

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy có di chứng sau CTSN có nguy cơ gây suy giảm nhận thức cao hơn nhóm không có di chứng sau CTSN, với $p < 0,05$, OR: 8,360. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hương Quỳnh [6] năm 2021 tại bệnh viện Việt Đức cho thấy 55,3% bệnh nhân chấn thương sọ não có biểu hiện rối loạn ý thức. Những bệnh nhân có rối loạn ý thức có tỷ lệ cao mắc các rối loạn cảm xúc, hành vi, ăn uống, giấc ngủ, trí nhớ. Suy giảm nhận thức sau chấn thương sọ não thường không xảy ra riêng lẻ, các di chứng sau chấn thương sọ não như đau đầu, rối loạn giấc ngủ, yếu, liệt vận động... không chỉ cùng tồn tại với suy giảm nhận thức mà còn ảnh hưởng đến nhận thức. Qua đó ảnh hưởng bất lợi đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau chấn thương sọ não.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân sau phẫu thuật chấn thương sọ não khi ra viện có di chứng thì nguy cơ suy giảm nhận thức cao hơn nhóm không có di chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim J, Kim CH, Kang HS, et al. (2012). Cognitive Function of Korean Neurosurgical

Patients: Cross-sectional Study Using the Korean Version of the Mini-mental Status Examination. Journal of cerebrovascular and endovascular neurosurgery, 14(1), 11-21.

2. Cao Mạnh Long, Hồ Thị Kim Thanh, Trần Khánh Toàn. (2022). Giá trị của trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE) trong sàng lọc sa sút trí tuệ ở người cao tuổi tại cộng đồng. Nghiên cứu y học, 149(1), 229-236.
3. Nguyễn Kinh Quốc, Vũ Anh Nhì. (2005). Khảo sát thang điểm Mini-mental state examination (MMSE) trên người Việt Nam bình thường. Y học TP Hồ Chí Minh, 9, 121-126.
4. Nguyễn Văn Vy Hậu, Nguyễn Hải Thủy, Hoàng Minh Lợi. (2019). Nghiên cứu rối loạn thần kinh nhận thức qua thang điểm MMSE và MoCA trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 có suy giảm nhận thức. Nội tiết và Đái tháo đường, 37, 74-82.
5. Vương Thị Thủy, Đoàn Thị Như Yến, Lương Thị Mai Loan, và cộng sự. (2022). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid tại bệnh viện tâm thần Hải Phòng năm 2021. Y học Việt Nam, 515 (Tháng 6, số đặc biệt).
6. Nguyễn Hương Quỳnh, Nguyễn Văn Tuấn, Dương Đại Hà, và cộng sự. (2021). Đặc điểm lâm sàng rối loạn ý thức ở bệnh nhân chấn thương sọ não. Y học Việt Nam, 507 (tháng 10, số 2).

KẾT QUẢ SẴN KHOA CỦA SẢN PHỤ VỊ THÀNH NIÊN SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2022

Nguyễn Thị Thu Hà^{1,2}, Đỗ Tuấn Đạt^{1,3}, Phan Thị Huyền Thương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả sản khoa về phía mẹ của sản phụ từ 10 đến 19 tuổi sinh tại bệnh viện phụ sản Hà Nội năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ ngày 01 tháng 01 năm 2022 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện được áp dụng với 333 sản phụ vị thành niên từ 10 đến 19 tuổi được đưa vào nghiên cứu. Các yếu tố được đánh giá trong nghiên cứu liên quan tới biến cố trong quá trình mang thai và các biến chứng sau sinh. **Kết quả:** Tuổi thai trung bình khi sinh là $37,42 \pm 3,46$ tuần, 80,5% sản phụ sinh đủ tháng. Tỷ lệ đẻ mổ lấy thai chiếm 42,3%. Trong các chỉ định mổ lấy thai, chỉ định mổ lấy thai do

Thai suy chiếm cao nhất khoảng 1/3 trường hợp (33,3%). Tỷ lệ sản phụ có kết cục bất lợi sau sinh chiếm 14,4%: nhiễm khuẩn hậu sản chiếm 3,3%, chảy máu sau đẻ (5,1%), đờ tử cung (0,6%), rách tầng sinh môn phức tạp (4,2%), bí tiểu sau sinh (1,2%). **Kết luận:** Mang thai trong độ tuổi vị thành niên làm tăng nguy cơ các biến cố trong quá trình mang thai như thiếu máu, nhiễm khuẩn tiết niệu... và các biến chứng sau sinh như băng huyết, rách tầng sinh môn phức tạp...

