

- adjuvant capecitabine plus oxaliplatin (XELOX) versus control. *Ann Oncol.* 2014;25(7): 1356-1362. doi:10.1093/annonc/mdu147
5. **Jin J, Tang Y, Hu C, et al.** Multicenter, Randomized, Phase III Trial of Short-Term Radiotherapy Plus Chemotherapy Versus Long-Term Chemoradiotherapy in Locally Advanced Rectal Cancer (STELLAR). *JCO.* 2022;40(15): 1681-1692. doi: 10.1200/JCO.21. 01667
 6. **Gérard JP, Azria D, Gourgou-Bourgade S, et al.** Clinical outcome of the ACCORD 12/0405 PRODIGE 2 randomized trial in rectal cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30(36):4558-4565. doi:10.1200/JCO.2012.42.8771
 7. **Phạm Cẩm Phương.** Đánh giá hiệu quả của hóa xạ trị tiền phẫu trong điều trị ung thư trực tràng giai đoạn xâm lấn. *Tạp chí ung thư học Việt Nam.* 2012;(4):321-326.
 8. **Corvò R, Pastrone I, Scolaro T, Marcenaro M, Berretta L, Chiara S.** Radiotherapy and oral capecitabine in the preoperative treatment of patients with rectal cancer: rationale, preliminary results and perspectives. *Tumori.* 2003;89(4): 361-367. doi:10.1177/030089160308900403

KẾT QUẢ SẢN KHOA CỦA SẢN PHỤ VỊ THÀNH NIÊN SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2022

Nguyễn Thị Thu Hà^{1,2}, Đỗ Tuấn Đạt^{1,3}, Phan Thị Huyền Thương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả sản khoa về phía mẹ của sản phụ từ 10 đến 19 tuổi sinh tại bệnh viện phụ sản Hà Nội năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ ngày 01 tháng 01 năm 2022 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện được áp dụng với 333 sản phụ vị thành niên từ 10 đến 19 tuổi được đưa vào nghiên cứu. Các yếu tố được đánh giá trong nghiên cứu liên quan tới biến cố trong quá trình mang thai và các biến chứng sau sinh. **Kết quả:** Tuổi thai trung bình khi sinh là $37,42 \pm 3,46$ tuần, 80,5% sản phụ sinh đủ tháng. Tỷ lệ đẻ mổ lấy thai chiếm 42,3%. Trong các chỉ định mổ lấy thai, chỉ định mổ lấy thai do Thai suy chiếm cao nhất khoảng 1/3 trường hợp (33,3%). Tỷ lệ sản phụ có kết cục bất lợi sau sinh chiếm 14,4%: nhiễm khuẩn hậu sản chiếm 3,3%, chảy máu sau đẻ (5,1%), đờ tử cung (0,6%), rách tầng sinh môn phức tạp (4,2%), bí tiểu sau sinh (1,2%). **Kết luận:** Mang thai trong độ tuổi vị thành niên làm tăng nguy cơ các biến cố trong quá trình mang thai như thiếu máu, nhiễm khuẩn tiết niệu... và các biến chứng sau sinh như băng huyết, rách tầng sinh môn phức tạp...

Từ khóa: Vị thành niên, biến chứng sản khoa, mổ lấy thai, đẻ thường

SUMMARY

EVALUATE MATERNAL OBSTETRIC OUTCOMES OF ADOLESCENT MOTHERS AGED 10 TO 19 GIVING BIRTH AT HANOI OBSTETRICS HOSPITAL IN 2022

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: thuha.ivf@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2023

