

the Treatment of Melasma and Solar Lentigo in Asians: Prospective, Randomized, and Split-Face

Comparative Study", Dermatol Surg, pp. 1-14.

## KẾT CỤC THAI KỲ CỦA CÁC THAI PHỤ THIỂU ỒI NON THÁNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Chu Tiểu Yến<sup>1</sup>, Phạm Mỹ Hoài<sup>1</sup>, Lương Hoàng Thành<sup>2,3</sup>

### TÓM TẮT

Thiểu ối là một trường hợp thai nghén nguy cơ cao, lượng nước ối giảm sẽ gây ảnh hưởng trực tiếp đến sự phát triển của thai nhi, làm tăng nguy cơ suy thai, tăng tỷ lệ tử vong chu sinh và mắc các dị tật bẩm sinh. **Mục tiêu:** Nhận xét kết cục thai kỳ của các thai phụ thiểu ối non tháng tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 148 thai phụ thiểu ối có tuổi thai từ 28 đến dưới 37 tuần điều trị tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 01/2020 đến hết tháng 12/2022. **Kết quả:** Tuổi mẹ trung bình 28,4 ± 5,8 tuổi. Tuổi thai trung bình kết thúc thai nghén 34,4 ± 2,6 tuần. Có 64,2% trường hợp thai phụ kết thúc thai nghén khi chưa có chuyển dạ. Tỷ lệ mổ lấy thai là 79,1%, đẻ đường âm đạo chiếm 20,9%. Nguyên nhân mổ lấy thai do AFI ≤ 28mm chiếm 44,4%, do suy thai 15,4%. Tỷ lệ nước ối xanh bẩn 24,8%. Trẻ suy hô hấp sau sinh chiếm 14,2% số trường hợp và tỷ lệ tử vong chu sinh là 10,1%. **Kết luận:** Thiếu ối gây những ảnh hưởng bất lợi đến kết quả chu sinh.

**Từ khóa:** thiếu ối, kết cục thai kỳ

### SUMMARY

#### OBSTETRIC OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN WITH OLIGOHYDRAMNIOS IN PRETERM PREGNANCY AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Oligohydramnios is a case of high risk pregnancy, decreasing amniotic fluid level caused directly affect the development of the fetus, increased the risk of fetal distress, increased rates of perinatal mortality and neonatal congenital malformation. **Objectives:** To comment on obstetric outcomes of pregnant women with oligohydramnios preterm pregnancy at Thai Nguyen national hospital in 2022. **Subjects and research methods:** Descriptive cross-sectional study method on 148 pregnant women with oligohydramnios in gestational age from 28 to under 37 weeks who were treated at Thai Nguyen national hospital from 01/2020 to the end of 12/2022. **Results:** The mean maternal age was 28.4 ± 5.8 years old. The mean

gestational age at delivery was 34.4 ± 2.6 weeks. There are 64.2% cases of pregnant women ending the pregnancy when there is no labor. The rate of cesarean section was 79.1%, vaginal delivery accounted for 20.9%. The cause of cesarean section due to AFI ≤ 28mm accounted for 44.4% and fetal distress 15.4%. The rate of meconium-stained amniotic fluid was 24.8%. The infants with postnatal respiratory failure accounted for 14.2% of cases and perinatal mortality was 10.1%. **Conclusion:** Oligohydramnios has adverse effects on perinatal outcomes.

**Keywords:** oligohydramnios, obstetric outcomes

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nước ối có vai trò quan trọng đối với sự sống và phát triển của thai nhi trong tử cung, đây là môi trường giàu chất dinh dưỡng, có khả năng tái tạo và trao đổi. Do vậy, mọi bất thường về số lượng nước ối đều có thể gây ra những ảnh hưởng không tốt đến thai kỳ, trong đó thiếu ối có thể ảnh hưởng trực tiếp đến sự phát triển của thai cũng như ảnh hưởng đến tâm lý của thai phụ và gia đình.

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 thiếu ối và thai nghén cũng như ảnh hưởng của thiếu ối với thai nghén. Theo L. Figueroa và các cộng sự (2020) nhóm thiếu ối có tỷ lệ thai chết lưu cao gấp 5 lần và tỷ lệ tử vong sơ sinh cao gấp 3 lần so với nhóm có thể tích nước ối bình thường [7]. Tại Việt Nam, cho đến nay đã có khá nhiều công trình nghiên cứu về thiếu ối. Theo Phạm Minh Giang (2016), thời điểm chẩn đoán thiếu ối ở tuổi thai càng sớm thì tuổi thai khi kết thúc thai nghén càng nhỏ, tức là nguy cơ đẻ non càng cao, kết quả thai nghén cho thấy trọng lượng trung bình của trẻ sơ sinh thấp 1642 ± 869gam và tỉ lệ bệnh tật của trẻ sơ sinh rất cao, chiếm 63,2% trường hợp [2].