Từ khóa: Vị thành niên, biến chứng sản khoa, mổ lấy thai, đẻ thường

SUMMARY

EVALUATE MATERNAL OBSTETRIC OUTCOMES OF ADOLESCENT MOTHERS AGED 10 TO 19 GIVING BIRTH AT HANOI OBSTETRICS HOSPITAL IN 2022

Objective: Evaluate maternal obstetric outcomes of adolescent mothers aged 10 to 19 giving birth at Hanoi Obstetrics Hospital in 2022. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted at Hanoi Obstetrics Hospital from January 1, 2022, to December 31, 2022. A convenience sampling method was applied, involving 333

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: thuha.ivf@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.12.2023

adolescent mothers aged 10 to 19 in the study. Factors assessed in the study were related to pregnancy complications and postpartum outcomes. **Results:** The average gestational age at delivery was 37.42 ± 3.46 weeks, with 80.5% of mothers delivering at full term. The cesarean section rate was 42.3%. Among the indications for cesarean section, fetal distress was the highest, accounting for about 1/3 of cases (33.3%). The rate of unfavorable postpartum outcomes was 14.4%, including postpartum infection (3.3%), postpartum hemorrhage (5.1%), uterine atony (0.6%), complex perineal tears (4.2%), and postpartum urinary retention (1.2%). **Conclusion:** Pregnancy during adolescence increases the risk of complications during pregnancy, such as anemia, urinary tract infections, and postpartum complications like hemorrhage and complex perineal tears.

Keywords: Adolescents, obstetric complications, cesarean section, vaginal delivery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), độ tuổi vị thành niên là 10 - 19 tuổi. Mang thai ở tuổi vị thành niên gây ra những kết cục bất lợi cho cả mẹ và thai. Sản phụ tuổi vị thành niên nếu tiếp tục thai kỳ có tỉ lệ thai nghén nguy cơ cao, mắc các bệnh lây qua đường tình dục, nguy cơ tử vong mẹ ở tuổi vị thành niên cao hơn so với các bà mẹ ở tuổi trưởng thành. Mẹ dễ bị thiếu máu, tiền sản giật, đẻ non, sảy thai, chuyển dạ đình trệ, bất tương xứng thai khung chậu. Trong lúc sinh thường đẻ khó, dễ phải can thiệp bằng các thủ thuật và phẫu thuật. Tại Việt Nam, theo Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế, tỷ lệ trẻ vị thành niên có thai trong tổng số người mang thai tăng liên tục qua các năm, năm 2010 là 2,9%; năm 2011 là 3,1%; năm 2012 là 3,2% và 2,7% năm 2015 [1]. Bệnh viện Phụ sản Hà Nội là một trong những bệnh viện đầu ngành bệnh viện tiếp nhận người bệnh từ

nhều tỉnh thành trong cả nước, trong đó có đối tượng vị thành niên. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài "Kết quả sản khoa của sản phụ vị thành niên sinh tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2022"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên những sản phụ từ 10 đến 19 tuổi sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi của sản phụ: Từ 10 đến 19 tuổi tại thời điểm sinh.

- Tuổi thai ≥ 22 tuần 0 ngày tính theo ngày đầu kỳ kinh cuối cùng, hoặc theo dự kiến sinh siêu âm thai 3 tháng đầu và hoặc Trọng lượng lúc sinh ≥ 500 gr.

