

can thiệp phẫu thuật, đặc biệt ở những tổn thương gan nặng [9].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 62 ca đa chấn thương có tổn thương gan cho thấy bệnh nhân chủ yếu là nam thanh niên, nguyên nhân hàng đầu là tai nạn giao thông. Các yếu tố tiên lượng tử vong bao gồm tổn thương gan độ IV-V (AAST), sốc, lactate ≥ 5 mmol/L và ISS cao. Chỉ số sinh hóa (men gan, bilirubin, ure, creatinin) có giá trị tiên lượng quan trọng. Điều trị bảo tồn mang lại tỷ lệ sống cao, trong khi phẫu thuật có tiên lượng xấu hơn. Kết quả nhấn mạnh tầm quan trọng của đánh giá đa yếu tố trong xử trí tổn thương gan do đa chấn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alanezi T., Altojry A., Alanazi A., et al.** (2024). Management and Outcomes of Traumatic Liver Injury: A Retrospective Analysis from a Tertiary Care Center Experience. *Healthcare*, 12(2), 131.
2. **Gaski I.A., Skattum J., Brooks A., et al.** (2018). Decreased mortality, laparotomy, and embolization rates for liver injuries during a 13-year period in a major Scandinavian trauma center. *Trauma Surg Acute Care Open*, 3(1).
3. **Soares A.C., Nunes Vieira A., Bagnari I., et al.** (2024). Herniated Gallbladder Following a Bull Run: A Case Report. *Cureus*. 16(11): e74354. DOI 10.7759/cureus.74354
4. **Brooks A., Joyce D., La Valle A., et al.** (2023). Improvements over time for patients following liver trauma: A 17-year observational study. *Front Surg*, 10.
5. **Mirzaei R., Baluchi S., Nourmohammadi M., Taban E., Rezvani Z.** (2022). Investigation of traffic accidents referred to a hospital and forensic medicine organization in Nikshahr during the years 2014-2018. *Jorjor*, 14(3), 156-162.
6. **Yildirak M.K.** (2024). Is it possible to predict mortality in patients with highgrade blunt liver injury? A single trauma center study. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 276-284.
7. **Gray S., Shiekh F., and Shiber J.** (2016). Complex hepatic injury involving a liver transplant recipient: A case report and review of literature. *International Journal of Surgery Case Reports*, 28, 282-284.
8. **Yadav S.K., Kumar S., Misra M.C., et al.** (2016). Retrospective Evaluation of Magnitude, Severity and Outcome of Traumatic Hepatobiliary Injury at a Level-I Trauma Center in India. *Indian J Surg*, 78(4), 281-287.
9. **Hommel M., Navsaria P.H., Schipper I.B., et al.** (2015). Management of blunt liver trauma in 134 severely injured patients. *Injury*, 46(5), 837-842.
10. **Bala M., Gazalla S.A., Faroja M., et al.** (2012). Complications of high grade liver injuries: management and outcome with focus on bile leaks. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 20(1), 20.

BIẾN CHỨNG CỦA MỔ LẤY THAI CHỦ ĐỘNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG: ĐÁNH GIÁ TRONG VÀ SAU PHẪU THUẬT

Vũ Văn Du¹, Lê Thị Ngọc Hương¹, Nguyễn Thị Hằng²,
Trần Anh Tuấn³, Đặng Văn Sinh², Nghiêm Thị Phương Dung²,
Nguyễn Phương Tú², Đặng Văn Tốt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ các biến chứng trong và sau mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 1128 sản phụ mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ biến chứng mẹ trong mổ là 2,13%, bao gồm chảy máu (1,68%), tổn thương bàng quang (0,36%) và ruột (0,09%). Sau mổ, tỷ lệ biến chứng là 1,17%, chủ yếu là tụ máu vết mổ (0,36%), nhiễm trùng vết mổ

