

trung bình là  $73,65 \pm 15,5$  (tuổi). Chỉ số BMI trung bình trong nghiên cứu là  $23,9 \pm 3,6$ . Các bệnh đồng mắc thường gặp nhất trong nghiên cứu là: tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao nhất (64,7%), đái tháo đường đứng hàng thứ hai (58,8%), có tiền sử suy tim trước đó (20,6%) và bệnh thận mạn (111,8%).

Các thông số huyết động tại thời điểm T0 cho thấy nhóm bệnh nhân của chúng tôi trong tình trạng sốc tim rất nặng, chỉ số tim (CI) trung bình là  $2,24 \pm 0,7$  ml/phút/m<sup>2</sup>, công suất tim (CPO) là 0,79 (W), áp lực động mạch phổi hít (PAOP) tăng cao ở mức  $19,24 \pm 6,5$  mmHg, CVP là  $12,3 \pm 5,69$  mmHg. Các bệnh nhân có bệnh cảnh huyết động sốc tim điển hình với hình thái sốc tim chủ yếu là suy chức năng thất trái hoặc suy chức năng cả hai thất đơn độc. Chỉ số SvO<sub>2</sub> tại thời điểm nhập viện trung bình là  $62,15\% \pm 11,1$ , tuy nhiên SvO<sub>2</sub> rất dao động, trường hợp thấp nhất chúng tôi ghi nhận là 32% và cao nhất là 81%.

Các thông số huyết động được theo dõi và điều chỉnh trong 24 giờ (T24): chỉ số tim (CI) có xu hướng cải thiện ở cả 2 nhóm, CPO đều đạt mức > 0,6. Về chỉ số vận mạch (VIS) trung bình ở nhóm sống sót thấp hơn so với nhóm tử vong ( $81,05 \pm 131,9$  và  $92,5 \pm 63,3$ ).

## V. KẾT LUẬN

Thăm dò huyết động liên tục bằng catheter

Swan – Ganz đã hỗ trợ tích cực các bác sĩ điều trị đánh giá liên tục cung lượng tim, công suất tim để điều chỉnh phù hợp sau khi can thiệp mạch vành, đạt và duy trì mục tiêu CI  $\geq 2,2$  ml/phút/m<sup>2</sup> và CPO > 0,6. Từ đó giúp giảm liều vận mạch sớm nhất có thể mà vẫn đảm bảo được cung lượng tim thỏa đáng<sup>5</sup>

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tehrani BN, Truesdell AG, Sherwood MW, et al.** Standardized Team-Based Care for Cardiogenic Shock. JACC. 2019;73(13):1659-1669. doi:10.1016/j.jacc.2018.12.084
2. **Tehrani BN, Truesdell AG, Psotka MA, et al.** A Standardized and Comprehensive Approach to the Management of Cardiogenic Shock. JACC: Heart Failure. 2020;8(11):879-891. doi:10.1016/j.jchf.2020.09.005
3. **Tehrani BN, Truesdell AG, Psotka MA, et al.** A Standardized and Comprehensive Approach to the Management of Cardiogenic Shock. JACC: Heart Failure. 2020;8(11):879-891. doi:10.1016/j.jchf.2020.09.005
4. **Rossello X, Vila M, Rivas-Lasarte M, et al.** Impact of Pulmonary Artery Catheter Use on Short- and Long-Term Mortality in Patients with Cardiogenic Shock. Cardiology. 2017;136(1):61-69. doi:10.1159/000448110
5. **Kadosh BS, Berg DD, Bohula EA, et al.** Pulmonary Artery Catheter Use and Mortality in the Cardiac Intensive Care Unit. JACC: Heart Failure. 2023;11(8\_Part\_1):903-914. doi:10.1016/j.jchf.2023.04.007

# ĐÁNH GIÁ SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG TIỀN SẢN GIẬT BẰNG ASPIRIN CỦA THAI PHỤ ĐẾN KHÁM THAI TẠI BỆNH VIỆN TỬ DŨ

