

E₂n8, E₂nHCG, số nang siêu âm, số noãn chọc hút đều là những chỉ số có giá trị tiên lượng tốt. Tuy nhiên việc tiên lượng sớm nguy cơ QKBT trước khi có phác đồ kích thích buồng trứng sẽ hạn chế tối đa tỷ lệ QKBT. Chỉ số AMH và AFC là hai chỉ số quan trọng vì có thể xác định được từ đầu chu kỳ kích trứng.

Ngưỡng của các chỉ số tiên lượng này thay đổi theo từng nhóm bệnh nhân, nhìn chung các chỉ số có ngưỡng thấp hơn ở nhóm có BTĐN. Khi có ngưỡng riêng cho từng nhóm đối tượng sẽ giúp các phác đồ kích thích buồng trứng được cá thể hóa, phù hợp với đáp ứng của mỗi nhóm bệnh nhân.

Giá trị ngưỡng này nên được áp dụng trong lâm sàng với mục đích hạn chế tỷ lệ và mức độ nặng của QKBT, giảm chi phí điều trị hỗ trợ sinh sản do phải đông phôi, giảm tỷ lệ hủy chu kỳ chuyển phôi tươi.

KẾT LUẬN

Phụ nữ có BTĐN có nguy cơ QKBT cao gấp 3,27 lần so với phụ nữ không có BTĐN khi kích thích buồng trứng trong IVF. AMH, AFC, E₂ ngày 8, E₂ ngày trigger, số nang siêu âm ngày trigger, số noãn chọc hút được là những yếu tố

tiên lượng tốt. Trong lâm sàng nên áp dụng các giá trị ngưỡng của các chỉ số này để tiên lượng QKBT ở những đối tượng có và không có BTĐN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gallos, I.D., et al., *Controlled ovarian stimulation protocols for assisted reproduction: a network meta - analysis*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017 (3).

2. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG) *The Management of Ovarian Hyperstimulation Syndrome*. RCOG Green Top Guideline no. 5, 2006. 2016.

3. Ferraretti, A., et al., *ESHRE consensus on the definition of 'poor response' to ovarian stimulation for in vitro fertilization: the Bologna criteria*. Human reproduction, 2011. 26 (7): p. 1616-1624.

4. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod*. 2004;19 (1):41-47.

5. Golan, A. and A. Weissman, *A modern classification of OHSS*. Reproductive biomedicine online, 2009. 19 (1): p. 28-32.

KHÁC BIỆT VỀ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM Ở BÀ MẸ GIỮA BỆNH NHÂN CHẤP NHẬN VÀ KHÔNG CHẤP NHẬN CHỌC HÚT DỊCH ỒI SAU TƯ VẤN

MAI LỆ HUYỀN¹, TRẦN DANH CƯỜNG¹,
NGÔ THỊ MINH HÀ², LÊ THU HUYỀN²
¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu đánh giá sự khác biệt về một số đặc điểm phía bà mẹ giữa bệnh nhân chấp nhận và không chấp nhận chọc hút dịch ối sau tư vấn.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 1953 thai phụ có chỉ định lấy bệnh phẩm thai nhi bằng chọc hút dịch ối đến tư vấn tại Trung tâm Chẩn đoán Trước sinh - Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 01/2019 - 06/2019.

Kết quả: Lý do đến tư vấn chọc hút dịch ối ít phổ biến nhất là tiền sử đẻ con bất thường

(1,6%) và phổ biến nhất là sau khi test sàng lọc nguy cơ cao (31,3%). 70,4% bà mẹ chấp nhận chọc hút dịch ối sau khi được tư vấn. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về một số đặc điểm phía bà mẹ giữa nhóm chấp nhận và không chấp nhận chọc ối sau tư vấn bao gồm độ tuổi với cut-off 35 tuổi, chỉ định chọc ối và có tiền sử sinh con bị dị tật bẩm sinh.

Kết luận: Trước hết công tác sàng lọc trước sinh cần được các cấp quan tâm, xây dựng thành một hệ thống thường quy trong chăm sóc thai kỳ, đặc biệt tăng cường truyền thông – giáo dục sức khỏe cho các bà mẹ dưới 35 tuổi, có thai bất thường hình thái và kể cả không có tiền sử sinh con bị dị tật bẩm sinh.