Ngày duyệt bài: 15.01.2024

Objective: Evaluate maternal obstetric outcomes of adolescent mothers aged 10 to 19 giving birth at Hanoi Obstetrics Hospital in 2022. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted at Hanoi Obstetrics Hospital from January 1, 2022, to December 31, 2022. A convenience sampling method was applied, involving 333 adolescent mothers aged 10 to 19 in the study. Factors assessed in the study were related to pregnancy complications and postpartum outcomes. **Results:** The average gestational age at delivery was 37.42 ± 3.46 weeks, with 80.5% of mothers delivering at full term. The cesarean section rate was 42.3%. Among the indications for cesarean section, fetal distress was the highest, accounting for about 1/3 of cases (33.3%). The rate of unfavorable postpartum outcomes was 14.4%, including postpartum infection (3.3%), postpartum hemorrhage (5.1%), uterine atony (0.6%), complex perineal tears (4.2%), and postpartum urinary retention (1.2%). **Conclusion:** Pregnancy during adolescence increases the risk of complications during pregnancy, such as anemia, urinary tract infections, and postpartum complications like hemorrhage and complex perineal tears.

Keywords: Adolescents, obstetric complications, cesarean section, vaginal delivery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), độ tuổi vị thành niên là 10 - 19 tuổi. Mang thai ở tuổi vị thành niên gây ra những kết cục bất lợi cho cả mẹ và thai. Sản phụ tuổi vị thành niên nếu tiếp tục thai kỳ có tỉ lệ thai nghén nguy cơ cao, mắc các bệnh lây qua đường tình dục, nguy cơ tử vong mẹ ở tuổi vị thành niên cao hơn so với các bà mẹ ở tuổi trưởng thành. Mẹ dễ bị thiếu máu, tiền sản giật, đẻ non, sảy thai, chuyển dạ đình trệ, bất tương xứng thai khung chậu. Trong lúc sinh thường dễ khó, dễ phải can thiệp bằng các thủ thuật và phẫu thuật. Tại Việt Nam, theo Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế, tỷ lệ trẻ vị thành niên có thai trong tổng

số người mang thai tăng liên tục qua các năm, năm 2010 là 2,9%; năm 2011 là 3,1%; năm 2012 là 3,2% và 2,7% năm 2015 [1]. Bệnh viện Phụ sản Hà Nội là một trong những bệnh viện đầu ngành bệnh viện tiếp nhận người bệnh từ nhiều tỉnh thành trong cả nước, trong đó có đối tượng vị thành niên. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài "Kết quả sản khoa của sản phụ vị thành niên sinh tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2022"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên những sản phụ từ 10 đến 19 tuổi sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi của sản phụ: Từ 10 đến 19 tuổi tại thời điểm sinh.

- Tuổi thai ≥ 22 tuần 0 ngày tính theo ngày đầu kỳ kinh cuối cùng, hoặc theo dự kiến sinh siêu âm thai 3 tháng đầu và hoặc Trọng lượng lúc sinh ≥ 500gr.

- Đẻ hoặc mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Gồm tất cả trường hợp đơn thai hoặc đa thai, thai sống, thai lưu, thai dị tật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ ngày 01 tháng 01 năm 2022 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiến hành hồi cứu.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** 333 sản phụ được lựa chọn vào nghiên cứu theo cách chọn mẫu toàn bộ, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng ANOVA test để so sánh trung bình các quan sát nếu biến có phân bố chuẩn. Sử dụng test χ² để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ phần trăm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố biến cố bất lợi trong quá trình thai kỳ với tuổi mẹ

