

## NGHIÊN CỨU CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI NHÓM I THEO PHÂN LOẠI CỦA ROBSON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Vũ Văn Tâm\*, Lưu Vũ Dũng\*

### TÓM TẮT

Hiện nay, tỷ lệ mổ lấy thai trên thế giới đang có xu hướng gia tăng và đang dần trở thành một vấn đề sức khỏe toàn cầu. **Mục tiêu:** Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai nhóm 1 theo phân loại của Robson (con so, ngôi đầu,  $\geq 37$  tuần, chuyển dạ tự nhiên) tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 3457 thai phụ đến nhập viện và sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. **Kết quả:** Tỷ lệ mổ lấy thai của nhóm 1 là 36,65%, góp phần vào tỷ lệ mổ lấy thai chung là 10,67%. Nhóm nguyên nhân chuyển dạ ngừng tiến triển và mổ lấy thai do thai và phần phụ chiếm tỷ lệ cao nhất là 34,15% và 37,4%, góp phần vào tỷ lệ mổ lấy thai chung lần lượt là 12,51% và 13,7%. Các nguyên nhân bất thường về phía mẹ, bất cân xứng đầu chậu hay cơn co cường tính chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 6,78%; 7,59% và 14,09%. **Kết luận:** Tỷ lệ mổ lấy thai của nhóm 1 là 36,65%, góp phần vào tỷ lệ mổ lấy thai chung là 10,67%. Cần có can thiệp sâu hơn vào nhóm 1 để làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai.

**Từ khóa:** mổ lấy thai, con so, tỉ lệ

### SUMMARY

#### RESEARCH INDICATIONS FOR CESAREAN SECTION GROUP I BY ROBSON'S CLASSIFICATION AT HAI PHONG HOSPITAL OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS HOSPITAL

Nowadays, the rate of cesarean section in the world is increasing and is increasing gradually becoming a global health problem. **Objective:** To study the indications for caesarean section group 1 according to Robson's classification (first-born, cephalic presentation,  $\geq 37$  weeks, spontaneous labor) at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital. **Research object and method:** 3457 pregnant women came to the hospital and gave birth at Hai Phong Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Result:** Rate of the cesarean section group 1 was 36.65%, contributing to the overall cesarean section rate of 10.67%. Group of causes of labor stopping progress and cesarean section due to fetus and appendages of the fetus accounted for the highest rates of 34.15% and 37.4%, contributing to the overall cesarean section rate was 12.51% and 13.7%, respectively. Abnormal causes on the mother's part, pelvic head asymmetry or intense contractions accounted for 6.78% lower, respectively; 7.59% and 14.09%. **Conclusion:** Rate

of caesarean section group 1 was 36.65%, contributing to the overall caesarean section rate was 10.67%. Required deeper intervention in group 1 to reduce the rate of caesarean section.

**Keywords:** cesarean section, rate, first-born.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tỷ lệ mổ lấy thai trên thế giới đang có xu hướng gia tăng và nó đang dần trở thành một vấn đề sức khỏe toàn cầu [1]. Theo các báo cáo của Hoa Kỳ đã được công bố, tỷ lệ mổ lấy thai trung bình năm 2008 là 32,8% và duy trì tỷ lệ này đến năm 2013 là 32,7% [2,3]. Còn tại Braxin, tỷ lệ này năm 2010 là 41,3%. Tại Việt Nam, tỷ lệ mổ lấy thai đang có xu hướng ngày càng gia tăng, theo số liệu đã công bố tại Bệnh viện phụ sản Trung ương tỷ lệ mổ lấy thai năm 2008 là 45,3%. Còn tại bệnh viện Từ Dũ tỷ lệ này năm 2008 là 47,2%, năm 2015 vẫn đang duy trì ở mức cao là 47,6% [4].

Theo như nghiên cứu của tác giả Lê Quang Thanh năm 2015 tại Bệnh viện Từ Dũ cho thấy: chiến lược then chốt để có tỷ lệ mổ lấy thai hợp lý là can thiệp vào nhóm 1 theo nhóm phân loại của Robson (con so, ngôi đầu,  $> 37$  tuần, chuyển dạ tự nhiên) [4]. Chính vì lý do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai nhóm 1 theo phân loại của Robson tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng".

