

Viêm phổi nặng do Adenovirus gặp nhiều ở trẻ nam, lứa tuổi từ 12 – 72 tháng, mùa thu đông. Các triệu chứng nổi bật bao gồm sốt, ho, viêm long đường hô hấp, rai phổi, khó thở, suy hô hấp. Thời gian mắc bệnh > 7 ngày, suy hô hấp độ III, thở máy, suy đa tạng là các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhi viêm phổi nặng do Adenovirus.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Sỹ Công** (2019), Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, một số yếu tố tiên lượng nặng của viêm phổi nhiễm adenovirus tại bệnh viện nhi TƯ. Luận văn bác sĩ CKII. Trường Đại Học Y Hà Nội.
2. **Bộ Y Tế**. Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, phòng và kiểm soát lây nhiễm bệnh do vi rút Adeno ở trẻ em. Quyết định số 3451/QĐ-BYT ngày 26/12/2022.
3. **Trần Thị Thủy, Đào Minh Tuấn, Phạm Thu Hiền**. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi có nhiễm adenovirus ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017-2018. Tạp chí Y học Việt Nam. 2018; 471(1), 131 - 135.
4. **Trần Thanh Thức, Trần Anh Tuấn, Phùng Nguyễn Thế Nguyên**. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi nặng có kết quả PCR đàm dương tính với adenovirus ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện nhi đồng 1. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 504(2): 167-171.
5. **Đào Minh Tuấn, Nguyễn Thị Ngọc Trân**. Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của viêm phế quản phổi do Adenovirus tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2017. Tạp chí Y học thực hành. 2017; 239(10).
6. **Esposito S., Zampiero A., Bianchini S. et al.** Epidemiology and clinical characteristics of respiratory infections due to Adenovirus in children living in Milan, Italy, during 2013 and 2014. PLOS ONE. 2016. 11(4):e0152375. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152375>.
7. **Shih – Perng Chend**. Clinical features of radiologically confirmed pneumonia due to adenovirus in children. Clinical, January 2013. Vol 56 (1); 7-12
8. **William J Barson**. Pneumonia in children: Epidemiology, pathogenesis, and etiology. UpToDate. Updated Mar 14, 2022. <https://www.uptodate.com/contents/pneumonia-in-children-epidemiology-pathogenesis-and-etiology>.
9. **Xue Hua Xu, Hui Feng Fan, Ting Ting Shi et al.** Analysis of mortality risk factors in children with severe adenovirus pneumonia: A single-center retrospective study. Pediatric and Neonatology. 2023 May;64(3):280-287. doi: 10.1016/j.pedneo.2022.06.016. Epub 2022 Nov 15.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC THAI KỲ Ở THAI 24-34 TUẦN ỐI VỖ NON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023-2024

Phạm Thị Thùy Linh^{1,2}, Nguyễn Văn Lâm¹,
Đỗ Thị Minh Nguyệt², Lâm Đức Tâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ối vỡ non là tình trạng ối vỡ màng đệm và màng ối trước khi chuyển dạ, chưa có cơn co tử cung, chiếm khoảng 12% trong thai kỳ; thai kỳ đủ tháng có tỷ lệ vào khoảng 8%. Đây là tai biến thường gặp trong thai kỳ, đặc biệt là những trường hợp ối vỡ non ở thai kỳ non tháng (trước tuần lễ thứ 37 tuần), đặc biệt là tuần 32, có khoảng 1% xuất hiện trước 31 tuần. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ ở sản phụ có ối vỡ non trên thai non tháng nhập viện tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** sản phụ nhập viện và sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ từ tháng 04/2023 đến 04/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Đặc

