

nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ), trong khi xem xét nồng độ AchBs riêng rẽ vẫn có thể cho ra kết quả dương (+) trong khi tải lượng HBV-DNA còn dương (+) là điều cần phải nghiên cứu sâu hơn. Nhóm OBI tại Việt Nam thật sự có tồn tại và còn nhiều câu hỏi nghiên cứu cần đặt ra không chỉ cho lĩnh vực miễn dịch, vi rút học mà còn liên quan đến Sinh học phân tử và động học kháng thể trong VGSVB.

#### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 124 trường hợp AchBc dương tính (từ 1/12/2019 đến 28/2/2020) đến tiêm hay tiêm nhắc VGSVB, nhận thấy tỷ lệ nhóm OBI tại đơn vị tiêm chủng Viện Pasteur TP.HCM là 29,87%. Có 37,91% từng tiêm ngừa VGSVB nhưng chỉ có 27,42% còn tồn tại kháng thể AchBs trong khi AchBc luôn dương, bên cạnh 14,52% có HBV-DNA dương tính ( $p < 0,001$ ). Quá trình chuyển đảo huyết thanh, diễn biến kháng thể AchBc và AchBs sau khi tiêm ngừa cũng như mối tương quan giữa AchBc và tải lượng HBV-DNA cần thêm những nghiên cứu dài hạn hơn với số lượng mẫu đủ lớn, để có thể đề ra chiến lược cho tất cả chuyên khoa y học trong loại trừ VGSVB từ nay đến năm 2025.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2012). Quyết định 2620/QĐ-BYT phê duyệt “Kế hoạch triển khai tiêm vắc xin Viêm gan B liều sơ sinh”; ban hành ngày 27/7/2012.
2. **Bộ Y tế** (2015). Quyết định 739/QĐ-BYT phê duyệt “Kế hoạch phòng chống Viêm gan vi rút tại Việt Nam 2015-2019”; ban hành ngày 05/3/2015.
3. **C.H.Nghĩa et al.** Chương trình tiêm ngừa Viêm gan B tại Việt Nam: khó khăn, thách thức và định hướng tương lai. Hội nghị WHA (World Health Alliance) về Viêm gan B, C; TP.HCM, 30/7/2017
4. **Lu Zhang et al** (2019). OBI in Chinese blood donors. Journal of Emerging Microbes & Infections 2019, VOL. 8  
<https://doi.org/10.1080/22221751.2019.1663130>.
5. **Mahmud BAGHBANIAN** (2016). Prevalence of OBI in Iranian cancer patients before chemotherapy treatment. Arq. Gastroenterology v. 53 no. 3 - jul./set. 2016.
6. **Nguyễn Thị Tường Vy et al** (2018). Tiêm nhiều mũi VGSVB liệu có an toàn. Accessed 04/12/2020. <http://crc.pasteurhcm.gov.vn/tin-tuc/tiem-nhieu-mui-vac-xin-viem-gan-b-lieu-co-an-toan->
7. **WHO** (2013). Hepatitis B Fact Sheet N204: Hepatitis B. World Health Organization, 2013. Accessed January 23, 2013. Available from:URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>

## HÌNH ẢNH SIÊU ÂM VÀ GIÁ TRỊ TRONG CHẨN ĐOÁN RAU TIỀN ĐẠO CÀI RĂNG LƯỢC Ở THAI PHỤ CÓ Sẹo MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

TRẦN DANH CƯỜNG<sup>1</sup>, LÊ VĂN HÙNG<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa khu vực Nghi Sơn - Thanh Hóa

#### TÓM TẮT

Mô tả các đặc điểm siêu âm rau tiền đạo cài răng lược ở thai phụ có sẹo mổ lấy thai qua đó đánh giá giá trị chẩn đoán của siêu âm trong rau tiền đạo cài răng lược ở những thai phụ trên. Thiết kế đề tài mô tả tiến cứu, trên 161 thai phụ được chẩn đoán rau tiền đạo có sẹo mổ lấy thai được xử trí từ 30/07/2019 đến 29/08/2020 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Chịu trách nhiệm: Lê Văn Hùng  
Email: [leanhhungybtbg@gmail.com](mailto:leanhhungybtbg@gmail.com)  
Ngày nhận: 19/10/2020  
Ngày phản biện: 23/11/2020  
Ngày duyệt bài: 03/12/2020

Kết quả: Tiêu chuẩn 1 phù hợp với rau cài răng lược thể bám chặt (96%). Tiêu chuẩn 2 phù hợp với rau cài răng lược thể xâm lấn cơ (87,5%). Tiêu chuẩn 3 phù hợp với rau cài răng lược thể đâm xuyên (88,9%). Siêu âm phát hiện 46/58 trường hợp, độ nhạy 79,3%, độ đặc hiệu 92,2%. Rau bám mặt sau làm hạn chế kết quả chẩn đoán.

