

6. **Novakovic N, Milovancevic MP.** THE RELATIONSHIP BETWEEN SENSORY PROCESSING AND ANXIETY ON CARS SCALE IN AUTISM SPECTRUM DISORDER. :12. <https://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0350-2538/2015/0350-25381502139N.pdf>
7. **Brang D, Ramachandran VS.** Olfactory bulb dysgenesis, mirror neuron system dysfunction, and autonomic dysregulation as the neural basis for autism. *Med Hypotheses*. 2010;74(5):919-921. doi:10.1016/j.mehy.2008.11.048
8. **Cermak SA, Curtin C, Bandini LG.** Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *J Am Diet Assoc*. 2010;110(2): 238-246. doi:10.1016/j.jada.2009.10.032

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP MỔ LẤY THAI THEO YÊU CẦU Ở THAI PHỤ ĐƯỢC QUẢN LÝ THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI CÀ MAU NĂM 2023-2024

Nguyễn Thế Tân¹, Huỳnh Ngọc Linh¹, Ngũ Quốc Vĩ², Trần Quang Khoa³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe sinh sản về mổ lấy thai theo yêu cầu ở các thai phụ mang thai 3 tháng đầu tại Bệnh viện Sản nhi Cà Mau năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp trước-sau trên 295 thai phụ, được quản lý thai kỳ tại Bệnh viện Sản Nhi. Khảo sát tỉ lệ mổ lấy thai theo yêu cầu, kiến thức và thái độ trước và sau can thiệp. **Kết quả:** Sau can thiệp tỉ lệ mổ lấy thai theo yêu cầu trước can thiệp 36,95% giảm còn 26,44% sau can thiệp, chỉ số ARR=10,51 và NNT=9,51. Kết quả còn cho thấy có tăng tỉ lệ kiến thức, thái độ đúng sau can thiệp, kiến thức đúng từ 29,83% tăng lên 37,63%; thái độ đúng 41,02% tăng lên 53,22%. Các yếu tố làm giảm chênh lệch mổ lấy thai theo yêu cầu: cư trú thành thị, thái độ, kiến thức đúng với OR lần lượt là 0,31 KTC95%[0,17-0,55]; 0,22 KTC95%[0,13-0,39] và 0,51 KTC95%[0,31-0,83] các yếu tố làm tăng chênh lệch là thai phụ lớn tuổi, thu nhập cao, bé trước mổ lấy thai với OR 1,44 KTC95%[1,12-1,85]; 1,57 KTC95%[1,14-2,17] và 6,01 KTC95%[3,69-9,78]. **Kết luận:** Biện pháp can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe sinh sản làm giảm tỉ lệ mổ lấy thai theo yêu cầu, tăng tỉ lệ thai phụ có kiến thức, thái độ đúng.

Từ khóa: mổ lấy thai, sinh đường âm đạo, kiến thức, thái độ, can thiệp.

SUMMARY

EVALUATION OF OUTCOMES OF ELECTIVE CAESAREAN SECTION INTERVENTION IN PREGNANT WOMEN MANAGED AT CA MAU OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL YEAR 2023-2024

Objective: To evaluate the results of the

reproductive health education and communication intervention on elective cesarean section in pregnant women in the first trimester at Ca Mau obstetrics and pediatrics hospital year 2023-2024. **Subjects and methods:** Before-after intervention study on 295 pregnant women managed at Ca Mau obstetrics and pediatrics hospital. Surveyed the rate of elective cesarean section, knowledge, and attitudes before and after the intervention. **Results:** After the intervention, the rate of elective cesarean section decreased from 36.95% before the intervention to 26.44% after the intervention, ARR=10.51 and NNT=9.51. The results also showed an increase in the rate of knowledge, correct attitudes after the intervention, correct knowledge increased from 29.83% to 37.63%; correct attitudes increased from 41.02% to 53.22%. Factors reducing the difference in elective cesarean section: urban residence, attitude, correct knowledge with OR were 0.31 CI95%[0.17-0.55]; 0.22 CI95%[0.13-0.39] and 0.51 CI 95%[0.31-0.83] respectively, the factors increasing the difference were older pregnant women, high income, previous cesarean section with OR were 1.44 CI95%[1.12-1.85]; 1.57 CI95%[1.14-2.17] and 6.01 CI95%[3.69-9.78]. **Conclusion:** Reproductive health education and communication intervention measures reduce the rate of elective cesarean section, increase the rate of pregnant women with correct knowledge and attitudes.

