

quả điều trị cho 57 bệnh nhân, gồm những trường hợp gãy xương, trật khớp, chấn thương phần mềm, được bó lá trước đó, chúng tôi rút ra những kết luận sau:

- Có 23/31 trường hợp gãy xương, sau bó bột ổ gãy xương vẫn còn nguyên di lệch, trong đó hay gặp nhất là gãy đầu dưới xương quay
- Có 3/11 trường hợp trật khớp, bán trật khớp, khớp nắn chưa đạt giải phẫu
- Có 35/57 trường hợp có viêm da tiếp xúc sau bó lá
- Có 9/57 trường hợp nhiễm trùng phần mềm liên quan bó lá
- Đa phần người bệnh đến bó lá tại các cơ sở y tế tự phát, đông y gia truyền

- Có 38/57 bệnh nhân đạt kết quả trung bình và kém.

Xương gãy không được nắn chỉnh về giải phẫu, không được bất động tốt, kèm theo đó là viêm da tiếp xúc, nhiễm trùng phần mềm liên quan đến đắp lá là những yếu tố chính ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Nhược Kim (2006). Bệnh học ngoại khoa-Y học cổ truyền. NXB Y học
2. Nguyễn Đức Phúc (2010). Bệnh học ngoại khoa. NXB Y học
3. Pediatr Ann (1997). General principles in treating soft tissue injury. Jan, 26(1): 2015.
4. Phạm Văn Trịnh (2007). Bệnh học Ngoại-Phụ Y học cổ truyền. NXB Y học

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VỀ PHÍA MẸ VÀ THAI NHI Ở SẢN PHỤ CÓ THAI NGÔI MÔNG SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH TRONG HAI NĂM 2007 VÀ 2017

Bùi Minh Tiến¹, Trần Xuân Hiệp²

Từ khóa: tỷ lệ và phân loại ngôi mông, tiền sử sản khoa, tuổi thai, trọng lượng thai nhi.

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh các một số đặc điểm về phía mẹ và thai nhi ở sản phụ có thai ngôi mông từ 28 tuần trong hai năm 2007 và 2017. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu trên 443 sản phụ có thai ngôi mông từ 28 tuần sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình. **Kết quả:** Tỷ lệ ngôi mông năm 2007 là 2,35%, năm 2017 là 2,0%. Tỷ lệ ngôi mông hoàn toàn năm 2007 là 88,7%, năm 2017 là 90,6%. Tuổi trung bình của sản phụ năm 2017 cao hơn so với năm 2007 (năm 2007: 31,7 ± 5,9 tuổi, năm 2007: 29,8 ± 5,5 tuổi; p < 0,05). Tiền sử sản khoa: tỷ lệ sản phụ đẻ con so năm 2007 là 52,4%, năm 2017 là 50,9%; tỷ lệ sản phụ đẻ con ra mổ lấy thai năm 2007 là 82,6%, năm 2017 là 93,3%. Tỷ lệ ngôi mông vỡ ối khi chuyển dạ năm 2007 (14,3%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với năm 2017 (24,7%) (p < 0,05). Tuổi thai nhi khi sinh ra cả hai năm đa số đều từ 38 - 41 tuần (năm 2007 là 83,3%, năm 2017 là 82,2%), tỷ lệ ngôi mông non tháng 28 - 33 tuần năm 2007 là 4,2%, năm 2017 là 1,8%. Trọng lượng thai nhi khi sinh ra cả hai năm đa số đều từ 3000g trở lên (2007 là 54,7%, năm 2017 là 57,8%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ngôi mông, tiền sử sản khoa, phân loại ngôi mông, tuổi thai nhi và trọng lượng thai nhi ở cả 2 năm.

