

khoa, công tác chăm sóc điều dưỡng tại khoa nhằm nâng cao chất lượng đào tạo ngoài việc cải thiện chương trình đào tạo còn là hoạt động giảng dạy của giảng viên do đó việc nâng cao sự hài lòng của sinh viên về hoạt động giảng dạy lâm sàng của giảng viên giúp cải thiện thành tích học tập của sinh viên tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Thị Thu Huyền, Vũ Thị Là, Vũ Hồng Nhung và Nguyễn Thị Lý** (2022). Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kết quả học tập của sinh viên Đại học điều dưỡng chính quy khóa 14, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm học 2018 – 2019. Khoa học Điều dưỡng, tập 5 số 2.
2. **Hồ Thị Lan Vi, Dương Thị Ngọc Bích và Phạm Thị Thảo** (2020). Khảo sát sự hài lòng về môi trường học tập lâm sàng của sinh viên Điều dưỡng Trường Đại học Duy Tân. Tạp chí khoa học và công nghệ đại học Duy Tân, 04(41), tr.128-136.
3. **Jansson, I., & Ene, K. W.** (2016). Nursing students' evaluation of quality indicators during learning in clinical practice. Nurse education in practice, 20, pp.17–22.
4. **Maleki, F., Talaei, M. H., Moqhadam, S. R. M., Shadiqo, S., Te** Influence of Teachers' Characteristics on the Teacher -Student Relations from Students' Perspective at Ilam University of Medical Sciences. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, 11(6), JC04–JC08.
5. **Ngô Lê Hoàng Giang** (2017). Nhận thức của sinh viên điều dưỡng về môi trường học tập lý thuyết và lâm sàng. Luận văn thạc sĩ Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
6. **Nguyễn Bích Như** (2022). Nghiên cứu đánh giá sự hài lòng của sinh viên đối với hoạt động giảng dạy của giảng viên ở trường cao đẳng cộng đồng Sóc Trăng. Tạp chí Khoa học – Đại học Đồng Nai, Số 22.
7. **Nguyễn Thị Bích Thuận và Nguyễn Ngọc Trâm** (2018). Vai trò của cố vấn học tập trong việc nâng cao chất lượng học tập của sinh viên tại Trường Đại học Đồng Tháp. Tạp chí giáo dục, số đặc biệt tháng 9/2018, tr 54-58.
8. **Võ Thị Ngọc Hà, Lê Thị Trang, Đặng Thị Châu và Lê Thị Thanh Tuyền** (2021). Mối liên quan giữa hoạt động giảng dạy và sự hài lòng của sinh viên điều dưỡng với giảng viên hướng dẫn lâm sàng. Tạp Chí Khoa học Điều dưỡng, 4(2), tr.118–124.

KẾT CỤC THAI KÌ Ở SẢN PHỤ MẮC NHAU TIỀN ĐẠO NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI AN GIANG NĂM 2021- 2022

Lâm Đức Tâm¹, Ngô Thùy Hương², Phạm Đức Lộc¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhau tiền đạo là một vấn đề lớn mà các nhà sản khoa phải đối mặt, tăng nguy cơ truyền máu, tổn thương cơ quan lân cận, Tỷ lệ cắt tử cung vì băng huyết sau sinh cao, dẫn đến tử suất mẹ cao, nhiều trường hợp phải nhập viện truyền máu do ra huyết âm đạo kéo dài, tăng nguy cơ tử vong chu sinh của bé cũng tăng cao do tăng Tỷ lệ sinh non, thai kém phát triển, suy thai... nên bệnh lý này đang là gánh nặng cho gia đình và xã hội. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả xử trí sản phụ mắc nhau tiền đạo nhập viện tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích được thực hiện tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang năm 2021-2022 ghi nhận có 44 trường hợp sản phụ mắc nhau tiền đạo. **Kết quả:** Tỷ lệ mổ lấy thai là 95,5%; có 2 trường hợp nhau tiền đạo sinh thường chiếm 4,5%. Tỷ lệ sản phụ bị nhau tiền đạo mổ chủ động chiếm 23,8% và mổ cấp cứu chiếm 76,2%. Lý do mổ lấy thai cấp cứu vì ra máu âm đạo chiếm 90,6%. Phương pháp thường dùng để cầm máu trong mổ lấy

thai là bó gòn chiếm 71,4%. Biến chứng của mẹ gồm: 1/44 trường hợp mổ lại lần 2 chiếm Tỷ lệ 2,3%, và sốc giảm thể tích chiếm 2,3%, không có trường hợp tử vong. Tỷ lệ trẻ sơ sinh <2000 gram là 11,4%, có 34,1% trẻ phải gửi đơn nguyên sơ sinh, không có trẻ nào tử vong. **Kết luận:** Sản phụ mắc nhau tiền đạo làm tăng nguy cơ mổ lấy thai, cắt tử cung cho mẹ và đồng thời làm tăng khả năng sinh non, thai nhẹ cân trên trẻ sơ sinh. **Từ khóa:** Nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, kết cục thai kì.

