

nổi lên một vấn đề đáng lưu tâm. Việc không kiểm soát tốt bệnh BPTNMT sẽ làm tăng đáng kể gánh nặng chi trả dịch vụ y tế trong điều trị. Các biện pháp, chính sách can thiệp hợp lý nhằm tối thiểu hóa chi phí điều trị cho người bệnh và tăng cường kiểm soát BPTNMT sẽ góp phần làm giảm chi phí điều trị trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Chi phí y tế trực tiếp hằng năm trong điều trị BPTNMT tăng dần theo mức độ nặng của bệnh, chi phí điều trị trung bình của người bệnh phân loại GOLD D cao hơn gấp khoảng 19 lần chi phí điều trị của người bệnh phân loại GOLD A. Từ đó cho thấy, việc tăng cường kiểm soát BPTNMT ở người bệnh giai đoạn sớm tránh tiến triển đến giai đoạn muộn là một giải pháp tiềm năng trong việc giảm gánh nặng kinh tế của BPTNMT lên người bệnh và quỹ bảo hiểm của Việt Nam.

LỜI CẢM ƠN. Cảm ơn Công ty Astrazeneca Việt Nam đã hỗ trợ kinh phí vì mục đích giảm gánh nặng điều trị BPTNMT tại Việt Nam. Astrazeneca Việt Nam không can thiệp vào quá

trình thu thập, phân tích số liệu cũng như báo cáo kết quả của nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GOLD 2020**, Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2020.
2. **Nhung, N.V. and Sy, D.N.**, National prevalence survey of chronic obstructive pulmonary disease in Viet Nam. 42nd Union World Congress on Lung Health. 2011.
3. **Løkke, A., et al.**, Economic Burden of COPD by Disease Severity – A Nationwide Cohort Study in Denmark. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2021; 16: p.603-613.
4. **Hau, L.T. and Ha, N.T.**, Chi phí điều trị trực tiếp Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính từ góc độ bảo hiểm y tế, hộ gia đình và một số yếu tố liên quan tại khoa Bệnh phổi mạn tính, Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2019. Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển 2019; 04(03).
5. **Stafyla, E., et al.**, The annual direct costs of stable COPD in Greece. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2018; 13: p.309-315.
6. **Chau, N.Q., et al.**, Direct Hospitalization Cost of Patients with Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Vietnam. Int J Environ Res Public Health 2018; 16(1): p.88.

MONG MUỐN LỰA CHỌN PHƯƠNG PHÁP SINH CON VÀ THỰC TẾ CHỈ ĐỊNH SINH CỦA CÁC THAI PHỤ ĐẾN KHÁM THAI TẠI BỆNH VIỆN SẢN – NHI CÀ MAU

Ninh Thị Ly*, Võ Thành Lợi*

TÓM TẮT

Phương pháp sinh có tầm quan trọng sống còn đối với sức khỏe của cả mẹ và con. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích khảo sát mong muốn lựa chọn phương pháp sinh con và so sánh với thực tế chỉ định sinh của các thai phụ đến khám thai tại Bệnh viện Sản – Nhi Cà Mau, đồng thời tìm hiểu các yếu tố có liên quan đến các thai phụ có mong muốn sinh bằng phương pháp mổ lấy thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 262 phụ nữ có thai đến khám thai tại khoa Khám bệnh - Bệnh viện Sản - Nhi Cà Mau từ 01/01/2021 đến 31/01/2021. Phỏng vấn tại thời điểm khám thai và sau khi sinh thông qua bộ câu hỏi có cấu trúc. **Kết quả:** Tỷ lệ thai phụ mong muốn sinh bằng phương pháp mổ lấy thai là 85 (33,21%). Trong khi đó tỷ lệ mổ lấy thai thực tế là 124 (47,33%). Có một

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mong muốn lựa chọn phương pháp sinh và thực tế chỉ định với $p < 0,01$, $OR = 0,34$, $95\%CI (0,19 - 0,58)$. Mong muốn mổ lấy thai của các thai phụ bị ảnh hưởng đáng kể bởi phương pháp sinh trước, số lần mang thai, đã được nhìn thấy cuộc sinh và có yếu tố thành viên trong gia đình từng mổ lấy thai ($p < 0,001$). **Kết luận:** Tỷ lệ mong muốn mổ lấy thai cao ở các phụ nữ mang thai tại Cà Mau và có sự khác biệt với chỉ định sinh thực tế. Sự trải nghiệm của bản thân và người thân trong gia đình có ảnh hưởng đến mong muốn này. Các phương pháp tiếp cận tổng thể từ gia đình và gia tăng sự trải nghiệm tích cực tại cơ sở y tế nên được thực hiện để giảm bớt mong muốn lựa chọn sinh bằng phương pháp mổ lấy thai.

