

# NGHIÊN CỨU CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI NHÓM I THEO PHÂN LOẠI CỦA ROBSON TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC KẠN

Phạm Xuân Minh<sup>1,3</sup>, Hoàng Đức Vĩnh<sup>2</sup>, Hoàng Thu Soan<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm mổ lấy thai ở thai phụ nhóm 1 theo phân loại của Robson tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 191 thai phụ nhóm 1 theo phân loại của Robson tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn năm 2023. **Kết quả:** Nguyên nhân mổ lấy thai về phía mẹ chiếm 46,1%; do thai chiếm tỉ lệ 34,0%, tiếp đến là nguyên nhân khác chiếm 27,7%; do phần phụ của thai chiếm 27,2%. Tuổi thai từ 37 đến 40 tuần chiếm 90,6%, có 86,4% thuộc giai đoạn chuyển dạ tiềm tàng.

**Từ khóa:** Mổ lấy thai, phân loại của ROBSON, bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn

## SUMMARY

### STUDY ON INDICATIONS FOR CESAREAN SECTION GROUP I BY ROBSON'S CLASSIFICATION AT BAC KAN GENERAL HOSPITAL

**Objective:** Describe the characteristics of cesarean section in group 1 pregnant women according to Robson's classification at Bac Kan province general hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study conducted on 191 group 1 pregnant women according to Robson's classification at Bac Kan Provincial General Hospital in 2023. **Results:** The cause of cesarean section on the mother's side accounts for 46.1%; Fetal causes account for 34.0%, followed by other causes at 27.7%; due to fetal appendages accounting for 27.2%. Gestational age from 37 to 40 weeks accounts for 90.6%; 86.4% were in the latent phase of labor.

**Keywords:** Caesarean section, ROBSON classification, Bac Kan general hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tỉ 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. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến cáo, tỉ lệ mổ lấy thai không nên vượt quá 15% ở các quốc gia và vùng lãnh thổ [10]. Tuy nhiên trong thực tế hiện nay tỉ lệ mổ lấy thai ở các nước trên thế giới có xu hướng tăng dần đều theo từng năm. Tình trạng

mổ lấy thai hiện nay không chỉ gặp ở những thai kì có nguy cơ cao mà còn gặp cả ở những thai kì có nguy cơ thấp. Tuy nhiên đối với những trường hợp mang thai có nguy cơ thấp, mổ lấy thai gây nguy cơ cao về biến chứng và tỉ lệ tử vong cho mẹ hơn so với sinh đường âm đạo [7]. Tổ chức Y tế Thế giới khuyến nghị hệ thống phân loại nhóm Robson làm tiêu chuẩn toàn cầu để đánh giá, theo dõi và so sánh tỷ lệ mổ lấy thai ở các cấp độ [8].

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của tác giả Lê Quang Thanh (2015) [5] thống kê theo nhóm phân loại của Robson tại Bệnh viện Từ Dũ cũng đã chỉ ra rằng: chiến lược then chốt để có tỉ lệ mổ lấy thai hợp lý là can thiệp vào nhóm 1 theo phân loại của Robson (thai phụ con so, đơn thai, ngôi đầu  $\geq 37$  tuần, chuyển dạ tự nhiên). Nghiên cứu gần đây của tác giả Đoàn Vũ Đại Nam (2016) tại Bệnh viện Hùng Vương có tỉ lệ mổ lấy thai là 47,6%, trong đó nhóm 1 tỉ lệ mổ lấy thai là 40,4%, góp phần vào tỉ lệ mổ lấy thai chung là 13,9%, cũng chính là nhóm đáng được quan tâm nhằm có tỉ lệ mổ lấy thai hợp lý [2].

Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn hiện nay cũng đang nỗ lực khống chế tỉ lệ mổ lấy thai đồng thời giảm tỉ lệ mổ lấy thai để hạn chế những biến chứng trong tương lai gần cho mẹ và con. Chính vì những lí do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm mổ lấy thai ở thai phụ nhóm 1 theo phân loại của Robson tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

\* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Hồ sơ bệnh án của tất cả các thai phụ tới nhập viện và sinh có chỉ định mổ lấy thai nhóm 1 theo phân loại của Robson tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn.

\* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Mổ lấy thai từ nơi khác chuyển đến vì các nguyên nhân khác hoặc hồ sơ bệnh án ghi chép không đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

**2.2 Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả thiết kế cắt ngang

**2.3 Cỡ mẫu:** toàn bộ. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Chọn toàn bộ thai phụ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu từ 1/9/2022 đến 30/9/2023.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài: 12.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023

Chúng tôi tiến hành lựa chọn và nghiên cứu trên 191 thai phụ có chỉ định mổ lấy thai nhóm 1 theo phân loại của Robson.

**2.4 Phân tích xử lý số liệu:** Sử dụng các thuật toán thống kê y học cơ bản; số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 25.0

**2.5 Đạo đức nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu hồi cứu chỉ ghi nhận số liệu từ hồ sơ trong kho lưu trữ hồ sơ bệnh án mà không thực hiện bất kỳ can thiệp gì trên bệnh nhân tham gia nghiên cứu và được thông qua hội đồng đạo đức trường đại học Y dược Thái Nguyên.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.11. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng (n=191)	Tỉ lệ (%)
<b>Nhóm tuổi</b>		
≤ 18	5	2,6
19-34	165	86,4
≥ 35	21	11,0
Trung bình (Min, Max): 26,93 ± 5,66 (17, 42)		
<b>Bệnh nội khoa</b>		
Không	142	74,3
Có	49	25,7
<b>Đặc điểm mang thai</b>		
Tự nhiên	185	96,9
Hỗ trợ sinh sản	06	3,1
<b>Dân tộc</b>		
Kinh	47	24,6
Khác	144	75,4

**Nhận xét:** Tuổi trung bình 26,93 ± 5,66 tuổi. Tỉ lệ mang thai hỗ trợ sinh sản chiếm 3,1%.

**Bảng 3.12. Đặc điểm tình trạng mang thai của thai phụ khi nhập viện**

Đặc điểm	Số lượng (n=191)	Tỉ lệ %
<b>Tuổi thai (tuần)</b>		
37 – 40	173	90,6
Từ > 40 tuần	18	9,4
<b>Giai đoạn chuyển dạ</b>		
Tiềm tàng	165	86,4
Hoạt động	26	13,6
<b>Thiếu ối</b>		
Có	48	25,1
Không	143	74,9
<b>Tình trạng ối</b>		
Chưa vỡ	152	79,6
Vỡ	36	18,8
Rỉ	3	1,6
<b>Màu sắc nước ối (n=39)</b>		
Trắng đục	27	69,2
Xanh	8	20,5
Vàng	2	5,1
Khác	2	5,1

**Nhận xét:** Nhóm tuổi thai từ 37 - 40 tuần chiếm tỉ lệ 90,6%. Có 86,4% thuộc giai đoạn chuyển dạ tiềm tàng. Tình trạng ối khi nhập viện: thiếu ối chiếm 25,1%; ối vỡ chiếm 18,8%, rỉ ối 1,6%.

**Bảng 3.13. Chỉ định mổ lấy thai theo các nhóm nguyên nhân**

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ%	
<b>Về phía mẹ</b>	Đường sinh dục	43	22,5
	Bệnh lý	45	23,6
<b>Về phía thai</b>		65	34,0
<b>Về phía phần phụ của thai</b>		52	27,2
<b>Chỉ định khác</b>		53	27,7

**Nhận xét:** Nguyên nhân mổ lấy thai do thai chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 34,0%, tiếp đến là nguyên nhân do phần phụ của thai chiếm 27,2%.

**Bảng 3.14. Các chỉ định mổ lấy thai trong nhóm nguyên nhân về phía mẹ**

Chỉ định mổ lấy thai về phía mẹ	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	Góp phần tỉ lệ MLT chung(%)	
<b>Đường sinh dục (n=43)</b>	Khung chậu giới hạn	26	60,5	13,6
	Tử cung dị dạng	2	4,7	1,0
	Dọa vỡ TC/CTC cường tính	5	11,6	2,6
	Khối U tiền đạo	4	9,3	2,1
<b>Bệnh lý (n=45)</b>	Do âm hộ, âm đạo, TSM	6	14,0	3,1
	Tiền sản giật	15	33,3	7,9
	Tim mạch	2	4,4	1,0
	Tiểu đường	11	24,4	5,8
Bệnh khác	17	37,8	8,9	

**Nhận xét:** Trong nhóm nguyên nhân liên quan đường sinh dục thì 60,5% là do khung chậu giới hạn. Trong nhóm bệnh lý thì do tiền sản giật chiếm 33,3%, các bệnh lý khác chiếm 37,8%.