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các hồ sơ thai phụ tới nhập viện và sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

- Thời gian nghiên cứu: từ 01/01/2019 đến tháng 30/06/2019.

#### - Tiêu chuẩn lựa chọn:

Hồ sơ bệnh án của tất cả các thai phụ tới nhập viện và sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

#### - Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Hồ sơ xuất viện hoặc chuyển viện khi chưa sinh con.

+ Hồ sơ sinh thường và mổ lấy thai từ nơi khác chuyển đến vì các nguyên nhân khác.

+ Hồ sơ bệnh án không ghi chép đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

##### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Dựa vào công thức tính cỡ mẫu:

\*Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Tâm

Email: Drvuvantam@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2021

Ngày duyệt bài: 19.11.2021

$$n = Z^2_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)} \frac{P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó:

- n: cỡ mẫu -  $Z^2_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)}$ ; khoảng tin cậy = 1,96
- P = 0,1 (tỷ lệ mổ lấy thai nhóm 1 tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2015)
- d: độ chính xác tuyệt đối mong muốn, chọn d=0,01.

Tính ra n = 3457,44. Lấy mẫu là 3457 hồ sơ tới sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

**2.2.2. Chỉ số nghiên cứu:**

- Con so
- Ngôi đầu
- Thai > 37 tuần
- Chuyển dạ tự nhiên
- Cơ co tử cung
- Tai biến trong mổ
- Biến chứng sau mổ

**2.3. Xử lý số liệu:** Dựa trên phần mềm SPSS22.0.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:**

- Các thông tin cá nhân đều được đảm bảo giữ bí mật.
- Nghiên cứu nhằm mục đích đóng góp vào việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Tỷ lệ mổ lấy thai chung và góp phần tỷ lệ mổ lấy thai nhóm 1**

**Bảng 3.1. Tỷ lệ mổ lấy thai chung và góp phần tỷ lệ mổ lấy thai nhóm 1**

Tổng số mẫu nghiên cứu	Tỷ lệ mổ lấy thai		Kích cỡ nhóm 1		Số sản phụ mổ lấy thai trong nhóm 1		Góp phần nhóm 1 vào tỷ lệ MLT chung
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
3457	1724	49,86	1007	29,13	369	36,65	10,76%

**Nhận xét:** Trong 3457 trường hợp nghiên cứu tỷ lệ mổ lấy thai tại Bệnh viện là 49,86%. Kích cỡ nhóm 1 là 29,13%. Trong đó, mổ lấy thai chiếm 36,65%, góp phần của nhóm 1 vào mổ lấy thai chung là 10,67%.

**Tỷ lệ mổ lấy thai theo các nhóm nguyên nhân**

**Bảng 3.2. Chỉ định mổ lấy thai trong các nhóm nguyên nhân**

Chỉ định	n = 369	Tỷ lệ %	Góp phần tỷ lệ MLT trong nhóm 1(36,65%)
Chuyển dạ ngừng tiến triển	126	34,15	12,51
Do thai, phần phụ thai	138	37,4	13,7
Bất thường phía mẹ	25	6,78	2,48
Bất cân xứng đầu chậu, cơ co cứng tính	28	7,59	2,78
Nguyên nhân khác	52	14,09	5

**Nhận xét:** Nguyên nhân mổ lấy thai do chuyển dạ ngừng tiến triển và do thai, phần phụ của thai chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 34,15% và 37,4%; góp phần vào tỷ lệ mổ lấy thai chung của nhóm lần lượt là 12,51% và 13,7%. Nhóm thấp nhất là nhóm nguyên nhân bất thường về phía mẹ chiếm tỷ lệ 6,78% và góp phần vào tỷ lệ mổ lấy thai chung là 2,48%.

**Biến chứng trong và sau mổ lấy thai**

**Bảng 3.3. Tỷ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ lấy thai**

Tai biến, biến chứng	Tổng số n=369	Tỷ lệ %
<b>Tai biến trong mổ</b>		
Không	352	95,39
Chảy máu	6	1,63
Đờ tử cung	11	2,98
<b>Biến chứng sau mổ</b>		
Không	367	99,46
Đờ tử cung sau mổ	2	0,54
Viêm niêm mạc tử cung sau mổ	0	0

**Nhận xét:** Tỷ lệ chảy máu trong cuộc mổ chiếm 1,63% các trường hợp, có 11 trường hợp bị đờ tử cung chiếm 2,98%. Tuy nhiên, sau mổ được đánh giá chỉ có 2 trường hợp có xuất hiện đờ tử cung thứ phát sau mổ chiếm tỷ lệ 0,54%; còn lại 99,46% các trường hợp là ổn định sau mổ.

