

miệng, tỉ lệ biến chứng này gặp nhiều ở lứa tuổi từ 6 – 12 tuổi với 43,5%, độ tuổi dưới 6 tuổi và trên 12 tuổi chiếm tỉ lệ ít lần lượt là 26,1% và 30,4%, tương tự với nghiên cứu của Ashtiani (2011) và nghiên cứu trong nước của Nguyễn Việt Thành (2016). Đối với bệnh nhân phẫu thuật tạo hình khe hở thì đầu mục tiêu là phục hồi giải phẫu để hoàn thiện phát âm trong giai đoạn 2- 6 tuổi. Bệnh nhân dưới 6 tuổi có nhu cầu đóng lỗ thủng chiếm tỷ lệ thấp nhất, có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các lỗ thủng vòm miệng kích thước nhỏ không gây ảnh hưởng đến phát âm. Đa số các bệnh nhân đến khám trên 6 tuổi, lý do được cho là bệnh nhân đến mổ tạo hình vòm miệng muộn khi đã trên 6 tuổi.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ khe hở vòm miệng là 24% trong tổng số các bệnh nhân phẫu thuật nhân đạo. Bệnh nhân khe hở vòm miệng có tuổi trung bình là 10.85, bệnh nhân mới chiếm 55%, tỉ lệ bệnh nhân mổ lại là 45% với biến chứng lỗ thủng vòm miệng sau phẫu thuật thì đầu chiếm 38% và 7% là ngắn vòm miệng. Độ tuổi bệnh nhân có lỗ thủng vòm miệng chủ yếu là từ 6 – 12 tuổi với 43.5%, độ tuổi dưới 6 tuổi và trên 12 tuổi có tỷ lệ tương đương lần lượt là 26.1% và 30.4%. Tỷ lệ bệnh nhân mổ lại cao với biến chứng chủ yếu là lỗ thủng vòm miệng và ở độ tuổi khá muộn sau phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng thì đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arosarena OA.** Cleft lip and palate. Otolaryngol Clin North Am. 2007;40:27–60, vi.
2. **Huỳnh TLC, Nguyễn ĐT.** ĐÁNH GIÁ ĐIỀU TRỊ KHE HỖ VÒM MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN-NHĨ TỈNH QUẢNG NGÃI. Tạp Chí Học Việt Nam [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 13];515. Available from: <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/2813>
3. **Honnebier MB, Johnson DS, Parsa AA, Dorian A, Parsa FD.** Closure of palatal fistula with a local mucoperiosteal flap lined with buccal mucosal graft. Cleft Palate-Craniofacial J Off Publ Am Cleft Palate-Craniofacial Assoc. 2000;37:127–9.
4. **Cohen SR, Kalinowski J, LaRossa D, Randall P.** Cleft Palate Fistulas: A Multivariate Statistical Analysis of Prevalence, Etiology, and Surgical Management. Plast Reconstr Surg. 1991;87:1041.
5. **Emory RE, Clay RP, Bite U, Jackson IT.** Fistula formation and repair after palatal closure: an institutional perspective. Plast Reconstr Surg. 1997;99:1535–8.
6. **Thơm ĐH, Phương TĐ, Hùng PT, Sơn NV, Hương MT.** ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT FURLLOW ĐIỀU TRỊ THIẾU SẢN VÒM HẦU TRÊN BỆNH NHÂN DI CHỨNG KHE HỖ VÒM. 2018;
7. **Anh NV, Phương LH, Lan NTQ.** Hiệu quả phát âm sau phẫu thuật tạo hình thành hầu ở bệnh nhân khe hở vòm miệng có thiếu năng vòm-hầu. Tạp Chí Nghiên Cứu Học. 2022;156:67–73.
8. **Lighthall JG, Sidman JD.** Closure of palatal fistulae. Oper Tech Otolaryngol-Head Neck Surg. 2015;26:161–7.
9. **Bénateau H, Garmi R, Chatellier A, Ambroise B, Maltezeanu A, Veyssié A.** [Palato velar fistulae in cleft palate]. Ann Chir Plast Esthet. 2019;64:406–12.