Keywords: cesarean section, vaginal delivery, knowledge, attitude, intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) có thể cứu sống trẻ sơ sinh và mẹ khi sản phụ không thể sinh qua đường âm đạo. Tuy nhiên, MLT có nguy cơ cao cả trong ngắn hạn và dài hạn đối với phụ nữ và trẻ sơ sinh [5]. Ngày càng có nhiều yếu tố làm tăng tỉ lệ MLT không liên quan đến chỉ định y tế. Nhiều thử nghiệm phi lâm sàng trên phụ nữ mang thai, gia đình và hệ thống y tế để giảm MLT không cần thiết, đặc biệt là các biện pháp can thiệp dựa vào thai phụ (TP) đã được thực hiện [1]. Các can thiệp hướng tới TP chủ yếu tập trung vào nâng cao kiến thức của TP về sinh nở,

¹Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau

²Trường Đại học Y dược Cần Thơ

³Sở Y tế Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Tân

Email: thetanni@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.8.2024

Ngày duyệt bài: 29.8.2024

cải thiện tăng khả năng đối phó của TP trong quá trình chuyển dạ và giảm căng thẳng của phụ nữ liên quan đến chuyển dạ khi sinh con giáo dục và hỗ trợ quyết định cho TP có tiền sử MLT. Tuy nhiên hiệu quả của các can thiệp hướng tới TP trong việc giảm MLT vẫn còn nhiều tranh cãi [1], [1]. Các nghiên cứu can thiệp phi lâm sàng làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai theo yêu cầu (MLTTYC) ở Việt Nam còn rất ít. Nhằm cung cấp thêm số liệu khoa học về vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá kết quả can thiệp mổ lấy thai theo yêu cầu ở thai phụ được quản lý thai kỳ tại Bệnh viện Sản nhi Cà Mau năm 2023-2024".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những thai phụ cư trú ít nhất từ 6 tháng trở lên tại tỉnh Cà Mau, mang thai 3 tháng đầu được quản lý thai kỳ tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau, không có chỉ định mổ lấy thai chủ động.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: can thiệp trước sau.
 - Cỡ mẫu: chọn tất cả những thai phụ đồng ý tham gia trong thời gian nghiên cứu.

- Nội dung nghiên cứu: Tỷ lệ MLTTYC của thai phụ trước và sau can thiệp; Kiến thức về mổ lấy thai theo yêu cầu gồm 22 câu hỏi, thai phụ có kiến thức đúng khi trả lời được ≥ 17 câu hỏi và chưa đúng khi trả lời < 17 câu hỏi; Thái độ của thai phụ về mổ lấy thai theo yêu cầu gồm 14 câu hỏi với 5 phương án trả lời thai phụ có thái độ đúng khi trả lời được ≥ 53 điểm, chưa đúng < 53 điểm.

- Biện pháp can thiệp: Thông qua truyền thông-giáo dục sức khỏe trực tiếp với nhiều hình thức: nói chuyện trực tiếp, thảo luận nhóm, tuyên truyền và gián tiếp bao gồm áp phích, tờ rơi, sách mỏng. Nội dung can thiệp tuyên truyền giáo dục sức khỏe sinh sản bao gồm nguy cơ của mổ lấy thai và lợi ích của sinh ngã âm đạo.

- Đánh giá kết quả can thiệp: chọn những

Bảng 3.2. Tỷ lệ MLTTYC trước và sau can thiệp

Phương pháp sinh	Sau can thiệp (n,%)	Trước can thiệp (n,%)	OR [KTC 95%]	Chỉ số ARR	Chỉ số NNT	P
MLTTYC	78(26,44)	109(36,95)	0,35 [0,19-0,62]	10,51	9,51	0,001
SINH ĐẠĐ	205(73,56)	186(63,05)				
Tổng	295(100)	295(100)				

Nhận xét: Sau can thiệp tỷ lệ mong muốn mổ lấy thai là 26,44% thấp hơn so với tỷ lệ mong muốn mổ lấy thai trước can thiệp với tỷ lệ 36,95% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p=0,001$.