**IV. BÀN LUẬN**

**Tỷ lệ mổ lấy thai chung và góp phần tỷ lệ mổ lấy thai nhóm 1.** Theo kết quả nghiên cứu ở Bảng 3.1 cho thấy tổng số bệnh nhân thuộc nhóm 1 là 1007 trường hợp chiếm tỷ lệ 29,13% trong tổng số 3457 trường hợp đến đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. Tỷ lệ mổ lấy thai con so trong nghiên cứu này là 36,65% tương

đương với các nghiên cứu của Vương Tiến Hòa năm 2002 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương là 33,44% [5]. So với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Quang Thanh năm 2016 tại Bệnh viện Từ Dũ nghiên cứu trên 5409 trường hợp mang thai cho thấy: nhóm 1 chiếm tỉ lệ 26,94%, trong đó tỉ lệ mổ lấy thai của nhóm 1 là 39,05%, góp phần vào tỉ lệ mổ lấy thai chung là 10,52%[4]. Chúng tôi nhận thấy tỉ lệ mổ lấy thai chung của Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng là cao chiếm 49,86% các trường hợp đến sinh nhưng về tỉ lệ mổ lấy thai ở nhóm con so chỉ có 10,67%. Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng và Bệnh viện Từ Dũ đều có tỉ lệ mổ lấy thai cao nằm trong xu hướng chung của thế giới hiện nay. So sánh với nghiên cứu của tác giả Robson tại Bệnh viện sản khoa Quốc gia Dublin – Ireland năm 2012 cho thấy: tỉ lệ mổ lấy thai chung nhóm 1 là 34,8% tương đương với nghiên cứu của chúng tôi là 36,65%; kích cỡ nhóm 1 là 28% cũng tương đương với chúng tôi là 29,13%. Tuy nhiên tỉ lệ mổ lấy thai của nhóm 1 góp phần vào tỉ lệ mổ lấy thai chung thì nghiên cứu của chúng tôi cao hơn hẳn là 10,67% so với 5,9% [6].

**Chỉ định mổ lấy thai theo các nhóm nguyên nhân.** Theo Bảng 3.2, trong tổng số 369 trường hợp mổ lấy thai của nhóm 1 các chỉ định mổ lấy thai ở các nhóm như sau:

- Chỉ định mổ lấy thai do chuyển dạ ngừng tiến triển. Tỉ lệ mổ lấy thai do chuyển dạ ngừng tiến triển góp phần mổ lấy thai là 12,51%. So sánh với tác giả Đỗ Quang Mai năm 2007 là 55,65% [7] thì nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn hẳn, tuy nhiên kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phạm Bá Nha tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2008 là 12,3% [8].

- Chỉ định mổ lấy thai do thai và phần phụ của thai. Tỉ lệ mổ lấy thai do thai và phần phụ của thai chiếm tỉ lệ cao là 37,4%; góp phần mổ lấy thai là 13,7%. Trong nhóm nguyên nhân mổ lấy thai do thai thì thai suy chiếm tỷ lệ cao nhất. Tiếp đến là nhóm thai to có trọng lượng >3500gram. Nguyên cơ của một trường hợp thai to khi cho sinh qua đường âm đạo là có nguy cơ bị vỡ tử cung, kẹt vai và tổn thương đám rối thần kinh cánh tay...

- Chỉ định mổ lấy thai do bất thường về phía mẹ. Trong nhóm nguyên nhân này tỉ lệ cao nhất là do tiền sản giật, ít gặp hơn là các nguyên nhân đái tháo đường thai kỳ, tim mạch và các bệnh lý khác (hen phế quản, HIV...). Tỉ lệ ít gặp như vậy vì chúng ta đang nghiên cứu nhóm 1 là nhóm nguy cơ thấp, các bệnh lý này có thể phát hiện sớm trong quá trình quản lý thai kỳ. Chỉ có các trường hợp không được quản lý thai kỳ, khám

và chăm sóc trước sinh đầy đủ nên khi chuyển dạ nhập viện mới phát hiện ra các bất thường về phía mẹ phải chỉ định mổ lấy thai.