Nguyễn Thị Thùy Dương<sup>1</sup>, Võ Minh Tuấn<sup>1</sup>, Trần Thị Thúy Phượng<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tuân thủ dùng aspirin trong điều trị dự phòng tiền sản giật là rất quan trọng trong việc giảm tỷ lệ tiền sản giật ở thai phụ có nguy cơ cao. Việc xác định các nguyên nhân dẫn đến sự không tuân thủ dùng aspirin là cần thiết để đạt hiệu quả cao trong điều trị dự phòng tiền sản giật. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ thai phụ tuân thủ dùng aspirin điều trị dự phòng tiền sản giật tại bệnh viện Từ Dũ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu (NC) cắt ngang trên 182 thai phụ có nguy cơ cao tiền sản giật có tuổi thai từ 24 - 36 tuần được chỉ định điều trị dự phòng bằng aspirin đến khám thai tại bệnh viện Từ Dũ

từ tháng 11/2024 đến tháng 4/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị dự phòng tiền sản giật bằng aspirin ở nhóm thai phụ có nguy cơ cao được đánh giá thông qua bộ câu hỏi MMAS-8 là 25,3%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tuân thủ điều trị ghi nhận được là: tiền sử rối loạn tăng huyết áp (HA) trong thai kì và tiền sử gia đình tăng HA. **Kết luận:** Cần có những biện pháp phù hợp trong tiếp cận và tư vấn nhằm tăng mức độ tuân thủ điều trị cho các thai phụ có nguy cơ cao tiền sản giật.

**Từ khóa:** tuân thủ, tiền sản giật

## SUMMARY

### EVALUATION OF COMPLIANCE WITH PROPHYLACTIC PREECLAMPSIA TREATMENT USING ASPIRIN IN PREGNANT WOMEN VISITING TU DU HOSPITAL

**Background:** Adherence to aspirin in the prevention of preeclampsia is crucial in reducing the incidence of this condition among high-risk pregnant women. Identifying the causes of non-adherence is essential to improve the effectiveness of preventive

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Từ Dũ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominh tuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 28.7.2025

treatment. **Objective:** determine the adherence rate to aspirin prophylaxis for preeclampsia among pregnant women at Tu Du hospital. **Method:** A cross-sectional study was conducted on 182 high-risk pregnant women between 24–36 weeks of gestation who were prescribed aspirin for preeclampsia prevention and attended antenatal care at Tu Du hospital from November 2024 to April 2025. **Results:** The adherence rate to aspirin prophylaxis, assessed using the MMAS-8 questionnaire, was 25.27%. Statistically significant factors associated with adherence included a history of hypertensive disorders during pregnancy and a family history of hypertension. **Conclusion:** Appropriate strategies in counseling and patient engagement are needed to improve adherence to prophylactic treatment among high-risk pregnant women. **Keywords:** adherence, preeclampsia

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra tử vong mẹ và chu sinh trong sản khoa trên toàn thế giới. Theo Tổ chức Y tế thế giới, tỷ lệ tiền sản giật chiếm khoảng 2 - 10% tổng số thai kỳ trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, loạt nghiên cứu từ năm 2012 đến 2016 tại Huế cho thấy tỷ lệ tiền sản giật khoảng 2,8 – 5,5%<sup>1,2</sup>. Tình trạng này làm tăng nguy cơ mắc các biến chứng nghiêm trọng cho mẹ như sản giật, tổn thương cơ quan, xuất huyết não và tử vong. Tiền sản giật cũng ảnh hưởng đến thai và trẻ sơ sinh như thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung, nhẹ cân, thai lưu, sinh non và tử vong sơ sinh<sup>3</sup>. Phương pháp điều trị tiền sản giật triệt để là sinh con, do đó việc sàng lọc những thai phụ có nguy cơ cao mắc tiền sản giật để dự phòng và theo dõi sát cần được ưu tiên.

Việc sử dụng aspirin hàng ngày đã được chứng minh là làm giảm nguy cơ tiền sản giật. Khuyến cáo sử dụng aspirin liều thấp hàng ngày, tốt nhất là trước tuần thai thứ 16 cho những thai phụ có nguy cơ cao để giảm nguy cơ tiền sản giật theo khuyến cáo Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists)<sup>4</sup>. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2021<sup>5</sup>, các thai phụ có nguy cơ cao tiền sản giật cần dự phòng với aspirin bắt đầu từ tuần thứ 11 – 13<sup>6</sup> tuần đến 36 tuần tuổi thai. Điều trị aspirin giúp ngăn ngừa và giảm nguy cơ tử vong do các biến chứng của tiền sản giật gây ra.

Việc tuân thủ điều trị ở nhóm thai phụ có nguy cơ cao tiền sản giật có ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị dự phòng tiền sản giật. Một nghiên cứu Thử nghiệm sàng lọc tiền sản giật bằng phối hợp nhiều yếu tố và điều trị dự phòng bằng aspirin (ASPRE) đã minh chứng về tầm quan trọng của việc tuân thủ aspirin với nhóm tuân thủ  $\geq 90\%$  có tỷ lệ hiệu quả điều trị dự phòng đạt 75% so với nhóm tuân thủ  $< 90\%$  là 40%<sup>6</sup>.

