

Ter Arkh, N0 66, pp. 12: 63 - 67.

6. **Đỗ Ngọc Giao** (1999). Nghiên cứu giá trị của siêu âm trong chẩn đoán bệnh u tuyến thượng thận. Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú các Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội.

7. **Marois. C et al** (1995). Ipsilateral adrenalectomy in the surgical treatment of renal carcinoma. *Prog. Urol* 5;6: 961 - 964.

8. **Nguyễn Duy Huệ, Nguyễn Đình Minh, Nguyễn Đức Tiến** (2004). Chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán u tuyến thượng thận nhân 102 bệnh nhân, Y học thực hành: Công trình nghiên cứu khoa học, Hội nghị Ngoại khoa Toàn quốc, tr 590 - 594.

9. **Proye. C., Verin. P., Sautier. M and Thevenin. D** (1989). Phéocromocytome:

Experience de 60 interventions. *J. Urol*; 95: 5:289 - 295.

10. **Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khê** (2004). Nội tiết học đại cương, Nhà xuất bản Y học, tr 213 - 270.

11. **Jeong BC, Park YH, Han DH, Kim HH.** Laparoendoscopic Single-Site and Conventional Laparoscopic Adrenalectomy: A Matched Case-Control Study. *J Endourol.* 2009;23(12):1957 - 1960. doi:10.1089/end.2009.0404

12. **Tunca F, Senyurek YG, Terzioglu T, Iscan Y, Tezelman S.** Single-incision laparoscopic adrenalectomy. *Surg Endosc.* 2012;26(1): 36-40. doi:10.1007/s00464-011-1824-9.

KẾT CỤC THAI KỲ CỦA MỔ LẤY THAI CHỦ ĐỘNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỐNG NHẤT TỈNH ĐỒNG NAI

NGUYỄN THỊ THU HÀ, TRẦN LỆ THỦY
Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mổ lấy thai chủ động là sinh mổ khi chưa có chuyển dạ, được lên kế hoạch phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng của sản phụ. lựa chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ phù hợp là vấn đề đang được quan tâm trong sản khoa.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả kết cục mẹ và con của mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai và các yếu tố liên quan.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thu thập thuận tiện với cỡ mẫu $n = 576$.

Kết quả: Kết cục mẹ khi mổ lấy thai chủ động trong đó sản phụ có truyền máu sau mổ 1,2%. Sản phụ có tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ 0,7%, biến chứng tụ dịch vết mổ 1,4%, ứ dịch lòng tử cung 2,3%, tỷ lệ đỡ tử cung sau mổ: 0,2%. Kết cục con tỷ lệ trẻ sơ sinh bị suy hô hấp khi mổ lấy thai chủ động chiếm 1%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị vàng da sơ sinh là 4,9%, tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh là 0,5%, chuyển viện 0,9%. Tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa cân nặng của trẻ, việc

sử dụng corticosteroids và tỷ lệ suy hô hấp ở trẻ ($p < 0,05$).

Kết luận: Chỉ định mổ lấy thai chủ động tại thời điểm thích hợp giảm thiểu kết cục thai kỳ bất lợi của mẹ và con.

Từ khóa: Mổ lấy thai chủ động, kết cục thai kỳ của mẹ, kết cục thai kỳ của con.

SUMMARY

PREGNANCY OUTCOME OF ELECTIVE CAESAREAN DELIVERY AT THONG NHAT GENERAL HOSPITAL IN DONG NAI PROVINCE

Background: Elective caesarean delivery is cesarean section in the absence of labor, and is planned to suit the clinical situation of pregnant women. choosing the right time to terminate pregnancy is an issue of concern in obstetrics.

Objectives: Describe maternal and child outcomes of elective caesarean delivery at Thong Nhat General Hospital in Dong Nai province and related factors.

Methods: Cross-sectional descriptive studies were conveniently collected with sample size $n = 576$.

