

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Đình Hải và Phạm Việt Tam** (2016), "Kết quả và chất lượng sống trên bệnh nhân được phẫu thuật CTCTP do bệnh lý UXTC", *Tạp chí Phụ sản*, 14(3), tr. 110-117, 10.46755/vjog.2016.3. 759
2. **Nguyễn Nguyên Khải** (2023), Đánh giá kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật CTCTP qua ngã bụng do UXTC tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021-2023, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, <https://doi.org/10.51298/vmj.v523i1.4389>
3. **Phan Nguyễn Hoàng Phương** (2020), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị UXTC của bệnh nhân 35 tuổi bằng phẫu thuật nội soi CTCTP tại Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ 2018 - 2020, Luận văn Bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, <https://doi.org/10.58490/ctump.2023i66.1387>
4. **Hoàng Thị Thanh Thủy và Đỗ Tuấn Đạt** (2022), "Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân UXTC có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 516(4), <https://doi.org/10.51298/vmj.v516i1.2966>
5. **Trần Thị Trúc Vân** (2017), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị UXTC bằng phẫu thuật nội soi CTCTP tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2016-2017, Luận văn tốt nghiệp Chuyên khoa cấp I. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, <https://doi.org/10.58490/ctump.2023i66.1387>
6. **Lê Đức Thọ, Nông Hoàng Lê và Nguyễn Thị Nga** (2022), "Kết quả phẫu thuật nội soi CTCTP trong điều trị UXTC tại Khoa Phụ sản Bệnh viện TW Thái Nguyên năm 2020-2021", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 514(1), <https://doi.org/10.51298/vmj.v514i1.2517>
7. **Hà Văn Huy và các cộng sự** (2023), "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt tử cung điều trị UXTC kích thước lớn tại Bệnh viện Quân Y 103", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 524(2), <https://doi.org/10.51298/vmj.v524i2.4698>
8. **Nguyễn Thị Thu** (2022), "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt tử cung bán phần điều trị UXTC kích thước lớn tại Bệnh viện Quân Y 103", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 52(4), tr. 103, <https://doi.org/10.51298/vmj.v514i2.2610>
9. **Huang, David, et al.** (2023), "Presence of Fibroids on Transvaginal Ultrasonography in a Community-Based, Diverse Cohort of 996 Reproductive-Age Female Participants", *JAMA Network Open*, 6(5), pp. e2312701-e2312701, 10.1001/jamanetworkopen.2023.12701

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG ỐI VỖ NON Ở TUỔI THAI 28 TUẦN 0 NGÀY ĐẾN TUỔI THAI 34 TUẦN 0 NGÀY TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN CẦN THƠ NĂM 2024

Bành Dương Yến Nhi¹, Trần Thị Sơn Trà², Phạm Thị Thùy Linh³,
Đặng Thị Mai Anh⁴, Chung Cẩm Ngọc¹, Nguyễn Hữu Phước¹,
Đoàn Dũng Tiến⁴, Hoàng Minh Tú⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong bối cảnh tỷ lệ sinh non ngày càng gia tăng, nghiên cứu về ối vỡ non (OVN) từ 28 đến 34 tuần có ý nghĩa quan trọng trong việc cải thiện hiệu quả chăm sóc sản khoa và giảm nguy cơ biến chứng cho mẹ và trẻ sơ sinh. **Mục tiêu:** mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở thai phụ và thai nhi OVN ở tuổi thai từ 28 tuần 0 ngày đến 34 tuần 0 ngày tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ (PSTPCT). **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 57 thai phụ OVN ở tuổi thai từ 28 tuần 0 ngày đến 34 tuần 0 ngày tại Bệnh viện PSTPCT từ tháng 4/2023 đến tháng 4/2024. **Kết quả:** phần lớn thai phụ là dân

tộc Kinh, dưới 35 tuổi, trình độ học vấn từ Trung học phổ thông (THPT) trở lên, cư trú ở thành thị, nghề nghiệp lao động trí óc, có tình trạng kinh tế từ trung bình trở lên. Lý do vào viện thường gặp là ra nước âm đạo 80,7%, tình trạng vào viện chưa có cơn gò, đa số ối rỉ, cổ tử cung (CTC) dưới 1cm, mật độ chắc, chỉ số BISHOP dưới 5 điểm, ối trắng trong, định lượng CRP tăng trong máu, 22,8% trường hợp có Non-stress test không đáp ứng. **Kết luận:** OVN ở tuổi thai 28 đến 34 tuần phần lớn chưa vào chuyển dạ và tiên lượng khởi phát chuyển dạ thất bại cao do chỉ số BISHOP thấp.

