

- tỷ lệ thai lâm sàng. Tạp chí Y học thực hành. 2017;2:205-208.
3. **Lainas TG, Sfontouris IA, Zorzovilis IZ, Petsas GK, Lainas GT, Alexopoulou E, Kolibianakis EM.** Flexible GnRH antagonist protocol versus GnRH agonist long protocol in patients with polycystic ovary syndrome treated for IVF: a prospective randomised controlled trial (RCT). Hum Reprod. Mar 2010;25(3):683-9. doi:10.1093/humrep/dep436
 4. **Hillier SG.** Gonadotropic control of ovarian follicular growth and development. Mol Cell Endocrinol. Jun 20 2001;179(1-2):39-46. doi:10.1016/s0303-7207(01)00469-5
 5. **Melado Vidales L, Fernández-Nistal A, Martínez Fernández V, Verdú Merino V, Bruna Catalán I, Bajo Arenas JM.** Anti-Müllerian hormone levels to predict oocyte maturity and embryo quality during controlled ovarian hyperstimulation. Minerva Ginecol. Jun 2017;69(3): 225-232. doi:10.23736/s0026-4784.16.03958-7
 6. **Bani Mohammad M, Majdi Seghinsara A.** Polycystic Ovary Syndrome (PCOS), Diagnostic Criteria, and AMH. Asian Pac J Cancer Prev. Jan 1 2017;18(1):17-21.doi:10.22034/apjcp.2017. 18.1.17
 7. **Chen Y, Ye B, Yang X, Zheng J, Lin J, Zhao J.** Predicting the outcome of different protocols of in vitro fertilization with anti-Muüllerian hormone levels in patients with polycystic ovary syndrome. J Int Med Res. Jun 2017;45(3):1138-1147. doi:10.1177/0300060517704140

ĐẶC ĐIỂM VÀ THÁI ĐỘ XỬ TRÍ ỒI VỠ NON Ở TUỔI THAI TỪ 28 TUẦN 0 NGÀY ĐẾN 33 TUẦN 6 NGÀY TẠI KHOA ĐE BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2022

**Lương Hoàng Thành^{1,2}, Đỗ Xuân Vinh²,
Dương Thị Thu Hà¹, Lê Văn Đạt^{1,2}**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí ồ vỡ non ở tuổi thai từ 28 tuần 0 ngày đến 33 tuần 6 ngày tại Khoa Đẻ, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 110 thai phụ ồ vỡ non ở tuổi thai từ 28 tuần 0 ngày đến 33 tuần 6 ngày tại Khoa Đẻ, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ ngày 01 tháng 01 năm 2022 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của thai phụ là $29,48 \pm 5,78$, đa số trong độ tuổi sinh đẻ. Tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục chiếm 13,64%, tiền sử OVN, sinh non chiếm 12,72% và đa thai, đa ồ chiếm 7,27%. Các trường hợp ồ vỡ non có tuổi thai lúc bắt đầu vỡ ồ từ 32 đến dưới 34 tuần chiếm 70%, từ 30 đến dưới 32 tuần chiếm 17,3%. Tình trạng nước ồ đánh giá qua siêu âm khi vào viện kết quả là bình thường chiếm 64,1%, thiếu ồ chiếm 25,7% và 10,2% hết ồ. Xét nghiệm lúc vào viện, tỷ lệ tăng bạch cầu trung tính chiếm 41,8%, tăng cả bạch cầu trung tính và CRP chiếm 16,4% và tăng CRP chiếm 7,3%. Phần lớn các trường hợp hướng điều trị ban đầu là điều trị nội khoa chiếm 74,5%; chuyển dạ tự nhiên chiếm 16,4%; mổ lấy thai chiếm 16,4% và thấp nhất là gây chuyển dạ chiếm 0,9%. Trong các trường hợp được điều trị nội khoa, 48,78% trường hợp được điều trị kháng sinh và liệu pháp corticoid,

