

làm giảm nỗ lực hít vào và tăng cường thể tích khí lưu thông bằng cách cung cấp oxy lưu lượng cao và tạo điều kiện cai máy thở cho những bệnh nhân này.^{3,9}

Trong quá trình áp dụng kỹ thuật HFTO cho bệnh nhân, chúng tôi đã quan sát thấy rằng bệnh nhân dung nạp tốt với hệ thống này và không có các triệu chứng như đau ngực hay buồn nôn khi thở bằng oxy ẩm dòng cao.

HFTO là một phương pháp hỗ trợ hô hấp có thể cung cấp áp lực dương thở ra ở đường thở ở mức độ nhỏ (1–2 cmH₂O).⁴ Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đã có sự cải thiện đáng kể tình trạng nhiễm trùng đường hô hấp. Đối với nhóm bệnh nhân mắc viêm phổi, chuyển sang HFTO từ máy thở đã giảm nguy cơ thở máy kéo dài và cải thiện tình trạng ho khạc do loãng đờm, ngăn ngừa ứ đọng đờm và giảm nhiễm trùng đường hô hấp. Không có trường hợp viêm phổi mới được ghi nhận cho nhóm bệnh nhân mắc các bệnh khác không phải viêm phổi.

V. KẾT LUẬN

Thở oxy lưu lượng cao qua ống mở khí quản áp dụng thành công cho 26/30 bệnh nhân, chiếm 86,67%. Người bệnh thở HFTO có nhịp thở, nhịp tim và các chỉ số khí máu ổn định sau 24 giờ áp dụng kỹ thuật. Đồng thời, không có biến chứng nào được ghi nhận trong quá trình áp dụng kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Corley A, Edwards M, Spooner AJ, Dunster KR, Anstey C, Fraser JF.** High-flow oxygen via tracheostomy improves oxygenation in patients weaning from mechanical ventilation: a randomised crossover study. *Intensive Care*

Medicine. 2017;43(3):465-467.

2. **Hernández Martínez G, Rodriguez ML, Vaquero MC, et al.** High-Flow Oxygen with Capping or Suctioning for Tracheostomy Decannulation. *The New England journal of medicine.* 2020;383(11):1009-1017.
3. **Mitaka C, Odoh M, Satoh D, Hashiguchi T, Inada E.** High-flow oxygen via tracheostomy facilitates weaning from prolonged mechanical ventilation in patients with restrictive pulmonary dysfunction: two case reports. *Journal of medical case reports.* 2018;12(1):292.
4. **Natalini D, Grieco DL, Santantonio MT, et al.** Physiological effects of high-flow oxygen in tracheostomized patients. *Annals of intensive care.* 2019;9(1):114.
5. **Nguyễn ĐT, Nguyễn TKT, Nguyễn TN, et al.** Nhận xét bước đầu p dụng kỹ thuật thở oxy dòng cao làm ẩm làm ấm ở những bệnh nhân mở khí quản. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;526(1B)..
6. **Tiruvoipati R, Lewis D, Haji K, Botha J.** High-flow nasal oxygen vs high-flow face mask: a randomized crossover trial in extubated patients. *Journal of critical care.* 2010;25(3):463-468.
7. **Brotfain E, Zlotnik A, Schwartz A, et al.** Comparison of the effectiveness of high flow nasal oxygen cannula vs. standard non-rebreather oxygen face mask in post-extubation intensive care unit patients. *The Israel Medical Association journal: IMAJ.* 2014;16(11):718-722.
8. **Liu F, Shao Q, Jiang R, et al.** High-Flow Oxygen Therapy to Speed Weaning From Mechanical Ventilation: A Prospective Randomized Study. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses.* 2019;28(5):370-376.
9. **Vadi S, Phadtare S, Shetty K.** High-flow Oxygen Therapy via Tracheostomy to Liberate COVID-19-induced ARDS from Invasive Ventilation: A Case Series. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine.* 2021;25(6):724-728.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ THỰC QUẢN NGUYÊN PHÁT VÀ ĐIỂM Y VẤN

Nguyễn Đức Ninh¹

TÓM TẮT

Hội chứng Boerhaave rất hiếm gặp nhưng tỉ lệ tử vong rất cao. Là một thách thức trong chẩn đoán vì hội chứng không những hiếm gặp mà còn biểu hiện không đầy đủ những triệu chứng điển hình. Trường

hợp lâm sàng: Chúng tôi báo cáo trường hợp hội chứng Boerhaave do nôn ói nhiều sau khi uống rượu được chuyển lên từ tuyến dưới trong một bệnh cảnh lâm sàng rất nặng. Tuy đã được điều trị theo guideline nhưng quá thời gian vàng nên tiên lượng bệnh nặng nề. Kết luận: Việc chẩn đoán và điều trị kịp thời hội chứng Boerhaave là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất. Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán. Điều trị bệnh cần phối hợp đa chuyên khoa và theo dõi sát. Trong đó phẫu thuật là điều trị chính và nên được thực hiện trong 24 giờ.

