nhân khác 36,2%.

Bảng 3. Chỉ định mổ lấy thai do đường sinh dục (n=13)

Chỉ định	SL	%
Khung chậu	Hẹp	3 23,1
	Giới hạn	3 23,1
CTC không tiến triển	CTC đóng kín	1 7,7
	CTC xóa mở	5 38,5
AH, ẢĐ, TSM	CTC viêm chảy máu	1 7,7

Tỉ lệ chỉ định MLT do khung chậu bất thường là 26,2%; CTC không tiến triển là 46,2%.

Bảng 4. Chỉ định mổ lấy thai do thai (n=93)

Chỉ định	SL	%
Ngôi bất thường	Ngôi mông	12 12,9
	Ngôi mặt	1 1,1
	Ngôi vai	1 1,1
Thai to	<3500g	1 1,1
	≥3500g	52 56,0
Thai suy	NTT nhanh/chậm	18 19,8
	DIP 2/3	1 1,1
Đầu không lọt	Đầu cao chồm vệt	2 2,2
	Dây rau ngắn	1 1,1
	Kiểu thể sau	3 3,2

Tỉ lệ MLT do thai to chiếm 57,1%, do thai suy chiếm 20,9% và do ngôi bất thường 15,1%.

Bảng 5. Chỉ định mổ lấy thai do phần phụ của thai (n=80)

Chỉ định	SL	%
Rau tiền đạo	2	2,5
Ồi vỡ non, ồ vỡ sớm	41	51,2
Thiếu ồ	35	43,8
Dư ồ, đa ồ	1	1,3
Rỉ ồ	1	1,3

Chỉ định MLT do ồ vỡ non, ồ vỡ sớm chiếm tỉ lệ 51,2%; do thiếu ồ chiếm 43,8% và do rau

tiền đạo chiếm 2,5%.

Bảng 6. Chỉ định mổ lấy thai do bệnh lý của mẹ (n=60)

Bệnh lý mẹ	SL	%
TSG	50	83,3
ĐTĐ, Basedow	1	1,7
Bệnh tim	1	1,7
Khác	11	18,3

Tỉ lệ chỉ định MLT do tiền sản giật là 83,8% và do bệnh lý khác là 18,3%.

Bảng 7. Chỉ định mổ lấy thai một số nguyên nhân khác (n=75)

Nhóm chỉ định	SL	%
Vô sinh	1	1,3
Xin mổ	69	92,0
Chuyển dạ kéo dài	6	8,0
Khác	3	4,0

Tỉ lệ chỉ định MLT vì gia đình xin mổ chiếm 92,0% và do chuyển dạ kéo dài 8,0%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy hơn một nửa (53,6%) sản phụ thuộc nhóm tuổi từ 20-24; tỉ lệ sản phụ <20 tuổi là 17,9% và từ 25-29 tuổi là 22,2%. Tuổi trung bình của sản phụ nghiên cứu là 22,92±3,92. Nghiên cứu của Tổng Thị Khánh Hằng (2020) thấy sản phụ thuộc nhóm tuổi 20-24 chiếm tỉ lệ cao nhất 41,1%, tiếp đến nhóm 25-29 chiếm tỉ lệ 40,7%, nhóm sản phụ có nhóm tuổi ≥35 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất 2,3% tổng số thai phụ. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 24,62±3,98. Thai phụ tuổi cao nhất là 43, tuổi nhỏ nhất là 14 [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Hoàng và cs (2023) thấy: tỉ lệ MLT con so ở nhóm có độ tuổi trung bình từ 20-25 tuổi chiếm cao nhất (chiếm 52,0%). Sản phụ trẻ tuổi nhất 16 tuổi, sản phụ lớn tuổi nhất 45 tuổi [5]. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn các nghiên cứu trước đây. Có sự khác biệt này theo chúng tôi là do đặc điểm của huyện Tân Sơn, tỉnh Phú Thọ là một huyện miền núi với 7 nhóm hộ dân tộc thiểu số chiếm 82,3% tổng số dân toàn huyện, trình độ dân trí tại huyện chưa cao và đặc biệt là tập quán dựng vợ gả chồng rất sớm của người dân nơi đây đã khiến cho độ tuổi lập gia đình nói chung và độ tuổi sinh sản nói riêng của sản phụ đi đẻ là thấp hơn so với các nghiên cứu trước.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy: Tỉ lệ chỉ định MLT do thai chiếm 44,9%; do phần phụ thai 38,6%; do bệnh lý mẹ 29,0% và nguyên nhân khác 36,2%. Nghiên cứu của Thân Thị Thăng và cs (2016) cho kết quả: tỉ lệ MLT ở sản phụ con so do sản giật, tiền sản giật 3,2%, do bất tương xứng thai nhi và khung chậu: 5,1%,