Từ khóa: mong muốn, mổ lấy thai, phương pháp sinh, phụ nữ có thai

SUMMARY

THE EXPECTATION OF CHILDBIRTH DELIVERY METHOD AND THE ACTUAL METHOD USED FOR PREGNANT WOMEN IN CA MAU OBSTETRICS & PEDIATRICS HOSPITAL

The method of delivery is of vital importance to the health of both mother and child. We carried out this

*Bệnh viện Sản – Nhi Cà Mau,
Chịu trách nhiệm chính: Ninh Thị Ly
Email: bachkimdoly@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.3.2022
Ngày phản biện khoa học: 29.4.2022
Ngày duyệt bài: 11.5.2022

study to investigate the desire to choose a birth method and compare it with the actual indications for delivery of pregnant women who come for antenatal care at Ca Mau Obstetrics & Pediatrics Hospital, and at the same time find out the Factors related to pregnant women who want to give birth by cesarean section.

Subjects and research methods: A cross-sectional descriptive study on 262 pregnant women who attended the antenatal care department at the Medical examination department, Ca Mau Obstetrics & Pediatrics Hospital, Vietnam from January 1, 2021, to January 31, 2021. Interview at the time of antenatal care and after birth through a structured questionnaire. **Results:** The percentage of pregnant women who preferences to give birth by cesarean section was 85 (33.21%). Meanwhile, the actual rate of cesarean section is (47.33%). There is a statistically significant difference between the desire to choose the birth method and the actual indication with $p < 0.01$, $OR = 0,34$, 95%CI (0,19– 0,58). The women's desire for a cesarean section was significantly influenced by the method of delivery first ($p < 0.001$), having seen the delivery ($p < 0.001$), the number of pregnancies and having a family member that had a previous cesarean section ($P < 0.001$). **Conclusion:** This study showed a high rate of desire for cesarean section among pregnant women in Ca Mau. Personal and family experiences influence this desire. Whole family approaches and increased positive experiences in the facility should be taken to reduce the desire for elective cesarean delivery.

Keywords: desire, cesarean section, delivery method, pregnant women

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lựa chọn phương pháp sinh con rất quan trọng, bởi vì nó ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe của sản phụ và trẻ sơ sinh.¹Sinh ngã âm đạo là phương thức sinh lý tưởng đối với cấu trúc sinh lý của người phụ nữ.Nhưng trong trường hợp có bất thường cản trở quá trình sinh đường âm đạo thì có thể gây rủi ro cho cả mẹ và con. Phẫu thuật mổ lấy thai đã cứu sống biết bao bà mẹ và trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, luôn tiềm ẩn những rủi ro, nó có thể xảy ra ngay tức thời nhưng cũng có thể tồn tại trong nhiều năm sau đó gây ảnh hưởng đến sức khỏe của người phụ nữ cũng như sức khỏe của đứa trẻ, thậm chí là những lần mang thai sau này.²Việc ra quyết định lựa chọn phương pháp sinh con nào cần được thực hiện bằng các đánh giá chặt chẽ thông qua nhiều yếu tố đến từ phía người mẹ và thai nhi.¹

