

có nghiên cứu đủ tin cậy về việc so sánh mối tương quan khi đo các thông số huyết động giữa hai kỹ thuật Physioflow và PiCCO. Vì vậy, nghiên cứu này của chúng tôi là một bước đệm để mở ra nhiều nghiên cứu hơn để đánh giá hiệu quả và độ tin cậy của các thông số huyết động đo bằng kỹ thuật trở kháng lồng ngực.

V. KẾT LUẬN

Các thông số huyết động đo bằng phương pháp trở kháng lồng ngực Physioflow có độ chính xác cao, có thể thay thế phương pháp PiCCO trong thăm dò huyết động bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn giai đoạn sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ildikó László, Domonkos Trásy, Zsolt Molnár et al** (2015). Sepsis: From Pathophysiology to Individualized Patient Care. *Journal of Immunology Research*, 1-13.
2. **Singer M., Deutschman C.S., Seymour C.W. và cộng sự.** (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, **315**(8), 801-810.
3. **Mai Văn Cường** (2011). Nghiên cứu sự liên quan giữa áp lực tĩnh mạch trung tâm và áp lực mao mạch phổi bất ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn và

- sốc tim. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện. Trường Đại học Y Hà Nội. Tr 29-53.
4. **Hernandez G, E, Boerma C, Dubin A, Bruhn A, Koopmans M, Edul VK, Ruiz C, Castro R, Pozo MO, Pedreros C, Veas E, Fuentealba A, Kattan E, Rovegno M, Ince C** (2013). Severe abnormalities in microvascular perfused vessel density are associated to organ dysfunctions and mortality and can be predicted by hyperlactatemia and norepinephrine requirements in septic shock patients. *Journal of Critical Care*. 28, 358.
 5. **Vincent JL, Sakr Y, Sprung CL, Ranieri VM, Reinhart K, Gerlach H, Moreno R, Carlet J, Le Gall JR, Payen D** (2006). Sepsis Occurrence in Acutely Ill Patients Investigators. Sepsis in European intensive care units: results of the SOAP study. *Crit Care Med*. 34:344-53.
 6. **Gan Liang Tan, Ping Wash Chan, Huck Chin Chew et al** (2011). Measurement of cardiac output in patients with septic shock using arterial pressure wave form analysis in comparison with the pulmonary artery catheter: A pilot study. *Chest*, 140(4), 435-40.
 7. **Phùng Văn Dũng** (2017). Ứng dụng kỹ thuật siêu âm doppler bằng USCOM để theo dõi và đánh giá huyết động ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn. Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
 8. **Young J. D** (2004). The heart and circulation in severe sepsis. *British Journal of Anaesthesia* 93(1), 114-20.

XỬ TRÍ SẢN KHOA Ở SẢN PHỤ MẮC BỆNH TIM NGHIÊN CỨU TỔNG KẾT 3 NĂM

Hoàng Thị Huyền¹, Nguyễn Mạnh Thắng^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu là mô tả xử trí sản khoa và kết cục thai kì của phụ nữ mang thai có bệnh tim trong 3 năm (2018- 2020) ở Bệnh viện phụ sản Trung ương (BVPSTW). Phương pháp nghiên cứu là mô tả hồi cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 3 năm có 331 sản phụ có bệnh tim có tuổi thai từ 22 tuần trở lên kết thúc thai kì tại BVPSTW. Thai kì đủ tháng chiếm đa số với 91,8%. Mổ lấy thai (MLT) là phương pháp kết thúc thai kì chính (88,2%), đẻ thường chiếm 11,8%. Chỉ định MLT chủ yếu là chỉ định về phía sản khoa (43%). MLT đơn thuần chiếm 70%, MLT kèm triệt sản chiếm 30%. Biến chứng tim mạch hay gặp nhất là suy tim chiếm 65%, rối loạn nhịp tim đứng thứ

2 chiếm 18%, không có tử vong mẹ. Trong nhóm thai có kết cục bất lợi, nhóm đẻ non chiếm tỉ lệ cao nhất 8,6%, thai chậm phát triển trong tử cung chiếm 6,2%, tử vong sơ sinh chiếm 2,6%. **Từ khóa:** Phụ nữ có thai, bệnh tim, kết cục thai kì