Results: Maternal outcome during elective caesarean delivery, in which pregnant women had postoperative blood transfusion 1.2%. The rate of wound infection among pregnant women was 0.7%, incision fluid accumulation

Chịu trách nhiệm: Trần Lệ Thủy

Email: tthuy@yahoo.com

Ngày nhận: 02/3/2021

Ngày phản biện: 08/4/2021

Ngày duyệt bài: 23/4/2021

complications was 1.4%, uterine fluid retention was 2.3%, the rate of uterine sputum after surgery: 0.2%. Child outcomes, the proportion of neonates with respiratory failure at elective caesarean delivery accounts for 1%. The rate of neonates with neonatal jaundice was 4.9%, the rate of neonatal infection was 0.5%, and hospital transfer was 0.9%. A statistically significant association was found between infant weight, corticosteroids use and the rate of respiratory failure in the child.

Conclusion: Indication of an elective caesarean delivery at an appropriate time minimizes adverse pregnancy outcomes for mother and child.

Keywords: Elective caesarean delivery, maternal pregnancy outcome, fetal outcome of the child.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) là thai và phần phụ của thai được lấy ra khỏi buồng tử cung qua đường rạch ở thành bụng và đường rạch ở thành tử cung. Mổ lấy thai chủ động là sinh mổ khi chưa có chuyển dạ, được lên kế hoạch phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng của sản phụ. Thời điểm chấm dứt thai kỳ trong MLT chủ động phụ thuộc hoàn toàn vào bác sĩ điều trị vì vậy lựa chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ phù hợp là vấn đề đang được quan tâm trong sản khoa.

Những y văn trước đây cho rằng sinh sau 37 tuần được cho là thai đủ tháng và có thể chấm dứt thai kỳ mà không ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ và con (7). Tuy nhiên, những nghiên cứu gần đây lại chứng minh dù thai đã đủ tháng (>37 tuần) nhưng vẫn có nguy cơ mắc bệnh lý cao hơn so với những trẻ sinh > 39 tuần trở đi. Chấm dứt thai kỳ sau 39 tuần đem lại nhiều lợi ích cho con hơn là cho mẹ ngoại trừ mẹ có bệnh lý phải can thiệp sớm hoặc môi trường bên trong tử cung không còn thuận lợi hơn môi trường bên ngoài cho sức khỏe của thai.

Theo nghiên cứu của tác giả Spong năm 2013, tỷ lệ các biến chứng trên mẹ và trẻ sơ sinh không giống nhau trong khoảng 6 tuần thai đủ tháng từ 37 tuần cho đến 42 tuần, tỷ lệ các biến chứng theo biểu đồ hình chữ U, với điểm thấp nhất nằm tại thời điểm 39 tuần 0 ngày đến 40 tuần 6 ngày và tỷ lệ biến chứng tăng ở 2 đầu của 37 và 42 tuần (4). Một nghiên cứu khác của HU.Yong năm 2017 về kết cục mẹ con trong MLT chủ động tại Trung Quốc cũng cho thấy kết quả tương tự tỷ lệ biến chứng trẻ sơ sinh giảm rõ rệt ở nhóm 39 tuần so với nhóm 37, 38 tuần và 40, 41 tuần (2). Có sự gia tăng tỷ lệ tử vong sơ sinh và nữ nhi khi sinh giai đoạn đủ tháng

sớm (37 - 38 tuần) so với sinh đủ tháng hoàn toàn. Khi so sánh với sinh lúc 39 tuần, nguy cơ bị các biến chứng sơ sinh khi sinh trước 39 tuần như hội chứng suy hô hấp, rối loạn thân nhiệt, khó khăn trong ăn uống, tăng bilirubin, vấn đề về thị giác và thính giác nhiều hơn so với nhóm sau 39 tuần, vì vậy những trường hợp MLT chủ động thì nên lựa chọn thời điểm phù hợp với từng chỉ định y khoa.

Tại Đồng Nai hiện nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết cục của mẹ và trẻ sau sinh mổ chủ động, do đó chúng tôi muốn tiến hành đề tài nghiên cứu: “Kết cục thai kỳ của mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai”.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Mô tả kết cục mẹ và con của mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai.

Các yếu tố liên quan đến kết cục thai kỳ ở mẹ và con khi mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2. Thời gian nghiên cứu: Từ ngày 16/11/2019 đến 30/5/2020.

3. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả sản phụ mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai trong thời gian nghiên cứu từ đủ 18 tuổi trở lên và thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tiêu chuẩn nhận vào.

Toàn bộ sản phụ mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai từ đủ 18 tuổi trở lên trong thời gian nghiên cứu.