TÌNH HÌNH ỐI VỖ SỚM Ở THAI PHỤ NHẬP VIỆN SINH TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Dương Mỹ Linh¹, Nguyễn Ái Vi¹, Bùi Quang Nghĩa¹,
Dương Thị Khao Ry¹, Phan Thị Ánh Nguyệt¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: ối vỡ sớm là tình trạng màng ối vỡ trước khi cổ tử cung mở trọn trong chuyển dạ, ảnh hưởng đáng kể đến kết cục thai kỳ. **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định tỷ lệ, một số yếu tố liên quan đến ối vỡ sớm ở thai phụ nhập viện sinh tại khoa Phụ Sản - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có phân tích trên 355 thai phụ có tuổi thai từ

28 tuần, đến sinh tại khoa Phụ Sản - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 06 năm 2023 đến tháng 01 năm 2025. **Kết quả:** tỷ lệ ối vỡ sớm là 33,8 %. Một số yếu tố liên quan đến ối vỡ sớm như: con so làm tăng nguy cơ ối vỡ gấp 6,8 lần (KTC 95%: 4,2 – 11,1); tiền sử sảy thai tăng nguy cơ 2,1 lần (KTC 95%: 1,2 – 3,9), tiền sử ối vỡ làm tăng nguy cơ 1,9 lần (KTC 95%: 1,1 – 2,5) và vết mổ cũ làm giảm nguy cơ ối vỡ 0,08 lần (KTC 95%: 0,04-0,2). **Kết luận:** Ối vỡ sớm có tỷ lệ cao, tiền sử thai kỳ trước có liên quan đến tình trạng ối vỡ sớm ở thai phụ.

Từ khóa: Ối vỡ sớm, thai phụ, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES IN PREGNANCY AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Dương Mỹ Linh
Email: dmlinh@ctump.edu.vn
Ngày nhận bài: 20.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025
Ngày duyệt bài: 24.4.2025

Background: Premature rupture of membranes (PROM) is a condition in which the amniotic sac ruptures before the cervix is fully dilated during labor, significantly impacting pregnancy outcomes. **Objectives:** To determine PROM's prevalence and associated factors in pregnant women admitted for delivery at the Obstetrics Department of Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Materials and method:** A cross-sectional analytical study was conducted on 355 pregnant women with a gestational age of at least 28 weeks who delivered at the Obstetrics Department of Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from 06/2023 to 01/2025. **Results:** The prevalence of PROM was 33.8%. Several factors were associated with PROM, including primiparity, which increased the risk 6.8 times (95% CI: 4.2 – 11.1); history of miscarriage, which increased the risk 2.1 times (95% CI: 1.2 – 3.9); history of PROM, which increased the risk 1.9 times (95% CI: 1.1 – 2.5); and previous cesarean section, which decreased the risk to 0.08 times (95% CI: 0.04 – 0.2). **Conclusions:** PROM has a high prevalence, and previous pregnancy history is associated with the occurrence of PROM in pregnant women. **Keywords:** Premature rupture of membranes, pregnant women, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ỗi vỡ sớm là một tình trạng sản khoa ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe của mẹ và thai nhi. Tình trạng này làm gia tăng nguy cơ nhiễm trùng ối, sinh non, suy hô hấp và nhiễm trùng sơ sinh, góp phần làm tăng tỷ lệ tử vong chu sinh[1]. Tỷ lệ ỗi vỡ sớm dao động từ 4,9% đến 18,8%, trong đó phần lớn các trường hợp xảy ra ở thai kỳ đủ tháng[2], [3].

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy các yếu tố nguy cơ của ỗi vỡ sớm như tình trạng dinh dưỡng kém, tiền sử sản khoa bất thường, nhiễm trùng đường sinh dục và ảnh hưởng của môi trường [4], [5]. Việc xác định các yếu tố này có ý nghĩa quan trọng trong dự phòng và quản lý ỗi vỡ sớm nhằm giảm thiểu các biến chứng sản khoa từ đó đề xuất các biện pháp can thiệp hiệu quả trong thực hành lâm sàng.