(0,27%), và chảy máu vết mổ (0,6%). Tỷ lệ biến chứng ở trẻ sơ sinh chủ yếu là hội chứng suy hô hấp cấp (7,89%), với 02 trường hợp gãy xương cánh tay (0,18%). Nhóm tuổi thai dưới 2500g có tỷ lệ suy hô hấp cao gấp 8,86 lần so với nhóm thai ≥ 2500 g (OR=8,86; KTC 95%: 5,50 – 14,25). **Kết luận:** Mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương có tỷ lệ biến chứng đáng kể, đặc biệt là đối với mẹ và trẻ sơ sinh cân nặng dưới 2500g. Việc cải thiện các chỉ định và chăm sóc sau mổ có thể giảm thiểu biến chứng và nâng cao chất lượng chăm sóc mẹ và trẻ. **Từ khoá:** Mổ lấy thai chủ động, biến chứng, sản phụ, trẻ sơ sinh, suy hô hấp.

SUMMARY

COMPLICATIONS OF ELECTED CAESAREAN DELIVERY AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY: INTRA-OPERATIVE AND POST-OPERATIVE ASSESSMENT

Objectives: To determine the rate of

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa Bảo Sơn

Chịu trách nhiệm chính: BSNT Đặng Văn Tốt

Email: dangvantothmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

complications during and after elective cesarean section at National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 1,128 women undergoing elective cesarean section at National Hospital of Obstetrics and Gynecology from August 2023 to August 2024. **Results:** The rate of maternal complications during surgery was 2.13%, including bleeding (1.68%), bladder injury (0.36%) and bowel injury (0.09%). Postoperatively, the complication rate was 1.17%, mainly wound hematoma (0.36%), wound infection (0.27%), and wound bleeding (0.6%). The complication rate in newborns was mainly acute respiratory distress syndrome (7.89%), with two cases of humerus fracture (0.18%). The rate of respiratory failure in the group of fetuses under 2,500g was 8.86 times higher than that in the group of fetuses $\geq 2,500g$ (OR=8.86; 95% CI: 5.50 – 14.25). **Conclusions:** Elective cesarean section at National Hospital of Obstetrics and Gynecology has a significant complication rate, especially for mothers and newborns with a birth weight under 2,500g. Improving the indications and post-operative care can reduce complications and improve the quality of care for mothers and children.

Keywords: Elective cesarean section, complications, pregnant women, newborns, respiratory failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) là phẫu thuật lấy thai và phần phụ của thai ra khỏi buồng tử cung thông qua đường rạch ở thành bụng và tử cung. Nhờ những tiến bộ đáng kể trong y học, đặc biệt là trong các kỹ thuật gây mê, hồi sức, kháng sinh và các biện pháp vô khuẩn, tỷ lệ thành công của MLT đã tăng cao, đồng thời giúp giảm thiểu các rủi ro cho bà mẹ và trẻ sơ sinh [1]. Tỷ lệ sinh mổ trên toàn thế giới đã tăng từ khoảng 7% (1990) lên 21% (2021) và dự kiến sẽ tiếp tục tăng trong thập kỷ này. Nếu xu hướng này tiếp tục, dự đoán đến năm 2030, tỷ lệ cao nhất có thể sẽ nằm ở Đông Á (63%), Mỹ Latinh và Caribe (54%), Tây Á (50%), Bắc Phi (48%), Nam Âu (47%) và Úc và New Zealand (45%) [3]. Tại Việt Nam, theo báo cáo Tổng kết công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em năm 2022 của Bộ Y tế, số ca sinh mổ chiếm gần 37% tổng ca sinh trong năm 2022. Theo các nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương qua các năm, tỷ lệ MLT đã tăng lên 54,96% vào năm 2021, phản ánh xu hướng sinh mổ ngày càng phổ biến trong thực hành sản khoa [4].

