

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.jviscsurg. 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, đái tháo 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, đái tháo 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]; 1,21KTC95% [1,11-1,31]; 1,45KTC95% [1,31-1,61]; 1,24KTC95% [1,08-1,43]; 1,39 KTC95% [1,26-1,53]; 1,19KTC95% [1,03-1,37]. Tuy nhiên đái tháo 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.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) đang tăng nhanh trên toàn thế giới, nhất là các trường hợp không có chỉ định y tế ngày càng gia tăng. MLT có nguy cơ cao cả trong ngắn hạn và dài hạn đối với phụ nữ và trẻ sơ sinh [4]. Mỗi liên quan ngắn hạn của mổ lấy thai đã được mô tả rõ ràng trong các nghiên cứu đoàn hệ, nhưng thai phụ ít được thông tin về những rủi ro dài hạn của mổ lấy thai đặc biệt là những lần mang thai sau của họ. Những biến chứng ở lần mang thai tiếp theo liên quan đến sẹo tử cung là một mối quan tâm nghiêm trọng. Các biến chứng bao gồm nhau thai bám vào sẹo tử cung, vỡ tử cung là những hậu quả liên quan đã trở thành vấn đề sức khỏe của thai phụ. Một số nghiên cứu cho thấy nhóm thai phụ có tiền sử MLT có tỷ lệ mổ lấy thai rất cao, nhau thai tiền đạo, xuất huyết sau sinh, vỡ tử cung, cắt tử cung, đái tháo đường thai kỳ, tăng huyết áp thai kỳ, sinh non, cân nặng khi sinh thấp và điểm Apgar sau sinh thấp so với nhóm sinh đường âm đạo [7]. Những thai phụ càng mổ lấy thai nhiều lần thì nguy cơ các biến chứng của mẹ càng cao. Các nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của MLT đến lần mang thai sau của phụ nữ tại Việt Nam còn rất ít. Nhằm cung cấp thêm số liệu khoa học về vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "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".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Sản phụ đến sinh lần 2 tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau trong hai năm 2022 và 2023.

Tiêu chí chọn mẫu: Sản phụ sinh lần 2 tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau năm 2022-2023.

Tiêu chí loại trừ: sản phụ không có dữ liệu đầy đủ trên phần mềm quản lý bệnh viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** đoàn hệ hồi cứu.

- **Nguồn dữ liệu:** Từ phần mềm quản lý bệnh viện (<https://yte-camau.vnphthis.vn/>) của Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau chúng tôi xuất dữ liệu ra excel và chọn những sản phụ đến bệnh viện sinh lần 2. Sau đó hồi cứu thông tin phương pháp sinh lần 1 của sản phụ. Khi có kết quả phương pháp sinh lần 1 chúng tôi chia thành hai nhóm sinh đường âm đạo và mổ lấy thai. Từ hai phân nhóm trên chúng tôi quan sát các yếu tố của lần sinh này: phương pháp sinh (đường âm đạo hay mổ lấy thai), nhau tiền đạo, vỡ ối sớm, suy thai, tăng huyết áp thai kỳ, đái tháo đường thai kỳ, suy thai trong chuyển dạ, cân nặng khi

sinh của bé, chỉ số Apgar để so sánh ảnh hưởng của phương pháp sinh lần đầu với các kết cục sinh lần 2 giữa hai nhóm. Thông tin của sản phụ được ghi vào phiếu thu thập dữ liệu.

- **Cỡ mẫu:** chọn tất cả những thai phụ sinh lần 2 có đầy đủ dữ liệu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Dữ liệu từ phần mềm được xuất ra excel và thông tin của sản phụ được ghi vào phiếu thu thập dữ liệu. Đặc điểm chung của hai nhóm sản phụ sinh lần 1 là mổ lấy thai hoặc sinh đường âm đạo. Xác định tỷ lệ các đặc điểm lần mang thai sau của hai nhóm sinh đường âm đạo và mổ lấy thai lần 1.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Sử dụng Epi-data 3.02 để nhập liệu, xử lý thống kê bằng phần mềm STATA 16.0. Dùng chỉ số nguy cơ tương đối RR để đo lường mối liên quan, các phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 2576 sản phụ đến Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau sinh lần 2 từ năm 2022 đến năm 2023 đủ tiêu chuẩn với kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của hai nhóm sản phụ mang thai lần 1 nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của hai nhóm sản phụ mang thai lần 1 nghiên cứu

