

Velhonoja ghi nhận tỷ lệ tử vong trên bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu do tất cả các tác nhân là 1,4% ⁽¹⁾. Nguy cơ nhiễm trùng cổ sâu diễn tiến nặng, tử vong có thể liên quan đến nhiều yếu tố lâm sàng như bệnh lý đồng mắc, biến chứng, đáp ứng của bệnh nhân với điều trị nội khoa và điều trị ngoại khoa,... K. pneumoniae đa kháng có thể dẫn đến sự thất bại của liệu pháp kháng sinh ban đầu, làm tăng nguy cơ bệnh diễn tiến nặng và nguy cơ tử vong.

V. KẾT LUẬN

K. pneumoniae trong nhiễm trùng cổ sâu nhạy cảm cao với kháng sinh nhóm Carbapenem, nhóm Aminoglycoside, kháng sinh Cephalosporin kết hợp với chất ức chế β- lactamase và Tigecycline. Các chủng K. pneumoniae đa kháng xuất hiện với tỷ lệ cao. Phần lớn K. pneumoniae đa kháng nhạy với kháng sinh nhóm Carbapenem. Chủng K. pneumoniae kháng Carbapenem chỉ còn nhạy cảm với Tigecycline. Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu nặng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Velhonoja J, Lääveri M, Soukka T, Irjala H, Kinnunen I.** Deep neck space infections: an upward trend and changing characteristics. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology.* 2020/03/01 2020;277(3):863-872. doi:10.1007/s00405-019-05742-9

2. **Bassetti M, Righi E, Carnelutti A, Graziano E, Russo A.** Multidrug-resistant Klebsiella pneumoniae: challenges for treatment, prevention and infection control. *Expert Review of Anti-infective Therapy.* 2018/10/03 2018;16(10):749-761. doi:10.1080/14787210.2018.1522249

3. **Magiorakos AP, Srinivasan A, Carey RB, et al.** Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. *Clin Microbiol Infect.* Mar 2012;18(3):268-281. doi:10.1111/j.1469-0691.2011.03570.x

4. **Lê Tiên Dũng.** Viêm phổi cộng đồng: đặc điểm vi khuẩn và đề kháng kháng sinh in vitro tại bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM. *Thời sự Y học,* tháng 10/2017. 2017, <http://hoiyoctphcm.org.vn/wp-content/uploads/2018/05/11F-PGS-D%C5%A9ng-VPC%C4%90-5tr64-68.pdf>:64-67.

5. **Trương Thiên Phú, Lê Phương Mai, Ngô Minh Quân, et al.** Mô hình vi khuẩn đa kháng tại bệnh viện Chợ Rẫy năm 2017-2019. 2019,

6. **Mohd Asri NA, Ahmad S, Mohamud R, et al.** Global Prevalence of Nosocomial Multidrug-Resistant Klebsiella pneumoniae: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2021;10(12):1508. <https://www.mdpi.com/2079-6382/10/12/1508>

7. **Wang G, Zhao G, Chao X, Xie L, Wang H.** The Characteristic of Virulence, Biofilm and Antibiotic Resistance of Klebsiella pneumoniae. 2020;17(17):6278. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/17/6278>

TỶ LỆ CHẤP NHẬN ĐẶT QUE CÂY TRÁNH THAI IMPLANON CỦA SẢN PHỤ SAU SINH 6-12 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN MÊKÔNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ chấp nhận đặt que cấy tránh thai Implanon của sản phụ sau sinh 6-12 tuần. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 393 sản phụ sau sinh 6-12 tuần đến khám tại bệnh viện phụ sản MêKông, 18 tuổi trở lên, từ tháng 11/2021 đến tháng 06/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ sản phụ sau sinh 6-12 tuần chấp nhận đặt que cấy tránh thai (QCTT) là 21,2%. Tuổi trung bình là 31 ±4; 75,3% sản phụ có trình độ văn hóa trên lớp 12; 46,4% sản phụ có 1 con; 77,6% sản phụ có sử dụng biện pháp tránh thai trước lần sinh này. Tỷ lệ sản phụ có kiến thức đúng về QCTT là 32,3%, có thái độ tốt về QCTT

Nguyễn Hồng Hoa¹, Đinh Thị Vân Khanh²

là 41,5%. Sản phụ có kiến thức đúng có tỷ lệ chấp nhận QCTT cao gấp 3,08 lần so với sản phụ có kiến thức kém với PR=3,08; KTC 95% (2,44 – 3,88); p<0,001. **Kết luận:** Cần nâng cao kiến thức về QCTT cho các sản phụ qua việc tư vấn cho phụ nữ về QCTT từ khi khám thai, ngay sau sinh trước xuất viện và những lần tái khám sau sinh.