40,24% phối hợp kháng sinh, giảm co và corticoid. **Kết luận:** Tỷ lệ nhóm thai phụ có ồ vỡ non chủ yếu thuộc nhóm từ 32 đến dưới 34 tuần, chiếm 70%. Tình trạng nước ồ lúc vào viện là thiếu ồ chiếm 25,7% và hết ồ chiếm 10,2%. Tỷ lệ điều trị nội khoa giữ thai là 74,5%. **Từ khóa:** Ồ vỡ non trên thai non tháng, Phụ sản Hà Nội

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND MANAGEMENT OF PRETERM RUPTURE OF MEMBRANES AT GESTATIONAL AGE FROM 28 WEEKS 0 DAYS TO 33 WEEKS 6 DAYS AT THE DELIVERY DEPARTMENT OF HANOI OBSTETRIC AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2022

Objective: To describe the clinical characteristics, paraclinical features, and management attitudes towards preterm rupture of membranes (PROM) from 28 weeks 0 days to 33 weeks 6 days of gestation at the Delivery Department, Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2022. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 110 pregnant women with PROM from 28 weeks 0 days to 33 weeks 6 days of gestation at the Delivery Department, Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2022, to December 31, 2022. **Results:** The mean age of pregnant women was 29.48 ± 5.78 , with the majority being in the reproductive age group. The rate of genital tract infections was 13.64%, history of preterm birth and preterm PROM accounted for 12.72%, and multiple pregnancies, and multiple gestations accounted for 7.27%. Cases of PROM with gestational ages at the time of rupture ranging from 32 to under 34 weeks accounted for 70%, while those from 30 to under 32 weeks accounted for 17.3%. Evaluation of

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

²Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lương Hoàng Thành

Email: hoangthanh9794@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

amniotic fluid status by ultrasound upon admission revealed normal fluid in 64.1% of cases, oligohydramnios in 25.7%, and absent amniotic fluid in 10.2%. The first tests showed increased neutrophilic leukocytes in 41.8% of cases, neutrophilic leukocytosis and elevated C-reactive protein (CRP) in 16.4%, and elevated CRP in 7.3%. The majority of cases initially received expectant management, accounting for 74.5%, followed by labor at 16.4%, C-sections at 16.4%, and the least common being induction of labor at 0.9%. Among cases receiving conservative treatment, 48.78% were treated with antibiotics and corticosteroid therapy, 40.24% received combined antibiotic, tocolytic, and corticosteroid therapy. **Conclusion:** The majority of pregnant women with PROM belonged to the gestational age group from 32 to under 34 weeks, accounting for 70%. Upon admission, oligohydramnios was present in 25.7% of cases, and absent amniotic fluid in 10.2%. The rate of conservative treatment to maintain pregnancy was 74.5%.