**Từ khóa:** Rau tiền đạo cài răng lược, Sẹo mổ lấy thai, Hình ảnh siêu âm.

#### SUMMARY

RESULTS AND DIAGNOSTIC VALUE OF ULTRASONOGRAPHY FOR PLACENTA PREVIA WITH ACCRETA IN PREGNANT WOMEN WITH C – SECTION SCARS AT

**NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**

**Objective:** Describe ultrasonography of placenta previa with accreta in pregnant women with C-section scars to evaluate diagnostic value.

**Methods:** A prospective study was conducted on 161 pregnant women having C-section scars who were diagnosed with placenta previa and being managed from July 30<sup>th</sup> 2019 to August 29<sup>th</sup> 2020 at National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

**Results:** In three major ultrasound findings of placenta accreta

Finding 1 is associated with placenta accreta (96.0%)

Finding 2 is associated with placenta increta (87.5%)

Finding 3 is associated with placenta percreta (88.9%). Placenta accreta was detected by Ultrasonography in 46/58 cases with sensitivity of 79.3% and selectivity of 92.2%. Posterior placenta reduced diagnostic value of Ultrasonography.

**Keywords:** Placenta previa with accreta

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng đồng nghĩa với nguy cơ làm tăng tỷ lệ rau tiền đạo (RTĐ) rau cài răng lược (RCRL) ở thai phụ có sẹo mổ cũ. [1], [2]. RCRL là hiện tượng các gai rau ăn xuyên qua lớp niêm mạc tử cung, vào lớp cơ thậm chí xuyên thủng qua thành tử cung, gây ra những biến chứng đe dọa tính mạng của người mẹ và thai nhi [3]. Chẩn đoán vị trí rau bám hiện nay vẫn chủ yếu dựa vào siêu âm sản khoa đặc biệt với RTĐ ở thai phụ có sẹo mổ cũ thì siêu âm rất có giá trị và hoàn toàn có thể chẩn đoán được có hay không RCRL [4].

**ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1. Đối tượng nghiên cứu**

Là những thai phụ được chẩn đoán rau tiền đạo có sẹo mổ lấy thai được xử trí tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ 30/ 07/ 2019 đến 29/ 08/ 2020.

**2. Thiết kế nghiên cứu**

Mô tả tiến cứu, từ khi chẩn đoán đến khi phẫu thuật lấy thai, đối chiếu kết quả siêu âm chẩn đoán và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

**Bảng 2. Tuổi thai lúc vào viện, lúc chẩn đoán rau tiền đạo cài răng lược**

Tuổi thai	≤ 28 tuần	29- 32 tuần	33-36 tuần	≥37 tuần	Trung bình
Lúc chẩn đoán	27 (46,6%)	26 (44,8%)	4 (6,9%)	1 (1,7%)	28,7± 3,4
Lúc vào viện	11 (19%)	14 (24,1%)	19 (32,8%)	14 (24,1%)	32,8± 4,6
p	0,01				

Siêu âm phát hiện RCRL trước 32 tuần chiếm trên 90 %, tuổi thai trung bình siêu âm phát hiện RCRL là: 28,7± 3,4 tuần.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Những thai phụ được chẩn đoán rau tiền đạo có sẹo mổ lấy thai

Những thai phụ sau mổ chẩn đoán là rau cài răng lược trên rau tiền đạo có sẹo mổ lấy thai.

Có kết quả siêu âm chẩn đoán trước mổ có mô tả đầy đủ các dấu hiệu của rau cài răng lược.

Những thai phụ này được theo dõi từ trước, sau mổ, có kết quả giải phẫu bệnh lý.

Loại trừ

Các thai phụ bị RCRL nhưng không kèm theo RTĐ và sẹo mổ lấy thai.