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là một trung tâm y tế chuyên sâu, tuyến cuối tiếp nhận các trường hợp thai nghén nguy cơ cao của khu vực miền núi phía Bắc. Tuy nhiên cho đến nay, tại bệnh viện chưa có nghiên cứu nào về vấn đề thiếu ối ở thai non tháng. Vì vậy, để tìm hiểu về cách xử trí ở các thai phụ thiểu ối non tháng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Kết cục

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia

<sup>3</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Chu Tiểu Yến

Email: chutieu.yen.dhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2023

Ngày duyệt bài: 21.9.2023

thai kỳ của các thai phụ thiếu ối non tháng tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên" với mục tiêu: *Nhận xét kết cục thai kỳ của các thai phụ thiếu ối non tháng tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên giai đoạn 2020 – 2022.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả hồ sơ bệnh án của các thai phụ đã được chẩn đoán thiếu ối và kết thúc thai kỳ ở tuổi thai non tháng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi thai từ 28 tuần 0 ngày đến 36 tuần 6 ngày.
- Có một thai.
- Chẩn đoán thiếu ối khi siêu âm có chỉ số ối (AFI) nhỏ hơn 5cm [4].

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai phụ đang mắc bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn toàn thân, lao phổi, viêm gan,...
- Thai phụ không đẻ tại viện.
- Thiếu ối do rì ối, ối vỡ.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang

### 2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu toàn bộ
- Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu có chủ đích, cách lấy mẫu thuận tiện.

Tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu đều được lấy vào nghiên cứu.

### 2.4. Xử lý số liệu

- Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng chương trình thống kê y học SPSS Statistics 25.
- Sử dụng các thuật toán thống kê trong y học. Các phép tính bao gồm: tính giá trị trung bình, tính tỷ lệ phần trăm, kiểm định chi bình phương, kiểm định mối tương quan giữa biến định tính và biến định lượng...

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 6. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi mẹ	< 20 tuổi	7	4,7
	20 – 34	117	79,1
	≥ 35	24	16,2
Nghề nghiệp	Cán bộ	32	21,6
	Công nhân	39	26,4
	Nông dân	54	36,5
	Nghề khác	23	15,5
Tiền sử sản	Con so	67	45,3

khoa	Con rạ	81	54,7
Bệnh lý trong quá trình mang thai	Bình thường	123	83,1
	Tiền sản giật	19	12,8
	Đái tháo đường thai kỳ	3	2,0
	Bệnh khác	3	2,0

**Nhận xét:** Tuổi mẹ trung bình là  $28,4 \pm 5,8$  tuổi. Đa số thai phụ thuộc nhóm 20 – 34 tuổi, chiếm 79,1%. Thai phụ là nông dân chiếm tỉ lệ cao nhất 36,5%. Tỉ lệ con so 45,3% và con rạ 54,7%. Có 12,8% thai phụ bị tiền sản giật trong quá trình mang thai, còn lại là đái tháo đường thai kỳ và bệnh lý khác cùng chiếm tỷ lệ 2%.

**3.2. Kết cục thai kỳ của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 7. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi thai kết thúc thai kỳ**

Tuổi thai (tuần)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
28 đến 31	26	17,6
32 đến 33	6	4,1
34 đến 36	116	78,4
Tuổi thai trung bình	$34,4 \pm 2,6$ tuần	

**Nhận xét:** Tuổi thai kết thúc thai nghén trung bình là  $34,4 \pm 2,6$  tuần. Nhóm tuổi thai từ 34 đến 36 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất là 78,4%. Nhóm từ 28 đến 31 tuần chiếm 17,6% và nhóm từ 32 đến 33 tuần chiếm tỉ lệ ít nhất 4,1%.

**Bảng 8. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tình trạng chuyển dạ tại thời điểm kết thúc thai kỳ**

Tình trạng chuyển dạ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đã chuyển dạ	53	35,8
Chưa chuyển dạ	95	64,2
<b>Tổng</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tại thời điểm kết thúc thai kỳ, tỷ lệ thai phụ chưa chuyển dạ chiếm 64,2% và đã chuyển dạ là 35,8%.