SUMMARY

OBSTETRIC MANAGEMENT IN PREGNANT WOMEN WITH HEART DISEASE: A REVIEW OF THREE YEARS (2018-2020)

The objective of the study was to describe the obstetric management and pregnancy outcomes of pregnant women with heart disease for 3 years (2018-2020) at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology (NHOG). The research method is descriptive retrospective. Research results show that in 3 years, 331 women with heart disease with gestational age of 22 weeks or more ended their pregnancy at NHOG. Full term pregnancy accounted for the majority with 91.8%. C-section was the main method of ending pregnancy (88.2%), and normal delivery accounts for 11.8%. Indications for C-section was mainly on the obstetric (43%). C-section alone accounted for 70%, C-section with sterilization accounted for 30%. The most common

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc Oai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Huyền

Email: hoanghuyen802@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022

Ngày duyệt bài: 14.12.2022

cardiovascular complication was heart failure (65%), arrhythmia ranked second at 18%, no maternal mortality. In the group of fetuses with adverse outcomes, premature delivery accounted for the highest rate of 8.6%, intrauterine growth retardation accounted for 6.2%, and mortality newborns accounted for 2.6%.

Keywords: Pregnant women, heart disease, pregnancy outcomes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tim ở phụ nữ có thai (PNCT) là một trong những bệnh lý nguy hiểm, nó thường dẫn đến những nguy cơ cho cả mẹ và con. Tần suất mắc bệnh chiếm khoảng 1-2% các phụ nữ mang thai¹. Bệnh tim ở PNCT là một trong những vấn đề luôn được các thầy thuốc hết sức quan tâm vì bệnh lý tim trong thai kì luôn gặp nhiều khó khăn trong vấn đề điều trị và biến chứng tim sản là những biến chứng nặng với nguy cơ tử vong cho cả sản phụ và thai nhi². Những thay đổi về tim mạch khi mang thai thường làm nặng thêm tình trạng bệnh lý tim của người mẹ. Nó có thể gây nên những biến chứng như: suy tim cấp, phù phổi cấp, tắc mạch huyết khối, rối loạn nhịp tim... Những biến chứng này hay gặp trong ba tháng cuối của thai kỳ và nhất là trong và ngay sau chuyển dạ, vì trong giai đoạn này những biến đổi về tim mạch là nhiều nhất. Bên cạnh đó, bệnh lý tim mạch cũng ảnh hưởng đến thai nhi, gây nên nhiều bệnh lý như thai chậm phát triển trong tử cung, suy thai, dọa đẻ non, đẻ non, thai lưu. Các biến chứng này có thể gặp tùy theo mức độ bệnh lý của mẹ và tình trạng của thai. Tỷ lệ tử vong mẹ và thai nhi có sự thay đổi theo thời gian và khu vực, có khuynh hướng giảm rõ rệt³.

Việt Nam là một nước đang phát triển, gần đây điều kiện kinh tế, xã hội có nhiều thay đổi, nền y học ngày càng tiến bộ giúp cho việc chẩn đoán, theo dõi và xử trí tim sản tốt hơn, giúp cải thiện đáng kể cục thai kì. Để góp phần tìm hiểu về vấn đề này, chúng tôi nghiên cứu: *Xử trí sản khoa và kết cục thai kì ở phụ nữ mang thai có bệnh tim ở BVPSTW trong 3 năm (2018- 2020).*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Phụ nữ có thai từ 22 tuần trở lên có bệnh tim (bệnh tim bẩm sinh, bệnh tim mắc phải, rối loạn nhịp tim...) và kết thúc thai kì tại BVPSTW từ 01/ 01/2018 đến hết 31/12/2020 (tuổi thai tính theo siêu âm 3 tháng đầu).

