

Tuy nhiên, vẫn còn một số hạn chế như rối loạn cảm giác nhẹ, sẹo co kéo và hạn chế biên độ vận động ở các trường hợp kết quả trung bình hoặc chấp nhận được.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật trồng lại ngón cái sau đứt rời đạt tỷ lệ sống cao, với tỷ lệ sống chung là 93.3% (28/30). Trong đó, nhóm đứt rời không hoàn toàn có kết quả tốt nhất với 100% sống (16/16), trong khi đứt rời hoàn toàn đạt 85,7% (12/14). Về hình thái tổn thương, sắc gọn có tỷ lệ sống 100% (9/9), bầm dập 90% (18/20), và lệt gãy 100% (1/1). Xét theo vùng giải phẫu, tỷ lệ sống ở vùng II là 100% (1/1), vùng III đạt 91,7% (22/24) và vùng IV là 100% (5/5).

Các yếu tố ảnh hưởng quan trọng bao gồm: thời gian thiếu máu, mức độ tổn thương mô mềm – mạch máu, và vị trí tổn thương. Đặc biệt, vùng III cho tiên lượng kém hơn rõ rệt so với các vùng khác do đặc điểm giải phẫu mạch máu nhỏ và khó khăn kỹ thuật. Đánh giá chức năng xa trên 20 bệnh nhân cho thấy 95% đạt mức I,

II, khẳng định hiệu quả của phẫu thuật vi phẫu trong tái tạo ngón cái.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Việt Tiến, Nguyễn Bắc Hùng** (1998). Trồng lại bàn tay, ngón tay bằng kỹ thuật vi phẫu. Y học thực hành, 5 (348), 44-47.
2. **Phan, N. H.** Nhân một trường hợp nối các ngón tay bàn tay đứt rời do cửa máy. Phẫu thuật tạo hình 1, 47-48 (1992).
3. **Lê Văn Đoàn, N. V. T. & Hoàng, N. T.** Kết quả trồng lại 159 ngón tay cái đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí nghiên cứu y học (2011)
4. **Komatsu, S. & Tamai, S.** Successful replantation of a completely cut-off thumb. Plastic and reconstructive surgery (1968)
5. **Chen, H. C. & Tang, Y. B.** Replantation of the thumb, especially avulsion. Hand Clin 17, 433-445 (2001)
6. **Biemer, E.** Definitions and classifications in replantation surgery. British journal of plastic surgery 33, 164-168, doi:10.1016/0007-1226(80)90006-5 (1980).
7. **Kapandji A.** (1986) Clinical test of apposition and counter-apposition of the thumb. Annales de chirurgie de la main: organe officiel des sociétés de chirurgie de la main, 5 (1), 67-73.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC PHƯƠNG PHÁP XỬ TRÍ ỔI VỠ NON CÓ TUỔI THAI TỪ 28 TUẦN TRỞ LÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH NĂM 2024

Nguyễn Trung Kiên<sup>1</sup>, Lê Thị Ngọc Ánh<sup>2</sup>,  
Bùi Thị Thanh Tuyền<sup>1</sup>, Đào Nguyên Hùng<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả xử trí ối vỡ non có tuổi thai từ 28 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 119 sản phụ được chẩn đoán ối vỡ non từ 01/2024 - 06/2024. Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, phân tích bằng SPSS 27.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình của sản phụ là  $28,3 \pm 0,5$ ; nhóm 25 - 29 tuổi chiếm 39,5%. Tiền sử mổ lấy thai 16,8%, nạo hút thai 47,9%. Tuổi thai trung bình khi nhập viện  $37,6 \pm 0,2$  tuần; nhóm > 37 tuần chiếm 66,4%. Ngôi đầu chiếm 92,4%, Ra nước âm đạo 98,3%, 6,7% có cơn co tử cung, Bạch cầu tăng  $\geq 15$  G/L 22,7%. Hướng xử trí

