

VII. KHUYẾN NGHỊ

Đối với nhân viên y tế

- Tăng cường trau dồi, cập nhật kiến thức và kỹ năng truyền thông GDSK để có thể hướng dẫn cho NB đầy đủ nhất.

- Tăng cường công tác truyền thông GDSK cho NB và gia đình NB để NB và gia đình NB chủ động trong việc CSNB ĐTD đúng theo hướng dẫn của nhân viên y tế.

- Xây dựng nội dung giáo dục sức khỏe ngắn gọn, dễ hiểu và tăng cường các phương pháp truyền thông đến với người dân đặc biệt loa/đài, sách/báo để NB được cập nhật kiến thức đúng từ NVYT.

Đối với người bệnh, gia đình NB

- NB cần chủ động trong việc quản lý sức khỏe bản thân: khám sức khỏe định kỳ, tuân thủ chế độ điều trị, ăn, uống, thể dục thể thao theo hướng dẫn của NVYT.

- Gia đình người bệnh: Cần kết hợp với NVYT để động viên, giúp đỡ chia sẻ tâm tư nguyện vọng của NB, hỗ trợ NB trong việc quản lý sức khỏe, thực hiện chế độ ăn, uống, thể dục thể thao, duy trì cân nặng cơ thể.

- NB và gia đình NB nên chủ động cập nhật kiến thức từ NVYT hoặc các kênh truyền thông GDSK để có hướng dẫn đúng nhất cho việc CSNB ĐTD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Đái tháo đường tip 2", Ban hành kèm theo

quyết định số 5481.

2. Phạm Thị Cà, Nguyễn Thanh Lâm và Trần Văn Lam (2020), "Quản lý, điều trị ngoại trú NB đái tháo đường type 2 tại Trung tâm y tế Thị xã Long Mỹ (Hậu Giang)", Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology(39), tr. 50-58.
3. Phan Minh Cang, Ngô Văn Truyền (2023), "Nghiên cứu tình hình và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường tip 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Cà Mau năm 2022 - 2023", tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 65, 49-56.
4. Nguyễn Thị Thắm (2017), "Thực trạng kiến thức và thực hành phòng biến chứng của NB đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Hà Tĩnh năm 2017", Luận văn Thạc sỹ điều dưỡng. Trường đại học Điều dưỡng Nam Định.
5. Nguyễn Thị Thơm, Nga Nguyễn Thúy (2021), "Thực trạng kiến thức và thực hành phòng biến chứng của NB đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2021"^m.
6. Bệnh viện Nội tiết Trung Ương (2013), "Báo cáo Hội nghị tổng kết hoạt động của Dự án phòng chống đái tháo đường quốc gia năm 2012 và triển khai kế hoạch năm 2013".
7. Ahmad A Alrasheedi và các cộng sự. (2023), "Knowledge of Complications of Diabetes Mellitus Among Patients Visiting the Diabetes Clinics: A Cross-Sectional Study in the Qassim Region", Cureus. 15(12).
8. Kh Shafiur Rahaman và các cộng sự. (2017), "Knowledge, attitude and practices (KAP) regarding chronic complications of diabetes among patients with type 2 diabetes in Dhaka", International journal of endocrinology and metabolism. 15(3).

NGHIÊN CỨU KẾT CỤC THAI KỲ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN NHAU BONG NON Ở THAI KỲ 28 ĐẾN 41 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Hữu Trung¹, Trần Ngọc Hải¹, Nguyễn Hồng Hoa²,
Hồ Quang Nhật¹, Nguyễn Phương Vy¹, Nông Thị Nương¹,
Trần Minh Trung¹, Võ Minh Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhau bong non (NBN) là nhau bong một phần hoặc toàn bộ trước khi sổ thai, dẫn tới sự hình thành khối huyết tụ sau nhau, khối huyết tụ lớn dần càng làm bóc tách bánh nhau và màng nhau khỏi thành tử cung, cắt đứt tuần hoàn giữa mẹ và thai.

¹Bệnh viện Từ Dũ

²Đại học Y dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominhluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 18.6.2025

Bệnh xảy ra đột ngột, diễn biến nhanh tiến triển từ nhẹ đến nặng, gây nhiều biến cố nguy hiểm cho mẹ và thai. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định các yếu tố liên quan đến nhau bong non và đánh giá kết cục thai kỳ ở thai 28 đến 41 tuần có nhau bong non tại Bệnh Viện Từ Dũ. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu bệnh chứng. Các thai phụ có tuổi thai 28 đến 41 tuần được mổ lấy thai tại BVTĐ trong thời gian 1/2022 - 10/2023, được chia làm hai nhóm: nhóm bệnh và nhóm chứng. **Kết quả:** Tiền sản giật làm tăng nguy cơ NBN có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), trong đó TSG nặng làm tăng nguy cơ NBN lên 3,4 lần. Nhau bong non làm tăng nguy cơ thất động mạch tử cung lên 4,02 lần (KTC 95%: 1,52 - 10,6) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với những thai phụ không có nhau bong non. Và nguy cơ nhiễm trùng sơ sinh tăng lên 2,48 lần

so với nhau bong non có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Đối với các thai phụ có nguy cơ cao TSG cần có các biện pháp dự phòng TSG cũng như theo dõi các dấu hiệu của NBN. Đối với các thai phụ đã có TSG và đặc biệt có TSG nặng cần theo dõi sát và phát hiện sớm NBN để có thể can thiệp kịp thời cho mẹ và cho con. **Từ khóa:** nhau bong non, tiền sản giật, tiền sản giật nặng