Các thai phụ RCRL nhưng hồ sơ bệnh án không có đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

Cỡ mẫu: công thức tính cỡ mẫu theo độ đặc hiệu

$$n_{SP} = \frac{FP + TN}{1 - P_{dis}}$$

$$FP + TN = \frac{Z^2_{\alpha} \times P_{sp} (1 - P_{sp})}{w^2}$$

w: Sai số của độ đặc hiệu;

n<sub>sp</sub>: Cỡ mẫu độ đặc hiệu

FP: Dương tính giả;

TN: Âm tính thật

P<sub>sp</sub>: Độ đặc hiệu của nghiên cứu trước (độ đặc hiệu tối thiểu)

P<sub>dis</sub>: tỉ lệ lưu hành của RCRL trên tổng số thai phụ rau tiền đạo có sẹo mổ lấy thai.

Theo E.Pilloni (2016), độ đặc hiệu là 98,9%.

Theo Phạm Thị Linh (2018) Tỉ lệ lưu hành của RCRL trên thai phụ rau tiền đạo là 13,1%.

Chọn sai số của đặc hiệu là w = 0.02.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Đặc điểm chung**

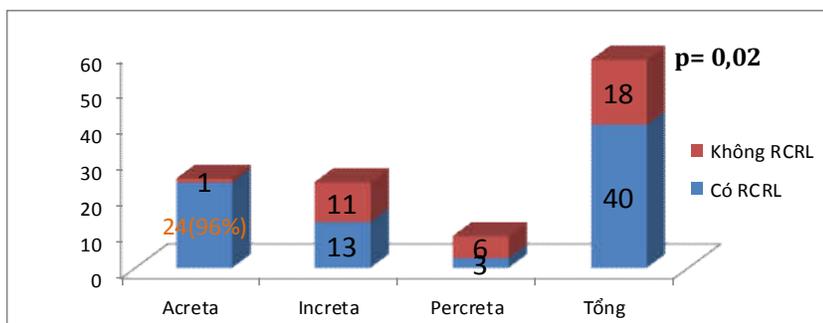
Tỷ lệ RCRL trên sản phụ RTĐ có sẹo mổ lấy thai cũ: Trong 161 sản phụ RTĐ có sẹo mổ để cũ thì 58 sản phụ có RCRL (tỷ lệ RCRL/RTD sẹo mổ cũ 36%).

Bảng 1. Liên quan tiền sử mổ lấy thai với RCRL

Số lần mổ lấy thai	n	%
1	16	27,4%
≥2	42	72,6%
Tổng	58	100 %

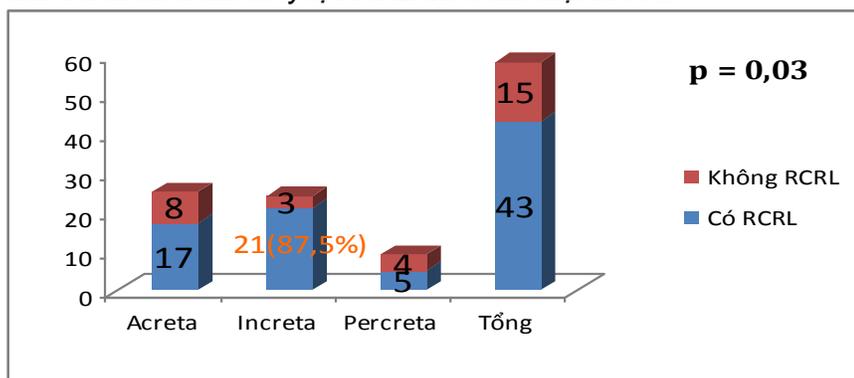
Mổ lấy thai ≥2 lần thì tỷ lệ RCRL chiếm 72,6%.

