

# HIỆU QUẢ CAN THIỆP NÂNG CAO KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA PHỤ NỮ TUỔI SINH ĐẸ VỀ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ, TỈNH BÌNH DƯƠNG, 2019-2022

Bùi Minh Hiền<sup>1</sup>, Nguyễn Hồng Chương<sup>1</sup>, Trần Văn Hương<sup>2</sup>, Vũ Hải Hà<sup>3</sup>, Lại Thị Minh<sup>3</sup>, Trần Thị Quỳnh Như<sup>4</sup>, Nguyễn Minh Đăng<sup>4</sup>, Võ Thị Kim Anh<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ tuổi sinh đẻ về sàng lọc trước sinh. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng không đối chứng được tiến hành trên 455 phụ nữ tuổi sinh đẻ trước và sau can thiệp từ tháng 03/2019 đến tháng 12/2022 tại 91 trạm y tế xã, tỉnh Bình Dương. **Kết quả:** Tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh tăng từ 47,3% lên 73,8% ( $p < 0,05$ ; CSHQ = 56,3%), thái độ tích cực về sàng lọc trước sinh tăng từ 63,2% lên 80,7% ( $p < 0,05$ ; CSHQ = 27,4%), thực hành đúng về sàng lọc trước sinh tăng từ 38,2% lên 67,9% ( $p < 0,05$ ; CSHQ = 77,6%). **Kết luận:** Mô hình can thiệp có hiệu quả trong việc nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ tuổi sinh đẻ về sàng lọc trước sinh. Truyền thông về sàng lọc trước sinh cần được thực hiện thường xuyên hơn và đa dạng hóa các hình thức.

**Từ khóa:** Sàng lọc trước sinh, kiến thức, thái độ, thực hành, tuổi sinh đẻ

## SUMMARY

### EFFECTIVENESS OF INTERVENTION TO INCREASE KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICE OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE ABOUT PRENATAL SCREENING AT THE GRASSROOTS HEALTH SYSTEM, BINH DUONG PROVINCE, 2019-2022

**Objective:** Evaluate the effectiveness of intervention to increase knowledge, attitude, and practice of women of reproductive age regarding prenatal screening. **Methods:** Non-controlled community intervention research design was conducted on 455 women of reproductive age before and after intervention from March 2019 to December 2022 at 91 commune health stations, Binh Duong province. **Results:** The proportion of women of reproductive age with correct knowledge about prenatal screening increased from 47.3% to 73.8% ( $p < 0.05$ ; Efficiency Index (EFFi) = 56.3%), correct attitude about prenatal screening increased from

63.2% to 80.7% ( $p < 0.05$ ; EFFi = 27.4%), correct practice of prenatal screening increased from 38.2% to 67.9% ( $p < 0, 05$ ; EFFi = 77.6%). **Conclusion:** The intervention model is effective in improving knowledge, attitude, and practice of women of reproductive age regarding prenatal screening. Communication about prenatal screening needs to be done more frequently and in diverse forms.

**Keywords:** Prenatal screening, knowledge, attitude, practice, reproductive age

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nâng cao chất lượng dân số, đảm bảo nguồn nhân lực cho phát triển xã hội luôn là một trong những mục tiêu hàng đầu của các quốc gia trên thế giới. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, ước tính có khoảng 8 triệu trẻ sơ sinh bị dị tật bẩm sinh mỗi năm, trong đó khoảng 300.000 trẻ tử vong do các biến chứng liên quan. Khu vực Đông Nam Á ước tính có khoảng 90.000 ca tử vong liên quan đến dị tật bẩm sinh hàng năm, chiếm 30% tổng số toàn cầu. Thực hiện sàng lọc trước sinh góp phần mang lại cơ hội sinh con khỏe mạnh, giảm tỷ lệ bệnh tật ở thai nhi, giảm chi phí cho gia đình và xã hội và góp phần cải thiện chất lượng dân số. Tại Việt Nam, hiện nay chương trình sàng lọc trước sinh đã phủ sóng trên khắp 63 tỉnh thành, tỷ lệ sàng lọc trước sinh tăng từ 20% năm 2016 lên 54,43% năm 2019. Mặc dù chương trình sàng lọc trước sinh ngày càng được phát triển và mở rộng nhưng vẫn còn nhiều hạn chế do thiếu trang thiết bị, nhân lực y tế, truyền thông chưa tốt, kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ tuổi sinh đẻ về sàng lọc trước sinh chưa đầy đủ. Nghiên cứu của Trần Thị Mộng Tuyên và cộng sự (2022) tại huyện Thủ Thừa tỉnh Long An, kết quả cho tỷ lệ thai phụ có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh chưa cao 53,3%, giữa kiến thức, thái độ và thực hành có mối quan hệ chặt chẽ [9]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu là đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ tuổi sinh đẻ về sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương, 2019-2022.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Phụ nữ trong độ tuổi 18 – 49 tuổi có hộ khẩu thường trú hoặc