SUMMARY

ASSESSING SOME OF CHARACTERISTICS ON MOTHER AND FETUS IN BRECH PREGNANT WOMEN BORN IN THAI BINH OB&GYN HOSPITAL IN TWO YEARS 2007 AND 2017

Objective: To compare of some of characteristics on the mother and fetus in the breech pregnant women from 28 weeks in two years 2007 and 2017. **Methods:** research was designed as a retrospective study on 443 in breech pregnant women from 28 weeks of birth in Thai Binh OB & GYN Hospital. **Results:** The study results showed: The breech presentation rate in 2007 was 2.35%, in 2017, 2.0%. The full- breech presentation 2007 rate was 88.7%, in 2017, 90.6%. The median age of the maternity year 2017 was higher than in 2007 (2017:31.7 ± 5.9, year 2007:29.8 ± 5.5 yrs; p < 0.05). Obstetric history: The rate of childbirth in the year 2007 is 52.4% in 2017, 50.9%; The prevalence of Cesarean section in multipara in 2007 was 82.6%, in 2017, 93.3%. The incidence of breech presentation with has amniotic broken in labor in 2007 (14.3%) lower mean statistically compared to the year 2017 (24.7%) (P < 0.05). The gestational age of birth both years from 38 to 41 weeks (in 2007, 83.3%, in 2017 is 82.2%), the rate of breech presentation has preterm birth 28-33 Weeks in 2007 is 4.2%, in 2017 is 1.8%. The birth weight of both years was born between 3000g and above (2007 54.7%, 2017, 57.8%). There are no statistically significant differences in the rate of breech presentation, obstetric history, breech presentation classification, fetal age and fetal weight in both 2 years.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Minh Tiến

Email: Tienbm@tbmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 9.3.2021

Ngày duyệt bài: 17.3.2021

Keywords: Incidence and classification of breech presentation, obstetric history, gestational age, fetal weight.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngôi mông là một ngôi dọc, tuy nhiên, khi chuyển dạ do đầu thai nhi không được cúi tốt cho nên dễ mắc đầu hậu, mặt khác hai tay thai nhi có thể giơ lên làm cho việc sổ đầu càng khó khăn vì vậy ngôi mông là một ngôi đẻ khó. Để đảm bảo cho một cuộc đẻ ngôi mông an toàn trong chuyển dạ phụ thuộc rất nhiều yếu tố bao gồm trọng lượng thai nhi, tình trạng khung chậu của người mẹ, tư thế cũng như mức độ cúi của đầu thai nhi trong buồng tử cung, trình độ chuyên môn và kỹ năng đỡ đẻ, hồi sức và cấp cứu sơ sinh... Việc xử trí ngôi mông sao cho thật đảm bảo an toàn cho cả mẹ và con, mà không làm tăng thêm tỷ lệ mổ lấy thai, vẫn là một vấn đề khó khăn cho các nhà sản khoa, đòi hỏi phải có tiên lượng chính xác và có thái độ xử trí kịp thời. Trong những năm gần đây, rất ít các nghiên cứu về xử trí ngôi mông, bệnh viện Phụ sản Thái Bình là một cơ sở lớn của vùng đồng bằng Bắc Bộ, đã phục vụ tốt trong chuyên ngành cho người dân, trung bình mỗi năm có tới 15000 người sinh tại cơ sở này, tuy nhiên còn ít nghiên cứu về ngôi mông trong hơn 10 năm qua. Với mục đích có được cái nhìn tổng thể và kinh nghiệm xử trí ngôi mông trong vòng 10 năm trở lại đây, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *So sánh các một số đặc điểm về phía mẹ và thai nhi ở sản phụ có thai ngôi mông từ 28 tuần sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình trong hai năm 2007 và 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Là các sản phụ có thai ngôi mông từ 28 tuần trở lên sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình, có hồ sơ bệnh án tại phòng lưu trữ.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:
 - + Sản phụ mang một thai;
 - + Tuổi thai từ 28 tuần trở lên theo kinh cuối cùng hoặc theo siêu âm quý đầu;
 - + Được theo dõi chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình;
 - + Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin.
- Tiêu chuẩn loại trừ:
 - + Hồ sơ không đầy đủ thông tin;
 - + Các trường hợp đẻ ngôi mông trong thai dị dạng, đa thai, thai chết lưu;
 - + Các trường hợp đình chỉ thai nghén do bệnh lý mẹ và thai;
 - + Ngôi mông đẻ ở cơ sở khác chuyển đến

Bệnh viện Phụ sản Thái Bình.