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ vẫn chưa có nhiều dữ liệu cập nhật về tình hình ỗi vỡ sớm. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tỷ lệ ỗi vỡ sớm, xác định một số yếu tố liên quan đến ỗi vỡ sớm ở thai phụ đến sinh tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả thai phụ đến sinh tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 06 năm 2023 đến tháng 01 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tuổi thai từ 28 tuần, đơn thai, thai sống, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai phụ có bệnh rối loạn tâm thần, bệnh lý cấp tính (suy tim, viêm phổi, ...). Không có khả năng cung cấp thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: để xác định tỷ lệ ỗi vỡ sớm, chúng tôi tiến hành tính cỡ mẫu theo công thức:

$$n = z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu. α : là xác suất sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 5\% \Rightarrow$ hệ số tin cậy $(1-\alpha) = 95\%$, tra bảng được $z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$.

p: tỷ lệ ỗi vỡ sớm. d: sai số cho phép = 0,04. Tỷ lệ ỗi vỡ sớm ghi nhận được theo nghiên cứu của Dongjian Yang (2021) là 15,2% [3]. Chúng tôi chọn p = 0,152, thay vào công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu là 310. Thực tế chúng tôi lấy được 355 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Nội dung nghiên cứu: Thai phụ có tuổi thai từ 28 tuần, có chuyển dạ đến nhập viện sẽ được hỏi bệnh sử, tiền sử, ghi nhận các đặc điểm chung, khám lâm sàng, tình trạng ra nước âm đạo (nếu có), dấu hiệu chuyển dạ, quá trình chuyển dạ tùy vào giai đoạn tiềm thời hay hoạt động, kết cục thai kỳ. Đồng thời tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến ỗi vỡ như: đặc điểm chung, tiền sử, tình trạng thai, tình trạng nhiễm Streptococcuss nhóm B (GBS).

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0. Phân tích mối liên quan bằng phép kiểm định chi bình phương.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 23.089.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

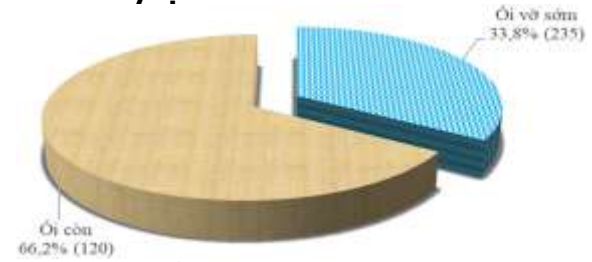
Đặc điểm		Tần số (n=355)	Tỷ lệ (%)
Nơi cư trú	Thành thị	170	47,9
	Nông thôn	185	52,1
Tuổi thai phụ	<18 tuổi	3	0,8
	18-34 tuổi	277	78,1
	≥35 tuổi	75	21,1

	Tuổi trung bình: 29,86±5,69, nhỏ nhất 15 tuổi, lớn nhất 48 tuổi.		
Trình độ học vấn	Từ dưới THPT	201	56,6
	Trên THPT	154	43,4
Nghề nghiệp	Nội trợ	130	36,6
	Nông dân	21	5,9
	Buôn bán	28	7,9
	Công nhân	54	15,2
	Công nhân viên	64	18,1
	Khác	58	16,3

Nhận xét: Tuổi thai phụ trung bình là 29,86 ± 5,69. Trình độ học vấn từ dưới trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao hơn (56,6%). Nghề nghiệp chủ yếu là nội trợ (36,6%). Nơi ở có sự phân bố khá đều giữa thành thị (47,9%) và nông thôn

(52,1%).

