

đến thời gian sống thêm không tiến triển 2. Nhóm bệnh nhân giai đoạn IIIB có trung vị sống thêm không tiến triển là 6,8 tháng, cao hơn có ý nghĩa so với các bệnh nhân giai đoạn IV: 6,0 tháng ($p=0,046$). Điều này phù hợp với nhận xét của tác giả Lê Thị Huyền Sâm [5] và Lê Thu Hà [8] rằng đối với điều trị bước 1, thời gian sống thêm trung bình và tỷ lệ sống thêm 1 năm cao hơn ở nhóm bệnh nhân giai đoạn IIIB (14,5 tháng - 64,2%) so với nhóm bệnh nhân giai đoạn IV (9,3 tháng - 18,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điều này được giải thích là do ở giai đoạn IIIB chưa có di căn xa, biểu hiện bệnh ít hơn, ảnh hưởng đến toàn trạng không nhiều như khi đã có di căn, nhất là trường hợp có đáp ứng điều trị sẽ kéo dài thời gian ổn định bệnh, giảm các triệu chứng ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân.

Yếu tố cuối cùng trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy có ảnh hưởng tới thời gian sống thêm không tiến triển là thời gian đáp ứng với TKI bước 1. Nhóm có thời gian đáp ứng với TKI trên 6 tháng có thời gian sống thêm không tiến triển là 7,0 tháng, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có thời gian đáp ứng dưới 6 tháng (6,0 tháng, $p=0,002$). Như vậy, có thể nhận thấy những bệnh nhân có đáp ứng tốt hơn ở bước 1 sẽ có tiên lượng điều trị tốt hơn ở bước 2 (cả về tỉ lệ đáp ứng và thời gian sống thêm không tiến triển).

V. KẾT LUẬN

Kết quả phân tích cho thấy các yếu tố ảnh hưởng tốt đến tỉ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) và thời gian sống không bệnh tiến triển (PFS2) là PS = 0, giai đoạn IIIB, thời gian đáp ứng với TKI >

6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel R.L et al** (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 71(3), 209-249.
2. **Thandra K.C, Barsouk A, Saginala K et al** (2021). Epidemiology of lung cancer. *Contemp Oncol (Pozn)*, 25(1), 45-52.
3. **König D, Savic Prince S and Rothschild S.I** (2021). Targeted Therapy in Advanced and Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer. An Update on Treatment of the Most Important Actionable Oncogenic Driver Alterations. *Cancers (Basel)*, 13(4).
4. **Kogure Y, Iwasawa S, Saka H et al** (2021). Efficacy and safety of carboplatin with nab-paclitaxel versus docetaxel in older patients with squamous non-small-cell lung cancer (CAPITAL): a randomised, multicentre, open-label, phase 3 trial. *Lancet Healthy Longev*, 2(12), e791-e800.
5. **Lê Thị Huyền Sâm** (2012). Đánh giá kết quả điều trị UTPKTBN giai đoạn IIIB-IV bằng phác đồ Paclitaxel - carboplatin tại Hải Phòng, Luận Văn Thạc Sĩ Chuyên Ngành Ung Thư, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Trọng Hiếu** (2012). Đánh giá hiệu quả và độc tính phác đồ Paclitaxel nano - carboplatin trong UTPKTBN giai đoạn IIIB - IV, Luận Văn Thạc Sĩ Chuyên Ngành Ung Thư, Đại học Y Hà Nội.
7. **Schiller J.H, Harrington D, Belani C.P et al** (2002). Comparison of four chemotherapy regimens for advanced non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, 346(2), 92-8.
8. **Lê Thu Hà** (2017). Đánh giá hiệu quả thuốc erlotinib trong điều trị ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn muộn, Luận án Tiến sĩ chuyên ngành Ung thư, Đại học Y Hà Nội.
9. **Adachi Y, Tamiya A, Taniguchi Y et al** (2020). Predictive factors for progression-free survival in non-small cell lung cancer patients receiving nivolumab based on performance status. *Cancer Med*, 9(4), 1383-1391.