Bảng 3.3. Môi liên quan giữa các yếu tố của thai phụ và tỉ lệ sinh mổ ở nhóm chứng và nhóm can thiệp

Đặc điểm	Tỉ lệ sinh mổ		OR [KTC95%]	P
	Nhóm can thiệp (n=480)	Nhóm chứng (n=470)		
Nơi cư trú				

thai phụ mang thai 3 tháng đầu đưa vào nghiên cứu và can thiệp bằng tuyên thông giáo dục sức khỏe sinh sản. Kết thúc can thiệp khi thai phụ đến khám trong 3 tháng cuối, tiến hành phỏng vấn và ghi nhận lại kết quả thông qua các chỉ số: tỷ lệ MLTTYC trước và sau can thiệp (ước tính bằng chỉ số ARR và NNT); kiến thức, thái độ đúng.

- Thời gian can thiệp: 06 tháng (từ tháng 8/2023 đến tháng 1/2024)

- Phương pháp xử lý và phân tích số liệu sử dụng Epi-data 3.02 để nhập liệu, xử lý thống kê bằng phần mềm STATA 12.0. Kiểm định trước sau bằng phép kiểm Mcnemar và phân tích hồi qui bằng phương pháp ước lượng tổng quát (GEE), các phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau thời gian can thiệp, có một số thai phụ không đến tái khám định kỳ và không liên lạc được nên chúng tôi loại ra. Chúng tôi đánh giá kết quả can thiệp trên 295 thai phụ đầy đủ các yêu cầu của nghiên cứu trong số 320 thai phụ được đưa vào can thiệp.

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.1. Tỷ lệ MLTTYC, kiến thức thái độ đúng trước can thiệp

Chỉ số	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phương pháp sinh		
MLTTYC	109	36,95
SINH ĐẠĐ	186	63,05
Kiến thức		
Đúng	88	29,83
Không đúng	207	70,17
Thái độ		
Đúng	121	41,02
Không đúng	174	58,98
Tổng	295	100

Nhận xét: Số lượng thai phụ có ý định MLTTYC là 109/295 chiếm tỷ lệ 36,95%, có kiến thức, thái độ chung đúng lần lượt là 29,83% và 41,02% các tỷ lệ này tương đối thấp.

Thành thị (n=210)	71(33,81)	89(42,38)	0,31	0,000
Nông thôn (n=85)	7(8,24)	20(23,53)	[0,19-0,48]	
Học vấn				
TH, MC (n=15)	7(46,67)	6(40)	0,78	0,02
THCS (n=48)	15(31,25)	19(39,58)		
THPT (n=151)	40(26,49)	58(38,41)		
THCN ⁽⁺⁾ (n=81)	16(19,75)	26(32,10)		
Nhóm tuổi				
<25 (n=75)	15(20)	21(28)	1,37	0,000
25-29 (n=144)	36(25)	53(36,81)		
30-34 (n=36)	10(27,78)	15(41,67)		
≥35 (n=40)	17(42,50)	20(50)		
Thu nhập của gia đình				
<10 (n=118)	22(18,64)	38(32,2)	1,72	0,000
10-20 (n=128)	36(28,13)	45(35,16)		
>20 (n=49)	20(40,82)	26(53,06)		
Phương pháp sinh bé trước				
Mổ lấy thai (n=84)	41(48,81)	61(72,62)	5,80	0,000
Sinh ĐAĐ (n=145)	25(17,24)	36(24,83)	[3,81-8,82]	
Kiến thức				
Đúng	8(7,21)	25(28,41)	0,31	0,000
Không đúng	70(38,04)	84(40,58)	[0,19-0,46]	
Thái độ				
Đúng	17(10,83)	36(29,75)	0,31	0,000
Không đúng	61(44,2)	73(41,95)	[0,21-0,45]	

Nhận xét: Sau can thiệp các biến số nơi cư trú, trình độ học vấn, mức thu nhập, nhóm tuổi, kiến thức, thái độ có thay đổi tỷ lệ mổ lấy thai theo yêu cầu, p đều <0,05.