SUMMARY

A STUDY ON PREGNANCY OUTCOMES AND ASSOCIATED FACTORS OF ABRUPTIO PLACENTAE IN PREGNANCIES FROM 28 TO 41 WEEKS AT TU DU HOSPITAL

Background: Abruption placentae (AP) refers to the premature separation of the placenta from the uterine wall, either partially or completely, before the delivery of the fetus. This condition results in the formation of a retroplacental hematoma, which progressively enlarges, further separating the placenta and fetal membranes from the uterine wall, thereby disrupting the maternal-fetal circulation. Abruption placentae is a sudden-onset condition with rapid progression from mild to severe, posing significant risks to both the mother and fetus. **Objective:** To identify factors associated with abruption placentae and to evaluate pregnancy outcomes in women with gestational age from 28 to 41 weeks diagnosed with abruption placentae at Tu Du Hospital. **Methods:** A case-control study was conducted. Pregnant women with gestational age between 28 and 41 weeks who underwent cesarean section at Tu Du Hospital from January 2022 to October 2023 were divided into two groups: case group and control group. **Results:** Preeclampsia significantly increased the risk of abruption placentae ($p < 0.05$), with severe preeclampsia elevating the risk by 3.4 times. Abruption placentae increased the risk of uterine artery ligation by 4.02 times (95% CI: 1.52 - 10.6), which was statistically significant ($p < 0.05$), compared to women without abruption placentae. Additionally, the risk of neonatal infection was 2.48 times higher in cases with abruption placentae, also reaching statistical significance ($p < 0.05$). **Conclusion:** In pregnant women at high risk of preeclampsia, preventive strategies should be implemented along with vigilant monitoring for signs of abruption placentae. For patients already diagnosed with preeclampsia, particularly those with severe preeclampsia, close observation is essential to ensure early detection and timely intervention of abruption placentae for the benefit of both mother and fetus. **Keywords:** Abruption placentae, preeclampsia, severe preeclampsia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhau bong non (NBN) là nhau bong một phần hoặc toàn bộ trước khi sổ thai [1]. Do sự bong tróc của bánh nhau dẫn tới sự hình thành khối huyết tụ sau nhau, khối huyết tụ lớn dần càng làm bóc tách bánh nhau và màng nhau khỏi thành tử cung, cắt đứt tuần hoàn giữa mẹ và thai [2]. Bệnh xảy ra đột ngột, diễn biến

nhẹ tiến triển từ nhẹ đến nặng, gây nhiều biến cố nguy hiểm cho mẹ và thai. Tỷ lệ NBN được báo cáo khác nhau vì có sự khác nhau về tiêu chuẩn chẩn đoán. Tỷ lệ chung trên toàn thế giới từ năm 1979 đến năm 2010 là 1% ở đơn thai, 1,2% với song thai. Trong hơn 250.000 ca sanh tại bệnh viện Parkland từ năm 2000 đến năm 2015 thì tỷ lệ NBN trung bình là 1/290 ca sanh [3]. Tại Việt Nam, tỷ lệ NBN của bệnh viện Phụ sản Trung Ương vào năm 2011-2012 là 0,35% trong các trường hợp sanh mổ [4].

NBN có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi thai nào sau 20 tuần và là một trong những nguyên nhân chính gây ra chảy máu trong ba tháng cuối của thai kỳ gây ra những tình trạng bệnh lý nghiêm trọng cho cả mẹ và thai. Thống kê từ năm 2006 đến năm 2012 tại Hoa Kỳ cho thấy 2/3 số ca NBN có kết cục nghiêm trọng cho mẹ, thai, và em bé sau sinh [5]. Kết cục xấu cho mẹ có NBN bao gồm choáng giảm thể tích, mổ lấy thai và cắt tử cung cấp cứu, truyền máu, rối loạn đông máu, suy thận cấp và cuối cùng là tử vong, dự hậu không tốt cho thai gồm thai chết trong tử cung, nằm viện dài ngày, nhiễm trùng, suy hô hấp hoặc tử vong chu sinh [5]. Nhau bong non có nhiều thể khác nhau, từ thể nhẹ có thể dưỡng thai, theo dõi và cho sanh thường khi vào chuyển dạ. Các trường hợp NBN thể nhẹ thường bị bỏ sót và không can thiệp trong quá trình theo dõi thai. Các trường hợp nhau bong non từ thể trung bình đến nặng chúng ta cần can thiệp kịp thời mới mong cứu được mẹ và con. Tuổi thai, mức độ nhau bong tại thời điểm bong nhau có vai trò quan trọng trong tiên lượng kết cục của con. Tại Bệnh viện Từ Dũ có thể nuôi sống trẻ sinh non từ 28 tuần. Tiên lượng kết cục con tùy thuộc vào tuổi thai, thời điểm phát hiện nhau bong cho đến lúc mổ lấy thai, loại nhau bong và nhiều yếu tố khác...