Keywords: Preterm rupture of membranes, preterm birth, Obstetrics, Hanoi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ối vỡ non ở thai non tháng là ối vỡ tự phát trước 37 tuần tuổi thai và trước chuyển dạ (PPROM), PPRM khiến thai nhi dễ bị nhiễm trùng thai nhi, nhau bong non, sa dây rốn và thai lưu. Hậu quả chính của ối vỡ non là sinh non, nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sơ sinh và bệnh tật [1]. Hiện nay, việc điều trị ối vỡ non có nhiều cập và thay đổi về liệu pháp kháng sinh, sử dụng nhóm thuốc giảm co... Tuy nhiên lựa chọn các phương pháp giữ thai hay thời điểm ngừng thai kỳ để mang lại kết quả tốt nhất cho cả mẹ và thai là vấn đề vẫn chưa được làm rõ. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu "*Đặc điểm và thái độ xử trí bệnh nhân ối vỡ non ở tuổi thai từ 28 tuần 0 ngày đến 33 tuần 6 ngày tại Khoa Đẻ, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2022*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân có tuổi thai từ 28 tuần 0 ngày đến 33 tuần 6 ngày, được chẩn đoán OVN và đẻ đường âm đạo hoặc chỉ định mổ đẻ tại Khoa Đẻ thường A2, bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2022 đến 31/12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân nhập viện vì ra nước ối khi chưa có chuyển dạ
- Tuổi thai vào viện từ 28 tuần 0 ngày đến 33 tuần 6 ngày
- Bệnh nhân đẻ đường âm đạo hoặc được chỉ định mổ lấy thai tại Khoa Đẻ, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tuổi thai lúc vào viện dưới 28 tuần 0 ngày hoặc lớn hơn 33 tuần 6 ngày
- Bệnh nhân không được chỉ định chấm dứt thai kỳ tại Khoa Đẻ A2
- Bệnh nhân không tuân thủ hoặc không đồng ý điều trị theo phác đồ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội
- Hồ sơ bệnh án không có đầy đủ những thông tin trong mẫu phiếu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Đẻ thường A2, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ ngày 01 tháng 01 năm 2022 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: lấy mẫu toàn bộ.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong năm 2022, chúng tôi đã thu nhận được 110 sản phụ phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18-35 tuổi	95	86,4
	>35 tuổi	15	13,6
	Tuổi trung bình	29,48 ± 5,78	
Viêm nhiễm phụ khoa	Có	15	13,64
	Không	95	86,36
Tiền sử OVN, sinh non	Có	14	12,72
	Không	96	87,28
Đa thai, đa ối	Có	08	7,27
	Không	102	92,73
Chảy máu 3 tháng đầu	Có	24	21,82
	Không	86	78,18

Nhận xét: Tuổi mẹ trung bình là 29,48 ± 5,78 (từ 19 đến 46 tuổi). Trong số 110 thai phụ ối vỡ non có 13,64% có viêm nhiễm phụ khoa, 12,72% thai phụ có tiền sử ối vỡ non hoặc đẻ non trước đó, 7,27% trường hợp thai kỳ lần này có đa thai đa ối và 21,82% trường hợp có chảy máu 3 tháng đầu thai kỳ.

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n=110)	%
Tuổi thai ối vỡ, tuần	32,38 ± 1,66	
28 đến dưới 30 tuần	14	12,7
30 đến dưới 32 tuần	19	17,3

32 đến dưới 34 tuần	77	70
Tình trạng của nước ối khi nhập viện		
Bình thường		64,1
Thiếu ối		25,7
Hết ối		10,2
Đánh giá mức độ nhiễm trùng		
Không tăng BCTT và CRP		34,5
Chỉ tăng BCTT		41,8
Chỉ tăng CRP		7,3
Tăng cả BCTT và CRP		16,4

Nhận xét: Tuổi thai trung bình của nhóm nghiên cứu là $32,38 \pm 1,66$, phần lớn thai phụ ối vỡ non có tuổi thai từ 32 đến dưới 34 tuần, chiếm 70%. Tình trạng nước ối qua siêu âm là bình thường, chiếm 64,1%. Tỷ lệ thiếu ối là 25,7% và hết ối là 10,2%. Đa số các trường hợp ối vỡ non có tăng bạch cầu trung tính, chiếm 41,8%, tỉ lệ tăng cả CRP và bạch cầu là 16,4%, và 7,3% trường hợp chỉ tăng CRP không tăng bạch cầu. Tỷ lệ không tăng các chỉ số viêm là 34,5%.