<sup>1</sup>Sở Y tế tỉnh Bình Dương

<sup>2</sup>Trường Đại học Thăng Long

<sup>3</sup>Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

<sup>4</sup>Bệnh viện Đa khoa Nam Anh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Minh Hiền

Email: minhhiens1001@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2023

Ngày duyệt bài: 13.11.2023

tạm trú từ 1 năm trở lên tại tỉnh Bình Dương, đến khám thai tại các trạm y tế, tỉnh Bình Dương.

**2.2. Thời gian và địa điểm.** Nghiên cứu được thực hiện tại 91 trạm y tế xã thuộc tỉnh Bình Dương từ tháng 03/2019 đến tháng 12/2022.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu can thiệp cộng đồng không đối chứng.

**2.4. Cỡ mẫu.** Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức sau:

$$n_1 = n_2 = \frac{[Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{[p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)]}]^2}{(p_1 - p_2)^2} \cdot DE$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm (trước can thiệp và sau can thiệp);  $\alpha$ : mức ý nghĩa thống kê với độ tin cậy là 95%,  $\alpha = 0,05$ ;  $\beta$ : xác suất của việc phạm phải sai lầm loại II, chọn  $\beta = 0,2$ ;  $p_1$ : tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ có thực hành đúng về sàng lọc trước sinh trước can thiệp, chọn  $p_1 = 0,57$  [5];  $p_2$ : tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ có thực hành đúng về sàng lọc trước sinh ước đoán sau 1 năm can thiệp, chọn  $p_2 = 0,7$ ; DE: hệ số thiết kế, chọn DE = 2. Cỡ mẫu tối thiểu ở mỗi nhóm trước và sau can thiệp là  $n = 430$ . Thực tế chúng tôi chọn 455 phụ nữ tuổi sinh đẻ trước can thiệp và sau can thiệp. Chọn mẫu thuận tiện 5 phụ nữ đến khám thai tại mỗi trạm y tế thỏa tiêu chí chọn vào.

**2.5. Biến số nghiên cứu.** Kiến thức về sàng lọc trước sinh gồm 14 nội dung [1], [2]: (1) Dự phòng trước khi mang thai; (2) Dự phòng trong thời gian mang thai; (3) Mục đích của việc sàng lọc trước sinh; (4) Nội dung của sàng lọc trước sinh; (5) Đối tượng cần thực hiện sàng lọc trước sinh; (6) Mục đích của việc siêu âm trong suốt thai kỳ; (7) Mục đích của xét nghiệm Double test của thai kỳ; (8) Thời điểm thực hiện xét nghiệm Double test; (9) Thời gian xét nghiệm Double Test chính xác; (10) Mục đích của xét nghiệm Triple test; (11) Thời điểm thực hiện xét nghiệm Triple test; (12) Thời điểm xét nghiệm Triple test chính xác nhất; (13) Nguyên nhân cần chọc hút nước ối; (14) Các xét nghiệm trước sinh để DPLT từ mẹ sang thai nhi. Điểm cắt 50% được chọn để đánh giá là có kiến thức đạt hay không đạt. Tổng điểm kiến thức chung về sàng lọc trước sinh là 47 điểm. Điểm kiến thức chung đạt khi có tổng điểm  $\geq 24$  điểm, điểm kiến thức chung không đạt khi có tổng điểm  $< 24$  điểm.