Từ khóa: tỷ lệ chấp nhận, kiến thức, thái độ, que cấy tránh thai, Implanon, sản phụ sau sinh, Bệnh viện MêKông.

SUMMARY

ACCEPTABILITY OF IMPLANON SUBDERMAL IMPLANT AMONG 6-12 WEEKS POSTPARTUM WOMEN AT MEKONG HOSPITAL

Objective: To determine the acceptability of Implanon subdermal implant in 6-12 week-postpartum women. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 393 postpartum women who visited MeKong hospital after giving-birth 6-12 weeks, 18 years of age or older, from November 2021 to June

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Phụ sản Mê Kông

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hoa

Email: drhonghoa@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022

2022. **Results:** Acceptability rate of Implanon subdermal implant was 21,2%; the mean age was 31 years; 75,3% of women with above high school; 46,4% of women with one child; 77,6% women using contraception before this pregnancy. The percentage of women with correct knowledge about implant is 32,3%, the positive attitude towards this method is 41,5%. There was a significant correlation between good knowledge and acceptability of Implanon (PR=3,08, $p<0,001$). **Conclusion:** Improving knowledge of subdermal implant by advising implant to women from antenatal check-up, before discharge from hospital, and postnatal follow-up visit is recommended.

Keywords: acceptability, knowledge, attitude, subdermal, Implanon, postpartum women, MeKong hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lập kế hoạch sinh sản bằng việc sử dụng các biện pháp tránh thai (BPTT) là điều cần thiết đối với sức khỏe và hạnh phúc của cá nhân người phụ nữ, gia đình và cộng đồng. Các nghiên cứu đã chứng minh khoảng cách giữa 2 lần sinh con thích hợp sẽ cải thiện sức khỏe của cả bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em [1]. Khoảng cách giữa 2 lần mang thai ngắn có liên quan trực tiếp đến sự gia tăng nguy cơ bất lợi trong giai đoạn chu sinh, nguy cơ trẻ sơ sinh nhẹ cân sẽ tăng gấp đôi nếu thai kỳ xảy ra dưới 6 tháng sau lần sinh trước. Do đó, bên cạnh những lợi ích về kinh tế xã hội, việc trì hoãn mang thai ngay sau sinh mang lại nhiều lợi ích về mặt sức khỏe [2].

Ngừa thai sau sinh là một chủ đề luôn được quan tâm và thảo luận trên toàn thế giới, vì nó cũng là yếu tố quan trọng đóng góp vào sự phát triển xã hội và kinh tế. Tại Hoa Kỳ, gần 2/3 phụ nữ trong năm đầu tiên sau sinh ngừa thai không đầy đủ, gần 60% trường hợp mang thai là không có trong kế hoạch [3]. Khoảng cách giữa hai lần sinh ngắn rõ ràng có liên quan đến hiệu quả của BPTT sau sinh. Bắt đầu sử dụng một trong những BPTT sau sinh hiệu quả nhất như triệt sản và BPTT có hồi phục tác dụng dài làm giảm nguy cơ có thai lại trong vòng 27 tháng thấp hơn 80% so với phụ nữ không tránh thai.[4]

Que cấy tránh thai Implanon là một trong những biện pháp tránh thai tác dụng dài có hồi phục đã được giới thiệu tại Việt Nam. Que cấy tránh thai (QCTT) Implanon chứa etonogestrel, có ưu điểm là chỉ có một que cấy duy nhất, được đặt dưới da, tác dụng ngừa thai kéo dài trong 3 năm. Điều cần quan tâm đến là đối tượng sử dụng của Implanon là rất rộng, các bà mẹ đang cho con bú, phụ nữ trên 40 tuổi, người có u xơ tử cung có thể sử dụng Implanon an toàn. Tiếp đến, hiệu quả ngừa thai của Implanon đạt được

hơn 99%. Tỷ lệ này gần như tương đương với phương pháp triệt sản nữ, hơn nữa, khả năng thụ thai của Implanon sẽ hồi phục hoàn toàn và nhanh chóng sau khi que cấy được lấy ra.[5].