đối với ối vỡ khi nhập viện theo tuổi thai: Giữ thai 6,7%, Chuyển dạ tự nhiên 8,4%, khởi phát chuyển dạ chiếm tỷ lệ cao nhất 50,4%, mổ lấy thai ngay 34,5%. Tỷ lệ đẻ đường âm đạo và mổ lấy thai chung của nghiên cứu lần lượt là 38,7% và 61,3%. Chỉ số Apgar < 8 điểm phút thứ nhất ở sơ sinh đủ tháng là 5,1%; Sơ sinh non tháng 33,6%; suy hô hấp 0,8%; nhiễm khuẩn sơ sinh 1,7%. **Kết luận:** Tuổi thai trung bình khi nhập viện  $37,6 \pm 0,2$  tuần. Ngôi đầu chiếm 92,4%, ra nước âm đạo 98,3%, 6,7% có cơn co tử cung, Bạch cầu tăng  $\geq 15$  G/L 22,7%. Kết quả xử trí: Tỷ lệ mổ lấy thai chung ở sản phụ ối vỡ non là 61,3%, đẻ đường âm đạo 38,7%. Sơ sinh non tháng 33,6%; suy hô hấp 0,8%; nhiễm khuẩn sơ sinh 1,7%. **Từ khóa:** Ổi vỡ non, tuổi thai  $\geq 28$  tuần, xử trí, Thái Bình.

### SUMMARY

**CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND MANAGEMENT OF PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AT GESTATIONAL AGE  $\geq 28$  WEEKS AT THAI BINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024**

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Hợp Lực

<sup>3</sup>Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên

Email: trungkiendhytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate management outcomes of preterm premature rupture of membranes at gestational age  $\geq 28$  weeks at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 119 pregnant women diagnosed with PPRM from January to June 2024. Data were collected from medical records and analyzed using SPSS 27.0. **Results:** The mean maternal age was  $28.3 \pm 0.5$  years; the 25–29 age group accounted for 39.5%. History of cesarean section was 16.8%, and abortion was 47.9%. The mean gestational age at admission was  $37.6 \pm 0.2$  weeks, with the  $\geq 37$  week group comprising 66.4%. Cephalic presentation was seen in 92.4%; vaginal fluid leakage in 98.3%; uterine contractions in 6.7%; leukocytosis  $\geq 15$  G/L in 22.7%. Management strategies upon admission by gestational age included: expectant management 6.7%, spontaneous labor 8.4%, induction of labor 50.4% (highest proportion), and immediate cesarean section 34.5%. The overall rates of vaginal delivery and cesarean section were 38.7% and 61.3%, respectively. Among term neonates, 5.1% had an Apgar score  $< 8$  at the first minute. Preterm neonates accounted for 33.6%, respiratory distress 0.8%, and neonatal infection 1.7%. **Conclusion:** The mean gestational age at admission was  $37.6 \pm 0.2$  weeks. Cephalic presentation was predominant (92.4%), vaginal fluid leakage occurred in 98.3%, uterine contractions in 6.7%, and leukocytosis  $\geq 15$  G/L in 22.7%. Regarding management outcomes, cesarean section was performed in 61.3% and vaginal delivery in 38.7%. Preterm birth rate was 33.6%; neonatal respiratory distress 0.8%; neonatal infection 1.7%.

**Keywords:** Prelabor rupture of membranes, gestational age  $\geq 28$  weeks, management, Thai Binh.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ỗi vỡ non (OVN) là vỡ tự nhiên của màng ối và màng đệm tại bất kỳ thời điểm nào trước khi có chuyển dạ, đặc biệt là ở những tuần thai còn non tháng [1]. Đây không chỉ là dấu hiệu bất thường của thai kỳ, mà còn tiềm ẩn nguy cơ sinh non, nhiễm trùng ối và ảnh hưởng đến sức khỏe của cả mẹ và bé nếu không được phát hiện và xử lý kịp thời. OVN xảy ra ở khoảng 8-10% thai kỳ đủ tháng và ít gặp hơn ở thai non tháng [2], là một yếu tố dễ khó của cuộc chuyển dạ, làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai (MLT) nhất là ở những trường hợp con quý con hiếm có can thiệp hỗ trợ sinh sản. Xử trí OVN cần cân nhắc giữa lợi ích kéo dài thai kỳ và nguy cơ biến chứng. Đây là một trong những vấn đề khó khăn trong xử trí sản khoa, đặc biệt ở đối tượng thai non tháng.