Từ khóa: ối vỡ non, thai non tháng, Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PRETERM RUPTURE OF MEMBRANES AT GESTATIONAL AGE FROM 28 WEEKS 0 DAYS TO 34 WEEKS 0 DAYS AT THE CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024

Introduction: In the context of rising preterm birth rates, research on pre-labor rupture of

¹Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới

³Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ

⁴Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Tú

Email: hmtu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024

membranes (PROM) between 28 and 34 weeks of gestation plays a crucial role in improving obstetric care and reducing complications for both mothers and newborns. **Objective:** To describe the clinical and subclinical characteristics of pregnant women and fetuses with PROM at gestational ages from 28 weeks and 0 days to 34 weeks and 0 days at Can Tho City Obstetrics and Gynecology Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted on 57 pregnant women with PROM at gestational ages from 28 weeks and 0 days to 34 weeks and 0 days at Can Tho City Obstetrics and Gynecology Hospital from April 2023 to April 2024. **Results:** Most of the pregnant women belonged to the Kinh ethnic group, were under 35 years old, had at least a high school education, lived in urban areas, worked in intellectual occupations, and had an average or above-average economic status. The most common reason for hospital admission was vaginal fluid leakage (80.7%). At admission, most cases had not entered labor, with leaking amniotic fluid, a cervical dilation of less than 1 cm, firm cervical consistency, a Bishop score below 5, and clear amniotic fluid. Blood CRP levels were elevated, and 22.8% of cases exhibited a non-reactive non-stress test. **Conclusion:** PROM at 28 to 34 weeks of gestation is mostly associated with the absence of labor onset and a high likelihood of failed labor induction due to low Bishop scores. **Keywords:** Preterm rupture of membranes, preterm birth, Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ối vỡ non (OVN) ở thai từ 28 đến 34 tuần là một tình trạng nghiêm trọng trong sản khoa, ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe của mẹ và thai nhi. Tình trạng này làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, sinh non, và các biến chứng liên quan đến phát triển của trẻ sơ sinh. Tại Cần Thơ, việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của OVN trong giai đoạn này là cần thiết nhằm cung cấp cơ sở dữ liệu khoa học phục vụ công tác chẩn đoán, điều trị và dự phòng. Nghiên cứu này mang ý nghĩa quan trọng trong việc xác định các yếu tố nguy cơ, triệu chứng đặc hiệu, cũng như các thay đổi sinh hóa và huyết học liên quan đến OVN, từ đó hỗ trợ các bác sĩ đưa ra các phác đồ điều trị phù hợp. Đặc biệt, việc nghiên cứu tập trung vào một khu vực cụ thể như Cần Thơ sẽ giúp phản ánh đặc thù bệnh lý tại địa phương, bao gồm yếu tố văn hóa, kinh tế, và điều kiện y tế khu vực. Hơn nữa, nghiên cứu không chỉ góp phần cải thiện chất lượng chăm sóc y tế tại địa phương mà còn cung cấp cơ sở để xây dựng các chiến lược dự phòng hiệu quả, giảm tỷ lệ sinh non và tử vong sơ sinh. Do đó, việc thực hiện nghiên cứu khoa học về OVN tại Cần Thơ là một bước đi quan trọng, đáp ứng nhu cầu cấp thiết trong chăm sóc sức khỏe thai phụ và trẻ sơ sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên các thai phụ ối vỡ non từ 28 tuần 0 ngày đến 34 tuần 0 ngày, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ tháng 4/2023 đến tháng 4/2024.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu. Tất cả các trường hợp ối vỡ non trong vòng 24 giờ thỏa các tiêu chuẩn:

- Thai sống từ 28 tuần 0 ngày đến 34 tuần 0 ngày: được tính theo tuổi thai trên siêu âm 3 tháng đầu từ thời điểm thai 7 tuần.