SUMMARY

PREGNANCY OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN WITH ANTENATAL PLACENTA PREVIA ADMITTED TO AN GIANG HOSPITAL OF OBSTETRICS GYNECOLOGY AND PEDIATRICS IN 2021 - 2022

Background: Placenta previa is a major problem that obstetricians face, increased risk of blood transfusion, nearby organs injured, high rates of hysterectomy due to maternal hemorrhage, leading to high maternal mortality. The perinatal mortality rate is also increased due to increased rates of preterm birth, fetal underdevelopment, and fetal distress. Therefore, the disease has been a burden for society. **Objectives:** Determine treatment result of placenta previa pregnancies hospitalized at An Giang Hospital of Obstetrics Gynecology and Pediatrics in 2021 - 2022. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study with analysis was performed at An Giang

¹Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Sản Nhi An Giang

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đức Tâm

Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023

Hospital of Obstetrics Gynecology and Pediatrics from 2021 to 2022 with 44 cases of placenta previa. Result: the rate of cesarean delivery was 95.5%. The rate of planning cesarean delivery in pregnancies who diagnosed placenta previa was 23.6% while emergency cesarean was 76.2%. Maternal complications include: 1 case in total 44 cases needed reoperate, hypovolemic shock accounted for 2.3% and there was no maternal death. The percentage of infants <2000 grams was 11.4%, 34.1% infant needed special care in the Neonatal Intensive Care Units and there were no newborn deaths. **Conclusion:** Placenta previa increases the rates of cesarean delivery, risk of hysterectomy in maternal, preterm birth, and low birth weight in neonates.

Keywords: Placenta previa, placenta accreta spectrum, pregnancy outcomes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu trong sản khoa là bệnh cảnh thường gặp, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho sản phụ, trong đó, chảy máu 3 tháng cuối thai kì do nguyên nhân gồm nhau tiền đạo, nhau bong non và vỡ tử cung, trong đó, nhóm nhau tiền đạo là nguyên nhân thường gặp nhất, chiếm Tỉ lệ 0,3-0,5%, đứng thứ 2 nguyên nhân gây chảy máu 3 tháng cuối thai kì [2],[7],[8]. Nhau tiền đạo là tình trạng nhau bám không đúng vị trí trong thời kỳ mang thai; gây chảy máu vào bất kì thời gian nào trong 3 tháng cuối thai kì [1],[10]. Sự chảy máu này có thể gây mất máu đơn thuần ở sản phụ hoặc gây ảnh hưởng đến sức khỏe thai nên có nhiều hậu quả cho sản phụ và thai nhi như băng huyết sau sinh, mất máu cấp phải truyền máu, thai suy dinh dưỡng bào thai, sinh non, suy thai trong chuyển dạ, thai chết lưu trong tử cung, tăng nguy cơ mổ lấy thai,... nhưng ảnh hưởng của nhau tiền đạo có thể phòng ngừa được nếu được khám thai và quản lý thai tốt hơn. Ngoài ra, hiện nay có rất nhiều trường hợp nhau tiền đạo có kèm nhau cài răng lược làm tăng nguy cơ cắt tử cung, tăng nguy cơ truyền máu và tổn thương các cơ quan lân cận thậm chí có thể dẫn đến tử vong [2]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu sau: "Đánh giá kết quả xử trí sản phụ mắc nhau tiền đạo nhập viện tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang năm 2021-2022".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các sản phụ đến nhập viện và sinh tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang năm 2021-2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tuổi thai từ tuần thứ 28 trở lên tính theo ngày đầu của kì kinh cuối hoặc tính theo siêu âm 3 tháng đầu thai kì và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Chọn những sản phụ nhập viện lần cuối tại Bệnh viện trong quá trình theo dõi nhau tiền đạo.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh lý nội khoa nặng hoặc tâm thần nặng. Thai chết lưu.

Đình chỉ thai nghén vì lí do xã hội.