Bảng 3.4. Phân tích đa biến liên quan đến tỷ lệ mong muốn mổ lấy thai theo yêu cầu

Biến số	Hệ số hồi qui	OR [KTC 95%]	P
Nơi cư trú	-1,17	0,31[0,17-0,55]	0,000
Học vấn	-0,08	0,91[0,67-1,24]	0,57
Nhóm tuổi	0,36	1,44[1,12-1,85]	0,004
Mức thu nhập của gia đình	0,45	1,57[1,14-2,17]	0,006
Phương pháp sinh bé trước	1,79	6,01[3,69-9,78]	0,000
Kiến thức	-1,48	0,22[0,13-0,39]	0,000
Thái độ	-0,68	0,51[0,31-0,83]	0,007

Nhận xét: Sau khi phân tích đa biến trình độ học vấn không có sự khác biệt trước và sau can thiệp, các biến số còn lại đều có ý nghĩa thống kê, p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả tỷ lệ mổ lấy thai theo yêu cầu trước và sau can thiệp. Tổng số 295 thai phụ trước can thiệp có 109/295 thai phụ mong muốn được MLT chiếm 36,95% và 186 thai phụ mong muốn được sinh NÂĐ chiếm 63,05% trong khi đó sau can thiệp chỉ còn 78/295 thai phụ MLTTYC chiếm 26,44% và 205 thai phụ mong

muốn sinh NÂĐ chiếm 73,56% sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với p=0,001 với OR=0,35 KTC95%[0,19-0,62]. Như vậy sau thời gian can thiệp làm giảm chênh lệch sinh mổ là 0,41 lần hay giảm khoảng 59% tỷ lệ mong muốn sinh mổ (Bảng 3.2). Với chỉ số giảm nguy cơ tuyệt đối là 10,51% cho thấy sau can thiệp bằng TTGDSKSS giảm được 10,51% các thai phụ có MLTTYC. Kết quả còn cho thấy chỉ số NNT là 9,51. Như vậy để giảm được 1 thai phụ mong muốn mổ lấy thai bằng phương pháp TTGDSKSS cần can thiệp khoảng 10 thai phụ. Kết quả này gợi ý rằng, việc can thiệp đã tác động đến kết quả giảm tỷ lệ mong muốn mổ lấy thai. Đây là kết quả bước đầu cho thấy hiệu quả của can thiệp truyền thông GDSKSS tác động lên tỷ lệ mong muốn mổ lấy thai ở những thai phụ không có chỉ định mổ lấy thai chủ động. Vì chưa có nhiều nghiên cứu về can thiệp GDSK trong việc làm giảm tỷ lệ mong muốn mổ lấy thai ở Việt Nam nên chúng tôi chưa tìm được tài liệu để so sánh kết quả này. Nhưng ghi nhận bước đầu của chúng tôi phù hợp với kết quả của các nghiên cứu khác ở ngoài nước. Nghiên cứu của Yunhui Tang tại Trung Quốc cho thấy giáo dục trước khi sinh có một số tác động tích cực đến giảm mổ lấy thai theo yêu cầu của bà mẹ. Tỷ lệ mổ lấy thai theo yêu cầu của bà mẹ giảm 23% ở những phụ nữ tham gia khóa học giáo dục trước khi sinh [6]. Tương tự, nghiên cứu Mahboubeh