- Chẩn đoán xác định là vỡ hoặc ối rỉ (về lâm sàng quan sát thấy rõ dịch chảy ra từ cổ tử cung khi đặt mỏ vịt hoặc nitrazine test mỏ vịt dương tính).

- Chưa có chuyển dạ.

- Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có biểu hiện suy thai hoặc nhiễm trùng ối khi nhập viện.

- Thai chết lưu, thai dị dạng, nhau tiền đạo, nhau bong non, tiền sản giật hoặc sản giật.

- mắc bệnh thận, bệnh phổi đang hoạt động, bệnh tim mạch, tâm-thần kinh hoặc mắc các bệnh nội khoa trước khi mang thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện chọn tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ từ trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Tiến hành nghiên cứu. Bệnh nhân được thăm khám và ghi nhận các đặc điểm về tuổi, dân tộc, nơi ở, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế.

Ghi nhận các đặc điểm về lý do vào viện, tiền thai, tiền căn bệnh lý sản phụ khoa, sinh non, nạo hút thai, lý do vào viện, tuổi thai, cơn co tử cung, độ mở, mật độ cổ tử cung (CTC), chỉ số BISHOP, ngôi thai, đặc điểm của màng ối, lượng và màu sắc nước ối, số lượng hồng cầu, bạch cầu, hemoglobin, định lượng CRP, kết quả soi dịch âm đạo, đặc điểm tim thai trên monitoring sản khoa.

2.2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

2.2.5. Ý đức. Nghiên cứu được thực hiện sau khi được chấp thuận của Hội đồng khoa học Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ. Các bước nghiên cứu tuân thủ theo quy định về bảo mật thông tin và đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ mục đích và các bước nghiên cứu và đồng thuận tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi (năm)		
<35 tuổi	50	87,7
≥35 tuổi	7	12,3
Học vấn		
Tiểu học - THCS	14	24,6
THPT-CĐ-ĐH	43	75,4
Dân tộc		
Kinh	56	98,2
Khác	1	1,8
Nơi ở		
Thành thị	31	54,4
Nông thôn	26	45,6
Nghề nghiệp		
Lao động trí óc	50	87,7
Lao động tay chân	7	12,3
Tình trạng kinh tế		
Nghèo	10	17,5
Trung bình trở lên	47	82,5
Tổng	57	100

Nhận xét: Phần lớn đối tượng nghiên cứu có độ tuổi dưới 35 (87,7%), có học vấn từ trung học phổ thông (THPT) trở lên (75,4%), dân tộc Kinh chiếm 98,2%, nơi ở phân bố tương đối đồng đều giữa nông thôn (45,6%) và thành thị (54,4%), lao động trí óc chiếm đa số với 87,7% và có kinh tế từ mức trung bình trở lên với 82,5%.

Bảng 2. Đặc điểm về tiền sử

Đặc điểm về tiền sử	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền căn sinh non	9	15,8
Tiền căn sảy thai	7	12,3
Tiền căn nạo hút thai	2	3,5
Bệnh phụ khoa	3	5,3
Tổng	57	100

Nhận xét: Tiền căn sinh non chiếm 15,8%, tiền căn sảy thai chiếm 12,3% mẫu nghiên cứu, chỉ có 2 trường hợp có tiền căn nạo hút thai và 3 trường hợp có bệnh lý phụ khoa.

Bảng 3. Đặc điểm về lý do vào viện

Lý do vào viện	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ra nước âm đạo	46	80,7
Ra nhớt hồng âm đạo	9	15,8
Đau trần bụng dưới	2	3,5
Tổng	57	100

Nhận xét: Ra nước âm đạo là lý do vào viện thường gặp nhất với tỷ lệ 80,7%, ít nhất là đau trần bụng dưới 3,5%.

Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng của ôi vỡ non

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
----------	--------------	-----------

Tuổi thai lúc nhập viện	28 tuần đến <30 tuần	8	14
	30 tuần đến 32 tuần	26	45,6
	32 tuần đến <34 tuần	23	40,4
Cơ co tử cung	Chưa có cơn co	39	68,4
	Có 1 cơn co	16	28,1
	Có 2 cơn co	2	3,5
Độ mở CTC (cm)	<1cm	37	64,9
	≥2cm	20	35,1
Mật độ CTC	Chắc	52	91,2
	Mềm	5	8,8
Chỉ số BISHOP	≤5	56	98,2
	Từ 6-8	1	1,8
	≥9	0	0,0
Ngôi thai	Ngôi đầu	55	96,5
	Ngôi khác	2	3,5
Ổi vỡ	Vỡ hoàn toàn	6	10,5
	Rỉ ối	51	89,5
Màu sắc nước ối	Trắng đục	1	1,8
	Trắng trong	56	98,2
Lượng nước ối	Nhiều	23	40,4
	Ít	34	59,6
Tổng		57	100

Nhận xét: Tuổi thai nhập viện chủ yếu ở nhóm 30 đến 32 tuần (45,6%) và 32 đến 34 tuần (40,4%). Hầu hết chưa có cơn co tử cung với tỷ lệ 68,4%. Phần lớn độ mở CTC dưới 1cm, mật độ chắc 91,2%. Chỉ số BISHOP hầu hết không thuận lợi khởi phát chuyển dạ với tỷ lệ dưới 5 điểm chiếm 98,2%. Ngôi thai chủ yếu là ngôi đầu 96,5%. Tỷ lệ rỉ ối chiếm 89,5%, màu sắc nước ối trắng trong chiếm phần lớn 98,2%, lượng nước ối ít 59,6%.

Bảng 5. Đặc điểm cận lâm sàng của ôi vỡ non

Đặc điểm cận lâm sàng của ôi vỡ		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hồng cầu	< 3,5 triệu/mm ³	7	12,3
	≥ 3,5 triệu/mm ³	50	87,7
	Trung bình 4,6 ± 4,8 triệu/mm ³ Giá trị lớn nhất 40,3 triệu/mm ³ Giá trị nhỏ nhất 1,3 triệu/mm ³		
Hb	< 11g/dl	0	0
	≥ 11g/dl	57	100
	Trung bình 11,4 ± 3,7g/dl Giá trị lớn nhất 14,5g/dl Giá trị nhỏ nhất 7,3g/dl		
Bạch cầu	< 12x10 ⁹ /L	34	59,6
	12-15x10 ⁹ /L	15	26,4
	≥ 15x10 ⁹ /L	8	14,0
	Trung bình 11,9 ± 2,7x10 ⁹ /L Giá trị lớn nhất: 21 x10 ⁹ /L Giá trị nhỏ nhất 7,3 x10 ⁹ /L		

CRP định lượng	<1mg/dl	8	14
	Từ 1-3mg/dl	16	28,2
	Từ 3-10mg/dl	21	36,8
	Trên 10mg/dl	4	7,0
	Trung bình: $4,9 \pm 7,1$ mg/dl Giá trị lớn nhất: 22,8mg/dl Giá trị nhỏ nhất: 0,42mg/dl		
Kết quả soi nhuộm dịch âm đạo	Nấm	12	21
	Vi khuẩn	29	50,9
	Âm tính	16	28,1

Nhận xét: Hầu hết thai phụ trong mẫu nghiên cứu không thiếu máu với 87,7% có hồng cầu trên $3,5 \text{ triệu/mm}^3$, số lượng bạch cầu đa số dưới $12 \times 10^9/\text{L}$, định lượng CRP máu có xu hướng tăng với CRP trung bình $4,9 \pm 7,1$ mg/dl tập trung chủ yếu ở nhóm từ 1 đến 10mg/dl.