Bệnh viện Từ Dũ là một trong những bệnh viện sản khoa lớn của cả nước nói chung và thành phố Hồ Chí Minh nói riêng, là nơi có sự phát triển nhanh chóng của các phương tiện chẩn đoán, gây mê hồi sức và chăm sóc trẻ sơ sinh, với số lượng đáng kể các trường hợp nhau bong non nhưng chưa được nghiên cứu nhiều. Với hy vọng tìm ra các yếu tố có nguy cơ cao gây ra nhau bong non giúp cho bệnh nhân và Bác sĩ lâm sàng tiên đoán, dự phòng và phát hiện sớm các trường hợp nhau bong non, cải thiện kết cục mẹ-con, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm trả lời câu hỏi: "*Kết cục thai kỳ và các yếu tố liên quan nhau bong non ở thai kỳ 28 đến 41 tuần tại Bệnh viện Từ Dũ như thế nào?*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu bệnh chứng trong thời gian từ 1/2022 - 10/2023

2.2 Tiêu chuẩn chọn mẫu. Chúng tôi chọn những đối tượng thỏa các tiêu chuẩn sau vào tham gia nghiên cứu:

- **Tiêu chuẩn nhận vào**

- Các trường hợp sản phụ người Việt Nam, khám thai tại BV Từ Dũ hay được chuyển từ các bệnh viện khác đến BV Từ Dũ

- Có chỉ định mổ lấy thai ở tuổi thai 28 đến 41 tuần (dựa vào kết quả siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ hoặc nếu không có kết quả siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ thì dựa vào ngày kinh sót).

- Thai còn sống tại thời điểm chuyển mổ lấy thai.

- **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Thai phụ thiếu năng lực hành vi dân sự.
- Thai phụ đa chấn thương sau tai nạn giao thông.

- Bệnh nhân được chuyển viện khác ngoài Bv Từ Dũ trong quá trình điều trị.

- Hồ sơ không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Các thai phụ thỏa tiêu chuẩn nhận vào vào không có tiêu chuẩn loại trừ được chúng tôi phân làm 2 nhóm: nhóm bệnh và nhóm chứng.

Bảng 1: Phân loại 2 nhóm đối tượng nghiên cứu

Nhóm bệnh	Nhóm chứng
- Được chẩn đoán nhau bong non vào thời điểm mổ lấy thai.	- Được chẩn đoán không có nhau bong non vào thời điểm mổ lấy thai.
- Bác sĩ phẫu thuật chẩn đoán và đánh giá được thể tích khối máu tụ sau nhau-màng nhau, phần trăm nhau bong, hình ảnh tử cung tại thời điểm mổ.	- Bác sĩ phẫu thuật chẩn đoán và đánh giá trong quá trình mổ không ghi nhận khối máu tụ sau nhau - màng nhau.
	- Chọn ngẫu nhiên theo tỷ lệ bệnh chứng các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu với các trường hợp thuộc nhóm chứng có tuổi thai phù hợp với nhóm bệnh (chênh lệch không quá 1 tuần tuổi thai).

2.3 Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$N_{\text{bệnh}} = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{OR \cdot P_2(1-P_2)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó:

$N_{\text{bệnh}}$: cỡ mẫu tối thiểu cần cho nhóm bệnh

α : xác suất sai lầm loại 1, $\alpha = 0,01$

β : xác suất sai lầm loại 2, $\beta = 0,05$

P_1 : tỷ lệ NBN ở bệnh nhân không bị TSG nặng có tuổi thai < 34 tuần

P_2 : tỷ lệ NBN ở bệnh nhân TSG nặng tuổi thai < 34 tuần

Dựa theo nghiên cứu của tác giả Naruse [6], chúng tôi chọn $P_1 = 0,17$, $P_2 = 0,63$ và $OR = 3,77$. Áp dụng công thức tính được cỡ mẫu nhóm bệnh là $N_{\text{bệnh}} = 30$ ca. Tỷ lệ bệnh chứng 1:2 nên nhóm chứng là $N_{\text{chứng}} = 60$ ca. Và vì vậy cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là $N = 90$ ca

2.4 Phương pháp lấy mẫu

Nhóm bệnh: lấy mẫu toàn bộ. Tại Phòng công nghệ thông tin, chúng tôi dựa vào phần mềm quản lý bệnh nhân, lọc các bệnh nhau bong non theo mã ICD 10: O45 (Nhau bong non) kèm mã ICD 10 mổ lấy thai theo mã 082 (Mổ lấy thai). Sau đó lập danh sách các trường hợp nhau bong non có mổ lấy thai với mã nhập viện từ tháng 1/2022-10/2023, tiếp đến xin phép Phòng KHTH Bệnh Viện Từ Dũ cho phép trích lục Hồ sơ bệnh án tại kho lưu trữ hồ sơ Bệnh án của Bệnh Viện Từ Dũ (gồm họ và tên, tuổi, năm nhập viện, số nhập viện, ngày).