Biến cố bất lợi	Tổng số, n(%) (n=333)	Tuổi mẹ, n(%)		p
		15 -17 tuổi (n=65)	18 -19 tuổi (n=268)	
Điều trị dọa sảy thai/ dọa đẻ non	19 (5,7)	5 (7,7)	14 (5,2)	0,549*
Đái tháo đường	8 (2,4)	2 (3,1)	6 (2,2)	0,657*
Thiếu máu	89 (26,7)	27 (41,5)	62 (23,2)	0,005*
Thiếu máu nhẹ	75 (22,5)	23 (35,4)	52 (19,4)	0,006*
Thiếu máu trung bình	11 (3,3)	2 (3,1)	9 (3,4)	1*
Thiếu máu nặng	3 (0,9)	2 (3,1)	1 (0,4)	0,099*
Tiền sản giật	6 (1,8)	2 (3,1)	4 (1,5)	0,333*
Rau tiền đạo	3 (0,9)	0 (0)	3 (1,1)	1*
Nhiễm khuẩn tiết niệu	103 (30,9)	26 (40,0)	77 (28,7)	0,078 ^a
Thai chậm phát triển trong tử cung	41 (12,3)	6 (9,2)	35 (13,1)	0,437 ^a
Ôi vỡ non	3 (0,9)	1 (1,5)	2 (0,7)	0,480*
Ôi vỡ sớm	36 (10,8)	8 (12,3)	28 (10,4)	0,665*

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu và thiếu máu là phổ biến nhất chiếm lần lượt 30,9% và 26,7%.

Bảng 3.2. Phân bố đặc điểm tuổi thai khi sinh với tuổi mẹ

* Có 9 sản phụ mang song thai, nên tổng số con là 342

Tuổi thai khi sinh	Tổng số, n(%) (n=342)	Tuổi mẹ		p
		15 -17 tuổi (n = 67)	18 -19 tuổi (n = 275)	
Cực non tháng (22 - < 28 tuần)	15 (4,4)	3 (4,5)	12 (4,4)	0,892 (Fisher)
Rất non tháng (28 - <32 tuần)	10 (2,9)	1 (1,5)	9 (3,3)	
Sinh non trung bình (32 - <34 tuần)	9 (2,6)	2 (3,0)	7 (2,5)	
Sinh non muộn (34 - < 37 tuần)	33 (9,6)	8 (11,9)	25 (9,1)	
Đủ tháng (37 – 41 tuần)	275 (80,5)	53 (79,1)	222 (80,7)	
Tuổi thai trung bình (mean ± SD)	37,42 ± 3,464	37,6 ± 3,308	37,37 ± 3,505	0,436
Tuổi thai nhỏ nhất, lớn nhất (tuần)	Min=23, Max=41	Min=26, Max=41	Min=23, Max=41	

Nhận xét: Sản phụ sinh đủ tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 80,5%, sinh non tháng chiếm 19,5%. Tuổi thai trung bình khi sinh là 37,42±3,46 tuần.

Bảng 3.3. Phân bố phương pháp kết thúc thai kỳ với tuổi mẹ

Phương pháp kết thúc thai kỳ	Tổng số, n(%) (n = 333)	Tuổi mẹ		p
		15 -17 tuổi (n = 65)	18 – 19 tuổi (n = 268)	
Đẻ thường đường âm đạo	192 (57,7)	34 (52,3)	158 (59)	0,331 (Fisher)
Mổ lấy thai	141 (42,3)	30(46,2)	110 (41,0)	
Lần đầu	130 (39)	28 (43,1)	96 (37,6)	
Lần thứ 2	11 (3,3)	2 (3,1)	9 (3,4)	

Nhận xét: Tỷ lệ đẻ thường đường âm đạo cao hơn chiếm 192/333 trường hợp(57,7%, tỷ lệ mổ lấy thai thấp hơn chiếm 141/333 trường hợp (42,3%).