- Đẻ hoặc mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Gồm tất cả trường hợp đơn thai hoặc đa thai, thai sống, thai lưu, thai dị tật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ ngày 01 tháng 01 năm 2022 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiến hành hồi cứu.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** 333 sản phụ được lựa chọn vào nghiên cứu theo cách chọn mẫu toàn bộ, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng ANOVA test để so sánh trung bình các quan sát nếu biến có phân bố chuẩn. Sử dụng test χ^2 để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ phần trăm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố biến cố bất lợi trong quá trình thai kỳ với tuổi mẹ

Biến cố bất lợi	Tổng số, n(%) (n=333)	Tuổi mẹ, n(%)		p
		15 -17 tuổi (n=65)	18 -19 tuổi (n=268)	
Điều trị dọa sảy thai/ dọa đẻ non	19 (5,7)	5 (7,7)	14 (5,2)	0,549*
Đái tháo đường	8 (2,4)	2 (3,1)	6 (2,2)	0,657*
Thiếu máu	89 (26,7)	27 (41,5)	62 (23,2)	0,005*
Thiếu máu nhẹ	75 (22,5)	23 (35,4)	52 (19,4)	0,006*
Thiếu máu trung bình	11 (3,3)	2 (3,1)	9 (3,4)	1*
Thiếu máu nặng	3 (0,9)	2 (3,1)	1 (0,4)	0,099*
Tiền sản giật	6 (1,8)	2 (3,1)	4 (1,5)	0,333*
Rau tiền đạo	3 (0,9)	0 (0)	3 (1,1)	1*
Nhiễm khuẩn tiết niệu	103 (30,9)	26 (40,0)	77 (28,7)	0,078 ^a
Thai chậm phát triển trong tử cung	41 (12,3)	6 (9,2)	35 (13,1)	0,437 ^a
Ôi vỡ non	3 (0,9)	1 (1,5)	2 (0,7)	0,480*
Ôi vỡ sớm	36 (10,8)	8 (12,3)	28 (10,4)	0,665*

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu và thiếu máu là phổ biến nhất chiếm lần lượt 30,9% và 26,7%.

Bảng 3.2. Phân bố đặc điểm tuổi thai khi sinh với tuổi mẹ

*Có 9 sản phụ mang song thai, nên tổng số con là 342

Tuổi thai khi sinh	Tổng số, n(%) (n=342)	Tuổi mẹ		p
		15 -17 tuổi (n = 67)	18 -19 tuổi (n = 275)	
Cực non tháng (22 - < 28 tuần)	15 (4,4)	3 (4,5)	12 (4,4)	0,892 (Fisher)
Rất non tháng (28 - <32 tuần)	10 (2,9)	1 (1,5)	9 (3,3)	
Sinh non trung bình (32 - <34 tuần)	9 (2,6)	2 (3,0)	7 (2,5)	
Sinh non muộn (34 - < 37 tuần)	33 (9,6)	8 (11,9)	25 (9,1)	
Đủ tháng (37 – 41 tuần)	275 (80,5)	53 (79,1)	222 (80,7)	
Tuổi thai trung bình (mean ± SD)	37,42 ± 3,464	37,6 ± 3,308	37,37 ± 3,505	0,436
Tuổi thai nhỏ nhất, lớn nhất (tuần)	Min=23, Max=41	Min=26, Max=41	Min=23, Max=41	

Nhận xét: Sản phụ sinh đủ tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 80,5%, sinh non tháng chiếm 19,5%. Tuổi thai trung bình khi sinh là 37,42±3,46 tuần.

Bảng 3.3. Phân bố phương pháp kết thúc thai kỳ với tuổi mẹ

Phương pháp kết thúc thai kỳ	Tổng số, n(%) (n=333)	Tuổi mẹ		p
		15-17 tuổi (n=65)	18-19 tuổi (n=268)	
Đẻ thường đường âm đạo	192 (57,7)	34 (52,3)	158 (59)	0,331 (Fisher)
Mổ lấy thai	141 (42,3)	30(46,2)	110 (41,0)	
Lần đầu	130 (39)	28 (43,1)	96 (37,6)	
Lần thứ 2	11 (3,3)	2 (3,1)	9 (3,4)	

Nhận xét: Tỷ lệ đẻ thường đường âm đạo cao hơn chiếm 192/333 trường hợp(57,7%, tỷ lệ mổ lấy thai thấp hơn chiếm 141/333 trường hợp (42,3%).