**Bảng 9. Phân bố các nguyên nhân đình chỉ thai nghén ở thai phụ chưa chuyển dạ**

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thai chết lưu	6	6,3
Thai dị tật	16	16,8
Thai chậm tăng trưởng trong tử cung	15	16,9
Suy thai	1	1,1
Chỉ số ối ≤ 28mm	51	53,7
Tiền sản giật nặng	6	6,3

**Nhận xét:** Ở các thai phụ chưa chuyển dạ, nguyên nhân phải đình chỉ thai do thai chết lưu chiếm 6,3% và do thai dị tật chiếm 16,8%. Các trường hợp thiếu ối phải kết thúc thai nghén sớm

nguyên nhân do CSNO ≤ 28mm chiếm tỷ lệ cao nhất 53,7%, do thai chậm phát triển nặng trong tử cung là 16,9%, do thai suy là 1,1%, do mẹ bị tiền sản giật nặng chiếm 6,3%.

**Bảng 10. Phân bố phương pháp đẻ theo chỉ số nước ối**

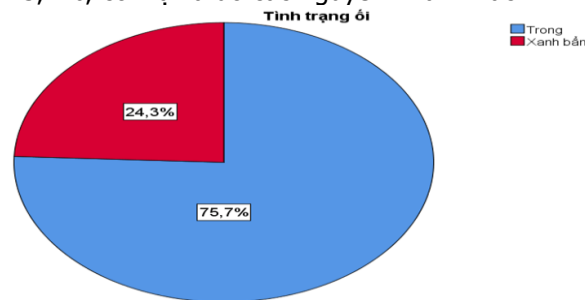
Phương pháp đẻ CSNO (mm)	Đẻ đường âm đạo		Mổ lấy thai		Tổng số		p
	n	%	n	%	n	%	
≤ 28	6	9	61	91	67	100	0,001
> 28	25	30,9	56	69,1	81	100	
Tổng số	31	20,9	117	79,1	148	100	

**Nhận xét:** Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 79,1% và đẻ đường âm đạo là 20,9%. Tỷ lệ mổ lấy thai trong nhóm có CSNO ≤ 28mm là 91% cao hơn so với nhóm có CSNO > 28mm là 69,1%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**Bảng 11. Phân bố các nguyên nhân mổ lấy thai của đối tượng nghiên cứu**

Các nguyên nhân mổ lấy thai	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Chỉ số ối ≤ 28mm	52	44,4
Sẹo mổ cũ	39	33,3
Tiền sản giật	18	15,4
Chuyển dạ đình trệ	3	2,6
Suy thai	18	15,4
Ngôi bất thường	14	12
Thai chậm tăng trưởng trong tử cung	16	13,7
Khác	15	12,8

**Nhận xét:** Nguyên nhân mổ lấy thai do CSNO ≤ 28mm chiếm tỉ lệ cao nhất 44,4%. Nguyên nhân do sẹo mổ cũ chiếm 33,3%, do tiền sản giật và suy thai cùng chiếm tỉ lệ 15,4%, do thai chậm tăng trưởng trong tử cung chiếm 13,7%, còn lại là do các nguyên nhân khác.



**Biểu đồ 2. Hồi cứu đặc điểm nước ối sau sinh**

**Nhận xét:** Có 75,7% trường hợp có nước ối trong và 24,3% trường hợp nước ối xanh bản.

**Bảng 12. Trọng lượng sơ sinh trung bình theo CSNO**

CSNO (mm)	Trọng lượng sơ sinh trung bình (g)	p
≤ 28	2274,6 ± 628,7	0,893
> 28	2259,3 ± 737,0	
Chung	2266,2 ± 687,8	

**Nhận xét:** Trọng lượng trẻ sơ sinh trung bình của đối tượng nghiên cứu là 2266,2 ± 687,8gam. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị trung bình của trọng lượng trẻ sơ sinh ở 2 nhóm chỉ số nước ối (p > 0,05).