Từ khoá: hội chứng Boerhaave, rách thực quản, vỡ thực quản, báo cáo ca bệnh

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Ninh

Email: drninhbv108@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 7.10.2024

SUMMARY**ACUTE SEVERE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING RESULTING FROM SPONTANEOUS ESOPHAGEAL RUPTURE AND LITERATURE REVIEW**

The Boerhaave syndrome is a extremely rare but a life-threatening condition. Diagnosis is difficult by its rarity and the absence of typical symptoms. Case report: We report a case of Boerhaave syndrome resulting from severe vomiting after alcohol consumption, in a critical ill condition. Although the patient was treated following guidelines after diagnosis, "the golden hour" was missed, leading to a poor prognosis. Conclusion: Timely diagnosis and treatment of Boerhaave syndrome are crucial prognostic factors. Chest computed tomography plays a significant role in the diagnosis. The management of the disease requires multidisciplinary coordination and close monitoring, with surgery being the primary treatment modality and ideally performed within 24 hours. **Keywords:** Boerhaave syndrome, esophageal rupture, esophageal perforation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Boerhaave, được mô tả lần đầu bởi Herman Boerhaave vào năm 1729, là một tình trạng hiếm gặp nhưng có thể gây tử vong. Hội chứng này được gây ra bởi sự tăng áp lực đột ngột trong ống thực quản sau nôn mửa. Bệnh biểu hiện điển hình bởi tam chứng Mackler (nôn ói, đau ngực và tràn khí dưới da). Tuy nhiên, trong trường hợp bệnh nhân đến với cơ sở y tế với các triệu chứng không điển hình sẽ khiến quá trình chẩn đoán trở nên khó khăn, chậm trễ, qua đó gián tiếp khiến tăng tỉ lệ các biến chứng nghiêm trọng và tử vong. Phương pháp điều trị tối ưu cho tình trạng này tính đến nay chưa được chuẩn hóa hay thống nhất, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị đầu tay. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày một trường hợp điển hình của hội chứng Boerhaave đồng thời qua đó thảo luận về phương thức chẩn đoán và phương pháp điều trị.

I. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam 40 tuổi, tiền sử lạm dụng rượu nhiều năm, xuất huyết tiêu hóa nhiều lần do loét hành tá tràng, vào viện vì nôn ra máu, được chuyển đến bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ Bệnh viện tỉnh Nam Định. Cách nhập viện 2 ngày, sau khi uống rượu, bệnh nhân đột ngột nôn ra máu đỏ tươi, liên tục, số lượng và tần số tăng dần kèm chóng mặt. Qua quá trình thăm khám ban đầu ghi nhận bệnh nhân tỉnh táo, kích thích, vã mồ hôi, huyết động ổn định, mạch trong giới hạn bình thường cao, ấn đau nhẹ thượng vị, không co cứng thành bụng và phân đen khi thăm trực tràng. Bệnh nhân được

nhận định và xử trí ban đầu theo hướng xuất huyết tiêu hóa cao mức độ trung bình nghi do loét hành tá tràng tái phát và có chỉ định nhập viện điều trị nội trú.

Tại phòng cấp cứu Bệnh viện tỉnh Nam Định, 15 phút sau lần thăm khám ban đầu, bệnh nhân đột ngột nôn ra máu đỏ tươi khoảng 400 – 500 ml, sau nôn xuất hiện đau tức ngực 1/3 dưới xương ức, lan sau lưng, VAS 7/10, khó thở, tri giác lơ mơ. Khám lâm sàng ghi nhận bệnh nhân mạch nhanh – nhỏ - khó bắt, huyết áp kẹt, SpO₂ 80%, nhịp thở 28 lần/phút, da niêm mạc nhợt, tràn khí dưới da vùng cổ ngực, tăng công hô hấp, khí quản di lệch phải, hội chứng 3 giảm phổi trái. Bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa trên mức độ nặng - tràn dịch màng phổi trái lượng nhiều 2 bên - theo dõi sốc nhiễm khuẩn, được xử trí: ổn định huyết động, an thần thở máy, chuyển lên Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 vào giờ thứ 25.