Chỉ số	Mổ lấy thai n (%)	Sinh đường âm đạo n (%)	P
Nơi cư trú			
Nông thôn	941(50,24)	932(49,76)	0,21
Thành thị	374(53,20)	329(46,80)	
Nhóm tuổi			
<25	171(48,86)	179(51,14)	0,67
25-29	325(51,75)	303(48,25)	
30-34	442(52,25)	404(47,75)	
≥35	377(50,13)	375(49,87)	
Nghề nghiệp			
Nông dân, nội trợ	832(51,71)	777(48,29)	0,37
Viên chức, cán bộ	269(48,73)	283(51,27)	
Buôn bán	132(49,25)	136(50,75)	
Khác	82(55,78)	65(44,22)	
Tổng	1315(51,05)	1261(48,95)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa nơi cư trú, nhóm tuổi và nghề nghiệp của hai nhóm sản phụ sinh đường âm đạo, mổ lấy thai lần 1 với p đều $> 0,05$.

Bảng 3.2. Các ảnh hưởng đến sản phụ mang thai lần 2 của hai nhóm sản phụ mổ lấy thai và sinh đường âm đạo

Đặc điểm	Mổ lấy thai lần 1	Sinh ĐÃĐ lần 1	RR KTC95%	P
Phương pháp sinh lần 2				
Mổ lấy thai	1237(94,07)	659(52,26)	5,68 [4,60-7,02]	0,000
Sinh ĐÃĐ	78(5,93)	602(47,74)		
Sinh non				
Có	321(24,41)	221(17,53)	1,21	0,000
Không	994(75,59)	1040(82,47)	[1,11-1,31]	
Nhau tiền đạo				
Có	107(8,14)	41(3,25)	1,45	0,000
Không	1208(91,86)	1220(96,75)	[1,31-1,61]	
Tiền sản giật-sản giật				
Có	81(6,16)	48(3,81)	1,24	0,006
Không	1234(93,84)	1213(96,19)	[1,08-1,43]	
Vỡ ối sớm				
Có	164(12,47)	75(5,95)	1,39	0,000
Không	1151(87,53)	1186(94,05)	[1,26-1,53]	
Đái tháo đường thai kỳ				
Có	54(4,11)	48(3,81)	1,03	0,69
Không	1261(95,89)	1213(96,19)	[0,86-1,25]	
Tăng huyết áp thai kỳ				
Có	84(6,39)	55(4,36)	1,19	0,02
Không	1231(93,61)	1206(95,64)	[1,03-1,37]	

Nhận xét: Những sản phụ có tiền sử mổ lấy thai đều có nguy cơ xảy ra các biến cố cao hơn so với nhóm sản phụ đã sinh đường âm đạo.

Bảng 3.3. Các ảnh hưởng đến trẻ sơ sinh của hai nhóm sản phụ mổ lấy thai và sinh đường âm đạo

Đặc điểm	Mổ lấy thai lần 1	Sinh ĐÃĐ lần 1	RR KTC95%	P
Suy thai				
Có	216(16,43)	81(6,42)	1,51	0,000
Không	1099 (83,57)	1180 (93,58)	[1,38-1,63]	
Chỉ số Apgar ≤7				
Có	17(1,29)	14(1,11)	1,07	0,67
Không	1298 (98,71)	1247 (98,89)	[0,78-1,48]	
Nhẹ cân				
Có	93(7,07)	56(4,44)	1,24	0,004
Không	1222 (92,93)	1205 (95,56)	[1,08-1,42]	
Cân nặng sơ sinh TB (ĐLC)	3077,94 (340,3)	3237,21 (379,68)		0,000