**Bảng 13. Tình trạng trẻ sơ sinh tại thời điểm ngay sau sinh**

Tình trạng trẻ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	106	71,6
Suy hô hấp	21	14,2
Vàng da	2	1,4
Dị tật bẩm sinh	17	11,5
Tử vong	15	10,1

**Nhận xét:** Có 71,6% số trẻ sơ sinh có tình trạng ngay sau sinh bình thường. Trẻ suy hô hấp sau sinh chiếm 14,2% trường hợp. Trẻ sau sinh có dị tật hình thái bẩm sinh quan sát được chiếm tỷ lệ 11,5% và 10,1% trường hợp tử vong sau sinh.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành từ ngày 01/01/2020 đến ngày 31/12/2022 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên ghi nhận được 148 trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu

##### 4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Tuổi thai phụ trung bình là 28,4 tuổi, trong đó trẻ nhất là 15 tuổi và lớn tuổi nhất 45 tuổi. Bảng 1 cho thấy tỷ lệ thiếu ối gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 20 – 34, chiếm 79,1%, nguyên nhân có thể do đây là độ tuổi sinh đẻ. Theo nghiên cứu của Mezigebu Molla (2022), tuổi thai phụ trung bình của các trường hợp thiếu ối là 27,4 ± 4,9 tuổi, kết quả này tương tự như nghiên cứu của chúng tôi [8]. 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.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số thai phụ là nông dân, chiếm 36,5%, tiếp đến là công nhân, cán bộ chiếm tỷ lệ lần lượt là 26,4% và 21,6%, còn lại là nghề khác. Đây chỉ là một đặc điểm của nhóm nghiên cứu này chứ chưa có điều kiện để tìm hiểu kỹ hơn về các yếu tố liên quan đến nghề nghiệp có phải là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ thiếu ối hay không. Để biết được điều này cần làm một nghiên cứu khác trên một quần thể lớn hơn đại diện được cho cộng đồng.

Tỷ lệ thai phụ đẻ con lần đầu chiếm 45,3%, còn lại là đẻ con lần hai trở lên. Như vậy, tỷ lệ đẻ con so thấp hơn so với đẻ con ọ. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của Phạm Minh

Giang (2016), Phạm Thị Thúy Hồng (2018) [2, 3] tuy nhiên mỗi liên hệ này chưa có ý nghĩa thống kê. Do đó dường như tiền sử sản khoa chưa phải là yếu tố có ý nghĩa trong bệnh sinh của thiếu ối.

Trong quá trình mang thai, có 27,9% thai phụ mắc bệnh lý. Chúng tôi gặp 12,8% thai phụ bị tiền sản giật. Như vậy, có thể thấy rằng tiền sản giật chính là một trong những nguyên nhân gây thiếu ối về phía mẹ. Mỗi liên quan giữa tiền sản giật và thiếu ối đã được nghiên cứu bởi nhiều tác giả. Theo nghiên cứu của Hongmei Ding (2022) cho thấy thai phụ bị tiền sản giật có nguy cơ bị thiếu ối cao hơn so với nhóm bình thường (lần lượt là 6,43 và 2,24%) [6].

**4.2. Kết cục thai kỳ.** Thiếu ối là một trong số các nguyên nhân thường gặp gây đẻ non. Do vậy, các trường hợp thiếu ối thường kết thúc thai nghén ở tuổi thai non tháng. Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi thai trung bình kết thúc thai nghén  $34,4 \pm 2,6$  tuần.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 95 trường hợp thai phụ chưa chuyển dạ tại thời điểm kết thúc thai nghén. Trong đó có 22 trường hợp phải đình chỉ thai, do thai chết lưu chiếm 6,3% và do thai dị tật chiếm 16,8%. Các trường hợp thiếu ối phải kết thúc thai nghén sớm nguyên nhân do CSNO  $\leq 28$ mm chiếm tỷ lệ cao nhất 53,7%, về phía thai có 2 nguyên nhân hay gặp nhất là thai suy và thai chậm tăng trưởng trong tử cung, ngoài ra có thể do nguyên nhân mẹ bị tiền sản giật nặng, chiếm 6,3%. Như vậy ở các trường hợp thai non tháng thiếu ối vì nhiều nguyên nhân mà không cần chờ chuyển dạ để có chỉ định kết thúc thai nghén.

Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 79,1% cao hơn so với tỉ lệ đẻ đường âm đạo là 20,9%. Đã có nhiều nghiên cứu cho rằng thiếu ối làm tăng tỉ lệ can thiệp sản khoa, theo Lette Figueroa (2020) mổ lấy thai thường được thực hiện ở những phụ nữ bị thiếu ối hơn những phụ nữ không bị thiếu ối (28,7% so với 13,5%, OR 2,07, KTC 95% 1,41, 3,03) [7], nghiên cứu của Lei Hoi (2020) cho thấy tỷ lệ sinh mổ cao hơn đáng kể ở những thai kỳ được xác định thiếu ối so với những thai kỳ không có (84,4% so với 54,7%,  $p < 0,001$ ) [5]. Trong 117 trường hợp mổ lấy thai, nguyên nhân vì CSNO  $\leq 28$ mm chiếm tỉ lệ cao nhất 44,4%. Trong nhóm có CSNO  $\leq 28$ mm, chỉ có 6 trường hợp đẻ đường âm đạo, bao gồm 2 trường hợp đẻ thai lưu và 4 trường hợp đẻ thai dị tật. Tỷ lệ mổ lấy thai trong nhóm có CSNO  $\leq 28$ mm là 91%, cao hơn so với nhóm có CSNO  $> 28$ mm là 69,1%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này phù hợp vì tại địa điểm

nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phác đồ xử trí mổ lấy thai khi có CSNO  $\leq 28$ mm.

Suy thai là một trong những hậu quả về phía thai thường gặp của thiếu ối, tỷ lệ mổ lấy thai vì suy thai này ở nghiên cứu của chúng tôi chiếm 15,4%, thấp hơn so với kết quả của Phạm Thị Thu Hồng (2018) là 26,3% [3]. Sự chênh lệch này có thể do các tác giả lựa chọn tuổi thai đủ tháng và đã loại trừ các trường hợp thai chết lưu. Nguyên nhân mổ lấy thai do sọ mổ cũ chiếm 33,3%, do tiền sản giật là 15,4%, do thai chậm tăng trưởng trong tử cung chiếm 13,7%, còn lại là do các nguyên nhân khác như thai IVF, rau tiền đạo, rau bong non, mẹ mắc các bệnh lý nội khoa...

Hồi cứu tình trạng ối sau sinh giúp đánh giá chính xác về số lượng, màu sắc nước ối cũng như ảnh hưởng của nước ối đến thai nhi. Trong nghiên cứu này có 24,3% trường hợp nước ối xanh bẩn, trong đó có 63,9% trường hợp phải mổ lấy thai và 36,1% trường hợp đẻ đường âm đạo. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Ninh Văn Minh với 26,7% nước ối bất thường, 63,3% mổ lấy thai, 36,7% đẻ đường âm đạo [1]. Có 8/21 trẻ có nước ối xanh bẩn bị suy hô hấp phải can thiệp điều trị Nhi khoa. Những trẻ này bị bệnh có thể hội chứng hít phải phân xu. Như vậy khi thai có nước ối nhuộm phân xu thì nguy cơ trẻ sơ sinh bị ngạt 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.

Trọng lượng trẻ sơ sinh trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $2266,2 \pm 687,8$ gam. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị trung bình của trọng lượng trẻ sơ sinh ở 2 nhóm CSNO  $\leq 28$ mm và CSNO  $> 28$ mm với  $p > 0,05$ .

Trong nghiên cứu này, có 29,4% trường hợp mắc bệnh sơ sinh, trong đó 21 trẻ suy hô hấp, 17 trẻ có dị tật hình thái bẩm sinh quan sát được, 15 trẻ tử vong và 2 trẻ có tình trạng vàng da bệnh lý. Tỷ lệ trẻ mắc bệnh sơ sinh của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Mezigebeu Molla là 26,14%[8], điều này cũng dễ hiểu vì lựa chọn đối tượng và tuổi thai khác nhau giữa các nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ tử vong chu sinh chiếm 10,1%, cao hơn so với kết quả của Lester Figueroa (2020) với tỷ lệ tử vong sơ sinh  $< 28$  ngày là 7,5% [7], sự chênh lệch này có thể do việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu của các tác giả về tuổi thai, tình trạng thai là khác nhau.

## V. KẾT LUẬN

Tuổi mẹ trung bình  $28,4 \pm 5,8$  tuổi. Tuổi thai trung bình kết thúc thai nghén  $34,4 \pm 2,6$  tuần.