do thai to toàn bộ (28,1%), do phần phụ của thai là do ối vỡ non, ối vỡ sớm (46,5%), do CTC không tiến triển (15,4%), đầu không lọt (10,8%), thai suy (18,6%), do con so lớn tuổi + yếu tố khác (3,5%), do bệnh nhân hiểm muộn điều trị vô sinh 4,4%. Tỷ lệ xin mổ (0,8%) [8]. Theo Vũ Văn Tâm và cs (2021), tỷ lệ MLT của nhóm 1 là 36,65%, góp phần vào tỷ lệ MLT chung là 10,67%. Nhóm nguyên nhân chuyển dạ ngưng tiến triển và MLT do thai và phần phụ chiếm tỷ lệ cao nhất là 34,15% và 37,4%, góp phần vào tỷ lệ MLT chung lần lượt là 12,51% và 13,7%. Các nguyên nhân bất thường về phía mẹ, bất cân xứng đầu chậu hay cơ cơ cứng tính chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 6,78%; 7,59% và 14,09% [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Minh và cs (2023) thấy có 917/2.035 trường hợp mang thai con so được MLT, chiếm 45,1%. Nguyên nhân thường gặp nhất lần lượt là do đường sinh dục (53,9%), do thai hoặc ngôi thai (43,2%), do phần phụ (34,6%), do mẹ (16,0%) [6]. Như vậy, hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy chỉ định MLT do thai và phần phụ của thai chiếm cao nhất trong các loại chỉ định MLT.

Đối với chỉ định MLT do đường sinh dục (Bảng 3), kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy: tỷ lệ chỉ định MLT do khung chậu bất thường là 26,2%; CTC không tiến triển là 46,2% và CTC viêm chảy máu 7,7%. Theo Vũ Mạnh Cường (2016) nghiên cứu trên 920 sản phụ MLT con so tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình trong 06 tháng đầu năm 2014: MLT vì đường sinh dục mẹ là 19,1% trong đó CTC không tiến triển là 64,2% [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh và cs (2019) thấy chỉ định MLT do CTC không tiến triển năm 2013 là 9,9% và năm 2018 là 6,4%; do khung chậu hẹp năm 2013 là 4,7% và năm 2018 là 3,6%; do dọa vỡ tử cung năm 2013 là 1,3% và năm 2018 là 0,3% ($p > 0,05$) [2].

Đối với chỉ định MLT do thai (Bảng 4), kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ MLT do thai to chiếm 57,1%, do thai suy chiếm 20,9% và do ngôi bất thường chiếm 15,1%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh và cs (2019) thấy chỉ định MLT do thai suy năm 2013 là 15,4% và năm 2018 là 8,2%; do thai to toàn bộ năm 2013 là 8,1% và năm 2018 là 15,8% ($p < 0,05$) [2]. Theo Nguyễn Việt Hoàng và cs (2023) nghiên cứu về MLT tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang cho kết quả: MLT do thai chiếm tỷ lệ cao nhất 43,1%. Chỉ định MLT về phía thai hay gặp nhất là thai to chiếm 40,2%, tiếp đến là do thai suy 25,8%. Còn một số chỉ định mổ chưa chặt chẽ: MLT do thai to có 13,2% thai dưới 3500g; MLT do suy thai chỉ dựa vào màu sắc

nước ối là 56% và nhịp tim thai nhanh trên 169 ck/phút (24%) [5]. Chỉ định MLT vì thai to cũng là nguyên nhân hay gặp. Vì xã hội ngày càng phát triển, đời sống vật chất ngày càng nâng cao, phụ nữ có thai được xã hội và gia đình quan tâm nhiều hơn, dẫn đến trọng lượng thai ngày càng tăng lên cho nên tỷ lệ MLT vì thai to ngày một nhiều hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một số chỉ định còn bất cập. Trong số chỉ định MLT do thai to, có 01 trường hợp thai <3500 g; đây là chỉ định chưa phù hợp.