Cận lâm sàng:

- Bạch cầu 5,6G/L (Neutrophil 80%), Hb 106g/L, MCV 95fL, Procalcitonin 35ng/mL; Creatinin 112μmol/L; BUN 11,45mg/dL.

- Khí máu: pH 7,21; CO₂ 49 mmHg, HCO₃ 19,6 mmol/L; PaO₂ 40 mmHg; SpO₂ 88%; Lactat 6,2 mmol/L; Anion Gap 8.

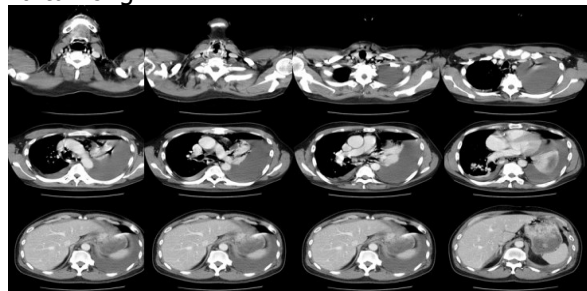
- Xquang ngực: tràn dịch màng phổi trái lượng nhiều khiến di lệch trung thất, tràn khí dưới da, tràn khí trung thất.

- Cắt lớp vi tính lồng ngực có tiêm thuốc cản quang: tràn khí áp lực, tràn dịch lượng lớn phổi trái gây đẩy lệch trung thất, tràn khí dưới da, tràn khí trung thất (Hình 1).

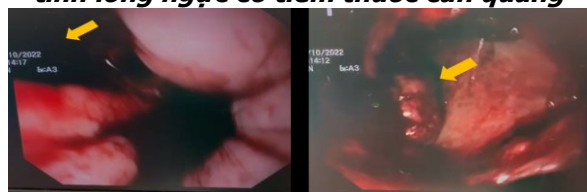
- Nội soi dạ dày thực quản cấp cứu: Tổn thương vỡ 1/3 dưới thực quản 3cm, quan sát thấy trung thất, màng phổi (Hình 2).

Bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa do vỡ thực quản 1/3 dưới nguyên phát biến chứng tràn dịch màng phổi áp lực – theo dõi sốc nhiễm khuẩn. Bên cạnh công tác ổn định bệnh nhân (hồi sức dịch, kháng sinh đường tĩnh mạch phổ rộng - Piperacillin/ tazobactam và Vancomycin, nhịn ăn hoàn toàn, đặt dẫn lưu màng phổi cấp cứu, an thần, đặt ống nội khí quản – thở máy xâm nhập), ca bệnh được hội chẩn đa chuyên khoa, quyết định phẫu thuật với sự phối hợp của hai kíp Khoa Ngoại Tổng quát và Khoa Ngoại lồng ngực-mạch máu. Phẫu thuật được tiến hành vào giờ thứ 30 tính từ thời điểm khởi phát triệu chứng. Tuy nhiên, sau 10 ngày điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, tình trạng bệnh xu hướng không cải thiện, tổn thương đa tạng trong bệnh cảnh sốc nhiễm khuẩn chưa có xu hướng phục hồi, bệnh nhân xuất hiện viêm phổi

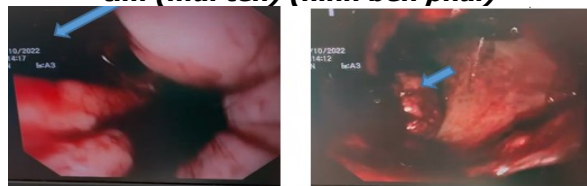
bệnh viện do *Acinetobacter baumannii* đa kháng và tử vong.



