

- Strategies for Regenerative Medicine: From Processing Techniques to Applications", BioMed Research International, Vol. 2017, pp. 9831534 - 13
4. **ISO** (2009) "10993-5. Biological evaluation of medical devices, Part 5: Tests for in vitro cytotoxicity". Int Stand. 3, 1-42.
 5. **Kumar P, Nagarajan A, Uchil PD** (2018), "Analysis of Cell Viability by the MTT Assay", Cold Spring Harbor Protocols Vol. 2018 (6), pp. 469 - 471.
 6. **My Thi Ngoc Nguyen, Ha Le Bao Tran** (2018), "Effect of Modified Bovine Pericardium on Human Gingival Fibroblasts in vitro", Cells Tissues Organs, Vol. 206 (6), pp. 296 - 307
 7. **Nakamura N, Kimura T, Kishida A** (2017), "Overview of the Development, Applications, and Future Perspectives of Decellularized Tissues and Organs", ACS Biomaterials Science & Engineering, Vol. 3 (7), pp. 1236-1244.
 8. **Tolosa. L, Donato. M. T, Gómez-Lechón. M. J** (2018) "General Cytotoxicity Assessment by Means of the MTT Assay". Methods Mol Biol, 1250, 333-48MTT9.Vallecillo-Rivas M, Toledano-Osorio M, 9.Vallecillo C, Toledano M, Osorio R (2021), "The Collagen Origin Influences the Degradation Kinetics of Guided Bone Regeneration Membranes", Polymers, Vol. 13 (17), pp. 3007.

NGHIÊN CỨU XỬ TRÍ THIỂU ỒI Ở TUỔI THAI ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Cần Bá Quát¹, Hoàng Thị Ngọc Trâm¹, Trương Văn Vũ¹,
Nguyễn Thị Mơ¹, Chu Tiểu Yến¹

TÓM TẮT

Thiểu ối làm tăng nguy cơ suy thai và đẻ khó vì chèn ép dây rốn và thai khó bình chỉnh tốt trong chuyển dạ. **Mục tiêu:** Đánh giá kết cục thai kỳ của các thai phụ thiểu ối ở tuổi thai đủ tháng tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2022. **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Có 1 thai, tuổi thai từ 37 tuần trở lên được chẩn đoán thiểu ối khi siêu âm có chỉ số AFI < 5cm. **Tiêu chuẩn loại trừ:** Thai phụ đang mắc bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn toàn thân, lao phổi, viêm gan, không đẻ tại viện, ối ít do rỉ ối, ối vỡ. **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả, cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi mẹ trung bình là 27,7 ± 5 tuổi. Nhóm thai quá ngày dự kiến sinh chiếm 7,5%. Tỷ lệ thai phụ khi nhập viện chưa chuyển dạ chiếm 35,8%. Nhóm chỉ số ối ở mức 21 – 40mm chiếm 64,18%, nhóm có chỉ số ối ≤ 20mm chiếm 19,4%. Tỷ lệ mổ lấy thai là 85,1%. Chỉ định mổ lấy thai là do chỉ số ối ≤ 20mm chiếm 27,2%. 9,7% trường hợp hồi cứu không có nước ối sau đẻ.

Từ khóa: Thiểu ối, kết quả xử trí sản khoa

SUMMARY

AN INVESTIGATION OF TREATMENT OF OLIGOHYDRAMNIOS IN PREGNANCY FULL-TERM AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Oligohydramnios increases the risk factors for fetal distress and difficult delivery because of umbilical cord compression and the fetus is difficult to adjust well during labor. **Objective:** To evaluate treatment outcomes of pregnant women with oligohydramnios with pregnancy full-term at Thai Nguyen National Hospital in 2022. **Selection criteria:** Pregnant

woman has a fetus, gestation age from 37 weeks or more, diagnosed with oligohydramnios on ultrasound with AFI < 5cm. **Exclusion criteria:** Pregnant women with acute diseases: systemic infections, tuberculosis, hepatitis, not giving birth at the hospital, low amniotic fluid due to amniotic fluid leakage, ruptured of the membranes. **Study methods:** Description, cross section. **Result:** Mean age of samples 27,7 ± 5.0 years old. The group of estimated due date beyond accounted for 7.5%. The rate of pregnant women who did not go into labor when admitted to the hospital accounted for 35.8%. The group with amniotic fluid index at 21 – 40mm accounted for 64.18%, the group with amniotic fluid index ≤ 20mm accounted for 19.4%. The rate of cesarean section accounted for 85.1%. Indication for cesarean section is due to amniotic index ≤ 20mm accounting for 27.2%. 9.7% of the retrospective cases did not have amniotic fluid after delivery.