Bảng 3.4. Phân bố chỉ định mổ lấy thai với tuổi mẹ

Kết quả	Tổng số, n(%) (n=141)	Tuổi mẹ, n(%)	
		15-17 tuổi (n = 31)	18-19 tuổi (n = 110)
Thai to	12 (8,5)	4 (12,9)	8 (7,3)
Ngôi bất thường	7 (5,0)	1 (3,2)	6 (5,5)
Đa thai	3 (2,1)	0 (0)	3 (2,7)
Thai suy	47 (33,3)	13 (41,9)	34 (30,9)
Thai chậm phát triển trong tử cung	5 (3,5)	1 (3,2)	4 (3,6)
Bệnh lý mẹ: bệnh truyền nhiễm đang tiến triển (VGB, Covid), thiếu máu nặng	14 (9,9)	2 (6,5)	12 (10,9)
Sản phụ xin mổ	13 (9,2)	2 (6,5)	11 (10)
Mổ lấy thai cũ	11 (7,8)	2 (6,5)	9 (8,2)
Tiền sản giật	6 (4,3)	2 (6,5)	4 (3,6)
Cổ tử cung không tiến triển/Đầu không lọt/Khung chậu hẹp	21(14,9)	4 (12,9)	17 (15,5)
Cấp cứu sản khoa: Rau tiền đạo, rau bong non, sa dây rau	2 (1,4)	0 (0)	2 (1,8)

Nhận xét: Trong các chỉ định mổ lấy thai, chỉ định mổ lấy thai do Thai suy chiếm cao nhất khoảng 1/3 trường hợp (33,3%).

Bảng 3.5. Phân bố tỷ lệ kết cục bất lợi sau sinh về phía mẹ với tuổi mẹ

Kết cục bất lợi	Tổng số, n(%)	Tuổi mẹ, n(%)		p
		15 -17 tuổi (n = 65)	18 -19 tuổi (n= 268)	
Số sản phụ có kết cục bất lợi	48 (14,4)	10 (15,4)	38 (14,2)	0,804*
Nhiễm khuẩn hậu sản	11 (3,3)	3 (4,6)	8 (3,0)	0,454*
Chảy máu sau đẻ	17 (5,1)	3 (4,6)	14 (5,2)	1*
Đờ tử cung	2 (0,6)	1 (1,5)	1 (0,4)	0,353*
Rách tầng sinh môn phức tạp	14 (4,2)	2 (3,1)	12 (4,5)	1*
Bí tiểu sau sinh	4 (1,2)	1 (1,5)	3 (1,1)	0,582*

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ có kết cục bất lợi sau sinh chiếm 14,4%. Tỷ lệ sản phụ nhiễm khuẩn hậu sản chiếm 3,3%, chảy máu sau đẻ (5,1%), đờ tử cung (0,6%), rách tầng sinh môn phức tạp (4,2%), bí tiểu sau sinh (1,2%).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm biến cố bất lợi trong quá trình thai kỳ với tuổi mẹ. Tỷ lệ sản phụ có các biến cố bất lợi như dọa sẩy thai/dọa đẻ non, mắc đái tháo đường, mắc tiền sản giật, nhiễm khuẩn tiết niệu, ối vỡ non, ối vỡ sớm ở nhóm tuổi từ 15 - 17 cao hơn so với nhóm tuổi từ 18 - 19. Sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Ngược lại, tỷ lệ sản phụ có rau tiền đạo, thai chậm phát triển trong tử cung ở nhóm tuổi mẹ từ 15 - 17 thấp hơn nhóm tuổi mẹ từ 18 - 19. Tuy nhiên, sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Tỷ lệ sản phụ mắc đái tháo đường thai kỳ chiếm 1,8%, thấp hơn tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ở các nước Châu Âu (3,6 - 6%) [8]. Sự chênh lệch này là do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên đối tượng vị thành niên nên sẽ có nguy cơ đái tháo đường thấp hơn các đối tượng lớn tuổi khác. Có 6 trường hợp tiền sản giật chiếm tỷ lệ 1,8%, tương đương với nghiên cứu của Phạm Thị Kim Hoàn (1,9%) [4].

Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu trong thai kỳ là tương đối cao 30,9%, cao hơn so với nghiên cứu của Agersew Alemu (11,6%) [5]. Sự khác biệt có thể do khác nhau về điều kiện môi trường. Bên cạnh đó, việc thiếu kiến thức và điều kiện kinh tế của nhóm đối tượng vị thành niên cũng gây cản trở trong công tác chăm sóc thai sản.

Tỷ lệ ối vỡ non chiếm 0,9%, tương đương với nghiên cứu của Dayal (2022) là 1% [7]. Phụ nữ vị thành niên dễ bị ối vỡ non hơn vì họ có hệ thống tuần hoàn máu ở tử cung và cổ tử cung chưa trưởng thành, dễ bị nhiễm trùng từ đó gây viêm màng ối.

Có 0,9% số sản phụ trong nghiên cứu của chúng tôi bị rau tiền đạo. Tỷ lệ rau bám bất thường khá thấp vì chủ yếu các sản phụ đều là con so. Thai chậm phát triển trong tử cung chiếm tỷ lệ tương đối cao 12,3%. Tỷ lệ bệnh và tử vong sau sinh gia tăng và tăng các kết cục sản khoa bất lợi cho trẻ sau sinh như: ngạt, hỗ trợ hô hấp, nhiễm trùng sơ sinh...

Thiếu máu chiếm 26,7%, cao hơn so với nghiên cứu của Tshkweni (13%). Tỷ lệ sản phụ thiếu máu ở nhóm tuổi mẹ từ 15 -17 (35,4%) cao hơn với nhóm tuổi từ 18 - 19 (19,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,005<0,05$).

Tỷ lệ thiếu máu cao chủ yếu là thiếu máu sắt do việc cung cấp sắt không đủ, sản phụ không đủ sức khỏe và điều kiện kinh tế trong đảm bảo dinh dưỡng trong thai kỳ.

Đặc điểm tuổi thai khi sinh của sản phụ. Tỷ lệ sản phụ sinh non tháng chiếm 19,5%, lớn hơn so với kết quả của tác giả Nguyễn Thanh Hải (13%) [2]. Sản phụ chưa phát triển hoàn toàn về giải phẫu và sinh lý cho việc mang thai, đồng thời sự hạn chế trong chăm sóc thai nghén và điều kiện kinh tế cũng làm hạn chế tiếp cận điều trị kịp thời. Tuổi thai trung bình là $37,42\pm 3,46$ tuần tương đương với Nguyễn Thị Hồng là $37,63\pm 3,4$ tuần [3]. Tuổi thai nhỏ nhất là 23 tuần.

Đặc điểm phương pháp kết thúc thai kỳ của sản phụ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sản phụ vị thành niên đẻ thường đường âm đạo và đẻ chỉ huy là 57,7%, tỉ lệ mổ lấy thai là 42,3%. Tỉ lệ mổ lấy thai cao hơn nghiên cứu của Phạm Thị Kim Hoàn (2020) là 18,6%, Nguyễn Thanh Hải (2020) là 29,5% [2,4]. Tỷ lệ mổ lấy thai tăng cao một phần do xu hướng chung trong tăng tỷ lệ mổ lấy thai, ngoài ra thai phụ nhỏ tuổi chưa phát triển hoàn thiện về khung chậu, tâm sinh lý cũng làm gây khó khăn trong việc đẻ thường.