Tỷ lệ mổ lấy thai đang tăng trên 15% ở nhiều quốc gia trên toàn thế giới, vượt quá tỷ lệ mổ lấy thai do Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến cáo.² Các cuộc tranh luận về đạo đức liên quan đến việc sinh mổ chủ động vẫn đang diễn ra, vì nó đã làm ảnh hưởng nghiêm trọng tới tỷ lệ mổ lấy thai hiện nay. Mổ lấy thai được khuyến cáo nên thực hiện vì lý do y tế, không phải do sở

thích.² Các tài liệu toàn cầu đã công nhận rằng, nhìn chung khoảng 15,6% phụ nữ mang thai mong muốn mổ lấy thai,³ và tỷ lệ này khác nhau giữa các quốc gia, Thổ Nhĩ Kỳ (2017) 17,2%,⁴ Ai Cập (2016) 37,8%,⁵ Trung Quốc (2014) 18,9%,⁶... Những lý do cho mong muốn này có thể bao gồm nỗi sợ hãi về cơn đau chuyển dạ, quan niệm cho rằng "mổ lấy thai thì an toàn hơn", lời khuyên từ người thân, bạn bè,...^{1,7}Tuy nhiên, các nghiên cứu chưa cho chúng ta biết rõ hơn rằng những mong muốn đó có khác biệt với thực tế chỉ định hay không, chúng ta vẫn thiếu bằng chứng định lượng về vấn đề này.

Tỷ lệ mổ lấy thai tại Cà Mau tăng liên tục trong những năm gần đây, từ 47% (2012) tăng lên 48,8% (2020). Nhiều gia đình có nguyện vọng chủ động lựa chọn phương pháp sinh, đặc biệt là yêu cầu được mổ lấy thai ngay khi mới nhập viện, dẫn đến xảy ra sự không đồng thuận trong việc ra quyết định, gây nên sức ép tâm lý cho người thầy thuốc sản khoa, đôi khi còn liên quan đến cả pháp lý khi rủi ro xảy ra, tạo nên những làn sóng dư luận tiêu cực trong xã hội. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với các mục tiêu: *Khảo sát mong muốn lựa chọn phương pháp sinh con và so sánh với thực tế chỉ định sinh của các thai phụ đến khám thai tại Bệnh viện Sản - Nhi Cà Mau, và tìm hiểu các yếu tố có liên quan đến các thai phụ có mong muốn sinh bằng phương pháp mổ lấy thai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là các phụ nữ có thai tới đăng ký khám tại Bệnh viện Sản - Nhi Cà Mau

***Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:** Các phụ nữ có thai tới khám thai tại Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau từ 01/01/2021 – 31/01/2021. Tỉnh táo, có khả năng giao tiếp bình thường.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Các phụ nữ đã có thai nhập viện sinh trong trường hợp cần can thiệp cấp cứu; đang được điều trị các bệnh lý toàn thân như bệnh tim, cường giáp, tiểu đường, suy thận. Mang từ song thai trở lên; gặp các sự cố dẫn đến sảy thai, thai chết lưu; không đồng ý tham gia hoặc không hoàn thành cuộc khảo sát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 1/2021 đến tháng 03/2022 tại bệnh viện Sản - Nhi Cà Mau.

2.2.3. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cắt ngang cho một tỷ lệ. Trong đó $p = 18,9\%$ là tỷ lệ phụ nữ mang thai mong muốn lựa

chọn sinh mổ theo nghiên cứu của Hongwei Zhang và cộng sự,⁶ $d = 0,05$ với độ chính xác 95%, ước lượng 10% đối tượng nghiên cứu bỏ cuộc hoặc mất dấu nghiên cứu, tính được cỡ mẫu $n = 259$. Cỡ mẫu thực tế là 262.

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu: Tất cả các phụ nữ mang thai đủ tiêu chuẩn nghiên cứu đến đăng ký khám thai tại bệnh viện Sản - Nhi Cà Mau từ 01/01/2021 - 31/01/2021 sẽ được mời tham gia nghiên cứu. Các thai phụ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được phỏng vấn thông qua bộ câu hỏi tại hai mốc thời gian. Mốc thu nhận là khi đối tượng nghiên cứu tới khám thai và theo dõi qua điện thoại tới mốc sinh con để thu thập thông tin về phương pháp sinh con thực tế.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm STATA 16.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua tại hội đồng bảo vệ đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội, sự đồng ý của Bệnh