- Thời gian nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện trong 2 giai đoạn: từ 01/01/2007 đến 31/12/2007 và 01/01/2017 đến 31/12/2017.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu mô tả có so sánh 2 giai đoạn cách nhau 10 năm (năm 2007 và 2017).

- Cỡ mẫu nghiên cứu: lấy mẫu nghiên theo thời gian: tất cả các sản phụ có hồ sơ bệnh án của hai năm 2007 và 2017 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được chọn vào nghiên cứu. Trong phạm vi đề tài này chúng tôi đã chọn được n = 443 hồ sơ bệnh án của các sản phụ thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Các chỉ số và biến số trong nghiên cứu:

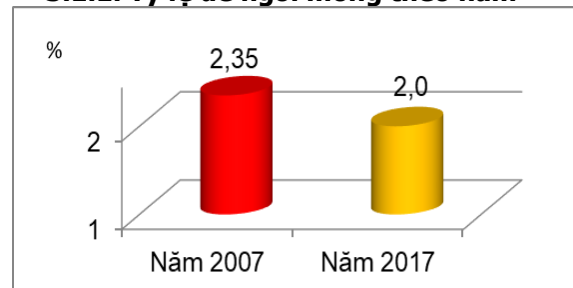
- + Tuổi sản phụ.
- + Tỷ lệ đẻ ngôi mông: tính tỷ lệ đẻ ngôi mông so với tổng số sản phụ đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình trong năm 2007 và 2017.
- + Số lần đẻ của sản phụ.
- + Tiền sử sản khoa: con so; con rạ (đẻ thường, mổ lấy thai).
- + Tuổi và trọng lượng thai: tuổi thai nhi căn cứ vào siêu âm thai; trọng lượng thai được đo bằng cân điện tử có độ chính xác đến 0,1 gam, đơn vị tính bằng gam.
- + Phân loại ngôi mông: ngôi mông hoàn toàn hay ngôi mông đủ: là ngôi thai gồm đủ cả mông và chân thai nhi gập lại, giống như thai nhi ngồi xổm hay ngôi xếp bằng ở trong buồng tử cung. Ngôi mông không hoàn toàn hay ngôi mông thiếu: là ngôi trình diện ở trước eo trên hoặc chỉ có mông hoặc chân hoặc đầu gối.

+ Tình trạng ối khi vào viện (còn ối, ối vỡ non; ối vỡ trước khi có dấu hiệu chuyển dạ, ối vỡ sớm; ối vỡ trước khi cổ tử cung mở hết).

3. Xử lý số liệu: xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1.1. Tỷ lệ đẻ ngôi mông theo năm



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đẻ ngôi mông theo năm

Nhận xét: tỷ lệ sản phụ đẻ ngôi mông năm 2007 là 2,35% cao hơn so với năm 2017 là 2,0%.

Bảng 1. Tiền sử sản khoa

Tiền sử		Năm	2007 n = 168 (%)	2017 n = 275 (%)	Tổng n = 443 (%)	P
Con so	Con so		88 (52,4)	140 (50,9)	228 (51,5)	> 0,05
	Đẻ		11 (13,8)	9 (6,7)	20 (9,3)	
Con rạ	Mổ lấy thai		69 (86,2)	126 (93,3)	195 (90,7)	> 0,05
	Tổng		80 (47,6)	135 (49,1)	215 (48,5)	

Nhận xét: tỷ lệ sản phụ đẻ con so ngôi mông năm 2007 là 52,4%, năm 2017 là 50,9% ($p > 0,05$). Trong số các trường hợp đẻ con rạ tỷ lệ mổ lấy thai năm 2007 là 82,6%, năm 2017 là 93,3%, không có sự khác biệt giữa 2 năm ($p > 0,05$).