Thái độ về sàng lọc trước sinh được tính điểm dựa trên 13 nội dung đánh giá mức độ cần thiết: (1) Thực hiện sàng lọc trước sinh; (2) Truyền thông phổ biến kiến thức; (3) Khám thai định kỳ; (4) Siêu âm định kỳ; (5) Xét nghiệm Double test không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và bé; (6) Xét nghiệm Double test; (7) Xét

nghiệm Triple test không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và bé; (8) Xét nghiệm Triple test; (9) Xét nghiệm HIV trước sinh khi mang thai; (10) Xét nghiệm giang mai trước sinh khi mang thai; (11) Xét nghiệm Rubella trước sinh khi mang thai; (12) Xét nghiệm viêm gan B trước sinh khi mang thai; (13) Sàng lọc, chẩn đoán và xử trí trước sinh thực hiện tự nguyện. Tổng điểm thái độ chung về sàng lọc trước sinh là 13 điểm. Điểm thái độ chung đạt khi có tổng điểm là 13 điểm, điểm thái độ chung không đạt khi có tổng điểm  $< 13$  điểm.

Nhóm biến số thực hành về sàng lọc trước sinh gồm 4 nội dung: (1) Dự phòng trước khi mang thai; (2) Trong thời gian mang thai; (3) Thực hành sàng lọc trước sinh; (4) Thời điểm sàng lọc. Điểm cắt 50% được chọn để đánh giá là có thực hành đạt hay không đạt. Tổng điểm thực hành chung về sàng lọc trước sinh là 21 điểm. Điểm thực hành chung đạt khi có tổng điểm  $\geq 11$  điểm, điểm thực hành chung không đạt khi có tổng điểm  $< 11$  điểm.

**2.6. Phương pháp thu thập thông tin.** Đánh giá trước can thiệp: Phỏng vấn trực tiếp phụ nữ đến khám thai tại các trạm y tế bằng bộ câu hỏi soạn sẵn. Công cụ thu thập số liệu trong nghiên cứu là là bộ câu hỏi có cấu trúc được thiết kế dựa trên Thông tư số 34/2016/TT-BYT quy định qui trình sàng lọc để phát hiện, điều trị, xử trí các bất thường, dị tật bào thai và 1 số nghiên cứu liên quan [1]. Bộ câu hỏi được xây dựng và thử nghiệm trước khi thu thập số liệu.

Triển khai các hoạt động can thiệp: (1) Xây dựng hệ thống văn bản quản lý điều hành công tác sàng lọc trước sinh tại tỉnh Bình Dương; (2) Nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ; (3) Triển khai mô hình truyền thông thích ứng xã hội trong chăm sóc tiền sản cho bà mẹ (zalo, facebook, tin nhắn SMS); (4) Tổ chức tư vấn bà mẹ tại trạm y tế và điện thoại (thay thế mô hình văng gia); (5) Giám sát cộng đồng.

Đánh giá sau can thiệp: Các nội dung phỏng vấn được tiến hành tương tự như điều tra trước can thiệp.

**2.7. Phương pháp xử lý số liệu.** Số liệu được nhập bằng Epidata 3.0, được làm sạch và phân tích bằng phần mềm Stata/IC14.0. So sánh kết quả trước - sau dựa trên phương pháp so sánh 2 tỷ lệ, dùng test  $\chi^2$ . Đánh giá hiệu quả can thiệp thông qua chỉ số hiệu quả (CSHQ).

**2.8. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu nhận được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương theo Quyết định số.../2018/HĐĐĐ ngày... tháng... năm 2018,

được sự cho phép của Sở Y tế tỉnh Bình Dương. Đối tượng tham gia nghiên cứu được cung cấp thông tin đầy đủ và lấy ý kiến đồng thuận trước khi tham gia, được bảo mật thông tin cá nhân và đảm bảo các quyền lợi khác.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Khảo sát 455 phụ nữ tuổi sinh đẻ trước can thiệp và 455 phụ nữ tuổi sinh đẻ sau can thiệp, kết quả cho thấy các đặc điểm về giới tính, dân tộc, nghề nghiệp, trình độ học vấn đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 1. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về sàng lọc trước sinh của phụ nữ tuổi sinh đẻ tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương**