viện Sản - Nhi Cà Mau. Đối tượng nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin và chấp thuận tự nguyện đồng ý tham gia, không có tác động nào trực tiếp lên đối tượng nghiên cứu, mọi thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được mã hoá và giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 262 phụ nữ mang thai tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình của các thai phụ tham gia nghiên cứu là $28,96 \pm 6,01$ tuổi. Trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là độ tuổi từ 20 - 29 tuổi (51,53%), đây là độ tuổi lý tưởng để sinh con. Các thai phụ sống chủ yếu ở vùng nông thôn 206 (78,63%), trình độ học vấn trung học phổ thông 157 (59,92%), làm công việc nội trợ chiếm đa số 146 (55,73%), thu nhập trung bình hàng tháng $7,33 \pm 2,71$ triệu đồng cao hơn mức thu nhập tối thiểu và phần lớn đã kết hôn 247 (94,27%).

Bảng 3.1: So sánh phương pháp sinh mong muốn và thực tế chỉ định sinh

Phương pháp sinh mong muốn	Thực tế chỉ định		Tổng n (%)	p	OR, 95%CI
	Sinh thường	Mổ lấy thai			
Sinh thường	119	56	175 (66,79)	0,001	0,34 0,19 - 0,58
Mổ lấy thai	19	68	87 (33,21)		
Tổng n (%)	138 (52,67)	124 (47,33)	262 (100)		

Tỷ lệ thai phụ mong muốn lựa chọn phương pháp mổ lấy thai chiếm 33,21%, trong khi đó tỷ lệ mổ lấy thai trong thực tế là 47,33%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mong muốn lựa chọn phương pháp sinh và thực tế chỉ định sinh của các thai phụ tham gia nghiên cứu với $p < 0,001$, OR = 0,34, 95%CI (0,19 - 0,58).

Bảng 3.2: So sánh lý do lựa chọn các phương pháp sinh mong muốn

Các lý do	Mong muốn sinh bằng phương pháp mổ lấy thai				p
	Mổ lấy thai n = 87		Sinh thường n = 175		
	n	%	n	%	
Tư vấn từ cán bộ y tế	43	49,42	97	54,42	> 0,05
Xem xét thể chất của bản thân	40	45,98	54	30,85	0,016
Mẹ và bé đều khoẻ mạnh	32	36,78	6	3,43	< 0,001
Sợ đau trong quá trình chuyển dạ	55	62,21	0	00	< 0,001 ^a
Sợ các nguy cơ liên quan đến phẫu thuật và gây mê	0	00	39	22,29	< 0,001 ^a
Bé thông minh hơn	27	31,03	2	1,14	< 0,001 ^a
Tư vấn từ bạn bè, người thân	39	44,83	67	38,28	> 0,05
Kinh nghiệm từ lần mang thai trước	16	18,39	32	18,28	> 0,05
Cân nhắc chi phí	8	9,19	13	7,43	> 0,05
Trải nghiệm của bản thân	10	11,49	16	9,14	> 0,05
Lý do khác	10	11,49	15	8,57	> 0,05

^aFisher's exact test.

Có một sự khác biệt trong việc đưa ra các lý do lựa chọn phương pháp sinh mong muốn của các thai phụ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đến từ các lý do về việc xem xét thể chất của bản thân ($p < 0,05$); sợ đau trong quá trình chuyển dạ ($p < 0,001$); mẹ bé đều khoẻ mạnh ($p < 0,001$); sợ các nguy cơ liên quan đến phẫu thuật và gây mê ($p < 0,001$) và các thai phụ nghĩ rằng các bé sẽ thông minh hơn ($p < 0,001$).

3.5. Một số yếu tố liên quan đến thai phụ có mong muốn mổ lấy thai.**Bảng 3.3: Một số yếu tố liên quan đến thai phụ có mong muốn mổ lấy thai**

Yếu tố	OR	95%CI	p
Độ tuổi	0,48	0,23 – 1,00	0,05
Trình độ học vấn	0,93	0,59 – 1,44	0,74
Nơi sống	0,96	0,39 – 2,32	0,93
Nghề nghiệp	1,15	0,93 – 1,43	1,86
Thu nhập	1,12	0,45 – 2,79	0,81
Tình trạng hôn nhân	1,10	0,30 – 4,02	0,88
Số lần mang thai	0,42	0,19 – 0,93	< 0,05
Tuổi thai hiện tại	0,91	0,64 – 1,28	0,59
Phương pháp sinh lần mang thai trước	5,17	2,97 – 8,16	< 0,001
Đã từng nhìn thấy cuộc sinh	5,22	2,21 – 12,32	< 0,001
Gia đình có thành viên từng mổ lấy thai	0,11	0,05 – 0,24	< 0,001
Mức độ hài lòng về sự hỗ trợ từ người thân	1,24	0,84 – 1,83	0,27