Shirzad tại Iran cho thấy các biện pháp can thiệp làm giảm các ca mổ lấy thai không cần thiết [3]. Nghiên cứu bán thực nghiệm của Sedigheh Sheidaei được thực hiện trên 160 sản phụ ở tuổi thai 34-36 tuần không có chỉ định mổ lấy thai chủ động được phân ngẫu nhiên thành hai nhóm giáo dục đồng đẳng và nhóm đối chứng. Trước khi can thiệp nhóm can thiệp có 16 (20%) thai phụ mong muốn sinh mổ, nhóm chứng có 14 (17,5%) thai phụ muốn sinh mổ. Như vậy, không có sự khác biệt giữa các nhóm về ý định để lựa chọn cách sinh trước can thiệp ($P=0,73$). Sau can thiệp nhóm can thiệp có 0 (0%) thai phụ mong muốn sinh mổ, nhóm chứng có 16 (20%) thai phụ muốn sinh mổ. Các kết quả thu được cho thấy mức độ ý định chọn sinh ngã âm đạo cao hơn ở nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng ($P<0,001$). Giáo dục đúng đắn là một trong những yếu tố quan trọng có thể giúp phụ nữ lựa chọn hình thức sinh nở [4]. Về vấn đề này, một trong những phương pháp giáo dục là giáo dục đồng đẳng cũng đã xác định tác động đối với việc lựa chọn phương thức sinh nở. Một phân tích gộp của Farideh Moradi Các can thiệp có thể là thực hiện nhằm thay đổi hành vi của thầy thuốc và thái độ của sản phụ nhằm giảm mổ lấy thai [2]. So sánh với các nghiên cứu trước đây, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng.

4.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mổ lấy thai theo yêu cầu

4.2.1. Nơi cư trú của các thai phụ. Khi xét đến yếu tố nơi cư trú của các thai phụ và mong muốn phương thức sinh sau can thiệp với 71/210 thai phụ mong muốn MLT ở thành thị chiếm 33,81% và tỷ lệ MLTTYC ở nhóm nông thôn là 7/85 với tỷ lệ 8,24% so với tỷ lệ trước can thiệp là 42,38% và 23,53% kết quả này cho thấy cả ở nông thôn và thành thị đều có giảm số thai phụ mong muốn MLT sau can thiệp. Cùng ở một nơi cư trú nhưng những thai phụ nhận được các biện pháp can thiệp có chênh lệch giảm tỉ lệ mong muốn MLT giảm 0,31 lần so với trước can thiệp.

4.2.2. Môi liên quan giữa trình độ học vấn, nhóm tuổi, phương thức sinh bé trước của thai phụ trước và sau can thiệp. Khi xét về yếu tố học vấn, số liệu cho thấy tỷ lệ MLTTYC có khuynh hướng khi trình độ học vấn tăng lên thì tỷ lệ MLTTYC có khuynh hướng giảm. Với kiểm định trước sau có $OR=0,78$ KTC95% [0,63-0,97], $p=0,02$. Như vậy sau can thiệp khi học vấn tăng lên một cấp học thì giảm chênh lệch MLTTYC khoảng 22% ($OR=0,78$). Tuy nhiên, khi phân tích đa biến thì yếu tố học vấn không có ý nghĩa thống kê trước và sau can thiệp (Bảng

3.4). Ngược lại, ở mỗi khoảng cách tuổi thì tỷ lệ MLTTYC cao hơn so với nhóm tuổi trước đó với $OR=1,37$ KTC95% [1,14-1,64] cho thấy khi tăng lên một khoảng cách tuổi (5 năm) thì tăng chênh lệch MLTTYC là 1,37 lần. Khi thai phụ mang thai lớn tuổi do kết hôn muộn hoặc hiếm con thường họ mong muốn MLT thai vì cho rằng MLT là an toàn cho mẹ và con. Sau can thiệp tỉ lệ MLTTYC ở nhóm thai phụ có con đầu MLT là 48,81% thấp hơn rất nhiều so với MLTTYC trước can thiệp là 72,62%. Kết quả kiểm định cho thấy với $OR=5,8$ KTC 95% [3,81-8,84], $P=0,000$ cho thấy sau can thiệp nhóm thai phụ có tiền sử MLT vẫn có chênh lệch MLTTYC gấp 5,8 lần so với nhóm không có tiền sử MLT.