Keywords: Oligohydramnios, Result of obstetric

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiểu ối luôn là vấn đề được nhiều nhà sản khoa quan tâm nghiên cứu. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về mối liên quan của thiểu ối và thai nghén cũng như ảnh hưởng của thiểu ối với thai nghén. Tại Israel, năm 2015 một nghiên cứu phân tích trên gần 36.000 phụ nữ có thai nhận thấy có khoảng 6.7% phụ nữ gặp thiểu ối không rõ nguyên nhân, trong đó tỷ lệ mổ lấy thai cao hơn 2,07 lần, và tỷ lệ trẻ sơ sinh phải nằm điều trị tại các đơn vị điều trị tích cực cũng cao hơn gấp 1,47 lần so với nhóm có chỉ số nước ối bình thường[7]. Tại bệnh viện Phụ sản Trung ương (2017), Hoàng Phương Thảo nghiên cứu kết quả thai nghén của các trường hợp thiểu ối từ 22 đến 37 tuần nhận thấy tuổi thai trung bình kết thúc thai nghén là 32,5 tuần [5]. Thiểu

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Cần Bá Quát
Email: quatsantn1@gmail.com
Ngày nhận bài: 16.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 11.5.2023
Ngày duyệt bài: 23.5.2023

ối làm tăng nguy cơ suy thai và đẻ khó vì chèn ép dây rốn và thai khó bình chính tốt trong chuyển dạ. Vì vậy, cần phải theo dõi sát các yếu tố chuyển dạ để có tiên lượng và xử trí kịp thời. Với mong muốn tìm hiểu rõ hơn về xử trí thiếu ối khi thai đủ tháng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu xử trí thiếu ối ở tuổi thai đủ tháng tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên" với mục tiêu: *Đánh giá kết cục thai kỳ của các thai phụ thiếu ối ở tuổi thai đủ tháng tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Có 1 thai, tuổi thai từ 37 tuần trở lên (theo dự kiến sinh xác định bởi siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ hoặc tính theo ngày đầu kỳ kinh cuối nếu nhớ chính xác và kinh nguyệt đều) được chẩn đoán thiếu ối khi siêu âm có chỉ số AFI < 5cm.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Thai phụ đang mắc bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn toàn thân, lao phổi, viêm gan, không đẻ tại viện, ối ít do rỉ ối, ối vỡ.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: mô tả, cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu, cách chọn mẫu: thuận tiện có chủ đích. Tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu đều được lấy vào nghiên cứu.

2.5. Thời gian, địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm Sản phụ khoa – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ ngày 01/01/2022 đến hết ngày 31/12/2022.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Việc nghiên cứu được ban giám đốc bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho phép tiến hành.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi mẹ

Nhóm tuổi (tuổi)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
< 20	3	2,2
20 - 34	116	86,6
≥ 35	15	11,2
Tổng	134	100
X±SD	27,7 ± 5,3	

Nhận xét: Tuổi mẹ trung bình là 27,7 ± 5 tuổi.

Bảng 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo số lần đẻ

Số lần đẻ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Con so	80	59,7
Con rạ	54	40,3
Tổng	134	100

Nhận xét: Tỉ lệ thiếu ối ở thai phụ con so là 59,7% và con rạ là 40,3%.

Bảng 3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi thai kết thúc thai nghén

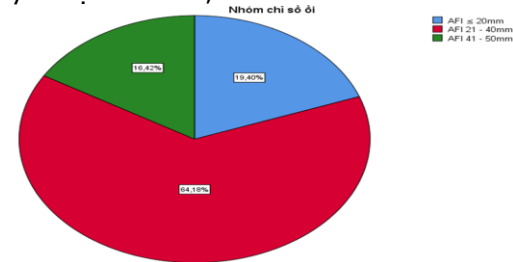
Tuổi thai kết thúc thai nghén	Số lượng	Tỉ lệ (%)
37 – 41 tuần	124	92,5
> 41 tuần	10	7,5
Tổng	134	100

Nhận xét: Nhóm thai quá ngày dự kiến sinh chiếm 7,5%.



Biểu đồ 1. Tình trạng chuyển dạ khi nhập viện

Nhận xét: Tỉ lệ thai phụ khi nhập viện chưa chuyển dạ chiếm 35,8%.