Yếu tố nguy cơ độc lập có liên quan đến mong muốn sinh bằng phương pháp mổ lấy thai của các thai phụ tham gia nghiên cứu là số lần mang thai ($p < 0,05$); phương pháp sinh trước; thai phụ đã nhìn thấy cuộc sinh và trong gia đình có thành viên từng mổ lấy thai ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mong muốn lựa chọn phương pháp sinh và chỉ định sinh thực tế. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thai phụ mong muốn lựa chọn phương pháp mổ lấy thai chiếm 33,21%. Tỷ lệ này thuộc nhóm tương đối cao, tương đương với kết quả của Dina Samir Gharib Darwish tại Ismailia Ai Cập (2016) 37,8%.⁵ Cao hơn một số nghiên cứu của tác giả khác: Zahide Kosan tại Thổ Nhĩ Kỳ (2017) 17,2%,⁴ Hongwei Zhang tại Trung Quốc (2014) 18,9%.⁶ Mong muốn mổ lấy thai trong các nghiên cứu là không tương đồng với nhau. Các tài liệu toàn cầu đã công nhận rằng nhìn chung có khoảng 15,6% phụ nữ mang thai mong muốn được sinh bằng phương pháp mổ lấy thai và tỷ lệ này khác nhau giữa các quốc gia.³ Sự khác nhau này có thể là do các đặc điểm nhân khẩu học và tình trạng mang thai khác nhau trong các nghiên cứu.

Tỷ lệ thai phụ tham gia nghiên cứu sinh bằng phương pháp mổ lấy thai trong thực tế chỉ định chiếm 47,33%. Tỷ lệ này tương đương với tỷ lệ sinh mổ tại Bệnh viện Sản - Nhi Cà Mau các năm 2018 (46,7%), 2019 (47%) và 2020 (48,8%), cao hơn so với tỷ lệ sinh mổ ở thành thị Việt Nam năm 2014 là 43%,¹ cao hơn gấp ba so với tỷ lệ khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (10%-15%),² Điều này cho thấy rằng, tỷ lệ mổ lấy thai cao đáng báo động.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 175 thai phụ mong muốn sinh thường, trong đó có 56 (32%) thai phụ có phương pháp sinh thực tế là

mổ lấy thai. Trong 87 thai phụ mong muốn sinh mổ thì có 68 (78,16%) thai phụ sinh bằng phương pháp mổ lấy thai trong thực tế, còn lại 19 (21,84%) thai phụ sinh bằng ngã âm đạo. Có sự khác biệt giữa mong muốn lựa chọn phương pháp sinh và thực tế chỉ định sinh của các thai phụ tham gia nghiên cứu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, OR = 0,34, 95%CI (0,19 – 0,58). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu thuần tập của Elsa Lena Ryding và cộng sự tại Bỉ, Iceland, Đan Mạch, Estonia, Na Uy và Thụy Điển. Có 286 thai phụ (70,79%) trong số 404 thai phụ đã sinh bằng phẫu thuật mổ lấy thai như mong muốn trong thực tế.⁸

4.2 Một số yếu tố liên quan đến mong muốn mổ lấy thai. Có một sự khác biệt trong việc đưa ra các lý do lựa chọn phương pháp sinh mong muốn của các thai phụ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đến từ các lý do về việc xem xét thể chất của bản thân ($p < 0,05$); sợ đau trong quá trình chuyển dạ ($p < 0,001$); mẹ bé đều khỏe mạnh ($p < 0,001$); sợ các nguy cơ liên quan đến phẫu thuật và gây mê ($p < 0,001$) và các thai phụ nghĩ rằng các bé sẽ thông minh hơn ($p < 0,001$). Trong nghiên cứu của Dina Samir Gharib Darwish, các lý do ảnh hưởng đến việc ra quyết định phương thức sinh của các thai phụ chủ yếu liên quan đến việc lo lắng cho sức khỏe của bà mẹ và em bé. Như các yếu tố của em bé, em bé quá lớn ($p < 0,05$); liên quan đến nỗi đau khi chuyển dạ sinh ($p < 0,01$); lo lắng về việc rách tầng sinh môn hay có thể có són tiểu, rối loạn đại tiện ($P < 0,01$).⁵