Được chẩn đoán là nhau tiền đạo trước sinh nhưng sau khi sinh không ghi nhận.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích, tiến cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chúng tôi ghi nhận được 44 trường hợp nhau tiền đạo

Nội dung nghiên cứu: Tỉ lệ nhau cài răng lược, phương pháp sinh, chỉ định mổ lấy thai, lí do mổ lấy thai.

Số lượng máu mất, phương pháp cầm máu trong mổ.

Các tai biến và biến chứng cho sản phụ và thai nhi, sức khỏe trẻ sơ sinh, cân nặng trẻ, chỉ số Apgar.

Phương pháp thu thập số liệu: Chọn tất cả các trường hợp được chẩn đoán nhau tiền đạo phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại thời gian từ tháng 04/2021-03/2022.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm Stata 15.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỉ lệ nhau tiền đạo có cài răng lược

Bảng 1: Tỉ lệ nhau tiền đạo có cài răng lược

Nhau tiền đạo có cài răng lược	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Có cài răng lược	1	2,3
Không cài răng lược	43	97,7
Tổng	44	100

Nhận xét: Trong 44 các trường hợp nhau tiền đạo ghi nhận có 1/44 trường hợp có nhau cài răng lược chiếm 2,3%.

3.2. Phương thức kết thúc thai kì

Bảng 2: Phương thức kết thúc thai kì

Phương thức kết thúc thai kì	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Mổ lấy thai	42	95,5
Sanh thường	2	4,5
Tổng	44	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 2 trường hợp sinh thường chiếm 4,5%, trong đó có 01 ca nhau bám mép và 01 ca nhau tiền đạo bán trung tâm. 42 trường hợp còn lại có chỉ định mổ lấy thai chiếm 95,5%.

3.3. Chỉ định mổ lấy thai và lí do mổ lấy thai trong nhau tiền đạo

3.3.1. Chỉ định mổ lấy thai

Bảng 3: Phương thức kết thúc thai kì

Chỉ định mổ lấy thai	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Cấp cứu	32	76,2
Chủ động	10	23,8
Tổng	42	100

Nhận xét: Tỉ lệ sản phụ bị nhau tiền đạo mổ chủ động có 10 trường hợp chiếm 23,8% và mổ cấp cứu có 32 trường hợp chiếm 76,2%.

3.3.2. Lí do mổ cấp cứu trong nhau tiền đạo

Bảng 4: Lí do chỉ định mổ cấp cứu

Lí do chỉ định	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Thai suy	2	6,3
Thiếu ối	1	3,1
Ra máu âm đạo	29	90,6
Tổng	32	100

Nhận xét: Chỉ định mổ lấy thai vì thai suy và thiếu ối trong các trường hợp mổ lấy thai chiếm lần lượt Tỉ lệ 6,3% và 3,1%, lí do mổ vì ra máu âm đạo chiếm 90,6%.

3.3.3. Lí do mổ chủ động trong nhau tiền đạo

Bảng 5: Lí do chỉ định mổ chủ động

Lí do chỉ định	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Thai đủ tháng	5	50,0
Vết mổ cũ	4	40,0
Nhau cài răng lược	1	10,0
Tổng	32	100

Nhận xét: Chỉ định mổ lấy thai chủ động vì thai đủ tháng chiếm Tỉ lệ 50,0%, lí do mổ vì sản phụ có vết mổ cũ chiếm 40,0%. Có 1 trường hợp chỉ định mổ chủ động vì phát hiện có nhau cài răng lược chiếm 10%.

3.4. Phương thức cầm máu trong mổ lấy thai

Bảng 6: Phương thức cầm máu trong mổ lấy thai

Phương pháp cầm máu	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Không can thiệp	7	16,6
Đặt bóng chèn	30	71,4
Khâu cầm máu Blynch	1	2,4
Thắt động mạch tử cung	2	4,8
Cắt tử cung bán phần	1	2,4
Cắt tử cung toàn phần	1	2,4
Tổng	42	100

Nhận xét: Nhóm sản phụ bị nhau tiền đạo kết thúc thai kì bằng mổ lấy thai có 71,4% là đặt bóng chèn, thắt động mạch tử cung chiếm 4,8% và cắt tử cung bán phần chiếm Tỉ lệ 2,4%, cắt tử cung toàn phần chiếm 2,4% để cầm máu. Trong đó có 7 sản phụ không cần đến phương pháp cầm máu chiếm 16,6%.