Nhận xét: Tình trạng suy thai và nhẹ cân ở nhóm trẻ sinh ra từ những bà mẹ đã mổ lấy thai cao hơn so với trẻ ở nhóm bà mẹ sinh đường âm đạo, p đều <0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của hai nhóm sản phụ mang thai lần 1 nghiên cứu. Qua truy xuất dữ liệu từ phần mềm quản lý bệnh viện tại Bệnh viện Sản Nhi từ 1/1/2022 đến 31/12/2023 chúng tôi thu thập được 2768 sản phụ đến sinh lần 2 tại bệnh viện. Qua sàng lọc chúng tôi chọn được 2576 sản phụ đáp ứng đầy đủ các tiêu chí để đưa vào phân tích. Số sản phụ mổ lấy thai lần 1 là 1315 (51,05%) và sinh đường âm đạo lần 1 là 1261(48,95%). Về nơi cư trú những sản phụ ở nông thôn mổ lấy thai khi sinh lần 1 trong nghiên cứu là 941 với 50,24% và có tỷ lệ sinh đường âm đạo lần 1 là 932 người chiếm 49,76% những sản phụ ở thành thị có tỷ lệ mổ lấy thai lần 1 là 53,2% và sinh đường âm đạo là 46,8% và sự khác biệt nông thôn và thành thị khác nhau không có ý nghĩa thống kê, p=0,21. Tương tự, tỷ lệ mổ lấy thai và sinh đường âm đạo ở các nhóm tuổi và nhóm nghề nghiệp khác nhau không có ý nghĩa thống kê với giá trị p lần lượt là 0,67 và 0,37 (Bảng 3.1).

4.2. Các ảnh hưởng đến mang thai lần 2 của sản phụ. Tổng số 1315 sản phụ có tiền sử MLT có đến 1237 sản phụ mổ lấy thai trong lần mang thai này chiếm tỷ lệ 94,07% và chỉ có 78 sản phụ sinh ĐÃĐ lần này với tỷ lệ 5,93%. Trong khi đó những sản phụ sinh ĐÃĐ lần đầu, tỷ lệ MLT lần này là 52,26% (659/1261) sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p=0,000. Hơn nữa với RR=5,68[4,60-7,02] nhóm sản phụ đã MLT có nguy cơ MLT lần 2 gấp 5,68 lần so với nhóm sinh ĐÃĐ lần đầu. Kết quả này tương tự với nghiên cứu tổng hợp của Xiaoxu Chen [5] cũng cho thấy trong nhóm có tiền sử MLT tỷ lệ mổ lấy thai là 95,85% và chỉ có 620 sản phụ sinh đường âm đạo (4,15%) với OR: 62,78, KTC95%: 54,14 – 64,42.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy với tỷ lệ sinh non ở nhóm có tiền sử MLT là 24,41% (321/1315) cao hơn so với tỷ lệ sinh non ở nhóm sản phụ đã sinh thường lần 1 là 17,53% (221/1261), sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p=0,000. Hơn nữa với RR=1,21 KTC95% [1,11-1,31] cho thấy nhóm sản phụ đã MLT có nguy cơ sinh non gấp 1,21 lần so với nhóm sinh ĐÃĐ. Nghiên cứu của Xiaoxu Chen cũng cho thấy kết quả tương tự với tỷ lệ sinh non ở nhóm sản phụ đã MLT so với sinh ĐÃĐ lần lượt là 10,66% so với 9,24% với (aOR: 1,17, KTC95% 1,06-1,26, p<0.01)[5]. Hơn nữa nghiên cứu của Levine và cộng sự MLT lần đầu nguy cơ sinh non tăng gấp 6 lần trong lần mang thai tiếp theo[3]. Có nhiều giả thuyết cho tình trạng này nhưng hầu hết cho rằng chính

tổn thương mô của cổ tử cung trong lần mổ trước suy yếu đi.