NGHIÊN CỨU VỀ CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI CON SO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Phiewphone Sivongsa¹, Phạm Bá Nha², Nguyễn Thái Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 6 tháng cuối năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất

cả các sản phụ con so, tuổi thai ≥ 22 tuần, được mổ lấy thai từ 01/06/2021 đến 30/12/2021. Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** nghiên cứu 390 sản phụ con so mổ lấy thai tại BVPSTU chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Tuổi sinh con là 25-29 tuổi, Nhóm chỉ định do phần phụ của thai: 34,7%; Nhóm chỉ định do thai: 30,1%; Bệnh lý người mẹ: 10,0%. Nhóm chỉ định do ngôi thai: 7,5%; Nhóm chỉ định nguyên nhân đường sinh dục: 7,7%. Chỉ định thường gặp nhất là vỡ ối sớm, thai to, suy thai. **Kết luận:** Chỉ định thường gặp nhất là vỡ ối sớm, thai to, suy thai.

Từ khoá: mổ lấy thai, con so.

¹Bệnh viện 5 Mesa, Lào

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Giang

Email: thaigianghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 13.12.2023

SUMMARY

INDICATIONS OF CESAREAN DELIVERY FOR FIRST BIRTH IN BACH MAI HOSPITAL

Objectives: study on indications of the cesarean section in nulliparous women at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in the last 6 months of 2021. **Materials and methods:** all cesarean sections in nulliparous women from 01/06/2021 to 30/12/2021. Gestational age ≥ 22 was included. A retrospective study. **Results:** We study with 390 women took cesarean delivery for first birth. Mean age: 25 -29 years old, Indications of placenta: 34.7%; Indications of fetus: 30.1%; Maternal diseases: 10.0%. Indications of pregnant throne: 7.5%; Indications related to genital tracts: 7.7%. The most common indication was premature rupture of membranes, fetal macrosomia, due to fetal distress. **Conclusions:** The most common indication was premature rupture of membranes, macrosomia, due to fetal distress.

Keywords: cesarean, nulliparous women

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) là phẫu thuật lấy thai, phần phụ của thai ra khỏi tử cung qua đường rạch ở thành tử cung và đường rạch ở thành bụng. Tỷ lệ MLT ở nhiều nước trên thế giới tăng nhanh trong vòng 20 năm trở lại đây, đặc biệt là các nước phát triển. Ngày nay chỉ định MLT ở sản phụ con so đã và đang được các nhà sản khoa quan tâm vì nếu tỷ lệ MLT tăng lên sẽ kéo theo cả một hệ lụy nặng nề và lâu dài như: Tăng nguy cơ người mẹ mang thai bị rau tiền đạo, rau cài răng lược, chửa vết mổ, vỡ tử cung, nhiễm trùng vết mổ và tăng các chi phí không cần thiết nhất là tác động trực tiếp làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai từ lần thứ 2 trở đi¹. Vì vậy thực tế đặt ra người thầy thuốc với những cân nhắc về chỉ định và kỹ thuật MLT sao cho phù hợp nhất. Với mong muốn hạn chế tỷ lệ MLT góp phần giảm những tai biến, biến chứng và chi phí không cần thiết cho người bệnh chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu là: *Nhận xét các chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 6 tháng cuối năm 2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án sản phụ MLT con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2021. Đảm bảo đủ thông tin cần thiết theo tiêu chuẩn của nghiên cứu. Thai sống, tuổi thai ≥ 22 tuần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Thời gian từ 01/06/2021-30/12/2021.

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

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

Từ công thức trên, cỡ mẫu nghiên cứu tính được n=390.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý với phần mềm SPSS 20.0, Sử dụng test so sánh test χ^2 , các so sánh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. (Sử dụng test Fisher-exact có hiệu chỉnh khi hệ số mong đợi nhỏ hơn 5)

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, không can thiệp vào bệnh nhân. Các thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

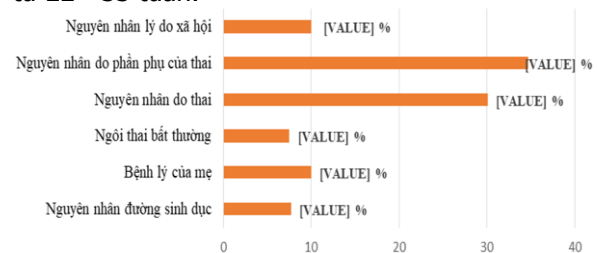
Đặc điểm	X \pm SD
Tuổi	29,7 \pm 4,9
Chiều cao (cm)	160,5 \pm 66,7
Cân nặng (kg)	65,6 \pm 9,6
BMI (kg/m ²)	26,8 \pm 3,7

