

Đánh giá các trường hợp thai phụ ra nước ối sớm ở tuổi thai từ 16 đến 34 tuần điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Phạm Quang Vũ¹, Trần Danh Cường², Trần Việt Hòa², Nguyễn Hải Long¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

doi:10.46755/vjog.2022.1.1342

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Trần Việt Hoà, email: drtranviethoa@gmail.com

Nhận bài (received): 6/2/2022 - Chấp nhận đăng (accepted): 5/4/2022

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả, đánh giá các yếu tố liên quan tới kết quả điều trị của các thai phụ ra ối sớm ở tuổi thai 16- 34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi 125 thai phụ được chẩn đoán và điều trị ra ối sớm ở tuổi thai 16- 34 tuần, so sánh đánh giá các yếu tố liên quan tới kết quả thai kì của những trường hợp này.

Kết quả: Nhóm thai phụ có tuổi thai 23 - 28 tuần thường gặp tình trạng ra ối sớm. Tỷ lệ giữ thai > 1 tuần là 30,4%, giữ thai tới khi đủ tháng là 3,2%. Nếu duy trì được thai kì tới 28 - 32 tuần thì nguy cơ tử vong giảm 141,66 lần so với nhóm tuổi thai từ 16- 22 tuần (OR=141,66, 95% CI : 16,029 – 1252,061). Khi chỉ số ối (AFI) của thai phụ giảm dưới 50mm thì nguy cơ phải lấy thai trong vòng 48h tăng lên 6,29 lần (OR=6.29, 95% CI: 2,41- 16,29) và nguy cơ tử vong sơ sinh tăng lên 4,89 lần (OR= 4,89, 95% CI: 1,69 – 14,11) so với nhóm thai phụ có chỉ số ối bình thường. Khi thai phụ có biểu hiện nhiễm trùng kèm theo ra ối sớm thì nguy cơ nhiễm khuẩn sơ sinh tăng lên 2,53 lần (OR = 2,53, 95% CI : 1,12- 5,67). Thai phụ được sử dụng corticoid đủ liều sẽ cải thiện tình trạng sơ sinh, giảm nguy cơ tử vong trẻ 12,04 lần (OR= 12,04, 95% CI 4,93 – 29,41).

Kết luận: Ra ối sớm không phụ thuộc vào tuổi mẹ, nghề nghiệp, địa dư nhưng có liên quan tới tiền sử viêm nhiễm phụ khoa. Các triệu chứng ra nước ối, màu sắc nước ối, sốt trên lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng như bạch cầu, CRP, theo dõi chỉ số ối (AFI) trên siêu âm có ý nghĩa trong việc theo dõi, điều trị và tiên lượng các biến cố thai kì.

Từ khóa: ra ối sớm, chỉ số ối (AFI), nhiễm trùng, kết quả thai nghén.

Evaluation of pregnant women with preterm premature rupture of amniotic membrane and gestational age from 16 to 34 weeks of pregnancy treated at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology

Phạm Quang Vũ¹, Trần Danh Cường², Trần Việt Hoà², Nguyễn Hải Long¹

¹Hanoi Medical University

²National Hospital of Obstetrics and Gynecology

Abstract

Objective: To describe and evaluate factors related to the treatment outcomes of pregnant women with preterm premature rupture of amniotic membrane at 16-34 weeks of pregnancy at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study. Follow 125 pregnant women diagnosed and treated for preterm premature rupture of amniotic membrane at 16-34 weeks of pregnancy and evaluate factors related to pregnancy outcomes of these cases.

Results: The group of pregnant women with gestational age from 23-28 weeks often had preterm premature amniotic fluid. The rate of pregnancy prolongation > 1 week is 30.4%, pregnancy prolongation to term is 3.2%. If the pregnancy is maintained up to 28-32 weeks, the risk of death is reduced by 141.66 times compared with the group of gestational age from 16-22 weeks (OR= 141.66, 95% CI: 16.029 - 1252.061). When the amniotic index (AFI) decreased below 50mm, the risk of cesarean section within 48 hours increased 6.29 times (OR= 6.29, 95% CI: 2.41-16.29) and the risk of neonatal death increased 4.89 times (OR= 4.89, 95% CI: 1.69 – 14.11) compared with the group of pregnant women with normal amniotic fluid index. When pregnant women show signs of infection with early preterm premature rupture of amniotic membrane,

the risk of neonatal sepsis increases 2.53 times (OR = 2.53, 95% CI: 1.12-5.67). Pregnant women who use corticosteroid therapy will improve their neonatal status, reduce the risk of infant mortality 12.04 times (OR= 12.04, 95% CI 4.93 – 29.41).