điểm lâm sàng: Lý do vào viện là ra nước âm đạo bất thường chiếm 50,3%. Tuổi thai trung bình là 29,84 ± 2,98 tuần (24 tuần đến 34 tuần). Đặc điểm ối vỡ non: rỉ ối chiếm 89,72, với màu trắng trong chiếm 98,72%; đậm độ nước ối loãng chiếm 90,70; lượng trung bình 73,66% và lượng nhiều là 20,80%. Trung bình thời gian ối vỡ đến nhập viện là 79 ± 64,77 phút (9 đến 480 phút). Đặc điểm cận lâm sàng: thiếu máu (Hb dưới 11g/dl) chiếm 20,96%; lượng bạch cầu trung bình là 14,24 ± 4,22 (10,3 - 23,4 x10⁹/L) với 23,98% bạch cầu trên 15000/mm³. Kết cục thai kỳ ở sản phụ có ối vỡ non trên thai non tháng: 65,83% ối vỡ non sử dụng đủ liều corticosteroid trước sinh. Có 50 trường hợp trong 78 ca có ối vỡ non trên thai non tháng có chỉ định mổ lấy thai cấp cứu chiếm 64,10%; sinh thường ngã âm đạo chiếm 35,90%; lý do mổ lấy thai cấp cứu là suy thai trong chuyển dạ chiếm 48,43%; vết mổ lấy thai cũ có ối vỡ là 23,51, chuyển dạ ngưng tiến triển là 8,77%; có 5,66% trường hợp kèm ngối mông. Cân nặng trung bình của trẻ là 2213,49 ± 324,34 (760 gr đến 2900 gram); chỉ số Apgar bình thường chiếm 61,51% và có 38,49% trường hợp Apgar bất thường, đây là tỷ lệ trẻ phải hồi sức sơ sinh với lý do chủ yếu là do suy hô hấp. Các trường hợp hồi sức được xử trí thở NCPAP. **Kết luận:** Các trường

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đức Tâm

Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2024

Ngày duyệt bài: 30.8.2024

hợp ối vỡ non trên thai non tháng đang có xu hướng gia tăng.

Từ khóa: Sinh non, thai non tháng, vỡ ối sớm

SUMMARY

THE CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTIC AND PREGNANCY OUTCOMES OF 24-34 WEEK GESTATIONS WITH PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES IN CANTHO HOSPITAL OF GYNAECOLOGICAL AND OBSTETRICS

Background: Premature rupture of membranes is the rupture of the amniotic membrane during- labor, with no uterine contraction, about 12% in pregnancy and 8% in term pregnancy. This is a common complication in pregnancy, especially in preterm prelabour rupture of membranes (before 37 weeks, especially 32 weeks, about 1% before 31 weeks).

Objectives: Describe the clinical, subclinical and outcome of pregnancy in preterm prelabour rupture of the membranes in Can Tho Hospital of Gynecological and Obstetrics. **Materials and methods:** Pregnant women hospitalised and born at Can Tho Hospital of Gynecological and Obstetric from 04/2023 đến 04/2024. **Results:** Clinical characteristics: The reason for hospital admission is abnormal vaginal discharge, accounting for 50.3%. The average gestational age is 29.84 ± 2.98 weeks (ranging from 24 to 34 weeks). Characteristics of premature rupture of membranes: leaking amniotic fluid accounts for 89.72%, with clear white fluid accounting for 98.72%; the density of the amniotic fluid is thin in 90.70% of cases; the average amount is 73.66% and a large amount is 20.80%. The average time from membrane rupture to hospital admission is 79 ± 64.77 minutes (ranging from 9 to 480 minutes). Paraclinical features: anemia (Hb below 11g/dl) accounts for 20.96%; average white blood cell count is 14.24 ± 4.22 ($10.3 - 23.4 \times 10^9/L$), with 23.98% having white blood cells above $15,000/mm^3$. Pregnancy outcomes in patients with premature rupture of membranes over preterm infants: 65.83% had adequate doses of corticosteroids before birth. Of the 78 cases of premature rupture of membranes over preterm infants, 50 required emergency cesarean delivery, accounting for 64.10%; vaginal deliveries accounted for 35.90%; the reason for emergency cesarean was fetal distress during labor, accounting for 48.43%; previous cesarean scars with rupture accounted for 23.51%, labor arrest accounted for 8.77%; and 5.66% of cases involved breech presentation. The average birth weight of the infants was 2213.49 ± 324.34 grams (ranging from 760 grams to 2900 grams); normal Apgar scores accounted for 61.51% and abnormal Apgar scores accounted for 38.49%, which is the proportion of neonates requiring resuscitation primarily due to respiratory distress. Resuscitation cases were managed with NCPAP breathing treatment. **Conclusion:** Cases of preterm rupture of membranes are prone to increase.