Có mặt tại Việt Nam từ năm 1996, QCTT Implanon hiện đã được phân phối đến nhiều cơ sở y tế. Tuy nhiên, vẫn chưa có nhiều dữ liệu và thông tin về việc phương pháp tránh thai này đã được đối tượng mục tiêu là phụ nữ sau sinh tiếp nhận như thế nào. Do đó, điều tra trải nghiệm và nhận thức của sản phụ sau sinh với Implanon là rất cần thiết.

Trên cơ sở này chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Tỷ lệ chấp nhận đặt que cấy tránh thai Implanon của sản phụ sau sinh 6-12 tuần tại bệnh viện phụ sản Mê Kông". Mục đích của nghiên cứu này là khảo sát sự chấp nhận về ngừa thai sau sinh với Implanon của các bà mẹ. Từ đó xem xét đến những đề xuất nhằm đẩy mạnh việc sử dụng biện pháp ngừa thai này, nhất là trên phụ nữ sau sinh vì mục đích nâng cao chất lượng sức khỏe sinh sản. Mục tiêu

Xác định tỷ lệ chấp nhận đặt que cấy tránh thai Implanon của sản phụ sau sinh 6-12 tuần.

Xác định các yếu tố liên quan đến chấp nhận đặt QCTT Implanon.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Sản phụ đến khám sau sinh 6-12 tuần tại bệnh viện Phụ sản Mê Kông từ tháng 11/2021 đến tháng 6/2022 đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Khoa Khám bệnh, bệnh viện Phụ sản Mê Kông, TP.HCM, thời gian từ tháng 11/2021 đến tháng 06/2022

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu, $\alpha=0,05$: độ tin cậy, $Z=1,96$: trị số giới hạn của độ tin cậy, $d=0,05$, chọn $p=0,5$ để có cỡ mẫu lớn nhất $\rightarrow n=385$ người.

2.5. Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện, từ 7g30 đến 16 giờ vào tất cả các ngày trong tuần từ thứ hai đến thứ bảy, vào mỗi buổi sáng chiều, bắt đầu từ người đầu tiên hoàn thành quy trình khám, chọn 2 khách hàng đầu tiên mời vào tham gia nghiên cứu. Thời gian phỏng vấn tối đa là 15 phút. Thời gian 2 đối tượng được phỏng vấn cách nhau 30 phút. Mỗi ngày phỏng vấn 4 trường hợp.

Bước 1: Nghiên cứu dẫn đường. Tiến hành phỏng vấn thử bằng câu hỏi đối với 30 đối tượng tham gia nghiên cứu không tính vào mẫu nghiên cứu. Chỉnh sửa câu hỏi phù hợp với đối tượng tham gia.

Bước 2: Sàng lọc và thu nhận đối tượng nghiên cứu

Bước 3: Giới thiệu về nghiên cứu và ký cam kết đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Bước 4: Tiến hành phỏng vấn, thu thập số liệu.

2.6. Biện số nghiên cứu

Biện số thiết yếu thu thập từ bộ câu hỏi thu thập số liệu, chỉnh sửa từ nghiên cứu của Hồng Thành Tài (2015) [6] và Đỗ Thị Thu Hương (2017) [7] đã được kiểm chứng qua các nghiên cứu 2015 và 2017. Chúng tôi tập hợp và chỉnh sửa lại bộ câu hỏi cho phù hợp dựa vào 30 mẫu pilot.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Phương pháp thu thập: phỏng vấn trực tiếp khách hàng qua bảng câu hỏi đã soạn sẵn.

Công cụ thu thập: Bảng câu hỏi

2.8. Phương pháp xử lý số liệu. Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Sử dụng phần mềm STATA phiên bản 16.0 để xử lý và phân tích số liệu. Thống kê được thực hiện với độ tin cậy 95%.