Đơn thai sống từ 34 0/7 tuần đến 42 tuần (tuổi thai được tính theo ngày kinh sót hoặc siêu âm 3 tháng đầu của sản phụ).

Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Sản phụ không nghe hiểu được tiếng Việt.

Thai bị dị tật bẩm sinh.

4. Cỡ mẫu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Với p: Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị suy hô hấp trong mổ lấy thai chủ động trong một tổng quan nghiên cứu của Freke và cộng sự tại Hà Lan được công bố năm 2010 là 14,4% (8)

Mức tin cậy $\alpha = 95\%$ theo đó $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$

Khoảng sai lệch $d = 0,03$

Thực tế thu thập: $n = 576$

5. Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện.

6. Các biến số:

- Biến số nền: Tuổi, nghề nghiệp.
- Đặc điểm kết thúc thai kỳ của mẹ: Truyền máu lúc mổ, tiền chứng khi mổ lấy thai, biến chứng hậu phẫu, sử dụng kháng sinh khi MLT, tử vong mẹ.

- Đặc điểm kết thúc thai kỳ của con: Apgar, vàng da, nhiễm trùng sơ sinh, điều trị kháng sinh, bệnh lý phổi

7. Phân tích số liệu: Số liệu được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

Vấn đề y đức nghiên cứu chỉ được thực hiện sau khi được Hội đồng Y đức của Trường Đại học Y Dược, Thành phố Hồ Chí Minh thông qua.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết cục mẹ, con trong mổ lấy thai chủ động

1.1. Kết cục mẹ khi mổ lấy thai chủ động

Bảng 1. Kết cục mẹ khi mổ lấy thai chủ động

Kết cục mẹ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Khi mổ lấy thai		
Truyền máu sau mổ	7	1,2
Sử dụng kháng sinh		
KS điều trị	76	13,2
KS dự phòng	500	86,8

Phối hợp KS sau mổ	Có	Không
Biến chứng mẹ	29	5,0
Ứ dịch lòng tử cung	13	2,3
Tụ dịch vết mổ	8	1,4
Đờ tử cung sau mổ	1	0,2
Nhiễm trùng vết mổ	4	0,7
Thời gian hậu phẫu		
Trung bình: 5,86 ± 0,9 ngày		
≤6 ngày	463	80,4
>6 ngày	113	19,6
Tử vong mẹ	0	0

Truyền máu sau mổ chiếm tỷ lệ 1,2%. Đa số trường hợp mổ lấy thai chủ động sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ chiếm 86,8%. Tỷ lệ phối hợp kháng sinh sau mổ thấy chiếm 5%. Ứ dịch lòng tử cung là biến chứng gặp nhiều nhất trong mổ lấy thai chủ động chiếm tỷ lệ 2,3%, tiếp theo là tụ dịch vết mổ chiếm 1,4%, có 4 trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ chiếm 0,4%, chỉ có 1 trường hợp bị đờ tử cung sau mổ chiếm 0,2%. Thời gian hậu phẫu ≤ 6 ngày chiếm tỷ lệ cao 80,4%. Thời gian hậu phẫu trung bình là 5,86 ± 0,9 ngày, nhanh nhất là 4 ngày và lâu nhất là 12 ngày. Không có trường hợp nào tử vong mẹ.

1.2. Mối liên quan giữa kết cục mẹ với thời điểm mổ lấy thai chủ động

Bảng 2. Kết cục mẹ theo thời điểm mổ lấy thai chủ động

Kết cục mẹ	Tuần tuổi thai				P*
	34 6/7 - 36 6/7 tuần	37 0/7 - 38 6/7 tuần	39 0/7 - 40 6/7 tuần	≥ 40 tuần	
Khi mổ lấy thai					
Truyền máu sau mổ	1 (14,3%)	4 (57,1%)	2 (28,6%)	0 (0%)	0,245
Biến chứng sau mổ					
Tụ dịch vết mổ					0,102
Ứ dịch lòng tử cung	0 (0%)	3 (37,5%)	4 (50%)	1 (12,5%)	
Đờ tử cung sau mổ	3 (23,1%)	3 (23,1%)	6 (46,2%)	1 (7,7%)	
Nhiễm trùng vết mổ	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	
	0 (0%)	0 (0%)	3 (75%)	1 (25%)	
Thời gian hậu phẫu					
≤ 6 ngày	20 (4,3%)	147 (31,7%)	277 (59,8%)	19 (4,1%)	0,01
> 6 ngày	14 (12,4%)	40 (35,4%)	55 (48,7%)	4 (3,5%)	
Phối hợp kháng sinh	5 (17,2%)	9 (31%)	15 (51,7%)	0 (0%)	0,084

Tim thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian hậu phẫu và thời điểm mổ lấy thai chủ động với p = 0,01 < 0,05.