- Chỉ định mổ lấy thai do bất cân xứng đầu chậu, rối loạn cơ co tử cung. Nhóm nguyên nhân này chiếm tỉ lệ thấp trong các nguyên nhân mổ lấy thai là 7,59% và góp phần vào tỉ lệ mổ lấy thai chung nhóm 1 là 2,7%. Chúng tôi nhận thấy khung chậu giới hạn chiếm đa số các trường hợp mổ lấy thai, tỉ lệ cơ co cường tính thấp là do những trường hợp rối loạn cơ co điều chỉnh không được mới chỉ định mổ lấy thai.

#### **Biến chứng trong và sau mổ lấy thai.**

Theo kết quả nghiên cứu ở Bảng 3.3, chúng tôi thấy tỉ lệ tai biến trong các trường hợp mổ lấy thai nhóm 1 chỉ có 11 trường hợp chiếm 2,98% có biến cố đỡ tử cung, 6 trường hợp chiếm 1,63% có biến cố chảy máu ngay sau phẫu thuật, còn lại hầu hết là diễn ra an toàn với tỉ lệ là 95,39%.

Tỉ lệ biến chứng sau mổ tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng rất thấp chỉ có 2 trường hợp chiếm 0,54% đều là biến chứng đỡ tử cung sau sinh. Các nghiên cứu khác đều chỉ ra rằng, biến chứng này được ghi nhận ở cả sinh thường và sinh mổ trong 24 giờ đầu sau sinh [1,9]. Đây là nỗ lực của các nhân viên y tế bệnh viện và khẳng định trình độ thầy thuốc đã được nâng cao làm giảm tỉ lệ biến chứng cho bệnh nhân xuống mức thấp nhất.

#### **V. KẾT LUẬN**

Tỉ lệ mổ lấy thai của nhóm là 36,65%, góp phần vào tỉ lệ mổ lấy thai chung là 10,67%. Nhóm nguyên nhân chuyển dạ ngừng tiến triển và mổ lấy thai do thai và phần phụ chiếm tỉ lệ cao nhất là 34,15% và 37,4%, góp phần lần lượt là 12,51% và 13,7%.

#### **KIẾN NGHỊ**

Cần có can thiệp sâu hơn vào nhóm 1 để làm giảm tỉ lệ mổ lấy thai đặc biệt ở nhóm con to và nhóm cơ co tử cung cường tính, nhóm nguyên nhân do đầu không lọt.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Betrans A.P., Torloni M.R., Zang J. et al (2016)**, "WHO statement on caesarean section rates", BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 123 (5), pp.667-670.
2. **Nguyễn Thảo Quyên (2016)**, "Mổ lấy thai chủ động", Nội sản y học sinh sản, 38, pp.19.
3. **Gholitabar M., Ullman R., James D., et al (2011)**, "Caesarean section: summary of update NICE guidance", BMJ, 343, pp.d 7108.
4. **Lê Quang Thanh (2016)**, "Chiến lược giảm tỉ lệ mổ lấy thai", Hội nghị sản phụ khoa Việt Pháp lần

- thứ 16, pp.33-49.
5. **Vương Tiên Hòa (2004)**, "Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai ở người đẻ con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2002", Tạp chí nghiên cứu y học, 21 (5), pp.79-84.
  6. **Robson M., Hartigan L., Murphy M., (2013)**, "Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate", Best practice & research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 27 (2), pp.297-308.
  7. **Đỗ Quang Mai (2007)**, "Nghiên cứu tình hình

- mổ lấy thai ở sản phụ con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 1996-2017", Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Phạm Bá Nha (2008)**, "Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai tại Khoa sản Bệnh viện Bạch Mai năm 2008", Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở, Trường Đại học Y Hà Nội.
  9. **Schantz C., Ravit M., Traore A., et al (2018)**, "Why are caesarean section rates so high in facilities in Mali and Benin?", Sex Reprod Health, 16, pp.10-14.