Đối với chỉ định MLT do phần phụ của thai (Bảng 5), kết quả nghiên cứu thấy chỉ định MLT do ối vỡ non, ối vỡ sớm chiếm tỷ lệ 51,2%; do thiếu ối chiếm 43,8% và do rau tiền đạo chiếm 2,5%. Theo Vũ Mạnh Cường (2016) nghiên cứu trên 920 sản phụ MLT con so tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình: chỉ định mổ vì phần phụ của thai là 6,4%, mổ vì ối giảm 59,3% là không chặt chẽ [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh và cs (2019) thấy chỉ định MLT do ối vỡ non, ối vỡ sớm năm 2013 là 34,6% và năm 2018 là 19,2%; MLT do thiếu ối năm 2013 là 8,7% và năm 2018 là 23,3% ($p < 0,05$) [2].

Đối với chỉ định MLT do bệnh lý mẹ, kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ chỉ định MLT do tiền sản giật là 83,8% và do bệnh lý khác là 18,3%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh và cs (2019) thấy chỉ định MLT do tiền sản giật, sản giật năm 2013 là 1,7% và năm 2018 là 1,5% ($p > 0,05$) [2]. Theo Vũ Mạnh Cường (2016) nghiên cứu trên 920 sản phụ MLT con so tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình trong 06 tháng đầu năm 2014: mổ vì các bệnh lý của mẹ là 3,5% [3].

Đối với chỉ định MLT do một số nguyên nhân khác (Bảng 7): tỷ lệ chỉ định MLT vì gia đình xin mổ chiếm 92,0% và do chuyển dạ kéo dài 8,0%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh và cs (2019) thấy chỉ định MLT vì con so lớn tuổi năm 2013 là 5,5% và năm 2018 là 1,2%; vì vô sinh năm 2013 là 0,3% và năm 2018 là 2,7% ($p < 0,05$) [2]. Theo Vũ Mạnh Cường (2016) nghiên cứu trên 920 sản phụ MLT con so tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình: mổ vì các yếu tố xã hội là 12,0%, đây là chỉ định mổ tương đối, có thể giảm được tỷ lệ mổ nhiều ở những trường hợp này [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Bình An (2020) tại Bệnh viện Bưu Điện về MLT con so cho kết quả: còn rất nhiều chỉ định mổ chưa chặt chẽ như chỉ định mổ vì lý do xã hội là 42,2% [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Minh và cs (2023) thấy chỉ định MLT do mẹ hay gặp là tiền sản giật, sản giật (28,6%), con quý hiếm (27,9%) và mẹ vị thành niên (17,0%) [6]. Điều kiện kinh tế của mỗi gia đình và trình độ dân trí ngày một nâng cao.

Bệnh nhân và gia đình thường lo lắng khi thấy bắt đầu có dấu hiệu chuyển dạ nên nhiều gia đình chủ động xin MLT.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ chỉ định MLT do thai chiếm 44,9%; do phần phụ thai 38,6%; do bệnh lý mẹ 29,0% và nguyên nhân khác 36,2%. Trong nhóm MLT do đường sinh dục: tỉ lệ chỉ định MLT do khung chậu bất thường là 26,2%; CTC không tiến triển là 46,2%. Trong nhóm MLT do thai: tỉ lệ MLT do thai to chiếm 57,1%, do thai suy chiếm 20,9% và do ngội bất thường chiếm 15,1%. Trong nhóm MLT do phần phụ thai: chỉ định MLT do ối vỡ non, ối vỡ sớm chiếm tỉ lệ 51,2%; do thiếu ối chiếm 43,8% và do rau tiền đạo chiếm 2,5%. Trong nhóm MLT do bệnh lý mẹ: Tỉ lệ chỉ định MLT do tiền sản giật là 83,8% và do bệnh lý khác là 18,3%. Trong nhóm MLT do nguyên nhân xã hội: tỉ lệ chỉ định MLT vì gia đình xin mổ chiếm 92,0% và do chuyển dạ kéo dài 8,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bình An (2020), Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai con so tại bệnh viện Bưu Điện, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Anh, Nguyễn Thị Kim Tiên,