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 29,7 \pm 4,9. Bệnh nhân với chiều cao trung bình 160,5 \pm 66,7 cm, cân nặng trung bình 65,6 \pm 9,6 kg và BMI 26,8 \pm 3,7

Bảng 3.2. Tuổi thai

Tuổi thai	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
22 - 33 tuần	9	2,3
34 - 37 tuần	39	10
38 - 41 tuần	330	84,6
≥ 42 tuần	12	3,1
Tổng	390	100

Nhận xét: Tuổi thai chủ yếu thường gặp là 38 - 41 tuần với 330 bệnh nhân chiếm 84,6%, tiếp đến tuổi thai 34 - 37 tuần chiếm 10%, tuổi thai ≥ 42 tuần chiếm 3,1% và 2,3% là tuổi thai từ 22 - 33 tuần.



Biểu đồ 3.1. Phân bố nguyên nhân mổ lấy thai

Nhận xét: Nguyên nhân mổ lấy thai chủ yếu do phần phụ của thai chiếm 34,7% (34,7%) và do thai (30,1%). Tiếp đến là nguyên nhân bệnh lý người mẹ chiếm 10% và lý do xã hội với 10%.

Bảng 3.3. Chỉ định mổ lấy thai do đường sinh dục

Chỉ định mổ lấy thai do đường sinh dục	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Khung chậu hẹp	7	11,6
TC có sẹo mổ cũ	2	3,3
TC dị dạng	1	1,7
CTC cường tính	3	5
CTC không tiến triển	45	75
Khối u tiền đạo	1	1,7
Do AH, AD, TSM	1	1,7
Tổng	60	100

Nhận xét: Bệnh nhân mổ lấy thai nguyên nhân đường sinh dục gặp chủ yếu do cổ tử cung không tiến triển với 75%, tiếp theo khung chậu hẹp gặp 11%.

Bảng 3.4. Chỉ định mổ lấy thai do bệnh lý của mẹ

Bệnh lý của mẹ	n	%
TSG	30	38,5
Bệnh tim mạch	21	26,9
Tiểu đường	15	19,2
Basedow	6	7,7
Thiếu máu	2	2,6
TSSKNN	4	5,1
Tổng	78	100

Nhận xét: Nguyên nhân do bệnh lý người mẹ gặp nhiều nhất là tiền sản giật chiếm 38,5%, tiếp đến là bệnh lý tim mạch chiếm 26,9% ít gặp nhất là thiếu máu (2,6%).

Bảng 3.5. Chỉ định mổ lấy thai do thai
Phân bố sản phụ MLT theo chỉ định mổ lấy thai do ngôi thai

Ngôi thai bất thường	n	%
Ngôi mông	40	69,0
Ngôi mặt	5	8,6
Ngôi ngang	2	3,4
Ngôi thóp trước	4	6,9
Ngôi trán	7	12,1
Tổng	58	100

Nhận xét: Chỉ định mổ lấy thai với nguyên nhân ngôi thai gặp chủ yếu là ngôi mông (69,0%), tiếp theo là ngôi trán 12,1% và ngôi mặt là 8,6%.

Bảng 3.6. Chỉ định mổ lấy thai do thai
Phân bố sản phụ MLT theo chỉ định mổ lấy thai do thai

Do Thai	n	%
Thai to	97	41,5
Thai suy	95	40,6
Thai quá ngày sinh	11	4,7
Đa thai	10	4,3
Đầu không lọt	18	7,7
Thai kém phát triển	3	1,3
Tổng	234	100

Nhận xét: Nguyên nhân phải mổ lấy thai do thai chủ yếu thường gặp là thai to (41,5%) và thai suy (40,6%), ít gặp nhất là thai kém phát triển (1,3%).