MLT chủ động là MLT khi chưa có chuyển dạ, được lên kế hoạch phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng của sản phụ và thai nhi. Xu hướng MLT chủ động không chỉ định y khoa rõ ràng, thường theo yêu cầu của sản phụ hoặc gia đình. MLT không phải là phương pháp an toàn tuyệt

đối vì tiềm ẩn các nguy cơ biến chứng cho cả mẹ và trẻ sơ sinh. Các rủi ro có thể xảy ra khi mổ lấy thai theo yêu cầu của bà mẹ bao gồm thời gian nằm viện dài hơn, tăng nguy cơ mắc các vấn đề về hô hấp ở trẻ sơ sinh và tăng nguy cơ biến chứng ở những lần mang thai sau, như vỡ tử cung, các vấn đề về làm tổ của nhau thai và có thể cần cắt bỏ tử cung [8].

Trước những nguy cơ liên quan đến mổ lấy thai chủ động, việc kiểm soát và đưa ra chỉ định phẫu thuật hợp lý là rất quan trọng để giảm tỷ lệ MLT chủ động, hạn chế các biến chứng có thể xảy ra đối với bà mẹ và trẻ sơ sinh. Nhằm làm rõ thực trạng và các ảnh hưởng liên quan đến mổ lấy thai chủ động, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu xác định một số biến chứng của bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và sau mổ lấy thai chủ động tại bệnh viện Phụ sản Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sản phụ được chỉ định mổ lấy thai chủ động tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/8/2023 đến 01/8/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Sản phụ chưa có dấu hiệu chuyển dạ.
- Siêu âm thai không có dị tật bẩm sinh.
- Thai còn sống.
- Có chỉ định mổ lấy thai chủ động vì nguyên nhân do mẹ, do thai, do phần phụ hoặc do yếu tố xã hội.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin theo yêu cầu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Địa điểm nghiên cứu: tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.
- Thời gian nghiên cứu: 01/8/2023 đến 01/8/2024.

Cỡ mẫu: được tính theo công thức ước tính cho một tỉ lệ t $n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 (1-P)}{e^2 P}$ cắt ngang, sử dụng sai số tươ

Trong đó:

- + n: là cỡ mẫu tối thiểu.
- + $Z_{1-\alpha/2}$: giá trị của Z thu được từ bảng Z cùng với giá trị α được chọn.
- Hệ số tin cậy $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ tương đương với $\alpha=0,05$.

+ p: Tỷ lệ mổ lấy thai chủ động trên tổng số mổ lấy thai. Theo nghiên cứu của Lê Hoài Chương năm 2017 tại Bệnh viện Phụ sản Trung

ương, tỉ lệ này là 55,45% [6]. Như vậy $p = 0,5545$ và $1-p = 1-0,5545 = 0,4455$.

+ ϵ là tỉ lệ sai số mong muốn của nghiên cứu so có thể chấp nhận được chọn là $\epsilon=0,06$.

Thay vào công thức trên, ta có cỡ mẫu lý thuyết tối thiểu cần thu thập thông tin là: $n= 858$.

Trên thực tế chúng đã thu thập được thông tin của 1128 bệnh án của sản phụ đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, đảm bảo lấy đủ các bệnh nhân mổ lấy thai chủ động từ ngày 01/8/2023 đến hết ngày 01/8/2024 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn.

Biến số nghiên cứu:

- Thông tin về nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, số lượng thai, số con, nơi ở (thành thị/nông thôn).

- Các chỉ định mổ lấy thai: do mẹ, thai, phần phụ của thai và nguyên nhân xã hội.

- Biến chứng trong mổ của mẹ và con: Tai biến do gây tê/gây mê, chảy máu, tổn thương tạng, chấn thương sơ sinh.

- Biến chứng sau mổ trong thời gian nằm viện: Nhiễm trùng vết mổ, viêm phúc mạc, tắc mạch chi, bế sản dịch.

- Đặc điểm sơ sinh sau mổ: Thai đủ tháng, thai non tháng, thai già tháng, suy hô hấp, tử vong.

Phương pháp thu thập số liệu: Mẫu bệnh án nghiên cứu được xây dựng phù hợp với mục tiêu nghiên cứu, tham khảo từ các đề tài trước và ý kiến chuyên gia về thống kê y học và sản khoa. Trước khi thu thập dữ liệu chính thức, tiến hành thu thập 10 ca bệnh thử nghiệm để chỉnh sửa, hoàn thiện mẫu bệnh án. Sau đó, thu thập hồ sơ bệnh án và tài liệu lưu trữ của bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, lập danh sách bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Số liệu sẽ được thu thập trực tiếp từ sản phụ để đảm bảo độ chính xác.