Từ khóa: Đặc điểm bà mẹ, tư vấn, chọc hút dịch ối, sản phụ mang thai.

Chịu trách nhiệm: Mai Lệ Huyền
Email: mailehuyen2809@gmail.com
Ngày nhận: 02/10/2020
Ngày phản biện: 09/11/2020
Ngày duyệt bài: 25/11/2020

SUMMARY

THE DIFFERENCE OF MATERNAL CHARACTERISTICS BETWEEN PATIENTS AGREEING WITH AMNIOCENTESIS AND THOSE NOT AGREEING WITH AMNIOCENTESIS.

Objectives: This study aimed to access the difference of maternal characteristics between patients agreeing with amniocentesis and those not agreeing with amniocentesis.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 1953 pregnant mothers who were assigned to take fetal samples by amniocentesis to consult at the prenatal diagnostic center from January 2019 to June 2019.

Results: The least common reason for counseling for amniocentesis was a history of abnormal childbirth (1.6%) and the most common reason was after a high-risk screening test (31.3%). 70.4% of mothers accepted amniocentesis after being consulted. There was a statistically significant differences in some maternal traits between the post-counseling amniocentesis acceptance and amniocentesis non-acceptance groups including age with the 35-year cut-off, indication for amniocentesis and a history of having a birth defect.

Conclusions: Antenatal screening should be paid attention to at all levels, building it up into a routine system in pregnancy care, especially strengthening communication - health education for mothers under 35 years old, having morphological abnormal pregnancy and without previous history of birth defects.

Keywords: Maternal characteristics, counseling, amniocentesis, pregnant women.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Quyết định chọc ối hay không là một quyết định phức tạp và mang tính cảm xúc, thường được thực hiện trong một thời gian ngắn và theo quy định hiện nay ở Việt Nam, ít có sự hỗ trợ quyết định mang tính hệ thống. Chọc ối thường được thực hiện từ tuần thứ 15 đến 18 của thai kỳ và có thể liên quan đến nguy cơ chấn thương thai nhi, vỡ ối, tổn thương da thai nhi, nhiễm trùng mẹ và sảy thai [1,2]. Thủ thuật này được báo cáo là chiếm 1% nguy cơ sảy thai và kết quả của các xét nghiệm nhiễm sắc thể có thể dẫn đến quyết định bỏ thai [3,4]. Phụ nữ mang thai và gia đình của họ sẽ đưa ra quyết định liên quan đến nguy cơ, thông tin phức tạp và hậu quả sâu rộng trong một vài ngày hoặc ít hơn. Quyết định này thường tạo ra mức độ lo lắng đáng kể vào thời điểm dễ bị tổn thương về cảm xúc.

Trong nhiều thập kỷ qua, tuổi mẹ là dấu hiệu phổ biến nhất để xét nghiệm chọc dò ối [5]. Tại

Việt Nam, mỗi năm có khoảng 1.500.000 em bé sinh ra, trong đó có: 1.400 - 1.800 trẻ bị bệnh Down (Trisomy 21); 200 - 250 trẻ bị hội chứng Edwards (Trisomy 18); 1.000 - 1.500 trẻ bị dị tật ống thần kinh; 300 - 400 trẻ bị suy giáp bẩm sinh; 15.000 - 30.000 trẻ bị thiếu men G6PD; 200 - 600 trẻ bị tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh; 2.200 trẻ bị Thalassemia (tan máu bẩm sinh) thể nặng sinh ra và các bệnh lý di truyền, dị tật bẩm sinh khác [6]. Kinh nghiệm từ các nước có thu nhập cao chỉ ra rằng có đến 70% dị tật bẩm sinh có thể dự phòng được và những trẻ em bị ảnh hưởng có thể được chăm sóc giúp đảm bảo sự sống hoặc làm giảm mức độ nghiêm trọng của dị tật bẩm sinh [7,8]. Nghiên cứu về phương pháp chọc dò ối tập trung chủ yếu vào nguy cơ sảy thai, [9,10] lo lắng và kiến thức. Có rất ít nghiên cứu nhằm vào việc xác định những đặc điểm phía bà mẹ của phụ nữ xung quanh quyết định chấp nhận hoặc từ chối chọc ối. Mặc dù quyết định chọc ối thường được mô tả là phức tạp và khó khăn, nhưng vẫn có một lỗ hổng trong việc điều tra hoặc giải quyết các khía cạnh về đặc điểm của bà mẹ. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu đánh giá sự khác biệt về một số đặc điểm phía bà mẹ giữa bệnh nhân chấp nhận và không chấp nhận chọc hút dịch ối sau tư vấn.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ có chỉ định lấy bệnh phẩm thai nhi bằng chọc hút dịch ối đến tư vấn tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh – Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn: *Có lý do đến tư vấn; Quyết định về thực hiện chọc ối của thai phụ và người chồng; Có kết quả chọc ối; Đồng ý tham gia nghiên cứu, thai phụ ký giấy đồng ý chọc hút dịch ối.*