Trên thế giới cũng như trong nước có nhiều tác giả nghiên cứu về OVN nhưng vẫn còn nhiều bàn cãi. Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình (BVPSTB) là bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh, chưa có nghiên cứu hệ thống về đặc điểm lâm sàng, cận

lâm sàng và xử trí OVN. Việc nghiên cứu giúp có thêm bằng chứng khoa học để góp phần nhận định, xử trí kịp thời, hiệu quả để đảm bảo có kết cục sản khoa tốt hơn, nhất là kết cục trẻ sơ sinh. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các phương pháp xử trí OVN có tuổi thai từ 28 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình từ 01/01/2024 - 30/06/2024.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** 119 sản phụ chẩn đoán OVN, tuổi thai  $\geq 28$  tuần, đơn thai, thai sống, được xử trí tại BVPSTB từ 01/01/2024 đến 30/06/2024.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh toàn thân nặng, đa thai, thai lưu hoặc dị tật, chấn thương gây vỡ ối. Sản phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu

- Cỡ mẫu: Lấy toàn bộ các đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn từ ngày 01/01/2024 đến ngày 30/06/2024. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 119 trường hợp.

- Biến số, chỉ số nghiên cứu: Đặc điểm chung (tuổi mẹ, tiền sử sản phụ khoa, tiền sử viêm nhiễm, tiền sử phẫu thuật ổ tử cung); Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (tuổi thai, ngôi thai, ra nước âm đạo, số lượng bạch cầu, thời gian vỡ ối); Kết quả xử trí (hướng xử trí ban đầu, kết quả theo dõi chuyển dạ tự nhiên, kết quả khởi phát chuyển dạ, kết quả xử trí chung); Tình trạng sơ sinh (Apgar phút thứ nhất, trọng lượng thai nhi, tình trạng bệnh lý sơ sinh).

- Tiêu chuẩn trong nghiên cứu:

+ Chỉ số Apgar: Tổng điểm từ 0 đến 10 điểm. Nếu  $\leq 3$  điểm: tình trạng ngạt nguy kịch, phải hồi sức tích cực; Nếu 4 - 7 điểm: trẻ bị ngạt, cần được hồi sức tốt; Nếu  $\geq 8$  điểm: tình trạng tốt, chỉ cần theo dõi, chưa cần hồi sức [3].

+ Nhiễm trùng và các bệnh lý ở trẻ sơ sinh: Dựa vào chẩn đoán trong bệnh án tại khoa sơ sinh chẩn đoán xác định nhiễm trùng sơ sinh bằng cấy máu dương tính và hoặc các dấu hiệu trên lâm sàng và cận lâm sàng: cứng bì, số lượng bạch cầu  $> 35$  G/L, CRP tăng, procalcitonin tăng [4].

**2.3. Phân tích và xử lý số liệu.** Số liệu nghiên cứu được phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0, thống kê mô tả, so sánh tỷ lệ bằng  $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ .

**2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu được cho phép thực hiện bởi Hội

đồng thông qua đề cương luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú theo Quyết định số 525/QĐ-YDTB ngày 12/3/2024 của Trường Đại học Y Dược Thái Bình. Các số liệu nghiên cứu được BVPSTB cho phép sử dụng và công bố. Cam kết không có xung đột về lợi ích trong nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=119)**

| Một số đặc điểm chung       |                | Số lượng (n)     | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------|----------------|------------------|-----------|
| Nhóm tuổi                   | <25            | 30               | 25,2      |
|                             | 25-29          | 47               | 39,5      |
|                             | 30-34          | 25               | 21,0      |
|                             | ≥35            | 17               | 14,3      |
|                             | X±SD (min-max) | 28,3±0,5 (17-42) |           |
| Tiền sử đẻ non              |                | 5                | 4,2       |
| Tiền sử viêm nhiễm phụ khoa |                | 21               | 17,6      |
| Tiền sử mổ lấy thai         |                | 20               | 16,8      |
| Tiền sử nạo hút thai        |                | 57               | 47,9      |

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của sản phụ là 28,3 ± 0,5 tuổi, nhóm tuổi 25-29 chiếm tỷ lệ cao nhất (39,5%). Tiền sử: nạo hút thai 47,9%, MLT 16,8%, đẻ non 4,2%, viêm nhiễm phụ khoa 17,6%.