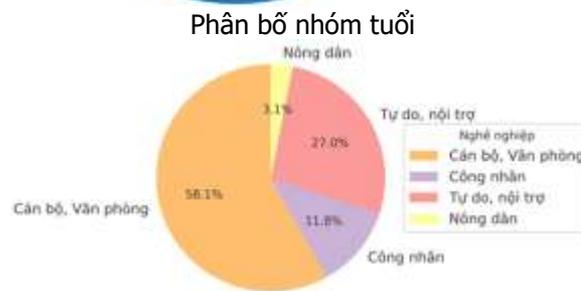
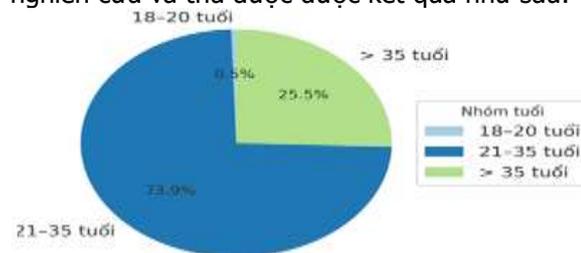
Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập, quản lý bằng phần mềm EpiData 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0 bằng các thuật toán thống kê. Thống kê mô tả sử dụng tần số, tỷ lệ % cho biến định tính và giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng. Các kết quả được trình bày dưới dạng các bảng và biểu đồ. Sử dụng các thuật toán: T-test để kiểm định sự khác nhau đối với các kết quả các biến thông qua giá trị p (p-value) với mức có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Đây là nghiên cứu hồi cứu sử dụng các thông tin trong hồ sơ bệnh án, không can thiệp trực tiếp đến đối tượng. Mọi thông tin nghiên cứu đều được mã

hoá, đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 1128 sản phụ thỏa mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu và thu được được kết quả như sau:



Biểu đồ 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đa số sản phụ trong nghiên cứu thuộc nhóm tuổi 21-35 (73,9%), cho thấy đây là độ tuổi sinh đẻ chủ yếu. Nhóm >35 tuổi chiếm 25,5%, trong khi nhóm 18-20 tuổi rất ít (0,5%). Phần lớn sản phụ làm công việc hành chính, văn phòng (58,1%), tiếp theo là nhóm tự do, nội trợ (27%). Tỷ lệ sản phụ là công nhân và nông dân thấp, lần lượt là 11,8% và 3,1%.

Bảng 1. Tỷ lệ tai biến trong mổ của sản phụ

Tai biến trong mổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không	1104	97,87
Có (n=24)	Chảy máu	19, 1,68
	Tổn thương ruột	1, 0,09
	Tổn thương bàng quang	4, 0,36
Tổng số	1128	100

Có 24 trường hợp sản phụ gặp tai biến trong mổ, phần lớn là chảy máu (1,68%). Bên cạnh đó có 04 trường hợp tổn thương bàng quang (0,36%) và 01 trường hợp tổn thương ruột (0,09%).

Bảng 2. Tình trạng sản phụ sau mổ lấy thai

Tình trạng sản phụ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	1115	98,83
Tai biến	Tụ máu vết mổ thành bụng	4, 0,36
	Nhiễm trùng vết mổ	3, 0,27
	Đờ tử cung	2, 0,18
	Sản giật sau sinh	1, 0,09

Viêm phúc mạc tiểu khung	1	0,09
Viêm thùy dưới phổi phải do sặc	1	0,09
Theo dõi tắc mạch ối	1	0,09
Tổng số	1128	100

Có 13 sản phụ gặp tai biến sau mổ, trong đó 04 trường hợp tụ máu vết mổ thành bụng (0,36%); 03 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (0,27%); 02 trường hợp đỡ tử cung (0,18%). Các tai biến như sản giật sau sinh; viêm phúc mạc tiểu khung, viêm thùy dưới phổi phải do sặc, theo dõi tắc mạch ối đều có 01 trường hợp và cùng chiếm 0,09%. Còn lại 1115 sản phụ bình thường sau mổ, không gặp các tai biến nào khác, chiếm tỷ lệ phần lớn với 98,83%.