Xem xét sự ưu tiên lựa chọn mổ lấy thai về đặc điểm nhân khẩu xã hội học, mức độ ưu tiên lựa chọn sinh mổ trong nghiên cứu của chúng tôi không bị ảnh hưởng bởi tuổi, trình độ học vấn, nơi sống, thu nhập hàng tháng, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân. Tương đồng với nghiên cứu

của Zahide Kosan⁴. Mỗi liên quan giữa các yếu tố này là khác nhau trong các nghiên cứu. Nghiên cứu của Hongwei Zhang⁶ yếu tố nhân khẩu xã hội học liên quan đến mong muốn mổ lấy thai duy nhất là tuổi, phụ nữ từ 40 tuổi trở lên thích mổ lấy thai (10,7%) cao hơn khoảng 6 lần và 4 lần so với nhóm thích sinh thường (1,8%) và nhóm không có mong muốn rõ ràng (2,4%). Nghiên cứu của Dina Samir Gharib Darwish và cộng sự tại Ismailia Ai Cập (2016)⁵ thì các yếu tố tuổi, nơi sống, trình độ học vấn, thu nhập hàng tháng và nghề nghiệp đều có liên quan đến mong muốn mổ lấy thai của các thai phụ tham gia nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này, phương pháp sinh lần mang thai trước có ảnh hưởng đến mong muốn phương pháp sinh hiện tại, OR = 5,17, 95%CI (2,97 – 8,16), $p < 0,001$. Kết quả này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu đã có trước đó như nghiên cứu của Elsa Lena Ryding OR = 16,7 (95%CI 12,2 – 23,0), $p < 0,001$,⁸ Hongwei Zhang OR = 17, 95%CI (13,9 – 75,6), $p < 0,05$.⁶ Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tránh mổ lấy thai không có chỉ định y tế trong lần sinh đầu để giảm tỷ lệ mổ lấy thai tổng thể trong bất kỳ quốc gia nào. Số lần mang cũng thai được tìm thấy là yếu tố liên quan độc lập đến mong muốn mổ lấy thai của các thai phụ tham gia nghiên cứu khi điều chỉnh các yếu tố khác OR = 0,42, 95%CI (0,19 – 0,93), $p < 0,05$. Nghiên cứu Hongwei Zhang cũng cho thấy số lần mang thai có ảnh hưởng đến mong muốn mổ lấy thai. OR = 2,1 (95%CI 1,2 – 3,8), $p < 0,05$.⁶

Sự trải nghiệm các dịch vụ y tế cũng có ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn phương pháp sinh lần này của các thai phụ. Việc đã được xem hoặc nhìn thấy cuộc sinh, gia đình có thành viên từng mổ lấy thai đều có liên quan đến mong muốn mổ lấy thai của các thai phụ tham gia nghiên cứu. So với thai phụ chưa từng nhìn thấy cuộc sinh thì nhóm đã được nhìn thấy mong muốn mổ lấy thai cao hơn 5,22 lần (95%CI 2,21 – 12,32), $p < 0,001$. Trong nghiên cứu của Tran Khanh Toan và các cộng sự tại Đà Nẵng, một số phụ nữ mang thai trong cuộc phỏng vấn riêng và phỏng vấn nhóm đã thừa nhận rằng họ thường bị ảnh hưởng tiêu cực bởi việc xem các video liên quan đến cuộc sinh trên trang web hoặc trên tivi, dẫn đến họ tăng sự sợ hãi đối với việc sinh qua đường âm đạo.⁷ Nghiên cứu của Zahide Kosan, sở thích sinh ngả âm đạo hoặc sinh mổ của phụ nữ bị ảnh hưởng đáng kể bởi các vấn đề trong sinh mổ giữa bạn bè và người thân ($p = 0,009$).⁴ Một phát hiện nổi bật về vấn

đề này có lẽ là ảnh hưởng của những trải nghiệm tiêu cực của bạn bè và người thân lên mong muốn phương pháp sinh của phụ nữ.