3.2. Tỷ lệ ôi vỡ sớm



Biểu đồ 1. Tỷ lệ ôi vỡ sớm

Nhận xét: Tỷ lệ ôi vỡ sớm của nhóm thai phụ nghiên cứu là 33,8%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến ôi vỡ sớm

Bảng 2. Mối liên quan giữa một số yếu tố với ôi vỡ sớm

Tiền sử sản khoa		Ôi vỡ sớm		OR KTC 95%	p
		Có n (%)	Không n (%)		
Tiền thai	Con so	77 (61,1)	49 (38,9)	6,8 (4,2-11,1)	<0,001
	Con rạ	43 (18,8)	186 (81,2)		
Tiền sử sinh non	Có	6 (42,9)	8 (57,1)	1,49 (0,51-4,41)	0,566
	Không	114 (33,4)	227 (66,6)		
Tiền sử sảy thai	Có	25 (49,0)	26 (51,0)	2,1 (1,2-3,9)	0,013
	Không	95 (31,3)	209 (68,8)		
Tiền sử nạo, phá thai	Có	4 (30,8)	9 (69,2)	0,87 (0,26-2,87)	0,814
	Không	116 (33,9)	226 (66,2)		
Tiền sử thai lưu	Có	5 (27,8)	13 (72,2)	0,74 (0,26-2,13)	0,579
	Không	115 (34,1)	222 (65,9)		
Tiền sử ôi vỡ sớm	Có	24 (47,1)	27 (52,9)	1,9 (1,1-2,5)	0,031
	Không	96 (31,6)	208 (68,4)		
Vết mổ cũ lấy thai	Có	14 (8,8)	145 (91,2)	0,08 (0,04-0,2)	<0,001
	Không	106 (54,1)	235 (45,9)		
Thai to	Có	23 (32,4)	48 (67,6)	0,92 (0,53-1,61)	0,779
	Không	97 (34,2)	187 (65,8)		
Đa ôi	Có	2 (40,0)	3 (60,0)	1,31 (0,23-7,95)	0,768
	Không	118 (33,7)	232 (66,3)		
Ngôi thai	Chỏm	113 (33,3)	226 (66,7)	1,56 (0,57-4,29)	0,389
	Ngôi bất thường	7 (43,7)	9 (56,3)		
GBS	Có	6 (46,2)	7 (53,8)	1,71 (0,56-0,52)	0,376
	Không	114 (33,3)	228 (66,2)		

Nhận xét: Thai phụ mang thai con so tăng nguy cơ ôi vỡ sớm 6,8 lần (KTC 95%: 4,2-11,1), $p < 0,001$. Thai phụ có tiền sử sảy thai tăng nguy cơ ôi vỡ sớm 2,1 lần (KTC 95%: 1,2-3,9), $p < 0,05$. Thai phụ có tiền sử ôi vỡ sớm tăng nguy cơ ôi vỡ sớm 1,9 lần (KTC 95%: 1,1-2,5), $p < 0,05$. Thai phụ có vết mổ cũ lấy thai giảm đáng kể tỷ lệ ôi vỡ sớm (OR= 0,08, KTC 95%: 0,04-0,2), $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của thai phụ là 29,86 ± 5,69 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 18–34 chiếm tỷ lệ cao nhất (78,1%). Kết quả này tương đồng với

Tác giả Lê Thị Trang, trong đó độ tuổi trung bình là 28,4 ± 5,6 tuổi và nhóm 25–29 tuổi chiếm 38,7% [1].

Về đặc điểm nhân khẩu học, phần lớn thai phụ trong nghiên cứu sinh sống tại khu vực nông thôn (52,1%), nghề nghiệp phổ biến nhất là nội trợ (36,6%), và trình độ học vấn dưới trung học phổ thông chiếm 56,6%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lâm Đức Tâm, với tỷ lệ thai phụ sống ở nông thôn là 57,5%, nghề nghiệp nội trợ chiếm 43,5%, và trình độ học vấn dưới trung học phổ thông là 46,9% [6]. Sự tương đồng này có thể do cả hai nghiên cứu được thực hiện trên cùng khu vực địa lý, phản ánh đặc điểm dân số chung của thai phụ tại đây.

