

NHẬN XÉT TÌNH HÌNH MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2012

NGUYỄN THỊ BÌNH - Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
NGUYỄN ĐỨC HÌNH - Trường Đại học Y Hà Nội.
NGUYỄN VIỆT HÙNG – Cục QLKCB, Bộ Y tế

TÓM TẮT

Ở Việt Nam tỷ lệ Mổ lấy thai (MLT) những năm 60 - 70 là 10 - 14%, với có sẹo MLT cũ là 54 - 60%. Những năm gần đây tăng nhanh, MLT có sẹo cũ chiếm gần 100%. Thực tế muốn giảm tỷ lệ MLT, phẫu thuật viên cần cân nhắc ra quyết định và kiểm duyệt chỉ định MLT lần đầu. Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ, mô tả chỉ định và phương pháp MLT tại BVĐKTUTN 6 tháng đầu năm 2012. Đối tượng là 990 sản phụ đã được MLT. Phương pháp nghiên cứu hồi cứu, thiết kế cắt ngang, cỡ mẫu toàn bộ, thời gian 6 tháng đầu 2012, tại BVĐKTUTN. **Kết quả:** Nhóm tuổi sản phụ dưới 35 chiếm chủ yếu. MLT trong ngôi chòm 89,7%, thai đủ tháng 90,5%. Trọng lượng sơ sinh từ 2.800gam trở lên chiếm 82,9%. Tỷ lệ MLT là 45,1%. MLT trên sẹo cũ là 26,7%. Chỉ định vì 1 yếu tố đề khó là 63,4%, chuyển dạ chiếm 96,4%. Mổ đường ngang trên vệ là 84,3%, ngang dưới chiếm 98,4%. Khâu tử cung 1 lớp là 88,38%. Phủ phúc mạc đoạn dưới 97,1%. Thời gian mổ từ 40 - 60 phút chiếm 81,5%. Tai biến MLT phía mẹ là 0,2%, phía con là 0,4%. Phương pháp vô cảm gây tê tùy sống chiếm 96,5%.

Từ khóa: Mổ lấy thai, Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên 2012.

REMARKS THE SITUATION OF CESAREAN IN THAINGUYEN CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN FIRST 6 MONTHS 2012 SUMMARY

In Vietnam, the rate of cesarean years 60-70 is 10 -14%, with a scarred old is 54-60%. In recent years, rapid growth, the cesarean old scarred up nearly 100%. To reduce the rate of caesarean section, the surgeon should consider the decision and appointed censor firscesarean. Research Objective: Determine the ratio, designated and described in the cesarean method in Hospital of Thai nguyen 6 month of 2012. Subjects were 990 Cesarean women. Method retrospective, cross-sectional design, the whole sample size, 6-month period beginning in 2012, in Thainguyen. **Results:** The group of women under 35 years old accounted for primarily. MLT in the vertex 89.7%, 90.5% full-term pregnancy. From birth weight accounted for 82.9% 2.800gam upwards. Caesarean section rate was 45.1%. Cesarean on the old scar is 26.7%. Just because one element of dystocia was 63.4%, accounting for 96.4% of labor. Crossroads Theatre on defense is 84.3%, accounting for 98.4% below the horizontal. Sewing uterus class 1 88,38%. Positive 97.1% under the peritoneum. Operation time

from 40-60 minutes accounted for 81.5%. is the mother Cesarean were stroke 0.2%, the figure were 0.4%. Local anesthesia spinal accounted for 96.5%.

Keywords: Cesarean section, Hospital of Thainguyen in 2012.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cuộc đẻ được “mẹ tròn, con vuông” là điều mong muốn của người thầy thuốc Sản khoa. Một cuộc chuyển dạ diễn ra sinh lý nhất là được kết thúc bằng đẻ qua đường âm đạo. Mặc dù vậy, mổ lấy thai (MLT) đang là một lựa chọn của nhiều bà mẹ. Đồng thời cũng đặt ra cho người thầy thuốc với những cân nhắc về chỉ định và kỹ thuật MLT sao cho phù hợp nhất. Theo nghiên cứu ở Việt Nam tỷ lệ MLT của những thập kỷ 60 - 70 với MLT lần đầu là 10 - 14%, với có sẹo MLT cũ là 54 - 60%. Nhưng trong những năm gần đây tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng nhanh, đặc biệt là tỷ lệ MLT ở sản phụ có sẹo MLT, như năm 1995 là 85,7%, năm 1996 là 88,8%, năm 1997 là 91,2%, năm 1999 là 93,93%, năm 2000 là 93,56% [9], [11].