Bảng 3.3. Phương pháp điều trị các bệnh nhân ối vỡ non

Điều trị	Số lượng (n=110)	%
Hướng xử trí		
Điều trị nội khoa	82	74,5
Mổ lấy thai	9	8,2
Gây chuyển dạ	1	0,9
Chuyển dạ tự nhiên	18	16,4
Các phương pháp giữ thai (n=82)		
Kháng sinh	4	4,88
Giảm co	1	1,22
Kháng sinh + Giảm co	4	4,88
Kháng sinh + Corticoid	40	48,78
Kháng sinh+Giảm co+Corticoid	33	40,24
Các loại kháng sinh được sử dụng trước sinh (n=81)		
Nhóm Ampicilin	26	32,1
Nhóm Cephalosporin	12	14,8
Betalactam + Nitroimidazol	37	45,7
Betalactam + Nitroimidazol + Macrolid	6	7,4
Các nhóm giảm co được điều trị (n=38)		
Nhóm chẹn kênh Canxi	35	92,1
Nhóm chẹn kênh canxi + Cạnh tranh thụ thể oxytocin	3	7,9
Đặc điểm sử dụng liệu pháp corticoid		
Đủ liều trưởng thành phổi	36	32,73
Chưa đủ liều trưởng thành phổi	49	44,54
Không dung trưởng thành phổi	25	22,73

Nhận xét: Đa số các trường hợp hướng xử trí ban đầu là điều trị nội khoa, chiếm 74,5%. Tỷ lệ chuyển dạ tự nhiên chiếm 16,4%, mổ lấy thai chiếm 8,2 và gây chuyển dạ chiếm 0,9%. Phần

lớn các trường hợp giữ thai được điều trị phổi hợp kháng sinh và trưởng thành phổi (48,78%). Chỉ có 1 trường hợp dùng giảm co đơn thuần, chiếm 1,22%. Có 81 trường hợp được điều trị kháng sinh trước sinh, đa phần các trường hợp được điều trị phổi hợp 2 loại kháng sinh betalactam kết hợp với nitroimidazol, chiếm 45,7%. Đa số các thuốc giảm co được dùng thuộc nhóm chẹn kênh canxi, chiếm 92,1%; 7,9% còn lại được sử dụng phổi hợp nhóm chẹn kênh canxi và cạnh tranh thụ thể oxytocin. Có 85 thai phụ OVN được sử dụng liệu pháp corticoid trước sinh (77,27%). Trong đó 32,73% được sử dụng đủ liều và 44,54% chưa đủ liều.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 110 thai phụ có ối vỡ non tuổi thai từ 22 đến dưới 34 tuần nhập viện tại khoa Đẻ thường Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $29,48 \pm 5,78$ tuổi, nhỏ nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 46 tuổi và phần lớn thai phụ trong độ tuổi từ 18 – 35 tuổi, chiếm 86,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như Nguyễn Thị Thu Hà (2023) tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội với độ tuổi trung bình của thai phụ có OVN là $30,26 \pm 5,9$ tuổi [2]; nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Hùng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2021 – 2022 với độ tuổi trung bình là $29,25 \pm 5,2$ tuổi [3], nghiên cứu của tác giả Dương Thị Thu Hiền cho kết quả nhóm tuổi từ 18 – 35 tuổi chiếm tỷ lệ 83,3% [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 13,64% thai phụ có tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục; 12,72% thai phụ có tiền sử OVN, đẻ non ở thai kỳ trước. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hà cũng cho thấy tỷ lệ thai phụ có tiền sử viêm nhiễm phụ khoa là 12,8%; tiền sử OVN ở thai kỳ trước là 11,6% và tiền sử đẻ non ở thai kỳ trước là 10,9% [2]. Tình trạng viêm nhiễm phụ khoa khá phổ biến trong khi mang thai có thể gây tăng tình trạng OVN và tăng nguy cơ đẻ non cho thai phụ. Do đó việc kiểm soát vào điều trị triệt để viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ có thai là rất quan trọng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thai trung bình khi ối vỡ là $32,38 \pm 1,66$ tuần và nhóm tuổi thai từ 32 đến dưới 34 tuần chiếm đa số khi nhập viện (70,0%). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hà cho kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi đưa ra

tuổi thai trung bình khi nhập viện là $31,63 \pm 2,27$ tuần, nhóm tuổi thai từ 32 đến 33 tuần 6 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất là 60,3% [2]. Nghiên cứu của tác giả Haiyan Yu có tuổi thai trung bình khi ối vỡ là $32,5 \pm 1,7$ tuần [5].

Nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn sản phụ OVN rỉ ối còn màng vì thể lượng ối trên siêu âm là bình thường chiếm 64,1%; tỷ lệ thiếu ối trên siêu âm là 10,2%. Kết quả của chúng tôi cho kết quả tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hà với tỷ lệ thai phụ có chỉ số ối bình thường trên siêu âm khi nhập viện là 56,2% [2]; thấp hơn của các tác giả Phạm Văn Hùng với tỷ lệ ối bình thường trên siêu âm là 77,3% [3]; nghiên cứu của tác giả Lê Thị Bích cho kết quả đa số thai phụ lúc nhập viện có tình trạng thai bình thường với chỉ số ối ≥ 8 cm chiếm 70,3% [6].

Số lượng bạch cầu là một chỉ số trong công thức máu ngoại vi, nó tham gia và phản ánh tình trạng nhiễm khuẩn trong cơ thể. Trong ối vỡ, đếm số lượng bạch cầu và so sánh xem có tăng hay không rất có ý nghĩa mặc dù bạch cầu của thai phụ không phải là dấu hiệu chuyên biệt, do tình trạng tăng bạch cầu sinh lý khi mang thai và bị ảnh hưởng bởi dùng corticosteroids lúc nhập viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các trường hợp OVN có tăng bạch cầu trung tính chiếm 41,8%, tăng CRP không kèm tăng bạch cầu là 7,3%, tăng cả CRP và bạch cầu trung tính chiếm 16,4%. Tỷ lệ không tăng các chỉ số viêm là 34,5%. Nhiều tài liệu nghiên cứu trên thế giới đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm trùng ối trên lâm sàng, trong đó có bạch cầu ≥ 15 G/l, %BCĐNTT $\geq 80\%$, CRP ≥ 5 mg/l. Do đó bạch cầu, BCĐNTT và CRP là yếu tố góp phần đánh giá thời gian giữ thai và tình trạng nhiễm trùng của thai phụ. Từ đó, vấn đề đặt ra cho bác sĩ là sự cần thiết có các biện pháp tư vấn giúp sản phụ nhận thức được tình trạng ối vỡ và các nguy cơ, rút ngắn thời gian nhập viện nhằm giảm nguy cơ nhiễm trùng cho mẹ và thai.

Trong 110 thai phụ vào viện có OVN, đa số các trường hợp hướng xử trí ban đầu là điều trị nội khoa, chiếm 74,5%; mổ lấy thai chiếm 8,2%; chuyển dạ tử nhiên chiếm tỷ lệ 16,4%; gây chuyển dạ chiếm tỷ lệ thấp nhất 0,9%

Ở nhóm thai 28 – 34 tuần, thai quá non tháng và nhẹ cân nên nếu đủ điều kiện theo dõi đẻ đường âm đạo thì không cần thiết phải đưa ra một chỉ định mổ lấy thai ngay, mặt khác việc trì hoãn chuyển dạ càng thêm được ngày nào càng tốt cho thai hơn ngày đó, vừa để tăng thêm tuổi thai và vừa đủ thời gian để sử dụng đủ liều corticosteroids giúp trưởng thành phổi. Từ tuổi

thai 34 tuần trở lên, phổi thai nhi đã có thể trưởng thành, thai có thể sống được tốt nên tỷ lệ theo dõi đẻ đường âm đạo và mổ lấy thai ngang bằng nhau phụ thuộc vào các điều kiện sản khoa của từng sản phụ. Tuy nhiên phải kiểm soát tốt nhiễm khuẩn, nếu kéo dài tuổi thai mà dẫn tới nhiễm trùng ối thì hệ lụy sẽ nặng nề hơn không những cho thai mà mẹ có thể bị shock nhiễm trùng nhiễm độc có nguy cơ tử vong. phải cắt tử cung, tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu sản..