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, bệnh lý tim kèm theo có chẩn đoán rõ ràng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không

đầy đủ thông tin. Bệnh nhân mắc bệnh nội khoa khác như bệnh lý tuyến giáp, đái tháo đường, bệnh thận, bệnh gan, bệnh hô hấp...và mắc bệnh sản khoa khác như tiền sản giật, rau tiền đạo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.2.1. Chọn mẫu và cỡ mẫu:

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot \frac{p \cdot q}{(p \cdot \epsilon)^2}$$

Trong đó: N là số bệnh nhân nghiên cứu
Z_{1-α/2} là hệ số giới hạn tin cậy, bằng 1,962 ứng với độ tin cậy 95% (α = 0,05).

p: Tỷ lệ sản phụ bị bệnh tim được xử trí sản khoa (bao gồm đẻ thường, forceps, mổ lấy thai) trong số sản phụ bị bệnh tim theo nghiên cứu trước của Nguyễn Bảo Giang là 0,93%⁸, q= 1-p, ε là sai số ước lượng, ε = 0,03.

Thay vào công thức ta được n = 321. Trong 3 năm từ 2018- 2020 chúng tôi thu thập được 331 hồ sơ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân như trên. Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy n = 331

2.3. Phân tích xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án, không có bất kì sự can thiệp nào trên bệnh nhân, các thông tin của bệnh nhân được bảo mật. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y Đức Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 3 năm từ năm 2018 đến 2020, có 331 sản phụ có thai 22 tuần trở lên có bệnh tim phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu, chiếm 0,46% tổng số ca sinh tại viện, các sản phụ này được xử trí sản khoa theo bệnh cảnh cụ thể.

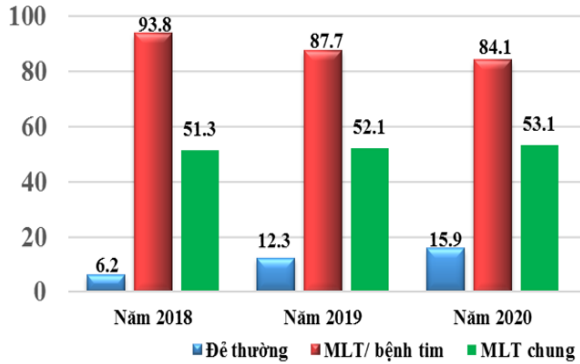
3.1. Phương pháp kết thúc thai kì

Bảng 1: Phương pháp kết thúc thai kì

Phương pháp	Số SP	Tỉ lệ%
Đẻ thường	39	11,8
MLT	292	88,2
Forceps	0	0
Tổng	331	100

Sản phụ có bệnh tim được xử trí MLT chiếm tỉ lệ cao 88,2%, đẻ thường chiếm 11,8%, không có sản phụ được xử trí forceps.

3.2. Phương pháp kết thúc thai kì theo từng năm. Trong 3 năm từ 2018- 2020, tỉ lệ sản phụ được xử trí mổ MLT giảm dần qua các năm từ 93,8% năm 2018 xuống 84% năm 2020, tỉ lệ này cao hơn rõ rệt so với tỉ lệ MLT chung, tỉ lệ sản phụ đẻ thường tăng từ 6,2% lên 15,9%.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ phương pháp kết thúc thai kì theo từng năm

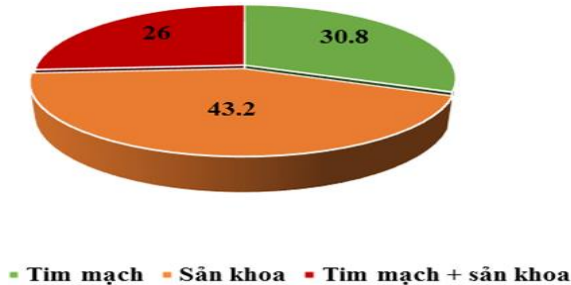
3.3. Xử trí sản khoa theo phân tầng nguy cơ và độ suy tim của sản phụ