Hình 1: Tràn khí áp lực, tràn dịch lượng lớn phổi trái gây đẩy lệch trung thất, tràn khí dưới da, tràn khí trung thất trên cắt lớp vi tính lồng ngực có tiêm thuốc cản quang



Hình 2: Rách 1/3 dưới thực quản 3cm (mũi tên) (hình bên trái); qua vết rách thực quản quan sát được trung thất, màng phổi, tim (mũi tên) (hình bên phải)



Hình 3: Nội soi thực quản - dạ dày: Hình bên trái: Rách 1/3 dưới thực quản 3cm (mũi tên). Hình bên phải: Qua lỗ thủng thấy màng phổi, tim (mũi tên)

II. BÀN LUẬN

Vỡ thực quản là một thuật ngữ chung bao gồm sự mất liên tục xuyên thành thực quản. Phần lớn các trường hợp (60%) vỡ thực quản là do y tế gây ra và xảy ra trong quá trình chẩn đoán và điều trị (nong thực quản, tiêm xơ, cột thắt tĩnh mạch...) [1]. Những nguyên nhân hiếm khác bao gồm chấn thương, ung thư, dị vật và nuốt chất ăn mòn. Trong bài báo cáo ca bệnh này, chúng tôi đề cập đến hội chứng Boerhaave, hay còn gọi là vỡ thực quản tự phát. Hội chứng Boerhaave chiếm khoảng 15%, xảy ra ở những người bệnh không có bệnh lý thực quản trước đó, sau khi nôn ói nặng [2]. Do việc nôn ói nặng dẫn đến vỡ xuyên thành thực quản nên khi gọi là vỡ thực quản tự phát có thể gây bối rối, việc sử dụng thuật ngữ khác như vỡ do áp lực hoặc hội chứng Boerhaave có thể tốt hơn. Vỡ dọc thực quản,

thường ở mặt sau bên trái của một phần ba dưới thực quản phần ngực và kéo dài vài centimet.

Các đặc điểm lâm sàng của hội chứng Boerhaave phụ thuộc vào vị trí vỡ (cổ, trong ngực hoặc trong bụng), mức độ và thời gian khởi phát. Mặc dù nôn ói dữ dội trước khi đau là 1 dấu hiệu quan trọng gợi ý hội chứng Boerhaave, khoảng 25 đến 45% bệnh nhân không có tiền sử nôn ói [3]. Ở bệnh nhân vỡ thực quản đoạn ngực, lép bẹp dưới da khi có tràn khí trung thất. Nghe được tiếng lạo xạo trung thất ở vùng trước tim xảy ra đồng thời cùng với nhịp tim khi người bệnh nằm nghiêng bên trái (dấu Hamman). Tuy nhiên, dấu hiệu này cần ít nhất một tiếng sau khi vỡ thực quản và cũng chỉ có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có. Trong vòng vài giờ sau vỡ, bệnh nhân xuất hiện đau khi nuốt, khó thở và nhiễm trùng, và có sốt, thở nhanh, nhịp tim nhanh, da tím tái và tụt huyết áp, tràn dịch màng phổi. Ở bệnh nhân vỡ thực quản đoạn bụng, thường có cảm giác đau bụng thượng vị lan vai, có thể đau lưng và không thể nằm ngửa hoặc có triệu chứng bụng ngoại khoa. Vỡ thực quản đoạn cổ thường khu trú và lành tính hơn, có thể xuất hiện đau cổ, khó nuốt hoặc khó nói, khám thấy ấn đau cơ ức đòn chũm và tiếng lép bẹp dưới da cổ. Chẩn đoán chậm làm tăng tỉ lệ biến chứng và tử vong lên 16 đến 51% [4]. Hội chứng Boerhaave nên được nghi ngờ ở bệnh nhân có triệu chứng đau ngực, đau cổ hoặc đau vùng bụng trên sau một cơn nôn mửa dữ dội hoặc nguyên nhân khác gây áp lực trong ngực tăng lên, và khám thấy tràn khí dưới da (tam chứng Markler).

Các xét nghiệm ít có giá trị trong chẩn đoán, thường dùng để loại trừ các tình trạng phổ biến hơn trong chẩn đoán đau ngực cấp tính hoặc khó thở. Hình ảnh học có vai trò quan trọng hơn trong việc chẩn đoán. X-quang ngực thẳng có hình ảnh tràn khí trung thất, tràn dịch màng phổi và tràn khí màng phổi là những dấu hiệu kinh điển. Ngoài ra có thể thấy trung thất giãn rộng, khí dưới cơ hoành... Tuy nhiên X-quang ngực thẳng không nhạy và không đặc hiệu. Ngoài ra, tràn khí trung thất có thể mất trên X-quang sau một giờ và cần nhiều giờ để nhìn thấy tràn dịch màng phổi, trung thất giãn rộng trên X-quang [5]. CT ngực ± cản quang tĩnh mạch ± cản quang đường uống là chẩn đoán xác định, có độ nhạy lên tới 92-100% để đánh giá sự lan rộng và ảnh hưởng tới các cơ quan xung quanh và để hướng dẫn điều trị ban đầu. Ngoài ra có thể loại trừ các chẩn đoán phân biệt (bóc tách động mạch chủ, tụ máu dưới cơ thực quản). Hình ảnh CT: Trung thất giãn rộng, dày thành thực quản dày lên, viêm và/hoặc tụ máu, khí ngoài phổi:

tràn khí trung thất, tràn khí phúc mạc, tràn khí màng phổi và/hoặc tràn khí dưới da, tràn dịch màng phổi, thuốc cản quang ngoài lòng mạch và/hoặc dịch quanh thực quản. Mặc dù CT không xác định chính xác vị trí vỡ thực quản nhưng rất nhạy để phát hiện lượng nhỏ chất tương phản hoặc không khí rò rỉ vào các mô mềm bên cạnh thực quản hoặc trong trung thất [6]. Tiêu chuẩn vàng là chụp thực quản cản quang tuy nhiên ít được sử dụng do nguy cơ viêm trung thất do cản quang. Có thể Nội soi ống mềm để thấy vết rách trước khi phẫu thuật, nhưng có nguy cơ làm vết rách rộng hơn, chỉ nên thực hiện một cách cẩn thận bởi những chuyên gia có kinh nghiệm.

Điều trị ban đầu: Điểm chung của tất cả các trường hợp vỡ thực quản là do sự tổn thương các mô xung quanh do dịch tiêu hoá và nhiễm trùng tiến triển và có thể dẫn tới tử vong. Do đó, chậm trễ trong việc điều trị là chỉ số dự báo sống quan trọng nhất. Vì tỷ lệ tử vong cao, chỉ định nhập ICU nên cân nhắc không chỉ cho bệnh nhân có rối loạn huyết động, mà còn cho bệnh nhân nhiều bệnh nền. Nguyên tắc điều trị ban đầu: Kiểm soát đường thở, thông khí, huyết động [ABCDE], dịch truyền tinh thể, nhịn ăn hoàn toàn. Dinh dưỡng, thường là thông qua đường tĩnh mạch. Sử dụng kháng sinh phổ rộng tĩnh mạch. Dẫn lưu dịch và các chất nhiễm trùng, hoại tử (nếu có). Ngoài ra, nên hội chẩn ngoại khoa trong tất cả các trường hợp, vì bệnh nhân được điều trị bảo tồn hoặc nội soi thất bại đều cần can thiệp phẫu thuật. Điều trị tiếp theo phụ thuộc vào kích thước và vị trí vỡ, thời gian chẩn đoán, cơ địa bệnh nhân. Có 3 phương pháp điều trị thường được dùng nhất: điều trị nội khoa bảo tồn, nội soi và phẫu thuật.

Điều trị nội khoa bảo tồn, hay còn gọi là điều trị không phẫu thuật (non-operative management) của vỡ thực quản có thể được xem xét đối với những bệnh nhân ổn định, tới sớm trong 24 giờ, rò rỉ dịch tiêu hoá tối thiểu và được bao bọc lại, các mô xung quanh tổn thương tối thiểu và được theo dõi bởi các chuyên gia chuyên về thực quản (Mức độ 1C) [4]. Các tiêu chí được phát triển bởi Altorjay hơn hai thập kỷ trước vẫn là nền tảng của điều trị không phẫu thuật [7]. Tuy nhiên, tất cả các bệnh nhân lựa chọn điều trị bảo tồn đều phải được theo dõi sát, ngay khi phát hiện ngay các dấu hiệu tiến triển (lâm sàng xấu đi: sốt, nhiễm trùng; mở rộng lỗ thủng, tràn mủ màng phổi...), cần phải được hội chẩn và phẫu thuật ngay lập tức.

Nếu cần phẫu thuật, phẫu thuật phải được thực hiện nhanh trong vòng 24 giờ sau chẩn

đoán ban đầu để tăng cơ hội sống sót. Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân được điều trị trong 24h đầu là 10% so với 30% nếu điều trị trễ [4]. Phẫu thuật vỡ thực quản phức tạp và yêu cầu e-kíp có kỹ năng cao, kinh nghiệm, và phối hợp đa chuyên khoa. Nguyên tắc chung của điều trị phẫu thuật bao gồm: (1) bộc lộ tốt (2) cắt lọc hết mô hoại tử (3) đóng lỗ thủng (4) kiên cố đường khâu (5) dẫn lưu tốt. Đường vào phẫu thuật sẽ phụ thuộc vào vị trí vỡ. Ngay cả trong những trường hợp phẫu thuật sớm và điều trị tích cực, tỷ lệ tử vong vẫn cao, với tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là rất cao (khoảng 60%) [3].