## 2. Đặc điểm siêu âm RCRL



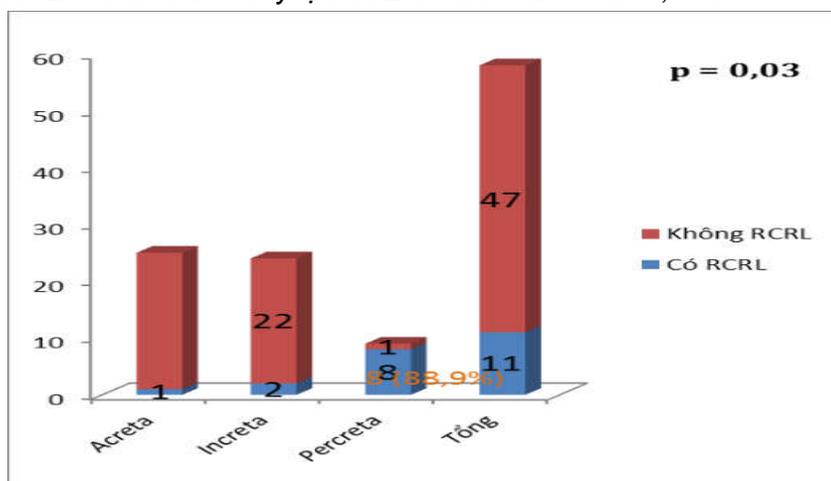
**Biểu đồ 1. Mối liên quan giữa tiêu chuẩn 1 và GPB**

Tiêu chuẩn 1 trên siêu âm có tỷ lệ RCRL thể bám chặt là 96%



**Biểu đồ 2. Mối liên quan giữa tiêu chuẩn 2 và GPB**

Tiêu chuẩn 2 trên siêu âm có tỷ lệ RCRL thể xâm lấn cơ là 87,5%.



**Biểu đồ 3. Mối liên quan tiêu chuẩn 3 và GPB**

Tiêu chuẩn 3 trên siêu âm có tỷ lệ RCRL thể rau dâm xuyên là 88,9%

Bảng 3. Liên quan giữa phân loại RTĐ và RCRL siêu âm

Rau cài răng lược	Acreta (rau bám chặt)	Increta (rau cài trong cơ)	Percreta (rau dâm xuyên)	Tổng	p
Bám thấp, bên, mép	6 (50%)	6 (50%)	0	12 (100%)	0,002
Bán trung tâm, trung tâm	5 (10,9 %)	37 (80,4%)	4 (8,7%)	46 (100%)	
Tổng	11 (18,9%)	43 (74,2%)	4 (6,9%)	58 (100%)	

Bảng 4. Giá trị của các tiêu chuẩn khi chẩn đoán RCRL

Tiêu chuẩn	TP	TN	FP	FN	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	PPV	NPV
Tiêu chuẩn 1	40	97	6	18	69%	94,2%	86,9%	84,3%
Tiêu chuẩn 2	43	97	6	15	74,1%	94,2%	87,8%	86,6%
Tiêu chuẩn 3	11	101	2	47	18,9%	94,2%	84,6%	68,2%
Có 2 trong 3 tiêu chuẩn	46	95	8	12	79,3%	92,2%	85,2%	88,8%

Bảng 5. Mối liên quan giữa vị trí rau bám mặt trước và sau tử cung với chẩn đoán RCRL

Vị trí rau bám	TP	TN	FP	FN	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	PPV	NPV
Mặt trước	40	71	5	4	90,9	93,4	88,8	94,6
Mặt sau	6	24	3	8	42,8	88,8	66,7	75

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm siêu âm RCRL

Tỷ lệ RCRL/thai phụ RTĐ có sẹo mổ lấy thai cũ. Trong nghiên cứu này theo dõi 161 thai phụ RTĐ có sẹo mổ lấy thai, số ca chẩn đoán RTĐ cài răng lược là 58, tính ra tỷ lệ rau cài RCRL ở sản phụ có RTĐ trên sẹo mổ cũ là 36%. Liên quan giữa tiêu các tiêu chuẩn và giải phẫu bệnh RCRL. Qua biểu đồ 2 tiêu chuẩn 1 cho thấy: 96% các trường hợp có tiêu chuẩn 1 trên siêu âm cho kết quả GPB là thể rau bám chặt. Qua biểu đồ 3 tiêu chuẩn 2 cho thấy: 87,5% các trường hợp có tiêu chuẩn 2 trên siêu âm cho kết quả GPB là thể rau xâm lấn cơ. Qua biểu đồ tiêu chuẩn 3 cho thấy: 88,9% các trường hợp có tiêu chuẩn 3 trên siêu âm cho kết quả GPB là thể rau đâm xuyên. Liên quan giữa phân loại rau tiền đạo và rau cài răng lược trên siêu âm. Tỷ lệ RCRL ở nhóm RTĐ bám thấp, bám mép thấp hơn và mức độ RCRL chủ yếu ở thể rau bám chặt và thể xâm lấn cơ không có thể đâm xuyên ở nhóm này.