Các thuốc được sử dụng trong điều trị ối vỡ non, điều trị kháng sinh: đa số thai phụ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội được sử dụng kháng sinh để phòng nhiễm trùng ối và nhiễm khuẩn sơ sinh. Kết quả bảng 3.5 cho thấy, 48,78% thai phụ vào viện vì OVN được dùng kháng sinh và corticoid; có 40,24% thai phụ được điều trị phối hợp kháng sinh, giảm co và corticoid. Chỉ có 1,22% thai phụ được dùng giảm co đơn thuần tuy nhiên hiệu quả giữ thai không cao.

Nhiễm trùng có thể là nguyên nhân hoặc hậu quả của OVN. Mục tiêu của liệu pháp kháng sinh là giảm tần suất nhiễm trùng ở mẹ và thai nhi và do đó trì hoãn việc bắt đầu chuyển dạ sinh non. Tầm quan trọng của việc giảm nhiễm trùng được nhấn mạnh bởi các nghiên cứu cho thấy mối quan hệ giữa viêm màng ối, thời gian vỡ màng ối và sự phát triển của bệnh bại não hoặc suy giảm phát triển thần kinh.

Trong 81 thai phụ được điều trị kháng sinh trước sinh, chiếm 98,8% các trường hợp điều trị giữ thai. Đa số các trường hợp ối vỡ non được điều trị phối hợp nhóm Betalactam và Nitroimidazol, chiếm tỷ lệ 45,7%. Nhóm sử dụng phối hợp ba loại kháng sinh Betalactam, Nitroimidazol và Macrolid chiếm tỷ lệ thấp nhất 7,4%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hà cũng ghi nhận tỷ lệ sử dụng ba loại kháng sinh điều trị chiếm 5,5% [2]. Nhiều nghiên cứu và phân tích tổng hợp đã chỉ ra rằng liệu pháp kháng sinh giúp kéo dài thời gian mang thai và giảm tỷ lệ mắc các bệnh sơ sinh, đặc biệt là nhiễm khuẩn sơ sinh. Tuy nhiên kháng sinh của nghiên cứu này ghi nhận chủ yếu là Cephalosporin thế hệ 3 và Nitroimidazol; và nếu có phối hợp thêm thì thường phối hợp với Macrolid. Đây là điểm khác biệt với phác đồ của ACOG 2020 điều này có thể lý giải do đặc điểm hệ vi khuẩn tại âm đạo âm đạo của người phụ nữ Việt Nam dễ viêm do vi khuẩn Streptococcus, E. coli và Staphylococcus và trùng roi.

Trong 110 thai phụ có ối vỡ non, đa số các trường hợp được sử dụng thuốc giảm co là nhóm chẹn kênh canxi (92,1%); 7,9% còn lại được sử

dụng phối hợp nhóm chẹn kênh canxi và cạnh tranh thị thể oxytocin.

ACOG 2020 khuyến cáo sử dụng corticosteroids cho các trường hợp có nguy cơ đẻ non trong vòng 7 ngày tiếp theo với tuần thai từ 24 tuần 0/7 ngày đến 33 tuần 6/7 ngày [7]. Corticosteroids giúp giảm suy hô hấp, giảm viêm ruột hoại tử, giảm chết thai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 77,27% sản phụ được sử dụng thuốc thành công trong đó 32,73% sử dụng đủ liều, các thai phụ không được sử dụng thuốc thành công trước khi sinh bao gồm các thai phụ chuyển dạ đẻ non và các thai phụ mổ cấp cứu ngay sau vào viện. Theo nghiên cứu của Pasquier cho kết quả sử dụng corticosteroid là 78% tương đương với nghiên cứu của chúng tôi [8].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhóm thai phụ có ối vỡ non chủ yếu thuộc nhóm từ 32 đến dưới 34 tuần, chiếm 70%. Tình trạng nước ối lúc vào viện là thiếu ối chiếm 25,7% và hết ối chiếm 10,2%. Tỷ lệ điều trị nội khoa giữ thai là 74,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes. *Obstet Gynecol* 2003;101:178-93.