Có 64,2% trường hợp thai phụ kết thúc thai nghén khi chưa có chuyển dạ. Tỷ lệ mổ lấy thai là 79,1%, đẻ đường âm đạo chiếm 20,9%. Nguyên nhân mổ lấy thai là do chỉ số ối  $\leq 28\text{mm}$  chiếm 44,4%, do suy thai 15,4%. Tỷ lệ nước ối xanh bẩn 24,8%. Trẻ suy hô hấp sau sinh chiếm 14,2% số trường hợp và tỷ lệ tử vong chu sinh là 10,1%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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.
2. **Trần Danh Cường Phạm Minh Giang** (2016), "Nghiên cứu một số nguyên nhân gây thiếu ối ở tuổi thai từ 13 đến 37 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương", Tạp chí Phụ sản. 13, tr. 76-9.
3. **Phạm Thị Thu Hồng, Võ Đông Hải và Nguyễn Trung Kiên** (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. 16, tr. 5 - 12.
4. **Bộ Y tế** (2015), "Thiếu ối", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, Hà Nội.
  5. **L. Hou và các cộng sự.** (2020), "Delivery mode and perinatal outcomes after diagnosis of oligohydramnios at term in China", J Matern Fetal Neonatal Med. 33(14), tr. 2408-2414.
  6. **H. Ding và các cộng sự.** (2022), "Correlation of amniotic fluid index and placental aquaporin 1 levels in terms of preeclampsia", Placenta. 117, tr. 169-178.
  7. **L. Figueroa và các cộng sự.** (2020), "Oligohydramnios: a prospective study of fetal, neonatal and maternal outcomes in low-middle income countries", Reprod Health. 17(1), tr. 19.
  8. **M. Molla và các cộng sự.** (2022), "Magnitude and associated factors of adverse perinatal outcomes among women with oligohydramnios at 3rd trimester at University of Gondar comprehensive specialized hospital, North West Ethiopia", Front Glob Womens Health. 3, tr. 958617.

## MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TÔN THƯƠNG VÙNG CỔ, GÁY TRONG BỆNH MADELUNG

Hoàng Ngọc Huỳnh<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Đức<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tổn thương vùng cổ, gáy trong bệnh Madelung. Đánh giá ảnh hưởng của các đặc điểm này đến chỉ định điều trị, phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca trên 20 bệnh nhân mắc bệnh Madelung có tổn thương vùng cổ, gáy được phẫu thuật cắt u mỡ trong thời gian từ tháng 05/2018 đến hết tháng 05/2023 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Bệnh Madelung chủ yếu xuất hiện ở những bệnh nhân nam giới với độ tuổi trung bình là 59,05. Các bệnh nhân này đều có tiền sử nghiện rượu nhiều năm. Vị trí u xuất hiện đầu tiên chủ yếu ở vùng cổ trước chiếm 70%, khi bệnh nhân đến điều trị, tổn thương đã lan tỏa nhiều vùng trên cơ thể, trong đó 90% các bệnh nhân lan tỏa toàn bộ vùng cổ, gây làm ảnh hưởng nhiều đến vận động vùng đầu cổ của bệnh nhân cũng như ngoại hình. Ngoài ra, các triệu chứng cận lâm sàng và các bệnh lý kèm theo khá đa dạng, trong đó điển hình là tăng men gan chiếm 70%, viêm gan do rượu chiếm 65%, tăng huyết áp 55%. **Kết luận:** Bệnh Madelung là một bệnh hiếm gặp, hiện nay đang xuất hiện ngày càng nhiều. Bệnh có các triệu chứng lâm

sàng, cận lâm sàng đa dạng, ảnh hưởng nhiều về mặt thẩm mỹ cũng như chức năng của người bệnh. Chỉ định phẫu thuật điều trị là cần thiết khi u mỡ phát triển lan tỏa, gây ra sự biến dạng về ngoại hình hoặc ảnh hưởng tới chức năng vận động vùng cổ gáy, chèn ép đường thở, đường tiêu hóa,...

**Từ khóa:** Madelung; Đa u mỡ đối xứng; U mỡ đối xứng lành tính.

#### SUMMARY

##### CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF LESIONS OF THE NECK AND NAPE IN MADELUNG DISEASE

**Objective:** Describe the clinical and subclinical features of damage to the neck and nape area in Madelung disease. Assessment of the influence of these characteristics on the indications for treatment, and surgery. **Subject and methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 20 patients with neck and nape lesions in Madelung disease who visited between May 2018 and May 2023 at 108 Military Central Hospital. **Results:** Madelung disease mainly occurred in male patients with a mean age of 59.05 years. These patients all had a history of alcoholism for many years. The first location of the tumor appeared mainly in the anterior neck area, accounting for 70%. When patients were examined and treated, the lesion spread to many areas of the body, of which 90% of patients spread the entire neck and nape area, significantly affecting the patient's head and neck movement and appearance. In addition, subclinical symptoms and accompanying pathologies were diverse, in which typically an

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Ngọc Huỳnh

Email: hoanghuynhydtb@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2023

Ngày duyệt bài: 20.9.2023