Biểu đồ 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo chỉ số nước ối

Nhận xét: Nhóm chỉ số ối từ 21 – 40mm chiếm 64,18%, nhóm có chỉ số ối ≤ 20mm chiếm 19,4%.

Bảng 5. Phương pháp đẻ của đối tượng nghiên cứu

Phương pháp đẻ	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đẻ đường âm đạo	20	14,9
Mổ lấy thai	114	85,1
Tổng	134	100

Nhận xét: Tỉ lệ mổ lấy thai là 85,1%, đẻ đường âm đạo chiếm 14,9%.

Bảng 6. Các chỉ định mổ lấy thai

Các nguyên nhân mổ lấy thai	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Về phía mẹ	Seo mổ cũ	18, 15,8
	Tiền sản giật nặng	4, 3,5
	Cổ tử cung không tiến triển	11, 9,6
Về phía thai	Suy thai	18, 15,8
	Ngôi bất thường	7, 6,1
Về phía phần phụ của thai	Chỉ số ối ≤ 20mm	31, 27,2
	Rau tiền đạo	0, 0
Khác	25	21,9

Nhận xét: Nguyên nhân mổ lấy thai chủ yếu là do chỉ số ối $\leq 20\text{mm}$ chiếm 27,2%.

Bảng 7. Hồi cứu đặc điểm nước ối sau đẻ

Màu sắc nước ối	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Trong	89	66,4
Xanh	32	23,9
Không có nước ối	13	9,7
Tổng	134	100

Nhận xét: Nước ối trong chiếm 66,4%; 23,9% nước ối xanh, 9,7% trường hợp không có nước ối.

Bảng 8. Mối liên quan giữa phương pháp đẻ và chỉ số Apgar phút thứ nhất của trẻ sơ sinh

Phương pháp đẻ	Apgar phút thứ nhất ≤ 7 điểm		Apgar phút thứ nhất > 7 điểm		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Đẻ đường âm đạo	3	15	17	85	>
Mổ lấy thai	7	6,1	107	93,9	0,05
Tổng	10	7,5	124	92,5	

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa đẻ hay mổ lấy thai với tình trạng apgar của trẻ sơ sinh ở phút thứ nhất với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, có 86,6% thai phụ thiếu ối trong nhóm 20-34 tuổi, có thể lí do đây thuộc nhóm tuổi sinh đẻ. Theo nghiên cứu của Petrozella và cộng sự (2011), tuổi thai phụ trung bình của các trường hợp thiếu ối là 27 tuổi, kết quả này tương tự như nghiên cứu của chúng tôi [9]. Tuy nhiên, các số liệu này chỉ cho thấy đặc điểm về tuổi mẹ của nhóm nghiên cứu chứ không thể hiện mức độ ảnh hưởng của tuổi mẹ đến nguy cơ thiếu ối.

Bảng 2 cho thấy trong tiền sử đẻ con lần đầu chiếm 59,7% và còn lại là đẻ con lần 2 trở lên. Như vậy, tỷ lệ đẻ con so lớn hơn đẻ con rạ trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của Đinh Lương Thái (2012) [4]. Các nghiên cứu khác cũng cho những kết quả khác nhau, nghiên cứu của Lê Lam Hương (2014) tỷ lệ đẻ con rạ chiếm 65,5% [2], nghiên cứu của Phạm Minh Giang (2014) tỷ lệ các trường hợp đẻ con rạ chiếm 60,8% [1].

Tuổi thai 37 đến 41 tuần bị thiếu ối chiếm tỉ lệ cao nhất 92,5%, trong đó mức CSNO $\leq 20\text{mm}$ có 23 trường hợp chiếm 18,5%. Tuổi thai > 41 tuần chiếm 7,5%, trong đó có tới 80% các trường hợp có CSNO dưới 40mm. So sánh với nghiên cứu của Ninh Văn Minh năm 2013, tỷ lệ thai > 41 tuần bị thiếu ối chiếm 27,4%, 20% trong số đó có mức thiếu ối dưới 20mm và hơn một nửa là CSNO $< 40\text{mm}$ [6]. Nghiên cứu của

Ninh Văn Minh đề cập tới các thai từ 28 tuần trở lên trong tổng số đẻ vào năm 2010 - 2011 trong khi nghiên cứu này tiến hành trên các thai từ 37 tuần trở lên. Mặt khác, hiện nay cùng với sự tiến bộ trong quản lý thai kỳ, công tác tuyên truyền giáo dục sức khỏe tới phụ nữ có thai cũng như sự nâng cao về dân trí, đa số các thai phụ đến viện ở tuổi thai đủ tháng, ít trường hợp đẻ thai quá ngày sinh mới đến viện nên tỉ lệ thai quá ngày sinh trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Tuy nhiên, nhìn chung 2 nghiên cứu đều cho thấy rằng tuổi thai càng quá ngày dự kiến sinh càng có nguy cơ thiếu ối. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Phelan rằng thể tích nước ối giảm dần đi khi thai từ 37 - 41 tuần, mỗi tuần 10ml và giảm 33% khi thai già tháng [8].