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ hài lòng về sự hỗ trợ từ người thân và mong muốn lựa chọn sinh bằng phương pháp mổ lấy thai của các thai phụ tham gia nghiên cứu. Tuổi thai cũng không phải là yếu tố liên quan trong nghiên cứu của chúng tôi. Tương tự nghiên cứu của Elsa Lena Ryding.⁸

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mổ lấy thai mong muốn và thực tế chỉ định lần lượt là: 33,21% và 47,33%. Có sự khác biệt giữa mong muốn lựa chọn phương pháp sinh và thực tế chỉ định sinh của các thai phụ tham gia nghiên cứu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, OR = 2,94, 95%CI (1,72 – 5,25). Các lý do lựa chọn mổ lấy thai hay sinh thường của các thai phụ cũng có sự khác biệt, đến từ việc xem xét thể chất của bản thân ($p < 0,05$); sợ đau trong quá trình chuyển dạ ($p < 0,001$), mẹ bé đều khoẻ mạnh ($p < 0,001$); sợ các nguy cơ liên quan đến phẫu thuật và gây mê ($p < 0,001$) và các thai phụ nghĩ rằng các bé sẽ thông minh hơn ($p < 0,001$). Mong muốn mổ lấy thai của các thai phụ bị ảnh hưởng đáng kể bởi số lần mang thai ($p < 0,05$), phương pháp sinh lần mang thai trước ($p < 0,001$), đã được nhìn thấy cuộc sinh ($p < 0,001$) và có yếu tố thành viên trong gia đình từng mổ lấy thai ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Takegata, M. et al.** Reasons for Increased Caesarean Section Rate in Vietnam: A Qualitative Study among Vietnamese Mothers and Health Care Professionals. *Healthcare* **8**, 41 (2020).
2. **World Health Organization.** WHO statement on caesarean section rates. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/161442> (2015).
3. **Mazzoni, A. et al.** Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies: Women's preference for caesarean section: systematic review. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* **118**, 391–399 (2011).
4. **Kosan, Z., Kavuncuoglu, D., Calikoglu, E. O. & Aras, A.** Delivery preferences of pregnant women: Do not underestimate the effect of friends and relatives. *J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod.* **48**, 395–400 (2019).
5. **Darwish, D. S. G., Fiala, L. El. & Refaat, A. H.** Factors influencing the decision-making process regarding mode of delivery among women attending primary health care units in Ismailia district. *Int. J. Adv. Community Med.* **2**, 34–42 (2019).
6. **Zhang, H., Wu, J., Norris, J., Guo, L. & Hu, Y.** Predictors of preference for caesarean delivery among pregnant women in Beijing. *J. Int. Med. Res.* **45**, 798–807 (2017).

7. **Toan, T. K. et al.** Technology Preference in Choices of Delivery Care Utilization from User Perspective -A Community Study in Vietnam. *Am. J. Public Health Res.* **1**, 10–17 (2013).

8. **Ryding, E. L. et al.** Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth – a six-country cohort study. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* **37**, 75–83 (2016).

PHÂN TÍCH DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH GIAI ĐOẠN 2018-2019