4.2 Tỷ lệ ôi vỡ sớm. Tỷ lệ ôi vỡ sớm trong nghiên cứu của chúng tôi là 33,8%, tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu trước đây. Không có sự tương đồng với nghiên cứu của Pisoh D. Walter tỷ lệ ôi vỡ là 4,91% [5], Dongjian Yang tỷ lệ ôi vỡ sớm là 15,2% [3]. Nguyễn Thị Thu Sương ghi nhận tỷ lệ ôi vỡ sớm là 18,8% [2]. Sự khác biệt này có thể giải thích bằng một số yếu tố.

Ôi vỡ sớm là một yếu tố nguy cơ cao trong thai kỳ, làm gia tăng nguy cơ nhiễm trùng ối, sinh non và các biến chứng chu sinh. Do đó, các trường hợp ôi vỡ sớm thường được chuyển đến các bệnh viện tuyến trên, đặc biệt là Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ với đội ngũ bác sĩ – giảng viên giàu kinh nghiệm, đây là cơ sở y tế được thai phụ tin tưởng lựa chọn để theo dõi và chăm sóc, góp phần làm tăng tỷ lệ ôi vỡ sớm được ghi nhận trong nghiên cứu. Bên cạnh đó, nhiều sản phụ có tâm lý lo lắng nên có xu hướng lựa chọn mổ lấy thai nhằm rút ngắn thời gian chuyển dạ và đảm bảo an toàn cho cả mẹ và bé. Điều này khiến họ tìm đến các bệnh viện uy tín để được tư vấn và thực hiện mổ lấy thai, để đáp ứng nhu cầu đó sự điều chỉnh chẩn đoán trên hồ sơ bệnh án nhằm phù hợp với chỉ định mổ cũng có thể góp phần làm gia tăng tỷ lệ ôi vỡ sớm được ghi nhận. Sự khác biệt này phản ánh đặc thù của bệnh viện tuyến trên và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc xem xét các yếu tố bối cảnh khi so sánh kết quả nghiên cứu giữa các cơ sở y tế khác nhau.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến ôi vỡ sớm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm thai phụ có tiền sử sẩy thai tăng nguy cơ ôi vỡ sớm 2,1 lần so với nhóm thai phụ không có tiền sử sẩy thai khoảng tin cậy (KTC) 95%: 1,2-3,9; $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với Melkamu Enjamo tiền sử sẩy thai làm tăng nguy cơ ôi vỡ sớm gấp 3,7 lần; KTC 95%: 1,4-9,7 [7] và Danna Lin cũng báo cáo nguy cơ này gấp 2,4 lần; KTC 95%: 1,8 - 3,1 [8]. Nguyên nhân có thể do những can thiệp sau sẩy thai, tác động đến buồng tử cung, cổ tử cung. Bên cạnh đó tình trạng viêm nhiễm mạn tính và rối loạn nội tiết có sẵn cũng ảnh hưởng đến chất lượng màng ối dẫn đến tăng nguy cơ ôi vỡ sớm.

Thai phụ có tiền sử ôi vỡ sớm tăng nguy cơ ôi vỡ sớm 1,9 lần (KTC 95%: 1,1-2,5), $p = 0,031$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Danna Lin thai phụ có tiền sử ôi vỡ sớm làm tăng nguy cơ vỡ ôi sớm gấp 3,95 lần; KTC 95%: 2,5- 6,3 [8] và tương tự, Tiruye cũng báo cáo nguy cơ này là gấp 4,1 lần, KTC 95%: 2,8-5,9 [9]. Điều này có thể giải thích do tình trạng viêm

nhễm tìm ẩn ở thai phụ, không được điều trị kéo dài đến thai kỳ sau, làm ảnh hưởng đến cấu trúc và độ bền của màng ối.

Nhóm thai phụ mang thai con so tăng nguy cơ ôi vỡ sớm gấp 6,8 lần so với con rạ (KTC 95%: 4,2-11,1). Nguyên nhân có thể liên quan đến sinh lý chuyển dạ ở người con so, do thời gian chuyển dạ ở người con so thường dài hơn, tốc độ mở cổ tử cung chậm hơn, do đó màng ối phải chịu áp lực lâu hơn khi có cơn co tử cung, làm nguy cơ ôi vỡ tăng lên.