Bảng 3.4. Phân bố chỉ định mổ lấy thai với tuổi mẹ

Kết quả	Tổng số, n(%) (n=141)	Tuổi mẹ, n(%)	
		15-17 tuổi (n = 31)	18-19 tuổi (n = 110)
Thai to	12 (8,5)	4 (12,9)	8 (7,3)
Ngôi bất thường	7 (5,0)	1 (3,2)	6 (5,5)
Đa thai	3 (2,1)	0 (0)	3 (2,7)
Thai suy	47 (33,3)	13 (41,9)	34 (30,9)
Thai chậm phát triển trong tử cung	5 (3,5)	1 (3,2)	4 (3,6)
Bệnh lý mẹ: bệnh truyền nhiễm đang tiến triển(VGB, Covid), thiếu máu nặng	14 (9,9)	2 (6,5)	12 (10,9)
Sản phụ xin mổ	13 (9,2)	2 (6,5)	11 (10)
Mổ lấy thai cũ	11 (7,8)	2 (6,5)	9 (8,2)
Tiền sản giật	6 (4,3)	2 (6,5)	4 (3,6)
Cổ tử cung không tiến triển/Đầu không lọt/Khung chậu hẹp	21(14,9)	4 (12,9)	17 (15,5)
Cấp cứu sản khoa: Rau tiền đạo, rau bong non, sa dây rau	2 (1,4)	0 (0)	2 (1,8)

Nhận xét: Trong các chỉ định mổ lấy thai, chỉ định mổ lấy thai do Thai suy chiếm cao nhất khoảng 1/3 trường hợp (33,3%).

Bảng 3.5. Phân bố tỷ lệ kết cục bất lợi sau sinh về phía mẹ với tuổi mẹ

Kết cục bất lợi	Tổng số, n(%)	Tuổi mẹ, n(%)		p
		15 -17 tuổi (n = 65)	18 -19 tuổi (n= 268)	
Số sản phụ có kết cục bất lợi	48 (14,4)	10 (15,4)	38 (14,2)	0,804*
Nhiễm khuẩn hậu sản	11 (3,3)	3 (4,6)	8 (3,0)	0,454*
Chảy máu sau đẻ	17 (5,1)	3 (4,6)	14 (5,2)	1*
Đờ tử cung	2 (0,6)	1 (1,5)	1 (0,4)	0,353*
Rách tầng sinh môn phức tạp	14 (4,2)	2 (3,1)	12 (4,5)	1*
Bí tiểu sau sinh	4 (1,2)	1 (1,5)	3 (1,1)	0,582*

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ có kết cục bất lợi sau sinh chiếm 14,4%. Tỷ lệ sản phụ nhiễm khuẩn hậu sản chiếm 3,3%, chảy máu sau đẻ (5,1%), đờ tử cung (0,6%), rách tầng sinh môn phức tạp (4,2%), bí tiểu sau sinh (1,2%).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm biến cố bất lợi trong quá trình thai kỳ với tuổi mẹ. Tỷ lệ sản phụ có các biến cố bất lợi như dọa sảy thai/dọa đẻ non, mắc đái tháo đường, mắc tiền sản giật, nhiễm khuẩn tiết niệu, ôi vỡ non, ôi vỡ sớm ở nhóm tuổi từ 15 - 17 cao hơn so với nhóm tuổi từ 18 - 19. Sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê

($p > 0,05$). Ngược lại, tỷ lệ sản phụ có rau tiền đạo, thai chậm phát triển trong tử cung ở nhóm tuổi mẹ từ 15 - 17 thấp hơn nhóm tuổi mẹ từ 18 - 19. Tuy nhiên, sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tỷ lệ sản phụ mắc đái tháo đường thai kỳ chiếm 1,8%, thấp hơn tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở các nước Châu Âu (3,6 – 6%)[8]. Sự chênh lệch này là do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên đối tượng vị thành niên nên sẽ có nguy cơ đái tháo đường thấp hơn các đối tượng lớn tuổi khác.

Có 6 trường hợp tiền sản giật chiếm tỷ lệ 1,8%, tương đương với nghiên cứu của Phạm

Thị Kim Hoàn (1,9%) [4].

Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu trong thai kỳ là tương đối cao 30,9%, cao hơn so với nghiên cứu của Agersew Alemu (11,6%) [5]. Sự khác biệt có thể do khác nhau về điều kiện môi trường. Bên cạnh đó, việc thiếu kiến thức và điều kiện kinh tế của nhóm đối tượng vị thành niên cũng gây cản trở trong công tác chăm sóc thai sản.