2.9. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP.HCM, số 648/DHYD-HĐĐĐ, ngày 24/11/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 31±4 tuổi; đa số phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi cư ngụ tại TP.HCM (86%), có BMI bình thường (83,2%), học vấn cao (75,3% trên 12 năm); có nghề nghiệp ổn định (77,4%) và có thu nhập dư giả (76.8%). Tỷ

lệ sản phụ con so là 46,4%, có 21,9% sản phụ đã từng phá thai; 77,6% sản phụ trong mẫu nghiên cứu đã từng sử dụng BPTT trước lần sinh này trong đó QCTT chiếm 9,2%. Có 28% sản phụ có quan hệ tình dục trước lần khám sau sinh và 12,2% sản phụ có kinh nguyệt sau sinh tại thời điểm 6-12 tuần sau sinh.

3.2. Tỷ lệ chấp nhận QCTT Implanon ở sản phụ sau sinh và các yếu tố liên quan

Bảng 1: Loại biện pháp tránh thai sản phụ sau sinh chọn

BPTT dự tính sử dụng hôm nay	Tần số	Phần trăm
Không	66	16,8
Que cấy tránh thai	83	21,2
Dụng cụ tử cung	51	13,0
Triệt sản	7	1,8
Khác	185	47,2

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sản phụ sau sinh 6-12 tuần dự tính sử dụng QCTT là 21,2%; có 16,8% sản phụ không có dự tính sử dụng BPTT nào; 13% sản phụ chọn dụng cụ tử cung và 1,8% bà mẹ chọn triệt sản. Nghiên cứu chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, có đăng ký kết hôn, học vấn, và BMI với việc chấp nhận QCTT của sản phụ sau sinh.

Tỉ lệ chấp nhận QCTT ở nhóm sản phụ có hai con gấp 1,36 lần so với nhóm sản phụ có một con với PR =1,36; KTC95% (1,05 – 1,76); p=0,02. Sản phụ đã từng sử dụng BPTT có tỉ lệ chấp nhận QCTT cao gấp 3,07 lần so với nhóm sản phụ chưa từng sử dụng BPTT với PR=3,07; KTC95% (1,87 – 5,03); p<0,001. Sản phụ sinh mổ có tỉ lệ chấp nhận QCTT gấp 1,35 lần so với sản phụ sinh qua ngã âm đạo với PR=1,35; KTC95% (1,07 – 1,70); p=0,01. Sản phụ có 2 lần mổ lấy thai có tỉ lệ chấp nhận QCTT gấp 1,61 lần so với nhóm sản phụ không có mổ lấy thai với PR=1,61; KTC95% (1,24 – 2,09); p<0,001.

Bảng 2: Liên quan giữa chấp nhận QCTT và đặc điểm xã hội, sản khoa, mức độ kiến thức của sản phụ sau sinh

Đặc điểm (n = 392)	Chấp nhận QCTT		PR (KTC 95%)	Giá trị p
	Có n (%)	Không n (%)		
Tuổi : 20-< 35	126 (40,8)	183 (59,2)		
≥ 35	37 (44,1)	47 (55,9)	1,08 (0,82 – 1,42)	0,58
Học vấn: ≤ lớp 9	4 (23,5)	13 (76,5)	1	
PTTH	29 (36,3)	51 (63,2)	1,54 (0,62 – 3,81)	0,35
Trung cấp	44 (45,4)	53 (54,6)	1,93 (0,80 – 4,67)	0,15
Đại học	86 (43,2)	113 (56,8)	1,84 (0,77 – 4,40)	0,17
Số con sống hiện tại: 1	63 (34,6)	119 (65,4)	1	
2	78 (47,0)	88 (53,0)	1,36 (1,05 – 1,76)	0,02
≥ 3	21 (47,7)	23 (52,3)	1,38 (0,95 – 1,99)	0,09