### 2. Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán

*Giá trị của tiêu chuẩn 1:* Có độ nhạy: 74,1%, độ đặc hiệu: 94,2%, giá trị tiên đoán dương tính: 87,8%, giá trị tiên đoán âm tính: 86,6%. Kết quả của chúng tôi gần tương đương kết quả nghiên cứu của tác giả J.C.Shih [9] và cộng sự thì dấu hiệu này có các giá trị có độ nhạy: 74%, độ đặc hiệu: 88%, giá trị tiên đoán dương tính: 88%, giá trị tiên đoán âm tính: 75%. Kết quả của chúng tôi lại cao hơn so với E. Pilloni [7] và cộng sự với độ nhạy 48,6%, độ đặc hiệu 94,6%, giá trị tiên đoán dương tính là 54,5%, giá trị tiên đoán âm tính là 93,2%.

*Giá trị của tiêu chuẩn 2:* Có độ nhạy: 69%, độ đặc hiệu: 94,2%, giá trị tiên đoán dương tính: 86,9%, giá trị tiên đoán âm tính: 84,3%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn E. Pilloni có độ nhạy 81,1%, độ đặc hiệu 97,8%, khả năng tiên đoán dương tính 83,7% và tiên đoán âm tính 97,5%.

Nhưng cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả J.C.Shih và cộng sự [9] thì dấu hiệu này có các giá trị có độ nhạy: 44%, độ đặc hiệu: 88%, giá trị tiên đoán dương tính: 81%, giá trị tiên đoán âm tính: 73%.

*Giá trị tiêu chuẩn 3:* Có độ nhạy: 18,9%, độ đặc hiệu: 98%, giá trị tiên đoán dương tính: 84,6%, giá trị tiên đoán âm tính: 68,2%. So sánh với tác giả J.C.Shih [9] và cộng sự thì có cùng độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương tính là 100%, độ nhạy cao hơn là 18%, giá trị tiên đoán âm tính thấp hơn là 52%. theo E. Pilloni [7] độ nhạy 19,8%, độ đặc hiệu 99,3%, khả năng tiên đoán dương tính 77,8%, tiên đoán âm tính 90,2%. Giá trị này có độ nhạy rất thấp nhưng độ đặc.

### KẾT LUẬN

Mỗi một tiêu chuẩn trên siêu âm phù hợp với một thể RCRL trên giải phẫu bệnh. Giá trị chẩn đoán dựa vào siêu âm đạt giá trị cao nhất khi kết hợp 2 trong 3 tiêu chuẩn. Nếu dựa vào 1 tiêu chuẩn thì tiêu chuẩn 2 có giá trị cao nhất. Tiêu chuẩn 3 có độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán cao nhất.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mussali GM, Shah J, Berck DJ, Edimian A, et al.** (2004). Placenta accreta and methotrexate therapy: Three case reports, *J. Perinatal.* tháng 5-8, 5, 331–334.
2. **Nguyễn Đức Hình** (1999). So sánh mổ lấy thai vì RTĐ ở 2 giai đoạn 1989 – 1990 và 1993 – 1994 tại viện BVBM TSS. *Tạp chí thông tin y dược, Số đặc biệt chuyên đề Sản phụ khoa*, 12, 107–111.
3. **L.Sentilhen và CS** (2011). Rau cài răng lược. *Báo cáo khoa học Hội nghị Sản Phụ khoa Việt – Pháp tháng 4/ 2011.*
4. **Trần Danh Cường** (2011). Chẩn đoán rau cài răng lược bằng siêu âm Doppler màu, Hội nghị Sản Phụ khoa Việt - Pháp năm 2011.
5. **Đình Văn Sinh** (2010), *Nhận xét chẩn đoán và thái độ xử trí rau tiền đạo ở thai phụ có sẹo mổ*

lấy thai cũ tại BVPSTW trong 2 năm 2008 – 2009, Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.

6. **Nguyễn Tiên Công** (2016), *Giá trị chẩn đoán của siêu âm trong rau tiền đạo cài răng lược ở thai phụ có sẹo mổ lấy thai tại bệnh viện phụ sản trung ương*, Đại học y hà nội.