Đặc điểm kết cục bất lợi sau sinh về phía mẹ. Tỷ lệ sản phụ có kết cục bất lợi sau sinh chiếm 14,4%, chảy máu sau đẻ chiếm tỷ lệ cao nhất với 5.1%. Tỷ lệ chảy máu sau đẻ do đờ tử cung tương đương Nguyễn Thị Hồng (0,5%) [3]. Tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ đờ tử cung ở sản phụ trưởng thành tại một số quốc gia ở Trung Mỹ (2013) như Costa Rica (3,6%), Panama (5%), Guatemala (13,3%) [9]. Trong nghiên cứu, con số chiếm tỷ lệ cao đồng thời sự khác biệt thời gian và trình độ y tế giữa các quốc gia có thể giải thích cho sự khác biệt này.

Có 11 sản phụ nhiễm trùng hậu sản, chiếm 3,3%, thấp hơn kết quả nghiên cứu của Thitipong Sirilak năm 2022 (6%), sự khác biệt trên có thể do khác biệt về tuổi, địa điểm nghiên cứu và thời gian nghiên cứu. Chúng tôi là nghiên cứu hồi cứu, chỉ đánh giá được bệnh nhân trong lúc nằm viện còn Thitipong Sirilak thực hiện với thời gian từ lúc sản phụ đẻ kéo dài đến hết 6 tuần hậu sản.

Sản phụ rách tầng sinh môn phức tạp chiếm tỷ lệ 4,2%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng (2021) là 1% [3]. Sự khác nhau có thể do tuổi đối tượng nghiên cứu, địa điểm nghiên cứu, kỹ năng đỡ đẻ của nhân viên y tế.

Theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ sản phụ bí

tiểu sau sinh chiếm 1,2%, thấp hơn nghiên cứu của Mesut Polat (2018) là 22,1%[10]. Nếu bị bỏ sót, bí tiểu sau sinh có thể dẫn đến rối loạn thần kinh bàng quang và yếu cơ bàng quang đòi hỏi phải đặt ống thông tiểu ngắt quãng hoặc rối loạn chức năng tiểu tiện vĩnh viễn.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của sản phụ là 18,26 ± 1,021, trong đó nhóm tuổi là 18 – 19 chiếm 80,5%. Mang thai trong độ tuổi vị thành niên làm tăng nguy cơ các biến cố trong quá trình mang thai như thiếu máu, nhiễm khuẩn tiết niệu... và các biến chứng sau sinh như băng huyết, rách tầng sinh môn phức tạp...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ.** Vụ bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và Kế hoạch hóa gia đình, Chương trình sức khỏe sinh sản. 2015:51
- Nguyễn Thanh Hải, Ánh VTN, Hạnh TTM, Trung NH, Nhân ĐT, Linh TM.** Mang thai ở tuổi vị thành niên: đặc điểm và kết quả thai kỳ. Tạp chí Phụ sản
- Nguyễn Thị Hồng B, Thị Hoa, Dương Tiến Minh, Bùi Ngọc Diệp, Huy HQ.** Kết quả mang thai ở tuổi vị thành niên tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 06/20 2022;514(1)doi:10.51298/vmj.v514i1.2535
- Phạm Thị Kim Hoàn NTP.** Nghiên cứu kết quả xử trí sản khoa ở sản phụ dưới 18 tuổi tại bệnh

viện phụ sản trung ương từ năm 2017 đến năm 2019. Bệnh viện phụ sản Trung Ương. 2019;