Keywords: preterm, preterm birth, premature rupture of membranes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ối vỡ non là tình trạng khi màng ối và màng ối vỡ trước khi bắt đầu cơn co tử cung, và thường xảy ra trước khi thai chuyển dạ, chiếm khoảng 12% trong tổng số thai kỳ, và khoảng 8% trong thai kỳ đủ tháng. Đây là một biến chứng phổ biến trong thai kỳ, đặc biệt là ở các trường hợp ối vỡ non trong thai kỳ non tháng (trước tuần 37), đặc biệt là vào tuần 32, với tỷ lệ khoảng 1% xảy ra trước 31 tuần [5]. Các yếu tố gây rối loạn trong việc bình thường hóa vị trí của thai nhi có thể gây ra ối vỡ, bao gồm ngôi thai bất thường, khung chậu hẹp, nhau tiền đạo, đa thai, và đa ối. Nguyên nhân thường gặp bao gồm hở eo tử cung, viêm màng ối, đa thai, và ngôi thai bất thường làm thay đổi tính đàn hồi của màng ối, khiến cho màng không thể chịu được áp lực cao trong buồng ối và dẫn đến vỡ màng ối [1], [2].

Ối vỡ có thể gây ra các nguy cơ như sa dây rốn, chèn ép rốn, nhau bong non, hội chứng suy hô hấp cấp, và tăng nguy cơ sanh non, dẫn đến tăng bệnh suất và tử suất cho thai nhi, ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe của sản phụ, cũng như tăng nguy cơ nhiễm trùng cho cả mẹ và thai nhi, tỷ lệ nhiễm trùng tăng theo thời gian từ khi xảy ra vỡ ối đến khi sanh [6]. Ước lượng cho thấy có tới 36% trẻ em sanh ra chết do nhiễm trùng, trong đó phần lớn là do nhiễm trùng huyết và viêm phổi. Ối vỡ sớm và ối vỡ non cũng tăng nguy cơ phải thực hiện phẫu thuật mổ lấy thai và thời gian nằm viện. Do đó, hậu quả của ối vỡ là rất nặng nề, tuy nhiên, vấn đề ối vỡ non trong thai kỳ non tháng vẫn chưa nhận được sự quan tâm đúng mức [9]. Nên chúng tôi thực hiện đề tài: "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ ở thai 24 - 34 tuần ối vỡ non tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2023-2024*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên các thai phụ ối vỡ non từ 24 tuần 0 ngày đến 34 tuần 0 ngày, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ 04/2023 đến 04/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả các trường hợp ối vỡ non trong vòng 24 giờ thỏa các tiêu chuẩn. Thai sống từ 24 tuần 0 ngày đến 34 tuần 0 ngày. Chẩn đoán xác định là vỡ hoặc ối rỉ (về lâm sàng quan sát thấy rõ dịch chảy ra từ cổ tử cung hoặc nitrazine test dương tính). Chưa có chuyển dạ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Có biểu hiện suy thai hoặc nhiễm trùng ối màng ối khi nhập

viện hoặc thai chết lưu, thai dị dạng hoặc nhau tiền đạo, nhau bong non hoặc đứt dây rốn, thai kỳ, Basedow, tiền sản giật hoặc sản giật hoặc mắc bệnh thận, bệnh phổi đang hoạt động, bệnh tim mạch, tâm-thần kinh hoặc mắc các bệnh nội khoa trước khi mang thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 78 trường hợp ối vỡ non ở tuổi thai từ 24 tuần 0 ngày đến 34 tuần 0 ngày.

- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả các trường hợp thai phụ vào viện và sinh được chẩn đoán ối vỡ non thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian tiến hành nghiên cứu từ 04/2023 đến 04/2024 tại khoa Sản, Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ, đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được đưa vào mẫu nghiên cứu lần lượt cho đến khi đủ mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Các biến số được thu thập trong nghiên cứu bao gồm thông tin về tuổi của sản phụ và thai nhi, địa chỉ cư trú, nghề nghiệp, cân nặng, chiều cao, chỉ số khối cơ thể, tiền căn sản khoa, và tình trạng sức khỏe của sản phụ khi nhập viện. Ngoài ra, cũng thu thập thông tin về các dấu hiệu chuyển dạ, tình trạng của ối vỡ sớm, thời gian từ khi phát hiện ối vỡ đến khi nhập viện, cũng như thời gian của quá trình chuyển dạ trong trường hợp ối vỡ. Thông tin về tính chất của thai nhi và phần phụ của thai cũng được ghi nhận. Cuối cùng, sau khi sinh, cân nặng của trẻ và điểm số Apgar cũng được ghi lại để khảo sát tình trạng sức khỏe của trẻ sau khi sanh. Tất cả các dữ liệu này được thu thập thông qua việc điền vào các phiếu thu thập số liệu.