1.2. Kết cục con khi mổ lấy thai chủ động

Tỷ lệ suy hô hấp sơ sinh là 1%

Bảng 3. Kết cục con khi mổ lấy thai chủ động

Kết cục trẻ sơ sinh	Có	Không	Tỷ lệ (%)
Vàng da	28	548	4,9
Điều trị chiếu đèn	24	552	4,2
Bệnh lý suy hô hấp	6	570	1,0

Nhiễm trùng sơ sinh	3	573	0,5
Điều trị kháng sinh	5	571	0,9
Chuyển viện	5	571	0,9
Tử vong	0	0	0

Tỷ lệ trẻ bị vàng da phải chiếu đèn chiếm tỷ lệ 4,9% và 4,2%. Tỷ lệ trẻ bị bệnh lý phổi chiếm 1,0%. Tỷ lệ trẻ bị nhiễm trùng sơ sinh và phải điều trị kháng sinh là 0,5% và 0,9%. 0,9% trẻ được chuyển viện.

2. Một số yếu tố liên quan

2.1. Mối liên quan giữa kết cục con với thời điểm mổ lấy thai chủ động

Bảng 4. Kết cục con theo thời điểm mổ lấy thai chủ động

Kết cục con	Tuần tuổi thai				P*
	34 6/7 - 36 6/7 tuần	37 0/7 - 38 6/7 tuần	39 0/7 - 40 6/7 tuần	≥ 41 tuần	
Apgar 1' < 7	1 (14,3%)	5 (71,4%)	1 (14,3%)	0 (0%)	0,056
5' < 7	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-
Vàng da	3 (10,7%)	10 (35,7%)	15 (53,6%)	0 (0%)	0,478
Chiều đèn	1 (4,2%)	10 (41,7%)	13 (54,2%)	0 (0%)	0,782
Nhiễm trùng sơ sinh	0 (0%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0%)	1
Bệnh lý suy hô hấp	1 (16,7%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	0,128
Cần điều trị kháng sinh	0 (0%)	2 (40%)	3 (60%)	0 (0%)	1
Chuyển viện	1 (20%)	1 (20%)	2 (40%)	1 (20%)	0,088

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số apgar thời điểm 1 phút và 5 phút giữa các nhóm tuổi thai được mổ lấy thai chủ động với $p > 0,05$. Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi thai với các yếu tố vàng da, chiều đèn, nhiễm trùng sơ sinh và điều trị kháng sinh với $p > 0,05$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về bệnh lý suy hô hấp giữa các nhóm tuổi thai với $p > 0,05$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về yếu tố chuyển viện giữa các nhóm tuổi thai với $p > 0,05$.

2.2. Phân tích các yếu tố liên quan đến bệnh lý suy hô hấp ở trẻ sơ sinh

Nghiên cứu trên 576 trường hợp mổ lấy thai chủ động, kết cục có 6 trường hợp trẻ mắc bệnh lý hô hấp. Chúng tôi chia làm 2 nhóm mắc bệnh lý hô hấp và không mắc bệnh lý hô hấp để phân tích tìm các yếu tố liên quan.

2.3. Mối liên quan giữa bệnh lý suy hô hấp ở trẻ sơ sinh với tuổi thai

Bảng 5. Mối liên quan giữa bệnh lý suy hô hấp ở trẻ sơ sinh với nhóm tuổi thai

Tuần tuổi thai	Bệnh lý suy hô hấp		P*
	Có	Không	
34 0/7 - 36 6/7 tuần	1 (2,9%)	33 (97,1%)	0,128
37 0/7 - 38 6/7 tuần	2 (1,1%)	185 (98,9%)	
39 0/7 - 40 6/7 tuần	2 (0,6%)	330 (99,4%)	
≥ 41 0/7 tuần	1 (4,3%)	22 (95,7%)	