Kiến thức về sàng lọc trước sinh	TCT (n=455)		SCT (n=455)		p	CSHQ (%)
	SL	%	SL	%		
Dự phòng trước khi mang thai	172	37,8	324	71,2	<0,001	88,4
Dự phòng trong thời gian mang thai	177	38,9	338	74,3	<0,001	91,0
Mục đích sàng lọc trước sinh	316	69,5	392	86,2	<0,001	24,1
Nội dung sàng lọc trước sinh	362	79,6	395	86,8	0,003	9,1
Đối tượng nguy cơ	228	50,1	329	72,3	<0,001	44,3
Mục đích siêu âm sàng lọc	211	46,4	341	74,9	<0,001	61,6
Mục đích xét nghiệm Double test	217	47,7	351	77,1	<0,001	61,8
Thời điểm xét nghiệm Double test: 03 tháng đầu	172	37,8	325	71,4	<0,001	89,0
Double test chính xác nhất: thai từ 11-13 tuần 6 ngày	149	32,7	289	63,5	<0,001	94,0
Mục đích xét nghiệm Triple test	216	47,5	351	77,1	<0,001	62,5
Thời điểm xét nghiệm Triple test: Ba tháng giữa	160	35,2	303	66,6	<0,001	89,4
Triple test chính xác nhất: Khi thai từ 16 - 18 tuần	153	33,6	282	62,0	<0,001	84,3
Nguyên nhân cần chọc ối	219	48,1	315	69,2	<0,001	43,8
Xét nghiệm dự phòng	313	68,8	348	76,5	0,009	11,2
Kiến thức chung đúng ( $\geq 7$ điểm)	215	47,3	336	73,8	<0,001	56,3

Tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh tăng từ 47,3% lên 73,8% ( $p < 0,001$ ; CSHQ = 56,3%). Tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ có kiến thức đúng về các nội dung sàng lọc trước sinh tăng trên 80% gồm: mục đích của sàng lọc trước sinh tăng từ 69,5% lên 86,2%, nội dung sàng lọc trước sinh tăng từ 79,6% lên 86,8%.

**Bảng 2. Hiệu quả can thiệp nâng cao thái độ về sàng lọc trước sinh của phụ nữ tuổi sinh đẻ tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương**

Thái độ về sàng lọc trước sinh	TCT (n=455)		SCT (n=455)		p	CSHQ (%)
	SL	%	SL	%		
Sàng lọc trước sinh khi mang thai là cần thiết	335	73,7	375	82,4	0,001	11,9
Truyền thông về sàng lọc trước sinh là cần thiết	342	75,2	390	85,7	<0,001	14,0
Việc khám thai định kỳ là cần thiết	341	74,9	371	81,5	0,016	8,8
Việc siêu âm định kỳ là cần thiết	360	79,2	389	85,5	0,012	8,1
Xét nghiệm Double test không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và bé	319	70,2	377	82,9	<0,001	18,2
Xét nghiệm Double test là cần thiết	358	78,7	389	85,5	0,007	8,7
Xét nghiệm Triple test không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và bé	315	69,2	369	81,1	<0,001	17,1
Xét nghiệm Triple test là cần thiết	356	78,3	388	85,3	0,006	9,0
Xét nghiệm HIV trước sinh khi mang thai là cần thiết	388	85,2	412	90,5	0,015	6,2
Xét nghiệm giang mai khi mang thai là cần thiết	374	82,3	410	90,1	0,001	9,6
Xét nghiệm Rubella khi mang thai là cần thiết	316	69,4	371	81,5	<0,001	17,4
Xét nghiệm viêm gan B khi mang thai là cần thiết	339	74,4	374	82,2	0,005	10,3
Việc sàng lọc, chẩn đoán và xử trí trước sinh thực hiện tự nguyện	390	85,7	419	92,1	0,002	7,4
Thái độ tích cực (đạt 13 điểm)	288	63,2	367	80,7	<0,001	27,4

Tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ có thái độ tích cực về sàng lọc trước sinh tăng từ 63,2% lên 80,7% ( $p < 0,001$ ; CSHQ = 27,4%).