Bảng 3. Tai biến con

Tai biến con	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Gãy 1/3 dưới xương cánh tay	2	0,18
Hội chứng suy hô hấp cấp	89	7,89
Tổng	91	8,07

Số lượng tai biến của con có 91 trường hợp, chiếm tỷ lệ 8,07%. Trong đó bao gồm các tai biến như hội chứng suy hô hấp cấp chiếm tỷ lệ 7,89% và gãy 1/3 dưới xương cánh tay chiếm 0,18%.

Bảng 4. Liên quan nguyên nhân chỉ định mổ lấy thai và hội chứng suy hô hấp cấp

Hội chứng suy hô hấp cấp	Các chỉ định mổ lấy thai				OR (KTC 95%)
	Chỉ định mổ lấy thai do mẹ		Chỉ định mổ lấy thai do thai và phần phụ của thai		
	Có	Không	Có	Không	
	n	%	n	%	
Có	41	9,98	48	6,69	1,54 (0,97-2,44)
Không	370	90,02	669	93,31	
Có	33	6,89	56	8,63	0,78 (0,48-1,25)
Không	446	93,11	593	91,37	
Có	21	8,82	68	7,64	1,17 (0,67-1,98)
Không	217	91,18	822	92,36	

Nhóm được chỉ định mổ lấy thai do mẹ có tỷ lệ biến chứng suy hô hấp cao gấp 1,54 lần so với nhóm không chỉ định, nhưng không có ý nghĩa thống kê (OR=1,54; KTC 95%: 0,97 – 2,44). Nhóm chỉ định mổ do thai và phần phụ của thai có tỷ lệ suy hô hấp thấp hơn 0,78 lần

(OR=0,78; KTC 95%: 0,48 – 1,25) và nhóm chỉ định mổ do nguyên nhân xã hội có tỷ lệ suy hô hấp cao hơn 1,17 lần (OR=1,17; KTC 95%: 0,67 – 1,98), nhưng đều không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Liên quan giữa trọng lượng thai và hội chứng suy hô hấp cấp

Hội chứng suy hô hấp cấp	<2500g		≥2500g		OR (KTC 95%)
	n	%	n	%	
Có	47	24,35	42	3,51	8,86 (5,50-14,25)
Không	146	75,65	1.156	96,49	

Nhóm thai cân nặng <2500g có biến chứng suy hô hấp cấp cao gấp 8,86 lần so với nhóm thai cân nặng ≥2500g. Mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê với OR=8,86; KTC 95%: 5,50 – 14,25.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tai biến của mẹ trong mổ lấy thai là 2,13%, trong đó chủ yếu là chảy máu (1,68%) và tổn thương bàng quang (0,36%). Có một trường hợp tổn thương ruột (0,09%) do tổn thương trực tràng. So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ tai biến trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Thu Hà tại Hà Giang ghi nhận tỷ lệ tai biến và biến chứng mẹ lên tới 7,9%, trong đó tỷ lệ tai biến chảy máu là 5,6%, cao hơn nhiều so với kết quả của tôi [2]. Tỷ lệ tai biến trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn có thể do sự khác biệt về điều kiện chăm sóc sức khỏe giữa hai địa phương do điều kiện chăm sóc sức khỏe hạn chế cả về chuyên môn và về cơ sở vật chất.