Tiền căn phá thai : Có	31 (36,1)	55 (63,9)	0,84 (0,62 – 1,14)	0,25
Không	132 (43,0)	175 (57,0)		
Có sử dụng BPTT trước thai này				
Có	149 (48,9)	156 (41,1)	3,07 (1,87 – 5,03)	<0,001
Không	14 (15,9)	74 (84,1)		
Tuổi thai lúc sinh: < 37 tuần	7 (33,3)	14 (66,7)	1,26 (0,68 – 2,33)	0,43
≥ 37 tuần	156 (41,9)	216 (58,1)		
Phương pháp sinh lần này				
Sinh ngã АД	85 (36,3)	149 (63,7)		
Sinh mổ	78 (49,1)	81 (50,9)	1,35 (1,07 – 1,70)	0,01
Số lần MLT: 0 (sinh ngã АД)	83 (36,4)	145 (63,6)	1	
1	35 (42,2)	48 (57,8)	1,16 (0,85 – 1,57)	0,35
2	41 (58,6)	29 (41,4)	1,61 (1,24 – 2,09)	<0,001
≥ 3	4 (33,3)	8 (66,7)	0,92 (0,40 – 2,08)	0,83
Mức độ kiến thức về QCTT: Kém	66 (24,8)	200 (75,2)	1	
Đúng (trung bình-tốt)	97 (76,4)	30 (23,6)	3,08 (2,44 – 3,88)	<0,001

3.3. Mối liên quan giữa chấp nhận QCTT và một số đặc điểm của sản phụ trong mô hình hồi quy đa biến

Bảng 3. Liên quan giữa chấp nhận QCTT và các đặc điểm của sản phụ

Đặc tính mô hình nghiên cứu	PR (KTC 95%)	Giá trị p
Mức độ kiến thức của sản phụ về QCTT Implanon		
Kém	1	
Đúng (trung bình-tốt)	2,72 (2,14 - 3,47)	<0,001
Có sử dụng BPTT trước thai kỳ này		
Có	2,25 (1,39 - 3,63)	0,001
Không		
Phương pháp sinh lần này		
Sinh mổ	1,35 (0,64 - 2,86)	0,43
Sinh ngã dưới		
Số lần MLT		
0	1	
1	0,98 (0,48 - 1,99)	0,95
2	0,86 (0,38 - 1,93)	0,72
≥ 3	0,50 (0,17 - 1,43)	0,20

Sản phụ có kiến thức đúng về QCTT Implanon có tỷ lệ chấp nhận QCTT cao gấp 2,72 lần so với sản phụ có kiến thức kém về QCTT Implanon với $p < 0,001$. Sản phụ có sử dụng BPTT trước thai kỳ này có tỷ lệ chấp nhận QCTT cao gấp 2,24 lần so với sản phụ không sử dụng BPTT trước thai kỳ này với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sản phụ sau sinh 6-12 tuần chấp nhận đặt QCTT

Implanon là 21,2%; và 1,8% sản phụ chọn triệt sản. Trong cả hai nghiên cứu của chúng tôi và Đỗ Thị Lan Hương [6], tỷ lệ triệt sản rất thấp 1,47% và 1,8%, điều này cho thấy hiện tại, riêng tại TP.HCM, phụ nữ và có lẽ cả các nhà tư vấn y tế đều nghiêng về BPTT có hồi phục.

Sản phụ có nghe thông tin về QCTT từ nhân viên y tế có tỉ lệ chấp nhận QCTT gấp 1,78 lần so với sản phụ không nghe. Sản phụ có nghe thông tin về QCTT từ bạn bè có tỉ lệ chấp nhận QCTT gấp 1,29 lần so với sản phụ không nghe thông tin từ bạn bè. Kiến thức về QCTT có thể đến từ nguồn thông tin đại chúng, từ chương trình học phổ thông. Tuy nhiên kiến thức đến từ nhà tư vấn y tế sẽ được sắp xếp truyền thụ theo mức độ của từng cá nhân khách hàng nên mức độ tiếp thu và chấp nhận QCTT của khách hàng sẽ tốt hơn.