**Bảng 3. Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ tuổi sinh đẻ tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương**

Thực hành về sàng lọc trước sinh		TCT (n=455)		SCT (n=455)		p	CSHQ (%)
		SL	%	SL	%		
Dự phòng trước khi mang thai	Khám sức khỏe tiền hôn nhân	124	27,3	238	52,3	<0,001	91,9
	Khám sức khỏe trước khi mang thai	157	34,5	304	66,8	<0,001	93,6
	Bổ sung axit folic	193	42,4	304	66,8	<0,001	57,5
	Tiêm chủng một số loại vắc xin	145	31,9	287	63,1	<0,001	97,9
	Kiến thức chung	155	34,1	307	67,5	<0,001	98,1
Trong thời gian mang thai	Khám thai định kỳ	203	44,6	375	82,4	<0,001	84,7
	Siêu âm định kỳ	168	36,9	332	73,0	<0,001	97,6
	Bổ sung axit folic	126	27,7	249	54,7	<0,001	97,6
	Tiêm chủng một số loại vắc xin	146	32,1	247	54,3	<0,001	69,2
	Phòng tránh nhiễm trùng	123	27,0	232	51,0	<0,001	88,6
	Thực hành chung	153	33,6	298	65,5	<0,001	94,8
Thực hành sàng lọc trước sinh	Siêu âm sàng lọc	342	75,2	379	83,3	0,003	10,8
	Xét nghiệm công thức máu	227	49,9	318	69,9	<0,001	40,1
	Xét nghiệm đường huyết	228	50,1	339	74,5	<0,001	48,7
	Xét nghiệm nhóm máu Rh	173	38,0	256	56,3	<0,001	48,0
	Xét nghiệm Double test	197	43,3	338	74,3	<0,001	71,6
	Xét nghiệm Triple test	175	38,5	324	71,2	<0,001	85,1
	Xét nghiệm HIV/AIDS	224	49,2	376	82,6	<0,001	67,9
	Xét nghiệm giang mai	209	45,9	357	78,5	<0,001	70,8
	Xét nghiệm Rubella	208	45,7	328	72,1	<0,001	57,7
	Xét nghiệm viêm gan B	221	48,6	347	76,3	<0,001	57,0
Thời điểm sàng lọc	Thực hành chung	220	48,4	336	73,8	<0,001	52,7
	Khi thai được 11 - 14 tuần	149	32,7	295	64,8	<0,001	98,0
	Khi thai được 20 - 24 tuần	132	29,0	261	57,4	<0,001	97,7
Thực hành chung đúng ( $\geq 12$ điểm)		174	38,2	309	67,9	<0,001	77,6

Kết quả cho thấy, tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ có thực hành đúng về sàng lọc trước sinh tăng từ 38,2% lên 67,9% ( $p < 0,05$ ; CSHQ = 77,6%). Trong đó, tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ có thực hành đúng về dự phòng trước khi mang thai tăng từ 34,1% lên 67,5%, thực hành trong thời gian mang thai tăng từ 33,6% lên 65,5%, xét nghiệm sàng lọc tăng từ 48,4% lên 73,8%.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức của phụ nữ tuổi sinh đẻ về sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương, 2019-2022.** Trước can thiệp, tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ có kiến thức chung đúng về sàng lọc trước sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là 47,3%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Tâm (2013) tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An với tỷ lệ kiến thức chung đúng đạt 48,4% [7], nghiên cứu của Trần Thị Mộng Tuyền và cộng sự (2022) tại huyện Thủ Thừa tỉnh Long An với tỷ lệ kiến thức đúng đạt 53,3% [9]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa phần phụ nữ tuổi sinh đẻ ít được tiếp cận các

thông tin về sàng lọc trước sinh đầy đủ hơn thông qua các phương tiện truyền thông như nhân viên y tế, báo đài, tivi. Tại các vùng nông thôn, vùng núi tỷ lệ thai phụ có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh còn thấp do truyền thông chưa tốt, thai phụ chưa nhận thức đúng về sàng lọc trước sinh. Nghiên cứu của Phạm Thu Huyền và cộng sự (2018) tại Bình Thuận đã cho thấy những thai phụ sinh sống tại thành phố có tỷ lệ kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh cao hơn so với những thai phụ sinh sống tại các huyện [4]. Sau can thiệp, tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ có kiến thức đúng về sàng lọc trước sinh tăng từ 47,3% lên 73,8% ( $p < 0,001$ ; CSHQ = 56,3%).