Tiêu chuẩn loại trừ: *Thai phụ có một trong những chống chỉ định; Không có giấy đồng ý chọc hút dịch ối; Không có đầy đủ các thông tin trên.*

2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh - Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 01/2019 - 06/2019.

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu là mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu của nghiên cứu là 1953.

Cách chọn mẫu: Mẫu nghiên cứu sẽ được lựa chọn theo phương pháp lấy liên tục trong một thời gian nhất định cho đến khi đủ số nghiên cứu theo công thức đã tính. Tất cả các

hồ sơ có đủ điều kiện tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh – Bệnh viện Phụ Sản Trung ương đều được lựa chọn.

3. Phương pháp nghiên cứu

Thu thập thông tin định lượng bằng cách phát vấn sử dụng bộ câu hỏi tự điền đối với thai phụ đến tư vấn. Lấy thông tin thứ cấp từ hồ sơ bệnh án của thai phụ bằng phiếu thu thập thông tin thứ cấp.

Quy trình thực hiện được tiến hành như sau: Tiếp nhận thai phụ có chỉ định lấy bệnh phẩm; Phỏng vấn thai phụ, hướng dẫn cho thai phụ cách làm bộ câu hỏi phát vấn; Tư vấn nguy cơ khi lấy bệnh phẩm cho thai phụ; Ký giấy tờ xác nhận làm thủ thuật; Làm hồ sơ bệnh án; Tiến hành chọc hút dịch ối; Thu thập thông tin sau khi làm thủ thuật.

4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Thông tin được hỏi cứu từ hồ sơ bệnh án lưu trữ của bệnh viện và sao ghi lại vào bệnh án nghiên cứu. Số liệu sau khi được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 thì được làm sạch và xử lý bằng phần mềm Stata 13.1. Khác biệt với biến định tính là kiểm định χ^2 test (Chi-squared test) (tần số mong đợi > 5) hoặc kiểm định Fisher's exact test (nếu tần số mong đợi < 5).

5. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài được triển khai khi đã được Hội đồng khoa học và đạo đức của Trường Đại học Thăng long thông qua và Ban giám đốc Bệnh viện Phụ sản Trung Ương đồng ý. Thông tin cá nhân của bệnh nhân chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 1953)

Thông tin chung		n	%
Tuổi	18-24	227	11,6
	25-34	958	49,1
	≥35	768	39,3
Khu vực	Thành thị	614	31,4
	Nông thôn	1339	68,6
Dân tộc	Kinh	1835	94,0
	Khác	118	6,0
Trình độ học vấn	Tiểu học	103	5,3
	Trung học cơ sở	339	17,4
	Trung học phổ thông	450	23,0
	Trung cấp/Cao đẳng	409	20,9
	Đại học	560	28,7
	Sau đại học	92	4,7
Nghề nghiệp	Công nhân	414	21,2
	Nông dân	205	10,5
	Công chức/Viên chức	708	36,3
	Lao động tự do	567	29,0
	Khác	59	3,0