Điều đó cho thấy thai phụ tuân thủ sử dụng aspirin được lợi ích gần gấp đôi về dự phòng tiền sản giật so với những thai phụ không tuân thủ. Tuy nhiên có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ sử dụng thuốc trong thai kỳ, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng thai phụ thường e ngại sử dụng thuốc trong thai kỳ do lo lắng về an toàn và thông tin mẩu thuẫn trên mạng cùng sự thiếu hỗ trợ từ các nhân viên y tế<sup>7</sup>. Họ chỉ có xu hướng dùng thuốc khi cảm thấy tình trạng đe dọa đến thai nhi. Bên cạnh việc làm tăng khả năng tiến triển bệnh, không tuân thủ còn gây lãng phí thuốc, tăng gánh nặng chăm sóc y tế như thăm khám, nhập viện. Do đó, việc xác định các nguyên nhân dẫn đến sự không tuân thủ dùng aspirin là cần thiết để đạt hiệu quả cao trong điều trị dự phòng tiền sản giật.

Từ đó chúng tôi nhận thấy cần thực hiện đề án “Đánh giá sự tuân thủ điều trị dự phòng tiền sản giật bằng aspirin của thai phụ tại bệnh viện Từ Dũ” để trả lời cho câu hỏi “Tỷ lệ thai phụ có nguy cơ cao tiền sản giật tuân thủ điều trị dự phòng bằng aspirin tại bệnh viện Từ Dũ là bao nhiêu?” với mong muốn từ những kết quả thu được có thể là cơ sở để xây dựng, bổ sung các biện pháp cải thiện tuân thủ dùng aspirin cho việc điều trị dự phòng TSG, từ đó đạt hiệu quả cao trong điều trị dự phòng tiền sản giật, giảm gánh nặng trong công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và thai nhi.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu cắt ngang.

**2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu.** Tất cả thai phụ có nguy cơ cao tiền sản giật có tuổi thai từ 24 - 36 tuần được chỉ định điều trị dự phòng bằng aspirin từ 14 - 16 tuần thai đến khám thai tại Bệnh viện Từ Dũ từ 11/2024 đến 04/2025 và thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

### Tiêu chuẩn nhận vào:

- Thai phụ xác định có nguy cơ cao tiền sản giật theo thuật toán FMF.
- Thai phụ được chỉ định điều trị với aspirin.
- Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Thai phụ không thể giao tiếp được.
- Thai phụ đã có chỉ định dùng aspirin trước khi mang thai.
- Không trả lời đầy đủ câu hỏi.

**2.3. Cỡ mẫu.** Kích thước cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ với độ chính xác tuyệt đối:

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

Trong đó:  $Z=1,96$ ;  $d=0,05$ ;  $p= 0,119$  (theo nghiên cứu của tác giả Abheiden: tỷ lệ không tuân thủ dùng aspirin là 11,9%). Từ đó chúng tôi ước tính được cỡ mẫu tối thiểu là 162 mẫu.

**2.4. Phương pháp lấy mẫu.** Lấy mẫu thuận tiện tại BV Từ Dũ từ tháng 11/2024 đến tháng 4/2025.

**2.5. Phương pháp tiến hành**

- Bước 1: Chuẩn bị đề cương
- Bước 2: Tiến hành nghiên cứu dẫn đường và thử nghiệm phiếu thu thập số liệu
- Bước 3: Sàng lọc và nhận đối tượng nghiên cứu, ký cam kết đồng thuận tham gia nghiên cứu
- Bước 4: Phỏng vấn và tiến hành thu thập số liệu
- Bước 5: Nhập và làm sạch số liệu
- Bước 6: Phân tích và xử lý số liệu

**Biến số NC chính:** Đánh giá tuân thủ dùng aspirin của thai phụ bằng bộ câu hỏi về sự tuân thủ dùng thuốc MMAS – 8 bao gồm 8 câu hỏi<sup>2</sup>. Qua 8 câu hỏi, mức độ tuân thủ của đối tượng nghiên cứu được chia thành 3 mức độ: cao (8 điểm), trung bình (6-7 điểm) và thấp (<6 điểm). Nhóm thai phụ được xét là có tuân thủ tương ứng với mức độ tuân thủ cao (8 điểm) và nhóm không tuân thủ có mức độ tuân thủ trung bình đến thấp (dưới 8 điểm).