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=119)**

| Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng |                | Số lượng (n)       | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------------|----------------|--------------------|-----------|
| Tuổi thai (tuần)                  | 28-33          | 6                  | 5,0       |
|                                   | 34-36          | 34                 | 28,6      |
|                                   | ≥37            | 79                 | 66,4      |
|                                   | X±SD (min-max) | 37,6 ± 0,2 (31-41) |           |
| Ngôi đầu                          |                | 110                | 92,4      |
| Ra nước âm đạo                    |                | 117                | 98,3      |
| Có cơn co tử cung                 |                | 8                  | 6,7       |
| Bạch cầu ≥ 15 G/L                 |                | 27                 | 22,7      |

**Nhận xét:** Tuổi thai trung bình của sản phụ là 37,6 ± 0,2 tuổi. OVN gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi thai ≥ 37 tuần (66,4%), 98,3% ra nước âm đạo, 6,7% có CCTC khi nhập viện, bạch cầu tăng ≥ 15 G/L là 22,7%.

#### 3.3. Kết quả xử trí

**Bảng 3. Hướng xử trí đối với ôi vỡ khi nhập viện theo tuổi thai (n=119)**

| Xử trí             | Tuổi thai (tuần) |         | ≥37    | Tổng    | p       |
|--------------------|------------------|---------|--------|---------|---------|
|                    | 28-33            | 34-36   |        |         |         |
|                    | n(%)             | n(%)    | n(%)   | n(%)    |         |
| Giữ thai           | 5(83,3)          | 3(8,8)  | 0(0)   | 8(6,7)  | < 0,001 |
| Chuyển dạ tự nhiên | 0(0)             | 6(17,6) | 4(5,1) | 10(8,4) |         |

|                     |         |          |          |          |  |
|---------------------|---------|----------|----------|----------|--|
| Khởi phát chuyển dạ | 0(0)    | 14(41,2) | 46(58,2) | 60(50,4) |  |
| Mổ lấy thai ngay    | 1(16,7) | 11(32,4) | 29(36,7) | 41(34,5) |  |
| Tổng                | 6       | 34       | 79       | 119      |  |

**Nhận xét:** Ở nhóm từ 28 - 33 tuần, tỷ lệ theo dõi điều trị nội khoa giữ thai là cao nhất (83,3%). Từ 34 tuần trở đi, tỷ lệ khởi phát chuyển dạ chiếm tỷ lệ cao nhất (50,4%). Sự khác biệt về các phương pháp điều trị giữa các nhóm tuổi thai có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

**Bảng 4. Liên quan giữa thời gian tiềm tàng và kết quả khởi phát chuyển dạ (n=60)**

| Kết quả khởi phát chuyển dạ | <6 giờ  | 6-12 giờ | >12 giờ | Tổng     | p     |
|-----------------------------|---------|----------|---------|----------|-------|
|                             | n(%)    | n(%)     | n(%)    | n(%)     |       |
| Đẻ đường âm đạo             | 4(30,8) | 29(69,0) | 1(20,0) | 34(56,7) | 0,017 |
| Mổ lấy thai                 | 9(69,2) | 13(31,0) | 4(80,0) | 26(43,3) |       |
| Tổng                        | 13      | 42       | 5       | 60       |       |

**Nhận xét:** Thời gian tiềm tàng từ 6 - 12 giờ có tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao nhất, so với < 6 giờ và > 12 giờ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**Bảng 5. Tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ ôi vỡ non (n=119)**

| Phương pháp kết thúc | Tuổi thai (tuần) |          | ≥37      | Tổng     | p     |
|----------------------|------------------|----------|----------|----------|-------|
|                      | 28-33            | 34-36    |          |          |       |
|                      | n(%)             | n(%)     | n(%)     | n(%)     |       |
| Mổ lấy thai          | 1(16,7)          | 20(58,8) | 52(65,8) | 73(61,3) | 0,255 |
| Đẻ đường âm đạo      | 5(88,3)          | 14(41,2) | 27(34,2) | 46(38,7) |       |
| Tổng                 | 6                | 34       | 79       | 119      |       |

**Nhận xét:** Tỷ lệ MLT chung trong nghiên cứu là 61,3%. Ở nhóm tuổi thai 28 - 33 tuần tỷ lệ đẻ đường âm đạo (88,3%) cao hơn tỷ lệ MLT. Ở nhóm có tuổi thai từ 34 tuần trở lên, tỷ lệ MLT cao hơn tỷ lệ đẻ đường âm đạo. Sự khác biệt về tỷ lệ đẻ đường âm đạo và MLT ở các nhóm tuổi thai không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