Nhóm chứng: chọn ngẫu nhiên hồ sơ bệnh án được mổ lấy thai trong cùng ngày có ca nhau bong non theo tỷ lệ bệnh - chứng các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu với các trường hợp thuộc nhóm chứng có tuổi thai phù hợp với nhóm bệnh (chênh lệch không quá 1 tuần tuổi thai).

2.5. Phương pháp tiến hành. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu theo các bước sau:

Bước 1: Chọn lọc đối tượng nghiên cứu

Bước 2: Thu thập thông tin-số liệu nghiên cứu

Bước 3: Nhập và xử lý số liệu

Bước 4: Viết luận văn-Hoàn thành nghiên cứu

2.6. Công cụ nghiên cứu. Bộ công cụ thu thập thông tin nghiên cứu của chúng tôi là Bảng ghi nhận thông tin dựa trên Hồ sơ bệnh án được nghiên cứu viên soạn sẵn. Các biến số được thu thập bao gồm:

- Biến số về đặc điểm xã hội học: tuổi, địa chỉ, BMI trước mang thai

- Biến số về đặc điểm lâm sàng của thai kỳ lần này: lý do nhập viện, tuổi thai, tiền căn bệnh lý

- Biến số về đặc điểm case phẫu thuật: sử dụng kháng sinh sau mổ, đường rạch da, may B-lynych, cắt tử cung, lượng máu mất và thời gian phẫu thuật.

Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu thu thập sẽ được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. Các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn trong trường hợp các biến có phân phối chuẩn. Các trường hợp có phân phối không chuẩn, biến định lượng sẽ được mô tả bằng giá trị trung vị và khoảng tứ phân vị. So sánh biến định tính dùng kiểm định χ^2 (Chi-Square Test) hay kiểm định Fisher's exact (sử dụng khi có quá

20% số ô trong bảng có tần số mong đợi nhỏ hơn 5) và phép kiểm hồi quy logistic dành cho biến nhị phân, biến nhiều giá trị. Mô hình hồi quy Logistic đơn biến và đa biến.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu y sinh.

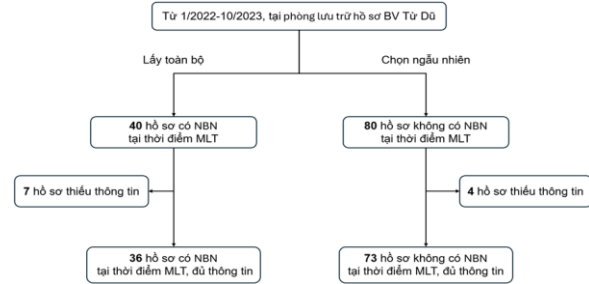
Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng y đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh Viện Từ Dũ (quyết định số 673/BVTD-HĐĐĐ ký ngày 03 tháng 04 năm 2024).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 1/2022-10/2023 tại bệnh viện Từ Dũ, chúng tôi tiếp cận được 40 hồ sơ của thai phụ được chẩn đoán có nhau bong non tại thời điểm mổ lấy thai (nhóm bệnh) và chọn ngẫu nhiên được 80 thai phụ được chẩn đoán không có nhau bong non tại thời điểm mổ lấy thai (nhóm chứng). Trong nhóm 40 thai phụ được chẩn đoán có nhau bong non có 4 hồ sơ bị thiếu thông tin ghi nhận nên được loại khỏi nghiên cứu, trong nhóm 80 thai phụ có 7 hồ sơ bị thiếu thông tin ghi nhận nên cũng bị loại khỏi nghiên cứu. Như vậy tổng cộng chúng tôi ghi nhận được 109 hồ sơ có tiêu chuẩn nhận vào và không có tiêu chuẩn loại trừ đưa vào nghiên cứu. Thông tin thu thập của 109 thai phụ này được chúng tôi thu thập bằng phiếu ghi nhận thông tin nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $32,19 \pm 5,75$ tuổi. Trong nhóm thai phụ có nhau bong non, độ tuổi ghi nhận là $31,14 \pm 5,74$ tuổi, trong nhóm thai phụ không có nhau bong non, độ tuổi ghi nhận là $32,71 \pm 5,73$ tuổi. Có 22% các thai phụ hiện đang cư trú tại

TP.HCM. Đa số các thai phụ đến từ các tỉnh thành khác, chiếm 78%. Đa số thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi là dân tộc kinh, chiếm 91,7%. Chỉ 8,3% thai phụ là các dân tộc khác (Hoa, Chăm, Tày). Có 12,8% thai phụ nhẹ cân; 57,8% thai phụ có chỉ số BMI trung bình còn lại 29,4% thai phụ thừa cân.