**Xử lý và phân tích số liệu:** Sau khi nhập và làm sạch số liệu, chúng tôi xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 16.0. Thông kê mô tả: tính trung bình và độ lệch chuẩn với độ tin cậy 95%. Thông kê phân tích gồm 2 bước: bước 1 mô tả và phân tích đơn biến, bước 2 dùng mô hình hồi quy đa biến nhằm kiểm soát yếu tố gây nhiễu để tính POR hiệu chỉnh (POR\*\*) cho các biến số. Kết quả sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**2.6 Đạo đức trong NC y sinh.** NC được thực hiện sau khi được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh thông qua theo Quyết định số 2605/HĐĐĐ-ĐHYD vào ngày 26/09/2024.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

NC được tiến hành từ tháng 11/2024 đến tháng 04/2025. Chúng tôi ghi nhận được 183 trường hợp thỏa tiêu chuẩn nhận vào, toàn bộ thai phụ này đều tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu. Số liệu được thu thập bằng bảng câu hỏi được mô tả và phân tích theo mục tiêu nghiên cứu như sau:

**3.1. Đặc tính của đối tượng NC**

**Bảng 1: Đặc tính của đối tượng NC**

Đặc điểm	Số lượng (n=182)	Tỉ lệ (%)
Tuổi mẹ*: 32,3 ± 5,9 (min=17; max=50)		

< 35	116	63,7
≥ 35	66	36,3
<b>Địa chỉ</b>		
TP HCM	39	21,4
Tỉnh khác	143	78,6
<b>Dân tộc</b>		
Kinh	179	98,4
Khác	3	1,7
<b>Nghề nghiệp</b>		
Lao động trí óc	65	35,7
Lao động chân tay	62	34,1
Nội trợ	55	30,2
<b>Trình độ học vấn</b>		
≤ Cấp I	3	1,7
Cấp II – III	89	48,9
> Cấp III	90	49,5
<b>BMI trước mang thai: 23,3±4 (min=15,8; max=35,7)</b>		
Nhẹ cân	14	7,7
Bình thường	87	47,8
Thừa cân - Béo phì	81	44,5

\*: TB ± ĐLC

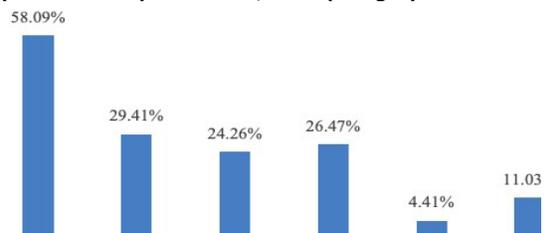
Độ tuổi trung bình các thai phụ là 32,3 ± 5,9 tuổi. Có 98,4% các thai phụ đều thuộc dân tộc kinh, 21,4% thai phụ cư trú tại TPHCM và đa số có trình độ học vấn từ cấp II trở lên.

**3.2. Tỷ lệ tuân thủ điều trị dự phòng tiền sản giật bằng aspirin.** Để đánh giá tuân thủ điều trị chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi MMAS-8. Qua 8 câu hỏi, mức độ tuân thủ của đối tượng nghiên cứu được chia thành 3 mức độ: cao, trung bình và thấp. Nhóm thai phụ được xét là có tuân thủ tương ứng với mức độ tuân thủ cao (8 điểm) và nhóm không tuân thủ có mức độ tuân thủ trung bình đến thấp (dưới 8 điểm).

**Bảng 2: Tỷ lệ tuân thủ điều trị**

Tuân thủ điều trị	Tần số (n=182)	Tỉ lệ (%)
Tuân thủ	46	25,3
Không tuân thủ	136	74,7

Nghiên cứu cho thấy có 25,3% thai phụ thuộc nhóm tuân thủ điều trị có mức độ tuân thủ điều trị cao (8 điểm MMAS-8). Thai phụ thuộc nhóm không tuân thủ với mức tuân thủ trung bình là 43,96% (6-7 điểm) và mức tuân thủ thấp (dưới 6 điểm) chiếm 30,77% (Bảng 2).



**Biểu đồ 1: Lý do không tuân thủ**

Trên nhóm thai phụ không tuân thủ (dưới 8 điểm MMAS-8) (n=136), lý do đôi lúc quên chiếm tỉ lệ cao nhất 58,09%, cũng có tỷ lệ 24,26% thai phụ quên aspirin khi đi xa nhà và khi có tình trạng tốt hơn họ cũng sẽ không uống aspirin chiếm 11,03%.