Các yếu tố nguy cơ làm tăng tai biến trong mổ bao gồm sự giãn nở cổ tử cung, sử dụng phương pháp vô cảm gây mê toàn thân, tuổi thai thấp và thai to. Sau mổ lấy thai, chúng tôi ghi nhận 13 sản phụ gặp tai biến sau mổ. Trong đó, chủ yếu là tụ máu vết mổ thành bụng (0,36%), nhiễm trùng vết mổ (0,27%), và đỡ tử cung thứ phát (0,18%). Các tai biến khác như viêm phúc mạc tiểu khung, viêm thùy dưới phổi phải, và tắc mạch ối đều có 01 trường hợp và chiếm tỷ lệ 0,09%. So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu chúng tôi cũng thấp hơn. Nghiên cứu của Hoàng Anh Tuấn tại Bệnh viện Đa khoa Yên Bình, Thái Nguyên ghi nhận 11 trường hợp đỡ tử cung thứ phát (2,8%), 02 trường hợp chảy máu vết mổ (0,6%), và 01 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (0,3%) [5]. Các nghiên cứu quốc tế khác cũng nêu bật các yếu tố nguy cơ gây biến chứng, bao gồm bệnh đái tháo đường và chuyển dạ kéo dài, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và các vấn đề về lành vết thương [9]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu

chúng tôi, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ và chảy máu vết mổ đều thấp hơn, điều này cho thấy các biện pháp phòng ngừa và chăm sóc sau mổ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương là hiệu quả.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nguyệt cũng ghi nhận tỷ lệ tai biến chảy máu vết mổ và nhiễm trùng vết mổ là 0,1%, và tỷ lệ đỡ tử cung là 0,2% [7]. Các biến chứng nhiễm khuẩn như nhiễm khuẩn vết mổ và viêm niêm mạc tử cung là các tai biến phổ biến sau mổ lấy thai. Tuy nhiên, trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ các tai biến này vẫn ở mức thấp, điều này một lần nữa khẳng định chất lượng dịch vụ và chăm sóc hậu phẫu tại bệnh viện. Nhiễm khuẩn sau mổ có thể gặp ở vết mổ và tử cung, đặc biệt là khi sản phụ có các yếu tố nguy cơ như đẻ mổ nhiều lần hoặc có bệnh lý kèm theo. Việc phát hiện và xử lý sớm các dấu hiệu nhiễm khuẩn là rất quan trọng để giảm tỷ lệ tai biến sau mổ.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ biến chứng ở trẻ sơ sinh sau mổ lấy thai chủ động là 8,07%, trong đó chủ yếu là hội chứng suy hô hấp cấp (7,89%) và gãy xương cánh tay (0,18%). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế đã chỉ ra rằng mổ lấy thai chủ động, đặc biệt khi thực hiện trước 39 tuần tuổi thai, làm tăng nguy cơ suy hô hấp ở trẻ do chưa đạt đủ độ trưởng thành phổi, dù là thai đủ tháng trên 37 tuần. Theo nghiên cứu của Tita và cộng sự (2009), so với sinh thường hoặc mổ sau chuyển dạ, những ca mổ chủ động ở tuần 37–38 có tỷ lệ mắc các vấn đề hô hấp ở trẻ cao hơn rõ rệt, bao gồm cả suy hô hấp, cần thở máy hoặc nhập khoa hồi sức sơ sinh [10]. Điều này đặc biệt đáng lưu ý trong nhóm thai dưới 2500g, khi mà tỷ lệ suy hô hấp tăng cao đến 24,35% và có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu của chúng tôi (OR=8,86; KTC 95%: 5,50–14,25). Các trẻ nhẹ cân có thể gặp hạn chế về khả năng trao đổi khí và chưa hoàn thiện chức năng phổi, khiến biến chứng hô hấp xảy ra nhiều hơn sau phẫu thuật. Do vậy, việc cân nhắc kỹ lưỡng thời điểm mổ và đánh giá sự trưởng thành phổi trước mổ là cần thiết nhằm giảm thiểu nguy cơ này.