Bảng 2. Phân loại ngôi mông khi chuyển dạ đẻ

Loại ngôi	Năm	2007 n = 168 (%)	2017 n = 275 (%)	Tổng n = 443 (%)	P
Hoàn toàn		149 (88,7)	252 (91,6)	401 (90,5)	> 0,05
Không hoàn toàn		19 (11,3)	23 (8,4)	42 (9,5)	

Nhận xét: tỷ lệ ngôi mông hoàn toàn năm 2007 là 88,7% và năm 2017 là 90,6% không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 năm ($p > 0,05$).

Bảng 3. Phân loại tình trạng ôi khi chuyển dạ đẻ

Tình trạng ôi	Năm	2007 n = 168 (%)	2017 n = 275 (%)	Tổng n = 443 (%)	P
Còn ôi		144 (85,7)	207 (75,3)	351 (79,2)	< 0,05
Vỡ ôi		24 (14,3)	68 (24,7)	92 (20,8)	

Nhận xét: tỷ lệ ngôi mông vỡ ôi khi chuyển dạ năm 2007 là 14,3% thấp hơn năm 2017 là 24,7%, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Phân bố nhóm tuổi thai theo các năm

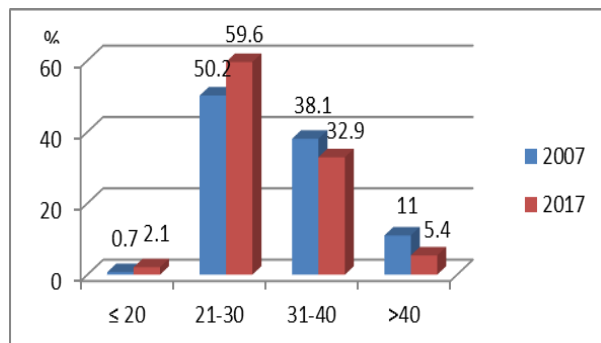
Nhóm tuổi thai	Năm	2007		2017		p
		Số lượng (n=168)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n=275)	Tỷ lệ (%)	
28 - 33 tuần		7	4,2	5	1,8	> 0,05
34 - 37 tuần		21	12,5	44	16,0	> 0,05
38 - 41 tuần		140	83,3	226	82,2	> 0,05

Nhận xét: tỷ lệ ngôi mông non tháng 28 - 33 tuần năm 2017 là 1,8%, năm 2007 là 4,2% ($p > 0,05$). Tuổi thai nhi khi sinh ra cả hai năm đa số đều từ 38 - 41 tuần, năm 2007 là 83,3%, năm 2017 là 82,2% ($p > 0,05$).

Bảng 5. Trọng lượng thai nhi trong hai năm

Trọng lượng	Năm	2007		2017		p
		Số lượng (n=168)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n=275)	Tỷ lệ (%)	
< 2500g		6	3,6	4	1,5	> 0,05
2500g - 3000g		70	41,7	112	40,7	> 0,05
≥ 3000g		92	54,7	159	57,8	> 0,05

Nhận xét: Trọng lượng thai nhi khi sinh ra cả hai năm đa số đều từ 3000g trở lên (2007 là 54,7%, năm 2017 là 57,8%).



Biểu đồ 2. Phân bố nhóm tuổi của mẹ theo năm

Nhận xét: đa số sản phụ của cả năm 2007 và năm 2017 đều trong nhóm tuổi 21- 30 ($p > 0,05$). Tuổi trung bình của sản phụ năm 2017 là $31,7 \pm 5,9$ tuổi, cao hơn so với tuổi trung bình của sản phụ năm 2007 là $29,8 \pm 5,5$ ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ đẻ ngôi mông chuyển dạ. Kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ đẻ ngôi mông chuyển dạ năm 2007 là 2,35%, năm 2017 tỷ lệ này là 2,0%, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$, nhưng về tỷ lệ thô cho

thấy năm 2017 thấp hơn 10 năm trước có thể do một số sản phụ đã được mổ chủ động vì năm 2017 ngôi mông nhiều hơn so với 2007 (275 so với 168). Tỷ lệ đẻ ngôi mông chuyển dạ chung cho cả hai giai đoạn là 2,12%. So sánh với các tác giả trong 30 năm trở lại đây:

Bảng 6. Tỷ lệ ngôi mông của các tác giả

Năm	Tác giả	Tổng số đẻ	Tỷ lệ ngôi mông
2000	Nguyễn Ngọc Khanh[4]	14706	4,47%
2004	Phạm Gia Cảnh[1]	13509	4,38%
2005	Phạm Phương Hạnh[3]	20176	4,05%

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ đẻ ngôi mông thấp hơn so với các nghiên cứu khác nguyên nhân có thể do còn những trường hợp ngôi mông chưa chuyển dạ hoặc những trường hợp ngôi mông nhưng gia đình xin chuyển lên tuyến trên không được lựa chọn vào nghiên cứu.

2. Tuổi sản phụ. Theo biểu đồ 2, ở cả hai giai đoạn, đa số sản phụ ở nhóm tuổi 21 - 30 tuổi, năm 2007 chiếm 50,2%, năm 2017 chiếm 59,6%. Đây là lứa tuổi sinh đẻ nhiều nhất, điều này phù hợp với các nghiên cứu của Phạm Phương Hạnh, Nguyễn Ngọc Khanh, Phạm Gia Cảnh. Trong nghiên cứu này, số sản phụ ở nhóm ≥ 31 tuổi ở năm 2017 (32,9%) thấp hơn năm 2007 (38,1%), tuổi trung bình của năm 2017 ($31,7 \pm 5,9$ tuổi) cao hơn năm 2007 ($29,8 \pm 5,5$ tuổi), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Xu hướng xã hội ngày nay, áp lực công việc cộng với lối sống tư duy hiện đại phụ nữ ngày càng ưu tiên cho sự nghiệp nên việc lấy chồng muộn và sinh con muộn sẽ ngày càng gia tăng.

3. Tiền sử sản khoa và số lần đẻ. Theo bảng 1, tỷ lệ đẻ con so ngôi mông trong chuyển dạ chiếm hơn một nửa, năm 2007 là 52,4% và năm 2017 là 50,9%. Tổng tỷ lệ con so ngôi mông hai năm là 51,5% và con rạ là 48,5%. Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trong số những sản phụ đẻ con rạ thì trong cả hai năm, nhóm đẻ đường âm đạo chiếm 9,3%. Tỷ lệ tiền sử con rạ đẻ đường âm đạo năm 2007 cao hơn so với năm 2017. Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) bởi vì xu hướng chỉ định mổ lấy thai trong những năm gần đây tăng hơn so với những năm đầu thế kỷ 21.

4. Tuổi thai nhi. Theo bảng 4, tuổi thai cả hai năm đa phần đều từ 38 - 41 tuần, tỉ lệ này năm 2007 là 83,3%, năm 2017 là 82,2%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), tuổi thai ≤ 37 tuần năm 2017 là 17,8%, năm 2007 là 16,7%. Không có trường hợp nào tuổi thai > 41 tuần ở cả 2 năm nghiên cứu, lý do là việc khám và quản lý thai nghén ngày một tốt hơn nên tỷ lệ

thai quá ngày sinh, thai già tháng ngày một giảm. Nghiên cứu của Trần Thị Thảo (2008) về một số yếu tố liên quan đến các tai biến của trẻ sơ sinh trong đẻ ngôi mông tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2007 cho thấy, tuổi thai < 34 tuần là yếu tố nguy cơ chính gây xuất huyết não, ngạt cho trẻ sơ sinh đẻ ngôi mông, đẻ non là yếu tố nguy cơ chính gây tử vong cho trẻ sơ sinh đẻ ngôi mông [7].