**3.3. Tuân thủ điều trị dự phòng tiền sản giật bằng aspirin và các yếu tố liên quan.**

**Bảng 3: Kết quả phân tích đa biến**

	Không tuân thủ n=136 (%)	Tuân thủ n=46 (%)	POR*	POR**	KTC 95%	p**
<b>Tuổi mẹ</b>						
< 35	92 (79,3)	24 (20,7)	1	1		
≥ 35	44 (66,7)	22 (33,3)	1,91	1,97	0,93-4,15	0,076
<b>Địa chỉ</b>						
TP HCM	32 (82,1)	7 (17,9)	1	1		
Khác	104 (72,7)	39 (27,3)	1,71	2,54	0,92-7,00	0,071
<b>Nghề nghiệp</b>						
Trí óc	53 (81,5)	12 (18,5)	1	1		
Chân tay	46 (74,2)	16 (25,8)	1,54	1,44	0,57-3,66	0,443
Nội trợ	37 (67,3)	18 (32,7)	2,15	1,94	0,78-4,85	0,154
<b>Tiền sử rối loạn tăng HA trong thai kỳ</b>						
Không	122 (77,7)	35 (22,3)	1	1		
Có	14 (56,0)	11 (44,0)	2,74	2,81	1,09-7,24	0,033
<b>Tiền sử các bệnh lý liên quan đến nguy cơ cao TSG</b>						
Không	123 (76,9)	37 (23,1)	1	1		
Có	13 (59,1)	9 (40,9)	2,3	1,60	0,56-4,61	0,380
<b>Tiền sử gia đình có người tăng HA</b>						
Không	92 (81,4)	21 (18,6)	1	1		
Có	44 (63,8)	25 (36,2)	2,49	2,59	1,21-5,54	0,014
<b>Tuân thủ dùng aspirin giúp giảm nguy cơ TSG</b>						
Sai	25 (83,3)	5 (16,7)	1	1		
Đúng	111 (73,0)	41 (27,0)	1,85	2,15	0,71-6,53	0,176
<b>Thời gian ngưng điều trị với aspirin</b>						
Sai	21 (63,6)	12 (36,4)	1	1		
Đúng	115 (77,2)	34 (22,8)	0,52	0,51	0,21-1,27	0,149

POR\*: Hồi quy đơn biến; POR\*\*: Hồi quy đa biến; p\*\*: Giá trị p của hồi quy đa biến

Kết quả ghi nhận 2 yếu tố có liên quan với mức độ tuân thủ điều trị aspirin là tiền sử rối loạn tăng HA trong thai kỳ và tiền sử gia đình có người tăng HA.

Nhóm thai phụ có tiền sử tăng HA trong thai kỳ có tỉ số chênh lệch hiện mắc POR\*\* tuân thủ điều trị aspirin bằng 2,81 lần [KTC 95%: 1,09-7,24] so với nhóm thai phụ không có tiền sử tăng HA trong thai kỳ, mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê (p\*\* < 0,05). Và POR hiệu chỉnh thay đổi > 10% so với POR khi phân tích đơn biến (2,81 so với 2,74).

Nhóm thai phụ có tiền sử gia đình có người tăng HA có tỷ số POR\*\* tuân thủ điều trị bằng 2,59 lần [KTC 95%: 1,21-5,54] nhóm không có tiền sử gia đình có người tăng HA. Và POR hiệu chỉnh thay đổi > 10% so với POR khi phân tích đơn biến (2,59 so với 2,49).

Để phân tích mối liên quan giữa các yếu tố và tình trạng tuân thủ điều trị, chúng tôi thực hiện phân tích đơn biến cho 14 cặp biến số. Sau khi phân tích hồi quy đơn biến, chúng tôi tiến hành đưa vào 8 cặp biến số có p < 0,25 vào mô hình hồi quy đa biến nhằm không bỏ sót yếu tố gây nhiễu. Bảng 3 tóm lược 8 yếu tố được đưa vào phân tích đa biến.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình các thai phụ là 32,3 ± 5,9 tuổi. Trong đó tuổi thai phụ nhỏ nhất là 17 tuổi và lớn nhất là 50 tuổi. Có 98,4% các thai phụ đều thuộc dân tộc kinh, 21,4% thai phụ cư trú tại TPHCM và đa số có trình độ học vấn từ cấp II trở lên. Các thai phụ làm nghề lao động về trí óc chiếm 35,7%, lao động chân tay chiếm 34,1% và nội trợ chiếm 30,2%. Có 44,5% thai phụ có BMI thuộc nhóm thừa cân-béo phì trước mang thai và 47,8% thuộc nhóm bình thường(Bảng 1).