Tỷ lệ ối vỡ non chiếm 0,9%, tương đương với nghiên cứu của Dayal (2022) là 1%[7]. Phụ nữ vị thành niên dễ bị ối vỡ non hơn vì họ có hệ thống tuần hoàn máu ở tử cung và cổ tử cung chưa trưởng thành, dễ bị nhiễm trùng từ đó gây viêm màng ối.

Có 0,9% số sản phụ trong nghiên cứu của chúng tôi bị rau tiền đạo. Tỷ lệ rau bám bất thường khá thấp vì chủ yếu các sản phụ đều là con so. Thai chậm phát triển trong tử cung chiếm tỷ lệ tương đối cao 12,3%. Tỷ lệ bệnh và tử vong sau sinh gia tăng và tăng các kết cục sản khoa bất lợi cho trẻ sau sinh như: ngạt, hỗ trợ hô hấp, nhiễm trùng sơ sinh...

Thiếu máu chiếm 26,7%, cao hơn so với nghiên cứu của Tshkweni (13%). Tỷ lệ sản phụ thiếu máu ở nhóm tuổi mẹ từ 15 -17 (35,4%) cao hơn với nhóm tuổi từ 18 - 19 (19,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,005<0,05$). Tỷ lệ thiếu máu cao chủ yếu là thiếu máu sắt do việc cung cấp sắt không đủ, sản phụ không đủ sức khỏe và điều kiện kinh tế trong đảm bảo dinh dưỡng trong thai kỳ.

Đặc điểm tuổi thai khi sinh của sản phụ. Tỷ lệ sản phụ sinh non tháng chiếm 19,5%, lớn hơn so với kết quả của tác giả Nguyễn Thanh Hải (13%) [2]. Sản phụ chưa phát triển hoàn toàn về giải phẫu và sinh lý cho việc mang thai, đồng thời sự hạn chế trong chăm sóc thai nghén và điều kiện kinh tế cũng làm hạn chế tiếp cận điều trị kịp thời. Tuổi thai trung bình là $37,42\pm 3,46$ tuần tương đương với Nguyễn Thị Hồng là $37,63\pm 3,4$ tuần [3]. Tuổi thai nhỏ nhất là 23 tuần.

Đặc điểm phương pháp kết thúc thai kỳ của sản phụ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sản phụ vị thành niên đẻ thường đường âm đạo và đẻ chỉ huy là 57,7%, tỉ lệ mổ lấy thai là 42,3%. Tỉ lệ mổ lấy thai cao hơn nghiên cứu của Phạm Thị Kim Hoàn (2020) là 18,6%, Nguyễn Thanh Hải (2020) là 29,5%[2,4]. Tỷ lệ mổ lấy thai tăng cao một phần do xu hướng chung trong tăng tỷ lệ mổ lấy thai, ngoài ra thai phụ nhỏ tuổi chưa phát triển hoàn thiện về khung chậu, tâm sinh lý cũng làm gây khó khăn trong việc đẻ thường.

Đặc điểm kết cục bất lợi sau sinh về phía mẹ. Tỷ lệ sản phụ có kết cục bất lợi sau sinh chiếm 14,4%, chảy máu sau đẻ chiếm tỷ lệ cao nhất với 5.1%. Tỷ lệ chảy máu sau đẻ do đỡ tử cung tương đương Nguyễn Thị Hồng (0,5%)[3]. Tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ đỡ tử cung ở sản phụ trưởng thành tại một số quốc gia ở Trung Mỹ (2013) như Costa Rica (3,6%), Panama (5%), Guatemala (13,3%)[9]. Trong nghiên cứu, con số chiếm tỷ lệ cao đồng thời sự khác biệt thời gian và trình độ y tế giữa các quốc gia có thể giải thích cho sự khác biệt này.