#### 3.4. Tình trạng trẻ sơ sinh

**Bảng 6. Kết quả tình trạng trẻ sơ sinh**

| Tình trạng trẻ sơ sinh                          | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------------------------|--------------|-----------|
| Apgar phút thứ nhất <8 điểm của 79 trẻ đủ tháng | 04           | 5,1       |
| Sơ sinh non tháng                               | 40           | 33,6      |
| Suy hô hấp                                      | 1            | 0,8       |
| Cân nặng sơ sinh theo đường Bách phân vị <10    | 3            | 2,5       |
| Nhiễm khuẩn sơ sinh                             | 2            | 1,7       |

**Nhận xét:** Trong 79 trẻ đủ tháng được tính điểm Apgar thì có 5,1% Apgar phút thứ nhất < 8 điểm. Sơ sinh non tháng chiếm 33,6%, suy hô hấp 0,8%, 2,5% trẻ có cân nặng trong đường Bách phân vị < 10, nhiễm khuẩn sơ sinh 1,7%.

#### IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy: tuổi trung bình của sản phụ là  $28,3 \pm 0,5$  tuổi, nhỏ nhất là 17 tuổi và cao nhất là 42 tuổi. Tỷ lệ sản phụ OVN tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi mẹ từ 25 - 29 tuổi (39,5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đình Đông [5] khi phân bố OVN cũng nhiều nhất ở nhóm tuổi mẹ 25 - 29 tuổi (35,8%). Nguyễn Thị Thu Hà [6] khi nghiên cứu 258 sản phụ OVN có tuổi thai từ 22 - 34 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội cho thấy tuổi trung bình của sản phụ là  $30,26 \pm 5,9$  tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 119 sản phụ OVN ở tuổi thai từ 28 tuần trở lên thì sản phụ có tiền sử đẻ non tương đương 4,2%. Tỷ lệ sản phụ có tiền sử đẻ non trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà [6] là 10,3%. Có 21 sản phụ (17,6%) có tiền sử viêm nhiễm phụ khoa. Tình trạng viêm nhiễm phụ khoa khá phổ biến trong khi mang thai và đã được chứng minh là có mối liên quan làm tăng tỷ lệ OVN. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng nhiễm khuẩn là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất của OVN. Theo Menon R. [7] có khoảng 70% các trường hợp OVN thai non tháng có liên quan đến nhiễm khuẩn màng ối được nghi nhận về lâm sàng hoặc bằng cấy dịch màng ối dương tính. Trong số sản phụ có tiền sử đã từng phẫu thuật tại tử cung thì sản phụ có tiền sử MLT chiếm tỷ lệ lớn nhất (16,8%). So sánh với nghiên cứu của Đặng Văn Quy [8] trên 217 thai phụ ối vỡ non có tuổi thai từ 24 - 34 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội thấy tỷ lệ sản phụ có tiền sử MLT (30,3%) cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 2: Tuổi thai trung bình của nhóm nghiên cứu là  $37,6 \pm 0,2$  tuần, tỷ lệ OVN gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi thai  $\geq 37$  tuần (66,4%), Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn theo nghiên cứu của Nguyễn Đình Đông [5] nhóm tuổi thai 38 - 41 chiếm tỷ lệ cao nhất (43%) và tương đương với nghiên cứu của Phạm Văn Khương [9] nhóm tuổi thai 38 - 41 cao nhất là 68,5%. Có 98,3% vào viện vì lý do ra nước âm đạo, 6,7% sản phụ có CCTC khi nhập viện và tỷ lệ xét nghiệm bạch cầu tăng  $\geq 15$  G/L là 22,7%.