- Nguyễn Thị Thu Hà, Phan Thị Huyền Thương, Nguyễn Thị Huệ (2023), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ối vỡ non ở tuổi thai từ 22–34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2022", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 530 (1), tr. 5-8.
- Phạm Văn Hùng (2022), Nghiên cứu kết quả gây chuyển dạ ở sản phụ ối vỡ non có tuổi thai trên 28 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
- Dương Thị Thi Hiền (2003), So sánh tác dụng của Oxytocin và Misoprostol trong việc gây chuyển dạ ở những sản phụ ối vỡ non thai đủ tháng, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Yu, H., et al., Perinatal outcomes of pregnancies complicated by preterm premature rupture of the membranes before 34 weeks of gestation in a tertiary center in China: A retrospective review. *Biosci Trends*, 2015. 9(1): p. 35-41.
- Lê Thị Bích Hường, Lê Hồng Cẩm, Phạm Thanh Hoàng (2018), Kết cục thai kỳ ối vỡ non
- Prelabor Rupture of Membranes: ACOG Practice Bulletin, Number 217 (2020), *Obstetric & Gynecology*, 135(3), e80.
- Pasquier, J. C., Picaud, J. C., Rabilloud, M., Claris, O., Ecochard, R., Moret, S., & Mellier, G. (2009). Neonatal outcomes after elective delivery management of preterm premature rupture of the membranes before 34 weeks' gestation (DOMINOS study). *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 143(1), 18–23.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH THÀNH BỤNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP SALDANHA TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Hoàng Mạnh Ninh¹, Trần Hồng Quân¹,
Lê Diệp Linh², Lê Hữu Điền³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình thành bụng bằng phương pháp Saldanha tại khoa Phẫu thuật Tạo hình và Thẩm mỹ - Bệnh viện Bưu điện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 45 người bệnh được phẫu thuật tạo hình thành bụng bằng phương pháp Saldanha tại khoa Phẫu thuật Tạo hình và Thẩm mỹ - Bệnh viện Bưu điện từ 01/2021 đến tháng 03/2024. **Kết quả:** Sau mổ 3 tháng, chỉ số BMI và các số đo thẩm mỹ thành bụng đều giảm có ý nghĩa thống kê. Có 1/45 trường hợp hoại tử vạt da, 2/45 trường hợp

chậm liền vết mổ và 2/45 trường hợp sẹo xấu. **Kết luận:** Tạo hình thành bụng bằng phương pháp Saldanha giúp cải thiện thẩm mỹ thành bụng và ít gặp biến chứng. **Từ khóa:** Tạo hình thành bụng, phương pháp Saldanha,

SUMMARY

RESULT EVALUATION OF ABDOMINOPLASTY WITH THE SALDANHA TECHNIQUE AT HOSPITAL OF POST AND TELECOMMUNICATIONS

Purpose: Evaluate the results of abdominoplasty surgery at Plastic and Aesthetic surgery Department – Hospital of Post and Telecommunications. **Methods:** Descriptive study on 45 patients undergoing abdominoplasty using the Saldanha method at Plastic and Aesthetic surgery Department – Hospital of Post and Telecommunications, from January 2021 to March 2024. **Results:** 3 months after surgery, BMI and abdominal wall aesthetic measurements decreased with statistical significance. There were 1/45 cases of

¹Bệnh Viện Bưu Điện

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Phòng khám thẩm mỹ DrD

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Mạnh Ninh

Email: drhoangmanhninh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024