Các mối liên quan đã được báo cáo giữa lần sinh mổ trước và nhau tiền đạo lần mang thai sau, kết quả bảng 3.2 cho thấy nguy cơ bị nhau tiền đạo tăng lên 1,45 lần với KTC95% [1,31-1,61]. Nghiên cứu tổng hợp của Xiaoxu Chen trên 36.355 sản phụ mang thai nhiều lần. Kết quả cho thấy tỷ lệ nhau tiền đạo ở sản phụ đã có tiền sử mổ lấy thai là 4,88% so với 2,52% sản phụ chỉ sinh đường âm đạo (aOR: 1,95, KTC95% 1,78–2,22) [5]. Mặc dù sự khác biệt giữa nhóm MLT và sinh ĐẦĐ trong nghiên cứu của chúng tôi có ý nghĩa với RR=1,45 thấp hơn so với nghiên cứu của Xiaoxu Chen với OR=1,95 có thể do cỡ mẫu chúng tôi tương đối ít hơn và theo đó số trường hợp nhau tiền đạo của chúng tôi cũng ít chỉ có 148/2576 (5,74%) sản phụ có nhau tiền đạo.

Một số nghiên cứu với cỡ mẫu lớn đã xác định MLT trước đó là nguy cơ khiến sản phụ mang thai lần sau có tiền sản giật, vỡ ối sớm, tăng huyết áp thai kỳ. Sinh mổ trước đó có liên quan đến nguy cơ tiền sản giật được ghi nhận rõ ràng ở lần mang thai tiếp theo. Trong số 239 sản phụ có vỡ ối sớm có đến 164 sản phụ có tiền sử MLT chiếm 12,47% trong khi đó ở nhóm sản phụ có tiền sử sinh ĐẦĐ chỉ có 75 người (5,95%) với $p=0,000$ và RR=1,39 KTC95% [1,26-1,53]. Trong nghiên cứu của Aklilu [1], mổ lấy thai cũng được coi là yếu tố nguy cơ chính của vỡ ối sớm. Những bà mẹ đã mổ lấy thai có nguy cơ vỡ ối sớm gấp 3,16 lần so với phụ nữ không có tiền sử MLT. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu được thực hiện ở các nước đang phát triển, cho thấy MLT có liên quan đến vỡ ối sớm. Điều này có thể là do nguy cơ vỡ ối cao hơn trong các lần mang thai tiếp theo. Mặc dù có lợi ích là cứu sống người phụ nữ và trẻ sơ sinh, sinh mổ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và sẹo tử cung, điều này có thể làm tăng khả năng mắc vỡ ối sớm. Do đó, nên xem xét khả năng nguy cơ phải mổ lấy thai và do đó chỉ thực hiện khi có chỉ định lâm sàng thuyết phục.

Mặc dù tỷ lệ tiền sản giật trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối thấp 129/2576 chỉ có 5% và có sự khác biệt giữa 2 nhóm mổ lấy thai và sinh ĐẦĐ là 6,16% so với 3,81%. Nhóm sản phụ có tiền sử MLT có nguy cơ tiền sản giật cao gấp 1,24 lần so với nhóm còn lại với KTC95% [1,08-1,43]. Tương tự, nghiên cứu Geum Joon Cho cho thấy có nguy cơ tái phát tiền sản giật ở phụ nữ mang thai lần thứ hai đã bị tiền sản giật lần mang thai đầu tiên của họ. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy sự hiện diện của các vấn đề trong lần mang thai đầu tiên có liên quan

đến tăng nguy cơ tiền sản giật ở lần mang thai thứ hai. Mặt khác, tiền sử sinh mổ có liên quan với tăng nguy cơ tiền sản giật ở lần mang thai thứ hai OR=1,35; KTC 95% [1,09–1,67]. Tuy nhiên, nhóm tuổi và số lần mang thai không liên quan với nguy cơ tái phát tiền sản giật. Khoảng thời gian giữa hai mang thai có liên quan đáng kể với tiền sản giật [2].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ đại tháo đường thai kỳ không có sự khác biệt giữa nhóm MLT và nhóm sinh ĐẦĐ với tỷ lệ lần lượt là 5,11% và 3,81% và $p=0,69$. Tuy nhiên, có sự khác biệt về yếu tố tăng huyết áp thai kỳ với tỷ lệ 6,39% ở nhóm đã MLT và 4,36% ở nhóm sinh ĐẦĐ với RR=1,19 KTC95% [1,03-1,37] cho thấy nhóm MLT có nguy cơ tăng huyết áp thai kỳ gấp 1,29 lần so với nhóm sản phụ có tiền sử sinh ĐẦĐ.