4. Trọng lượng thai nhi. Kết quả bảng 5, cho thấy trọng lượng thai nhi khi sinh ra cả hai năm đa số $\geq 3000g$, trong đó tỉ lệ này năm 2007 là 54,7%, năm 2017 là 57,8%. Tỉ lệ trẻ đẻ có trọng lượng từ 2500g trở lên của năm 2007 (96,4%) thấp hơn năm 2017 (98,5%) ($p > 0,05$). Nhóm có trọng lượng thai $< 2500g$ năm 2007 là 3,6% cao hơn năm 2017 là 1,5% ($p > 0,05$). Nghiên cứu trọng lượng thai có ý nghĩa quan trọng trong việc xử trí. Nghiên cứu của Phạm Gia Cảnh (2004), tỷ lệ ngôi mông là 4,38%, nhóm thai nhi có trọng lượng $\geq 3500g$ thì nên mổ lấy thai ngay từ khi bắt đầu chuyển dạ, vì theo nghiên cứu này 96,6% trẻ sơ sinh ở nhóm này có chỉ số Apgar từ 8 điểm trở lên [1]. Đối với nhóm thai cân nặng từ 3000 - 3400g kèm theo các yếu tố đẻ khó khác thì nên mổ lấy thai. Đối với nhóm thai có cân nặng từ 2000 - 2900g, có thể theo dõi đẻ đường dưới khi không có các yếu tố nguy cơ, tỷ lệ trẻ có chỉ số Apgar > 8 điểm ở nhóm này là 20,2%. Cân nhắc và mở rộng mổ lấy thai trong những trường hợp chuyển dạ đẻ ngôi mông từ 1500 - 1900g, tỷ lệ trẻ có Apgar > 8 điểm ở nhóm này 79,2%.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ ngôi mông năm 2007 là 2,35%, năm 2017 là 2,0%. Tỷ lệ ngôi mông hoàn toàn năm 2007 là 88,7%, năm 2017 là 90,6%.

- Tuổi trung bình của sản phụ năm 2017 cao hơn so với năm 2007 (năm 2017: $31,7 \pm 5,9$ tuổi, năm 2007: $29,8 \pm 5,5$ tuổi; $p < 0,05$), ở cả 2 năm đa số sản phụ đều ở độ tuổi 20 - 30 (năm 2017: 59,6%, năm 2007: 50,2%).

- Tiền sử sản khoa: tỷ lệ sản phụ đẻ con so năm 2007 là 52,4%, năm 2017 là 50,9%; tỷ lệ sản phụ đẻ con rạ mổ lấy thai năm 2007 là 82,6%, năm 2017 là 93,3%.

- Tỷ lệ ngôi mông vỡ ối khi chuyển dạ năm 2007 (14,3%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với năm 2017 (24,7%) ($p < 0,05$).

- Tuổi thai nhi khi sinh ra cả hai năm đa số đều từ 38 - 41 tuần (năm 2007 là 83,3%, năm 2017 là 82,2%), tỷ lệ ngôi mông non tháng 28 - 33 tuần năm 2007 là 4,2%, năm 2017 là 1,8%.

Trọng lượng thai nhi khi sinh ra cả hai năm đa số đều từ 3000g trở lên (2007 là 54,7%, năm 2017 là 57,8%).

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ngôi mông, tiền sử sản khoa, phân loại ngôi mông, tuổi thai nhi và trọng lượng thai nhi ở cả 2 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Gia Cảnh (2005)**, Thái độ xử trí ngôi mông tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2004, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp 2, Đại Học Y Hà Nội.
2. **Bộ môn Phụ sản - ĐHY HN (2017)**, Ngôi mông và các yếu tố tiên lượng và xử trí, Bài giảng chuyên khoa I. Nhà xuất bản y học.
3. **Phạm Phương Hạnh (2005)**, So sánh cách xử trí ngôi mông tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong hai giai đoạn năm 1994-1995 và năm 2004-2005, Luận văn thạc sỹ y học, Đại Học Y Hà Nội.