Bảng 2. Xử trí sản khoa theo nguy cơ và độ suy tim của sản phụ

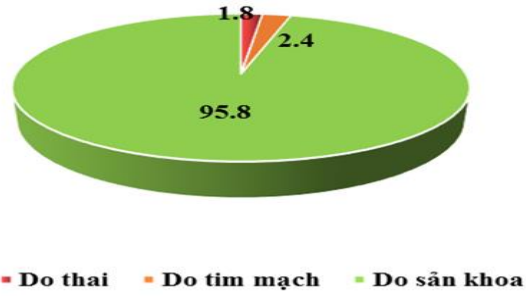
Xử trí		Đẻ thường		MLT		Tổng	p
		SL	Tỉ lệ %	SL	Tỉ lệ %		
Nhóm nguy cơ tim mạch	Nguy cơ thấp	36	14,4	214	85,6	250	p=0,019 <0,05
	Nguy cơ TB	2	2,9	66	97,1	68	
	Nguy cơ cao	1	7,7	12	92,3	13	
Phân độ suy tim	Không suy tim	34	13,5	218	86,5	252	p=0,109 >0,05
	I	2	4,9	39	95,1	41	
	II	2	8	23	92	25	
	III	1	10	10	90	11	
	IV	0	0	2	100	2	

Trong nhóm nguy cơ trung bình và cao, tỉ lệ MLT đều trên 92%, có sự khác biệt của xử trí sản khoa theo nhóm nguy cơ tim mạch, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỉ lệ MLT ở nhóm có suy tim đều $> 90\%$, không có sự khác biệt của xử trí sản khoa theo phân độ suy tim với $p > 0,05$.

3.4. Chỉ định mổ lấy thai và lý do kết thúc thai kì

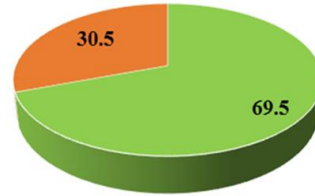


Biểu đồ 2: Chỉ định MLT của sản phụ bị bệnh tim



Biểu đồ 3: Lý do kết thúc thai kì

3.5. Phẫu thuật sản khoa ở sản phụ bị bệnh tim



Biểu đồ 4: Phẫu thuật sản khoa ở sản phụ bị bệnh tim

Trong số các sản phụ được phẫu thuật sản khoa, MLT đơn thuần chiếm tỉ lệ cao nhất 69,5%, MLT kèm triệt sản chiếm 30%, không có trường hợp nào cắt tử cung.

3.6. Các biến chứng tim sản

3.6.1. Các biến chứng sản khoa trên mẹ

Bảng 3. Các biến chứng sản khoa trên mẹ

Biến chứng	Số SP	Tỉ lệ%
Không biến chứng	321	97
Chảy máu sau đẻ	5	1,5
Nhiễm khuẩn	3	0,9
Biến chứng khác	2	0,6
Tổng	331	100

Trong nghiên cứu, có 1,5% các sản phụ gặp biến chứng chảy máu sau đẻ phải truyền máu, có 0,9% sản phụ gặp biến chứng nhiễm khuẩn hậu sản.

3.6.2. Các biến chứng tim mạch trên mẹ

Bảng 4. Các biến chứng tim mạch trên mẹ

Biến chứng	Số SP	Tỉ lệ % tổng	Tỉ lệ % trong nhóm có BC
Không biến chứng	306	92,5	
Suy tim tăng nặng	21	6,4	65,6
Đạ phù phổi cấp	2	0,6	6,3
Phù phổi cấp	1	0,3	3,1
Rối loạn nhịp tim	6	1,8	18,8
Thuyên tắc huyết khối	1	0,3	3,1

Osler	1	0,3	3,1
Tử vong	0	0	0

Biến chứng tim mạch hay gặp nhất là biến chứng suy tim (suy tim mới xuất hiện hoặc tăng nặng độ trong và sau chuyển dạ) chiếm 65%, rối loạn nhịp tim hay gặp đứng thứ 2 chiếm 18%, không có trường hợp tử vong mẹ.