Theo nghiên cứu của chúng tôi, trên 182 thai phụ tham gia nghiên cứu có 46 thai phụ tuân thủ ở mức độ cao chiếm 25,3% (Bảng 2). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ thai phụ tuân thủ thấp hơn so với một số nghiên cứu khác.

Nghiên cứu của Abheiden<sup>8</sup> tại Hà Lan cho thấy tỉ lệ thai phụ tuân thủ cao hơn nghiên cứu của chúng tôi với 53,7%. Nghiên cứu của Hayley và cộng sự<sup>9</sup> nghiên cứu đánh giá việc tuân thủ dùng aspirin ở 71 thai phụ cho kết quả tuân thủ là 31%, và không tuân thủ chiếm 69%. Điều này có thể do ảnh hưởng nhiều yếu tố. Thứ nhất, đặc điểm của đối tượng nghiên cứu khác nhau có thể là các thai phụ đang có bệnh lý (đái tháo đường), BMI, trình độ học vấn, có tiền sử rối loạn tăng HA hay có người thân trong gia đình bị tăng HA. Nhóm bệnh nhân này thường có tỉ lệ tuân thủ cao hơn có thể là do có sự nhận thức về nguy cơ của bệnh, từ đó ảnh hưởng đến hành vi dùng thuốc thường xuyên hơn. Thứ hai, công cụ đánh giá tuân thủ được sử dụng trong các nghiên cứu là khác nhau. Cụ thể, tác giả Wright<sup>6</sup> và Shanmugalingam<sup>6</sup> sử dụng phương pháp đếm số thuốc thai phụ đã dùng, tác giả Abheiden<sup>6</sup> và Hayley<sup>6</sup> sử dụng công cụ là bộ câu hỏi SMAQ và BBQ. Trong các nghiên cứu sử dụng công cụ là BBQ thường có kết quả tuân thủ cao hơn vì thang điểm đánh giá dựa vào thái độ và niềm tin điều trị của thai phụ với thuốc, còn công cụ là SMAQ hay MMAS - 8 trong nghiên cứu của chúng tôi chú trọng về hành vi dùng thuốc nên có tiêu chí nghiêm ngặt hơn khi trả lời bất kì câu hỏi nào theo hướng không tuân thủ thì thai phụ sẽ được xếp vào nhóm không tuân thủ. Điều này cũng có thể giải thích cho tỉ lệ tuân thủ tương đối thấp của chúng tôi so với các nghiên cứu khác. Do đó, việc cải thiện tuân thủ điều trị dự phòng TSG với aspirin là cần thiết để đạt hiệu quả điều trị cao hơn.

Hai lý do phổ biến nhất được ghi nhận là thai phụ thỉnh thoảng quên uống thuốc chiếm tỉ lệ cao nhất 43,4% và khó khăn khi phải nhớ uống tất cả các loại thuốc chiếm 59,3%. Nghiên cứu của chúng tôi ở trên các thai phụ nên số thuốc trung bình thai phụ uống là 4 viên mỗi ngày bao gồm aspirin, vitamin, sắt, calci với các thời điểm uống khác nhau trong ngày, có thể đây là lý do làm cho thai phụ tuân thủ kém vì cảm thấy phiền và gặp khó khăn khi nhớ uống thuốc. Trong nghiên cứu của Shanmugalingam<sup>10</sup>, khó khăn trong việc nhớ uống thuốc cũng là nguyên nhân khiến nhiều thai phụ kém tuân thủ chiếm 74%.

Chúng tôi nhận thấy rằng trên nhóm thai phụ không tuân thủ (dưới 8 điểm MMAS-8) (n=136), lý do khi có tình trạng tốt hơn họ cũng sẽ không uống aspirin chiếm đa số trong nhóm các nguyên nhân cố ý với 11,03% (Biểu đồ 1). Khi được hỏi sâu hơn, thai phụ nói rằng họ không biết việc ngưng thuốc sẽ ảnh hưởng đến việc điều trị dự phòng.

Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị

được chúng tôi ghi nhận là: tiền sử rối loạn tăng HA trong thai kỳ và tiền sử gia đình có người tăng HA (Bảng 3). Về mối liên quan với tiền sử rối loạn tăng HA trong thai kỳ, thai phụ có tiền sử rối loạn tăng HA trong thai kỳ có tỷ lệ tuân thủ cao hơn nhóm không có tiền sử rối loạn tăng HA trong thai kỳ. Điều này có thể những thai phụ từng mắc rối loạn tăng HA thai kỳ như TSG hoặc tăng HA thai kỳ có nhận thức hơn về nguy cơ tái phát, ngoài ra cũng được bác sĩ tư vấn về nguy cơ TSG, từ đó nâng cao tuân thủ điều trị dự phòng.