Kết quả trẻ sơ sinh cũng bị ảnh hưởng xấu ở nhóm MLT so với nhóm sinh ĐẦĐ và có liên quan với các biến chứng của mẹ [5]. Các trọng lượng của nhau thai, tước máu thấp và tổn thương nhưng mao đều những yếu tố trực tiếp dẫn đến hậu quả bất lợi cho thai nhi [6]. Số lượng trẻ sơ sinh nhẹ cân nhiều hơn trong nhóm MLT 7,07% và 4,44% ở nhóm sinh ĐẦĐ với RR=1,24, KTC95% [1,08-1,42]. Tình trạng suy thai của trẻ cũng được ghi nhận cao hơn ở nhóm MLT (16,43%) so với (6,42%) nhóm sinh ĐẦĐ và nhóm MLT có nguy cơ tăng suy thai gấp 1,51 lần so với nhóm sinh ĐẦĐ. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về chỉ số Apgar thấp giữa hai nhóm. Nhóm MLT có tỷ lệ chỉ số Apgar thấp là 1,29% và nhóm sinh ĐẦĐ là 1,11%. Chỉ số Apgar thấp có tỷ lệ tương đối thấp ở cả 2 nhóm.

V. KẾT LUẬN

- So với sản phụ đã sinh bằng đường âm đạo những sản phụ có tiền sử mổ lấy thai có nguy cơ mổ lấy thai lần 2 gấp 5,68 lần KTC95% [4,60-7,02]; sinh non gấp 1,21 lần KTC95% [1,11-1,31]; nhau tiền đạo gấp 1,45 lần KTC95% [1,31-1,61]; tiền sản giật-sản giật gấp 1,24 lần KTC95% [1,08-1,43]; vỡ ối sớm gấp 1,39 lần KTC95% [1,26-1,53]; tăng huyết áp thai kỳ gấp 1,19 lần KTC95% [1,03-1,37].

- Trẻ sơ sinh ở nhóm sản phụ đã mổ lấy thai có nguy cơ suy thai, sinh ra nhẹ cân hơn so với nhóm sản phụ có tiền sử sinh đường âm đạo với RR lần lượt là 1,51 KTC95% [1,38-1,63] và 1,24 KTC95% [1,08-1,42].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aklilu Habte et al (2021), "Determinants of Premature Rupture of Membranes Among Pregnant Women Admitted to Public Hospitals in

- Southern Ethiopia, 2020: A Hospital-Based Case-Control Study", International Journal of Women's Health, 13, pp: 613-626.
2. **Geum Joon Cho, Log Young Kim, Kyung-Jin Min et al** (2015), "Prior cesarean section is associated with increased preeclampsia risk in a subsequent pregnancy", BMC Pregnancy and Childbirth, 15, e:24.
 3. **Levin Lisa D. et al** (2015), "Does stage of labor at time of cesarean affect risk of subsequent preterm birth?", Am J Obstet Gynecol, 212(3): 360.e1-360.
 4. **Sedigheh Sheidaei, Jafarnejad F, Mohammad Zadeh F, Taji Heravi A** (2019), "The Effect of Peer Education on Pregnant Women's Choosing Mode of Delivery", Journal of Midwifery and Reproductive Health, 7(4); pp: 1880-1887.
 5. **WHO** (2018) "Recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections", ISBN 978-92-4-155033-8.
 6. **Weiner E, Miremberg H, Grinstein E, et al** (2016), "Placental histopathology lesions and pregnancy outcome in pregnancies complicated with symptomatic vs. non symptomatic placenta previa", Early Hum Dev, 101, p:85-9.
 7. **Xiaoxu Chen et al** (2021) "Previous mode of delivery affects subsequent pregnancy outcomes: a Chinese birth register study", Ann Transl Med, 9(14):1135.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TĂNG TRIGLYCERID MÁU VỚI MỨC ĐỘ NẶNG THEO ATLANTA SỬA ĐỔI VÀ TÌNH TRẠNG HOẠI TỬ TỤY THEO BALTHAZAR