**Bảng 3.15. Các chỉ định mổ lấy thai về phía thai và phần phụ của thai**

Chỉ định mổ lấy thai về phía thai và phần phụ của thai	Số lượng	Tỷ lệ %	Góp phần tỉ lệ MLT chung(%)	
<b>Thai</b>	Ngôi trán, ngôi mặt	5	7,7	2,6
	Thai to toàn bộ	33	50,8	17,3
	Thai suy	17	26,2	8,9
	Ngôi không lọt	10	15,4	5,2
<b>Phần phụ của thai</b>	Rau tiền đạo	5	9,6	2,6
	Rau bong non	6	11,5	3,1
	Cạn ối	33	63,5	17,3
	Sa dây rốn	1	2,0	0,5
Khác	9	17,3	4,7	

**Nhận xét:** Trong nhóm nguyên nhân do thai có 50,8% do thai to toàn bộ; trong nhóm

nguyên nhân do phần phụ của thai có 63,5% là cận ối.

**Bảng 3.6. Chỉ định mổ lấy thai do nhóm nguyên nhân khác**

Chỉ định mổ lấy thai do nhóm nguyên nhân khác	Số lượng	Tỷ lệ %	Góp phần tỉ lệ MLT chung(%)	
<b>Truyền đề chỉ huy thất bại</b>	CTC không tiến triển	10	52,6	5,2
	Thai suy	5	26,3	2,6
	Ngôi không lọt	5	26,3	2,6
<b>Khác</b>	Con so lớn tuổi	2	5,9	1,0
	Con so lớn tuổi, con hiếm	14	41,2	7,3
	Điều trị vô sinh	7	20,6	3,7
	Yêu cầu mổ	22	64,7	11,5

**Nhận xét:** Về phía các nguyên nhân khác thì có 64,7% là yêu cầu mổ, tiếp đến là 52,6% do CTC không tiến triển.

**IV. BÀN LUẬN**

Mổ lấy thai là một chỉ số quan trọng về khả năng tiếp cận và chất lượng dịch vụ sức khỏe bà mẹ. Tổ chức Y tế Thế giới khuyến nghị hệ thống phân loại nhóm mười Robson làm tiêu chuẩn toàn cầu để đánh giá, theo dõi và so sánh tỷ lệ mổ lấy thai ở mọi cấp độ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 191 thai phụ được phân loại nhóm I của Robson. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi từ 19 đến 24 chiếm tỉ lệ cao nhất (35,1%), tiếp đến là nhóm tuổi từ 25 đến 29 tuổi, tuổi từ 35 tuổi trở lên có 21 trường hợp chiếm 11,0%; nhóm tuổi thấp nhất là từ 18 tuổi trở xuống chiếm 2,6%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 26,93±5,66 tuổi, nằm trong độ tuổi có các yếu tố nguy cơ thấp. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Công và Nguyễn Hồng Hoa (2018) với nhóm tuổi từ 25 đến 29 chiếm tỉ lệ cao nhất (37,58%) tiếp đến là nhóm tuổi từ 19 đến 24 chiếm 28,03% [1]. Theo nghiên cứu của Khổng Thị Vân, Nguyễn Quảng Bắc và Vũ Ngân Hà (2022) cho thấy Trong 179 sản phụ MLT nhóm I Robson thì có tới 84,4% các sản phụ có nhóm tuổi từ 20-30, nhóm có tỉ lệ thấp nhất là > 35 tuổi (1,7%). Tuổi trung bình của sản phụ đẻ là 27,5 ± 6,7 tuổi [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, giai đoạn chuyển dạ hầu hết ở giai đoạn tiềm tàng chiếm 86,4%. Theo nghiên cứu của Khổng Thị Vân, Nguyễn Quảng Bắc và Vũ Ngân Hà (2022) cho thấy sản phụ được mổ lấy thai ở pha tiềm tàng là 60,9% [6]. Qua thăm khám đánh giá thì có 25,1% thiếu ối; 18,8% ối vỡ và 1,6% có rỉ ối. Về màu sắc ối chỉ 69,2% là trắng đục.