Sản phụ có 2 lần mổ lấy thai có tỉ lệ chấp nhận QCTT gấp 1,61 lần so với nhóm sản phụ không có mổ lấy thai với PR=1,61; KTC95% (1,24 – 2,09); $p < 0,001$. Sản phụ có 2 lần sinh mổ nguy cơ cao hơn khi có thai lần kế tiếp gần, đây là nhóm phụ nữ được các bác sỹ tư vấn BPTT từ trước khi mổ lấy thai lần 2, tư vấn BPTT ngay sau sinh và khi tái khám hậu sản. Có thể được chú ý nhiều hơn, nên kiến thức về BPTT nhiều và tốt hơn dẫn đến tỷ lệ chấp nhận QCTT cao hơn. Tại bệnh viện của chúng tôi, trước khi mổ lấy thai lần 2, chúng tôi sẽ tư vấn BPTT cho thai phụ trước, trong và sau mổ trước khi bệnh nhân xuất viện vì đây là nhóm nguy cơ cao nếu mang thai lần kế tiếp quá gần. Những trường hợp khác, trong lần tái khám sau sinh, bác sỹ sẽ tiếp tục tư vấn BPTT dựa theo nguyện vọng và nhu cầu của bà mẹ. Vì là bệnh viện tư nhân, với 76,8% phụ nữ có thu nhập dư giả, 75,3% phụ nữ có trình độ trung cấp, đại học và sau đại học

nên công tác tư vấn khá thuận lợi, cộng với việc lặp lại kiến thức về BPTT nhiều thời điểm, nên tỷ lệ chấp nhận QCTT trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với Đỗ Thị Lan Hương và EM Makola [8].

Nghiên cứu của Mariane Massaini Barbieri [9] trên 151 phụ nữ trẻ ≤ 24 tuổi, ngay trong đại dịch Covid-19 tại Brasil, khi mà việc các phụ nữ trẻ quay lại tái khám sau sinh gần như rất hạn chế, nguy cơ có thai lại trước lần gặp lại nhân viên y tế sau sinh là rất cao. Vì vậy, nghiên cứu có tỷ lệ chấp nhận QCTT là 76,2%, cao vượt trội so với nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác, giúp đảm bảo quyền tình dục và sinh sản của phụ nữ ngay cả trong đại dịch.

Ở phụ nữ không cho con bú, lần hành kinh đầu tiên xảy ra sau 45–64 ngày sau khi sinh và lần rụng trứng đầu tiên xảy ra từ 45 đến 94 ngày sau khi sinh. Tuy nhiên, những trường hợp rụng trứng sớm nhất được báo cáo là vào 25–27 ngày sau khi sinh [10], có nghĩa là những phụ nữ không cho con bú sẽ có nguy cơ thụ thai lại nhanh chóng, trừ khi áp dụng các BPTT thay thế. Trong nghiên cứu của chúng tôi 28% phụ nữ có quan hệ tình dục trước lần khám sau sinh, 12,2% phụ nữ có kinh nguyệt lại và 26,5% bà mẹ không nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn. Cộng thêm, việc đặt QCTT mất ít thời gian, an toàn, và không ảnh hưởng số lượng và chất lượng sữa mẹ, do đó QCTT Implanon là một lựa chọn cho các phụ nữ sau sinh đủ điều kiện và quan tâm đến ngừa thai.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sản phụ đã từng sử dụng BPTT có tỷ lệ chấp nhận QCTT cao gấp 3,07 lần so với nhóm sản phụ chưa từng sử dụng BPTT với PR=3,07; KTC 95% (1,87-5,03); $p < 0,001$. Trong nghiên cứu của Mariane Massaini Barbieri (2021) [9] thực hiện tại Brasil trên 151 sản phụ dưới 24 tuổi, 70,5% sản phụ trước đây đã sử dụng BPTT, với 89% không hài lòng với phương pháp trước đó của họ đã chọn QCTT ($p=0,07$). Phụ nữ đã từng sử dụng BPTT nghĩa là đã có ý thức về việc ngừa thai và không muốn có thai ngoài ý muốn, việc của họ chỉ là chọn BPTT nào tốt nhất, phù hợp nhất cho bản thân. Nhất là những khách hàng chưa hài lòng với BPTT trước đây, khi được nhân viên y tế tư vấn về QCTT là một BPTT hiệu quả cao, dễ sử dụng, giá thành chấp nhận thì cơ hội chấp nhận áp dụng QCTT dĩ nhiên sẽ cao hơn những khách hàng chưa áp dụng BPTT nào.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế, nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện khối tư nhân, với 76,8% phụ nữ có thu nhập dư giả,