Thực tế cho thấy muốn giảm tỷ lệ MLT, các phẫu thuật viên cần cân nhắc, ra quyết định đúng đắn và kiểm duyệt chặt chẽ, khách quan các chỉ định MLT lần đầu. Chúng tôi đã tiến hành đề tài “Nhận xét tình hình mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên (BVĐKTUTN) 6 tháng đầu năm 2012”. Nhằm mục tiêu: *Xác định tỷ lệ, mô tả chỉ định và phương pháp MLT tại BVĐKTUTN 6 tháng đầu năm 2012.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng là 990 sản phụ đã được MLT, với tuổi thai từ trên 22 tuần trở lên, có hồ sơ bệnh án được lưu đầy đủ những thông tin cần thiết theo chỉ tiêu nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu hồi cứu, thiết kế cắt ngang, cỡ mẫu toàn bộ, chọn toàn bộ hồ sơ bệnh án của các sản phụ được MLT có đầy đủ thông tin cần thiết, trong thời gian từ ngày 01 tháng 01 đến 30 tháng 06 năm 2012, địa điểm tại BVĐKTUTN.

3. Chỉ tiêu nghiên cứu: Nhóm tuổi sản phụ; Nghề nghiệp; Dân tộc; Chỗ ở; Tuổi thai; Các chỉ định MLT; Nhóm trọng lượng trẻ sơ sinh; Đường mở vào ổ bụng và vào tử cung... Thời gian MLT; Phương pháp vô cảm; Tai biến.

4. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học trên chương trình phần mềm SPSS 13.0v. Thuật toán được sử dụng: Tỷ lệ (%); Test χ^2 ; Giá trị p.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Phân bố cách thức xử trí cuộc đẻ cho sản phụ 6 tháng đầu năm 2012

Cách thức xử trí cuộc đẻ	6 tháng đầu năm 2012		p
	n	%	
Chỉ định đỡ đẻ đường dưới	1.220	54,9	p > 0,05
Chỉ định MLT	1.004	45,1	
Tổng số sinh	2.224	100	

Qua tổng hợp và phân tích hồ sơ đã thu thập được 1.004 bệnh án MLT, với 990 phù hợp tiêu chuẩn được lựa chọn, (loại trừ 14 bệnh án hậu phẫu MLT thiếu thông tin), trên tổng số sinh 2.224. Như vậy, số lượng sản phụ MLT được tính là 1.004/2.224 và tỷ lệ MLT 6 tháng đầu năm 2012 là 45,1%. Tỷ lệ này cao hơn so với tỉnh An Giang ($\pm 23\%$) năm 2000 - 2002 [9], cao hơn tỷ lệ ở Huế (36,6% 2006) [2], [7], đồng thời cao gấp 2 lần năm 1994 cũng tại BVĐKTƯTN [10].

Khảo sát trên 990 trường hợp MLT trong 6 tháng đầu năm 2012, đã thu được kết quả dưới đây:

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Một số đặc điểm về nhân khẩu học của sản phụ (n = 990)

Chỉ số nghiên cứu về đặc điểm dân số xã hội học	n	Tỷ lệ (%)	
Nhóm tuổi	≤24	245	24,7
	25 - 29	418	42,2
	30 - 34	220	22,2
	35 - 39	83	8,4
	≥40	24	2,5
Dân tộc	Dân tộc Kinh	779	78,7
	Dân tộc thiểu số	211	21,3
	Cán bộ viên chức	376	38,0
Nghề nghiệp	Công nhân	111	11,2
	Nông dân	245	24,7
	Nội trợ	116	11,8
	Nghề khác	142	14,3
Nơi sinh sống	Thành thị	596	60,2
	Nông thôn	394	39,8

- Về nhóm tuổi: tuổi của sản phụ MLT tập trung chủ yếu < 35 tuổi với 89,1% (≤24 đến 34). Trong đó tỷ lệ MLT ở nhóm tuổi 25 - 29 chiếm cao nhất (42,2%).