Hình 2: Sơ đồ tóm tắt nghiên cứu

3.1. Mối liên quan giữa nhau bong non và các yếu tố. Sau khi phân tích hồi quy đơn biến, chúng tôi ghi nhận 1 yếu tố làm thay đổi tỷ số chênh OR của nhau bong non có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) là tình trạng mắc TSG nặng trong thai kỳ lần này. Tuy nhiên, các yếu tố khác biệt về các đặc điểm xã hội, tiền căn và đặc điểm thai kỳ lần này có thể đồng tác và gây nhiễu. Và để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu và không chế các yếu tố đồng tác, chúng tôi tiến hành phân tích hồi quy đa biến. Do số lượng biến độc lập có phần hạn chế nên chúng tôi đưa tất cả các biến độc lập (bao gồm 10 cặp biến số) vào chung mô hình hồi quy đa biến. Để tiện theo dõi, bảng 1 tóm tắt kết quả hồi quy đa biến.

Bảng 1: Phân tích đa biến các yếu tố liên quan và nhau bong non

Đặc điểm	Nhau bong non		OR	OR*	KTC 95%	p*
	Có n=36 (%)	Không n=73 (%)				
Tuổi mẹ						
40 - 49 tuổi	3 (27,3)	8 (72,7)	0,67	0,43	0,07 - 2,82	0,19
30 - 39 tuổi	19 (32,2)	40 (67,8)	0,85	0,45	0,14 - 1,49	0,38
< 30 tuổi	14 (35,9)	25 (64,1)	1	1		
Địa chỉ						
Khác	27 (31,8)	58 (68,2)	0,78	0,54	0,16 - 1,81	0,32
TP Hồ Chí Minh	9 (37,5)	15 (62,5)	1	1		
Dân tộc						
Khác	4 (44,4)	5 (55,6)	1,70	0,98	0,18 - 5,31	0,98
Kinh	32 (32,0)	68 (68,0)	1	1		
Trình độ học vấn						
Dưới cấp 3	7 (53,8)	6 (46,2)	1,91	1,79	0,21 - 15,22	0,60
Cấp 3	18 (26,9)	49 (73,1)	0,60	0,91	0,15 - 5,61	0,92
Cao đẳng, đại học	11 (37,9)	18 (62,1)	1	1		
Nghề nghiệp						
Lao động chân tay	9 (30,0)	21 (70,0)	1,11	1,22	0,32 - 4,61	0,77
Nhân viên	10 (33,3)	20 (66,7)	1,3	2,15	0,30 - 15,57	0,45
Khác	7 (53,9)	6 (46,2)	3,03	6,02	1,00 - 35,87	0,05

Nội trợ	10 (27,8)	26 (72,2)	1	1		
Đái tháo đường thai kỳ						
Không	32 (33,7)	63 (66,3)	0,79	0,64	0,15 - 2,77	0,55
Có	4 (28,6)	10 (71,4)	1	1		
Số lượng thai						
Đơn thai	35 (34,7)	66 (65,3)	0,27	0,30	0,03 - 3,11	0,31
Song thai	1 (12,5)	7 (87,5)	1	1		
Tiền sản giật						
TSG nặng	12 (52,2)	11 (47,8)	3,40	5,93	1,68 - 20,96	0,006
TSG chưa dấu hiệu nặng	7 (43,8)	9 (56,2)	2,42	4,85	1,10 - 21,48	0,037
Không	17 (24,3)	53 (75,7)	1	1		
Số lần mang thai						
≥ 3 lần	2 (50,0)	2 (50,0)	2,13	4,22	0,24 - 74,66	0,33
1 - 2 lần	19 (32,8)	39 (67,2)	1,04	2,53	0,68 - 9,44	0,17
Chưa lần nào	15 (31,9)	32 (68,1)	1	1		
Tiền căn MLT						
≥ 2 lần	2 (25,0)	6 (75,0)	0,64	0,24	0,03 - 2,27	0,21
1 lần	8 (32,0)	17 (68,0)	0,90	0,72	0,19 - 2,71	0,63
Chưa lần nào	26 (34,2)	50 (65,8)	1	1		

OR: Hồi quy đơn biến; OR*: Hồi quy đa biến; p*: Giá trị p của hồi quy đa biến

Sau khi kiểm soát với các yếu tố gây nhiễu bằng phương trình hồi quy đa biến, chúng tôi nhận thấy mối liên quan sau khi hiệu chỉnh của các yếu tố với tình trạng nhau bong non là:

Ở những thai phụ mắc TSG nặng tỉ số chênh OR của nhau bong non cao hơn 5,93 lần (KTC 95%: 1,68 - 20,96) so với những thai phụ không mắc TSG, với $p < 0,05$. Và OR* thay đổi $> 10\%$ so với OR sau khi phân tích đơn biến (5,93 so với 3,40).

3.2. Mối liên quan giữa nhau bong non và kết cục của mẹ. Chúng tôi thực hiện hồi quy đơn biến để phân tích mối liên quan giữa nhau bong non và các kết cục của mẹ. Các kết cục của mẹ được chúng tôi đánh giá bao gồm: đường rạch da phẫu thuật, thắt động mạch tử cung, may B-lynch, lượng máu mất trong lúc mổ, nhiễm trùng sau mổ và thời gian nằm viện. Kết quả ghi nhận những thai phụ có nhau bong non làm tăng tỷ số chênh OR của thắt động mạch tử cung lên 4,02 lần (KTC 95%: 1,52 - 10,6) so với những thai phụ không có nhau bong non. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhau bong non làm các kết cục còn lại thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Bảng 2 tóm tắt kết quả hồi quy đơn biến giữa NBN và thắt động mạch tử cung.