Sau can thiệp, kiến thức về sàng lọc trước sinh của thai phụ đến khám thai tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương gia tăng từ 47,3% lên 73,8%. Điều này cho thấy hiệu quả của việc tăng cường tổ chức tập huấn các kiến thức về sức khỏe sinh sản nói chung và sàng lọc trước sinh nói riêng cho cán bộ y tế tuyến cơ sở và mạng lưới cộng tác viên dân số tại địa phương; Hiệu quả của việc tăng cường truyền thông chăm sóc

tiền sản cho phụ nữ tuổi sinh đẻ (zalo, facebook, tin nhắn SMS) và tư vấn sàng lọc trước sinh tại các trạm y tế.

**4.2. Hiệu quả can thiệp nâng cao thái độ của phụ nữ tuổi sinh đẻ về sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương, 2019-2022.** Trước can thiệp, tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ có thái độ tích cực về sàng lọc trước sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là 63,2%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Tâm (2013) tại huyện Thủ Thừa với thái độ tích cực đạt 88,7% [7], nghiên cứu của Hoàng Thị Thu Hoà (2020) tại huyện Krông Buk tỉnh Đắk Lắk với thái độ tích cực đạt gần 90% (86 – 88% thể hiện sự tích cực) [3], nghiên cứu của Đỗ Thị Nhiên (2021) tại thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk với thái độ tích cực đạt 81,8% [6], nghiên cứu của Pop-Tudose M.E. và cộng sự (2018) tại Romania với thái độ tích cực đạt 78,9% [10]. Sự khác biệt có thể bắt nguồn từ văn hóa tín ngưỡng, vùng miền địa phương và tâm lý của phụ nữ tuổi sinh đẻ ở các quốc gia, khu vực sống khác nhau. Thái độ tích cực về sàng lọc trước sinh trong nghiên cứu của chúng tôi chưa cao do việc thực hiện các xét nghiệm sàng lọc trước sinh có thể chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố dẫn đến sai sót, nhiều trường hợp kết quả chẩn đoán ban đầu thiếu chính xác, mang đến tâm trạng lo âu buồn bã, làm tăng mức độ áp lực tâm lý của sản phụ. Sau can thiệp, mức độ tin tưởng của phụ nữ đến khám thai tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương với các xét nghiệm sàng lọc trước sinh tăng lên do kiến thức đúng của phụ nữ tuổi sinh đẻ về sàng lọc trước sinh gia tăng từ 47,3% lên 73,8% nên cũng ảnh hưởng đến thái độ về thực hiện sàng lọc trước sinh.

**4.3. Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành của phụ nữ tuổi sinh đẻ về sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương, 2019-2022.** Trước can thiệp, tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ có thực hành đúng về sàng lọc trước sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là 38,2%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Võ Ngọc Minh Thư (2019) tại phòng khám Sản phụ khoa – Kế hoạch hóa gia đình tỉnh Long An với thực hành đúng đạt 88,7% [8]. Điều này có thể lý giải do nghiên cứu của Võ Ngọc Minh Thư được thực hiện tại phòng khám Sản phụ khoa tuyến tỉnh nên đa phần phụ nữ có điều kiện kinh tế, thực hành sàng lọc trước sinh đúng và đủ các xét nghiệm theo hướng dẫn. Nghiên cứu của Salvi M.S. (2020) tại Các Tiểu vương quốc Ả rập Thống nhất cho thấy chỉ có

14,74% thai phụ có thực hiện xét nghiệm Double test, hai lý do chính khiến thai phụ từ chối không xét nghiệm Double test là chi phí cao 43,65% và niềm tin tôn giáo 25,39%.