Nghiên cứu chúng tôi có nhiều điểm mạnh, bao gồm phạm vi cỡ mẫu lớn (1128 sản phụ) và được thực hiện tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, nơi có chất lượng chuyên môn và dịch vụ cao. Thời gian nghiên cứu kéo dài từ 01/8/2023 đến 01/8/2024 giúp đảm bảo tính đại diện cho các biến chứng trong và sau mổ lấy thai chủ động. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng có một số hạn chế như chỉ thực hiện tại một bệnh viện, do đó kết quả không phản ánh tình trạng chung cho tất cả các cơ sở y tế khác, và phương pháp nghiên

cứ mô tả cắt ngang chỉ cung cấp thông tin hiện trạng mà không thể xác định mối quan hệ nhân quả. Dựa trên kết quả nghiên cứu, khuyến nghị là cần tiếp tục nâng cao chất lượng chăm sóc và đào tạo y tế cho các ca mổ lấy thai, đồng thời triển khai các nghiên cứu dài hạn và đa trung tâm để có cái nhìn toàn diện hơn về các yếu tố nguy cơ và biến chứng của mổ lấy thai chủ động.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương cho thấy tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ lấy thai chủ động ở sản phụ và trẻ sơ sinh đều ở mức thấp. Các tai biến trong mổ chủ yếu là chảy máu (1,68%), tổn thương bàng quang (0,36%) và tổn thương ruột (0,09%). Sau mổ, các tai biến phổ biến là tụ máu vết mổ (0,36%), nhiễm trùng vết mổ (0,27%) và đỡ tử cung chảy máu (0,18%). Đối với trẻ sơ sinh, hội chứng suy hô hấp cấp chiếm 7,89%, và thai dưới 2500g có tỷ lệ suy hô hấp cao gấp 8,86 lần so với thai trên 2500g. Mặc dù tỷ lệ mổ lấy thai chủ động gia tăng, nhưng chỉ định mổ hợp lý và chăm sóc y tế chất lượng cao giúp giảm thiểu biến chứng. Cần tiếp tục nghiên cứu và cải thiện quy trình chăm sóc để giảm nguy cơ cho cả mẹ và trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ môn Sản - Trường Đại học Y Hà Nội.** Bài giảng sản phụ khoa tập 1. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2014.
- Bùi Thị Thu Hà.** Nghiên cứu phẫu thuật lấy thai ở sản phụ con so tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang trong 5 năm 2013–2017. Luận văn thạc sĩ y học. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
- World Health Organization.** Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access [Internet]. Geneva: WHO; 2021 Jun 16 [cited 2025 Jul 18]. Available from: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
- Mai Trọng Dũng, Nguyễn Đức Thắng, Phan Hữu Sơn, Nguyễn Thị Hồng Phượng, Lê Lan Huyền.** Phân tích các yếu tố liên quan đến chỉ định phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2021. Tạp chí Phụ Sản. 2022;20(3):46–49.
- Hoàng Anh Tuấn.** Nhận xét kết quả mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Yên Bình Thái Nguyên. Luận văn thạc sĩ y học. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2021.
- Lê Hoài Chương, Mai Trọng Dũng, Nguyễn Đức Thắng, Đoàn Thị Thu Trang.** Nhận xét thực trạng mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2017. Tạp chí Phụ Sản. 2017;05(01):92–96.
- Nguyễn Thị Nguyệt.** Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh. Luận văn thạc sĩ y học. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.

8. **Shaterian Narges, Alsadat Rahnamaei Fatemeh, Ghavidel Nahid, Abdi Fatemeh.** Elective cesarean section on maternal request without indication: reasons for it, and its advantages and disadvantages. *Central European Journal of Nursing and Midwifery.* 2021;12(3): 458–469.
9. **Shi Meng, Chen Li, Ma Xiaoyan, Wu Bo.** The risk factors and nursing countermeasures of

sepsis after cesarean section: a retrospective analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2022;22(1):696.