Bảng 2: Nhau bong non và thắt động mạch tử cung

Đặc điểm	Thắt ĐM tử cung		OR	KTC 95%	p
	Có n=22 (%)	Không n=87 (%)			
Nhau bong non					
Có	13(36,1)	23(63,9)	4,02	1,52-10,6	0,005
Không	9(12,3)	64(87,7)	1		

Hồi quy Logistic

3.3 Mối liên quan giữa nhau bong non và kết cục của con. Tương tự, chúng tôi cũng thực hiện hồi quy đơn biến để phân tích mối liên quan giữa nhau bong non và các kết cục của con. Các kết cục của con được chúng tôi đánh giá bao gồm: chỉ số APGAR sau sinh 1 phút, chỉ số APGAR sau sinh 5 phút và nhiễm trùng sơ sinh. Qua phân tích, chúng tôi nhận thấy những thai phụ có nhau bong non có tỷ số chênh OR của nhiễm trùng sơ sinh tăng 2,48 lần (KTC 95%: 1,08 - 5,66) so với nhóm thai phụ không có nhau bong non. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Bảng 3 tóm tắt kết quả hồi quy đơn biến giữa NBN và nhiễm trùng sơ sinh.

Bảng 3: Nhau bong non và nhiễm trùng sơ sinh

Đặc điểm	Nhiễm trùng sơ sinh		OR	KTC 95%	p
	Có n=39 (%)	Không n=70 (%)			
Nhau bong non					
Có	18(50,0)	18(50,0)	2,48	1,08-5,66	0,03
Không	21(28,8)	52(71,2)	1		

Hồi quy Logistic

IV. BÀN LUẬN

Qua phân tích hồi quy đơn biến, chúng tôi nhận ghi nhận tiền sản giật nặng làm tăng nguy cơ nhau bong non lên 3,4 lần (KTC 95%: 1,27 - 9,10) so với nhóm thai phụ không mắc tiền sản giật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của tác giả Đinh Văn Hoàn [7] và Kiều Tiến Quyết [8] cho kết quả tỷ lệ TSG tăng theo mức độ nặng của NBN. Nghiên cứu của Godwin [9] cho thấy ở bệnh nhân tăng

huyết áp mãn tính làm tăng nguy cơ NBN lên 4,1 lần (OR = 4,1; KTC 95%: 1,3 - 12,8), tiền sản giật/sản giật làm tăng nguy cơ NBN lên 2,1 lần (OR = 2,1; KTC 95%: 1,1 - 4,1). Nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ NBN của tác giả Sari [10] và cộng sự, nghiên cứu bệnh chứng hồi cứu gồm 170 phụ nữ mang đơn thai bị nhau non và 22.905 ca sinh không bị NBN, phân tích hồi quy logistic được sử dụng để xác định các yếu tố nguy cơ độc lập. Kết quả cho thấy tiền sản giật, đa thai, dây rốn bám màng, hút thuốc lá, tiền căn thai chết lưu và sảy thai, tuổi mẹ cao (>35 tuổi) là các yếu tố nguy cơ độc lập của NBN, với nguy cơ tương đối đã hiệu chỉnh lần lượt là 4,39; 3,60; 2,53; 2,46; 2,02; 1,62.

Những số liệu trong các nghiên cứu qua các năm cho chúng ta thấy rằng tỉ lệ TSG trong NBN giảm đi theo từng năm. Điều này có thể TSG là nguyên nhân hàng đầu gây RBN, đặc biệt là TSG nặng, sản giật. Chiến lược phòng ngừa TSG làm giảm đáng kể tỉ lệ NBN; Ngày nay khi mà TSG được chẩn đoán và điều trị dự phòng rất sớm thì tỉ lệ TSG cũng như TSG nặng, HC HELLP hay sản giật ngày càng thấp làm giảm đáng kể số bệnh nhân NBN do TSG. Các bệnh viện không ngừng được nâng cao về con người, thuốc, trang thiết bị cũng như kinh nghiệm trong việc chẩn đoán và điều trị TSG từ đó hạn chế đến mức tối đa BN chuyển sang thể nặng nguy cơ cao gây NBN. Tuy nhiên, chúng ta cần lưu ý, bệnh nhân tiền sản giật sẽ có rất nhiều biến chứng nặng nề với cả mẹ và thai nhi, nên các bác sỹ sản khoa cần luôn cảnh giác để tìm các triệu chứng chỉ điểm, theo dõi sát diễn biến của bệnh, người bệnh cần được nhập viện theo dõi, kiểm soát chặt chẽ nhất là tiền sản giật nặng, từ đó bệnh nhân được xử trí tiền sản giật đúng thời điểm, tránh được biến chứng NBN.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 22 trường hợp được thắt động mạch TC trong lúc mổ lấy thai, chiếm 20,2%. Trong nhóm NBN thắt ĐMTC chiếm tỷ lệ 36,1%, trong khi đó nhóm không NBN, thắt ĐMTC chiếm tỷ lệ 12,3%. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Trần Quang Tuấn, cao hơn nghiên cứu của tác giả Kiều Tiên Quyết [8] là 13,3%.