Nội soi không được xem xét ở những bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn điều trị bảo tồn nhưng có nhiều bệnh nặng kèm theo có thể chịu đựng phẫu thuật. Được chỉ định sau khi đã hội chẩn với chuyên gia ngoại lồng ngực và được thực hiện bởi bác sĩ nội soi nhiều kinh nghiệm trong việc đặt stent thực quản.

Trên ca bệnh của chúng tôi, sau khi hồi cứu lại bệnh sử tại Bệnh viện tuyến dưới, khi bệnh nhân biểu hiện đầy đủ tam chứng Mackler (nôn, đau ngực và tràn khí dưới da), tình trạng bệnh đã diễn tiến nặng, và vì hội chứng Boerhaave là hội chứng hiếm gặp nên chưa nhận ra chẩn đoán, dẫn đến nên chưa có hướng điều trị thích hợp. Sau khi chuyển lên bệnh viện Trung ương Quân đội 108, bệnh nhân trong tình trạng rất nặng và có nhiều yếu tố nguy cơ nặng (quá 24 giờ, vỡ thực quản 1/3 dưới đoạn ngực, tổn thương nhiều cơ quan lân cận, sốc nhiễm khuẩn, bệnh lý nền) dù đã được chẩn đoán hội chứng Boerhaave, điều trị theo guideline tích cực: gồm điều trị ban đầu và phẫu thuật kết hợp Ngoại lồng ngực và Ngoại tiêu hoá, tuy nhiên đã quá thời gian vàng để phẫu thuật và sử dụng kháng sinh, nên tiên lượng tử vong người bệnh là khó tránh khỏi.

III. KẾT LUẬN

Hội chứng Boerhaave là hội chứng hiếm gặp, là cấp cứu nội – ngoại khoa, hiện tại vẫn là một thách thức về chẩn đoán và điều trị. Việc nhận biết, điều trị kịp thời là yếu tố tiên lượng quan trọng. Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực là một công cụ rất hữu ích trong việc chẩn đoán và loại trừ các chẩn đoán phân biệt khác. Tiếp cận ban đầu luôn ưu tiên ổn định bệnh nhân và kiểm soát tình trạng nhiễm trùng. Kế hoạch và quyết định phương pháp điều trị trong giai đoạn tiếp theo phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau, phẫu thuật sớm trong vòng 24 giờ đầu là nền tảng chính. Điều trị đúng và kịp thời có thể mang đến cho người bệnh một tiên lượng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baron TH, Wong Kee Song LM, Zielinski MD, et al. A comprehensive approach to the management of acute endoscopic perforations (with videos) *Gastrointest Endosc.* 2012;76(4): 838–859. doi: 10.1016/j.gie.2012.04.476.
2. Chirica M, Champault A, Dray X, et al. Esophageal perforations. *J Visc Surg.* 2010; 147(3): e117–e128. doi: 10.1016/j.jvisurg. 2010.08.003.
3. George Triadafilopoulos, J Thomas Lamont, Shilpa Grover, Boerhaave syndrome: Effort rupture of the esophagus, UpToDate, 2023.
4. Chirica M, Kelly M, Siboni S, et al. Esophageal emergencies: WSES guidelines. *World J Emerg Surg* 2019; 14
5. Radswiki, T., Weerakkody, Y. Boerhaave syndrome. Reference article, Radiopaedia.org. (accessed on 06 Nov 2022) <https://doi.org/10.53347/rID-12730>
6. Turner AR, Turner SD. Boerhaave Syndrome. 2021 Dec 15. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 28613559.
7. Altorjay A, Kiss J, Voros A, et al. Nonoperative management of esophageal perforations. Is it justified? *Ann Surg.* 1997; 225(4): 415–421. doi: 10.1097/00000658-199704000-00011

ẢNH HƯỞNG CỦA MỔ LẤY THAI ĐẾN LẦN MANG THAI SAU CỦA SẢN PHỤ SINH LẦN 2 TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI CÀ MAU NĂM 2022-2023