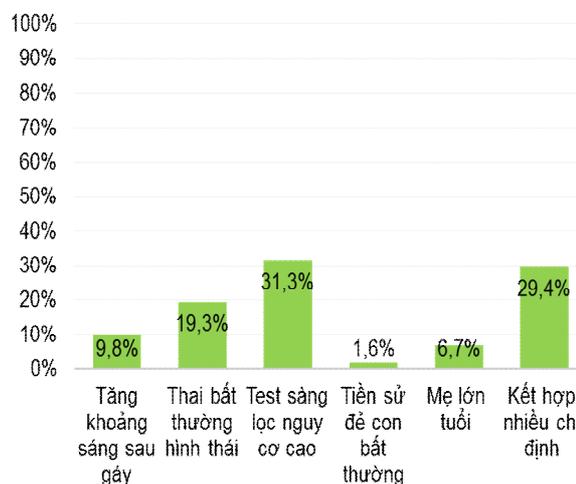
Tình trạng hôn nhân	Có chồng	1930	98,8
	Ly thân, ly hôn, góa	8	0,4
	Khác	15	0,8
Lần mang thai	Lần 1	390	20,1
	Lần 2	609	31,2
	Từ lần 3 trở lên	954	48,9

Gần một nửa các ĐTNCC thuộc nhóm tuổi từ 25-34 (49,1%) và chỉ 11,6% trong độ tuổi từ 18-24. Có 68,6% ĐTNCC sống ở nông thôn. Phần lớn ĐTNCC là người dân tộc Kinh (94%). Nhóm ĐTNCC có trình độ trung cấp/cao đẳng/đại học/sau đại học chiếm 54,9%. Nhóm tiểu học/trung học cơ sở chiếm 22,7%. Nhóm ĐTNCC mang thai từ 3 lần trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (48,9%). ĐTNCC mang thai lần 2 và mang thai lần đầu tiên chiếm tỷ lệ tương ứng là 31,2% và 20,0% (Bảng 1).

Bảng 2. Tình trạng dị tật bẩm sinh (n = 1953)

Thông tin chung		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tiền sử sinh con dị tật bẩm sinh	Có	133	6,8
	Không	1820	93,2
Sinh con dị tật bẩm sinh của những người thân trong gia đình	Có	84	4,3
	Không	1869	95,7

Phần lớn ĐTNCC không có tiền sử dị tật bẩm sinh ở những lần sinh trước (93,2%) và không có tiền sử sinh con dị tật bẩm sinh của người thân trong gia đình (95,7%) (Bảng 2).



Biểu đồ 1. Lý do đến tư vấn chọc hút dịch ối (n = 1953)

Những lý do chính ĐTNCC đến tư vấn chọc hút dịch ối là sau khi test sàng lọc nguy cơ cao (31,3%) và sau khi kết hợp nhiều chỉ định (29,4%). Lý do phổ biến tiếp theo là do thai bất thường hình thái (19,3%). Lý do đến tư vấn do tăng khoảng sáng sau gáy và do mẹ lớn tuổi chiếm tỷ lệ tương ứng là 9,8% và 6,7%. Tiền sử

đẻ con bất thường là lí do ít gặp nhất, chiếm tỷ lệ 1,6% (Biểu đồ 1).

Tỷ lệ thai phụ chấp nhận chọc ối (n = 1953): Gần 3/4 ĐTNC chấp nhận chọc hút dịch ối sau

khi được tư vấn (70,4%). Số còn lại không chấp nhận chọc hút dịch ối vì nhiều lý do khác nhau như sợ biến chứng, gia đình không đồng ý.