Nhiễm trùng sơ sinh là vấn đề rất đáng lo ngại ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ non tháng làm tăng nguy cơ tử cung chu sinh và để lại hậu quả nghiêm trọng cho bé. Trong nhóm NBN có 50% trẻ bị nhiễm trùng sơ sinh, trong khi nhóm không có NBN thì tỷ lệ này chỉ 28,8%. Qua phân tích, chúng tôi nhận thấy những thai phụ có nhau bong non làm nguy cơ nhiễm trùng sơ sinh tăng lên 2,48 lần (KTC 95%: 1,08 - 5,66) so với nhóm

thai phụ không có nhau bong non. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$. Có 01 bé tử vong ở nhóm NBN và 01 bé tử vong ở nhóm không NBN.

Điểm mới tính ứng dụng: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa tiền sản giật- tăng huyết áp với nhau bong non. Và qua kết quả nghiên cứu cũng khẳng định rằng NBN làm tăng nguy cơ thất động mạch tử cung và nhiễm trùng sơ sinh.

Điểm hạn chế: Nghiên cứu được tiến hành dựa trên tra cứu hồ sơ bệnh án, các thông tin hoàn toàn dựa vào thông số được nhân viên y tế ghi nhận lại. Và nghiên cứu cũng không khảo sát được thông tin về hậu sản của mẹ và bé sau khi xuất viện.

V. KẾT LUẬN

Đối với các thai phụ có nguy cơ cao TSG cần có các biện pháp dự phòng TSG cũng như theo dõi các dấu hiệu của NBN. Đối với các thai phụ đã có TSG và đặc biệt có TSG nặng cần theo dõi sát và phát hiện sớm NBN để có thể can thiệp kịp thời cho mẹ và cho con.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cunningham FG KJL, Jodi S. Dashe, Williams Obstetrics.** 24 ed: Mcgraw-hill Medical. 2014.
2. **Nguyễn Thị Thanh Hà.** Xuất huyết ba tháng cuối thai kỳ: Nhà xuất bản y học. 2014. 139-47 p.
3. **Jennifer M. Hill SY, Haylea S. Patrick, et al.** Pregnancy complications among women diagnosed with placenta previa and placental abruption. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2020;222(1):S292-S3.
4. **Lê Hoàng, Đặng Thị Minh Nguyệt.** Mô tả đặc điểm lâm sàng rau bong non. Tạp chí Phụ sản. 2015;13(3):86-9. doi: 10.46755/vjog.2015.3.900.
5. **Ananth CV, Lavery JA, Vintzileos AM, Skupski DW, Varner M, Saade G, et al.** Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications. Am J Obstet Gynecol. 2016;214(2):272 e1- e9. doi: 10.1016/j.ajog.2015.09.069.
6. **Naruse K, Shigemi D, Hashiguchi M, Imamura M, Yasunaga H, Arai T, et al.** Placental abruption in each hypertensive disorders of pregnancy phenotype: a retrospective cohort study using a national inpatient database in Japan. Hypertens Res. 2021;44(2):232-8. doi: 10.1038/s41440-020-00537-6.
7. **Đinh Văn Hoàng, Trần Thị Len.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của rau bong non tại bệnh viện phụ sản Thái Bình Tạp chí y dược Thái Bình. 2023;08:83-8.
8. **Kiều Tiên Quyết.** Nghiên cứu chẩn đoán và xử trí rau bong non tại bệnh viện phụ sản Hà Nội. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội. 2015.
9. **Macheku GS, Philemon RN, Onoko O, Mlay PS, Masenga G, Obure J, et al.** Frequency, risk factors and fetal-maternal outcomes of abruptio placentae in Northern Tanzania: a registry-based

retrospective cohort study. BMC pregnancy and childbirth. 2015;15(1):242. doi: 10.1186/s12884-015-0678-x.

10. Toivonen S, Heinonen S, Anttila M, Kosma VM, Saarikoski S. Reproductive risk factors,

Doppler findings, and outcome of affected births in placental abruption: a population-based analysis. Am J Perinatol. 2002;19(8):451-60. doi: 10.1055/s-2002-36868.