3.6.3. Kết cục thai

Bảng 5. Kết cục thai

Kết cục thai	Số lượng	Tỉ lệ %
Bình thường (đẻ đủ tháng, cân nặng thai bình thường)	275	81,6
Thai nhẹ cân	16	4,8
Thai lưu	0	0
Thai chậm tăng trưởng trong tử cung	21	6,2
Đẻ non	29	8,6
Đình chỉ thai kì	3	0,9
Có chỉ số Apgar thấp (<7 điểm ở thời điểm 5 phút)	25	7,4
Có dị tật bẩm sinh	8	2,4
Tử vong chu sinh	9	2,7

Trong nghiên cứu, chỉ số Apgar thấp, đẻ non, thai chậm phát triển trong tử cung là những biến cố thường gặp về phía thai.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Xử trí sản khoa. Tỉ lệ sản phụ có bệnh tim được xử trí MLT chiếm tỉ lệ cao 88,2%, tỉ lệ đẻ thường chiếm 11,8%, không có trường hợp forceps. So sánh với các nghiên cứu trước, tỉ lệ MLT có chiều hướng tăng và tỉ lệ forceps có chiều hướng giảm^{4,5}.

Qua 3 năm từ 2018- 2020, tỉ lệ sản phụ được xử trí MLT giảm dần qua các năm từ 93,8% năm 2018 xuống 84% năm 2020, tỉ lệ sản phụ đẻ thường tăng từ 6% lên 16%.

Trong 3 năm, tỉ lệ MLT ở nhóm sản phụ mắc bệnh tim cao hơn rõ rệt so với tỉ lệ MLT chung (88,2% so với 52,2%), tuy nhiên tỉ lệ này có giảm dần từ năm 2018 đến 2020 (giảm từ 93,7% xuống 84%). Trong nhóm nguy cơ cao và trung bình tỉ lệ MLT đều trên 92%, có sự khác biệt của xử trí sản khoa theo nhóm nguy cơ tim mạch khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.1.2. Mổ lấy thai: chỉ định MLT và phẫu thuật phối hợp. Chỉ định MLT ở sản phụ mắc bệnh tim do nguyên nhân sản khoa chiếm tỉ lệ cao nhất 43,2%. Chúng tôi thấy rằng trong nhóm chỉ định MLT do nguyên nhân sản khoa, nhóm có vết mổ đẻ cũ là hay gặp và đây cũng là nhóm chiếm tỉ lệ MLT phối hợp với triệt sản cao

Trong nhóm có phẫu thuật, MLT đơn thuần chiếm tỉ lệ cao nhất gần 70%, nhóm MLT phối

hợp với triệt sản chiếm 30%, không có trường hợp nào cắt tử cung. Trước đây chỉ định mổ lấy thai + cắt tử cung bán phần thường chỉ định với nhóm đối tượng suy tim độ III,IV, tuy nhiên với sự phát triển của chuyên ngành hồi sức cấp cứu, tim mạch, dược., phẫu thuật này chủ yếu được chỉ định do lý do về sản khoa.

Theo đúng khuyến cáo về thời điểm MLT chủ động, nhiều sản phụ được MLT theo kế hoạch, việc này tạo điều kiện cho bác sĩ sản khoa trong việc chuẩn bị tốt nhất cho cuộc mổ, có đầy đủ sự phối hợp giữa bác sĩ sản khoa và tim mạch giúp hạn chế các biến chứng tim sản, đặc biệt là ở nhóm có bệnh tim phức tạp, suy tim hoặc van tim cơ học đang dùng thuốc chống đông⁶. Trong nghiên cứu, tất cả bệnh nhân có van tim cơ học đều được phẫu thuật chủ động, dùng thuốc chống đông trước phẫu thuật 24h và dùng lại sau phẫu thuật sản khoa 24h khi tình trạng chảy máu sản khoa tương đối ổn định⁷.

4.1.2. Đẻ thường: Tỉ lệ đẻ thường là 11,8%, tỉ lệ này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Bảo Giang (11,28%)⁴ Lê Thị Huyền (11,4%)⁵. Đa phần sản phụ đẻ thường nằm trong nhóm nguy cơ thấp (36/39 trường hợp) và không suy tim (34/39 trường hợp), các trường hợp suy tim đẻ thường đều là các trường hợp con rạ, chuyển dạ nhanh.

4.1.3. Forceps. Trong nghiên cứu, không có sản phụ nào forceps. Tỉ lệ này giảm hẳn so với các nghiên cứu trước (Nguyễn Bảo Giang 30,8%⁴, Lê Thị Huyền 2,4%⁵). Hiện nay, MLT là phương án xử trí chủ động hơn và hạn chế biến cố cho mẹ và con hơn, do vậy MLT có xu hướng thay thế cho Forceps.