Màu ối phản ánh một phần tình trạng sức khỏe thai nhi. Theo nghiên cứu của Đoàn Vũ Đại Nam và Nguyễn Duy Tài (2018) cho thấy tỉ lệ thiếu ối là 44,7%, 77,3% ối xấu [2].

Trong các trường hợp mổ lấy thai, chia ra nhiều nhóm nguyên nhân mổ lấy thai khác nhau; Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguyên nhân mổ lấy thai do thai chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 34,0%, tiếp đến là nguyên nhân do phần phụ của thai chiếm 27,2%; nhóm nguyên nhân thấp nhất là do truyền đề chỉ huy thất bại chiếm 9,9%. Theo nghiên cứu của Vũ Văn Tâm và Lưu Vũ Dũng (2021) nghiên cứu trên 369 sản phụ mổ lấy thai trong nhóm 1 theo phân loại Robson cho thấy Nguyên nhân mổ lấy thai do chuyển dạ ngừng tiến triển và do thai, phần phụ của thai chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 34,15% và 37,4%; Nhóm thấp nhất là nhóm nguyên nhân bất thường về phía mẹ chiếm tỉ lệ 6,78% [4]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tiến Công và Nguyễn Hồng Hoa (2018) cho thấy nhóm nguyên nhân mổ lấy thai do chuyển dạ ngừng tiến triển chiếm tỉ lệ cao nhất 54,78%. Nhóm thấp nhất là nhóm nguyên nhân do bất xứng đầu chậu và cơn go cường tính chiếm tỷ lệ 1,55% [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong nhóm nguyên nhân liên quan đường sinh dục thì 60,5% là do khung chậu giới hạn. Theo nghiên cứu của Đỗ Như Quỳnh (2022) cho thấy trong nhóm bệnh nhân mổ lấy thai do nguyên nhân liên quan đến khung chậu chiếm 43,2% [3]. Trong đó chủ yếu là do khung chậu hẹp, khung chậu lệch. Khung chậu hẹp, khung chậu méo thường là hậu quả của dị tật từ nhỏ do bệnh tật bẩm sinh hoặc tình trạng suy dinh dưỡng trong tiền sử của bà mẹ.

Trong nhóm bệnh lý thì do tiền sản giật chiếm 33,3%, các bệnh lý khác chiếm 37,8%. Theo nghiên cứu của Đỗ Như Quỳnh (2022) cho thấy tỉ lệ tiền sản giật chiếm 27,2% trong số mổ lấy thai do nguyên nhân bệnh lý người mẹ [3]. Trong nhóm nguyên nhân do thai có 50,8% do thai to toàn bộ; trong nhóm nguyên nhân do phần phụ của thai có 63,5% là cận ối. Về phía các nguyên nhân khác thì có 64,7% là yêu cầu mổ, tiếp đến là 52,6% do CTC không tiến triển. Theo nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguyên nhân dẫn tới mổ lấy thai ở nhóm thai phụ được phân loại I của Robson cho thấy mất cân đối vùng đầu chậu là chỉ định phổ biến nhất (74,7%), tiếp theo là tình trạng nhịp tim thai không đảm bảo (21,2%) [9]. Ngoài ra nghiên cứu còn chỉ ra nhiều nguyên nhân dẫn tới chỉ định mổ lấy thai trong đó yếu tố xã hội cũng chiếm con số nhất định (22/191

trường hợp chiếm 11,5%). Đây là chỉ định mổ do yêu cầu, nguyện vọng của bệnh nhân và dẫn tới tăng tỉ lệ mổ lấy thai con so. Vì vậy nếu muốn giảm tỉ lệ mổ lấy thai đặc biệt ở con so thì ngành sản khoa cần phải tuyên truyền cho thai phụ hiểu về các nguy cơ của chuyển dạ, nguy cơ của mổ lấy thai, lợi ích của đẻ đường âm đạo. Đồng thời các chỉ định mổ lấy thai chặt chẽ hơn, đều tay hơn thì chắc chắn tỉ lệ mổ lấy thai trên nhóm con so sẽ có thay đổi đáng kể.