4. **Nguyễn Ngọc Khanh (2000)**, Nghiên cứu tình hình đẻ ngôi ngược tại Viện BVBTSS trong hai năm 1997-1998, Luận văn thạc sỹ y học, Đại Học Y HN.
5. **Trần D.L. (2015)**, Một số nhận xét về tình hình nhiễm khuẩn sơ sinh sớm ở trẻ đủ tháng tại trung tâm CS&ĐT sơ sinh Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, Đại Học Y Hà Nội, Bệnh viện Phụ sản TƯ.
6. **Phan Văn Quý (1997)**, Nhận định về đẻ ngôi ngược tại Viện BVBTSS 1995-1996, Hội nghị tổng kết khoa học.
7. **Trần Thị Thảo (2008)**, Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến tai biến sơ sinh trong ngôi mông tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2007, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa cấp 2, Đại học Y HN.
8. **Alarab M., et al. (2004)**, Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option, Obstet Gynecol, 103(3), 407-412.
9. **Alfirevic Z., et al. (2013)**, Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. Cochrane Database of Systematic Reviews, John Wiley & Sons, Ltd.

THỰC TRẠNG THỰC HIỆN “6 ĐÚNG” TRONG SỬ DỤNG THUỐC AN TOÀN CHO NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA ĐIỀU TRỊ THEO YÊU CẦU BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC NĂM 2019

Dương Đình Toàn^{1,2}, Phạm Thị Thủy²

TÓM TẮT

Từ 7-9/2019 chúng tôi đã tiến hành khảo sát trên 45 điều dưỡng trực tiếp làm công tác chăm sóc, thực hiện y lệnh thuốc tại khoa điều trị theo yêu cầu bệnh viện Việt Đức. **Mục tiêu:** tìm hiểu thực trạng thực hiện “6 đúng” trong sử dụng thuốc an toàn cho người bệnh của Điều dưỡng viên. **Phương pháp nghiên cứu:** quan sát trực tiếp kết hợp phỏng vấn Điều dưỡng viên theo bảng kiểm quy trình sử dụng thuốc của bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** 100% điều dưỡng viên tuân thủ đúng thuốc; 93,3% điều dưỡng viên thực hiện đối chiếu mã ICD, 100 điều dưỡng viên thực hiện thuốc đúng thời gian, tốc độ tiêm truyền, chỉ có 26,7% điều dưỡng viên thực hiện ghi chép diễn biến trong quá trình thực hiện thuốc. **Kết luận:** Đa số điều dưỡng viên thực hiện thuốc đúng qui trình.

Từ khóa: an toàn, tiêm truyền, 6 đúng

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF "6 TRUE" IMPLEMENTATION IN USING SAFETY DRUGS FOR DISEASES AT THE DEPARTMENT OF

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Toàn

Email: toanduongdinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 9.3.2021

Ngày duyệt bài: 17.3.2021

TREATMENT ON REQUIREMENTS OF VIET DUC HOSPITAL IN 2019

From 7-9 / 2019, we conducted a survey on 45 nurses who directly took care of patients at the department of treatment on requirements of Viet Duc Hospital. Objective: to understand the status of implementing the "6 true" in using safe drugs for patients of Nurses. Research methodology: direct observation in combination with interviewing nurses according to the checklist of drug use procedures of Viet Duc Hospital. Results: 100% of nurses strictly adhered to the medicine; 93.3% of nurses reconcile ICD codes, 100 nurses make drugs on time, the speed of infusion, only 26.7% of nurses record the progress during the implementation. medicine. Conclusion: The majority of nurses follow the medication as prescribed

Keywords: safety, infusion, 6 true

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi người bệnh vào viện tỷ lệ được sử dụng thuốc, đặt đường truyền tĩnh mạch là 100%. Vì vậy những sự cố y khoa liên quan đến sử dụng thuốc là khó tránh khỏi và những hệ lụy sẽ trực tiếp ảnh hưởng đến tính mạng của người bệnh là vô cùng lớn. Trước những nguy cơ đó để đảm bảo an toàn cho người bệnh Bệnh viện đã ban hành quy định thực hiện “6 đúng” trong an toàn sử dụng thuốc đến toàn bộ nhân viên trong bệnh viện. Điều dưỡng là khâu cuối cùng trước khi đưa thuốc vào cơ thể người bệnh, vì vậy việc