Conclusion: Preterm premature rupture of amniotic membrane is not dependent on maternal age, occupation, or geography, but is associated with a history of gynecological infections. The clinical symptoms such as leak of amniotic fluid, amniotic fluid color, fever and paraclinical tests such as white blood cell count, CRP, amniotic index (AFI) monitoring on ultrasound are meaningful in monitoring, treatment and prognosis of pregnancy outcomes.

Key words: Preterm premature rupture of amniotic membrane, amniotic fluid index (AFI), infection, pregnancy outcomes.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nước ối là thành phần quan trọng đối với sự sống, sự phát triển và trưởng thành của thai khi thai nhi nằm trong tử cung của người mẹ. Thể tích nước ối trong giới hạn bình thường là điều kiện cần thiết để cho hệ thống cơ, đường tiêu hóa, và phổi thai phát triển bình thường. Nước ối có tác dụng như một hệ chống đỡ, nó che chở cho thai chống lại mọi va đập từ bên ngoài, giúp thai cử động tự do và đề phòng nhiễm khuẩn môi trường quanh thai nhi thông qua tác dụng kim hãm sự phát triển của vi khuẩn [1,2].

Với những vai trò quan trọng như vậy, việc duy trì thể tích nước ối trong giới hạn bình thường là vô cùng quan trọng đối với sự sống của thai. Ra nước ối gây ra nhiều biến chứng cho cả thai phụ và thai nhi, trong đó biến chứng được các thầy thuốc quan tâm nhiều nhất đó là đẻ non. Do vậy, các nhà sản khoa đã và đang không ngừng tìm kiếm các phương pháp giúp chẩn đoán sớm, chính xác các trường hợp ra nước ối để từ đó tìm ra các biện pháp điều trị thích hợp nhằm kéo dài tuổi thai, phòng chống các tai biến cho thai phụ và thai nhi.

Ở Việt Nam, khái niệm này được chia ra làm hai loại: ối vỡ sớm là ối vỡ khi đã có chuyển dạ và khi CTC chưa mở hết; còn ối vỡ non (OVN) là ối vỡ khi chưa có chuyển dạ. Nếu sau một giờ ối vỡ mà chưa có chuyển dạ gọi là OVN.

Trên thế giới đã có nhiều phương pháp chẩn đoán và điều trị ra nước ối khác nhau được áp dụng và thu được kết quả cao [3,4]. Tại Việt Nam, tình trạng ra nước ối trên những thai phụ mang thai có thể thường gặp trên lâm sàng nhưng việc chẩn đoán và điều trị còn nhiều hạn chế. Với mong muốn tìm hiểu thêm về chẩn đoán, hướng điều trị cũng như kết quả điều trị thai phụ mang thai bị ra nước ối chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu sau: Mô tả, đánh giá kết quả điều trị của các thai phụ ra ối sớm ở tuổi thai 16- 34 tuần điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 125 thai phụ được chẩn đoán và điều trị ra ối sớm ở tuổi thai 16- 34 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương,

Tiêu chuẩn lựa chọn: đơn thai sống, thai phụ được chẩn đoán ra ối sớm ở tuổi thai 16 - 34 tuần, được theo dõi thai kỳ và điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, đánh giá kết quả sơ sinh tại trung tâm sơ sinh của bệnh viện.

Tiêu chuẩn loại trừ: đa thai, có dấu hiệu chuyển dạ rõ (cơ co tử cung tần số 3, cổ tử cung mở trên 2cm) mẹ có các bệnh lý mạn tính (tăng huyết áp, đái tháo đường, suy thận ...). Thai phụ có tình trạng nhiễm trùng ối, màng ối.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả theo dõi tiến cứu.

Cỡ mẫu thuận tiện.

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 9/2019 đến tháng 12/2020 thu nhận được 125 thai phụ có đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu. Các thai phụ này được theo dõi sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và được đánh giá kết quả sơ sinh tại trung tâm sơ sinh tại bệnh viện.

Đạo đức nghiên cứu đã được thông qua bởi hội đồng khoa học của bệnh viện.