3.5. Số lượng máu mất

Bảng 7: Số lượng máu mất

Lượng máu mất	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
<500 mL	39	88,6
500-1000 mL	4	9,1
>1000 mL	1	2,3
Tổng	44	100

Nhận xét: Tỉ lệ số lượng máu mất trên 1000mL chiếm 1/44 chiếm 2,3%, nhóm có lượng máu mất <500mL chiếm đa số 39/44 (88,6%) trường hợp.

3.6. Biến chứng mẹ sau sinh

Bảng 8: Biến chứng mẹ sau sinh

Biến chứng mẹ sau sinh	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Sốc giảm thể tích	1	2,3
Mổ lần 2	1	2,3
Tụ máu	0	0
Tổn thương bàng quang	0	0
Nhiễm trùng	0	0
Không biến chứng	42	95,4
Tổng	44	100

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận được 1/44 trường hợp mổ lại lần 2 chiếm Tỉ lệ 2,3%, và sốc giảm thể tích chiếm 2,3%. Không có sản phụ nào tử vong.

3.7. Tình trạng trẻ sau sinh

3.7.1. Đặc điểm trẻ sơ sinh

Bảng 8. Đặc điểm trẻ sơ sinh

Đặc điểm trẻ sơ sinh	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	
Cân nặng	<2000 gram	5	11,4
	2000-2500 gram	10	22,7
	>2500 gram	29	65,9
Gửi sơ sinh	Có	15	34,1
	Không	29	65,9

Nhận xét: Cân nặng trẻ sơ sinh dưới 2000 gram chiếm 11,4%, có 34,1% trẻ phải gửi sơ sinh, không có trẻ nào tử vong.

3.7.2. Chỉ số Apgar của trẻ

Bảng 9. Chỉ số Apgar của trẻ

Điểm	1 phút		5 phút	
	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
<7 điểm	6	13,6	2	4,6
≥7 điểm	38	86,4	41	93,2
Tổng	44	100	44	100

Nhận xét: Chỉ số Apgar trẻ sơ sinh sau 1 phút <7 điểm chiếm 13,6% và sau 5 phút theo bảng Apgar < 7 chiếm 4,6%. Không có trẻ nào tử vong.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phương pháp sinh và chỉ định mổ lấy thai. Trong nghiên cứu có 2 trường hợp sinh thường chiếm 4,5%, trong đó có 01 ca nhau

bám mép và 01 ca nhau tiền đạo bán trung tâm. Tỷ lệ sản phụ bị nhau tiền đạo mổ chủ động có 10 trường hợp chiếm 23,8% và mổ cấp cứu có 32 trường hợp chiếm 76,2%. Chỉ định mổ lấy thai cấp cứu vì thai suy và thiếu ối trong các trường hợp mổ lấy thai chiếm lần lượt Tỷ lệ 6,3% và 3,1%, lý do mổ vì ra máu âm đạo chiếm 90,6%. Theo Đoàn Tôn Linh, nhau tiền đạo có 55,56% được xử trí mổ cấp cứu, 44,44% được mổ chủ động [3]. Theo Nguyễn Hoàng Ngọc Mai, mổ cấp cứu chiếm 75,9% và mổ chủ động chiếm 24,1%[4].

4.2. Phương pháp cầm máu trong mổ lấy thai. Nhóm sản phụ bị nhau tiền đạo kết thúc thai kỳ bằng mổ lấy thai có 71,4% là đặt bóng chèn, thắt động mạch tử cung chiếm 4,8%, khâu mũi Blynch chiếm 2,4% và cắt tử cung bán phần chiếm Tỷ lệ 2,4%, cắt tử cung toàn phần chiếm 2,4%. Theo Nguyễn Hoàng Ngọc Mai, khâu cầm máu (băng chữ X, chữ U, B-Lynch) là chủ yếu, chiếm 81%, cắt tử cung toàn phần là 3,4%, thắt động mạch tử cung là 1,7%, không can thiệp gì chỉ dùng oxytocin hoặc Duratocin là 13,9%, không có trường hợp nào thắt động mạch hạ vị. Kết quả thành công trong nghiên cứu này là 96,6% [4]. Trong mổ lấy thai ở nhau tiền đạo, phẫu thuật viên cần thiết phối hợp nhiều phương pháp cầm máu để hạn chế tối đa lượng máu mất và hạn chế thấp nhất biến chứng.