- Dân tộc: 78,7% dân tộc Kinh, 21,3% dân tộc thiểu số (Tày, Nùng, ...). Tỷ lệ MLT giữa dân tộc Kinh và dân tộc thiểu số không khác biệt.

- Về nghề nghiệp: Phân bố tỷ lệ MLT ở sản phụ là cán bộ viên chức chiếm 38,0%, tiếp đến là nông dân (24,7%), còn lại là công nhân (11,2%), nội trợ (11,8%) và nghề khác (14,3%).

- Nơi sinh sống: Sản phụ sống ở thành thị cũng có nhu cầu và điều kiện được chăm sóc khi sinh tại cơ sở có chất lượng khám chữa bệnh tốt hơn so với sản phụ nông thôn.

Bảng 3. Một số đặc điểm sản khoa của thai và trẻ sơ sinh (n = 990)

Chỉ số nghiên cứu về đặc điểm sản khoa	n	Tỷ lệ (%)	
Ngôi thai khi MLT	Ngôi Chỏm	888	89,7
	Ngôi Mông	68	6,9
	Trán (17), Mặt (1), Vai (16)	34	3,4

Tuổi thai khi MLT (Tuần)	22 - 36	51	5,2
	37 - 41	896	90,5
	>41	43	4,3
Trọng lượng trẻ sơ sinh (Gam)	<2500	51	5,2
	Từ 2.500 đến <2.800	118	11,9
	Từ 2.800 đến ≤3.200	409	41,3
	Từ >3.200 đến <3.500	198	20,0
	≥3.500	214	21,6
Giới tính trẻ sơ sinh	Trẻ trai	544	54,9
	Trẻ gái	446	45,1

- Ngôi thai: MLT trong ngôi chỏm chiếm cao nhất (89,7%), ngôi Mông chiếm 6,9% và cả 3 ngôi còn lại (trán, mặt và vai) chiếm 3,4%

- Tuổi thai và trọng lượng trẻ sơ sinh: Tỷ lệ MLT với thai đủ tháng (37 - 41 tuần) chiếm chủ yếu (90,5%). Trọng lượng trẻ sơ sinh từ 2.800gam đến trên 3.500gam chiếm chủ yếu (82,9%). Trong đó có 5,2% trẻ sơ sinh thấp cân (<2.500gam).

- Về giới tính: Trẻ trai chiếm 54,9%, trẻ gái là 45,1%, chênh lệch giữa 2 giới là 9,8%. Về Sản khoa, giới tính của thai không liên quan tới chỉ định MLT, tuy nhiên về dân số và xã hội tỷ lệ này là số liệu cảnh báo sự mất cân bằng về giới.

2. Phân tích về các chỉ định và kỹ thuật MLT

Bảng 4. Một số nguyên nhân dễ khó và chỉ định MLT (Trên một sản phụ có thể có ≥1 yếu tố dễ khó)

Chỉ số nghiên cứu về yếu tố dễ khó và sọ MLT	n	Tỷ lệ (%)	
Yếu tố Sản khoa ở mẹ (n = 393)	Có sọ MLT	268	68,2
	CTC không tiến triển	65	16,5
	Khung chậu hẹp	51	13,0
	Yếu tố khác	9	2,3
Yếu tố bệnh của mẹ (n = 79)	Tiền sản giật	26	32,9
	Mẹ lớn tuổi	21	26,6
	Tiền sử SK nặng nề	14	17,7
	Yếu tố khác	18	22,8
Yếu tố do thai (n = 388)	Thai to	114	29,4
	Thai suy	106	27,3
	ngôi không lọt	84	21,6
	Ngôi bất thường	69	17,8
	Yếu tố khác	15	3,9
Yếu tố phần phụ của thai (447)	Rau tiền đạo, ối vỡ non	222	49,7
	Thiếu ối	200	44,7
	Yếu tố khác	25	5,6

- Yếu tố sản khoa: Như kết quả bảng 1, tỷ lệ MLT là 45,1%, trong số đó có 268 ca là MLT cũ (có ≥1 lần MLT chiếm 26,7% trên tổng số 1004 ca MLT). Như vậy tỷ lệ chỉ định MLT lần đầu là chủ yếu, cứ 5 sản phụ được MLT thì có 1 là sọ cũ MLT. Tỷ lệ này gần tương đương với Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Huế (23,9%, 2006) [2], [8].