Bảng 3. Khác biệt về một số đặc điểm phía bà mẹ giữa nhóm chấp nhận và không chấp nhận chọc ối sau tư vấn (n = 1953)

	Chấp nhận chọc ối				p
	Có		Không		
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Tuổi					0,001 ^c
≥ 35 tuổi	574	74,7	194	25,3	
< 35 tuổi	800	67,5	385	32,5	
Tổng	1374	70,4	579	29,6	
Nơi ở					0,391 ^c
Thành thị	440	71,7	174	28,3	
Nông thôn	934	69,8	405	30,2	
Tổng	1374	70,4	579	29,7	
Nghề nghiệp					0,623 ^c
Nông dân	146	71,2	59	28,8	
Công nhân	287	69,3	127	30,7	
Công chức	507	71,6	201	31,4	
Tự do	389	68,6	178	31,4	
Khác	45	76,27	14	23,73	
Tổng	1374	70,4	579	29,6	
Trình độ học vấn					0,338 ^c
Tiểu học	64	62,1	39	37,9	
THCS	236	69,6	103	30,4	
THPT	318	70,7	132	29,3	
TC, CĐ	300	73,4	109	26,6	
Đại học	389	69,5	171	30,5	
Sau đại học	67	72,8	25	27,2	
Tổng	1374	70,4	579	29,6	
Tình trạng hôn nhân					0,983
Có chồng	1357	70,3	573	29,7	
Ly thân, ly hôn, goá	6	75,0	2	25,0	
Khác	11	73,3	4	29,7	
Tổng	1374	70,4	579	29,6	
Chỉ định					< 0,001
Tăng KSSG	153	80,1	38	19,9	
Thai bất thường hình thái	166	44,0	211	56,0	
Test sàng lọc nguy cơ cao	467	76,3	145	23,7	
Tiền sử đẻ con bất thường	25	80,7	6	19,4	
Mẹ lớn tuổi	81	61,8	50	38,2	
Kết hợp nhiều chỉ định	456	79,3	119	20,7	
Khác	26	72,2	10	27,8	
Tổng	1374	70,4	579	29,6	
Tình trạng có con bị dị tật					0,04 ^c
Có	104	78,2	29	21,8	
Không	1270	69,8	550	30,2	
Tổng	1374	70,4	579	29,6	
Tình trạng người thân có con bị dị tật					0,478 ^c
Có	62	73,8	22	26,2	
Không	1312	70,2	557	29,8	
Tổng	1374	70,4	579	29,6	

^c:chi-square test

Tỷ lệ chấp nhận chọc ối ở nhóm ≥ 35 tuổi cao hơn nhóm < 35 tuổi. Sự khác biệt về tỷ lệ chấp nhận chọc ối có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuổi ($p < 0,05$). Tỷ lệ chấp nhận chọc ối ở nhóm có con bất thường về thai nhi (44%) thấp hơn nhiều so với các nhóm khác. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm chỉ định ($p < 0,05$). Tỷ lệ chấp nhận chọc ối ở ĐTCN có con bị dị tật (78,2%) cao hơn so với nhóm không có con bị dị tật (69,8%). Khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, gần một nửa sản phụ trong độ tuổi từ 25 đến 34 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất (49,1%). Nhóm sản phụ ngoài 35 tuổi chiếm tỷ lệ 39,3%, trong khi đó, sản phụ trong độ tuổi từ 18 đến 24 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (11,6%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu trước của tác giả Nguyễn Thị Hoàng Trang thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản trung ương trong giai đoạn từ năm 2006 đến năm 2011 [11]. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoàng Trang, phần lớn sản phụ cũng trong độ tuổi từ 25 đến 35 (52,1%), và tỷ lệ các sản phụ ở các nhóm tuổi khác cũng không có khác biệt nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Thực tế, kết quả của hai nghiên cứu là hoàn toàn phù hợp vì giới hạn độ tuổi này được coi là độ tuổi trong thời kỳ sinh sản của một người phụ nữ [11].

Nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ chấp nhận chọc ối ở nhóm có con bất thường về thai nhi (44%) thấp hơn nhiều so với các nhóm khác. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm chỉ định. Cụ thể, tỷ lệ chấp nhận chọc ối ở nhóm sản phụ có con bất thường về hình thái (44%) thấp hơn đáng kể so với các nhóm khác, trong đó tỷ lệ cao nhất ở nhóm sản phụ có tiền sử đẻ con bất thường (80,7%), tiếp đến là các nhóm tăng KSSG (80,1%), kết hợp nhiều chỉ định (79,3%), test sàng lọc nguy cơ cao (76,3%) và mẹ lớn tuổi (61,8%). Trong nghiên cứu của tác giả Lê Anh Tuấn và tác giả Nguyễn Thị Hồng (năm 2010), lý do phổ biến nhất được báo cáo là do test sàng lọc dương tính chiếm 56,24% và lý do ít gặp nhất là tiền sử đẻ con bất thường với tỷ lệ tương ứng là 4,06% [12]. Cũng trong một nghiên cứu khác của tác giả Nguyễn Thị Hoàng Trang, kết quả được báo cáo tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, tác giả đã chỉ ra test sàng lọc dương tính cũng được ghi nhận là lý do phổ biến nhất (49%), và tiền sử đẻ con bất thường là lý do ít phổ biến nhất (3,1%) [11]. Cũng trong nghiên cứu này, tỷ lệ chấp nhận chọc ối ở ĐTCN có con bị dị

tật (78,2%) cao hơn so với nhóm không có con bị dị tật (69,8%). Khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Giải thích cho điều này có thể do các bà mẹ biết được tiền sử của những người trong gia đình họ thì sẽ có xu hướng lo lắng hơn về kết quả sinh đẻ của mình, do đó, họ dễ chấp nhận hơn trong việc chọc ối sau tư vấn.

Nghiên cứu này có một số hạn chế cần được lưu ý khi ngoại suy kết quả. Bởi vì hạn chế về nguồn lực và phạm vi của nghiên cứu, do đó, nghiên cứu này không có khả năng khám phá và đánh giá đầy đủ các yếu tố phía bà mẹ cũng như thai nhi liên quan đến công tác tư vấn chọc ối. Kết quả dựa trên điều tra cắt ngang do đó cần cân nhắc khi ngoại suy. Kết quả nghiên cứu không cho phép giải thích mối quan hệ nhân quả mà chỉ cho phép hình thành giả thuyết.

KẾT LUẬN

Lý do đến tư vấn chọc hút dịch ối ít phổ biến nhất là tiền sử đẻ con bất thường (1,6%) và phổ biến nhất là sau khi test sàng lọc nguy cơ cao (31,3%). 70,4% bà mẹ chấp nhận chọc hút dịch ối sau khi được tư vấn. Nghiên cứu tìm thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về một số đặc điểm phía bà mẹ giữa nhóm chấp nhận và không chấp nhận chọc ối sau tư vấn bao gồm độ tuổi với cut-off 35 tuổi, chỉ định chọc ối và có tiền sử sinh con bị dị tật bẩm sinh. Trước hết công tác sàng lọc trước sinh cần được các cấp quan tâm, xây dựng thành một hệ thống thường quy trong chăm sóc thai kỳ, đặc biệt tăng cường truyền thông - giáo dục sức khỏe cho các bà mẹ dưới 35 tuổi, có thai bất thường hình thái và kể cả không có tiền sử sinh con bị dị tật bẩm sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Coromina NV, Villa AV, Vallhonrat RP, Martínez AV, Enseñat MG.** Skin dimpling: a complication of amniocentesis. 2007;407-409.
2. **Borrelli A, Cobellis L, Di Domenico A,** et al. Fetal and maternal amniocentesis complications. *Minerva ginecologica*. 2006;58 (5):423-427.
3. **Gaudry P, Grange G, Lebbar A,** et al. Fetal loss after amniocentesis in a series of 5,780 procedures. *Fetal diagnosis and therapy*. 2008;23 (3):217-221.
4. **Asch A.** Prenatal diagnosis and selective abortion: a challenge to practice and policy. *American Journal of Public Health*. 1999;89 (11):1649-1657.
5. **Palo P, Piironen O, Honkonen E, Lakkala T, Aula P.** Transabdominal chorionic villus sampling and amniocentesis for prenatal diagnosis: 5 years' experience at a university centre. *Prenatal diagnosis*. 1994;14 (3):157-162.
6. **Feeny D, Economics MUCfH, Analysis P.**

Assessing health-related quality-of-life in prenatal diagnosis comparing Chorionic Villi Sampling and Amniocentesis: a technical report. Hamilton, Ont.: Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster ...; 2000.