Thai phụ có vết mổ cũ lấy thai giảm đáng kể tỷ lệ ôi vỡ sớm xuống 0,08 lần; KTC 95%: 0,04-0,2; $p < 0,001$ tương đồng với nghiên cứu của Lâm Đức Tâm, nguy cơ ôi vỡ sớm giảm 63% ở nhóm thai phụ có sẹo mổ cũ [6]. Nguyên nhân có thể do nhóm đối tượng này được theo dõi chặt chẽ hơn trong chuyển dạ, và có chỉ định can thiệp sớm khi cần thiết. Tuy nhiên, điều này ngược lại với nghiên cứu của Melkamu Enjamo, những thai phụ có vết mổ cũ lấy thai có nguy cơ ôi vỡ sớm cao hơn 3,4 lần (KTC 95%: 1,34-8,9), $p < 0,05$ [7]. Sự khác biệt này có thể do khác biệt giữa hệ thống y tế ở trong và ngoài nước, những trường hợp có vết mổ cũ ở nước ngoài hầu hết được theo dõi sinh ngã âm đạo, nên có thể xuất hiện tình trạng ôi vỡ trong quá trình theo dõi chuyển dạ, trong khi nghiên cứu của chúng tôi hầu hết những trường hợp có vết mổ cũ đều được chỉ định mổ lấy thai với tỷ lệ 99,4%.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ ôi vỡ sớm là 33,8%. Nguy cơ ôi vỡ sớm tăng ở nhóm thai phụ mang thai con so, có tiền sử sẩy thai, tiền sử ôi vỡ sớm. Thai phụ có vết mổ cũ lấy thai có tỷ lệ ôi vỡ sớm giảm đáng kể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Trang, Trần Doãn Tú, Nguyễn Thị Kim Anh.** Nghiên cứu kết quả điều trị ôi vỡ sớm ở thai phụ mang thai đủ tháng. Tạp chí Phụ sản. 2022. 20(4), 29-37, <https://doi.org/10.46755/vjog.2022.4.1409>.
2. **Nguyễn Thị Thu Sương, Phan Thị Hằng, Nguyễn Hữu Trung.** Tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh sớm ở trẻ có mẹ nhiễm Streptococcus nhóm B kiểu hình MLSB có sử dụng kháng sinh dự phòng lấy nhiễm trước sinh tại Bệnh viện Hùng Vương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024. 545(2), 225-229, <https://doi.org/10.51298/vmj.v545i2.12276>.
3. **Yang D., Chen L., Yang Y., Shi J., Xu J.** Influence of ambient temperature and diurnal temperature variation on the premature rupture of membranes in East China: A distributed lag nonlinear time series analysis. Environmental Research. 2021. 202(1), 1-7, <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111145>.
4. **Phạm Thu Trang, Phạm Thị Thanh Hiền, Đỗ Tuấn Đạt, Phạm Thị Trà Giang.** Tỷ lệ mang

- liên cầu nhóm B và kết quả thai kỳ ở thai phụ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. *Bản B của Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam*. 2023. 65(7), 8-11, [https://doi.org/10.31276/VJST.65\(7\).08-11](https://doi.org/10.31276/VJST.65(7).08-11).
5. **Pisoh D. W., Mbisa C. H., Takang W. A., Djonsala O. G. B., Munje M. C., and et al.** Prevalence, risk factors and outcome of preterm premature rupture of membranes at the Bamenda Regional Hospital. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2021. 11(3), 233-251, <https://doi.org/10.4236/ojog.2021.113023>.
 6. **Lâm Đức Tâm, Võ Thị Anh Trinh.** Nghiên cứu tỷ lệ ối vỡ sớm và yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2016. *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, 2018. 13-14, 81-88.
 7. **Enjamo M., Deribew A., Semagn S.** Determinants of Premature Rupture of Membrane (PROM) Among Pregnant Women in Southern Ethiopia: A Case-Control Study. *International Journal of Women's Health*. 2022. 14, 455-466. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S352348>.
 8. **Danna L., Hu B., Xiu Y., Ji R., Zeng H., and et al.** Risk factors for premature rupture of membranes in pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 2024, 14(3), 1-9, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077727>
 9. **Tiruye G., Shiferaw K., Musa A.** Prevalence of premature rupture of membrane and its associated factors among pregnant women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *SAGE Open Medicine*. 2021. 9, 1-9, <https://doi.org/10.1177/20503121211053912>.