- Nguyễn Xuân Thành (2019), "So sánh chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong 2 giai đoạn 2013 và 2018", Tạp chí Khoa học và Công nghệ - Đại học Thái Nguyên, 194 (1), tr. 145-150.
3. Vũ Mạnh Cường (2016), 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.
4. Tống Thị Khánh Hằng (2020), Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến mổ lấy thai con so đủ tháng tại khoa Phụ sản, Bệnh Viện Trung ương Thái Nguyên, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
5. Nguyễn Việt Hoàng, Nguyễn Tuấn Minh, Đặng Thị Minh Nguyệt (2023), "Chỉ định mổ lấy thai con so nguyên nhân do thai tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang", Tạp chí Y học Việt Nam, 522 (1), tr. 335-339.
6. Nguyễn Xuân Minh, Trương Quang Vinh (2023), "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, 20 (4), tr. 43-49.
7. Vũ Văn Tâm, Lưu Vũ Dũng (2021), "Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai nhóm I theo phân loại của Robson tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng", Tạp chí Y học Việt Nam, 509 (2), tr. 239-242.
8. Thân Thị Thắng, Phạm Mỹ Hoài (2016), "Thực trạng một số chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang năm 2016", Bản tin Y Dược học miền núi, 2016 (3), tr. 126-132.

TỈ LỆ THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG PHÓNG THÍCH LEVONORGESTREL TRƯỚC THỜI HẠN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRONG BỆNH LÝ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Thị Bích Ty¹, Nguyễn Hữu Trung², Trần Thị Lợi³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ tháo dụng cụ tử cung phóng thích levonorgestrel (DCTC-L) trước thời hạn và các yếu tố liên quan trong điều trị các bệnh lý tử cung lành tính tại bệnh viện Từ Dũ. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang thực hiện từ tháng 10/2018 đến tháng 5/2019 tại bệnh viện Từ Dũ trên 187 người bệnh có bệnh lý tử cung lành tính: bệnh lý lạc tuyến cơ tử cung, u xơ tử cung, tăng sinh nội mạc tử cung đang được điều trị bằng dụng cụ tử cung phóng thích levonorgestrel. **Kết quả:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 41,7 ± 6. Có 14 (7,5%) người bệnh tháo dụng cụ tử cung trước thời hạn, đa số xảy ra

trong 3 tháng đầu sau đặt và tỉ lệ tháo giảm dần theo thời gian. Yếu tố nguy cơ tháo DCTC-L trước hạn là xuất huyết âm đạo (XHÁĐ) kéo dài trên 8 ngày (PR = 7,94; CI 95% 1,88-33,46; p=0,005). Các tác dụng ngoại ý thường gặp nhất là XHÁĐ kiểu thấm giọt (n=152; 81,3%), vô kinh (n=39; 20,9%), XHÁĐ nhiều (n=29; 15,5%), XHÁĐ thấm giọt kéo dài (n=25; 13,4%), rơi DCTC-L (n=24; 12,8%). Những yếu tố nguy cơ rơi DCTC-L là XHÁĐ nhiều, kích thước tử cung lớn. DCTC-L cải thiện đáng kể tình trạng đau bụng kinh (94,7%) và cường kinh (84,5%). Tỉ lệ hài lòng là 79,7%. **Kết luận:** Dữ liệu nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tháo DCTC-L trước hạn và các tác dụng ngoại ý thấp. DCTC-L là một lựa chọn thích hợp trong điều trị bệnh lý tử cung lành tính trước khi quyết định cắt tử cung.

Từ khóa: Dụng cụ tử cung phóng thích levonorgestrel, bệnh lý lạc tuyến cơ tử cung, u xơ tử cung, tăng sinh nội mạc tử cung.

SUMMARY

PREMATURE REMOVAL RATE OF LEVONORGESTREL-RELEASING INTRAUTERINE SYSTEM (LNG-IUS) AND RISK

¹Bệnh viện Từ Dũ

²Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

³Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Trung

Email: drtrung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2025

Ngày duyệt bài: 12.2.2025