- **Phương pháp pháp thu thập số liệu và đánh giá số liệu:** Thu thập số liệu dựa trên bảng phỏng vấn đã được thiết kế sẵn và hồ sơ bệnh án. Các thai phụ hội đủ tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được giải thích mục đích nghiên cứu và ký tên đồng ý tham gia nghiên cứu. Thai phụ tiếp cận khi nhập viện vào phòng sinh. Chúng tôi sẽ theo dõi thai phụ trong thời gian nằm viện đến khi sinh. Sau khi sinh sẽ theo dõi mẹ trong 3 ngày và bé trong 1 tuần sau sinh. số liệu được nhập và xử lý theo phần mềm thống kê Stata 15.0 được mô tả bằng tần số, tỷ lệ và chi bình phương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ có ối vỡ non. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: Độ tuổi trung bình là

28,57±6,8 tuổi (dao động từ 17 tuổi đến 45 tuổi), tập trung nhiều nhất là 20 đến 35 tuổi. Nơi cư trú ở nông thôn và thành thị tương đương nhau; trình độ học vấn là trung học cơ sở (37,67%) và trung học phổ thông (48,51%); chỉ có 2,3% trường hợp thuộc hộ nghèo; và nghề nghiệp tập trung nhiều là nội trợ chiếm 43,8%.

Bảng 1. Phân bố theo lý do vào viện

Lý do vào viện		Số lượng (n=78)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Ra nước âm đạo	39	50,3
	Ra nhớt hồng âm đạo	16	20,82
	Đau trần bụng dưới	23	28,88

Nhận xét: Lý do vào viện chủ yếu trong nghiên cứu là ra nước âm đạo bất thường chiếm 50,3%.

Bảng 2. Thời gian ối vỡ đến khi nhập viện

Thời gian ối vỡ	Số lượng (n=78)	Tỷ lệ (%)
< 60 phút	16	20,17
60 đến 120 phút	27	34,41
120 đến 180 phút	22	28,82
≥ 180 phút	13	16,60
Trung bình thời gian ối vỡ đến nhập viện	79±64,77 giờ (9 đến 480 phút)	

Nhận xét: Trung bình thời gian ối vỡ đến nhập viện là 79± 64,77 phút (9 đến 480phút); trong đó tập trung nhiều là nhóm từ 60 phút đến 120 phút chiếm 34,41%; 16,6% trường hợp trên 180 phút

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của sản phụ ối vỡ non

Đặc điểm		Số lượng (n=78)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai lúc nhập viện	24 tuần đến <28 tuần	21	26,92
	28 tuần đến <32 tuần	27	34,62
	32 tuần đến <34 tuần	27	34,62
	34 tuần 0 ngày	3	3,85
Trung bình	29,84 ± 2,98 tuần (24 tuần đến 34 tuần)		
Cơ co tử cung	Chưa có cơn co	71	91,16
	Có 1 cơn co	4	5,76
	Có 2 cơn co	2	3,08
Độ mở CTC (cm)	<1 cm	57	73,34
	≥2 cm	21	26,66
Ngôi thai	Ngôi đầu	70	90,09
	Ngôi khác	8	9,91
Ối vỡ	Vỡ hoàn toàn	8	10,28
	Rỉ ối	70	89,72
Màu sắc nước ối	Trắng đục	1	1,28
	Trắng trong	77	98,72
Đậm độ nước ối	Loãng	71	90,70
	Đặc sệt	7	9,30
Lượng	Nhiều	16	20,80

nước ối	Trung bình	57	73,66
	ít	4	5,54

Nhận xét: tuổi thai ở sản phụ có ối vỡ non trung bình là 29,84 ± 2,98 tuần (24 tuần đến hết 34 tuần), trong đó, có 34,62% trường hợp ở tuổi thai từ 28 tuần đến dưới 32 tuần, 3,85% sản phụ có tuổi thai 34 tuần. Đa số chưa có cơn co tử cung với 91,16%, chưa có mở cổ tử cung (<1cm) chiếm 73,34% và ngôi đầu chiếm 90,09%. Đặc điểm của ối vỡ thường gặp là rỉ ối chiếm 89,72%, với màu trắng trong chiếm 98,72%; đậm độ nước ối loãng chiếm 90,7%; lượng trung bình 73,66% và lượng nhiều là 20,80%.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của ối vỡ