7. **Pilloni E, Alemanno M.G., Gaglioti P**, et al. (2016). Accuracy of ultrasound in antenatal diagnosis of placental attachment disorders. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 47 (3), 302–307.

8. **Nguyễn Liên Phương, Trần Danh Cường, Ngô Thị Minh Hà**, Nhận xét về chẩn đoán và xử trí rau cài răng lược tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2015.

9. **Shih J.C, Palacios Jaraquemada J.M.P, Su Y.N**, et al. (2009). Role of three-dimensional power Doppler in the antenatal diagnosis of placenta accreta: comparison with gray-scale and color Doppler techniques. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 33 (2), 193–203.

## **CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG PHÒNG NGỪA VIÊM PHỔI THỜ MÁY TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1 TỪ NGÀY 15/04/2019 ĐẾN 15/07/2019**

**TRẦN THỊ THANH THẢO, HOÀNG THỊ LAM HƯƠNG,  
TRẦN NGỌC BẢO TRÂN, NGÔ THỊ KIỀU DIỄM,  
TRẦN THỊ THU TRANG, NGUYỄN ĐỨC LÂN,  
LÊ THỊ UYÊN LY, LÊ MINH LAN PHƯƠNG**  
*Bệnh viện Nhi Đồng 1*

### **TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Viêm phổi liên quan đến thở máy (VAP) là một nhiễm trùng bệnh viện phổ biến và là nguyên nhân tử vong trên các bệnh nhân thở máy tại các khoa hồi sức. Tỷ lệ VAP tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 tháng 02/2019 là 14,45/1.000 ngày thở máy. Phòng ngừa VAP trong chăm sóc là vấn đề cần được ưu tiên và can thiệp.

**Mục tiêu tổng quát:** Nâng cao chất lượng chăm sóc đường thở bệnh nhân thở máy dựa trên gói phòng ngừa VAP.

**Phương pháp nghiên cứu:** chuỗi thời gian trước- sau.

**Đối tượng:** tất cả bệnh nhân đang thở máy điều trị tại khoa hồi sức tích cực chống độc (HSTC-CD) của Bệnh viện Nhi Đồng 1 và các điều dưỡng chăm sóc các trường hợp thở máy tại khoa từ 15/04/2019 đến 15/07/2019

**Phương pháp chọn mẫu và nghiên cứu:** Quan sát trực tiếp.

**Kết quả:** Sau 15 tuần, tỷ lệ tuân thủ qui trình vệ sinh răng miệng đạt 76%. Tỷ lệ tuân thủ qui

trình hút đàm đạt 76%. Tỷ lệ tuân thủ góc đầu giường cao 30° đạt 44%. Tỷ lệ vệ sinh tay đạt 78,5% trong đó tỷ lệ vệ sinh tay đúng đạt 52,2%. Tỷ lệ VAP / 1000 ngày thở máy còn 6,56.

**Kết luận:** Để phòng ngừa VAP cần có sự tuân thủ đồng bộ các qui trình chăm sóc bệnh nhân thở máy, luôn duy trì hệ thống giám sát nhằm giảm tỷ lệ VAP.

**Từ khóa:** Viêm phổi thở máy, hồi sức nhi, vệ sinh răng miệng.

### **SUMMARY**

**IMPROVING THE QUALITY OF VAP PREVENTION AT CHILDREN'S HOSPITAL 1 FROM 15/04/2019 TO 15/7/2019**

**Background:** Ventilator-associated pneumonia (VAP) is one of the most common hospital acquired infections, especially in Critical Care Unit of Children's Hospital 1 (CH1), with the 2019 incidence rate of 14.45/ 1000 days. Therefore, VAP has become a prioritized problem that need to have proper interventions.

**Objectives:** Improve airway care quality of ventilated patients based on CDC's ventilation prevention package.

**Methods:** This study was designed as a before- after time series investigation. Target populations were nurses working in ICU of CH1 and patients who were treated with ventilator in this department from 15/4/2019 to 15/7/2019.

**Results:** A total of 34 nurses, 47 patients and 1556 monitoring opportunities were participated

---

Chịu trách nhiệm: Trần Thị Thanh Thảo  
Email: thanhthaoTRAN2992@gmail.com  
Ngày nhận: 12/10/2020  
Ngày phản biện: 26/11/2020  
Ngày duyệt bài: 10/12/2020