Bảng 6. Đặc điểm tìm thai qua monitoring sản khoa

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Non-stress test	Có đáp ứng	44	77,2
	Không đáp ứng	13	22,8
Phân loại CTG trong chuyển dạ giai đoạn hoạt động	Nhóm 1	33	57,9
	Nhóm 2	7	12,3
	Nhóm 3	1	1,8
Tần số cơn co tại thời điểm nhập viện	Chưa có cơn co	37	64,9
	≤ 1 cơn co	14	26,4
	Từ 2 cơn co trở lên	2	3,8
Tổng		57	100

Nhận xét: Phần lớn trong mẫu nghiên cứu có Non-stress test có đáp ứng, CTG (Cardiotocography) trong chuyển dạ nhóm I và chưa có cơn co tử cung tại thời điểm nhập viện.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $28,5 \pm 5$ tuổi, trong đó nhóm có độ tuổi dưới 35 chiếm đa số, hầu hết thai phụ thuộc dân tộc Kinh. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Đồng Thị Huyền Trang (2012) nghiên cứu trên các thai phụ OVN từ 28 đến 34 tuần, với độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng là $28 \pm 5,9$ tuổi [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về độ tuổi cho kết quả tương đồng với các nghiên cứu trước đây, cho thấy rằng tình trạng OVN thường xảy ra ở các thai phụ trong độ tuổi sinh sản. kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Thị Trúc Thanh, trong đó dân tộc Kinh chiếm 96,96% [2]. Sự chiếm ưu thế của dân tộc Kinh trong nghiên cứu này phản ánh đúng thực tế về cơ cấu dân số của khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, nơi dân

tộc Kinh là nhóm dân tộc chủ yếu sinh sống trong khu vực này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 26 thai phụ sống ở nông thôn, chiếm 45,6%, và 21 thai phụ sống ở thành thị, chiếm 54,4%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hà cho thấy không có sự phân biệt lớn giữa thai phụ sống ở nông thôn hay thành thị. Sự phân bố nghề nghiệp có sự khác nhau, phần lớn thai phụ làm nghề tự do và cán bộ/nhân viên, chiếm tỷ lệ lần lượt là 45,7% và 37,2% [3]. Còn kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn thai phụ trong mẫu nghiên cứu là lao động trí óc chiếm tỷ lệ 87,7%. Chúng tôi cũng ghi nhận về tình trạng kinh tế thì đa số thai phụ có mức kinh tế từ trung bình trở lên, với tỷ lệ là 82,5%, do Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ là một bệnh viện chuyên khoa sản phụ khoa ở trung tâm của thành phố lớn vì vậy những thai phụ đến khám hầu hết ở thành phố và các khu vực lân cận có điều kiện sống khá tốt vì vậy nghiên cứu này chưa đủ cơ sở để cho thấy tình trạng ra nước ối ở thai non tháng có gặp nhiều hơn ở nhóm lao động nặng, vất vả hay không [3].

4.2. Đặc điểm về tiền sử. Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng thai phụ có tiền căn sinh non chiếm 15,8%. Số thai phụ có tiền sử sảy thai là 7, chiếm tỷ lệ 12,3%. Về tiền căn nạo hút thai, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 2 trong số 57 thai phụ tham gia nghiên cứu, chiếm 3,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tiền căn bệnh lý phụ khoa chiếm 5,35%. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hà cho thấy 10,9% thai phụ có tiền sử đẻ non, có 11,6% thai phụ có tiền sử OVN ở thai kỳ trước [3]. Theo nghiên cứu OVN của Lê Thu Thủy (2015) cho kết quả tiền sử ối vỡ, rỉ ối chiếm 14,2% và tiền sử viêm nhiễm phụ khoa lên đến 49,6%; cả 2 tiền sử này đến cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của chúng tôi [4]. Tình trạng viêm nhiễm phụ khoa khá phổ biến trong khi mang thai và có thể gây tăng tình trạng OVN và tăng nguy cơ đẻ non cho thai phụ. Do vậy việc kiểm soát và điều trị tốt viêm phụ khoa ở phụ nữ, đặc biệt là phụ nữ có thai là rất quan trọng.