Đặc điểm cận lâm sàng của ối vỡ		Số lượng (n=78)	Tỷ lệ (%)
Hồng cầu	< 3,5 triệu/mm ³	8	10,59
	≥ 3,5 triệu/mm ³	70	89,41
Trung bình	4,12 ± 1,25 (3,5- 4,8 triệu/mm ³)		
Hb	< 11g/dl	16	20,96
	≥ 11 g/dl	62	79,04
Trung bình	11,78 ± 9,34 (8,6-13,7 g/dl)		
Bạch cầu	< 12 x10 ⁹ /L	36	45,75
	12- 15 x10 ⁹ /L	24	30,27
	≥ 15 x10 ⁹ /L	19	23,98
Trung bình	14,24 ± 4,22 (10,3 - 23,4 x10 ⁹ /L)		

Nhận xét: Lượng hồng cầu trung bình trong nghiên cứu là 4,12 ± 1,25 (3,5- 4,8 triệu/mm³); sản phụ có thiếu máu (Hb dưới 11g/dl) chiếm 20,96%; lượng bạch cầu <12 x10⁹/L là 45,75%

3.2. Đánh giá kết cục thai kỳ ở sản phụ có ối vỡ non trên thai non tháng

Bảng 5. Sử dụng corticosteroid trước sinh

Phương pháp sinh	Số lượng (n=78)	Tỷ lệ (%)
Không dùng	3	4,06
Sử dụng 1 liều	23	30,11
Sử dụng 2 liều	51	65,83

Nhận xét: Có 65,83% trường hợp ối vỡ non được sử dụng đủ liều corticosteroid trước khi sinh; 30,11% trường hợp dùng 1 liều và 4,06% không dùng liều nào trước sinh

Đặc điểm về phương pháp sinh. Có 50 trường hợp trong 78 ca có ối vỡ non trên thai non tháng có chỉ định mổ lấy thai cấp cứu chiếm 64,10%; sinh thường ngã âm đạo chiếm 35,90%.

Bảng 6. Lý do mổ lấy thai trên sản phụ có ối vỡ

Lý do mổ lấy thai	Số lượng (n=106)	Tỷ lệ (%)
Suy thai	38	48,43
Vết mổ lấy thai cũ	18	23,51

Chuyển dạ ngưng tiến triển	7	8,77
Ngôi mông kèm ối vỡ	4	5,66
Vô ối	7	8,77
Nhiễm trùng ối	4	4,83

Nhận xét: Lý do mổ lấy thai cấp cứu được ghi nhận là suy thai trong chuyển dạ chiếm 48,43% trường hợp; vết mổ lấy thai cũ có ối vỡ là 23,51%; chuyển dạ ngưng tiến triển là 8,77%; có 5,66% trường hợp ối vỡ kèm ngôi mông, những trường hợp mổ lấy thai khác là do vô ối; nhiễm trùng ối.

Bảng 7. Đặc điểm lâm sàng của trẻ sơ sinh sau sinh

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n=78)	Tỷ lệ (%)	
Cân nặng của trẻ (gram)	<2000	35	45,25
	2000-<2500	31	40,08
	2500-<3000	11	14,68
	Trung bình	2213,49 ± 324,34 (760 gr đến 2900 gram)	
Apgar	Không bình thường	30	38,49
	Bình thường	48	61,51
Hồi sức nhi	Có	41	52,49
	Không	37	47,51
Lý do	Non tháng	20	48,78
	Suy hô hấp	21	51,22

Nhận xét: Cân nặng trung bình của trẻ là 2213,49 ± 324,34 (760 gr đến 2900 gram), trong đó, tập trung nhiều là trẻ có cân nặng <2000 gram chiếm 45,25%, 14,68% trường hợp cân nặng từ 2500-<3000gram; chỉ số Apgar bình thường chiếm 61,51% và có 38,49% trường hợp Apgar bất thường, đây là tỷ lệ trẻ phải hồi sức sơ sinh với lý do chủ yếu là do suy hô hấp chiếm 51,22%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sản phụ có ối vỡ non. Độ tuổi trung bình là 28,57 ± 6,8 tuổi (dao động từ 17 tuổi đến 45 tuổi), tập trung nhiều nhất là 20 đến 35 tuổi. Đây là lứa tuổi trọng điểm cần được chăm sóc kỹ lưỡng trong quá trình thai nghén. Shrestha đã nhận thấy rằng 82% mẫu nghiên cứu nằm trong phạm vi tuổi này, trong khi Osaikhuwuomwan ghi nhận tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 29,26 ± 0,67, với độ tuổi từ 18 đến 39 [10]. Đối với đặc điểm cư trú, tỷ lệ giữa nông thôn và thành thị tương đương nhau; trình độ học vấn chủ yếu là trung học cơ sở (37,67%) và trung học phổ thông (48,51%); chỉ 2,3% trong số đối tượng nghiên cứu thuộc hộ nghèo; và phần lớn là nội trợ (43,8%). Kết quả này phù hợp với những nghiên cứu trước đây.