4.2. Biến cố tim - sản

4.2.1. Biến cố về phía mẹ

a. Biến cố sản khoa. Trong nghiên cứu, có 1,5% các sản phụ gặp biến chứng chảy máu sau đẻ phải truyền máu. Biến chứng nhiễm khuẩn hậu sản chiếm 0,9%.

b. Biến cố tim mạch. Biến cố tim sản là 1 trong những biến cố chính đe dọa đến sức khỏe và tính mạng của sản phụ mắc bệnh tim. Trong nghiên cứu, biến chứng tim mạch hay gặp nhất là biến chứng suy tim, rối loạn nhịp hay gặp đứng thứ 2 chiếm 18,8%, phù phổi cấp, thuyên tắc huyết khối và Osler mỗi biến chứng đều gặp 01 trường hợp chiếm tỉ lệ 0,3%. Không có tử vong mẹ.

***Biến cố suy tim:** là biến chứng hay gặp nhất (suy tim mới xuất hiện hoặc tăng nặng độ trong và sau chuyển dạ), có 21/ 331 sản phụ gặp phải biến cố này chiếm 6,3% trong số

ngiên cứu và chiếm 65,6% trong nhóm có biến chứng. Tỷ lệ sản phụ gặp biến chứng suy tim tăng nặng đều có xu hướng giảm so với 1 số nghiên cứu trước (Nguyễn Bảo Giang 82%⁴, Lê Thị Huyền 45,4%⁵ trong nhóm có biến chứng), có được điều này có thể do sự phát triển chung của ngành y tế, trình độ chuyên môn được nâng cao, nhiều can thiệp và phẫu thuật tim mạch khó được thực hiện, trình độ dân trí, ý thức khám chữa bệnh và sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân tốt hơn.

***Biến cố phù phổi cấp (PPC) và dọa PPC.**

PPC là 1 trong các biến chứng tuy ít gặp nhưng vô cùng nguy hiểm do tính chất cấp tính, nếu không cấp cứu kịp thời có thể diễn biến suy hô hấp cấp, tỷ lệ tử vong rất cao. Dọa PPC là tình trạng diễn biến ban đầu của PPC. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 01 trường hợp PPC và 02 trường hợp dọa PPC

***Biến cố rối loạn nhịp tim.** RLNT ngoài gây rối loạn huyết động, suy tim còn có nguy cơ gây huyết khối, nên trong các trường hợp có RLNT cần lưu ý biến chứng huyết khối tắc mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 6 trường hợp gặp biến chứng RLNT, trong đó có 4/6 trường hợp bị ngoại tâm thu thất dày, 2/6 trường hợp xuất hiện rung nhĩ cơn, 6/6 trường hợp sau sinh đều được theo dõi tại khoa hồi sức tích cực và 3/6 trường hợp rối loạn nhịp nặng phải chuyển sang Bệnh viện Bạch Mai điều trị.

***Biến cố thuyên tắc huyết khối.** Chúng tôi gặp 01 trường hợp thuyên tắc huyết khối trong thai kỳ (bán kết van cơ học do huyết khối được điều trị thuốc tiêu sợi huyết). Tình trạng tăng đông là 1 tình trạng thường gặp ở PNCT, trong nhóm bệnh nhân tim mạch tình trạng này còn tăng lên nhiều, do đó việc điều chỉnh thuốc chống đông phối hợp với theo dõi thai kỳ vẫn luôn là một thách thức với các bác sỹ tim mạch và sản phụ khoa⁷.

***Biến cố Osler.** Trong nghiên cứu, có 01 trường hợp gặp biến chứng Osler. Vô khuẩn và sử dụng kháng sinh dự phòng với các bệnh nhân được có phẫu thuật/ thủ thuật được áp dụng cho tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu để dự phòng Osler⁸.