## NỒNG ĐỘ ACID URIC MÁU TRÊN BỆNH NHÂN BỊ BỆNH THẬN MẠN TẠI BỆNH VIỆN C THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

Huỳnh Thị Ngọc Ánh<sup>1</sup>, Lê Thị Thúy<sup>1</sup>, Hồ Thị Tuyết Thu<sup>1</sup>,  
Ngô Thị Tuyết<sup>1</sup>, Lê Thị Hà My<sup>1</sup>, Trần Quốc Chiến<sup>1</sup>,  
Huỳnh Ngọc Sơn<sup>2</sup>, Huỳnh Đức Minh<sup>3</sup>, Lâm Vĩnh Niên<sup>4</sup>.

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh thận mãn giảm đào thải acid uric đều làm tăng nồng độ acid uric máu. **Mục tiêu:** Khảo sát sự biến thiên nồng độ acid uric trên bệnh nhân bị bệnh thận mạn. Khảo sát mối liên quan và tương quan giữa nồng độ acid uric trên bệnh nhân bị bệnh thận mạn với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, được lấy mẫu thuận tiện khảo sát 98 bệnh nhân đến khám tại Khoa Nội thận – Bệnh viện C TP Đà Nẵng được chẩn đoán bệnh thận mạn từ tháng 03/2020 đến 10/2020. Đối tượng xác định thuộc mẫu nghiên cứu được làm các xét nghiệm cần thiết cho nghiên cứu: acid uric, ure, creatinin, GFR, công thức máu. Số liệu sau khi thu thập được xử lý bằng phần mềm thống kê y học Stata 14.0. **Kết quả:** Nồng độ trung bình acid uric của đối tượng nghiên cứu  $425,0 \pm 118,1 \mu\text{mol/l}$  và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với các giai đoạn bệnh thận mạn ( $p = 0,029$ ). Có mối tương quan thuận mức độ trung bình có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ acid uric với ure, creatinin ( $p < 0,05$ ) và có mối tương quan nghịch mức độ trung bình có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ acid uric với GFR ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Cần thường xuyên theo dõi nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn.

**Từ khóa:** acid uric, bệnh thận mạn, ure, creatinin, GFR.

### SUMMARY

#### BLOOD URIC ACID LEVELS IN PATIENTS

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y– Dược Đà Nẵng

<sup>2</sup>Bệnh viện C Thành phố Đà Nẵng

<sup>3</sup>Trung tâm y tế Quận Hải Châu Thành phố Đà Nẵng

<sup>4</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Vĩnh Niên

Email: nien@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2021

Ngày duyệt bài: 18.11.2021

### WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN DA NANG C HOSPITAL

**Background:** Chronic kidney disease reduces uric acid excretion and increases blood uric acid levels. **Objectives:** Investigation of variation in uric acid concentration in patients with chronic kidney disease. To investigate the relationship and correlation between uric acid levels in patients with chronic kidney disease with some clinical and subclinical. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study on 98 patients, Department of Nephrology – Urology at Da Nang C Hospital from March 2020 to October 2020. Research subjects were performed tests: acid uric, ure, creatinin, GFR, blood count. Collected data were handled by the medical statistical method with the support of Stata 14.0 software. **Results:** The average acid uric levels was  $425,0 \pm 118,1 \mu\text{mol/l}$  and there was significant association with stage of chronic kidney disease ( $p = 0,029$ ). There was a positive correlation of acid uric levels with ure, creatinine and negative correlation of acid uric levels with GFR ( $p < 0,05$ ). **Conclusion:** Blood uric acid levels should be regularly monitored in patients with chronic kidney disease.

**Keywords:** acid uric, chronic kidney disease, ure, creatinin, GFR.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay bệnh thận mạn là một vấn đề sức khỏe đang được quan tâm trong y học trên thế giới vì tỷ lệ mắc bệnh ngày càng gia tăng, tăng gánh nặng chi phí điều trị và chất lượng cuộc sống giảm đáng kể. Nhiều nghiên cứu tại Mỹ, châu Âu, châu Á cho thấy có khoảng 9 -13% dân số thế giới mắc bệnh thận mạn. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ mắc bệnh thận mạn tăng từ năm 1988-1994 đến năm 1999 -2004 (12% đến 14%) và tỷ lệ này vẫn duy trì từ năm 2005 - 2012, trong đó tỷ lệ bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3 tăng nhanh từ 4,5% lên 6,0%<sup>(1)</sup>.