4.3. Đặc điểm lâm sàng ối vỡ non. Lý do vào viện được ghi nhận nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là ra nước âm đạo với tỷ lệ 80,7% và đau trấn bụng dưới là lý do vào viện ít gặp nhất với tỷ lệ 3,5%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi thai lúc nhập viện nhiều nhất là từ 30 đến 32 tuần chiếm 45,6%, kể đến là từ 32 đến dưới

43 tuần với 40,4% và thấp nhất là tuổi thai từ 28 đến dưới 30 tuần, tuổi thai trung bình $31,5 \pm 2,8$ tuần. Đa số thai phụ chưa có cơn co tử cung với tỷ lệ 68,4%, có 2 cơn co tử cung chiếm tỉ lệ thấp nhất với Đa số thai phụ chưa có cơn co tử cung với tỷ lệ 68,4%, có 2 cơn co tử cung chiếm tỉ lệ thấp nhất với tỷ lệ 3,5%.

Về độ mở CTC, có đến 64,9% thai phụ có độ mở CTC dưới 1cm, độ mở CTC từ 2cm trở lên chiếm 35,1%. Kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận mật độ CTC chắc chiếm đa số với 91,2%, mật độ mềm chiếm 8,8%. Chỉ số Bishop dưới 5 chiếm 98,2% và không có trường hợp nào có chỉ số Bishop từ 9 trở lên. Có 55 trường hợp thai phụ mang thai ngôi đầu, các ngôi khác chỉ chiếm tỷ lệ 3,5%. Chúng tôi cũng ghi nhận được chỉ có 6 trường hợp có tình trạng ối vỡ hoàn toàn chiếm tỷ lệ 10,5%, còn lại là các trường hợp rỉ ối chiếm 89,5%, về màu sắc nước ối, có 98,2% trường hợp nước ối màu trắng trong, chỉ còn 1,8% trường hợp nước ối trắng đục, lượng nước ối nhiều chiếm 40,4%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Lương Hoàng Thành với 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% [5]. 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% [3]; thấp hơn của các tác giả Phạm Văn Hùng với tỷ lệ ối bình thường trên siêu âm là 77,3% [6]; nghiên cứu của tác giả Lê Thị Bích Hường 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%.

4.4. Đặc điểm cận lâm sàng của ối vỡ non. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy số lượng bạch cầu trung bình là $11,9 \pm 2,7 \times 10^9/L$, số lượng bạch cầu thấp nhất ghi nhận được là $7,3 \times 10^9/L$ và cao nhất là $21 \times 10^9/L$ phù hợp với kết quả của tác giả Đặng Văn Quy chỉ ra phân bố số lượng thai phụ theo số lượng bạch cầu của thai phụ khi nhập viện. Phần lớn thai phụ nhập viện ở thời điểm điểm bạch cầu $< 15.000/mm^3$ (82,5%), tương đương tỷ lệ thai phụ nhập viện < 6 giờ ối vỡ chiếm tỷ lệ cao nhất (60,8%) [7]. Kết quả này cho thấy, bạch cầu giai đoạn vừa vào viện chưa có xu hướng tăng ngay sau khi ối vỡ.

Nồng độ CRP trung bình $4,9 \pm 7,1$ mg/dL, trong đó nồng độ từ 3-10mg/dL chiếm 36,8%, từ 1-3% chiếm 28,2%, nhỏ hơn 1mg/dL chiếm 14%, còn lại là trên 10mg/dL. Ở mức CRP từ 1-10mg/dL phản ánh mức độ viêm nhẹ, CRP có xu hướng tăng sớm hơn bạch cầu trong máu ngay sau khi ối vỡ.

Về kết quả nhuộm soi dịch âm đạo, kết quả ghi nhận đa số là vi khuẩn chiếm 50,9%, nấm chiếm 21%, còn lại là âm tính. Có thể lý giải nguyên nhân ối vỡ thường gặp là các tác nhân gây viêm nhiễm đường sinh dục như nấm, vi khuẩn.