4.2.3. Kiến thức và thái độ và mong muốn mổ lấy thai của thai phụ. Kết quả Bảng 3.3 cho thấy nhóm thai phụ có kiến thức đúng và thái độ đúng sau can thiệp sẽ giảm tỷ lệ MLTTYC so với trước can thiệp. Khi phân tích so sánh trước sau nhóm có kiến thức đúng trước can thiệp có tỷ lệ MLTTYC là 28,4% và sau can thiệp tỷ lệ giảm xuống chỉ còn 7,21% với kết quả này cho thấy những thai phụ có kiến thức đúng được can thiệp sẽ có hiệu quả rất tốt trong việc giảm tỷ lệ MLTTYC. Tương tự, nhóm có thái độ không đúng tỷ lệ MLTTYC sau can thiệp tăng nhẹ so với trước can thiệp tỷ lệ MLTTYC 44,2% so với 41,95%. Nhóm có thái độ đúng tỷ lệ MLTTYC trước can thiệp là 29,75% sau can thiệp là 10,83%. Kết quả phân tích ước lượng tổng quát với $OR=0,31$ và KTC 95% [0,21-0,45]. Như vậy sau can thiệp nhóm có thái độ đúng giảm chênh lệch 0,31 lần MLTTYC so với nhóm có thái độ không đúng.

4.2.4. Phân tích đa biến và tỷ lệ mong muốn mổ lấy thai sau can thiệp. Từ phân tích đơn biến cho thấy có sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp, các yếu tố liên quan bao gồm: nơi cư trú, học vấn, nhóm tuổi, mức thu nhập của gia đình, phương pháp sinh bé trước, kiến thức, thái độ của thai phụ có ảnh hưởng đến tỷ lệ MLTTYC. Vì số lượng biến số có ý nghĩa thống kê tương đối ít nên chúng tôi chọn tất cả các biến số đưa vào phân tích đa biến. Sau khi phân tích đa biến biến số học vấn không có ý nghĩa thống kê, $p=57$. Từ kết quả Bảng 3.4 cho thấy các biến số có hệ số hồi quy âm là nơi cư trú, kiến thức, thái độ đúng của thai phụ và với $OR<1$ sau can thiệp sẽ làm giảm chênh lệch MLTTYC so với trước can thiệp. Ngược lại, sau can thiệp các yếu tố nhóm tuổi, thu nhập gia đình, phương pháp sinh bé trước vẫn có chênh lệch tăng tỷ lệ MLTTYC so với nhóm còn lại. Cụ thể những thai phụ ở nhóm tuổi cao hơn 1 bậc

(5 năm) và mức thu nhập cao hơn sẽ tăng chênh lệch mong muốn mổ lấy thai với OR lần lượt là 1,44 và 1,57 lần, $p < 0,01$. Riêng đối với những thai phụ đã có tiền sử mổ lấy thai trước đó sau can thiệp vẫn có tỷ lệ chênh lệch MLTTYC gấp 6,01 lần so với nhóm thai phụ không có tiền sử mổ lấy thai, $p < 0,001$.

V. KẾT LUẬN

- Sau can thiệp tỉ lệ MLTTYC giảm từ 3,95% trước can thiệp còn 26,44% sau can thiệp và giảm nguy cơ tuyệt đối là 10,51. Cần can thiệp khoảng 10 thai phụ để giảm được một trường hợp mổ lấy thai theo yêu cầu.

- Sau khi phân tích đa biến các yếu tố làm giảm chênh lệch MLTTYC là nơi cư trú, kiến thức, thái độ đúng với OR lần lượt là 0,31; 0,22; 0,51. Các yếu tố làm tăng chênh lệch MLTTYC là nhóm tuổi, thu nhập, phương pháp sinh bé trước với OR lần lượt là 1,44; 1,57 và 6,01.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Catling-Paull C, Johnston R, Ryan C, Foureur MJ**, (2011), "Non-clinical interventions that increase the uptake and success of vaginal birth after caesarean section: a systematic

review", *J Adv Nurs*, pp: 1662–1676.