2.3. Các biến số nghiên cứu

Thu thập các thông tin sử dụng trong nghiên cứu qua bệnh án nghiên cứu bao gồm: tuổi thai phụ, tuổi thai khi nhập viện, tiền sử sản khoa, phụ khoa, nghề nghiệp, địa chỉ, màu sắc nước ối, chỉ số bạch cầu, CRP, chỉ số ối (AFI), thời gian giữ thai, sử dụng corticoid, tình trạng sơ sinh (sống, tử vong, apgar, nhiễm khuẩn sơ sinh). Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 của hãng IBM để quản lý và phân tích số liệu. Các phép tính gồm: tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, so sánh các tỷ lệ phần trăm, tỷ suất chênh (OR), khoảng tin cậy 95% (CI). Test khi bình phương kiểm định mối liên quan giữa các biến mô tả.

Các tiêu chuẩn liên quan đến nghiên cứu:

Chỉ số ối: Cách đo chỉ số ối: bệnh nhân nằm ngửa, bụng chia thành 4 phần, rốn ở trung tâm hình cây thập (bờ đường trắng và đường vuông góc). Đầu dò vuông góc với mặt đất, đo đường dọc tối đa của mỗi góc (phần tư), được biểu thị bằng centimet, AFI là tổng 4 số đo trên. AFI < 50mm là cạn ối, AFI: 51- 80 mm là thiếu ối, AFI: 81- 180mm là bình thường, AFI > 180mm là dư ối, AFI > 250mm là đa ối [1,2].

Nhiễm trùng ối lâm sàng: Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm trùng ối trên lâm sàng: Mẹ sốt (nhiệt độ đo tại nách $\geq 38^\circ\text{C}$) kèm theo ít nhất 2 trong số các dấu hiệu sau (mà không do nguyên nhân khác): (1) nhịp tim thai nhanh > 160 lần/phút; (2) nhịp tim mẹ nhanh > 100 lần/phút; (3) nước ối bẩn có mùi hôi hoặc nhuộm phân xu; (4) bạch cầu mẹ tăng > 15000/mm³ hoặc CRP > 6mg/l (5) tử cung nhạy cảm ấn đau [3–5]. Suy thai cấp trong chuyển dạ trên monitoring

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, tháng 9/2019 đến tháng 12/2020, thu nhận được 125 thai phụ có đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Kết quả như sau:

Bảng 3.1. Nhóm tuổi thai phụ

Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ (%)
≤ 24	14	11,2
25 - 29	51	40,8
30 - 34	38	30,4
35 - 39	15	12
≥ 40	7	5,6
Tổng số	125	100
Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	29,98 ± 5,12	
Min- Max	18 - 43	

Trong nhóm thai phụ tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là 29,98 ± 5,12 tuổi, lớn nhất là 43 tuổi và nhỏ nhất là 18 tuổi. Nhóm tuổi thai phụ từ 25 – 29 chiếm chủ yếu với 51 trường hợp (40,8%).

Bảng 3.2. Liên quan nhóm tuổi thai xuất hiện ra ối sớm với thời gian giữ thai và tình trạng sơ sinh

Nhóm tuổi thai	n (%)	Thời gian giữ thai		Tình trạng sơ sinh		OR tử vong 95% CI	P
		≤ 1 tuần	> 1 tuần	Tử vong	Sống		
16-22 tuần	31 24,8%	21 25,3%	10 23,8%	25 58,2%	6 7,3%	5,492* (1,808 - 16,085) 141,667** (16,029 -1252,061)	0,000
23-27 tuần*	39 31,2%	22 26,5%	17 40,5%	17 39,5%	22 26,8%	26,273 (3,26 - 211,74)	
28-32 tuần**	35 28%	25 30,1%	10 23,8%	1 2,3%	34 41,5%		
33-34 tuần	20 16%	15 18,1%	5 11,9%	0	20 24,4%		
Tổng	125	83 66,4%	42 33,6%	43 34,4%	82 65,6%		
Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	26,83±4,97						

Tuổi thai trung bình của nhóm thai phụ trong nghiên cứu là 26,83 ± 4,97 tuần. Nhóm tuổi thai từ 23 - 27 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất gồm 39 trường hợp (31,2%).

Thời gian giữ thai ≤ 1 tuần là 83 trường hợp (66,4%) trong đó chủ yếu thuộc về nhóm tuổi thai 28-32 tuần có 25 trường hợp (30,1%).