Đã có nhiều nghiên cứu cho rằng thiếu ối làm tăng chỉ định mổ lấy thai do suy thai, ngôi bất thường và gây chuyển dạ thất bại.

Trong nghiên cứu này có 114/134 thai bị thiếu ối vào phòng đẻ có chỉ định mổ lấy thai, chiếm 85,1%. Trong số đó, nguyên nhân chỉ số ối $\leq 20\text{mm}$ chiếm tỉ lệ cao nhất là 27,2%, do suy thai và sẹo mổ cũ chiếm 15,8%, cổ tử cung không tiến triển chiếm 9,6%, ngôi bất thường là 6,1%, và thấp nhất là tiền sản giật nặng chiếm 3,5%, các nguyên nhân khác chiếm 21,9%. Những trường hợp này dường như là bất khả kháng khi thai đã đủ tháng. Trong số đó có 1 trường hợp thai kém phát triển trong tử cung mẹ bị tiền sản giật, con cân nặng $< 2000\text{gr}$, Apgar phút thứ nhất < 7 điểm, ra viện sau 11 ngày do có nhiễm trùng sau mổ.

Tỉ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu này của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác như của Ninh Văn Minh là 63,3% [6], Phạm Thị Thu Hồng là 64,4% [3]. Sự khác biệt này có thể được giải thích là do nghiên cứu của Ninh Văn Minh và Phạm Thị Thu Hồng nguyên nhân mổ lấy thai do chuyển dạ không tiến triển chiếm tỉ lệ cao nhất, còn của chúng tôi thì chỉ số ối $\leq 20\text{mm}$ là nguyên nhân chính của mổ lấy thai.

Ngạt sơ sinh là một biến chứng rất đáng lưu tâm trong thiếu ối. Nguyên nhân gây ngạt trong thiếu ối phụ thuộc nhiều vào nguyên nhân gây thiếu ối, trong thiếu ối do thai chậm phát triển trong tử cung, ngạt là hậu quả của suy thai trường diễn. Trong chuyển dạ, do thiếu ối làm giảm thể tích tử cung, khi chuyển dạ xuất hiện cơ co làm thai nhi bị bóp chặt và chèn ép dây rốn dẫn đến suy thai cấp.

Trong nghiên cứu này có 45 trường hợp bất thường về nước ối, trong đó có 32 trường hợp ối xanh và 13 trường hợp không có nước ối, khi mổ

ra có 10 trẻ trong số này có điểm số Apgar ở phút thứ 1 < 7 điểm và có 5/10 trẻ bị suy hô hấp phải can thiệp điều trị Nhi khoa. Những trẻ này bị bệnh do hội chứng hít phải phân xu. Như vậy khi thai có nước ối nhuộm phân xu thì nguy cơ trẻ sơ sinh bị ngạt (chỉ số Apgar ở phút thứ 1 < 7 điểm) cao hơn. Đây chính là lý do để chúng ta phải xử lý càng sớm càng tốt khi đã phát hiện nước ối lẫn phân xu.

Kiểm định cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số Apgar phút thứ nhất giữa 2 nhóm đẻ đường âm đạo và mổ lấy thai với $p > 0,05$, độ tin cậy 95%. Do đó phương pháp đẻ có thể không phải là một yếu tố ảnh hưởng đến Apgar phút thứ nhất của trẻ sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

Tuổi mẹ trung bình là $27,7 \pm 5$ tuổi. Nhóm thai quá ngày dự kiến sinh chiếm 7,5%. Tỷ lệ thai phụ khi nhập viện chưa chuyển dạ chiếm 35,8%. Nhóm chỉ số ối 21 – 40mm chiếm 64,18%, nhóm có chỉ số ối ≤ 20 mm chiếm 19,4%. Tỷ lệ mổ lấy thai là 85,1%, đẻ đường âm đạo chiếm 14,9%. Nguyên nhân mổ lấy thai là do chỉ số ối ≤ 20 mm chiếm 27,2%. Không có mối liên quan giữa đẻ hay mổ lấy thai với tình trạng apgar của trẻ sơ sinh ở phút thứ nhất với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Minh Giang (2014), "Nghiên cứu các