- Yếu tố mẹ có bệnh nội khoa hoặc lớn tuổi: Đây là yếu tố không nhiều trong số sản phụ được MLT (79/990 MLT = 8,0%). Tuy nhiên khi các yếu tố này trở thành yếu tố để quyết định MLT, thì thường diễn biến bệnh lý ở mức độ phức tạp, đặc biệt những bệnh lý nội khoa như tiền sản giật- sản giật, bệnh tim, huyết áp, basedow... [3], [4].

- Yếu tố mẹ lớn tuổi (≥35), bao gồm sản phụ con so lớn tuổi và con dạ tuổi trên 35 - 40 và khoảng cách xa với lần đẻ trước.

- Yếu tố dễ khó do thai và phần phụ của thai: Có 4 yếu tố chủ yếu thuộc về thai và phần phụ là thai to, thai suy, rau tiền đạo, ối vỡ non và thiếu ối là những yếu tố dễ khó thường gặp và dẫn tới MLT [4], [5], [8].

Bảng 5. Một số đặc điểm của các chỉ định mổ lấy thai (n = 990)

Chỉ số nghiên cứu về đặc điểm MLT		n	%	p
Loại chỉ định MLT	Chỉ định tuyệt đối	362	36,6	<0,05
	Chỉ định tương đối	628	63,4	
Thời điểm MLT	Trong chuyển dạ	954	96,4	<0,01
	Chưa chuyển dạ	36	3,6	
Đường vào ổ bụng	Ngang trên vệ	835	84,3	<0,01
	Đường trắng giữa DR	155	15,7	
Đường vào tử cung	Ngang đoạn dưới	974	98,4	<0,01
	Dọc thân và ngang (T)	12	1,6	
Khâu phục hồi tử cung	Khâu 1 lớp	875	88,38	<0,01
	Khâu 2 lớp	115	11,62	
Phủ phúc mạc	Có phủ	961	97,1	<0,01
	Không phủ	29	2,9	
Phẫu thuật kèm theo	Không	978	98,8	<0,01
	Có	12	1,2	
Thời gian phẫu thuật	40 - 60	807	81,5	<0,01
	20 - <40	103	10,4	
	>60	68	6,9	
	<20	12	1,2	
Tai biến cho mẹ	Không	988	99,8	<0,01
	Có	2	0,2	
Tai biến cho con	Không	986	99,6	<0,01
	Có	4	0,4	
Phương pháp vô cảm	Gây tê tùy sống	955	96,5	<0,01
	Gây mê NKQ	35	3,5	

Kết quả bảng 5: MLT chủ yếu với chỉ định tuyệt đối (36,6%), MLT trong chuyển dạ (96,4%). Đường rạch ngang trên vệ (Pfannenstiel) vào ổ bụng chiếm 84,3%. Đường ngang đoạn dưới vào tử cung chiếm 98,4%. Khâu phục hồi tử 1 lớp (88,38%) và 2 lớp (11,62%) là tương đương. Phủ phúc mạc đoạn dưới là chủ yếu (97,1%). Ít có phẫu thuật kèm theo trong MLT (1,2 % như cắt tử cung, bóc nhân xơ, cắt khối u buồng trứng). Thời gian phẫu thuật 40 - 60 phút là chủ yếu (81,5%). Tai biến mẹ trong MLT là 0,2% (đờ TC 2), với con là 0,4% (chết 1, ngạt 3). Phương pháp vô cảm chủ yếu là tê tùy sống (96,5%) [6].