Bảng 3.7. Chỉ định mổ lấy thai do phần phụ của thai

Phân bố sản phụ MLT theo chỉ định mổ lấy thai do phần phụ của thai

Phần phụ của thai	n	%
Rau tiền đạo	25	9,3
Rau bong non	3	1,1
Dây rau quấn cổ	2	0,7
Cạn ối	30	11,1
Sa dây rau	3	1,1
OVN	15	5,6
OVS	192	71,1
Tổng	270	100

Nhận xét: Nguyên nhân mổ lấy thai do phần phụ của thai chủ yếu thường gặp là ối vỡ sớm (71,1%), tiếp theo là cạn ối (11,1%), rau tiền đạo chiếm 9,3%, ít gặp nhất là dây rau quấn cổ và sa dây rau.

Bảng 3.8. Chỉ định mổ lấy thai do nguyên nhân lý do xã hội

Nguyên nhân lý do xã hội	n	%
Mẹ lớn tuổi	12	15,4
Vô sinh, con quý hiếm, IVF	27	34,6
Xin mổ	35	44,9
Chuyển dạ kéo dài	4	5,1
Tổng	78	100

Nhận xét: Bệnh nhân có chỉ định mổ lấy thai với lý do xã hội chủ yếu là xin mổ (44,9%), tiếp đến là con hiếm muộn, vô sinh và phải làm IVF (34,6%).

IV. BÀN LUẬN

***Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:** Tổng số 390 bệnh nhân mổ lấy thai con so trong nhóm nghiên cứu chúng tôi nhận thấy độ tuổi trung bình từ 25 - 29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm 39,5%. Đối tượng nghiên cứu được chúng tôi với chiều cao và cân nặng đều nằm trong giới hạn hằng số bình thường của người Việt Nam. Bệnh nhân với chiều cao trung bình $160,5 \pm 66,7$ cm, cân nặng trung bình $65,6 \pm 9,6$ kg và BMI $26,8 \pm 3,7$. Các chỉ số này cũng tương tự như các kết quả của tác giả khác như: Vũ Thị Thu Hiền².

***Tuổi thai:** Chúng tôi nhận thấy tuổi thai chủ yếu thường gặp là 38 - 41 tuần với 330 bệnh nhân chiếm 84,6%, tiếp đến tuổi thai 34 - 37 tuần chiếm 10%, tuổi thai ≥ 42 tuần chiếm 3,1% và 2,3% là tuổi thai từ 22 - 33 tuần. Hầu hết sản phụ chuyển dạ ở tuổi thai đủ tháng. Kết quả này cũng tương tự Nguyễn Thị Lan Hương

71,3%³, Vũ Mạnh Cường chiếm tỷ lệ 98,1%⁴.

***Các nhóm nguyên nhân mổ lấy thai con so:** Nghiên cứu của chúng tôi thống kê nguyên nhân MLT được chia thành 6 nhóm chính: nhóm do đường sinh dục mẹ, nhóm do thai, nhóm do phần phụ của thai, nhóm do bệnh lý của mẹ, nhóm nguyên nhân lý do xã hội. Trong đó nhóm nguyên nhân MLT chủ yếu do phần phụ của thai với 270/390 trường hợp (34,7%) và do thai với 234 trường hợp (30,1%). Tiếp đến là nguyên nhân bệnh lý người mẹ chiếm 10% và lý do xã hội với 10%.

***Nguyên nhân do đường sinh dục:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh nhân mổ lấy thai nguyên nhân đường sinh dục gặp chủ yếu do cổ tử cung không tiến triển với 75%, tiếp theo nguyên nhân do khung chậu gặp 11,6%. Nguyên nhân do khung chậu có 7 trường hợp chiếm 11,6% tổng số các trường hợp MLT nguyên nhân do đường sinh dục của mẹ, chiếm 1,8% trong tổng số bệnh nhân. 03 trường hợp (5,0%) cơn co tử cung cường tính, không có trường hợp nào dọa vỡ tử cung. Đây là những chỉ định gần như tuyệt đối và chiếm tỷ lệ thấp.

***Nguyên nhân do ngôi thai:** Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 58 trường hợp ngôi thai bất thường không phải ngôi đầu. Chỉ định mổ lấy thai với nguyên nhân ngôi thai gặp chủ yếu là ngôi mông (69%), hiện nay xu hướng MLT cho ngôi mông tăng dần, là một trong những nguyên nhân đáng kể góp phần vào sự gia tăng tỷ lệ MLT, tiếp theo là ngôi trán 12,1% và ngôi mặt là 8,6%.