4.5. Đặc điểm tim thai qua monitoring sản khoa. Có 77,2% trường hợp Non-stress test có đáp ứng. Về phân loại CTG trong chuyển dạ giai đoạn hoạt động, nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng CTG nhóm I chiếm đa số với 57,9%, nhóm II là 12,3% còn lại nhóm III chiếm 1,8%. Bên cạnh siêu âm, Non-stress test là một cận lâm sàng quan trọng giúp đánh giá sức khỏe thai và tác động trực tiếp lên lựa chọn hướng điều trị phù hợp cho từng cá thể.

V. KẾT LUẬN

Ối vỡ non trên thai non tháng thường xảy ra trong tình trạng màng ối vẫn còn nguyên vẹn, dẫn đến khó khăn trong chẩn đoán và xử lý [8]. CTC ở các trường hợp OVN trên thai non tháng thường không thuận lợi, làm tăng nguy cơ kéo dài quá trình chuyển dạ hoặc can thiệp sản khoa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ số CRP (C-reactive protein) có xu hướng tăng trước khi số lượng bạch cầu tăng, đóng vai trò như một dấu hiệu sớm của viêm nhiễm. Việc xác định và theo dõi chỉ số CRP có thể hỗ trợ phát hiện sớm các biến chứng do OVN, đặc biệt là ở những trường hợp không có dấu hiệu lâm sàng rõ ràng. OVN trên thai non tháng đi kèm với nguy cơ nhiễm trùng ối, đòi hỏi sự can thiệp kịp thời và phối hợp đa chuyên khoa để bảo vệ mẹ và thai nhi. Tiên lượng và xử lý trong những trường hợp này phụ thuộc vào việc đánh giá toàn diện tình trạng của mẹ, thai và các chỉ số sinh hóa liên quan như CRP và bạch cầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đông Thị Huyền Trang** (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bảo tồn ở các sản phụ có ối vỡ non trên thai non tháng", Luận văn thạc sĩ Y học, tr.32-72.
2. **Đỗ Thị Trúc Thanh, Lâm Đức Tâm** (2011), "Vỡ màng ối sớm, một số yếu tố liên quan và kết quả thai kỳ tại Bệnh viện Đa Khoa Thành phố Cần Thơ", Tập san nghiên cứu khoa học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, 4, tr.75-82
3. **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), tr. 1-4, <https://doi.org/10.51298/vmj.v534i1.8013>
4. **Lê Thu Thủy**, "Nhận xét về xử trí và kết quả điều trị ra nước ối ở thai non tháng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương". Luận văn tốt nghiệp BSNT, 2015: p. (2)100.
5. **Lương Hoàng Thành, Đỗ Xuân Vinh, Dương**

- Thị Thu Hà, Lê Văn Đạt** (2024), "Đặc điểm và thái độ xử trí ô nhiễm ở tuổi thai từ 28 tuần 0 ngày đến 33 tuần 6 ngày tại khoa đẻ Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2020", Tạp chí y học Việt Nam, 539(1B), tr 58-62, <https://doi.org/10.51298/vmj.v539i1B.9905>
6. **Phạm Văn Hùng** (2022), Nghiên cứu kết quả gây chuyển dạ ở sản phụ ô nhiễm ở tuổi thai trên 28 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
7. **Đặng Văn Quy, Đỗ Tuấn Đạt** (2024), "Đặc điểm lâm sàng của thai phụ ô nhiễm ở tuổi thai từ 24-34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội", Tạp chí y học Việt Nam, 537(1), tr. 167-170, <https://doi.org/10.51298/vmj.v537i1.9018>
8. **Prelabor Rupture of Membranes: ACOG Practice Bulletin, Number 217** (2020), Obstetric & Gynecology, 135(3), e80, 10.1097/AOG.0000000000003700

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ 5 NĂM ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ VIÊM TAI GIỮA TIẾT DỊCH TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG – BỆNH VIỆN ĐA KHOA LONG AN