10. **Tita Alan TN, Landon Mark B, Spong Catherine Y, et al.** Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *New England Journal of Medicine.* 2009; 360(2):111–120. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19129525>

MỐI LIÊN QUAN GIỮA BIỂU HIỆN GEN NF-KB P65, NF-KB P50 TRONG MÔ U GAN VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM KHỐI U Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN CÓ HBSAG (+)

Nguyễn Xuân Khải¹, Cần Văn Mão¹, Đỗ Thị Trang², Nguyễn Thanh Hải³, Dương Quang Huy⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mức độ biểu hiện gen NF-κB p65, NF-κB p50 trong mô u gan và mối liên quan với gánh nặng khối u, đặc điểm mô bệnh học ở bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) có HBSAg (+). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 69 bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG và phẫu thuật cắt gan từ tháng 7/2022 đến 7/2024. Biểu hiện của gen NF-κB p50 và NF-κB p65 trong cặp mẫu mô u và mô cận u được định lượng bằng kỹ thuật Realtime PCR. **Kết quả:** Biểu hiện của gen NF-κB p65 và p50 không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong mẫu mô ung thư so với mẫu mô lân cận u (Trung vị (tứ phân vị) lần lượt là: 1,43 ((-5,18) – 4,73) so với (-0,08) ((-4,38) – 4,02); p = 0,85); và (-4,87) ((-9,41) – (-0,93)) so với (-2,38) ((-8,17) – 4,11); p = 0,07). Không có mối liên quan được giữa mức biểu hiện tương đối của gen NF-κB p50, NF-κB p65 ở mô ung thư với một số đặc điểm của khối u (kích thước, số lượng, tình trạng huyết khối tĩnh mạch cửa) và giải phẫu bệnh (cấu trúc, xâm nhập mạch trong u, tình trạng xơ gan). **Kết luận:** Gen NF-κB p50, NF-κB p65 không tăng biểu hiện trong mô u so với mô cận u. Không có mối liên quan được giữa mức biểu hiện tương đối của gen NF-κB p50, NF-κB p65 ở mô ung thư với một số đặc điểm của khối u và giải phẫu bệnh. **Từ khóa:** NF-κB p65, NF-κB p50, ung thư biểu mô tế bào gan, HBSAg (+).

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE

¹Học viện Quân y

²Nhà Xuất bản Khoa học Tự nhiên và Công nghệ, Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam

³Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

⁴Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quang Huy

Email: huyduonghvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

EXPRESSION OF NF-κB p65, NF-κB p50 GENES IN TUMOR TISSUE AND SOME TUMOR CHARACTERISTICS IN HBSAg-POSITIVE HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS

Objective: To investigate the expression levels of NF-κB p50 and NF-κB p65 genes in tumor tissues and their association with clinicopathological characteristics in HBSAg-positive Hepatocellular carcinoma (HCC) patients. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 69 patients who underwent hepatectomy for HCC from July 2022 to July 2024. The expression of NF-κB p50 and NF-κB p65 in paired tumor and adjacent non-tumorous tissues was quantified by RT-qPCR. **Results:** The expression of NF-κB p65, p50 genes had no statistically significant difference in cancer tissue samples compared to adjacent tumor tissue samples (Median (quartiles) were: 1,43 ((-5,18) – 4,73) compared (-0,08) ((-4,38) – 4,02); p = 0,85); and (-4,87) ((-9,41) – (-0,93)) compared (-2,38) ((-8,17) – 4,11); p = 0,07, respectively; p < 0,0001). There was no correlation between the relative expression levels of NF-κB p65, NF-κB p50 genes in cancer tissue and some characteristics of the tumor (size, number, portal vein thrombosis) and pathology (structure, vascular invasion in the tumor, cirrhosis). **Conclusion:** NF-κB p50, NF-κB p65 genes weren't increased in tumor tissue compared to adjacent tumor tissue. There was no correlation between the relative expression levels of NF-κB p50 and NF-κB p65 genes in cancer tissue and some features of the tumor and pathology. **Keywords:** NF-κB p65, NF-κB p50, hepatocellular carcinoma, HBSAg (+).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là loại ung thư phổ biến, có độ ác tính rất cao, tỷ lệ sống còn tương đối sau 5 năm khoảng 18% [1]. Bệnh thường phát triển trên nền bệnh gan mạn tính do virus viêm gan (B hoặc C), do rượu, bệnh gan nhiễm mỡ..., trong đó nhiễm virus viêm gan B (Hepatitis B virus - HBV) là yếu tố nguy cơ