Tỷ lệ tử vong sơ sinh trong nhóm thai phụ đưa vào nghiên cứu là 43 trường hợp (34,4%) , chiếm phần lớn

là nhóm tuổi thai nhập viện từ 16-22 tuần có 25 trường hợp (58,2%).

Khi xuất hiện tình trạng ra ối sớm, nguy cơ tử vong của nhóm tuổi thai 16 - 22 tuần cao gấp 5,49 lần so với nhóm tuổi thai từ 23 - 27 tuần (OR= 5,49, 95% CI :1,808-16,085) và cao gấp 141,66 lần so với nhóm tuổi thai từ 28-32 tuần (OR = 141,66, 95%CI: 16,02 – 1252,06), với p = 0,000 < 0,05 có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.3. Tiền sử sản- phụ khoa của thai phụ.

Tiền sử sản – phụ khoa	n	%	
TS viêm ĐSDD	Có	88	70,4
	Không	37	29,6
Số lần đẻ	Chưa đẻ	65	52
	Đẻ ≥ 1 lần	60	48

Số lần nạo, sảy, lưu thai	Không	81	64,8
	≥ 1 lần	44	35,2
Tiền sử đẻ non	Không	114	91,2
	1 lần	9	7,2
	2 lần	1	0,8
	3 lần	0	0
	4 lần	1	0,8
Tổng		125	100

Đối với nhóm thai phụ có ra ối sớm từ 16 - 34 tuần, tiền sử viêm đường sinh dục dưới (viêm âm hộ, âm đạo, cổ tử cung) chiếm phần lớn với 88 trường hợp (70,4%). Tỷ lệ ra ối sớm trong nhóm thai phụ tham gia nghiên cứu ở con lần đầu là 65 trường hợp (52%) và đối với con lần 2 trở đi có 60 trường hợp (48%). Số lượng thai phụ không có tiền sử đẻ non là chủ yếu, bao gồm 114 trường hợp (91,2%).

Bảng 3.4. Liên quan giữa chỉ số ối khi nhập viện với thời gian giữ thai.

		Thời gian giữ thai					OR lấy thai trước 48h (95%CI)	p	
		< 24 giờ	24-48 giờ	< 1 tuần	> 1 tuần	Khởi			
Phân độ chỉ số ối	≤ 50 mm	n	26	15	13	14	0	3,037* (1,085- 8,50)	0,044
		%	72,2%	78,9%	46,4%	36,8%	0,0%	6,291** (2,414- 16,293)	0,000
	51 - 80 mm	n	5	2	5	9	0	2,071 (0,608- 7,062)	0,34
		%	13,9%	10,5%	17,9%	23,7%	0,0%		
	81 - 180 mm	n	5	2	10	15	4		
		%	13,9%	10,5%	35,7%	39,5%	100,0%		
Tổng	n	36	19	28	38	4			
	%	28,8%	15,2%	22,4%	30,4%	3,2%			

Trong nhóm thai phụ lấy thai trước 24h sau khi nhập viện, tỉ lệ thai phụ có chỉ số ối ≤ 50mm chiếm chủ yếu gồm 26 trường hợp (72,2%).

Nguy cơ lấy thai trước 48h của nhóm thai phụ có chỉ số ối ≤ 50mm cao gấp 3,037 lần nhóm thai phụ có chỉ số ối từ 51- 80 mm (OR= 3,037, CI 95%: 1,085- 8,50) với p = 0,044 < 0,05 có ý nghĩa thống kê.

Nguy cơ lấy thai trước 48h của nhóm thai phụ có chỉ số ối ≤ 50mm cao gấp 6,291 lần nhóm thai phụ có chỉ số ối từ 81- 180 mm (OR= 6,291, CI 95%: 2,414- 16,293) với p = 0,000 < 0,05 có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Liên quan giữa chỉ số ối khi nhập viện với tử vong sơ sinh

		Tử vong trẻ		Tổng	OR tử vong 95%CI	p	
		Tử vong trẻ	Không tử vong				
Phân độ chỉ số ối	≤ 50 mm	n	30	38	68	1,283 * (0,471 – 3,496)	0,008
		%	69,8%	46,3%	54,4%	4,895 ** (1,698 – 14,113)	
	51 - 80 mm	n	8	13	21	3,815 (1,049 – 13,881)	
		%	18,6%	15,9%	16,8%		
	81 - 180mm	n	5	31	36		
		%	11,6%	37,8%	28,8%		
Tổng	n	43	82	125			
	%	34,4%	65,6%	100,0%			