- trường hợp thiếu ối ở tuổi thai từ 13 đến 37 tuần tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương", Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. Lê Lam Hương (2014), "Nghiên cứu tình hình chuyển dạ của sản phụ mang thai thiếu ối", Tạp chí phụ sản. 12(3), tr. 70 - 73.
3. Võ Đông Hải và Nguyễn Trung Kiên Phạm Thị Thu Hồng (2018), "Tình hình, mức độ thiếu ối và một số yếu tố liên quan ở sản phụ mang thai đủ tháng tại bệnh viện Sản Nhi An Giang", Tạp chí Y dược học Cần Thơ, tr. 5 - 12.
4. Đinh Lương Thái (2012), "Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và thái độ xử trí với thai từ 22 đến 37 tuần bị thiếu ối tại bệnh viện Phụ sản Trung ương", Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Hoàng Phương Thảo (2017), "Nghiên cứu kết quả thai nghén của các trường hợp thiếu ối từ 22 đến 37 tuần tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương", Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Ninh Văn Minh (2013), "Thiếu ối ở thai trên 28 tuần, các yếu tố liên quan và phương pháp xử trí tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình", Tạp chí Y học thực hành. 874(6), tr. 90-1.
7. Sima S.Nagawkar Guy shrem, Mordechai Hallk và Asnat Walfisch (2016), "Isolated Oligohydramnios at Term as an Indication for Labor Induction: A Systematic Review and Meta-Analysis", Fetal Diagn Ther. 4, tr. 1015 - 3837.
8. J. P. Phelan và các cộng sự. (1987), "Amniotic fluid volume assessment with the four-quadrant technique at 36-42 weeks' gestation", J Reprod Med. 32(7), tr. 540-2.
9. L. N. Petrozella và các cộng sự. (2011), "Clinical significance of borderline amniotic fluid index and oligohydramnios in preterm pregnancy", Obstet Gynecol. 117(2 Pt 1), tr. 338-342.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA KIỂU LẮNG ĐỘNG KHÁNG THỂ KHÁNG NHÂN TRÊN MIỀN DỊCH HUỖNH QUANG GIÁN TIẾP VÀ SỰ LƯU HÀNH CÁC KHÁNG THỂ ĐẶC HIỆU TRONG CÁC BỆNH LÝ TỰ MIỄN HỆ THỐNG THƯỜNG GẶP

Nguyễn Văn Đĩnh^{1,2,3}, Nguyễn Thị Hoài Phương¹
Nguyễn Huy Đông⁴, Nguyễn Thị Hồng Nhi², Trương Công Duẩn¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Bệnh tự miễn gồm khoảng 100 bệnh lý khác nhau ảnh hưởng đến khoảng 3-5% dân số. ANA là một dấu ấn sinh học quan trọng, được phát

hiện thông qua phương pháp IIF. Phương pháp này được áp dụng ở một số cơ sở khám chữa bệnh, tuy nhiên chưa có sự đánh giá đồng bộ và đầy đủ về các tự kháng thể lưu hành. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang của 110 hồ sơ có chẩn đoán bệnh tự miễn hệ thống tại bệnh viện Vinmec Times City từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 6 năm 2022 có kết quả ANA bằng phương pháp IIF. **Kết quả:** Tỷ lệ ANA dương tính như sau: UCTD 82.3%, SSc 77.8%, SLE 70.6%, SS 71.4%, PM/DM 53.3%. Kiểu lắng đọng huỳnh quang thường gặp nhất là lốm đốm và đồng nhất. Kiểu lắng đọng đồng nhất thường phát hiện các tự kháng thể dsDNA, histone, nucleosomes. Tự kháng thể kháng Scl-70, Ro-52 được tìm thấy trong cả năm bệnh được nghiên cứu. **Kết luận:** ANA có tỷ lệ dương tính cao ở các bệnh tự miễn bao gồm UCTD, SSc, SLE,

¹Bệnh viện Vinmec Times City

²Đại Học VinUniversity

³Đại học Penn State, Hoa Kỳ

⁴Trường Đại Học Y tế Công Cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đĩnh

Email: v.dinhv6@vinmec.com

Ngày nhận bài: 15.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023