Lã Thị Quỳnh Liên¹, Nguyễn Mai Anh²

TÓM TẮT

Phân tích danh mục thuốc sử dụng tại các cơ sở y tế là hết sức cần thiết để chỉ ra những bất cập trong hoạt động lựa chọn và sử dụng thuốc, từ đó có giải pháp kịp thời tăng cường sử dụng thuốc hợp lý. Đây là nghiên cứu đầu tiên được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình nhằm đánh giá danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện. Tất cả các thuốc sử dụng từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019 (thời gian hiệu lực của gói trúng thầu theo hình thức đấu thầu tập trung của Sở Y tế Thái Bình) được đưa vào phân tích, áp dụng phương pháp phân tích cơ cấu theo một số chỉ tiêu và phương pháp phân tích ABC/VEN. Trong tổng số 391 thuốc sử dụng (tương đương 83,34 tỷ đồng), nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn chiếm tỷ trọng cao nhất (14,60% số khoản mục và 21,60% giá trị tiền thuốc sử dụng). Thuốc nhập khẩu chiếm tỷ trọng cao (56,78% số khoản mục và 72,87% giá trị). Thuốc biệt dược gốc chiếm 13,08% số khoản mục và 19,30% giá trị. Bệnh viện đã ưu tiên mua sắm các loại thuốc tối cần (V) và thuốc thiết yếu (E). Nhóm thuốc có giá thành cao nhưng không thiết yếu (AN) gồm 3 mặt hàng tương ứng với khoảng 1,53 tỷ đồng. Bệnh viện cần rà soát lại các thuốc nhập khẩu, thuốc biệt dược gốc đã sử dụng, xem xét thay thế bằng thuốc generic, thuốc sản xuất trong nước trên nguyên tắc bảo đảm hiệu quả, an toàn và kinh tế, xem xét loại bỏ thuốc AN khỏi danh mục thuốc của bệnh viện.

Từ khóa: danh mục thuốc, phân tích ABC/VEN, bệnh viện đa khoa

SUMMARY

EVALUATION OF MEDICINE LIST USED AT GENERAL THAI BINH HOSPITAL FOR THE PERIOD 2018-2019

Evaluation of medicine list used at health facilities is essential to point out inadequacies in medicine selection and use, thereby taking timely solutions. This is the first study conducted at Thai Binh Provincial General Hospital, aiming to evaluate medicine list. All drug items used from June 2018 to June 2019 (the hospital's bidding period) were included in the analysis according to some indicators and ABC/VEN analysis

¹Trường Đại học Dược Hà Nội,

²Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Lã Thị Quỳnh Liên

Email: lienltq@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.5.2022

Ngày duyệt bài: 13.5.2022

method. Out of 391 drug items used (equivalent to 83.34 billion VND), group of anti-parasitic drugs and anti-infective drugs accounted for the highest proportion (14.60% of items and 21.60% of drug cost). Imported drugs accounted for a high proportion (56.78% of items and 72.87% of drug cost). Original brand-name drugs accounted for 13.08% of items and 19.30% of drug cost. The hospital has prioritized procurement of vital (V) and essential (E) drugs. The group of drugs with high cost but not essential (AN) included 3 items corresponding to about 1.53 billion VND. The hospital needs to review imported drugs and original brand-name drugs used, consider replacing with generic and domestically produced drugs on the principle of ensuring effectiveness, safety and economic, and consider removing AN drugs from the hospital drug list.

Keywords: medicine list, ABC/VEN analysis, general hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên toàn thế giới, việc lựa chọn thuốc sử dụng trong các cơ sở y tế còn nhiều bất cập. Kinh phí mua thuốc thường chiếm khoảng 30-40% ngân sách y tế của nhiều nước và phần lớn số tiền đó bị lãng phí do sử dụng thuốc không hợp lý và các hoạt động cung ứng thuốc không hiệu quả [10]. Tại Việt Nam, tiền thuốc sử dụng trong bệnh viện thường chiếm khoảng 60% ngân sách của bệnh viện [1]. Lựa chọn và sử dụng thuốc hợp lý giúp tiết kiệm ngân sách, đảm bảo hiệu quả, an toàn và kinh tế cho người bệnh.

Để kịp thời phát hiện những bất cập, từ đó có những điều chỉnh kịp phù hợp trong việc lựa chọn và sử dụng thuốc tại bệnh viện, việc phân tích danh mục thuốc sử dụng là hết sức cần thiết. Trong những năm qua, nhiều nghiên cứu phân tích danh mục thuốc đã được thực hiện tại các cơ sở y tế các cấp từ tuyến trung ương đến địa phương, tại các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa. Những bất cập trong sử dụng thuốc đã được chỉ ra tại các bệnh viện tuyến tỉnh như thuốc nhập khẩu và thuốc biệt dược gốc có tỷ lệ giá trị sử dụng lớn, cơ cấu danh mục thuốc theo phân tích ABC/VEN chưa hợp lý, còn những thuốc không thiết yếu có giá trị sử dụng cao [6-8].