ĐẶC ĐIỂM THIẾU NƯỚC CỦA NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH DỰA TRÊN ĐÁNH GIÁ THỰC THỂ VÀ CẬN LÂM SÀNG

Nguyễn Thùy Linh^{1,2}, Nguyễn Lương Thục Anh², Nguyễn Thùy Linh²,
Tạ Thanh Nga¹, Đinh Yên Ngọc³, Phạm Thị Tuyết Chinh¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang nhằm mô tả tình trạng thiếu nước dựa trên lượng nước tiêu thụ hàng ngày, các dấu hiệu thực thể và cận lâm sàng trên 35 đối tượng người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên, trong thời gian từ tháng 4/2024 đến tháng 6/2025 cho kết quả: Lượng nước tiêu thụ trung bình là 1286,8 ± 371,9ml, trong đó tỉ lệ tiêu thụ ít hơn 1200ml là 51,4% và không đạt nhu cầu khuyến nghị là 57,1%. 14,3% ĐTNC có dấu hiệu khô môi, 34,3% có triệu chứng táo bón. Tỷ lệ đối tượng thiếu nước theo ALTT và tỉ lệ BUN/Creatinine lần lượt là 5,7% và 28,6%. 71,4% đối tượng thiếu nước khi đánh giá bằng máy Inbody 770. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các phương pháp cận lâm sàng, thực thể cũng như lượng nước tiêu thụ và tổng lượng nước cơ thể ở ngưỡng thấp đánh giá bằng máy Inbody 770.

Từ khóa: thiếu nước, tổng lượng nước cơ thể, Inbody 770

SUMMARY

DEHYDRATION CHARACTERISTICS IN ADULTS BASED ON PHYSICAL AND SUBCLINICAL ASSESSMENT

A cross-sectional study to describe the dehydration status based on daily water consumption, physical and subclinical signs on 35 adult subjects

aged 18 years and older, from April 2024 to June 2025, showed the following results: The average water consumption was 1286.8 ± 371.9ml, of which the rate of water consumption less than 1200ml was 51.4% and not meeting the recommended needs was 57.1%. 14.3% of respondents had signs of dry lips, 34.3% had symptoms of constipation. The proportion of subjects with dehydration according to ALTT and BUN/Creatinine ratio was 5.7% and 28.6%, respectively. 71.4% of subjects were dehydrated as assessed by the Inbody 770. There was no statistically significant relationship between paraclinical methods, entities as well as water consumption and low total body water assessed with the Inbody 770. **Keywords:** dehydration, total body water, Inbody 770

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong cơ thể con người, nước chiếm khoảng 60% khối lượng cơ thể người trưởng thành.¹ Nước đóng vai trò quan trọng trong các quá trình chuyển hóa, như điều hòa nhiệt độ và duy trì cân bằng điện giải.²

Ở người trưởng thành, mất nước có thể dẫn đến nhiều hậu quả nghiêm trọng như đau đầu, sỏi tiết niệu, suy giảm chức năng thận, suy giảm thể lực và rối loạn chức năng tiêu hóa cũng như tim mạch.³ Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy ngay cả tình trạng mất nước nhẹ cũng có thể góp phần vào các bệnh lý như sỏi tiết niệu, táo bón và tăng huyết áp.⁴ Thiếu nước ảnh hưởng đến hiệu suất tinh thần và tăng cảm giác mệt mỏi. Các chức năng tâm thần cũng bị ảnh hưởng bao gồm trí nhớ, sự tập trung và độ nhạy cảm phản ứng.⁵

Mặc dù tầm quan trọng của nước đối với sức

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thùy Linh

Email: linhngthuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025