Có 11 sản phụ nhiễm trùng hậu sản, chiếm 3,3%, thấp hơn kết quả nghiên cứu của Thitipong Sirilak năm 2022 (6%), sự khác biệt trên có thể do khác biệt về tuổi, địa điểm nghiên cứu và thời gian nghiên cứu. Chúng tôi là nghiên cứu hồi cứu, chỉ đánh giá được bệnh nhân trong lúc nằm viện còn Thitipong Sirilak thực hiện với thời gian từ lúc sản phụ đẻ kéo dài đến hết 6 tuần hậu sản.

Sản phụ rách tầng sinh môn phức tạp chiếm tỷ lệ 4,2%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng (2021) là 1% [3]. Sự khác nhau có thể do tuổi đối tượng nghiên cứu, địa điểm nghiên cứu, kỹ năng đỡ đẻ của nhân viên y tế.

Theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ sản phụ bí tiểu sau sinh chiếm 1,2%, thấp hơn nghiên cứu của Mesut Polat (2018) là 22,1%[10]. Nếu bị bỏ sót, bí tiểu sau sinh có thể dẫn đến rối loạn thần kinh bàng quang và yếu cơ bàng quang đòi hỏi phải đặt ống thông tiểu ngắt quãng hoặc rối loạn chức năng tiểu tiện vĩnh viễn.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của sản phụ là $18,26 \pm 1,021$, trong đó nhóm tuổi là 18 – 19 chiếm 80,5%. Mang thai trong độ tuổi vị thành niên làm tăng nguy cơ các biến cố trong quá trình mang thai như thiếu máu, nhiễm khuẩn tiết niệu... và các biến chứng sau sinh như băng huyết, rách tầng sinh môn phức tạp...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ.** Vụ bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và Kế hoạch hóa gia đình, Chương trình sức khỏe sinh sản. 2015:51
- Nguyễn Thanh Hải, Ánh VTN, Hạnh TTM, Trung NH, Nhân ĐT, Linh TM.** Mang thai ở tuổi vị thành niên: đặc điểm và kết quả thai kỳ. Tạp chí Phụ sản
- Nguyễn Thị Hồng B, Thị Hoa, Dương Tiến Minh, Bùi Ngọc Diệp, Huy HQ.** Kết quả mang thai ở tuổi vị thành niên tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 06/20 2022;514(1)doi:10.51298/vmj.v514i1.2535
- Phạm Thị Kim Hoàn NTP.** Nghiên cứu kết quả

- xử trí sản khoa ở sản phụ dưới 18 tuổi tại bệnh viện phụ sản trung ương từ năm 2017 đến năm 2019. Bệnh viện phụ sản Trung Ương. 2019;
- Alemu A, Moges F, Shiferaw Y, et al.** Bacterial profile and drug susceptibility pattern of urinary tract infection in pregnant women at University of Gondar Teaching Hospital, Northwest Ethiopia. BMC Research Notes. 2012/04/25 2012;5(1):197. doi:10.1186/1756-0500-5-197
 - Asavapiriyant S, Chaovarindr U, Kaoien S, Chotigeat U, Kovavisarath E.** Prevalence of Sexually Transmitted Infection in Teenage Pregnancy in Rajavithi Hospital, Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet. Feb 2016;99 Suppl 2:S153-60.
 - Dayal S, Hong PJSTISP.** Premature rupture of membranes.[Updated 2021 Nov 2]. 2022;
 - Mazumder T, Akter E, Rahman SM, Islam MT, Talukder MR.** Prevalence and Risk Factors of Gestational Diabetes Mellitus in Bangladesh: Findings from Demographic Health Survey 2017-2018. International journal of environmental research and public health. Feb 23 2022;19(5)doi:10.3390/ijerph19052583
 - Montufar-Rueda C, Rodriguez L, Jarquin JD, et al.** Severe postpartum hemorrhage from uterine atony: a multicentric study. Journal of pregnancy. 2013;2013:525914. doi:10.1155/2013/525914
 - Polat M, Şentürk MB, Pulatoğlu Ç, Doğan O, Kılıççı Ç, Budak M.** Postpartum urinary retention: Evaluation of risk factors. Turkish journal of obstetrics and gynecology. Jun 2018;15(2):70-74. doi:10.4274/tjod.43931