Lương Hữu Đăng¹, Thái Thùy Nhi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, kết quả nội soi tai mũi họng và đánh giá kết quả điều trị viêm tai giữa tiết dịch tại Bệnh viện Đa khoa Long An từ năm 2019 – 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa tiết dịch tại khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Đa khoa Long An. **Kết quả:** Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là trên 6 tuổi (56%). Tỷ lệ mắc bệnh ở nam (64%); nữ (36%). Lý do vào viện: ù tai (33,3%); ngứa, chảy mũi (27,8%). Triệu chứng cơ năng: Đau tai (48%), ù tai (40%) và chảy mũi (33,9%). Triệu chứng thực thể: Hình ảnh nội soi tai điển hình hình là màng nhĩ lõm (48%), trong có bóng khí (47%). Đánh giá kết quả chung sau 1 tháng điều trị: Tỷ lệ có đáp ứng điều trị nội khoa đơn thuần là 47,8%; có đáp ứng với nạo VA kết hợp là 63,3%. **Kết luận:** Viêm tai giữa tiết dịch là một bệnh lý phổ biến ở trẻ em, đặc biệt là những trẻ có viêm VA quá phát, mạn tính. Nếu kéo dài sẽ dẫn đến nghe kém, ảnh hưởng đến khả năng ngôn ngữ và học tập của trẻ. Vì vậy, cần khuyến cáo các phụ huynh chú ý các biểu hiện bất thường của trẻ để đưa trẻ đến khám, phát hiện sớm và điều trị tránh biến chứng.

Từ khóa: Viêm tai giữa tiết dịch, Bệnh viện Đa khoa Long An.

SUMMARY

EVALUATION OF THE 5-YEAR OUTCOMES OF TREATING SECRETORY OTITIS MEDIA AT THE OTORHINOLARYNGOLOGY DEPARTMENT – LONG AN GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics, ENT endoscopy results, and evaluate the treatment outcomes of otitis media with effusion at Long An General Hospital from 2019 to 2023. **Subjects and methods:** A cross-sectional

retrospective study on 50 patients diagnosed with otitis media with effusion at the ENT Department of Long An General Hospital. **Results:** The most affected age group was over 6 years old (56%). The incidence rate in males was 64% and in females 36%. Reasons for hospital admission included tinnitus (33.3%) and nasal congestion, runny nose (27.8%). Functional symptoms included ear pain (48%), tinnitus (40%), and runny nose (33.9%). Physical symptoms: The typical endoscopic image of the ear showed a retracted tympanic membrane (48%) and air bubbles (47%). After 1 month of treatment, the response rate to medical treatment alone was 47.8%, and the response rate to treatment combined with adenoidectomy was 63.3%. **Conclusion:** Otitis media with effusion is a common condition in children, especially those with chronic adenoid hypertrophy. If prolonged, it can lead to hearing loss, affecting the child's language development and learning. Therefore, parents should be advised to monitor any abnormal symptoms in their children and seek early diagnosis and treatment to avoid complications. **Keywords:** Otitis media with effusion, Long An General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa tiết dịch là một bệnh lý tai giữa được xác định bởi sự hiện diện của dịch trong tai giữa phía sau màng nhĩ đóng kín mà không có dấu hiệu và triệu chứng nhiễm trùng cấp. Độ tuổi thường mắc VTGTD là từ 6 tháng đến 4 tuổi. Do ở lứa tuổi này, vòi Eustachian có cấu trúc và chức năng chưa trưởng thành. Viêm tai giữa tiết dịch có thể tự khỏi trong vòng 3 tháng nhưng khoảng 30% đến 40% trẻ xuất hiện các đợt tái phát và có đến 5%-10% các đợt kéo dài trên 1 năm⁷. Bệnh biểu hiện thầm lặng nên thường hay bỏ qua. Hậu quả là làm giảm thính lực ảnh hưởng đến quá trình phát triển ngôn ngữ và kết quả học tập hoặc đôi khi có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng hơn như: viêm xương chũm, xẹp nhĩ, xơ nhĩ, cholesteatoma, viêm màng não, áp xe não,... Theo Tổ chức Y tế Thế giới, biến chứng viêm tai giữa như viêm

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lương Hữu Đăng

Email: luonghuudang167@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024