2. **Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, et al** (2018), "Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section", *Cochrane Database Syst Rev*, doi.org/10.1002/14651858.
3. **Farideh Moradi, Aidin Aryankhesal, Mohammad Heidari, Ali Soroush** (2019), "Interventions in Reducing Caesarean Section in the World: A Systematic Review", *Malays J Med Sci*, 26(5); pp: 21–37.
4. **Mahboubeh Shirzad**, (2020), "Effect of "motivational interviewing" and "information, motivation, and behavioral skills" counseling interventions on choosing the mode of delivery in pregnant women: a study protocol for a randomized controlled trial", *Trial*, 21, e:970.
5. **Sedigheh Sheidaei, Jafarnejad F, Mohammad Zadeh F, Taji Heravi A** (2019), "The Effect of Peer Education on Pregnant Women's Choosing Mode of Delivery", *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 7(4); pp: 1880-1887.
6. **WHO** (2018) "Recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections", ISBN 978-92-4-155033-8.
7. **Yunhui Tang, et al** (2020), "Promotion of Prenatal Education Courses Is associated With Reducing the Rates of Caesarean Section: A Case-Control Study", *Public Health*, doi: 10.3389/fpubh.666337.

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC MỨC ĐỘ CỦA CHỈ SỐ SpO_2/FiO_2 VÀ KẾT CỤC ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN ARDS

Bùi Thị Bích Liên¹, Trịnh Văn Đồng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa các mức độ của chỉ số SpO_2/FiO_2 (S/F) và các kết cục điều trị ở bệnh nhân ARDS. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát tiến cứu thực hiện trên 90 bệnh nhân được chẩn đoán ARDS theo tiêu chuẩn Berlin 2012 tại khoa Hồi sức ngoại Bệnh viện Việt Đức từ 03/2023 đến 09/2023. Đánh giá mối liên quan giữa các mức độ của chỉ số SpO_2/FiO_2 (với $SpO_2 \leq 97\%$) ở các thời điểm chẩn đoán, ngày thứ 3 quá trình điều trị với các kết quả điều trị bằng: tử vong 28 ngày, thời gian thở máy, số ngày nằm ICU, kết quả quá trình cai thở máy với ba mức độ: cai máy thở đơn giản, khó cai máy thở, cai máy thở kéo dài. **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong chung của nghiên cứu là 30% và không có sự khác biệt đáng kể ($p > 0,05$) khi so sánh giữa các mức độ nặng ARDS ở thời điểm chẩn đoán. Khi phân loại lại

mức độ nặng của ARDS ở ngày thứ 3 của điều trị thì tỉ lệ tử vong lần lượt là 14,9% (ARDS nhẹ); 23,5% (ARDS trung bình); 37,5% (ARDS nặng) ($p < 0,05$). Giá trị S/F ở các thời điểm T_{0-3} không có mối liên quan với kết quả cai máy thở tuy nhiên sự chênh lệch của giá trị S/F ở thời điểm T_3 và T_0 có khả năng tiên lượng khó cai máy thở và cai máy thở kéo dài ($p < 0,05$) với AUC lần lượt là 0,738 (95% CI: 59,5% - 85,7%) và 0,646 (95% CI: 48,2% - 81%). **Kết luận:** Chỉ số S/F sau 48h điều trị có thể giúp phân loại và tiên lượng tử vong ở BN ARDS. Sự chênh lệch giá trị S/F ở thời điểm T_3 với T_0 có khả năng tiên lượng khó cai máy thở và cai máy thở kéo dài. **Từ khóa:** ARDS, suy hô hấp cấp tiến triển, SpO_2/FiO_2 , cai máy thở.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RELATIONSHIP BETWEEN LEVEL OF SpO_2/FiO_2 AND OUTCOMES IN PATIENTS WITH ARDS

Objective: The aim of this study was to evaluate whether level SpO_2/FiO_2 (S/F) ratio associated with outcomes in patients with ARDS. **Methods:** In this prospective observational study, we enrolled 90 patients with ARDS who were in Surgical intensive care unit (SICU) at Vietnam – Germany Friendship Hospital from March 2023 to September 2023. To

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Văn Đồng

Email: donghoisucvd@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2024

Ngày duyệt bài: 29.8.2024