Sau can thiệp, thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ đến khám thai tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương tăng lên do kiến thức và thái độ tích cực của phụ nữ về sàng lọc trước sinh gia tăng nên cũng ảnh hưởng đến thực hành về thực hiện sàng lọc trước sinh. Tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ có siêu âm sàng lọc tăng từ 75,2% lên 83,3%, xét nghiệm sàng lọc tăng từ 48,4% lên 73,8%. Điều này cho thấy hiệu quả của việc tư vấn thực hành sàng lọc trước sinh tại các trạm y tế. Siêu âm là phương pháp sàng lọc trước sinh đơn giản nên hầu hết thai phụ nào cũng thực hiện khi khám thai định kỳ. Đặc biệt, khi thai nhi 11 - 14 tuần tuổi, siêu âm sẽ giúp khảo sát hình dáng thai nhi, đo độ mờ da gáy, phát hiện được các dị tật về hình thái. Tuy nhiên, phương pháp này không giúp sàng lọc chính xác và đầy đủ dị tật thai nhi gặp phải. Vì vậy, thai phụ được tư vấn thực hiện kết hợp xét nghiệm máu Double test và Triple test nhằm kiểm tra nguy cơ thai nhi bị bất thường nhiễm sắc thể.

## V. KẾT LUẬN

Các hoạt động can thiệp đã cải thiện nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ tuổi sinh đẻ về sàng lọc trước sinh tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Bình Dương. Cần tiếp tục nghiên cứu tại tuyến y tế cơ sở các tỉnh thành khác để có được bằng chứng tin cậy cho việc xây dựng chương trình sàng lọc trước sinh góp phần nâng cao chất lượng dân số.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2016), Thông tư số 34/2016/TT-BYT ngày 21 tháng 9 năm 2016 quy định về thăm khám, các quy trình sàng lọc để phát hiện, điều trị, xử trí các bất thường, dị tật của bào thai, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế** (2020), Quyết định số 1807/QĐ-BYT về Hướng dẫn về chuyên môn kỹ thuật trong sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh, NXB Y học, Hà Nội.
3. **Hoàng Thị Thu Hoà** (2020), Kiến thức, thái độ và thực hành của phụ nữ mang thai về dự phòng dị tật bẩm sinh tại huyện Krông Buk tỉnh Đắk Lắk năm 2020, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
4. **Phạm Thị Thu Huyền, Vũ Thị Nhung** (2018), "Kiến thức, thái độ, hành vi về sàng lọc trước sinh ở quý 1 và các yếu tố liên quan của thai phụ tại Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Bình Thuận". Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, Tập 23, Số 2, tr.101-107.
5. **Phạm Thị Bé Lan, Lê Thanh Tiên, Trương Thị Thu Hiền, Trần Ngọc Minh, Lâm Vĩnh Niên** (2019), "Thực hành về sàng lọc trước sinh của các

phụ nữ mang thai đến sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh năm 2017 và các yếu tố liên quan". Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, Tập 23, Số 2, tr.132-140.

6. **Đỗ Thị Nhiên, Đinh Thị Phương Hòa, Lê Minh Thi** (2021), "Kiến thức, thái độ của phụ nữ từ 20 - 35 tuổi về dự phòng dị tật bẩm sinh và một số yếu tố liên quan tại thành phố Buon Ma Thuật tỉnh Đắk Lắk năm 2019". Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển, Tập 5, Số 6, tr.27-36.
7. **Nguyễn Thị Phương Tâm** (2013), Kiến thức, thái độ, thực hành của thai phụ về chương trình sàng lọc trước sinh tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long

An năm 2013, Luận văn Thạc sĩ Dịch vụ Y tế, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 30-74.

8. **Võ Ngọc Minh Thư** (2019), Kiến thức, thái độ, hành vi của thai phụ về khám sàng lọc trước sinh tại phòng khám Sản phụ khoa - Kế hoạch hóa gia đình tại trung Tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Long An, Khóa luận Cử nhân Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
9. **Trần Thị Mộng Tuyên, Lê Minh Thi** (2022), "Kiến thức, thái độ, thực hành về sàng lọc trước sinh của phụ nữ mang thai và các yếu tố liên quan tại huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An năm 2022". Tạp chí Y học Dự phòng, Tập 32, Số 6, tr.105-115.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA LỖ LIÊN HỢP ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM L4-L5 CÓ DI TRÚ