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi sản phụ MLT dưới 35 chiếm chủ yếu. MLT chủ yếu là ngôi chòm (89,7%), thai đủ tháng 90,5%. Trọng lượng sơ sinh từ 2.800gam trở lên chiếm 82,9%.

2. Phân tích về các chỉ định và kỹ thuật MLT

Tỷ lệ MLT 6 tháng đầu 2012 là 45,1%. MLT trên tử cung có sẹo cũ là 26,7%. Chỉ định MLT chỉ có 1

yếu tố nguy cơ dễ khó là 63,4%. MLT trong chuyển dạ chiếm 96,4%. Vào ổ bụng đường ngang trên vệ là 84,3%. Vào tử cung ngang đoạn dưới chiếm 98,4%. Khâu tử cung 1 lớp là 88,38%. Phủ phúc mạc đoạn dưới 97,1%. Thời gian MLT từ 40 - 60 phút chiếm 81,5%. Tai biến MLT phía mẹ là 0,2%, phía con là 0,4%. Phương pháp vô cảm gây tê tùy sống chiếm 96,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Thị Kim Chi và cộng sự (2009), "Xử trí thiếu ối thai đủ tháng tại Bệnh viện Phụ Sản Bán công Bình Dương", Hội Phụ Sản khoa và sinh đẻ có kế hoạch Việt Nam lần thứ XVI, trang 33 - 44.

2. Võ Văn Đức, Văn Thị Kim Huệ, Lê Lam Hương (2006), "Khảo sát tình hình MLT tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Huế", Tạp chí Y học thực hành, số 550/2006, trang 403 - 409.

3. Ngô Dũng, Trần Văn Phùng, Nguyễn Xuân Hiền (2010), "Một số nhận xét qua 7 bệnh nhân phẫu thuật lấy thai có hội chứng Hellp tại Bệnh viện Trung ương Huế", Tạp chí Phụ Sản, tập 08, số 02 - 03/2010, trang 176 - 181.

4. Phạm Huy Hiền Hào (2009), "So sánh một số yếu tố nguy cơ giữa đẻ song thai với đẻ một thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2006", Hội Phụ Sản khoa và sinh đẻ có kế hoạch Việt Nam lần thứ XVI, trang 45 - 51.

5. Nguyễn Thị Kim Kiên (2012), "Nhận xét chẩn đoán và phương pháp xử trí rau tiền đạo tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa trong năm 2011", Tạp chí Y học thực hành, số 818 - 819/2012, trang 298 - 304.

6. Hoàng Khắc Sự và cộng sự ((2009), "Hiệu quả gây tê ngoài màng cứng giảm đau trong chuyển dạ", Đại hội toàn quốc và Hội nghị Khoa học Hội Phụ Sản khoa và sinh đẻ có kế hoạch Việt Nam lần thứ XVI, trang 107 - 111.

7. Nguyễn Duy Tài (2002), "Thiếu ối trên thai đủ trưởng thành", Nội san sản phụ khoa, Hội nghị toàn quốc Hội phụ Sản Việt Nam Khóa XIV kỳ họp thứ 5, trang 21.

8. Phạm Viết Tâm, Bạch Cẩm An và cộng sự (2010), "nghiên cứu mối liên quan, kết quả xử trí rau tiền đạo ở sản phụ có vết mổ cũ lấy thai tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Huế", Tạp chí Phụ Sản, tập 08, số 02 - 03/2010, trang 55 - 61.

9. Phạm Nhật Thúy (2002), "Tình hình phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2000 - 2002", Nội san sản phụ khoa, Số đặc biệt nhân dịp Hội nghị toàn quốc Hội phụ Sản Việt Nam Khóa XIV kỳ họp thứ 5, trang 26 - 27.

10. Lê Thị Tinh (1994), "Nhận xét tình hình MLT tại khoa Sản Bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên trong 2 năm 1993-1994, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, trường Đại học Y Hà Nội, tr.11.

11. Bùi Quang Tinh (2002), "Nghiên cứu tình hình mổ lấy thai ở sản phụ có sẹo mổ đẻ cũ tại Viện BVBTSS trong 2 năm 1999-2000", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II - Trường Đại học Y Hà Nội, tr 21-22.