Phân bố theo lý do vào viện ghi nhận ra

nước âm đạo là lý do vào viện chiếm tỷ lệ cao, một số vào viện với đau trần bụng dưới và ra nhớt hồng âm đạo; các kết quả này cũng tương ứng với các giai đoạn chuyển dạ. Thời gian trung bình từ khi ối vỡ đến khi nhập viện là $79 \pm 64,77$ giờ (khoảng từ 9 đến 480 phút), và tuổi thai trung bình là $29,84 \pm 2,98$ tuần (trong khoảng từ 24 đến 34 tuần). Elsa Lorthe đa số các trường hợp có tuổi thai từ 27-34 tuần. [7]. Dấu hiệu chủ yếu là rỉ ối, chiếm 89,72% trường hợp, và trong số đó, màu sắc nước ối trong chiếm 98,72%, tương tự với nghiên cứu Yagur Y với 90,2% trường hợp vỡ ối có màu trắng trong.

Thời gian ối vỡ và các giai đoạn chuyển dạ: khi ối vỡ sẽ kích thích tăng lượng prostaglandin nội sinh gây chuyển dạ cũng như rút ngắn thời gian chuyển dạ, ối vỡ cũng là dấu hiệu khiến thai phụ lo lắng ối vỡ và cũng là nguyên nhân khiến thai phụ nhập viện nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi và về kết quả của chúng tôi ghi nhận trung bình thời gian ối vỡ đến nhập viện là $79 \pm 64,77$ phút (9 đến 480 phút); trong đó tập trung nhiều là nhóm từ 60 đến 120 phút với 34,41%.

Đặc điểm cận lâm sàng: Lượng hồng cầu trung bình trong nghiên cứu là $4,12 \pm 1,25$ ($3,5-4,8$ triệu/mm³); sản phụ có thiếu máu (Hb dưới 11g/dl) chiếm 20,96%; lượng bạch cầu trung bình là $14,24 \pm 4,22$ ($10,3-23,4 \times 10^9/L$) với 23,98% trường hợp có lượng bạch cầu trên $15000/mm^3$. Bạch cầu là yếu tố góp phần đánh giá nhiễm trùng, có 45,75% số lượng bạch cầu < $12000/mm^3$ chứng tỏ sản phụ không có nhiễm trùng. Màng ối có chức năng bảo vệ thai nhi khỏi các nguy cơ nhiễm trùng nên khi có ối vỡ nguy cơ nhiễm trùng tăng lên. Kết quả này phù hợp với Linehan L.A ối vỡ sớm làm tăng nguy cơ nhiễm trùng cho mẹ và thai nhi, tỉ lệ với thời gian vỡ ối sớm cho đến lúc sanh nên thời gian từ lúc bắt đầu có ối vỡ đến khi nhập viện càng kéo dài càng làm tăng nguy cơ nhiễm trùng cho mẹ và thai nhi [9]. Vì vậy, một thách thức quan trọng đối với các bác sĩ lâm sàng là phát triển và triển khai các chiến lược tư vấn hiệu quả để nâng cao nhận thức của sản phụ về các dấu hiệu và rủi ro liên quan đến tình trạng vỡ ối. Việc này không những cần thiết để giáo dục sản phụ nhận biết sớm các dấu hiệu cảnh báo, mà còn giúp rút ngắn thời gian từ khi ối vỡ đến khi nhập viện, qua đó giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng cho cả mẹ và thai nhi.

4.2. Kết cục thai kỳ ở nhóm sản phụ có ối vỡ non trên thai non tháng. ối vỡ sớm là một tai biến thường gặp trong thai kỳ, xảy ra thường gặp ở nhóm non tháng (<37 tuần);

khoảng 1% xuất hiện trước 31 tuần [8]. Nghiên cứu của chúng tôi có 65,83% trường hợp ối vỡ non được sử dụng đủ liều corticosteroid trước khi sinh; 30,11% trường hợp dùng 1 liều và 4,06% không có dùng được liều nào trước sinh

Cân nặng trẻ: Cân nặng trung bình của trẻ là $2213,49 \pm 324,34$ (760 gr đến 2900 gram), trong đó, tập trung nhiều là trẻ có cân nặng dưới 2000 gram chiếm 45,25% và có 14,68% trường hợp cân nặng 2500-<3000gram. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Yagur Y và cộng sự với nhóm trẻ sơ sinh có cân nặng trung bình 2040 (± 596.0) gram.