Chú thích: "*" OR tử vong sơ sinh của nhóm thai phụ có AFI ≤ 50mm so với nhóm thai phụ có AFI : 51 – 80 mm

"**" OR tử vong sơ sinh của nhóm thai phụ có AFI ≤ 50mm so với nhóm thai phụ có AFI : 81 – 180mm

Tỷ lệ tử vong sơ sinh cao nhất ở nhóm thai phụ nhập viện có chỉ số ối ≤ 50mm chiếm 69,8% và thấp nhất ở nhóm thai phụ nhập viện có chỉ số ối bình thường 81-180mm có 5 trường hợp chiếm 11,6%.

Nguy cơ tử vong sơ sinh của nhóm thai phụ có chỉ số ối ≤ 50mm cao gấp 1,283 lần nhóm thai phụ có chỉ số ối từ 51 – 80 mm (OR = 1,283, 95% CI: 0,471 – 3,496) và cao gấp 4,895 lần nhóm thai phụ có chỉ số ối từ 81 – 180mm. (OR = 4,895, 95% CI: 1,698 – 14,113). Với p = 0,008 < 0,05 có ý nghĩa thống kê.

Nguy cơ tử vong của nhóm thai phụ ít ối (51 – 80 mm) cao gấp 3,815 lần so với nhóm thai phụ có chỉ số ối bình thường (81 – 180 mm) (OR = 3,815, 95% CI: 1,049 – 13,881) với p = 0,008 < 0,05 có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.6. Liên quan giữa CRP khi nhập viện và nhiễm khuẩn sơ sinh

	Nhiễm khuẩn sơ sinh			Tổng	OR nhiễm khuẩn sơ sinh CI 95%	p
	Không nhiễm khuẩn	Có nhiễm khuẩn				
Phân loại CRP	< 6 mg/l	n	18	28	46	2,531 1,129- 5,674
		%	52,9%	30,8%	36,8%	
	6mg/l <CRP< 48 mg/l	n	16	59	75	
		%	47,1%	64,8%	60,0%	
	> 48mg/l	n	0	4	4	
		%	0,0%	4,4%	3,2%	
Tổng	n	34	91	125		
	%	27,2%	72,8%	100,0%		

Tỷ lệ nhiễm khuẩn sơ sinh trong các trường hợp thai phụ ra ối sớm trong nhóm nghiên cứu là 91 trường hợp (72,8%). Trong đó nhóm thai phụ có biểu hiện nhiễm khuẩn khi nhập viện (CRP > 6 mg) là 63 trường hợp có nhiễm khuẩn sơ sinh sau đẻ chiếm tỉ lệ 69,2%.

Trong số những thai phụ tham gia nghiên cứu, nhóm thai phụ có chỉ số xét nghiệm CRP > 6mg/l có nguy cơ nhiễm khuẩn sơ sinh sau đẻ cao gấp 2,531 lần so với nhóm thai phụ có chỉ số xét nghiệm CRP < 6 mg/l (OR = 2,531, 95% CI: 1,129- 5,674) với p = 0,036 < 0,05 có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.7. Liên quan giữa điều trị corticoid và tình trạng tử vong sơ sinh

	Tử vong trẻ		Tổng	OR tử vong CI 95%	P
	Tử vong trẻ	Không tử vong			
Corticoid	Không dùng	n	28	11	39
		%	65,1%	13,4%	31,2%
	Dùng đủ liều	n	15	71	86
		%	34,9%	86,6%	68,8%
Tổng	n	43	82	125	

Trong nhóm thai phụ được đưa vào nghiên cứu, tỉ lệ sơ sinh tử vong là 43 trường hợp (34,4%), trong đó chủ yếu là nhóm thai phụ không dùng corticoid gồm 28 trường hợp (65,1%), Nguy cơ tử vong sơ sinh của nhóm thai phụ không sử dụng corticoid cao gấp 12,048 lần so với nhóm thai phụ có sử dụng đủ liều corticoid (OR= 12,048, CI 95%: 4,935 – 29,414) với p = 0,000 < 0,05 có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