Trong nghiên cứu của Wright và cộng sự<sup>6</sup> cũng ghi nhận có mối liên quan tích cực giữa việc tuân thủ điều trị với tiền sử gia đình có người mắc TSG. Điều này cho thấy khi có người thân mắc bệnh lý tăng HA, các thai phụ có sự quan tâm đến vấn đề chăm sóc sức khỏe hơn do tiếp xúc với người thân, hiểu được phần thông tin về bệnh lý và nguy cơ, từ đó tuân thủ sử dụng thuốc hơn.

**Điểm mới tính ứng dụng:** NC của chúng tôi giúp cung cấp số liệu về tình trạng tuân thủ điều trị dự phòng tiền sản giật. Từ đó có thể giúp bác sĩ lâm sàng xem xét để tư vấn và cung cấp thông tin trong quá trình khám thai tại các cơ sở y tế nhằm tăng mức độ tuân thủ điều trị.

**Điểm hạn chế:** Chúng tôi thực hiện nghiên cứu cắt ngang chỉ phỏng vấn đối tượng tại một thời điểm, chưa đánh giá được vấn đề tuân thủ điều trị lâu dài của thai phụ vì có thể có xu hướng giảm dần mức độ tuân thủ theo thời gian dùng thuốc. Kết cục thai kỳ trên nhóm tuân thủ và không tuân thủ cần được NC sâu hơn ở những NC tiếp theo.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị dự phòng tiền sản giật bằng aspirin ở nhóm thai phụ có nguy cơ cao là 25,3% đánh giá thông qua bộ câu hỏi MMAS-8. Vì vậy, cần có những biện pháp phù hợp trong tiếp cận và tư vấn nhằm tăng mức độ tuân thủ điều trị cho các thai phụ có nguy cơ cao tiền sản giật, đặc biệt lưu ý cho nhóm thai phụ không có tiền sử gia đình có người tăng HA và tiền sử rối loạn tăng HA trong thai kỳ trước đây.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thành CN, Vinh TQ, Huy NVQ, Đức VV, Linh TM, Khoa VV.** Đánh giá hiệu quả điều trị dự phòng bệnh lý tiền sản giật – sản giật bằng Aspirin ở những thai phụ có nguy cơ cao. *Tạp Chí Phụ Sản.* 2015;13(3):47-53. doi:10.46755/vjog.2015.3.893
2. **Đức VV, Nguyễn NTT, Linh TM, Huy NVQ, Thành CN.** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và giá trị doppler động mạch tử cung trong

- dự báo tiền sản giật ở tuổi thai 11 tuần – 13 tuần 6 ngày. Tạp Chí Phụ Sản. 2014;12(1):46-49. doi:10.46755/vjog.2014.1.813
3. **Mayrink J, Costa ML, Cecatti JG.** Preeclampsia in 2018: Revisiting Concepts, Physiopathology, and Prediction. *Sci World J.* 2018;2018:6268276. doi:10.1155/2018/6268276
  4. **ACOG Committee Opinion No. 743 Summary:** Low-Dose Aspirin Use During Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018;132(1):254. doi:10.1097/AOG.0000000000002709
  5. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn sàng lọc và điều trị dự phòng tiền sản giật.2021.
  6. **Wright D, Poon LC, Rolnik DL, et al.** Aspirin for Evidence-Based Preeclampsia Prevention trial: influence of compliance on beneficial effect of aspirin in prevention of preterm preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(6):685.e1-685.e5. doi:10.1016/j.ajog.2017.08.110
  7. **Nordeng H, Ystrøm E, Einarson A.** Perception of risk regarding the use of medications and other exposures during pregnancy. *Eur J Clin Pharmacol.* 2010;66(2):207-214. doi:10.1007/s00228-009-0744-2
  8. **Abheiden CNH, Van Reuler AVR, Fuijkschot WW, De Vries JIP, Thijs A, De Boer MA.** Aspirin adherence during high-risk pregnancies, a questionnaire study. *Pregnancy Hypertens Int J Womens Cardiovasc Health.* 2016;6(4):350-355. doi:10.1016/j.preghy.2016.08.232
  9. **Schultz HJ, Jacobs MB, Spooner E, Ramos GA.** 314 Pilot study to assess non-adherence to daily low dose aspirin in patients with pregestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol.* 2024;230(1, Supplement):S179. doi:10.1016/j.ajog.2023.11.336
  10. **Shanmugalingam R, Mengesha Z, Notaras S, et al.** Factors that influence adherence to aspirin therapy in the prevention of preeclampsia amongst high-risk pregnant women: A mixed method analysis. *PLoS ONE.* 2020;15(2):e0229622. doi:10.1371/journal.pone.0229622