Nhóm tuổi thai có tỷ lệ mắc bệnh lý suy hô hấp cao nhất là nhóm ≥ 41 0/7 tuần chiếm 4,3 %, tiếp theo là nhóm có tuổi thai từ 34 0/7 tuần đến 36 6/7 tuần. Tỷ lệ mắc bệnh lý suy hô hấp khác nhau giữa các nhóm tuổi thai không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

2.4. Mối liên quan giữa bệnh lý suy hô hấp và cân nặng của trẻ sơ sinh

Bảng 6. Mối liên quan giữa bệnh lý suy hô hấp và cân nặng của trẻ sơ sinh

Cân nặng	Bệnh lý suy hô hấp		P*
	Có	Không	
< 2500g	4 (12,1%)	29 (87,9%)	< 0,001
2500 - 4000g	1 (0,2%)	508 (99,8%)	
> 4000g	1 (2,9%)	33 (97,1%)	

Nhóm trẻ sơ sinh có cân nặng < 2500g có tỷ lệ mắc bệnh lý hô hấp cao nhất chiếm 12,1%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa cân nặng sơ sinh với bệnh lý suy hô hấp sơ sinh với $p < 0,001$.

2.5. Mối liên quan giữa bệnh lý suy hô hấp với việc sử dụng corticosteroids

Bảng 7. Mối liên quan giữa bệnh lý suy hô hấp với việc sử dụng corticosteroids

Sử dụng Corticosteroids	Bệnh lý suy hô hấp		P*
	Có	Không	
Có	2	14 (87,5%)	0,01
Không	(12,5%)	556	
	4 (0,7%)	(99,3%)	

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc sử dụng Corticosteroids và bệnh lý suy hô hấp sơ sinh với $p < 0,05$.

BÀN LUẬN

Vàng da là tình trạng thường gặp ở trẻ sơ sinh đặc biệt là trẻ sinh non. Vàng da sinh lý thường xuất hiện sau 2 ngày và thường không cần điều trị. Tại bệnh viện của chúng tôi, mặc dù không có khoa Nhi sơ sinh, nhưng có bác sĩ chuyên khoa Nhi làm việc tại khoa Sản, những trẻ sơ sinh được bác sĩ thăm khám hằng ngày và nếu phát hiện vàng da sẽ được xét nghiệm đánh giá mức độ và chiều đèn khi cần thiết. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ bị vàng

da chiếm tỷ lệ thấp 4,9% và chỉ 4,2% trẻ phải chiếu đèn điều trị. Tỷ lệ này không có mối liên hệ với tuổi thai khi mổ và thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu khác.

Tỷ lệ trẻ sơ sinh chuyển viện là 0,9% chủ yếu do thai non tháng nhẹ cân có bệnh lý suy hô hấp. Chúng tôi không theo dõi tiếp tục tình trạng của bé sau chuyển viện, đây là hạn chế của đề tài; tỷ lệ trẻ bị nhiễm trùng cần điều trị kháng sinh trong nghiên cứu của chúng tôi thấp 0,5% và 0,9%. Có 2 trường hợp bé không bị nhiễm trùng sơ sinh được điều trị kháng sinh dự phòng vì nước ối lẫn phân su đặc có mùi hôi.

Bệnh viện của chúng tôi không có khoa Nhi, vì vậy những trường hợp trẻ sơ sinh bị suy hô hấp, hay kèm bệnh lý nặng sẽ được chuyển viện sang Bệnh viện Nhi Đồng Đồng Nai, trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 5 trường hợp trẻ phải chuyển viện vì lý do suy hô hấp và nhẹ cân chiếm tỷ lệ 0,9%. Không ghi nhận trường hợp tử vong sơ sinh tại viện. Tuy nhiên chúng tôi không theo dõi được tình trạng trẻ sơ sinh sau chuyển viện, đây là hạn chế của đề tài cần được khắc phục trong những nghiên cứu tiếp theo.