Hướng xử trí đối với ối vỡ khi nhập viện theo

tuổi thai (bảng 3): chỉ định giữ thai là 6,7% (ở nhóm từ 28 - 33 tuần, tỷ lệ theo dõi điều trị nội khoa giữ thai là cao nhất là 83,3%); chuyển dạ tự nhiên 8,4%; khởi phát chuyển dạ chiếm tỷ lệ cao nhất 50,4% (từ 34 tuần trở đi, tỷ lệ khởi phát chuyển dạ chiếm tỷ lệ cao nhất); chỉ định MLT ngay 34,5%. Sự khác biệt về các phương pháp điều trị giữa các nhóm tuổi thai có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

Liên quan giữa thời gian tiềm tàng và kết quả khởi phát chuyển dạ, theo kết quả nghiên cứu tại bảng 4 thì thời gian tiềm tàng từ 6 - 12 giờ có tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao nhất 69,0%, so với thời gian tiềm tàng < 6 giờ và > 12 giờ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 5 cho ta thấy tỷ lệ MLT chung trong nghiên cứu là 61,3%. Ở nhóm tuổi thai 28 - 33 tuần tỷ lệ đẻ đường âm đạo (88,3%) cao hơn tỷ lệ MLT. Ở nhóm có tuổi thai từ 34 tuần trở lên, tỷ lệ MLT đều cao hơn tỷ lệ đẻ đường âm đạo. Sự khác biệt về tỷ lệ đẻ đường âm đạo và MLT ở các nhóm tuổi thai không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Nghiên cứu của Nguyễn Đình Đông [5] ở 151 thai phụ OVN có tỷ lệ MLT là 77,5%. Sở dĩ tỷ lệ MLT trong nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi do tỷ lệ MLT ngay khi nhập viện của tác giả rất cao (41%).

Về tình trạng trẻ sơ sinh, qua kết quả nghiên cứu tại bảng 6: Sơ sinh non tháng chiếm 33,6%, suy hô hấp 0,8%, nhiễm khuẩn sơ sinh 1,7%. Trong 79 trẻ sơ sinh đủ tháng được đánh giá chỉ số Apgar thì có 04 trường hợp có chỉ số Apgar phút thứ nhất < 8 điểm tương đương với 5,1%. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Khương [9] ở 485 thai phụ ối vỡ non ở mọi tuổi thai có tỷ lệ Apgar phút thứ nhất > 7 điểm chiếm 94,8%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần các trẻ sơ sinh sinh ra có cân nặng trung bình, thuộc Bách phân vị 10 - 90. Có 2,5% trường hợp có cân nặng dưới đường Bách phân vị 10 so với tuổi thai, tất cả những trường hợp này đều thuộc nhóm thai đủ tháng và chỉ có cân nặng bé hơn so với tuổi thai mà không đi kèm các bệnh lý khác.

#### V. KẾT LUẬN

**Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:** Tuổi trung bình của sản phụ OVN là  $28,3 \pm 0,5$  tuổi, thường gặp ở thai phụ từ 25 - 29 tuổi (39,5%); Tuổi thai trung bình khi nhập viện  $37,6 \pm 0,2$  tuần, nhóm tuổi thai  $\geq 37$  tuần (66,4%); Ngồi đầu chiếm 92,4%, ra nước âm đạo 98,3%, 6,7% có CCTC, Bạch cầu tăng  $\geq 15$  G/L 22,7%.

**Kết quả xử trí:** Hướng xử trí đối với ối vỡ khi nhập viện theo tuổi thai: Giữ thai 6,7%,

Chuyển dạ tự nhiên 8,4%, khởi phát chuyển dạ chiếm tỷ lệ cao nhất 50,4%, MLT ngay 34,5%; Tỷ lệ MLT chung là 61,3%, đẻ đường âm đạo 38,7%; Tình trạng sơ sinh: non tháng 33,6%; suy hô hấp 0,8%; nhiễm khuẩn sơ sinh 1,7%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thị Minh Nguyệt** (2020). Ối vỡ non, Bài giảng Sản Phụ khoa. Nhà xuất bản Y học, tr.214-218.
2. **Daval S. Jenkins SM. Hona PL** (2024). Preterm and Term Prelabor Rupture of Membranes (PPROM and PROM). 2024 Oct 31. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. PMID: 30422483.
3. **Phạm Văn Đức, Âu Nhật Luân** (2022). Nguyên lý của hồi sức sơ sinh. Bài giảng Sản khoa Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 498-500.
4. **Trần Thị Lý** (2018). Nhiễm khuẩn sơ sinh, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em, 197-203.
5. **Nguyễn Đình Đông** (2018). Nghiên cứu kết quả xử trí ối vỡ non, ối vỡ sớm giai đoạn Ia ở tuổi thai từ 28 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Thị Thu Hà, Đỗ Tuấn Đạt, Phan Thị Huyền Thương** (2024). Kết quả điều trị các trường hợp ối vỡ non ở tuổi thai từ 24 - 34 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 534(1).
7. **Menon R. Richardson LS.** (2017). Preterm prelabor rupture of the membranes: A disease of the fetal membranes. Semin Perinatol. 2017 Nov;41(7):409-419
8. **Đặng Văn Ouy, Đỗ Tuấn Đạt** (2024). Đặc điểm lâm sàng của thai phụ ối vỡ non ở tuổi thai từ 24 - 34 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam, 537(1).
9. **Phạm Văn Khương** (2008). Nghiên cứu cách xử trí ối vỡ non tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2008. Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