***Nguyên nhân do thai:** Trong nhóm này có tổng cộng 234 trường hợp MLT chiếm 30,1% tổng số, trong đó MLT nguyên nhân do thai to chiếm tỷ lệ cao nhất 41,5%, kết quả này cũng tương đồng tỷ lệ thai to thực sự sau phẫu thuật 102 trẻ có trọng lượng thai thật sự to, điều này cũng là do trình độ siêu âm của bác sỹ ngày càng cao cùng với đó là thể hệ máy siêu âm 4D, 5D mới được bệnh viện trang bị. Đứng thứ 2 trong nhóm là nguyên nhân thai suy chiếm tỷ lệ 40,6%, kết quả này tương đương so với một số nghiên cứu trước đó của các tác giả Vũ Mạnh Cường 37,2%. Chúng tôi có 18 trường hợp được MLT vì đầu không lọt chiếm tỷ lệ 7,7% nguyên nhân MLT do thai và chiếm 4,6% trong tổng số các nguyên nhân mổ lấy thai. Kết quả này tương tự Nguyễn Thị Minh Anh⁵ với tỷ lệ mổ đầu không lọt là 9,3% và thai quá ngày sinh là 5%, chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm nguyên nhân đa thai (2%) và thai kém phát triển (1%).

***Nguyên nhân phần phụ của thai:** Nhóm này gồm 270 trường hợp, tỉ lệ ối vỡ sớm trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều nhất với 192 trường hợp chiếm 71,1% và ối vỡ non là 5,6% trường hợp nguyên nhân mổ lấy thai do phần phụ của thai. Cận ối chiếm 11,1%. Rau tiền đạo có 25 trường hợp: 05 RTĐ trung tâm, 20 RTĐ bán trung tâm, rau bong non có 03 trường hợp, dây rau quấn cổ nhiều vòng có 02 trường hợp.

***Nguyên nhân bệnh lý của mẹ:** Nghiên cứu của chúng tôi gặp 78 trường hợp liên quan đến bệnh lý của mẹ chiếm 10,0% các nguyên nhân mổ lấy thai. Kết quả này cũng tương tự Martin R.L., Wiser W.L., tỷ lệ MLT do các bệnh lý như: bệnh tim, tiền sản giật, đái đường là 10% tổng số các chỉ định⁶.

***Nguyên nhân yếu tố xã hội:** Xu hướng hiện nay, yếu tố xã hội đã góp phần vào trong những chỉ định MLT khiến cho tỷ lệ MLT do nguyên nhân xã hội ngày càng tăng. Theo số liệu chúng tôi thu được thì có 78 trường hợp mổ lấy thai do nguyên nhân xã hội, chiếm 10,0% tổng số các nguyên nhân mổ lấy thai. Trong đó sản phụ xin mổ theo nguyện vọng chọn ngày, chọn giờ, chịu đau kém...chiếm 44,9% trong nhóm nguyên nhân do yếu tố xã hội.

V. KẾT LUẬN

Nhóm nguyên nhân MLT con so chủ yếu do phần phụ của thai với 270 trường hợp (34,7%) trong đó thường gặp nhất là ối vỡ sớm (71,1%), ngoài ra còn hay gặp thai to chiếm 41,5% và thai suy chiếm 40,6% trong nhóm nguyên nhân do thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miller D.A, Chollet J.A, Goodwin T.M. Clinical risk factor of previa placenta accrete. Am J Obstet and Gynecol- July. 1997;177(1): 210.
2. Vũ Thị Thu Hiền. So sánh hiệu quả của liều lượng Bupivacain tính theo biểu đồ Harten và liều thường qui trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai. Tạp chí phụ sản. 2014; 12(4), 64 - 67
3. Nguyễn Thị Lan Hương. Nhận xét về các chỉ định mổ lấy thai đối với sản phụ con so tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2014. Tạp chí phụ sản.2014;13(1), 39 - 42.
4. 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 chuyên khoa 2, Đại học Y Hà Nội.2016.
5. Nguyễn Thị Minh Anh. 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, Đại học Y Hà Nội.2014.
6. Martin JA. "Preliminary births for 2004: infant and maternal health", Health E-stats. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Released November. 2005;