Bệnh lý suy hô hấp của trẻ sơ sinh là kết cục quan trọng nhất trong mổ lấy thai, được đề cập và nghiên cứu nhiều nhất. Bệnh lý suy hô hấp ở trẻ và tỷ lệ trẻ phải nhập hồi sức tích cực được so sánh giữa các nhóm tuổi thai giúp tìm ra thời điểm thích hợp chấm dứt thai kỳ trong nhóm mổ lấy thai chủ động.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ bị suy hô hấp chiếm tỷ lệ thấp là 1%, nhóm tuổi thai mắc bệnh lý suy hô hấp cao nhất là ≥ 41 tuần, tương tự nghiên cứu của Yong cũng nhận thấy sinh ở tuổi thai > 41 tuần sẽ làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý hô hấp lên 2,91 lần [1]. Điều này cũng phù hợp với những chứng cứ y học khi mà nguy cơ thai chết lưu sẽ gấp đôi lúc 41 tuần và gấp 5 khi ≥ 42 tuần so với lúc 39 tuần. Nguy cơ các biến chứng sơ sinh cũng gia tăng nếu trì hoãn thời gian MLT chủ động sau 39 - 40 tuần [6].

Nhóm tuổi thai < 37 tuần có tỷ lệ bị suy hô hấp là 2,9% và giảm dần thấp nhất ở nhóm tuổi thai > 39 tuần, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về nguy cơ mắc bệnh lý suy hô hấp tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tương tự theo Morison và cộng sự, trong 9 năm nghiên cứu với 33,289 trường hợp sinh sau 37 tuần thấy rằng nguy cơ tương đối bệnh lý hô hấp MLT của chủ động không có chuyển dạ lúc 37 0/7 - 37 6/7 tuần so với 38 0/7 - 38 6/7 tuần là 1,74 (95% CI 1,1 - 2,8; $p < 0,02$) và 38 0/7 - 38 6/7 tuần so với 39 0/7- 39 6/7 tuần là

2,4 [3]. Kết quả tương tự trong nhiều nghiên cứu đưa đến khuyến cáo sinh mổ chủ động khi mang thai ≥ 39 tuần sẽ làm giảm các biến chứng sơ sinh.

Khi phân tích các yếu tố liên quan, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm cân nặng sơ sinh với bệnh lý suy hô hấp với $p < 0,001$. Nhóm có cân nặng $< 2500g$ có nguy cơ gấp 3,27 lần bị suy hô hấp so với nhóm $> 4000g$. Tuy nhiên khi tiến hành phân tích hồi quy đa biến thì không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa cân nặng sơ sinh và bệnh lý suy hô hấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố sử dụng corticosteroids trước sanh và bệnh lý suy hô hấp với $p = 0,01$ theo đó, trẻ có mẹ không được sử dụng corticosteroids sẽ có nguy cơ mắc bệnh lý suy hô hấp gấp 6,1 lần so với trẻ sơ sinh có mẹ được sử dụng trước mổ. Sử dụng corticosteroids trước khi MLT chủ động cho thấy làm giảm tỉ lệ trẻ sơ sinh cần phải nhập khoa hồi sức khi so sánh với nhóm chứng. Một nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên đa trung tâm cho thấy tần suất nhập NICU do suy hô hấp là 0,051 ở nhóm chứng so với 0,024 ở nhóm điều trị corticosteroids (RR 0,46, 95% CI 0,23 - 0,93). Tỷ lệ nhập NICU khi sinh lúc 37 tuần là 11,4% ở nhóm chứng so với 5,2% ở nhóm điều trị, tương tự lúc 38 tuần là 6,2% ở nhóm chứng so với 2,8% ở nhóm điều trị và lúc 39 tuần là 1,5% ở nhóm chứng so với 0,6% ở nhóm điều trị. Nguy cơ biến chứng hô hấp giảm đi 50% khi tuổi thai đạt 39 tuần [5, 6].

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu cắt ngang, đây chưa phải là nghiên cứu tối ưu để xác định các yếu tố liên quan. Bệnh viện chúng tôi không có khoa nhi sơ sinh vì vậy những trường hợp trẻ sơ sinh non tháng, nhẹ cân cần hỗ trợ hô hấp thì phải chuyển viện, vì vậy chúng tôi gặp khó khăn trong việc theo dõi và đánh giá được chính xác kết cục của trẻ sơ sinh. Kết quả chúng tôi thu được chỉ đánh giá được kết cục của mẹ và con trong một thời gian ngắn, không đánh giá được hết thời gian hậu sản, có một số biến chứng xuất hiện muộn không đánh giá được.