Nguyễn Vũ Công Bảo Long<sup>2</sup>, Nguyễn Lê Bảo Tiến<sup>1</sup>,  
Ngô Thanh Tú<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Lực<sup>1</sup>, Phạm Hồng Phong<sup>1</sup>, Võ Văn Thanh<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân thoát vị đĩa đệm L4-L5 có di trú bằng phương pháp nội soi qua lỗ liên hợp. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 30 bệnh nhân, với chẩn đoán thoát vị đĩa đệm L45 di trú, được điều trị bằng phương pháp nội soi lấy thoát vị qua lỗ liên hợp tại khoa phẫu thuật cột sống, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2020 tới tháng 8/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 2/1, độ tuổi trung bình  $47.10 \pm 13.16$ . Thời gian phẫu thuật trung bình là  $84 \pm 16.05$  phút, lượng máu mất trung bình là  $83.83 \pm 24.06$  mL, thời gian nằm viện trung bình là  $3.1 \pm 1.45$  ngày. Kết quả sau điều trị theo tiêu chuẩn McNab đạt tốt trở lên ở 85.18% (23/27) với nhóm thoát vị xuống dưới, 66.67% (2/3) với nhóm thoát vị lên trên, 60% (6/10) với nhóm thoát vị xa, 95% (19/20) với nhóm thoát vị gần. Điểm VAS giảm từ  $7.23 \pm 0.73$  xuống còn  $2.20 \pm 0.67$  tại thời điểm theo dõi cuối cùng sau mổ. Chỉ số ODI giảm từ  $75.13 \pm 10.67$  xuống còn  $17.50 \pm 3.04$  tại thời điểm theo dõi cuối cùng sau mổ. Có 1 trường hợp tê bì, giảm cảm giác chi dưới sau mổ nhưng triệu chứng cải thiện sau 6 tháng theo dõi. **Kết luận:** Nội soi lấy thoát vị qua lỗ liên hợp là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả với các trường hợp thoát vị L45 có di trú.

**Từ khóa:** Thoát vị đĩa đệm, L4-L5, phẫu thuật nội soi qua lỗ liên hợp, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

### SUMMARY

#### RESULTS OF LUMBAR TRANSFORAMINAL ENDOSCOPIC DISCECTOMY IN THE TREATMENT OF MIGRATED L4-L5 DISC HERNIATION

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ Công Bảo Long

Email: baolonghump@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2023

Ngày duyệt bài: 15.11.2023

**Objective:** The aim of this study was to assess the outcomes of treating patients with migrated lumbar disc herniation at the L4-L5 level using the endoscopic transforaminal approach. **Method:** A retrospective descriptive study was conducted on a cohort of 30 patients diagnosed with migrated L4-L5 disc herniation who underwent treatment through the endoscopic transforaminal approach at the Spinal Surgery Department of Viet Duc University Hospital, spanning from January 2020 to August 2022. **Results:** The male/female ratio is 2/1, with an average age of  $47.10 \pm 13.16$  years. The mean surgical time was  $84 \pm 16.05$  minutes, the mean blood loss was  $83.83 \pm 24.06$  mL, and the mean length of hospital stay was  $3.1 \pm 1.45$  days. According to the McNab criteria, favorable treatment outcomes were as follow: 85.18% (23/27) in the downward migrated group, 66.67% (2/3) in the upward migrated group, 60% (6/10) in the far-migrated group, and 95% (19/20) in the near-migrated group. On the final post-surgery follow-up, VAS scores decreased from  $7.23 \pm 0.73$  to  $2.20 \pm 0.67$  and ODI scores decreased from  $75.13 \pm 10.67$  to  $17.50 \pm 3.04$ . Although one case experienced postoperative dysesthesia in the right lower limb, symptoms showed improvement after a 6-month follow-up period. **Conclusion:** The endoscopic transforaminal approach proves to be a reliable and effective treatment modality for managing cases of migrated L4-L5 disc herniation.

**Keywords:** Lumbar disc herniation, L4-L5, transforaminal endoscopic lumbar discectomy, Viet Duc University Hospital.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống là tình trạng di lệch khu trú của các thành phần đĩa đệm cột sống thoát ra khỏi vị trí bình thường trong khoang gian đốt. Thoát vị đĩa đệm có di trú được hiểu là khi khối thoát vị di chuyển lên trên, xuống dưới và sang bên, vượt quá ranh giới của