4.3. Tình trạng mẹ. Theo nghiên cứu của Nahid A Salim và Ismail Satti, sản phụ có nhau tiền đạo khi sinh có biến chứng như thiếu máu phải truyền máu chiếm 40,4%, cắt tử cung là 21,2% và tổn thương bàng quang có 3,8%, không có trường hợp nào tử vong [11]. Theo Nguyễn Ngọc Hoàng Mai, thiếu máu phải truyền máu chiếm 43,4%, sốc mất máu chiếm 3,6%, nhiễm trùng hậu sản chiếm là 6%, không biến chứng 47% và không ghi nhận trường hợp tử vong [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2/44 trường hợp nhau tiền đạo cắt tử cung chiếm 4,8%. Có 1 trường hợp phải mổ lại để chuyển từ cắt tử cung bán phần sang cắt tử cung toàn phần vì nhau tiền đạo cài răng lược. Từ đó cho thấy nhau tiền đạo có cài răng lược có Tỷ lệ biến chứng rất cao. Tỷ lệ số lượng máu mất trên 1000 mL chiếm 1/44 chiếm 2,3%. Nghiên cứu ghi nhận được 1/44 trường hợp sốc giảm thể tích chiếm Tỷ lệ 2,4%. Không có sản phụ nào tử vong.

4.4. Tình trạng trẻ sơ sinh. Theo nghiên cứu của Ashete Adere ghi nhận Tỷ lệ trẻ có cân nặng từ 1500-2499 gram chiếm 43,6% và 1,7% dưới 1500 gram [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận Tỷ lệ trẻ sơ sinh có trọng

lượng dưới 2000 gram chiếm 11,4% và 34,1% trẻ gửi sơ sinh. Tỷ lệ trẻ có Apgar < 7 điểm ở thời điểm 1 phút và 5 phút thấp hơn so với nghiên cứu khác, có thể do những quan tâm đúng mức của nhà sản khoa đã làm giảm Tỷ lệ biến chứng lên sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ mổ lấy thai trong nhau tiền đạo chiếm 95,5%, trong đó 76,2% mổ cấp cứu. Lý do mổ cấp cứu thường gặp nhất là ra máu âm đạo chiếm 90,6%. Tỷ lệ cắt tử cung chiếm 4,8% và Tỷ lệ số lượng máu mất trên 1000 mL chiếm 1/44 chiếm 2,3%.

- Tỷ lệ trẻ sơ sinh dưới 2000 gram chiếm 11,4% và có 34,1% trẻ phải gửi sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bệnh viện Hùng Vương** (2018), Siêu âm sản khoa thực hành, Siêu âm nhau - ối- dây rốn, Nhà Xuất bản Y học, tr 40-69.
- Bộ môn Phụ sản, Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh** (2020), "Nhau tiền đạo", Bài giảng Sản khoa, Nhà Xuất bản Y học, tr 438-445.
- Đoàn Tôn Linh** (2017), "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và kết quả xử trí rau tiền đạo", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
- Nguyễn Ngọc Hoàng Mai** (2018), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị rau tiền đạo tại Bệnh viện Sản- Nhi Phú Yên", Luận án chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Huế.
- Lâm Đức Tâm** (2016), "Nghiên cứu Tỷ lệ nhau tiền đạo và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ Sản Thánh phố Cần Thơ", Báo cáo hội nghị Phụ-Sản miền Trung- Tây Nguyên, lần thứ VII, tr 103-106.
- Ashete Adere, Abay Mulu, Fikremeleket Temesgen** (2019), Neonatal and Maternal Complications of Placenta Praevia and Its Risk Factors IN Anbessa Specialized and Gandhi Memorial Hospitals: Unmatched Case- Control Study, Journal Pregnancy.
- Gibbins KJ, Einerson BD, Varner MW, Silver RM** (2018), "Placenta previa and maternal hemorrhagic morbidity", J Matern Fetal Neonatal Med, 31(4), pp 494-499.
- Jansen C.H.J.K, Kastelein A.W, Emily Kleinrouweler C, Van Leeuwen L, De Jong K.H, Pajkrt E & Van Noorden C.J.F** (2020), "Development of placental abnormalities in location and anatomy- a narrative review", Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.
- King Lj, Dhanya Mackeen A, Nordberg C, Paglia MJ** (2020), "Maternal risk factors associated with persistent placenta previa.", Placenta; 99:189.
- Long SY, Yang Q, Chi R, et al** (2021), "Maternal and Neonatal Outcomes Resulting from Antepartum Hemorrhage in Women with Placenta Previa and Its Associated Risk Factors: A Single-Center Retrospective Study", Ther Clin Risk Manag; 17:31.