## V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân mổ lấy thai do thai chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 34,0%, tiếp đến là nguyên nhân do phần phụ của thai chiếm 27,2%; nhóm nguyên nhân thấp nhất là do truyền đề chỉ huy thất bại chiếm 9,9%. Tuổi thai từ 37 đến 40 tuần chiếm 90,6%, giai đoạn chuyển dạ chủ yếu ở giai đoạn tiềm tàng (86,4%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiến Công, Nguyễn Hồng Hoa (2018). Tỉ lệ mổ lấy thai nhóm I theo nhóm phân loại của Robson tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đắk Lắk. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 22 (Số 1), 93-98.
2. Đoàn Vũ Đại Nam và Nguyễn Duy Tài (2018). Khảo sát tỉ lệ mổ lấy thai theo nhóm phân loại của Robson tại Bệnh viện Hùng Vương 2016 - 2017. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 22 (Số 1), 86-92.

3. Đỗ Như Quỳnh (2022). Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai con so tại bệnh viện phụ sản Hà Nội năm 2021, Khóa luận tốt nghiệp, Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội, Hà Nội.
4. Vũ Văn Tâm và 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, Tập 509 (Số 2), 239-242.
5. Lê Quang Thanh (2016). Chiến lược giảm tỉ lệ mổ lấy thai, Hội nghị Sản phụ khoa Việt Pháp lần thứ 16,
6. Khổng Thị Vân, Nguyễn Quảng Bắc và Vũ Ngân Hà (2022). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các sản phụ mổ lấy thai con so đủ tháng tại viện 19-8 Bộ công an. Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 520 (Tháng 11 số 1b), 111-114.
7. Dahlke Joshua D, Mendez-Figueroa Hector, Rouse Dwight J et al (2013). Evidence-based surgery for cesarean delivery: an updated systematic review. American journal of obstetrics and gynecology, 209 (4), 294-306.
8. Ferid A. Abubeker, Biruck Gashawbeza, Thomas Mekuria Gebre et al (2020). Analysis of cesarean section rates using Robson ten group classification system in a tertiary teaching hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth, 767 (2020), 1-7.
9. Panupong Ngamthong and Dittakarn Boriboonhirunsarn (2023). Cesarean Section Rate and Associated Risk Factors in Group 1 Robson Classification. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology, 31 (1), 11-20.
10. World Health Organization (2015). WHO statement on caesarean section rates. 2015. WHO Reference Number: WHO/RHR/15.02.

## ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG DẼ BỊ TỔN THƯƠNG Ở BỆNH NHÂN XƠ CỨNG BÌ HỆ THỐNG TẠI TRUNG TÂM CƠ XƯƠNG KHỚP BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Kim Linh<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Hùng<sup>1,2</sup>, Bùi Hải Bình<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và nhận xét một số yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) ở bệnh nhân xơ cứng bì tại Trung tâm Cơ Xương Khớp- Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xơ cứng bì hệ thống theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2013, trong thời gian từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 06 năm 2023. **Kết quả:** Trong 52 BN xơ cứng bì nghiên cứu, 76,9% BN có HCDBTT,

với mức độ nhẹ, vừa và nặng tương ứng là 34,6%, 26,9% và 15,4%. Trong 10 tiêu chí HCDBTT theo thang điểm CRAF, mệt mỏi, bệnh đồng mắc, sử dụng nhiều thuốc chiếm chủ yếu, tương ứng là 95%, 80,8% và 94,2%. Về các yếu tố liên quan đến HCDBTT, nhóm có tổn thương phổi kẽ có tỷ lệ HCDBTT cao hơn (89,2% so với 46,7%), sự khác biệt có ý nghĩa với  $p=0,005$ , nhóm dùng thuốc ức chế miễn dịch có tỷ lệ HCDBTT cao hơn (91,4% so với 47,1%), sự khác biệt có ý nghĩa với  $p=0,005$ , hội chứng Raynaud làm tăng tỷ lệ HCDBTT (92,6% so với 60%), sự khác biệt có ý nghĩa với  $p=0,038$ . Ngược lại, HCDBTT không khác biệt giữa các nhóm tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, dung tích sống gắng sức và mức độ dày da ( $p>0,05$ ). **Kết luận:** Bệnh nhân xơ cứng bì thường mắc HCDBTT, tình trạng này có liên quan đến tổn thương phổi kẽ, hội chứng Raynaud và sử dụng thuốc ức chế miễn dịch. Do vậy, các bệnh nhân cần được cân nhắc đánh giá HCDBTT để góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe toàn diện.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hải Bình

Email: bsbhnt25noi@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023