4.1. Mô tả các đặc điểm thai phụ ra ối sớm từ 16- 34 tuần

Trong nghiên cứu này, Tuổi trung bình của thai phụ là 29,98 ± 5,12 tuổi. Nhóm tuổi thai phụ từ 25 - 29 chiếm chủ yếu với 51 trường hợp (40,8%) . Kết quả nghiên cứu này tương đương với kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Khương [7] khi nghiên cứu 485 sản phụ OVN ở tất cả các

tuổi thai tại BVPSTƯ cho thấy phân bố OVN cũng nhiều nhất ở nhóm tuổi mẹ từ 25 - 30 tuổi (58,7%), thấp nhất là nhóm tuổi mẹ < 20 tuổi (0,2%). Nhóm tuổi mẹ 25 - 30 tuổi là nhóm tuổi sinh sản chính trong xã hội, vì vậy nhóm tuổi này gặp nhiều nhất cũng là điều dễ hiểu nhất là ở những nước đang phát triển như Việt Nam

Từ kết quả của bảng 3 ta thấy: đối với nhóm thai phụ có ra ối sớm từ 16- 34 tuần, tiền sử viêm đường sinh dục dưới (viêm âm hộ, âm đạo, cổ tử cung) chiếm phần lớn với 88 trường hợp (70,4%) So với nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Phương Lam [8] trong số 120 thai phụ trong nghiên cứu thì tỷ lệ thai phụ có xét nghiệm tác nhân gây viêm đường sinh dục dưới dương tính là 53,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của nghiên cứu của Debra A [9]. Các nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới đã làm cho màng ối giảm tính chất đàn hồi, các tổ chức liên kết suy yếu dễ bị rách vỡ, phản ứng viêm làm

tăng sản xuất Prostaglandin và chuyển dạ đẻ non dễ xảy ra [10,11]. Ngoài ra qua nghiên cứu này và các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ ra nước ối sớm của thai phụ không liên quan đến số lần có con và tiền sử nạo hút thai.

Theo kết quả bảng 2: Nhóm tuổi thai từ 23 - 27 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất gồm 39 trường hợp (31,2%). Thời gian giữ thai ≤ 1 tuần là 83 trường hợp (66,4%) trong đó chủ yếu thuộc về nhóm tuổi thai 28-32 tuần có 25 trường hợp (30,1%). So với kết quả nghiên cứu của Đoàn Thị Phương Lam [8]: điều trị duy trì giữ thai được dưới 1 tuần chiếm tỉ lệ lớn nhất là 35,0%.

Nguy cơ tử vong sơ sinh của nhóm tuổi thai khi nhập viện từ 16- 22 tuần cao gấp 5,942 lần so với nhóm tuổi thai từ 23 đến 28 tuần (OR= 5,942, 95%CI : 1,081- 16,085) và cao gấp 141,667 lần so với nhóm tuổi thai từ 33- 34 tuần (95%CI : 16,029 - 1252,061). Như vậy nguy cơ tử vong sẽ giảm rõ rệt nếu như duy trì được thai sống trong tử cung mẹ tới khi đủ sự phát triển về các chức năng hô hấp, tuần hoàn, chuyển hóa đầy đủ hơn.

4.2. Đánh giá các yếu tố liên quan tới kết quả điều trị ra ối sớm

Theo kết quả bảng 4: Nguy cơ lấy thai trước 48h của nhóm thai phụ có chỉ số ối ≤ 50 mm cao gấp 6,291 lần nhóm thai phụ có chỉ số ối từ 81- 180 mm (OR= 6,291, CI 95%: 2,414- 16,293) với $p = 0,000 < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đình Đông [12]: Nhóm sản phụ có AFI < 50mm có tỷ lệ nhiễm trùng ối lâm sàng sau đó phải chấm dứt thai kì (10,3%) cao hơn nhóm sản phụ có AFI ≥ 50 mm (2,6%) và có nguy cơ chấm dứt thai kì cao gấp 4,009 lần nhóm sản phụ AFI ≥ 50 mm (RR: 4,009; 95%CI:1,431 - 11,236).