XÁC ĐỊNH MỘT SỐ CĂN NGUYÊN VI RÚT GÂY VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG BẰNG KỸ THUẬT REALTIME PCR ĐA MÔ Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thanh Huyền¹, Ngô Thị Thu Thảo¹, Trương Thái Phương²

TÓM TẮT

Mẫu bệnh phẩm đường hô hấp được lấy từ 158 bệnh nhân nội trú được chẩn đoán lâm sàng bị viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) từ 1/2023 – 12/2023. Kết quả cho thấy, 158 mẫu dịch hô hấp được làm kỹ thuật Realtime PCR đa mô có 62 mẫu dương tính với vi rút gây VPMPCD (39,2%) và 96 mẫu âm tính (60,8%). 6 mẫu đồng thời có 2 loại vi rút là Influenzavirus và RSV (9,68%). 56 mẫu chỉ có 1 loại vi rút, trong đó 1 mẫu có vi rút Adenovirus (1,61%), 13 mẫu có vi rút Influenzavirus (20,97%), 42 mẫu có vi rút RSV (67,74%). Nhóm 1-6 tuổi có tỷ lệ dương tính với căn nguyên vi rút cao nhất với 56 bệnh nhân (90,32%). 3 nhóm: 7-11 tuổi, 12-17 tuổi và 18-44 tuổi không có bệnh nhân bị nhiễm vi rút. Nhóm 45-65 tuổi có 3 bệnh nhân (4,84%), nhóm >65 tuổi có 3 bệnh nhân (4,84%). Nhóm 1-6 tuổi có 42 bệnh nhân bị nhiễm vi rút hợp bào hô hấp RSV (75%), 7 bệnh nhân bị nhiễm Influenzavirus (12,5%), 6 bệnh nhân bị nhiễm cả RSV và Influenzavirus (10,71%) và 1 bệnh nhân nhiễm Adenovirus (1,79%). Nhóm 45-65 tuổi có cả 3 bệnh nhân nhiễm Influenzavirus (100%). Nhóm > 65 tuổi có cả 3 bệnh nhân bị nhiễm Influenzavirus (100%). Ở 39 bệnh nhân nam, có 25 bệnh nhân bị nhiễm vi rút RSV (64,1%), 11 bệnh nhân bị nhiễm vi rút Influenzavirus (28,21%), 1 bệnh nhân bị nhiễm vi rút Adenovirus (2,56%), có 2 bệnh nhân bị nhiễm cả 2 loại vi rút Influenzavirus và RSV (5,13%). Ở 23 bệnh nhân nữ, có 17 bệnh nhân bị nhiễm vi rút RSV (73,91%), 2 bệnh nhân bị nhiễm vi rút Influenzavirus (8,7%) và 4 bệnh nhân bị nhiễm cả 2 loại vi rút Influenzavirus và RSV (17,39%).

Từ khóa: Viêm phổi mắc phải cộng đồng, Adenovirus, Vi rút hợp bào hô hấp RSV, Influenzavirus

SUMMARY

IDENTIFY SOME OF VIRUSES CAUSING COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA BY MULTI-PRIMER REALTIME PCR IN

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huyền

Email: huyen.vikysinh2@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 17.6.2025

PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL

Specimens of the respiratory tract were taken from 158 patients with Community-Acquired Pneumonia from 1/2023 – 12/2023. 62 specimens of the respiratory tract had viruses (39.2%) by multi-primer Realtime PCR. 6 specimens had 2 types of viruses were Influenzavirus and RSV (9.68%). 56 specimens had only 1 type of virus: 1 specimens had Adenovirus (1.61%), 13 specimens had Influenzavirus (20.97%), and 42 specimens had RSV virus (67.74%). The group 1-6 years old had 56 patients (90.32%). 3 groups: 7-11 years old, 12-17 years old and 18-44 years old without patients infected with the virus. The group 45-65 years old had 3 patients (4.84%), and the group >65 years old had 3 patients (4.84%). The group 1-6 years old had 42 patients infected with RSV (75%), 7 patients infected with Influenzavirus (12.5%), 6 patients infected with both RSV and Influenzavirus (10.71%) and 1 patient infected with Adenovirus (1.79%). The group 45-65 years old had all 3 patients infected with Influenzavirus (100%). The group >65 years old had all 3 patients infected with Influenzavirus (100%). 39 male patients had 25 patients were infected with RSV virus (64.1%), 11 patients were infected with Influenzavirus (28.21%), 1 patient was infected with Adenovirus (2.56%), and 2 patients were infected with both Influenzavirus and RSV (5.13%). 23 female patients had 17 patients were infected with RSV virus (73.91%), 2 patients were infected with Influenzavirus (8.7%), and 4 patients were infected with both Influenzavirus and RSV (17.39%).

Keywords: Community-Acquired Pneumonia, Adenovirus, Respiratory syncytial virus RSV, Influenzavirus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) là tình trạng nhiễm trùng của nhu mô phổi xảy ra ở cộng đồng, bên ngoài bệnh viện, bao gồm viêm phế nang, ống và túi phế nang, tiểu phế quản tận hoặc viêm tổ chức kẽ của phổi. Đặc điểm chung có hội chứng đông đặc phổi và bóng mờ đông đặc phế nang hoặc tổn thương mô kẽ trên phim X quang phổi. VPMPCD là căn bệnh xảy ra ở khắp mọi nơi trên thế giới, ảnh hưởng đến khoảng 450 triệu người mỗi năm. Ở Việt Nam, VPMPCD là một bệnh lý thường gặp trên thực