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ TÌNH HÌNH TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC SHING MARK

Trần Ngọc Huy¹, Phạm Việt Mỹ², Lê Hữu Phước²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm loét dạ dày tá tràng (VLDDTT) là bệnh mạn tính thường gặp, dễ tái phát và có nhiều biến chứng nguy hiểm. Theo Tổ chức y tế thế giới, có khoảng 5-10% dân số thế giới bị VLDDTT, tại Việt Nam, tỉ lệ này khoảng 7% dân số, đây là bệnh lý tiêu hóa đứng thứ hai gây gánh nặng bệnh tật toàn cầu. Việc điều trị VLDDTT thường gặp nhiều khó khăn, trong đó, việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân là vấn đề quan trọng quyết định sự thành công nhưng thường ít được quan tâm trong quá trình điều trị VLDDTT. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và đánh giá tình hình tuân thủ điều trị bệnh VLDDTT tại bệnh viện Đại học Y dược Shing Mark. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân từ 18 tuổi đến khám bệnh VLDDTT tại bệnh viện ĐHYD Shing Mark từ 01/10/2022 đến 31/05/2023. Thiết kế nghiên cứu là mô tả cắt ngang có phân tích, đánh giá tuân thủ điều trị bằng thang điểm MMAS-8. **Kết quả:** Bệnh nhân có tuổi trung bình $46,5 \pm 14$, phần lớn là giới tính nữ (62,9%). Triệu chứng chủ yếu là đau bụng và khó tiêu (95,1%). Vị trí tổn thương qua nội soi thường gặp ở hang môn vị (81,6%). Tỉ lệ bệnh nhân nhiễm H. pylori là 39,2%. Tỉ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị là 84,1%. Nhóm bệnh nhân có tiền căn bệnh lý liên quan, giới tính nam và nhiễm H. pylori có tỉ lệ tuân thủ điều trị thấp. **Kết luận:** Bác sĩ điều trị nên tư vấn kỹ đối với bệnh nhân thuộc nhóm có tỉ lệ

tuân thủ điều trị thấp. Cần tăng cường công tác truyền thông để phòng tránh bệnh VLDDTT.

Từ khóa: viêm loét dạ dày tá tràng, đặc điểm lâm sàng, tuân thủ điều trị.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND ADHERENCE TO TREATMENT OF PEPTIC ULCER DISEASE AT SHING MARK UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Peptic ulcer disease (PUD) is a common chronic disease, easily relapsing and with many dangerous complications. According to the World Health Organization, about 5-10% of the world's population has stomach ulcers, in Vietnam, this rate is about 7% of the population, this is the second leading digestive disease causing global health burden. The treatment of PUD is often difficult, in which, the patient's adherence is an important issue determining the success, but often little attention is paid to the process of PUD treatment. **Objectives:** Survey on clinical characteristics and evaluation of adherence to treatment for peptic ulcer disease at Shing Mark University Hospital. **Materials and method:** Patients aged 18 years and older who came for outpatient examination and treatment of PUD at Shing Mark University Hospital from October 1, 2022 to May 31, 2023. The study design is cross-sectional with analysis, assessing treatment adherence using the MMAS-8 scale. **Results:** The average age of the patient was 46.5 ± 14 , the majority were female (62.9%). The rate of patients with a previous history of PUD accounted for 63.3%. The main symptom is abdominal pain and dyspepsia (95.1%). The endoscopic lesion location is usually in the pyloric antrum (81.6%). The rate of patients infected with H. pylori is 39.2%. The rate of patients with treatment

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Shing Mark

²Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Huy

Email: huyyds@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 12.01.2024