Theo kết quả bảng 5: Nguy cơ tử vong sơ sinh của nhóm thai phụ có chỉ số ối ≤ 50 mm cao gấp 1,283 lần nhóm thai phụ có chỉ số ối từ 51 - 80 mm (OR = 1,283, CI 95% : 0,471 - 3,496) và cao gấp 4,895 lần nhóm thai phụ có chỉ số ối từ 81 - 180mm. (OR = 4,895, CI 95% : 1,698 - 14,113). Kết quả của này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Atalay Ekin và cs. cho rằng sản phụ ối vỡ non với AFI < 50mm làm giảm có ý nghĩa chỉ số Apgar phút thứ nhất và tăng nguy cơ tử vong của trẻ sơ sinh [4]. Chúng tôi nhận thấy rằng số lượng nước ối tỷ lệ nghịch với thời gian ối vỡ và tuổi thai càng non tháng thì số lượng nước ối càng ít. Thời gian ối vỡ càng kéo dài thì càng làm tăng nguy cơ nhiễm trùng mẹ và thai, thai suy... Do đó thời gian giữ thai sẽ giảm đi. Tuổi thai càng non tháng thì chỉ số apgar phút thứ nhất càng thấp. Do đó dễ hiểu tại sao sản phụ có AFI < 50mm lại có nguy cơ tử vong tăng cao.

Theo kết quả bảng 6: Trong số những thai phụ tham gia nghiên cứu, nhóm thai phụ có chỉ số xét nghiệm CRP > 6mg/l có nguy cơ nhiễm khuẩn sơ sinh sau đẻ cao gấp 2,531 lần so với nhóm thai phụ có chỉ số xét nghiệm CRP ≤ 6 mg/l (OR = 2,531, 95% CI: 1,129- 5,674) với $p = 0,036 < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với các tác giả Thomas J.G và William N.S [9]. Như vậy tình trạng nhiễm khuẩn của những thai phụ ra nước ối sớm, có liên quan mật thiết và nguy cơ rõ ràng với tình trạng nhiễm khuẩn sơ sinh vì khi màng ối bị rách, vi khuẩn rất

dễ xâm nhập vào bên trong tử cung, gây ra tình trạng nhiễm khuẩn cho thai nhi. Trong nước ối có chứa các yếu tố kim hãm sự phát triển của vi khuẩn. Khi màng ối bị vỡ, một mặt vừa làm thủng hàng rào bảo vệ sinh học, mặt khác làm mất các yếu tố sát khuẩn theo nước ối chảy ra ngoài, dẫn đến làm suy yếu khả năng chống nhiễm trùng của màng ối và nước ối [13]. Giả thuyết này được ủng hộ bởi người ta tìm thấy IL-6 trong huyết tương dây rốn của thai và các cytokine tiền viêm như IL-6, IL-1b, và TNF- α tăng cao trong dịch ối của những sản phụ ối vỡ non kèm thiếu ối, rồi sau đó so sánh với trường hợp sản phụ và thai không có thiếu ối đi kèm [14].

Theo kết quả bảng 7: Nguy cơ tử vong sơ sinh của nhóm thai phụ không sử dụng corticoid cao gấp 12.048 lần so với nhóm thai phụ có sử dụng đủ liều corticoid (OR= 12,048, CI 95%: 4,935 - 29,414) với $p = 0,000 < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. Theo ACOG 2007 thì corticosteroids nên cho khi tuổi thai từ 24 - 32 tuần của thai kỳ; nên cho một đợt 2 liều cách nhau 24 giờ; không cần lặp lại nhiều đợt vì làm giảm cân nặng, vòng đầu và chiều dài thai nhi. Lợi ích của corticosteroids là làm giảm suy hô hấp (RR 0,47, khoảng tin cậy 95% 0,31- 0,70), giảm viêm ruột hoại tử (RR 0,21, khoảng tin cậy 95%: 0,05 - 0,82), giảm chết thai (RR 0,68, khoảng tin cậy 95%: 0,43 - 1,07) [3,15]. Không khuyến cáo nếu thai > 34 tuần. Thai 32 - 24 tuần: Betamethasone 12mg tiêm bắp cách nhau 24 giờ x 2 lần hay dexamethasone 6mg tiêm bắp cách nhau 12 giờ x 4 lần [3].

5. KẾT LUẬN

Ra ối sớm không phụ thuộc vào tuổi mẹ, nghề nghiệp, địa dư nhưng có liên quan tới tiền sử viêm nhiễm phụ khoa. Nhóm thai phụ có tuổi thai 23 - 28 tuần thường gặp tình trạng ra ối sớm. Tỷ lệ giữ thai > 1 tuần là 30,4%, giữ thai tới khi đủ tháng là 3,2%. Nếu duy trì được thai kì tới 28 - 32 tuần thì nguy cơ tử vong giảm 141,66 lần so với nhóm tuổi thai từ 16 - 22 tuần.