7. **Christianson A, Howson CP, Modell B.** March of Dimes: global report on birth defects, the hidden toll of dying and disabled children. *March of Dimes: global report on birth defects, the hidden toll of dying and disabled children.* 2005;

8. **Hohlfeld P, Daffos F, Costa J-M, Thulliez P, Forestier F, Vidaud M.** Prenatal diagnosis of congenital toxoplasmosis with a polymerase-chain-reaction test on amniotic fluid. *New England Journal of Medicine.* 1994;331 (11):695-699.

9. **Kozlowski P, Knippel A, Stressig R.** Individual risk of fetal loss following routine second

trimester amniocentesis: a controlled study of 20 460 cases. *Ultraschall in Der Medizin-European Journal of Ultrasound.* 2008;29 (02):165-172.

10. **Wilson RD.** Pregnancy loss rates after midtrimester amniocentesis. *Obstetrics & Gynecology.* 2007;109 (2):451-452.

11. **Nguyễn Thị Hoàng Trang.** Đánh giá kết quả chọc ối phân tích nhiễm sắc thể thai nhi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm từ 2006-2011. *Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Hà Nội.* 2012;

12. **Nguyễn Thị Hồng, Lê Anh Tuấn.** Nghiên cứu giá trị của siêu âm trong sàng lọc thai bất thường nhiễm sắc thể. *Tạp chí y học thực hành.* 2010;4 (815)

THỰC TRẠNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ ĐẾN NHIỄM KHUẨN SAU MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG: PHÂN TÍCH SƠ BỘ TỪ NGHIÊN CỨU BỆNH CHỨNG

LÊ THU HUYỀN, HOÀNG THỊ THANH,
NGÔ THỊ MINH HÀ, TRẦN THỊ TÚ ANH, MAI LỆ HUYỀN
Bệnh viện Phụ sản Trung ương

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu thực hiện trên 142 sản phụ nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai (NKSMILT) và 142 sản phụ không NKSMILT được đưa vào trong nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 2-6/2019. Kết quả cho thấy triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là 73,1% sản phụ có sốt; sau đó là 38,5% sản phụ có vết mổ sưng đau nóng đỏ; 30,7% sản phụ tử cung co chậm; 15,4% sản phụ đau bụng; 15,4% sản phụ có sản dịch nhiều và hôi; 7,7% sản phụ có vết mổ hở da. Không có trường hợp nào vết mổ chảy mủ và ra huyết. Hình thái và tỷ lệ NKSMILT: 57,7% sản phụ nhiễm khuẩn vết mổ nông; 34,7% sản phụ viêm nội mạc tử cung; 3,8% sản phụ viêm tử cung toàn bộ; và 3,8% sản phụ nhiễm khuẩn huyết. Sản phụ có bệnh kèm theo, chỉ định mổ cấp cứu, có khung chậu giới hạn và bất thường, có vết mổ cũ, và thai to là những yếu tố

liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng NKSMILT. Tăng cường công tác giáo dục sức khỏe, theo dõi quản lý thai nghén cho phụ nữ có thai là cần thiết để giảm tỷ lệ mổ lấy thai và giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn; sau mổ lấy thai.

SUMMARY

PREVALENCE OF CESAREAN SECTION RELATED SURGICAL SITE INFECTIONS AND ITS ASSOCIATED FACTORS AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

This study was conducted on 142 mothers suffering from postcesarean wound infection and 142 mothers without postcesarean wound infection at National Hospital of Obstetrics and Gynecology from February to June 2019. The most common clinical symptom was 73.1% of women with fever; then 38.5% of women had redness and pain at the incision; 30.7% of women with uterus contract slowly; 15.4% of women had abdominal pain; 15.4% of women had excessive and foul discharge; and 7.7% of women had an open skin incision. There were no cases of incision bleeding and bleeding. Morphology and infection rate after cesarean delivery: 57.7% of women infected with shallow incision; 34.7% of women had endometritis;

Chịu trách nhiệm: Lê Thu Huyền
Email: huyenle14062013@gmail.com
Ngày nhận: 01/10/2020
Ngày phản biện: 09/11/2020
Ngày duyệt bài: 23/11/2020