## MẠC NỔI VỊ ĐẠI TRÀNG XUẤT PHÁT TỪ BỜ CONG NHỎ DẠ DÀY PHỐI HỢP VỚI DẠ DÀY QUAY DỠ DANG CA LÂM SÀNG BIẾN ĐỔI GIẢI PHẪU DẠ DÀY HIẾM GẶP

Thái Nguyên Hưng<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Huy<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu mô tả ca lâm sàng. Mục tiêu nghiên cứu: 1. Mô tả đặc điểm giải phẫu ca lâm sàng mạc nối vị đại tràng xuất phát từ bờ cong nhỏ dạ dày phối hợp với dạ dày quay dờ dang. 2. Điểm lại ý văn các biến đổi giải phẫu dạ dày. Kết quả nghiên cứu: BN Nam, 56 T, có TS uống nhiều rượu, loét DD-TT, HP (+). Vào viện vì hẹp môn vị (HMV) do ung thư dạ dày (UTDD) hang môn vị. Lâm sàng: đau thượng vị, nôn 1 tháng. Khám: Gầy sút, suy kiệt, bụng lõm, lách óc ách (+), Bouvret (-). Không sờ thấy mass thượng vị, bụng nhiều tuần hoàn bàng hệ. Nội soi dạ dày (NSDD): Hang môn vị loét lớn, co kéo, thâm nhiễm, không xuống được môn vị. Sinh thiết: Carcinome TB nhân. Siêu âm Bụng: môn vị dày 14 mm, không có dịch OB, không thấy hạch bất thường. CLVT: DD giãn to, dày thành hang môn vị, không thấy hạch. XN máu: HC 4,75 T/L; Hb 130 g/L, Hematocrit 0,39 L/L; BC: 9,0 G/L; TC 266 G/L. Đông máu: Fibrinogen 1,39 g/L, Prothrombin 100%; INR 1.0; APTT 28,4s. Sinh hóa: Glucose 4,78 mmol/L, Creatinin 91,73 Mmol/l, ure 5,9 mmol/L, Albumin 41,6g/L; GOT 26,4 U/L; GPT 19,6 U/L. Tổn thương trong mổ: UTDD hang môn vị 5-6 cm gây hẹp môn vị, gan phì đại 2 thùy. Nhận xét về giải

phẫu: 1. Đại tràng ngang lên cao qua phần mỏng mạc nối nhỏ, nằm sau dạ dày và tá tràng. 2. Dạ dày xoay ngang. 3. Dây chằng vị đại tràng xuất phát từ bờ cong nhỏ dạ dày đến nối với đại tràng ngang. 4. Mạc nối lớn xuất phát từ bờ cong lớn (BCL) không dính với bờ tự do đại tràng ngang. 5. Vị trí các mạch máu bình thường. + Phẫu thuật: Gỡ dính, hạ ĐT ngang, cắt GTBDD, vét hạch D2. GPB: ung thư biểu mô TB nhân T2N3M0. Kết luận: Các thay đổi giải phẫu: 1. Dạ dày quay dờ dang, dạ dày và D1-D2 tá tràng nằm ngang. 2. Đại tràng ngang lên cao nằm sau dạ dày và D1-D2 tá tràng. 3. Dây chằng vị đại tràng xuất phát từ BCN dạ dày nối với bờ tự do đại tràng ngang. 4. Mạc nối lớn không dính vào bờ tự do đại tràng ngang.

### SUMMARY

#### GASTRIC MALROTATION AND GASTROCOLIC LIGAMENT ORIGINATED FROM LESSER CURVATURE TO FREE BORDER OF TRANSVERSAL COLON: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

**Aim of study:** 1. Evaluate the malformation of gastrocolic ligament and also gastric malrotation. 2. Literature review of gastric malformation. **Patient and method:** Retrospective study. **Result:** Men, 56 years old, admission for gastric cancer and gastric outlet obstruction. + Medical history: alcohol abuse. + Clinic: Epigastric pain and vomiting for 1 month. + Physical examination: No mass palpable, there were abdominal collateral veins in the anterior wall of abdomen. + Gastroscopy revealed large antral tumor with pyloric stricture. + Histology: signet ring cell carcinoma. + Abdominal CTScanner: Antral tumor; not

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 25.7.2025