Huỳnh Ngọc Linh¹, Trương Minh Kiêng², Nguyễn Việt Tri²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mổ lấy thai liên quan đến sức khỏe của mẹ và con trong ngắn hạn và dài hạn đặc biệt là những lần mang thai sau. Do đó, xác định các nguy cơ của mổ lấy thai đến lần mang thai sau là cần thiết.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ mổ lấy thai, các yếu tố như: nhau tiền đạo, vỡ ối sớm, rách thốn đường, tăng huyết áp thai kỳ; suy thai, cân nặng, chỉ số Apgar trẻ sơ sinh giữa hai nhóm sản phụ sinh lần đầu bằng đường âm đạo hoặc mổ lấy thai đến sinh lần 2 tại bệnh viện Sản Nhi Cà Mau. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 2576 sản phụ sinh lần 2 tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau năm 2022-2023. **Kết quả:** Nhóm sản phụ có tiền sử mổ lấy thai khi mang thai lần 2 có nguy cơ mổ lấy thai, nhau tiền đạo, vỡ ối sớm, rách thốn đường, tăng huyết áp thai kỳ cao hơn so với nhóm sản phụ đã sinh đường âm đạo lần 1 với RR lần lượt là 5,68 KTC95% [4,60-7,02]; 1,21 KTC95% [1,11-1,31]; 1,45 KTC95% [1,31-1,61]; 1,24 KTC95% [1,08-1,43]; 1,39 KTC95% [1,26-1,53]; 1,19 KTC95% [1,03-1,37]. Tuy nhiên rách thốn đường thai kỳ không có sự khác biệt giữa 2 nhóm, $p=0,69$. Đối với trẻ sơ sinh ở nhóm sản phụ đã mổ lấy thai có nguy cơ suy thai, nhẹ cân hơn so với nhóm sinh đường âm đạo với RR lần lượt là 1,51 KTC95% [1,38-1,63] và 1,24 KTC95% [1,08-1,42]. **Kết luận:** Sản phụ có tiền sử mổ lấy thai có nguy cơ cho cả mẹ và con và hầu như phải mổ lấy thai khi mang thai lần sau.

Từ khóa: mổ lấy thai, sinh đường âm đạo, nhau tiền đạo, vỡ ối sớm, suy thai.

SUMMARY

THE IMPACT OF CESAREAN SECTION ON

¹Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau

²Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Ngọc Linh

Email: drlinhcm78@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 8.10.2024

SUBSEQUENT PREGNANCIES IN SECOND-TIME MOTHERS AT CA MAU OBSTETRICS AND PEADIATRICS HOSPITAL YEAR 2022-2023

Introduction: Cesarean section is associated with both short-term and long-term maternal and fetal health, particularly in subsequent pregnancies. Therefore, identifying the risks of Cesarean section on subsequent pregnancies is essential. **Objectives:** To determine the rate of Cesarean section, factors such as placenta previa, premature rupture of amniotic membranes, diabetes mellitus, gestational hypertension; fetal distress, birth weight, and Apgar score of newborns between two groups of primiparous women who delivered vaginally or via Cesarean section for their second delivery at Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective cohort study of 2576 second-time mothers at Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital from 2022-2023. **Results:** The group of mothers with a history of Cesarean section during their second pregnancy had a higher risk of Cesarean section, placenta previa, premature rupture of amniotic membranes, diabetes mellitus, and gestational hypertension compared to the group of others who had a vaginal delivery for their first delivery, with RR values of 5.68 CI 95% [4.60-7.02]; 1.21 CI 95% [1.11-1.31]; 1.45 CI 95% [1.31-1.61]; 1.24 CI 95% [1.08-1.43]; 1.39 CI 95% [1.26-1.53]; 1.19 CI 95% [1.03-1.37], respectively. However, there was no difference in gestational diabetes mellitus between the two groups, $p=0.69$. Regarding newborns, those born to mothers who had a Cesarean section had a higher risk of fetal distress and low birth weight compared to those born vaginally, with RR values of 1.51 CI 95% [1.38-1.63] and 1.24 CI 95% [1.08-1.42], respectively. **Conclusion:** Mothers with a history of Cesarean section are at risk for both themselves and their children and are almost always required to have a Cesarean section in subsequent pregnancies.

Keywords: cesarean section, vaginal delivery, placenta previa, premature rupture of amniotic membranes, fetal distress.