## NỒNG ĐỘ CORTISOL TOÀN PHẦN HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN CÓ NHIỄM TRÙNG DỊCH CỔ TRƯỞNG

Phạm Thị Linh Chi<sup>1</sup>, Trần Ngọc Ánh<sup>1,2</sup>,  
Dương Công Thành<sup>2</sup>, Đặng Quang Liêu<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

Tỷ lệ nhiễm khuẩn ở bệnh nhân xơ gan là 25% đến 35%<sup>1</sup>. Tỷ lệ tử vong khi nhập viện của bệnh nhân xơ gan có nhiễm khuẩn là khoảng 15%, cao gấp 2 lần so với bệnh nhân xơ gan không bị nhiễm khuẩn. **Mục tiêu:** Khảo sát nồng độ cortisol toàn phần trong huyết thanh ở bệnh nhân xơ gan có nhiễm trùng dịch ổ bụng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên 41 bệnh nhân xơ gan có nhiễm trùng dịch ổ bụng theo phân loại Atlanta 2012<sup>2</sup> tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Trung tâm Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025. **Kết quả:** Trung vị nồng độ cortisol toàn phần huyết thanh lúc 8 giờ sáng: 271,50 µg/dL, ở BN xơ gan cổ trướng có nhiễm khuẩn dịch màng bụng. Trung vị của điểm MELD Na trong nhóm nghiên cứu là 21 điểm. Trung vị giá trị bạch cầu máu ngoại vi và giá trị CRPhs của các bệnh nhân nghiên cứu lần lượt là 6,48 G/L và 9,05 mg/L. Phân tích ROC cho chỉ số cortisol 8h nhằm dự báo nhiễm khuẩn dịch màng bụng cho thấy diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,27. Nghiên cứu chỉ ra rằng chỉ số cortisol không có giá trị chẩn đoán cao trong dự

đoán nhiễm trùng dịch ổ bụng ở quần thể nghiên cứu này. **Kết luận:** Nồng độ Cortisol toàn phần huyết thanh có thể là một chỉ số đánh giá tình trạng suy thượng thận ở bệnh nhân xơ gan nhưng không không có giá trị trong dự báo nhiễm trùng nhiễm dịch ổ bụng ở bệnh nhân xơ gan trong nghiên cứu này.

**Từ khóa:** Xơ gan, nhiễm trùng dịch ổ bụng.

#### SUMMARY

##### SURVEY OF SERUM TOTAL CORTISOL LEVELS IN CIRRHOTIC PATIENTS WITH SPONTANEOUS BACTERIAL PERITONITIS

The prevalence of infections in cirrhotic patients ranges from 25% to 35%<sup>1</sup>. The in-hospital mortality rate among cirrhotic patients with infection is approximately 15%, which is twice as high as that of cirrhotic patients without infection. **Objective:** To investigate the serum total cortisol concentration in cirrhotic patients with spontaneous bacterial peritonitis (SBP). **Subjects and Methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 41 cirrhotic patients diagnosed with SBP according to the Atlanta 2012 criteria<sup>2</sup>. The study was carried out at Hanoi Medical University Hospital and the Gastroenterology Center, Bach Mai Hospital, from August 2024 to June 2025. **Results:** The median serum total cortisol concentration at 8 a.m. was 271.50 µg/dL, which was lower than the diagnostic threshold for adrenal insufficiency in cirrhotic patients (<275 nmol/L), as defined by the Society of Critical Care Medicine (SCCM) and the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) 2017. The median MELD-Na score in the study cohort was 21. The

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Linh Chi

Email: phamlinhchi144.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025