Các triệu chứng ra nước ối, màu sắc nước ối, sốt trên lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng như bạch cầu, CRP, theo dõi chỉ số ối (AFI) trên siêu âm có ý nghĩa trong việc theo dõi, điều trị và tiên lượng các biến cố thai kì.).

Khi chỉ số ối (AFI) của thai phụ giảm dưới 50mm thì nguy cơ phải lấy thai trong vòng 48h tăng lên 6,29 lần và nguy cơ tử vong sơ sinh tăng lên 4,89 lần so với nhóm thai phụ có chỉ số ối bình thường, trường hợp thai phụ có biểu hiện nhiễm trùng kèm theo ra ối sớm thì nguy cơ nhiễm khuẩn sơ sinh tăng lên 2,53 lần. Thai phụ được sử dụng corticoid đủ liều sẽ cải thiện tình trạng sơ sinh, giảm nguy cơ tử vong trẻ 12,04 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Hình. Đánh giá chỉ số nước ối bằng siêu âm của thai bình thường từ 28 tuần tuổi đối chiếu với lâm sàng để phát hiện sớm nguy cơ thai già tháng. *Lược án Tiến sĩ y học Trường Đại học Y Hà Nội*. Published online 2003.
2. Nguyễn Đức Hình. Nước ối – một số vấn đề cần thiết

- đối với bác sĩ sản khoa. Nhà xuất bản Y học. Published online 2003.
3. ACOG Practice Bulletin No. 80: Premature Rupture of Membranes. *Obstet Gynecol.* 2007;109(4):1007-1020. doi:10.1097/01.aog.0000263888.69178.1f
 4. Ekin A, Gezer C, Taner CE, Ozeren M. Perinatal outcomes in pregnancies with oligohydramnios after preterm premature rupture of membranes. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014;28(16):1918-1922. doi:10.3109/14767058.2014.972927
 5. Gibbs RS. Prematurity: Premature Rupture of the Membranes and Preterm Labor. *Sex Transm Dis Adverse Outcomes Pregnancy.* Published online April 8, 2014:59-68. doi:10.1128/9781555818210.ch4
 6. Phạm Thị Thanh Mai. *Hồi Sức Sơ Sinh. Bài Giảng Sản Phụ Khoa Tập II.* Nhà Xuất Bản Y Học, Hà Nội, 347–360.; 2006.
 7. Phạm Văn Khương. Nghiên cứu cách xử trí ối vỡ non tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2008. *Trường Đại Học Hà Nội Hà Nội.* Published online 2008.
 8. Đoàn Thị Phương Lam. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị sản phụ có thai non tháng rỉ ối tại Bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2007. *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú Bệnh viện Trường Đại học Y Hà nội.* Published online 2007.
 9. Guinn DA, Goldenberg RL, Hauth JC, Andrews WW, Thom E, Romero R. Risk factors for the development of preterm premature rupture of the membranes after arrest of preterm labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;173(4):1310-1315. doi:10.1016/0002-9378(95)91377-7
 10. CHURCH L. Williams obstetrics. 19th Edition By F. G. Cunningham, P. C. Mac-Donald, N. F. Gant, K. J. Leveno, and L. C. Gilstrap III. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange, 1993. 1,428 pages. \$90.00, Hardcover. *J Nurse Midwifery.* 1994;39(1):51-52. doi:10.1016/0091-2182(94)90045-0
 11. Goldenberg RL, Andrews WW, Guerrant RL, et al. The Preterm Prediction Study: Cervical lactoferrin concentration, other markers of lower genital tract infection, and preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(3):631-635. doi:10.1067/mob.2000.104211
 12. Nguyễn Đình Đông. Nghiên cứu kết quả xử trí OVN, OVS 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.* Published online 2018.
 13. Mercer BM, Rabello YA, Thurnau GR, et al. The NICHD-MFMU antibiotic treatment of preterm PROM study: Impact of initial amniotic fluid volume on pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(2):438-445. doi:10.1016/j.ajog.2005.07.097
 14. Park JS, Yoon BH, Romero R, et al. The relationship between oligohydramnios and the onset of preterm labor in preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(3):459-462. doi:10.1067/mob.2001.109398
 15. Joshi S, Kotecha S. Lung growth and development. *Early Hum Dev.* 2007;83(12):789-794. doi:10.1016/j.earlhumdev.2007.09.007