4.2.2. Biến cố về phía con: Trong nghiên cứu, nhóm thai bình thường không có biến chứng chiếm tỷ lệ cao 81%, trong nhóm thai kỳ có kết cục bất lợi, nhóm đẻ non chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 8,6%, chỉ số Apgar thấp dưới 7 điểm ở thời điểm 5 phút đứng thứ hai chiếm 7%, thai chậm tăng trưởng trong tử cung đứng hàng thứ ba với 6,2%. Có 9 sơ sinh tử vong chiếm 2,7%,

sơ sinh tử vong nằm trong nhóm đình chỉ thai kỳ do dị tật bẩm sinh hoặc ở trường hợp chuyển dạ sinh cực non < 28 tuần. Cân nặng sơ sinh trung bình trong nghiên cứu: 2985 ± 558 gram. Tuổi thai trung bình khi kết thúc thai kỳ là 38,1 ± 2,4 tuần. Tuổi thai trung bình trong nhóm không có suy tim là 38,5 ± 1,87 tuần, trong nhóm có suy tim là 37,2 ± 3,5 tuần, chỉ số này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Huyền (36,2 ± 4,27 tuần)⁵, như vậy ta thấy tỷ lệ sinh non ở nhóm thai phụ có suy tim đã giảm so với nghiên cứu trước đây.

V. KẾT LUẬN

Nhờ những tiến bộ trong y học, quan điểm điều trị bệnh nhân tim sản đã có nhiều thay đổi. Hiện nay, mổ lấy thai là phương pháp kết thúc thai kỳ chính ở sản phụ có bệnh tim. Xử trí tích cực và phối hợp nhiều chuyên khoa trong tim sản đã làm giảm đáng kể tỷ lệ biến chứng đặc biệt là tử vong mẹ. Nhiều phụ nữ có bệnh tim đã được làm mẹ và tỷ lệ thai đẻ ra bình thường, đủ tháng ngày càng nhiều. Tuy nhiên, đẻ non, thai chậm phát triển trong tử cung, tử vong chu sinh vẫn là những vấn đề mà thầy thuốc sản - nhi - tim mạch cần hết sức lưu tâm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Phan Trường Duyệt.** Bệnh tim và thai nghén. Lâm sàng Sản Phụ Khoa. NXB Y học; 1999:199-205.
- 2. Endorsed by the European Society of Gynecology (ESG) the A for EPC (AEPC) and the German Society for Gender Medicine (DGesGM), Authors/Task Force Members, Regitz-Zagrosek V, et al.** ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2011;32(24):3147-3197. doi:10.1093/eurheartj/ehr218
- 3. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, et al.** 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy: The Task Force for the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2018;39(34):3165-3241. doi:10.1093/eurheartj/ehy340
- 4. Nguyễn Bảo Giang.** Nhận xét về tình hình và kết quả điều trị bệnh tim và thai nghén tại Bệnh viện Phụ sản trung ương (từ tháng 1/2000 đến 9/2004). Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2004.
- 5. Lê Thị Huyền.** Nghiên cứu xử trí sản khoa với sản phụ bị bệnh tim từ 22 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Luận văn Thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
- 6. Gohlke-Bärwolf C.** [Anticoagulation in pregnancy and post partum in heart valve diseases, thrombosis or atrial fibrillation: fetal risk

versus maternal thromboembolism]. Z Kardiol. 2001;90 Suppl 4:49-56.

7. **Anticoagulation During Pregnancy.** Published online December 30, 2021. Accessed September 25, 2022. <https://ashpublications.org/ashclinicalnews/news/3532/Anticoagulation-During-Pregnancy>
8. **ESC Guidelines on Infective Endocarditis (Prevention, Diagnosis and Treatment of).**

Accessed September 25, 2022. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Infective-Endocarditis-Guidelines-on-Prevention-Diagnosis-and-Treatment-of>, <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Infective-Endocarditis-Guidelines-on-Prevention-Diagnosis-and-Treatment-of>