Chỉ số Apgar và tình trạng trẻ: Chỉ số Apgar bình thường chiếm 61,51%, chỉ số Apgar trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là tốt do các trường hợp được sử dụng đủ liều corticosteroids trước sinh nhưng vẫn còn 38,49% trường hợp Apgar bất thường, đây là tỷ lệ trẻ phải hồi sức sơ sinh với lý do chủ yếu là do suy hô hấp. Các trường hợp hồi sức được xử trí theo NCPAP. Nghiên cứu chúng tôi phù hợp với kết quả các nghiên cứu khác của Yagur Y. Tương tự, theo Suleiman gần 3/4 số trẻ có điểm Apgar ≥ 7 ở phút đầu tiên trong khi có tới 83% trẻ có điểm Apgar ≥ 7 ở phút thứ 5. Cũng trong nghiên cứu này, 29,5% số trẻ sơ sinh được đưa vào phòng chăm sóc đặc biệt dành cho trẻ sơ sinh (NICU) do sinh non (77,8%), cân nặng khi sinh thấp (66,7%) và nhiễm trùng sơ sinh được cho là nhiễm trùng sơ sinh (50,0%).

Ối vỡ non với phương pháp sinh: Có 50 trường hợp trong 78 ca ối vỡ non trên thai non tháng có chỉ định mổ lấy thai cấp cứu chiếm 64,10%; sinh thường ngã âm đạo chiếm 35,90%. Lý do mổ lấy thai cấp cứu được ghi nhận là suy thai trong chuyển dạ chiếm 48,43% trường hợp; vết mổ lấy thai cũ có ối vỡ là 23,51%; chuyển dạ ngưng tiến triển là 8,77%; có 5,66% trường hợp kèm ngôi mông, những trường hợp mổ lấy thai khác là do vô ối; nhiễm trùng ối. Kết luận này phù hợp với nghiên cứu của.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng: Lý do vào viện là ra nước âm đạo bất thường chiếm 50,3%. Tuổi thai trung bình là $29,84 \pm 2,98$ tuần (24 tuần đến 34 tuần), trong đó, có 26,92% trường hợp ở tuổi thai từ 24 tuần đến <28 tuần và 3,85% sản phụ có tuổi thai 34 tuần. Chưa có cơn co là 91,16%, chưa có mở cổ tử cung (<1cm) chiếm 73,34% và ngôi đầu chiếm 90,09%. Đặc điểm ối vỡ non: rỉ ối chiếm 89,72%, với màu trắng trong chiếm 98,72%; đậm độ nước ối loãng chiếm 90,7%; lượng trung bình 73,66% và lượng nhiều

là 20,80%. Trung bình thời gian ối vỡ đến nhập viện là 79± 64,77 phút (9 đến 480phút); trong đó tập trung nhiều là nhóm dưới 60 phút chiếm 38,17%; 34,41% trường hợp từ 60 đến 120 phút.

Đặc điểm cận lâm sàng: Lượng hồng cầu trung bình trong nghiên cứu là 34,12± 1,25 (3,5-4,8 triệu/mm³); sản phụ có thiếu máu (Hb dưới 11g/dl) chiếm 20,96%; lượng bạch cầu trung bình là 14,24 ± 4,22 (10,3 - 23,4 x10⁹/L) với 23,98% trường hợp có lượng bạch cầu trên 15000/mm³.

5.2. Kết cục thai kỳ ở sản phụ có ối vỡ non trên thai non tháng. Có 65,83% ối vỡ non sử dụng đủ liều corticosteroid trước sinh.

Có 50 trường hợp trong 78 ca có ối vỡ non trên thai non tháng có chỉ định mổ lấy thai cấp cứu chiếm 64,10%; sinh thường ngã âm đạo chiếm 35,90%; lý do mổ lấy thai cấp cứu là suy thai trong chuyển dạ chiếm 48,43%; vết mổ lấy thai cũ có ối vỡ là 23,51%; chuyển dạ ngưng tiến triển là 8,77%; có 5,66% trường hợp kèm ngời mờ, những trường hợp mổ lấy thai khác là do vô ối; nhiễm trùng ối.