75,3% phụ nữ có trình độ học vấn sau lớp 12, nên tính đại diện chưa cao. Hơn nữa, vì thời gian và nhân lực giới hạn, nên không thể theo dõi sự tuân thủ thực hành QCTT ở những sản phụ đã chọn QCTT.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ chấp nhận que cấy tránh thai Implanon của sản phụ sau sinh 6-12 tuần tại bệnh viện Phụ sản MêKông là 21,2%. Tỷ lệ sản phụ sau sinh có kiến thức đúng về QCTT Implanon là 32,3%, có thái độ tốt về QCTT Implanon là 41,5%. Sản phụ có kiến thức đúng có tỷ lệ chấp nhận QCTT cao gấp 3,08 lần so với sản phụ có kiến thức kém với PR=3,08; KTC 95% (2,44 – 3,88); $p < 0,001$. Sản phụ có sử dụng BPTT trước thai kỳ này có tỉ lệ chấp nhận QCTT cao gấp 2,25 lần so với sản phụ không sử dụng BPTT trước thai kỳ này với PR=2,25; KTC 95% (1,39 – 3,63); $p < 0,001$.

Cung cấp QCTT cho phụ nữ sau sinh ngay trong những lần tái khám đầu tiên sau sinh là rất quan trọng giúp giảm tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn và giảm số phụ nữ có khoảng cách giữa 2 lần sinh gần. Cần nâng cao kiến thức về QCTT cho các sản phụ qua việc tư vấn cho phụ nữ về QCTT từ khi khám thai, ngay sau sinh trước xuất viện và những lần tái khám sau sinh. Nghiên cứu của chúng tôi không có quy mô lớn, tuy nhiên, là một cách để chỉ ra sự cần thiết phải thực hiện các biện pháp để cải thiện hỗ trợ chất lượng cuộc sống cho phụ nữ sau sinh, đảm bảo tiếp cận với các biện pháp ngừa thai hiệu quả và quyền mang thai theo kế hoạch của họ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shrah LB.** Family Planning Advice and Postpartum Contraceptive Use Among Low-Income Women in Mexico. *International Family Planning Perspectives* 2007; 33(1): 6-12.
2. **Faculty of sexual and reproductive health care clinical effectiveness unit, postnatal sexual and reproductive health. (2009)** Faculty of sexual and reproductive health. Available at: http://www.fsrh.org/pdfs/ceuguidance_postnatal_og.pdf [Accessed, 11 November 2014].
3. **Andrew MK (2015).** Post abortion contraception. UpToDate. available at: <http://www.uptodate.com/contents/postabortion-contraception> [Accessed, 12 July 2015].
4. **Brunson MR, Klein DA, Olsen CH, Weir LF, Roberts TA.** Postpartum contraception: initiation and effectiveness in a large universal healthcare system. *Comparative Study. Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(1):28.
5. **ACOG (2017),** Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices, Practice Bulletin Number 186, November 2017.

6. **Hồng Thành Tài (2015)**, "Kiến thức và thái độ của phụ nữ về que cấy tránh thai ở phụ nữ đang dùng Implanon tại bệnh viện Từ Dũ", Luận văn thạc sĩ y học, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.75.
7. **Đỗ Thị Lan Hương (2017)**, "Tỷ lệ áp dụng biện pháp tránh thai hiện đại và các yếu tố liên quan ở phụ nữ sau mổ lấy thai tại bệnh viện Từ Dũ", Luận văn thạc sĩ y học, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.40-62.
8. **Makola E.** Knowledge, attitude, and practice of women regarding contraceptive implants, in Odendaalsrus, Lejweleputswa District, Free State Province. Master's in medicine (Family medicine), University of Free State, <https://scholar.ufs.ac.za>
9. **Barbieri MM, Herculano TB, Dantas Silva A, Bahamondes L, Juliato CRT, Surita FG.** Acceptability of ENG-releasing subdermal implants among postpartum Brazilian young women during the COVID-19 pandemic. Int J Gynaecol Obstet. 2021 Jul;154(1):106-112. doi: 10.1002/ijgo.13663. Epub 2021 Apr 29. PMID: 33656758; PMCID: PMC9087758.
10. **DHMH/FHA/CMCH Mariland family planning & reproductive health program clinical guidelines.** Postpartum Evaluation and Contraception, 2012.