THỰC TRẠNG DINH DƯỠNG BỮA ĂN CA CỦA CÔNG NHÂN NGÀNH DỆT MAY VÀ DA GIẦY KHU VỰC MIỀN NAM

Lê Thị Hạnh¹, Đỗ Thị Phương Hà², Phạm Thùy Linh¹,
Nguyễn Thị Vân³, Nguyễn Ngọc Anh¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 1525 công nhân thuộc 16 cơ sở lao động thuộc 2 ngành dệt may và da giày tại khu vực phía Nam nhằm mô tả thực trạng dinh dưỡng bữa ăn ca của người lao động ngành dệt may và da giày khu vực miền Nam năm 2017. Kết quả cho thấy thực phẩm tiêu thụ trung bình cao nhất là nhóm ngũ cốc (131,52g), kế đến là nhóm rau quả khác (78,1g), thịt, cá và thủy sản (66,35g), rau màu xanh thẫm, rau quả màu vàng đỏ (40,43g). Nhóm đậu và các sản phẩm; bánh kẹo, nước ngọt; trứng và đồ uống có cồn có mức tiêu thụ rất ít. Bữa ăn ca người lao động 2 ngành này có tỷ lệ protein, lipid, glucid cân đối là 15,8:20,6:63,9. Tuy nhiên các tỷ số canxi/ phospho, chất xơ/ 1000kcal, Vitamin B2/1000kcal chưa cân đối với tỉ số lần lượt là 0,47, 3,33, 0,34. Năng lượng của bữa ăn ca mới đáp ứng được 63,6% nhu cầu của người lao động nam và 75,9% nhu cầu của người lao động nữ. Mức đáp ứng về năng lượng ở nữ cao hơn nam sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$).

Từ khóa: dinh dưỡng, bữa ăn ca, khẩu phần, người lao động, dệt may, da giày.

SUMMARY

WORKER'S MEAL AT SOME GARMENT AND FOOTWEAR COMPANIES OF THE SOUTHERN REGION IN VIETNAM

A cross-sectional study was carried out on 1525 workers in 16 labor facilities in 2 industries of garment and footwear in the southern region to assess the shift meals' nutritional status of workers in 2017. The results show that the average food consumed in the workers' meals is the cereal group (131.52g), followed

by other vegetables and fruits (78.1g), meat, fish and seafood (66.35g), dark green vegetables, red yellow vegetables (40.43g). Beans and products ; confectionery, soft drinks; eggs and alcoholic beverages have very little consumption. Meals have a balanced protein, lipid and glucid ratio of 15.8:20.6:63.9. However, the ratios of calcium/phosphorus, fiber/1000kcal, Vitamin B2/1000kcal are not balanced with the ratio 0.47, 3.33, 0.34. The energy of the shift meal meets 63.6% of women' s ecommended dietary allowance and 75.9% of the female. The level of energy response in women is higher than in men, the difference is statistically significant ($p < 0.005$).

Keywords: nutrition, worker's meal, dietary, worker, garment, footwear.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng có mối quan hệ chặt chẽ đến hiệu suất lao động, cải thiện dinh dưỡng là một phần quan trọng góp phần cải thiện năng suất lao động. Ăn uống bất hợp lý cần được coi là một hiểm họa cho sức khỏe nghề nghiệp [1].

Nhiều nghiên cứu được tiến hành trên thế giới cho thấy khẩu phần và chất lượng bữa ăn ca của người lao động công nhân có liên quan tới sức khỏe và năng suất lao động, tuy nhiên bữa ăn ca của công nhân hiện nay vẫn chưa được chú trọng về số lượng lẫn chất lượng. Nghiên cứu ở Brazil cho thấy khẩu phần ăn người lao động trẻ tuổi có đậm độ năng lượng cao hơn các nhóm tuổi lớn hơn, điều này có thể làm tăng nguy cơ bị thừa cân – béo phì, do đó cần có các can thiệp dinh dưỡng phù hợp [2].

Ở Việt Nam, nghiên cứu về thực trạng dinh dưỡng bữa ăn ca cho đối tượng người lao động đặc biệt là nhóm ngành dệt may và da giày chưa có nhiều, chủ yếu tập trung vào các vấn đề Vệ sinh an toàn thực phẩm. Theo khảo sát tiến hành tại các khu công ty dệt may phía Bắc cho thấy khẩu phần của người lao động đáp ứng

¹Đại học Y Hà Nội

²Viện Dinh dưỡng Quốc gia

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Xô

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hạnh

Email: hanhlee149@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 6.12.2022

Ngày duyệt bài: 16.12.2022