Cân nặng trung bình của trẻ là 2213,49± 324,34 (760 gr đến 2900 gram), trong đó, tập trung nhiều là trẻ có cân nặng <2000 chiếm 45,25%; chỉ số Apgar tốt chiếm 61,51% và có 38,49% trường hợp Apgar bất thường, đây là tỷ lệ trẻ phải hồi sức sơ sinh với lý do chủ yếu là do suy hô hấp. Các trường hợp hồi sức được xử trí thở NCPAP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TPHCM**, (2022), "Sự phát triển của thai và phần phụ của thai", Bài giảng Sản phụ khoa, tập 1, Nhà Xuất bản Y học, chi nhánh TPHCM, tr. 60- 66
2. **Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Hà Nội**, (2005), "Đẻ khó do nước ối và màng thai", Sản phụ khoa, tập 1, Nhà Xuất bản Y học, tr. 167- 170.
3. **Nguyễn Đức Hình**, (2003), "Nước ối", Một số vấn đề cần thiết đối với bác sĩ sản khoa, Nhà Xuất bản Y học, Hà Nội
4. **Phạm Văn Linh, Cao Ngọc Thành**, (2007), "Sự thụ tinh làm tổ và phát triển của trứng", Sản phụ khoa sách đào tạo bác sĩ đa khoa, Nhà Xuất bản Y học, tr. 29- 39.
5. **Nguyễn Duy Tài, Trần Sơn Thạch**, (2006), "Xử trí ối vỡ non trên thai non tháng", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 10(1), tr. 122- 127.
6. **ACOG**, Prelabor Rupture of Membranes: ACOG Practice Bulletin, Number 217. Obstet Gynecol. 2020 Mar;135(3):e80-e97. doi: 10.1097/AOG.0000000000003700. PMID: 32080050.
7. **Elsa Lorthe, the EPIPAGE-2 Study group** (2021), "Cohort Profile: the Etude Epidémiologique sur les Petits Ages Gestationnels-2 (EPIPAGE-2) preterm birth cohort", International Journal of Epidemiology, Volume 50, Issue 5, Pages 1428-1429m,
8. **Goodfellow L, Care A, Curran C, et al** (2024), "Preterm prelabour rupture of membranes before 23 weeks' gestation: prospective observational study", BMJ Medicine;3:e000729. doi: 10.1136/bmjmed-2023-000729
9. **Linehan, L.A., Walsh, J., Morris, A. et al** (2016), "Neonatal and maternal outcomes following midtrimester preterm premature rupture of the membranes: a retrospective cohort study", BMC Pregnancy Childbirth 16, 25.
10. **Osaikhuwuomwan JA, Osemwenkha AP** (2014), "Maternal characteristics and timing of presentation following pre-labour rupture of membranes", Niger Med J;55(1):58-62.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHỈ SỐ HOẠT ĐỘNG BỆNH Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP VẢY NẾN

Nguyễn Thị Lệ Thủy^{1,2}, Lê Đình Tùng², Đinh Hữu Nghị²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Viêm khớp vẩy nến (VKVN) là một bệnh lý viêm khớp mạn tính thường xảy ra ở bệnh nhân có tổn thương vẩy nến ở da. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khác biệt với các bệnh lý khớp như viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp... dẫn đến khó khăn trong chẩn đoán và điều trị. Mục

tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá các đặc điểm trên và một số yếu tố liên quan chỉ số hoạt động bệnh ở bệnh nhân VKVN. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu thực hiện trên 62 bệnh nhân chẩn đoán xác định VKVN đến khám hoặc điều trị tại bệnh viện Da liễu trung ương tháng 10/2023 đến tháng 6/2024. Bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh được thu thập các thông tin về đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ số DAPSA, VAS, PASI, NASI. Đánh giá mối liên quan giữa các đặc điểm trên và mức hoạt động bệnh theo chỉ số DAPSA, VAS. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 50,7; nam/nữ ~2/1. Thời gian mắc bệnh trung bình là 5,8 năm. Đau là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất (92,1%), tiếp đến là sưng khớp (59,6%); hạn chế vận động (48,3%) và cứng khớp (45,2%). Phần lớn trường hợp biểu hiện ở khớp ngoại vi đơn độc. Số

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lệ Thủy

Email: 01230031@daihocyhanoi.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2024

Ngày duyệt bài: 30.8.2024