TỔNG QUAN ĐIỀU TRỊ HOÁ CHẤT BỔ TRỢ TRƯỚC TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ VỎ HẠ HỌNG GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN

Nguyễn Thị Huyền Trang¹, Nguyễn Quang Trung²,
Hồ Mạnh Phương³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích tỷ lệ đáp ứng của hoá chất bổ trợ trước và các hướng điều trị tiếp theo. **Phương pháp:** Sử dụng cơ sở dữ liệu từ trang thông tin điện tử Pubmed, thư viện đại học y Hà Nội và tìm kiếm thủ công (từ tháng 1 năm 1996 đến tháng 7 năm 2022). Tiêu chí lựa chọn là những nghiên cứu về ung thư biểu mô vảy hạ họng giai đoạn tiến triển được điều trị bằng hoá chất bổ trợ trước theo sau là phẫu thuật/xạ trị/hoá xạ bổ trợ và báo cáo kết quả về tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (ĐUHT), đáp ứng một phần (ĐUMP), tỷ lệ giữ nguyên (GN), tỷ lệ tiến triển (TTr) cùng kết quả ung thư sau 3 năm. **Kết quả:** Kết quả tại điểm 3 năm khi điều trị bằng hoá chất bổ trợ trước. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (ĐUHT) là 6-55,7%. Tỷ lệ đáp ứng một phần (ĐUMP) là 32-80%. Tỷ lệ giữ nguyên (GN) là 3,3-29,6%. Tỷ lệ tiến triển (TTr) là 6,7-7,5%. Tỷ lệ không di căn xa (KDCX) là 75-91%. Tỷ lệ sống toàn bộ (STB) và tỷ lệ bảo tồn thanh quản (BTTQ) đạt được lần lượt từ 38,3-76,7% và 34-76%. **Kết luận:** Hoá chất bổ trợ trước giúp cho việc điều trị bệnh nhân ung thư biểu mô vảy hạ họng giai đoạn tiến triển trong việc góp phần giảm tỷ lệ di căn xa, cho phép lựa chọn bệnh nhân điều trị hoá xạ trị, tăng khả năng bảo tồn cơ quan.

Từ khoá: Ung thư hạ họng giai đoạn tiến triển, hoá chất bổ trợ trước

SUMMARY

OVERVIEW OF INDUCTION CHEMOTHERAPY IN ADVANCED HYPOPHARYNGEAL

¹Bệnh Viện Đa Khoa Hà Đông

²Trường Đại Học Y Hà Nội

³Đại học y dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: trungtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022

SQUAMOUS CELL CARCINOMA

Objectives: Analysis of response rates of induction chemotherapy and subsequent treatment directions. **Study design:** Scoping review. **Methods:** Using database from Pubmed website, Hanoi Medical University library and manual search (January 1996 to July 2022). The inclusion criteria were studies of advanced-stage hypopharyngeal squamous cell carcinoma treated with adjuvant chemotherapy followed by surgery/radiation/adjuvant chemoradiation and outcome reporting on incidence, complete response, partial response, retention rate (GN), progression rate (TTr) and cancer outcome at 3 years. **Result:** Outcomes at 3 years of prior induction chemotherapy. The complete response rate (CR) was 6-55.7%. The partial response rate (PR) is 32-80%. The no change (NC) ratio is 3.3-29.6%. The progressive disease rate (PD) was 6.7-7.5%. The rate of no distant metastasis was 75-91%. The overall survival rate (OS) and preserved larynx rate were achieved from 38.3-76.7% and 34-76, respectively. **Conclusion:** Induction chemotherapy helps in the treatment of patients with advanced stage of pharyngeal squamous cell carcinoma in reducing the rate of distant metastases, allowing the selection of patients for chemotherapy and radiotherapy, increasing the ability of organ preservation.

Keywords: Advanced hypopharyngeal cancer, induction/adjuvant chemotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng thường đặc trưng bởi khối u nguyên phát lan toả với sự lan rộng ở dưới niêm mạc và niêm mạc, thường phát hiện ở giai đoạn muộn tại thời điểm chẩn đoán cùng với di căn hạch cổ, tiên lượng rất xấu. Do đó các phác đồ điều trị toàn diện, tuần tự, đa phương thức đóng vai trò quan trọng trong toàn bộ điều trị. Một số thử nghiệm ngẫu nhiên (EORT, Joshi,