- Alemu A, Moges F, Shiferaw Y, et al.** Bacterial profile and drug susceptibility pattern of urinary tract infection in pregnant women at University of Gondar Teaching Hospital, Northwest Ethiopia. BMC Research Notes. 2012/04/25 2012;5(1):197. doi:10.1186/1756-0500-5-197
- Asavapiriyanont S, Chaovarindr U, Kaoien S, Chotigeat U, Kovavisarach E.** Prevalence of Sexually Transmitted Infection in Teenage Pregnancy in Rajavithi Hospital, Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet. Feb 2016;99 Suppl 2:S153-60.
- Dayal S, Hong PJSTISP.** Premature rupture of membranes.[Updated 2021 Nov 2]. 2022;
- Mazumder T, Akter E, Rahman SM, Islam MT, Talukder MR.** Prevalence and Risk Factors of Gestational Diabetes Mellitus in Bangladesh: Findings from Demographic Health Survey 2017-2018. International journal of environmental research and public health. Feb 23 2022;19(5)doi:10.3390/ijerph19052583
- Montufar-Rueda C, Rodriguez L, Jarquin JD, et al.** Severe postpartum hemorrhage from uterine atony: a multicentric study. Journal of pregnancy. 2013;2013: 525914. doi:10.1155/2013/525914
- Polat M, Şentürk MB, Pulatoğlu Ç, Doğan O, Kılıççı Ç, Budak M.** Postpartum urinary retention: Evaluation of risk factors. Turkish journal of obstetrics and gynecology. Jun 2018;15(2):70-74. doi:10.4274/tjod.43931

VAI TRÒ NẠO HẠCH RỖN LÁCH TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

Nguyễn Viết Hải¹, Đặng Quang Thông¹, Trần Quang Đạt¹,
 Đoàn Thuỳ Nguyên¹, Hồ Lê Minh Quốc¹, Nguyễn Vũ Tuấn Anh^{1,2},
 Nguyễn Hoàng Bắc^{1,2}, Võ Duy Long^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nạo hạch rốn lách là kỹ thuật khó trong phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày để điều trị ung thư dạ dày (UTDD) giai đoạn tiến triển, và vai trò còn nhiều tranh cãi. Nghiên cứu này nhằm xác định các yếu tố nguy cơ di căn hạch rốn lách của UTDD và đánh giá hiệu quả điều trị của nạo hạch rốn lách bằng cách tính chỉ số điều trị (TI). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 92 bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày nạo hạch D2 có kèm nhóm 10 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn tiến triển tại Bệnh viện Đại học Y Dược

Thành phố Hồ Chí Minh từ 12/2018 đến 12/2022. Đặc điểm giải phẫu bệnh bao gồm kích thước khối u, vị trí khối u (đọc, cắt ngang), phân giai đoạn khối u (độ sâu xâm lấn, di căn hạch), phân loại đại thể theo Borrmann, độ biệt hóa, tình trạng xâm lấn bạch huyết và xâm lấn quanh dây thần kinh. Kết quả chính là tỷ lệ di căn LN số 10 và thời gian sống sót sau 5 năm. **Kết quả:** Số lượng hạch lấy được trung bình ở nhóm 10 là 2,5 ± 1,4. Tỷ lệ di căn LN số 10 là 22,8%. Phân tích đơn biến cho thấy các yếu tố liên quan đến di căn hạch nhóm 10 bao gồm kích thước khối u, giai đoạn T4a, di căn hạch chặng N3a/N3b, độ biệt hóa kém, Borrmann loại 4, xâm lấn bạch huyết, xâm lấn bờ cong lớn hoặc thành sau dạ dày và có di căn hạch 4sa/4b. Phân tích đa biến cho thấy giai đoạn T4a, di căn hạch chặng N3, xâm lấn bờ cong lớn hoặc thành sau dạ dày và Borrmann loại 4 là các yếu tố nguy cơ độc lập đối với di căn LN số 10. TI cũng cao hơn 5 đối với các trường hợp có di căn hạch 4sa/4sb. **Kết luận:** Di căn hạch nhóm 10 có liên quan đến UTDD giai đoạn T4a, di căn hạch chặng N3, ung thư biểu mô tuyến dạ dày Borrmann loại 4, u xâm lấn bờ cong lớn

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
 Chịu trách nhiệm chính: Võ Duy Long
 Email: long.vd@umc.edu.vn
 Ngày nhận bài: 16.10.2023
 Ngày phản biện khoa học: 20.11.2023
 Ngày duyệt bài: 25.12.2023