KẾT LUẬN

Kết cục mẹ khi mổ lấy thai chủ động trong đó sản phụ có truyền máu sau mổ 1,2%. Sản phụ có tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ 0,7%, biến chứng tụ dịch vết mổ 1,4%, ứ dịch lòng tử cung 2,3%, tỷ lệ đờ tử cung sau mổ: 0,2%. Kết cục con tỷ lệ trẻ sơ sinh bị suy hô hấp khi mổ lấy thai chủ động chiếm 1%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị vàng da sơ sinh là 4,9%, tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh là 0,5%, chuyển

viện 0,9%. Tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa cân nặng của trẻ, việc sử dụng corticosteroids và tỷ lệ suy hô hấp ở trẻ ($p < 0,05$). Những sản phụ có chỉ định tuyệt đối mổ lấy thai như vết mổ cũ trên 2 lần, con to, khung chậu hẹp nên xem xét chấm dứt thai kỳ sau 39 tuần. Tổ chức các lớp tiền sản để nâng cao nhận thức của sản phụ về mổ lấy thai, nhằm hạn chế tỷ lệ mổ lấy thai chủ động theo yêu cầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chauhan S.P., Hammad I.A., Magann E.F. et al.** (2014). Peripartum complications with cesarean delivery: a review of Maternal-Fetal Medicine Units Network publications, The Journal of Maternal - Fetal & Neonatal Medicine, 27(5), pp. 463 - 474.

2. **Shen H. Hu Y., Landon M.B. et al.** (2017). Optimal timing for elective cesarean delivery in a Chinese population: A large hospital-based retrospective cohort study in Shanghai, BMJ Open. 7(6), e014659.

3. **Signore C. and Klebanoff M** (2008). Neonatal Morbidity and Mortality After Elective Cesarean Delivery, Clinics in Perinatology. 35(2), pp. 361 - 371.

4. **C. Y. Spang** (2013). Defining "term" pregnancy: recommendations from the Defining "Term", Pregnancy Workgroup. JAMA. 309(23), pp. 2445 - 6.

5. **Peter Roy Stutchfield, et al.** (2013). Behavioural, educational and respiratory outcomes of antenatal betamethasone for term caesarean section (ASTECS trial), Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition. 98(3), pp. F195 - F200.

6. **Peter Stutchfield, Whitaker, Rhiannon, and Russell, Ian,** (2005). Antenatal betamethasone and incidence of neonatal respiratory distress after elective caesarean section: pragmatic randomised trial, Bmj. 331(7518), pp. 662.

7. **Souza J.** The WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group, Gülmezoglu A. et al. (2010), "Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004 - 2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health", BMC Med. 8(1), pp. 71.

8. **Hukkelhoven C.W.P.M. Wilmink F.A., Lunshof S. et al.** (2010), "Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: A 7-year retrospective analysis of a national registry. American Journal of Obstetrics and Gynecology", American Journal of Obstetrics and Gynecology, 202(3), 250.e1 - 250.e8.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC NINH

KHÚC QUÂN NHÂN¹, TRẦN BẢO NGỌC²
¹Trung tâm Y tế huyện Thuận Thành Bắc Ninh
²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các bệnh nhân ung thư đại tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh giai đoạn 2017 - 2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 67 bệnh nhân ung thư đại tràng được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh từ 2017 - 2020.

Chịu trách nhiệm: Khúc Quân Nhân

Email: quanytn@gmail.com

Ngày nhận: 12/3/2021

Ngày phản biện: 14/4/2021

Ngày duyệt bài: 27/4/2021

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1, tuổi trung bình là $65,24 \pm 10,67$. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là trên 60 tuổi chiếm 68,6%. Đau bụng là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 89,6%. Đi ngoài phân nhầy máu gặp ở 64,2% bệnh nhân. Thở loét sùi chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,7% thể sùi chiếm tỷ lệ 44,8%. U chiếm 3/4 đại tràng là chủ yếu 22/67 bệnh nhân. Thể sùi chiếm cao nhất 30/67 trường hợp chiếm 44,8%, tiếp theo là thể loét chiếm 41,8%. Tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến chiếm cao nhất với 74,6%. 36/67 bệnh nhân ở giai đoạn 3, 16/67 bệnh nhân ở giai đoạn 4.