Bùi Thị Minh Phượng¹, Nguyễn Thị Minh Thái¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa mức triglycerid máu cao với mức độ nặng của viêm tụy cấp và tình trạng hoại tử tụy. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên hai nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp: Nhóm 1 (5,7-11,3 mmol/l) và Nhóm 2 ($\geq 11,3$ mmol/l). Sử dụng phân tích đa biến và hồi quy logistic để so sánh mức độ nặng và tình trạng hoại tử tụy giữa hai nhóm. **Kết quả:** Viêm tụy cấp nặng: Nhóm 2 ($\geq 11,3$ mmol/l) có tỷ lệ viêm tụy cấp nặng cao hơn Nhóm 1 (31,4% so với 19,6%), cho thấy mức triglycerid cao liên quan đến mức độ nghiêm trọng của bệnh. Hoại tử tụy: Nhóm 2 có tỷ lệ hoại tử tụy nặng (29,4% so với 19,6%) cao hơn, với mối tương quan mạnh mẽ giữa mức triglycerid và điểm Balthazar ($r = 0,59, p < 0,001$). Phân tích đa biến: Mức triglycerid cao là yếu tố dự báo độc lập cho viêm tụy cấp nặng ($OR = 1,9, p = 0,01$) và hoại tử tụy nặng ($OR = 3,5, p < 0,001$). **Kết luận:** Mức triglycerid máu cao liên quan chặt chẽ với mức độ nặng và tổn thương tụy nghiêm trọng hơn, cần được theo dõi và kiểm soát chặt chẽ.

Từ khóa: Triglycerid máu, Viêm tụy cấp, Mức độ nặng, Hoại tử tụy, Thang điểm Balthazar, Atlanta sửa đổi, Yếu tố dự báo.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN ELEVATED BLOOD TRIGLYCERIDE LEVELS AND THE SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS ACCORDING TO THE REVISED ATLANTA CLASSIFICATION AND THE EXTENT OF PANCREATIC NECROSIS ACCORDING TO

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Minh Phượng

Email: minhphuongyt@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 7.10.2024

THE BALTHAZAR SCORING SYSTEM

Objective: To determine the relationship between elevated blood triglyceride levels and the severity of acute pancreatitis as well as pancreatic necrosis. **Subjects and Methods:** The study was conducted on two groups of patients with acute pancreatitis: Group 1 (5.7-11.3 mmol/l) and Group 2 (≥ 11.3 mmol/l). Multivariate analysis and logistic regression were used to compare the severity of pancreatitis and pancreatic necrosis between the two groups. **Results:** Severe Acute Pancreatitis: Group 2 (≥ 11.3 mmol/l) had a higher rate of severe acute pancreatitis compared to Group 1 (31.4% vs. 19.6%), indicating that elevated triglyceride levels are associated with increased disease severity. Pancreatic Necrosis: Group 2 had a higher rate of severe pancreatic necrosis (29.4% vs. 19.6%), with a strong correlation between triglyceride levels and Balthazar score ($r = 0.59, p < 0.001$). Multivariate Analysis: Elevated triglyceride levels were found to be an independent predictor of severe acute pancreatitis ($OR = 1.9, p = 0.01$) and severe pancreatic necrosis ($OR = 3.5, p < 0.001$). **Conclusion:** High blood triglyceride levels are closely associated with increased severity and more significant pancreatic damage, requiring careful monitoring and control.

Keywords: Blood triglycerides, Acute pancreatitis, Severity, Pancreatic necrosis, Balthazar score, Revised Atlanta, Predictive factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là một tình trạng viêm đột ngột của tuyến tụy, với mức độ nặng nhẹ khác nhau tùy thuộc vào nhiều yếu tố nguy cơ. Trong số đó, tăng triglycerid máu đã được xác định là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tiến triển của bệnh. Mức độ triglycerid máu cao không chỉ làm tăng nguy cơ mắc viêm tụy cấp mà còn có thể dẫn đến tình trạng bệnh nặng hơn và tăng nguy cơ hoại tử tụy. Theo tiêu chuẩn Atlanta sửa đổi (2012), mức độ nặng của viêm tụy cấp được